

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S ILEOSTOMIÍ**

Bakalářská práce

PETRA KOMÁRKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Holzhauserová

Praha 2013

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.

Podpis

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Blance Holzhauserové za čas, který mi věnovala v rámci konzultací při tvorbě této práce, za její cenné rady a připomínky. Poděkování patří i oddělení všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce za možnost nahlédnutí do ošetrovatelské dokumentace pacienta.

ABSTRAKT

KOMÁRKOVÁ, Petra. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ileostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Blanka Holzhauserová. 2013. Počet stránek: 55

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ileostomií. Teoretická část práce se věnuje historii a typům stomií, všeobecné charakteristice ileostomie, předoperační přípravě a pooperační péči o pacienta, specifikám v ošetrování stomií a rovněž tak i životnímu stylu pacientů s ileostomií. Při zpracování teoretické části byly použity informace z odborné literatury.

Praktická část se zabývá shrnutím všeobecných informací o ileostomiích v návaznosti na samotnou ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta s důrazem na jeho edukaci v péči o ileostomii. Ošetrovatelský proces je sestavován na základě principů ošetrovatelského modelu C. Royové s cílem stanovení správných ošetrovatelských diagnóz u konkrétního pacienta.

Klíčová slova

Edukace. Ileostomie. Ošetrování. Stomasestra. Stomie.

ABSTRACT

KOMÁRKOVÁ, Petra. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ileostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Blanka Holzhauserová. 2013. Počet stránek: 55

The theme of the bachelor's dissertation is the complex nursing of the patient suffering from ileostomy. Divided into theoretical and practical part, this dissertation begins with the theoretical element. Here it deals with the history and types of stomas, the general characteristics of ileostomy, preoperative and postoperative care of the patient, the special features in the stoma care, and finally with the types of lifestyles people lead with this illness.

In the practical part, the summary of the general information about ileostomy in relation with the nursing treatment of the particular patient is presented. In order to determine the correct nursing diagnoses, the principles of nursing model of C. Roy are being used.

Keywords

Education. Ileostomy. Nursing Treatment. Ostomy. Stoma nurse.

Obsah

Seznam obrázků	8
Seznam tabulek	9
Seznam použitých zkratk	10
ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE A TYPY STOMÍÍ	13
1.1 Historie stomíí.....	13
1.2 Obecné rozdělení stomíí.....	14
2 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ TENKÉHO STŘEVA	16
2.1 Druhy onemocnění tenkého střeva	16
2.2 Klinický obraz	17
2.3 Diagnostické metody	17
2.4 Chirurgická terapie	18
2.5 Komplikace ileostomií	19
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	22
3.1 Předoperační příprava a pooperační péče o pacienta.....	22
3.2 Ošetřování ileostomií	24
3.2.1 Stomické pomůcky	25
3.2.2 Specifika ošetřování ileostomie	27
3.3 Životní styl ileostomiků	28
3.3.1 Výživa a pitný režim pacientů s ileostomií.....	28
3.3.2 Fyzická aktivita	29
3.3.3 Společenský, rodinný a intimní život stomiků.....	29
3.4 Systém péče o stomiky	30

II. PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA	34
4.1 Základní informace o nemocném	35
4.1.1 Zdravotní stav při přijetí	36
4.1.2 Odebraná lékařská anamnéza	40
4.1.3 Prvotní posouzení zdravotního stavu	41
4.2 Ošetřovatelská anamnéza	42
4.2.1 Fyziologický / fyzický způsob adaptace	43
4.2.2 Adaptace pomocí sebekoncepce a identifikace ve skupině	50
4.2.3 Adaptační systém zvládnání rolí	53
4.2.4 Adaptační systém vzájemné závislosti	54
4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz	55
4.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	55
4.3.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy	57
4.4 Stanovení plánu a rozpracování vybraných ošetřovatelských diagnóz	57
5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	64
6 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA	65
ZÁVĚR.....	66
Seznam použité literatury	67
PŘÍLOHY	I

Seznam obrázků

obr. I – ileostomie.....	I
obr. II – jednodílný stomický systém	II
obr. III – dvoudílný stomický systém.....	II
obr. IV – stomický pás.....	III
obr. V – stomické podložky	III
obr. VI – ochranný film.....	IV
obr. VII – vyrovnávací pasta	IV
obr. VIII – ochranný krém.....	V

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Vitální funkce při přijetí	36
Tabulka č. 2 – Laboratorní odběry dle ordinace lékaře - biochemické vyšetření krve	37
Tabulka č. 3 - Laboratorní odběry dle ordinace lékaře – vyšetření moče	38
Tabulka č. 4 - Laboratorní odběry dle ordinace lékaře – hematologické vyšetření – krevní obraz	38
Tabulka č. 5 - Farmakologická anamnéza	41
Tabulka č. 6 - Farmakoterapie dle ordinace lékaře	63

Seznam použitých zkratk

GIT	gastrointestinální trakt
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
kg	kilogram
mg	miligram
mmol/l	milimol na litr
O/S	dieta čaj
p. o.	per os
PVK	periferní venózní katetr
RTG	rentgenová vyšetřovací metoda
s. c.	subkutánní
Tbl.	tableta
TK	tlak krevní
VAS	vizuální analogová škála

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ileostomií. Výskyt tohoto onemocnění v lidské populaci je v dnešní době poměrně častý. Ileostomie představuje velkou zátěž nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké okolí.

Cílem této práce je upozornit na závažnost tohoto onemocnění, na komplikace života pacienta s tímto onemocněním a na důležitost samotné ošetrovatelské péče a sebedpěče.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část obsahuje zmínku o historii stomií a o jejich typech, podstatná část je věnována ileostomii a jejímu rozdělení, příčinám vzniku ileostomie, příznakům, diagnostice, léčbě, předoperační přípravě a pooperační péči, možným doprovodným komplikacím. Další část je věnována ošetrování ileostomií a dostupným stomickým pomůckám. Závěr teoretické části patří životnímu stylu pacientů s ileostomií a systému péče o stomiky.

Praktická část je zaměřena na posouzení stavu pacienta, plán individuální ošetrovatelské péče, na zhodnocení ošetrovatelské péče a na edukace pacienta a jeho rodiny. Získané informace od pacienta, jeho rodiny a dalších zdravotnických pracovníků byly využity ke stanovení ošetrovatelských diagnóz s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry. Závěr praktické části je věnován edukační činnosti, jejíž neoddiskutovatelný význam spočívá v informování pacienta o důležitosti a rozsahu péče o stomii. Kvalitní ošetrovatelská péče může zajistit pacientovi návrat do plnohodnotného života.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE A TYPY STOMIÍ

1.1 Historie stomií

Stoma je slovo řeckého původu. Znamená ústa či ústí, v přeneseném významu otvor, vyústění něčeho někam. (Mikšová et al, 2006, s.118)

První zmínka o střevních vývodech pochází z doby 350 let př. n. l., kdy řecký lékař Praxagoras z Kósu jako první vytvořil střevní vývod nebo-li stomii po poranění břicha. Ve středověku byla medicína ovlivněna zejména církví, proto v tomto období nedocházelo k rozvoji chirurgického odvětví. Medicína zakazovala výkony prolévající krev. Stomie byly v 15. století využívány primárně jako řešení válečných poranění břicha (10, 20).

Historie stomií je téma samo o sobě velmi obsáhlé a není předmětem této práce, proto je zde dále uvedeno jen jedno jméno významného českého chirurga Karla Maydl. Karel Maydl v roce 1888 provedl první dvouhlavňové sigmoideostomie (stomie vytvořená na esovité kličce), čímž se zapsal do české historie stomických technik (10).

Po druhé světové válce nastal výrazný pokrok v medicíně díky neustálému zdokonalování operačních technik, anesteziologických postupů, zlepšování pooperační péče a docházelo tak ke zmírňování pooperačních komplikací (10).

Moderní péče o klienty se stomií, respektive její počátek, se datuje do období 50. – 60. let minulého století v USA a Anglii. První specializované pracoviště zaměřené na péči o stomie vzniklo ve Spojených státech Amerických v roce 1953. V této době ošetřující personál získává stále více informací a lepší specializaci v péči o stomie, vznikají první specializované profese tzv. stomasestry. V roce 1958 byl pak v Anglii založen první stomický klub (10, 20).

Za zmínku stojí informace, že až do roku 1960 se v praxi nepoužívaly žádné stomické pomůcky, což pro stomiky znamenalo značnou psychickou zátěž a větší společenskou izolaci. Teprve po tomto roce se na trhu objevují kožené pásy. Bohužel však po delším nošení způsobují pacientům kožní vyrážky. S postupem času se i v této oblasti pacienti dočkávají jisté modernizace, kdy jsou pomůcky vyráběny z lepidivých materiálů, není tudíž nutné používat nepříjemné kožené pásy. Výrobky z lepidivých materiálů dobře přiléhají na kůži, jsou ovšem nevhodné pro alergiky. Další posun přinesl až objev nedráždivých lepidel, díky čemuž se začal nabízený sortiment

stomických pomůcek výrazně rozšiřovat a celé odvětví začalo procházet rychlým vývojem. Stomici se tak konečně mohou lépe začlenit do společenského a pracovního života (10).

1.2 Obecné rozdělení stomií

V České republice žije více než 10 000 pacientů se stomií. Stomie je umělé vyústění dutého orgánu přes stěnu břišní na povrch těla. Nejčastěji se jedná o umělé vyvedení trávicí nebo močové soustavy. Umělým vývodem samozřejmě dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovladatelnému vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřírozenou cestou. Pacient se neobejde bez použití stomických pomůcek. Celková kvalita jeho života doznává výrazného zhoršení (11, 12).

Stomie se dělí na tři základní typy a to dle toho, který dutý orgán je vyveden přes stěnu břišní na povrch těla:

- kolostomie - vývod tlustého střeva
- urostomie - vývod močovodu
- ileostomie - vývod tenkého střeva

Kolostomie je vyústění tlustého střeva přes stěnu břišní na povrch těla. Kolostomie je malý kruhový otvor s průměrem 2 – 5 cm. Nejčastěji je umístěna v levé části podbřišku. Umístění kolostomie ovlivňuje konzistenci střevního obsahu, čím blíže je stomie vytvořena u konečníku, tím tužší je její obsah. Povrch kolostomie je lesklý a vlhký s červeným zabarvením. Vývod slouží k samovolnému odchodu plynů a stolice do speciálních stomických sáčků. Vývod není citlivý ani bolestivý při dotyku, protože se na sliznici nenachází žádná nervová zakončení. Sliznice na kolostomii se vzhledem k cévnímu zásobení a tím i snadnému poranění a jejímu krvácení musí ošetřovat se zvýšenou opatrností. Kolostomie je nejčastějším typem stomie (12,14,20).

Urostomie je vyústění močových cest přes stěnu břišní na povrch těla. Urostomie je vytvořena z důvodu překážky, která brání normálnímu odtoku moče. Vzácně se urostomie vytváří z důvodu vrozených vývojových vad nebo poranění. Nejčastěji je postiženo ústí močovodu do močového měchýře, méně často jsou postiženy vlastní močovody. Tento typ stomie je nejméně častým typem stomií (14).

