

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

**SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES  
U PACIENTA S CIZÍM TĚLESEM V GIT**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KLÁRA VAŠKOVÁ**

**Praha 2019**

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

**SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES  
U PACIENTA S CIZÍM TĚLESEM V GIT**

Bakalářská práce

KLÁRA VAŠKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

Praha 2019



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

VAŠKOVÁ Klára

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

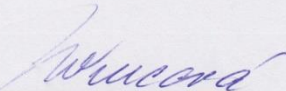
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Sebepečování - ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v GIT

*Self-Harm Nursing Care in Patients with Foreign Body in GIT*

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

V Praze dne 26. září 2019

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a blízkým za nekonečnou trpělivost a podporu nejen při psaní této bakalářské práce, ale i během celého studia.

## ABSTRAKT

VAŠKOVÁ, Klára. *Sebepoškozování – ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v GIT*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha 2019. 63 s.

Tématem bakalářské práce je sebepoškozování – ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v GIT. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část práce obsahuje základní informace o problematice sebepoškozování, podrobném zmapování sebepoškozování se zaměřením na cizí těleso v GIT, možných komplikacích, ošetrovatelské péči a o potřebách nemocného. V praktické části je podrobně popsán ošetrovatelský proces týkající se konkrétního pacienta s cizím tělesem v GIT. Obsahuje stanovené a rozpracované ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta podle NANDA INTERNATIONAL Taxonomie II. Výstupem z práce jsou doporučení pro praxi určené pacientům a ošetrovatelskému personálu.

### Klíčová slova

Cizí předměty v GIT. Ošetrovatelský proces. Sebepoškozování. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

VAŠKOVÁ, Klára. *Self-Harm Nursing Care in Patients with Foreign Body in GIT*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Prague. 2019. 63 pages.

The topic of this bachelor thesis is Self-Harm Nursing Care in Patients with Foreign Body in GIT. The bachelor thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part describes problems of self-harm, nursing care and needs of the patient. The practical part describes in detail the nursing process concerning a specific patient with foreign body in GIT. It contains established and elaborated nursing diagnoses according to the patient's priorities according to NANDA INTERNATIONAL Taxonomy II. The output of the thesis are recommendations for the practice of patients and of nursing staff.

### Keywords

Foreign Body in GIT. Nurse. Nursing Care. Self-Harm.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD .....	13
1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	16
1.1 DĚLENÍ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	16
1.1.1 DĚLENÍ DLE CHOVÁNÍ.....	16
1.1.2 FAKTORY VZNIKU SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	17
1.1.3 INTENZITA SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	19
1.1.4 ZPŮSOBY PROVEDENÍ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	20
1.2 DŮVODY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	21
2 ANATOMIE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU, DIAGNOSTIKA, LÉČBA A KOMPLIKACE PŘI SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	22
2.1 ANATOMIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU.....	22
2.2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA.....	25
2.3 KOMPLIKACE PŘI SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	27
3 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY, KTEŘÍ SE SEBEPOŠKOZUJÍ.....	29
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CIZÍM TĚLESEM V GIT.....	32
4.1 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	37
4.2 POSOUZENÍ PACIENTA DLE DOMÉN NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II.....	40
4.3 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 24. LISTOPADU 2018.....	42
4.4 DIAGNÓZY ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM.....	43
4.4.1 AKUTNÍ BOLEST.....	44
4.4.2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ.....	46
4.4.3 NONCOMPLIANCE.....	48



4.5	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 25. 11. 2018.....	50
4.6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	51
	ZÁVĚR .....	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	56
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body-mass index
CT	Počítačová tomografie/výpočetní
CŽK	Centrální žilní katetr
EKG	Elektrokardiogram
GIT	Gastrointestinální trakt
HDŽ	Horní dutá žíla
i.m.	Intramuskulární podání injekce
i.v.	Intravenózní podání injekce
LSPP	Lékařská služba první pomoci
PMK	Permanentní močový katetr
p.o.	Perorální podání (ústí)
RES	Pokoj s intermediální péčí
RTG	Rentgenové vyšetření
RTG S+P	Rentgenové vyšetření srdce a plic
s.c.	Subkutánní podání injekce
VAS	Vizuální analogová škála

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Automutilace	Sebepoškozování
Erymasy	Transfuzní přípravek
Exkoriace	Povrchové poškození kůže
Hereditární	Dědičný
Intramuskulárně	Aplikace do svalu
Intravenózně	Aplikace do žíly
Invalidace	Zpochybňování správnosti
Repetitivní	Stále se opakující
Rimunace	Uvažování, přemýšlení
Skarifikace	Sedření nařiznutí kůže
Subkutálně	Aplikace do kůže

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Chronická medikace užívaná pacientem při přijetí. ....	34
Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacienta dne 23. 11. 2018 .....	35
Tabulka 3 Podávané léky při hospitalizaci 24. 11. 2019 po operaci .....	39
Tabulka 4 Biochemie. ....	60
Tabulka 5 Krevní obraz. ....	61
Tabulka 6 Koagulace. ....	62

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Sebepoškozování – ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v gastrointestinálním traktu. Sebepoškozování se v psychiatrii označuje jako komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky. Cílem není smrt. Sebepoškozování není vázané na věkovou kategorii, nejvíce se s ním shledáváme u dospívajících jedinců, ale vyskytuje se i u dospělých.

Autorka bakalářské práce během jejího zpracování působila jako všeobecná sestra na oddělení všeobecné chirurgie ve vězeňské nemocnici v České republice. Při výkonu práce se autorka mnohokrát setkala s problematikou sebepoškozování u vězňů. Existují různé důvody a způsoby sebepoškozování vězňů, a to ať za účelem změny místa výkonu trestu odnětí svobody, oddálení soudního procesu či útěk od ostatních vězňů (Zákon č. 40/2009 Sb.).

Sebepoškozování se nevyskytuje pouze u vězňů, ale i v běžném životě osob, a to nejen u dospělých osob, ale i u dospívajících.

Vzhledem k rozsáhlosti problematiky je práce zaměřena pouze na sebepoškozování vězňů, se zaměřením na polykání cizích předmětů, diagnostiku, následnou léčbu a důvody polykání cizích předmětů.

Bakalářská práce je pojímána jako teoreticko-praktická. Teoretická část práce obsahuje základní informace o sebepoškozování, podrobném zmapování sebepoškozování se zaměřením na cizí těleso v GIT, možných komplikací, ošetrovatelské péči či o potřebách nemocného. Praktická část práce popisuje ošetrovatelský proces u vybraného pacienta ve vězeňské nemocnici s cizím tělesem v GIT. V závěrečné části práce se nachází doporučení pro praxi pro zdravotnický personál a pro pacienty.

### **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zmapovat problematiku sebepoškozování po stránce medicínské a ošetrovatelské na základě aktuálních zdrojů.

**Cíl 2:** Z dohledaných zdrojů shrnout specifika péče o psychosociální stránku nemocného a následnou léčbu.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat kazuistiku u pacienta s cizím tělesem v GIT formou ošetrovatelského procesu.

**Cíl 2:** Vypracovat doporučení pro praxi.

## **Vstupní literatura**

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. Vysokoškolská skripta - text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 5. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-88249-02-3.

PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.

POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-675-1.

VANÍČKOVÁ, E., V. HYNČICA a J. VOTAVOVÁ, 2010. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. V Praze: UK - 3. LF. ISBN 978-80-254-9075-4.

## **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací pro tvorbu bakalářské práce s názvem Sebepoškozování – ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v GIT proběhlo v časovém období listopad 2018 až březen 2019. Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně v Praze za pomoci zvolených klíčových slov: cizí předměty v GIT, ošetrovatelský proces, sebepoškozování, všeobecná sestra. Celkem bylo vyhledáno 45 publikací.

Po zpracování rešerše byla využita elektronická databáze Medvik (katalog Národní lékařské knihovny), registr vysokoškolských kvalifikačních prací Theses, souborný katalog ČR, ale také jednotný portál knihoven a informační portál MedLike. Ke zpracování bakalářské práce nebyly použity všechny vyhledané odborné publikace, z důvodu nevhodných poznatků pro účely bakalářské práce.

Dále byly využity knižní zdroje z Moravské zemské knihovny v Brně.

K tvorbě bakalářské práce bylo použito celkem 25 publikací. Z toho 15 knižních a 10 dostupných na internetu.

# 1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Přesně definovat sebepoškození není vůbec jednoduché. V zahraniční literatuře se vyskytují nejrůznější termíny, jako např. Self-mutilation, Self-harming behaviour, Deliberate self harm, Self-destructive behaviour, apod., což vytváří určitou terminologickou nejednotnost. Tato nejednotnost může vést k nechtěným omylům a chybné interpretaci.

Sebeškození se v psychiatrii označuje jako komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, a které lze chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres. Může, ale nemusí být bezpodmínečně spojeno s myšlenkami na smrt. Smrt však na rozdíl od sebevražedného pokusu není v naprosté většině případů hlavním cílem (PLATZNEROVÁ, 2009, s. 11).

Další je definice dle Eberlyové, která definuje sebeškození jako každé společensky neakceptovatelné chování, jehož obsahem je okamžité, svévolné, přímé a většinou repetitivní fyzikální poškození vlastního těla, ústící do lehké nebo středně závažné újmy na zdraví, většinou bez suicidálního záměru a bez organické psychiatrické příčiny (PLATZNEROVÁ, 2009, s. 17).

Ministerstvo spravedlnosti Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku definuje sebeškození jako jakýkoli čin, kdy si vězeň úmyslně ublíží bez ohledu na způsob, původní úmysl nebo závažnost zranění. Příkladem sebeškození může být řezání, škrábání, údery do hlavy, poškození částečně zhojené rány, polykání anebo vkládání cizích předmětů do těla (POPE, 2018).

## 1.1 DĚLENÍ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Tato část práce se věnuje dělení sebeškození, a to dle chování, faktorů vzniku, intenzity a způsobu provedení.

### 1.1.1 DĚLENÍ DLE CHOVÁNÍ

#### **Kompulzivní a impulzivní sebeškození**

Kompulzivní sebeškození má blíže k obsedantně-kompulzivní poruše. Patří sem úzkostí provokované dloubání, skarifikace a exkoriace kůže (PLATZNEROVÁ, 2009).



Impulzivní sebepoškozování je epizodické a repetitivní, kdy epizodické sebepoškození je bez předchozího promyšlení, objevuje se okamžitá reakce na emoční spouštěč. Repetitivní sebepoškozování jeho hlavním příznakem jsou ruminace o sebepoškozování, nemusí k sebepoškození vůbec dojít. Repetitivní sebepoškozování se fixuje na pozitivní i negativní stresory (PLATZNEROVÁ, 2009).

