

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

PRAHA 5



OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI
KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BLANKA MOTYČKOVÁ

PRAHA 2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO OPERACI KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU

Bakalářská práce

BLANKA MOTYČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s

PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Martin Ralbovský ,PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31
Datum obhajoby:.....

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

Blanka Motyčková

ABSTRAKT

MOTYČKOVÁ , Blanka

Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci kolorektálního karcinomu

Praha, 2009. Bakalářská práce.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: MUDR Martin Ralbovský.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po operaci pro kolorektální karcinom. Cílem práce je zmapovat problematiku ošetrovatelské péče a vypracovat individuální plán. Bakalářská práce je tvořena teoretickou částí, která byla vypracovaná na základě dostupné literatury. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou proces u daného chirurgického pacienta 5. den hospitalizace, to je následující den, kdy byl pacient přeložen z JIP na standardní lůžko. Pro sběr ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala model od M. Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila podle klasifikace NANDA II. U každé ošetrovatelské anamnézy je zformulován cíl péče a z něj vychází ošetrovatelský plán. Plán péče jsem vypracovala ve spolupráci s konkrétním pacientem a na základě jeho individuálních potřeb.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, ošetrovatelský proces, individuální plán, individuální potřeby.

ABSTRACT

MOTYČKOVÁ , Blanka

The nursing care of a patient after the colorectal carcinoma surgery

Prague, 2009. Bachelor's thesis.

The College of Nursing and Midwifery, Bachelor General Nurse.

Tutor: MUDR Martin Ralbovský

The main topic of this bachelor's thesis is the nursing care of patients after the colorectal carcinoma surgery. The aim of this thesis is to map the issue of the nursing care and draw up an individual plan. The bachelor's thesis consists of a theoretical part which has been compiled from currently accessible literature and the practical part which focuses on the nursing process of a respective surgical patient on the 5th day of the hospitalization, i.e. the day after the patient was transferred from ICU to the standard ward. For the collection of the nursing anamnesis I chose the Marjory Gordon's framework and the nursing diagnoses were defined by the NANDA II classification. For each nursing anamnesis I set a nursing goal which served as a basis for the nursing plan. The nursing plan has then been drawn up in collaboration with the respective patient based on their individual needs.

Key words: colorectal carcinoma, nursing process, individual plan, individual needs

PŘEDMLUVA

Česká republika má smutné prvenství ve výskytu onemocnění rakoviny tlustého střeva. Nezdravý životní styl, špatné stravovací návyky, genetická zátěž a věk nad 50 let jsou hlavní faktory přispívající k této nemoci.

V této práci jsem se zaměřila na problematiku péče o konkrétního pacienta po resekci tlustého střeva a jejího dopadu na biologickou, psychologickou a sociální problematiku.

Tato práce vznikla na základě mých pracovních zkušeností na chirurgickém oddělení a z důvodu častého výskytu tohoto onemocnění. Vznikla ve snaze zaměřit se dané problematice na význam edukační činnosti práci sestry, jako významného nástroje kvality péče.

Podklady pro práci jsem, čerpala jak z osobních zkušeností, tak i knižních a internetových pramenů.

Práce je určena jak studentům oboru Všeobecná sestra, tak v ní mohou najít podnětné rady sestry z praxe na chirurgickém oddělení.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Martinu Ralbovskému, PhD a za podnětné rady a podporu při vypracování bakalářské práce mému letitému nadřízenému plk .prof. MUDr.Miroslavu Ryskovi CSc.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	ANTIBIOTIKUM
amp.	ampule
BDK	bandáž dolních končetin
BMI	Body Mass Index
DK	dolní končetiny
DM	Diabetes Mellitus
FR 1/1	Fyziologický roztok
G 10%	Glukóza 10% roztok
EKG	elektrokardiogram
FA	rodinná anamnéza
HMR	biosyntetický humánní inzulín
i.m.	nitrosvalová aplikace
i.v.	nitrožilní aplikace
inj. sol.	injekční roztok
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
KRK	kolorektální karcinom
NGS	nasogastrická sonda
OA	osobní anamnézy
OK	okulní krvácení
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
per os.	příjem ústy
poo.den	pooperační den
RTG	rentgenologické vyšetření
s.c.	aplikace do podkoží
TEN	tromboembolické nemoc
TK	tělesný tlak
TT	tělesná teplota
UZ	ultrazvukové vyšetření

ÚVOD.....	12
1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	14
1. 1 Definice, charakteristika	14
1. 2 Etiopatogeneza a symptomatologie	14
1. 3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva, krevní zásobení	16
1. 4 Patologická anatomie a klasifikace	17
1. 5 Diagnostika	19
1. 6 Terapie	20
1. 6.1 Chirurgická léčba	20
1. 6. 2 Adjuvantní léčba	21
1. 6. 3 Prognóza	21
1. 6. 4 Prevence kolorektálního karcinomu	22
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES - METODIKA.....	24
2. 1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	24
2. 1. 2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	24
2. 1. 3 Charakteristika modelu M. Gordonové	25
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES – PRAKTICKÁ ČÁST	27
3. 1 Identifikační údaje	27
3. 2. 1 Lékařská anamnéza (RA, OA, PA, SA, FA, nynější onemocnění, abusus)	28
3. 2. 2 Diagnostické metody	30
3. 2. 3 Příjem pacienta na oddělení.....	30
3. 3 Terapie	31
3. 3. 1 Chirurgická léčba.....	31
3. 3. 2 Průběh hospitalizace- jednotlivé dny, farmakoterapie, dietoterapie.....	32
3. 3. 3 Fyzikální vyšetření sestrou	37
3. 4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“	38
3. 4. 1 Vnímání zdraví	38
3. 4. 2 Výživa a metabolismus	38
3. 4. 3 Vylučování.....	39
3. 4. 4 Aktivita, cvičení.....	39

3. 4. 5 Spánek, odpočinek	39
3. 4. 6 Vnímání, smysly	40
3. 4. 7 Sebepojetí, sebeúcta.....	40
3. 4. 8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	40
3. 4. 9 Sexualita, reprodukční schopnosti	41
3. 4. 10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání.....	41
3. 4. 11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty	41
3. 4. 12 Jiné	41
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PANA P.R.....	42
4.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz	42
4. 2 Plán ošetřovatelské péče	43
4. 2. 1 Bolest akutní, způsobená operačním výkonem, projevující se na analogové škále stupněm č. 2 - 3 a verbalizací	43
4. 2. 2 Riziko pooperačních komplikací (infekce) z důvodů porušení integrity kůže (operační rána) a invazivních vstupů (i.v. kanylace, epidurální katétr, permanentní močový katétr)	45
4. 2. 3 Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení aktivity po operaci.....	47
4. 2. 4 Riziko vzniku metabolického rozvratu z důvodu přítomnosti DM	48
4. 2. 5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se sníženou denní aktivitou, spánkovou inverzí a verbalizací	49
4. 2. 6 Neznalost příčin onemocnění a následné terapie způsobená nedostatkem informací, projevující se verbalizací.....	50
4. 2. 7. Riziko poruchy kožní integrity z důvodu delšího pobytu v lůžku a přítomnosti DM.....	51
4. 3 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče, realizace, hodnocení	53
4. 3. 1 Bolest akutní, způsobená operačním výkonem, projevující se na analogové škále stupněm č.2 a 3 a verbalizací.....	53
4. 3. 2 Riziko pooperačních komplikací (infekce) z důvodu porušení integrity kůže (operační rána) a invazivních vstupů (i.v. kanylace, epidurální katétr, permanentní močový katétr)	54
4. 3. 3 Riziko vzniku TEN z důvodu snížení aktivity po operaci	55
4. 3. 4 Riziko vzniku metabolického rozvratu z důvodu přítomnosti DM	55

4. 3. 5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se spánkovou inverzí a verbalizací	56
4. 3. 6 Neznalost příčin onemocnění a následné terapie, způsobená nedostatkem informací, projevující se verbalizací.....	57
4. 3.7 Riziko poruchy kožní integrity z důvodu delšího pobytu na lůžku a přítomnosti DM.....	57
5 EDUKACE PACIENTA PŘED PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ.....	59
6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	60
7 PROGNÓZA	61
ZÁVĚR	62
Seznam literatury	63
Internetové zdroje	64
Seznam příloh	65
Příloha č.1 – Bandáž dolních končetin – ošetřovatelský postup.....	66
Příloha č.2 – Příprava sterilního stolku - ošetřovatelský postup.....	68
Příloha č. 3 – Aplikace léků – ošetřovatelský postup	70
Příloha č.4 – Péče o dekubity – ošetřovatelský postup.....	77
Příloha č. 5 - Potřeba spánku a odpočinku – ošetřovatelský postup.....	80
Příloha č. 6 Použité měřicí techniky: analogová škála bolesti, zajištění rizika pádu	82

ÚVOD

V mé bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat problematice výskytu rakoviny tlustého střeva. Pracuji na chirurgických operačních sálech a s touto operační diagnózou se setkávám často. Někdy pacient přichází včas a podstupuje radikální výkon, někdy je nutné provést pouze výkon paliativní.

Česká republika má ve výskytu tohoto onemocnění světové prvenství.

Některé faktory přispívající ke vzniku rakoviny tlustého střeva nemůžeme ovlivnit, to je hlavně genetická zátěž a věk nad 50 let. Špatný životní styl zřejmě způsobuje největší škody. Naše stravovací návyky jsou naprosto nevhodné.

Podle odborné literatury riziko vzniku nádoru zvyšuje hlavně úprava masa při vysokých teplotách- smažení, pečení, grilování a uzení. Při těchto procesech vznikají polycyklické aromatické uhlovodíky, které patří mezi skupinu enviromentálních karcinogenů. Při smažení masa dochází ke vzniku heterocyklických aminů. Škodlivost kouření je nepochybná, alkohol a jeho spotřeba také toto onemocnění ovlivňuje.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kolorektálního karcinomu a jejím dopadu na biologickou, psychologickou a sociální problematiku u vybraného pacienta. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část zahrnuje klinickou problematiku onemocnění: definice a charakteristika, etiopatogeneza a symptomatologie, klasifikace, anatomie a fyziologie tlustého střeva, krevní zásobení, patologická anatomie, diagnostika, terapie, chirurgická léčba, adjuvantní léčba.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u daného chirurgického pacienta ke dni přijetí. Pacient je přijat jeden den před plánovaným operačním výkonem. Pro sběr ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala model od M. Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila podle klasifikace NANDA. U každé ošetrovatelské diagnózy je zformulován cíl péče a z něj vychází ošetrovatelský plán. Hodnocení účinnosti poskytnuté péče jsem popsala k 5. dni hospitalizace, tj. následující den, kdy byl pacient přeložen z JIP na standardní lůžko. Podrobně zde zpracovávám krátkodobé cíle ošetrovatelské péče, ošetrovatelské plány včetně jejich realizace a vyhodnocení. Následuje dlouhodobý plán ošetrovatelské péče věnovaný stejným diagnózám jako u krátkodobého plánu. Následující kapitola je věnovaná psychickému stavu pacienta.

Edukaci nemocného je věnována samostatná kapitola, přestože edukace je samozřejmě i náplní jednotlivých ošetrovatelských plánů. V závěru shrnuji všechny důležité informace. Práci uzavírám přehledem literatury a příloh.

1 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1. 1 Definice, charakteristika

Kolorektální karcinom (označení je odvozeno z řeckého kolon - tračník a latinského rectum - konečník), nejčastější nádorové onemocnění trávicí trubice, postihující konečník a tlusté střevo, řadí Českou republiku na čelné místo světových statistik, zabývajících se výskytem nádorových onemocnění. V České republice je KRK druhým nečastějším zhoubným nádorem po bronchogenním karcinomu u mužů a po karcinomu prsu u žen. (Holubec, L. a kol. Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s. 15-17) Karcinom rekta a tlustého střeva jsou úzce spojeny. Přes 50% těchto nádorů je lokalizováno v rektu a 20% postihuje sigmoideum. Kolorektální karcinom má svůj původ v glandulárním epitelu střevní sliznice, většinou se jedná o adenokarcinomy. (Provazník, K, SZÚ. Manuál prevence v lékařské praxi VII, Praha: Fortuna, s. 51-53)

Tato choroba, která si v naší zemi vyžádá několik tisíc úmrtí ročně, je přitom ve svých časných stádiích dobře léčitelná. Na rozdíl od většiny jiných nádorových onemocnění má současná medicína k dispozici prostředky, které umožňují toto onemocnění v časném stádiu odhalit, a to i u pacientů, kteří nemají žádné příznaky tohoto onemocnění.

Dosavadní zkušenosti ukazují, že nejlepším řešením, jak ovlivnit tak vysoký výskyt tohoto onemocnění u nás a jak zabránit vysoké úmrtnosti, je právě prevence. Základní preventivní metodou je screening bezpříznakových osob pomocí testu na okultní krvácení.

1.2 Etiopatogeneza a symptomatologie

Etiopatogeneza je sice ještě neobjasněná, ale v odborné literatuře převládá názor etiopatogenetickém významu některých faktorů mezi ně patří:

1. Exogenní faktory

- Nedostatek vlákniny v potravě

- Nadbytek tuku v potravě
- Nevhodný tepelná úprava stravy
- Nadměrná exkrece žlučových kyselin do stolice
- Nedostatek vápníku a vitamínů A, C, E a Selenu v potravě
- Kouření a alkohol- významné pro oblast konečníku (Holubec, L. sen. a kol. Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s. 15-19)

2 Endogenní faktory

Do skupiny endogenních faktorů patří zejména věkové, dědičné, rasové a pohlavní vlivy.

Dědičné vlivy

- Osobní a rodinná anamnéza
- Polypózy tlustého střeva
- Colitis ulceróza
- Adenomatózní, adenivillózní či villózní polypy

Rasové a věkové faktory

- Častější výskyt u bělochů v porovnání s černochoy
- Nejvyšší výskyt KRK je v pozdním věku nad 70 let, tvoří 21% všech nádorů žen a u mužů je to 20%

Pohlavní vlivy

- Nádory tlustého střeva se vyskytují stejně často u mužů i u žen
- Nádory konečníku jsou častější u mužů (Holubec,L.sen.a kol. Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s. 15-19)

1. 3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva, krevní zásobení

Tlusté střevo (colon, intestinum crassum) je asi 1,5m dlouhé, uložené z části intraperitoneálně (caecum, colon transversum, colon sigmoideum, flexura hepatica, flexura lienalis), z části retroperitoneálně (colon ascendens a colon descendens). Jeho šířka se aborálním směrem zužuje. Caecum je široké 7-8cm, colon sigmoideum má už jen poloviční šířku (3-4cm), a proto nádory a zánětlivé procesy v esovité kličce poměrně rychle stenozují lumen a způsobují obturační ileus. Přispívá k tomu i tuhý obsah sigmatu (stolice), zatímco na začátku kolon je obsah ještě tekutý .

Tlusté střevo začíná v pravé bederní jámě slepým rozšířením - slepým střevem (caecum), ze kterého vybíhá červovitý přívěsek (appendix vermiformis). Dále se tlusté střevo člení na výstupní část (colon ascendens), příčnou část (colon transversum), sestupnou část (colon descendens) a esovitou část (colon sigmoideum). Další část tlustého střeva se nazývá konečník (rectum). Stěnu tlustého střeva, podobně jako tenkého střeva, tvoří tunica serosa, muscularis a mucosa. Tunica serosa obaluje úplně jen intraperitoneální úseky kolonu. Vzestupný a sestupný úsek (colon ascendens, descendens) pokrývá serosa jen na přední a bočních stěnách. Jejich dorzální stěna je připojena řídkým, prakticky bezcévným pojivem, k zadní stěně břišní dutiny.