Ileostomie je vyústění terminální části tenkého střeva přes dutinu břišní na povrch těla. Ileostomie je vyvedena v pravé části dolního kvadrantu dutiny břišní. Má kruhovitý tvar a je menší než kolostomie. Velikost otvoru je v průměru 2 - 2,5 cm. Stomie je vyvedena 1 - 3 cm nad povrchem těla, což snižuje kontakt kůže s agresivním obsahem tenkého střeva a usnadňuje ošetřování stomie. Tenké střevo neustále vylučuje obsah, který je řídký a agresivní, proto je nutné dbát na dostatečnou péči o okolí stomie. Tenké střevo vyprodukuje kolem 500 - 800 ml obsahu za den. Vylučováním obsahu tenkého střeva dochází ke ztrátám sodíku a draslíku. Obsah ileostomie na rozdíl od obsahu kolostomie nezapáchá, protože je v něm méně bakterií než v tlustém střevě. Nejčastěji se provádí z důvodu odstranění celého tlustého střeva. Tento typ stomie je méně častý (12, 14).

Ileostomie se dle časového úseku dělí na **ileostomii dočasnou a trvalou**. Při dočasné ileostomii je vývod vytvořen dočasně na dobu nezbytně nutnou pro zhojení úseku operovaného střeva (pro vrozené vývojové vady nebo ileózní stavy, úrazy a poranění, odlehčení anastomóz). Při ileostomii trvalé není možné vývod zrušit a kontinuita střeva je neobnovitelná. Provádí se z důvodu nenávratně poškozené koncové části střeva (nekrotizující enterokolitidy, nespecifické střevní záněty - Morbus Crohn), nejčastěji z důvodu odstranění celého tlustého střeva (12, 14).

2 PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ TENKÉHO STŘEVA

2.1 Druhy onemocnění tenkého střeva

Tenké střevo je pro člověka nepostradatelným orgánem, k jeho hlavním funkcím patří motilita, trávení, vstřebávání a sekrece. Právě porucha některé z těchto funkcí je podstatou jeho nejvýznamnějších onemocnění (7).

Divertikly tenkého střeva: divertikly nebo-li výčlipky, které se mohou objevovat na stěně tenkého střeva jako například:

- Meckelův divertikl (výčlipka konečného úseku tenkého střeva)
- divertikly peripapilární
- mnohočetné získané divertikly

Neprůchodnost tenkého střeva: neprůchodnost nebo-li ileus, stav, kdy dojde k poruše střevní pasáže

Záněty tenkého střeva: tzv. enteritida, onemocnění způsobené infekcí

Crohnova choroba: zánětlivé onemocnění gastrointestinálního traktu (GITu)

Nádory tenkého střeva:

- benigní nádory
- maligní nádory

Vaskulární poruchy tenkého střeva: akutní ischemie, chronická ischemie

Malabsorpční syndrom: malabsorpce je porucha příjmu a transportu živin a zahrnuje všechny stavy, při nichž dochází k poruchám trávení a vstřebávání základních živin

Malabsorpční syndrom se dělí na: (7, 16)

- **primární malabsorpční syndrom** - zahrnuje například Céliakii, Tropicou sprue a selektivní malabsorpci

- **sekundární malabsorpční syndrom** - zahrnuje například Whippleovu chorobu, syndrom slepé kličky, syndrom krátkého střeva, exsudativní gastroenteropatii, postradiační enteritidu a kolitidu, pankreatickou maldigesci a malabsorpci, polékovou malabsorpci (7, 16)

Poranění tenkého střeva:

- otevřená poranění - jde o poranění způsobená bodným nebo střelným zraněním
- zavřená poranění - jde o poranění vzniklá v důsledku tupého nárazu (7, 16)

2.2 Klinický obraz

Průjem, únava, nechutenství, zvracení, dyspepsie, ztráta hmotnosti, chudokrevnost, otoky dolních končetin, vzedmuté břicho, porucha střevní pasáže, nepravidelná stolice, příměsí hlenu nebo krve ve stolici, vysoká tělesná teplota až horečka (7, 16).

2.3 Diagnostické metody

- **Rektoskopie** - metoda, při které se endoskopicky vyšetřuje konečník
- **Kolonoskopie** – metoda, při které se endoskopicky vyšetřují střeva od konečníku až po slepé střevo
- **Sonografické vyšetřovací metody** - metody vyšetření ultrazvukem
- **Irigrafie** - RTG vyšetření tlustého střeva za použití kontrastní látky
- **Computed tomography** tj. počítačová tomografie - jde o počítačovou tomografii, při které dochází ke kombinaci klasického rentgenového vyšetření s počítačovým systémem. Pacient je při vyšetření umístěn na vyšetřovací stůl, nad ním se pohybuje v kruhové trajektorii podle vyšetřované oblasti prstenec CT přístroje (lidově „tunel“). Snímek je počítačem matematicky zpracován a zobrazen do nejmenších detailů.
- **Odběry biologického materiálu:**
 - biochemické vyšetření
 - hematologické a hemokoagulační vyšetření
 - krevní skupina klienta
 - bakteriologické vyšetření
 - imunologické vyšetření
 - histologické a cytologické vyšetření

- **Další vyšetření:**
 - interní vyšetření
 - onkologické vyšetření
 - chirurgické vyšetření - při tomto vyšetření se rozhoduje o místě uložení stomie (7, 16)

2.4 Chirurgická terapie

Indikace k založení ileostomie

Indikace k založení kolostomie a ileostomie jsou velmi podobné, vzájemně se překrývají. Závažnost onemocnění rozhoduje o tom, zda bude stomie dočasná či trvalá. Důvodem k založení střevního vývodu může být onemocnění trávicí trubice, orgánů s ní funkčně souvisejících (játra, pankreas), útlak trávicí trubice z okolí a další indikace (urologické, gynekologické atd.) (5, 14, 16, 21).

Rozdělení ileostomie dle chirurgické konstrukce

Terminální (jednohlavňová) stomie – po resekci střeva je proximální část střeva vyvedena břišní stěnou. Distální konec je buď z důvodu patologického procesu extirpován nebo slepě uzavřen (Marková, 2006, s. 21).

Axiální (dvouhlavňová) stomie – celá klička je vyvedena po celém obvodu, podkládá se drénem (tzv. můstkem), který slouží k přidržení stomie. Můstek se odstraňuje asi 8. den po operaci. Klička střeva se protíná za vzniku dvou ústí. Inaktivní ústí je umístěno nahoře a aktivní ústí vylučující střevní obsah je umístěno dole. Toto uspořádání slouží k tomu, aby obsah nepřetékal přes dolní otvor (Marková, 2006, s. 21).

Nástěnná stomie - jde pouze o otvor ve střevní stěně. Tento typ stomie se téměř neprovádí z důvodu nedostatečné derivace střevního obsahu (5, 14, 16, 21).

Rozdělení ileostomie dle lokalizace

- *Duodenostomie* - vývod je umístěn na první části tenkého střeva
- *Jejunostomie* - vývod je umístěn na jejunu (5, 14, 16)

2.5 Komplikace ileostomií

Komplikace, které mohou nastat po vytvoření stomie, působí ve třech etapách. V první fázi, která může nastat ihned po operaci, hrozí, že bude pacient trpět kašlem, zvracením a nevolností. Po této první fázi mohou nastat tzv. časné a poté následné komplikace. Je však nutné podotknout, že pokud je správně dodržen postup předoperační přípravy, výskyt těchto komplikací je minimální. Řadu z nich lze eliminovat dobře zvolenými pomůckami a správným ošetřováním stomie. Mnoho pooperačních komplikací vzniká na základě chybné operační konstrukce stomie a nevhodně zvoleného umístění stomie (8, 16, 21).

Časné komplikace:

Krvácení - drobné krvácení z okrajů stomie bývá běžné vzhledem k bohatě prokrvené střevní stěně. Krvácení ovšem může vzniknout i nešetrným ošetřováním stomie. Déletrvající krvácení je nutné vyšetřit, aby bylo možné vyloučit zánět nebo jiné onemocnění. Sestra musí sledovat a zaznamenávat vzhled stomie.

Nekróza - příčinou může být nedostatečné zásobení krví způsobené chybnou operační technikou, otokem nebo malým otvorem ve stomickém sáčku. Při nekróze může dojít až k odpadnutí samotné stomie. Pacient změny způsobené ischemií (nedokrevnost) necítí. Při pokročilé nekróze musí lékař provést reoperaci. Nekróze lze předejít vystříhnutím dostatečně velkého otvoru do podložky, poučením pacienta o šetrné péči o stomii a edukací o vhodně zvoleném oblečení.

Parastomální absces - v případě této komplikace je nutná derivace abscesu. Pacient musí dbát na dostatečnou ochranu kůže, protože v případě abscesu dochází k odtoku střevního obsahu pod podložku a tím se narušuje samotná kůže.

Otok - může se objevit po jakékoliv manipulaci se střevem. K odeznění otoku stačí přikládání studených obkladů.

Kožní komplikace - je nutné rozlišit alergickou reakci způsobenou alergeny obsaženými ve stomické podložce, iritaci (podráždění způsobené vlivem sekrece nebo působením agresivních přípravků) a maceraci (způsobenou zvýšenou vlhkostí). Kožní komplikace jsou nepříjemné a častěji postihují ileostomie než kolostomie vzhledem k agresivnějšímu obsahu tenkého střeva.

Retrakce - jde o vytažení stomie. Vyskytuje se především u akutních výkonů a nebývá příliš častá. V tomto případě je okraj stomie až několik centimetrů pod úroveň kůže, což znemožňuje ošetřování stomie a špatnou fixaci pomůcek, proto se používají flexibilní pomůcky.

Nevhodné umístění stomie - tato komplikace se vyskytuje častěji u akutních výkonů, protože nebylo možné včas před operací zjistit vhodné místo pro uložení stomie. Nevhodně umístěná stomie znemožňuje správnou fixaci pomůcek, umožňuje obtékání střevního obsahu mimo podložku a tím i následný vznik kožních problémů. Špatné umístění stomie například v kožní řase, jizvě nebo na boku je pro pacienta těžce ošetřitelné. Prevencí této komplikace je správné zakreslení místa stomie před operací.

Píštěle - mohou vznikat při chronických onemocněních jako jsou například záněty střev, malnutrice nebo diabetes melitus a další. Píštěle způsobují špatnou přilnavost pomůcek, podtékání střevního obsahu mimo podložku a iritaci stomie (8,13,15).

Následné komplikace:

Prolaps - znamená výhřez stomie. Střevo může vyhřeznout až několik centimetrů před břišní stěnu. V léčbě prolapsu je velmi důležité, aby sestra nebo stomasestra zajistila flexibilní vhodné pomůcky a podložku s dostatečně velkým otvorem a velkou lepicí plochou. Vhodné je lepit podložku vleže s pomocí druhé osoby. Důležité je pravidelné měření a následné zaznamenávání velikosti střeva. Je nutné dodržovat zásady správné hygieny a střevo často sprchovat.

