

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., PRAHA 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S VŘEDOVOU CHOROBU GASTRODUODENA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KLÁRA KUBÍNOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Kubínová Klára
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s vředovou chorobou
gastroduodena

*Comprehensive Nursing Care of a Patient with Gastroduodenal Ulcer
Disease*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská. PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

Abstrakt v českém jazyce

KUBÍNOVÁ, Klára. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s vředovou chorobou gastroduodena*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., RS Praha. 2012. 62 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s vředovou chorobou gastroduodena. Teoretická část práce zahrnuje patofyziologii žaludku, diagnostiku onemocnění, seznámení s bakterií *Helicobacter pylori*, komplikacemi a léčbou. Stěžejní částí práce je rozsáhlá kazuistika pacienta s vředovou chorobou žaludku léčeného na chirurgickém oddělení. Cílem této práce je poukázat na toto onemocnění a přispět k lepší informovanosti o této nemoci a zmapovat medicínskou a ošetrovatelskou problematiku.

Klíčová slova

Komplexní ošetrovatelská péče. Pacient. Vředová choroba gastroduodena.

Abstrakt v anglickém jazyce

Kubinova, Klara. *Comprehensive Nursing Care of Patient with Gastroduodenal Ulcer Disease*. Nursing College, o.p.s. degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Jana Hlinovska, PhD.,RS Prague. 2012 62 pages.

The main topic of the thesis is comprehensive nursing care of patient with gastroduodenal ulcer disease. The theoretical part includes pathophysiology of the stomach, diagnosis, identification of the bacteria *Helicobacter pylori*, and complications of treatment. The main section includes a comprehensive casuistry about a patient with gastroduodenal ulcer disease in the surgical department. The aim of this thesis is to point out the disease and contribute to better awareness about the disease and to map the medicinal and nursing issues.

Keywords

Comprehensive Nursing Care. Gastroduodenal Ulcer Disease. Patient.

Předmluva

Téma práce jsem si vybrala proto, že bych chtěla poukázat na toto onemocnění, které může ohrožovat pacienta na životě. Onemocnění je celospolečenským problémem. Tato práce vznikla, jelikož mě zaujala bakterie *Helicobacter pylori*, která se vyznačuje jedinečnou schopností přežít v prostředí s velmi vysokou kyselostí. V práci je uvedena podrobná kazuistika a ošetřovatelské diagnózy zpracované podle NANDA taxonomie I.

Výběr tématu jsem si zvolila po absolvování odborné praxe na chirurgickém oddělení. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních pramenů.

Práce je určena pro další studenty, kteří by se chtěli zabývat touto tematikou anebo se seznámit s daným onemocněním.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., RS za podporu a rady při psaní. Dále bych chtěla poděkovat ošetřujícímu personálu na chirurgickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Vředová choroba gastroduodena	9
1.1 Patofyziologie	9
1.2 Výskyt	10
1.3 Příčina	11
1.4 Příznaky.....	12
2 Diagnostika	14
2.1 Helicobacter pylori.....	14
3 Komplikace	16
4 Léčba.....	18
5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou gastroduodena.....	21
5.1 Ošetrovatelská péče pacienta se zavedenou nazogastrickou sondou	23
5.2 Výživa u vředové choroby gastroduodena.....	24
6 Kvalita života.....	27
6.1 Pojetí kvality života.....	28
6.2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	30
7 Ošetrovatelský proces	30
8 Koncepční model podle Virginie Henderson.....	33
9 Kazuistika	38
9.1 Utřídění informací podle modelu Virginie Henderson ze dne 19.10.2011	42
9.2 Medicínský management	48
9.3 Situační analýza	50
9.4 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit.....	51
9.5 Zhodnocení ošetrovatelské péče	58
9.6 Doporučení pro praxi	59
Závěr	60
Seznam použité literatury	61
Přílohy	

Úvod

Vředová choroba žaludku je onemocnění, které se řadí do skupiny civilizačních chorob. Infekce *Helicobacter pylori* je rozšířena po celém světě. Frekvence onemocnění je spjata především s nízkou sociální a ekonomickou úrovní životního prostředí, ve kterém infikovaní žijí. Proto je v rozvojových zemích velmi vysoká zamořenost touto infekcí ve srovnání se zeměmi průmyslové vyspělými (SEDLÁČKOVÁ a kol., 1996, s. 85). Je nutné se zajímat se nejen o jejich existenci a léčbu, ale i o jejich prevenci. Toto téma mě zaujalo i z hlediska zvláštní bakterie - *Helicobacter pylori*, jenž se vyznačuje jedinečnou schopností přežít v prostředí s velmi vysokou kyselostí.

Cílem mé práce je v první řadě seznámení se s chorobou, s jejími příčinami, projevy, diagnostikou a principy léčby. S tím souvisí snaha o zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu, důraz na jeho spolupráci při procesu uzdravení a podpora zodpovědnosti za vlastní zdraví. V mojí práci by se měl objevit i holistický přístup k pacientovi, tj. v pohledu na pacienta jako na osobnost, v níž se prolínají její bio-psycho-sociální potřeby. Zvláště si pak kladu za cíl realizaci ošetrovatelského procesu a komplexní řešení problému.

Důkladný sběr ošetrovatelské anamnézy získaný pozorováním pacienta a rozhovorem s ním, následné rozpracování ošetrovatelských diagnóz, stanovení cílů dlouhodobého a krátkodobého, výsledná kritéria, intervence, realizace a hodnocení. Nelze také opomenout edukační činnost, jakožto důležitou součást léčby a základ prevence komplikovaného průběhu onemocnění.

Prevence je v tomto směru velice důležitým faktorem, neboť může ovlivnit riziko vzniku vředové choroby.

V neposlední řadě bych ráda přispěla k lepší informovanosti o této stále častěji se vyskytujícím onemocněním. Byla bych ráda, kdyby moje práce posloužila i ostatním studentům, jež by se chtěli touto problematikou zabývat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vředová choroba gastroduodena

Termín vředová choroba žaludku a duodena znamená, že se jedná o celkové onemocnění organismu a nikoliv o postižení sliznice žaludku a duodena (LUKÁŠ a kol., 2005).

Peptický gastroduodenální vřed je slizniční defekt, který vzniká v dosahu působení žaludeční šťávy, proniká přes slizniční svalovinu – muscularis mucosae a nejčastěji se vyskytuje v bulbu duodena, žaludku a jícnu. Vředová choroba duodena je chronické recidivující onemocnění, charakterizované výskytem vředů v duodenálním bulbu a přítomností *Helicobacter pylori* (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Vředovou chorobu žaludku a duodena lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří vlastní vředová choroba žaludku a duodena a druhou skupinu tvoří druhotné (sekundární) vředy (LUKÁŠ a kol., 2005).

1.1 Patofyziologie

V žaludku se fyziologicky tvoří kyselina chlorovodíková a před jejími účinky je chráněna mucinem a zásaditými látkami. Zásadní význam pro vznik onemocnění má nepoměr mezi tzv. ochrannými a agresivními faktory sliznice, který sliznici škodí. Následná kolonizace poškozené sliznice *Helicobacterem pylori* poté vyvolává její zánět. Agresivní žaludeční sekret s ionty H^+ k oslabené žaludeční sliznici a vodíkové ionty uvolňují z žírných buněk sliznice histamin, který působí lokální tkáňovou anoxii. Dojde k natrávení tkáně a vzniku peptického vředu.

Máme 2 druhy poškození:

- Pacienti se sníženou sekrecí žaludeční kyseliny vlivem kouření, malnutrice, vysoké konzumace soli, deficitu vitamínů, kde dochází snáze ke kolonizaci žaludečního těla *Helicobacterem pylori*, intenzivního zánětu, dalšímu snížení

sekrece kyseliny a posléze k atrofii sliznice dále ke vzniku vředů a případně karcinomu.

- Pacientům se zvýšenou sekrecí kyseliny chlorovodíkové vznikne gastritida, postihující antrum a provázena hypergastrinemií a zvýšenou produkcí kyseliny. Dojde ke zvýšení kyseliny i v duodenu, metaplazie se kolonizují *Helicobacterem pylori*, dojde k narušení slizniční obrany duodena a vznikne vřed.
 - Žaludeční vřed – *Helicobacter pylori* pravděpodobně přímo poškozují obranné slizniční mechanismy žaludku, inhibují slizniční sekreci bikarbonátů a omezuje mikrocirkulaci. Dojde k narušení žaludeční sliznice a umožňuje zpětnou difuzi vodíkových iontů a následným zánětem a poškozením.
 - Duodenální vřed – vznik souvisí s hypersekrecí kyseliny chlorovodíkové, kterou vyvolává hypergastrinemie a vrozené zmnožení parietálních buněk je zvýšená citlivost vůči gastrinové stimulaci. *Helicobacter pylori* kolonizuje poškozenou sliznici, vyvolává zánět s následným vznikem defektu (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

1.2 Výskyt

Vředová léze je lokalizovaná v oblasti žaludečního těla (vředová choroba žaludku), anebo ve dvanáctníku (dvanáctníkový vřed). „Lokalizace vředů v oblasti dvanáctníku je asi 80%“ (LUKÁŠ a kol., 2005, s. 77).

Druhotné (sekundární) vředy se nejčastěji vyskytují u pacientů, kteří užívají léky s nepříznivým účinkem na trávicí trakt – nesteroidní antiflogistika. Kriticky nemocní pacienti, u kterých je onemocnění důsledkem jiného závažného onemocnění, existuje vyšší riziko krvácení. Během života prodělá asi 3-10 % populace vředovou chorobu. Dvanáctníkové vředy vznikají většinou u mladých pacientů a žaludeční vředy se objevují častěji u starších pacientů (LUKÁŠ a kol., 2005).

Zvýšený výskyt onemocnění je pacientů, kteří mají povolání s častým výskytem stresových situací a nepravidelným režimem. Ve vyšším věku přibývá pacientů se sekundárními vředy a to při užívání léků jako nesteroidní antirevmatika, kyseliny acetylsalicylové či kortikosteroidů (KOHOUT a kol., 2008).

1.3 Příčina

Vždy se jedná o narušení rovnováhy mezi agresivními a ochrannými činiteli. Nejdůležitějším agresivním činitelem je kyselina solná (chlorovodíková), která se podílí na trávení jednotlivých živin, především bílkovin, které denaturuje a také brání průchodu bakterií do dalších částí trávicí trubice tím, že je zabíjí. A dále její zvýšené množství či působení na sliznici oslabenou působením dalších agresivních činitelů nebo nedostatečně bráněnou vede k natrávení sliznice a popřípadě i hlubších vrstev stěny trávicí trubice (KOHOUT a kol., 2008).

Příčiny rozdělujeme na agresivní činitele a ochranné činitele:

Agresivní činitelé: kyselina chlorovodíková a peptická aktivita žaludečního sekretu, helicobacter pylori, žluč, pankreatické enzymy, poruchy cirkulace a mikrocirkulace, kouření, medikamenty, kofein, dráždivá strava.

Ochranné činitelé: zásaditá sekrece slin, pankreatické šťávy, bikarbonáty v žaludečním sekretu, vrstva hlenu na žaludeční sliznici, endogenní prostaglandiny, normální cirkulace a mikrocirkulaci, regenerační schopnost buněk, protivředová léčba, alkalický vliv potravy (KOHOUT a kol., 2008).

