

Ošetřovatelský proces u pacienta s Crohnovou chorobou

1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.	Datum narození: 1973
Rodné číslo: 73XXXX/XXXX	Věk: 39 let
Pohlaví: muž	Bydliště: X
Zaměstnání: manager	Vzdělání: středoškolské s maturitou
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	
Jméno příbuzného: X. X.	Bydliště příbuzného: X
Datum příjmu: 3. 9. 2012	Čas příjmu: 8.15
Typ přijetí: akutní	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Interní oddělení 3. A	Přijímající lékař: MUDr. X. X.
Ošetřující lékař: MUDr. X. X.	Praktický lékař: MUDr. X. X.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „V posledních třech týdnech se můj zdravotní stav výrazně zhoršil, trpím silnými průjmy.“

Medicínská diagnóza hlavní: Crohnova nemoc tlustého střeva

2 Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 135/80
P: 68/min (pravidelný)
D: 14/min
TT: 36,5 °C
Pohyblivost: neomezena
Stav vědomí: při vědomí, orientován místem, časem, osobou
Krevní skupina: 0 Rh+
Výška: 181 cm
Hmotnost: 85 kg
BMI: 25,9

Informovaný souhlas: Pacient souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byl dostatečně a pro něho srozumitelným způsobem poučen o povaze jeho zdravotního stavu, navrhovaném způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jakož i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsoby vyšetření. Bere na vědomí zákaz kouření!

3 Nynější onemocnění

Pacient trpící Crohnovou chorobou odeslán z gastroenterologické poradny na doporučení MUDr. X. Y. na interní oddělení k dovyšetření pro zhoršení stavu. Toho času těžká aktivita do flexura lienalis. Pacient je kortikodependentní a sekundárně non-responder biologické terapie. Nyní od března 2012 zvýšená aktivita, proběhla i kandidová superinfekce, kdy byl pacient přeléčen Mykomaxem (vysazen pro svědění kůže). Subjektivně poslední 2 týdny stav nejhorší, na stolici chodí 30krát až 40krát denně, nyní pacient téměř nejí, ale i tak je stolice 10krát až 15krát denně s příměsí krve a hlenu. Pacient za 2 týdny

zhubnul 7 kg. Nauzea se nevyskytuje, nezvracel, dýchá se dobře, bolesti na hrudi nejsou, dysurií netrpí, bez teplot, dolní končetiny bez otoků.

Zdroj informací: pacient, dokumentace, lékař, ošetřující personál

4 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 64 letech na karcinom tlustého střeva, matka se léčí pro hyperthyreózu, starší bratr zdrav. Děti má 2, dceru (12 let), syna (8 let). Oba jsou zdraví.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal typické nemoci dětského věku – plané neštovice, záněty středního ucha, zápal plic a průdušek. Stav po osteosyntéze klíční kosti pro frakturu vpravo v roce 2003. Transfúze žádné, očkování běžná, povinná v dětství. Očkování proti tetanu v roce 2010. Crohnova choroba v dispenzarizovaném stádiu od roku 1997. Kortikodependentní, sekundárně non-respondér biologické léčby (Humiri i Remicade).

Alergologická anamnéza

Mykomax – svědění kůže.

Abúzy

Pacient nekouří, alkohol pije velmi příležitostně, léky – žádná závislost, drogy neuje.

Farmakologická anamnéza – chronická medikace

Název	Dávkování	Forma dávkování	Léková skupina
Salofalk 500 mg	4-0-4 tbl.	Per os	Antiflogistikum
Prednison 20 mg	2-1-0 tbl.	Per os	Hormon ze sk. kortikoidů
Controloc 40 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Antiulcerózum
Mutaflor 100 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Digestivum, antidiarhoikum
Magnerot 500 mg	1-0-1 tbl.	Per os	Náhrady min. prvků
Vigantol	3 gtt. 1x týdně (pá)	Per os	Vitamin

Sociální a pracovní anamnéza

Pacient je ženatý, bydlí s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domě na okraji města. Vztahy v rodině i mimo ni jsou dobré. Pacientova nejoblíbenější aktivita je jízda na kole, plavání a tenis. Pracuje ve vedoucí manažerské pozici ve větší firmě, zabývající se technologiemi.