Refrakce - znamená vtažení stomie. Stomie může být až několik cm vtažená pod úroveň kůže, může docházet k podtékání střevního obsahu a tím k maceraci okolí stomie. Pacient musí být dostatečně edukován o možných problémech spojených s retrakcí stomie, o sebeděči, správné hygieně. Kůže a okolí stomie se musí ošetřovat velmi opatrně, používají se vhodné pomůcky s konvexní podložkou.

Stenóza - znamená zúžení stomie. Průměr střeva je v nepoměru k otvoru v břišní stěně. Často je stenóza spojena s retrakcí. Stenóza bývá doprovázena bolestmi břicha. Stomasestra poučí klienta o dilataci, kterou pacient provádí sám denně 15 minut.

Parastomální kýla - bývá nejčastější komplikací stomie. Vzniká v důsledku oslabení břišní stěny. V okolí stomie vzniká vyklenutí. Kýla s menším rozměrem se kompenzuje

pouze břišním pásem. Operace parastomální kýly je nebezpečná z důvodu infekce (13, 15).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

3.1 Předoperační příprava a pooperační péče o pacienta

Dlouhodobá příprava pacienta k operaci začíná již při oznámení diagnózy a rozhodnutí o operačním výkonu. Vytvoření stomie je velkým zásahem do života pacienta jak po psychické stránce, tak i po fyzické stránce. Klient musí být dostatečně informován o své nemoci a způsobu léčby jak lékařem, tak i zdravotnickým personálem. Před samotnou operací by měl pacient navštívit poradnu pro stomiky a stomasestru. Stomasestra by měla pracovat v každé nemocnici a měl by jí být vlastní individuální přístup ke každému pacientovi. Dostatečně informovaná by měla být i nejbližší rodina pacienta. Operatér před operací určí optimální místo pro vytvoření stomie, na toto místo je přiložena stomická pomůcka a sleduje se, zda pomůcka při běžných denních činnostech správně přiléhá a je dobře fixovaná. Cílem předoperační přípravy pacienta je minimalizovat možné pooperační komplikace a vytvořit optimální podmínky pro zvládnutí operačního výkonu a zotavování po výkonu (13).

Důležitá jsou jednotlivá předoperační vyšetření:

Odběry biologického materiálu:

- biochemické vyšetření
- hematologické a hemokoagulační vyšetření
- krevní skupina pacienta
- bakteriologické vyšetření
- imunologické vyšetření
- histologické a cytologické vyšetření

Další vyšetření:

- interní vyšetření
- onkologické vyšetření

Diagnostické metody:

- rektoskopie - metoda, při které se endoskopicky vyšetřuje konečník
- kolonoskopie - metoda, při které se endoskopicky vyšetřují střeva od konečníku až po slepé střevo
- sonografické vyšetřovací metody- metody vyšetření ultrazvukem
- irigografie - RTG vyšetření tlustého střeva za použití kontrastní látky

Chirurgické vyšetření:

- při tomto vyšetření se rozhoduje o místě uložení stomie (13)

Krátkodobá předoperační příprava je zahájena 24 hodin před samotným operačním výkonem. V rámci této přípravy je nutné zajistit tato kritéria:

- zajištění žilního vstupu
- zavedení permanentního močového katétru
- minimalizace strachu a úzkosti pacienta
- podepsaný souhlas pacienta s operačním výkonem
- zajištění lačnění pacienta
- zajištění dokonalého vyprázdnění střev dle zvyklostí pracoviště
- samotná příprava operačního pole - oholení okolí operačního pole, hygiena okolí operačního pole
- profylaktická příprava střev antibiotiky
- prevence tromboembolické nemoci - aplikace nízkomolekulárního heparinu, bandáže dolních končetin, nácvik RHB

- odstranění zubních protéz a šperků
- FF - měření a záznam fyziologických funkcí
- podání premedikace dle ordinace

Po operaci je pacient podle závažnosti stavu umístěn na oddělení jednotky intenzivní péče nebo na oddělení anesteziologicko–resuscitační, kde je pod neustálou kontrolou. Musí být zajištěna trvalá monitorace vitálních funkcí, kontrola bolesti, úplnost záznamu bilance tekutin, musí být zajištěna parenterální výživa, kontrola střevní peristaltiky a vyprazdňování střevního obsahu stomií, péče o operační ránu a invazivní vstupy. Sestra musí sledovat velikost, barvu a okolí stomie, odchod plynů a započítí střevní peristaltiky, vzhled a množství střevního obsahu (12, 16).

Pooperační období je pro pacienta velmi náročné jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Pacient je v tomto období vystaven mnohým změnám. Nejvíce v této době potřebuje psychickou podporu a ujištění, že se stomií může vést plnohodnotný život. V první fázi by sestra neměla pacienta nutit, aby sám pečoval o stomii, ale měla by ho vhodně postupně psychicky připravovat na samotnou péči o stomii. Velmi důležitá je empatie, trpělivost a ohleduplnost ze strany sestry. Pro pacienta je důležité, aby sestra sdělené informace neustále opakovala, jelikož si mnoho nových informací nedokáže sám ihned zapamatovat. Kontakt se stomasestrou by měl být každodenní samozřejmostí. Hlavním cílem pooperační péče je naučit pacienta soběstačnosti v péči o stomii a pomoci mu postupně se adaptovat na nový životní styl. Sestra pacienta podporuje, zodpovídá všechny jeho otázky a zapojuje do dění blízkou rodinu. Prvním krokem k plnohodnotnému životu je splnění těchto kritérií (12, 16).

3.2 Ošetřování ileostomií

Období po jakékoliv operaci je pro každého člověka, ileostomatiky nevyjímaje, velmi náročné, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Ileostomatika velmi často přepadají negativní myšlenky a nechce se smířit s tím, že mu byla vyvedena stomie. V této chvíli začíná náročná práce pro stomasestru, má před sebou důležitý úkol – naučit pacienta, jak správně s pomocí stomických pomůcek, ošetřovat stomii (9, 13, 12).

Stomici mají na výběr ze tří typů pomůcek. Mohou používat buď jednodílný systém, dvoudílný systém nebo adhezní technologii(1, 9).

Jednodílný systém - vyznačuje se pevně spojenou lepící vrstvou s ochranným sáčkem. Sáčky mohou být uzavřené nebo výpustné. Je komfortní a méně nápadný během použití. Při každé výměně se mění celý systém a znovu nalepí systém nový. U ileostomií se sáček mění 1x denně. Tento systém je vhodný především po operacích pro jeho flexibilitu a snadnou manipulaci (1, 12, 13).

Dvoudílný systém - jednou částí dvoudílného systému je podložka, která může na těle zůstat až 3 dny a druhou část tvoří samostatný sáček. Měnitelnost sáčků se odvíjí od typu stomie 1 - 2x denně. Podložka a sáček se navzájem spojují plastovým kroužkem (1, 12, 13).

Systém adhezní technologie

Adhezní nebo-li samolepící technologie. Sáček a podložka se spojují pouze nalepením bez použití plastového kroužku, jako je tomu u dvoudílného systému (1, 12, 13).

3.2.1 Stomické pomůcky

Začátek používání stomických pomůcek se datuje k roku 1960, kdy se začaly používat kožené pásy s vyměnitelnými sáčky. Po dlouhodobém používání však způsobovaly bolesti a nepříjemné pocity v oblasti břicha. Pomůcky byly zpočátku velmi nedokonalé a znemožňovaly pacientovi zapojovat se do normálního společenského života. Od té doby prošly stomické pomůcky zásadním vývojem. Ideální stomická pomůcka by měla eliminovat zápach, chránit kůži, správně těsnit, měla by být hypoalergenní, nenápadná pod oblečením, neměla by pacienta omezovat v pohybu a manipulace s pomůckou by měla být snadná. V současné době se nejvíce využívají pomůcky od firem Coloplast, ConvaTec, B-Braun, Dansac (1, 4).

Stomické sáčky:

- výpustné a nevýpustné
- průhledné i neprůhledné
- s filtrem (pohlcuje pachy) i bez filtru

Stomické podložky:

- standardní podložky jsou pevné podložky ze želatiny, které podporují hojení
- flexibilní podložky mají okraje z bílého mikropóru a střed z pevné želatiny
- konvexní podložky mají tzv. tvar misky a tím lépe přilnou na vpadlé stomie

Stomické zátky: slouží k bránění odtoku stolice, obsahují uhlíkový filtr, který brání zápachu; výhodou je eliminace střevních zvuků, které jsou neovladatelné

Stomické krytky: slouží pro krátkodobé použití například při sportu, obsahují savou vrstvu, která pojme určité množství střevního obsahu

Těsnící vkládací kroužky: používají se u klientů, kteří mají vpadlou stomii

Čistící roztok a odstraňovač náplastí: odstraňují zbytky lepidla a odmašťují kůži

Pohlčovač pachů: slouží k neutralizaci zápachu

Mycí pěny a jednorázové čistící ubrousky

Ileogel: jde o superabsorbční pudr, který se při styku se stomickým sáčkem přemění v gel a umožní tak zahuštění řídkého střevního obsahu tenkého střeva a lepší vyprazdňování stomických sáčků (1, 4).

Ochranné pomůcky:

- ochranný film – zlepšuje přilnavost podložky ke kůži (viz obrázek č. VI)
- ochranná pasta – slouží k vyrovnání kožních nerovností (viz obrázek č. VII)
- adhezivní pasta – chrání kůži v okolí stomie
- zásypový pudr – zklidňuje kůži v okolí stomie
- absorpční gel – jde o tabletu, která se vkládá dovnitř sáčku, aby zhušťovala řídký střevní obsah (1)

3.2.2 Specifika ošetřování ileostomie

Při ošetřování ileostomie je podstatné to, že střevo je umístěno 1 - 3 cm nad povrch kůže. Takto uložená stomie umožňuje snazší ošetřování a manipulaci se stomií a snižuje tak riziko vzniku infekce. Střevní obsah ileostomie je mnohem agresivnější než obsah kolostomie, což způsobuje přítomnost trávicích enzymů. Na rozdíl od kolostomie neobsahuje ileostomie kvasné bakterie, proto nezapáchá. Místo uložení stomie je důležité pro vzhled střevního obsahu. Čím blíže je stomie ke konečníku, tím tužší je její obsah. Střevní obsah je řídký a agresivní, proto je nutné dbát na dostatečnou ochranu a hygienu kůže. Klient musí být **INFORMOVÁN** o možnostech vzniku infekce a správné sebepěči (1, 9, 13).

Pro ileostomie jsou proto vhodné stomické sáčky výpustné, které umožňují střevní obsah kdykoliv vypustit a nedráždit tak okolí stomie častým vyměňováním celého stomického systému. Stomické pomůcky se mění vždy, když střevní obsah naplní stomický sáček do jedné třetiny, maximálně do jedné poloviny. Při přeplnění sáčku může dojít k jeho uvolnění a tím dochází k dráždění kůže. Stomický sáček se mění i v případě, že si to klient sám přeje z důvodu subjektivních nepříjemných pocitů (1, 9, 12).