Hlavní úlohou kolon je zahušťovat střevní obsah a posouvat ho distálním směrem do rekta. Této úloze slouží funkce kolon: resorpce, motilita, sekrece a též působení bakteriální flóry. Resorpce vody, elektrolytů, žlučových kyselin a mastných kyselin se uskutečňuje v céku a colon ascendens. Tady se stolice zahušťuje.

Motilita kolonu posouvá faeces distálním směrem, promíchává ho, a tím ulehčuje resorpci vody a elektrolytů. Kolon vykazuje dva druhy pohybů. První pohyby jsou segmentálně vyvolané častými a krátce trvajícími kontrakcemi cirkulární svaloviny střevní stěny. Promíchávají střevní obsah a napomáhají resorpci vody a elektrolytů. Druhé jsou jednosměrné propulzivní pohyby, které jsou méně časté a posouvají faeces distálním směrem. Nejde zde o pravou svalovou peristaltiku, protože se současně kontrahuje větší úsek kolonu. Pasáž stolice skrz kolon trvá různě dlouho, několik hodin až dní. Sekrece v colon má jen podřadný význam. Sekret je alkalický. Významná je jen sekrece hlenopohárkovitými buňkami, protože hlenový povlak na tvrdé stolici ulehčuje defekaci. Sekrece stejně jako resorpce, se uskutečňuje autonomně. Podporují ji však

žlučové kyseliny. Při poruše jejich resorpce se hromadí v kolon, kde se působením bakterií dekonjugují a stimulují sekreci. Bakteriální flóra v colon má též fyziologickou funkci. Více než 50% stolice tvoří bakterie, a to jednak aerobní, ale hlavně anaerobní (*Bacteroides Clostridium, Lactobacillus*).

Arteriální zásobení pochází z arteria mesenterica superior, arteria mesenterica inferior a spojky mezi nimi, tzv. anastomosis magna. V hraničních úsecích mezi oblastmi zásobovanými jednotlivými arteriemi jsou kritická místa, která mohou být hůře vaskularizovaná, např. v colon ascendens. (Holubec, L. sen a kol.: Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s 103-107; Rokyta, R. a kol. : Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000, s 139)

1.4 Patologická anatomie a klasifikace

Makroskopicky se karcinom coli vyskytuje v 4 formách :

1. Exofytický polypoidní nádor - (květákovitý karcinom) roste do lumen kolon, nemá tendenci k nekróze a exulceraci, neboť jen pomalu prorůstá do střešní stěny, histologicky jde o adenokarcinom (maligně degenerovaný adenom)
2. Ulcerózní nádor - (miskovitý) roste do šířky a uprostřed exulceruje, čímž vzniká miskovitý tvar - ulcus s navalitymi okraji, prorůstá rychle do stěny kolon, proto má horší prognózu než polypoidní typ
3. Stenotizující nádor roste cirkulárně, exulceruje, vytváří stenózu kolon
4. Infiltrativní nádor – (skirrhovitý) roste plošně ve stěně kolon, ale neexulceruje, je podobný linitis plastica v žaludku, diagnostikuje se většinou pozdě, a proto má špatnou prognózu

Mikroskopicky se rozlišují tři formy :

1. Adenokarcinom je nejčastější ze všech kolorektálních karcinomů. Podle vzhledu mikroskopické struktury (patologických mitos a buněčné pleomorfie) se rozeznávají tři typy adenokarcinomu :

a) dobře diferencovaný (dobře rozeznatelný žláznový epitel, malignita se diagnostikuje jen na základě patologických mitos a buněčné pleomorfie)

b) přechodný typ

c) nediferencovaný (anaplastický) typ, při kterém je už žláznový epitel nerozeznatelný, nahrazený maligním infiltrátem.

2. Hlenotvorný karcinom je typický vytvářením hleny. Je vysoce maligní.

3. Karcinom typu pečtního prstenu (signet ring, siegelringzell Ca) vytváří hlen, který zůstává v buňkách ve formě kapičky, proto se podobají pečtním prstenům. Je též vysoce maligní.

Patologicko-anatomicky je nejčastější adenokarcinom- 90%. Podle nádorové klasifikace se rozlišují na diferencovaný, přechodný a nediferencovaný (anaplastický) karcinom. Míra diferenciace je vyjádřena „gradingem“. Špatně diferencované tumory jsou vysoce maligní. V pravé polovině tračníku je růst nádorů hlavně endofytický do střevního lumen, v levé infiltrativní.

Nádory se šíří:

- Infiltrativně střevní stěnou
- Lymfatickým systémem s postižením uzlin v různých etážích
- Krevním proudem (játra a plíce)
- Implantací

Nejčastější jsou metastázy ve spádových uzlinách, vzdálené metastázy v játrech a také plicích. (Hoch, J., Leffer, J. a kol.: Speciální chirurgie 2. aktualizované vydání, Praha, Maxdorf 2003, s. 107)

Stupeň pokročilosti nádoru „staging“ vyjadřují klasifikaci nádoru, hodnotící rozsah prorůstání střevní stěnou (T), postižení mizních uzlin (N) a přítomnost vzdálených metastáz (M). V České republice se běžně užívá klasifikace TNM a klasifikace podle Dukese (A- D). Souhrnně je rozsah postižení vyjádřen klasifikací I – IV.

1. 5 Diagnostika

U každého nemocného s krvácením z konečníku a u každé osoby starší 40 let je při interním vyšetření indikace k (per rectum). Tak je možné odhalit až polovinu tumorů rekta. Důležitým vyšetřením u mužů je vyšetření urologické, u žen gynekologické. Základní diagnostickou metodou je úplná kolonoskopie, doplněná histologickým vyšetřením odebraných bioptických vzorků. Důležitá je diagnostika a odstranění synchronních adenomů. Chirurg před operací zpravidla vyžaduje irigografii. Endoskopická ultrasonografie má význam pro stanovení hloubky penetrace karcinomu. Počítačová tomografie (CT) je důležitá pro detekci lokálního šíření nádoru a rozpoznání metastáz. Vyšetření sérových koncentrací karcinoembryonálního antigenu (CEA), případně dalších nádorových markerů, není pro diagnózu rozhodující. Až 15% nemocných s kolorektálním karcinomem má normální CEA. Stanovení nádorových markerů je směřodané v následné dispenzární péči. Nejčastěji používanými vyšetřovacími metodami na diagnostikování karcinomu tlustého střeva jsou :

1. STOLICE - na okultní krvácení
2. IRIGOGRAFIE
3. KOLONOSKOPIE , REKTOSKOPIE
4. ULTRASONOGRAFIE
5. POČÍTAČOVÁ TOMOGRAFIE (CT)
6. NUKLEÁRNÍ MAGNETICKÁ REZONANCE
7. KARCINOEMBRYONÁLNÍ ANTIGENY- ONKOMARKERY

(Holubec,L. sen. A kol. Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s 108-109; Hoch, J., Leffer,J. a kol.: Speciální chirurgie 2. aktualizované vydání, Praha, Maxdorf 2003, s 94; Holubec, L.sen. a kol.: Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby. Praha: Grada, 2004, s 65-100)

1. 6 Terapie

1. 6.1 Chirurgická léčba

Léčba je především chirurgická. Spočívá v odstranění úseku střeva s nádorem spolu s přilehlým mezokolon, obsahující spádové uzliny. Nastává fáze rekonstrukční, kdy pomocí anastomoz dojde k obnově střevní kontinuity. Soudobá terminologie rozlišuje kurativní výkony, při nichž je odstraněna veškerá nádorová tkáň bez ponechání reziduí nádoru, výkony, při nichž zůstanou chirurgicky neodstranitelné zbytky-paliativní resekce, a výkony paliativní, při nichž zůstane chirurgicky neodstranitelný nádor ponechán, ale střevním vývodem - stomií, nebo střevním obchvatem - by-passem se uvolní střevní pasáž a nebo se zmírní projevy nádoru. Při resekabilním nádoru horní třetiny rektu je řešením resekce s anastomózou, při nádoru střední třetiny závisle na technice provedení resekce, za pomoci stapleru, nebo amputace rektu. V dolní třetině jde zpravidla o amputaci rektu a založení terminální stomie.

Chirurgické odstranění nádoru tračníku nebo konečníku je základem léčby a je nezastupitelné. Taktika onkologické léčby se však liší. Podle stádia se po operaci nádoru tračníku většinou pokračuje chemoterapií. Při nádorech konečníku se užívá kombinovaná léčba, dle soudobých názorů v sekvenci předoperačního ozáření- operace-pooperační chemoterapie.

Přítomnost metastáz v játrech nebo v plicích nevyklučuje provedení paliativní resekce. Metastázy kolorektálního karcinomu bývají mnohočetné. Jejich chirurgické odstranění, zejména z jater zlepšuje kvalitu a délku života, ale jen případě ojedinělých ložisek.

(Balaš, V. a kol.: Speciální chirurgie II, Praha Avicenum, 1985; Fanta, J. a kolektiv: Vybrané kapitoly z obecné a speciální chirurgie. Studijní text pro studenty 3. lékařské fakulty, FNKV v Praze, dostupné z www.lf3.cuni.cz; Holubec, L.sen. a kolektiv: Kolorektální karcinom. Praha: Grada,2004)

1. 6. 2 Adjuvantní léčba

Spočívá v radioterapii, chemoterapii a imunoterapii. Přispívá ke zlepšení výsledků chirurgické léčby. Aplikuje se předoperačně, pooperačně, respektive před operací i po ní megavoltážním zářením (betatron), a lineárním urychlovačem neutronů.

A. RADIOTERAPIE

Cílem předoperační radioterapie je snížit vitalitu nádorových buněk, zmenšit progresi karcinomu a zvýšit imunitní reakci organismu uvolněním antigenu z nádorových buněk. Důležité je, že nezhoršuje preparaci nádoru při operaci a neovlivňuje v podstatné míře ani hojení rány.

Pooperační radioterapie je indikovaná onkologem dle histologického nálezu a také radikality operačního výkonu.

“Sendvičová metoda“ zahrnuje předoperační ozáření a ozařování po operaci.

Radioterapie se vykonává při inoperabilních karcinomech rekta a kolon.

B. CHEMOTERAPIE

Tato léčba je oprávněná, protože se zjistilo, že už v době operace kolorektálního karcinomu je v 32% případech rozsev maligních buněk v mezenterických a také lymfatických cévách.

C. IMUNOTERAPIE

Na rozdíl od radioterapie a chemoterapie, kterými se dosahuje pozitivních léčebných výsledků, je imunoterapie stále ve stadiu výzkumu. Vychází z poznatku, že pacienti s rakovinou se nacházejí v určité imunologické depresi. Cílem je stimulovat imunologické reakce pacienta, čeho se má dosáhnout jednak nespecifickou a jednak specifickou imunoterapií. (Jablonská, M. a kolektiv: Kolorektální karcinom. Praha: Grada, 2000)

1. 6. 3 Prognóza

O prognóze rozhoduje více faktorů. Záleží na věku pacienta, histologickém typu nádoru, rozsahu postižení střešní stěny a lymfatických uzlin a přítomnosti vzdálených metastáz. Pacienti s nádory lokalizovanými pouze ve sliznici mají vysoké procento

pětiletého přežití (80-90%). Penetruje-li karcinom stěnou střevní, délka přežití se značně snižuje (30% pacientů přežije pět let). (Provazník, K, SZÚ, Manuál prevence v lékařské praxi VII, Praha: Fortuna, s. 51-53, Balaš, V a kol. „Speciální chirurgie II“, 1985, s. 225)

1. 6. 4 Prevence kolorektálního karcinomu

Jistě bychom měli omezit přísun živočišných tuků a nahradit je tuky rostlinnými. Dále je nutné zařadit do našeho jídelníčku syrovou zeleninu a ovoce, které obsahují vlákninu. Velmi důležitý je také přísun vitamínů, hlavně vitamíny A, E a C. Velmi pozitivní vliv na trávení mají zakysané výrobky, které jsou plné bakterií mléčného kvašení. Dalšími pomocníky jsou třísloviny, flavonoidy a také kofein. Takže uvážlivá konzumace kvalitního červeného vína, kávy a čaje jsou na místě. Velkým pomocníkem proti vstřebávání heterocyklických aminů je samozřejmě i střevní flóra, tedy střevní bakterie escherichia coli. Konzervované produkty a potravinové polotovary, které mají neidentifikovatelné množství solí a cukrů krom jiného, bychom měli úplně vyloučit z našich jídelníčků. (přednáška Doc. Kovářové)

V současné době také existuje depistážní program pro časnou diagnostiku KRK. Je založen na skutečnosti, že arénové polypy a časná fáze KRK ztrácejí již ve symptomatických stádiích malé množství krve, které se dá detekovat chemickými metodami. Vyšetření na okultní krvácení je základem tohoto programu. Provádí se nejčastěji pomocí Haemoccult testu. Screening se provádí od roku 2000 jako součást onkologické prevence u symptomatických jedinců nad 45 let věku a je hrazen zdravotními pojišťovnami jednou za dva roky.

V rámci sekundární a terciární prevence se provádí dispenzarizace speciálních rizikových skupin:

- nemocní se všemi druhy střevní polypózy a jejich rodinní příslušníci
- rodinní příslušníci nemocných se syndromem familiárního karcinomu
- nemocní po operaci KRK, zejména v mladším věku s rodinnou zátěží
- nemocní s polypózními adenomy, zejména s rodinnou zátěží KRK
- nespecifické střevní záněty

Všichni tyto nemocní by měli být kolposkopicky vyšetřováni v pravidelných časových intervalech daných obecně platným screeningovým doporučením .

- stav po operaci Ca prsu, dělohy, ovaria, ureteroileostomii

- provádět test na OK bez závislosti na věku. (Holubec, L.a kol. Kolorektální karcinom. Současné možnosti diagnostiky a léčby, Praha: Grada, 2004, s 65-100)

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES - METODIKA

2. 1 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k poskytování ošetřovatelské péče. Zabývá se tělesnými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami jednotlivce, rodiny, nebo celých komunit, které mohou být nejlépe uspokojeny ošetřovatelskou péčí.

Ošetřovatelský proces zahrnuje plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetřovatelského týmu a těmi, o které bylo pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje zdroje k jejímu zajištění. Zpětná vazba získaná hodnocením efektu poskytnuté péče umožňuje měnit péči podle momentálních potřeb a situace. Ošetřovatelský proces probíhá v několika vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích.

2. 1. 2 Fáze ošetřovatelského procesu

- Zhodnocení pacienta – je prvním krokem ošetřovatelského procesu. Získáváme informace nejen o jeho aktuálním stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje a sociální situace a jeho náhledu na zdraví a nemoc. Hodnocení má dvě části. Ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu pacienta.
- Stanovení ošetřovatelských potřeb, diagnóz – stanovujeme na základě získaných informací. Pokud možno za účasti pacienta definujeme současné a potenciální problémy a jejich pořadí.
- Plánování ošetřovatelské péče – jak a v jakém pořadí budeme společně řešit individuální problémy pacienta. Znamená to určení priorit problémů, stanovení cílů péče, určení, jak mohu měřit efekt a zápis ošetřovatelského plánu.
- Realizace plánu – zajištění navržených ošetřovatelských činností, které sestra spolu s ostatními členy ošetřovatelského týmu provádí pro pacienta za účelem dosažení ošetřovatelských cílů.
- Zhodnocení efektu ošetřovatelské péče – znamená zajištění dosažení stanoveného cíle, změření našeho úspěchu, získání dalších informací. Plánování

další péče, pokud cíle nebylo plně dosaženo. Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu jsou sice uváděny zvlášť, závisejí jedna na druhé a mohou probíhat souběžně. (Staňková M.: Základy teorie ošetřovatelství, Karolinum, Praha, 1997 s. 82-116; Staňková M.: České ošetřovatelství 1, IDVPZ, Brno, 1998, s 37-39; Lemonl Učební texty pro sestry a porodní asistentky, IDVPZ, Brno 1997, s 52-92)

2. 1. 3 Charakteristika modelu M. Gordonové

Ošetřovatelskou část této práce jsem zpracovala metodikou ošetřovatelského procesu. Při hodnocení pacienta vycházím z modelu M. Gordonové.