Vředová choroba patří mezi tzv. psychosomatická onemocnění, kde se na vzniku kromě výše uvedených faktorů podílí i vegetativní labilita (chladná a zpocená akra, zvýšený dermografismus). V rodinné anamnéze často bývá údaj o vředové chorobě v příbuzenstvu, ale neexistuje typická vředová konstituce. Není jasné, zda je zvýšený výskyt v některých rodinách vyvolaný vegetativní labilitou nebo výskytem bakterie *Helicobacter pylori* (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Rozlišujeme dle Klenera a kol. (2002) tyto typy:

- Vředová choroba žaludku a duodena: hlavní příčina je zánět sliznice (gastritida) vyvolaná mikroorganismem *Helicobacter pylori*.
- Vřed sekundární: mají jinou definovanou příčinu:
 - **Lékové:** jsou nejčastější a nejzávažnější projev onemocnění, které se označuje jako gastropatie z nesteroidních antirevmatik.
 - **Stresové:** vyvolání stresem po polytraumatech, těžkých popáleninách, náročných operacích, po operacích mozku a při vzniku se podílejí nejvíce poruchy mikrocirkulaci žaludeční sliznice.
 - **Endokrinní:** jde o Zollingerův syndrom podmíněný přítomností gastrinomu, jedná se o úporně recidivující a komplikované vředy.
 - **Hepatogenní:** při těžkých jaterních lézích.
 - **Při respirační insuficienci:** bývají klinicky němé a mohou se projevit až komplikacemi.
 - **Některé stařecké:** mohou dosáhnout neobvyklé velikosti. Při vzniku hraje roli nedostatečná výživa a zřejmě i poruchy cirkulace.

1.4 Příznaky

Žaludeční vřed se často projevuje bolestmi břicha a nachází se pod mečovitým výběžkem hrudní kosti a vpravo od něj (KOHOUT a kol., 2008).

Bolest je tupá a může se rozšiřovat do zad (ZAVORAL a kol., 2007).

Příznakem bývá časová závislost na požití jídla. Čím blíže vstupu do žaludku je umístěn vřed, tím dříve po jídle začínají obtíže. Mezi další příznaky patří nechutenství, nucení na zvracení či zvracení, může se objevit záchvatovité zvracení, snížená chuť k jídlu.

„Onemocnění postihuje častěji osoby ve věku mezi 40 – 70 lety, rovnoměrně obě pohlaví“ (ZAVORAL a kol., 2007, s. 34).

Charakteristický příznak u **dvanáctníkového vředu** je bolest pod mečovitým výběžkem či pod pravým žeberním obloukem. Vyskytuje se na lačno a ustupuje po požití stravy (KOHOUT a kol., 2008).

Nemocné často budí ze spaní a ustupuje po jídle a antacidech (ZAVORAL a kol., 2007).

Bolest se vyskytuje nejméně u 75 % nemocných (DÍTĚ a kol., 2000).

Dále se vyskytuje pálení žáhy, zvracení kyselých šťáv, únava a případně i zácpa. U lidí s cukrovkou a ve vyšším věku je častý bezpříznakový průběh onemocnění, které se projeví až některou z komplikací a to nejčastěji krvácením z vředu. Typické je to u pacientů po užívání nesteroidních antirevmatik (KOHOUT a kol., 2000).

„Dvanáctníkový vřed je častější u nemocných mezi 20 – 40 lety a je více u mužů „(ZAVORAL a kol., 2007, s. 35).

2 Diagnostika

Základní diagnostika vředové choroby zahrnuje podrobnou anamnézu, fyzikální, laboratorní vyšetření a endoskopické vyšetření s cíleným odběrem bioptického materiálu a s následným vyšetřením na možnou přítomnost infekce *Helicobacter pylori*. Diagnostické testy na zjištění přítomnosti infekce *Helicobacter pylori* lze dělit na invazivní a neinvazivní v závislosti na provedení endoskopického vyšetření. K průkazu infekce invazivním způsobem používáme rychlý ureázový test, histologické vyšetření, kultivaci a vyšetření žaludeční a antrální sliznice. Vzorek získáme při gastrokopii. K neinvazivním vyšetřením k průkazu infekce patří dechový test a vyšetření stolice. Důležitý údaj je bolest, pálení žáhy, nauzea, zvracení a zápach z úst. Diagnostika je především v endoskopickém vyšetření. Vřed žaludku a duodena je jedním z nejčastějších patologických endoskopických nálezů (LUKÁŠ a kol., 2005).

2.1 *Helicobacter pylori*

V roce 1983 lékaři Warren a Marshall popsali souvislost mezi infekcí *Helicobacter pylori* a peptickými vředy gastroduodena, vedli k řadě sporů a nedůvěře odborné veřejnosti. Dnes je hlavní role této bakterie, která se podílí na vznik vředů prokázána. Bakterie osidluje prostředí s velmi kyselou reakcí, které likviduje většinu bakterií přijímaných spolu s potravou. *Helicobacter pylori* může mít různou schopnost vyvolat onemocnění, jelikož má různou patogenitu. Přenos je z člověka na člověka a to ústy nebo fekálně orálním přenosem. Rozšíření bakterie závisí na hygienických podmínkách (KOHOUT a kol., 2008).

Bakteriologie

Helicobacter pylori je krátká, spirální, mikroaerofilní, gramnegativní bakterie s několika bičíky. Existuje několik druhů, ale u člověka je nejčastěji nelezena tento druh bakterie, který produkuje velké množství enzymů, zvláště ureázu (MARTÍNEK a kol., 2000).

Infekce patří celosvětově mezi nejčastěji se vyskytující. „Odhaduje se, že je infikována více než polovina lidstva. Ve vyspělých zemích je prevalence infekce H. pylori 15 – 40%, v rozvojových zemích 70 – 99 %. V nižších socio – ekonomických vrstvách je prevalence vyšší. V České republice je prevalence infekce H. pylori 42 %“ (ZAVORAL a kol., 2007, s. 36).

3 Komplikace

Mezi komplikace patří krvácení, perforace a penetrace, stenóza pyloru a nádorová změna vředu (LUKÁŠ a kol., 2005).

Krvácení

„Krvácení z vředu je 50 % příčinou akutního krvácení do horní části trávicího traktu a projevuje se hematemézou nebo melénou. Spouštěcím mechanismem často bývá užití nesteroidních antirevmatik nebo salicylátů“ (ZAVORAL a kol., 2007, s. 37).

Krvácení je různé intenzity, kterou posuzujeme podle změn v krevním obrazu a podle počtu krevních transfúzí, které je nutno aplikovat. Příznakem je zvýšení tepové frekvence nad 100/min a pokles systolického krevního tlaku pod 100 mmHg.

Prognóza je velmi obtížná, každé krvácení do trávicího traktu považujeme za stav potenciálně ohrožující život. Je nutná hospitalizace a to nejlépe na anesteziologicko – resuscitačních odděleních, chirurgických JIP nebo technicky vybavených interních odděleních. Je potřeba zajistit žilní přístup a aplikovat hemostyptika (např. Dicynone). Při velkém krvácení se doporučuje zavedení nazogastrické sondy k odsávání obsahu žaludku. Dále podáváme antagonisty H₂ – receptory nebo inhibitory protonové pumpy. Hlavní diagnostickou metodou při krvácení je endoskopické vyšetření. Vyšetření přesně identifikuje zdroj krvácení (DÍTĚ a kol., 2000).

Perforace

Nastane při rychlém pronikání vředu stěnou žaludku, kdy se nevytvoří okolní srůsty. Perforovat může do volné dutiny břišní s následkem peritonitidy nebo do prostoru ohraničeného srůsty s následným vznikem abscesu. Bolet je krutá, přirovnává se k bodnutí nožem do břicha s rozvojem peritonitidy a únikem vzduchu do dutiny břišní a šoku (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Laboratorně se prokáže leukocytóza. Endoskopické vyšetření je kontraindikováno a léčba je chirurgická (ZAVORAL a kol., 2007).

Penetrace

Je to postupné pronikání vředu skrze stěnu žaludku nebo duodena do okolních orgánů. Nejčastěji do pankreatu, kdy se stačí vytvořit srůsty okolo peptického vředu, takže nedochází k perforaci do volné dutiny břišní. Bolesti jsou úporné, vytrvalé a bez typické závislosti na jídle vyzařující do zad (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Indikováno je chirurgické řešení, které spočívá v sutuře vředu (ZAVORAL a kol., 2007).

Stenóza pyloru

Vyskytuje se u pylorického vředu, provázená zvracením 1 – 3x denně většího množství potravy staršího data (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Projevuje se bolestí v epigastriu, zvracením, nauzeou a pocitem předčasné sytosti. Indikováno je opět chirurgické řešení (ZAVORAL a kol., 2007).

Nádorová změna vředu

Zůstává nejasné, jestli se jedná o komplikaci vředu nebo o kvalitativně jiné onemocnění (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

4 Léčba

Léčba je komplexní, zahrnuje dietní i režimová opatření, medikamentózní léčbu, chirurgickou léčbu v případě, že léčba selhala (KOHOUT a kol., 2008).

„Cílem léčby je neutralizovat nebo snížit tvorbu volné kyseliny chlorovodíkové a eradikovat *Helicobacter pylori*“ (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006, s. 221).

Léčba se v poslední době dočkala významných změn. Léčbu spojenou s infekcí *Helicobacter pylori* je nutno vždy provést nasazením eradikací léčby, která se provádí trojkombinací farmak (inhibitor protonové pumpy a dvě antibiotika) podávanou po dobu jednoho týdne. Poté obvykle následuje podání inhibitoru protonové pumpy až do kompletního zhojení (LUKÁŠ a kol., 2005).

Vždy je nutné pacienty k léčbě dostatečně motivovat. Nejčastější příčinami selhání eradikací léčby jsou nedostatečná ochota spolupracovat a rezistence bakterie na antibiotika (ZAVORAL a kol., 2007).

Léčba je komplexem opatření, kterými je při správném použití dosaženo vysokého procenta zhojení. Platí zásada, že léčba není účinná bez zajištění léčebného režimu a následných medikamentózních opatření (DÍTĚ a kol., 2000).

Konzervativní léčba

Zahrnuje režimová opatření, která hrají důležitou, ale nikoliv hlavní roli v léčbě pacientů. Vhodné je odstranit případné stressory (KOHOUT a kol., 2008).

Základem je pravidelná životospráva. Současně je podávána medikace, která brání působení agresivních faktorů na sliznici žaludku a duodena, nebo podporuje projektivní funkce žaludeční sliznice.

Léčebný režim zahrnuje:

- **Fyzický klid:** u některých osob může být pouze relativní, někteří nemocní jej však vzhledem k tomu, že i menší fyzická námaha jejich potíže vyvolává nebo umocňuje, dodržují zcela bezvýhradně. Současná medikace je efektivní, proto se ustoupilo od striktního dodržování fyzického klidu. Jen u těžce fyzicky pracujících pacientů je velká fyzická zátěž vyřazena (DÍTĚ a kol., 2000).