Při jakékoliv manipulaci a výměně stomických pomůcek je nutné pacientovi zajistit dostatečné soukromí. Ke každému pacientovi se přistupuje individuálně vzhledem k jeho potřebám (1, 12, 13).

Jednodílný systém je vhodný v pooperačním období vzhledem k jeho flexibilitě a šetrnosti (viz obrázek č. II) Výměna se provádí diskrétně a v soukromí klienta (1, 9).

Před zahájením ošetřování stomie se vždy použijí ochranné rukavice. Nejprve se odstraní staré pomůcky směrem shora dolů, jednou rukou se přidržuje kůže a druhou rukou se šetrně odlepuje podložka. S pomocí odstraňovače náplastí se odstraní staré zbytky po nalepené podložce, pokožka se očistí buničitou vatou nebo jednorázovými ubrousky směrem od okrajů ke středu. Okolí stomie se očistí vlažnou vodou s čistící pěnou popřípadě nedráždivým mýdlem a okolí se důkladně osuší. Okolí stomie se ošetří ochranným filmem, který chrání kůži před odřením, film se nechá zaschnout. Při výměně stomických pomůcek se hodnotí i vzhled stomie a celého okolí. Po ošetření a

očištění stomie se přistupuje k měření otvoru pro stomii pomocí šablony. Otvor se vystřihává vždy o 2 - 5 mm větší než je skutečná velikost stomie (1, 6).

Jednodílný systém se pomocí dlaní zahřeje, aby podložka lépe přilnula k pokožce a sejme se z něho ochranná folie, systém se přiloží na stomii a šetrně se přitlačí. Zataháním za sáček se zjistí, zda jednodílný systém dobře drží. Pokud se použije výpustný sáček, je nutné se ujistit, zda je sáček dobře uzavřený, aby střevní obsah nevytékal (1, 6).

Dvoudílný systém se používá u pacientů, kteří jsou již delší dobu po operaci. (viz obrázek č. III). Podložka u dvoudílného systému může na pokožce zůstat nalepená 3 - 5 dní, podle potřeb pacienta. Není však vhodné podložku používat déle než 5 dní. Samotný sáček se mění podle naplnění průměrně 2 krát denně podle potřeb pacienta. Při ošetřování stomie je nutné vždy používat ochranné rukavice (1, 6).

Postup výměny je velice podobný výměně jednodílného systému. Šetrně se odstraní staré stomické pomůcky a zhodnotí se střevní obsah. Okolí stomie se ošetří buničitou vatou nebo jednorázovými ubrousky směrem od okrajů ke středu. Okolí stomie se omyje vodou s čistící pěnou nebo nedráždivým mýdlem a osuší se. Je nutné zhodnotit vzhled stomie a použít ochranou pastu. Podložka se nalepí stejným způsobem jako u jednodílného systému. Po nalepení podložky se nasadí sáček, sáček se nasadí na plastový kroužek na podložce tak, že je slyšet mírné cvaknutí. Lehkým zataháním za sáček se zjistí, zda je systém dobře nasazený. Sáček se dále vyměňuje podle potřeby (1, 6).

3.3 Životní styl ileostomiků

3.3.1 Výživa a pitný režim pacientů s ileostomií

Tenké střevo je místem, kde se vstřebávají bílkoviny, tuky, cukry, vitamíny a dochází zde k dokončení trávení. Strava ileostomiků je dietní a musí obsahovat vyvážené množství bílkovin, tuků, uhlohydrátů, minerálů a vitaminů. Je nutné pacienta upozornit, že chuť k jídlu se mu může vracet pomalu. Pacient musí jíst v malých dávkách v pravidelných intervalech. Pokud bude pacient dodržovat pravidelnou stravu, bude pravidelné i vyprazdňování. Do jídelníčku ileostomiků je potřeba pozvolna přidávat i vlákninu. Pacient se musí vyvarovat jídel obsahujících pecky a jádřince a je

nutné ho na tuto skutečnost upozornit. Pro pacienty se stomií neexistuje speciální dieta, ale doporučuje se dodržovat dietu bílkovinnou bezezbytkovou. Strava by měla být lehká, nenadýmavá, plnohodnotná a nekořeněná. Pacient by při sestavování jídelníčku měl volit spíše bílé maso než maso červené (tj. rybu, králíka, krůtu, kuře). Do jídelníčku by měl pacient zařadit listovou zeleninu, ovoce bez slupek, zeleninové šťávy. Stravu ileostomika je možné doplnit potravinovým doplňkem – Nutridrinkem. Ileostomikům je doporučeno stravu vařit nebo dusit. Vzhledem k tomu, že stomií se z těla ve větším množství vylučuje sodík a draslík, je vhodné přijímat stravu osolenou (1, 2, 18).

U pacientů s ileostomií je důležité, aby dodržovali pitný režim. Pitný režim je důležitý jako prevence ucpávání stomie. Denní příjem tekutin by měl být 2 – 3 l z důvodu velkých ztrát vody a elektrolytů z organismu. Tyto ztráty vedou k vyšší tvorbě močových a žlučových kamenů. Zvýšený příjem tekutin je nutný především v horkém počasí nebo při zvýšené námaze (1, 2, 18).

3.3.2 Fyzická aktivita

Po operaci je břišní stěna porušená a citlivá, proto se pacientům s ileostomií doporučuje vyloučit větší fyzickou aktivitu na dobu 6 - 8 týdnů. Po 6 - 8 týdnech od operace by se pacient měl vyvarovat zvedání břemen nad 5 kg. Postupně se pacienti mohou zapojovat do běžných denních činností. Pacientům se tam, kde to pracovní podmínky dovolí, doporučuje návrat do zaměstnání. Musí však jít o zaměstnání, které není nijak fyzicky namáhavé, nesmí jít o práci v předklonu, o práci, kde se zvedají těžká břemena, o práci bez přestávek apod. Návrat do pracovního procesu posiluje psychiku pacienta (1, 2, 18).

Pacient se může postupně začít věnovat i fyzickým aktivitám, měl by se však vyvarovat tvrdých sportů jako např. boxu, zvedání činek, kulturistiky apod. Naopak vhodné pro ileostomiky jsou fyzické aktivity jako je například plavání nebo turistika. Plavání se nedoporučuje bez krytky stomie, neboť by do stomie mohla vniknout voda (1, 2, 18).

3.3.3 Společenský, rodinný a intimní život stomiků

Skutečnost, že pacient má stomii, nemusí nikdo z jeho okolí znát. Záleží jen na pacientovi, komu tuto skutečnost oznámí a před kým ji zatají. Důležité však je seznámit s tímto faktem partnera pacienta a jeho blízkou rodinu. Partner a blízká rodina by měli

pacienta podporovat a pomáhat mu při adaptaci na stomii. V případech, kdy se pacient uzavře sám do sebe, může dojít až k sociální izolaci. Pacient prožívá velice těžké období, může mít stavy deprese, úzkosti, pocity beznaděje, méněcennosti a negativismu. Blízká rodina a partner je důležitá pro zvládnutí tohoto období. Nedoporučuje se rovněž, aby se pacient stranil svých přátel a kolektivu a vyhýbal se partnerskému životu. V této fázi života pacient potřebuje podporu a pomoc při zvládnání těžkých a pro pacienta nových situací. Pokud má pacient harmonické vztahy s partnerem a rodinou, může tento fakt urychlit i samotnou léčbu (1, 2, 18).

Sexuální problematika je časté téma, které stomiky zajímá. O sexuálních problémech by měl být pacient informován již před operačním výkonem. Intimní život stomika může být narušen, protože během operace může dojít k poškození nervů v oblasti malé pánve, což může způsobit ztrátu libida, erekce nebo ejakulace. Tento stav bývá dočasný. Sexuální styk se doporučuje nejdříve za 2 - 4 měsíce, pokud se neobjeví žádné komplikace. Před sexuálním stykem se doporučuje vynechat potravu nejméně 2 hodiny před samotným pohlavním stykem, aby nedocházelo k úniku plynu a stomická pomůcka byla prázdná a čistá (1, 2, 18).

U žen je z důvodů srůstů v oblasti vaječníků a vejcovodů možnost otěhotnění snížena. S těhotenstvím se doporučuje počkat až 2 roky po operaci (1, 2, 18).

3.4 Systém péče o stomiky

Bezesporu jedním z nejtěžších úseků v životě člověka je prožití zkušenosti s operací, po které zůstane trvalý následek - střevní vývod. Je jisté, že každý, kdo se ocitne v této situaci, prochází fází zklamání, že se nepodařila operace bez vytvoření stomie. Po této fázi ho čeká fáze adaptace, smíření se s novou skutečností, s životem stomika. Pacientovu adaptaci, jeho návrat pokud možno zpět normálního života, je možné výrazně ovlivnit vhodně organizovanou, kvalitní a týmovou péčí lékaře, stomasestry, psychologa, praktického lékaře apod. (1, 2, 3, 18).

Česká republika je řazena na vysokou úroveň v péči o klienty se stomií. V roce 1993 vzniklo v České republice sdružení stomiků s celostátní působností České **ILCO** (organizace nositelů ileostomií a kolostomií). Toto sdružení kvalifikovaně zastupuje zájmy stomiků při jednání se státními orgány a je členem celosvětové asociace stomiků,

International Ostomy Association – IOA. Tato organizace vznikla již před 30 lety a dnes sdružuje více než 87 zemí světa (1, 2, 3, 18).

Kluby pro stomiky si zakládají lidé se stejným postižením. Členem klubu se může stát každý člověk, nejen pacient postižený stomií, ale i jeho rodinný příslušník, který chce stomikům pomáhat. Kluby pro stomiky pořádají společná setkání, odborné semináře, různé kulturní akce, zájezdy, rekondiční pobyty. Cílem klubů pro stomiky je především snaha informovat širokou veřejnost o problematice stomií, předávat praktické rady mezi lidmi se stejným postižením. Pravidelných setkání se účastní i lékaři, stomasestry a zástupci firem prodávajících stomické pomůcky. Na setkáních lidé mluví otevřeně o svých problémech, předávají si zkušenosti a získávají nové zkušenosti od ostatních stomiků nebo lékařů, dostávají novou motivaci pro další život, vyměňují si mezi sebou názory a rady. Pro stomiky navštěvující tyto kluby je důležitý fakt, že nejsou sami, kdo má stomii. Získávají oporu v boji s touto nemocí a mnohdy navazují i nová přátelství (1, 3).

Nemocniční léčba spočívá v základní péči o stomiky a v důkladné edukaci, která je důležitá pro zvládnutí péče o stomii. Pacientům v nemocnici pomáhá zdravotnický personál a stomasestra, která je kvalifikovaná v péči o stomie. Stomasestra pomáhá pacientovi objasnit péči o stomii v každodenním životě a předává mu cenné informace. Pacient pod odborným dohledem nacvičuje péči o stomii, získává přehled o všech možných stomických pomůčkách a o možných komplikacích spojených se stomií. Důležitá je v této fázi psychická podpora ze strany zdravotnického personálu, stomasestry a blízké rodiny (11, 21).

