

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA URBANOVÁ, DiS.

Praha 2015

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

Bakalářská práce

Kateřina Urbanová, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2015



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

Urbanová Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 7. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s kolostomií

Der Pflegeprozess bei Patienten mit Kolostomieversorgung

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 9. 7. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 31. 8. 2015

podpis

Poděkování:

Děkuji především vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. Za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále chci poděkovat všem mým blízkým, kteří mi byli po celou dobu oporou.

ABSTRAKT

URBANOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2015, 49 s.

Bakalářská práce má název ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií. Práce je rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána definice stomie, historie, indikace vedoucí k založení stomie, komplikace stomií, stomické pomůcky, život, stravování a aktivní život stomika, ošetrovatelská péče a její rozdělení. Teoretická část je ukončena kapitolou o důležitosti odbornosti stoma sestry.

Cílem práce je stanovení zvládnutí této náročné situace. V praktické části je popsána kazuistika pacienta, který byl indikován k založení stomie. Kazuistika je zaměřena na jednoho pacienta. Na základě kazuistiky podle modelu M. Gordonové bylo rozpracováno 5 nejdůležitějších ošetrovatelských diagnóz, které byly stanoveny podle Ošetrovatelských diagnóz Nanda Internationál II. U ošetrovatelských diagnóz byly stanoveny cíle, výsledky, intervence, realizace a hodnocení. Výstupem práce jsou formulovaná doporučení pro praxi.

Klíčová slova: Edukace. Ošetrovatelský proces. Stomie. Stomik.

ABSTRAKT

URBANOVÁ, Kateřina. *Der Pflegeprozess bei Patienten mit Kolostomieversorgung*. Der Hochschule Gesundheit, o.p.s. Qualifikation: Bachelor (Bc.). Betreuer: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prag. 2015, 49 Seiten.

Die Arbeit hat den namen des pflegeprozesses bei einem patienten mit einem künstlichen darmausgang. Theorie und Praxis: Die Arbeit ist in zwei teile geteilt. Der theoretische teil beschreibt die definition von Stoma, geschichte, indizien, an der gründung der stoma komplikationen, stoma-versorgung, wohnen, essen und aktives leben stomaträgers, pflege und ihre verteilung. Der theoretische teil endet mit einem kapitel über die bedeutung kompetenz stoma krankenschwestern.

Das Ziel ist, diese schwierige situation zu bestimmen griff. Der praktische Teil beschreibt den fall eines patienten, der an der gründung der Stoma angedeutet hat. Fallbericht konzentriert sich auf einen patienten. Basierend auf fallstudien das modell des M. Gordon wurde 5 hauptpflegediagnosen, die von den pflegediagnosen Nanda Internationale II ermittelt wurden bearbeitet. Für pflegediagnosen wurden ziele, ergebnisse, intervention, durchführung und auswertung bestimmt. Die Ergebnisse der arbeit werden formuliert empfehlungen für die praxis.

Schlüsselwörter: Bildung. Pflege. Stoma. Stomaträgers.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
1 STOMIE	15
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA ..	17
3 INDIKACE VEDOUCÍ K VYTVOŘENÍ STOMIE	18
3.1 Rozdělení stomií	19
3.2 Komplikace stomií	20
4 CHIRURGICKÉ METODY – TYPY OPERACÍ	22
5 STOMICKÉ POMŮCKY	23
6 ŽIVOT STOMIKA	24
6.1 Aktivní život stomika	24
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMIKY	26
7.1 Stoma sestra	27
7.2 Edukace stoma sestrou	28
7.3 Postup při ošetření stomie stoma sestrou	30
7.4 Důležitost vyhodnocení správné edukace stomika	31
8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ	32
8.1 Kazuistika	32
8.1.1 Anamnéza	33
8.1.2 Vyšetřovací metody	35
8.1.3 Fyzikální vyšetření sestrou	35
8.1.4 Hodnotící škály	38

8.1.5 Léčba	39
9 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL M. GORDONOVÉ.....	41
9.1 Situační analýza ke dni 11. 8. 2014	45
10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	46
10.1 Strach (00148).....	46
10.2 Zácpa (00011)	48
10.3 Porušena integrita tkáně (00044).....	49
10.4 Akutní bolest (00132)	50
10.5 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002).....	52
10.6 Únava (00093)	54
10.7 Nespavost (00095)	55
10.8 Riziko infekce (00004)	56
10.9 Celkové shrnutí ošetřovatelské péče.....	58
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
PŘÍLOHY.....	66

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
CA	Karcinom
D	Dech
DK	Dolní končetiny
i. v.	Intravenózně
i. m.	Intramuskulárně
mg	Miligram
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NPO	Nic per os
P	Pulz
PŽK	Periferní žilní katétr
RTG	Rentgen
s. c.	Subkutánně
tbl.	Tablety
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
USG	Sonografické vyšetření
VAS	Visual Analogue Scale

(KAŠÁKOVÁ, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absorpce – vstřebávání

Adhezivita – míra adheze

Analgetika - léky, které tlumí bolest

Analýza – rozbor, rozklad

Antikoagulancia – snižují srážlivost krve

Diagnostika - nauka o rozpoznávání chorob a jeho metodách

Diagnóza – stanovení, rozpoznání nemoci

Dilatace – rozšíření, rozšiřování dutého orgánu

Duodenum – dvanáctník

Edukace – souhrn znalostí

ECHO – ultrazvukové vyšetření srdce

Ejakulace – vystříknutí semene

Erekce – ztopoření

Erytrocyty – červené krvinky

Folikulitida – hnisavý zánět

GIT – gastrointestinální trakt

Hernie – kýla

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Ileostomie – vyústění tenkého střeva

Ileum – kyčelník

Ileus - neprůchodnost střev

Infuze – nitrožilní podání většího množství tekutin

Ischemická choroba srdeční – nedostatečné prokrvení srdečního svalu

Jejunum – lačník

Karcinom – zhoubný nádor vznikající z epitelu

Kolostomie – vyústění tlustého střeva

Leukocyty – bílé krvinky

Lymfocyty – bílé krvinky

Macerace – změknutí kůže

Maligní – zhoubný

Mykóza – kožní onemocnění

Patogen – chorobný činitel

Prolaps – výhřez

Redonův drén – pomůcka k odvádění tekutin z operačních ran

Retrakce – stažení

Sigmoideostomie – vývod na esovitě kličce

Stenóza – zúžení

Transversostomie – vývod na příčném tračníku

Trombocyty – krevní destičky

Tumor – nádor

Ulcerace – vznik vředu

(VOKURKA, 2011)

Seznam tabulek

TABULKA 1 - KREVNÍ OBRAZ	36
TABULKA 2 - BIOCHEMIE.....	37
TABULKA 3 - KOAGULACE	37
TABULKA 4 - MOČ SEDIMENT, CHEMICKY	37

ÚVOD

Cílem bakalářské práce bylo získat informace o kolostomii. Práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči.

Pro tuto bakalářskou práci byl vybrán pacient, který byl přijat na chirurgické oddělení Rokycanské nemocnici, kterému byla stanovena diagnóza kolorektální karcinom, a kterému byla po operaci zavedena kolostomie. Důležitou skutečností je, že stomie je významným zásahem do života pacienta a ovlivňuje jej v mnoha oblastech.

Toto téma bylo vybráno na základě osobních zkušeností s péčí o pacienty s kolostomií na chirurgickém oddělení v Rokycanské nemocnici.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána historie, problematika stomie samotné, rozdělení stomií, indikace, diagnostika, léčba a kvalita života pacientů se stomií. V praktické části je popsán ošetrovatelský proces s využitím koncepčního modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. Identifikované ošetrovatelské diagnózy jsou zpracovány podle NANDA taxonomie II a seřazeny jsou dle priorit pacienta.

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií, proběhlo v časovém období říjen 2001 až březen 2015. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází katalog Národní lékařské knihovny, Jednotná informační brána, souborný katalog ČR, online katalog NCO NZO, specializovaná databáze (EBSCO, PubMed). Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: stomie, ošetrovatelská péče, pacient, edukace. V jazyce německém byly těmito slovy: stoma, bildung, pflege, patienten.

Čerpáno bylo z 38 zdrojů (vysokoškolské práce- 3, knihy- 32, články a příspěvky ve sbornících. Příspěvky ze sborníků nebyly zařazeny, protože se zabývaly zvolenou problematikou okrajově a neměly zásadní vypovídající hodnotu k tématu.

1 STOMIE

Stomie je vyústění dutého orgánu na povrch těla. Slovo stoma pochází z řečtiny a označuje ústí. Velmi často se vyskytuje ve složeninách, kde první část slova lokalizuje místo vývodu např. ileostomie, kolostomie apod. (VOKURKA, HUGO, 2009).

Stomik je zdravotně handicapový občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Nejčastěji je vyvedeno tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty, čímž ke změně základních fyziologických funkcí, jako např. k neovladatelnému vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřirozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek. Důsledkem je výrazné zhoršení celkové kvality života. Některým stomikům zvládnutí této nové situace trvá měsíce či roky, jiní se se stomií nesmíří nikdy. Mnohým se zdá, že pro ně život skončil. Kladou si sami sobě i ošetřujícímu personálu mnoho otázek. Má život se stomií cenu? Budu moci chodit mezi lidmi? Bude stomie vidět? Je velmi důležité, aby sestra dokázala nemocnému na jeho otázky odpovědět a uměla najít pozitiva v pacientově nové životní situaci.

Stomaterapie je odvětví ošetrovatelské péče, cílem kterého je pečovat o pacienty se stomií. Začíná již v předoperačním období přípravou pacienta na novou realitu. Následuje přesné, správné vyznačení místa budoucí stomie. V pooperačním období pečujeme o stomii, ošetřujeme operační ránu, kontrolujeme správnou funkci vývodu. Stomaterapeutická péče pomáhá stomikovi v celém jeho dalším životě v každodenní běžné péči o stomii, zvládání nečekaných komplikací (ZACHOVÁ, 2010).

Až do 18 stol. byla střevní neprůchodnost příčinou smrti. Jedinou možností v té době byla laxancia. V případě jejich selhání zbývalo ještě podávání rtuti, o které se věřilo, že svou hmotností prorazí zúžení ve střevě a obnoví průchodnost.

První operaci stomie provedl v roce 1776 francouzský chirurg Pillore. Provedl cékostomii a tato operace byla velmi úspěšná.

V roce 1893 vyvedl francouzský lékař Amussant stomii v dolní polovině břicha a tento postup se stal standardní pro příštích 50 let. Je považován za vynálezce chirurgické techniky, která vytvořila základ pro dnešní operace stomií.

Přesné indikace k založení stomie, které jsou platné prakticky až dodnes, stanovil anglický chirurg Ericson roku 1841 (MICHÁLKOVÁ, 2009).

Díky zpřesnění diagnostiky onemocnění a pokrokům v operační technice se otvíraly nové možnosti i v konstrukci vhodných a spolehlivých stomií.

Ve 30. a 40. letech dvacátého století se objevují první stomické sáčky. Zpočátku byly gumové, velké a neforemné, ale v 50. letech se začaly vyrábět stomické sáčky z plastu, což znamenalo velký pokrok, co se týkalo vzhledu, funkčnosti i bezpečnosti (ZACHOVÁ, 2010).