### **1.1.2 FAKTORY VZNIKU SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

#### **Biologické faktory**

Při vzniku problému se uplatňují biologické faktory, kdy zde působí serotoninový, opiodní a dopaminový systém (PLATZNEROVÁ, 2009):

- Serotoninový systém má nedostatek serotoninu souvislost s výskytem sebepoškozujícího chování, přičemž sebepoškozování je při dysfunkcích serotoninu nahlíženo jako typ agrese.
- Dopaminový systém, zde jde především o deficit, který vede ke zvýšené senzitivitě až hypersenzitivitě dopaminových receptorů.
- Opioidní systém předpokládá zvýšení hladiny endogenních opiátů endorfinů po expozici bolesti. Působí následně i určité pocity analgezie během repetitivního druhu sebepoškozování.

Dále se také uplatňuje hereditární zátěž (dědičnost) (JATAGANDZIDIS, 2019).

#### **Psychologické faktory**

Z psychologického hlediska se sebepoškozování objevuje převážně u mladých lidí. V životních příbězích se objevují údaje o tělesném, emočním nebo sexuálním násilí. Na druhou stranu zneužívání či zanedbávání v anamnéze poškozujících se často neuvádí. Téměř vždy však poškozující se pacient zažil tzv. invalidaci neboli zpochybňování správnosti, odůvodněnosti jeho pocitů a interpretací situací.

Děti jsou v dysfunkčních rodinách často závažně trestány za vyjádření určitých myšlenek a pocitů a odnášejí si přesvědčení, že mají nesprávné pocity, kterým nemohou důvěřovat, a že některé pocity jsou zakázané. Zpochybňovat prožitky dítěte mohou i jakékoli situace v rodině nebo škole.

Pro většinu lidí je důležitým momentem vzniklá bolest, která přehluší psychickou. Fyzická bolest je něco co mohou ovládat vlastní vůlí na rozdíl od bolesti psychické.

Cílem je redukce dalšího sebepoškozování pacienta, jeho touhy se poškozovat, prevence sebevraždy a zlepšení kvality života a sociálního fungování (PLATZNEROVÁ, 2009).

Funkce podílející se na patogenezi sebepoškozujícího sebepoškozování. Řadí se sem stimulace, trest, relaxace, diverze (odklonění), společenské motivy a alterace.

- Stimulace je únik z disociativních prožitků.
- Trest s cílem odstranit pocit viny či studu, je to způsob vyjádření hněvu vůči sobě samému.
- Relaxace u ní je hlavním cílem dosáhnout pocitu uspokojení za pomoci bolesti, teploty krve, tím se uvolní endorfiny.
- Diverze neboli odklonění má za úkol dosažení stavu podobného transu s cílem zabránit reakci na emoční spouštěč, problém či sebevražedné myšlenky.
- Společenské motivy či poutání pozornosti má za úkol sebezpečetění demonstrací vlastní síly či dosažení péče a ochrany.
- Alterace jejím cílem je dosažení neatraktivnosti pro sebe a druhé sebezohyděním jizvami (PLATZNEROVÁ, 2009).

### **Rizikové faktory u vězňů**

- Socio-demografické faktory:
  - Věk – mladší muži mají vyšší míru sebepoškozování než starší muži.
  - Etnicita – míra sebepoškození je vyšší u bílé rasy.
  - Vzdělání – zvýšené riziko sebepoškozování je mezi osobami, které postrádají základní vzdělání.
  - Vztahy – zvýšené riziko sebepoškození je mezi těmi, kteří jsou svobodní.
  - Zázemí – zvýšené riziko sebepoškozování je u těch, kteří nemají stálé bydliště (POPE, 2018).
- Faktory související s pobytem ve vězení:
  - V prvních dnech jsou vězni vystaveni zvýšenému riziku sebepoškozování.
  - Vyšší míra sebepoškozování je u vězňů, kteří čekají na rozhodnutí soudu a ti co jsou odsouzeni k doživotnímu trestu odnětí svobody (POPE, 2018).

- Psychologické/psychiatrické faktory:
  - Anamnéza předchozího sebepoškozování.
  - Deprese, beznaděj.
  - Porucha osobnosti.
  - Zneužití návykových látek (POPE, 2018).

### 1.1.3 INTENZITA SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Existuje několik způsobů dělení sebepoškozování.

#### Dělení dle způsobu sebepoškozování

- Závažná automutilace – Nejextrémnější a nejméně častá forma sebepoškození. Jde o zřídka uváděný akt ublížení si na zdraví, při kterém je poškozen velký objem tkáně (kastrace, amputace končetiny atd.). Často vede k trvalému zmrzačení a je nejčastěji spojena s psychotickými stavy nebo akutními intoxikacemi.
- Stereotypní automutilace – Fixované, často rytmické vzorce chování, jako bušení hlavou, kousání prstů nebo paží. Lze ho nejčastěji vidět u institucionalizovaných mentálně retardovaných lidí, ale dochází k němu i u autistů, psychotiků nebo pacientů s Leschovým-Nyhanovým nebo Tourettovým syndromem.
- Povrchová nebo mírná automutilace – jde o nejčastěji se vyskytující formu sebepoškozování. Výsledkem nebývá závažnější poškození tkání a málokdy je poškození fatální. Sebepečování v užším slova smyslu, téma této práce (PLATZNEROVÁ, 2009).

#### Dělení dle základní formy

- Automutilace – neboli sebepoškozování, sebemrzačení je záměrné a opakované ublížování si ve snaze se vypořádat s nepříjemnými duševními stavy (ANON, 2012).
- Sebepečování jako rizikové chování.
- Záměrné sebepoškozování – je dobrovolné a úmyslné poškození vlastní tělesné tkáně či tělesné integrity bez ohledu na zdravotní riziko, nebezpečí a bez záměru zemřít (MACA, 2016).
- Sebevražedné jednání – je vedeno jasnou snahou o ukončení života.

#### 1.1.4 ZPŮSOBY PROVEDENÍ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Existují různé způsoby sebepoškozování s rozdílnou závažností poškození. Mezi nejčastější metody můžeme zařadit např. řezání, pálení nebo vytrhávání vlasů. Existují ovšem i další formy sebepoškozování, které se ve velké míře vyskytují ve vězeňském prostředí. Jedná se například o vytvoření podkožního emfyzému, poškozování očí, uší, zmrzačení, vpichování cizích předmětů do kůže a další. Níže je uveden seznam nejčastějších forem sebepoškozování a jejich vysvětlení:

- Řezání – patří mezi nejčastější druh, u kterého se používá ostrý předmět, ať už žiletka, sklo či jakékoli ostré předměty. Nejčastějším místem poranění je zápěstí, předloktí, ale také paže a stehna (HIRT, VOREL, 2016).
- Škrábání – škrábání se do kůže, rozškrábání rány, odstraňování strupů za pomoci nehtů.
- Pálení – nejčastější popálení je cigaretou, zapalovačem, ale i různými chemikáliemi (DOKOUPIL, DVOŘÁČEK, 2011).
- Trichotillomanie – jedná se o vytrhávání vlasů.
- Údery – nejčastěji se jedná o údery hlavou nebo celým tělem o různé předměty, ať už jde o mlácení hlavou do zdi, lámání kostí pomocí předmětů, stěn.
- Vpichování – jde o vytvoření podkožního emfyzému. Jedná se o vpichování či vstřík vzduchu pod kůži. Používaná místa jsou převážně na obličeji, může se ale také použít zjizvené místo. Tato forma sebepoškozování je specifická pro pacienty ve věznicích, v civilním prostředí se téměř nevyskytuje.
- Bodání, přiškrcování, kousání, hladovění (DOKOUPIL, DVOŘÁČEK, 2011).
- Polykání cizích předmětů – ve vězeňském prostředí patří polykání cizích předmětů mezi nejčastější druh sebepoškozování. Pacienti polykají např. polévkové lžice, žiletky, baterky, nůžky, zapalovače. Byl popsán i případ, kdy pacient spolkl ucho od kýble nebo kus drátu. Nejčastěji se polyká tzv. „kotvička“. Jedná se o pružící předmět vyrobený z ocelového drátu nebo zhotovený ze zavíracích špendlíků. Pružící kotvička se stáhne, ováže nití, obalí chlebem a následně spolkně. Druhý konec nitě se buď uváže za zub, nebo se drží v ruce. Délka nitě určí, ve kterém místě má kotvička působit. Po postupném rozpuštění chleba se kotvička roztáhne a uvízne svými hroty na stěně jícnu (KRIEGELOVÁ, 2008).

## 1.2 DŮVODY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Důvody sebepoškození jsou různé, může k němu vést cokoli, ať už situace, ze které není východisko, tak i pocit zklidnění po provedení. Lze je shrnout do tří hlavních skupin.

- Regulace afektu – nalezení ztracené rovnováhy, kontaktu s vlastním tělem.
- Komunikace – způsob vyjádření toho, co dotyčný nedokáže slovně vyjádřit, může být brána jako manipulativní pokud je cílená na jiné osoby. Řadí se sem také snaha o získání určitých výhod, snaha se něčemu vyhnout, kdy poranění může odvrátit nástup výkonu trestu, popřípadě se dostat do nemocnice a utéci tak šikaně, osobní setkání v nemocnici. Vyskytuje se pouze ve věznicích.
- Kontrola, trest – je zde snaha předejít obávané události sebepoškozením. Používá se jako ochrana druhých lidí i jako sebekontrola (PLATZNEROVÁ, 2009).

V rámci iniciačního obřadu existuje i jednorázové poškození z důvodu začlenění do vybraného kolektivu, přijetí mezi sebe. Poté už k dalšímu poškození ve většině případů nedochází.

## 2 ANATOMIE ZAŽÍVACÍHO TRAKTU, DIAGNOSTIKA, LÉČBA A KOMPLIKACE PŘI SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Anatomie je pojata zcela okrajově, zároveň je k ní připojena diagnostika, léčba a cizí předměty, které se nejčastěji polykají.

Může být zvolen konzervativní postup, kdy se začíná dietním režimem, observací a přípravou k operačnímu zákroku, během kterého těleso vyjde ven.

Diagnostika a léčba je vypracována za pomoci konzultace MUDr. Vasilis Jatagandzidis.

### 2.1 ANATOMIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU

Trávicí systém slouží k příjmu potravy, trávení a vstřebávání rozštěpených živin do krve, také má významný vliv na imunitní systém. Nestavitelné zbytky jsou vyloučeny při defekaci.

#### **Dutina ústní (cavum oris)**

Dělí se na přední neboli předsíň a na zadní část neboli vlastní dutinu ústní. Slouží k příjmu a zpracování potravy.

Předsíň dutiny ústní (vestibulum oris) se nachází mezi rty a tvářemi na straně jedné, zubními oblouky a alveolárními výběžky čelistí na straně druhé. Ústí do ní vývod příušní slinné žlázy. Vlastní dutina ústní (cavum oris proprium) hraničí mezi ní a předsíní tvoří zubní oblouky, alveolární výběžky čelistí, kryté dásní. Komunikaci zprostředkovávají štěrbiny mezi jednotlivými zuby a větší otvor trojúhelníkovitého tvaru oboustranně za posledními stoličkami (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Dutinu ústní ohraničují tváře, tvrdé a měkké patro, spodina dutiny ústní. Sliznice se nachází na měkkém patře, spodině jazyka, vnitřní ploše tváří, která obsahuje drobné slinné žlázy.