Před propuštěním pacienta z nemocnice je důležité, aby stomasestra předala pacientovi dostatečné množství informací o stomických pomůčkách a o vytvoření tzv. domácího stomického koutku pro dostatek soukromí v péči o stomii. Umístění stomického koutku je nejvhodnější v koupelně, kde si pacient umístí nádobu, do které uloží veškeré stomické pomůcky. Nutnou výbavou koupelny musí být i uzavíratelný odpadkový koš na odkládání použitých stomických pomůcek a zrcadlo, které si pacient umístí do výšky, která mu umožní dobrý výhled na ošetřování stomie (11, 21).

Pacient po propuštění z nemocnice dále podstupuje **ambulantní léčbu** a pravidelně dochází do stomické poradny. Stomasestra pokračuje v poskytování informací a zásobuje pacienta potřebnými stomickými pomůčkami. Ve stomické

poradně mohou pacienti konzultovat všechny své problémy, rovněž tak stravu. Stomasestra pacienty též informuje o novinkách v oblasti sebepéče, o nových stomických pomůckách na trhu a odpovídá na veškeré otázky pacienta. Ve stomické poradně je pacient pravidelně kontrolován odborníkem, aby se předcházelo případným komplikacím (11, 21).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální a cyklická metoda moderního ošetřovatelství v poskytování ošetřovatelské péče. Cílem je poskytování ošetřovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb. Ošetřovatelský proces je způsob, jakým sestra vykonává péči o pacienta (17, 19, 22).

Většinou má **5 fází**: získávání informací, stanovení potřeb nemocného, plánování ošetřovatelské péče, realizace plánovaných činností, zhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče. Fáze ošetřovatelského procesu se navzájem prolínají a opakují do té doby, dokud nejsou vyřešeny všechny problémy pacienta (17, 19, 22).

- 1. fáze** - ošetřovatelská anamnéza, tj. zjišťování informací o pacientovi pomocí rozhovoru nebo pozorováním, zhodnocení stavu nemocného, „kdo je můj pacient?“
- 2. fáze** - ošetřovatelská diagnóza, tj. stanovení potřeb nemocného, stanovení priorit, přesné určení problémů pacienta, „co trápí mého pacienta?“
- 3. fáze** - plán a postupy ošetřovatelské péče, tj. plánování ošetřovatelské péče, stanovení cíle a stanovení vlastního plánu péče, „co mohu udělat pro mého pacienta?“
- 4. fáze** - realizace ošetřovatelské péče, tj. vlastní provádění individuální ošetřovatelské péče na základě vypracovaného plánu ošetřovatelské péče, na základě ordinací lékaře a v neposlední řadě na základě posouzení aktuálního zdravotního stavu pacienta; tato fáze je zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace pacienta
- 5. fáze** - zhodnocení efektu ošetřovatelské péče, tj. posouzení, zda požadované cíle byly dosaženy, zda byla poskytnutá péče účinná, zda bylo zmírněno pacientovo utrpení nebo bolest, zda došlo k objektivnímu zlepšení stavu pacienta, „cítí se pacient lépe?“ (17, 19, 22).

Povinnost vykonávat ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu je zakotvena v legislativních normách ČR. Význam metody ošetřovatelské péče spočívá

především ve zkvalitňování ošetrovatelské péče, respektování rozhodnutí a požadavků jednotlivce (rodiny, komunity), podpoře poskytování komplexní péče, poskytuje sestře prostor pro autonomii a kreativitu, dokumentací zabezpečuje přehled o poskytované péči (17, 19, 22).

4.1 Základní informace o nemocném

Pacient, jehož stav je v bakalářské práci popisován, byl hospitalizován na chirurgickém oddělení v Nemocnici Na Homolce. Celková doba hospitalizace trvala 10 dní. Od 30.1.2013 do 4.2.2013 jsem se osobně podílela na jeho ošetřování.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení:	XY	Pohlaví:	muž
Datum narození:	neuveďeno	Věk:	61 let
Adresa bydliště a telefon:	neuveďeno		
Adresa příbuzných:	neuveďeno		
RČ:	neuveďeno	Číslo pojišťovny:	pojištěn
Vzdělání:	vysokoškolské	Zaměstnání:	technik ve stavebnictví
Stav:	ženatý	Státní příslušnost:	ČR
Datum přijetí:	30.1.2013	Typ přijetí:	akutní
Oddělení:	chirurgické	Ošetřující lékař:	neuveďeno

Důvod přijetí udávaný pacientem: Třesavka, zimnice, 39,4 °C.

Medicínská diagnóza hlavní:

19.1.2013 byl proveden plánovaný operační výkon pravostranná hemikolektomie z důvodu karcinomu flexura hepatica (karcinom v jaterním ohbí). Pooperační stav pacienta byl klidný a adekvátní stanovené lékařské diagnóze. Pacient se cítil dobře, a proto byl propuštěn z nemocnice 10.pooperační den, tj. 29.1.2013.

30.1.2013 je pacient akutně přijat na chirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce pro třesavku, zimnici a tělesnou teplotu vyšší než 39° C. Na základě CT nálezů je pacient indikován k operační revizi dutiny břišní. Během operačního výkonu je provedena revize dutiny břišní a evakuace abscesu. Absces v dutině břišní je rozsáhlého charakteru, proto je pacientovi provedena terminální ileostomie.

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Hypertenze
- Katarakta stav po operaci v roce 2006
- Virová klíšťová encefalitida v roce 2000

Tabulka č. 1 - Vitální funkce při přijetí

TK	140/85 mmHg	Výška	176 cm
P	104 tepů/min	Hmotnost	96 kg
D	18 dechů/min	BMI	31
TT	39,4 °C	Pohyblivost	omezena
Stav vědomí:	lucidní	Krevní skupina	A +

Nynější onemocnění:

Pacient přivezen RZP jako akutní stav. Pacient je při vědomí, plně orientovaný v čase i místě, spolupracuje a komunikuje. Dle zjištění kožního turgoru je pacientova hydratace v normě, váhový úbytek pacient neudává. Subjektivně se cítí špatně. Pacient má zimnici a třesavku, tělesná teplota je vyšší než 39,4 °C.

Informační zdroje:

Chorobopis, ošetřovatelská dokumentace, informace od sester a lékařů, rodina.

4.1.1 Zdravotní stav při přijetí

Hlava: zornice izokorické, spojivky klidné, skléry bílé, hrdlo klidné, chrup sanován.

Krk: šíje volná, karotidy bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšena, štítná žláza nehmatná,

Hrudník: souměrný, dechové exkurze symetrické, dýchání čisté

Břicho: pohmatově napjaté, inguinální uzliny nezvětšené, rána po operačním výkonu ze dne 19.1.2013 je v obvazech, bez prosaku a klidná

Zevní genitál: bez patologického nálezu

Horní končetiny: bez otoků

Dolní končetiny: bez otoků, bez známek zánětu, hmatná pulsace, provedeny bandáže

Kůže: anikterická, bez známek zánětu, bez otoků

Celková vyšetření

V den příjmu pacienta do nemocnice byly provedeny laboratorní odběry dle ordinace lékaře (viz tab. č. 2, 3, 4).

Tabulka č. 2 - Laboratorní odběry dle ordinace lékaře - biochemické vyšetření krve

Biochemické vyšetření krve:	
Název	Hodnoty
Sodík	135 mmol/l
Draslík	4,2 mmol/l
Chloridy	103 mmol/l
Vápník	2,02 mmol/l *
Močovina	7,70 mmol/l
Kreatinin	259,00 umol/l
S-osmolalita	298 mosm/kg
Glykemie	7,73 mmol/l **
Bilirubin celkový	20,2 umol/l
ALT	3,62 ukat/l **
AST	1,12 ukat/l **
GGT	3,34 ukat/l **
ALP	2,14 ukat/l
Albumin	20,00 g/l
CRP	59,40 mg/l **

* snížená hladina

** zvýšená hladina

Tabulka č. 3 - Laboratorní odběry dle ordinace lékaře – vyšetření moče

Moč chemicky:	
Název	Hodnoty
pH	5,5
bílkovina	Stopa
Glukosa	Negativní
Ketolátky	Negativní
Bilirubin	Negativní
Urobilinogen	3,2 umol/l
Nitrity	Negativní
Granulocyty	Negativní
Močový sediment:	
Název	Hodnoty
Sed-ery	18/ul **
Sed –leu	30/ul **
Sed- epitelie	Nenalezeny
Bakterie	Nenalezeny
Kvasinky	Nenalezeny
Spermie	Nenalezeny

* snížená hladina

** zvýšená hladina

Tabulka č. 4 - Laboratorní odběry dle ordinace lékaře – hematologické vyšetření – krevní obraz

Krevní obraz:	
Název	Hodnoty
Hemoglobin	131 g/l *
Erytrocyty $10^{12}/l$	3,67 *
Hematokrit	0,32 l/l *
Hb koncentrace	338,00 g/l
Objem ery	86,9 fl
Leukocyty $10^9/l$	21,9 **
Trombocyty $10^9/l$	434 *
APTT	1,07 ratio
QUICK	1,14 INR

* snížená hladina

** zvýšená hladina

Dále bylo ordinováno CT vyšetření břicha + pánve.

CT břicha a pánve u pacienta:

Pacientovi byla podána jodová kontrastní látka perorálně. Vyšetření proběhlo 3 hodiny po podání jodové kontrastní látky. Pro nedostatečné naplnění střevní kličky bylo nutné vyšetření opakovat po dalších dvou hodinách. Druhá fáze vyšetření prokázala absces v dutině břišní a pacient byl indikován k operační revizi.

Fyzikální vyšetření sestrou (screening):

<i>Celkový vzhled:</i>	pacient působí dojmem upraveného a čistotného člověka
<i>Úprava, hygiena:</i>	pacient dbá na hygienu a celkovou úpravu zevnějšku, pravidelně provádí celkovou hygienu
<i>Tepová frekvence:</i>	104 tepů/min
<i>Krevní tlak:</i>	140/85 mmHg
<i>Dech:</i>	18 dechů/min
<i>Tělesná teplota:</i>	39,4 °C
<i>Kůže:</i>	normální, bez vyrážky a otoků
<i>Výška:</i>	176 cm
<i>Hmotnost:</i>	96 kg
<i>BMI:</i>	31 - obezita
<i>Kožní turgor:</i>	přiměřený
<i>Riziko vzniku dekubitů:</i>	33 b. dle stupnice Nortonové
<i>Chůze:</i>	bez obtíží
<i>Riziko pádu:</i>	0 b.