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA

Tenké střevo je 5–7 metrů dlouhé a obsahuje mnoho tekutin a trávicích šťáv. Tenké střevo má 3 části: duodenum (dvanáctník), jejunum (lačník) a ileum (kyčelník). Dochází zde ke vstřebávání živin, minerálů a vitaminů, jež pronikají do krevního oběhu a lymfatické soustavy, které je rozvádějí do vzdálených částí organismu. Nejdůležitější funkcí tenkého střeva je vstřebávání (absorpce), protože skoro všechny látky přijaté potravou a produkty trávení jsou transportovány stěnou tenkého střeva (VALENTA, 2007). Nevstřebatelná část je v podobě žlutozeleného kašovitého obsahu posunuta peristaltickými vlnami (fungují podobně jako výše zmíněná vlna v jícnu, probíhají téměř neustále) do dalších úseků trávicí soustavy.

Tlusté střevo přijímá zpracovanou potravu z tenkého střeva, která je již bez výživné hodnoty, a tato řídká kaše se zde zahušťuje. Je dlouhé cca 1,5 metru a nachází se v pravé jámě kyčelní. Rámuje břišní dutinu: začíná na pravé straně dole, vede nahoru (vzestupný tračník), pod žebry se stáčí vlevo napříč (příčný tračník), vlevo sestupuje dolů (tračník sestupný), pokračuje esovitou kličkou do malé pánve a končí konečníkem. V této části trávicího traktu dochází vstřebáváním vody a solí k postupnému zahušťování vznikající stolice bez účasti trávicích enzymů. Důležitou součástí tlustého střeva představuje bakteriální mikroflóra, která se podílí nejen na kvašení a následném vzniku střevních plynů, ale i na přeměně některých látek nebo na vstřebávání vitaminů (ROKYTA, 2008).

3 INDIKACE VEDOUcí K VYTVOŘENí STOMIE

Nejčastěji se vyskytuje perforační poranění střeva při bodných a střelných poranění břicha. Břišní dutina je kontaminovaná střevním obsahem. Celkový stav pacienta a naléhavost výkonu nutí operátora k vyvedení postiženého úseku střeva dočasnou stomií. Úrazy konečníku poškozují kompletní svalový aparát anální oblasti, pro jejichž zahojení je potřebné odvést stolicí kolostomií.

Dále se může vyskytnout například poranění konečníku způsobené ozářením při léčbě gynekologických, urologických nebo jiných nádorů v oblasti malé pánve. Tyto stomie jsou obvykle dočasné.

Vrozené poruchy trávicího traktu vedoucí k vytvoření kolostomie je atřezie konečníku. Jedná se o stav, kdy novorozenec nemá vyvinutou určitou část konečníku.

Divertikulitida tlustého střeva je klinicky málo známa, avšak může způsobovat zánětlivé nebo perforační komplikace. Proto je stomie zpravidla prvním řešením.

Mezi zánětlivá onemocnění patří zejména Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Pacient trpí často celý svůj život silnými, opakujícími se bolestmi břicha, průjmy a křečemi.

Střevní neprůchodnost neboli ileus je stav, kdy střevní obsah neprochází trávicím traktem. Příčinou může být nádor, pooperační srůsty, překážka v dutině střeva. Cévní ileus vzniká v důsledku selhání krevního zásobení střeva uzávěrem mezenterických cév.

Mezi nejčastější nádorové onemocnění střev patří kolorektální karcinom (rakovina tlustého střeva a konečníku). Kolorektální karcinom je u nás druhým nejčastějším zhoubným nádorem, u mužů po bronchogenním karcinomu a u žen po karcinomu prsu. Nádory rostou zpočátku v místě vzniku, pak prorůstají střevní stěnou do okolního orgánu, šíří se do lymfatických uzlin, krevní cestou metastazují nejčastěji do jater, plic a kostí.

Vlastní příčiny onemocnění nejsou známy, předpokládá se řada rizikových faktorů, mezi které patří: dědičná dispozice, jiná zhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku, faktory zevního prostředí. Jedná se především o nevhodné stravovací návyky, jako jsou nedostatek vlákniny, vitamínů, přemíra konzumace uzených či smažených potravin, dále alkohol a kouření (SLEZÁKOVÁ, 2007).

3.1 Rozdělení stomií

Zachová (2010) dělí stomie z několika hledisek. A to podle doby trvání, způsobu založení, účelu a lokalizace. Dočasná stomie je přechodný vývod. Po nějaké době, když ustoupí onemocnění či neprůchodnost, může být stomie zrušena. Provádí se také při operacích, kdy pak umožňuje zlepšení pooperačního průběhu.

Definitivní řešení takových stavů, kdy obnovení celistvosti a přirozený odchod stolice už nejsou možné, označujeme jako trvalou stomii. Trvalost je relativní, neboť většinou se jedná o rychle gradující stav vedoucí ke smrti nemocného.

Stomie můžeme dělit podle způsobu založení na nástěnné, které jsou u dočasné kolostomie, pro odchod stolice není vhodná, pouze na odvod plynu.

Podle Otradovcové (2006) dále rozlišuje stomie na dvouhlavňové neboli axiální. Je vytvořen umělý vývod příčného tračníku nadbříškem, a to dvěma otvory. Založení dvouhlavňové kolostomie je nutné, pokud je přechodně nebo trvale poškození části střev. Při této operaci se střevo v kličce vytáhne břišní stěnou, tam se zafixuje a takhle vzniknou dva výstupy. Dvouhlavňová kolostomie se dává přechodně převážně při zánětlivém onemocnění nebo při břišní operaci, aby došlo k zahojení střev. Po zahojení se může provést zanoření stomie a může se obnovit zpátky přirozená střevní pasáž.

Dalším typem stomie je terminální neboli koncová stomie. U této stomie se provádí vývod tlustého střeva v oblasti levého podbříšku a následná část střeva se odstraní.

V břišní stěně vznikne pouze jeden otvor (jednohlavňová kolostomie). Zvláštností je operační metoda podle Hartmanna, kterou se rovněž zakládá terminální kolostomie. V tomto případě se konečník ani řitní svěrač neodstraňují, ale uzavřou se v břišní dutině.

Výživná stomie se zakládá v horních partiích GIT, pokud pacient nemůže přijímat potravu přirozeným způsobem.

Odvodná stomie je dočasné řešení problému na tlustém a tenkém střevě (SLEZÁKOVÁ, 2007).

Kolostomie je nejčastější druh vývodu tlustého střeva. Kolostomie je souhrnný název pro vývody tlustého střeva. Střevo může být vyvedeno v různých místech. Speciální názvy kolostomií se odvozují od místa vyvedení.

Sigmoideostomie je vývod na esovité kličce. Pokud je odstraněn i svěrač, je stomie trvalá.

Jako transversostomii označujeme vývod na příčném tračníku. Coecostomie je vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva.

Ileostomie je vývod tenkého střeva. Nejčastější příčinou vývodu tenkého střeva je odstranění celého tlustého střeva. Mnohem vzácnější je přechodné vyvedení tenkého střeva z důvodu uklidnění zánětu nebo po operačním zákroku na tlustém střevě. Tenké střevo má trvalé peristaltické pohyby a žlučovité zelený obsah neustále vytéká ven. Je proto nutno stále nosit sáček. V obsahu tenkého střeva je ještě mnoho tekutin a trávících šťáv, které mohou po opakovaném styku s pokožkou způsobit poleptání (ZACHOVÁ, 2010).

3.2 Komplikace stomií

Po vytvoření stomie mohou vzniknout komplikace, které vyžadují léčbu a někdy i další operační zákroky. Mezi nejzávažnější řadíme krvácení, stenóza, prolaps, retrakce, hernie a kožní komplikace.

Příčina krvácení může být v užívání léku, jako jsou steroidy a antikoagulanty. Dalším důvodem může být rostoucí tumor.

Stenóza je stav, kdy se ústí stomie zúží a v důsledku toho může vzniknout až její úplné uzavření. Příčinou stenózy může být zjizvená tkáň v okolí stomie, neadekvátní operační technika nebo infekce v okolí stomie. Může to vést až k oddělení stomie od kůže. V rámci léčby se snažíme o prevenci obstipace, při těžké stenóze operační řešení, plastická korekce.

Prolaps (výhřez) je to stav, kdy se střevo různé délky vysune před břišní stěnu. Příčinou může být oslabená břišní stěna, chirurgické těžkosti při akutním stavu.

Retrakce je vtažení stomie do břicha způsobené uvolněními střevy při konstrukci stomie, přibráním na váze v pooperačním období nebo rostoucím nádorem v blízkosti stomie. Lékař pacientovi doporučuje redukovat váhu, zvýšit péči o kůži v okolí stomie, někdy v těžších případech je nutná chirurgická léčba.

Hernia (kýla) vzniká při oslabení břišní stěny uvolněním fascie od střevní kličky a vysunutím části obsahu pobřišniční dutiny mezi otvor ve stěně břišní a vyvedené střevo.

Častěji se vyskytuje u kolostomií. Kýla je charakteristická nepravidelným vyklenutím stěny břišní. Při malých herniích není léčba nutná. Stomik může nosit elastický opasek, který je vyroben speciálně pro stomiky. Při velkých herniích se doporučuje stomii přemístit na jiné místo.

Mezi další komplikace, které se u pacientů se stomií mohou objevit, jsou kožní, které jsou způsobené kontaktem stolice a jiných výměšků s kůží. Patří zde alergie, macerace, ulcerace, folikulitida, mykóza a epidermální hyperplazie.

U mužů se mohou objevit i potíže s erekcí a neschopnost ejakulace (ZACHOVÁ, 2010).

Následkem špatně umístěné stomie pomůcky nedrží, podtékají, kůže je podrážděná a stomici trpí jak psychicky, tak i fyzicky. Dalším problémem u špatně umístěné stomie vede k tomu, že stomik si na stomii nevidí a nemůže si ji sám ošetřit. Při fyzických aktivitách se pomůcky uvolňují a pacient se nemůže spolehnout na stomii. Dochází k vyššímu počtu pomůcek. Výsledkem je psychické trauma a společenská izolace (COLOPLAST, 2006).

4 CHIRURGICKÉ METODY – TYPY OPERACI

Amputace konečníku je nejčastější příčina vytvoření kolostomie. Indikací je karcinom konečníku. Při této operaci dochází k úplnému odstranění konečníku a je trvalá koncová sigmoideostomie.

Hartmanová operace je indikovaná při karcinomu ve střední a horní třetině konečníku. Stomie zde nemusí být trvalá, v příznivých případech se stomie může odstranit (ZACHOVÁ, 2010).

Milesova operace je radikální odstranění nádoru konečníku nebo nádoru na esovité kličce. Dochází k odstranění střeva s nádorem i s konečníkem, horní část esovité kličky se vyvede navenek jako terminální kolostomie (COLOPLAST, 2006).

Paliativní operace se provádějí v případech, kdy tumor se nedá operativně odstranit. Je to zákrok, kdy tumor se neodstraní, ale střevo se vyvede nad překážkou. Tím je vyřešen pouze akutní problém (ileus, fistula).