Spirituální anamnéza

Pacient je ateista.

5 Posouzení současného stavu ze dne 3. 9. 2013

5.1 Popis fyzického stavu

Hlava a krk

Subjektivně: „Hlava ani krk mě nebolí.“

Objektivně: Hlava normocefalická, bez deformit, na poklep nebolestivá. Zornice izokorické, fotoreakce bilaterálně, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky prokrveny, inervace nervus VII. intaktní, hrdlo klidné, jazyk plazí středem. Oči, uši, nos bez výtoku. S polykáním pacient problémy nemá, čítí na obličeji bez poruch. Krční páteř pohyblivá, krk souměrný, bez deformit. Štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné. Karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil v normě, šije volná.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivně: „S dýcháním problémy nemám a na prsou mě také nebolí.“

Objektivně: Hrudník je symetrický, bez deformit a bez kožních eflorescencí. Prsa bez patologických změn. Poslechově dýchání čisté, sklípkovité, bez pískotů a vrzotů. Počet dechů 14/min. Saturace bez podaného kyslíku 99%.

Srdce a cévní systém

Subjektivně: „Občas mívám zvýšený krevní tlak, ale jinak žádné problémy se srdcem nepociťuji.“

Objektivně: Srdeční akce pravidelná (68/min), puls dobře hmatný na a. radialis na obou horních končetinách. TK: 135/80 torr. Dolní končetiny bez známek patologických změn (otoky, flebotrombóza). Permanentní žilní katétr je zaveden do pravé horní končetiny, v. basilica (předloktí), 1. den, č. 20 bez známek infekce.

Břicho a gastrointestinální trakt

Subjektivně: „Břicho mě nyní nebolí, ale těsně před a po stolici mívám nepříjemné tlaky po celém břiše. Když jsem normálně jedl, měl jsem průjemitou stolicí až 40krát denně. Teď, když jsem stravu omezil na minimum, mám průjem 15krát denně s příměsí krve a hlenu. Za poslední 2 týdny jsem ztratil na váze minimálně 7 kg.“

Objektivně: Břicho měkké, prohmatné, palpačně toho času nebolestivé, v nivaeu, bez rezistence. Poslechově je přítomna velmi živá peristaltika. Peritoneální dráždění není, játra k žebernímu oblouku. Slezina nehmatná, tapotement negativní, Murphyho znamení negativní. Pacient nauzeou ani zvracením netrpí.

Vylučovací a pohlavní ústrojí

Subjektivně: „Před vzplanutím nemoci jsem chodil na stolicí každý den ráno, někdy i večer. Když choroba vypukla před třemi týdny, měl jsem 30 až 40 průjemovitých stolic denně. Po omezení stravy se průjmy zmírnily na 10 až 15 denně, s příměsí krve a hlenu. S močením a pohlavním ústrojím problémy nemám.“

Objektivně: Mnohočetné průjemovité stolice v anamnéze. Obtíže se sexualitou, reprodukční schopností a urologickým systémem nejsou v pacientově anamnéze. Pacient má 2 zdravé děti.

Pohybový aparát

Subjektivně: „Díky svému onemocnění se cítím zesláblý a připadám si celý rozlámaný. V období nemoci mám pohyb omezený, pobývám spíše na lůžku doma v soukromí. Ale jinak s pohybem problémy nemám“.

Objektivně: Pacient je s přihlédnutím na svůj zdravotní stav aktivní a soběstačný. Hrubá i jemná motorika je v pořádku. Páteř bez patologických změn, normotonus, klouby bez patologie. Kosterní aparát bez deformit.

Nervový systém

Subjektivně: „Dnes je pondělí, 3. 9. 2012. Brýle zatím nenesím, jen mě občas pálí oči při dlouhé práci na PC. Jiné problémy nemám.“

Objektivně: Při vědomí. Orientován místem, časem, osobou a prostředím. Tremor a tiky nejsou přítomny. Čich a sluch bez patologie. Paměť zcela v pořádku. Smyslová citlivost v normě, reflexy výbavné.

Endokrinní systém

Subjektivně: „Se štítnou žlázou se neléčím a nikdy jsem s tímto problémy neměl (na rozdíl od mé matky). Cukrovku také nemám.“

Objektivně: V anamnéze nemá žádné potíže s endokrinním systémem. Štítná žláza je nebolestivá, nezvětšená. Patologické projevy endokrinního systému nepozorovány.