Hodnotící techniky:

<i>riziko vzniku dekubitů:</i>	stupnice Nortonová
<i>hodnocení soběstačnosti:</i>	Barthelův test

Ošetrovatelské problémy stanovené při příjmu:

1. Hypertermie (00007)
2. Strach (00148)
3. Riziko infekce (00004)

4. Riziko dehydratace (00160)

4.1.2 Odebraná lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

<i>Matka :</i>	hypertenze, obezita-stále žije
<i>Otec:</i>	zemřel přirozenou smrtí v 85 letech 30.01.
<i>Sourozenci:</i>	sestra - léčí se s hypertenzí
<i>Děti:</i>	dcera a syn - se neléčí

Osobní anamnéza:

<i>Překonané onemocnění:</i>	katarakta, virová klíšťová encefalitida
<i>Hospitalizace a operace:</i>	katarakta stav po operaci 2006
<i>Úrazy:</i>	neguje
<i>Transfúze:</i>	0
<i>Očkování:</i>	běžná dětská očkování

Alergologická anamnéza: neguje

Abúzy: neguje

Sociální anamnéza:

<i>Stav:</i>	ženatý
<i>Bytové podmínky:</i>	žije s manželkou v bytě 2KK v Praze
<i>Rodinné vztahy:</i>	v rodině nemají žádné konflikty, udržuje pravidelný kontakt s dětmi a nejbližší rodinou.
<i>záliby:</i>	čtení knih, sledování televize, jízda na kole, lyžování, poslouchání hudby, setkání s přáteli
<i>volnočasové aktivity:</i>	procházky v přírodě, jízda na kole

Pracovní anamnéza:

vzdělání: vysoká škola technická
pracovní zařazení: pracuje jako technik ve stavebnictví
ekonomické podmínky: standardní

Spirituální anamnéza: nevěřící

Jak pacient vnímá přijetí (adaptace):

reaguje negativně, udává strach, cítí úzkost z pobytu v nemocnici, celkově je nervózní

Farmakologická anamnéza

Tabulka č. 5 - Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zorem	tbl.	5 mg	0-0-1	antihypertenzivum

4.1.3 Prvotní posouzení zdravotního stavu

Po základním vyšetření lékařem byly provedeny odběry krve a pacient odeslán na CT vyšetření. Pacientovi je podána jodová kontrastní látka perorálně. Vyšetření proběhlo 3 hodiny po podání jodové kontrastní látky. Pro nedostatečné naplnění střevní kličky je nutné vyšetření opakovat po dalších dvou hodinách. Druhá fáze vyšetření prokázala absces v dutině břišní a pacient byl indikován k operační revizi.

Pacient je dostatečně informován o průběhu operační revize a o lékařské diagnóze.

Pacient je uložen na chirurgické oddělení na trojlůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením. Je seznámen s právy pacientů, s denním harmonogramem oddělení, s rozmístěním ošetrovatelské jednotky, s možností uložení cenností do trezoru. Je poučen o způsobu užívání signalizačního zařízení k přivolání zdravotnického personálu, o správné manipulaci s lůžkem. Pacient je dále edukován stomasestrou o správnosti hygieny a důležitosti péče o stomii.

Při příjmu je zaveden PVK, jsou provedeny krevní odběry (hematologie, biochemie, krevní obraz).

Pacient se necítí dobře, stěžuje si na bolest v dutině břišní. Lékař indikuje pacienta k operaci.

Před operační revizí je pacient dostatečně informován lékařem o provedení revize dutiny břišní. Strach je minimalizován psychickou podporou a pacient je připraven na operační výkon. Pacient je premedikován Dormicem 7,5 mg dle ordinace anesteziologa.

Provedené ordinace sestrou: změření tělesné teploty, podání ordinací dle lékaře, kontrola operačního pole, provedeny bandáže DK, psychická podpora a mírnění stresu před operačním výkonem.

Na operačním sále je pacientovi podán dle ordinace lékaře jednorázově Gentamicin 160 mg. Při operačním výkonu jsou pacientovi zavedeny dva drény (konjugovaný drén v Douglasově prostoru laterálně vpravo a druhý drén zavedený za játra), permanentní močový katetr.

4.2 Ošetrovatelská anamnéza

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen adaptační model Callisty Royové, který v kategorii ošetrovatelských modelů patří mezi modely systémové. Ošetrovatelský model založila C. Royová na schopnosti člověka adaptovat se na změněné životní podmínky. V ošetrovatelském procesu se zaměřuje na podporu adaptace prostřednictvím interakce osoba – prostředí. *„Adaptace je definována jako proces a výsledek, kterým si myslící a vnímající osoba úmyslně sama sebe uvědomuje a utváří a integruje se s prostředím“* (PLEVOVÁ, 2011).

Na rozdíl od 5ti-fázového ošetrovatelského procesu využívá C. Royová 6ti-fázový: posouzení pacientova chování, posouzení působících podnětů (ohniskových, kontextuálních, reziduálních), stanovení ošetrovatelské diagnózy, stanovení cíle, ošetrovatelské intervence, vyhodnocení (22).

4.2.1 Fyziologický / fyzický způsob adaptace

VÝŽIVA

Dieta:	0S
Dodržování diety:	pacient dodržuje dietu
Stav výživy:	obezita, BMI: 31
Denní příjem stravy:	pravidelný
Chuť k jídlu:	nezměněná
Schopnost najíst se:	sám
Změna hmotnosti v poslední době:	žádná

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- porušená kožní integrita 00046
- riziko porušení kožní integrity 00047

VYPRAZDŇOVÁNÍ

Moč:

močení:	močový katetr (od 30.1.2013)
frekvence močení:	kontinuálně PMK množství 1250ml moče /24hod.

barva: průhledná až jasně žlutá

příměsí: bez příměsí

potíže při močení: ne

inkontinence: ne

užívání léků ovlivňujících močení: ne

prostata: v normě

Stolice:

vyprazdňování stolice: ileostomie zavedena 30.1.2013

frekvence: neustále (nejdříve 3 - 4 hod. po jídle) 1850 ml
střevního obsahu /24 hodin

příměsí: hlen

poruchy vyprazdňování: porucha vyprazdňování z důvodu operačního
zákroku - obnovena peristaltika střev

užívání léků ovlivňujících vyprazdňování:

ano, Syntostigmin i.v. 1-1-1 (plynatost)

stomie: ano

uložení stomie: pravá strana stěny břišní

datum založení: 30.1.2013

průměr stomie: 3 cm

pomoc při ošetření stomie: sestra sama

rituál při vyprazdňování: pacient nemá zatím žádný rituál při ošetřování
ileostomie

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- porušená kožní integrita 00046

DÝCHÁNÍ A CIRKULACE

dušnost:	ne
podávání kyslíku:	ne
kouření:	ne
onemocnění dýchacích cest :	ne
bušení srdce:	ano; kdy: při stresu
pocit studených končetin:	ne
brnění v končetinách:	ne
problémy s krevním tlakem:	ano, hypertenze

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

AKTIVITA, ODPOČINEK, SPÁNEK

Aktivita:

soběstačnost: částečně soběstačný v oblasti péče o ileostomii
pocit dostatku energie: ne, pacient cítí únavu po operačním výkonu
obvyklý způsob hygienické péče: večer
omezení pohybové aktivity: ano

Spánek:

počet hodin spánku: 6
doba k usínání: 22:30
pocit odpočinku po probuzení: ne
spánek po celou noc: ne, špatné usínání, časté buzení během noci
poruchy spánku: chrápání
užívání hypnotik: ne
spánkové rituály: ano, četba knih, sledování televize

Odpočinek:

odpočinek přes den: ano, četba knih
faktory bránící tělesné aktivitě: ileostomie
aktivní cvičení: ne

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- porušený spánek 00095
- únava 00093

TĚLESNÁ TEPLOTA, SMYSLY, ENDOKRINNÍ A NEUROLOGICKÉ FUNKCE

Tělesná teplota:

měření tělesné teploty: ano, 39,4 °C

užívání léků na snížení tělesné teploty: ano, Paralen

preferujete spíše: teplo

Smyslové vnímání:

zrak: brýle na čtení

kontaktní čočky: ne

šilhavost: ne

sluch: dobrý

sluchadla: ne

kochleární implantát: ne

řeč: plynulá

paměť: zapomíná

pozornost: stálá

vědomí: jasné

orientace: plně orientovaný

hlas: přiměřený

oční kontakt: udržuje neustále

Endokrinní systém:

onemocnění:

štítná žláza: ne

příštítná tělíska: ne

slinivka: ne

nadledviny: ne

pohlavní žlázy: ne

podvěsek mozkový: ne

užívání léků: ne

dispenzarizace: ne

pravidelné lékařské prohlídky: ano

Bolest:

bolest: ano, dutina břišní

kdy: během dne, po převazu

charakter bolesti: akutní, svíravá

intenzita bolesti dle VAS: 4 - 5

podněty zmírňující bolest: úlevová poloha, medikamenty dle ordinace lékaře

Dekubity:

dekubity: ne

riziko vzniku dekubitů: 33 b. dle stupnice Nortonové

rizikové faktory úrazu/pádu: ne

prevence: ne

Invazivní vstupy:

- PMK od 30.1.2013
- drén od 30.1.2013
- periferní žilní katetr č. 22 zaveden od 30.1.2013, kde: předloktí pravé horní končetiny

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		x
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- porušená kožní integrita 00046
- riziko pádu 00155
- hypertermie 00007
- akutní bolest 00132
- riziko infekce 00004

TEKUTINY, EEKTROLYTY

množství tekutin: 2800 ml/24 hod
monitorován P+V: ano
stav sliznic: vlhké
změny na sliznici: žádné
kožní turgor: v normě

pocení: fyziologické
 otoky: ne
 schopnost napít se: sám

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- riziko deficitu tělesných tekutin 00028

4.2.2 Adaptace pomocí sebekoncepce a identifikace ve skupině

FYZIKÁLNÍ ČÁST „fyzické já“

Subjektivní posouzení:

Jak byste popsal své tělo, jak se cítíte?	<i>Mám problém smířit se s ileostomií, cítím se fyzicky odpudivý.</i>
Změnil se Váš tělesný vzhled?	<i>Ano, mám nyní ileostomií.</i>
Jste spokojen s obrazem svého těla?	<i>Ne, nejsem zvyklý na ileostomií, vadí mi, jak nyní vypadám.</i>
Jste omezen v některé zájmové činnosti?	<i>Dosud jsem nebyl, rád jsem lyžoval a chodil na procházky. Uvidím, jak to bude po propuštění z nemocnice.</i>
Jste omezen/a v zaměstnání?	<i>Dosud jsem nebyl, doufám, že se budu moci do zaměstnání vrátit.</i>

Jste společensky znevýhodněný? *Ano, mám pocit, že ileostomie je pod oblečením viditelná.*

Jak se s tím vyrovnáváte? *Zatím jsem na vyrovnání neměl myšlenky, teprve se učím s ileostomií žít.*

Objektivní posouzení:

první dojem z pohledu sestry: upravený, klidný, má strach z budoucnosti

OSOBNOSTNÍ ČÁST „osobní já“

jak reagujete: přiměřeně situaci, optimisticky

cítíte se psychicky vyrovnaný: ano

jak zvládáte stresové situace: s manželkou

spoléháte se sám na sebe: ano

jste se sebou spokojen: ne po fyzické stránce

rozhodujete se rychle: ano

je pro Vás těžké říci co potřebujete, co vyžadujete:

ne

máte osobu, které důvěřujete-svěřujete se:

ano, manželku

umíte relaxovat: ano

změnily se Vaše životní hodnoty v poslední době:

ano

užíváte léky ovlivňující osobnost: ne

náboženské vyznání: žádné

cítíte omezení: ano po fyzické stránce

máte nějaká přání: ano, rychlé uzdravení

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY (rodinné, partnerské, sousedské, pracovní, přátelské)

blízké osoby: manželka, děti.

bydlení: ve vlastním bytě s manželkou

partnerský vztah, sexualitu hodnotí jako : nehodnoceno

předpokládá dodržování léčebného režimu: ano

předpokládá zapojení rodiny: ano

má vědomosti a dovednosti potřebné pro sebezpečí po propuštění:

ano

požadovaná pomoc: částečně

formy pomoci: kluby pro stomiky, sdružení osob se stejným postižením, stomická poradna

životní změny související s onemocněním: změna v hygienické péči, změna v začlenění do normálního běžného společenského života

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- porušený tělesný obraz 00118
- sociální izolace 00053

- strach 00148
- úzkost 00146

4.2.3 Adaptační systém zvládání rolí

PRIMÁRNÍ ROLE

jste:	muž
věk:	61 let
Odpovídá Váš věk tomu, jak se cítíte?	Cítím se mladší.