Komunikuje se zevnějškem štěrbinou ústní, s ústní částí hltanu úžinou hltanovou. Ta je ohraničena měkkým patrem, kořenem jazyka, párovými slizničními oblouky. V prohlubni mezi oběma oblouky se nachází patrová mandle (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

### **Hltan (larynx)**

Dutý orgán, o délce asi 15 cm, předozadně oploštělý. Uložen v oblasti krku před krční páteří. Klenba hltanu naléhá na zevní bázi lebni, je k ní připojena vazivovou membránou. Před hltanem je kraniokaudálně uložena dutina nosní, dutina ústní a hrtan. V přední straně jsou otvory, kterými komunikuje s dutinou nosní, ústní a hrtanovou. Na hltan kaudálně navazuje jícen (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

### **Jícen (oesophagus)**

Jícen je dutý orgán zažívací roury předozadně oploštělý, s hvězdovitým průsvitem, dlouhý cca 25 cm. Kraniálně navazuje na hltan, kaudálně ústí do žaludku. Má tři části, které plynule přecházejí – část krční, hrudní a břišní (JELÍNEK, ZICHÁČEK, 2004).

Jako diagnostická metoda se používá rentgenové vyšetření, gastroscopie, která může být zároveň i léčebnou metodou (VODIČKA, 2014). Mezi další postupy patří rigidní esofagoskopie, kdy se za její pomoci dá cizí těleso vyjmout, pokud to nelze řešit ani tímto způsobem, musí se přistoupit k operačnímu řešení (JATAGANDZIDIS, 2019).

### **Žaludek (ventriculus)**

Nejširší část zažívací trubice, je značně roztažitelná. Délka je cca 25 cm, největší šířka je v místě fundu cca 4-5 cm. Průměrný objem žaludku je 1-1,5 l, maximální kapacita je 2-3 l (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Má tvar předozadně oploštělého vaku. Popisují se dvě ohbí, v nich přechází přední stěna žaludku ve stěnu zadní. Malé ohbí (curvatura minor) pravý kratší konkávní okraj žaludku. Velké ohbí (curvatura major) levý konvexní okraj žaludku třikrát delší než malé ohbí (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Části žaludku:

- Fundus ventriculi = klenba.
- Corpus ventriculi = tělo.
- Pars pylorica = vrátník.

Zde se využívá rentgenového záření a gastrofibroskopie, která patří i mezi léčebné metody (ZEMAN, KRŠKA, 2014). Některá tělesa dlouho zůstávají v žaludku,

někdy uvíznou před kardií. Pokud nepomůže gastrofibroskopie, přistupuje se k výkonu gastrotomie (JATAGANDZIDIS, 2019).

### **Tenké střevo (intestinum tenue)**

Tenké střevo je nejdelší část zažívacího traktu. Je dlouhé 3-5 m a je složeno v kličky. Tenké střevo je složeno z těchto částí:

- Dvanácterník = duodenum.
- Lačník = jejunum.
- Kyčelník = ileum.
- Jejunoileum = je souhrnný název pro jejunum a ileum (JELÍNEK, ZICHÁČEK, 2004).

Dvanácterník neboli duodenum, má tvar podkovy, obkružuje hlavu pankreatu. Má čtyři části:

- Horní část (začíná jako rozšířená ampula).
- Sestupná část.
- Horizontální část.
- Vzestupná část.

Za svého průběhu mění několikrát směr a má tři ohbí, horní (mezi horní a sestupnou částí duodena), dolní (mezi sestupnou a horizontální částí duodena), duodenojejunální (při přechodu duodena v jejunum) (POSPÍŠILOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, 2010).

V duodenu je diagnostika stejná jako u žaludku (gastrofibroskopie), zároveň lze pomocí této metody vyjmout cizí těleso. Pokud nelze tuto metodu použít, provádí se výkon zvaný duodenotomie. Vždy je lepší „vytlačit“ těleso do žaludku nebo do tenkého střeva a odstranit pomocí malého řezu, ať už se jedná o gastrotomii či enterotomii. V některých případech se stává, že se cizí těleso za ileocékální chlopní zastaví (JATAGANDZIDIS, 2019).

### **Tlusté střevo (intestinum crassum)**

Tlusté střevo je konečnou částí zažívací soustavy. Má délku cca 1,2–1,5 m. Ústí je opatřeno chlopní. Konečná část tlustého střeva, tzv. konečník, ústí řitním otvorem navenek (KACHLÍK, 2018) (ZEMAN, KRŠKA, 2014).



Části tlustého střeva:

- Slepé střevo (caecum) a jeho červovitý výběžek (appendix).
- Vzestupný, příčný a sestupný tračník (colon ascendens, transversum, descendens).
- Esovitá klička (colon sigmoideum).
- Konečník (rectum) (KACHLÍK, 2018).

Tlustým střevem většinou cizí těleso bez komplikací projde, pokud uvízne, dá se odstranit za pomoci koloskopie, když nepomůže ani koloskopie, přichází na řadu kolotomie. Poranění konečníku nebývá časté, pokud dojde k poškození a vniknutí cizího tělesa do konečníku řeší se to pomocí rektoskopie (JATAGANDZIDIS, 2019).

U všech částí zažívacího traktu lze vyzkoušet konzervativní postup s pravidelným sledováním pohybu cizího tělesa. Pacienti dostávají stravu s vyšším obsahem vlákniny. Dříve se ve věznicích podávala bramborová kaše se zelím a kousky obinadel, aby se cizí těleso obalilo, nezpůsobilo poranění a vyšlo přirozenou cestou ven, nyní pacienti dostávají pouze čaj či zbytkovou stravu (JATAGANDZIDIS, 2019).

## 2.2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA

U cizího tělesa v zažívacím traktu se při diagnostice a léčbě využívá celá řada způsobů.

### **Rentgenové vyšetření**

Při rentgenovém vyšetření se sleduje posun těles. Používá se při konzervativním postupu léčby. Provádí se nativní snímek nebo za pomoci kontrastní látky.

- Nativní snímek břicha se provádí bez kontrastní látky, a to vleže či ve stoje. Při tomto druhu způsobu rentgenového vyšetření lze odhalit např. zvětšení orgánů, přítomnost cizích těles (KACHLÍK, 2018). Příprava na vyšetření spočívá pouze v lačnění pacienta.
- Kontrastní vyšetření se provádí za účelem zobrazení různých výchlipek, defektů, překážek a také k pozorování peristaltiky střev. Kontrastní látka se buď vypije či se vpraví přímo do místa určení (KACHLÍK, 2018).

## **Gastroskopie**

Jedná se o endoskopické vyšetření zažívacího traktu. K vyšetření či výkonu se používá optický přístroj zvaný endoskop. Tato metoda umožňuje vyšetření přímým pohledem tělní dutiny, duté orgány a orgány uložené v tělních dutinách (NOVOTNÁ et al., 2006). Výhodou gastroskopie je, že je možné odebrat vzorek tkáně, zastavit krvácení či extrakce cizích předmětů.

## **Koloskopie**

Jedná se o vyšetření dolní části zažívacího traktu. Vyšetřuje se konečník, tlusté střevo a koncová část tenkého střeva ústící do tlustého střeva. Provádí se flexibilním endoskopem s kamerovým systémem. Přístroj umožňuje odběry vzorku sliznice, drobné chirurgické zákroky, ale také terapeutické výkony. K dalším možnostem využití patří zástava krvácení (GASTROMEDIC, 2019).

## **Gastrotomie (Duodenotomie)**

Jedná se o otevření žaludku nebo duodena. Tomie neboli řez se obvykle provádí podélně a sutura neboli sešití se provádí napříč, z důvodu aby nedošlo k zúžení průsvitu trávicí trubice. Operační přístup se provádí horní střední laparotomie (VODIČKA, 2014).

## **Enterotomie**

Neboli chirurgický řez, kdy se jedná o otevření lumen tenkého střeva (JELÍNKOVÁ, 2014).

## **Kolotomie**

Jedná se o chirurgickou proceduru, při které dochází k protěti stěny tlustého střeva (JATAGANDZIDIS, 2019).

## **Rektoskopie**

Vyšetřovací metoda, při které se vyšetřuje konečná část trávicí trubice, rektum. K vyšetření se používá rektoskop. Při rektoskopii je možné odebrat vzorek (JELÍNKOVÁ, 2014).

Metody využívané při diagnostice a léčbě cizích těles v GIT jsou invazivní metody, ke kterým se přistupuje, pokud cizí těleso nepostupuje dál v trávicím traktu. To lze zjistit za pomoci rentgenového vyšetření, které se využívá při pravidelných

kontrolách pacienta. Dalším důvodem tohoto invazivního řešení je akutní zanícení v částech zažívacího traktu, nebo pokud je to pod obrazem náhlé příhody břišní. Měla by se odstranit ostrá tělesa, monočlánky, kdy hrozí galvanické poškození sliznice a stěny orgánu. (JATAGANDZIDIS, 2019).

Někdy tělesa zůstávají a to např. při srůstech v dutině břišní, hlavně po předchozích operacích a zánětech, kdy je zúžení fyziologické nebo patologické. Fyziologické zúžení je u kardie, pyloru, Bauhinské chlopně (JATAGANDZIDIS, 2019).

### **Psychoterapie**

Cílem odborné léčby poškozujícího se pacienta je:

- Snížení počtu dalších epizod sebepoškozování.
- Snížení touhy poškodit se.
- Prevence sebevraždy.
- Zlepšení sociálního fungování a zlepšení kvality života.

Tento druh odborné léčby je obtížný, jedná se o dlouhodobý proces, nelze k ní přistupovat krátkodobě. Neexistuje žádná specifická farmakoterapie, přesto vhodně zvolená medikace může zmírnit intenzitu sebepoškozování a podpořit léčbu. Při léčbě psychofarmaky může dojít ke změně chování pacienta, případně až ke změně jeho osobnostní struktury. Při psychoterapeutické léčbě lze využít jak individuální, tak skupinové terapeutické metody. Nejčastěji se jedná o dynamické a kognitivně behaviorální přístupy (MALÁ, 2009). Podstatné je pacientovi pomoci s uvědoměním si a pochopením příčin sebepoškozování, včetně hledání řešení problémů. Podstatnou a neopomenutelnou roli v procesu léčby pacienta je vytvoření bezpečného terapeutického vztahu (BAJCURA et al., 2019).

## **2.3 KOMPLIKACE PŘI SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

Při sebepoškozování může dojít ke komplikacím ohrožujícím život pacienta, v nejhorším případě může dojít až k úmrtí. Osoby, které se nějakým způsobem sebepoškozují, komplikace neočekávají, i přestože jsou zřejmé.