Imunitní systém

Subjektivně: „Alergii na nic nemám.“

Objektivně: Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. Tělesná teplota v normě – 36,5°C.

Kůže a její adnexa

Subjektivně: „O kůži a vlasy se nijak zvlášť nestarám, jen základní hygiena. V oblasti konečníku mám podrážděnou kůži od těch četných stolic.“

Objektivně: Kůže bez patologických defektů, růžová, bez ikteru. V oblasti konečníku podrážděná kůže a zarudnutí. Kůži a vlasy má čisté, nehty upravené, pokožka je dostatečně hydratována.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacient působí unaveně, avšak spolupracuje a odpovídá na všechny otázky jasně a srozumitelně.

5.2 Aktivity denního života

Stravování

Doma: „Před zhoršením onemocnění jsem měl jídlo velmi rád, avšak od počátku příznaků trpím nechutenstvím, mám žaludek na vodě.“

V nemocnici: „Popíjím Nutridrinky, celkem mi chutnají.“

Objektivně: Na začátku hospitalizace byl pacientovi naordinován sipping 5x denně dle rozpisu MUDr. X. Y. – 2600 kcal, 120 g bílkovin a tekutiny minimálně 3 litry denně. BMI – 25,9 – hraničně v normě.

Příjem tekutin

Doma: „Denně vypiji kolem 2 litrů. Střídám minerální vody a čaje.“

V nemocnici: „V nemocnici musím prý pít více.“

Objektivně: Dle ordinace lékaře – 3 litry denně, pro doplnění ztrát vody z organismu, kvůli mnohočetným průjmům.

Vylučování moče

Doma: „S močením problémy nemám.“

V nemocnici: „S močením problémy nemám.“

Objektivně: Pacient je zcela soběstačný, na toaletu si dochází sám.

V anamnéze nejsou uvedené žádné problémy v této oblasti.

Vylučování stolice

Doma: „Před vypuknutím příznaků onemocnění byla stolice pravidelná. Stolice bývala zcela normální, tmavě hnědé barvy, tuhé konzistence. V době zhoršení nemoci trpím průjmy. Při příjmu potravy se stolice vyskytovala 30krát až 40krát denně. V těchto dnech se stravuji minimálně a průjmovitou stolicí mám 10krát až 15krát denně s krví a hlenem.“

V nemocnici: „Průjmovitá stolice až 15krát denně, s příměsí.“ Doufám, že se to v průběhu léčby zlepší, jsem z toho zoufalý.“

Objektivně: Crohnova nemoc v anamnéze od roku 1997, v posledních týdnech vzplanutí komplikací tohoto chronického střevního onemocnění – průjmovitá stolice.

Spánek a bdění

Doma: „Problémy s usínáním doma nemám, spím vždy 8 hodin.“

V nemocnici: „Zatím nemohu posoudit.“

Objektivně: Pacient je hospitalizován 1. den, spánek nelze zhodnotit.

Aktivita a odpočinek

Doma: „Doma vyhledávám aktivní cvičení dost často a rád. Před zhoršením nemoci jsem rád jezdil na kole, plaval a hrál tenis. V období nemoci jsem spíše doma v soukromí a odpočívám.“

V nemocnici: „Také nemohu hodnotit, ale cítím se dost unavený.“

Objektivně: Pacient má kvůli zdravotnímu stavu a únavě naordinovaný klidový režim. Pacient je zcela soběstačný.

Hygiena

Doma: „Sprchuji se každý den ráno.“

V nemocnici: „Zde se taktéž budu sprchovat ráno.“

Objektivně: Pacient je v oblasti hygieny zcela soběstačný.

Samostatnost

Doma: „Jsem aktivní člověk, vše zvládám sám.“

V nemocnici: „Vše zvládám sám.“

Objektivně: Zcela soběstačný, pacient spolupracuje.

5.3 Posouzení psychického stavu

Vědomí

Subjektivně: „Jsem plně v obraze a při vědomí.“

Objektivně: Vědomí plné, jasné.

