

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO
CHIRURGICKÉ KOREKCI ABDOMINÁLNÍ DIASTÁZY**

Bakalářská práce

PETRA ŠIMKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Uhrová

Praha 2017



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

Šimková Petra
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

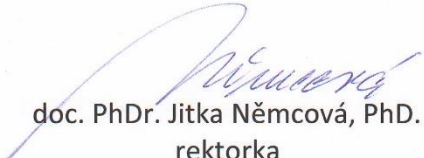
Na základě Vaší žádosti ze dne 18. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci abdominální
diastázy

Nursing Process for Patients after Diastasis Recti Surgery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Uhrová

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Uhrové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

ABSTRAKT V JAZYCE ČESKÉM

ŠIMKOVÁ, Petra. *Ošetrovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci abdominální diastázy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Uhrová. Praha. 2017. 71 s.

V bakalářské práci je řešena problematika diastázy přímého břišního svalu u žen a následná ošetrovatelská péče po indikované chirurgické korekci. V teoretické části je obsažen popis a diagnostika abdominální diastázy a způsoby řešení konzervativní a chirurgické léčby. Podrobněji je rozepsán postup při zvolené chirurgické léčbě. Kazuistika v části praktické je zaměřena na rozbor kompletního ošetrovatelského procesu, který začíná anamnézou pacientky s výraznými vertebrogenními obtížemi a s rozsáhlou abdominální diastázou. Jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy, vybrán a aplikován ošetrovatelský model, prezentován průběh pooperační ošetrovatelské péče a popsána základní edukace a nezbytná pooperační rehabilitace.

Cílem práce je seznámit se s významem správně fungujícího abdominálního svalstva a to nejen jako s problémem estetickým, jak je nejčastěji vnímán, ale také s jeho vlivem na hluboký stabilizační systém těla. Teoretické poznatky jsou využity v případové studii a je zhodnocen vliv specifické a individuální ošetrovatelské péče na celkový zdravotní stav pacientky.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Diastáza. Břišní svaly. Abdominoplastika

ABSTRAKT V JAZYCE ANGLICKÉM

ŠIMKOVÁ, Petra.. *Nursing Process for Patients after Diastasis Recti Surgery*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Uhrová. Prague. 2017. 71 p.

This bachelor thesis deals with the diastasis of the muscles rectus abdominis in women. It deals with a subsequent care after the surgical correction. The theoretical part consists of a description and a diagnostics of an abdominal diastasis, as well as the possibilities of conservative and surgical treatment. Surgical treatment is described in detail. Casuistic can be found in the practical part. It deals with the nursing process starting with the patient's anamnesis concerning noticeable vertebrogenous problems and extensive abdominal diastasis. Nursing diagnosis are specified, nursing model is chosen and applied. Progress of the post-operative nursing care is presented and basic education and necessary post-operative rehabilitation is described.

The aim of the thesis is to familiarize with well-functioning abdominal muscles not only as an aesthetic problem, seen as the most frequent, as well as its influence on the deep stabilizing system of the body. Theoretical findings are used in the case study and the influence of the individual nursing care on the overall patient's health is assessed.

Key words

Nursing care. Nursing process. Diastasis. Abdominal muscles. Abdominoplastics.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 Abdominální diastáza	17
1.1 Vymezení pojmu	17
1.2 Etiologie diastázy	18
1.3 Funkce abdominálního svalstva	18
1.4 Funkce hlubokého zádového svalstva.....	19
1.5 Funkce bránice	19
1.6 Funkce svalů pánevního dna	20
1.7 Hluboký stabilizační systém trupu a páteře	20
1.8 Diagnostika	21
1.8.1 Vyšetřovací metody	21
1.8.2 Měření a hodnocení diastázy přímého břišního svalu	22
1.9 Vliv abdominální diastázy na tělesné systémy.....	22
1.10 Léčba	23
1.10.1 Prevence.....	23
1.10.2 Konzervativní léčba	23
1.10.3 Chirurgická léčba.....	24
1.10.4 Abdominoplastika.....	24
1.11 Ošetřovatelský proces.....	25
1.12 Specifická ošetřovatelská péče u korekce abdominální diastázy	26
1.12.1 Předoperační příprava	26
1.12.2 Činnosti všeobecné sestry v předoperačním období.....	27

1.12.3	Ošetrovateľská pooperačná péče.....	28
1.12.4	Problematika bolesti v pooperačnom období.....	28
1.12.5	Pacientem řízená analgezie	29
1.13	Komplikace operačního řešení	31
1.14	Edukace pacientky o pooperační rekonvalescenci a režimu	31
2	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO CHIRURGICKÉ KOREKCI ABDOMINÁLNÍ DIASTÁZY	32
	DISKUZE	67
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Diastáza

Obrázek 2 Hluboký stabilizační systém páteře a trupu

Tabulka 1 Identifikační údaje

Tabulka 2 Farmakologická anamnéza

Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacientky

Tabulka 4 Posouzení aktuálního stavu lékařem a všeobecnou sestrou

SEZNAM ZKRATEK

ABR	acidobazická rovnováha
ALT	Alaninaminotransferáza (jaterní testy)
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
ASA	klasifikace celkového fyzického stavu před anestezií
AST	Aspartátaminotransferáza (jaterní testy)
ATB	antibiotika
Cl	chlorid
cm	centimetr
CMP	cévní mozková příhoda
CRP	C – reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
EKG	elektrokardiogram
FW	sedimentace
GCS	Glasgow Coma Scale
GIT	gastrointestinální trakt
HAK	hormonální antikoncepce
HIV	lidský virus imunitní nedostatečnosti
HSSP	hluboký stabilizační systém páteře
INR	index krevní srážlivosti
K	draslík
KO + diff.	krevní obraz a rozpočet bílých krvinek

MR	magnetická rezonance
Na	sodík
NOA	neopioidní analgetika
NSA	nesteroidní analgetika
OA	opioidní analgetika
OP	ošetřovatelský proces
PCA	pacientem řízená analgezie
PCEA	pacientem řízená epidurální analgezie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
resp.	respektive
RTG	rentgenové vyšetření
SC	císařský řez
TAT	tetanus
TEN	tromboembolická nemoc
UPT	umělé přerušování těhotenství
USG	ultrasonografie
VAS	vizuální analogová stupnice

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominální	břišní
Agonista	sval vykonávající pohyb v určitém směru
Analgezie	ztráta vnímání bolesti
Anestezie	znecitlivění
Aponeuróza	tenká vazivová blána
Aspekce	vyšetření pohledem
Bilirubin	žlučové barvivo
Dehiscence	rozpad operační rány
Diastáza	rozestup břišních svalů
Dorzální	zadní
Dysbalance	nerovnováha
Dysfunkce	narušená funkce
Epidurální	v místě nad tvrdou plenou
Extenze	natažení
Flexe	ohýbání
Fyziologický	normální, přirozený
Glykémie	hodnota krevního cukru
Hypoventilace	mělké, zpomalené dýchání
Hypoxie	nedostatek kyslíku v tkáních
Incidence	nemocnost
Insuficience	nedostatečnost
Intravenózní	podávaný do žíly
Kapilární	vlásečnicový

Karence	nedostatek látky
Kognitivní	poznávací
Kontraktilita	stažlivost
Korekce	úprava
Kreatinin	ukazatel funkce ledvin
Laterální	boční
Lateroflexe	ohnutí do strany
Linea – alba	vazivová střední čára břicha
Nekróza	invitální tkáň
Oxygenoterapie	léčba kyslíkem
Perioperační	v období okolo operace
Redonovy drény	drenáž operované oblasti
Relaxace	uvolnění
Resutura	opakované sešití rány
Saturace	nasycení krve kyslíkem
Serom	dutina na povrchu pokožky naplněná tekutinou
Sérosanguinolentní	krvavě vodnatý
Synergista	sval, který se zúčastňuje stejného pohybu jako agonista
Synchronní	současný
Transfuze	podání krevních derivátů
Transnazální	podávaný nosem
Urea	močovina
Ventrální	přední

(VOKURKA, HUGO, 2015)

ÚVOD

Chirurgická korekce abdominální diastázy (rozestupu přímých břišních svalů) je výkon spadající do oboru plastické chirurgie. V současnosti je plastická chirurgie spojována nejčastěji s estetickými úpravami „vad“, které svému nositeli nepůsobí obtíže fyzické povahy, nicméně mohou mít negativní vliv na jeho psychický stav nebo snižovat jeho sebeúctu s řadou možných komplikací v jeho životě. Plastická chirurgie je primárně obor zaměřující se na léčbu různých vrozených vad (rozštěpy, vrozené deformity končetin) a získaných vad (léčba následků popálenin, úrazů, pooperačních stavů). Úkolem plastické chirurgie je všechny tyto vady napravit v nejvyšší možné míře a zlepšit tak porušenou funkční schopnost lidského těla, zbavení člověka psychického strádání v důsledku nestandardního vzhledu a samozřejmě také úprava estetického vzhledu dle přání pacienta.

„S rozvojem plastické chirurgie nabývá na významu i stále se rozšiřující spolupráce s ostatními chirurgickými obory – chirurgií, ortopedií, hrudní chirurgií, kardiochirurgií, čelistní chirurgií, otorinolaryngologií a dalšími. (Měšťák, Základy plastické chirurgie, str. 11). Ve 3. století našeho letopočtu velmi podrobně popsal rekonstrukční postupy v obličejí Ind Sušruta. Velmi zajímavé jsou také jeho poznatky k výchově mladých lékařů: Jen spojení chirurgie a medicíny vytváří dokonalého lékaře. Lékař, jemuž se jednoho nebo druhého odvětví nedostává, je podoben ptáku s jedním křídlem.“ (Měšťák, Základy plastické chirurgie, str. 13).

Cílem teoretické části bakalářské práce je obeznámit se základními pojmy týkající se funkce abdominálního svalstva a jejím vlivem na hluboký stabilizační systém těla. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny zejména na specifickou patologii břišní stěny – rozestup přímých břišních svalů – diastázu, příčiny jejího vzniku, diagnostiku a měření. Významný prostor je věnován možným komplikacím spojených s diastázou a možností léčby s orientací na léčbu chirurgickou. V souvislosti se studiem odborné literatury je v závěru teoretické části práce uvedena specifická péče všeobecné sestry v rámci perioperační péče o pacienty po chirurgické korekci abdominální diastázy.

Cílem praktické části této práce je podrobný popis ošetrovatelského procesu u pacientky s diastázou přímých břišních svalů a současným komplikovaným onemocněním páteře. Na základě informací, získaných z anamnézy a celkového nynějšího zdravotního stavu, je zpracován ošetrovatelský proces s ohledem na individuální potřeby pacientky, zahrnující aplikaci ošetrovatelského modelu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru praktické části práce jsou shrnuty všechny získané poznatky a je vytvořeno praktické doporučení pro pacienty a ošetřující všeobecné sestry.

Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

1) Teoretická část:

Cíl 1.

Předložit dohledané publikované poznatky o funkci abdominálního svalstva.

Cíl 2.

Předložit dohledané publikované poznatky o vlivu diastázy přímého břišního svalu na hluboký stabilizační systém trupu.

Cíl 3.

Předložit dohledané publikované poznatky o možnostech léčby abdominální diastázy.

Cíl 4:

Popsat specifické činnosti všeobecné sestry u pacientky po abdominoplastice.

2) Praktická část:

Cíl 1.

Zpracovat kazuistiku u pacientky po chirurgické korekci abdominální diastázy.

Cíl 2.

Na základě analýzy shromážděných dat sestavit ošetrovatelský proces.

Cíl 3:

Tvorba edukačního letáku pro ženy v období po porodu.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Vstupní literatura:

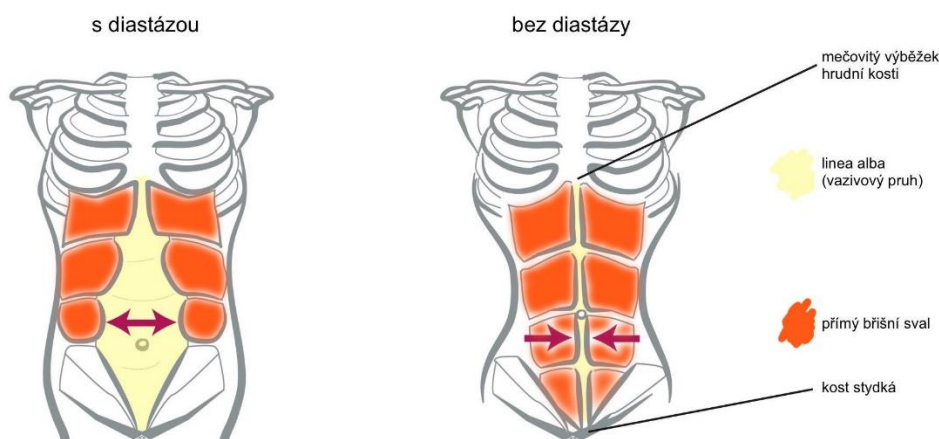
1. BERGEROVÁ, Yvonne, BRYCHTA, Pavel a Jan J. STANEK (eds.). *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
4. ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2
5. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
6. VAN DE WATER A T. M., BENJAMIN DR. Systematic review: Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): A systematic review of their measurement properties and meta-analytic reliability generalisation. *Man Ther.* 2016. doi:10.1016/j.math.2015.09.013

Rešeršní strategie je kombinací různých způsobů hledání v českém a anglickém jazyce - váže se na klíčová slova ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, diastáza, břišní svaly, abdominoplastika, resp. Nursing Care, Nursing Process, Diastasis Recti, Abdominal Muscles, Abdominoplasty. Bylo použito několik vyhledávacích elektronických databází např. Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), databáze BMČ a specializované databáze CINAHL a MEDLINE. Časové rozmezí vydání zdroje bylo stanoveno od roku 2006 do roku 2016 (Příloha E).

1 Abdominální diastáza

1.1 Vymezení pojmu

Břišní svalstvo (mm. abdominis) je tvořeno třemi skupinami svalů – ventrální, dorzální a laterální, jejich svalová vlákna probíhají v každé vrstvě jiným směrem a tím dosahují maximální pevnosti břišní stěny. Abdominální diastáza (diastasis recti) je patologický rozestup přímých břišních svalů (musculus rectus abdominis), které patří do ventrální skupiny břišního svalstva spolu s pyramidovým svalem (musculus pyramidalis). Svaly rectus abdominis jsou spojeny tkání nebo vazivem linea alba – linie, táhnoucí se středem břicha. V důsledku zvýšeného vnitřního tlaku se levá a pravá strana svalu oddělí, uvolněné vazivo linea alba je nedokáže udržet a mezi oběma polovinami se tak vytvoří mezera, která se obvykle táhne od hrudní kosti až k pupku (obr. 1). Oslabené a málo elastické vazivo nezvládne udržet vnitřní orgány ve fyziologické poloze a ty se vzniklou mezerou vyklenují, způsobují povislé břicho nebo vydouvající se pruh v oblasti pupečníku. V případě výrazného oddělení obou listů přímého břišního svalu je břišní stěna překryta pouze peritoneem, ztenčenou fascií, podkožním tukem a kůží (OPLOVÁ, 2006).