Profesorka M. Gordonová pracovala v 80. letech minulého století na výzkumu, při kterém vznikl ošetřovatelský model fungujícího zdraví. Tento model je nejkompaktnější pojetí člověka v ošetřovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto modelu lze kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav nemocného i zdravého člověka.

Zdraví člověka je vyjádřením rovnováhy jako bio-psycho-sociální interakce. Je ovlivňováno vývojovými, kulturními, sociálními, spirituálními a dalšími faktory. Dojde-li k poruše v jedné z těchto oblastí hovoříme o dysfunkci. Pro dysfunkční typ zdraví stanovujeme ošetřovatelské diagnózy nejen v sekundární a terciární prevenci, ale také v primární prevenci, než dojde k narušení zdraví a vzniku onemocnění.

Za ošetřovatelský cíl si klade: zdraví, odpovědnost jedince za své zdraví, rovnováhu bio-psycho-sociální interakce. Pacienta považuje za holistickou bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Základní strukturu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční, nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka, podle nichž lze získat informace.

- vnímání zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita – cvičení
- spánek a odpočinek

- vnímání, citlivost a poznávání
- sebepojetí a sebeúcta
- plnění rolí, mezilidské vztahy
- sexualita, reprodukční schopnost
- stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- víra, přesvědčení, životní hodnoty
- jiné- jiné důležité informace, které nejsou zahrnuty v předchozích oblastech

Při práci podle tohoto modelu lze efektivně pečovat o pacienta (Trachtová E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno, Mikada,2003)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES – PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1 Identifikační údaje

JMÉNO: P.

PŘÍJMENÍ: R

RODNÉ ČÍSLO: ZNÁMO

POJIŠŤOVNA: VZP

VĚK: 73 LET

POVOLÁNÍ: DŮCHODCE

POHLAVÍ: MUŽ

STAV: ŽENATÝ

OSLOVENÍ: PAN

KONTAKTNÍ OSOBA: MANŽELKA V.R.

TEL.: mobilní: XXX XXX XXX

BYDLIŠTĚ: PRAHA

NÁRODNOST: ČESKÁ

VYZNÁNÍ: KATOLÍK

DATUM PŘIJETÍ: 8.3. 2009

DIAGNÓZA PŘI PŘIJETÍ: C 19, ZN REKTOSIGMOIDEÁLNÍHO SPOJENÍ

DATUM PROPUŠTĚNÍ: 23.3 2009

3. 2. 1 Lékařská anamnéza (RA, OA, PA, SA, FA, nynější onemocnění, abusus)

Rodinná anamnéza

Otec v mládí prodělal španělskou chřipku, léčil se pro DM, zemřel v 68 letech snad na zápal plic. Matka se léčila od mládí se štítnou žlázou, měla též DM, zemřela v 76 letech. Sourozence nemá. Manželka zdravá, v důchodovém věku, stále pracuje. Syn zdrav.

Osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské choroby, angína bez komplikací, v roce 1951 operace appendixu. Od roku 1999 DM II. typu, hypercholesterolemie. Alergie na Ajatin, Ketazon mast, náplast. Nekuřák, destiláty nepije, víno příležitostně, vypije jedno pivo denně. Černou kávu přestal pít zhruba před rokem.

Pracovní anamnéza

Pan P.R. je již druhým rokem v důchodu, pracoval jako fotograf u filmu a v divadle.

Sociální anamnéza

Pan P.R. má pocit zajištění, dostává důchod, manželku chodí do zaměstnání, mají byt v osobním vlastnictví, chalupu s velkou zahradou. Vlastní dva automobily, jeden nový do města a starý vůz, který mají stabilně na chalupě.

Farmakologická anamnéza

Diapredal 1-0-1 / antidiabetikum/

Lipohexal 0-0-1 / hypolipidemikum/

Nynější onemocnění

Pacient udává asi půl roku řídkší stolici, v prosinci si poprvé všiml krve a hlenu. Bolesti břicha neměl, nehubnul. Z vyšetření provedených na doporučení obvodní lékařky byl diagnostikován kancerisovaný tubulovillózní adenom sigmatu s invazí do

stromatu. Pan P.R. byl indikován k operačnímu řešení, o kterém byl důkladně v chirurgické ambulanci poučen a seznámen s diagnózou a postupem. Souhlasil. Byl objednan k hospitalizaci po provedení předoperačních vyšetření cestou praktického lékaře.

Objektivní vyšetření při přijetí

TK – 180/80 torrů

Puls – 88/min, pravidelný

Výška – 176 cm

Váha – 85 kg

BMI- 27,4 (LEHKÁ NADVÁHA)

TT- 36,8 °C

Subjektivně: cítí se dobře, s mírnou dušností, bez bolesti na hrudi

Objektivně: orientovaný, spolupracuje, eupnoe, bez cyanózy a otoků, stav hydratace v normě, hybnost bez poruchy

Hlava: neurologicky negativní, na poklep nebolestivá, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký, dutina ústní a hrdlo klidné, tonzily ne zvětšeny, chrup vlastní

Krk: štítná žláza ne zvětšená, uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, náplň krčních tepen ne zvětšená

Břicho: měkké, nebolestivé

Hrudník: dýchání čisté, sklípkové

DK: bez známek otoků a zánětu, venózní systém klidný, pulsace hmatná až do periférie, tříselné uzliny ne zvětšeny

Pan P.R. byl při přijetí orientován, spolupracující. Přišel k plánovanému výkonu s předepsanými předoperačními vyšetřeními zahrnující interní vyšetření včetně EKG,

RTG srdce a plic, UZ jater, biochemické vyšetření krve a moče, hematologické vyšetření včetně krvácivosti a srážlivosti.

3. 2. 2 Diagnostické metody

Pacient byl odeslán obvodní lékařkou na obvodní chirurgickou ambulanci, kde 8. 2. 2009 podstoupil rektoskopii a irigografii s nálezem stenózy v oblasti sigmoidea. Dne 23. 2. 2009 následovalo kolonoskopické vyšetření, při kterém byl odhalen ve 20 cm polypózní útvar velký 3 cm. Odebraná biopsie odeslaná na histologické vyšetření s výsledkem kancerisovaný tubulovillózní adenom s invazí do stromatu, kde nelze z odběru posoudit rozsah a hloubku invaze- byl znám 28. 2. 2009.

3. 2. 3 Příjem pacienta na oddělení

První den hospitalizace

Pan P.R. byl přijat 8. 3. 2009 k plánovanému výkonu pro nález kancerisovaného adenomu sigmoidea. Po příchodu na oddělení byl uložen na třílůžkový pokoj, kde byl sám. Vybral si místo u okna. Byl seznámen s chodem oddělení. Pacient již při objednání k operaci byl poučen o nutnosti držet tři dny před operací bezesbytkovou dietu, proto bylo možné začít s vyprazdňováním střeva pomocí čtyř litrů roztoku Forttransu, který začal pít ve 12:00 hodin. Sestra provedla kontrolu čistoty pupíku. Lékař naordinoval Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 22:00 hodin, Oxazepam 1 tableta na noc, ATB profylaxe Augmentin 1,2 gramu po osmi hodinách , internista vysadila Diapredal a předepsala infuzi Glukózy 10% + 8 jednotek HMR. Odpoledne přišel lékař anesteziolog na předoperační konzilium a pan P.R. byl seznámen se způsobem anestezie. Edukaci zaměřenou na průběh anestezie provedla anesteziologická sestra a také o průběhu péče na operačním sále edukovala perioperační sestra. S průběhem operačního výkonu pacienta seznámil lékař – chirurg- operatér.

3. 3 Terapie

3. 3. 1 Chirurgická léčba

Druhý den hospitalizace- operační den

Ráno v 6:00 hodin podán Oxazepam 1 tableta per os, Augmentin 1,2 gramu nitrožilně, Glukóza 10% 500 ml + 8 jednotek insulínu HMR. Dále byly rozepsány další infuze Ringem 500 ml a 10% G 500 ml + 8j HMR. Byly změřeny fyziologické funkce: TK, P, TT a pacient si oblékl kompresivní punčochy z důvodu tromboembolické nemoci. Před operací byly oholeny chlupy v oblasti operačního pole. Dieta nic per orálně.

Ve 14:00 hodin byl pan P.R převezen na operační sál. V celkové anestézii byla zavedena nasogastrická sonda a poté provedena resekce rektosigmoidea, s anastomózou end to end v jedné vrstvě. Po zhruba čtyř hodinové operaci byl pacient převezen na JIP. Zde byl pan P.R. napojen na monitor, oximetr a byl podán kyslík brýlemi. Byla prováděna kontrola TK, P po hodině, TT a saturace kyslíku 4krát denně, také byl sledován příjem a výdej tekutin, dále kontrola všech invazivních vstupů, které byly zavedeny: i.v. kanyla, epidurální katétr, permanentní močový katétr, NGS a drén z rány po spádu.

Ve večerních ordinacích bylo pokračováno v preventivním krytí ATB Augmentin 1,2 gramů ve 22:00 hodin i.v. Podávání Fraxiparine bylo přerušeno kvůli velkým odvodům z drénu. Tlumení bolesti bylo prováděno pomocí epidurální analgezie F1/1 ve 100 ml + 2 ampule Sufenty + 20ml 0,5 Marcaine rychlostí 7 ml za hodinu. Dále naordinován Dolsin 100 mg i.m. 2krát denně. Ve 22:00 hodin byly provedeny kontrolní náběry KO, biochemie, glykémie, a Quick. Poté byla pro nauzeu aplikována 1 ampule Torecanu i.v.. V té době byla naměřena teplota 39,6°C , proto lékař naordinoval 1 ampuli Novalginu ve 100ml FR 1/1 i.v. ke snížení horečky. Ordinance okamžitě splněna. Dieta nic per os. Tekutiny jsou doplňovány pomocí i.v. vstupu infuzemi 10% G500 ml+8 jednotek HMR, FR1/1 500 ml, R 1/1 500ml. Pacient pospával a neměl pocit bolesti.

3. 3. 2 Průběh hospitalizace- jednotlivé dny, farmakoterapie, dietoterapie

Třetí den hospitalizace- první pooperační

Pan P.R. se cítí dobře. Rána je klidná, drén odvádí přiměřeně. Je ponechán permanentní močový katétr, nasogastrická sonda, měří se výdej a příjem tekutin. Byly provedeny převazy invazivních vstupů. V medikaci se pokračuje z předchozího dne. Navíc je zvýšen Dolsin o 100mg a podává se po osmi hodinách. Dále je naordinován Ranital 50mg i.v. 3krát denně a znovu aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c. ve 22:00 hodin. Inzulín je ordinován podle hladin glykémie, která je průběžně kontrolována. ATB jsou ponechána i nadále. Pacient začal s dechovou rehabilitací. Večer byly provedeny kontrolní odběry KO, glykémie, ionty a Quick. V noci se pacient probouzel díky ruchu na JIP.

Čtvrtý den hospitalizace- druhý pooperační

V péči o pacienta a v medikaci se pokračuje jako v předchozím dni. Během dopoledne byl pan P.R. přeložen na standardní oddělení. Všechny vstupy ponechány, kontrola glykémie pomocí glukometru. Převaz rány 2krát denně, kontrola drénu. Dechová rehabilitace a cvičení DK. Per os může přijímat pouze čaj.

Pátý den hospitalizace- třetí pooperační

Ráno měl pan P.R. zvýšenou teplotu a při převazu byl zjištěn zkalený hematoma v ráně. Proto byla provedena revize rány peánem, lavage peroxidem vodíku a obklad s Betadine. Drén byl zkrácen do obvazu. Medikace zůstává stejná. Dopoledne byla odstraněna NGS, protože ráno odešly pacientovi větry. Dieta tekutá.

Šestý den hospitalizace- čtvrtý pooperační

Pan P.R. se cítí lépe, odešly větry a měl vodnatou stolicí. V operační ráně byla malá retence hematoma. Byl proveden výplach peroxidem vodíku. Byl zrušen epidurální katétr. Pacientovi byl naordinován Veral 1 amp. i.m. podle potřeby. Byl aplikován v 15:00 hodin. Ostatní medikace jako předešlý den.

Sedmý den hospitalizace- pátý pooperační

Ráno byly provedeny kontrolní náběry krve. Byl zrušen permanentní močový katétr a infuzní léčba. Internistka provedla kontrolu diabetu, předepsala inzulín HMR 8j- 16j- 12j s.c. za kontroly glykémie a naordinovala glykemický profil na následující den hospitalizace. Plyny odchází a stolice byla. Převoz rány byl prováděn ráno a večer. Medikace Dolsin 100mg po osmi hodinách i.m., Veral 1 amp. Podle potřeby i.m. Augmentin 1,2 gramu po osmi hodinách i.v. Fraxiparine 0.3 ml ve 22:00 hodin s.c. Dieta tekutá.

Osmý den hospitalizace- šestý pooperační

Nemocný se cítil dobře, má pocit hladu. Větry odcházely, močil bez obtíží. Operační rána klidná, bez sekrece a retence, převazy byly prováděny peroxidem a Betadine kryté suchými sterilními čtverci. Inzulín byl naordinován HMR 12j-12j-12j s.c. Následující dny kontrola glykémie pouze ráno. Dieta kašovitá. Medikace stejná jako předchozí den.

Devátý den hospitalizace- sedmý pooperační

Převoz rány proveden dle ordinace lékaře pouze 1krát denně. Pana P.R. občas pobolívá v ráně. Medikace včetně inzulínu a diety stejná jako předchozí den.

Desátý den hospitalizace- osmý pooperační

Pocit bolesti v ráně ustupoval, dnes při převazu byl odstraněn drén. Měl 2krát stolici. Byly zrušeny ATB a intravenózní kanyla. Dolsin 100mg přeordinován na frekvenci po 12 hodinách. Dále Veral 1 amp. Podle potřeby i.m., inzulín stejně jako předchozí den. Změna diety na 9/5- diabetickou bezzbytkovou.

Jedenáctý den hospitalizace- devátý pooperační

Pacient se cítil lépe, pocit bolesti neudával. Při převazu byla rána lehce prosáklá v dolním pólu. Stolice byla 5 x za den průjmovitá s příměsí narůžovělého hleny. Ráno byly provedeny kontrolní náběry glykémie, KO, biochemie. Dnes byla naordinována změna medikace. Pan P.R. byl převeden z inzulínu na Diapredal tbl 1-1-1, Meformin 500mg 1-0-1, Ranital tbl 150mg 1-0-1. Lipohexal 0-0-1, Fraxiparine 0,3 ml s.c. večer, Panadol tbl p.p., Veral 75mg i.m. p.p. Podávání Dolsinu 100mg bylo zrušeno.

Dvanáctý den hospitalizace- desátý pooperační

Dodržovala se zavedená medikace, při převazu rány - rána mírně seriózně secernovala. Stolice byla dvakrát denně řídkší bez příměsí.

Třináctý den hospitalizace- jedenáctý pooperační

Pacient měl pocit bolesti v oblasti konečníku. Po vyšetření lékařem byly diagnostikovány iritované hamorhoidy, které byly zarudlé a citlivé. Lékař naordinoval Faktu čípky ráno a večer. Pokračovalo se v zavedené terapii.