SEKUNDÁRNÍ ROLE

jakou máte roli v rodině:	otec
počet členů v rodině:	3
máte sourozence:	ano, 2 sestry
máte děti:	ano, dceru a syna
kdo má v rodině největší vážnost:	manželka
jaké vztahy jsou ve Vaší rodině:	výborné
jste spokojen se svou rolí v rodinných vztazích:	ano
jste ve svém zaměstnání spokojen:	ano
jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti:	klidné, přátelské

TERCIÁLNÍ ROLE

Cítíte omezení ve své nové roli pacienta?	<i>Ano, jako pacient mám nedostatek soukromí na třílůžkovém pokoji.</i>
---	---

Máte problém vyrovnat se s pobytem v nemocnici?

*Ano, protože mám nedostatek soukromí,
málo spánku, vnímám okolní ruch.*

Přemýšlíte o možnosti ztráty zaměstnání vzhledem ke zdravotnímu stavu?

*Ne, zatím nad tím nepřemýšlím, věřím, že
se do zaměstnání vrátím.*

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)		x

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- poškozená sociální interakce 00052

4.2.4 Adaptační systém vzájemné závislosti

NEZÁVISLOST

Cítíte se fyzicky a citově vyrovnaný?

*Ne, nyní se necítím vyrovnaný, ale
postupně si zvykám na novou situaci.*

Zvládáte stresové situace s nadhledem?

*Podle toho, o jakou stresovou situaci
jde, někdy ano, v každém případě se
snažím stresovým situacím se vyhýbat.*

Má ekonomická a sociální situace mi umožňuje relativní nezávislost?

*Ano, připadám si ekonomicky nezávislý,
mám vše, co k životu potřebuji.*

ZÁVISLOST

Jste na někom závislý?

Ano, jsem závislý na své rodině a přátelích.

PODNĚTY (STIMULY)	P	N
OHNISKOVÉ (fokální)	x	
NÁHODNĚ PŮSOBÍCÍ (kontextuální)		
PODNĚTY Z OSOBNOSTNÍ OBLASTI (reziduální)	x	

P - podnět působí, N - podnět nepůsobí

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY (NANDA taxonomie II):

- sociální izolace 00053

4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

4.3.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest (00132)

Určující znaky: slovní vyjádření bolesti, porucha spánku

Související faktory: operační zákrok

2. Narušený obraz těla (00118)

Určující znaky: neverbální reakce na aktuální změnu vlastního těla (ileostomie)

Související faktory: operace

3. Hypertermie (00007)

Určující znaky: tachykardie, tachypnoe, zvýšení teploty nad normální rozpětí

Související faktory: onemocnění (minulá hospitalizace)

4. Porušený spánek 00095

Určující znaky: pacient uvádí poruchy spánku, což se projevuje následující den

Související faktory: deprese

5. Narušená integrita kůže (00046)

Určující znaky: narušení kožního povrchu

Související faktory: hypertermie, fyzická imobilizace

6. Únava (00093)

Určující znaky: neschopnost zachovat obvyklé návyky, nezájem o okolí

Související faktory: úzkost, stres, špatný fyzický stav

7. Duchovní strádání (00066)

Určující znaky: odmítá interakce s blízkými osobami

Související faktory: chronické onemocnění, úzkost

8. Situačně snížená sebeúcta (00120)

Určující znaky: vyjadřuje bezmocnost

Související faktory: narušený obraz těla(ileostomie)

9. Sociální izolace (00053)

Určující znaky: onemocnění (ileostomie, karcinom)

Související faktory: změny tělesného vzhledu

10. Úzkost (00146)

Určující znaky: psychická nejistota, nesoustředěnost, obavy

Související faktory: změna ve zdravotním stavu

4.3.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko infekce (00004)

Rizikové faktory: invazivní postupy, malnutricie

2. Riziko infekce (00004)

Rizikové faktory: zavedení periferní žilní kanyly

3. Riziko oslabení lidské důstojnosti (00174)

Rizikové faktory: vystavení těla

4. Riziko pádu (00155)

Rizikové faktory: akutní onemocnění

4.4 Stanovení plánu a rozpracování vybraných ošetrovatelských diagnóz

Operační výkon 30.1.2013 proběhl dle operačního plánu bez komplikací, pacient je stabilizovaný, je převezen na standardní oddělení všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce. Plnění ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře přebírá zdravotnický personál oddělení všeobecné chirurgie.

1. Akutní bolest (00132)

Určující znaky: slovní vyjádření bolesti, porucha spánku

Související faktory: operační zákrok

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient bude bez bolesti do 5 dnů od operačního výkonu

Cíl krátkodobý: pacient bude bez bolesti do 2 hodin od podání analgetik dle ordinace lékaře

Výsledná kritéria:

Pacient umí popsat bolest a její charakteristiky po dobu hospitalizace.

Pacient umí využívat úlevovou polohu, relaxační a odpoutávající aktivity po dobu hospitalizace i po propuštění do domácího ošetřování.

Pacient bude dodržovat předepsanou farmakologickou léčbu po propuštění z nemocnice.

Pacient je informovaný o důvodu svých bolestí před samotným operačním výkonem.

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu, četosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů. Na standardních odděleních monitorujte bolest nejméně 3x denně.

Posuďte vnímavost pacienta, jeho chování a fyziologickou odpověď.

Posuzujte pacientovu reakci na bolest.

Pomozte pacientovi najít způsob, jak zvládat bolest.

Doporučte pacientovi dostatečně odpočívat, aby se zabránilo únavě.

Realizace od 31.1. 2013 do 4.2. 2013

31.1.2013 si pacient stěžuje si na nepříjemnou bolest v oblasti dutiny břišní. Udává bolest 3 dle numerické škály 1-10. Při VAS 5 má pacient ordinovanu 1 amp. Digidoloru, 1 amp. Novalginu při VAS 1.1.2.2013 pacient má stále bolesti, přesto udává jisté zlepšení a zmírnění bolesti. Pacient udává VAS 2-3. Dne 2.2.2013 se pacient cítí lépe, bolesti ustupují udává VAS 2.

Další den uvádí VAS 1. Pátý pooperační den 4.2. 2013 uvádí pacient VAS 0 - 1.

Je orientovaný v místě, čase i prostoru. Pacient dobře spolupracuje se zdravotnickým personálem a lékaři.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacient neudává bolest.

2. Narušený obraz těla (00118)

Určující znaky: neverbální reakce na aktuální změnu vlastního těla (ileostomie)

Související faktory: operace

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient pochopí tělesné změny po propuštění z nemocnice

Cíl krátkodobý: u pacienta dojde ke zmírnění úzkosti a adaptace na narušený obraz těla po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient si je před operačním výkonem vědom tělesné změny způsobené založením ileostomie.

Pacient zná rizika spojená se špatnou sebepéčí a péčí o ileostomii během hospitalizace i po propuštění do domácího ošetřování.

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

Posuďte vliv ileostomie na psychický stav pacienta.

Posuďte pacientovu znalost situace a míru úzkosti.

všimněte si chování pacienta, které ukazuje na silné znepokojení vlastním tělem.

Prodiskutujte s nemocným význam změny tělesného stavu.

Zjistěte schopnosti pacienta adaptovat se na změnu tělesného stavu.

Pomozte pacientovi zvládnout fyzickou změnu.

Realizace od 31.1. 2013 do 4.2. 2013

31.1.2013 si pacient uvědomuje změnu tělesného stavu, seznamuje se s ileostomií, jeho psychický stav není ideální.

Postupně je pacient sestrou edukován v péči o ileostomii. Začíná si na ileostomii zvykat.

3.2. se pacient již cítí psychicky lépe. Jeho situace se mu nezdá již tak dramatická. začíná dobře spolupracovat se zdravotnickým personálem.

4.2. se pacient již aktivně za pomoci sestry zapojuje do ošetřování ileostomie.

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient se adaptoval na změnu tělesného stavu.

3. Porušený spánek 00095

Určující znaky *pacient uvádí poruchy spánku, což se projevuje následující den*

Související faktory *deprese*

Priorita: *střední*

Cíl dlouhodobý: u pacienta dojde ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: pacient se nebude cítit unavený

Výsledná kritéria:

Pacient zná faktory zhoršující usínání během léčby.

Pacient dokáže rozeznat co je základem únavy a jak se jí bránit během samotné hospitalizace.

Pacient zná aktivity vhodné před spánkem .

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

Prodiskutujte s pacientem jeho zvyklosti s cílem poradit mu, jak dosáhnout nerušeného spánku.

Doporučte pacientovi aktivity zlepšující usínání.

Doporučte pacientovi omezit kofeinové nápoje ve večerních hodinách.

Zajistěte pacientovi před spaním komfort- vypnutí prostěradla, urovnání lůžka.

Realizace od 31.1. 2013 do 4.2. 2013

První den po operaci pacient spí klidně v důsledku doznívání anestezie. Postupně se pacientův spánek začíná zhoršovat. Pacient se cítí nevyspalý a unavený, jako důvod udává nedostatek soukromí na třílůžkovém pokoji. 2.2. pacient začíná dodržovat rady zdravotnického personálu pro zlepšení celkového spánku. Postupně se pacientovi vrací normální rytmus usínání, ale dále se často budí v průběhu noci. 4.2. se pacient cítí poprvé za dobu pobytu v nemocnici odpočatý.

Hodnocení

Cíl byl splněn, pacient se cítí odpočatý, vrací se mu normální spánkový režim.

4. Narušená integrita kůže (00046)

Určující znaky narušení kožního povrchu

Související faktory: hypertermie, fyzická imobilizace

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacient si osvojí návyky směřující k preventivním opatřením proti vzniku infekce

Cíl krátkodobý: pacient bude bez projevů infekce po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient zná riziko vzniku infekce před operačním výkonem.

Pacient zná preventivní opatření proti vniknutí infekce do těla před operačním výkonem.

Pacient zná správný způsob péče o ileostomii během celé léčby.

Pacient ví, jaké vhodné pomůcky používat při ošetření kůže po založení ileostomie.