- **Duševní klid:** dostatek spánku, odstranění konfliktních situací a zdrojů psychického napětí při akutním vzplanutí i v prevenci recidiv.
- **Úprava stravy:** neexistuje žádná dieta, která by urychlovala hojení vředu. Každá strava více či méně stimuluje sekreci žaludeční šťávy. Je zakázáno například pití kávy, silného čaje a alkoholu. Strava by měla být upravena, aby jí pacient toleroval.
- **Zákaz ulcerogenních léků:** jsou to kyselina acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika, kortikosteroidy a reserpin.
- **Pracovní neschopnost:** dříve bylo onemocnění spojeno s pracovní neschopností po dobu několika týdnů. Dnes postupujeme individuálně, kde rozhoduje objektivní nálezy, intenzita obtíží, povaha a náročnost práce.
- **Hospitalizace:** je nezbytná při komplikacích.
- **Lázeňská léčba:** je vhodným doplňkem léčby (KLENER a kol., 2002).

Medikamentózní léčba

„ V případě, že je prokázána přítomnost *Helicobacter pylori* – je léčebnou metodou volby eradikace *H. pylori*. Eradikace *H. pylori*: podstata léčby spočívá v podávání dvou antimikrobiálních prostředků a inhibitoru protonové pumpy (Omeprazol, Pantoprazol,...) po dobu 7 dnů 2krát denně. Z antibiotik se nejvíce používá Klaritromycin, Ampicilin, Azitromycin, popř.: Tetracyklin nebo se jedno antibiotikum nahradí nitroimidazolovým přípravkem (Metronidazol, Tinidazol). Touto kombinovanou léčbou lze docílit eradikaci *H. pylori* až v 90% případů. Po takovéto úspěšné léčbě klesá procento recidiv na 0 – 10 %, takže lze hovořit o možnosti úplného vyhojení vředové choroby. Někteří zajišťují zhojení vředové léze podáváním antisekrecčních léků (antagonisty H_2 receptorů) ještě další 3 týdny, ale zcela postačující je 7denní eradikací léčby, zhojení léze již proběhne spontánně“ (KLENER a kol., 2002, s. 44).

U sekundárních peptických vředů, kdy je příčina jiná, je základem léčby eliminace vyvolávajícího faktoru. Nejčastěji z nesteroidních antirevmatik. Snažíme se tyto léky eliminovat nebo je nahradit jinými léčebnými prostředky. (KLENER a kol., 2002).

Chirurgická léčba

Dnes je chirurgická léčba indikována jen u komplikací vředu jako např.: nezvládnutelné, recidivující krvácení, penetrace anebo perforace (KLENER a kol., 2002).

Provádí se resekce podle Billroth I nebo Billroth II. Dále se může provést superselektivní vagotomie, i laparoskopicky, kdy se přetínají vlákna nervus vagus, inervující tělo žaludku (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

K perforaci dochází často u dosud neléčených osob, z plného zdraví. Projeví se náhlou prudkou bolestí břicha, neboť se gastroduodenální obsah dostává při perforaci do volné dutiny břišní. Cílem chirurgické léčby je zákrok co nejjednodušší a nejúčinnější. Veškerý obsah pečlivě odstraníme, jenž pronikl perforací, a provedeme laváž dutiny břišní. Následně odebereme vzorek tkáně z okraje vředu na histologické vyšetření k vyloučení malignity. Poté provedeme suturu vředu a cípem omenta překryjeme suturu a plombujeme postižené místo (DÍTĚ a kol., 2000).

5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s vředovou chorobou gastroduodena

Ošetrovatelská péče u pacienta s vředovou chorobou žaludku je individuální a záleží na stavu pacienta. V praktické části je uvedený podrobný ošetrovatelský proces u pacienta s perforací vředu doudena a to od akutního přijetí na oddělení chirurgický JIP až po operační výkon s následnou hospitalizací na chirurgickém JIPu.

Ošetrovatelská předoperační péče

Délka předoperačního období závisí na předoperační péči a plánování. Hlavním cílem je připravit pacienta po stránce fyzické tak i psychické (MIKŠOVÁ a kol., 2006).

Pacientka byla přijata akutně a předoperační vyšetření byla provedena na příjmové ambulanci.

Předoperační péče dle Mikšové a kol. (2006) zahrnuje:

- poučení před operací a psychickou přípravu (pacient a blízcí získají informace o výkonu, druhu operace),
- fyzickou přípravu (příprava organismu na operační výkon),
- komplexní interní vyšetření (EKG, RTG, aj.),
- vyšetření krve na biochemii, hematologii a serologii a vyšetření moče provádíme akutně – statim,
- měření základních vitálních funkcí,
- celková očista pacienta,
- příprava operačního pole – oholení,
- aplikace premedikace dle ordinace lékaře,
- zajistit odložení šperků, hodinek, zubní protézy,
- zajistit dokumentaci a převoz na operační sál.

Cílem je, aby pacient byl dostatečně informován o výkonu, zná důvod pro provedení operace a v neposlední řadě souhlasí s výkonem.

Psychologická příprava

Z psychologického hlediska jsou největším problémem úzkost a strach. Lékař úzkost a strach snižuje tím, že pacienta předem na operaci připraví dodáním dostatkem informací (VYMĚTAL, 2003).

„Cílem psychologické péče, uskutečňující se pohovory, a předoperační vizity je dát pacientovi informace, uklidnit ho a připravit na to, co přijde po operaci“ (VYMĚTAL, 2003, s. 205).

Ošetrovatelská pooperační péče

Pooperační fáze začíná probuzením pacienta z anestezie. V této fázi se všechny funkce vracejí k výchozímu stavu. V pooperační fázi je ošetrovatelská péče dle Mikšové a kol. (2006) zaměřena na:

- **zotavení z anestezie:** pacienta je převezena ze sálu na chirurgický JIP,
- **sledování kardiovaskulárního stavu:** sledujeme frekvenci dýchání, tepovou frekvenci, hodnoty systolického a diastolického tlaku, teplotu a barvu akraálních částí těla a veškeré hodnoty zaznamenáváme každou hodinu do záznamu fyziologických funkcí,
- **dýchání:** frekvence, pravidelnost, měření saturace kyslíku v krvi – SpO₂,
- **poloha:** poloha dle stavu pacienta, na zádech,
- **sledování rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin:** do dokumentace zapisujeme veškeré intravenózní i per os podání tekutin a sledujeme výdej tekutin pomocí zavedeného permanentního močového katétru,
- **neurologický stav:** stav vědomí hodnotíme podle Glasgow coma scale, pravidelně zjišťujeme orientaci v čase, místě a osobě,
- **psychický stav:** pacienta pravidelně edukujeme, nasloucháme jeho potřebám, zajistíme kontakt s rodinou,
- **operační rána:** operační rána je sterilně krytá a sledujeme případné krvácení, zarudnutí, bolestivost, převaz provádíme každý den anebo dle potřeby, záznam provedeme do hodnocení plánu péče,

- **kanyly:** periferní žilní kanylu převazujeme každý den a ponecháme zavedenou 3 dny, poté přepíchneme, sledujeme případné zarudnutí, bolestivost a průchodnost,
- **drény:** kontrola funkčnosti, odvedení sekrece, barvy a množství,
- **nasogastrická sonda:** sledujeme odvedené množství a barvu žaludečního obsahu,
- **bolest:** kontrola intenzity bolesti, aplikace analgetik dle ordinace lékaře a sledování účinků, vše zaznamenáváme do záznamu o bolesti.

Psychologická péče po operačním výkonu

Po operaci je psychologická péče v tom, že jsme pacientovi plně k dispozici. Nejprve je nutné pomoci, aby se zorientoval místem, časem i osobou. Kontrolujeme psychický stav. Po operaci jsou pacienti unavení a ospalí. Je důležité, aby nám pacient důvěřoval a v případě negativních prožitků a myšlenek s námi hovořil o čemkoliv, co mu dělá starosti (VYMĚTAL, 2003).

5.1 Ošetrovatelská péče pacienta se zavedenou nazogastrickou sondou

Žaludeční sondu zavádíme u akutní vředové choroby žaludku, kde je přítomnost krvácení a potřebujeme odčerpat žaludeční obsah.

Sondu napojíme na sběrný sáček, do kterého obsah žaludku samospádem odtéká. Je nutné zaznamenávat přesné množství, výdeje ze sondy do dokumentace pacienta. Dále zaznamenáváme i příměsi obsahu.

Po zavedení sondy je nutná fixace, aby nedošlo k jejímu vyklouznutí nebo posunutí. Sondu musíme také pravidelně polohovat kvůli riziku vzniku otlaku a následně dekubitu. Sonda se fixuje náplastí, nejčastěji zevně na nos nebo podle zvyklostí oddělení.

Důležité je kontrolovat průchodnost. Po podání léků do sondy je důležité řádně propláchnout čajem.

V dokumentaci pacienta vedeme záznam o všech aplikacích do sondy (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2006).

Postup při zavádění sondy nosem:

Pacientovi vysvětlíme způsob zavedení a požádáme ho o spolupráci. Uložíme ho do pohodlné polohy v polosedě a zkontrolujeme volné nosní průduchy. Přibližnou délku zavedení sondy určíme změřením od špičky nosu k ušnímu lalůčku a ke konci sternu. Délka určuje přibližnou vzdálenost od nosních průduchů k žaludku. Konec sondy nejprve potřeme anestetickým gelem. Sondy zavádíme za stálého polykání a s malým množstvím vody. Při pocitu nauzey, zavádění přerušíme a vyzveme pacienta ke klidnému a hlubokému dýchání. O správnosti sondy se přesvědčíme odsátím žaludečního obsahu. Sondy zafixujeme náplastí k nosu a poté připojíme na sběrný vak anebo uzavřeme (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2006).

Při zavádění mohou nastat dle Šamánkové a kol. (2006) tyto komplikace:

- sledujeme dutinu ústní pro případ, že došlo ke stočení sondy v hrdle a pokud ano tak sondu povytáhneme a znova zavedeme,
- neprůchodnost sondy,
- zavedení sondy do dýchacích cest – pacient začne okamžitě kašlat a sondu hned vyjmeme,
- sondu ucpanou žaludečním obsahem.

5.2 Výživa u vředové choroby gastroduodena

„Vliv diety na vznik a léčbu peptických onemocnění není v současné době tak velký jako v době, kdy neexistoval účinný lék. Jídlo v pravidelných intervalech je nejlepším a nejpřirozenějším antacidem bez ohledu na to, jaké má složení. Je nutné pouze ze stravy vyloučit jídla, která mohou zvýšit tvorbu kyseliny solné a tím zvýšit riziko vzniku vředu“ (KOHOUT a kol., 2008, s. 38).

Dieta spočívá v odstranění potravin, nápojů a pochutin zvyšující tvorbu kyseliny chlorovodíkové (solné). Mezi rizikové nápoje patří černá káva, Coca – cola, Kofola apod. a také alkohol tvorbu kyseliny chlorovodíkové zvyšuje.

Při přípravě diety vylučujeme pouze potraviny s vysokým obsahem kofeinu a v akutní fázi i potraviny s vyšším obsahem tuku (KOHOUT a kol., 2008).