Čtrnáctý den hospitalizace- dvanáctý pooperační

Na tento den byl naplánován glykemický profil. Při převazu rány byly odstraněny stehy, rána byla klidná s nepatrnou sekrecí. Byl vysazen Fraxiparine 0,3 ml. Večer přišla lékařka internistka na interní konzilium- kontrola diabetu.

Patnáctý den hospitalizace- den propuštění

Pro pana P.R. si přijela dopoledne manželka se synem. Pacient a rodina byli poučeni o tom, jak pečovat o ránu, o stravovacím režimu. Výsledek histologie nebyl v den propuštění znám, proto byl pacient pozván na kontrolu za 10 dnů, kdy už bude znám výsledek a rozhodne se o dalším postupu.

3. 3. 2. 1 Souhrn terapeutických opatření

U pana P.R. byly provedeny tyto terapeutické výkony v průběhu hospitalizace:

- ✓ zavedení periferní žilní kanyly
- ✓ zavedení epidurálního katetru
- ✓ zavedení permanentního močového katetru
- ✓ podávání léků i.m., s.c., i.v., a epidurální
- ✓ podávání léků per os a do konečníku
- ✓ podávání kyslíku
- ✓ resekce rektosigmoidea

- ✓ převazy operační rány
- ✓ dechová a tělesná rehabilitace

3. 3. 2. 2 Souhrn medikace a infuzní terapie

- ✓ Augmentin- antibiotikum, 1,2 g po osmi hodinách i.v., pozor na výskyt alergie
- ✓ Betadine roztok- antiseptikum, lokální desinficiens- používán při převazech rány, možnost alergické reakce
- ✓ Diapredal- perorální antidiabetikum, 1-0-1 per orálně
- ✓ Dolsin- analgetikum, anodynum; 100mg i.m. po osmi hodinách při bolesti; pozor na útlum dechového centra
- ✓ Fraxiparine- antitrombotikum, antikoagulans; profylaxe tromboembolické choroby; 0,3ml s.c. 1krát denně; kontrola vpichů(možný vznik hematomu)
- ✓ Faktu- antihemeroidikum; rektální čípek; 2krát denně do konečníku
- ✓ Fortran prášek pro přípravu roztoku k vnitřnímu použití; osmoticky působící laxans, 4 litry roztoku den před operací
- ✓ Inzulín- HMR- antidiabetikum, biosyntetický humánní inzulín; podáván nejprve v infuzi, později podkožně; dávkování dle rozpisu; pozor na možnost hypoglykémie
- ✓ Lipohexal 250 retard- hypolipidikum; užívat spolu s jídlem
- ✓ Marcaine 0,5% inj. sol. – lokální anestetikum; epidurální blokáda
- ✓ Meformin 500 tbl. flm- perorální antidiabetikum; 1-0-1 tableta per orálně
- ✓ Novalginu injekce- analgetikum, antipyretikum; podán jednorázově i.v. ke snížení horečky
- ✓ Oxazepam tbl- anxiolytikum; ke snížení nervozity a napětí; jedna tbl. na noc, druhá tbl. ráno před výkonem
- ✓ Panadol tbl flm- analgetikum, antipyretikum; 1 tableta při horečce podle potřeby
- ✓ Ranital inj. sol.- antiulcerózum; profylaxe stresového vředu, 3krát denně nitrožilně
- ✓ Ranital 150mg tbl.flm.- antiulcerózum; 1-0-1 tableta
- ✓ Sufenta inj. sol.- pro i.v.; analgetikum, anodynum, opiodní anestetikum; epidurální katétr pro pooperační analgézii; ordinace podle lékaře
- ✓ Torecan inj. sol. –antiemetikum, antivertiginózum; 1 ampule i.m.; lék na nauseu

- ✓ Veral 75 mg inj.sol.- nesteroidní antirevmatikum, antiflogistikum, analgetikum; 1 ampule podle potřeby, maximálně 2krát denně; aplikovat hluboko i.m.; místa vpichu střídat
- ✓ Fyziologický roztok 1/1 500ml – NaCl izotonický roztok
- ✓ Glukóza 10% 500ml – krystaloidní, hypertonický roztok, zdroj sacharidů, minerálů, nosný roztok pro léky
- ✓ Ringerův roztok 1/1 500ml – směs minerálů v izotonickém roztoku (Pharmindex Breviř, vydalo Medimedia Information spol s.r.o. a Inpharmex spol s.r.o., únor 2005)

3. 3. 2. 3 Pohybový režim

Pohybová aktivita je v prevenci a léčbě karcinomu důležitou složkou. Nejprve by měl pan P.R. začít s rehabilitací, kterou mu doporučí lékař. Bezprostředně po operaci je to dechová rehabilitace a procvičování horních a dolních končetin na lůžku. Následuje chůze. Po propuštění do domácího ošetření je potřeba v rehabilitaci pokračovat. Pohyb by měl mít pan P.R. denně. Nejjednodušší a dostačující formou vzhledem k věku a onemocnění je chůze. Neměl by se přetěžovat. Práce na jeho oblíbené chalupě se zahradou je úměrná jeho stavu. Neméně důležitý je i dostatek odpočinku a pravidelný spánek. Nutný je rovněž omezení vlivu stresu.

3. 3. 2. 4 Psychologie nemocného

Nemoc a zvláště vážnější nemoc je pro postiženého člověka zdrojem svízelných situací. Znamená změnu zaběhnutého životního pořádku. Pacient je nucen se vyrovnat s prostředím nemocnice, negativními emocionálními pocity jako slabosti, deprese, úzkosti, a zvláště s pocity bolesti, s odloučením od rodiny. Pacient přichází do kontaktu se spoustou nových lidí, se zdravotníky a spolupacienty. Musí se vyrovnat s novou rolí- být pacientem. Nemocný prochází určitými adaptačními stádii na danou situaci, které jsou do určité míry podobné těm, které popsala E. Kúbler-Rossová v terminální fázi nemoci:

- ❖ **Šok** - k šoku dochází u mnoha pacientů, kteří se dozvědí závažnou diagnózu. Tento stav je charakterizován jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Obě formy se mohou střídat.
- ❖ **Popírání** - v této fázi si pacient nechce připustit pravdu, brání se skutečnosti popíráním, že jemu se to nemůže stát, lékaři se mýlí.
- ❖ **Deprese** - tato fáze má různé projevy. Pacient je zatrpklý, depresivní, smutný, může být zlostný. Přemýšlí, co se mu stalo, jaké bude mít následky do budoucna.
- ❖ **Vyrovnaní, smíření** - tato fáze nastává tehdy, kdy je pacient schopen se postavit k problému čelem, začne nemoc řešit, spolupracovat na léčbě.

Všechny tyto fáze se nemusí objevit u každého pacienta, některé fáze se mohou vracet. U pana P.R. jsem zaznamenala depresivní fázi, která se projevovala hlavně sebeobviňováním, že za svou nemoc si může sám, že nedbal na příznaky onemocnění dříve a nešel k lékaři. Trápil se, že pořádně nevěděl, co se s ním bude dít dál, jak tady bude dlouho. Po rozhovoru s lékařem byl vyrovnanější, ale stále myslel na to, že definitivní výsledek histologie nepotvrdí předběžnou diagnózu. (Jobánková M. a kol.: Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti, IDVPZ, Brno, 1992; Křivohlavý J.: Psychologie nemoci, Grada Publishing, Praha 2002). Pan P.R. odmítl konzultaci s psychologem. „Vysoká intenzita dvou základních negativních citů, smutku (deprese), strachu (případně úzkosti), bývá důvodem psychiatrického léčení, při kterém se užívá i psychoterapie.“ (Říčan: Psychologie, Portál, 2005, ISBN 80-7178-923-2 s.114)

3. 3. 3 Fyzikální vyšetření sestrou

Je uvedeno na začátku této kapitoly.

3. 4 Posouzení stavu potřeb klienta dle „Functional Health Patterns“

3. 4. 1 Vnímání zdraví

Pacient nikdy váženě nestonal, v dětství prodělal appendektomii, na hospitalizaci si nevzpomíná. Před osmi lety při preventivní prohlídce byl zjištěn diabetes melitus a také hyperlipidémie. Je léčen perorálními antidiabetiky a hypolipidemiky. Je v péči diabetologa, kam pravidelně dochází na kontrolu. Dodržuje dietu, ale občas hřeší pivem k obědu. Od léta míval občas průjmovité stolice, ale nijak to neřešil, ani manželce se nesvěřil. V prosinci se poprvé objevila krev ve stolici, která ho vyděsila a odhodlal se jít k obvodní lékařce. Do té doby, když pomine dietní omezení, se cítil zdravý a v přiměřené fyzické kondici vzhledem ke svému věku. Pan P.R. se po operaci cítí přiměřeně dobře, je rád že „v břiše nemá nic, co tam nemá být“. Má trochu strach z budoucnosti, bojí se léčby, která bude následovat. Již leží na „normálním“ pokoji a je rád, že kolem sebe nemá „ty chytrý mašinky“ jako na JIPu.

3. 4. 2 Výživa a metabolismus

Pan P.R. se snažil doma stravovat pravidelně 6krát denně po malých porcích. Když je bez manželky na chalupě, tak není ve stravovacích návycích důsledný. Vypije přibližně 2 litry tekutin, nejradši má ovocný čaj a minerální vody. Pacient má lehkou nadváhu (176 cm/ 85 kg). Váhu si do přijetí do nemocnice držel stejnou. Vnímání vlastního těla pacientem je pacientem je orientováno na invazivní vstupy a na stav operační rány. Pacient má zavedenou NGS, která je mu nepříjemná, ale ví, že bude odstraněna jakmile odejdou větry. Dále má intravenózní kanylu na předloktí pravé ruky, bez známek zarudnutí, bolesti, otoku, permanentní močový katétr vnímal jako nutnost po operačním výkonu. Epidurální katétr mu nečiní žádné obtíže, v podstatě ho nevnímá, je srozuměn s tím, že slouží ke kontrole bolesti. Operační rána na levé části břicha je bolestivá a zarudlá. Tělesná teplota je 37,7°C. Podle předchozích zkušeností vnímá hojení svých drobných poranění jako uspořující, žádný větší defekt od té doby co se léčí s cukrovkou neměl. Stav nehtů a sliznic vnímá pacient jako bezproblémový. Zubní protézu má horní – částečnou, na preventivní zubní kontroly nedochází pravidelně, naposledy byl „ani neví kdy“.

3. 4. 3 Vylučování

Doma se pacient vyprazdňoval 1krát denně, než začal mít v létě problémy se stolicí. Chodil častěji a stolice měla řidší konzistenci. Od prosince se v ní objevovaly příměsi krve a hlenu. Močil bez obtíží, budil se jednou za noc na toaletu. V nemocnici má v současné době zaveden permanentní močový katétr a sleduje se příjem a výdej tekutin. Také se dnes poprvé vyprázdnil, měl vodnatou stolicí. Je rád, že už to má poprvé od operace za sebou, měl obavy, jak to půjde.

3. 4. 4 Aktivita, cvičení

Pan P.R. byl zvyklý chodit na procházky, nepovažuje se za turistu, rád pracoval na zahradě na chalupě, aktivně neprovozuje žádný sport. Za mlada hrál fotbal, občas chodí fandit. Před operací byl pacient soběstačný. Od prvního operačního dne je rehabilitace zaměřena na dechovou gymnastiku a postupně na cvičení DK a vertikalizaci. Hygienu provádí nejprve u umyvadla sám, ve sprše v doprovodu sestry. Dle zjištění rizika pádu 2, riziko pádu v současné době není.

3. 4. 5 Spánek, odpočinek

Doma chodí spát pravidelně okolo 22 hodiny, problémy s usínáním nemá, budí se jednou za noc na toaletu. Ráno se budí kolem sedmé hodiny a cítí se odpočatý. Léky na spaní neužívá. Se ženou mají společnou ložnici, před spaním si čte. Pacient se podle svých slov na oddělení JIP nevyspal dostatečně, ale prý to k pobytu na specializované jednotce patří. K pocitu vyspání potřebuje sedm hodin spánku. V nemocnici ho ruší hluk na chodbě, světlo a teplý suchý vzduch na pokoji. Probudí se několikrát za noc, potom hůře usíná. Stane se, že usne během dne a myslí si, že to také přispívá ke špatnému usínání. Ve volném čase si čte a rád se dívá na televizi.

3. 4. 6 Vnímání, smysly

Pacient slyší dobře, brýle potřebuje na čtení, na kontroly k oční lékařce chodí pravidelně každý rok. Výpadky paměti nemá. Orientuje se a odpovídá přiměřeně, mluví tlumeně a hůře artikuluje. K objektivizaci bolesti jsem použila 5-ti stupňové měřítko, které měl pacient u sebe na stolku. Průběžně jsem se u pana P.R. zajímala o pocity bolesti, jejich intenzitu mi znázornil na měřítku. Do intenzity bolesti stupeň 2 nevyžadoval aplikaci analgetik, raději zaujal úlevovou polohu. Když bolest přesáhla stupeň 2, přál si podat lék proti bolesti. Pacient nemá pocit nedostatku informací o svém zdravotním stavu, ale bojí se léčby, která by měla následovat. Z rozhovoru s ním vyplývá, že o informace nejví aktivně zájem, nechává vše na lékařích. Ještě není plně vyrovnán se svým onemocněním a nerozumí tomu, proč právě jeho nemoc postihla.

3. 4. 7 Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se cítí být spíše pesimistou. Dává si vinu za to, že nevyhledal lékaře dříve, že nemusel mít zhoubné onemocnění. Cítí obavy, smutek a zlost. Považuje se za umělecky založeného člověka (fotograf) a má radost, že jeho jediný syn jde v jeho šlépějích a také se věnuje práci u filmu.

3. 4. 8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou ve starším bytě v Praze. Syn bydlí se svou rodinou nedaleko. Rodinné vztahy mají dobré, vzájemně se všichni navštěvují. Tráví společně víkendy na chalupě. Pan P.R. se těší každý den na návštěvy, manželka chodí pravidelně ve stejnou dobu, syn dle možností. Pacient sice leží na třílůžkovém pokoji, ale před konverzací se spolupacienty upřednostňuje četbu a sledování televize. V současné době se musí připravit na novou roli. Během svého pobytu v nemocnici se stal dědečkem zdravého vnuka a velmi se těší.

3. 4. 9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Má zdravého syna. Na otázku ohledně sexuality nechce odpovídat, srovnává mě se svojí snachou a s tou by se o tom také nebavil. „ Je to jeho věc a jeho ženy“.

3. 4. 10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání

Pan P.R. užívá léky podle ordinace lékaře (jsou uvedeny v souhrnu léčby), zná hlavní a vedlejší účinky podávaných léků. Pro něj je zatěžující pobyt v nemocnici, obává se dalšího průběhu onemocnění, konzultaci s psychologem odmítá. Věří, že manželka, se kterou žije 45 let mu bude velkou oporou.

3. 4. 11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan P.R. je katolického vyznání, ženil se v kostele, syna nechal pokřtít, ale do kostela nechodí. Naposledy tam byl ještě když žila jeho matka. Návštěvu nemocničního kaplana odmítl. Časným životním cílem je návrat domů. Pan P.R. se těší až bude propuštěn domů mezi své blízké a bude bez bolesti. Těší se na svoji rodinu a hlavně na vnuka až jej poprvé uvidí.

3. 4. 12 Jiné

Pan P.R. má pocit, že všechny záležitosti byly probrány a nevnímá jiný, další problém.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PANA P.R.

Ošetrovatelský plán jsem zpracovala 5. den hospitalizace- třetí pooperační den. Pan P.R. byl na standardním oddělení druhý den. Tento den jsem si vybrala proto, že byl pro pacienta náročný z hlediska jeho adaptace na provoz oddělení a potřeboval zvýšenou ošetrovatelskou péči vzhledem ke komplikovanému hojení operační rány.