Jednou z komplikací je poranění jícnu a jeho komplikací je perforace. Jedná se o stav, který pacienta ohrožuje na životě. Většinou na tuto komplikaci nasedá další v podobě mediastinitis.

Pokud se těleso nepodaří odstranit či neprojde dál do žaludku, nastává „proležení“ s následnou perforací kardie.

U operací tlustého střeva hrozí více komplikací než u operací tenkého střeva, někdy se dává i dočasná stomie.

Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu mimo tělo. Stomie se provádí při masivním porušení střeva, kdy lékaři volí buď dočasnou či trvalou stomii. Stomie má tři základní druhy, kolostomie, ileostomie a urostomie. Jde o dočasné či trvalé chirurgické řešení. (CONVATEC, 2009).

Mezi další komplikace lze zařadit již zmíněnou perforaci, krvácení, ale také vznik obstrukce u ileu.

### **3 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTY, KTERÍ SE SEBEPOŠKOZUJÍ**

#### **CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ VĚZEŇSKÉ NEMOCNICE**

Práce na všeobecné chirurgii ve vězeňské nemocnici není vůbec snadná, je náročná nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické. Ve velké míře se zde všeobecná sestra stává terčem slovních útoků ze strany pacientů, kteří jsou často z řad drogově závislých. Jednou z věcí, která je k výkonu tohoto povolání potřebná, je všeobecná znalost chirurgie. Jedná se o jedinou chirurgii v celé České republice pro vězněné osoby a tím pádem se zaměřujeme na všechny chirurgické obory, např. hrudní chirurgie, ORL, oční, urologie, gynekologie, stomatochirurgie. Jedná se tedy o všeobecnou chirurgii, kde se řeší akutní výkony, prováděné stálým týmem chirurgů, nebo se zde provádí plánované výkony, které dochází operovat specialisté v daném oboru. Vzhledem k výše uvedenému je zřejmé, že jsou zde kladeny vysoké nároky na zdravotnický personál, který se musí umět orientovat v daných problematikách a zvládat péči o pacienty ve specifických podmínkách. Pokud nelze operaci, či vyšetření provést v nemocnici jsou pacienti transportováni do civilních zařízení, ve kterých je proveden zákrok či vyšetření a ihned po výkonu se pacienti vrací zpět na pokoj s intermediální péčí vězeňské nemocnice, kde jim zdravotnický personál zajišťuje stejnou péči, jakou by měli na jednotkách intenzivní péče v běžných zdravotnických zařízeních.

Práce všeobecných sester na chirurgickém oddělení je velice náročná, pracuje se na směnný provoz ve dvou oddělených částech (septická a aseptická chirurgie). Při nočních službách všeobecná sestra z chirurgického oddělení zajišťuje chirurgickou ambulanci, kam dochází pacienti při potížích a kde se také provádí příjem na vybrané oddělení. Pokud pacient nepotřebuje chirurgickou léčbu, je poslán na lékařskou službu první pomoci, kde je k dispozici anesteziologický lékař a ten pacienta posílá na interní oddělení.

Vězeňská nemocnice je tzv. „uzavřená“, to znamená, že vše je uzamčené i pokoje. Všeobecná sestra na oddělení má k sobě přiděleného tzv. „velitele“ (člen vězeňské služby), který jí otevírá cely a dohlíží, aby nedošlo k napadení zdravotnického personálu. Z toho důvodu všeobecná sestra nemá ani klíče od pokojů (cel). Dalším specifikem je, že jsou na pomocné sanitářské práce využíváni odsouzení, kteří absolvovali

ošetřovatelský kurz. Zdravotnický personál má přísný zákaz chodit někde s pacienty bez doprovodu velitele. Tím se rozumí, že všeobecná sestra nemůže pacienta vézt na sál bez „předvaděče“, vždy si musí zajistit doprovod. Na pokojích je přísný zákaz kouření a není zde televize, což je v některých případech velkým problémem a zároveň zdrojem konfliktů.

Pokud dojde k tomu, že je pacient agresivní vůči sobě, svému okolí či hrozí další sebepoškození, je možné pacienta umístit na kamerové cely, tzv. „díra“, jak tomu říkají vězni či „zlobilka“, jak tomu říká zdravotnický personál. Jde o pokoj s betonovým lůžkem a betonovým záchodem. Veškeré zařízení pokoje zde musí být upevněné. Na oknech jsou přidělané mříže zevnitř i zvenku. V tomto pokoji je možné přikurtování pacienta k betonovému lůžku, na kterém jsou připravena oka k uchycení. Pomocí kamery velitel kontroluje, co pacient dělá a zda se s ním nic neděje. Manipulace a jednání s agresivním pacientem podléhá přísným pravidlům. O všech těchto opatřeních se vedou podrobné záznamy, jak na straně sester, které se řídí ošetřovatelským standardem, tak na straně věznic, dle jejich vnitřních předpisů.

Dalším specifikem je LSPP, kterou zajišťuje personál nemocnice. Slouží zde lékař s všeobecnou sestrou, která je nejčastěji z interního či chirurgického oddělení. Všeobecné sestry rozdávají léky po celé věznici a výjimkou není ani podávání Methadonu.

Počet hospitalizovaných pacientů za rok 2017 v nemocnici v Brně a Praze byl přibližně 2 500. V Praze jich bylo hospitalizovaných okolo 1 500, z důvodu sebepoškození bylo hospitalizováno zhruba 350 pacientů. Dle statistik bylo ve věznicích provedeno necelých 500 000 vyšetření a ošetření.

Oddělení chirurgie má o polovinu více pacientů než interní oddělení. Informace, které pacienti podávají zdravotnickému personálu, nelze považovat za plně validní a pokud je to možné, jsou vždy ověřovány.

## **SPECIFIKA PÉČE**

Práce s pacienty, kteří se sebepoškozuji, sebou nese určitá specifika. Tato specifika lze shrnout do několika zásad, které je třeba při práci s těmito pacienty dodržovat. Je třeba mít na paměti, že péče o tyto pacienty je o to specifičtější z důvodu pobytu těchto pacientů ve vězení. To znamená, že k sebepoškození nemusí dojít pouze

kvůli uvolnění z důvodu psychické zátěže či nemoci, ale i z důvodu dosažení požadovaného cíle.

#### **Obecné zásady při jednání s pacientem:**

- Postupovat citlivě, být trpělivý, nespíchat.
- Ujistit pacienta, že věříme tomu, co říká (pokud je možnost vždy si informace ověřit).
- Poskytnout pacientovi dostatek času.
- Vnímat pacientovi potřeby.
- Projevit zájem.
- Nabídnout možnosti řešení.
- Zajistit bezpečnost (odstranit veškeré předměty, které by mohly být použity k sebepoškození).
- Orientovat se na budoucnost.
- Pravidelná péče v rámci léčby.

#### **Chyby při jednání s pacientem:**

- Litování a utěšování pacienta.
- Vyčítání pacientova chování.
- Plané sliby.
- Spěch, neklid a hektičnost pracovníků.
- Používání cizích slov.

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CIZÍM TĚLESEM V GIT

Ošetrovatelský proces popisuje případ u pacienta s cizím tělesem v GIT. Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení diktace platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: Muž
Rok narození: 1966	Věk: 53let
Vzdělání: základní	Adresa trvalého bydliště: Městský úřad
Stav: svobodný	Číslo pojišťovny: 211
Státní příslušnost: Česká	Zaměstnání: nepracující, ve výkonu trestu
Datum přijetí: 23. 11. 2018	Oddělení: chirurgie

### Důvod přijetí udávaný pacientem:

- Pacient udává bolesti břicha, nevolnost a zvracení.

### Medicínská diagnóza hlavní:

- Jiné určité nemoci trávicí soustavy.

### Medicínské diagnózy vedlejší:

- Hepatitida B, C chronická.
- Toxikomania.
- St.p. cholecystectomy.
- St.p. automutilation recidiva.
- Cizí těleso v jícnu.
- Bolest břicha.

### Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení do vězeňské nemocnice dne 23. 11. 2018 ve 23:45 hodin, pro údajné náhlé vzniklé bolesti v hypogastriu kolikovitého charakteru a údajné zvracení. Vzhledem ke klinickému nálezu byl přijat k observaci.



Pacient byl již několikrát hospitalizován z důvodu sebepoškození, spolknul kovová držadla přístroje. Při poslední hospitalizaci bylo pacientovi nabízeno chirurgické řešení, které odmítl a podepsal negativní revers.

Pacient trpí častými změnami nálad, je velice impulzivní a agresivní, nejen vůči sobě, ale také vůči personálu věznice i vězeňské nemocnice. Vzhledem k impulzivnímu chování byl vyšetřován psychiatrem a byla mu nasazena příslušná medikace.

Nyní pacient udává bolesti břicha nauzeu a zvracení.

#### **Informační zdroje:**

- Rozhovor s pacientem, lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský personál.

#### **ANAMNÉZA**

##### **Rodinná anamnéza:**

- Nevýznamná.

##### **Osobní anamnéza:**

- Dětské infekční nemoci: běžná dětská onemocnění.
- Překonaná a chronická onemocnění: těžší porucha osobnosti s recidivujícími závažnými autoagresemi, Hepatitida B, C, hypothyreóza, epilepsie z toxikomanie – bez medikace.
- Hospitalizace a operace: cholecystektomie, opakované extrakce kovových předmětů z jícnu a žaludku.
- Úrazy: úmyslné pořezání obou předloktí.

##### **Transfúze:**

- Podány během operačního výkonu.

##### **Očkování:**

- Pouze povinná očkování.

##### **Farmakologická anamnéza:**

- Chronická medikace užívaná pacientem je uvedena v tabulce 1.

Tabulka 1 Chronická medikace užívaná pacientem při přijetí

Název léku	Léková forma	Síla	Dávkování	Skupina
Rivotril	p.o.	0,5 mg	2-0-2	Antiepileptikum
Questax	p.o.	200 mg	0-0-1	Antipsychotikum
Rabakir	p.o.	150 mg	1-0-1	Antiepileptikum
Euthyrox	p.o.	100 uq	1-0-0	Hormon štítné žlázy

Zdroj: vlastní

#### **Alergologická anamnéza:**

- Léky: Penicilin.
- Reakce: otoky, dušnost.

#### **Abúzus:**

- Kouření: asi 90 cigaret denně.
- Alkohol: toho času k němu nemá přístup, dříve občas pivo.
- Káva: 5 šáleků denně.
- Léky: Rivotril, Tramal.
- Drogy: Pervitin, Heroin.

#### **Urologická anamnéza:**

- Nedochází na pravidelné kontroly a samovyšetření varlat neprovádí.

#### **Sociální anamnéza:**

- Stav: svobodný.
- Bytové podmínky: trvalý pobyt nahlášen na městském úřadě, nyní ve výkonu trestu.
- Vztahy: bez kontaktu s rodinou, pouze kamarádka.