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

Pravidelně kontrolujte a asepticky převazujte operační ránu a invazivní vstupy.

Postiženou oblast udržujte v čistotě.

Poučte pacienta o správném způsobu péče o ileostomii.

Asistujte pacientovi při sebeděči o ileostomii.

Ved'te pacienta k pochopení a dodržování systému péče a každodenní údržby ileostomie.

Zdůrazněte význam správného významu stomických pomůcek.

Realizace od 31.1. 2013 do 4.2. 2013

První pooperační den sestra převazuje operační ránu 2 krát denně, rána je čistá beze změny. Sestra kontroluje invazivní vstupy. Sestra pečuje o ileostomii a pacienta pouze edukuje, pacient se aktivně nezapojuje do péče o ileostomii. 1.2. sestra pokračuje v převazu operační rány 2krát denně, rána je čistá beze změn. V péči o ileostomii se sestra snaží pacienta zapojit. Pacient si za dozoru sestry zatím pouze připraví potřebné pomůcky k ošetření ileostomie. Třetí den po operaci sestra převazuje operační ránu. Sestra již aktivně zapojuje do péče o ileostomii pacienta. Pátý pooperační den sestra převazuje operační ránu pouze jednou denně, rána je čistá a klidná, pacient sám pečuje o ileostomii.

Hodnocení

Cíl byl splněn, pacient si osvojil potřebné návyky a je bez známek infekce po dobu hospitalizace.

5. Riziko infekce (00004)

Rizikové faktory: invazivní vstupy, malnutrice

Cíl dlouhodobý: pacient nejeví známky infekce po dobu hospitalizace ani po propuštění z nemocnice

Cíl krátkodobý: pacient nejeví známky infekce po dobu 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient zná riziko vzniku infekce během hospitalizace.

Pacient zná postupy správné hygieny po dobu hospitalizace.

Pacient zná postupy, jak předcházet vzniku infekce během hospitalizace.

Plán intervencí pro všeobecné sestry:

Informujte pacienta o správném ošetřování ileostomie.

Dodržujte aseptický postup při převazech.

Chraňte pacienta před nozokomiální infekcí.

Provádějte včasnou mobilizaci pacienta.

Pátrejte po místních známkách infekce.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient nejeví známky infekce po dobu 3 dnů.

Farmakoterapie

Tabulka č. 6 - Farmakoterapie dle ordinace lékaře

Název - síla léku	Způsob podání	Dávkování
Dipidolor 15 mg	i. v.	při bolestech VAS více nebo rovno 5
Degan 10 mg	i. v.	1-1-1
Helicid 40 mg	i. v.	0-0-1
Perfalgan 1 g	i. v.	při bolestech VAS do 1
Tazocin 4,5 g	i. v.	po 4 hodinách
Plasmalyte 1000 ml	i. v.	200 ml / hod.
Clexane 0,4 ml	s. c.	0-0-1
Zorem 5 mg	p. o.	0-0-1

5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V rámci této bakalářské práce byla poskytnuta ošetrovatelská péče pacientovi po operačním zákroku se založením terminální ileostomie v období od 30.1. 2013 do 4.2.2013 na chirurgickém oddělení Nemocnice Na Homolce. Pacient byl lékařem dostatečně informován o svém zdravotním stavu. V průběhu hospitalizace se stav pacienta s pomocí zdravotnického personálu postupně zlepšoval. Pacient byl průběžně seznamován se specifiky ošetřování ileostomie, s nebezpečím vzniku infekce, se změnou životního stylu, s dietními opatřeními a s nutností udržovat přísnou tělesnou hygienu. Pacient měl v počátcích hospitalizace problém s adaptací na nemocniční prostředí, stěžoval si na poruchy spánku, na ztrátu soukromí. Pomocí ošetrovatelských metod a individuálního přístupu zdravotnického personálu se tento problém podařilo odstranit, pacient si na hospitalizaci zvykl.

Pacient v průběhu hospitalizace aktivně spolupracoval se zdravotnickým personálem, zapojoval se do aktivit spojených s ošetřováním ileostomie, bez ostychu kladl otázky směřující ke zlepšení sebepéče. Měl možnost osobního kontaktu se stomickou sestrou a tohoto kontaktu velmi aktivně využíval. Po celou dobu hospitalizace byl patrný jeho zájem o osvojení si péče o ileostomii v co nejkratším možném čase tak, aby se mohl brzy stát v péči o ileostomii nezávislým a plně soběstačným. Zdravotnický personál neměl žádný problém s navázáním spolupráce s rodinou pacienta. Manželka pacienta se aktivně podílela na péči o ileostomii svého partnera, výrazně se zajímala o možnost zlepšit životní styl manžela po návratu z nemocnice. Byla tak významným článkem podílejícím se na posílení psychického stavu pacienta.

Pacient po dobu hospitalizace postupně získával dostatečné množství potřebných informací v péči o ileostomii, byl prakticky seznámen se všemi dostupnými stomickými pomůckami, byl poučen o důležitosti svědomité péče o ileostomii a byl upozorněn na možné komplikace způsobené špatnou sebepéčí.

6 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA

Život s ileostomií je bezpochyby jiný než bez ní. Je jiný pro pacienta i pro rodinné příslušníky.

Doporučuje se:

- **hovořit o nemoci s partnerem** a rodinou otevřeně
- po propuštění z nemocnice pravidelně **absolvovat lékařské prohlídky** v zařízení, kde byla operace provedena
- o výsledcích kontrol **informovat obvodního lékaře**
- **obrátit se na odborníka** vždy, když se změní vzhled stomie, činnost stomie nebo se zjistí jiné změny.
- **změnit stravovací návyky**, zajistit dietní stravování (jídelníček obohatit o minerální látky, omezit tučná jídla, vynechat bílé a sladké pečivo, zařadit dostatek ovoce a zeleniny, zařadit dostatek vlákniny, dostatečně pít nealkoholické nápoje, dbát na pestrost a rozmanitost jídla)
- **dostatek pohybu** na čerstvém vzduchu, mezi prospěšné aktivity patří turistika, plavání, míčové hry
- **posilovat partnerské vztahy** založené na vzájemném porozumění
- postupný (minimálně po dvou měsících po operaci) **návrat do zaměstnání**, k oblíbeným koníčkům, omezení se týká jen pracovních činností vyžadujících zvýšenou fyzickou zátěž
- **upravit šatník** tak, aby stomie a použitá stomická pomůcka při pohledu na Vás nezbuzovala pozornost
- **setkávat se s lidmi** s podobným zdravotním problémem, navazovat nové přátelské vztahy a vyměňovat si zkušenosti

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá klíčovými tématy stomické péče. Byla zpracována s cílem seznámit studenty zdravotnických škol, všeobecné sestry, ale i širokou veřejnost s problematikou onemocnění, s ošetrovatelskou péčí o stomiky, s možnými dostupnými stomickými pomůckami a s komplikacemi spojenými se založením ileostomie.

Nezastupitelnou roli v péči o stomiky má všeobecná sestra. Její hlavní snahou je připravit pacienta na život se stomií se všemi důsledky, získat pacienta pro spolupráci a v neposlední řadě je i velmi důležité poskytnout stomikovi psychickou podporu. Kvalitně vyškolený personál tak přispívá ke zvyšování úrovně péče o stomické klienty. V současné době jsou lékaři a sestry schopni naučit pacienty, jak co nejlépe využívat dostupné pomůcky a žít tak plnohodnotný život.

Cílem této práce bylo sestavit ošetrovatelský proces dle C. Royové u pacienta s terminální ileostomií. Pacient po celou dobu hospitalizace aktivně spolupracoval se zdravotnickým personálem a zapojoval se do léčebného procesu.

Seznam použité literatury

1. BRAUN, B. 2002. *Příručka stomika*, Praha, 2002.
2. BALIKOVÁ, Marieta. *Výživa stomiků. Sestra*, 2006, roč. 15, č. 6, s. 34. ISSN 1210-0404.
3. BARBOŘÍKOVÁ, Věra. Význam a funkce sdružení stomiků v ČR. *Příloha časopisu Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 3 – 4. ISSN 1210-0404.
4. BOSÁKOVÁ, Alice. *Péče o dětské pacienty se stomiemi. 2. vydání*. Ostrava : Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava, 2005. 36 s. ISBN 80-239-4731-1.
5. HOCH, J. 2001. *Speciální chirurgie*, Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-44-9.
6. CHLEBIKOVÁ, Jaroslava. *Péče o stomie. Sestra*, 2006, roč. 16. č. 4. s. 28 – 29. ISSN 1210-0404.
7. LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha. Grada Publishing a.s., 2005. s. 288. ISBN 80-247-1283-0
8. KRŠKA, Zdeněk a kolektiv. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha Grada Publishing a.s. 2011 978-80-247-3815-4
9. KRUTIŠOVÁ, Mária. Práce stomasestry. *Příloha časopisu Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 7. ISSN 1210-0404.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství. I. vydání*. Praha, Grada publishing a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3224-4

11. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 68. ISBN 80-7013-434-8
12. MIKŠOVÁ, Zdeňka, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Doplněné vydání* Praha Grada Publishing a.s. 80-247-1443-4
13. OTRADOVCOVÁ, Iva, KUBÁTOVÁ, Lucie et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. s. 53. ISBN 80-7262-432-6.
14. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. Praha, Grada publishing a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I – Interna*. Praha. Grada Publishing a.s. 2007. ISBN-978-80-247-1775-3
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii II. Praha. Grada Publishing a.s.*
17. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kolektiv. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha, Grada publishing a.s. 2006. ISBN 80-247-12-13-X
18. TELLEROVÁ, Olga, MUSILOVÁ, Květa. *Kvalita života stomika. Sestra*, 2001, roč. 11, č. 3, s. 30. ISSN 1210-0404.
19. TÓTHOVÁ, V. a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*, Praha 2009, Triton ISBN 978-80-7387-286-1
20. VYZULA, Rostislav, ŽALOUĐÍK, Jan et al. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: Maxdorf, 2007, s. 287. ISBN 978-80-7345-140-0.

21. ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv. *Stomie1. vydání*. Praha, Grada publishing a.s. 2010. ISBN 978-80-247-3256-5

22. ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J a kol. Ošetřovatelství konceptuální modely a teorie Ostrava 2005, Zdravotně sociální fakulta, Ostravská universita v Ostravě. ISBN 80-7368-068-8

PŘÍLOHY

Příloha A - Obrázky:



obr. I – ileostomie

zdroj: http://www.chirurgie.cz/index.php?id=1&show_detail=1



obr. II – jednodílný stomický systém

zdroj: <http://www.coloplast.cz/Pages/home.aspx>



obr. III – dvoudílný stomický systém

zdroj: <http://www.coloplast.cz/Pages/home.aspx>



obr. IV – stomický pás

zdroj: vlastní fotodokumentace



obr. V – stomické podložky

zdroj: vlastní fotodokumentace



obr. VI – ochranný film

zdroj: vlastní fotodokumentace



obr. VII – vyrovnávací pasta

zdroj: vlastní fotodokumentace



obr. VIII – ochranný krém

zdroj: vlastní fotodokumentace