U pravostranné hemikolektomii dochází k odstranění nádoru na slepém střevě, vzestupném tračníku a na pravé straně příčného tračníku. Resekce transverza je odstranění nádoru na příčném tračníku. Resekce u sigmoidea je odstranění nádoru na esovité kličce střevní a závěrem bych zmínila i přední resekci a to je odstranění nádoru na přechodu esovité kličky a rekta (ZACHOVÁ, 2006).

5 STOMICKÉ POMŮCKY

V posledních dvaceti letech došlo celosvětově k výraznému rozvoji stomických systémů po celém světě. Mezi nejznámější firmy patří Coloplast (viz příloha C), Dansac (viz příloha B), B Braun, Convatec. Při výběru pomůcek je důležité zvážit situaci z pohledu potřeb stomika. Kritéria, které by měly splňovat je bezpečnost, ochrana kůže, diskrétnost, pohodlí a jednoduchost.

Lepicí materiál nové generace musí splňovat následující parametry:

- Adhezivita a okamžitá lepivost
- Flexibilita- dobře se přizpůsobí pohybům těla a jeho okraje se neodlepují
- Absorpce zajišťuje zdravou rovnováhu kůže a přichází acerace
- Odolnost vůči erozi- chrání kůži před výměšky ze stomie a minimalizuje kožní problémy
- Snadné odstranění - lepicí materiál se odlepí jedním tahem, nezanechává na kůži zbytky a tím se minimalizuje bolest při odstranění.

Stomický pás je určen k upevnění všech druhů základních podložek. Délka stomického pásu je nastavitelná. Coloplast pasta vytváří okolo stomie dokonalou izolační vrstvu, je ideální na vyrovnání kožních záhybů a jiných nerovností okolo stomie.

Coloplast pasta v prouzcích se dá dobře modelovat a na rozdíl od pasty neobsahuje alkohol. Coloplast roztok stomický (čistící) čistí kůži v okolí stomie od stolice. Bariérový krém je určen na suchou a podrážděnou pokožku. Aplikuje se na podrážděnou pokožku okolo stomie.

Ochranný krém vytváří na kůži ochranný štít a chrání ji před přímým kontaktem s tělesnými výměšky (COLOPLAST, 2006).

6 ŽIVOT STOMIKA

Zavedení stomie neznamená pro pacienta změnu jídelního lístku, stomici mohou konzumovat téměř vše. Je ale známo, že určité potraviny mají rozličný účinek na trávicí systém. Určitá jídla mohou ovlivnit zvýšenou produkci střevních plynů. Například zelí, cibule, fazole, ředkvičky, pivo a šumivé nápoje.

Mezi jídla způsobující obstipaci patří kukuřice, celer, ořechy, kokos, brambory, červené víno a grapefruit. Potraviny, které způsobují kašovitou stolici, jsou zelené fazolky, brokolice, špenát, syrové ovoce, švestky, kyselé zelí a káva. Je vhodné nemocnému doporučit také potraviny, které tlumí zápach stolice, například jogurt, podmáslí, zelený salát, petržel a brusinky. Naopak ryby, zelí, česnek, chřest a sýr způsobují zvýšený zápach stolice.

Stomici by měli jíst pomalu a pečlivě kousat. Jíst střídavě a pravidelně, aby se vytvořil rytmus pravidelného vylučování. Stravovat se v klidu, nejíst při rozrušení nebo při rozčilení. Doporučenou technologickou úpravou potravin je vaření, dušení, smažená jídla jen ojedinele, vždy do měkka upravená. Pacientům je doporučeno pít průběžně po celý den do celkového množství 2–2,5 l za 24 hod. Nedostatek tekutiny v organismu se může projevit suchým jazykem, malátností, slabostí, nechutenstvím, pocitem na zvracení a křečemi. Během prvního měsíce po operaci by pacient měl dodržovat šetrící dietu, nedráždivou, nenadamyvou.

Pacienti s kolostomií mohou při nedostatku tekutin trpět zácpou, pacienti s ileostomií by měli pít i během jídla a neomezovat se v pití, vstřebávání tekutin ze stravy je v tenkém střevě omezeno. Nepít nápoje hodně vychlazené, ledové s obsahem oxidu uhličitého, které mohou vyvolat bolesti, pálení žáhy, říhání a nadýmání (PAILOVÁ, 2008).

6.1 Aktivní život stomika

Tělesný pohyb je přirozenou součástí našeho života. Pokud byl stomik zvyklý na pravidelnou fyzickou aktivitu, není důvod s ní přestávat. Vhodný je přirozený pohyb, turistika, cvičení, jízda na kole, plavání. Cvičení by nemělo být bolestivé. Každou aktivitu je nutné naplánovat a použít vhodnou stomickou pomůcku (ZACHOVÁ, 2010).

Zcela určitě je nutné dbát opatrnosti při domácích pracích. Pacient by neměl zvedat zátěž větší než 3 kg. Při zahradničení je nutné se vyhnout těžké práci, sekání trávy a tlačení sekačky, kopání a rytí zahrady.

Stomici mohou bez obav řídit motorové vozidlo s opatrností při užívání bezpečnostního pásu, aby nemohlo dojít k poškození vývodu nebo funkčnosti stomických pomůcek. Mohou cestovat i na větší vzdálenost (ZACHOVÁ, 2010).

Naprostá většina lidí se stomií vede plnohodnotný sexuální život. Po překonání počátečních zábran mnozí z nich zjišťují, že stomie hraje při sexu nepodstatnou roli.

Z lékařského hlediska není rozhodně žádné omezování ani v sexuálním životě nutné.

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMIKY

Ošetrovatelskou péči můžeme rozdělit na předoperační, psychickou, fyzickou a pooperační.

Cílem předoperační péče je pacienta psychicky a fyzicky připravit na operaci stomie. Je zde kladen důraz na podání důležitých informací k přípravě na život se stomií, po propuštění do domácího prostředí. Důležitým aspektem při ošetrovatelské péči je naučit pacienta se o stomii starat. Před operací je důležité vyznačit vhodné místo pro stomii. Nesprávně zvolené místo může vést k pooperačním komplikacím (PROCHOTSKÝ, 2006).

Během předoperační psychické přípravy je hlavním úkolem lékaře vysvětlit pacientovi nutnost operace tak, aby pochopil správně svoji situaci. Je také důležité, aby pacient byl dokonale obeznámený a informovaný o tom, co znamená mít stomii a být stomikem. Důležitá je podpora a informovanost s edukací nejbližší rodiny nebo blízkého přítele. Tyto osoby jsou také zahrnuté do rehabilitačního programu. Negativní reakce a emoce se často projevuje pláčem, hysterií, mlčením, agresí, sebelítostí i nedůvěrou. Psychické problémy vznikají u stomiků také na základě nedostatečné informovanosti o dané problematice. Klient neví, co ho čeká, co to obnáší život se stomií a v hlavě se mu rodí spousta otázek o tom, jak stomie ovlivní jeho běžné denní činnosti, při zaměstnání, cestování, sexuální a partnerský život (ZACHOVÁ, 2010).

Fyzická péče spočívá v úpravě dietního režimu, vyprázdnění a dezinfekce střev. V bezprostředním předoperačním období hraje velkou roli výběr a vyznačení nejvhodnější místa pro stomii.

Pooperační péče spočívá v bezprostředním převozu z operačního sálu, kde sestra sleduje celkový stav pacienta a jeho fyziologické funkce. Sestra podává antikoagulační léčbu. Tato fáze je pro stomiky psychicky náročná. V tomto období je úplně závislý na pomoci a péči ošetřujícího personálu. Cílem této péče je naučit nemocného úplné soběstačnosti při ošetření stomie a výměně stomických pomůcek. Potřebuje se cítit povzbuzený a přesvědčený o tom, že se stomií může žít normální život. Úspěšnost náviku ošetřování stomie závisí kromě aktuálního zdravotního stavu pacienta, věku, míře soběstačnosti, úrovně manuální zručnosti, rozsahu operačního výkonu a případných pooperačních komplikací, také na jeho psychickém rozpoložení a temperamentu. Sestra

hned v prvních dnech edukuje pacienta o kolostomii. Součástí edukace je podání informací o tom, co je to kolostomie, stomické pomůcky, ošetřování kolostomie, dietní opatření, pitní režim (ZACHOVÁ, 2010).

Pooperační péče se zaměřuje na péči o stomii jako o operační ránu, sledování funkce stomie a výměšku, pomoc při výběru pomůcek a psychickou pomoc.

Podle rychlosti s jakou se pacient po operaci zotaví, začne sestra s výukou péče o stomii. Výsledkem správného ošetření stomie je rovný, čistý a suchý povrch kůže v okolí stomie (MICHÁLKOVÁ, 2012).

7.1 Stoma sestra

Stomasestra je vzdělaná zdravotnická profesionálka, která má velmi specifické kompetence. Jsou na ni kladeny vysoké nároky a má nezastupitelnou roli v péči o pacienty s kolostomií (MICHÁLKOVÁ, 2012).

Péče začíná již v rámci předoperační přípravy, pokračuje v období hospitalizace a dále navazuje pravidelnými návštěvami stomické poradny. Všechny sestry provádí pooperační péči o stomii.

Zajišťuje proškolení pacienta a jeho rodiny v problematice stomie, učí klienta pečovat o stomii a manipulovat s pomůckami. Edukace probíhá denně, s přihlédnutím k pacientovu fyzickému a psychickému stavu. Ve spolupráci s nemocným vybírá vhodné stomické pomůcky a provádí nácvik jejich používání.

Po ukončení hospitalizace je péče o pacienta převedena do ambulance stomické poradny. Sestra při každé návštěvě zkontroluje tvar, barvu, velikost a okolí stomie. Zhodnotí aktuální stav stomie a navrhne případnou změnu pomůcek, nebo ochranných a čisticích prostředků.

Poskytuje stomikovi informace o případných komplikacích stomie a možnostech jejich prevence. Při pravidelných kontrolách se zaměřuje na jejich včasné odhalení a zahájení léčby. Zajišťuje poradenství v oblasti sociální podpory, informuje stomiky o existenci a činnosti klubů stomiků. Poskytuje dlouhodobou praktickou i emocionální podporu klientovi i jeho rodině (ZACHOVÁ, 2010).

7.2 Edukace stoma sestrou

Edukace je výchova a vzdělání, které představuje celoživotní rozvíjení osobnosti a probíhá jak ve formálním, tak i v neformálním prostředí. Edukace pacienta probíhala na chirurgickém oddělení. Edukace byla po celou dobu hospitalizace.