Orientace

Subjektivně: „Myslím, že orientovaný jsem. Víím, kdo jsem, kde jsem, proč tu jsem a kolikátého je.“

Objektivně: Pacient je zcela orientovaný místem, časem, osobou, prostorem.

Nálada

Subjektivně: „Před tím, než se mi zhoršily příznaky, cítil jsem se dobře, myslel jsem pozitivně a byl jsem spokojený sám se sebou. V těchto týdnech jsem unavený, náladový a podrážděný. Moc bych si přál, aby se můj stav zlepšil a mohl jsem zase žít stejným životem jako do teď, ale zatím nevím, jak to bude dál.“

Objektivně: Pacient má zhoršenou náladu kvůli svému onemocnění, udává nejistotu z vývoje onemocnění.

Staropaměť

Subjektivně: „Věci z minulosti si pamatuji.“

Objektivně: Výbavnost zážitků a věcí z minulosti je bohatá.

Novopaměť

Subjektivně: „Nemám s tím problém.“

Objektivně: Paměť je zcela v pořádku, pacient si vše pamatuje.

Myšlení

Subjektivně: „Teď hodně přemýšlím, jak to se mnou bude dál, za jak dlouho budu moct jít zase do práce, a myslím také na rodinu.“

Objektivně: Myšlení je logické, otázky chápe, odpovídá přiléhavě a věcně. Řeč je plynulá. Pacient přemýšlí o budoucnosti.

Temperament

Subjektivně: „V těchto dnech se cítím mrzutý a náladový, takže cholerik?“

Objektivně: Pacient se hodnotí jako cholerik kvůli své mrzuté náladě.

V normálním životě si jde za svým cílem.

Sebehodnocení

Subjektivně: „Nevím, co říct.“

Objektivně: Pacient působí vcelku vyrovnaným dojmem, i když je teď podrážděný kvůli svému onemocnění.

Vnímání zdraví

Subjektivně: „Od roku 97 se léčím s touto chorobou. Když je nemoc v klidové fázi, cítím se jinak zcela zdrav. V těchto dnech to stojí za nic, jsem celkově unavený a musím být v nemocnici.“

Objektivně: Pacient je smířený se svým chronickým onemocněním, ale cítí se vždy beznadějný, když nemoc znovu propukne. Doufá, že se jeho současný zdravotní stav co nejrychlejilepší.

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: „Chtěl bych se co nejdříve zbavit těch úporných průjmů a celkové slabosti. Doufám, že půjdu brzy domů.“

Objektivně: Pacient by chtěl být co nejdříve bez komplikací, které doprovázejí jeho onemocnění, a doufá v brzký návrat domů.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění

Subjektivně: „Nevím, proč ty průjmy znovu nastaly, nejsem si ničeho vědom, čím bych to vyvolal. Doufám, že už toto období rychle skončí a já budu zase znovu normálně fungovat.“

Objektivně: Pacient nezná příčinu vzplanutí nemoci a doufá, že se opět vrátí do svého dosavadního, aktivního života, bez dalších komplikací.

Reakce na hospitalizaci

Subjektivně: „Nedalo se nic dělat, už to bylo nesnesitelné.“

Objektivně: Pacient je s hospitalizací smířený.

Adaptace na onemocnění

Subjektivně: „Tuto chorobu už mám několik let, jsem s tím smířený, ale nikdy jsem si nezvykl na tyto komplikace, které se čas od času nečekaně objeví.“

Objektivně: Pacient je smířený, nicméně na ataky tohoto onemocnění si nikdy nezvykl. Jsou vždy nečekané.

Projevy jistoty a nejistoty

Subjektivně: „Zatím nevím, jak se bude onemocnění vyvíjet, ale doufám, že mi hospitalizace pomůže a nebudu tady moc dlouho. Chtěl bych se vrátit co nejdříve do aktivního života.“

Objektivně: Pacient vyjádřil obavu z vývoje onemocnění a dlouhodobé hospitalizace.

Zkušenosti s předcházející hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)

Subjektivně: „Párkrát jsem již hospitalizovaný byl a vím, jak to v nemocnici chodí. Nikdy jsem neměl s ničím problémem a zdravotnickému personálu důvěřuji.“

Objektivně: Pacient vyjadřuje důvěru ke zdravotnickému personálu, žádné negativní zkušenosti s předcházející hospitalizací nemá.