4.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Pořadí a naléhavost ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila na základě pozorování, vlastní odborné zkušenosti a po dohodě s pacientem. Nejprve uvádím přehled ošetrovatelských diagnóz a v dalším textu jsou podrobně rozpracovány krátkodobé cíle, plány, hodnocení a realizace ošetrovatelské péče. Krátkodobé cíle jsou stanoveny na 24 hodin.

- Bolest akutní, způsobená operačním výkonem, projevující se na analogové škále stupněm č. 2 a 3 a verbalizací. 00132 PRIORITA
- Riziko pooperačních komplikací (infekce) z důvodu porušení integrity kůže (operační rána) a invazivních vstupů (i.v. kanylace, epidurální katétr, permanentní močový katétr) 00004, 00046
- Riziko pooperačních komplikací vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení pohybové aktivity po operaci 00043
- Riziko metabolického rozvratu z důvodu přítomnosti DM
- Porucha spánku, z důvodu změny prostředí projevující se sníženou denní aktivitou, spánkovou inverzí a verbalizací 00095 PRIORITA
- Neznalost příčin onemocnění a následné terapie, způsobená nedostatkem informací, projevující se verbalizací 00158, 00075 PRIORITA
- Riziko poruchy kožní integrity z důvodu delšího pobytu na lůžku a přítomnosti DM 00046,00044

4. 2 Plán ošetrovateľskej péče

4. 2. 1 Bolesť akútnej, spôsobená operačným výkonom, prejavujúca sa na analógovej škále stupňom č. 2 - 3 a verbalizáciou

00132 bolesť akútnej

Cíl krátkodobý:

- pacient udáva zmiernení bolesti, po aplikácii analgetik hodnotí bolesť maximálne stupňom 2 na 5- ti stupňovom mēřítku bolesti do 30 minut po podání analgetik
- pacient do 5 dnů udává na škále bolesti stupeň 2

Výsledná kritéria

- pacient objektivizuje bolesť analógovej škále (ihned)
- pacient zná nutnosť včasne signalizovat bolesť (okamžitě)
- pacient zná možnosti tlumení bolesti (do 1 hodiny)
- pacient ví o vedlejších účincích analgetik (do 1 hodiny)
- pacient akceptuje podání analgetik (ihned)
- pacient umí vstávat a uléhat na lůžko (do 2 hodin), pacient zná svou úlevovou polohu (do 2 hodin)

Ošetrovateľský plán péče

- ověřit, zda pacient umí objektivizovat bolesť v analógovej škále (do hodiny)
- provést instruktáž o nutnosti včasne signalizace bolesti - pacient bez ostychu požádá o analgetika (do hodiny)
- poučit pacienta o možnosti tlumení bolesti - epidurální a i.m. analgezie (do hodiny)
- aplikovat FR1/1 100ml +2 amp. Sufenty + 20 ml 0,5 Marcaine rychlostí 4 ml za hodinu kontinuálně (podle ordinace lékaře)
- aplikovat Dolsin 100 mg i.m. při bolesti vyšší než 2 dle ordinace lékaře
- sledovat účinek analgetika v analógovej škále, dokumentovat čas a efekt podaného analgetika (průběžně)

- sledovat vedlejší projevy Dolsinu- závrat', sucho v ústech, nauzea, zácpa, v případě objevení vedlejších účinků informovat lékaře (průběžně)
- naučit nemocného vstávat a uléhat do lůžka tak, aby nepocíťoval bolest v ráně (do 2 hodin)
- poučit pacienta o možnosti využití úlevové polohy (do 2 hodin)

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacient i 3. pooperační den trpěl bolestmi v operační ráně. Ověřila jsem si, že umí používat k objektivizaci intenzity bolesti 5-ti stupňové měřítko intenzity. S měřítkem se již naučil zacházet při pobytu na JIP a způsob používání mu nedělá potíže. Pacienta jsem poučila o nutnosti včas signalizovat bolest větší než 2 na měřítku intenzity bolesti, při velmi silné bolesti je účinek analgetik pozvolnější. S pomocí rehabilitační sestry se nemocný naučil měnit polohu na lůžku, vstávat a uléhat tak, aby necítil bolest a napětí v ráně. Poučila jsem pacienta o pokračování kontinuální analgezie a možnosti aplikace Dolsinu 100mg po osmi hodinách i.m. Pan P.R. má zavedenou epidurální analgezií a kontinuálně dostává FR 1/1 100mg I+ 2 amp. Sufenty + 20ml 0,5 Marcaine rychlostí 4 ml za hodinu. Odpoledne ve 13:30 měl pacient bolesti, na měřítku intenzity bolesti udal stupeň vyšší než 2, proto jsem aplikovala Dolsin 100mg i.m. po osmi hodinách dle ordinace lékaře a žádosti pacienta. Zaznamenala jsem dobu podání do dokumentace. Po 30 minutách se projevil účinek podání analgetika, bolest se zmírnila, pacient udával č.1 na analogové škále intenzity bolesti. U pana P.R. jsem nezjistila žádné vedlejší účinky podaného léku. Další dávku Dolsinu si pan P.R. přál aplikovat ve 22:00 hodin, i když bolest dosahovala stupně 2 na vizuální analogové škále. Pacient měl obavy, aby ho bolest nebudila v noci. K obtížím (bolesti větší než 2) došlo pouze 1krát během sledovaného dne. Aplikací Dolsinu se podařilo bolest do 30 minut snížit na přijatelnou úroveň. Zbytek dne byl pacient bez obtíží a bolestí netrpěl.

Hodnocení

Pacient dobře spolupracuje, verbálně i na stupnici bolesti je schopen dobře ohodnotit svou bolest. Cíl krátkodobý je splněn.

4. 2. 2 Riziko pooperačních komplikací (infekce) z důvodů porušení integrity kůže (operační rána) a invazivních vstupů (i.v. kanylace, epidurální katétr, permanentní močový katétr)

00004 riziko infekce, 00046 porušená kožní integrita

Cíl krátkodobý:

u pacienta budou včas odhaleny příznaky pooperačních komplikací a bude na ně

Výsledná kritéria

- pacient zná nutnost suchého a čistého krytí rány (do 2 hodin)
- pacient si umí změřit tělesnou teplotu (ihned)
- pacient zná časový rozpis podávání antibiotik, zná nežádoucí účinky antibiotik (ihned)
- pacient akceptuje nutnost pitného režimu: 2 l za 24 hodin (do 2 hodin)
- pacient nezvedá drenážní systém močového měchýře nad jeho úroveň (do 2hodin)
- adekvátně reagováno do 4 hodin

Ošetrovatelský plán péče:

- udržovat suché a čisté krytí rány (průběžně)
- sledovat tělesnou teplotu 3krát denně
- dodržovat časový interval podávání ATB, Augmentin 1,2 g po osmi hodinách i.v. (podle ordinace lékaře)
- sledovat možné nežádoucí projevy účinku ATB - vyrážka, nausea (průběžně)
- asistovat lékaři při převazu, provádět za aseptických podmínek 2krát denně
- po převazu dokumentovat stav rány (2krát denně)
- kontrolovat místo vpichu kanyly a katétrů 2krát denně, v případě znečištění vyměnit krycí folii
- sledovat a dokumentovat funkčnost kanyly, epidurálního katétru a okolí místa vpichu (průběžně)
- dětský set napojený na kanylu vyměnit 1krát za 48 hodin
- při výměně inf. roztoků dodržovat zásady sterilní aplikace

- známky flebitidy hlásit lékaři (okamžitě)
- sledovat přiměřenou hydrataci pacienta a poučit pana P.R. o důležitosti příjmu tekutin minimálně 2 litry za den (průběžně)
- měřit příjem a výdej tekutin (2krát denně)
- sledovat barvu, množství moče (2krát denně)
- udržovat uzavřený drenážní systém pro močový katétr a nezvedat systém nad úroveň močového měchýře (průběžně)

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi jsem kontrolovala v průběhu dne krytí rány, pacient si stěžoval na bolest, krytí bylo prosáklé. Naměřila jsem v poledne zvýšenou teplotu 37,7°C, informovala jsem ihned lékaře. Při převazu byl zjištěn zkalený hematoma v ráně. Proto lékař provedl revizi rány peánem, lavage peroxidem vodíku a obklad s Betadine. Drén byl zkrácen do obvazu. Večer se převaz prováděl znovu za aseptických podmínek. Dokumentovala jsem stav rány do ošetrovatelské dokumentace. Pan P.R. již neuváděl bolest v ráně. Padávala jsem pravidelně Augmentin 1,2 gramu do žíly a zaznamenala jsem to do dokumentace. Vstupy kanyly a epidurálního katétru jsem kontrolovala 2krát denně, vstupy byly plně funkční a bez známek zánětu. Vyměnila jsem dětský set u periferní kanyly a označila jsem do dokumentace. Při výměně inf. roztoků jsem dodržovala zásady sterilní aplikace. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin, množství jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Poučila jsem pacienta o dostatečném příjmu tekutin vzhledem k zavedení permanentního močového katétru. Při kontrole výdeje moče jsem sledovala barvu a zápach moče. Moč byla čirá a bez zápachu. Při výměně drenážního systému jsem zachovávala aseptický postup, systém jsem nezvedala nad úroveň močového měchýře.

Hodnocení

U pacienta byly zjištěny příznaky komplikací hojení v ráně a bylo na ně adekvátně reagováno. Krátkodobý ošetrovatelský plán byl splněn.

4. 2. 3 Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu snížení aktivity po operaci

00043 neefektivní odolnost

Cíl krátkodobý:

- u pacienta budou včas odhaleny příznaky tromboembolické nemoci a bude na ně adekvátně reagováno

Výsledná kritéria

- pacient sám cvičí na lůžku plantární flexe a extenze (do 6 hodin)
- pacient zná nutnost nošení elastických punčoch (do 2 hodin)
- pacient akceptuje podávání Fraxiparine (ihned)

Ošetrovatelská plán péče:

- poučit pacienta o nutnosti rehabilitace DK v lůžku pro prevenci TEN (do 2 hodin)
- poučit pacienta o nutnosti správného nasazení a nošení elastických punčoch během dne (do 6 hodin)
- aplikovat Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1krát denně, zkontrolovat místo předchozího vpichu
- zajistit pomoc při nasazování elastických punčoch dle stupně soběstačnosti pacienta (1krát denně)

Realizace ošetrovatelského plánu

Pacientovi jsem vysvětlila nutnost nošení a správného nasazení elastických punčoch. Ráno než jsem pana P.R. doprovodila do koupelny, jsem mu pomohla s obléknutím - natažením punčoch. Rehabilitační sestra mu vysvětlila skupinu cviků pro DK, které může pacient provádět na lůžku. Během dne jsem pan P.R. nabádala k provádění cviků plantární flexe a extenze. Po večerní hygieně jsem pacientovi pomohla elastické punčochy odložit. Ve 22:00 hodin pacient dostal Fraxiparine 0,3 ml s.c. Pan P.R. nemá hematomy po předchozích aplikacích a nemá příznaky TEN.

Hodnocení

Pacient nemá hematomy po předchozích aplikacích Fraxiparine a nemá příznaky TEN. Je poučen a rehabilitaci jako prevenci TEN a zná nutnost nošení elastických punčoch na DK. Cíl je splněn.

4. 2. 4 Riziko vzniku metabolického rozvratu z důvodu přítomnosti DM

Cíl:

- u pacienta budou včas odhaleny příznaky vzniku metabolického rozvratu a bude na ně adekvátně reagováno (do 2 hodin)

Výsledná kritéria

- pacient akceptuje měření glykémie (do 2 hodin)
- pacient akceptuje podání infuzí (do 2 hodin)
- pacient zná nutnost měření příjmu a výdeje tekutin (do 2 hodin)

Ošetrovatelský plán péče:

- sledovat hladiny glykémie 2krát denně
- aplikovat infuze 10% G s 8 j HMR 3krát denně
- měřit příjem a výdej tekutin (2krát denně)

Realizace ošetrovatelského plánu:

Glykémii jsem měřila glukometrem 2krát denně. Ráno byla hodnota 12,4 mmol/l. Informovala jsem lékaře. Lékař zvýšil množství inzulínu na 10m.j. v poledne a večer 8 m.j. inzulínu, který jsem pacientovi aplikovala v 10% roztoku Glukózy 500 ml.

Hodnocení

U pacienta byly zjištěny příznaky nestability hladiny glykémie a bylo na ně adekvátně reagováno, pacient po aplikaci infuze měl glykémii ve fyziologické normě.

4. 2. 5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se sníženou denní aktivitou, spánkovou inverzí a verbalizací

00095 porušený spánek

Cíl krátkodobý:

- pacient bude spát 6 hodin v noci bez přerušen (do 48 hodin)

Výsledná kritéria

- pacient je během dne aktivní, nespí (1 den)
- pacient večer za asistence provádí hygienu, je uvolněn
- pacient využil podání analgetik podle ordinace lékaře (ihned)

Ošetrovatelský plán péče

- aktivizovat pacienta během dne (průběžně)
- nabídnout pomoc při večerní hygieně (1krát denně)
- snížit rušivé šumy na minimum - hluk, světlo, teplo, ošetrovatelské výkony (průběžně)
- umístit v dosahu zvonek pro přivolání sestry (okamžitě)
- při bolesti podat Dolsin 100mg i.m. na noc podle ordinace lékaře

Realizace plánu:

Zjistila jsem, že pacient potřebuje k pocitu vyspání alespoň 6 hodin spánku. V nemocnici při usínání ho ruší náhlý hluk na chodbě, světlo a teplý vzduch na pokoji. Pacient si stěžuje na časté probouzení v noci až 4krát a potom obtížně usíná. Panu P.R.

jsem určila následující opatření: během dne omezí spánek (možný je krátký odpočinek dopoledne). Před spaním se pacient uvolní četbou, poslechem rádia nebo televize, pokusí se uvolnit příjemnými myšlenkami. Během dne jsem pacienta aktivizovala prováděním rehabilitačních cvičení (cviky na prevenci TEN). Před večerní hygienou jsem u pacienta asepticky uzavřela periferní i.v. vstup a doprovodila jsem ho do koupelny, kde jsem mu pomohla s večerní hygienou. Na lůžku jsem mu pomohla sejmout elastické punčochy, namazala jsem mu záda a umístila zvonek na dosah. Ve 22:00 hodin jsem aplikovala Dolsin 100mg i.m., sledovala jsem zda se projeví vedlejší účinek léku a vše jsem zaznamenala do dokumentace. Vyvětrala jsem pokoj, dveře jsem zavřela a na chodbě jsem nechala svítit pouze orientační světlo.

Hodnocení

Pacient spal až do ranního buzení bez přerušení 6 hodin, krátkodobý cíl byl splněn.

4. 2. 6 Neznalost příčin onemocnění a následné terapie způsobená nedostatkem informací, projevující se verbalizací

00158 ochota zlepšit zvládání zátěže, 00075 ochota blízké osoby zvládnout zátěž

Cíl:

- pacient projeví zájem o informace, nemoci a pochopí svůj zdravotní stav a léčbu (do 24 hodin)

Výsledná kritéria

- pacient je informován lékařem (do 24 hodin)
- pacient má připravené otázky a nebojí se ptát (do 6 hodin)
- pacient má domluvenou konzultaci s lékařem, manželka bude přítomna

Ošetrovatelský plán péče:

- zjistit v jakém rozsahu je pacient informován (do 6 hodin)
- povzbuzovat pacienta k otázkám (do 6 hodin)

- zajistit konzultaci pacienta s lékařem (do 24 hodin)
- přesvědčit se, zda budou potřebovat informaci i blízcí příbuzní (do 24 hodin)

Realizace plánu:

Z rozhovoru s pacientem vyplynulo, že má velmi kusé informace o svém onemocnění. Požádala jsem lékaře, aby informoval pacienta o jeho stavu a nemoci. Lékař slíbil, že zajde za panem P.R. následující den v dopoledních hodinách. Poradila jsem pacientovi, aby si připravil a zapsal všechna otázky týkající se jeho onemocnění pro diskuzi s lékařem, Při návštěvách jsem manželce pana P.R. sdělila, že má manžel domluvenou informační schůzku s lékařem, které se může účastnit, protože i ona měla pocit nedostatečné informovanosti o zdravotním stavu svého muže.