Formální prostředí:

- nemocnice
- rodina

Cíl edukace:

- získání nových vědomostí
- nemocný se bude umět pečovat o stomii podle doporučení ošetřovatelského týmu
- naučení zručnosti

Edukační proces v ošetřovatelství:

- představuje formu odevzdávání informace, kterou uskutečňuje sestra a pacient.
- je vytvořený záměrně, aby se někdo učil
- jde o dynamický vztah mezi sestrou a pacientem
- je to výchovný a vzdělávací proces a tak je ho třeba chápat

Fáze edukačního procesu

posouzení – sběr údajů o schopnostech, připravenosti a nedostatcích pacienta z hlediska učení

- stanovení edukačních diagnóz
- příprava edukačního plánu – stanovení priorit a edukačních cílů
- realizace edukačního plánu
- vyhodnocení efektivity edukace

Druhy edukace

- základní – pacient není o problematice informován
- komplexní - zpravidla se realizuje v edukačních kurzech
- reedukační - pokračující, rozvíjející a napravující, která navazuje na předcházející vědomosti. Zahrnuje i opakování a aktualizaci základních informací, poskytuje další informace.

Edukační metody: rozhovor, diskuze s pacientem, vysvětlování

Edukační pomůcky: brožury, stomické pomůcky, edukační karta, prospekty

Záměr edukace:

- mít co nejvíce vědomostí o nemoci
- seznámit s režimovými opatřeními
- dodržovat léčebný režim
- dodržovat životosprávu
- adaptace pacienta na změněnou životní situaci

Cíle edukace dělíme na:

- kognitivní – soustředují se na poskytování informací, vysvětlování, na to, aby pacient informaci porozuměl, aby se správně dovedl rozhodnout
- afektivní – jsou orientované na vytváření vztahu k novému období života, hodnotové orientace, která dá smysluplnost dalšímu nemoci změně nemoci.
- psychomotorické – zaměřené na získání způsobilosti a maximální zručnosti

Metody edukace

Edukace je cílevědomí, promyšlený postup při odevzdávání vědomostí. Rozeznáváme:

- metoda mluveného slova – přednášky, výklad, mluvení, vysvětlování, diskuze, beseda a rozhovor

- metoda tištěného slova – leták, článek, brožura, časopis a kniha
- metoda primárních zkušeností a názorných pomůcek – zde patří skutečné předměty, filmy nebo fotografie

Formy edukace:

- individuální – umožňuje navození úzké spolupráce mezi pacientem a zdravotním personálem
- skupinová – vytváří podmínky pro vzájemnou spolupráci, diskuzi, vede k vzájemné výměně názoru.

7.3 Postup při ošetření stomie stoma sestrou

1. Z okolí kůže odstraní chlupy, nejlépe elektrickým strojkem.
2. Před přiložením nového sáčku musí být kůže suchá.
3. Volba vhodné pomůcky záleží na druhu stomie a snášenlivosti kůže.
4. Samotnou pomůcku si musíte nejprve připravit:
Podle šablony si nejdříve změříte průměr stomie a na podložce si vystříhnete otvor podle tvaru stomie tak, aby stomii obkružovala, ale neškrtila (otvor v podložce by měl být minimálně o ½ cm větší, než je průměr stomie).
5. Z lepicího prostoru sáčku sejměte ochranou folii na příkládací straně.
6. Opatrně přiložíte na spodní okraj stomie a pomalu přikládáte a tisknete po celé ploše tak, aby se nevrásnila a neodchlipovala.
7. Po nalepení byste se měl vyvarovat fyzické aktivity a setrvat v poloze, ve které byla podložka nalepena alespoň 15 min, než pevně přilne ke kůži.
8. Sáček vyměňujte, jakmile se naplní ze 2/3.

Pacient byl poučen, že nejčastějšími chybami při ošetřování stomie je používání dráždivých prostředků na kůži okolo stomie, dále příliš velký otvor v podložce, čímž je nechráněná kůže drážděna nebo ponechání podložky na kůži, pod kterou zatekl střevní obsah. Následkem je pak poškození kůže.

7.4 Důležitost vyhodnocení správné edukace stomika

Správně stanovit cíl. Pacient je opakovaně dotazován otázkami. Pacient prokazuje vědomosti o stomii, komplikace, které se mohou objevit, o ošetření stomie a pomůcek k ošetření stomie. Pacient by měl k edukaci přistupovat kladně, být soustředěný u každé hodiny edukace. Pacient by měl projevovat aktivní zájem a rychle se zapojovat. Edukace by měla probíhat opakovaně během dne v rozsahu 30 až 40 minut. Pacient získává veškeré informace o nemoci, léčebném postupu a nutnosti ošetřování stomie a důležitosti ošetřovatelské péče. Pacient získává spoustu vědomostí, musí prokazovat zvládnutí ošetření stomie i výběrem vhodných stomických pomůcek. Edukace je velice účinná a napomáhá ke zlepšení psychického stavu pacienta.

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

Cílem bakalářské práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu s navržením a realizací individuálního ošetrovatelského plánu péče o pacienta po operaci s karcinomem tlustého střeva s nově založenou kolostomií. Dílčím cílem ošetrovatelské péče bylo naučit pacienta samostatně pečovat o stomii. Dalším cílem bylo, aby se pacient naučil žít s kolostomií a mohl se tak zařadit do normálního, běžného života. Výchozí myšlenkou, nebo základem je, že stomie se musí přizpůsobit pacientovu životnímu stylu a ne naopak, aby se pacient přizpůsoboval stomii.

8.1 Kazuistika

Pacient XY, 60 let, byl 11. 8. 2014 ošetřen na chirurgické ambulanci pro několik dnů trvající bolesti břicha, suspektní porucha pasáže, odmítl hospitalizaci. Při další kontrole subjektivně mírné zlepšení, avšak progresse RTG nálezu, pokračující dilatace tračníku, předpokládaná překážka na přechodu sigmatu. Dále námahová dušnost.

Byl přijat na chirurgické oddělení, kde mu byla provedena veškerá nutná vyšetření. Hlavní diagnóza, pro kterou byl pacient přijat k operačnímu řešení:
C18.8 Carcinom sigmatis generalis

Identifikační údaje

Jméno příjmení: XY

Číslo pojišťovny: XXX

Datum narození: 1954

Rodné číslo: XXXXXX/XXXX

Pohlaví: mužské

Bydliště: X

Zaměstnání: Živnostník

Vzdělání: vyučen

Stav: rozvedený

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 11. srpen 2014

Typ přijetí: akutní

Oddělení: Chirurgické oddělení A

Ošetřující lékař: MUDr. XX

Důvod přijetí udávaný pacientem: Pacient měl silné bolesti břicha. Jeho stav se zhoršil a trpěl zácpou.

TK: 145/90 mmHg

P: 78/min.

TT: 36,6 °C

Váha: 68 kg

Výška: 179 cm

BMI: 21- norma

Medicínská hlavní diagnóza: Kolorektální karcinom

8.1.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: Ischemická choroba srdeční

Otec: zdravý

Sourozenci: 1 bratr, jeho zdravotní stav neví, nejsou v kontaktu

Děti: 2 dcery. 1 dcera zdravá 30 let, 2 dcera se léčí s hypertenzí 35 let

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžná dětská onemocnění.

Operaci žádnou neprodělal. Hospitalizován nikdy nebyl. V 17 letech měl zlomenou klíční kost při pádu z kola.

Od 40. roku se léčí s hypertenzí.

Farmakologická anamnéza

Amprilan - inhibitory

Rivocor - betablokátory

Sortis - hypolipidemicum

Preductal - cytoprotektivní antiischemikum

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach

Urologická anamnéza

Žádná překonaná urologická onemocnění pacient nemá.

Samovyšetření varlat: Symetrické, velikostně jsou stejné a nebolestivé.

Poslední návštěva u urologa: Pacient ještě nebyl.

Spirituální anamnéza:

Bez vyznávání

Abúzy

Kouření: 10 let už nekouří Alkohol: příležitostně

Káva: 1x denně pouze ráno

Drogy: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Sociální anamnéza

Pacient je už 6 let rozvedený. Žije s jednou z dcer a jejím manželem v rodinném domku. Pracuje jako zedník už několik let a je živnostníkem. Vztahy s dcerami jsou výborné. Má spoustu kamarádů, s kterými se často setkává v jejich oblíbené restauraci kousek od domu.

8.1.2 Vyšetřovací metody

Při přijetí na oddělení byly pacientovi provedeny vyšetřovací metody - rentgenové vyšetření srdce a plíce, sonografické vyšetření břicha, plicní a echokardiologie. Po těchto všech vyšetřeních bylo ještě akutně provedeno kolonoskopické vyšetření.

Abyste mohla být operace provedena, bylo nutné provést ještě interní předoperační vyšetření, zda je pacient schopen operace bez vysokých rizik a anesteziologické vyšetření.

Krevní hodnoty byly v normě. Pouze byl zvýšený bilirubin a jaterní testy. Moč bez zvýšených hodnot.

8.1.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Orientace: plně orientovaný osobou, místem, i časem

Vědomí: plně vědomí, při vědomí

Soběstačnost, pohyblivost: soběstačný

Dýchání: námahová dušnost

Sluch: slyší dobře

Zrak: vidí dobře, brýle nepotřebuje

Dutina ústní, nosní: bez sekrece, sliznice dutiny ústní bez sekrece

Chrup: Horní protéza

Kůže: bez otoku, bez hematomu

Dolní končetiny: bez otoku, varixy nejsou

Úroveň komunikace: bez omezení, řeč jasná a srozumitelná

Úroveň soběstačnosti: částečně soběstačný

Hlava: nebolestivá.

Oči: vidí dobře. Brýle nepotřebuje

Rty: růžové

Jazyk: plazí ve střední krajině bez povlaku

Tonzily: nezvětšeny

Krk: uzliny nezvětšené

Hrudník: symetrický bez deformit

Plíce: dýchání je čisté sklípkové, dech 19 min.

Srdce: srdeční akce je pravidelná. Bez šelestu. TK je 140/80 léčí se s hypertenzí

Břicho: na poklep bolestivé

Játra: nezvětšené

Slezina: nezvětšené

Uzliny: nezvětšené

Páteř: bez deformit

Klouby: bolestivost kloubu neguje

Tabulka 1 - Krevní obraz

Krevní obraz	Naměřené hodnoty	Referenční hodnoty
<i>Leukocyty</i>	<i>10 giga/l</i>	<i>4,00–10,0 giga/l</i>
<i>Erytrocyty</i>	<i>5,32 tera/l</i>	<i>4,5-6,3 tera/l</i>
<i>Hemoglobin</i>	<i>116 tera/l</i>	<i>135-175 g/l</i>
<i>Hematokrit</i>	<i>0,42 %</i>	<i>0,38-0,52 %</i>
<i>Trombocyty</i>	<i>380 giga/l</i>	<i>140-440 giga/l</i>

Tabulka 2 - Biochemie

Biochemie	Naměřené hodnoty	Referenční hodnoty
<i>Urea</i>	6,4 mmol/l	2,7-8,1 mmol/l
<i>Kreatinin</i>	79 mmol/l	64-104 mmol/l
<i>Cl</i>	104 mmol/l	98-107 mmol/l
<i>Na</i>	142 mmol/l	136-145 mmol/l
<i>K</i>	4,9 mmol/l	3,5-5,1 mmol/l
<i>CRP</i>	33 mg/l	0-8 mg/l
<i>ALT</i>	0,40 ukat/l	0,13-0,75 ukat/l
<i>AST</i>	0,31 ukat/l	0,22-0,60 ukat/l
<i>GMT</i>	1,10 ukat/l	0,17-1,25 ukat/l
<i>ALP</i>	2,17 ukat/l	0,50-,20 ukat/l
<i>Bilirubin</i>	9 umol/l	3-21 umol/l

Tabulka 3 - Koagulace

Koagulace	Naměřené hodnoty	Referenční hodnoty
<i>Quick</i>	1,05	0,80-1,20
<i>APTT</i>	27,2	25,0-45,0

Tabulka 4 - Moč sediment, chemicky

	Naměřené hodnoty	Referenční hodnoty
<i>Ph</i>	5,0	5,0-6,0
<i>Bílkoviny</i>	1 arb.j	0 arb.j
<i>Glukosa</i>	0 arb.j	0 arb.j
<i>Ketolátky</i>	0 arb.j	0 arb.j
<i>Urobilinogen</i>	0 arb.j	0 arb.j
<i>Bilirubin</i>	0 arb.j	0 arb.j

	Naměřené hodnoty	Referenční hodnoty
<i>Krev</i>	<i>0 arb.j</i>	<i>0 arb.j</i>
<i>Leukocyty</i>	<i>0 arb.j</i>	<i>0 arb.j</i>
<i>Nitryty</i>	<i>0 arb.j</i>	<i>0 arb.j</i>

Použité katétry:

Spádový redonův drén zaveden v den operace 14. 8. 2014, odstraněný 3. pooperační den. Periferní žilní katétr v levé horní končetině, další prepíchnutí podle potřeby.