**Pracovní anamnéza:**

- Vzdělání: základní.
- Zaměstnání: nepracující, nyní ve výkonu trestu.

**Spirituální anamnéza:**

- Religiózní praktiky: bez vyznání.

**Informační zdroje:**

- Rozhovor s pacientem, lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský personál.

**STAV PŘI PŘIJETÍ**

Dne 23. 11. 2018 ve 23:45 hodin byl pacient přijat na chirurgické oddělení vězeňské nemocnice, při příjmu pacienta byly zjištěny údaje, které uvádí tabulka 2.

Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu pacienta dne 23. 11. 2018

<b>TK</b> (tlak krevní)	144/99	<b>Výška</b>	178 cm
<b>TF</b> (P)	97'	<b>Hmotnost</b>	68 kg
<b>D</b> (dýchání)	16/min	<b>BMI</b> (Body Mass Index)	22
<b>TT</b> (tělesná teplota)	36,5 °C	<b>Pohyblivost</b>	Bez omezení
<b>Stav vědomí</b>	Při vědomí	<b>Orientace místem, časem, osobou</b>	Orientován
<b>Řeč, jazyk</b>	Bez omezení, mluví plynule	<b>Krevní skupina</b>	0 negativní

Zdroj: vlastní

## **FYZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

### **Hlava a krk**

Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá, bez známek poranění. Bulvy ve středním postavení, hybné všemi směry, zornice izokorické, reagují na osvit, spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez sekrece a deformací, slyší dobře. Jazyk plazí středem, sušší, problémy s polykáním nemá. Krk souměrný, uzliny nezvětšeny, náplň krčních žil v normě.

### **Hrudník a dýchací systém**

Hrudník souměrný bez deformit. Dýchání pravidelné, čisté, bez pískotů a vrzotů, počet dechů 16/min.

### **Srdce a cévní systém**

Srdeční akce pravidelná, pulz hmatný, frekvence 97/min. Krevní tlak 144/99. Dolní končetiny bez otoků a známek zánětu.

### **Břicho a GIT**

Břicho v hypogastriu bolestivé kolikovitěho charakteru. Pacient udává bolest břicha na škále VAS 7-8. Zaujímá úlevovou polohu, kterou často mění. Peristaltika lehce slyšitelná. Chuť k jídlu snižená. Pacientovi dne 24. 11. 2018 byl proveden operační výkon a byly založeny dvě terminální ileostomie.

### **Vylučovací a pohlavní systém**

Moč je tmavší barvy bez makroskopických známek hematurie. Ledviny palpačně nebolestivé, genitál bez patologických změn. Dne 24. 11. 2018 byl na operačním sále zaveden permanentní močový katétr, bez známek zánětu.

### **Pohybový aparát**

Aktivní hybnost všech končetin všemi směry. Hybnost krční páteře v normě, končetiny bez tvarových deformit. Je plně soběstačný. Klouby bez bolesti.

### **Nervový systém**

Pacient orientován místem, časem, osobou. Při příjmu na oddělení spolupracoval. Slyší dobře, čich, chuť, hmat bez patologie, vidí dobře. Zornice izokorické reagují na osvit, oční bulvy hybné všemi směry.

## **Endokrinní systém**

Pacient se dlouhodobě léčí s hypothyreózou.

## **Imunitní systém**

Lymfatické uzliny nezvětšeny, tělesná teplota 36,5 °C. Zjištěna alergie na Penicilin.

## **Kůže a její adnexa**

Kůže bledšího zbarvení. Pacient je potetovaný, jizvy staršího data. Kožní turgor odpovídá věku a stavu pacienta. Bez chybění části těla. Dne 24. 11. 2018 byl u pacienta proveden operační výkon, kdy operační rána byla kryta sterilním krytím.

## **Invazivní vstupy**

Pacientovi byl dne 24. 11. 2018 zaveden centrální žilní katétr.

## **Vývody/cévky**

Pacientovi byl dne 24. 11. 2018 zaveden permanentní močový katétr a byly založeny dvě terminální ileostomie.

## **4.1 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT**

Dne 24. 11. 2018 byla u pacienta ordinována a provedena následná vyšetření.

### **Ordinovaná vyšetření:**

- CT břicha a malé pánve.
- Laboratoř – krevní obraz, biochemie, koagulace.
- RTG S+P, kontrolní RTG po zavedení CŽK.
- EKG.
- Interní předoperační vyšetření.
- ARO konzilium.

### **Výsledky:**

- Závěr CT vyšetření: cizí kovové těleso v tenké kličce v oblasti přechodu jejunu a ilea se suspektní perforací GIT.
- RTG S+P: pleurální prostory bez patologické náplně.
- RTG po zavedení CŽK: CŽK v HDŽ zaveden zprava.

Výsledky laboratorního vyšetření provedeného 24. listopadu 2018 jsou uvedeny v příloze A, B a C. Zde jsou uvedeny pouze patologické hodnoty.

V biochemickém vyšetření jsou patologické hodnoty:

- Zvýšené AST, GGT, APL a CRP.

V krevním obrazu jsou patologické hodnoty:

- Zvýšené Leukocyty a mírně snížený Hemoglobin.

V koagulačním vyšetření jsou patologické hodnoty:

- Snížené INR a zvýšené APTT.

**Konzervativní léčba:**

- Ano.

**Dieta:**

- Nic per os.

**Pohybový režim:**

- Relativní klid.

Léky podávané při hospitalizaci pacienta jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3 Podávané léky při hospitalizaci 24. 11. 2019 po operaci

Název léku	Síla	Léková forma	Dávkování		Skupina
Rabakir	150 mg	p.o.	1-0-1	Nyní ex	Antiepileptikum
Questax	200 mg	p.o.	0-0-1	Nyní ex	Antipsychotikum
Rivotril	0,5 mg	p.o.	2-0-2	Nyní ex	Antiepileptikum
Euthyrox	100 uq	p.o.	1-0-0		Hormon štítné žlázy
Helicid	40 mg	i.v.	1-0-1		Inhibitory protonové pumpy
Meronem	1 g	i.v.	6-14-22		Antibiotikum
Torecan	6,5 mg	p.o.	1-1-1		Deriváty thyethylperazin
Plasmalyte + 5% Glukóza		i.v.	Kontinuálně rychlostí 200ml/h		Elektrolyty se sacharidy
Dipidolor	15 mg	i.m.	1-1-1		Opiáty
Novalgin	5 ml	i.v.	6-14-22		Pyrazolamy
Kanavit	1 amp	i.v.	jednorázově		Vitamín K

Zdroj: vlastní

### Chirurgická léčba:

Dne 24. listopadu 2018 byla u pacienta provedena operace v celkové anestézii. Byla provedena revize dutiny břišní z důvodu perforace střeva cizím tělesem (lžíce). Nejdříve byla provedena appendektomie s následnou resekci zánětlivě změněného úseku střeva. Dále bylo provedeno odsátí kliček tenkého střeva a založení dvou terminálních ileostomií.

## **4.2 POSOUZENÍ PACIENTA DLE DOMÉN NANDA INTERNATIONAL TAXONOMIE II**

### **Podpora zdraví:**

Pacient kouří asi 90 cigaret denně, k alkoholu v současné době nemá přístup, dříve občas pivo, denně vypije asi 5 šálek kávy. Užívá Rivotril, Tramal, dříve Pervitin a Heroin. Vzhledem k výrazné poruše osobnosti má posunuté vnímání zdraví. V anamnéze opakované automutilace s následným odmítáním léčby.

Ošetrovatelský problém: 0.

Měřicí techniky: 0.

### **Výživa:**

Stav výživy a hydratace přiměřený. Nyní bolesti břicha – pacient nepřijímá potravu. Během posledního roku nebyl úbytek na váze.

Váha: 68 kg, Výška: 178 cm, BMI: 22.

Ošetrovatelský problém: 0.

Měřicí techniky: BMI, hodnocení nutričního stavu.

### **Vylučování a výměna:**

Pacient plně kontinentní, moč tmavší barvy bez makroskopických známek hematurie, dne 24. 11. 2018 mu byl zaveden permanentní močový katétr. Stolice pravidelná bez patologických příměsí. Pocení v normě.

Ošetrovatelský problém: Zavedený PMK.

Měřicí techniky: 0.

### **Aktivita – odpočinek:**

Pacient má nevyrovnanou aktivitu během dne, neklid, úzkosti, verbální až fyzickou agresivitu.

Ošetrovatelský problém: Neklid, úzkost.

Měřicí techniky: 0.



**Percepce/kognice:**

Pacient má zhoršené kognitivní funkce, poruchu pozornosti. Orientován, výrazné proměny nálad, z toho nasedající porucha komunikace. Snaha na sebe strhnout pozornost. V testu kognitivních funkcí pacient získal 22 bodů z 30. Hodnocení testu je lehká kognitivní porucha.

Ošetrovatelský problém: Porucha komunikace, noncompliance.

Měřicí techniky: Test kognitivních funkcí (MMSE).

**Sebepercepce:**

Pacient má poruchu sebepojetí, sebeúcty, má narušený obraz těla. Časté sebepoškozování.

Ošetrovatelský problém: sebepoškozování.

Měřicí techniky: 0.

**Vztahy mezi rolemi:**

Pacient není schopen navázat trvalý vztah. Neuspokojivé rodinné vztahy, má pouze kamarádku. U pacienta je sociální izolace.

Ošetrovatelský problém: Neuspokojivé rodinné vztahy, sociální izolace.

Měřicí techniky: 0.

**Sexualita:**

Pacient je heterosexuál. Vzhledem k prostředí nelze navázat heterosexuální vztah.

Ošetrovatelský problém: Neuspokojená fyziologická potřeba organismu.

Měřicí techniky: 0.

**Zvládání/tolerance zátěže:**

U pacienta se vyskytuje porucha adaptace, špatné zvládání stresových situací. Pacient je agresivní slovně i fyzicky, sebepoškozuje se. V minulosti drogová závislost.

Ošetrovatelský problém: Porucha adaptace, sebepoškozování.

Měřicí techniky: 0.

### **Životní principy:**

Pacient má výrazně narušený systém životních hodnot. Je ateista.

Ošetrovatelský problém: 0.

Měřicí techniky: 0.

### **Bezpečnost/ochrana:**

Pacient je násilný vůči sobě i okolí v reakci na stres. Pacientovi dne 24. 11. 2018 byl zaveden centrální žilní katétr a permanentní močový katétr. Dne 24. 11. 2018 byl u pacienta proveden operační výkon, kdy operační rána byla kryta sterilním krytím.

Ošetrovatelský problém: Násilí vůči sobě a okolí, zavedený CŽK a PMK, operační rána.

Měřicí techniky: 0.

### **Komfort:**

Pacient udává bolesti břicha. Dle škály VAS pacient udává bolest 7-8. Tělesný a sociální komfort výrazně omezen prostředím, ve kterém se pacient nachází. Jsou zde přísná režimová opatření. Zde je omezení tělesného komfortu a sociální izolace.