5.4 Posouzení sociálního stavu

Komunikace – verbální

Subjektivně: „Myslím, že mi rozumíte.“

Objektivně: Pacient je komunikativní, správně artikuluje, řeč je bez patologie, slovní zásoba je velmi bohatá.

Komunikace – neverbální

Subjektivně: „Při mluvení používám ruce často.“

Objektivně: Verbální komunikace byla doprovázena i neverbálními pohyby zcela v normě. Oční kontakt, gesta a mimika v pořádku.

Informovanost o onemocnění

Subjektivně: „Zatím mi nikdo z lékařů nebyl schopen říct, jak dlouho tu budu, co bude následovat za léčbu a kdy přesně komplikace zcela vymizí.“

Objektivně: Pacient byl o svém zdravotním stavu informován, avšak prognózu onemocnění lze stanovit těžko.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně: „Řekl bych, že většina vyšetření mě ještě čeká, ale o těch vyšetřeních, která jsem již podstoupil, jsem dostatečně informován byl.“

Objektivně: Pacient je informován o všech diagnostických metodách, které podstoupí.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně: „Ano, o všem mě informovali a pečlivě poučili.“

Objektivně: Pacient byl o všem dostatečně informován (sipping, i. v. terapie).

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně: „Zatím mi nikdo z lékařů nebyl schopen říct, jak dlouho bude hospitalizace trvat.“

Objektivně: Pacient byl o svém zdravotním stavu informován, prognózu onemocnění a délku hospitalizace lze stanovit těžko.

5.5 Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

Primární role (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: „Jsem muž a je mi 39 let.“

Objektivně: Muž, 39 let.

Sekundární role (role související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Jsem manžel, otec a vedoucí pracovník. Z důvodu pravděpodobné dlouhé nemocenské se obávám, že přijdu o místo ve vedoucí pozici a tím i o část financí.“

Objektivně: Manžel, otec dvou dětí, manager ve vedoucí pozici. Role jsou ovlivněny zdravotním stavem a hospitalizací.

Terciární role (role související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Když jsem zdravý, jsem rekreační sportovec. Nyní jsem celkově unavený, takže odpočívám na lůžku.“

Objektivně: Pacient rád plave, hraje tenis a jezdí na kole. Vzhledem k nynějšímu zdravotnímu stavu jsou tyto role nenaplněné. V období nemoci má naordinovaný klidový režim.

6 Medicínský management

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

STATIM odběry krve

Hematologie 3. 9. 2012

Hematologie – KO	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Leukocyty	11 giga/l	4,00–10,0 giga/l
Erytrocyty	4,38 tera/l	4,5–6,3 tera/l
Hemoglobin	123 g/l	135–175 g/l
Hematokrit	0,39 %	0,38–0,52 %
Trombocyty	369 giga/l	140–440 giga/l

Biochemie 3. 9. 2012

Biochemie	Čas odběru: 9:00	Referenční hodnoty
Glukóza	6,5 mmol/l	4,1–5,9 mmol/l
B12	429 pmol/l	141–489 pmol/l
Na	140 mmol/l	136–145 mmol/l
K	4,5 mmol/l	3,5–5,1 mmol/l
Cl	102 mmol/l	98–107 mmol/l
Mg	0,85 mmol/l	0,66–1,07 mmol/l
P	1,95 mmol/l	0,85–1,45 mmol/l
Urea	2,9 mmol/l	2,7–8,1 mmol/l
Kreatinin	82 mmol/l	64–104 mmol/l
Prealbumin	0,17 g/l	0,2–0,4 g/l
Albumin	28 g/l	35–53 g/l
Osmolalita séra	262 mmol/kg	275–295 mmol/kg
CRP	85	0-5

Vyšetření na průkaz toxinu *Clostridium difficile*

Nález: neprokázána produkce toxinů, neprokázána glutamát dehydrogenáza

HBsAg: negativní

Moč CH + S: v normě

EKG: nález v normě

Ambulance výživy: toho času neindikují parenterální výživu, výživa enterální formou sippingu v kombinaci preparátů bez vlákniny a s rozpustnou vlákninou. Kalorický příjem 2600 kcal a 120 g bílkovin. Pravidelně laboratorní kontrola.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: Čaj, tekutiny minimálně 3 litry denně, sipping 5x denně dle rozpisu MUDr. X. Y. – 2600 kcal, 120 g bílkovin.