8.1.4 Hodnotící škály

Barthelové test základních všedních činností

Před operací 100 bodů, nezávislý

Po operaci 65 bodů, lehká závislost

Při propuštění 90 bodů, lehká závislost

Hodnocení rizika pádu

Před operací 1 bod, bez ohrožení

Po operaci 2 body, bez ohrožení

Při propuštění 1 bod, bez ohrožení

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Před operací 32 bodů, není nebezpečí vzniku dekubitů

Po operaci 26 bodů, lehké riziko vzniku dekubitů

Při propuštění 31 bodů, není nebezpečí vzniku dekubitů

Klasifikace tromboflebitid dle Maddona

Po operaci 0 bodů, bez vzniku infekce

Při propuštění 0 bodů, bez vzniku infekce

Nutriční stav

Před operací 4 body, informovaná nutriční terapeutka

Po operaci 3 body, informovaná nutriční terapeutka

Při propuštění 3 body, pacient poučen nutriční terapeutkou

8.1.5 Léčba

11. 8. 2014 byla provedena cékostomie.

Premedikace: 11. 8. 2014 operační den: nic per os, klid na lůžku, bandáže DK, Dolsin 100 mg s. c.

Po výkonu pacient po výkonu nemohl přijímat nic per os, proto měl zavedený periferní žilní katétr. Při příjezdu na oddělení z operačního sálu byl podán kyslík 3 l min. Kyslík byl podán maskou. Pravidelně jsem zvlhčovala dutinu ústní zvlhčenou štětičkou.

Po operaci pacient nemohl přijímat nic per os, proto měl zavedenou infuzní terapii. Byl mu podáván Plasmalyte s Glukosou 1000 ml po dobu dvou dnů.

Dále dostával antiulceróza Nolpazu 40 mg do Fyziologického roztoku 100 ml. Na bolest dostával analgetika v podání Novalginu 2 ml do Fyziologického roztoku a Analginu 5 ml. Při větších bolestech dostával Dipidolor 15 mg intramuskulárně maximálně po 6 hodinách. Každý den v 19 hod. mu byl aplikován Fraxiparine 0,3 j. subcutálně do břicha z důvodu prevence trombózy.

Při nespavosti si mohl brát Zolpidem 1 tabletu večer. Při zvracení měl naordinován Torecan intravenózně. Ten, ale nepotřeboval.

V den operace měl pacient od anesteziologa naordinováno měření fyziologických funkcí (tlak, puls a teplotu). Měl normální hodnoty.

Druhý den již měl dietu čaj, mohl tedy přejít na perorální medikaci - léky Amprilan, Preductal i Rivocor.

Třetí den po operaci měl naordinovanou šetřící dietu č. 2.

Medikamentózní léčba

Infuzní terapie: *Plasmalyte* s Glukosou 5% 1000 ml, Fyziologický roztok 100 ml

Analgetická terapie: *Dipidolor* 15 mg i. m., *Dolsin* 100 mg s. c., *Novalgin* 2 ml i. v.,
Analgin 5 ml i. m.

Antikoagulační terapie: *Fragmin* 0,3 ml s. c. denně.

Antiulcerózní terapie: *Nolpaza* 40 mg. i. v. dvakrát denně.

Hypnotikum: *Zolpidem* 1 tbl. při nespavosti večer.

Chirurgická léčba: 1. den hospitalizace byla pacientovi provedena kolostomie.

9 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL M. GORDONOVÉ

Použitím tohoto modelu byl zhodnocen funkční typ zdraví u dospělého nemocného. Tento model byl zvolen jako vhodný vzhledem k mentálnímu statusu mého pacienta. Jedná se o vstupní vyšetření při přijetí k hospitalizaci ze dne 11. 8. 2014. Tyto informace byly získané rozhovorem, pozorováním a z dokumentace, která byla k dispozici.

1. Vnímání zdravotního stavu

Pacient byl v minulém roce několikrát lehce nachlazen, jinak nestonal. Na hypertenzi se léčí v posledním roce. Chodí na pravidelné kontroly. Na konci léta loňského roku se u pacienta začaly objevovat problémy s vyprazdňováním stolice. Pacientovi zpočátku dělalo problém komunikovat o těchto problémech, ale po chvíli začal hovořit o své nemoci i rakovině, která mu byla diagnostikována, přičemž mi sdělil, že jej naživu drží rodina a vnoučata. Nekouří, alkohol příležitostně.

Použitá měřicí technika: Numerická škála bolesti – intenzita č. 3.

Ošetřovatelský problém: 0

2. Výživa a metabolismus

Pacient za běžných okolností nemívá se stravováním žádné problémy. Donedávna se nestravoval příliš kvalitně, v jídelníčku byla převaha tučných a sladkých jídel. Denní příjem tekutin se pohyboval okolo 2 litrů za 24 hodin. V současné době při hospitalizaci v nemocnici, pacient přijímá dietu č. 2 - šetřící, denní příjem tekutin je 1000 ml per os, na doplnění minerálních látek a tekutin je lékařem naordinována infuzní terapie. Chuť k jídlu má dobrou, nechutenstvím v nemocnici netrpí. Pacient má rád zeleninu i ovoce, dává přednost kuřecímu masu a zvěřině. Chrup je stálý, v posledním roce udává zvýšenou kazivost zubů, na pravidelné lékařské prohlídky chodí 1krát ročně. V posledním půlroce zhubl asi 11 kg.

Použitá měřicí technika: Nutriční anamnéza

Ošetřovatelský problém: Nutriční skóre zvýšené

3. Vylučování

S vylučováním stolice neměl pacient v minulosti žádné potíže. Na stolicí chodil pravidelně 1krát denně. V posledním roce se začaly vyskytovat problémy se stolicí, nejprve se objevily při defekaci bolestivé tenesmy, časté nucení na stolicí, které byly ukončeny drobným vyprázdněním stolice. Střídala se období zácpy, kdy klient byl na stolicí asi 1krát za týden s obdobím průjmů, kdy chodil na stolicí až 10krát denně. Nyní udává, že stolice byla naposledy před 5 dny. S močením také pacient nikdy problémy neměl. Moč pacienta má fyziologické hodnoty, barva jantarově žlutá, bez příměsí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Zácpa před operaci.

4. Aktivita a cvičení – spánek a odpočinek

V minulosti pacient neprovozoval žádné výrazné pohybové aktivity. Občas chodil s přáteli na krátké procházky. Od počátku roku pociťoval slabost, často se cítil unavený. I přesto byl pacient před operačním výkonem zcela soběstačný i v základních činnostech. S fyzicky náročnějšími úkony potřeboval menší pomoc. Doma pacient potíže s usínáním nemá. Vydrží spát i 14 hodin nepřerušovaně. Spánek je u pacienta kvalitní pouze v domácím prostředí. Při spaní je zvyklý na chladnější prostředí a čerstvý vzduch. Nejlépe se mu spí v zimním období. V nemocnici má pacient potíže s usínáním.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Únava a problém se spaním.

5. Vnímání, poznání

Úroveň chápání byla u nemocného v předoperačním období zcela v pořádku. Správně chápal všechny informace podané lékařem, a pokud měl určité pochybnosti, vždy se zeptal. Reakce nemocného byly přiměřené a přiléhavé.

V současné době je orientován místem, časem a osobou. Mluví souvisle, ve větách, projev je klidný. Z kompenzačních pomůcek klient používá brýle na čtení, které má u sebe, jinak žádnou poruchu smyslového vnímání (sluch, čich, hmat) nezaznamenáváme. Klient zná důvod operace a hospitalizace.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

6. Sebepojetí

Období od přesného diagnostikování nemoci prožíval s obavami. Bolesti břicha ho postupně omezovaly i v nenáročných úkonech. Pacient má strach z budoucnosti, neví, jak bude zvládat sám ošetření stomie v domácím prostředí a ze sociální izolace z důvodu zápachu ze stomie. Říká o sobě, že je pozitivní člověk, který neztrácí naději a který byl až do doby operace se založením stomie se sebou spokojen. Zavedení stomie vnímá jako nutný chirurgický zákrok, zatím není dostatečně seznámen s péčí o stomii a používáním stomických pomůcek. Závažnost svého onemocnění si plně uvědomuje.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Strach, nemocniční prostředí

7. Role, vztahy

Pacient bydlí v rodinném domku se svou dcerou a jejím manželem a se 2 vnoučaty. Mají velikou zahradu. Takto mu to vyhovuje. S druhou dcerou se navštěvuje několikrát do měsíce. Má velice kladný vztah s rodinou. V Beskydech mají chatu, kam jezdí velice často. Nejraději se na chatě zdržuje v chladném prostředí.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

8. Sexualita

Pacient říká, že už má splněno. Má dvě dcery. Je rozvedený a momentálně bez přítelkyně. Tvrdí, že má bohužel překážku (stomii), má strach z reakce, kdyby ji uviděla přítelkyně. Potíže s prostatou nemá.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

9. Zvládání zátěže

Je bez stresu, ale myslíme si, že neříká pravdu. Velice ho rozrušilo, když mu bylo řečeno, že po operaci dostane stomii. Byl silně nervózní a velice stručně odpovídal na

kladené otázky. Rodina je pro něho velkou oporou a ví, že se na ně může spolehnout. Při příjmu, byla přítomna i jedna jeho s dcer.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Strach.

10. Životní hodnoty

Klient je bez náboženského vyznání. Plány do budoucnosti má jasné – uzdravit se, pomáhat blízkým, být někomu v něčem užitečný.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11. Bezpečnost, ochrana

Pacient se cítí bezpečně, když je doma, na své zahradě a se svojí rodinou a s přáteli, které zná. V nemocnici se bezpečně necítí, protože je poprvé hospitalizován a vůbec netuší, jak to chodí v nemocnicích.