Hodnocení:

Plán byl z části splněn, pan P.R. projevil zájem o informace. Pochopení svého zdravotního stavu a následné péče vyžaduje u tohoto pacienta delší časový interval. Proto jsem si toto stanovila jako dlouhodobý ošetrovatelský plán.

4. 2. 7. Riziko poruchy kožní integrity z důvodu delšího pobytu v lůžku a přítomnosti DM

00046 porušená tkáňová integrita, 00044 porušená kožní integrita

Cíl krátkodobý:

- pacient má neporušenou, růžovou a dostatečně hydratovanou kůži bez známek poškození (24 hodin)

Výsledná kritéria

- pacient akceptuje kontroly stavu kůže při provádění hygieny (do 6 hodin)
- pacient akceptuje nutnost upraveného a suchého lůžka (do 6 hodin)
- pacient zná příčiny vzniku proleženin (do 6 hodin)
- pacient akceptuje večerní masáž zad (do 6 hodin)

Ošetrovatelský plán péče:

- kontrolovat kůži a sliznice alespoň 1krát denně hlavně v místech velkého rizika vzniku dekubitů
- udržovat lůžko upravené, v suchu a čistotě (průběžně)
- vysvětlit panu P.R. příčiny vzniku proleženin (do 6 hodin)
- namazat pacientovi po večerní hygieně záda masážní emulzí (1krát denně)
- zvýraznit v ošetrovatelské dokumentaci alergii na Ajatin a Ketazon (ihned)

Realizace plánu:

Provedla jsem u pacienta hodnocení rizika vzniku dekubitů podle rozšířené stupnice podle Nortonové. Pacient dosáhl 27 bodů, riziko vzniku dekubitů není. Stav kůže celého těla je pravidelně kontrolován při provádění hygieny 2krát denně, predilekční místa vzniku proleženin častěji. Pacientovi jsem vysvětlila termín proleženina a chápe proč vzniká. Společně se snažíme udržovat lůžko suché, čisté a upravené. S pomocí rehabilitační sestry se pan P.R. naučil měnit polohu na lůžku, během dne jsem mu pomáhala vstávat z lůžka. Večer po vykonání hygieny jsem panu P.R. namasírovala zády. Do veškeré dokumentace jsem zvýraznila alergii na Ajatin a Ketazon.

Hodnocení:

Pacient pochopil co je proleženina a proč vzniká. Často měnil polohu na lůžku tak, aby nepocíťoval bolest v ráně. Nemá příznaky poruchy kožní integrity. Dobře spolupracuje. Krátkodobý cíl byl splněn.

4. 3 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, realizace, hodnocení

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče (do konce hospitalizace) jsem se věnovala řešení stejných problémů, navíc jsem společně s pacientem věnovala pozornost edukaci před propuštěním do domácí péče.

4. 3. 1 Bolest akutní, způsobená operačním výkonem, projevující se na analogové škále stupněm č.2 a 3 a verbalizací.

00132 bolest akutní

Cíl péče i plán péče zůstal stejný. Pacient by měl být pokud možno bez bolesti, pokud by se bolest v ranně objevila, potom by neměla překročit hranici 2 na 5-ti stupňové škále bolesti.

Realizace plánu:

Pacientovi byl 4. pooperační den odstraněn epidurální katétr. Lékař naordinoval Veral amp. i.m. podle potřeby 2krát denně, který jsem aplikovala v 15:00 hodin a dále Dolsin 100mg po osmi hodinách. Pan P.R. si ho přál pouze na noc. V následujících dnech jsem pacientovi aplikovala Dolsin 100mg 2krát denně a Veral 1 amp. 1krát denně i.m. vždy podle přání pacienta. Od devátého pooperačního dne lékař zrušil medikaci Dolsinu a přiordinoval Panadol tbl. podle potřeby bolesti. Veral jsem až do 10. pooperačního dne aplikovala 2krát denně i.m. při překročení stupně 2 na vizuální škále bolesti. Postupně jak se hojila rána, snižovala se spotřeba analgetik. 11. den po operaci jsem aplikovala Veral 1 amp. na noc i.m. a dál do propuštění pan P.R. neprojevil zájem o injekční analgetikum. Všechny aplikace injekcí jsem prováděla podle zásad asepse, také jsem provedla záznam do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient při hospitalizaci neměl bolesti větší než stupeň 2 na vizuální škále bolesti. Dlouhodobý plán byl splněn.

4. 3. 2 Riziko pooperačních komplikací (infekce) z důvodu porušení integrity kůže (operační rána) a invazivních vstupů (i.v. kanylace, epidurální katétr, permanentní močový katétr)

00004 riziko infekce, 00046 porušená kožní integrita

Cíl péče a plán péče zůstal stejný. Pacient měl být pokud možno bez příznaků pooperačních komplikací. Kdyby se příznaky objevily, bylo by na ně adekvátně reagováno.

Realizace plánu:

Třetí pooperační den pacient pociťoval napětí a tlak v ráně. Při převazu byl zjištěn zkalený hematoma v ráně. Proto lékař provedl revizi rány peánem, lavage peroxidem vodíku a obklad s Betadine. Drén byl zkrácen do obvazu. Následující 3 dny jsme operační ránu společně s lékařem převazovali 2krát denně stejným způsobem. 6. pooperační den se stav operační rány zlepšil, rána byla klidná, bez sekrece a retence. Při převazu kryjeme ráno na sucho sterilními čtverci. Nadále ránu převazujeme 1krát denně. 12. pooperační den jsem lékařovi asistovala při odstraňování stehů z rány. Rána je klidná, lehce secernující. Pro podporu hojení rány jsem pacientovi do 7. pooperačního dne aplikovala antibiotika Augmentin 1,2 gramu i.v. po osmi hodinách dle ordinace lékaře. Vždy jsem provedla záznam do ošetřovatelské dokumentace a sledovala jsem možný výskyt nežádoucích účinků (vyrážka, svědění, nausea). O epidurální a také permanentní močový katétr jsem pečovala podle zásad asepse do 5. pooperačního dne, kdy lékař naordinoval zrušení těchto vstupů. Asistovala jsem lékařovi při odstranění epidurálního katétru. Po té jsem odstranila permanentní močový katétr a sledovala jsem u pacienta známky infekce v močových cestách (pálení, řezání při močení, barvu, množství moče). 5. pooperační den skončila infuzní léčba, ale o periferní kanylu jsem pečovala do 7. pooperačního dne, kdy jsem panu P.R. aplikovala poslední dávku ATB, po aplikaci jsem kanylu odstranila.

Hodnocení:

Pacient neměl známky infekce. Dlouhodobý ošetřovatelský plán byl splněn, pan P.R. neměl známky přítomnosti infekce z důvodů zavedených invazivních vstupů.

4. 3. 3 Riziko vzniku TEN z důvodu snížení aktivity po operaci 00043 neefektivní odolnost

Cíl i plán péče zůstal stejný. Pacient měl být pokud možno bez příznaků TEN. Kdyby se příznaky projevily, bylo na ně adekvátně reagováno.

Realizace plánu:

Pacienta jsem postupně více aktivizovala. Během dne jsem pacienta nabádala k provádění cviků plantární flexe a extenze. Pan P.R. věděl, že nemá vstávat z lůžka bez nasazených elastických punčoch. Postupně jak se zlepšoval stav operační rány, pacient častěji opouštěl lůžko. Ve 22:00 hodin jsem aplikovala Fraxiparine 0,3 ml s.c. každý den až do 12. pooperačního dne.

Hodnocení:

Pan P.R. nemá hematomy po předchozích aplikacích a nemá příznaky TEN.

4. 3. 4 Riziko vzniku metabolického rozvratu z důvodu přítomnosti DM

Cíl a plán péče zůstal stejný. Pacient měl být pokud možno bez příznaků metabolického rozvratu. Kdyby se tyto příznaky objevily, bylo by na ně adekvátně reagováno.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Do 4. pooperačního dne jsem měřila glykémii 2krát denně glukometrem a podle výsledků pacient dostával 3x infuze G 10% 500ml s inzulínem HMR. 5. pooperační den byl pacient převeden na podávání inzulínu s.c., tento den jsem u pacienta prováděla odběry krve na glykemický profil. Dle výsledků jsem aplikovala 12 m.j. HMR inzulínu 3krát denně do 9. pooperačního dne, kdy lékař naordinoval kontrolu glykemického profilu, který jsem nabrala. Tento den lékař převedl z inzulínu na PAD. Panu P.R. jsem podávala Diapredal 1-1-1 tbl., Meformin 1-0-1 tbl. Nadále jsem prováděla kontrolu glykémie ráno. 12. pooperační den jsem opět prováděla odběry glykemického profilu. S výsledky: 6,3.....11, 6.....8,0mmol/l a nezměněnou medikací byl následující den

propuštěn do domácího ošetřování bez známek dekompenzace, doporučením návštěvy diabetologa.

Hodnocení:

U pacienta nebyly zjištěny příznaky metabolického rozvratu organismu.

4. 3. 5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se spánkovou inverzí a verbalizací

00095 spánek porušený

Cíl a plán péče zůstal stejný. Pacient bude spát 6 hodin v noci bez přerušení a ráno se bude cítit odpočatý.

Realizace plánu:

Zjistila jsem, že pacient potřebuje k pocitu vyspání alespoň 6 hodin spánku. Během pobytu v nemocnici si pan P.R. přivykl na nové prostředí a naučil se připravit na spánek. Zpočátku jsem mu pomáhala s večerní toaletou, od 7. pooperačního dne se ve sprše myl sám. Pomáhala jsem mu se svlékáním kompresivních punčoch, každý večer jsem mu masírovala záda masážní emulzí. Na tento výkon se vždy těšil. Vytětrala jsem na pokoji. Ve 22:00 hodin jsem mu aplikovala Fraxiparine 0,3 ml s.c.(do 12. pooperačního dne), Dolsin 100mg i.m. (do 9. pooperačního dne), nebo Veral amp. i.m. (do 11. pooperačního dne), sledovala jsem vedlejší účinek léků a provedla jsem zápis do ošetřovatelské dokumentace. Zvonek měl pacient umístěn na dosah ruky, kdyby něco potřeboval.

Hodnocení:

Vzhledem k tomu, že na pokoji s panem P.R. byl jen jeden spolupacient, který byl po operaci o dva dny déle než pan P.R. nemusela jsem v noci provádět ošetřovatelské výkony. Pan P.R. se probouzel osvěžený. Dlouhodobý cíl byl splněn.

4. 3. 6 Neznalost příčin onemocnění a následné terapie, způsobená nedostatkem informací, projevující se verbalizací

00158 ochota zlepšit zvládání zátěže, 00075 ochota blízké osoby zvládnout zátěž

Cíl i plán péče zůstal stejný. Pacient projeví zájem o informace o nemoci a pochopí svůj zdravotní stav a léčbu.

Realizace plánu:

3. pooperační den jsem požádala lékaře, aby zašel za panem P.R. a promluvil s ním o jeho zdravotním stavu a dal mu odpovědi na jeho otázky. Lékař tak učinil další den v odpoledních hodinách, rozhovoru byla přítomna manželka pacienta na jeho přání. Lékař panu P.R. vysvětlil, že již výsledek biopsie (kancerisovaný tubulovillózní adenom) odebrané při kolonoskopii před přijetím svědčí o zhoubném zvrhnutí benigního tumoru. Informoval ho o tom, jakým způsobem by se mohla ubírat další léčba a že o ní bude rozhodovat onkolog. Dále informoval pan P.R., že nemá ještě k dispozici histologický výsledek z resekátu odebraném při operaci a proto mu nemůže sdělit konečný výsledek vyšetření. Když jsem šla na večer pomoci panu P.R. s večerní hygienou, svěřil se mi, o čem s lékařem hovořil. Byl smutný, ale byl rád, že se dozvěděl o svém onemocnění více a ví jaká léčba ho čeká. Každý den se ptal, zda není již výsledek histologie, bohužel jsem mu nemohla poskytnout uspokojivou odpověď. Výsledek do propuštění pacienta do domácího ošetření nebyl znám.

Hodnocení:

Plán byl splněn, pacient projevil zájem o informace a pohovořil si o svém zdravotním stavu s lékařem. Snažil se porozumět pravděpodobné následné péči.

4. 3. 7 Riziko poruchy kožní integrity z důvodu delšího pobytu na lůžku a přítomnosti DM

00046 porušená tkáňová integrita, 00044 porušená kožní integrita

Cíl a plán péče zůstal stejný. Pacient má neporušenou, růžovou a dostatečně hydratovanou kůži bez známek poškození.

Realizace plánu:

Pacient zná a ví co je proleženina a proč vzniká. Od 5. pooperačního dne už nemá invazivní katétry, tak má pocit volnosti a lépe se pohybuje. Také začíná dostávat kašovitou stravu a chodí jíst ke stolu. Postupně, jak se rána hojí, se pacient lépe pohybuje. Hygienu provádíme každý večer a mažu panu P.R. záda masážní emulzí. V dokumentaci je zřetelně vyznačena alergie na Ajatin a Ketazon

Hodnocení:

Pacient nemá příznaky poruchy kožní integrity. Dobře spolupracuje. Dlouhodobý cíl byl splněn.

5 EDUKACE PACIENTA PŘED PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ

Před propuštěním do domácího ošetřování (13. pooperační den) jsem pacienta edukovala o tom jak se má starat o ránu, životosprávu a jaké má dodržovat pokyny, aby došlo k co nejlepšímu zhojení rány.

- Sprchujte operační ránu, zvýší se tím prokrvení a zlepší se hojení
- Po 10 dnech po vyndání stehů promašťujte okolí rána a jizvy
- Dodržujte další 4 týdny bezobytkovou dietu, dala jsem panu P.R. informace o bezobytkové dietě na letáčku, dále upozorňuji , aby se vyvaroval ovoci s tvrdými slupkami
- Pečujte o pravidelnou a měkkou stolicí, je nutné, aby jste dodržoval pitný režim, to znamená vypít denně alespoň 2 - 3 litry tekutin (vyvarovat se alkoholu)
- Vyvarujte se potravin s vysokým energetickým obsahem, sledujte příjem živočišných tuků
- Soustřeďte se na potraviny obsahující vlákninu, vitamíny a minerály
- Dodržujte tělesné šetření alespoň 6 týdnů po operaci, předejdete tím vzniku kýly

Dále jsem doplnila na přání pana P.R. další informace ohledně zdravého životního stylu. Sám velmi dobře ví, že při svém onemocnění – DM musí dodržovat životosprávu, tj. dieta č. 9, správné dávkování porcí. Na požádání jsem mu domluvila schůzku s nutriční terapeutkou. Této schůzky se účastnila i manželka pana P.R. Nutriční terapeutka edukovala pana P.R. s jeho ženou.

Na závěr jsem pana P.R. na pokyn lékaře pozvala na kontrolu do proktologické ambulance naší kliniky. Zde se dozví výsledek histologického vyšetření, který do dne propuštění nebyl znám. Lékař provede kontrolu operační rány a domluví panu P.R. vyšetření na onkologii, kde podstoupí léčbu a bude dispenzarizován- pravidelně zván na onkologické a proktologické vyšetření.