Ošetrovatelský problém: Bolest, sociální izolace, zhoršený komfort.

Měřicí techniky: vizuální analogová škála (VAS).

### **Růst/vývoj:**

Během vývoje u pacienta nedošlo k odchýlení od normálu.

Ošetrovatelský problém: 0.

Měřicí techniky: 0.

## **4.3 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 24. LISTOPADU 2018**

Pacient byl přijat na chirurgické oddělení vězeňské nemocnice pro bolesti břicha, nauzeu a zvracení, dne 23. listopadu 2018 ve 23:45 hodin. Již několikrát byl hospitalizovaný z důvodu sebepoškození. Při poslední hospitalizaci pacient odmítl léčbu a podepsal negativní reverz. Pacient trpí častými změnami nálad, je velice impulzivní a agresivní, nejen vůči sobě, ale také vůči personálu věznice i vězeňské nemocnice.

Následující den byla pacientovi dle ordinace odebrána krev na biochemii, krevní obraz a koagulace. Dále bylo ordinováno CT vyšetření, které v tento den i proběhlo. Následně byl pacient informován o zdravotním stavu a indikován k operačnímu výkonu, poučen o všech možnostech řešení včetně stomie. U pacienta byla provedena předoperační příprava s interním konziliem, RTG S+P a objednány dvě erymasy do rezervy, kdy internista shledal, že pacient je schopen výkonu v celkové anestezii. Před výkonem dle ordinace lékaře byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c., dále byla podána empiricky antibiotika Augmentin 1,2 g i.v., Metronidazol 500 mg i.v., která byla poslána s pacientem na operační sál. Pacientovi byli zabandážovány dolní končetiny a byl odvezen na operační sál. Na operačním sále byl pacientovi zaveden centrální žilní katétr, vzhledem k toxikománii, s následnou RTG kontrolou. Na operačním sále byl také zaveden permanentní močový katétr. Operační výkon byl proveden jako revize dutiny břišní pro perforaci ilea s cizím tělesem. Byla provedena appendektomie, následně resekce úseku střeva a zavedena dvojitá ileostomie. PO výkonu byla operační rána kryta sterilním krytím.

Po výkonu byl pacient uložen na RES, než odezní anestezie, kde byla prováděna pravidelná monitorace fyziologických funkcí, sledoval se příjem a výdej pacienta, kontrola stomií, vše dle ordinace lékaře. Pacientovi byl intravenózně podáván Plasmalyte s 5% Glukózou kontinuálně rychlostí 200 ml/h, dále pacient dostával intravenózně Kanavit jednu ampuli a antibiotika Meronem 1 g. Pro bolestivost, kterou pacient udával na škále VAS 7-8, byl ordinován Dipidolor 15 mg i.m. třikrát denně při VAS 7-10, Novalgín 5 ml i.v. v mezidobí. Na druhý den byly ordinovány kontrolní odběry na biochemické vyšetření, krevní obraz, koagulace a blok hepatitid.

#### **4.4 DIAGNÓZY ZAMĚŘENÉ NA PROBLÉM**

Ošetrovatelské diagnózy stanovené dne 24. 11. 2018, jsou uspořádány podle priorit a vytvořeny pomocí NANDA INTERNATIONAL (HERDMAN et al., 2015). U pacienta bylo zpracováno celkem deset diagnóz. Jsou rozpracovány pouze vybrané ošetrovatelské diagnózy, navržen a realizován plán ošetrovatelské péče s následným vyhodnocením. Realizace byla prováděna po dobu dvou dnů, ve spolupráci s ošetrovatelským personálem.

### **Aktuální diagnózy:**

Akutní bolest 00132

Narušená integrita tkáně 00044

Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00246

Riziko infekce 00004

Labilní ovládnání emocí 00251

Neefektivní kontrola impulzů 00222

Noncompliance 00079

Sebepoškozování 00151

Narušená osobní identita 00121

Zhoršený komfort 00214

#### **4.4.1 AKUTNÍ BOLEST**

**Název a kód:** Akutní bolest 00132.

**Doména:** 12. Komfort.

**Třída:** 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 (HERDMAN et al., 2015, s. 404).*

**Určující znaky:** Výraz bolesti v obličeji, vyhledávání antalgické polohy.

**Související faktory:** Fyzikální původci zranění – cizí těleso.

**Cíl krátkodobý:** U pacienta dojde ke snížení bolesti ze stupně 7-8 na stupeň 4 do 24 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** Při propuštění z nemocnice bude pacient bez bolestí.

**Priorita:** Vysoká.

**Očekávaný výsledek:**

U pacienta dojde ke snížení bolesti ze stupně 7-8 na stupeň 4 do 24 hodin.

Při propuštění bude pacient bez bolestí.

**Plán intervencí:**

1. Od pacienta zjistí lokalizaci, charakter, intenzitu a trvání bolesti, všeobecná sestra, do 2 hodin.
2. Informuj pacienta o úlevové poloze, prevenci bolesti (kompresie rány při otáčení, vstávání, změně polohy) a o chlazení rány, všeobecná sestra, do 3 hodin.
3. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý den.
4. Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, do 30 minut od podání, vždy.
5. Sleduj fyziologické funkce pacienta, všeobecná sestra, každé 4 hodiny.
6. Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta a odváděj jeho pozornost, všeobecná sestra, po celý den.
7. Při jakékoli změně stavu pacienta informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned.
8. Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, každý den.

**Realizace 24. 11. 2018:**

První den realizace byl zjišťován charakter, intenzita, lokalizace a trvání bolesti, formou rozhovoru s pacientem a jeho pozorováním. Během navazování kontaktu bylo s pacientem jednáno s respektem a s trpělivostí. Pacient ze začátku rozhovoru odpovídal jednoslovně, neochotně a chvílemi byl hrubý. Často své odpovědi měnil. Pacient byl informován o možnostech úlevové polohy, prevenci bolesti a o chlazení rány. Dále byla pacientovi podávána medikace dle ordinace lékaře. Následně probíhalo sledování účinků podané medikace a pravidelná kontrola fyziologických funkcí. Veškeré informace se zaznamenávaly do zdravotnické dokumentace. Po podání analgetické terapie a informovanosti o úlevové poloze, se pacientův stav zlepšil.

**Realizace 25. 11. 2018:**

Druhý den realizace byla komunikace s pacientem výrazně lepší, odpovídal celými větami a nechoval se vulgárně. Bolest u pacienta byla mírnější než předchozí den,

dle VAS byla snížena ze stupně 7-8 na stupeň 4. Nadále se podávala analgetika dle ordinace lékaře. Kontroloval se účinek podávané medikace a fyziologické funkce pacienta. Veškeré informace byly zapsány do zdravotnické dokumentace.

#### **Hodnocení 25. 11. 2018:**

Hodnocení proběhlo již druhý den realizace. Kdy krátkodobý cíl byl splněn, pacientovi bolesti byly zmírněny ze stupně 7-8 na stupeň 4 dle VAS. Dlouhodobý cíl nebyl splněn z důvodu hodnocení ošetrovatelské péče před ukončením hospitalizace pacienta.

Ošetrovatelské intervence, které i nadále pokračují, č. 3., 4., 5., 6., 7. a 8. U pacienta je nutné i nadále sledovat jeho psychický stav, projevy bolesti a fyziologické funkce.

#### **4.4.2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

**Název a kód:** Sebepoškozování 00151.

**Doména:** 11. Bezpečnost/ochrana.

**Třída:** 3. Násilí.

**Definice:** *Úmyslné sebepoškozující chování způsobující poškození tkáně se záměrem způsobit si zranění, které nekončí smrtí, pro úlevu od napětí* (HERDMAN et al., 2015, s. 377).

**Určující znaky:** Řezné rány na těle pacienta, spolknutí cizích těles.

**Související faktory:** násilí vůči sobě v anamnéze, život v netradičním prostředí, abúzus látek.

**Cíl krátkodobý:** U pacienta nedojde k poranění operační rány do 24 hodin.

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nebude záznam o projevech sebepoškozování do konce hospitalizace.

**Priorita:** Střední.

#### **Očekávaný výsledek:**

Pacient si nezpůsobí žádná zranění do 24 hodin.

U pacienta nedojde k pořezání a spolknutí cizích těles během hospitalizace.

### **Plán intervencí:**

1. Zajisti, aby pacient nebyl sám na pokoji či byl pod stálým dohledem (kamera), všeobecná sestra, ošetrovatelský tým, vždy.
2. Prováděj pravidelné kontroly pacienta, všeobecná sestra, po celý den.
3. Zvyš informovanost o zdravotním stavu pacienta a edukuj ho o možných komplikacích, všeobecná sestra, do 2 hodin.
4. Odstraň veškeré předměty, které by mohly být použity k sebepoškozování, všeobecná sestra, ihned.
5. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý den.
6. Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, každý den.
7. Věnuj pozornost psychickému stavu pacienta a odváděj jeho pozornost, všeobecná sestra, po celý den.
8. Zaznamenávej vše do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, každý den.
9. Při jakékoli změně stavu pacienta informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned.
10. Zajisti psychoterapeutický rozhovor pro pacienta, všeobecná sestra, první den.

### **Realizace 24. 11. 2018:**

První den realizace bylo zajištěno pacientovo bezpečí. PO stabilizaci stavu byl uložen na bezpečnostní celu se stálým kamerovým dohledem. Po celý den byly prováděny pravidelné kontroly. Pacientovi byly odstraněny veškeré předměty, které by mohly být použity k dalšímu sebepoškození. U pacienta byla provedena edukace o možných komplikacích při dalším sebepoškození, o zdravotním stavu pacienta. Vše v rámci kompetencí všeobecné sestry. Pacientovi se podávala medikace dle ordinace lékaře, byla zajištěna konzultace s psychiatrem a upravila se dosavadní chronická medikace. Její účinky byly pravidelně sledovány. Veškeré poznatky a veškerá podaná medikace byla zapsána do zdravotnické dokumentace. Zdravotnický personál byl poučen ohledně komunikace s pacientem a o pravidelných kontrolách.

### **Realizace 25. 11. 2018:**

Druhý den realizace byl z bezpečnostních důvodů preventivně kontrolován pokoj, na kterém byl pacient umístěn. Dále se podávala medikace dle ordinace lékaře a následně se sledoval účinek podané medikace. Pomocí kamery a pravidelných kontrol se sledoval

psychický stav pacienta a odváděla se pozornost od pocitů vedoucích k sebepoškození (časopisy, křížovky). Veškeré informace o pacientovi byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

#### **Hodnocení 25. 11. 2018:**

Při hodnocení ošetrovatelské péče byl krátkodobý cíl splněn. Z důvodu hodnocení ošetrovatelské péče před ukončením hospitalizace byl dlouhodobý cíl splněn z části. Intervence, které přetrvávají, č. 2., 5., 6., 7., 8., 9. Nutná další bezpečnostní opatření, pravidelné kontroly psychiatrem.