Je nevhodné jíst dráždivá a kořeněná jídla, nezralou a tuhou zeleninu, kdy je dobré ovoce a zeleninu raději nastrohat nebo namixovat. Nevhodná tučná masa, uzeniny, konzervy, kynuté výrobky (způsobují nadýmání). Při úpravě potraviny volíme dušení nebo vaření. Vynecháme smažení a pečení. Je dobré potravu dobře rozkousat a rozžvýkat. Jídlo by mělo být přiměřeně teplé. Pacientovi nabídneme návštěvu nutričního terapeuta, který mu podrobně vysvětlí zásady stravování, předá tištěné informace o dietě, které pomohou při sestavování jídelníčku. V nutných případech s pacientem sestaví vyhovující jídelníček. Zvláště těm, kteří mají nižší váhu, nechutenství a problémy s trávením. Pokud je větší výskat komplikací tak je možnost vyživování parenterálně nebo enterálně pomocí zavedené nasogastrické sondy (ŠAFRÁNKOVÁ a kol., 2006).

Celodenní potravu rozdělujeme do více malých porcí, 5 - 6x denně, aby docházelo k útlumu účinku kyseliny solné v žaludku (KOHOUT a kol., 2008).

Jsou pacienti, kteří jsou přehnaně svázáni představou, že musí dodržovat dietu. Pacientovi zakážeme jídla, o kterých víme, že je hůře toleruje. Tím stoupne autorita lékaře, což využijeme pro přesnější plnění všech ostatních doporučení (KLENER a kol., 2000).

I přes všechna obecně platná doporučení je dieta u pacientů s vředovou nemocí individuální záležitostí (DÍTĚ a kol., 2000).

Hodnocení Body mass indexu (BMI)

Pomocí hmotnosti a výšky pacienta spočítáme hmotnostně - výškový index. Vypočítáme ho vydělením hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech. Výsledek hodnotíme podle tabulky 1 (VYTEJČKOVÁ a kol., 2011).

Tabulka 1 - Hodnocení Body mass indexu (BMI)

pod 20 (resp. pod 18,5)	podváha
20–24,9	norma
25–29,9	nadváha
30–34,9	obezita
35–40 a více	těžká obezita

Zdroj: Vytěčková a kol., 2011, str. 174

Hodnocení výživy

Stav výživy je nutné zhodnotit při příjmu pacienta na oddělení a dále dle zvyklosti oddělení. Hovoříme o tzv. nutričním screeningu. K hodnocení slouží celá řada systémů. Nejčastěji se setkáme s „NRS“ (Nutritional Risk Screening) – Nutriční screening rizika. Na základě screeningu zjistíme rizikovost malnutrice viz. tabulka 2. Dle potřeby spolupracujeme s nutričním terapeutem (VYTEJČKOVÁ a kol., 2011).

Tabulka 2 - Nutriční screening rizika

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE
Hodnocení: Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně. Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.		

Zdroj: Vytěčková a kol., 2011, str. 171

6 Kvalita života

Zdraví

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, Sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1947 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (ZACHAROVÁ a kol., 2007, s. 15).

Lidské zdraví je pokládáno za relativně složitý systém, kde subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný s okolím spjatý dynamický celek. Vymezení zdraví člověka se vztahuje na jedince neoddělitelně spojeno se sociálním prostředím.

„V roce 1984 zveřejnila Světová zdravotnická organizace upravenou definici zdraví.

Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. V současné době si můžeme klást za cíl pouze zbavit člověka nemoci, ale stále více musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností“ (ZACHAROVÁ a kol., 2007, s. 16).

Nemoc

Nemoc má stejně jako zdraví podle Zacharové a kol. (2007, s. 17) také několik definic:

- „Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.

- Nemoc je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě.
- Porucha schopnosti plnit očekávané úkoly a role.“

Nemoc narušuje obvyklý způsob života, mění dosud navyklý stereotyp a denní program, omezuje pacienta v jeho běžných zvyklostech. Dochází k neuspokojování celé řady potřeb.

Náročné jsou situace, kdy pacient musí podstoupit různá vyšetření, se kterými se dosud nesetkal. Dále může nemoc přinášet i zhoršení sociálně – ekonomické situace. Musí přijmout některá omezení, která silně působí na jeho psychiku. (ZACHAROVÁ a kol., 2007).

6.1 Pojetí kvality života

Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti a napětí. Každý z nás hodnotí sám kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce, představy, pojetí, naděje, očekávání a přesvědčení (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Určitým krokem vpřed, bylo zavedení normalizovaného hodnocení pacientova života do každodenní praxe v našich nemocnicích. Hodnocení probíhalo pomocí křížků. Šlo o samoobslužnost pacienta schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a celkový psychický stav. Z hodnocení vyplývá, že pacient, který je sebeobslužný tak je schopen pečovat o svou hygienu, vyprazdňování, příjem jídla apod. tento pacient je na tom lépe oproti pacientovi potřebující pomoc druhého člověka. Lépe je na tom i pacient mluvící se zdravotnickým personálem v nemocnici, případně s rodinou při návštěvách nežli pacient nemluvící s druhými (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

„Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života. Je třeba očekávat, že nemoc, choroba, zranění, léčení atp. ovlivní negativně kvalitu života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování kvality života berou v úvahu. Zároveň, lze

očekávat, že věk, změna sociální situace, změna pracovních a životních podmínek se projeví ve změnách kvality života“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 174).

Míra a kvalita uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb pacienta pak vytvářejí kvalitu života pacienta, na kterou je nutno myslet. Na kvalitu pacientova života dbáme po celou dobu hospitalizace (VYMĚTAL, 2003).

Kvalita života je velmi důležitou proměnou mající vliv na průběh a výsledek léčby. Dobrá kvalita života zamezuje vniknutí situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

6.2 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce

Neznalost potřeba poučení v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným problémem projevující se slovním vyjádřením problému, neadekvátní spolupráci.

Strach v souvislosti se změnou zdravotního stavu a obavami o svůj život projevující se zvýšeným napětím, sníženou sebejistotou.

Poškození v souvislosti s operačním výkonem, zvýšené riziko v souvislosti s imobilizací, svalovou slabostí.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s omezením tekutin před operací, výraznými ztrátami trávicím traktem (zvracení).

Tělesné tekutiny, deficit izotonický v souvislosti s aktivní objemovou ztrátou tekutin (krvácení, odsávání žaludeční tekutiny) projevující se snížením množství moči o vyšší koncentraci, pocením, sníženým turgorem kůže.

Prokrvení tkání porušené: gastrointestinální v souvislosti s hypovolémií projevující se nauzeou, bolestmi v břiše.

Bolest akutní v souvislosti s iritací či destrukcí stěny žaludku projevující se stížnostmi, antalgickou polohou, výrazem bolesti v obličeji.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 67).

Ošetřovatelský proces je cyklický a jeho složky následují za sebou v logickém pořadí. Ošetřovatelský proces také zahrnuje rozeznávání pacientových potřeb v oblasti ošetřovatelské péče. Zaměřuje se na osobu jako komplexní celek. Sestra spolu s pacientem zkoumá vlastní potřeby, vytváří plán, realizuje jej a vyhodnocuje výsledky. Pacient je vnímán jako aktivní účastník procesu (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66-67).

Ošetřovatelský proces dle Boroňové, (2010) se skládá z 5 kroků:

Posuzování

- zahrnuje sběr a revizi dat,
- přesný a úplný sběr údajů,
- je nezbytné pro stanovení sesterské diagnózy,
- obsahuje informace: sesterská a lékařská anamnéza, fyzikální posouzení a vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a další informace o zdravotním stavu,
- sběr dat je systematický a nepřetržitý.

Sběr dat odebíráme od pacienta, známé osoby (rodina), zdravotních pracovníků, ze zdravotních záznamů, ostatních záznamů (laboratorní záznamy). Metody pro sběr údajů používáme pozorování, rozhovor, vyšetření, měření (fyzikální vyšetření).

Diagnostika

Diagnostický proces má tyto fáze:

- zpracování údajů: uspořádání údajů, porovnávání údajů se standardy, seskupení údajů, zjištění mezer a rozporů,
- hodnocení pacientových problémů: hodnocení silných a slabých stránek,
- formulování sesterských diagnóz: formulace příčinných vztahů mezi zdravotními problémy a faktory.

Forma sesterské diagnózy

Termíny popisující problém (P): zdravotní problém pacienta, který vyžaduje ošetrovatelskou péči.

Etiologie problému (E): jedna nebo více možných příčin zdravotního problému.

Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S): informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie.

Plánování

Je to proces vytyčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny během diagnostické fáze. Cílem je dosažení kvalitní ošetrovatelské péče. Na plánování se podílí sestry, pacient, členové rodiny, podpůrné osoby, poskytovatelé péče.

Součástí plánování je vytyčení priorit (nízká, střední, vysoká), stanovení pacientových cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských strategií – intervencí, napsání sesterských ordinací, napsání plánu ošetrovatelské péče a konzultace.

Realizace

Jedná se o uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenávaných v plánu ošetrovatelské péče. V realizaci se nachází jak sesterské tak i lékařské ordinace. Sestra může realizovat činnosti v plném rozsahu za pacienta nebo částečně. Sestra může poskytnout jen radu nebo konzultaci. Při realizaci sestra uplatňuje kognitivní, interpersonální a technické dovednosti. Sestra zastává více rolí jako je učitelka, komunikátorka, ošetrovatelka, advokátka, nositelka změn, manažerka a výzkumnice.

Vyhodnocení

Vyhodnocením zjistíme, zda bylo dosaženo pacientova cíle a do jaké míry. Vyhodnocení je cílevědomá a organizovaná činnost.

Vyhodnocovací proces je realizován v šesti oblastech:

- stanovení výsledných kritérií: druh údaje, které je potřeba hodnotit a shromáždit,
- získávání údajů s ohledem na definovaná kritéria: údaje se musí přesně a jasně zaznamenat,
- hodnocení dosažení cíle: cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně, cíl nebyl splněn,
- srovnání ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta: vztah mezi ošetrovatelskou péčí a výsledky,
- revize pacientova plánu ošetrovatelské péče: v případě úplného nedosažení cílu je potřeba revidovat plán,
- modifikace ošetrovatelských plánů: při revizi plánu musí sestra změnit údaje, revidovat sesterské diagnózy, revidovat pacientovi priority, cíle a výsledná kritéria, určit nové ošetrovatelské strategie, změnit výsledná kritéria. Stará kritéria je nutné zrušit.“

8 Koncepční model podle Virginie Henderson

Biografické údaje:

- narozena v roce 1897 v Kansas City, USA,
- 1921 dosáhla základní ošetřovatelské vzdělání ve Washingtonu D.C.,
- 1922 začala učit ošetřovatelskou péči ve Virginii,
- 1927 odešla studovat ošetřovatelství na Teachers College Columbia University, kde v roce 1934 ukončila magisterské vzdělání,
- 1930 – 1948 přednášela na této škole klinické ošetřovatelství,
- 1960 publikovala – Základní principy ošetřovatelské péče,
- 1966 publikovala – Charakter ošetřovatelství,
- získala sedm čestných doktorátů,
- 1988 získala čestné členství v ANA – American Nursing Association, za celoživotní přínos výzkumu a vzdělávání v ošetřovatelství,
- zemřela v roce 1996 v Branfordu, USA (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Vývoj teorie

Virginii Henderson se nelíbilo, že poskytování ošetřovatelské péče pacientovi je jen podle služebních předpisů. Pacient nemá zajištěnou plně kvalifikovanou ošetřovatelskou péči a ochranu před poškozením. Pacient má být středem pozornosti vzdělaných zdravotníků a sester (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Hlavní jednotky podle Pavlíkové (2006, s. 45):

„Cíl ošetrovatelství

- nezávislost pacienta/klienta v uspokojování potřeb,

Pacient/klient

- jedinec vyžadující pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidném umírání, duše a tělo jsou neoddělitelné a pacient/klient a jeho rodina tvoří jeden celek,

Role sestry

- udržovat nebo navracet nezávislost pacienta/klienta při uspokojování vlastních potřeb,

Zdroj potíží

- nedostatek síly, vůle, vědomostí,

Ohnisko zásahu

- deficit, který je zdrojem potíží pacienta/klienta při uspokojování vlastních potřeb

Způsob zásahu

- činnosti nahrazující, doplňující, podporující nebo zvyšující sílu, vůli, vědomosti,

Důsledky

- zvýšení rozsahu nezávislosti při uspokojování potřeb nebo klidná smrt“.

Metaparadigmatické koncepce podle Virginie Henderson:

Osoba: je nezávislá celistvá bytost, tvořená čtyřmi základními složkami, které jsou biologická, psychická, sociální a spirituální zahrnující čtrnáct elementárních potřeb. Potřeby si jedinec individuálně uspokojuje.

Prostředí: autorka nedefinuje, vnímá ho jako životní prostředí, soubor všech vnějších podmínek a vlivů působící na život a vývoj jedince.

Zdraví: autorka nedefinuje, ale ztotožňuje zdraví se soběstačností, samostatností a nezávislostí jedince. Zdraví vnímá jako schopnost plnit bez pomoci čtrnáct základních potřeb.

Ošetrovatelství: je proces řešení problémů pacienta prostřednictvím poskytování pomoci. Hlavním cílem je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí. Při úbytku soběstačnosti nahrazuje sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Koncepce teorie

Základní potřeby podle Pavlíkové (2006, s. 46)

- „normální dýchání,
- dostatečný příjem potravy a tekutin,
- vylučování,
- pohyb a udržování vhodné potravy,
- spánek a odpočinek,
- vhodné oblečení, oblékání a svlékání,
- udržování fyziologické tělesné teploty,
- udržování upravenosti a čistoty těla,
- odstranění rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých,
- komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů,
- vyznání vlastní víry,
- smysluplná práce,
- hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
- učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení“.

Potřeby jsou vlastní všem lidem, které jsou ovlivněny kulturou a individualitou každého jedince a oblasti biologické, psychické, sociální i spirituální a uspokojené nejrůznějšími způsoby života. Základní potřeby existují i bez ohledu na medicínskou diagnózu, i když je jakkoliv ovlivňuje (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Základní ošetrovatelská péče

Problémy s uspokojováním potřeb se mohou objevit v kterémkoliv životním období nebo vznikají v průběhu nemoci. V této situaci potřebuje jedinec pomoc druhé osoby při uspokojování potřeb. Cílem je co nejrychleji zapojit ošetrovatelství a obnovit nezávislost pacienta.

- je péče vyžadující jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii,
- je odvozená i individuálních potřeb pacienta,
- je ovlivněná věkem, kulturou, emocionální rovnováhou, fyzickými a psychickými schopnostmi pacienta, patologickým stavem jako např. nedostatek kyslíku, kóma nebo šok. Tyto faktory musí vzít sestra na vědomí, protože každý pacient má individuální potřeby a tím rozdílnou péči (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Sestra vykonává základní ošetrovatelskou péči zahrnující uspokojování čtrnácti základních potřeb. Sestra pouze asistuje a v případě úplné závislosti rozhoduje a jedná za pacienta (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče

Podle Virginie Henderson probíhá poskytování základní ošetrovatelské péče ve třech fázích:

- **1. fáze:** sestra určí oblasti, ve kterých pacient potřebuje pomoc a naplánuje zásahy pomoci a také realizaci,
- **2. fáze:** nastupuje po poskytnutí pomoci a tím dojde ke zlepšení narušeného zdraví či patologickému stavu a zlepšením soběstačnosti pacienta, nové zkušenosti sestra promítne do změn plánu péče,
- **3. fáze:** je zaměřená na edukaci pacienta a jeho rodiny (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Plán základní ošetrovatelské péče

Každá ošetrovatelská péče je plánovaná. Písemný plán nutí ošetřující personál k zamyšlení nad potřebami pacienta. Plán slouží celému ošetrovatelskému týmu pro postupné vykonávání. Plán vyžaduje postupnou úpravu podle spokojenosti pacienta.

- plán každý ze čtrnácti oblastí je ovlivněn věkem pacienta, temperamentem, socio-kulturním postavením, jeho duševními a tělesnými schopnostmi i patologickým stavem a symptomy,
- plán by měl být upravovaný v pravidelných intervalech, např. po hodinách, denně, týdně a to vždy podle změn pacientových potřeb a rozsahu soběstačnosti
- musí být v souladu s medicínským plánem léčby, sestra působí jako koordinátor ošetrovatelského a terapeutického plánu (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Funkce sestry

Sestra byla nazvaná „profesionální matkou“, protože stejně jako matka reagující na potřeby svého dítěte, reaguje sestra na potřeby pacienta. (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Funkci sestry definovala Virginia Henderson takto:

„Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve“ (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 49).

Sestra pomáhá, kromě naplňování své jedinečné funkce, plnit terapeutický plán lékaře. Hlavní povinností sestry je pomáhat pacientovi s jeho denním životním režimem a s činnostmi, které běžně vykonával sám, když měl dostatek sil, vůle a vědomostí (PAVLÍKOVÁ, 2006).

9 Kazuistika

Pacientka byla hospitalizovaná v Ústřední vojenské nemocnici na Chirurgickém JIPu od 19.10.2011 do 23.10.2011. poté byla přeložena na standardní chirurgické oddělení.

Zvolila jsem ošetrovatelský model podle Virginie Hendersonové. U pacientky se snažíme dosáhnout co největší míry soběstačnosti.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení : M.P.

Pohlaví : žena

Datum narození: 2. 5. 1941

Věk: 71 let

Vzdělání: vyučena

Zaměstnání: starobní důchod

Stav: vdova

Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 19. 10. 2011

Typ přijetí: akutní

Oddělení: Chirurgická jednotka
intenzivní péče

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Bolesti břicha – prudké zhoršení, neodcházející větry, nevolnost a zácpa.

Medicínská diagnóza hlavní:

Pneumoperitoneum, perforace vředu duodena.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze na medikaci, glaukom, osteoporóza s deformitami čtyř obratlů.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 105/70

Výška : 163 cm

P: 105

Hmotnost: 70 kg

D: 15

BMI : 26 (nadváha)

TT : 36,5 °C

Pohyblivost: chodítko

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, GCS 15 bodů – plně při vědomí

Krevní skupina : B Rh +

Nynější onemocnění:

Perforace vředu duodena, pneumoperitoneum.

Informační zdroje:

Informace jsem získala od pacientky a od dcery s kterou žije.

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 60 letech na diabetické kóma

Otec: neví

Sourozenci: nemá

Děti : dcera - zdráva

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění : hypertenze, glaukom, osteoporóza
s deformitami čtyř obratlů

Hospitalizace a operace : 1999 - stav po operaci pravé endoprotézy kyčelního kloubu
2009 – stav po operaci levé endoprotézy kyčelního kloubu

Úrazy : žádné

Transfúze : při operaci endoprotézy kyčelního kloubu 2x

Očkování : běžná očkování v dětském věku

Léková anamnéza – chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Enap H	tablety		1-0-0-0	Antihypertenzivum
Detralex	tablety		2-0-0-0	Vazoprotektivum, Venofarmakum
Timolol	kapky	0,25 %	2x denně do obou očí	Oftalmologikum Antiglaukomatikum

Alergologická anamnéza

Léky: nemá

Potraviny : nemá

Chemické látky : nemá

Jiné : ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: ne

Káva: 1 denně

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Gynekologická anamnéza

Menarché : od 13 let

Cyklus : pravidelný

Trvání : 3 – 4 dny

Intenzita , bolesti: mírná

PM: ne

UPT: ne

Antikoncepce : ne

Menopauza : v 51 letech

Potíže klimakteria : nemá

Samovyšetřování prsou : neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka : před půl rokem

Sociální anamnéza

Stav : vdova

Bytové podmínky : bydlí s dcerou a vnučkou, v bytě 3 + 1 ve čtvrtém patře s výtahem

Vztahy, role, a interakce v rodině : s dcerou a vnučkou vychází dobře, pacientka pomáhá dceři s domácími pracemi

mimo rodiny : jednou týdně chodí domů kamarádka

Záliby: čtení, luštění křížovek, televize - telenovely

Volnočasové aktivity : starání se o vnučku

Pracovní anamnéza

Vzdělání : vyučena – dámská krejčová

Pracovní zařazení : vedoucí krejčová

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : starobní důchod od roku 1997

Vztahy na pracovišti : nebyly problémy

Ekonomické podmínky : příjem pouze z důchodu, který je nízký

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky : pacientka nevyznává žádné náboženství

9.1 Utřídění informací podle modelu Virginie Henderson ze dne 19.10.2011

Asistence, pomoc při POTŘEBĚ	Objektivně (pozorování sestrou)	Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)
1. pomoc při dýchání	<p>Frekvence: 15/min.</p> <p>Rytmus dýchání : pravidelné</p> <p>Dýchací šelesty, jaké: žádné</p> <p>Typ dýchání: X povrchní <input type="checkbox"/> stížené</p> <p><input type="checkbox"/> Kussmaulovo <input type="checkbox"/> Biotovo</p> <p><input type="checkbox"/> Cheyneovo-Stokesovo</p> <p>Kašel: bez kašle</p> <p>Spútum: x ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Pomůcky na udržení polohy: výška lůžka</p> <p>Informace o správném držení těla při stání, sezení a ležení: ano</p> <p>Emocionální stres: ne</p> <p>Příznaky narušené výměny plynů: ne</p> <p>Teplota prostředí, vlhkost vzduchu, zápach</p>	<p>Pacientka dýchá pravidelně a nestěžuje si na problémy s dýcháním.</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Problém: 0</p>
2. přijímání jídla a pití	<p>Chuť k jídlu: malá Dieta: nic per os</p> <p>Příjem množství potravy/24hod.: ráno jeden rohlík s máslem, čaj</p> <p>Těžkosti s přijímáním: nechutenství</p> <p>Strava ovlivněná kulturními zvyky: ne</p> <p>Estetika podávání: nic neobvyklého</p>	<p>Pacientka poslední týden trpí pocitem na zvracení a nechutenstvím, tekutin vypije kolem 1 litru za 24 hodin. Zavedena nazogastrická sonda a zajištěna konzultace s nutričním terapeutem.</p>

	<p>Intravenózní výživa: ano</p> <p>Enterální výživa</p> <p>x NG sonda <input type="checkbox"/> NJ sonda <input type="checkbox"/> PEG</p> <p>Časový rozvrh stravy v průběhu dne: nic per os</p> <p>Spolupráce s dietetikem: ano</p> <p>Zaveden centrální žilní katétr do vena subclavia vpravo.</p>	<p>Nebyl žádný úbytek na váze – BMI 26 (nadváha)</p> <p>Měřicí technika: Nutriční screening rizika, Body mass index</p> <p>Problém: pocit na zvracení, malá chuť k jídlu, malý příjem tekutin, zavedená nazogastrická sonda a centrální žilní katétr.</p>
<p>3. vylučování</p>	<p>Vyprazdňování tlustého střeva: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC x na lůžku</p> <p>Stolice : <input type="checkbox"/> pravidelná x nepravidelná</p> <p>x zácpa 1x/týden <input type="checkbox"/> průjem.....x/den</p> <p>Barva: černá</p> <p>x patologické příměsy,jaké: meléna</p> <p>Konzistence: <input type="checkbox"/> formovaná x tvrdá <input type="checkbox"/> měkká <input type="checkbox"/> polotuhá</p> <p>Používání pomocných prostředků k vyprazdňování : <input type="checkbox"/> sklenice teplé vody</p> <p>x laxativum <input type="checkbox"/> klyzma</p> <p>Vylučování moči: permanentní močový katétr</p> <p>Odhad množství moči: 600ml/24hod.</p> <p>bolest při močení: ne</p> <p>x močový katétr, číslo 16 od 19.10.2011</p>	<p>Pacientka si stěžuje na obtížné vyprazdňování, trpí na zácpu. Stolice je černá. Má zavedený permanentní močový katétr. Je edukovaná o nutnosti chodit na podložní mísu.</p> <p>Měřicí technika: Příjem a výdej</p> <p>Problém: obtížné vyprazdňování, zavedený permanentní močový katétr</p>

	<p>Pocení: x přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné</p> <p><input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> nepotí se. Zápach: ne</p> <p>Soukromí a pohodlí v souladu s věkem: ano</p> <p>Pacientka poučena o nutnosti chození na mísu, kde je zajištěno maximální soukromí a dopomoc.</p> <p>Zvyky: žádné</p> <p>Pokožka: x nadměrně suchá</p> <p style="text-align: center;">x riziko dekubitu</p>	
<p>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</p>	<p>Vhodná postel, matrace a povlečení: antidekubitní matrace, polohovací lůžko</p> <p>Stolička, křeslo: klid na lůžku</p> <p>Pomoc při neuromotorické nezávislosti</p> <p>Pomůcky k manipulaci: chodítko</p> <p>Polohování pacienta: soběstačnost v rámci lůžka</p> <p>Výměna postelního prádla, jak často: každý den</p> <p>Spolupráce s fyzioterapeutem: ano</p> <p>Pacientka má zavedený Redonův drén do dutiny břišní.</p>	<p>Pacientka má nařízený klid na lůžku, soběstačná v rámci lůžka. Bandáže dolních končetin.</p> <p>Riziko vzniku dekubitů: 24 bodů (střední riziko)</p> <p>Riziko pádů: 20 bodů (bez rizika)</p> <p>Test základních všedních činností: 25 bodů (vysoce závislá)</p> <p>Měřicí technika: Nortonova stupnice, Riziko pádu dle Morse</p> <p>Barthel test základních všedních činností</p> <p>Problém: Obtížné vyprazdňování, permanentní močový katétr, klid na lůžku, obtížná chůze, redonův drén.</p>

<p>5. při odpočinku a spánku</p>	<p>x kvalitní spánek, mírná bolest</p> <p><input type="checkbox"/> budí se, jak často 2x</p> <p><input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hodin</p> <p>Zvyky při usínání: x ne <input type="checkbox"/> ano, jaké</p> <p>Po probuzení se cítí: x vyspalý</p> <p><input type="checkbox"/> nevyspalý <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Léky-hypnotika: x ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Povlečení čisté, vyvětrané: ano</p> <p>Hygiena: zuby, umývání, vlasy: snímatelná protéza, celková hygiena</p> <p>Pacientka udává bolest na stupnici: 3</p> <p>Podávána analgetika.</p>	<p>Pacientka spí bez obtíží, budí se dvakrát za noc. Léky na spaní neužívá. Před spaním jsou podána analgetika dle ordinace lékaře.</p> <p>Hodnocení bolesti: VAS 3 (mírná)</p> <p>Měřicí technika: Vizuelní analogová škála - VAS</p> <p>Problém: celková hygiena na lůžku, bolest</p>
<p>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</p>	<p>Pomoc při výběru vhodného oblečení. Nezávislost v těchto činnostech, fyzická síla: nesoběstačnost při oblékání, klid na lůžku.</p>	<p>Pacientka má klid na lůžku.</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Problém: dopomoc při oblékání</p>
<p>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</p>	<p>Výběr oblečení: nemocniční košilka</p> <p>Okolní prostředí: teplo</p> <p>Měření tělesné teploty teploměrem: 2x/24hod.</p>	<p>Pacientka má teplotu 36,5 °C.</p> <p>Měřicí technika: Teploměr</p> <p>Problém: 0</p>
<p>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</p>	<p>U pacientky je prováděna celková koupel na lůžku 1x denně. Kůže je promazaná krémem a záda namazaná mentolovým krémem.</p>	<p>U pacientky provádíme hygienu 1 x denně na lůžku včetně vyčištění protézy.</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Problém: celková hygiena na lůžku</p>

<p>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou</p>	<p>Náboženské zvyky, kult, tabu: žádné</p> <p>Pacientka je uložena v lůžku s postranicemi proti pádu.</p> <p>Uložení léků: na sesterně</p> <p>Prevence akutních virusových onemocnění: HDC, střevních: ano</p> <p>Používání ochranných jednorázových pomůcek: ano</p>	<p>Pacientka nedodrhuje žádné náboženské zvyky. Veškeré léky dostává pacientka od sestry. Veškeré úkony sestra provádí asepticky.</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Problém: 0</p>
<p>10. při komunikaci</p>	<p>Důvěra k pacientovi, rodině: komunikace probíhá bez problému</p> <p>Pacientka je plně při vědomí, komunikuje, spolupracuje, orientovaná časem, místem, osobou.</p> <p>Glasgow coma scale (GCS): 15 bodů</p> <p>Slovní vyjádření obavy o svůj život.</p>	<p>Pacientka komunikuje a spolupracuje.</p> <p>Měřicí technika: Glasgow coma scale</p> <p>Problém: obava o svůj život</p>
<p>11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla</p>	<p>Pacientka nevyznává žádné náboženství.</p>	<p>Pacientka nevyznává žádné náboženství a nechce využít tyto služby.</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Problém: 0</p>
<p>12. při práci a produktivní činnosti</p>	<p>Cvičení s fyzioterapeutem 2 x denně. Dle zdravotního stavu postupná vertikalizace a chůze s chodítkem.</p>	<p>Pacientka souhlasí s návštěvou fyzioterapeuta jelikož má špatnou pohyblivost, chůze v chodítku.</p> <p>Měřicí technika:0</p> <p>Problém: špatná pohyblivost</p>
<p>13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách</p>	<p>Dle ordinace lékaře klid na lůžku. Pacientka má na pokoji televizi, kterou sleduje. Ráda popovídá se zdravotnickým personálem. Na</p>	<p>Pacientka má ordinovaný klid na lůžku a povolené návštěvy rodiny. Na</p>

	návštěvu dochází dcera. Tělesná aktivita – chůze není možná, dle ordinace lékaře - klid na lůžku	pokoji je televize, kterou využívá. Měřicí technika: 0 Problém: klid na lůžku
14. při učení	<p>Informace o prevenci onemocnění, léčbě, životosprávě, výchově, edukaci ke změně ve zdraví – doplnění lékaře</p> <p>Pomáhat s vlastní soběstačností. Obnovit nezávislost, pomoci žít s handicapem.</p>	<p>Pacientka je pravidelně edukovaná lékařem o svém onemocnění a následnou léčbou. Sestra edukuje pacientku o vyšetřeních. Pacientka je plně závislá na zdravotnickém personálu.</p> <p>Test základních všedních činností: 25 bodů (vysoce závislá).</p> <p>Měřicí technika: 0</p> <p>Barthel test základních všedních činností</p> <p>Problém: plně závislá na zdravotnickém personálu.</p>

9.2 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření : Biochemické vyšetření, Krevní obraz, Sono břicha, CT břicha, RTG sdce + plíce

Výsledky:

Biochemické a hematologické vyšetření

Leukocyty.....	16,6 $10^9/l$	(4 – 19 $10^9/l$)
Erytrocyty.....	3,7 $10^{12}/l$	(3,9 – 6,1 $10^{12}/l$)
Trombocyty.....	361 $10^9/l$	(140 – 400 $10^9/l$)
Hemoglobin.....	112 g/l	(120 – 160 g/l)
Hematokrit.....	0,43 abr. j.	(0,35 – 0,47)
Hemoglobin v ery.....	0,35 abr. j.	(0,28 – 0,33)
Obsah hemoglobinu v ery...	30,5 pg/l ery	(28 – 35 pg/l ery)
Urea.....	17,1 mmol/l	(2 – 25 mmol/l)
Kreatinin.....	54,4 umol/l	(55 – 115 mmol/l)
Albumin.....	30 g/l	(32 – 45 g/l)
Na.....	142 mmol/l	(120 – 160 mmol/l)
K.....	3,6 mmol/l	(3,5 – 5,4 mmol/l)
Cl.....	126 mmol/l	(85 – 125 mmol/l)
CRP.....	68,5 mg/l	(0 – 15 mg/l)
INR.....	1,29	(0,8 – 1,2)

Sono břicha: Játra bez ložiskových změn, pankreas není přehledný, žlučové cesty nejsou rozšířené. Žlučník je tenkostěnný, ledviny obvyklé velikosti, tvaru i uložení. Slezina není vidět. Volná tekutina v dutině břišní není prokázána.

CT břicha: Zcela evidentní pneumoperitoneum, bubliny vzduchu i pod játry a v lůžku žlučníku. Místo perforace je nejspíše v oblasti duodena. Indikace k operačnímu řešení.

RTG srdce + plíce: v normě

Konzervativní léčba :

Dieta : nic per os **Pohybový režim :** klid na lůžku

RHB : dle stavu

Výživa : od 20.10 – Nutriflex bazal 45 ml/ hod.

Medikamentózní léčba :

Per os: chronická medikace vysazena

Intravenózní:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid	intravenózní	40 mg	1-1-1	antiulcerózum
Unasyn	intravenózní	1,5 g	po 8 hodinách	antibiotikum
Metronidazol	intravenózní	500 mg	po 6 hodinách	chemoterapeutikum
Novalgin	intravenózní	5 ml	1-0-1-0	analgetikum
Perfalgan	intravenózní	10 mg	Po 6 hodinách	analgetikum
Degan	intravenózní	10 mg	Po 6 hodinách	antiemetikum

Infúzní terapie:

Ringer 1/1 + 20 ml KCl 7,45 %.....120 ml/ hod.