6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská část je zpracována metodikou ošetrovatelského procesu, který probíhá v pěti fázích. Zahrnuje zhodnocení pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz, kdy jsem ve spolupráci s pacientem určila poruchy potřeb, provedla jsem plánování, realizaci a vyhodnocení péče. „Model fungujícího zdraví“ z hlediska holistické filozofie představuje nejkompexnější pojetí člověka. Podle něj lze profesionálně zhodnotit zdravého i nemocného člověka. Vybrala jsem 5. den hospitalizace, 3. den pooperační. Tento den jsem si vybrala, protože byl pro pacienta náročný z hlediska jeho adaptace na provoz oddělení a potřeboval zvýšenou ošetrovatelskou péči vzhledem ke komplikovanému hojení operační rány.

7 PROGNÓZA

Prognózu onemocnění ovlivňuje věk, celkový stav pacienta, včasnost a radikalita výkonu, přítomnost metastáz, velikost nádoru a jeho lokální invazivita. Protože do dne ukončení hospitalizace nebyl znám výsledek histologického vyšetření, prognóza tohoto pacienta se nedá zatím přesněji odhadnout.

ZÁVĚR

Cílem této práce je zpracování ošetrovatelského procesu 73 letého pacienta, kterému byla provedena resekce rektosigmatu pro kancerisovaný tubulovillózní adenom. Pacient byl hospitalizován na chirurgickém oddělení po dobu 15. dnů. Operačním dnem byl 2. den hospitalizace. Ošetrovatelský plán jsem zpracovala k 5. dni hospitalizace, 3. den pooperační. Tento den jsem si vybrala, protože byl pro pacienta náročný z hlediska jeho adaptace na provoz oddělení a potřeboval zvýšenou ošetrovatelskou péči vzhledem ke komplikovanému hojení operační rány. Do domácí péče byl pan P.R. propuštěn 13. pooperační den, kde mu bude velkou oporou manželka. Operační rána byla klidná, lehce secernující, bez stehů, které byly vyňaty. Pan P.R. i jeho manželka byli pečlivě poučeni jak pečovat o ránu a jaká by měla být životospráva. Při propuštění ještě nebyl k dispozici výsledek histologického vyšetření. Práci uzavírám přehledem odborné literatury a příloh.

Seznam literatury

1. Archalousová A.: *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nukleus, IBSN 80-86225-63-1, 2005
2. Balaš J., V. a kol.: *Speciální chirurgie II*, Praha, Avicenum, 1985
3. Čechová V., Melanová A., Rozsypalová M.: *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1995, ISBN 80-7013-197-7
4. Doenges M.E., Moorhouse M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé přepracované a rozšířené vydání*, Grada, 2001, ISBN 80-247-0242-8
5. Hoch J., Leffler J. a kol.: *Speciální chirurgie. Druhé aktualizované vydání*. Praha, Maxdorf 2003
6. Holubec L. sen. A kol.: *Kolorektální karcinom*. Praha, Grada, 2004
7. Jablonská M. a kol.: *Kolorektální karcinom*. Praha, Grada, 2000
8. Jobánková M., a kol.: *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, IDVPZ, Brno, 1992
9. Koziarová B., Erbová G., Olivierová R.: *Ošetrovatel'stvo*, Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0
10. Křivohlavý J.: *Psychologie nemoci*, Grada Publishing, Praha, 2002
11. Lemon I., *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*, IDVPZ, Brno, 1997
12. Marečková J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, Grada, 2006.80, ISBN 80-7368-109-9
13. *Pharmindex Breviř*: Medimedia Information s.r.o. a Inpharmex s.r.o., únor 2005
14. Provazník K.: *Manuál prevence v lékařské praxi VII*, Praha, Fortuna
15. Rokyta R. a kol.: *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000
16. Říčan P.: *Psychologie*. Portál, 2005, ISBN 80-7178-923-2
17. Sinělnikov R.D.: *Atlas anatomie člověka II. díl, třetí přepracované vydání*, Avicenum, 1981, 08-040-80
18. Staňková M.: *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ, 1999, ISBN 80-7013-282-5
19. Skřítecký J.: *Patologie*. Olomouc: Epava, 2001, IBSN 80-86297-06-3
20. Trachtová E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. NCO NZO Brno, ISBN 80-7013-324-4, 2006

Internetové zdroje

1. "*Solutions for Wellness*" [on line]. Dostupné na WWW: <<http://www.lilly.com/>>
2. Česká lékařská společnost [on line]. Dostupné na WWW: <http://www.cls.cz/>
3. 3. Lékařská fakulta UK [on line]. Dostupné na WWW: <http://www.ilf3.cuni.cz/>

Seznam příloh

- Příloha č. 1 *Bandáž dolních končetin – ošetřovatelský postup*
- Příloha č. 2 *Příprava sterilního stolku – ošetřovatelský postup*
- Příloha č. 3 *Aplikace léků – ošetřovatelský postup*
- Příloha č. 4 *Péče o dekubity – ošetřovatelský postup*
- Příloha č. 5 *Potřeba spánku a odpočinku – ošetřovatelský postup*
- Příloha č. 6 *Použité měřící techniky: analogová škála bolesti, zjištění rizika pádu*

Příloha č. 1 – Bandáž dolních končetin – ošetřovatelský postup

Cíl

Zajistit kompresi dolních končetin pomocí elastických punčoch nebo obinadel za účelem prevence vzniku tromboembolické nemoci. Přednost dáváme elastickým punčochám druhé kompresivní třídy.

Vstupní podmínky procesu péče

- ordinace lékaře k indikaci operačního zákroku
- edukace pacienta o důvodu, způsobu a nutnosti bandáže dolních končetin
- zajištění intimity prostředí

Pomůcky

- elastické obinadla (4kusy)
- elastické punčochy
- náplast
- nůžky

Postup

- informujte pacienta o důvodu bandáže
- informujte pacienta o způsobu provedení bandáže
- připravte si potřebné pomůcky
- pomozte pacientovi nasadit elastické punčochy
- uložte pacienta do vodorovné polohy nebo do sedu
- bandáže provádějte ráno, dříve než pacient vstane z lůžka
- bandáže elastickými obinadly provádějte klasovou metodou (lépe drží)
- postupujte od konečků prstů až po třísla
- sledujte při výkonu pacienta
- ptejte se na pocity
- sledujte prokrvení končetin
- bandáže zakončete přelepením náplasti
- proveďte zápis do dokumentace
- při shrnutí elastické bandáže, proveďte bandáž znovu (pozor, musí být zabandážovaná pata)

Komplikace

- porucha prokrvení při nadměrném utažení BDK (projeví se bledostí až cyanosou prstů)
- otok prstů a nártu nohy (příliš utažené bandáže)
- porušení integrity kůže (nadměrné utažení a hnutí BDK)

Zvláštní upozornění

- u operace varixů DK se bandáží neoperovaná končetina, po operaci se bandážují obě končetiny
- u cévních operací dolních končetin se bandáž neprovádí
- po operacích varixů DK se provádí bandáž denně po dobu 6 a dále se provádí bandáže jen při namáhavé práci, jinak nosí punčochy
- po ostatních chirurgických výkonech se bandáže provádí do úplné vertikalizace a rehabilitace
- upozorněte pacienta, že si musí provádět bandáž vždy než se postaví nebo si dolní končetiny na 10-20 minut zvedne do výše, a potom provede bandáž
- pacient dostane elastické bandáže nebo punčochy na chirurgické ambulanci na poukaz

Příloha č. 2 – Příprava sterilního stolku - ošetřovatelský postup

Cíl

Dodržení postupu při přípravě sterilního stolku.

Pomůcky pro sestru, která stolek připravuje

- čepice
- ústenka
- sterilní podávky

Pomůcky pro přípravu horního plochu instrumentačního stolku

- 1 – 2 sterilní roušky bez perforace
- 1 sterilní rouška perforovaná
- set sterilních nástrojů dle typu výkonu
- jednorázový šicí materiál
- sterilní tampóny a čtverce
- jehla + stříkačka
- sterilní rukavice
- sterilní krytí

Pomůcky na dolní plochu instrumentačního stolku

- dezinfekce na kůži
- emitní miska
- ampule lokálního anestetika
- oplachový roztok – Prontosan, peroxid vodíku, Betadine
- ústenka
- čepice
- ochranný plášť

Postup

- mechanicky očistěte a proveďte desinfekci instrumentačního stolku
- nasad'te si čepici a ústenku
- připravte si sterilní podávky
- rozprostřete sterilní roušku bez perforace na horní plochu stolku
- pomůcky podávkami vyjměte z obalů a rozmístěte na stolku (jehlu, stříkačku, nástroje, šicí materiál...)
- sterilní stolek přikryjte neperforovanou rouškou
- po výkonu proveďte likvidaci jednorázových pomůcek, ostrých předmětů a skla

- uložte štítky a obaly s údaji o šarži a expiraci materiálu, pro vložení do dokumentace
- zajistěte transport materiálu na oddělení patologie nebo mikrobiologie
- stůl mechanicky očistěte a proveďte mechanickou dezinfekci
- připravte materiál do centrální sterilizace

Příloha č. 3 – Aplikace léků – ošetřovatelský postup

1 Téma: Aplikace injekcí

Definice: Injekce je vpravení sterilního roztoku / léku do organismu (tkáň, cévního systému, tělních dutin...) pomocí injekční jehly a stříkačky za účelem preventivním (např. očkování), léčebným a diagnostickým.

Nejčastějšími způsoby aplikace injekcí jsou:

- intradermální (do kůže) – zkratka i.d., i.c.
- subkutánní (do podkoží) – zkratka s.c.
- intramuskulární (nitrosvalová) – zkratka i.m.
- intravenózní (nitrožilní) – zkratka i.v.
- intraarteriální (nitrotepenná) – zkratka i.a.

Dále může být aplikace nitrosrdeční (intrakardiální), nitrokloubní (intraartikulární), do páteřního kanálu (intrathekální) a aplikace injekce do tělních dutin.

Cíl

Za aseptických podmínek aplikovat správným způsobem injekční roztok ve správné dávce, správném čase a správnému pacientovi a v souvislosti s aplikací injekce nevzniknou žádné komplikace.

Kompetence

všeobecná sestra s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě ordinace lékaře.

Pacient je informován

- lékařem o druhu, důvodu podávání a možných komplikacích léku
- sestrou o způsobu aplikace injekce a rozsahu spolupráce při výkonu
- o možných nežádoucích projevech, které je nutno ihned nahlásit

Pomůcky

- medikační list s ordinací léku (dekurs)
- ordinovaný lék – ampulka, lahvička, dle druhu léku ředící roztok, event. pilníček k otevírání ampulí
- jednorázové injekční stříkačky a jehly (pro ředění léku / nasávání a aplikaci)
- čtverečky buničiny nesterilní a sterilní
- dezinfekční prostředek
- emitní miska
- leukoplast k přelepení místa vpichu

- pro aplikaci i.v. injekcí navíc škrtidlo
- jednorázové rukavice
- podnos / tácek

Ošetrovatelský postup

odborná příprava

- informujte pacienta tak, abyste jej zbavili strachu z výkonu
- zjistěte alergickou anamnézu pacienta
- zhodnoťte pacientův zdravotní stav pro případnou kontraindikaci léku
- připravte si potřebné pomůcky

vlastní provedení

příprava léků z ampulek a injekčních lahviček

- léky připravujte pouze podle ordinace v lékařské dokumentaci (dekursu)
- ordinace čtěte pozorně, pokud jsou nejasné, ověřte si je u ordinujícího lékaře
- při manipulaci s léky pracujte s plným soustředěním
- zkontrolujte přesnost ordinovaného léku a způsob aplikace, zkontrolujte neporušenost ampulek, sklepte roztok pod krček ampulky
- odezinfikujte krček ampulky či gumovou zátku lahvičky- není-li sterilní od výrobce
- vyjměte ze sterilního obalu stříkačku a vhodnou jehlu pro ředění / nasátí léku
- nasajte lék z ampulky nebo lahvičky za přísného dodržení sterility
- u suché formy injekce nařeďte obsah lahvičky vhodným roztokem
- proveďte výměnu jehly – odhoďte do plastového kontejneru jehlu
- pokud připravujete více léků, ponechte nasávací jehlu v ampulce
- připravujete-li víc jak jednu injekci, musí být každá označena štítkem s názvem léku a jménem pacienta
- ověřte pacientovu totožnost, ověřte jeho alergickou anamnézu
- uložte pacienta do vhodné polohy, seznamte jej s průběhem výkonu, upozorněte jej na možné reakce
- dodržujte zásady asepsy při každé aplikaci
- zvolte si vhodné místo vpichu:
 - a) intradermální injekce: nejčastěji oblast *musculus deltoideus*, vnější a vnitřní strana předloktí, *m. pectoralis major*, *m. trapezius* a *m. quadriceps femoris*
 - b) subkutánní injekce : zevní strana paže v obl. *musculus biceps brachii*, zevní strana steh, břicho v obl. *m.rectus abdominis*, v dorzogluteální partii oblast *m. gluteus medius*.

- c) intramuskulární injekce: velký nebo střední sval hýžďový, stehenní sval – *m. quadriceps femoris*
- d) intravenózní injekce: periferní žíly na horní končetině, nejlépe v. basilika, v. mediana a v. cephalica, dále žíly na hřbetu ruky a předloktí

Odezinfikujte místo vpichu injekce, vyčkejte doby expozice a lék aplikujte dle zásad pro jednotlivé druhy podávání injekcí:

Intradermální : odezinfikovat, napnout kůži a vést vpich pod úhlem 15°. Potvrzením správnosti aplikace je vytvoření bělavého pupínku v místě aplikace.

Subkutánní: odezinfikovat, vytvořit kožní řasu a vést vpich pod úhlem 45°, následně aspirovat (kontrola zda nedošlo k nabodnutí cévy) . Pokud se ve stříkačce neobjeví krev, pomalu aplikovat lék do podkoží. Pokud aplikujeme lék ve stříkačce s fixní jehlou o délce 12 mm (např. Clexane), vpich provést kolmo do vysoké kožní řasy, kterou je třeba držet po celou dobu aplikace.

Intramuskulární: vyhledat správné místo vpichu , odezinfikovat, napnout kůži, stříkačku držet jako pero a pod úhlem 90° propíchnout rychle pokožku. Aspirovat – povytáhnout píst stříkačky – a pokud se neobjeví krev - lék pomalu aplikovat. Po celou dobu aplikace držet pevně stříkačku a neměnit její sklon, aby nedošlo k poškození svalu. U velmi kachektických jedinců místo vypnutí kůže vytvořit řasu a jehlu vést pod úhlem 60°.

Intravenózní: zhodnotit žilní systém, přiložit škrtidlo a vybrat vhodnou žílu k punkci. Po odezinfikování místa vpichu napíchnout žílu jehlou vedenou pod ostrým úhlem. Aspirovat, objeví –li se krev ve stříkačce – povolit škrtidlo a za stálého sledování pacienta pomalu aplikovat lék do oběhu (rychlost aplikace závisí na typu léčiva, ordinaci lékaře a pokynech od výrobce). Má –li pacient zavedenou žilní kanylu, využijte ji.