#### **4.4.3 NONCOMPLIANCE**

**Název a kód:** Noncompliance 00079.

**Doména:** 1. Podpora zdraví.

**Třída:** 2. Management zdraví.

**Definice:** *Chování osoby a/nebo pečovatele, které neodpovídá plánu podporujícímu zdraví či léčebnému plánu odsouhlasenému danou osobou (rodinou nebo komunitou) a zdravotnickým pracovníkem. V případě existence odsouhlaseného plánu podporujícího zdraví či léčebného plánu je chování osoby nebo pečovatele plně nebo částečně v nesouladu a může vést ke klinicky neefektivním nebo částečně neefektivním výsledkům (HERDMAN et al., 2015, s. 129).*

**Určující znaky:** Nedodržování návštěv lékaře, chování svědčící o nedodržování léčebného plánu.

**Související faktory:** Nedostatečné sociální podpora.

**Cíl krátkodobý:** Pacient respektuje doporučení zdravotnického personálu do 2 dnů.

**Cíl dlouhodobý:** Dojde k navázání dlouhodobé spolupráce s pacientem, pacient bude dodržovat léčebný režim do 5 dnů.

**Očekávaný výsledek:** Dojde ke zlepšení spolupráce do 2 dnů.

Pacient bude užívat medikaci dle ordinace lékaře a nepodepíše negativní reverz do 5 dnů.

**Priorita:** Střední.



### **Plán intervencí:**

1. Komunikuj s pacientem o jeho problémech a najdi společnou cestu, všeobecná sestra, do 24 hodin.
2. Motivuj pacienta k uzdravení, všeobecná sestra, vždy.
3. Zajisti psychoterapeutický rozhovor, všeobecná sestra, první den.
4. Edukuj pacienta o možných komplikacích při nedodržování léčebného režimu, všeobecná sestra, do 2 hodin.
5. Informuj pacienta o důležitosti pravidelných kontrol, všeobecná sestra, do 5 hodin.
6. Informuj pacienta o zdravotním stavu, všeobecná sestra, do 2 hodin.
7. Pomoz pacientovi s uvědoměním si a pochopením příčin sebepoškození, všeobecná sestra, do 24 hodin.
8. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, všeobecná sestra, každý den.
9. Sleduj účinky podané medikace, všeobecná sestra, každý den.
10. Veškeré informace zaznamenávej do zdravotnické dokumentace, všeobecná sestra, každý den.
11. Při jakékoli změně stavu pacienta informuj lékaře, všeobecná sestra, ihned.

### **Realizace 24. 11. 2018:**

První den realizace byl pacientovi zajištěn psychoterapeutický rozhovor. Dále byl pacient informován o zdravotním stavu v rámci kompetencí a edukován o možných komplikacích při nedodržování léčebného režimu, také snaha o motivaci pacienta k uzdravení. Pacientovi byla sdělena důležitost pravidelných kontrol. Vzhledem k množství sdělených informací byl pacientovi poskytnut čas na utřídění myšlenek. Mezitím byla podávána medikace dle ordinace lékaře a sledován její účinek. Veškeré informace byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

### **Realizace 25. 11. 2018:**

Následující den, byl pacient klidnější při komunikaci s personálem. Proto až druhý den byl proveden pokus o uvědomění si a pochopení příčin sebepoškození. Ze začátku byl pacient zdrženlivý, po poskytnutí času se pacient rozpovídal o jeho problémech. Byla mu poskytnuta možnost spolupráce s dalšími pracovníky v rámci vězeňské služby. Podávala se medikace dle ordinace lékaře, sledovali se účinky podané medikace. Veškeré informace byly zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

### **Hodnocení 25. 11. 2018:**

Hodnocení péče bylo provedeno již druhý den, kdy ze strany pacienta došlo ke zlepšení spolupráce, pravidelně užíval medikaci dle ordinace lékaře a po dobu realizace nedošlo k podepsání negativního reverzu. Krátkodobý cíl byl splněn, zatímco dlouhodobý cíl byl splněn jen z části, z důvodu hodnocení ošetřovatelské péče již druhý den. Nadále je však nutná spolupráce s pacientem, snaha ho resocializaci ze strany vězeňské služby a dodržení pravidelných kontrol ze strany pacienta. Intervence, které přetrvávají č. 2., 8., 9., 10. a 11.

### **4.5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 25. 11. 2018**

Ošetřovatelský proces byl vykonán u pacienta hospitalizovaného na chirurgickém oddělení vězeňské nemocnice. Pacient byl přijat pro bolesti břicha, nauzeu a zvracení. Při příjmu byl pacient orientován místem, časem, osobou a spolupracoval.

Na základě zjištěných informací ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s pacientem, ze sledování celkového stavu a informací od ošetřovatelského personálu byly sestaveny pacientovi individuální problémy. U vybraných problémů byly stanoveny krátkodobé a dlouhodobé cíle, očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence. Realizace proběhla na základě ošetřovatelských intervencí. Již druhý den proběhlo hodnocení ošetřovatelské péče.

Stanovené ošetřovatelské problémy byly akutní bolest, narušená integrita tkáně, riziko infekce, riziko prodloužení pooperačního zotavení, sebepoškozování, noncompliance, neefektivní kontrola impulzů, labilní ovládání emocí, narušená osobní identita a zhoršený komfort.

Zpracovány byly pouze vybrané ošetřovatelské diagnózy, akutní bolest, z důvodu priority pro pacienta, další diagnózou bylo noncompliance a sebepoškozování z důvodu vztahující se k tématu bakalářské práce.

Veškeré stanovené krátkodobé cíle byly splněny. Dlouhodobé cíle byly splněny pouze z části z důvodu hodnocení ošetřovatelské péče již druhý den. U diagnózy akutní bolest přetrvávají intervence č. 3., 4., 5., 6., 7. a 8., u diagnózy sebepoškozování přetrvávají intervence č. 2., 5., 6., 7., 8., 9. a u diagnózy noncompliance intervence č. 2., 8., 9., 10. a 11.

Pacientovi v průběhu hospitalizace byly měřeny fyziologické funkce, byla dodržována medikace dle ordinace lékaře, dále se prováděla aktivizace pacienta, dohled nad pacientem, aby nedošlo k dalšímu sebepoškození. Nastavení a sledování analgetické léčby a chronické medikace. Také byl pacient edukován o způsobu ošetřování stomií. Prováděla se psychická podpora pacienta. Podávání informací bylo v rozsahu kompetencí a zajištění konzultací s lékařem, psychiatrem a pedagogickým pracovníkem.

## **4.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

### **Pro zdravotnický personál**

Zdravotnický personál by se ke všem pacientům měl chovat nejen profesionálně a zdvořile, ale především by si měl uvědomit, že pacient je lidská bytost, i když si například za současný zdravotní stav může sám. Rozhodně by se mezi pacienty neměli dělat žádné rozdíly. Také je vhodné pacientům předávat veškeré informace a komunikovat s nimi. Doporučení pro praxi je sepsáno níže:

- Vnímejte pacienta jako bio-psycho-sociální bytost.
- Udělejte si čas na pacienta.
- Zajistěte pacientovi klid a trpělivě mu zodpovídej veškeré jeho otázky.
- Projevte empatii a pochopení problémů pacienta.
- Snažte se zajistit potřeby, které pacient má.
- Sledujte verbální a neverbální projevy pacienta.
- Aktivně nabízejte pacientovi pomoc a respektujte jeho přání.
- Aktivně získávejte nové informace, postupy a poznatky v problematice sebepoškození a nejen v ní (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018).
- Znalost je věc, kterou nám nikdo nevezme.

Při prvním kontaktu s pacientem po sebepoškození je důležité dodržovat tyto zásady:

- Nejprve je nutné posoudit závažnost zranění pacienta (závažnost fyzického zranění obvykle neodpovídá vážnosti psychických potíží pacienta).
- Důležitý je především klidný přístup k pacientovi, bez projevů zděšení ošetřovatelského personálu a bez negativního hodnocení a projevů lítosti.

- Je třeba vytvořit bezpečné prostředí a navodit důvěru pacienta ke zdravotnickému personálu.
- Dalším důležitým krokem je nasměrovat pacienta na psychologické nebo poradenské služby, případně mu doporučit psychiatrickou péči (BAJCURA et al., 2019).

Kromě výše uvedeného je třeba se zabývat i zvyšováním povědomí zaměstnanců o této problematice a zaměřit se na prevenci sebepoškození prostřednictvím obecné podpory, pomoci a zlepšení vztahů mezi vězni a zaměstnanci. Zvýšené povědomí o nově vznikajících rizicích, včetně individuálních a situačních spouštěčů pro vězně (obzvláště muže), může zvýšit schopnost a ochotu personálu porozumět a podporovat jednotlivce, kteří poškozují sebe sama. Současně je vhodné pomáhat vězňům řešit jejich každodenní problémy, naučit je vypořádat se s nimi a zároveň se vyhýbat rizikovým situacím, které by mohly vést k sebepoškození (POPE, 2018).

Podstatnou částí prevence sebepoškození je včasná identifikace rizika, jeho průběžné hodnocení, společné řešení problémů a poskytování intervencí. Posouzení a plánování péče by mělo být vždy individualizované a mělo by tak reagovat na konkrétní vznikající a probíhající rizikové faktory (POPE, 2018).

Pro lepší porozumění a péči o pacienty, kteří se sebepoškozují, se doporučuje proškolení personálu (POPE, 2018).

Doporučuje se vypracovat, pilotovat a vyhodnotit intervenční strategii vhodnou pro pacienty, kteří se sebepoškozují. Podobnou strategii by bylo vhodné v rámci zvýšení prevence sebepoškození vypracovat i pro vězeňská nezdravotnická zařízení.

### **Pro pacienty**

Doporučení pro pacienty se dá napsat snadno, jen je otázka, zda je budou dodržovat. V pracovním prostředí vězeňské nemocnice je velký počet pacientů, kteří o sebe nepečují, jsou zde však i výjimky. Z tohoto důvodu je v práci sepsán obecný seznam doporučení pro pacienty:

Prvním krokem je rozhodnout se, zda chcete se sebepoškozením přestat. Pokud si nejste jisti, mohlo by to být obtížnější. Neměli byste souhlasit s tím, že přestanete jen proto, že to po Vás chtějí ostatní. Přemýšlet o tom je první krok k uzdravení.

Pokud nevíte co dělat, zkuste si sepsat seznam důvodů, proč chcete a proč nechcete přestat se sebepoškozováním. To vám může pomoci se rozhodnout.

Pokud se rozhodnete se sebepoškozováním přestat, existují způsoby, jak toho dosáhnout. Každý člověk je však jiný a to, co funguje pro jednoho, nemusí fungovat pro druhého. Vyzkoušejte různé metody a zjistěte, co na Vás funguje.