Jiná :

Fraxiparine 0,4 ml.....1x denně

Chirurgická léčba :

19.10.2011 pacientka po operaci perforace vředu duodena - sutura ulceris

9.3 Situační analýza

Pacientka přivezena rychlou záchrannou službou na Chirurgickou ambulanci pro bolesti břicha, neodcházení plynů a nevolnosti. Byla provedena vyšetření: sono dutiny břišní a CT a diagnostikována perforace vředu duodena, pneumoperitoneum. Pacientka byla přijata na chirurgický JIP, kde bylo zahájeno předoperační vyšetření. Pacientka má zavedený centrální žilní katétr do vena subclavia, permanentní močový katétr, nazogastrickou sondu a bandáže na dolních končetinách. Dle ordinace lékaře je podávána farmakoterapie a sledování základních vitálních funkcí (TK, P, D, TT). Pacientka si stěžuje na bolest břicha, kterou hodnotí číslem 3, podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka má ordinovaný klid na lůžku. Nesmí nic per os. Pacientka spolupracuje, komunikuje. Na operační sál objednány dvě krevní transfúze.

Po operačním zákroku má pacientka zavedený Redonův drén. Bolest pacientka hodnotí číslem 3 a dle ordinace lékaře podáváme analgetika. Pacientka je plně při vědomí, komunikuje a spolupracuje. Přetrvává klid na lůžku. Invazivní vstupy bez známek infekce. Oběhově stabilní. Rána klidná, bez známek infekce, nekrvácí.

Druhý den po pooperaci se pacientka cítí lépe, nasazena parenterální výživa. Dieta: tekutá. Pacientka bez komplikací. Drén, nazogastrická sonda a permanentní močový katétr je plně funkční. Bolesti přetrvávají a po analgetikách ustupují. Celková hygiena provedena na lůžku. Rána klidná, bez známek infekce, proveden aseptický převaz. Centrální žilní katétr je funkční.

Další dny je pacientka stabilní, spolupracuje s fyzioterapeutem. Dle ordinace lékaře podávána farmakoterapie. Drén ještě ponechán a nazogastrická sonda také. Dieta č. 0 – tekutá. Rána klidná, bez známek infekce, proveden převaz s lékařem. Centrální žilní katétr funkční. Hygiena provedena na lůžku.

Pátý den pacientka přeložena na standardní oddělení, drén vyndán a nazogastrická sonda, centrální žilní katétr a permanentní močový katétr ponechán. Pacientka chodí s fyzioterapeutem s pomocí chodítka. Postupně je převedena na dietu č. 1 – kašovitá.

9.4 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit

- po komunikaci s pacientkou dne 19.10.2011

19.10.2011

Tkáňová integrita porušená v souvislosti s operační ránou a zavedeným drénem projevující se bolestivostí.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: pacientka bude mít zhojenou operační ránu do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: pacientka bude spolupracovat při manipulaci s operační ránou do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientce se sníží bolest z hodnoty 3 na hodnotu 1 do 3 dnů.

Pacientka má operační ránu bez přítomnosti zánětu do 3 dnů.

Pacientka zná vhodnou úlevovou polohu ihned.

Plán intervencí:

- proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání – ihned, všeobecná sestra,
- urči intenzitu bolesti pomocí hodnotících škál – denně, všeobecná sestra,
- doporuč pacientce úlevovou polohu – do 24 hodin, všeobecná sestra,
- podávej léky dle ordinace lékaře – denně, všeobecná sestra,
- sleduj účinky analgetik – denně, všeobecná sestra,
- sleduj případné změny v operační ráně – denně, všeobecná sestra,
- prováděj převaz aseptickým postupem – denně, všeobecná sestra,
- udržuj okolí rány v suchu a čistotě – denně, všeobecná sestra,
- sleduj funkčnost a odvedené množství v drénu – denně, všeobecná sestra.

Realizace 19.10. – 23.10.2011

Pacientka si při příjmu na oddělení stěžovala na bolest, která byla vyhodnocena podle stupnice 0 – 10 na hodnotu 3. Dle ordinace lékaře byla podána analgetika, po kterých bolest ustoupila na hodnotu 1. Po operaci byla bolest pacientkou stanovena na hodnotu 3 a po podání analgetik klesla na hodnotu 1. Operační rána je čistá, bez zarudnutí a mírná bolestivost v okolí. Třetí den byl drén vytažen. Převozby jsem prováděla aseptickým postupem. S pacientkou nalezena vhodná úlevová poloha.

Hodnocení 23.10.2011

Cíl byl splněn částečně. Intervence musí pokračovat. Během hospitalizace na chirurgickém JIPu, byla bolest zvládána analgetickou léčbou, která měla účinek dobrý. Při překladi na standardní oddělení bolest ještě přetrvávala. Rána klidná, dobře se hojí, stehy ponechány. Sterilní krytí.

19.10.2011

Strach v souvislosti se změnou zdravotního stavu, nedostatkem znalostí projevující se zvýšeným napětím, sníženou sebejistotou, slovním vyjádřením problému.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient nebude mít pocit strach do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: pacient má dostatek znalostí o svém zdravotním stavu do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacient nemá pocity zvýšeného napětí do 2 dnů.

Pacient komunikuje o svých pocitech do 1 dne.

Pacient zná postup další léčby do 2 dnů.

Plán intervencí:

- buď pacientovi na blízku – denně, všeobecná sestra,
- naslouchej potřebám pacienta – denně, všeobecná setra,

- poskytni příležitost na otázky – dle potřeby, všeobecná sestra,
- zajisti konzultaci s lékařem – do 24 hodin, všeobecná sestra,
- zajisti přítomnost rodiny – dle potřeby, všeobecná sestra,
- poskytni ústní i písemné informace o onemocnění – do 2 dnů, všeobecná sestra,
- vysvětlí pacientovi potřebné postupy, aby byl schopen je pochopit a realizovat – denně, všeobecná sestra, lékař.

Realizace 19.10. – 23.10. 2011

Pacientka komunikuje o svých pocitech, na návštěvu přišla dcera, která pacientku povzbudila. Po stabilizaci stavu se pacientka cítila lépe a při postupné vertikalizaci se stav zlepšoval. Lékař pravidelně edukoval o plánovaných postupech léčby. Pacientka v případě potřeby vznesla dotaz. Sestra edukovala o ošetrovatelských postupech.

Hodnocení: 23.10.2011

Cíl byl splněn částečně. Intervence musí pokračovat. Pacientka chápe důvod hospitalizace a další postupy léčby. Přetrvává mírná obava s délkou hospitalizace.

19.10.2011

Péče o sebe sama nedostatečná při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, úpravě zevnějšku, oblékání a v péči o vyprazdňování v souvislosti s klidovým režimem na lůžku a zavedenou nazogastrickou sondou, projevující se odkázáním na zdravotnický personál v oblasti celkové hygieny, oblékání, vyprazdňování na lůžku a péči o nazogastrickou sondu.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka bude v péči o sebe sama soběstačná do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: pacientka se bude zapojovat při osobní hygieně, oblékání do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka bude schopna s pomocí provádět hygienu do 4 dnů.

Pacientka bude schopna s pomocí se obléci do 4 dnů.

Pacientka bude schopna s doprovodem dojít na toaletu do 3 dnů.

Pacientka bude poučena o manipulaci s nazogastrickou sondou a permanentním močovým katétreem do 2 dnů.

Plán intervencí:

- zjistí čím je způsoben pokles schopnosti pacienta pečovat o sebe – při příjmu, všeobecná sestra,
- zajisti konzultaci s fyzioterapeutem – do 2 dnů, všeobecná sestra,
- při úkonech osobní péče dbej na soukromí – denně, všeobecná sestra,
- ved' pacienta k soběstačnosti, do 3 dnů, všeobecná sestra,
- zapoj rodinu do ošetrovatelské péče v oblasti oblékání, hygieny – do 3 dnů, všeobecná sestra,
- zajisti soukromí při vyprazdňování – dle potřeby, všeobecná sestra,
- kontroluj správnost zavedení nazogastrické sondy - dle potřeby, všeobecná sestra,
- sleduj množství, charakter odpadu z nazogastrické sondy – denně, všeobecná sestra,
- polohuj nazogastrickou sondu - 2x denně, všeobecná sestra,
- zajisti konzultaci s nutričním terapeutem – do 2 dnů, všeobecná sestra,
- pouč pacienta o nutnosti zavedení nasogastrické sondy a permanentního močového katétru – dle potřeby, všeobecná sestra,
- sleduj příznaky infekce (bolestivost, zarudnutí, pálení) – denně, všeobecná sestra,
- dbej na důkladnou hygienu okolo katétru – denně, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. 2011 - 23. 10. 2011

Pacientku jsem zhodnotila podle Barthelova testu všedních činností, při příjmu dosáhla 25 bodů – vysoce závislý, rizika vzniku pádu dosažením 20 bodů – bez rizika a riziko vzniku dekubitů dosažením 24 bodů - střední riziko. Pacientka je soběstačná v rámci lůžka, dle ordinace lékaře má klid na lůžku. V lůžku má antibekubitární matraci. Při celkové hygieně potřebovala plnou dopomoc. Pacientka má zavedený permanentní močový katétr a na stolicí chodí na podložní mísu. Dále má zavedenou nazogastrickou sondu, pacientka uvítala návštěvu nutričního terapeuta. Třetí den po operaci k pacientce docházel fyzioterapeut. Pacientka poučena o cvičení i v nepřítomnosti fyzioterapeuta. Dcera se zapojila do péče a promazává pokožku krémem. A nazogastrická sonda ponechána. Při překladi na standardní oddělení permanentní močový katétr a

nazogastrická sonda ponechána, bez vzniku infekce a plně funkční. S dopomocí dojde na toaletu a hygienická péče je prováděna s dopomocí sestry. Pacientka spolupracuje.

Hodnocení: 23. 10. 2011

Cíl byl splněn částečně. Intervence musí pokračovat. Pacientka před překladem byla plně závislá na naší pomoci a při překladu potřebuje pouze dopomoc. Při hygieně, oblékání a chůzi na toaletu s pomocí chodítka a personálu. Pacientka spolupracuje a cítí se lépe. Pacientka se těší do domácí péče své dcery.

19.10.2011

Společenská interakce porušená v souvislosti s nedostatkem znalostí, omezenou tělesnou pohyblivostí projevující se stížnostmi na obtíže ve společenských situacích, obavami o budoucnost.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka nemá porušenou společenskou interakci do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: má dostatek znalostí o svém onemocnění do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka bude mít zájem se vrátit do normálního života do 2 dnů.

Pacientka bude v kontaktu s rodinou do 24 hodin.

Pacientka bude spolupracovat do 24 hodin.

Plán intervencí:

- odeber sociální a osobní anamnézu, do 24 hodin, všeobecná sestra,
- pozoruj pacientku při komunikaci s rodinou – dle potřeby, všeobecná sestra,
- pobízej pacienta k formulování problémů – dle potřeby, všeobecná sestra,
- naslouchej aktivně pacientovým potřebám – denně, všeobecná sestra,
- urči pacientovy schopnosti poradit si s problémy a jeho obranné mechanismy – do 3 dnů, všeobecná sestra,

- poskytni edukační materiály – do 2 dnů, všeobecná sestra,
- zajisti konzultaci s lékařem – denně, všeobecná sestra,
- zajisti kontakt s dcerou – do 24 hodin, všeobecná sestra,
- zapoj dceru při řešení problémů – denně, všeobecná sestra,

Realizace 19.10. – 23.10.2011

Za pacientkou chodila pravidelně dcera. Vztah mezi sebou mají dobrý. Pacientku podporuje, vyřizuje pozdrav od kamarádky. Dcera dostala kontakt na nutričního terapeuta, protože vyslovila obavy o správné stravování pacientky. Předány byly i písemné informace. Lékař pravidelně edukoval o dalším postupu léčby.