Obrázek 1 Diastáza

Zdroj: <http://www.tuplertechnika.cz/diastaza>

1.2 Etiologie diastázy

Za etiologické faktory vzniku diastázy přímého břišního svalu je považována gravidita, vrozená nebo získaná i insuficience vaziva, ztráta pevnosti linea alba vlivem stárnutí, narušený motorický vývoj, porucha aktivace přímého břišního svalu, případně karence vitamínu D nebo respirační nedostatečnost. Abdominální diastáza se může týkat žen, mužů i dětí (KOLÁŘ, 2001), (HODGES, 1999), (PASZKOVÁ, 2004).

1.3 Funkce abdominálního svalstva

Abdominální svalstvo se dělí do tří skupin – ventrální, laterální a dorzální. Ventrální skupina mm. abdominis provádí flexi trupu, mění sklon pánve a spolupůsobí při břišním lisu. Břišní lis je tlak svalů břišní stěny na nitrobřišní orgány, uplatňující se při defekaci, porodu, kašli a kýčání. Svým tahem sklápí žebra a je pomocným výdechovým svalem. Pyramidový sval je uložen uvnitř přímých břišních svalů a napíná linea alba (DYLEVSKÝ, 2009).

Laterální skupinu tvoří zevní šikmý břišní sval (musculus obliquus externus abdominis), tříselný vaz (ligamentum inguinale), vstup do tříselného kanálu (anus inguinalis superficialis). Funkčně je tato svalová skupina synergista přímých břišních svalů, provádí lateroflexi, rotuje páteř s rudníkem na protilehlou stranu a též se účastní břišního lisu. Vnitřní šikmý břišní sval (musculus obliquus internus abdominis) se upíná prostřednictvím aponeurosy do linea alba a jeho funkcí je lateroflexe a rotace na svou stranu. Příčný břišní sval (musculus transversus abdominis) je uložen v nejhlubší vrstvě a přitlačuje útroby, účastní se rotace trupu, břišního lisu a dýchacích pohybů břišní stěny (KITTNAR, 2011).

Nejdůležitějším svalem dorzální skupiny je čtyřhranný bederní sval (musculus quadratus lumborum), jehož funkcí je extenze a lateroflexe páteře, fixuje 12. žebro, které je oporou pro kontrakci bránice a tvoří pevnou a pružnou zadní stěnu dutiny břišní.

Za tímto svalem je hluboký list torakolumbální fascie, který jej odděluje od hlubokého zádového svalstva (ROKYTA, 2015).

Břišní svaly fungují komplexně, různý směr jejich svalových snopců zpevňuje břišní stěnu a určuje polohu orgánů v břišní dutině. Svaly regulují a kontrolují napětí břišní stěny při různých stupních námahy a střídáním břišního tlaku usnadňují odtok krve z žil a míznic na dolních končetinách. Současně se podílejí také na správném držení těla, zdržují fyziologickou bederní lordózu, jsou antagonisty vzpřimovače trupu a optimalizují funkci svalů, jdoucích z trupu na dolní končetinu (KOLÁŘ, 2001).

1.4 Funkce hlubokého zádového svalstva

Hluboké zádové svaly jsou označeny jako vzpřimovače páteře nebo trupu (musculus erector spinae, trunci), řadí se posturálním svalům a tvoří podstatnou část svalového korzetu. Součástí hlubokých zádových svalů je skupina dlouhých svalů, spinotransverzální systém, spinospinální systém, transversospinální systém, krátké svaly a hluboké šijové svaly. Tato skupina funkčně zajišťuje extenzi, rotaci a lateroflexi hlavy, extenzi krční páteře, extenzi hrudní páteře, úklon páteře a trupu, podílí se na udržování pozice trnových výběžků jednotlivých obratlových těl. Krátké svaly (multifidus) obstarávají statickou extenzi obratlů, balanční pohyby hlavy, snižují tlak působící na páteř tím, že ho rozkládají podélně do jejího okolí. Pokud jsou oslabené, tlak na páteř se výrazně zvyšuje a snáze tak může dojít k jejímu poranění (ROKYTA, 2015).

1.5 Funkce bránice

Bránice (diaphragma) je plochý sval vyklenutý směrem do hrudníku a oddělující břišní dutinu od dutiny hrudní. Na horní plochu bránice naléhají plíce a zdola jsou do brániční klenby vsunuty břišní orgány. Bránice je hlavním vdechovým svalem a podílí se na vytváření břišního lisu. Správná funkce bránice a fyziologický rozsah jejích pohybů ovlivňuje ventilaci plic, funkci trávicího a vylučovacího systému. Svoji kontraktilitou se účastní na posturální funkci trupu. Pohyby bránice a břišních svalů jsou v antagonisticko – synergistickém vztahu, relaxace jednoho svalu je synchronní s kontrakcí druhého svalu. Při insuficienci břišních svalů je omezena ventilace i v případě, že bránice funguje správně. Úlohu předního stabilizátoru trupu je schopna břišní dutina zastat za podpory bránice a pánevního dna (VÉLE, 1995).

1.6 Funkce svalů pánevního dna

Pánevní dno (diaphragma pelvis) tvoří spodní ohraničení dutiny břišní. Funkčně je významné pro oporu orgánů v malé pánvi prostřednictvím kostrčního svalu (musculus coccygeus) a části zdvihače (musculus iliococcygeus). Dysfunkce svalů pánevního dna způsobí řetězovou reakci a naruší funkci pánve a celé páteře až po hlavové klouby (KOLÁŘ, 2001).

1.7 Hluboký stabilizační systém trupu a páteře

Hluboký stabilizační systém trupu a páteře (HSSP) je soubor svalů, zajišťující udržení trupu ve vzpřímené pozici oproti gravitaci v průběhu všech aktivit při chůzi, běhu, sedu a stoji. Na této funkci se podílí příčný sval břišní, krátké svaly v hluboké vrstvě podél páteře, svaly pánevního dna (musculus diaphragmatis pelvis) a bránice (diaphragma). Tyto svaly tvoří hranice břišní dutiny, zajišťují stabilitu bederní páteře a jejich funkce jsou navzájem provázané (obr. 2). Pokud se tato souhra naruší patologickým procesem v některé z těchto skupin, naruší se činnost ostatních svalů. Optimální souhra břišních svalů je podstatná pro správnou funkci páteře v lumbální oblasti. V případě, že na přímém břišním svalu vznikne rozestup, naruší se integrita linea alba, který je místem úponů všech plochých svalů břicha a zároveň spojnicí dvou stran přímého břišního svalu, ostatní svaly HSSP nebudou pracovat koordinovaně, modulace intraabdominálního tlaku se nebude přizpůsobovat zatížení a negativním výsledkem bude svalová dysbalance s možnou řadou dalších orgánových komplikací (OPLOVÁ, 2006), (ROKYTA, 2015), (PŘIDALOVÁ, 2002).



Obrázek 2 Hluboký stabilizační systém páteře a trupu

Zdroj: <http://www.fyzioterapieprovas.cz/metody-a-techniky/hluboky-stabilizacni-system-patere/>

1.8 Diagnostika

1.8.1 Vyšetřovací metody

K diagnostice diastázy přímého břišního svalu lze použít několik metod. Počáteční technikou je prohlídka - aspekce stojícího pacienta. Patrné je špatné držení těla pacienta, podsazená pánev a hroutící se hrudní koš. Pacient často uvádí, že pravidelně cvičí, posiluje břišní svaly, ale oblast břicha zůstává stále vypouklá dopředu a svaly břišní stěny nejsou pevné. Na břichu bývá zřetelně vystouplý pupek. Vyšetření pohmatem a měření velikosti diastázy probíhá u pacienta vleže na zádech, nohy jsou pokrčeny v kolenou

a chodidly opřeny o podložku. Cílem kontrolu je zjistit kolik prstů (resp. cm) je možné umístit do prostoru mezi oběma přímými břišními svaly a současně, jaký je stav vaziva v této oblasti. Druhá osoba jemně umístí prsty přibližně 0,5 cm nad pupek, pacient vydechne a zdvihne hlavu a horní část trupu po dolní úhel lopatek. Ruce mohou být pod hlavou nebo jsou položeny podél těla a zdvihají se současně s trupem. Při pohledu na břicho je patrný vystupující val, který je na pohmat nebolestivý. Na okrajích prstů bude cítit pevný okraj dvou stran přímého břišního svalu a pod prsty měkká tkáň.

Alternativou diagnostiky je poloha v lehu na zádech s nataženými dolními končetinami. Z této polohy vyšetřovaný provede lehkou elevaci dolních končetin a je opět pozorována prominence na břišní stěně (MENDES, 2007).

Je možné využít i zobrazovací metody USG, CT, MR, Moiré topografii či další topografické systémy (InSpeck, Quantec Shape Imaging Systém, Formetric 3D). Princip Moiré topografie je založena na moiré efektu (rušivý optický efekt), který v důsledku interference světla a stínu vrhaného vlákny mřížky vytváří na sledovaném povrchu stínový obraz vrstevnic, který umožňuje vytvořit prostorovou rekonstrukci tvaru měřené oblasti. Vrstevnice, jejich tvar a vzájemné uspořádání na sledovaném povrchu popisují tvar objektu v prostoru, tedy převýšení ve směru osy kolmé na rovinu snímku (CHALUPOVÁ, 1999).

1.8.2 Měření a hodnocení diastázy přímého břišního svalu

U diastázy přímého břišního svalu se posuzuje šířka a hloubka prohlubně nahmatané při manuálním vyšetření břišní stěny a to v polovině vzdálenost pupku a mečovitým výběžkem prsní kosti (procesus xyfoideus) – rozměr A, těsně nad pupkem – rozměr B, a v polovině vzdálenosti mezi pupkem a sponou stydkou (symphysis pubis) – rozměr C. Hodnotí se tedy tři údaje (v cm) vzdálenosti mezi oddáleními okrajů přímého břišního svalu v daných místech břišní stěny.

O diastázu se jedná, pokud je první vzdálenost větší než 1 cm, druhá 2,7 cm a třetí více jak 0,9 cm. Jiné studie za patologické považují oddálení větší 2 cm v jednom nebo více bodech měření. Spolehlivé měření poskytne vyšetření pomocí USG. K manuálnímu hodnocení měření diastázy se používá standardizovaný nástroj Diastometr, Nylon Dial Clipers či Polyform®.

Zařazení do stupňů dle Iasona:

- Nekompletní separace - nejlehčí stupeň. Vlákna linea alba jsou oslabená či oddálená, ale nejsou kompletně roztržená. Dochází tedy pouze k rozšíření linea alba.
- Kompletně nekompletní separace - oddělení se nachází pouze v úseku mezi stydkou kostí a pupkem.
- Kompletní separace - dochází k oddělení v celém rozsahu od mečovitého výběžku prsní kosti až po stydkou kost (VAN DE WATER, 2008), (MENDES, 2007).

1.9 Vliv abdominální diastázy na tělesné systémy

Abdominální stěna má důležitou posturální funkci, dále má vliv na trupovou a pánevní stabilitu, respiraci, trupové pohyby a podporu břišních orgánů. Diastáza všechny tyto funkce ohrožuje (KUFA, 2008).

Působením porušené funkce břišního svalstva se narušuje funkce bránice jako pomocného dýchacího svalu a mění se vzorec dýchání. Spodní část hrudníku se rozevívá laterálně, horní část žeber se nepohybuje, vlivem nedostatečného odporu svalů břišní stěny vznikne extenze trupu a tato dysbalance udržuje hrudník v trvale inspiračním postavení (KOLÁŘ, 2001).

Diastáza v břišní stěně způsobí narušení nitrobřišního tlaku, abdominální svalstvo není postačující jako opora páteře, oslabuje se hluboký stabilizační systém těla a jejich funkci přebírají povrchové svaly. Strukturální změny postupně, vlivem pohybového řetězení, vyvolají funkční změny v celém pohybovém ústrojí.

Břišní diastáza může iniciovat vznik pupeční kýly, trávicích potíží a inkontinence následkem nesprávné funkce pánevního dna (OPLOVÁ, 2006).

1.10 Léčba

1.10.1 Prevence

Nejčastější příčinou vzniku abdominální diastázy je gravidita nebo nadměrný přírůstek na hmotnosti. Prevence se týká tedy především udržování optimální hmotnosti, přiměřeného fyzického zatížení a vhodného cvičení, zaměřeného na posilování břišní stěny. Z provedených studií vyplynulo, že ženy, které před těhotenstvím cvičily, mají hluboké břišní svaly zpevněné a výskyt poporodní diastázy je u nich minimální (DUMOULIN, 2006).

1.10.2 Konzervativní léčba

Základem konzervativní léčby je fyzioterapie zaměřená na aktivaci hlubokého stabilizačního systému a šikmých břišních řetězců. Důležité je zapojení šikmého břišního svalu, který má vliv na stabilizaci nitrobřišních orgánů a brání jim se posunout do rozestupu přímých břišních svalů (SPERSTAD, 2016).

Jedním ze systémů nechirurgické korekce abdominální diastázy je program Tupler Technique®, jehož účinek byl doložen výzkumem, provedeným v roce 2002 na Kolumbijské univerzitě a publikovaným v roce 2005 v *Journal of Women's Health Physical Therapy*, Volume 29, No. 1, Spring, 2005. Cílem tohoto programu je regenerovat oslabené vazivo linea alba a je založen na čtyřech základních principech. Provádění cviků v sedě a leže, stahování speciálním pásem, zapojování příčného břišního svalu a správné sedání, lehání a vstávání. Program trvá 18 týdnů a v prvních 6 týdnech se nedoporučuje vykonávat jiné cvičení nebo sportovní aktivity, kromě cviků určených touto technikou. Dle studie "Diastasis Recti Abdominis: A Survey of

Women's Health Specialists for Current Physical Therapy Clinical Practice for Postpartum Women", publikované v roce 2012 skupinou spoluautorů je nejdůležitější pro úspěšné konzervativní řešení diastázy přímého břišního svalu cvičení zaměřené na posilování příčného břišního svalu. Tento názor podporuje také prof. Pavel Kolář, který klade důraz také na nácvik správného abdominálního dýchání (KOLÁŘ, 2015), (KEELER, 2012).