Kůže je bez známek defektů, pouze na levé horní končetině je narušena zavedením PŽK. Kožní turgor je přiměřený, rty jsou mírně oschlé, nehty a vlasy jsou normální.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce.

12. Komfort

Při příjmu měl pacient bolesti břicha, které hodnotil na stupnici VAS číslem 3. Pacient snáší bolest břicha zatím klidným způsobem. Běžnou bolest jako je bolest hlavy, zubů snášel vždy bez problémů.

Vůbec netuší, jak bude se stomií žít.

Použitá měřicí technika: Numerická škála bolesti – intenzita č. 3.

Ošetrovatelský problém: Bolest břicha.

13. Jiné (růst a vývoj)

Růst a vývoj pacienta je fyziologický. Vrozené vývojové vady nemá.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

9.1 Situační analýza ke dni 11. 8. 2014

Pacient XX byl akutně přijat na chirurgické oddělení v Rokycanské nemocnici a. s. z důvodu trvající bolesti břicha. Pacient si stěžuje dva dny na bolesti břicha. Při první návštěvě ambulance odmítá hospitalizaci na chirurgickém oddělení z důvodu strachu z nemocničního prostředí. Při druhé návštěvě byl už pacient rovnou hospitalizován. Po všech akutních vyšetření, byla zjištěna překážka na tlustém střevě. Tento problém se ihned začal řešit. Jiné zdravotní problémy pacient neudává. Pacient byl akutně indikován k operačnímu výkonu. Byl mu zaveden PŽK. Hodnota krevního tlaku 145/90 byla mírně zvýšená. Naměřený pulz 78/minutu je pravidelný. Tělesná teplota 36,6 °C také normální hodnota. Pacient je orientován, soběstačný a je informován o léčebném postupu.

10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz byla použita didaktická pomůcka NANDA internacionál, Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014. Ošetřovatelské diagnózy jsou stanoveny podle priorit pacienta.

- **Aktuální**

- Strach (00148)
- Zácpa (00011)
- Akutní bolest (00132)
- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)
- Únava (00093)
- Nespavost (00095)
- 12. 8. byl pacient operován a ke stanoveným ošetřovatelským diagnózám jsme po novém posouzení pacienta aktuálně přiřadili porušenou integritu tkáně (00044)

- **Potenciální**

- Riziko infekce (00004)

10.1 Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky: uvádí obavy, uvádí strach, uvádí zvýšené napětí

Kognitivní: snížená schopnost řešit problémy

Behaviorální: vyhýbavé chování

Fyziologické: únava

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. první hospitalizace)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient se uklidnil a byl bez stresujících situací.

Krátkodobý cíl: Pacient si po rozhovoru se všeobecnou sestrou a lékařem uvědomoval příčinu strachu a začal se uklidňovat a mluvil o svém strachu.

Očekávané výsledky:

Pacient je schopen o svém strachu mluvit do 2 dnů.

Pacient přestane mít strach a začne vyjadřovat své pocity do 3 dnů.

Plán intervencí:

1. Naslouchej pacientově obavám před i po operaci (všeobecná sestra).
2. Uznej normálnost strachu a dovol pacientovi vyjádřit své pocity (všeobecná sestra) denně.
3. Dej pacientovi příležitost k otázkám (všeobecná sestra, lékař).
4. Uklidňuj pacienta (všeobecná sestra) denně.
5. Snaž se s pacientem mluvit trpělivě (všeobecná sestra) denně.

Realizace: od 11. 8. do 17. 8.

1. den hospitalizace. Pacient při přijetí na oddělení má velký strach. Je v nemocnici hospitalizován poprvé, a tak neví, co se s ním bude dít. Je seznámen s ošetrovatelským plánem a léčebnou péčí. Lékař mu vysvětluje postup operace. Pacient se zklidňuje.

2.-3. den Pacient je po operaci. Teď má strach, že se nezvládne o stomii starat. Má pocit nejistoty, beznaděje. Zvládnout strach mu hodně pomáhají jeho dvě dcery, které ho navštěvují každý den a zdravotnický personál.

4.-6. den Pacient si poprvé sám ošetřil stomii za dohledu zdravotnického personálu a zvládnul to. Při ošetřování začal mluvit o strachu.

7. den Pacient se zklidňuje. Při pohledu na stomii už necítí strach z jejího ošetřování a začíná zvládat péči o stomii sám.

Hodnocení: Pacient po získání všech důležitých informací nemá tak velký strach a uklidňuje se. Oba cíle byly splněny.

10.2 Zácpa (00011)

Doména 3: vylučování a výměna

Třída 2: funkce gastrointestinálního systému

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený nebo nekompletním odchodem stolice.

Určující znaky: bolesti břicha, vzedmuté břicho, celková únava

Související faktory: mechanické – tumory, fyziologické – snížená motilita gastrointestinálního systému

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Obnovit fungování střev do konce hospitalizace. Pravidelnost stolice do stomického sáčku.

Krátkodobý cíl: Do dvou dnů dojde k odchodu stolice do stomického sáčku.

Očekávané výsledky:

Pacient bude mít zajištěnou dostatečnou hydrataci organismu po celou dobu hospitalizace.

Pacient bude mít zajištěnou vhodnou dietu po celou dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Zajisti dostatečnou hydrataci organismu (všeobecná sestra, lékař).
2. Dostatečně pečuj o okolí somie a operační rány (všeobecná sestra).
3. Sleduj odchod stolice do stomického sáčku (všeobecná sestra).

4. Vše zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra, lékař).
5. Zjisti frekvenci a konzistence stolice po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra).

Realizace od 11.8 do ukončení hospitalizace:

1.-5. den. U pacienta je sledovaná frekvence stolice, konzistence. Po každé stolici je důkladně ošetření v místě stomie.

6.–10. den. Stolice je pravidelná. Pacient si sám kontroluje odchod stolice do stomického sáčku. Po každé stolici si pacient sám ošetřuje okolí stomie. Pacientovy jsme zajistili konzultaci s nutriční terapeutkou.

Hodnocení: Pacient se vyprazdňuje pravidelně do stomického sáčku. Stolice má fyziologickou konzistenci. Cíle byly splněny.

10.3 Porušena integrita tkáně (00044)

Doména 11: bezpečnost/ochrana

Třída 2: fyzické poškození

Definice: Poškození kůže nebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň (např. kůže, podkoží)

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Pacient má zahojenou operační ránu per priman do konce hospitalizace. Pacient okolí stomie má klidné do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Operační rána bude bez infekce během hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacient má denně převazy.

Operační rána bude udržovaná v suchu denně.

Pacient je informován o počátečních komplikacích denně.

Plán intervencí:

1. Kontroluj operační ránu a okolí stomie denně (všeobecná sestra).
2. Prováděj ošetření operační rány septicky denně (všeobecná sestra).
3. Asistuj lékaři u převazu operační rány denně (všeobecná sestra).
4. Informuj lékaře o sponzorovaných možných komplikacích denně (všeobecná sestra).
5. Informuj pacienta o počátečních komplikacích denně (všeobecná sestra).
6. Udržuj lůžko v čistotě a v suchu denně (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
7. Ošetření stomie prováděj asepticky denně (všeobecná sestra).

Realizace: od 12.8 do ukončení hospitalizace

2.–3. den. Převazy jsou prováděny asepticky, bez komplikací. Při převazu jsem sledovala operační ránu, okolí stomie a vše zdokumentovala.

4.–8. den. Pacient je poučen, aby si při ošetření stomie pokaždé umyl ruce. Pacient si začíná ošetřovat stomii pod dohledem všeobecné sestry.

8.–10. den. Operační rána se hojí per primam, okolí stomie je bez komplikací.

Hodnocení: Pacient dodržuje hygienu, zná možné počáteční komplikace. Operační rána se hojí per primam. Krátkodobý cíl je splněn, dlouhodobý cíl přetrvává do propuštění.

10.4 Akutní bolest (00132)

Doména 12 : Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky: pozorované známky bolesti, bolest, narušení vzorce spánku, podrážděnost

Související faktory: akutní tělesné postižení

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Pacient nemá bolest nebo má bolest na nejnižší úrovni do konce dobu hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient našel vhodnou polohu a včasným podáním analgetik se zmírní bolest do 1 hodiny.

Očekávané výsledky:

Pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 1 hodiny.

Pacient bude znát a využívat dovednosti nefarmakologické léčby bolesti do 1 hodiny.

Pacient bude znát metody, jak zmírnit bolest do 1 hodiny.

Plán intervencí:

1. Stanov u nemocného ošetřovatelskou diagnosu bolesti (všeobecná sestra) do 30 minut od vzniku bolesti.
2. Informuj pacienta o úlevové poloze (všeobecná sestra) do 1 hodiny.
3. Pozoruj pacientovy neverbální projevy při každé ošetřovatelské péči (všeobecná sestra).
4. Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek a zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra).
5. Všímej si chování pacienta a jeho změn (všeobecná sestra) při každém kontaktu s pacientem.
6. Sleduj fyziologické funkce denně, které se při bolesti mění (všeobecná sestra).
7. Pobízej k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí a pečuj o jeho pohodlí (všeobecná sestra) denně.
8. Respektuj pacientovo vnímání (všeobecná sestra) při každém kontaktu s pacientem.
9. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky vždy po podání analgetik (všeobecná sestra).

Realizace: od 11. 8. do 16. 8.

1. den hospitalizace. Před operací pacient hodnotí bolest na stupnici VAS číslem 3. Byl proto informován lékař a pacientovi ordinoval injekci Analginu intramuskulárně. Po aplikaci Analginu za 40 minut pacient cítí úlevu a bolest hodnotí dle VAS číslem 1. Po operaci má pacient na bolest ordinován Dipidolor 2 ml. po 6 hodinách a mezitím Novalgin 2 ml ve 100 ml Fyziologického roztoku. Bolest se drží na stupnici VAS mezi 2-4.

2.-3. den. Po operaci pacient v klidu hodnotí bolest č. 2 dle VAS, analgetika nevyžaduje, i přesto je edukován o naordinovaném podání analgetik. Pacient je přes den odmítá. Před spaním ve 21:30 bolest hodnotí č. 4, aplikován Dipidolor 2 ml intramuskulárně. Po 40 minutách dochází k úlevě. Dle VAS č. 2.

4.-6. den. Pacient je bez bolesti. Analgetika již nepodávána. Pacient během dne čte knihy. Využívá úlevové polohy.

Hodnocení: V průběhu operačního dne byla nemocnému podávána analgezie. Podle VAS byla bolest hodnocena 4. až 6. stupněm. Po opakovaném podání analgezie bolest ustoupila, podle VAS byla bolest hodnocena 2. stupněm. V průběhu pooperačních dnů nemocný používal nefarmakologické možnosti mírnění bolesti v podobě úlevové polohy v polosedě. Oba cíle byly splněny.

10.5 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

Určující znaky: pacient má bolesti břicha, ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy.

Související faktory: neschopnost vstřebat živiny, neschopnost strávit potravu.

Priorita: nízká

Dlouhodobý cíl: Pacient se naučí, jak si správně bude připravovat vhodné potraviny. Pacient dosáhne do 2 týdnů přírůstku na váze

Krátkodobý cíl: Pacient dostane více enterální výživy a dosáhne zvýšené chuti do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient bude informován o dietě, kterou bude dostávat.