Hodnocení 23.10.2011

Cíl byl splněn částečně. Intervence musí pokračovat. Pacientka je seznámena s onemocněním. Dcera je ochotna v domácím prostředí se zapojovat do přípravy pokrmů. Na standardním oddělení bude pokračovat edukace nutričním terapeutem.

19. 10. 2011

Infekce riziko vzniku v souvislosti se zavedením centrálního žilního katétru.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka bude bez známek infekce do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: pacientka bude poučena o manipulaci s centrálním žilním katétrem do 24 hodin.

Plán intervencí:

- pátrej po místních známkách infekce v místě kanylace – denně, všeobecná sestra,
- použivej osobní ochranné pomůcky při ošetřování katétru – denně, všeobecná sestra,
- převazuj centrální žilní katétr dle aseptických postupů – denně, všeobecná sestra,
- proved' řádný zápis o převazu do dokumentace – denně, všeobecná sestra,

- sleduj okolí vpichu, případné zarudnutí a průchodnost kanyly – denně, všeobecná sestra,
- pouč pacientku o riziku vytažení při pohybu v lůžku – do 12 hodin, všeobecná sestra.

Realizace 19. 10. 2011 – 23. 10. 2011

Pacientka má zavedený centrální žilní katétr ve vena subclavia vpravo. Denně jsem sledovala místo vpichu a případné zarudnutí a průchodnost kanyly a vše zaznamenala do dokumentace. Převezky jsem prováděla aseptickým postupem. Pacientka edukovaná o nebezpečí vytažení katétru.

Hodnocení 23.10.2011

Cíl byl splněn jen částečně. Intervence musí pokračovat. Pacientka je edukována o důležitosti dodržování čistoty a dávání pozor před vytažením. Pacientka byla přeložena na standardní oddělení s centrálním žilním katétrem, bez známek infekce, plně funkční.

9.5 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče se stav pacientky po lékařské léčbě a ošetrovatelské péči podle Virginie Hendersonové zlepšil a po 5 dnech byla přeložena na standardní chirurgické oddělení. Pacientka je seznámena se svým onemocněním a následnou léčbou. Spolupracovala, komunikovala. Dle ordinace lékaře měla klid na lůžku. Po dvou dnech zahájila cvičení s fyzioterapeutem na lůžku, které bylo účinné a pacientka i později chodila s dopomocí chodítka a personálu na toaletu. Operační rána je klidná, bez známek infekce. Centrální žilní katétr ponechán.

Pravidelně docházela dcera, která se zapojila do ošetrovatelského procesu. Pacientka měla obavy o svůj zdravotní stav a během léčby se po psychické stránce zlepšila. Pacientka se snaží být v rámci možností částečně soběstačná, potřebuje však nadále dopomoc při hygieně, oblékání. Během hospitalizace byla edukována i dcera, která vyslovila potřebu o přesné stravování pacientky, aby mohla dohlížet na přípravu. Důležité je i nadále rehabilitovat pro zachování hybnosti a v případě potřeby vyhledat nutričního terapeuta. Pacientka má velkou oporu ve své dceři, která se aktivně podílí na ošetrovatelské péči. Důležitá je edukace i na standardním oddělení v oblasti výživy, rehabilitace a péči o operační ránu.

9.6 Doporučení pro praxi

Doporučení pro manažery a všeobecné sestry:

- zajistit dostatek edukačních materiálů o způsobu správné životosprávy (informační brožury, letáky),
- pravidelně pořádat semináře o vhodném způsobu stravování,
- zajistit vhodnou edukační místnost pro komunikaci s pacientem,
- spolupráce s nutričním terapeutem.

Doporučení pro pacienta:

- je velmi důležité dodržovat dietní režim,
- kontaktovat v případě potřeby nutričního terapeuta,
- je nevhodné jíst dráždivá a kořeněná jídla, nezralou a tuhou zeleninu,
- nevhodné jsou tučná masa, uzeniny, konzervy, kynuté výrobky způsobující nadýmání,
- při úpravě potraviny volíme dušení nebo vaření a vyhýbáme se smažení a pečení,
- potravu rozdělujeme do více malých porcí, 5 - 6x denně v pravidelných intervalech,
- dodržujeme pitný režim, vyhýbáme se kofeinovým nápojům,

Doporučení pro rodinu:

- zapojení do vytváření vhodné stravy a její přípravy,
- pomoci pacientce o zapojení do společenských aktivit, návštěvy kamarádek,
- dopomoci při hygieně a oblékání,
- v případě potřeby kontaktovat nutričního terapeuta,
- úprava prostředí pro lepší soběstačnost (madla do koupelny, protiskluzná podložka na podlahu)
- podpora a pomoc při pravidelném cvičení pro zlepšení a udržení dobré pohyblivosti.
- doprovod při pravidelných kontrolách u lékaře,
- dohled nad užíváním léků.

Závěr

Cílem mé práce bylo seznámení s chorobou, s jejími příčinami, projevy, diagnostikou a principy léčby. Snaha o zapojení pacienta do léčebného procesu, důraz na jeho spolupráci a realizaci ošetrovatelského procesu a komplexní řešení problému. Cíl práce byl splněn.

Během této práce jsem zjistila, že léčba vředové choroby žaludku je velmi náročná a zdoluhavá. Velmi záleží na přístupu pacienta k nemoci, a dodržení pokynů lékaře. Mnohdy má dlouhodobý průběh a nemocného může obtěžovat po dlouhé roky nebo i po celý život. Velmi důležitá je správná skladba jídla, dodržování intervalů a počtu porcí. Pro pacienty je zajištěna edukace nutričním terapeutem, který pomůže najít kombinaci vhodných potravin. U této nemoci je typické střídání období klidu, kdy je nemocný bez obtíží, s obdobím akutním, kdy se nemoc projevuje.

Nezbytná je spolupráce s rodinou, která je seznámena s nemocí a případnými komplikacemi. V úspěšné léčbě je důležitý komplexní přístup vycházející z individuálních potřeb pacienta na základě zhodnocení celkového stavu.

Práce by mohla být využita všeobecnými sestrami, které se setkají s tímto onemocněním, ale i pro ostatní personál, který také plní ošetrovatelskou realizaci u pacienta.

Seznam použité literatury

- BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea, 2010, 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- BLOOM, Stuart. 2002. *Practical gastroenterology*. London: Martin Dunitz Ltd, 2002, 688 s. ISBN 1-84184-121-8.
- DÍŤE, Petr; RŮŽIČKA, Miloš. 2000. *Vředová nemoc žaludku a duodena*. Praha: Galén. 2000. 111 s. ISBN 80-7262-079-7.
- DOENGES, Marilynn E; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ Jaroslava. 2008. *Onemocnění jícnu, vředová choroba žaludku a dvanáctníku*. Praha: Forsapi. 2008. 109 s. ISBN 978-80-903820-7-7.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KLENER, P. aj. 2002. *Gastroenterologie a hepatologie: Vnitřní lékařství, svazek IV*. Praha: Galén, 2002. 263 s. ISBN 80-7262-139-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- LUKÁŠ, K. aj. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- MARTÍNEK, Jan; ŠPIČÁK Julius. 2000. *Onemocnění žaludku a dvanáctníku*. Praha: Triton. 2000. 127 s. ISBN 80-7254-106-4.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely v ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

SEDLÁČKOVÁ, M. aj. 1996. *Infekce helicobacter pylori*. Praha: Maxdorf, 1996. 163 s. ISBN 80-85800-32-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M. aj. 2006. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum. 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

VYMĚTAL, Jan. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

VYTEJČKOVÁ, R. aj. 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing. 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava. 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing. 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZAVORAL, M. aj. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Triton. 2007. 212 s. ISBN 978-80-7254-902-3.

Seznam použité literatury je zpracován dle normy ISO 690:2.

Seznam příloh

Příloha A – Souhlas

I

Příloha B - Technologie úpravy pokrmů

II

Příloha A

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200
Praha 6
169 02

Souhlas

Vedení chirurgické kliniky souhlasí s použitím zdravotnické dokumentace pacientky hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Souhlas se zpracováním dat získaných ze zdravotnické dokumentace pouze ke studijním účelům, do bakalářské práce, ke státním závěrečným zkouškám Kláře Kubínové studentce Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 150 00.

V Praze dne 15.10.2011

Ústřední vojenská nemocnice Praha
Chirurgická klinika 2, ÚF JK a JVN Praha
vrchní sestra
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
tel: 973 202 985
fax: 973 202 898

.....
Vrchní sestra

Příloha B

Technologie úpravy pokrmů podle Kohouta a kol.(2008):

Polévky:

- příprava polévek není nějak omezena, nedoporučují se příliš kořeněné a tučné polévky,

Masa:

- doporučovány jsou kvalitní masa všeho druhu,
- tučná a nakládaná masa do jídelníčku nezařazujeme,
- není vhodné jíst smažené pokrmy,

Uzeniny a sekaná masa:

- konzumovat pouze kvalitní výrobky v malém množství,

Omáčky:

- není doporučeno příliš kořeněné, dochucené citronovou šťávou a zelenými bylinkami,
- v omezeném množství používáme běžná koření,

Zelenina:

- vybíráme čerstvou kvalitní zeleninu, sušenou kořenovou zeleninu,
- není doporučena nadýmavá zelenina jako kapusta, zelí nebo květák,
- nakládaná a sterilovaná kyselá zelenina může způsobit zažívací obtíže,

Ovoce:

- kvalitní druhy a dobře vyztřalé,

Koření:

- nejvhodnější jsou zelené natě, bylinky, zeleninové dochucovací směsi,
- v malém množství ostatní koření,

Bezmasá jídla:

- výběr není omezen,
- vyhneme se smaženým a těžce stravitelným jídlům,

Moučníky:

- není doporučena čerstvá kynutá těsta,

Příkrmy:

- výběr není omezen,

Luštěniny:

- schopnost nadýmání má hrách, čočka, sojové boby a fazole,
- zařazujeme je pouze rozmixované do polévek, jelikož samostatně mohou způsobit bolestivé nadýmání,

Pochutiny:

- v malém množství se můžou sojové a worcesterové omáčky, hořčice, ostré kečupy, octy, omáčky připravené z ryb a to pouze v klidovém období a malém množství,

Mléko a mléčné výrobky:

- je doporučován pravidelný příjem mléčných výrobků,

Alkohol:

- nevhodný je i malých dávkách,

Nápoje:

- nejvhodnější je pramenitá voda, minerální voda nenasycená kyslíčnickem uhličitým, mošty, ovocné a zeleninové šťávy,

„Při přípravě pokrmů využíváme hlavně vaření, dušení a pečení bez tvrdé kůrky na povrchu připraveného jídla. Vhodné jsou i modernější technologické postupy, jako je grilování, příprava stravy v horkovzdušných a mikrovlnných troubách, v teflonovém

nádobí nebo v alobalu. Pokrmy se připravují vždy čerstvé, bez připáleného tuku. Používané tuky mají být kvalitní. Důležitá je pravidelnost stravovacího režimu.

Celodenní příjem stravy má být vyvážený, energetická hodnota se odvíjí od fyzické aktivity“ (KOHOUT, 2008, s. 39-40).