1.10.3 Chirurgická léčba

V případě, že je rozestup břišních svalů příliš rozsáhlý, pacient trpí bolestí a funkčními omezeními je vhodné zvážit chirurgický postup. Korekce abdominální diastázy se provádí nejčastěji přiblížením obou listů svalu dolních žeberních oblouků až po stydkou kost a zpevněním celé oblasti dvojitým pokračujícím stehem. Tuto korekci lze provést během standardní abdominoplastiky. V případě menšího defektu břišní stěny je možné použít laparoskopickou plikaci linea alba (BAŘINKA, 2016), (POMAHAČ, 2013).

1.10.4 Abdominoplastika

Abdominoplastika je chirurgický výkon, při kterém jsou zredukovány přebývající části kůže v oblasti podbříšku a pupku a odebrán nadbytečný tuk (po předchozí úpravě hmotnosti pacienta). Pokud má pacient diastázu přímého břišního svalu nebo umbilikální hernii, odstraňují se při výkonu i tyto defekty břišní stěny. Cílem abdominoplastiky je zlepšení funkčních parametrů a estetický přínos. Vlastní operace probíhá v celkové anestezii v délce asi 1,5 až 4 hodiny. Řezy uvolněná kůže s podkožím se nadzvedne od svalové vrstvy břicha, koriguje se rozestup břišních svalů, odpreparovaná kůže s podkožím se posune směrem dolů a odřízne se kožní nadbytek. Výsledné jizvy jsou okolo pupku, nad třísky a nad stydkou kostí (BERGEROVÁ, 2014), (MĚŠŤÁK, 2012). (Příloha D)

Abdominoplastika je komplexní a poměrně vysoce zatěžující výkon. Pokud byla současně provedena také korekce diastázy a pupeční kýly, je nutné šetřit břišní stěnu přibližně 6 měsíců od operace (SIDDIKY, 2010).

1.11 Ošetrovatelský proces

„Nemoc se dá vyléčit, jsme-li ochotni změnit způsob myšlení, věřit a jednat! (Miluj svůj život)“ Luise L. Hay

Dle Kudlové (2016) je ošetrovatelství specifickou a samostatná součástí systému zdravotní péče. „*Hlavním cílem současného ošetrovatelství je pomoci jednotlivci, rodinám, skupinám, komunitám uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby, které se v různých životních a zdravotních situacích mění.*“ (KUDLOVÁ, 2016, S. 8).

Ošetrovatelský proces (OP) je hlavní metoda ošetrovatelského personálu, jak docílit kvalitní ošetrovatelské péče. OP je komplex pěti navzájem propojených činností, které na sebe logicky navazují a cyklicky se opakují. OP zahrnuje:

- Posouzení – assessment – sběr a dokumentace dat
- Stanovení diagnózy – diagnosis - určení ošetrovatelského problému
- Plánování – planning – formulace cílů, výběr intervencí
- Realizace – implementation – aktivní individualizovaná péče
- Vyhodnocení – evaluation – zhodnocení efektu poskytnuté péče

(KUDLOVÁ, 2016)

Metoda ošetrovatelského procesu je série plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, která zajišťuje propojenost péče, od každého člena ošetrovatelského týmu požaduje konkrétní odpovědnost. Má samozřejmě také pozitivní význam pro pacienta, protože se ho snaží aktivně zapojovat do péče a zlepšuje tak úroveň sebeděče v běžných denních činnostech (TÓTHOVÁ, 2014)

V průběhu hospitalizace provádí všeobecná sestra vstupní posouzení (nejdéle do 24 hodin od přijetí), nové informace během ošetrovatelského procesu aktualizuje pomocí průběžného posouzení (umožňuje korekci péče) a závěrečné hodnocení je prováděno při propouštění pacienta do domácí péče, na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení. Všeobecná sestra shromažďuje dva typy dat, týkající se

pacienta – subjektivní a objektivní. Subjektivní data vycházejí ze sdělení samotného pacienta, případně jeho blízkých, a objektivní data jsou taková, která sestřička pozoruje na pacientovi a taková, která jsou získána fyzikálním vyšetřením, výsledky diagnostických testů, měření a jejich srovnáváním s danou normou (KUDLOVÁ, 2016)

1.12 Specifická ošetrovatelská péče u korekce abdominální diastázy

1.12.1 Předoperační příprava

Operačnímu výkonu musí předcházet komplexní zvažení specialistů – plastický chirurg, fyzioterapeut, ortoped, neurolog a informování pacienta o přínosu a rizicích rozsáhlého chirurgického zásahu. Před operací pacienta seznámí chirurg se všemi podrobnostmi ohledně provedení operace a s jeho pooperačními povinnostmi. Operatér se seznámí s výsledky předoperačního vyšetření, které zahrnuje následující kritéria:

- klasické interní předoperační vyšetření
- vyšetření moče a krve – biochemické vyšetření základních prvků, odpadních látek, enzymů, ledvin, krvácivosti, srážlivosti (FW, KO + diff., APTT, INR, krevní skupina, HIV, celkový bilirubin, ALT, AST, glykemie, urea, kreatinin, ionty – K, Na, Ca, Cl, moč + sediment)
- alergie, poslední očkování TAT nebo aktuální hladina protilátek
- EKG + popis
- RTG srdce a plic + popis
- vyšetření u praktického lékaře s ASA I., podrobné interní vyšetření s ASA II. a více
- u pacientky musí být vyloučeno těhotenství
- informace od anesteziologa
- vyjádření lékaře, zda je pacient schopen výkonu v celkové anestezii, případně s jakými riziky

(MICHALSKÝ, 2008)

1.12.2 Činnosti všeobecné sestry v předoperačním období

- identifikace pacienta přiipevněním náramku se jménem, datem narození a názvem oddělení na zápěstí
- předání informací pacientovi o průběhu výkonu a pooperační péči
- předání informace o zavedených drénech v abdominální oblasti a o kompresivní bandáži břicha
- nácvik pooperačního režimu – dýchání, odkáslávání, podpora operační rány rukou, nenapínání břišní stěny
- seznámení pacienta s informovaným souhlasem a jeho podepsání
- informování pacienta o možnostech pooperační analgezie (případně edukace systému PCA, informovaný souhlas - PCA)
- sběr ošetrovatelské anamnézy
- plánování ošetrovatelského procesu
- edukace pacienta o nutnosti dodržet od začátku operačního dne (půlnoc) nic nejíst, nepít a nekouřit
- večer v den před výkonem a ráno v den výkonu zajištění podání premedikace k zajištění dostatečného odpočinku organismu před operací
- doporučit pacientovi provést hygienu před výkonem, močení, vyprázdnění
- ráno v den operace nasazení kompresivních punčoch (prevence TEN)
- dbát na kvalitní komunikaci s pacientem
- vhodným rozhovorem se snažit eliminovat strach pacienta z výkonu a následných komplikací
- zajistit soukromí, klid na odpočinek, zachovat intimitu pacienta
- seznámit pacienta s uspořádáním oddělení
- upozornit pacienta na možnost okamžitého přivolání ošetřující sestry pomocí signalizačního zařízení
- signalizační zařízení musí být v dosahu pacienta
- změřit fyziologické funkce, zapsat do dokumentace
- dle nových pokynů je nutná ATB profylaxe

(MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014)

1.12.3 Ošetrovatelská pooperační péče

Po ukončení výkonu se pacient vrací na lůžko po odeznění anestezie. Všeobecná sestra si pacienta převezme do péče v období, kdy je již schopen komunikace a motorické reakce. V časném pooperačním období je důležité sledovat zejména fyziologické funkce pacienta, monitorovat změny tělesné teploty, zda se nejedná o pooperační zánětlivou komplikaci. Pacient může pociťovat dušnost, základní činností sestry je v tomto případě zajištění oxygenoterapie – kyslíkové brýle, sledování dechové frekvence a saturace, polohování pacienta do polosedu. Srdeční frekvence může být zvýšená a krevní tlak mírně snížený v důsledku operační krevní ztráty. Pokud se tento stav spontánně neupraví, je nutná konzultace s lékařem, který zváží podání transfúze. Pooperačně se podává ATB profylaxe. Pacient by se měl nejpozději do 6 hodin po výkonu vymočit, pokud se tak nestane, setra pacienta zacévkuje. V případě, že pacient má již zavedený permanentní močový katétr, sleduje, zda odvádí moč v dostatečném množství a jaká je její kvalita. Po operaci jsou v podkoží zavedeny drény. Sestra pravidelně kontroluje podtlak drénů, množství a vzhled odváděného sekretu. Oblast břicha je zpevněna zdravotnickým elastickým pásem, který je nutné nosit po dobu 6-8 týdnů. V pooperačním období je důležitý kvalitní management bolesti (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014).

1.12.4 Problematika bolesti v pooperačním období

Pooperační bolest je svým charakterem bolest akutní. Její vznik je podmíněn aktivací sympatického vegetativního systému operačním zásahem do organismu, a tím, jak se rána hojí, snižuje se její intenzita. Neléčená pooperační akutní bolest je velice neetická a navíc zvyšuje riziko pooperačních komplikací – zhoršené hojení, riziko plicních komplikací, dlouhodobá imobilizace, snížená obranyschopnost organismu, vznik deprese a iniciuje poruchy spánky. Může být rovněž příčinou zvýšené incidence chronické pooperační bolesti a zhoršené kvality života. Moderní přístup k léčbě bolesti předpokládá, že je léčena ještě dříve, než vznikne.

Na základě typu chirurgického výkonu a předpokládané intenzitě bolesti, volí operatér vhodný typ pooperační analgezie a ještě v průběhu výkonu podá bolus

analgetika. K tlumení bolesti se používají neopioidní analgetika (NOA), nesteroidní analgetika (NSA), opioidní analgetika (OA), místní anestetika a další regionální látky. Obecně se léčba pooperační bolesti dělí na systémovou a regionální, systémová opatření se dále dělí na enterální a parenterální a analgezií kontrolovanou sestrou a analgezií kontrolovanou pacientem. Formy podávání analgetické léčby jsou voleny na základě charakteristiky pacienta. Aby bylo možné bolest správně léčit je potřeba, aby byla diagnostikována, měřena a dokumentována. Všeobecná sestra musí mít v této oblasti dostatek znalostí, několikrát denně hodnotí intenzitu bolesti, sleduje efekt terapie a její nežádoucí účinky.

Nejčastější metodu numerického hodnocení bolesti je vizuální analogová stupnice (VAS). Hodnota 0 odpovídá absenci bolesti a hodnota 10 nejvyšší možné bolesti

u pacienta, měření probíhá každé tři hodiny. Hodnota VAS nemá překročit 3. stupeň. K dalším sledovaným parametrům patří úroveň sedace (Ramsayovo skóre), stav vědomí, dechová frekvence, SpO₂, časy aplikace, reakce pacienta na analgezií. Prostřednictvím VAS se hodnotí i účinnost analgetické léčby.

V rámci systémové analgezie je vhodné v případě rozsáhlé abdominoplastiky využít PCA (pacientem řízená analgezie) nebo PCEA (pacientem řízená epidurální analgezie). Při tomto zákroku se používá kombinace neopioidních analgetik v kombinaci s epidurální analgezií s opioidy nebo systémové podávání opioidů (ŠEVČÍK, 2007).

1.12.5 Pacientem řízená analgezie

Pacientem řízená analgezie (PCA) je speciální forma intravenózní analgezie za použití přístroje (lineární dávkovač) řízeného mikroprocesorem. Po úvodní dávce analgetik si pacient sám spouští další nízké dávky opioidu dle individuální potřeby. Z hlediska bezpečnosti je naprogramovaný uzavírací interval, který zabraňuje předávkování. Během tohoto intervalu přístroj registruje žádost pacient o aplikaci, ale dávku nepovolí. Maximální objem jedné dávky (bolus) je předem nastavený tak, aby byl bezpečný (Příloha C). Pacient nemá možnost tyto parametry jakkoli měnit. Zařízení je po technické stránce zabezpečené a přináší komfort pacientovi i zdravotnickému personálu. PCA je použit pro intravenózní, epidurální, regionální, podkožní a

transnazální podání. Vždy je nutné, aby ošetřující sestra sledovala stav vědomí, pulzní oxymetrii

a u rizikových pacientů podávala inhalačně kyslík (ŠEVČÍK, 2007).

Podmínky použití PCA

Charakteristika pacienta

- pacient musí chápat princip manipulace s přístrojem
- nesmí trpět kognitivním postižením
- nesmí trpět poruchou učení
- nesmí mít jazykovou bariéru
- nesmí mít porušenou jemnou motoriku
- musí mít odpovídající svalovou sílu (stisk tlačítka)
- pacient musí s touto formou analgezie souhlasit
- věk nad 6 let

Zásady ošetrovatelské péče o pacienta s PCA (všeobecná sestra)

- sestra musí být kompetentní a plně vyškolená
- musí znát účinky opiátů
- je povinná provést edukaci pacienta ještě před operačním výkonem
- provádí úvodní hodnocení před zahájením PCA (intenzita bolesti, skóre sedace, DF)
- hodnocení po 30 minutách PCA
- důsledné sledování pacienta, zejména prvních 24 hodin medikace (každé dvě hodiny)
- monitorace pacienta během noci (riziko hypoventilace a noční hypoxie)
- kontrola pacienta před výměnou služby
- pravidelná kontrola žilní linky
- pravidelná kontrola správné funkce přístroje
- kontrola správného nastavení přístroje
- znalost programování dávkovače a bezchybné ovládání ředění roztoků opiátů, dle předepsané koncentrace

(KŘÍŽOVÁ, 2015)

1.13 Komplikace operačního řešení

Komplikace v souvislosti s abdominoplastikou mohou nastat již v průběhu operace, anestézie nebo následném v pooperačním období. Nejčastější komplikace jsou méně závažné a spíše obecného rázu. Patří k nim krvácení, infekce rány, poruchy prokrvení okrajů rány, poruchy hojení a tvorby jizev. Všeobecná ošetřující sestra si musí být vědoma všech možných komplikací, pacienta v pooperačním období důsledně sledovat

a v případě jejich vzniku okamžitě informovat lékaře.

Pooperační krvácení nemá vliv na výsledný efekt operace, může však prodloužit léčení, v závažnějších případech je nutná operační revize nebo si může vynutit podání krevní transfuze. Dojde-li k infekci operační rány, podávají se ATB, případně se provádí drenáž rány. Běžně se však ATB podávají již profylakticky perioperačně a Redonovy drény jsou zavedeny již v průběhu výkonu. Nekróza se vyskytuje nejčastěji v oblasti pupku a pod ním, je nutné ji operačně odstranit a defekt rekonstruovat. Serom se tvoří v případě dehiscence (rozestupu okrajů operační rány), v ráně je nashromážděna sérosanguinolentní tekutina. Řeší se vypuštěním tekutiny, případně vložením kapilárního drénu, či resuturou. Velmi vážnými trvalé následky ve smyslu srdečního přetěžování

a může přímo ohrozit život pacienta. Výskyt žilní trombózy u této operace je dle literatury kolem 3 %, plicní embolie cca 1 % (KULHÁNEK, 2013).

1.14 Edukace pacientky o pooperační rekonvalescenci a režimu

Po odstranění drénů a stabilizaci celkového zdravotního stavu může být pacient propuštěn do domácího ošetřování. V průběhu prvního týdne doma je doporučován klidový režim s pozvolnou rehabilitací, stále je přiložena elastická bandáž dolních končetin.

Průběžné kontroly probíhají individuálně dle hojení v průběhu 4 týdnů po abdominoplastice. Sestra pacientku edukuje v péči o jizvy, naučí ji tlakové masáže, které bude provádět několik týdnů.

Stabilizace jizvy na břiše do úplného vyblednutí je dlouhodobá, obvykle 3-6 měsíců. Plná fyzická zátěž přichází v úvahu asi po 6 týdnech. Elastické kompresní prádlo na břišní oblasti se doporučuje používat trvale 3-4 týdny a dále 2-3 týdny přes den při pohybu a zátěži. Rekonvalescence a průběh hojení jizev je individuální a závisí na daných schopnostech hojení každého jedince a je odrazem svědomitosti pacienta v době pooperační péče a rehabilitace (MUKNŠNÁBLOVÁ, 2014).

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO CHIRURGICKÉ KOREKCI ABDOMINÁLNÍ DIASTÁZY

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K. M.	
Pohlaví: žena	
Datum narození: 1972	Věk: 44 let
Adresa trvalého bydliště: Praha	
Kontakt na osobu, které lze podat informace: dospělé děti	
Národnost: česká	Komunikační bariéra: ne

RČ: 720000/0000	Číslo pojišťovny: 111	Státní příslušnost: ČR
Stav: vdaná	Vzdělání: vysokoškolské	
Zaměstnání: nyní v invalidním důchodu III. stupně		

Zdroj: Dokumentace

Datum přijetí: 30. 6. 2016

Typ přijetí: plánované

Oddělení: Oddělení plastické chirurgie Ošetřující lékař: MUDr. J. K.

Důvod přijetí udávaný pacientem: Abdominální diastáza s hernií

Medicínská diagnóza hlavní: Rozestup přímého břišního svalu s hernií

Medicínské diagnózy vedlejší: G43.1 Migréna, G47.0 Poruchy spánku - insomnie, G50.0 Neuralgie trojklanného nervu, G55 Komprese nervových kořenů, I10 Hypertenze, K45.8 jiná břišní kýla bez neprůchodnosti nebo gangrény, M41.2 Skolióza, M42. 1 Osteochondróza, M43. 0 Spondylóza, M43.1 Spondylolistéza, M50 Onemocnění krční meziobratlové ploténky, G55. 1 Onemocnění lumbálních a jiných meziobratlových plotének s radikulopatií, M54 Dorzalgie

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: bez závažného onemocnění

Otec: Diabetes mellitus II. typu, zemřel v 63 let na CMP

Dědeček: karcinom tlustého střeva, zemřel v 58 letech

Babička: Karcinom prsu, zemřela 37 letech

Dědeček: Sebevražda v 44 letech

Babička: Ledvinové selhání, zemřela v 88 letech

Sourozenci: sestra: polyvalentní alergie, bronchiální astma

Děti: 5, Dcera (r. 91) polyvalentní alergie, Syn (r. 94) bronchiální astma v klidové formě

Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění, v roce 1975 (3 roky) pneumonie

Hospitalizace a operace: appendektomie 1978 (6let), sectio caesarea 2012, st. p. mikrodisektomii pro hernii L5/S1 2013, st. p. disektomii C5/C6/C7 pro hernii, osteofyty – dekomprese míchy, nervových kořenů a cheilotomie, náhrada plotének CE-SPACE, spondylodéza

Úrazy: fraktura kotníku – konzervativní léčba 2011

Transfúze: plasma, erymasa, trombocyty 2012

Očkování: běžná dětská povinná, poslední tetanus + pertusse (2013)

Dispenzarizace: neurologie, ortopedie, spondylochirurgie

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzus: Alkohol: ne Kouření: nekuřák Káva: 1x denně, Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza

Menstruace: menarché: od 12 let, cyklus po 31 dnech, trvání: 7 dnů. Antikoncepce: HAK před 10 lety ukončeno, sterilizace na vlastní žádost v roce v roce 2012 při SC.

Chodí pravidelně na preventivní kontroly do gynekologické ambulance a na mamograf.

Porodnická anamnéza

Těhotenství: 8, Porody: 5, UPT: 0, Spontánní aborty: 3, S. C.: 1 (2012) Porod v roce 2012 veden sectio caesarea pro dekompenzaci gestačního diabetu a preeklampsii, po vybavení plodu masivní krvácení s rozvojem DIC, na ARO podána krevní plasma, erymasa, trombocyty, defibrilace

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: byt 5+1

Vztahy, role a interakce: pacientka žije v bytě s dětmi, 3 děti jsou již zletilé - studující, 2 děti jsou žáky ZŠ

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 2 Farmakologická anamnéza

Medikace	Dávkování	Skupina
Foxis 37,5/325 mg	1 – 0 – 1 per os	Analgetika
Prestance 10 mg/5 mg	1 – 0 - 0 per os	Blokátory kalciových kanálů
Itakem 10 mg	1 – 0 – 0 per os	Antidepresiva
Mabron Retard 100 mg	Při zhoršení obtíží per os	Analgetika
Zopitin 7,5 mg	0 – 0 -1 per os	Hypnotika
Apo – Gab 100 mg	2 – 0 – 2 per os	Antiepileptika
Muscoril 4 mg	0 – 0 -1 per os	Myorelaxancia
Sumamigren 100 mg	Při auře - nástup migrény per os	Antimigrenika

Zdroj: Dokumentace

Nynější obtíže:

Pacientka přichází po předchozí chirurgické a ortopedické konzultaci k plánované plastické operaci – korekci abdominální diastázy. V současné době přetrvává u pacientky také polytopní, postoperační těžký vertebroalgický syndrom C páteře s blokádami

a paresteziemi, postoperační těžký vertebroalgický syndrom LS páteře s iritačně-zánikovou symptomatologií. Má chronické bolesti, potíže s chůzí a problémy s hrubou i jemnou motorikou levé horní končetiny. Bolesti jsou resistantní na analgetika, probíhá fyzioterapeutická léčba a každé tři měsíce je aplikován kaudální obstřík Diprophosem (kortikosteroidy). Dle fyzioterapeuta není z důvodu poporodního rozestupu přímého břišního svalu možná plná rehabilitace tak, aby břišní svaly poskytovaly dostatečnou oporu páteři. Rozměry diastázy přímého břišního svalu jsou: rozměr A 12,2 cm, rozměr B 11,5 cm, rozměr C 7,3 cm, kompletní separace. Po zvážení bylo rozhodnuto, že se přistoupí k chirurgické korekci abdominální diastázy. Plánovaná operace proběhne na klinice plastické chirurgie a vzhledem k závažné zdravotní indikaci byla revizním lékařem ve výjimečném režimu schválena plná úhrada zdravotní pojišťovnou. Schválení úhrady zdravotní pojišťovnou je přiloženo k dokumentaci. Chirurgická korekce abdominální diastázy bude provedena prostřednictvím kompletní abdominoplastiky.

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU PACIENTKY

Tabulka 3 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacientky

TK (Tlak krevní)	130/80 normotenze	Výška	170 cm
TF (P)	87/min.	Hmotnost	75 kg

(Tepová frekvence)	normokardie		
D (Dýchání)	16/min. eupnoe	BMI (Body Mass Index)	25,95 (mírná nadváha)
TT (Tělesná teplota)	36,4 °C normotermie	Pohyblivost	Pohyblivá, antalgická chůze
Stav vědomí	Při vědomí	Orientace místem, časem, osobou	Orientována ve všech parametrech
Řeč, jazyk	Komunikuje, bez jazykové bariéry	Krevní skupina	B+

Zdroj: Dokumentace

POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU ZE DNE 4. 7. 2016 (3. POOPERAČNÍ DEN)

Tabulka 4 Posouzení aktuálního stavu ošetřujícím lékařem a všeobecnou sestrou

System	Objektivní údaje
Hlava a krk	Hlava mezocefalická, na poklep nebolestivá, spojivky růžové, oči, uši, nos bez výtoků. Zornice isokorické s fotoreakcí. Dutina ústní čistá, hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, chrup sanován. Štítná žláza nezvětšena.
Hrudník, dýchací systém	Hrudník symetrický, dýchání čisté, sklípkové, frekvence dýchání 18/ min.
Srdečně – cévní systém	Srdeční akce pravidelná, frekvence 91/ min., TK 135/80, saturace 99%
Břicho a GIT	Břicho měkké, volně prohmatné, bolestivé, bolestivá operační rána, na kůži břicha strie.
Močový a	Močení bez obtíží. Poslední menstruace 15. 6. 2016, trvání 6

pohlavní systém	dní.
Kosterní a svalový systém	Končetiny bez otoků a deformit. Svalový tonus přiměřený. Kůže končetin teplá, pružná, s hmatnou periferní pulzací. Neuropatické bolesti dolních i horních končetin, bolesti ramen, snížená citlivost prstů na rukou a částečná necitlivost LDK. Bolest páteře v celé délce s maximem v bederní oblasti.
Nervový systém a smysly	Pacientka je při vědomí, bez známek meningeálního dráždění. Čich, sluch bez patologických změn, zrak. Bolest hlavy.
Imunologický systém	Lymfatické uzliny nezvětšeny. Alergické potíže nezjištěny.
Kůže	Kůže je čistá, růžová, dobře prokrvená, beze známek dehydratace. Na LHK zaveden PŽK, velikost 20
Chůze	Pacientka se pohybuje pouze na lůžku. Vertikalizace proběhne dnes v průběhu dne.
Poloha, postoj	Na lůžku, pasivní rehabilitace – fyzioterapeut provádí prevenci kontraktur, pacientka izometrické cvičení
Stravování, příjem tekutin	Strava kašovitá.
Vylučování	Normální diuréza 1800 ml/24 hodin, stolice bez obtíží, poslední 30. 6. 2016. Zaveden PMK, CH 14
Spánek	Obtížné usínání, časté probouzení, ordinována hypnotika.
Aktivita, odpočinek	V průběhu dne si pacientka čte, dívá se na filmy, snaží se přes den nespát. Každý den má návštěvu.
Hygiena	Hygiena probíhá na lůžku.
Soběstačnost	Pacientka je soběstačná při jídle, v ostatních činnostech s dopomocí. Barthelův test 35 bodů, test Nortonové 27 bodů
Vědomí	Pacientka je při vědomí GCS 15, komunikuje, spolupracuje
Orientace	Je orientována časem, místem i osobou
Reakce na hospitalizaci a onemocnění	Pacientka byla předem seznámena s průběhem pooperační péče, žádné komplikace se zatím nevyskytly. 2. pooperační den pacientka pro bolest a závrať nezvládla pokus o

	vertikalizaci. Hodnocení bolesti dle VAS – oblast zad stupeň 7, oblast operační rány stupeň 4 (Příloha B)
--	--

Zdroj: vyšetření

Situační analýza ze dne 4. 7. 2016 (3. pooperační den)

Pacientka (44 let) byla přijata k hospitalizaci po předchozí chirurgické a ortopedické konzultaci k plánované plastické operaci – korekci abdominální diastázy dne 30. 6. 2016. Bylo doplněno předoperačního vyšetření, operační výkon proběhl 1. 7. 2016 a nyní je pacientka 3. den po chirurgickém výkonu na břišní stěně. Vitální funkce jsou v normě, udává bolesti zad, páteře a operační rány. Páteř a záda stupeň 7, břicho a operační rána stupeň 4 (dle škály VAS – vizuální analogová škála 0 – 10). Škála VAS uvedena v příloze. Analgetická medikace je ordinována formou PAC (pacientem řízená analgezie), ošetřující všeobecná sestra kontroluje pravidelně stav vědomí a saturaci (každé dvě hodiny). Pacientka spontánně vyhledává úlevovou polohu na lůžku, není třeba ji polohovat. Kašovitou stravu toleruje, má pocit hladu. Je zavedený PMK a PŽK na levé horní končetině. V oblasti břicha jsou zavedeny Redonovy drény, je třeba pravidelně kontrolovat uchování podtlaku a množství a kvalita odváděného sekretu. Pacientka má kompresivní bandáž operované oblasti a na dolních končetinách kompresivní punčochy (prevence TEN). Hygiena je vykonávána na lůžku s dopomocí, pokus o vertikalizaci proběhne dnes. Pacientka je po většinu dne klidná, někdy verbalizuje silnou bolest a obavy z jejího špatného zvládnutí, komunikuje, spolupracuje. Je plánována intenzivní rehabilitace, fyzioterapie – pasivní i aktivní, fyzioterapeut dochází 3x denně za pacientkou na lůžkové oddělení.

Medicínský management:

Ordinovaná vyšetření (plán péče):

KO + Diff., FW, CRP, ABR, 3x denně fyziologické funkce, rehabilitace, vertikalizace

Výsledky odběrů: CRP 57 ml/l (norma do 8 mg/l), jinak v normě

Pooperační medikamentózní léčba:

Tabulka 5 Pooperační medikamentózní léčba

Medikace	Dávkování	Skupina
Prestance 10 mg/5 mg	1 – 0 – 0 per os	Blokátory kalciových kanálů
Itakem 10 mg	1 – 0 – 0 per os	Antidepresiva
Apo – Gab 100 mg	2 – 0 – 2 per os	Antiepileptika
Clexane	4000 IU 1x denně s. c.	Nízkomolekulární hepariny
Dipidolor	PCA - max. 22,5 mg každé 4 hodiny i. v., zadat rychlost 10 mg za minutu	Analgetika
Metamizol 500 mg	4x denně 500 mg per os	Analgetika
Stilnox 10 mg	0 – 0 – 1 per os	Hypnotika
Dalacin C	900 mg i. v. každých 8 hodin	Antibiotikum
Gentamicin 80 mg/2 ml	80 mg i. v. každých 8 hodin	Antibiotikum

Zdroj: Dokumentace

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Doména 1: Podpora zdraví

Subjektivní popis: „Kvůli neustálým bolestem zad musím pravidelně cvičit. Cvičím vždy zhruba 10 minut 5x – 6x denně, někdy při silných bolestech i v průběhu noci. Mám problém s delší chůzí (více než 30 minut) a delší vynucenou polohou (sed).“

Objektivní popis: Pacientka před hospitalizací vedla život odpovídající jejímu věku a zdravotnímu stavu. Zjištěno rozhovorem, pozorováním a záznamem v edukační dokumentaci.

Ošetřovatelský problém:

Snaha zlepšit management zdraví

Doména 2: Výživa

Subjektivní popis: „Jím pestrou stravu, častěji a v menších porcích. Nyní po operaci mám stále kašovitou stravu, hlad nemám, po celkové anestezii mám trochu nauzeu, tekutin vypiji zhruba 2 litry, většinou piji čaj.“

Objektivní popis: Pacientka má pooperační kašovitou stravu, kterou dobře toleruje, nezvrací, pociťuje nauzeu. Příjem tekutin je přiměřený. Zjištěno z denních záznamů v dokumentaci a pozorováním.

Ošetrovatelský problém:

Nevyvážená výživa (méně než je potřeba organismu)

Doména 3: Vylučování a výměna

Subjektivně: „Hygienu a vyprazdňování zatím provádím na lůžku. Je to nepříjemné, nedokážu se v poloze v leže a za přítomnosti další osoby v klidu vymočít a vyprázdnit. Občas se mi stane malá nehoda s únikem moči“.

Objektivně: Hygiena, močení a vyprazdňování probíhá dosud na lůžku, pacientce to není příjemné pro nestandardní polohu a nedostatek soukromí. Poslední stolice byla v den příjmu k hospitalizaci 30. 6. 2016

Ošetrovatelský problém:

Stresová inkontinence moči

Riziko zácpy

Doména 4: Aktivita – odpočinek

Subjektivně: „Od doby, kdy jsem začala mít potíže s páteří, špatně usínám a v noci se budím bolestí. Nyní v nemocnici jsem po operaci ještě nevstala z lůžka, pouze se musím často otáčet, bolí mne operační rána na břicho a protože nemohu cvičit, zhoršila se i bolest zad a páteře“.

Objektivně: Pacientka uvádí dlouhodobé obtíže se spánkem, přes den pacientka nespí. Pooperační vertikalizace se zatím nedaří, dnes proběhne další pokus. Zjištěno rozhovorem.

Ošetřovatelský problém:

Nespavost

Nedostatek spánku

Zhoršená tělesná pohyblivost

Zhoršené sezení

Zhoršený postoj

Zhoršená chůze

Deficit sebeděče při vyprazdňování

Deficit sebeděče při koupání

Snaha zlepšit sebeděči

Doména 5: Percepce/kognice

Subjektivně: „S pamětí nemám potíže. Informace o operaci a další léčbě jsem dostala od lékaře i sestry, sama jsem si také vyhledala některé informace“

Objektivně: Pacientka byla poučena o operaci, možných komplikacích a léčbě ošetřujícím lékařem. Edukace o další péči probíhá průběžně, dle potřeby. Komunikuje výborně, informace si pamatuje. Zjištěno rozhovorem.

Ošetřovatelský problém:

Snaha zlepšit znalosti

Doména 6: Sebepercepce

Subjektivně: „Počítala jsem s tím, že operace s sebou přinese přechodné silné bolesti, snažím se myslet na to, že následná rehabilitace sníží dlouhodobě bolesti zad.“

Objektivně: Pacientka si stanovuje reálné cíle, snaží se operací řešit dlouhodobé zdravotní problémy.

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Subjektivně: „Dospělé děti mne pravidelně navštěvují, nyní se střídají v péči o mé dvě malé dcery, po propuštění mi budou pomáhat s další péčí.“

Objektivně: Pacientka nevyjadřuje žádné obavy z narušení rodinného života vlivem pooperačního stavu. Zjištěno z dokumentace a rozhovorem.

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 8: Sexualita

Subjektivně: Nehodnoceno

Objektivně: Nehodnoceno

Ošetrovatelský problém: 0

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Subjektivně: „Mám nepříjemný pocit z toho, že nejsem nyní schopna se o sebe celkově postarat a mám obavy, zda nevzniknou pooperační komplikace. Také doufám, že zákrok bude mít požadovaný efekt – zlepší možnost úspěšné rehabilitace degenerativního postižení páteře“.

Objektivně: Pacientka verbalizuje strach, stěžuje si na bolesti – hlavy, břicha, zad, má nauzeu a zrychlenou srdeční akci (89 tepů za minutu). Uvědomuje si, že bolestivý chirurgický výkon nemusí mít očekávaný výsledek a může být také příčinou zhoršení zdravotního stavu. Zjištěno rozhovorem.

Ošetrovatelský problém:

Úzkost

Snaha zlepšit zvládání zátěže

Strach

Zhoršená regulace nálady

Riziko bezmocnosti

Doména 10: Životní principy

Subjektivně: „Myslím, že jsem se rozhodla správně, když jsem se rozhodla pro operaci. Dává mi to naději, že se budu moci lépe a bezbolestněji pohybovat. Určitě by zlepšení mého zdravotního stavu prospělo také dětem, potřebují mít „akční“ maminku, jezdit na kole, společně sportovat, plánovat výlety. Doufám, že zmírnění bolestí přinese s sebou vyšší míru životní energie, kterou jinak spotřebuji na neustálý boj s chronickou bolestí. Je pro mne velmi důležité, aby děti a rodina měly vše, co potřebují s ohledem na duševní i fyzické potřeby.“

Objektivně: Pro pacientku je důležitá rodina, její rozhodnutí k absolvování chirurgického výkonu ovlivnil fakt, že svá fyzická omezení vnímala negativně ve smyslu naplňování všech potřeb svých, dětí a rodiny. Zjištěno rozhovorem.

Ošetřovatelský problém:

Snaha zvýšit duchovní well-being

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Subjektivně: „Ošetřující sestra mne upozornila na možnost a symptomy možné počínající infekce invazivních vstupů a operační rány. Vstávat z lůžka zatím mohu pouze s dopomocí, doufám, že se mi dnes již podaří vstát bez komplikací. Mám v dosahu signalizační zařízení.“

Objektivně: Pacientka má na LHK zavedený PŽK, v oblasti břicha má operační ránu, která je bolestivá, ale bez známek infekce. Operační ránu kontroluje služba konající sestra 3x denně, převazuje 1x denně za aseptických podmínek, PŽK je kontrolován vždy při aplikaci ATB i. v. (3x denně). Z důvodu pohybu pouze na lůžku má pacientka zaveden PMK (dne 3. den, bez obtíží), po úspěšné vertikalizaci bude dnes odstraněn.

V abdominální oblasti jsou zavedeny dva Redonovy drény, které odvádějí sangvinolentní sekret (celkem 110 ml/den). Je ordinována preventivní antibiotická léčba, podáván nízkomolekulární heparin a jako prevence TEN má pacientka kompresivní bandáž DK. Fyziologické funkce jsou monitorovány dle ordinace (3x denně). Zjištěno z dokumentace, rozhovorem.

Ošetřovatelský problém:

Riziko infekce

Riziko pádů

Narušená integrita kůže

Narušená integrita tkáně

Riziko poranění močového ústrojí

Riziko prodloužení pooperačního zotavení

Doména 12: Komfort

Subjektivně: „Mám potíže se spánkem, pohyb je bolestivý a pociťuji nedostatek soukromí. Mám zkušenost s tím, že po celkové anestezii trpím vždy několik dnů nauzeou.“

Objektivně: Pacientka má dlouhodobé chronické bolesti v souvislosti s postižením páteře a souvisejících nervových struktur. Nyní má také pooperační bolesti v abdominální oblasti. Bolest je tlumena prostřednictvím PCA (pacientem řízená analgésie). Tento systém podávání analgetik (Dipidolor - PCA, Metamizol - per os) pacientce vyhovuje a včas reaguje na zhoršení bolesti samostatným podáním analgetika i. v. Trpí nauzeou, nezvrací. Zjištěno z dokumentace, rozhovorem.

Ošetřovatelský problém:

Zhoršený komfort

Akutní bolest

Chronická bolest

Nauzea

Syndrom chronické bolesti

Doména 13: Růst/vývoj

Subjektivně: „V této oblasti nemám potíže.“

Objektivně: Pacientka neuvádí žádné obtíže.

Ošetřovatelský problém: 0

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: DEFINICE & KLASIFIKACE NANDA-INTERNATIONAL 2015–2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT (ze dne 4. 7. 2016):

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (etc.). *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

Na základě získaných informací bylo určeno 25 aktuálních ošetřovatelských diagnóz a 6 potenciálních diagnóz. V těchto dvou kategoriích jsou vždy uspořádány dle priorit. U aktuálních ošetřovatelských diagnóz bylo pořadí dle priorit stanoveno ve spolupráci s pacientkou. Podrobný rozbor je uveden u 3 aktuálních a 2 potenciálních ošetřovatelských diagnóz. V závěru kapitoly je popsáno hodnocení celého ošetřovatelského procesu.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

00132 Akutní bolest

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích, neklid, výraz bolesti v obličeji, zúžené zaměření pozornosti, vyhledávání antalgické polohy, změny v aktivitách, neschopnost vstát z lůžka, rozšíření zornic, verbalizace bolesti dle škály VAS (Příloha B)

Související faktory: fyzikální původ bolesti – operace

Priorita: vysoká

00133 Chronická bolest

Určující znaky: změněná schopnost pokračovat v aktivitách, změněný vzorec spánku, výraz v obličeji, verbalizace bolesti

Související faktory: chronický muskuloskeletální stav, únava, poškození nervového systému, komprese nervu

00255 Syndrom chronické bolesti

Určující znaky: strach, verbalizace, neschopnost běžných aktivit, nespavost, zhoršená tělesná pohyblivost

Související faktory: dlouhodobé onemocnění pohybového aparátu, rezistence na analgetickou léčbu

Priorita: vysoká

00046 Narušená integrita kůže

Určující znaky: změny integrity, průnik cizího tělesa kůže

Související faktory: mechanické faktory – PŽK, operační rána, drény

Priorita: střední

00044 Narušená integrita tkáně

Určující znaky: poškozená tkáň

Související faktory: chirurgický zákrok, mechanické faktory, periferní neuropatie

Priorita: střední

00134 Nauzea

Určující znaky: zvýšená salivace, zvýšené polykání, dávivý pocit

Související faktory: biofyzikální – podráždění žaludku, léčba, doznívání účinků celkové analgezie, situační – úzkost, strach

Priorita: střední

00146 Úzkost

Určující znaky: snížená produktivita, obavy ze změn v životě, zaměření na sebe sama, obavy, napětí v obličeji, zvýšené pocení, zrychlený puls, mdloba, únava, uvědomování si fyziologických symptomů, přehnané zaujetí něčím

Související faktory: konflikt ohledně životních cílů, situační krize, významná změna

Priorita: střední

000148 Strach

Určující znaky: znepokojení, zvýšený krevní tlak, nauzea, bledost, napětí svalů, identifikace předmětu strachu, zaměření na zdroj strachu

Související faktory: obavy o očekávaný výsledek chirurgického výkonu

Priorita: střední

00095 Nespavost

Určující znaky: změny nálad, zhoršená kvalita života, zhoršený zdravotní stav, potíže se spaním, předčasné probouzení, nedostatek energie, nespokojenost se spánkem, narušení spánku s projevy následující den

Související faktory: úzkost, strach, bolest, tělesný diskomfort, environmentální faktory – okolní hluk, neznámé prostředí, nedostatek soukromí, stresor – hospitalizace

Priorita: střední

00096 Nedostatek spánku

Určující znaky: snížená schopnost fungovat, zpomalené reakce, ospalost, zvýšená citlivost vůči bolesti, únava

Související faktory: nízká průměrná denní fyzická aktivita, dlouhodobý diskomfort

Priorita: střední

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

Určující znaky: změna chůze, zhoršené provádění jemných a hrubých motorických dovedností, omezený rozsah pohybu, potíže při otáčení, posturální nestabilita, zpomalené pohyby

Související faktory: intolerance aktivity, snížené ovládání svalstva, bolest, neuromuskulární poškození, ztráta kondice, snížená vytrvalost

Priorita: střední

00237 Zhoršené sezení

Určující znaky: zhoršená schopnost zaujmout vyváženou pozici trupu

Související faktory: neurologické poškození, předcházející ortopedická operace, bolest v pozici sezení, nedostatečná svalová síla, zaujetí úlevové polohy

Priorita: střední

00238 Zhoršený postoj

Určující znaky: neschopnost udržet trup ve vzpřímené poloze

Související faktory: neurologické poškození, bolest v bederní oblasti, zaujímání úlevové polohy – předklon, opírání se pevně stojící předměty

Priorita: střední

00088 Zhoršená chůze

Určující znaky: zhoršená schopnost zdolávat schody, zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, zhoršená schopnost ujít požadovanou vzdálenost

Související faktory: snížená výdrž, zhoršená rovnováha, nedostatečná svalová síla, bolest, neuromuskulární poškození, ztráta kondice

Priorita: střední

00002 Nevyvážená výživa (méně než je potřeba organismu)

Určující znaky: bolest břicha, hyperaktivní střevní zvuky, únava

Související faktory: nedostatečný přísun potravy – pooperační kašovitá dieta

Priorita: střední

00017 Stresová inkontinence moči

Určující znaky: mimovolní únik moči při kašli, smíchu, kýchání, námaze

Související faktory: oslabené svaly pánevního dna

Priorita: střední

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

Určující znaky: zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost sedět na toaletě

Související faktory: zhoršená mobilita, bolest, slabost

Priorita: střední

00108 Deficit sebepéče při koupání

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo

Související faktory: bolest, slabost, pooperační stav

Priorita: střední

00182 Snaha zlepšit sebepéči

Určující znaky: pacient vyjadřuje touhu zlepšit svoji nezávislost z hlediska zdraví a zlepšit sebepéči

Související faktory: předpokládané ukončení hospitalizace

Priorita: střední

00158 Snaha zlepšit zvládání zátěže

Určující znaky: pacientka vyjadřuje touhu zlepšit zvládání stresorů

Související faktory: negativní působení stresorů na psychosomatiku pacientky

Priorita: střední

00214 Zhoršený komfort

Určující znaky: Bolest, strach, neschopnost odpočívat, pocit diskomfortu

Související faktory: symptomy související s nemocí, nedostatek soukromí, léčba

Snaha zlepšit znalosti

00080 Snaha zlepšit management zdraví

Určující znaky: pacientka usiluje o lepší naplňování cílů v každodenním životě, usiluje o zlepšení managementu předepsaného režimu a zlepšení managementu symptomů

Související faktory: důvěra v možnosti ke zlepšení zdravotního stavu

Priorita: střední

00241 Zhoršená regulace nálady

Určující znaky: změna verbálního projevu, ovlivněná sebeúcta, uzavření se do sebe, dysforie, deprese, plačtivost

Související faktory: nedostatek spánku, funkční postižení, bolest, hormonální změny

Priorita: nízká

00068 Snaha zvýšit duchovní well - being

Určující znaky: pacientka vyjadřuje touhu po lepším zvládnutí zátěže, zvýšení naděje, zlepšit účel života

Priorita: nízká

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

00004 Riziko infekce

Rizikové faktory: invazivní postupy, změna integrity kůže, vystavení se nákaze, změněná peristaltika

Priorita: vysoká

00155 Riziko pádů

Rizikové faktory: pády v anamnéze, neznámé prostředí, farmakologická léčba, zhoršená pohyblivost, potíže s chůzí, neuropatie, pooperační zotavování

Priorita: vysoká

00015 Riziko zácpy

Rizikové faktory: oslabené břišní svaly, nízká fyzická aktivita, pooperační změna diety, zhoršená mobilita, farmakologická léčba, změněná peristaltika

Priorita: střední

00250 Riziko poranění močového ústrojí

Rizikové faktory: dlouhodobé používání močového katétru, retenční balónek nafouknutý na více než 30 ml, používání močového katétru velkého průměru

Priorita: střední

00152 Riziko bezmocnosti

Rizikové faktory: úzkost, bolest, nepředvídatelný průběh nemoci

Priorita: střední

00246 Riziko prodloužení pooperačního zotavení

Rizikové faktory: rozsáhlý chirurgický výkon, zhoršená mobilita, bolest, přetrvávající nauzea, otok v místě operace

Priorita: střední

PODROBNÝ ROZBOR VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy jsou určeny a hodnoceny dle aktuálního stavu ke dni 4. 7. 2016 (3. pooperační den), některé parametry jsou hodnoceny ke dnu ukončení hospitalizace dne 11. 7. 2015 (10. pooperační den).

Název a kód (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 00132 Akutní bolest

Doména (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 12 Komfort

Třída (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 1 Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý:

Pacientka udává, že je bolest zmírněna (VAS 3) a dosahuje co nejvyšší kvality života.

Cíl krátkodobý:

Pacientka je schopna o bolesti a jejích projevech hovořit – do 1 dne.

Pacientka je schopna sledovat bolest (denní doba, poloha, reakce na podání analgetik) – do 1 dne.

Pacientka je schopna samostatně dávkovat analgetika prostřednictvím PCA – do 4 hodin.

Pacientka zná a umí využívat relaxační techniky – do 3 dnů.

Pacientka klidně spí, bolest neovlivňuje kvalitu spánku (probouzení) – do 2 dnů.

Pacientka zná příčinu bolesti – do 1 dne.

Výsledná kritéria:

Analgetický režim je účinný po celou dobu hospitalizace po celou dobu hospitalizace

Bolest neovlivňuje celkový somatický stav pacientky – po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí všeobecné sestry:

1. Posuď bolest (lokalizace, charakter, nástup, trvání, častost) – celý den
2. K posouzení bolesti využij numerickou škálu hodnocení bolesti 0 – 10 stupňů – alespoň 3x denně
3. Pozoruj zhoršující faktory, změny bolesti během dne – celý den
4. Posuď ovlivnitelnost bolesti – 3x denně
5. Posuď možné patofyziologické či psychologické příčiny bolesti – z dokumentace či během rozhovoru
6. Pozoruj neverbální projevy bolesti – celý den
7. Všiměj si chování pacienta a jeho změn – celý den
8. Sleduj fyziologické funkce, které se při bolesti mění – 3x denně nebo dle potřeby
9. Zhodnoť vliv bolesti na spánek pacienta, tělesnou a duševní pohodu – před předáním služby
10. Zhodnoť stav úlevy od bolesti na stupnici 0 - *žádná úleva*, 1 - *malá úleva*, 2 - *mírná úleva*, 3 - *značná úleva*, 4 - *úplná úleva nebo hodnocením spokojenosti s poskytovanou analgezií bolesti* – alespoň 3x denně
11. Vezmi v úvahu předchozí zkušenosti pacienta s bolestí a jejím zvládnutím – hodnocení z dokumentace nebo při sběru ošetřovatelské anamnézy

12. Zajisti klidné prostředí – celý den
13. Pečuj o pohodlí pacienta – celý den
14. Vyhodnocuj a zapiš využití dávkování analgetik z programovatelné pumpy systému PCA – 2x denně
15. Sleduj vedlejší účinky léků – celý den
16. Pomoz pacientovi se změnou polohy – dle potřeby
17. Nauč pacientku využívat relaxační techniky a nefarmakologické způsoby ovlivňování bolesti
18. Zapoj pacienta do poskytované péče – celý den
19. Povzbud' příbuzné k podpoře pacienta – při jejich návštěvě
20. Pravidelně ved' ošetrovatelskou dokumentaci – průběžně po ošetřování pacientky

Realizace:

U pacientky jsem stanovila ošetrovatelskou diagnózu Akutní bolest v souvislosti s pooperačním stavem po chirurgickém výkonu korekci abdominální diastázy. Pacientka současně trpí také chronickou bolestí pro lékařské diagnózy spojené s těžkým vertebrogenním algickým syndromem C a LS páteře. Třetí pooperační den jsem zhodnotila ve spolupráci s pacientkou pomocí škály bolesti (VAS – vizuální analogová škála 0 – 10) stupněm 4 v oblasti operační rány na břicho (stupeň 7 – záda a páteř – chronická bolest). Dle pacientky je bolest nejhorší ráno a večer a negativně ovlivňuje její spánek. Analgetická léčba (Dipidolor) je podávána programovatelnou pumpou pro PAC (pacientem řízenou analgezií). Pacientka byla 1. pooperační den edukována o používání tohoto systému tlumení bolesti. Formou per os je podáván také Metamizol STADA 500 mg. Antalgickou polohu, střídavě na levém a pravém boku v klubíčku, zaujímá samostatně, není třeba dopomoci. Po celou dobu analgetické léčby jsem nezaznamenala žádné vedlejší účinky a v den ukončení hospitalizace byla akutní bolest v abdominální oblasti pacientkou hodnocena na stupni 2. V průběhu hospitalizace pacientka zkoušela využít mnou doporučené relaxační techniky ke zmírnění bolesti (dechové techniky, motivace, autosugesce, ignorování bolesti, zaujetí nějakou činností,

coping skills). V závěru hospitalizace pacientka udávala úlevu na stupni 3 – značná úleva. Bolest jsem hodnotila také dle výrazu tváře pacientky, první 3 pooperační dny měla pacientka napjatý a skleslý výraz, postupně se tvář uvolnila. Po celou dobu ošetřování jsem se snažila nebýt dalším zdrojem bolesti, převaz a další ošetrovatelské výkony (aplikace Clexanu, manipulace) jsem prováděla s maximální šetrností. Rozhovorem jsem podporovala důvěru v poskytovanou péči, vyvolala pocit bezpečí a jistoty a snižovala tak vnímání bolesti.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka uvedla významné zlepšení bolesti (VAS 3) v průběhu hospitalizace, pociťovala úlevu a více energie. Cíl krátkodobý byl splněn pouze částečně, pacientka má stále potíže se spánkem a nácvik relaxačních metod neměl požadovaný účinek. Výsledných kritérií bylo dosaženo také pouze částečně, nastavený analgetický režim byl účinný po celou dobu hospitalizace, přesto ale bolest ovlivnila celkový somatický stav pacientky s projevy zrychlené srdeční akce a zvýšeného pocení. Pokračují intervence 10, 12, 14, 15, 17, 20.

Název a kód (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

Doména (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 4 Aktivita/odpočinek

Třída (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 2 Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka je schopna se účastnit běžných aktivit – do 5 dnů

Pacientka má zachovanou pohyblivost kloubů – do 5 dnů

Pacientka nejeví komplikace imobilizačního syndromu – po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

Pacientka si osvojila náhradní postupy a způsoby umožňující provádění běžných činností (polohování, pomůcky) – do 1 dne

Pacientka umí používat pomocné prostředky – do 1 dne

Výsledná kritéria:

U pacientky je zachována síla a funkce postižené i zdravé části těla – po celou dobu hospitalizace

Pacientka chápe význam zachování pohyblivosti jako prevenci před vznikem dekubitů, kontraktur a svalové ochablosti – do 1 dne

Plán intervencí všeobecné sestry:

1. Zhodnot' funkční úroveň pacienta (0 - 4) – test Barthelové – v průběhu ošetřování
2. Zhodnot' riziko vzniku dekubitů dle Nortonové škály – 3x týdně
3. Urči příčinu porušené pohyblivosti – před ošetřováním
4. Posud' intenzitu bolesti – každý den
5. Zjistí postoj pacienta k fyzické aktivitě – před ošetřováním
6. Zaznamenej jeho emoční odpověď na imobilitu – každý den
7. Vysvětli pacientovi důsledky nepohyblivosti (imobilizační syndrom) – v průběhu ošetřování
8. Pobízej pacienta k aktivitě – každý den
9. Využívej polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla – každý den
10. V případě bolesti podávej před aktivitou analgetika – až 4x denně
11. Pobízej pacienta v péči o sebe sama – průběžně celý den
12. Dbej na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí – celý den
13. Pobízej pacienta k pití a příjmu potravy za účelem získání energie a vysvětli mu důvod této činnosti – před ošetřováním
14. Pečuj o kůži pacienta (hygiena) – 2x denně
15. Dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta a spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny – vždy při fyzioterapii

Realizace:

U pacientky jsem provedla Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living - slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech) a ohodnotila jsem výsledky 35 body, což znamená vysokou funkční závislost. V testu Nortonové (riziko vzniku dekubitů) pacientka dosáhla 27 bodů. Tento výsledek znamená, že riziko vzniku dekubitů u pacientky nevzniklo. Třetí pooperační den se pacientka s dopomocí pokusí o vertikalizaci a postupně se začne samostatně pohybovat v rámci pokoje. Se zhoršenou pohyblivostí se pojí také deficit sebepečce při oblékání, koupání

a vyprazdňování. Pacientka má stále zavedený permanentní močový katétr při usnadnění močení při zhoršené pohyblivosti, vyprazdňování stolice probíhá také na lůžku.

Po úspěšné vertikalizaci bude PMK odstraněn. Pacientka v současné době trpí akutní bolestí v důsledku operačního výkonu v abdominální oblasti a chronickou bolestí v souvislosti s postižením více úseků páteře, současně s částečným funkčním postižením (jemná motorika) obou dolních končetin a levé horní končetiny. Pohyb tyto bolesti zvyšuje a pacientka se tedy vědomě i nevědomě některým pohybům vyhýbá. Nemožnost běžného pohybu ji velmi stresuje a plně chápe, že přiměřený pohyb je potřebný k úspěšnému zotavování a k prevenci pooperačních komplikací, ale také se cítí, vzhledem k nízkému věku, bezmocně. K péči o pacientku byl přizván fyzioterapeut, který provádí pasivní i aktivní rehabilitaci. Pacientce jsem na jeho doporučení poskytla k používání cvičební balón, nízkou stoličku k lůžku pro polohování končetin v sedu a pevnou ohrádku jako oporu při vstávání. Dle fyzioterapeuta je vhodné, aby pacientka vstávala z lůžka pomalu a opatrně přes pravý bok a levou rukou si přidržovala oblast břicha. Pacientce bylo vše vysvětleno ještě před vstáváním z lůžka. Při vstávání pacientka potřebuje dopomoc z důvodu nejistého pohybu a jako prevenci pádu. Před vstáváním jsem pacientce oblékla župan, odpojila ji od infuzního stojanu a zajistila nádoby Redonova drénu. Pacientka si sama aplikovala dávku analgetika. Vertikalizace proběhla již bez obtíží, pacientka za dozoru všeobecné sestry došla na toaletu a do sprchy.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, pacientka není stále schopna účastnit se samostatně všech běžných aktivit, potřebuje pomoc s chůzí, pohyblivost kloubů je zachována a nemá projevy imobilizačního syndromu. Krátkodobý cíl byl zcela splněn. Výsledných kritérií bylo dosaženo částečně, pacientka má oslabenou svalovou sílu končetin v důsledku komprese míšních kořenů, což ale nesouvisí s nynějším operačním výkonem a hospitalizací. Nebyla poškozena kožní integrita a nevznikly kontraktury ani jiné následky zhoršené pohyblivosti. Pokračují intervence 1, 2, 6, 8, 9, 11, 12. Poslední den hospitalizace (10. pooperační den) jsem provedla kontrolní test Barthelové a ohodnotila ho 90 body (oblast lehké závislosti) a to znamená výrazné zlepšení funkčních schopností a pohyblivosti oproti hodnocení v průběhu 3. pooperačního dne (35 bodů).

Název a kód (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 00158 Snaha zlepšit zvládání zátěže

Doména (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 9 Zvládání/tolerance zátěže

Třída (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 2 Reakce na zvládání zátěže

Definice: Vzorec kognitivního a behaviorálního úsilí ke zvládnutí požadavků pro well-being (pohodu), který lze posílit.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka se neuzavírá do sebe, není depresivně laděná a je si vědoma svých sil potřebných ke zvládnutí psychické i fyzické zátěže – do 5 dnů

Cíl krátkodobý:

Pacientka označuje zátěžové stresory (chirurgický výkon, bolest) jako zvládnutelné – do 2 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka zvládá zátěžové stresory – do 2 dnů

Pacientka si uvědomuje možnosti vlastních sil – do 5 dnů

Pacientka si je vědoma toho, že vždy může požádat o pomoc (ošetřující sestra, rodina) – po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí všeobecné sestry:

1. Všiměj si stresových situací, které pacientka prožívá (bolest, fyzioterapie, neschopnost dokončit činnost nebo pohyb) – po celý den
2. Posuď způsoby reakce pacientky – při ošetřování nebo rozhovoru
3. Podpoř pacientku v jejích činnostech – celý den
4. Motivuj pacientku k používání relaxačních technik (řízené představy, pozitivní sebek potvrzení, relaxační cvičení), procvičuj je, aby je dokázala prakticky uplatnit - 1x denně
5. Zapoj do podpory pacientky její okolí (rodinné příslušníky, blízké osoby) - při jejich návštěvě
6. Informuj pacientku o důležitosti času pro odpočinek v denním plánu aktivit (aktivní, pasivní)
7. Informuj pacientku o zásadách asertivního chování – dle potřeby

Realizace:

Pro pacientku bylo velmi náročné časné pooperační období z důvodu zhoršení pohyblivosti a náhlému zhoršení bolestí. Protože pacientka trpí dlouhodobě chronickou bolestí z důvodu onemocnění páteře, byla akutní bolest následující plánovaný operační výkon velmi fyzicky i duševně vyčerpávající. Tyto skutečnosti byly indikací pro zavedení systému podávání analgetik formou PCA, kdy si sama měla možnost, při zvýšeném vnímání bolesti, aplikovat ordinovaná analgetika. V rámci dlouhodobé léčby chronické bolesti jsou pacientce podávána již několik let antidepresiva, další medikace

antidepresivy nebo anxiolytiky nebyla indikována. Pacientku jsem motivovala k různým činnostem (četba, sledování filmů) a zejména pak k pohybu, který ona sama považuje za velmi důležitý. Od 3. pooperačního dne byla pacientka schopna lehkého pobytu mimo lůžko, což ji pozitivně motivovalo k využívání vlastních sil. Pacientce jsem také opakovaně připomínala, že je vždy možnost požádat všeobecnou sestru ve službě o pomoc s jakoukoli činností. V době návštěv pomáhaly pacientce její dospělé děti.

Hodnocení:

Cíl dlouhodobý, krátkodobý a výsledná kritéria byly splněny. Ošetrovatelská diagnóza byla 5. pooperační den ukončena.

Název a kód (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 00004 Riziko infekce

Doména (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 11 Bezpečnost/ochrana

Třída (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 1 Reakce hostitele po patogenní invazi

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, které mohou vést k oslabení organismu

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý:

Pacientka zná způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku

Cíl krátkodobý:

Pacientka chápe individuální rizikové faktory vzniku infekce

Výsledná kritéria:

Operační rána se hojí bez komplikací per primam – po celou dobu hospitalizace

Pacientka nejeví známky infekce (celkové, místní) - po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí všeobecné sestry:

1. Monitoruj rizikové faktory výskytu infekce – celý den
2. Sleduj místní známky infekce v místech invazivních vstupů a u operační rány – při převazu
3. Mysli na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí – celý den
4. Dodržuj důsledně u všech invazivních zákroků aseptický postup – při převazu nebo podávání intravenózní medikace
5. Prováděj časnou mobilizaci pacientky – co nejdříve po operaci, dle stavu pacientky
6. Prováděj u pacientky dechovou rehabilitaci – alespoň 3x denně
7. Pečuj o adekvátní hydrataci pacientky – celý den
8. Podávej léky dle ordinace lékaře – dle rozpisu ordinace
9. Informuj pacientku o zásadách péče o pokožku
10. Pouč pacientku o nutnosti podávat ATB a dobrání celou dávku po propuštění
11. Vysvětli pacientce význam pravidelného cvičení a odpočinku
12. Edukuj pacientku o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce

Realizace:

Při ošetřování jsem pacientce vysvětlila důvody podávání ATB profylaxe, důvody zavedení Redonova drénu – jako prevenci možného vzniku infekce. Také jsem ji poučila o příznacích místní infekce – periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, operační rána – otok, zarudnutí, svědění, bolest, sekrece z rány. Pacientka si je vědoma toho, že při jakékoli negativní změně celkového stavu musí okamžitě informovat ošetřující sestru nebo lékaře. Permanentní močový katétr byl odstraněn 3. pooperační den. Periferní žilní katétr a infuzní set a krytí bylo vyměněno dle standardu oddělení (72 hodin, resp. 24 hodin), případně dříve dle potřeby. Převaz operační rány byl prováděn 1x denně za aseptických podmínek. Periferní žilní katétr byl odstraněn poslední den hospitalizace

(10. den). Redonovy drény byly odstraněny 5. pooperační den. Místa zavedení drénů byla odezinfikována, byl zrušen podtlak a poté byl odstraněn fixační steh a opatrným pohybem pomocí peánu odstraněny drény. Vstupy po drénech byly sterilně kryty a následně kontrolovány na zbytkovou sekreci. Pacientku jsem motivovala k časnému vstávání

z lůžka po chirurgickém výkonu a vysvětlila jsem jí zásady hygieny operační rány a invazivních vstupů.

Hodnocení:

Dlouhodobý, krátkodobý cíl byl splněn, pacientka znala rizikové faktory a uměla využít postupy pro minimalizaci rizika vzniku infekce. Výsledné kritérium bylo splněno, nebyly pozorovány žádné známky infekce, rána se hojila bez komplikací, ošetrovatelská diagnóza trvala po celou dobu hospitalizace.

Název a kód (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 00015 Riziko zácpy

Doména (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 3 Vylučování a výměna

Třída (HERDMAN, T. a S.KAMITSURU, 2016): 2 Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

Pacientka přijímá vhodnou stravu, dostatečné množství tekutin a dostatečně se pohybuje – po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

Pacientka chápe rizikové faktory a vhodná řešení individuální situace – do 1 dne

Výsledná kritéria:

Pacient se vyprazdňuje pravidelně, frekvence a konzistence je v mezích normy – po celou dobu hospitalizace

Plán intervencí všeobecné sestry:

1. Prober s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování – při obtížích
2. Zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev – 1x denně
3. Věnuj pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i častosti vyprazdňování stolice – dle potřeby
4. Zjistí všechny léky, které pacient užívá, jejich vedlejší účinky, které by mohly způsobit zácpu – 1x denně
5. Podávej běžná změkčovadla stolice, mírná stimulancia nebo prostředky zvětšující objem stolice – dle potřeby
6. Dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci – dle potřeby
7. Zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy – vždy po defekaci v rámci lůžka
8. Zdůrazni přiměřený příjem tekutin včetně vody a džusů, doporuč pití teplých stimulačních nápojů
9. Doporuč dostatek pohybu v rámci možností pacientky

Realizace:

Pacientku jsem před chirurgickým výkonem a opakovaně také v pooperační období upozornila na možnost vzniku zácpy a seznámila ji s důvody – změněná peristaltika po břišní operaci, změna diety, nedostatek pohybu, nedostatek soukromí, nevhodná poloha při vyprazdňování na lůžku. Během 3. pooperačního dne se pacientka vyprázdnila na toaletě, provedla potřebnou hygienu, žádné komplikace nevznikly. V následujících dnech hospitalizace se pacientka vyprazdňovala nepravidelně, stolice byla přiměřené konzistence.

Hodnocení:

Dlouhodobý cíl byl splněn, krátkodobý cíl byl splněn. Výsledných kritérií nebylo dosaženo, pacientka se vyprazdňovala nepravidelně. Pokračují intervence 1, 2, 4, 5.

CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Pacientka (44 let) přichází k přijetí na lůžkové oddělení po předchozí chirurgické a ortopedické konzultaci k plánované plastické operaci – korekci abdominální diastázy. V současné době přetrvává u pacientky také polytopní, postoperační těžký VAS C páteře s blokádami a paresteziemi, postoperační těžký VAS LS páteře s iritačně-zánikovou symptomatologií. Má chronické bolesti, potíže s chůzí a problémy s hrubou i jemnou motorikou levé horní končetiny.

Pro pooperační období bylo stanoveno 25 aktuálních ošetřovatelských diagnóz a 6 potenciálních ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelské problémy byly nalezeny v oblastech podpory zdraví, výživě, vylučování a výměně, aktivitě/odpočinku, sebepercepce, zvládnání zátěže, bezpečnosti/ochraně, komfortu. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny 3. pooperační den a vyhodnocovány průběžně a ke konci hospitalizace. Realizace ošetřovatelského plánu, který byl sestaven, byl realizován mnou nebo jinou ošetřující všeobecnou sestrou. Největší důraz byl kladen na zvládnutí akutní bolesti u pacientky, protože ta by mohla přímo ohrozit její celkový zdravotní stav, mohlo by dojít k výraznějšímu zhoršení pohyblivosti s trvalými následky a po stránce psychické

by pro pacientku bylo její přetrvávání velmi vyčerpávající. Ošetrovatelské cíle u diagnózy s vysokou prioritou byly splněny, ošetrovatelské cíle u diagnóz se střední a nízkou prioritou byly splněny částečně. Péči hodnotím jako velmi přínosnou a efektivní. Pacientka po celou dobu výborně komunikovala a spolupracovala. Celkový přínos chirurgického výkonu a komplexní ošetrovatelské péče by bylo třeba zhodnotit znovu po delším časovém období (půl roku), kdy by již byly zahrnuty výsledky následné individuální fyzioterapie, vedoucí ke zpevnění svalového korzetu a hlubokého stabilizačního systému těla s ohledem na zlepšení funkce páteře jako celku.

DISKUZE

Jedním z cílů bakalářské práce bylo se seznámit se základními pojmy týkající se funkce abdominálního svalstva a jeho vlivem na hluboký stabilizační systém těla. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny zejména na specifickou patologii břišní stěny – rozestup přímých břišních svalů – diastázu, příčiny jejího vzniku, diagnostiku a měření. Bakalářskou práci jsem zaměřila spíše na komplexní negativní zdravotní vliv diastázy na organismus člověka, než na jako problém estetický. Problémem při rešerši literatury byl nedostatek vhodných zdrojů, které by se věnovaly tématu diastázy z pohledu zdravotních komplikací a rizik. Informace byly tedy čerpány i ze zdrojů starších než deset let. Významnou oporou mi při studiu této problematiky poskytl článek Oplové a Špringrové „Role diastázy mm.recti abdominis při vzniku vertebrogenních poruch“ (2006), kde je hodnocena provedená studie o posouzení významu diastázy na etiopatogenezi lumbálních vertebropatií, na podkladě srovnání incidence diastázy, anamnestických dat a klinického vyšetření kontrolní skupiny

pacientů s vertebrogenními obtížemi. Výsledek studie ukazoval na vzájemnou souvislost, nebylo však možné exaktně určit, že se diastáza mm.recti abdominis podílí na vzniku vertebrogenních obtíží. Etiologie a výskyt diastázy není příliš často zkoumanou a odborně popisovanou oblastí, s výjimkou vzniku diastázy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Tyto souvislosti popisuje například Dráč a Křupka v publikaci „Trvalé zmeny po tehotnosti“ (1992) nebo Šerbec a Gaber v odborném článku „Frequency and location of diastasis recti abdominis during and immediately after pregnancy among women in maternity hospital Ljubljana“ (2004). Článek Koláře a Lewita “Význam hlubokého stabilizačního systému v rámci vertebrogenních obtíží”(2005) naznačuje, že diastáza mm.recti abdominis narušuje funkci hlubokého stabilizačního systému páteře a svalovou souhru, která doprovází každý cílený pohyb a uvádí, že ovlivnění stabilizační funkce páteře má význam preventivní i léčebný u již vzniklých vertebropatií. Spíše, než k chirurgickému výkonu – korekci abdominální diastázy, se přiklání k pravidelnému, individuálnímu a správně vedenému posilování hlubokého stabilizačního systému těla.

Domníváme se, že zlepšením informovanosti v rámci prevence o vlivu správného posilování HSSP u žen před, v průběhu a po graviditě, by mohlo vést ke snížení incidence diastasis mm.recti abdominis v souvislosti s těhotenstvím (prudkou změnou hmotnosti) a ke snížení vzniku následných zdravotních obtíží.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V průběhu ošetrovatelské péče u chirurgické korekce diastasis mm.recti abdominis (abdominoplastika) je vhodné důsledně zhodnotit všechny anamnestické údaje pacientky a v závislosti na nich stanovit reálné cíle péče. Předoperačním obdobím je ideální pro podání všech informací, kdy pacientka není dosud ovlivněna pooperační bolestí a snáze si údaje zapamatuje. Pro pooperační období je důležitý management bolesti, rychlá mobilizace a zahájení fyzioterapie.

Doporučení pro pacienty

- Být trpělivý
- Dodržovat doporučení ošetrovatelského personálu
- Důležitý je aktivní pohyb

- Spolupráce
- Komunikace
- Pamatovat si doporučení a informace
- Dbát na hygienu a sebeděči
- Aktivně se zapojovat do fyzioterapie
- Vhodnou činností odvádět svoji pozornost od bolesti

Doporučení pro všeobecné sestry

- Zhodnotit anamnestické údaje
- Předat pacientce všechny potřebné informace
- Motivovat pacientku k pohybu
- Vytvořit si kladný vztah s pacientkou a získat její důvěru
- Sledovat projevy bolesti a reakci na analgetika
- Dodržovat aseptický přístup při převazech, kanylaci
- Získat potřebné informace o onemocnění
- Pečlivý záznam do dokumentace

ZÁVĚR

V této bakalářské práci byla řešena problematika ošetrovatelského procesu u pacientky po chirurgické korekci abdominální diastázy. Teoretická část se věnovala vysvětlení pojmu diastáza, její etiologii, diagnostice a jejímu vlivu na hluboký stabilizační systém páteře a trupu. Byly vysvětleny funkce souvisejících svalových skupin a vysvětleny všechny možnosti léčby. Práce je orientována spíše na chirurgickou léčbu

a specifika pooperační ošetrovatelské péče. Podstatnou část ošetrovatelské péče po chirurgickém výkonu na břišní stěně tvoří management bolesti. V teoretické části práce je z tohoto důvodu uvedena podrobná kapitola, zabývající se bolestí jako fenoménem a je podrobněji rozebrán systém PCA – pacientem kontrolovaná analgezie.

V praktické části práce je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s diagnostikovanou diastasis mm.recti abdominis a rozvinutými vertebrogenními potížemi po chirurgické korekci diastázy v pooperačním období. Detailně je popsána anamnéza pacientky a pooperační stav a na základě toho byly stanoveny ošetrovatelské problémy a diagnózy. Prostřednictvím intervencí byly realizována ošetrovatelská péče, která byla následně v časovém odstupu zhodnocena a byly též vytvořena doporučení pro

další využití všech získaných poznatků ošetrovatelským personálem. Z průběhu studia tohoto tématu je zřejmé, že nejdůležitější v léčbě diastázy přímého břišního svalu je vlastně dostatečná informovanost a prevence, ještě dříve, než se vzniklá diastáza nevhodným cvičením zafixuje. Na základě těchto faktů byl vytvořen edukační leták určený ženám v poporodním období. Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny, edukační leták byl vytvořen s osobním zaujetím tématem.

Problémem byl nedostatek vhodných zdrojů, ze kterých by bylo možné čerpat. Korekce diastázy je nejčastěji v literatuře a odborných člancích uváděna v souvislosti s abdominální plastikou, řešenou z estetických důvodů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŘINKA, Ladislav. *Plastická a rekonstrukční chirurgie*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-7338-8.

BERGEROVÁ, Yvonne, a kol., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.

DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. 1. vyd. Překlad Kateřina Bodnárová. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073670801.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU (et al.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání, 1. české vydání. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412.

HODGES, P. W., C. A. RICHARDSON: *Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task*. Neuroscience Letters. 1999 Apr 16, 265 (2): 91-4.

CHALUPOVÁ, M. (1999): *Trunk konturography and muscle spasmus evaluation as an instrument of the muscle dysbalantion identification*, XVIIth congress of ISB, pp. 564, Canada.

KEELER J, et al. *Diastasis Recti Abdominis: A Survey of Women's Health Specialists for Current Physical Therapy Clinical Practice for Postpartum Women*. J Womens Health Phys Ther. 2012;36(3):131.

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.

KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-219-0.

KOLÁŘ, Pavel. *Systematizace svalových dysbalancí z pohledu vývojové kineziologie*. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2001, 4, s. 152-164.

- KŘÍŽOVÁ, Eva. *Analgetizace formou PCA*. Intenzivní péče chirurgických oborů, FN Olomouc. 2015. [citováno 2017-03-09]. Dostupné online: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/analgetizace-formou-pca-477881>
- KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1. elektronické vydání. 131 s. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. ISBN 978-80-7454-600-6.
- KUFA, Roman, Radka ČERVINKOVÁ. *Plastická chirurgie: krok za krokem*. V Praze: XYZ, 2008. ISBN 978-80-7388-045-3.
- KULHÁNEK, Josef. *Rekonstrukce rozsáhlých defektů stěny břišní metodou separace komponentů / J. Kulhánek, O. Mestak*. *Rozhledy v chirurgii* 2013, roč. 92, č. 11, s. 640-643. ISSN: 0035-9351.
- MENDES, Denise de Almeida et al. Ultrasonografie pro měření přímý sval břišní svaly rozestup. *Acta Cir. Podprsenky*. [online]. 2007, Vol. 22, č. 3 [citováno 2017-03-09], pp.182-186. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502007000300005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102 - 8650. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-8650200700030000>
- MĚŠŤÁK, Ondřej a kol., *Plastic and reconstructive surgery. Evaluation of the long-term stability of sheath plication using absorbable sutures in 51 patients with diastasis of the recti muscles: an ultrasonographic study* 2012, roč. 130, č. 5, s. 714e-719e. ISSN: 0032-1052.
- MICHALSKÝ, Rudolf. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2008. 93 s. : il. ; 30 cm. ISBN: 978-80-7248-465-2.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o ženu po plastické operaci břicha*, *Sestra*: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, roč. 24, č. 2, s. 43-45. ISSN: 1210-0404.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s, 2016. ISBN 978-80-905728-1-2.

OPLOVÁ, Lucie, Ingrid, ŠPRINGROVÁ. *Rehabilitace a fyzikální lékařství. Role diastázy mm. recti abdominis při vzniku vertebrogenních poruch.* 2006, Roč. 13, č. 4, s. 197-200. ISSN: 1211-2658.

PASZKOVÁ, Helena. *Československá pediatrie. Diastáza přímých břišních svalů - projev vitamin D deficitu myopatie.* 2004, Roč. 59, č. 7, s. 337-340. ISSN: 0069-2328.

POMAHAČ, Bohdan, et al., *Hernia : journal of hernias and abdominal wall surgery.* 2013, roč. 17, č. 1, s. 37-44. ISSN: 1265-4906.

PŘIDALOVÁ, Miroslava a Jarmila RIEGEROVÁ. *Funkční anatomie.* Olomouc: HANEX, 2002. ISBN 80-85783-38-x.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

SHIFFMAN, Melvin A. a Sid. MIRRAFATI. *Aesthetic surgery of the abdominal wall.* New York: Springer, c2005. ISBN 3540211578.

SIDDIKY, A. H et al. *Laparoscopic plication of the linea alba as a repair for diastasis recti—a mesh free approach.* Journal of surgical case reports, 2010, 2010.5: 3-3.

SPERSTAD, Jorun Bakken, et al. *Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain,* Br J Sports Med. 2016 září; 50 (17): 1092-1096. Publikováno online 2016 Jun 20. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096065 <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27324871&lang=cs>

ŠEVČÍK, Pavel, Ivo KŘIKAVA. *Pooperační bolest.* Urologické listy, 2007, roč. 5, č. 2, s. 5-13. ISSN 1214-2085.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

VAN DE WATER A T. M., BENJAMIN DR. *Systematic review: Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): A systematic*

review of their measurement properties and meta-analytic reliability generalisation.
Man Ther. 2016. doi:10.1016/j.math.2015.09.013

VÉLE, František. Kineziologie posturálního systému. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995.
ISBN 80-7184-100-5.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání.
Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

PŘÍLOHY

- A Edukační leták
- B Vizuální analogová škála bolesti
- C Schéma PCA
- D Schéma řezů a jizev při abdominoplastice
- E Průvodní list k rešerši

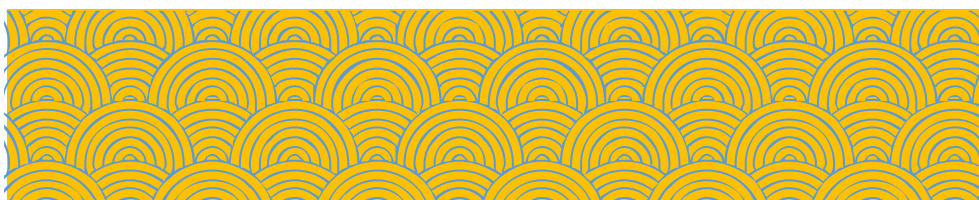
Rozestup přímých břišních svalů (diastáza) po porodu

Edukační leták

(Vytvořeno pro účely studia)

Petra Šimková

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



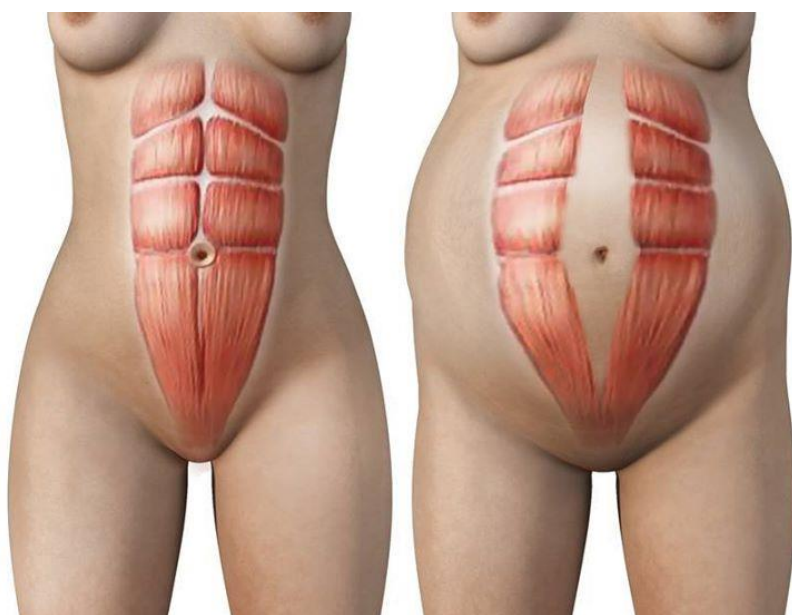
Vážené maminky,

Gratulujeme Vám k narození miminka a rádi bychom Vám nabídli informace, které mohou přispět ke zlepšení Vaší kondice.

Diastáza

V průběhu těhotenství, tím, jak roste plod, se zvětšuje objem břicha a může se objevit rozestup břišních svalů. Tento stav je nebolestivý a většina žen si ho vůbec neuvědomuje. Začne si ho všimnout až v okamžiku, kdy má, několik měsíců či let, stále povolené břicho a její okolí reaguje nevhodnými otázkami, kdy bude opět rodit.

Diastáza

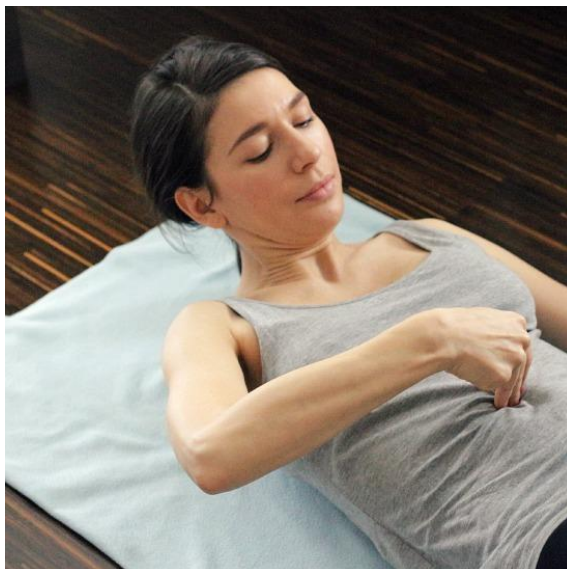


Zdroj: Zdroj: <https://signedevents.com/>

Zjištění diastázy

Lehněte si, prosím, na záda a pokrčte nohy v kolenou. Na oblast pupku položte malík a další tři prsty směrem k hlavě. Při výdechu stáhněte pánevní dno, zdvihněte hlavu a prsty pootočte do příčného průměru a zjistěte, jak velká mezera mezi svaly vznikla.

Stejný proces proved'te i v oblasti pod pupkem.



Řešení, pokud jste nahmatala mezeru mezi břišními svaly

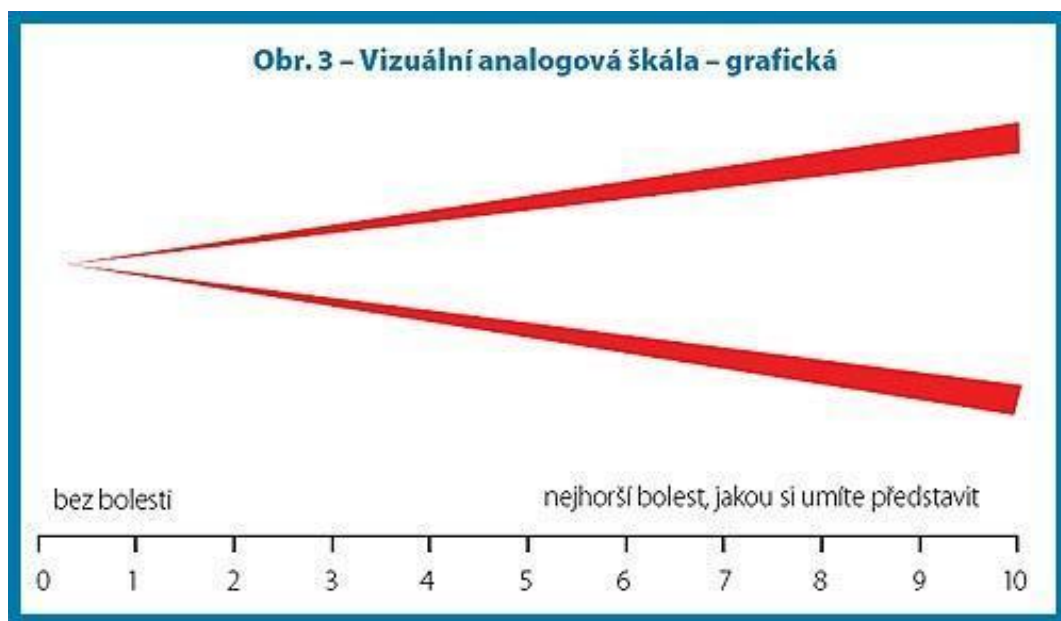
V případě, že jste během výše popsaného postupu, zjistila rozestup břišních svalů, uvědomte si, že je vhodné nejprve dostatečně posílit hluboké břišní svalstvo a až poté začít s posilováním přímých břišních svalů. Pokud by byl zvolen opačný postup, tedy snaha o to, mít co nejdříve opět ploché břicho (cvičení na přímé břišní svaly – sklapovačky, sedy, lehy atd.), posílí se nejdříve svaly více na povrchu těla, diastáza se ale nezatáhne, naopak se zafixuje v nesprávné poloze. Je samozřejmé, že v situaci, kdy zjistíte, že se ani po 6 týdnech po porodu, rozestup nezmenšuje, informujete svého praktického lékaře, gynekologa či fyzioterapeuta.

Jaké mohou být následky nesprávně ošetřené poporodní diastázy?

Možná si říkáte, že ploché břicho pro Vás není důležité. Rozestup břišních svalů však bývá často příčinou zdravotních potíží, které by Vás v souvislosti s tím, možná, ani nenapadly. Diastáza má vliv na celkovou stabilitu trupu a může tak být důvodem bolestí páteře, vzniku pupeční kýly, inkontinence nebo trávicích obtíží. Samozřejmě ani estetický dojem se nedá opominout, břicho je vypouklé a běžným cvičením se nezmenšuje. Fyzioterapeutická léčba je potom dlouhodobá a nemusí být zcela účinná. Posledním řešením po pak bolestivá a finančně nákladná chirurgická plastika břišní stěny.

*„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla“ **Aristoteles***

Příloha B Vizuální analogová škála bolesti



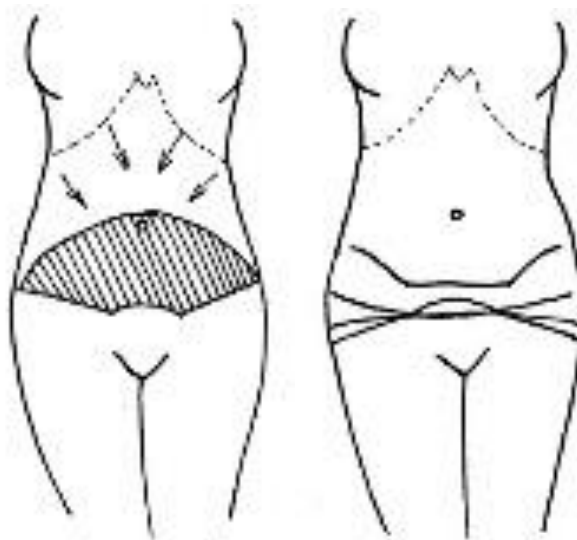
Zdroj: www.zdn.cz

Příloha C Schéma PCA



Zdroj: /www.mskcc.org/

Příloha D Schéma řezů a jizev při abdominoplastice



Vlevo jsou znázorněny řezy, vpravo výsledné jizvy

Zdroj: zdraveomlazení.cz

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Petra Šimková

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci abdominální diastázy

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

ošetrovatelská péče - ošetrovatelský proces – diastáza - břišní svaly - abdominoplastika

Klíčová slova angličtina:

Nursing Care - Nursing Process – Diastasis - Diastasis Recti - Abdominal Muscles

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

U českých zdrojů: 2000-2016

U zahraničních zdrojů: 1996-2016

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 14 (knihy: 1; články a abstrakta: 13)

Zahraniční zdroje: záznamů: 43

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCO host pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ
Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb
Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: bursky@nlk.cz