Pacient si vše bude zaznamenávat do nutriční dokumentace.

Pacient bude plně informován o enterální výživě i o doplňcích stravy.

Plán intervencí:

1. Konzultuj vše s nutriční terapeutkou – ihned (všeobecná sestra).
2. Umožni pacientovi jídelníček s vhodným výběrem jídla - denně (všeobecná sestra, nutriční terapeut).
3. Kontroluj, zda pacient snáší veškerá podaná jídla – denně (všeobecná sestra).
4. Pouč pacienta, ať si vše zaznamenává do nutriční dokumentace – ihned (všeobecná sestra).
5. Nech pacienta zvážit a informuj lékaře o váze – ihned (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

Realizace od 11. 8. do 17. 8.

1den hospitalizace: Pacient po operaci má zajištěnou parenterální výživu.

2.–3. den. Pacient je poučen o změně jídelníčku. Pacient se začíná zatěžovat stravou. Snáší ji bez problémů.

4.–7. den. Pacient dostává dietu číslo 2 – šetřící + přídavky. Pacient vše konzultuje s nutriční terapeutkou tak, aby mu chutnalo a byl s jídlem spokojený. Pacient změny v jídelníčku snáší dobře.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient se stravou byl spokojený, pochvaloval si ji, a podané jídlo dobře snášel. Dlouhodobý cíl nebyl zcela splněn. Pacient při propuštění do domácího ošetření přibral na váze pouze 1,5 kilogramu.

10.6 Únava (00093)

Doména 4: Aktivita, odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky: pacient uvádí snížení výkonu, pacient uvádí ospalost, pocit uvádí pocit únavy.

Související faktory: špatný fyzický stav, nedostatek spánku

Priorita: nízká

Dlouhodobý cíl: pacient se necítí unavený do 1 týdne.

Krátkodobý cíl: Pacient nebude unavený a bude bez ospalosti do 2 až 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient provádí denní činnosti dle možností.

Pacient má dostatek odpočinku i během dne.

Pacient zná příčiny, které mu způsobují únavu do 24 hodin.

Pacient nemá narušený spánek denně.

Plán intervencí:

1. Zajímej se o celkový stav pacienta po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra).
2. Pozoruj fyzické známky únavy pacienta po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra).
3. Vytvářej vhodné prostředí (pacientův pokoj) ke zmírnění únavy – úprava lůžka, každý den (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
4. Motivuj pacienta k denním aktivitám, které jsou v jeho síle 2x denně po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra, ošetřovatelka).

5. Připomínej pacientovy, aby své povinnosti prokládal odpočinkem k omezení únavy, během hospitalizace (všeobecná sestra).

Realizace od 11.8 do 16.8

1. den hospitalizace. Pacient se cítí před operací unavený.

2-3. den. Pacient se pomalu zapojuje do denních aktivit. Snaží se pravidelně odpočívat.

3.-6. den. Pacient je bez únavy. Zvládá denní aktivity, na kterých se podílí.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientovi se zvýšila energie a únava již nebyla. Pacient se zapojil během dvou dnů do denních aktivit. Dlouhodobý cíl byl splněn do 1 týdne. Pacient nebyl unavený.

10.7 Nespavost (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování (organizmu)

Určující znaky: pacient uvádí změny nálad, pacient uvádí zhoršenou kvalitu života, pacient pozoruje změny emocí, pacient uvádí potíže se spaním, pacient uvádí potíže s usínáním, pacient uvádí nedostatek energie, pacient uvádí, že mu spánek nedodává dostatečnou energii

Související faktory: úzkost, strach, přerušovaný spánek

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient konstatuje zlepšení kvality spánku do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient bude spát 8 hodin bez přerušení do 4 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient bude spát bez narušení spánku 8 hodin.

Pacient pochopí příčinu poruchy spánku do 1 hodiny.

Ke zlepšení spánku dojde do 2 dnů.

Plán intervencí:

1. Posuď příčinu vedoucí k nespavosti (všeobecná sestra) do 1 hodiny.
2. Postarej se před spaním o klidné prostředí a přiměřený komfort (všeobecná sestra).
3. Minimalizuj rušivý vliv nemocničního prostředí před spaním (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
4. Zajisti pohodlí pacienta vhodným typem lůžka (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
5. Doporuč využití pomůcek usnadňujících usnutí (špunty do uší) před spaním (všeobecná sestra, ošetřovatelka).
6. Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a kontroluj jejich účinek (všeobecná sestra) do 1 hodiny po podání.

Realizace: od 11. 8. do 15. 8.

1. den hospitalizace. Po operaci dostal hypnotika naordinované anesteziologem. Pacient udává 8 hodin spánku bez narušení.

2.-3. den. Pacient uvádí po podání hypnotik halucinace, proto jsou vysazena dle lékaře.

4.-5. den. Pacient spí bez hypnotik 6 až 8 hodin denně. Pro lepší usínání byl vyvětrán pokoj a bylo doporučeno využití pomůcek pro snadnější usínání.

Hodnocení:

Po 3 dnech došlo k úpravě spánku jen částečně. Po podání hypnotik nemocný spal celou noc, ale stěžoval si na halucinace. Hypnotika vysazena a od 5. dne pacient spal celou noc. Oba cíle byly splněny.

10.8 Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy

Rizikové faktory: nedostatečná primární ochrana-porušená kůže, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: U nemocného nedojde ke vzniku infekce z oblasti periferního žilního katétru a Redonova drénu do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: V operační ráně nedojde k infekci během hospitalizace.

Očekávané výsledky:

Pacient nemá žádné známky infekce po celou dobu hospitalizace.

U pacienta nedojde ke vzniku dalších defektů po celou dobu hospitalizace.

Pacient zná některé dostupné metody prevence do 24 hodin.

Plán intervencí:

1. Kontroluj denně místa i. v. vstupu, denně (všeobecná sestra).
2. Prováděj výměnu katétru dle potřeby, nejpozději každé 3 dny (všeobecná sestra).
3. Kontroluj denně stav operační rány (všeobecná sestra).
4. Chraň pacienta před nozokomiálními infekcemi, denně (všeobecná sestra).
5. Dodržuj aseptický postup při převazech dle standardu pracoviště a proved' záznam do dokumentace, denně (všeobecná sestra).

Realizace 11. 8. do 16. 8.

1. den hospitalizace. Pacientovi byl na oddělení asepticky zaveden PŽK. Po operaci měl zaveden drén na spád z operačního místa. Operační rána byla klidná.

2. den. PŽK je průchodný bez známek infekce. Drén odvádí sekret bez nežádoucích příměsí. Převaz operační rány se provádí dle potřeby, minimálně jednou denně. Operační rána je klidná bez známek infekce.

3. den. PŽK je odstraněn, v místě vpichu bez známek infekce. Drén je ponechán. Operační rána je bez komplikací.

4. den. Drén je odstraněn. Operační rána se hojí per primam.

5.-6. den. Operační rána je klidná bez známek komplikací.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. U pacienta nedošlo k žádným infekcím a neobjevily se žádné komplikace. PŽK a drén byl pravidelně kontrolován a nedošlo u pacienta ke vzniku infekce. Operační rána se hojila bez komplikací. U dlouhodobého cíle přetrvává intervence 3, 4 a 5

10.9 Celkové shrnutí ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče byla realizovaná na chirurgickém oddělení. Získané informace byly podány od pacienta, rodiny, zdravotnického personálu a z lékařské dokumentace. Bylo stanoveno 7 ošetrovatelských diagnóz, které byly rozděleny na aktuální a potenciální. S pacientem byla dobrá spolupráce, komunikoval, přistupoval se všemu velice zodpovědně. Při ošetření stomie pacient dělal velké pokroky tak, že si sám dokázal ošetřit stomii i při pohledu na ní. Při propuštění byl vybaven stomickými pomůckami na dobu 3 měsíců. Poté byl informován o návštěvě v Plzni u stoma sestry, kde si bude vyzvedávat stomické pomůcky k ošetření stomie. Přínosem ošetrovatelského procesu byla spolupráce s rodinou, která pacienta podporovala. Pacient byl s pobytem v nemocnici spokojen a hodnotil vše kladně.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na podkladě poznatků a vlastních zkušeností z praxe na chirurgickém oddělení v Rokycanské nemocnici a studia odborné literatury předkládáme doporučení pro pacienty, rodinu a všeobecné sestry. Je potřeba, aby se zdravotníci v oboru chirurgie neustále vzdělávali a využívali nejnovější postupy v péči o pacienty. Velká a důležitá spolupráce je mezi lékaři a sestrami.

Doporučení pro pacienty

- nepodceňovat bolesti břicha
- při zdravotních potížích ihned vyhledat lékařskou pomoc
- chodit na pravidelné preventivní kontroly
- pacient by měl dodržovat veškeré doporučení od lékaře a zdravotního personálu
- pacient by měl pečovat o stomii dle doporučení od stoma sestry
- pacient by měl pečovat o jizvu dle doporučení lékaře a zdravotního personálu

Doporučení pro rodinu

- rodině poskytovat dostatek informací
- rodina by měla pacientovi pomáhat po stránce psychické
- povzbuzovat pacienta po celou dobu léčby i po ní
- motivovat pacienta po celou dobu hospitalizace

Doporučení pro všeobecné sestry

- všeobecná sestra by měla motivovat pacienty a rodinu
- všeobecná sestra by měla naslouchat pacientovi a nechat projevit jeho emoce
- umožnit edukaci i v přítomnosti rodiny
- dodržovat aseptické postupy
- seznámit a ukázat veškeré pomůcky k ošetření stomie

- spolupracovat se zdravotním personálem, rodinou i pacientem
- nepodceňovat výskyt emočních reakcí
- celoživotně se vzdělávat odborných seminářů pro zdravotní personál

Domníváme se, že na základě zjištěných informací by bylo vhodné vytvoření standardu ošetrovatelské péče o stomie.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabýváme pacientem s kolostomií, který se špatně vyrovnával a smířoval se stomií. Hlavním cílem ošetrovatelské péče o stomického pacienta je pomoci mu, co nejdříve dosáhnout dobrého zdravotního stavu, fyzického i psychického. Důležité je snažit se pacientovu psychiku začít ovlivňovat už v předoperačním období, připravit pacienta na rozebírání svých pocitů, myšlenek a vnímání. 6 den po operaci pacient už nebyl tak vystrašený a neměl pocit beznaděje, byl schopný pochopit, ale hlavně se vyrovnat se změnami na svém těle. Pomoc pacientovi vyrovnat se stomií je stejně důležité, jako naučit ho ji ošetřovat. Cílem bakalářské péče byla aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta s kolostomií, v rámci jeho realizace jsme usilovali o pomoc se zvládnutím této náročné situace i uplatněním edukačního procesu. Toto se nám podařilo splnit, pacient byl, při propuštění do domácího ošetření, schopen si ošetření stomie provádět zcela sám.