- Snažte se žít zdravým životním stylem.
- Nezanedbávejte pravidelné preventivní prohlídky u lékaře.
- Nepodceňujte varovné signály.
- Včas vyhledejte lékařskou pomoc.
- Spolupracujte nejen s lékařem, ale i s veškerým zdravotnickým personálem.
- Komunikujte a dodržujte veškerá doporučení od lékařů a všeobecných sester.
- Naučte se vhodně zvládat stresové situace.

Existuje mnoho způsobů jak toho dosáhnout, např. fyzickým nebo dechovým cvičením, různými zájmovými aktivitami (akvaristika, manuální práce, keramika).

- Promluvte si s někým ze svého okolí (spoluvězeň, zaměstnanec).
- Zavolejte členovi své rodiny nebo příteli, či jim napište dopis.
- Napište své negativní myšlenky na papír a poté ho roztrhněte.
- Projevte své emoce, alespoň sami k sobě.
- Kreslete na místo, kde si chcete ublížit.
- Pokuste se nějak rozptýlit, např. si vyberte náhodný předmět a přemýšlejte o třiceti způsobech jeho využití (RETHINK MENTAL ILLNESS, 2019).
- Oddalte sebepoškození.

Při nutkavé potřebě se sebepoškodit zkuste chvíli počkat. Tím že si řeknete, že chvíli počkáte, Vám může pomoci snížit frekvenci a vážnost sebepoškození. Začněte tím, že počkáte 15 minut od počátku nutkání si ublížit. V budoucnu zkuste tuto dobu prodloužit. Tento přístup Vám může dát čas vyzkoušet některé jiné způsoby, jak zvládnout to jak se cítíte (RETHINK MENTAL ILLNESS, 2019).

Možná budete chtít přestat si ubližovat, ale máte pocit, že to nedokážete. Pokuste se alespoň snížit škody, které si způsobíte. Níže je uvedeno několik návrhů:

- Nesdílejte nástroje k sebepoškození s ostatními. Hrozí Vám onemocnění, jako je hepatitida nebo HIV.
- Neubližujte si v oblastech, kde již máte jizvy. Zjizvená tkáň nemusí být tak silná jako kůže.
- Vyhněte se drogám nebo alkoholu, které mohou ovlivnit Váš úsudek.
- Než se začnete sebepoškozovat, stanovte si limity a držte se jich. Rozhodněte se o sebepoškozování, které stačí k úlevě od utrpení, ale ne více.
- Zamyslete se nad možnostmi, které nenarušují pokožku ani nezahrnují užívání návykových látek (RETHINK MENTAL ILLNESS, 2019).

## ZÁVĚR

Sebepoškozování ve vězeňských zařízeních je nejčastější forma vypořádání se s novými, intenzivními emocemi (obzvláště u nových vězňů). Vězeňské prostředí může zhoršovat/podporovat sebepoškození, z důvodu izolace osob a omezení činností každodenního (běžného) života. Kromě toho je povaha vztahů ve vězení, a to jak mezi personálem, tak mezi vězni, často charakterizována podezřením a nedůvěrou, to vše přispívá ke vzniku sebepoškozování. Mimo jiné se při sebepoškození mohou vězni alespoň na chvíli dostat do jiného prostředí a uniknout tak např. šikaně.

Cílem bakalářské práce s názvem Sebepoškozování - ošetrovatelský proces u pacienta s cizím tělesem v GIT, bylo zmapovat problematiku sebepoškozování nejen po stránce medicínské, ošetrovatelské, na základě aktuálních literárních zdrojů, ale také se zaměřit na psychosociální stránku nemocného. V praktické části práce bylo cílem detailně popsat kazuistiku u pacienta s tímto onemocněním.

Úvodní část bakalářské práce se věnovala teorii sebepoškozování. Sebepoškozování bylo rozděleno na chování, faktory ovlivňující sebepoškozování, na dělení, způsoby a také na jeho důvody. V rámci teoretické části byla zkráceně prezentována anatomie zažívacího traktu, dále diagnostika a způsoby léčby. Nebyly opomenuty ani komplikace způsobené sebepoškozováním. Také jsou zde uvedena specifika péče.

V praktické části bakalářské práce se nachází kazuistika pacienta při sebepoškozování. Na základě zjištěných informací od pacienta a zdravotnického personálu byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, které byly seřazeny podle naléhavosti. Zvoleno bylo 10 diagnóz, vypracovány byly 3 diagnózy, první z důvodu priority a další z důvodu návaznosti na téma bakalářské práce. V celkovém zhodnocení ošetrovatelské péče bylo zjištěno, zda byly splněny jak krátkodobé, tak dlouhodobé cíle.

V bakalářské práci jsou rovněž uvedena doporučení pro praxi nejen pro zdravotnický personál, ale i pro pacienty potýkající se s touto diagnózou.

Pacient byl propuštěn po 14 dnech hospitalizace, během hospitalizace u pacienta nedošlo k sebepoškození a byl pozván k zanoření stomie za 3 měsíce.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2012. Sebepoškozování In: *Deprese - Stres – Diskuse*. [online] [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://naposledy.blog.cz/1201/sebeposkozovani-neboli-automutilace>
- BAJCURA, Lubomír, a kol., 2019. *Sebevraždy a sebepoškozování v penitenciárním prostředí*. Stráž pod Ralskem: Akademie Vězeňské služby České republiky. ISBN 978-8270-5868-6.
- CONVATEC, 2009. Informace o stomiích. In: *Informační web o problematice stomií* [online]. ČR, [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://www.stomie.cz/informace-o-stomiich>.
- ČESKO, 2009. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. ISBN: 978-80-87451-38-0.
- DOKOUPIL, Marek a Igor DVOŘÁČEK, 2011. *Manuál soudního lékařství III: poranění při sebepoškození a v důsledku aktivního násilí*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7368-812-7.
- GASTROMEDIC, 2019. Koloskopie. In: *Gastromedic s.r.o. - diagnostika a léčba chorob zažívacího ústrojí*. Pardubice. [online] [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://gastromedic.cz/index.php/koloskopie-a29>
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 10. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HIRT, Miroslav a František VOREL, 2016. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5680-6.
- JATAGANDZIDIS, Vasilis, 2019. *Diagnostika a léčba pacienta s cizím tělesem v GIT*. Osobní sdělení, 20. 2. 2019. Praha. Vazební Věznice Praha Pankrác.
- JELÍNEK, Jan a Vladimír ZICHÁČEK, 2004. *Biologie pro gymnázia: (teoretická a praktická část)*. 7., aktualiz. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 978-80-718-2177-2.
- JELÍNKOVÁ, Ilona, 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.
- KACHLÍK, David, 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-802-4640-587.



KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2333-4.

MACA, Radek, 2016. Záměrné sebepoškozování. In: *Prevence rizikového chování*. [online] [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/zamerne-sebeposkozovani-nezapomneli-jsme-na-neco>

MALÁ, E., 2009 [online]. *Sebepoškozování – závažný symptom a nebezpečný společenský jev*. In *Praktický lékař*. Roč. 89, č. 9, s. 494–498. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. ISSN 0032- 6739; 1805-4544 (elektronická verze). Dostupné z: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-9/sebeposkozovani-zavazny-symptom-anebezpecny-spolecensky-jev-15530>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2018. *Preventing suicide in community and custodial settings* [online]. [cit. 2019-11-23]. ISBN 978-1-4731-3086-9. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng105>

NOVOTNÁ, J., J. UHROVÁ a J. JIRÁSKOVÁ, 2006. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy: obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-716-8940-8.

PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.

POPE, Laura, 2018. *Self-harm by adult men in prison: A rapid evidence assessment (REA)*. Ministry of Justice Analytical Series [online] [cit. 2019-11-22]. ISBN 978-1-84099-801-6. Dostupné z: <http://www.justice.gov.uk/publications/researchand-analysis/moj>

POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-675-1.

PRISONERS AND SELF HARM, 2019. *We are Rethink Mental Illness*. London: Rethink Mental Illness. [online] [cit. 2019-11-28]. Dostupné z: <https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/police-courts-and-prison/prisoners-and-self-harm/>

THOMAS, James a Tanya MONAGHAN, ed, 2018. *Klinické vyšetření: moderní propedeutika : rady, tipy, návody pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0108-5.

VANÍČKOVÁ, E., V. HYNČICA a J. VOTAVOVÁ, 2010. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. V Praze: UK - 3. LF. ISBN 978-80-254-9075-4.

VODIČKA, Josef, 2014. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2512-6.

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

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2014. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

## PŘÍLOHY

Příloha A Biochemické vyšetření pacienta .....	60
Příloha B Krevní obraz pacienta .....	61
Příloha C Koagulace pacienta .....	62
Příloha D Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	63

Příloha A Biochemické vyšetření pacienta

Tabulka 4 Biochemie

Název metody	Hodnota	Jednotka	Referenční meze
Močovina	8,2	mmol/l	3,0-9,2
Kreatinin	88	μmol/l	64-111
Sodík	136	mmol/l	136-145
Draslík	4,1	mmol/l	3,5-5,1
Chloridy	102	mmol/l	98-108
Bilirubin celkový	17,2	μmol/l	< 20,5
ALT	0,53	μkat/l	< 0,74
AST	0,59	μkat/l	< 0,58
GGT	2,26	μkat/l	< 0,92
ALP	2,81	μkat/l	0,68-2,55
CRP	267,7	mg/l	< 5,0

Zdroj: vlastní

Příloha B Krevní obraz pacienta

Tabulka 5 Krevní obraz

<b>Název metody</b>	<b>Hodnoty</b>	<b>Jednotka</b>	<b>Referenční meze</b>
Leukocyty	15,2	$10^9/l$	4,0-10,0
Erytrocyty	4,21	$10^{12}/l$	4,00-5,80
Hemoglobin	134	g/l	135-175
Hematokrit	0,400	l	0,400-0,500
Stř. obj. erytr.	95,0	Fl	82,0-98,0
Barvivo erytrocytů	31,9	Pq	28,0-34,0
Stř. barev. kon.	335	g/l	320-360
Erytr. křivka	14,4	%	10,0-15,2
Trombocyty	181	$10^9/l$	150-400
Tromb. stř. obj.	8,7	Fl	7,8-11,0
Tromb. křivka	16,7	%	12,0-18,0

Zdroj: vlastní

Příloha C Koagulace pacienta

Tabulka 6 Koagulace

Název metody	Hodnoty	Jednotka	Referenční meze
PT(Quick) – pacient	– 16,9	S	
PT(Quick) – kontrola	– 11,9	S	
PT(Quick) – konstanta ISI	– 0,99	–	
PT(Quick) – ratio	1,42	1	0,80-1,20
PT(Quick) – INR	1,42	1	2,00-3,00
APTT – pacient	41,6	S	
APTT – kontrola	30,8	S	
APTT – ratio	1,35	S	0,80-1,20

Zdroj: vlastní

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CIZÍM TĚLESEM V GIT v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta