

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

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG V DOMÁCÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA MICHNOVÁ

Praha 2019

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

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG V DOMÁCÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČI

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA MICHNOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2019



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

MICHNOVÁ Martina

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče s PEG v domácí zdravotní péči

*Umfassende Pflege von Patienten mit PEG im häuslichen Umfeld*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 2. září 2019



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že předkládanou bakalářskou práci na téma „Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s PEG v domácí zdravotnické péči“ vypracovala samostatně a uvedla všechny použité prameny a literatury. Současně dávám souhlas s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce za PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za cenné připomínky, rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vrchní sestře za spolupráci, odborné rady a čas, který mi věnovala. Nakonec poděkování patří i mé rodině, která mne podporovala během celého studia.

MICHNOVÁ, Martina. *Komplexní ošetrovatelská péče o klienta s PEG v domácí zdravotnické péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2019. 71s.

## **ABSTRAKT**

Hlavním tématem bakalářské práce je zpracování komplexní ošetrovatelské péče o pacienta s perkutánní endoskopickou gastrostomií v domácí zdravotnické péči.

V teoretické části práce se zaměřujeme na vymezení pojmů domácí zdravotnická péče, přiblížení historie domácí péče její výhody a cíle. Definuje perkutánní endoskopickou gastrostomii, indikaci, kontraindikaci a ošetrovatelskou péči. A vysvětluje enterální výživu.

V praktické části práce je využito teoretických poznatků v praxi, kdy je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s PEG, kdy je mu po operačním výkonu zdravotnická péče poskytována přirozeném domácím prostředí. Práce klade za cíl přiblížení péče o pacienta s PEG, kdy je ošetřován ve svém domácím prostředí a je zde i vytvořen ošetrovatelský proces, který řeší problémy pacienta dle NANDA domén.

Klíčová slova:

Dekubit. Domácí péče. Enterální výživa. Ošetrovatelský proces. Perkutánní endoskopická gastrostomie.

MICHNOVÁ, Martina. *Umfassende Pflege von Patienten mit PEG im häuslichen Umfeld*. Krankenpflegehochschule, o.p.s. Grand der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2019. 71s.

## ZUSAMMENFASSUNG

Das Hauptthema der Bachelorarbeit ist die Erarbeitung einer umfassenden Pflege für einen Patienten mit perkutaner endoskopischer Gastrostomie in der häuslichen Pflege.

Im theoretischen Teil konzentrieren wir uns auf die Definition der Konzepte der häuslichen Gesundheitsversorgung und bringen die Geschichte der häuslichen Gesundheitsversorgung ihren Vorteilen und Zielen näher. Es definiert die perkutane endoskopische Gastrostomie, Indikation, Kontraindikation und Pflege. Und erklärt die enterale Ernährung.

Im praktischen Teil der Arbeit wird theoretisches Wissen in die Praxis umgesetzt, wobei der Pflegeprozess bei Patienten mit PEG bearbeitet wird, wenn er nach seiner chirurgischen Leistung auf natürliche Weise versorgt wird. Ziel der Arbeit ist es, die Versorgung des Patienten mit PEG zu erreichen, wenn er in seiner häuslichen Umgebung behandelt wird, und es gibt auch einen Pflegeprozess, der die Probleme des Patienten nach NANDA-Domänen löst.

Schlüsselwörter:

Dekubit. Häusliche Pflege. Enterale Ernährung. Pflegeprozess. Perkutane endoskopische Gastrostomie.

# Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	10
ÚVOD.....	11
1 DOMÁCÍ PÉČE.....	13
2 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM.....	16
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG .....	18
3.1    INDIKACE .....	18
3.2    KONTRAINDIKACE .....	18
3.3    POSTUP ZALOŽENÍ PEG .....	18
3.4    KOMPLIKACE .....	20
4 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	21
4.1    INDIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	21
4.2    KONTRAINDIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	22
4.3    APLIKAČNÍ CESTY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	22
4.4    PŘÍPRAVKY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	23
4.5    APLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	23
4.6    KOMPLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY .....	24
5 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	25
5.1    SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 8. 6. 2018:.....	35
5.2    OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA TAXONOMIE.....	37
5.3    ZHODNOCENÍ CELKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	52
6.4    DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	58
PŘÍLOHY .....	I



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

bnp – bez patologického nálezu

BMI – body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

DP – domácí péče

DM – diabetes mellitus

D – dech

DK – dolní končetiny

DÚ – dutina ústní

FF – fyziologické funkce

GIT – gastrointestinální trakt

MMNE – Mini Mental State Examination, kognitivní škála k vyšetření demence

NPB – náhlé příhody břišní

P – puls

PAD – perorální antidiabetika

PMK – permanentní močový katetr

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

p.o. – per os

TEN – tromboembolická nemoc

TBL – tablety

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Atrofie – oslabení normálně vyvinutého orgánu

Bronchofonie – hrudní hlas

Dekubit – proleženina

Dysfunkce – porucha funkce

Edukace – výchova

Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici

Integrita – celistvost, neporušenost

Malnutrice – podvýživa

Mikce – močení

Obstipace – zácpa

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

# ÚVOD

Bakalářská práce na téma „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s PEG v domácí zdravotní péči“. Toto téma bylo vybráno z důvodu rozšíření domácí zdravotní péče v poslední době, kdy stále tato možnost péče narůstá a to nejenom v České republice, ale i ve světě. Domácí péče (dále jen DP) je péče o pacienta, která probíhá v jeho přirozeném domácím prostředí na které je zvyklí a může se zapojit i jeho rodina.

Perkutánní endoskopická gastrostomie (dále jen PEG) je metoda, která má pro pacienty, kteří nejsou schopni přijímat potravu či tekutiny per os, nebo přijímají nedostatečné množství potravy a tekutin a vzniká tedy malnutrice, je velkým přínosem pro zajištění dostatečné výživy a hydratace pacienta. Metoda PEG je v současné době natolik rozšířená a užívaná častěji, než aby byla nemocnému odepřena.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Kdy v teoretické části jsou vysvětleny pojmy, jako je DP, její historie, výhody a cíle, dále PEG – jeho indikace, kontraindikace, jeho charakteristika výkonu a komplikací, ošetřování pacienta s PEG. Dále pak zde najdeme i zmínku o výživě, která je pacientovi podávána do PEG. A v praktické části jsem vybrala pacienta z domácí péče, kde byly řešeny jeho problémy a byly u něho stanoveny ošetrovatelské diagnózy, vypracovaný ošetrovatelský plán a následné celkové vyhodnocení ošetrovatelského procesu. Je zde i edukace pacienta a jeho rodiny jak pečovat o PEG v domácím prostředí.

Cílem teoretické části práce je přiblížit teoretické poznatky z domácí zdravotní péče se zaměřením na ošetrovatelskou problematiku pacienta s PEG v domácím prostředí.

Cílem praktické části práce je popsat a na závěr zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s diagnostikovanou rozvíjející se demencí Alzheimerova typu, který je imobilní s dekubitem na pravé straně horní poloviny zad (v úrovni lopatky) a vyživován je pomocí PEG a to vše je prováděno v domácím prostředí.

## Vstupní literatura

1. NĚMCOVÁ, J., a kol. 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. , Praha 5, Duškova 7, 150 00, ISBN 978-80-88249-02-3
2. KRÍŽOVÁ, J. a kol. 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2 vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3326-8.
3. BÁRTLOVÁ, S. a kol. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno. ISBN 978-80-7013-499-3
4. KRÁTKÁ, A. a G. ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ISBN 978-80-7318-726-8.
5. MARKOVÁ, M., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-499-3.
6. KOZÁKOVÁ, R., 2011. *Komunitní ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 9788074640797.

## Rešeršní strategie

K vypracování byla oslovena Severočeská vědecká knihovna Ústí nad Labem. Čerpáno bylo celkem z 50 záznamů z toho 36 českých dokumentů, 4 anglických a 10 německých. Dále jsem si publikace dohledávala sama pomocí webové stránky medvik.

Při zpracování bakalářské práce bylo využito 5 internetových zdrojů, 26 českých knižních zdrojů a 3 zahraniční zdroje.

# 1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je péče, která je poskytována pacientům nebo klientům na základě doporučení od jejich praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost nebo od lékaře při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Domácí péče je hrazená ze zdravotního pojištění. Pokud chce pacient nadstandardní služby, mohou mu být poskytnuty, ale musí si je zaplatit (KALVACH, 2011).

Zdravotní péči vykonávají kvalifikované sestry v pohodlí pacientova domova. Je vhodná pro ty pacienty, u kterých již není potřeba hospitalizace. Rozsah péče určuje ošetřující či obvodní lékař a liší se případ od případu. Domácí péči mohou využívat pacienti všech věkových kategorií. Je určena pro ty, kteří potřebují krátkodobé ošetření například po úrazech či operacích, nebo pro pacienty trpící chronickým onemocněním které by vyžadovalo dlouhodobou hospitalizaci či pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných (KALVACH, 2011).

Domácí péči poskytují a zajišťují různé charitativní, státní či městské organizace nebo soukromé agentury. Pro umožnění domácí péče je důležitý stabilizovaný stav pacienta, aby bylo možno poskytovat péči v domácím prostředí. Základem je zapojení rodiny do péče o pacienta. Některé agentury umožňují zapůjčení pomůcek jako je například polohovací lůžko, rehabilitační pomůcky atd.. K hlavním úkolům zdravotní domácí péče patří ošetřování ran, chronických i pooperačních dále aplikace léku a inzulínu (HROZENSKÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

Domácí zdravotní péče je definována v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví svými předpisy definuje způsoby úhrady a limity nákladů, kvalifikaci a povinnosti profesionálních členů týmu, vybavení poskytovatelů domácí péče, postavení poskytovatele a pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb atd. (ZÁKONY PRO LIDI, 2017).

## CÍL DOMÁCÍ PÉČE

Hlavním cílem domácí péče je zajistit kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoc pacientům, kterým je tato péče poskytnuta a to v jejich domácím prostředí. Další cíl, který má domácí péče je vyloučit vliv nozokomiálních nákaz a vzniku

iatropatogenního poškození zdravotního stavu pacientů (NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY).

## VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče sebou nese velké množství výhod. Jako první výhodu bych zmínila, že pacient je ošetřován v domácím prostředí a mohou se do péče zapojit rodinní příslušníci. Pacient má neomezený kontakt se svou rodinou. Větší účast rodiny na poskytování péče, která je do péče zapojena. Dalšími výhodami je zkrácení pobytu v nemocnici a individuální přístup k pacientovi. Dlouhodobá péče se poskytuje dle potřeb pacienta a jeho rodiny. Výhodou je podpora zdraví nemocného a edukace. A pro stát to znamená nižší ekonomické náklady než u ústavní péče (KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008).

## DOKUMENTACE DOMÁCÍ PÉČE

Každá agentura domácí péče je povinna zaznamenávat údaje o zahájení péče u pacienta, průběh a ukončení domácí péče. Mezi dokumentaci patří i záznam o celkovém zdravotním stavu a změnách, které u pacienta nastanou. Dále by měla obsahovat provedená a naplánovaná vyšetření, které pacient podstoupil nebo ho teprve čekají. Jako každá dokumentace tak i dokumentace domácí péče musí být přehledná a zpřístupněná všem zdravotnickým pracovníkům, kteří se na péči pacienta podílí (ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY, 2006).

## TIPY NÁVŠTĚV A VÝKONY V DOMÁCÍ PÉČI

V DP se používají čtyři typy návštěv, které se vykazují jednotlivě nebo se dají kombinovat, nejvíce, ale tři návštěvy v jednom dni.

### TYP I. – 06313 – OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Je indikována ošetřujícím nebo praktickým lékařem u pravidelně ošetřovaného pacienta. Je zejména pro pacienty a částečnou imobilitou, s inkontinencí či dezorientací. Je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Časový rozsah, který je určený pro tento typ návštěvy je 30 minut a to maximálně 3x denně.
- Obsah a rozsah výkonu – objektivní vyšetření pacienta, sledování FF, odběr biologického materiálu, kontrola predilekčních míst, ošetření poranění, ran, aplikace

inhalace a léčebné terapie, aplikace parenterální terapie, dohled na infuzní terapii, nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti, klyzma, cévkování, ošetření PMK a stomií, edukace a další. Nakonec je vše zaznamenáno do dokumentace pacienta a předání informací praktickému lékaři.

#### TYP II. – 06315 – OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Tento výkon je taktéž jako TIP I. plně hrazen ze zdravotního pojištění. Obsah, rozsah i ukončení se shoduje s TIP I.
- Časový rozsah je u tohoto typu 45 minut a to maximálně 3x denně.

#### TIP III. – 06317 – OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Časový rozsah, který je určený pro tento tip návštěvy je 60 minut a to maximálně 3x denně.
- Plně hrazeno ze zdravotního pojištění.
- Obsah, rozsah a ukončení se shoduje s ošetrovací návštěvou typu I. a II.

#### TIP IV. – 06317 – OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA – DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Časový rozsah je tady 15 minut, maximálně 3x denně.
- Plně hrazeno ze zdravotního pojištění.
- Obsah, rozsah a ukončení se shoduje s ošetrovací návštěvou typu I., II. a

III.

Všechny čtyři typy ošetrovacích návštěv je odlišují pouze v časovém rozsahu (ZÁKON PRO LIDI, 2018).

## 2 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Soubor poškození jedné nebo několika orgánových soustav (kardiovaskulární systém, kosterní a pohybový systém, respirační systém, trávicí a uropoetický, poruchy psychiky, poruchy kůže a podkoží). Do imobilizačního syndromu (geriatrický syndrom) zahrnujeme všechny vyjmenované změny, po kterých musíme preventivně a cíleně pátrat. Je to odezva lidského organismu na klid na lůžku – imobilitě pacienta upoutaného na lůžku. První příznaky a změny na lidském organismu se začínají projevovat již po několika hodinách upoutaných na lůžku. Během 7 dní se vyvíjejí patologické změny všech orgánových soustav i psychice pacienta (KRÁTKÁ, BABÁKOVÁ, CAHOVÁ, 2009), ( VYTEJČKOVÁ, BABÁKOVÁ, CAHOVÁ, 2011).

*Imobilizační syndrom je klasický geriatrický syndrom, který úzce souvisí s hypomobilitou, dekondukcí, instabilitou, pády, sarkopenií i s dalšími geriatrickými symptomy a syndromy – s inkontinencí, malnutricí, dehydratací, kognitivním deficitem, delirantními stavy či s elder abuse (týráním a zanedbáváním starých lidí) (KALVACH, A KOL., 2008, s. 195).*

Zařazujeme sem:

- poruchy ortostatické a posturální regulace,
- stagnaci, dekondukcii a přestavbu krevního oběhu,
- plicní hypoventilaci,
- vznik proleženin až výskyt dekubitů – následek špatného polohování a péče o pacienta, s nejčastější lokalizací na místě kde je největší tlak např. paty, dolní oblast zad (sakrum), ale i jinde,
- svalová atrofie – svalová síle klesá během 4-6 týdnů až o 40%,
- vznik flekčních kontraktur s následkem zhoršení pohybové koordinace,
- dekalifikace skeletu,
- obstrukce/inkontinence stolice,
- poruchy mikce (retence i inkontinence),



- psychické poruchy osobnosti – nejčastěji je to riziko deprese,
- při zanedbání péče u pacienta i dehydratace či malnutrice

(KALVACH A KOL., 2008).

## **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG**

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie, patří mezi mini invazivní metody. Gastrostomie je vytvoření umělého otvoru přes břišní stěnu do žaludku. Kdy tímto otvorem je zavedena sonda ke krmení. Sonda je zaváděna endoskopicky, proto je nazývána jako perkutánní endoskopická gastrostomie (WORKMAN, BENNETT. 2006).

### **3.1 INDIKACE**

Indikací k zavedení PEG je především malnutrice nebo stavy kdy je vysoké riziko rozvoje malnutrice. Mohou k tomu vést například onkologická onemocnění, neurologická nebo psychiatrická onemocnění, dále choroby gastrointestinálního traktu nebo těžký stav kdy pacient dlouhodobě hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Mezi další indikaci patří stomatologická a stomatochirurgická onemocnění, onemocnění v oblasti krku, onemocnění v gerontologii, kdy pacienti trpí demencí senilní či aterosklerotickou s poruchou polykání či neochotou polykat a i stavy po CMP (VYTEJČKOVÁ.2013).

### **3.2 KONTRAINDIKACE**

Ty se dají rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny zařazujeme akutní stavy, jako jsou NPB buď zánětlivého nebo ileózního původu, dále krvácení do trávicího traktu, těžká hypoxie nebo rozvíjející se šokový stav. Řadí se sem Ca žaludku, stav po resekci žaludku, žaludeční vřed a další. Vysoké riziko pro vznik infekce a následného rozvoje septického stavu, kde je následně absolutní kontraindikace pro založení PEG, je difúzní peritonitida a ascites. Do druhé skupiny řadíme stavy po operaci horní poloviny břicha, kde mohou vznikat srůsty a následné interpozice břišních orgánů. Každý pacient je samozřejmě posuzován individuálně (NEVORAL a kol., 2013).

### **3.3 POSTUP ZALOŽENÍ PEG**

V současné době jsou komplexní soupravy pro zavádění perkutánní endoskopickou gastrostomii a to buď metodou „PULL“ a nebo „PUSH“

Metoda „pull“, kdy se sonda zatahuje po zavedení vodiče přes břišní stěnu a následně se vodič vytáhne ústy. Druhá metoda „push“ kdy je sonda zavedena přímo přes stěnu břišní a zafixuje se balónkem (VYTEJČKOVÁ, BENNETT, 2013).

## PŘÍPRAVA PŘED VÝKONEM

V přípravě pacienta hraje důležitou roly informování pacienta i rodiny. Pacient musí být řádně informován a podepsat informovaný souhlas s výkonem. Pacient by měl mít podstoupená veškerá předoperační vyšetření.

Pacientům se doporučuje před výkonem vysadit léky, které užívá. U pacientů, kteří užívají antiagregancia či antikoagulancia p. o. jsou převedeny cca týden před operací na nízkomolekulární heparin. Diabetici, užívající PAD, anebo jsou na dlouhodobých inzulinách, jsou převedeni 2 – 3 dny před výkonem na krátkodobě působící inzulíny. V den výkonu, kdy jsou lační jim je podáno 10% Glukóza s inzulinem a jsou vždy zařazeni na začátek operačního programu. Měl by být na lačno, pacientovo poslední jídlo by mělo být večer před výkonem.

U pacienta je provedena důkladná hygiena – pacient se vykoupe sám a sestra zkontroluje nebo v případě imobilního pacienta je umyt sestrou na lůžku. Zvýšená pozornost se věnuje čistotě pupku, oholení operačního místa kde bude zavedena sonda. A důkladná hygiena dutiny ústní což je prevence infekce, která může být zavlečena gastrostomickou kanylou. Pacientovi je zaveden periferní venózní katetr, kterým jsou aplikovány léky, jako je premedikace a 30-60 minut před výkonem jsou podána antibiotika.

## OŠETŘENÍ PO VÝKONU

Po výkonu je třeba sledovat FF a okolí PEG. U většiny pacientů je PEG indikován z důvodu poruchy polykání, příjem p. o. se tedy zastaví a pacient má tak nulovou dietu. Po zavedení PEG je u některých pacientů možnost přijímat jídlo i pití p. o., ale však až po odeznění anestezie. Po dvou hodinách se již pacientovi může podat sondou voda, první den 500-1000ml. Pokud to pacient dobře snáší, postupně zatěžujeme GIT enterální výživou, při podávání výživa je pacient vždy vpolosedě. Dále by měl být pacient zkontrolován lékařem (VYTEJČKOVÁ, BENNETT, 2013).

### 3.4 KOMPLIKACE

Se zavedením PEG může vzniknout celá řada komplikací. Zde jsou vyjmenovány a vysvětleny nejčastější komplikace.

- Zarudnutí v okolí gastrostomie - ne vždy, to ale znamená infekci. Jedná se o jednu z nejčastějších lokálních infekcí. Každodenními převazy za přísně aseptických podmínek a užíváním antibiotické léčby se dá této komplikaci předejít.

- Granulomy ve stomii - jde se o útvary, které se podobají bradavicím hnědočerveného zbarvení. Tyto granulace vznikají při nadměrném pohybu gastrostomie nebo při průniku vlhkosti z důvodu netěsnící PEG. Pokud se neléčí včas antibiotiky a neošetřují se dexametazonovou masťou, dojde ke krvácení. Samozřejmostí je prevence vzniku granulomů, kdy je potřeba odstranění vlhkosti a eliminovat pohyb sondy.

- Syndrom zanořeného vnitřního disku (burrit-bumper syndrome) - k tomu dochází při špatné manipulaci a špatném ošetřování, kdy disk tlačí na sliznici žaludku, následně se vytvoří nekróza a disk se zanoří do tunelu mezi žaludkem a kůží kde sliznici žaludku přeroste. Tento stav však nemá na průchodnost disku vliv.

- Krvácení z místa vpichu – při této komplikaci krvácení zastavíme přiložením tlakového obvazu. Tento zásah je ve většině případů účinný, pouze výjimečně je nutný další invazivní zásah, jako je sutura nebo znovuzavedení nového gastrostomického setu.

- Ucpání PEG - k tomuto stavu dojde při špatné ošetrovatelské péči. Zdravotnický personál nebo rodinný příslušník nedostatečně kontrolují a nezajišťuje průchodnost gastrostomie před každým podáním stravy či léků, kdy po jejich aplikaci nepropláchne PEG dostatečným množstvím tekutiny. Do gastrostomie se nikdy nevsunují ostré předměty, jelikož hrozí riziko poškození stěny gastrostomie. Gastrostomii zkusíme zprůchodnit tak, že do prázdné stříkačky o větším objemu alespoň 20ml zkusíme aspirovat obsah gastrostomie. Pokud se tímto způsobem gastrostomie nezprůchodní, je potřeba ji vyměnit (NEVORAL, 2013).

## 4 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Enterální výživa je použita pokud pacient nechce, nemůže nebo nesmí jíst. Mohou to zapříčinit různá onemocnění jako je onemocnění DÚ, bezvědomí, různá psychická onemocnění a další. Z tohoto důvodu se pacientovi nedostává dostatek živin, energie a mnoho dalších potřebných látek potřebných pro život. U každého pacienta posuzujeme výživové potřeby individuálně, záleží, zda pacient potřebuje pouze doplnit živiny nebo je potřeba stravu zcela nahradit (KASPER. 2015).

Enterální strava je podávání farmaceuticky připravených výživových roztoků, tudíž se nejedná o běžnou stravu připravovanou v kuchyni. Je k dostání v tekuté formě nebo jako prášek, který se rozmíchá ve vodě či v mléku. Téměř všechny druhy enterální výživy neobsahují gluten a laktózu. Důležitou složkou tohoto druhu výživy je vláknina. Výhodou enterální výživy je stimulace střev a udržení bariérové funkce, dále stimulace tvorby hormonů pro GIT, které působí jako prevence peptického vředu (FRÜHAUF a kol., 2014).

Enterální podání stravy je přirozenější, než podávání parenterální výživy, u které je větší riziko vzniku komplikací. Velkou předností enterální výživy je menší finanční náročnost než u parenterální výživy (KŘÍŽOVÁ, 2014).

### 4.1 INDIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Indikací je neschopnost pacienta přijímat potravu p.o. déle než 3 dny nebo je deficit zjištěný při příjmu pacienta do nemocnice. Nejčastější indikací je, malnutriční stavy u geriatrických pacientů, poruchy polykání různé etiologie, multiorgánové selhání, traumata orofaciální oblasti, syndrom krátkého střeva, dyspeptické potíže a mnoho dalších. Na základě individuálního posouzení zdravotního stavu výživy pacienta a dle možností daného oddělení se lékař s nutričním terapeutem rozhodují pro konkrétní podobu nutriční podpory.

Enterální výživa je volena individuálně a na tomto základu, se podle individuálních potřeb pacienta volí buď parenterální, nebo enterální výživa. Ovšem tyto metody se často pro lepší efektivitu kombinují.

## 4.2 KONTRAINDIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

I v enterální výživě najdeme zdravotní stavy, které jsou kontraindikací k podání. Ty jsou rozděleny na dvě skupiny a to absolutní a relativní.

Jako absolutní kontraindikaci je NPB, jako je obstrukce střevní, zánětlivé procesy, krvácení, perforace břišních orgánů nebo šokové stavy. Tyto závažné stavy jsou k podání jakéhokoliv výživového prostředku nevhodné.

Mezi relativní kontraindikace, které mohou být spojeny s nespoluprací pacienta. Řadíme sem např. pacienty v terminálním stadiu onemocnění, komplikace onemocnění např. profuzní zvracení, těžké průjmy, poruchy střevní pasáže aj. (VYTEJČKOVÁ, BENNETT, 2013).

## 4.3 APLIKAČNÍ CESTY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

První cestou je gastrická výživa, kdy je pacient vyživován pomocí nazogastrické sondy, která je nejčastější volbou. Nazogastrická sonda se pacientovi zavádí přes dutinu nosní do žaludku, kdy má pacient jednu nosní dírku volnou. Při zavádění nazogastrické sondy je nutné vždy provést kontrolu, zda je sonda v žaludku a ne v dýchacích cestách. Kontrolu provádíme tak že jednou stříkačkou o objemu 20 ml aspirujeme obsah a druhou stříkačkou, ve které máme připraveno 5 ml vody. Obsah vpravíme do sondy a sledujeme reakce pacienta. Při zavedení sondy do dýchacích cest začne být pacient dušný, začne kašlat a může být patrná cyanóza v obličejí. Při správném zavedení sondy je následně fixována náplastí k nosu. Toto řešení však není dlouhodobé. Musejí se střídát nosní dírky a řádně o ně pečovat.

Další možností aplikace enterální výživy je perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ). Tato stomie se zavádí stejně jako je tomu u PEG, gastrokopem. Zavádí se do první kličky jejuny, za Treitzovu řasu. Kontrola zda je stomie zavedena správně se provádí za pomoci kontrastní látky. PEJ je na stejném principu jako je PEG jen s tím rozdílem že PEG ústí v tenkém střevě a musí se zde podávat jiná strava než do PEG (FRÜHAUF a kol., 2014).

## 4.4 PŘÍPRAVKY ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Tyto přípravky musí splňovat několik požadavků. Musí mít vhodnou osmolalitu, definované nutriční složení proteinů, aminokyselin, sacharidů, vitamínů, stopových prvků a musí splňovat přísné mikrobiologické požadavky.

Přípravky dělíme na čtyři skupiny:

Polymerní výživa – vyrábí se z potravinových surovin. Mají vyvážené zastoupení nutrientů, makromolekul živin, které jsou chemicky hydrolyzované na menší polymery, a tím zrychluje vstřebávání. Jsou buď v práškové, nebo tekuté formě.

Oligomerní výživa – používá se při malnutrici nebo při poruchách vstřebávání a resorpce v GIT. Výživové složky jsou rozštěpené a využívají se u nespecifických zánětlivých onemocnění střev a postradiačních enteritid.

Elementární výživa – vyžaduje minimální trávení, všechny její složky jsou téměř úplně absorbovatelné. Tato výživa má ovšem nevýhodu, jelikož aminokyseliny vytvářejí hořkou chuť a zapáchají, pacienti ji odmítají a je nutné ji podávat sondou.

Modifikovaná výživa – má navíc nutrienty s léčivým účinkem, používá se jako speciální strava pro pacienty se selháním jater, kardiorepiračním selháním nebo při vysoké zátěži organismu.

## 4.5 APLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Strava může být podávána kontinuálně (přes pumpu), jako bolus nebo přes vaky. Bolusové podávání vypadá tak že pacientovi je podáváno 250 – 400 ml a v noci jsou pauzy. Kontinuální podávání stravy za pomoci pumpy je jednoduché jelikož pumpa dělá vše za nás. Na pumpě se nastaví rychlost a množství. Na začátku se volí nižší dávkování a následně se upravuje podle toho, jaké množství chceme pacientovi podat. Další možností jako podávat enterální stravu je intermitentní podání což je způsob kdy se střídá časový interval, např. dvě hodiny aplikujeme výživu kontinuálně a dvě hodiny není výživa podávána, takto se cyklus opakuje celých 24 hodin (ZRUBÁKOVÁ, BARTOŠOVIČ, 2019).

## 4.6 KOMPLIKACE ENTERÁLNÍ VÝŽIVY

Nutriční a metabolické komplikace – nedostatečné nutriční zajištění, přetížení nutričními přípravky tzv. hyperalimentace, Syndrom enterální výživy je stav, kdy přívod vysokých dávek výživy překročí schopnost ledvin vyloučit katabolity, zvláště pokud je v organismu nízký obrat vody (VYTEJČKOVÁ, BENNETT, 2013, strana 200).

Klinické komplikace enterální výživy – průjem, aspirace

Mechanické komplikace související se sondou – např. chybné umístění sondy, ucpání sondy, eroze na sliznici nebo dekubit (VYTEJČKOVÁ, BENNETT, 2013).



## 5 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI

Jedná se o 72 letého pacienta, který byl přijat do DP dne 5. 6. 2018.. Domácí péče byla zahájena u pacienta dne 8. 6. 2018 kdy byla u pacienta provedena první návštěva. Ošetrovatelská péče byla u pacienta sledována a vyhodnocena po prvním měsíci ošetřování. Informace o zdravotním stavu jsou získány z propouštěcí zprávy pacienta z nemocnice, od pacienta, ale hlavně od rodiny. U pacienta byly prováděny návštěvy 3x týdně a to v pondělí, ve středu a v pátek. Do ošetrovatelské péče, která je u pacienta prováděna patří celková osobní hygiena, polohování, péče o dekubit a PEG, zajištění enterální výživy, edukace a zaučení rodiny v péči o pacienta.

Identifikační údaje pacienta:

<b>Jméno a Příjmení – J.V.</b>	<b>Pohlaví – muž</b>
<b>Datum narození – 1946</b>	<b>Věk – 72</b>
<b>Adresa bydliště – Nížebohy</b>	
<b>RČ – /</b>	
<b>Číslo pojištěnce – /</b>	
<b>Vzdělání – vysokoškolské (Ing.)</b>	<b>Zaměstnání – důchodce</b>
<b>Rodinný stav – ženatý</b>	<b>Počet dětí – 2</b>
<b>Datum přijetí do DP – 5. 6. 2018</b>	<b>Typ přijetí – plánované</b>
<b>Název DP – /</b>	

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Na tuto otázku pacient odpověděl bez rozmyslu že „Nechtěl jsem být umístěn do nějaké LDN, kde by mě rodina dále jen navštěvovala a to ještě v omezeném čase v době

návštěv. Proto jsem se rozhodl pro DP, abych mohl být se svou rodinou a hlavně se svou manželkou“

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

- Demence Alzheimerova typu

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

- hypertenze,
- anemie,
- hypotyreóza,
- osteoporóza,
- inkontinence III. stupně

### **VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ**

<b>TK</b> – 137/86 mmHg – normotenze, měřeno vsedě 110/70 mmHg – hypotenze, měřeno vleže	<b>Stav vědomí</b> – při vědomí, mírně dezorientován
<b>P</b> – 96 <sup>˚</sup> – pravidelný, dobře hmatatelný	<b>Pohyblivost</b> - imobilní
<b>D</b> – 17/min – pravidelné, bez slyšitelných zvuků	
<b>Výška</b> – 183 cm	<b>BMI</b> = 24,5 – optimální váha
<b>Hmotnost</b> – 82 kg	

### **Nynější onemocnění:**

72 – muž přijatý do DP na doporučení praktického lékaře, který zhodnotil stav pacienta jako stabilizovaný a schopný DP. Jako vedlejší diagnózy uvádí hypertenzi, onemocnění štítné žlázy, anemii, inkontinenci a osteoporózu. Pacient je imobilní neschopný stabilního sedu a chůze. Rozvíjející se demence Alzheimerova typu. Stav po CMP, kdy pacient přestal částečně komunikovat a následně i odmítat potravu – porucha polykání, proto mu byl 5/2018 založena perkutánní endoskopická gastrostomie.

## **Informační zdroje:**

Informace jsou získány od pacienta, jeho rodiny dále zdravotnická dokumentace, která byla k dispozici.

## **ANAMNÉZA**

### **Rodinná anamnéza:**

Matka: matka umřela v 85 – letech na stáří

Otec: otec umřel v 63 – letech na selhání srdce

Sourozenci: pacient má mladší 68 – letou sestru, která se léčí na hypertenzi a DM (diabetes mellitus)

Děti: má dvě děti; syna, který je zdravý a dceru, která se léčí se štítnou žlázou

### **Osobní anamnéza:**

Překonané a chronické onemocnění: Lehká normocytární anemie, ICHS, osteoporóza,

Hospitalizace a operace: pacient je po válečném traumatu levé ruky, 8/2016 podstoupil operaci pro zlomeninu krčku femuru LDK, thyreidektomie

Úrazy: st. po zlomenině krčku femuru LDK

Transfuze: neguje

Očkování: běžné dětské očkování

Léková anamnéza:

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Anopyrin	tbl.	100 mg.	1-0-0	antikoagulancium
Betaloc Zok	tbl.	25 mg.	1-0-0	antihypertenzivum
Buronil	tbl.	20 mg.	1-0-0	antipsychotikum
Citalec	tbl.	10 mg.	1-0-0	antidepresivum
Euthyrox	tbl.	75 mg.	1-0-0	hormon štítné žlázy

Furon	tbl.	40 mg.	1-1-0	diuretikum
Maltofer	tbl.	100 mg.	1-0-1	antianemikum
Novalgin	tbl.	500 mg	1-0-1	analgetikum

### **Alergologická anamnéza:**

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

### **Abúzy:**

Alkohol: dříve příležitostně

Kouření: neguje

Káva: příležitostně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

### **Urologická anamnéza:**

Překonané urologické onemocnění: neguje

Poslední návštěva u urologa: nepamatuje si

Samovyšetření varlat: neguje

### **Sociální anamnéza:**

Stav: ženatý již 55 let

Bytové podmínky: žije s manželkou v rodinném domě

Vztahy, role a interakce: V rodině jsou vztahy celkově dobré, manželka se o svého manžela hezky stará, s péčí pomáhají i obě děti – dcera i syn, střídají se a pomáhají, jak

jen můžou. Přátelé a známí pacienta i jeho manželku stále navštěvují. Spolupráce se všemi členy rodiny je dobrá, spolupracují se všemi členy DP.

Záliby: rád luštil křížovky, četl knihy, rád sleduje dokumentární filmy a poslouchá rádio

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: pacient vystudoval vysokou školu v oboru ekonomie

Pracovní zařazení: pracoval na pozici kontrolora výrobků

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 40 let pracoval, do důchodu odešel v 58 letech, pobírá starobní důchod

Vztahy na pracovišti: Pacient udává, že do práce chodil velmi rád a s kolegy si dobře rozuměl.

Ekonomické podmínky: dobré

## **OBJEKTIVNÍ POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU** ze dne 8. 6. 2018

### **Hrudník a dýchací systém:**

- Hrudník symetrický bez viditelných deformit, prsy jsou symetrické, dýchání poslechově bez slyšitelných fenoménů, Plíce pokleповě plný a jasný, bronchofonie oboustranně symetrická

### **Srdečně cévní systém:**

- Srdeční akce pravidelná P – 85/min, ozvy jsou tiché, ohraničené, TK naměřený na PHK 137/86 mmHg – normotenze, měřeno v polosedě v tzv. Fowlerově poloze, TK naměřený na PHK 110/70 mmHg – hypotenze, měřeno vleže, PDK+LDK mírně oteklé bez známek flebitidy.

### **Břicho a GIT:**

- Břicho je souměrné, poklep bubínkový, na pohmat měkké, cca 2 cm nad pupkem je zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie – okolí čisté bez známek erytému, borborygmy +, stolice pravidelná, poslední stolice 8. 6. 2018, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk.

### **Kůže a její adnexa:**

- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové je 12 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů. Kožní turgor je snížený. Kůže je čistá, bez hematomů, DK jsou suché, paty DK jsou bez známek vzniku dekubitů. Okolí PEG je čisté, bez známek erytému nebo zánětu. Pacient má již hojící se dekubit na zádech – první lopatka o velikosti 10cm x 4cm, rána čistá, bez infekce a nekrózy, pravidelně převazována. Kůže v tříslech mírně opružená z důvodu inkontinence III. stupně.

### **Kosterní a svalový systém:**

- Pacient zaujímá pasivní polohu. Je imobilní, sám se neotočí ani se neposadí. Svaly jsou ochablé, pacient nemá žádnou sílu.
- Páteř je v hyperkyfózním postavení.
- HK – pacient sám úplně nezvedne, PHK nelze provést flexi v loketním kloubu ani v zápěstí, při manipulaci pacient reaguje velmi bolestivě. U LHK je flexe v loketním kloubu možná, ale ne v celém rozsahu, LHK je méně bolestivá než je tomu u PHK.
- DK – obě končetiny jsou v mírné flexi cca 30°, nepohyblivé, bolestivé při manipulaci

### **Nervový systém a smysly:**

- Pacient je při vědomí, komunikuje částečně s obtížemi, oční kontakt udržuje. Na bolestivé podněty reaguje. MMNE – 0 bodů – těžká kognitivní porucha. Slyší a vidí dobře – nemá kompenzační pomůcky.

### **Endokrinní systém:**

- U pacienta je diagnostikována hypotyreóza štítné žlázy. Pacient užívá Euthyrox 75mg 1-0-0.

### **Imunologický systém:**

- Pacient nejeví známky alergie. TT – 36,7°C

### **Stravování:**

- Příjem potravy – Pacient dostává enterální výživu kontinuálně přes perkutánní endoskopickou gastrostomii, ale přijímá i malé množství potravy per os, která je

rozmixovaná. Chuť k jídlu je přiměřená zdravotnímu stavu pacienta. BMI – 24,5 optimální váha. Výživa podávaná přes PEG je 1000ml/24h. Pacientovy je výživa podávána kontinuálně.

#### **Příjem tekutin:**

- Jelikož se pacient sám nenapije, je zapotřebí na hydrataci během dne dohlédnout a tekutiny podávat. Během dne je snaha podávat tekutiny per os, ale z důvodu poruchy polykání má pacient problém p.o. tekutiny přijmout. Další tekutiny dostává pacient stejně jako výživu přes perkutánní endoskopickou gastrostomii. Celková hydratace za 24 hodin je cca 700 ml, kdy je pacientovy podáváno 500 ml do PEG, bolusově cca 5x 100 ml a 200ml p. o.

#### **Vylučování moče:**

- Inkontinence III. stupně, bez viditelných příměsí či zápachu.

#### **Vylučování stolice:**

- Vyprazdňování stolice je pravidelné, každý den ráno. Stolice je tuhé konzistence.

### **AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA**

#### **Spánek a bdění:**

- Jelikož je pacient upoután na lůžko stane se, že pospává během dne a v noci pak nespí, proto má v medikaci Buronil, aby se mu lépe usínalo. Jinak manželka tvrdí, že rád spí s otevřeným oknem a že má spánek přerušovaný.

#### **Aktivita a odpočinek:**

- U pacienta je prováděna pasivní rehabilitace, kterou s pacientem provádí v pravidelných intervalech fyzioterapeut. Dále rehabilituje i s všeobecnou sestrou při pravidelných návštěvách a plnění jejich úkonu jako je např. převaz rány. Jako rehabilitaci považují i pohyb pacienta při pravidelném denní hygieně.

#### **Hygiena:**

- Celkovou hygienickou péčí, která je u pacienta vykonávána provádí ošetřující personál, který dojíždí k pacientovi domu nebo jeho rodina. Hygiena je prováděna na lůžku.

**Soběstačnost:**

- Dle vyhodnocení rizika pádu dle Conleyové bylo zjištěno 14 bodů. U pacienta je vysoké riziko pádu.
- Dle ADL testu dle Barthelové má pacient 0 bodů což znamená, že je vysoce závislí.

**POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU****Vědomí:**

- Pacient je při vědomí, při komunikaci fixuje pohledem. Částečně komunikuje, ale mu občas vypadávají úplně běžná slova jako např. „ hrnek“

**Orientace:**

- Pacient je při rozhovoru orientován místem ví, že je v domácím prostředí se svou manželkou, u času už si není jistý, neví kolikátého je ani kolik je hodin. Na otázku kolik je hodin odpovídá „ už jsem měl asi oběd tak asi 15.00hod.“

**Nálada:**

- Nálada je u pacienta dobrá, během rozhovoru se i směje.

**Paměť:**

- Staropaměť - pacientovi slouží dobře, vypráví, co dělal za mlada a i dokonce jak se seznámil s manželkou.
- Novopaměť - je horší, nepamatuje si, co dělal včera nebo na co se díval ráno v televizi.

**Temperament:**

- Pacient o sobě říká že, byl dříve hodně temperamentní a všechno muselo být podle něho. Nyní je spíše pasivní.

**Sebehodnocení:**

- Pacient se hodnotí jako nemožného příživníka, který je všem jen na obtíž, protože se sám o sebe nedokáže postarat.



### **Vnímání zdravotního stavu:**

- Pacient svůj zdravotní stav vnímá velmi dobře, udává, že je mu líto jak dopadl a že je manželce na obtíž a přidělová jí práci a starosti. Vadí mu, že se o sebe nemůže postarat sám a musí to za něho dělat manželka a zdravotnický personál.

### **Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:**

- Se svým onemocněním se špatně vyrovnával a po zákroku, kdy mu byl založen PEG, s nikým nechtěl komunikovat. Nyní už si zvykl, ale občas mu chybí jídlo, které si před onemocněním rád dal a nyní se bez něj musí obejít.

### **Reakce na hospitalizace:**

- Pokud je nucen pacient být hospitalizován, je to pro něho vystavení velkému stresu a frustraci odloučení od rodiny a vytržení z domácího prostředí, na které je zvyklí.

### **Adaptace na onemocnění:**

- S nemocí se vyrovnává velmi špatně, vadí mu, že je odkázaný na pomoc druhých, hlavně na pomoc manželky.

### **Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):**

- Pro pacienta jistota znamená to, že se na někoho stále musí spoléhat a velkou jistotu má ve své manželce, která pro manžela udělá cokoliv. Strach má pacient z nutné hospitalizace po předchozích zkušenostech. Bojí se, co s ním bude dál a jestli to doma všechno zvládnou, kdyby se jeho zdravotní stav ještě zhoršil.

### **Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):**

- Z předcházejících hospitalizací nemá pacient dobré zkušenosti. Nikdo se mu v nemocnici nevěnoval, nezajímal se o něj tak jako je tomu teď při DP. Dokonce uvádí, že mu všeobecná sestra přinesla oběd (bramborovou kaši), položila ho na stolek a za hodinu přišla a zase odnesla. Pacient by si jí prý rád dal, ale sám se bohužel nenají.

### **Komunikace:**

- Verbální - u pacienta není zcela zřetelná, na otázky se snaží odpovídat. Některá slova mu vypadávají a nemůže si vzpomenout, co chtěl říct.
- Neverbální - pacient vyjadřuje nejčastěji bolest. Při komunikaci s pacientem udržuje oční kontakt bez problému.

### **Informovanost:**

- Pacient o svém onemocnění ví, ale nepřipouští si ho. Z důvodu diagnostikované Alzheimerově demenci je o všem informována rodina, která zajišťuje péči o pacienty.

### **Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:**

- **Primární role** (související s věkem a pohlavím): Pacient je 72 letý muž.
- **Sekundární role** (související s rodinou a společenskými funkcemi): Roli manžela, otce a dědečka jeho zdravotní stav neumožňuje plnit z důvodu diagnózy.
- **Terciální role** (související s volným časem a zálibami): Z důvodu onemocnění již nemůže vykonávat všechny své záliby, které vykonával dřív.

### **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

Ordinovaná vyšetření: U pacienta nejsou naplánovaná žádná speciální vyšetření.

### **Konzervativní léčba:**

- Dieta - U pacienta je naordinována enterální výživa, kterou dostává pacient přes perkutánní endoskopickou gastrostomii. Nyní je jeho stav již stabilizovaný a přijímá namixovanou potravu v malém množství per os.
- Výživa – enterální
- Pohybový režim – Pacient je imobilní. Pasivní polohování v rámci lůžka.
- Fyzioterapie – Fyzioterapeut dochází za pacientem 3x do týdne domů, kde probíhá pasivní rehabilitace na lůžku.

### **Medikamentózní léčba:**

- Per os :
    - Anopyrin 100 mg 1 – 0 – 0 (antikoagulancium),
    - Betaloc Zok 25 mg 1 – 0 – 0 (antihypertenzivum),
    - Buronil 20 mg 1 – 0 – 0 (antipsychotikum),
    - Citalec 10 mg 1 – 0 – 0 (antidepresivum),
    - Euthyrox 75 mg 1 – 0 – 0 (hormon štítné žlázy),
    - Furon 40 mg 1 – 1 – 0 (diuretikum),
    - Maltofer 100 mg 1 – 0 – 1 (antianemikum),
    - Novalgin 500 mg 1 – 0 – 1 (analgetikum)
  - Intravenózní – medikace není naordinována
  - Per rektum – medikace není naordinována
- jiná: Pacient má naordinováno 1000ml výživy - 100ml/hod.

### **Chirurgická léčba:**

- 21. 5. 2018 podstoupil pacient operaci pro zajištění PEGu pro nedostatečný příjem p.o.

## **5.1 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 8. 6. 2018:**

72 letý pacient J. V., přijatý do domácí péče na doporučení praktického lékaře, který zhodnotil stav pacienta jako stabilizovaný a schopný domácí péče. Jako vedlejší diagnózy uvádí hypertenzi, onemocnění štítné žlázy - hypotyreóza, anemii, inkontinenci a osteoporózu. Pacient je imobilní neschopný stabilního sedu a chůze. Rozvíjející se demence Alzheimerova typu. Stav po CMP, kdy pacient přestal částečně komunikovat a následně i odmítat potravu – porucha polykání, proto mu byl 5/2018 založena perkutánní endoskopická gastrostomie.

Pacient vykazuje známky imobilizačního syndromu, viditelné jsou kontraktury DK, svalová slabost. V neverbálním projevu je vidět strach a nedůvěřivost. Z tohoto důvodu má pacient v medikaci Citalec. Komunikace je částečně omezena a nezřetelná, udržuje oční kontakt a sleduje co se děje kolem. Po vyhodnocení testu ADL dle Barthelové dosáhl celkového počtu 0 bodů, což je závislost těžkého stupně a je tedy celkově nesoběstačný. Pacient z důvodu imobilizace a upoutání na lůžko není schopen samostatného pohybu a zajistit si základní potřeby běžného denního života jako je

celková osobní hygiena, sám se najíst nebo napít, podat si např. ovladač od T nebo, mobilní telefon. U pacienta je nutno tyto běžné denní činnosti zajistit zdravotním personálem (všeobecnou sestrou, ošetřovatelkou, fyzioterapeutem) nebo rodinou. Provádět celkovou hygienu pacienta, zajistit stravování a hydrataci během celého dne. Vzhledem k imobilitě pacienta je tedy důležité polohování a použití antidekubitních pomůcek. U pacienta je porušena integrita kůže z důvodu založeného PEG, okolí je čisté bez známek infekce. PEG je založený již 8. den. Dále má pacient dekubit na zádech, na pravé straně, na lopatce. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové je 12 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů. Dekubit je o velikosti 10 cm x 4 cm, stupeň č. 3 hodnotící škály. Okolí rány je mírně zarudlé, rána v granulující fázi, bez známek infekce či nekrózy. Dle ordinace chirurga potřeba třikrát do týdne převázat v rámci návštěv DP, které jsou prováděny 1x denně 3x týdně (pondělí, středa, pátek). Pacient je ohrožen rizikem pádu či úrazu v souvislosti s jeho imobilitou, rizikem infekce z důvodu porušení kožní integrity, rizikem dehydratace v souvislosti, že pacient se sám nenapije z důvodu imobility.

Pacient je vyživován pomocí založeného PEG a částečně je mu podáváno malé množství stravy p.o.. Hydratace je zajištěna částečně p.o. a PEG. Jelikož má pacient zavedený PEG je potřeba zajistit celodenní stravu. Náš pacient má zapůjčenou enterální pumpu, přes kterou mu je aplikována enterální strava. Pro personál i rodinu je s pumpou snadná manipulace. Pacient má naordinováno 1000 ml výživy a 700 ml vody. Přes den pacient tedy dostává výživu v poměru 100 ml/hod.

Pacientovi byly změřeny FF, TK měřený na PHK, kdy byl pacient vleže má normální hodnoty (120/80 mmHg). Při změření TK na PHK, po tom co byl pacient zvednut do polosedu, hodnoty se zvýšily a dosáhly 145/95 mmHg, což je hypertenze, pacient užívá léky na hypertenzi. Pacient z důvodu udávající bolesti při jakémkoliv pohybu s pacientem nebo při ošetřování dekubitu má v medikaci Novalgin 500 mg 1 – 0 – 1. Hodnocení bolesti na stupnici od 1 do 10 udává pacient stupeň bolesti č. 3, když je v klidu. Při manipulaci s pacientem a následném ošetření dekubitu udává pacient stupeň č. 9. Puls má pravidelný 89'/min, dýchá pravidelně bez slyšitelných zvuků. Teplota je u pacienta v normě 36,7°C. Pacient udává, že má potíže s usínáním, jinak je klidný.

Pacient a jeho rodina jsou informováni, jak bude probíhat péče u pacienta v domácím prostředí a to tak že jsou vypsány návštěvy 3x týdně (pondělí, středa, pátek) 60min.. Zdravotnický personál z domácí péče navštěvuje pacienta doma a vykonává u něj

úkony, které jsou potřeba dle tiskopisu – poukaz na domácí zdravotní péči tzv. 06, kde je kompletně vypsáno jaký typ návštěvy u pacienta probíhá. Objektivní vyšetření pacienta, sledování FF, odběr biologického materiálu – pokud je naordinováno, kontrola predilekčních míst, ošetření dekubitu, kontrola okolí PEG, nácvik sebeobsluhy, osobní hygiena, příprava a podání medikace, podání enterální výživy, edukace rodiny. Nakonec je vše zaznamenáno do dokumentace pacienta. Do péče je plnohodnotně zapojena rodina, aby zvládala péči o pacienta v době, kdy u něj není zdravotní sestra z DP. Rodina ochotně spolupracuje a snaží se pacienta motivovat. Důležitá je edukace rodiny v používání kompenzačních pomůcek a správného polohování pacienta.

## **5.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA TAXONOMIE**

### STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

#### **Narušená integrita kůže, 00046**

Doména: 11. Bezpečnost / Ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice: Změna v epidermis nebo dermis.

Určující znaky:

- Změny integrity kůže, výraz bolesti v obličeji

Související faktory:

- Vnější – vysoký věk, mechanické faktory (tlak, imobilita)
- Vnitřní – změny kožního turgoru, tlak na kostní výčnělky

Priorita: střední

#### **Riziko infekce, 00004**

Doména: 11. Bezpečnost/Ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice:

- Náchyllost k napadení a množení patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví

Určující znaky: zarudnutí v místě infekce, celkově zvýšená TT

Související faktory: imobilita pacienta, nevětraná místnost

Rizikové faktory:

- invazivní vstupy
- destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů v okolí
- nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů
- chronické onemocnění

Priorita: střední

### **Porušené polykání, 00103**

Doména: 2. Výživa

Třída: 1. Příjem potravy

Definice:

- Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce DÚ, nosohltanu či jícnu.

Určující znaky:

- Dušení před polknutím.
- Neschopnost vyprázdnit DÚ.
- Shromažďování soust po stranách DÚ.
- Pomalá konzumace jídla.
- Odmítání jídla.
- Kašel, dušení, bolest při polykání.

Související faktory: neuromuskulární porucha

Priorita: střední

## **Deficit sebepéče při koupání, 00108**

Doména: 4. Aktivita/Odpočinek

Třída: 5. Sebepéče

Definice:

- Zhoršená schopnost samostatně provádět aktivity tykající se koupání

Určující znaky:

- Imobilita,
- neschopnost se sám umýt,
- neschopnost dostat se do koupelny,
- neschopnost osušit své tělo,
- neschopnost regulovat teplotu vody pro koupání

Související faktory:

- alterace kognitivních funkcí, bolest, úzkost

Rizikové faktory:

- riziko pádu, riziko poranění či úrazu

Priorita: střední

## **Riziko pádu, 00155**

Doména: 11. Bezpečnost/Ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Definice:

- Zvýšená náchylnost k pádům, což může způsobit újmu a může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Prostředí – nedostatečná protiskluzová podložka v koupelně, nedostatečné osvětlení, neznámé prostředí, použití omezovacích prostředků, prostředí plné nepořádku....
- Fyzické – inkontinence, oslabení DK, potíže s chůzí, průjem, zhoršená pohyblivost, změna glykemie...
- Ostatní – konzumace alkoholu, nedostatečné znalosti

Priorita: střední

### **Nespavost, 00095**

Doména: 4. Aktivita/Odpočinek

Třída: 1. Spánek/Odpočinek

Definice:

- Narušení množství a kvalita spánku poškozující fungování.

Určující znaky:

- Změny ve vzorci spánku.
- Zhoršený zdravotní stav.
- Potíže se spaním a usínáním.

Související faktory:

- Častá zdřímnutí
- Strach.
- Tělesný diskomfort.

Priorita: střední

## OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 1**

**Název, kód:** Narušená integrita kůže, 00046



**Doména:** 11. Bezpečnost / Ochrana

**Třída:** 2. Tělesné poškození

**Definice:** Změna v epidermis nebo dermis.

**Určující znaky:**

- Změny integrity kůže, výraz bolesti v obličeji

**Související faktory:**

- Vnější – vysoký věk, mechanické faktory (tlak, imobilita)
- Vnitřní – změny kožního turgoru, tlak na kostní výčnělky

**Priorita:** střední

**Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):**

- Krátkodobí – Pacient má zajištěné převazy tak aby, nedošlo ke zvětšení dekubitu do 5 dnů od zahájení DP.
- Dlouhodobí – Pacient má zahojený dekubit do měsíce od zahájení DP. Okolí PEG nebude vykazovat známky infekce do měsíce od zahájení DP.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient má zhojeno místo porušení integrity kůže za měsíc od zahájení DP.
- Pacient má denně dostatečně hydratovanou, prokrvenou a neporušenou kůži.
- Pacient každý den nepocítuje bolest z důvodu narušení integrity kůže.
- Pacient má denně okolí PEG je čisté bez známek infekce.

**Plán intervencí (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):**

- 1) Každodenní kontrola predilekčních míst výskytu dekubitů. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 2) Sleduj hojení rány. (všeobecná sestra)
- 3) Udržuj kůži, okolí rány v čistotě a při ošetřování dodržuj aseptické zásady. (všeobecná sestra)
- 4) Udržuj lůžko v suchu a dokonale vyplé ložní prádlo. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)

- 5) Dohlédni a pravidelné a správné polohování pacienta. (všeobecná sestra, ošetrovatelka)
- 6) Zajisti výživu obohacenou na bílkoviny. (všeobecná sestra)

**Realizace: 8.6.2018 - 29.6.2018**

- 8.6.2018 - Provedena kontrola celkového zdravotního stavu pacienta. Změřeny FF – v normě. Byla zkontrolována všechna predilekční místa, kdy se mohly, vyskytnou dekubity. Byl proveden převaz a zhodnocení dekubitu. Rána na pravé straně zad v oblasti pravé lopatky o velikosti 10 cm x 4 cm. Okolí rány je mírně zarudlé, rána v granulující fázi, bez známek infekce či nekrózy. Rány ošetřena Betadine roztok, aplikována Inadine mřížka se sterilním krytím a zalepena. Dále bylo upraveno lůžko pacienta, čisté lůžkoviny, které se dokonale vyplý. Pacient byl napolohován a rodina informována, aby kontrolovala a promazávala predilekční místa pro vznik dekubitů, o správnosti polohování, a aby měl pacient vždy čisté, suché a dokonale vypnuté ložní prádlo.
- Okolí PEG bylo čisté bez známek infekce či nekrózy. Rána ošetřena Octenisept a zakryto sterilními tzv. kalhotkovým krytím.
- 11.6.2018 - Kontrola celkového zdravotního stavu pacienta. Byla zkontrolována všechna predilekční místa. Proveden převaz a zhodnocení dekubitu. Rána o velikosti 9,5 cm x 4 cm. Okolí rány je mírně zarudlé, rána v granulující fázi, bez známek infekce či nekrózy. Rány ošetřena Betadine roztok, aplikována Inadine mřížka se sterilním krytím a zalepena. Lůžko upraveno, pacient napolohován.
- Okolí PEG bylo čisté bez známek infekce či nekrózy. Rána ošetřena Octenisept a zakryto sterilními tzv. kalhotkovým krytím.
- 18.6.2018 - Kontrola celkového zdravotního stavu pacienta. Byla zkontrolována všechna predilekční místa. Proveden převaz a zhodnocení dekubitu. Rána o velikosti 9,5 cm x 4 cm. Okolí rány je mírně zarudlé, rána v granulující fázi, bez známek infekce či nekrózy. Rány ošetřena Betadine roztok, aplikována Inadine mřížka se sterilním krytím a zalepena. Lůžko upraveno.
- Okolí PEG bylo čisté bez známek infekce či nekrózy. Rána ošetřena Octenisept a zakryto sterilními tzv. kalhotkovým krytím.

- 25.6.2018 - Celkového zdravotní stav pacienta dobrý. Predilekční místa byla v pořádku. Proveden převaz a zhodnocení dekubitu. Rána o velikosti 9,5 cm x 3,5 cm. Okolí rány je mírně zarudlé, rána v granulující fázi, bez infekce či nekrózy. Rány ošetřena Betadine roztok, aplikována Inadine mřížka se sterilním krytím a zalepena. Lůžko upraveno.
- Okolí PEG bylo čisté bez vykazující infekce či nekrózy. Rána ošetřena Octenisept a zakryto sterilními tzv. kalhotkovým krytím a na kůži jsem fixovala Omnifixem.

### **Hodnocení:**

- Krátkodobí cíl byl splněn, u pacienta byly zajištěny převazy, tak že nedošlo ke zvětšení porušení integrity kůže do 5 dnů od zahájení DP.
- Dlouhodobý cíl nebyl splněn. Po měsíci od zahájení DP a ošetřování u dekubitu došlo ke zlepšení, ale nedošlo k úplnému zahojení je potřeba ve všech intervencích pokračovat. Okolí PEG je čisté nevykazující známky infekce.
- Dále se pokračuje ve stanovených intervencích 1, 2, 3, 4, 5 a 6.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

**Název, kód:** Riziko infekce, 00004

**Doména:** 11. Bezpečnost/Ochrana

**Třída:** 1. Infekce

#### **Definice:**

- Náchylnost k napadení a množení patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví

**Určující znaky:** zarudnutí v místě infekce, celkově zvýšená TT

**Související faktory:** imobilita pacienta, nevětraná místnost

#### **Rizikové faktory:**

- invazivní vstupy
- destrukce tkáně a zvýšená expozice patogenů v okolí

- nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů
- chronické onemocnění

**Priorita:** střední

**Cíl:**

- Krátkodobí – Pacient je bez známek infekce do 5 dnů od zahájení DP.
- Dlouhodobí – U pacienta se neprojeví příznaky infekce za měsíc od zahájení DP.

**Očekávané výsledky:**

- Rodina je seznámena s rizikovými faktory a dobře je zná.
- Pacient nevykazuje známky infekce.

**Plán intervencí:** (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Monitoruj rizikové faktory. (všeobecná sestra)
- 2) Sleduj FF. (zdravotnický asistent, všeobecná sestra)
- 3) Aktivně pátrej po známkách infekce (všeobecná sestra)
- 4) Pravidelně kontroluj kůži. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 5) Pravidelné převazy rány a okolí PEGu. (všeobecná sestra)
- 6) Aseptické převazy rány a okolí PEGu. (všeobecná sestra)
- 7) Sleduj hojení rány a okolí PEGu. (všeobecná sestra)
- 8) Dbej na čistotu lůžkovin a dle potřeby vyměň. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 9) Dostatečně edukuj rodinu o projevech infekce. (všeobecná sestra)

**Realizace: : 8.6.2018 - 29.6.2018**

- Při každé návštěvě u pacienta byl zkontrolován celkový zdravotní stav a byly zkontrolovány FF. Převazy prováděny dle ordinace lékaře 1x denně, 3x v týdnu. Při převazech rány a PEGu postupujeme přísně asepticky a sledujeme hojení. Převaz okolí místa vstupu PEG pomocí sterilních štětčiček, Octenisept a sterilních čtverců, krytí na kůži jsem fixovala Omnifixem. Používáme pouze sterilní nástroje i krytí. Při návštěvách byly kontrolovány predilekční místa, aby se předešlo vzniku dalšího dekubitu.

**Hodnocení:**

- Cíle byly splněny. U pacienta nedošlo k infekci.
- Rodina dobře zná rizikové faktory pro vznik infekce.
- Aby nedošlo k infekci i nadále je potřeba všechny intervence i nadále dodržovat 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

**Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

**Název, kód:** Porušené polykání, 00103

**Doména:** 2. Výživa

**Třída:** 1. Příjem potravy

**Definice:**

- Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce DÚ, nosohltanu či jícnu.

**Určující znaky:**

- Dušení před polknutím.
- Neschopnost vyprázdnit DÚ.
- Shromažďování soust po stranách DÚ.
- Pomalá konzumace jídla.
- Odmítání jídla.
- Kašel, dušení, bolest při polykání.

**Související faktory:** neuromuskulární porucha

**Priorita:** střední

**Cíl:**

- Krátkodobí – Pacient přijímá tekutiny p.o. do 5 dnů od zahájení DP.
- Dlouhodobí – Pacient přijímá potravu p. o. bez obtíží do měsíce od zahájení DP.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient je schopný přijímat potravu i tekutiny p. o.

- Pacient při polykání necítí bolest.
- Pacient neubývá na váze.
- Pacientovy je zajištěno podání potravy a tekutin nejvhodnějším způsobem.
- Pacient není dehydratovaný a nedochází ke snížení kožního turgoru.

### **Plán intervencí:**

- 1) Zhodnot' zdravotní stav pacienta. (všeobecná sestra)
- 2) Zajisti vhodnou polohu při jídle a pití. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 3) Opakuj pacientovi, že má na jídlo dostatek času ať důkladně vše rozžvýká a aby se na jídlo soustředil. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 4) Podávej jídlo takové, aby ho pacient lépe spolkl – mixované. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 5) Podávej dostatečné množství tekutin. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 6) Při krmení na pacienta nespěchej. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 7) DŮ udržuj v čistotě. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 8) Tekutiny podávej např. v dětské lahvi či hrneček s pítkem nebo brčko. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 9) Rodina je edukována o krmení pacienta. (všeobecná sestra)

### **Realizace: 8.6.2018 – 29.6.2018**

- Po zhodnocení zdravotního stavu pacienta a kožního turgoru, který byl dostačující jsme začali pacientovy podávat tekutiny a jídlo p.o. První den jsme dali jen malé množství tekutin 50ml, a postupně jsme množství tekutin navyšovali. S jídlem jsme postupovali také pomalu, začali jsme kaší. Nejprve jsme zkusili jednu lžičku a pak jsme postupně množství navyšovali. Pacienta jsme uvedli do polosedu, aby mohl lépe tekutiny a jídlo přijímat. Průběžně jsme edukovali a sledovali rodinu, jak pacientovi podává tekutiny a jídlo

### **Hodnocení:**

- Krátkodobí cíl, aby pacient přijímá tekutiny p.o. do 5 dnů od zahájení DP byl splněn.
- Dlouhodobý cíl byl splněn částečně. Jídlo pacient p.o. přijímá jen částečně, někdy sní dostatečné množství potravy, ale jindy jen jednu nebo dvě lžíce.

- Některé očekávané výsledky se podařilo zajistit. Pacient je schopný omezeně přijímat potravu i tekutiny p. o. Pacient neubývá na váze. Pacientovy je zajištěno podání potravy a tekutin nejvhodnějším způsobem. Pacient nevykazuje známky dehydratace. I nadále je třeba ve všech intervencích pokračovat.

#### **Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

**Název, kód:** Deficit sebeděče při koupání, 00108

**Doména:** 4. Aktivita/Odpočinek

**Třída:** 5. Sebeděče

#### **Definice:**

- Zhoršená schopnost samostatně provádět aktivity týkající se koupání

#### **Určující znaky:**

- Imobilita,
- neschopnost se sám umýt,
- neschopnost dostat se do koupelny,
- neschopnost osušit své tělo,
- neschopnost regulovat teplotu vody pro koupání

#### **Související faktory:**

- alterace kognitivních funkcí, bolest, úzkost

#### **Rizikové faktory:**

- riziko pádu, riziko poranění či úrazu

**Priorita:** střední

#### **Cíl:**

- Krátkodobí – Pacient se zapojuje při osobní hygieně od 5 dnů od zahájení DP.

- Dlouhodobí - Pacient se dokáže částečně umýt sám s dopomocí druhé osoby za měsíc od zahájení DP.

### **Očekávané výsledky:**

- Pacient si sám umyje obličej.
- Pacient při hygieně pomáhá, např. zvedne ruce.
- Rodina pacienta je informovaná jak provádět hygienickou péči na lůžku

### **Plán intervencí:**

- 1) Posud' a zaznamenej stupeň závislosti ADL dle Barthelové. (všeobecná sestra)
- 2) Zajisti vhodné prostředí pro hygienu. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 3) Zajisti intimitu při osobní hygieně. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 4) Zajisti bezpečnost pacienta při hygieně. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 5) Měj dostatek času a provést hygienu podle standardu. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 6) Vždy pacienta informovuj co se s ním děje. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 7) Edukuj, rodinu. (všeobecná sestra)
- 8) Zjistí, zda rodina vše pochopila. (všeobecná sestra)
- 9) Názorně rodině ukaž jak provádět hygienu. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)

### **Realizace: 8.6.2018 – 29.6.2018**

- Při první návštěvě u pacienta byl zhodnocen stupeň závislosti ADL dle Barthelové. Byla provedena prohlídka domu, kde je pacientovi poskytována zdravotní domácí péče. Z důvodu imobility pacienta a nedostatečných pomůcek k zajištění bezpečnému převezení pacienta do koupelny je u pacienta hygienická péče zajištěna vždy na lůžku. Důležité bylo zajistit, že pacient bude spolupracovat jak se zdravotnickým personálem, tak s rodinou.
- Rodina byla informována o zajištění všech pomůcek potřebných k hygieně, zajištění bezpečného prostředí při hygieně a hlavně bezpečné manipulaci s pacientem. Jak správně u pacienta provádět hygienu bylo rodině



názorně ukázáno a vysvětleno. Následně bylo ověřeno, že rodina všemu rozuměla.

- Během dalších návštěv u pacienta byla do hygieny zapojena rodina, aby byli i oni sami schopni zajistit správnou a hlavně bezpečnou hygienu bez odborného dohledu. Na pacientovi byla vidět snaha pomoci se zapojit do hygieny, i když s obtížemi.
- Poslední den návštěvy byla rodina schopná hygienu zajistit bez jakýchkoli problémů. Pacient si sám umyje obličej, někdy to zvládne sám a někdy potřebuje dopomocť druhé osoby

### **Hodnocení:**

- Krátkodobý cíl byl splněn částečně. Pacient se začal snažit a zapojuje se do osobní hygieny.
- Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu těžké imobility pacienta.
- Pacient si obličej umyje sám jen občas, ale do osobní hygieny se zapojil a pomáhá. Rodina vše velmi rychle pochopila a je schopna hygienickou péči zajistit. V intervencích 2 – 6 se nadále pokračuje. Intervence 1 se provádí vždy jen jednou do měsíce.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 5**

**Název, kód:** Riziko pádu, 00155

**Doména:** 11. Bezpečnost/Ochrana

**Třída:** 2. Tělesné poškození

### **Definice:**

- Zvýšená náchylnost k pádům, což může způsobit újmu a může ohrozit zdraví.

### **Rizikové faktory:**

- Prostředí – nedostatečná protiskluzová podložka v koupelně, nedostatečné osvětlení, neznámé prostředí, použití omezovacích prostředků, prostředí plné nepořádku....
- Fyzické – inkontinence, oslabení DK, potíže s chůzí, průjem, zhoršená pohyblivost, změna glykemie...

- Ostatní – konzumace alkoholu, nedostatečné znalosti

**Priorita:** střední

**Cíl:**

- Dlouhodobí - Pacient není ohrožen pádem během trvání DP.
- Krátkodobí – V okolí pacienta je zajištěno bezpečné prostředí.

**Očekávané výsledky:**

- Rodina je seznámena s rizikem pádu u pacienta.
- O pacienta je postaráno tak, že je minimalizováno riziko pádu

**Plán intervencí:** (posuzovací, provádějící, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Zhodnot' stupeň mobility. (všeobecná sestra)
- 2) Zkontroluj, zda je v okolí pacienta bezpečné, pro manipulaci s ním. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 3) Zajisti bezpečné prostředí při manipulaci s pacientem. (všeobecná sestra, ošetřovatelka)
- 4) Edukuj rodinu o riziku pádu. (všeobecná sestra)
- 5) Předved' rodině správnou manipulaci s pacientem. (všeobecná setra)
- 6) Zjistí, zda rodina porozuměla edukaci. (všeobecná sestra)
- 7) Sleduj rodinu při manipulaci s pacientem. (všeobecná setra)

**Realizace: : 8.6.2018 - 29.6.2018**

- Při první návštěvě u pacienta byl zhodnocen jeho zdravotní stav a stupeň imobility. Při každé další návštěvě bylo zkontrolováno, zda v okolí pacienta bezpečno. Zkontrolováno, zda jsou správně použity bezpečnostní prvky pro zamezení pádu. Rodina byla vždy informována o riziku pádu a správné manipulaci s pacientem i s bezpečnostními prvky.

**Hodnocení:**

- Krátkodobý cíl byl splněn. Během návštěv u pacienta bylo zajištěno bezpečné prostředí.
- Dlouhodobý cíl byl také splněn. Pacient nebyl ohrožen pádem během trvání DP.

- Rodina byla seznámena s rizikovými faktory a vynaložila snahu zabezpečit okolí pacienta, aby nedošlo k pádu. Intervence 1 se hodnotí vždy jednou za měsíc, v intervenci 2 a 3 se nadále pokračuje pro zajištění bezpečnosti i nadále.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 6**

**Název, kód:** Nespavost, 00095

**Doména:** 4. Aktivita/Odpočinek

**Třída:** 1. Spánek/Odpočinek

#### **Definice:**

- Narušení množství a kvalita spánku poškozující fungování.

#### **Určující znaky:**

- Změny ve vzorci spánku.
- Zhoršený zdravotní stav.
- Potíže se spaním a usínáním.

#### **Související faktory:**

- Častá zdřímnutí
- Strach.
- Tělesný diskomfort.

**Priorita:** střední

#### **Cíl:**

- Krátkodobý - U pacienta došlo ke zmírnění problému se spánkem do 5 dnů od zahájení DP.
- Dlouhodobý - Pacient netrpí nespavostí po ukončení DP.

#### **Očekávané výsledky:**

- U pacienta došlo ke zlepšení spánku a odpočinku.
- U pacienta došlo ke zlepšení celkové pohody.
- Pacient má upravené prostředí pro lepší spánek.

### **Plán intervencí:**

- 1) Zhodnot' zdravotní stav pacienta. (všeobecná sestra)
- 2) Zjistí příčiny a faktory související s nespavostí. (všeobecná sestra)
- 3) Zajisti vhodnou polohu při spánku. (všeobecná sestra, ošetrovatelka)
- 4) Informuj psychologa. (všeobecná sestra)
- 5) Zajisti spánkové rituály, na které je pacient zvyklí. (všeobecná sestra, ošetrovatelka)

### **Realizace: : 8.6.2018 - 29.6.2018**

- Při první návštěvě byl zhodnocen celkový zdravotní stav pacienta. Byl proveden rozhovor s pacientem i s manželkou o příčinách a faktorech související s nespavostí. Manželka sdělila, na co byl pacient zvyklí před onemocněním a upoutání na lůžko. Dříve před spaním sledoval zprávy v TV, usínal na pravém boku a spal při otevřeném okně.

- Večer byla provedena osobní hygiena pacienta na lůžku, tělo pacienta je promazáno olejem a záda namazány hydrogelem. Pacient je napoložován na pravý bok a zajištění bezpečnosti pacienta postranicemi postele. Pacientovy byla puštěna TV se zprávami a manželka otevřela okno, aby došlo k vyvětrání místnosti.

- Při dalších návštěvách u pacienta bylo zjištěno, že došlo ke zlepšení problému s nespavostí. Pacient i jeho rodina udávají, že pacientovi se v noci lépe spí a přes den již tolik nespává.

### **Hodnocení:**

- Krátkodobého cíle se podařilo, dosáhnou, zajištěním rituálů, na které byl pacient zvyklí. Cíl byl tedy splněn.
- Dlouhodobý cíl splněn nebyl.
- U pacienta bylo zajištěno zlepšení celkové pohody a upravené prostředí pro zajištění lepšího spánku. Z intervencí jsou nadále využívány 1, 2, 3 a 5.

## **5.3 ZHODNOCENÍ CELKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacient, který byl přijatý do DP na doporučení praktického lékaře, který zhodnotil stav pacienta jako stabilizovaný a schopný DP. Jako vedlejší diagnózy uvádí hypertenzi,

onemocnění štítné žlázy, inkontinenci a osteoporózu. Pacient je imobilní neschopný stabilního sedu a chůze. Pacient je vysoce závislý na pomoci druhé osoby. Rozvíjející se demence Alzheimerova typu. Stav po CMP, kdy pacient přestal částečně komunikovat a následně i odmítat potravu – porucha polykání, proto mu byl 6/2017 založena perkutánní endoskopická gastrostomie.

Pacienta navštěvuje sestra 1x denně, 3x týdně. Dále pacienta fyzioterapeut, který zajišťuje pasivní rehabilitaci, a pečovatelka, která zajišťuje pečovatelskou službu a také tráví čas s pacientem, když si rodina potřebuje něco vyřídit, tak aby nebyl pacient sám. Na ošetrovatelské péči se rodina začala aktivně podílet, zapojují se do hygienické péče, aktivně pacienta sami polohují a podávají stravu, motivují ho a rozptylují během dne.

Veškerý zdravotnický personál vynakládá své síly, aby se pacientův stav zlepšil. V oblasti výživy a hydratace nastal u pacienta menší pokrok, postupně se začala více podávat strava p. o.. Zpočátku byl problém s bolestí při polykání, ale postupným zvyšováním příjmu stravy se polykání začalo lepší a bolest ustupovala. Nyní již bez problému sní jogurt, namixovanou polévku nebo bramborovou kaši. Tekutiny mu nyní také nedělají problém, ale vše se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacienta. V rámci imobility pacienta se jeho zdravotní stav, začal mírně zlepšovat, ale stále je vysoce závislý na pomoci druhé osoby. Pacientovi pomáhá pasivní rehabilitace, kterou provádí fyzioterapeut, ale hlavně jeho rodina, která nyní ví jak s pacientem manipulovat. Při každé návštěvě fyzioterapeuta je přítomna pacientova rodina, ta se postupně začala do rehabilitace aktivně zapojovat. Po několika návštěvách je u pacienta vidět malý pokrok, na požádání mírně zvedne ruce na podložku a povolí nohy, které má jinak v křeči. Dekubit je bez známek infekce, rána se hojí per prima, riziko dekubitu stále trvá z důvodu imobility. Při převazování rány postupuje přísně asepticky a dochází k častější kontrole predilekčních míst. Okolí PEG je čisté, bez zarudnutí, bez infekce. Kůže pacienta nejeví známky zarudnutí a dehydratace, zvýšený příjem tekutin p. o. značně přispívá. Při dodržení večerního rituálu, kdy se pacientovy otvírá okno, spí pacient klidně a nerušeně celou noc, po probuzení je viditelně odpočatý.

Na pacientovi je vidět, že je rád, že může být ošetřován v domácím prostředí a být tak se svou rodinou. Rodina se do péče o pacienta aktivně zapojuje, pacientovi se věnují a motivují. U návštěvy byla vždy přítomna rodina, které byly veškeré výkony vysvětleny. Jako proč pacient bere jaké léky a na co léky jsou. Nebo proč je důležité pacienta

polohovat, a jakým způsobem pacienta napolohovat, aby nedocházelo ke stálému tlaku na predilekční místa a následnému vzniku proleženin. Rodina pacienta je nyní schopna pacienta v pravidelných intervalech správně napolohovat. Dále byla rodina edukována o enterální pumpě kterou má pacient zapůjčenou pro snadnější podávání enterální výživy a tekutin přes PEG. Byl jim poskytnut i obrázkový návod, podle kterého jsou schopni pumpu nastavit a podat tak pacientovy výživu a tekutiny sami. Rodině byly doporučeny i kurzy, které se zaměřují na problematiku péče o příbuzné v domácím prostředí. Dostanou informace s názornými ukázkami a radami, které v praxi mohou využít. Jsou zde seznámeni s hygienickou péčí na lůžku, řešení problému s inkontinencí u imobilních pacientů, jak zabezpečit bydlení a pokoj ve kterém nemocný bude, jak umístit lůžko pacienta, ale i polohování a prevence dekubitů a péče o vyprazdňování a příjmu potravy. Snahou je rodinu podpořit a předat jim co nejvíce informaci a praktických ukázek, aby byly schopni se o pacienta v domácím prostředí postarat. Cílem bylo co nejvíce rodinu začlenit do ošetrovatelského procesu a péči o pacienta, což si myslím, že bylo splněno. Rodina i nadále využívá informace a rady zdravotnického personálu a prakticky je využívá.

Ošetrovatelská proces u pacienta hodnotím kladně, u pacienta nastaly mírné pokroky, i přesto pacient nebude schopen se o sebe postarat. U pacienta je ošetrovatelská péče ještě na dlouho, vzhledem ke stupni imobilizace se zdravotní stav již nezlepší. Je velmi závažný a bude se jen zhoršovat a je potřeba ho udržet co nejdéle ve stávajícím zdravotním stavu. Rodina plně spolupracuje, což přispívá k psychické pohodě pacienta.

## 6.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při zpracování bakalářské práce bylo velmi obtížné dohledávat informační zdroje k domácí zdravotní péči. Jak vlastně taková domácí zdravotní péče probíhá, jaké jsou její možnosti a hlavně jak je domácí zdravotní péče financovaná. Tyto informace jsem většinou dohledala na internetových stránkách dané domácí péče, která tuto službu poskytuje.

### PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL (VŠEOBECNÉ SESTRY)

- Nejdůležitější je spolupráce mezi zdravotnickým personálem, pacientem a jeho rodinou.
- Měly by mít zkušenosti z lůžkových oddělení.
- Samostatnost a zkušenost v odborných dovednostech a výkonech.
- Musí umět manipulovat s přístroji, které mohou v domácí péči být použity.
- Včas odhalit zhoršení zdravotního stavu nebo komplikací u ošetřovaného pacienta.
- Je důležité respektovat pacientovo soukromí a denní návyky pacienta i rodiny.
- Zajistit co nejlepší ošetrovatelskou péči, poskytovat informace pacientovi i jeho rodině, která se na péči podílí.
- Dostatečně informovat rodinu i samotného pacienta o všem co se s ním děje a ujisti se, zdali všemu porozuměli.
- Poskytovat informační materiál k dané problematice.

### PRO SPOLEČNOST

- Dostatečné informace o možnosti domácí zdravotní péči.
- Vytvoření informačních letáků či reklam.
- Informace o financování DP.
- Přehled výkonů, které DP zajišťuje.
- Kdo všechno může DP využívat.

## PRO PACIENTA A JEHO RODINU

- Měla pacienta podporovat a motivovat k léčbě.
- Aktivně se podílet na ošetrovatelské péči.
- Zajímat se o danou problematiku.
- Poskytovat informace zdravotnickému personálu.



## ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo přiblížit teoretické poznatky z domácí zdravotní péče se zaměřením na ošetrovatelskou problematiku pacienta s PEG v domácím prostředí. Cílem praktické části práce bylo popsat a na závěr zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s diagnostikovanou rozvíjející se demencí Alzheimerova typu, který je imobilní s dekubitem na pravé straně horní poloviny zad (v úrovni lopatky) a vyživován je pomocí PEG a to vše je prováděno v domácím prostředí.

V teoretické části bakalářské práce jsme definovali pojmy jako je domácí péče, jak domácí péče probíhá a jaké jsou její výhody. Vysvětlily co je imobilizační syndrom a dále se zaměřily na pojem perkutánní endoskopická gastrostomie a enterální výživa.

V praktické části práce byl popsán a na závěr zhodnotit ošetrovatelskou péči u pacienta s diagnostikovanou rozvíjející se demencí Alzheimerova typu, který je imobilní s dekubitem na pravé straně horní poloviny zad (v úrovni lopatky) a vyživován je pomocí PEG a to vše je prováděno v domácím prostředí. V praktické části bakalářské práce je popsán celkový ošetrovatelský proces u pacienta, jaký byl zdravotní stav pacienta při příjmu do DP a jak se vyvíjel dál během měsíce domácí zdravotní péče. Pacient měl diagnostikovanou rozvíjející se Alzheimerovu demenci s poruchou polykání. Dále je pacient zcela imobilní a odkázaný na pomoc druhé osoby a rodiny, která byla postupně edukována tak aby péči dokázala zajišťovat sama. U pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. K jednotlivým diagnózám byl stanoven krátkodobí a dlouhodobí cíl a ošetrovatelské intervence. Některé cíle byly splněny, ale ve většině případů splněny nebyly. Celkový stav pacienta se nezhoršil, ale ani nezlepšil, mírný pokrok byl při podávání stravy p. o., povedlo se nám zlepšit jeho nespavost znovu zavedením jeho rituálů, na které byl pacient zvyklý před onemocněním, nebo že je pacient schopen si umýt obličej sám, ale pacientův stav je natolik závažný, že už lepší nebude, ale bude se stále zhoršovat. Pacient i nadále bude pokračovat v ošetrovatelském procesu a ve stanovených intervencích v domácím prostředí.

Touto prací bylo poukázáno na význam domácí péče, která má pozitivní vliv na psychiku pacienta, který je ošetrován ve svém přirozeném prostředí obklopen jeho milující a starostlivou rodinou.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY, [online]. [cit. 2019-011-25]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>
- HARTMANN – RICO, 2010. Dekubitus [online]. [cit. 2019-011-25]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/diagnozy/dekubitus>
- NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY, 2006. *Koncepce domácí péče*. [online]. [cit. 9/2019]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>
- ZÁKONY PRO LIDI, 2017. *Zákon o sociálních službách* [online]. [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ZÁKON PRO LIDI, 2018. *Vyhláška č. 134/1998 Sb.* [online]. [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>
- BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. První vydání. ISBN 978-8090287-48.
- KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-499-3.
- NEVORAL, J., 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hematologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2863-9.
- POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada,. ISBN 978- 80-247-2358-7.
- ZACHOVÁ, V. 2010. *Stomie*. První vydání. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.
- ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2844-5.
- HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOZÁKOVÁ, R., 2011. *Komunitní ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 9788074640797.
- FRÜHAUF, P.; SZITÁNYI, P., 2014. *Výživa v pediatrii*. První vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-26-6
- KRÁTKÁ, A. a G. ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ISBN 978-80-7318-726-8.

HROZENSKÁ, M a D. DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha. ISBN 978-80-247-4139-0.

VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace*. Návod pro praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2763-9.

VYTEJČKOVÁ, R. a C. L. BENNETT, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3420-0

WORKMAN, B. A. a C. L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1714-X.

ZRUBÁKOVÁ, K. a I. BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

POKORNÁ, A. a R. MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.

BÁRTLOVÁ, S. a kol. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno. ISBN 978-80-7013-499-3

KŘÍŽOVÁ, J. a kol. 2014. *Enterální a parenterální výživa*. 2 vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3326-8.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, a kol., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

KELNAROVÁ, J., D. BABÁKOVÁ, M. CAHOVÁ, a kol., 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník 2. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3106-3.

NĚMCOVÁ, J., a kol. 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00, ISBN 978-80-88249-02-3

VOKURKA, M. aj. HUGO a kol., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345464-7

LUKÁŠ, K. aj. HOCH, a kol., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.

LIN, L., LI, M., WATSON, R. A survey of the reason patients do not chose percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy as rout efor long-term feeding. In: Journal of Clinical Nursing. 2011, p. 802-810. ISSN 0962-106

BJURESÄTER, Kaisa, et al. Patients living with home enteral feeding: side effects, health-related quality of life and nutritional care. Clinical Nursing Studies. 2014, Vol. 2, No. 3, s. 64–75. ISSN 2324-7940. Dostupné z:

<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/cns/article/viewFile/3604/2855>

BOURDEL-MARCHASSON, Isabelle, et al. Audit of percutaneous endoscopic gastrostomy in long-term enteral feeding in a nursing home. *International Journal for Quality in Health Care*. 1997, Vol. 9, No. 4, s. 297–302. ISSN 1353-4505. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.615.3688&rep=rep1&type=pdf>

# PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Historie domácí péče.....	I
Příloha č. 2 – Poukaz na vyšetření/ošetření DP – přední strana.....	II
Příloha č. 3 – Poukaz na vyšetření/ošetření DP – přední strana .....	III
Příloha č. 4 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradenové.....	IV
Příloha č. 5 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Waterlowa.....	V
Příloha č. 6 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.....	VI
Příloha č. 7 – Výskyt dekubitů.....	VII
Příloha č. 8 – Perkutánní endoskopická gastrostomie.....	VIII
Příloha č. 9 – Čestné prohlášení.....	IX
Příloha č. 10 – Rešerše.....	X

## Příloha č. 1 – Historie domácí péče

Domácí péče existuje od nejstarších dob jako přirozený způsob poskytování péče o člověka. První zmínky jsou zaznamenány již od počátku 12. století, ale nejvíce se ošetrovatelství v domácnosti rozvíjelo na konci 13. století. V domech nemocných pečovali o nemocné řeholnice a dohlížel na ně místní farář. V 15. století se návštěvní služba dostala do Prahy, kde ji provozovali diakonky, které byly speciálně školeny pro tuto práci. Ve druhé polovině 19. století bylo rozhodnuto o potřebě odborně připravení sestry, které v meziválečném období byly potřebné v terénu. První pokusy v oblasti domácí péče zrealizoval československý červený kříž. Odpovědnost za vykonávání domácí péče od 19. 8. 1952 podle zákona 103/1951 přebral stát. A až v posledním desetiletí minulého století došlo k zásadním změnám, kdy začaly vznikat první agentury domácí péče v dnešní podobě (JAROŠOVÁ, 2007).



Příloha č. 3 – POUKAZ NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ DP – druhá strana

				Číslo dokladu					
IČP								Poř. č.	
Odbornost		925							
Var. symbol									
Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	
			36.			71.			
			37.			72.			
			38.			73.			
			39.			74.			
			40.			75.			
			41.			76.			
			42.			77.			
			43.			78.			
			44.			79.			
			45.			80.			
			46.			81.			
			47.			82.			
			48.			83.			
			49.			84.			
			50.			85.			
			51.			86.			
			52.			87.			
			53.			88.			
			54.			89.			
			55.			90.			
			56.			91.			
			57.			92.			
			58.			93.			
			59.			94.			
			60.			95.			
			61.			96.			
			62.			97.			
			63.			98.			
			64.			99.			
			65.						
			66.						
			67.						
			68.						
			69.						
			70.						
						Dne:			
						razítko a podpis			
Poukaz DP 06		Platnost od: 01. 01. 2013				Strana: 2/2		F/ZD/10/01	

Zdroj: dokumentace DP



Příloha č. 4 – HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE BRADENOVÉ

<b>Citlivost / percepce</b>	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
<b>Vlhkost</b>	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrý	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
<b>Aktivita</b>	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
<b>Pohyblivost</b>	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
<b>Výživa</b>	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
<b>Tření</b>	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

**POČET BODŮ:**

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů  
**13-15** - střední riziko vzniku dekubitů  
**12 a méně** - vysoké riziko vzniku dekubitů

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5819.pdf> [online]. [cit. 2/2018]

Příloha č. 5 – HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE

WATERLOWA

Poměr výška / váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná / katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován / inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (↑teplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		Medikace	
úplná	0	průměrná	0	DM	4 - 6	ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
neklidný	1	chabá	1	RSM	4 - 6	páteř, na stole déle než 2 hod	5		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 - 6				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

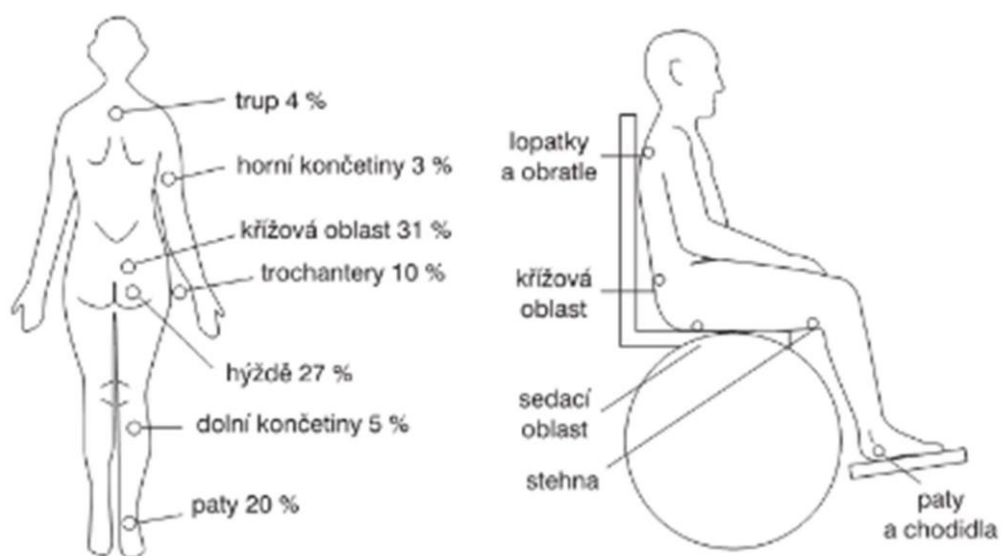
Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5822.pdf> [online]. [cit. 2/2018]

Příloha č. 6 – HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE  
NORTONOVÉ

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4	dobry	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf> [online]. [cit. 9/2019]

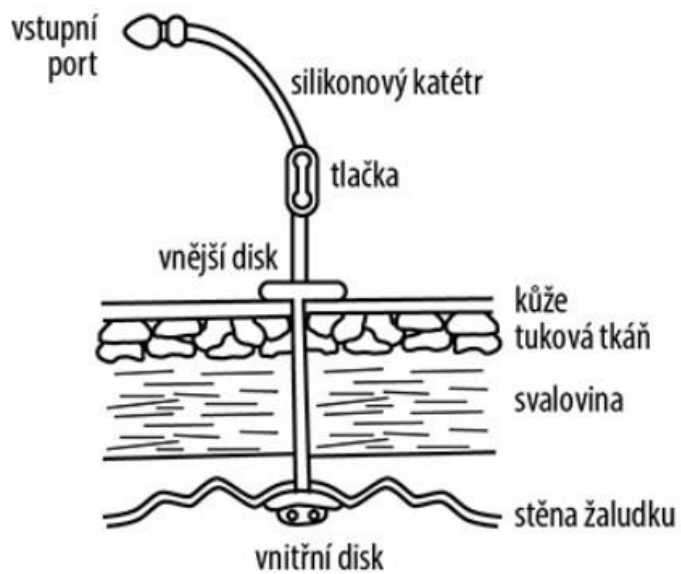
## Příloha č. 7 – NEJČSTĚJŠÍ MÍSTA PRO VZNIK DEKUBITŮ



Zdroj: MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. Prevence dekubitů. s. 22.

Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha č. 8 – PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE



Zdroj: VYTEJČKOVÁ, Renata a Clare L. BENNETT, 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473420-0.

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Problematika domácí ošetrovatelské péče – péče o imobilního klienta s PEG v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Martina Michnová

## KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PEG V DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI

Martina Michnová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, němčina

Klíčová slova: Dekubit, Domácí péče, Enterální výživa, Ošetrovatelský proces, Perkutánní endoskopická gastrostomie.

Časové vymezení: 2008-2020

Druhy dokumentů: knihy, články, elektronické zdroje

Počet záznamů: 50 z knihovny, 35 svépomocí

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- katalogy a databáze SVKUL
- specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)