- po ukončení aplikace léku vytáhněte rychle jehlu a přiložte na místo vpichu buničité čtverečky (tampón) a přelepte náplastí
- místo vpichu s.c. a i.m. injekce je možné lehce promasírovat pro lepší vstřebávání, **NEMASÍROVAT** po aplikaci heparinu a inzulínu!
- sledujte účinky léku na pacienta a jeho celkový stav, informujte lékaře
- dodržujte zásady asepse u každé aplikace
- nachystejte všechny pomůcky a asistujte u výkonu, pokud i.v. injekci aplikuje lékař

Dokumentace informací a data

- aplikaci injekce zaznamenejte do dekursu – odškrtnutí ordinace, podpis a čas
- do sesterské dokumentace zaznamenejte případné reakce pacienta na podané léčivo a vždy informujte lékaře
- v případě odmítnutí léku pacientem proveďte záznam s odůvodněním a informujte lékaře
- podané opiáty zaznamenejte do „záznamu o spotřebě omamných látek“
- dojde – li k záměně léku, je nutné vyplnění „Zápisu o mimořádné události“

Komplikace

- odmítnutí aplikace injekce pacientem
- alergická reakce
- porušení asepse a infikování místa vpichu
- záměna léku, nepodání léku, nedodržení předepsané dávky a času, nevhodný způsob
- při s.c. aplikaci podání léku i.v.
- při i.m. aplikaci : vznik hematomu, nabodnutí kosti, poranění nervu,...
- při i.v. aplikaci: paravenózní zavedení jehly a vznik hematomu, paravenózní aplikace a jiné

Zvláštní upozornění

- připravujte léky / injekce vždy podle ordinace lékaře
- připravujte léky z originálního balení, zkontrolujte expiraci
- vždy zkontrolujte totožnost pacienta, správnost léku, dávku, čas a způsob aplikace
- dodržovat zásadu – „kdo lék připravuje, ten podává“
- před a po výkonu proveďte hygienickou dezinfekci rukou
- chybí-li ordinovaný lék, dohodněte další postup s ošetřujícím lékařem a informujte pacienta
- kontaminovaný lék zlikvidujte a použijte lék nový
- sestra je povinna si průběžně doplňovat informace o nových léčivech a znát jejich nežádoucí účinky
- sestra nesmí lék podat bez písemné ordinace lékaře
- pokud zjistíte nežádoucí reakci, přerušete aplikaci, zkontrolujte vitální funkce pacienta, informujte lékaře a proveďte záznam do dokumentace

Úklid pomůcek

- použité jednorázové pomůcky odstraňte do nádoby pro infekční materiál
- použité jehly odhodte do určených plastových kontejnerů , vrácení krytů na použité jehly je nepřípustné
- ostatní pomůcky (emitní miska, škrtidlo, tácek) dekontaminujte a mechanicky očistěte
- doplňte chybějící materiál
- zkontrolujte vlastní prostředí nemocného, zda při výkonu nedošlo k znečištění

Použitá literatura

1. Standardní pracovní postupy ošetrovatelské péče, FN u sv. Anny Brno, 1997
2. Z. Mikšová a kol.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I, Grada, 2006
3. A. Richards, S. Edwards : Repetitorium pro zdravotní sestry, Grada, 2004
4. A. Jirkovská a kol.: Jak (si) léčit a kontrolovat diabetes, svaz diabetiků ČR, 2004

Aplikace nízkomolekulárních heparinů

Preplněné injekční stříkačky k okamžitému podání – např. Clexane, Fragmin, Fraxiparine

- podávat přísně s.c. (výjimku tvoří např. i.v. podání Fraxiparine při hemodialýze)
- sejmut kryt z jehly, vzduchovou bublinu neodstříkovat, došlo by ke ztrátě účinné látky
- místem vpichu je anterolaterální či posterolaterální část břišní stěny
- do kožní řasy, která se vytvoří v místě aplikace mezi palcem a ukazovákem
- jehlu zavést kolmo, celou délkou místa vpichu střídat
- vpich vést
- obsah stříkačky pomalu aplikovat za stálého držení kožní řasy
- odstranit stříkačku s jehlou, uvolnit kožní řasu
- místo vpichu nemasírovat

Aplikace inzulínů

Druhy nejčastěji užívaných inzulínů:

1 krátkodobě působící

- humánní – Actrapid HM, Velosulin HM, Insulin HM-R, Insuman Rapid
Začátek působení za 30 min., maximum účinku za 2 – 3 hod., doba působení celkem 4 – 6 hod.

- analoga – Humalog, NovoRapid

Začátek působení za 10 – 20 min., maximum účinku za 1 – 2 hod., doba působení 3 – 5 hod.

2 střednědobě působící

- humánní – Insulatard HM, Monotard, Insulin HM-NPH, Humulin N, Humulin L

Začátek působení za 1 – 2,5 hod., maximum za 4 – 12 hod., doba působení 12 – 16 hod.

3 dlouhodobě působící

- humánní - Ultratard HM

- analog - Lantus

Začátek působení za 2 – 3 hod., maximál. účinek za 10 – 18 hod., doba působení 24 – 36 hod.

4 kombinované inzulíny

- Mixtard HM – 10 až 50 (číslo značí procentuální zastoupení krátkého inzulínu, zbytek tvoří střednědobý inzulín)
- Humulin M 3 (číslo udává podíl krátkého inzulínu, např. 3 = 30 %)
- Insulin HM-Mix, NovoMix

Místo a způsob aplikace:

- při aplikaci více dávek denně aplikovat inzulín ve stejnou dobu do stejné oblasti, protože vstřebávání inzulínu z různých míst vpich se liší
- vpichy do jedné oblasti posunovat shora dolů, ve vzdálenosti asi 3 cm, nepíchat stále do stejného místa
- asi po týdně střídat pravou a levou stranu těla
- nejrychleji se inzulín vstřebává z podkoží břicha, potom z paže a z hýždí, nejpomaleji ze stehen
- nejčastější způsob aplikace je s.c.

Aplikace inzulínovou stříkačkou 100j. :

- před natahováním se přesvědčit, že obsah lahvičky je čirý (krátkodobý inz.) či mléčný (dlouhodobý inzulín) a bez sraženin, lahvičku lehce promísit (neprotřepávat)
- odezinfikovat gumovou zátku lahvičky, vbodnout jehlu se stříkačkou, lahvičku otočit dnem vzhůru a natáhnout inzulín (pozor na vzduchové bubliny)
- pokud má pacient ordinovánu směs krátkodobého a dlouhodobého inzulínu, nejprve do stříkačky natáhnout inzulín krátkodobý
- vybrat vhodné místo vpichu, odezinfikovat, vytvořit kožní řasu a aplikovat inzulín pod úhlem 45° (končetiny) nebo 90° (břišní stěna). Nezapomenout na aspiraci.

Aplikace inzulínu dávkovačem – perem (např. NOVO PEN, HUMA Pen):

- speciální inzulínové náplně – cartridge, Penfillly
- aplikovat pod úhlem 90°
- po podání inzulínu nevytahovat jehlu ihned, ale chvíli vyčkat, aby byla aplikována celá dávka

Upozornění

- lahvičky s inzulínem nebo inzul. pera uchovávat v chladničce
- sledovat dobu expirace
- má - li pacient vlastní inzulín – řádně označit a nepoužívat pro někoho jiného

Příloha č. 4 – Péče o dekubity – ošetrovatelský postup

Cíl

- vytvořit optimální prostředí pro hojení rány (vlhkost, teplota, eliminace bakterií)
- prevence infekce a její potlačení
- redukce všech negativních faktorů vedoucích ke vzniku dekubitů (antidekubitární pomůcky)
- zabránit rozšíření defektu do šířky a hloubky
- minimalizace bolesti

Kompetence

Sestry všech stupňů vzdělání. Odbornou konzultaci provádí školená sestra v ošetrování ran.

Pomůcky

- základní vybavení převazového vozíku
- jednorázové rukavice
- sterilní rukavice
- emitní miska
- roztok k oplachu, výplachu rány (např. Fyziologický roztok, Ringerův roztok)
- stříkačka 20 ml
- sterilní mulový materiál (čtverce, tampony)
- sterilní nástroje (pinzeta, nůžky, peán)
- sterilní odběrová souprava ke kultivaci (Microtrans)
- terapeutické obvazy - antiseptické obvazy, obvazy s aktivním uhlím, hydrogely, algináty, hydrocoloidy, hydroponery – viz manuál pro hojení ran
- ochranná pasta nebo mast do okolí defektu
- lopatky nebo vatové štětičky k aplikaci pasty nebo masti
- savý sekundární materiál
- náplast a další pomůcky k fixaci
- nádoba na odpad
- převazové nůžky

Postup

- vysvětlíte nemocnému způsob ošetření (postup, polohu, délku trvání převazu apod.)
- po domluvě s lékařem podejte přibližně 20 minut před převazem analgetika (pokud je převaz bolestivý)
- upravte polohu nemocného, tak aby rána byla dobře přístupná k ošetření a pohodlná pro pacienta
- oblékněte si jednorázové rukavice
- šetrně sejměte náplast a odstraňte sekundární obvazy
- pomocí pinzety a roztoku k oplachu sejměte primární obvaz
- obvazy odložte do nádoby na infekční odpad
- ránu vypláchněte a posuďte stav dekubitu (rozsah, stupeň, exudaci, příznaky infekce, vzhled okolí rány)
- dle stavu dekubitu proveďte stěr na mikrobiologické vyšetření.
- rozhodněte se pro další postup (ošetření rány samostatně nebo asistence lékaři)
- ošetřete okolí rány
- aplikujte primární obvaz
- aplikujte savý (sekundární) obvaz
- obvaz fixujte (využívejte hydrofilní pružné obinadlo, pruban, síťové kalhotky apod.)
- uložte nemocného zpět do požadované polohy
- upozorněte nemocného na náležitosti týkající se ošetřování
- záznamy proveďte do předepsaného formuláře

Upozornění

- respektujte intimitu nemocného
- nemocného dostatečně informujte a přimějte ho ke spolupráci
- nezapomínejte na psychickou podporu nemocného (aktivizace, návštěvy, odpočinek)
- součástí terapie dekubitu musí být eliminace faktorů, které ke vzniku dekubitu vedly
- součástí terapie je i nutriční podpora nemocného, hydratace, systémová terapie (léky)
- každý převaz musí probíhat asepticky

Krycí materiály

Doporučujeme krycí materiály, které zaručují vlhké prostředí v ráně pro její hojení.

Zvládnutí bakteriální kolonizace a infekce

- riziko infekce snížíte a hojení rány podpoříte častým mytím rukou.
- pokud ošetřujete mnohočetně dekubity u jednoho pacienta, ponechte si nejvíce kontaminovanou ránu až na konec- př. perianální oblast

Dokumentace

- riziko dekubitů i výskyt dekubitů musí být zaznamenán v ošetřovatelské
- výskyt a ošetřování dekubitů musí být průkazně zaznamenáno v ošetřovatelské dokumentaci

Zdroj

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel (Evropský konzultační panel zabývající se dekubity) – směrnice pro ošetřování dekubitů

Příloha č. 5 - Potřeba spánku a odpočinku – ošetřovatelský postup

Spánek a odpočinek je základní fyziologickou potřebou, jsou nezbytným předpokladem pro zachování a udržení tělesného a duševního zdraví. Spánek je charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí. Má vliv na chování člověka. Odpočinek charakterizuje klid, relaxace bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti.

Cíl

- uspokojit potřeby optimálního odpočinku a spánku pacienta
- zajistit kontinuitu ošetřovatelské péče
- uplatnit holistické pojetí pacienta
- nalézat vhodné intervence na podporu spánku

Kompetence

Supervizi provádí vrchní sestra. Za uplatnění holistického pojetí a zajištění kontinuity ošetřovatelské péče na oddělení zodpovídá staniční sestra. Za plnění metody ošetřovatelského procesu a spokojenost pacientů zodpovídá na oddělení staniční sestra, u jednotlivých pacientů skupinová, nebo primární sestra.

Faktory ovlivňující spánek a odpočinek

- fyziologicko-biologické (věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, aktivita,...)
- psychicko-duchovní (úzkost, strach, nejistota, nuda, ztráta smyslu života,...)
- sociálně-kulturní (mezilidské vztahy, pracovní problémy, finanční problémy,...)
- životního prostředí (hluk, světlo, ovzduší, vlhkost vzduchu,...)

Poruchy spánku

- primární: samotná nespavost, nadměrná spavost, narkolepsie, spánková apnoe
- sekundární: způsobené klinickým onemocněním

Předpoklady pro odpočinek

- pocit, že máme své věci pod kontrolou
- pochopení ostatních lidí
- porozumění situaci: vím co se děje
- klid, pohoda, spokojenost pacienta
- dostatečné množství účelné činnosti
- vědomí, že v případě potřeby někdo pomůže

Předpoklady pro spánek

- ošetřování pacienta provádět bez buzení, zajistit klid v noci, snaha o nenarušení doby na odpočinek
- vysvětlit pacientovi nutnost vyrušení- měření fyziologických funkcí
- zajistit klidné, tiché prostředí, odstranit rušivé faktory
- zajistit přiměřený komfort
- analgetika podat minimálně 30 minut před usnutím
- podat indikovaná hypnotika a sledovat reakci pacienta
- přiměřená fyzická aktivita během dne
- vysvětlit nesprávné stravovací návyky
- vytvořit vstřícné prostředí
- naslouchat problémům
- respektovat potřebu klidu a soukromí
- respektovat zvýšené nároky na kvalitu i kvantitu spánku
- minimalizovat narušení životního rytmu a spánku

Realizace předpokladů

- harmonogram práce a činnosti sester – noční klid od 21:30 hodin do 6:30 hodin
- buzení před 6:30 hodin pouze na základě ordinace lékaře
- respektovat spánkové zvyklosti sova/skřivan
- zajistit přiměřený komfort před spaním
- zajistit edukaci, podporu, pomoc
- aktivizace a hydratace během dne
- používat noční světlo, signalizační zařízení v dosahu u lůžka
- u polohovacích lůžek nastavit do nízké polohy

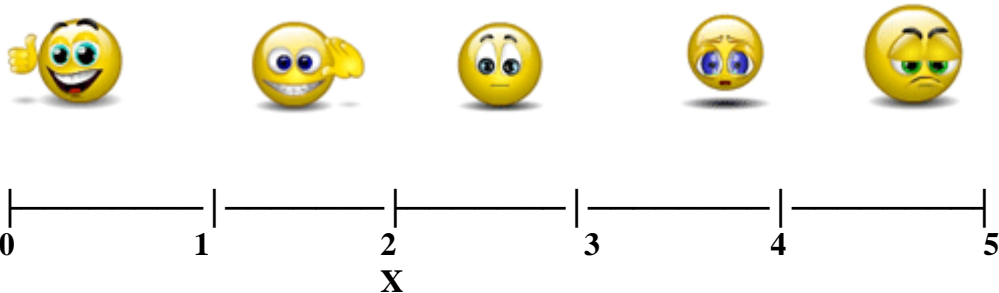
Závěr

Při uspokojení potřeby spánku a odpočinku je nutné vycházet z ošetřovatelské anamnézy, při poruše ji blíže rozpracovat. Nutná pohoda a regulace bolesti.

Použitá literatura

- Doenges M., Moorhouse M.F.,: 2. vydání Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada 2001
- Trachtová E.,: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. IDVPZ, Brno 1999

Příloha č. 6 Použité měřicí techniky: analogová škála bolesti, zajištění rizika pádu



Zjištění rizika pádu					
CELKOVÉ SKÓRE: ...2 Dne:...13.3.(Skóre vyšší než 3, riziko pádu)					
Pohyb	neomezený	0	Pád v anamnéze	0	
	používá pomůcky	0		neužívá rizikové léky	0
	potřebuje pomoc k pohybu	1		užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik antihypertenzívps ychotropní léky, benzodiazepiny	0
	neschopnost přesunu	0			
Vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0			
	v anamnéze nykturie/inkontinence	0			
	vyžaduje pomoc	1			
Věk	18 - 75	0			
	75 a více	0			
Mentální status	orientován	0	Smyslové poruchy	žádné	0
	občasná/ noční inkontinence	0		vizuální, sluchový, smyslový deficit	0
	historie desorientace/demence	0			