Každý pacient, u kterého bylo indikováno založení stomie, absolvuje edukaci ve speciálních ambulancích, kde je proškolený zdravotnický personál a jehož úkolem je zodpovědět každý pacientův dotaz. Tyto ambulance jsou velice důležité pro zvládnutí této problematiky a pacientovi pomohou vypořádat se s tímto nelehkým handicapem.

Před každou operací je velice důležité pacienta informovat o veškerých úkonech, s tímto výkonem spojených. Lékař si přesně zakreslí místo založení stomie s přihlédnutím k pacientovu pohodlí v dalším životě a hlavně pro bezproblémovou aplikaci pomůcek. Bohužel v mnoha případech se tak neděje, což nám, sestřám, komplikuje práci při ošetřování. Následně je pak zapotřebí použití více prostředků a pomůcek při ošetření stomie a udržení neporušené kůže v okolí stomie. V důsledku této potencionální komplikace se stává léčba finančně náročnější a pro pacienta více stresující a návrat do společnosti problematičtější.

U ošetřovaných pacientů se může projevit neochota a nezájem ke spolupráci. Své pocity mohou vyjadřovat velice negativně a impulzivně. Průběh této nemoci jsou silně ovlivněni psychickým stavem, náladou a obavami z budoucnosti. Příčinou tohoto negativního přístupu pacienta bývá nedostatečná informovanost o průběhu nemoci a možnostech stomie. Pacienti špatně zvládají situaci a bývá porušeno sebepojetí.

S negativní reakcí člověka k nemoci by měl každý zdravotník počítat. Jen tak bude moci pochopit, proč někdy pacienti odmítají akceptovat lékařskou diagnózu a proč nechtějí

spolupracovat se zdravotníky. My, zdravotníci, si mnohdy neuvědomujeme fakt, že nemocný ještě nepřekonal odpor k nemoci a brání se své nové roli v životě, což se může právě projevat negativismem, neklidem, impulzivním chováním až agresivitou. Proto je důležité snažit se v průběhu hospitalizace s pacientem správně komunikovat, poskytnout mu oporu a získat si jeho důvěru, která je velice důležitá pro další spolupráci. Při rozhovoru se snažíme vystupovat klidně, ne povýšeně a s pohotovými reakcemi. Důležitá je edukace po celou dobu hospitalizace.

Prožívání nemoci u pacienta v okamžiku stanovení a sdělení onkologické diagnózy, může mít několik podob. Pacienti, mohou být silně otřeseni, později se může rozvíjet značné množství psychických traumat a obtíží. Pacienti jsou zasaženi pocitem strachu, beznaděje a nejistoty. Stádia vyrovnání člověka s faktem vlastního onemocnění popsala Elisabeth Kübler-Rossová. Tato stádia se mohou vzájemně překrývat a nemocný se do nich může znovu vracet nebo jimi naopak nemusí projít vůbec. Prochází jimi nejen sám pacient, ale i jeho rodina a blízcí. Přináší to s sebou řadu změn, které je třeba zvládnout, ale život založením vývodu rozhodně nekončí. V dnešní době jsou lékaři a stomasestry schopni naučit pacienty, jak nejlépe využít dostupné pomůcky, upravit životní styl a žít opravdu plnohodnotný život. Výskytem kolorektálního karcinomu je zatížená i Česká republika. V počtu diagnostikovaných onemocnění stojí Česká republika u populace mužů ve světě i v Evropě na 3 místě. Ženy obsazují 15 místo ve světě a v Evropě místo 9. Trvalé postižení a závažné onemocnění představuje pro člověka mimořádnou zátěž. Je zkouškou jak pro pacienta samotného, tak i pro jeho rodinu. Přináší řadu omezení a změn v životním stylu. Velmi důležitá je spolupráce mezi pacientem a členy zdravotnického týmu, důkladná předoperační příprava, minimalizace bolesti, pečlivá edukace pacienta i rodiny, psychická podpora a zajištění vhodné následné péče.

Každý stomik propuštěný z nemocnice potřebuje mít jistotu, že se na zdravotnický personál – sestry, lékaře, odborníky může v klidu a kdykoliv obrátit o radu nebo povzbuzení. A pokud s ním budou tyto odborníci jednat jako člověk s člověkem, má pacient šanci překonat svoje obavy, negativismus a strach.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANON, 2006. *Edukační brožura společnosti Coloplast*. ISBN neuvedeno.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3270-1.

MICHÁLKOVÁ, Helena, 2012. Psychosociální problematika stomiků. In: *Sestra*. Č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404.

MICHÁLKOVÁ, Helena, 2009. Historie a vývoj stomických pomůcek. In: *Sestra*. 3(2), 36-37. ISSN 1210-0404.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2005, *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1443-4.

NEMCOVÁ, Jana, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

NANDA 2012-2014, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. Edice CARE. ISBN 978-80-726-2432-6.

PAILOVÁ, Nad'a, 2008. Výživa stomiků. In: *Sestra*. 18(2), 52. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, Ilona a Radka BUŽGOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2008. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 978-80-86642-47-X.

SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ, 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-01-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II Pediatrie, Chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VALENTA, Jiří, 2007. *Základy chirurgie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-247-1344-4.

VODIČKA, Josef, 2006. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-247-1101-5.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472-068-5.

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473-256-5.

Internetové zdroje

Portál Klinika zdraví. (online). Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz>

Webové stránky Stomici.cz. (online). Dostupné z: <http://www.stomici.cz/>

Webové stránky společnosti Coloplast. (online). Dostupné z: <http://www.coloplast.cz>

PŘÍLOHY

Příloha A – Ošetření stomie

Příloha B - Stomické pomůcky od firmy Dansac

Příloha C - Stomické pomůcky od firmy Coloplast

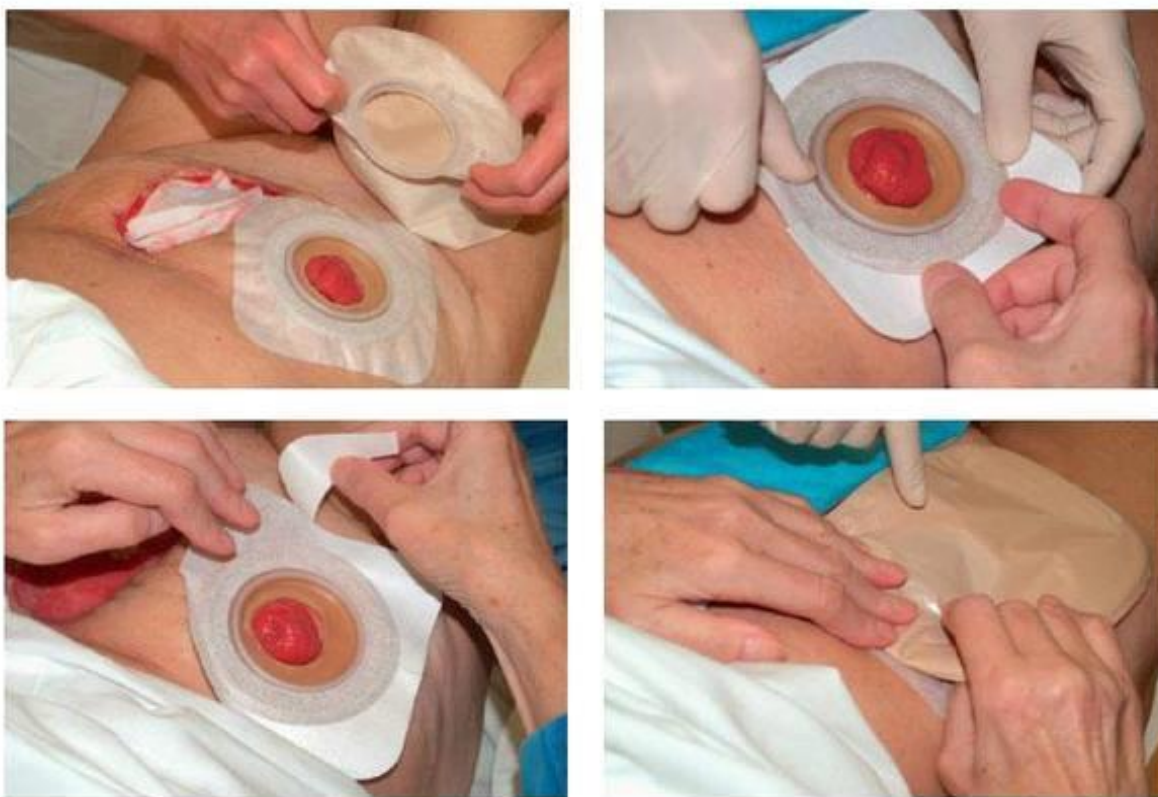
Příloha D - Charta práv stomiků

Příloha E – Rešerše

Příloha F – Protokol provádění sběru podkladů

Příloha A

Ošetření stomie



Obrázek 1 – postup při ošetření stomie

Zdroj: www.coloplast.cz

Příloha B

Stomické pomůcky od firmy Dansac



Obrázek 2 - Stomické pomůcky od firmy Dansac

Zdroj: vlastní zdroj

Příloha C

Stomické pomůcky od firmy Coloplast



Obrázek 1 - Stomické pomůcky od firmy Coloplast

Zdroj: vlastní zdroj

Příloha D

Charta práv stomiků

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby této skupiny tělesně postižených a péči, kterou potřebují. Musí obdržet takovou péči, která jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí, a participovat pro stomika všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemí světa.

Každý stomik má zcela stejná práva jako každý jiný pacient. Stomici mají svoji organizaci, která se jmenuje České ILCO. Dobrovolné sdružení stomiků - sdružení stomiků byla založena ve většině zemí světa.

Posláním ILCO (ileostomie, colostomie) je pomáhat stomikům překonávat psychické, společenské a sociální bariéry, které život se stomií přináší, zvyšovat informovanost z oblasti diagnózy a prevence, ve spolupráci s nemocnicemi poskytovat poradenskou činnost při řešení problému, s obchodními organizacemi zabezpečovat kvalitní stomické pomůcky, organizovat rehabilitačně-rekondiční pobyty. Každý stomik má právo na:

1. Kvalitní informace před operací
2. Vhodně vybrané místo pro stomika
3. Vhodně vytvořenou stomii
4. Kvalitní pooperační ošetrovatelskou péči
5. Psychickou podporu
6. Individuální přístup při edukaci
7. Informace o pomůckách, které jsou k dispozici
8. Informace o způsobu financování
9. Pooperační sledování a poradenskou péči po celý život
10. Využívání výsledků týmové spolupráce všech zainteresovaných zdravotnických pracovníků
11. Informace o poradenství ze strany organizací stomiků a jejich členů

(www.stomici.cz)

Příloha E

Rešerše

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ Bibliografický soupis

Počet záznamů: 38 (vysokoškolské práce-3, knihy-32, články a příspěvky ve sborníku-3 + [4])

Časové rozmezí: 2001 - 2014

Jazykové vymezení: Čeština, slovenština

Druh literatury: Vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku,

Datum: 29. 1. 2015

Citační styl: Harvard Bussiness School Vancouver

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

Klíčová slova: stomie, ošetřovatelská péče, pacient, edukace

Příloha F

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem podklady k bakalářské práci pro praktickou část získala pod názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

podpis