Pohybový režim: Pacient je zcela soběstačný, v závislosti na zdravotním stavu nutný klidový režim.

RHB: Klidový režim. Dechová cvičení, isometrická cvičení.

Výživa: Enterální, sipping.

Medikamentózní léčba

Farmakoterapie dne 3. 9. 2012

Název	Dávkování	Forma dávkování	Léková skupina
Salofalk 500 mg	4-0-4 tbl.	Per os	Antiflogistikum
Controloc 40 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Antiulcerotikum
Mutaflor 100 mg	1-0-0 tbl.	Per os	Digestivum, Antidiaroidikum
Magnerot 500 mg	1-0-1 tbl.	Per os	Náhrady minerálních prvků
Vigantol	3 gtt. 1x týdně - (pá)	Per os	Vitamin

Infúzní terapie dne 3. 9. 2012

Název	Dávkování (dávka čas / hodina)	Forma dávkování	Léková skupina
Metronidazol 500 mg (100 ml)	Na 60 min à 8 hod. 14-15, 22-23, 6-7	i. v.	Chemoterapeutikum
Ciphin 400 mg (250 ml)	Na 60 min à 12 hod. 19-20, 7-8	i. v.	Chemoterapeutikum
Solumedrol 40 mg + FR 1/1 250 ml	na 60 min I. v 10, II. ve 14	i. v.	Methylprednisolon (hormonální účinek)

Subkutánně

Neindikována.

Jiná

Mast – Infadolan – podle potřeby na podrážděnou kůži v oblasti konečníku.

CHIRURGICKÁ TERAPIE

Neindikována.

7 Situační analýza

Situační analýza dne 3. 9. 2012

Pacient, 39 let, dnes odeslán (3. 9. 2012) z gastroenterologické poradny na doporučení MUDr. X. Y. na interní oddělení k dovyšetření pro zhoršení stavu. Pacientovi byla diagnostikována Crohnova choroba v roce 1997. Subjektivně poslední 3 týdny stav nejhorší, stolice při příjmu potravy se vyskytovala 30krát až 40krát denně, nyní pacient téměř nejí, ale i tak je **průjmovitá stolice 10krát až 15krát denně s příměsí krve a hlenu**. Pacient za poslední 2 týdny **zhubnul minimálně 7 kg**. Nauzea se nevyskytuje, nezvracel, dýchá se dobře, bolesti na hrudi nejsou, břicho měkké, prohmatné, palpačně toho času nebolestivé, peristaltika velmi živá, dysurií netrpí, bez teplot, dolní končetiny bez otoků, **v oblasti konečníku podrážděná, zarudlá pokožka**. Pacient je při vědomí, spolupracuje, orientován místem, časem, osobou i prostorem. Pacientovi byly při příjmu naměřeny tyto fyziologické funkce – TK: 135/80 torr, P: 68/min, D: 14/min, saturace bez kyslíkové podpory 98 %. Pacient se cítí celkově **unavený**. Při příjmu na oddělení mu byla zavedena **periferní žilní kanyla**. Z ambulance výživy má pacient naordinovanou **enterální výživu formou sippingu** v kombinaci preparátů bez vlákniny a s rozpustnou vlákninou – kalorický příjem 2600 kcal a 120 g bílkovin. Také má naordinovaný **zvýšený pitný režim** – až 3 litry denně. Pacient zmiňuje **obavy z budoucnosti z důvodu neefektivního plnění rolí** z hlediska pracovní pozice a následného zabezpečení rodiny. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny 1. den hospitalizace na standardním interním oddělení 3. A.

8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit pacienta

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II dle NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

- Průjem (00013)
- Únava (00093)
- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002)
- Narušená integrita kůže (00046)
- Strach (00148)
- Nedostatečné znalosti (00126)
- Neefektivní plnění rolí (00055)
- Snaha zlepšit výživu (00163)
- Riziko sníženého objemu tekutin v organismu – riziko dehydratace (00028)
- Riziko infekce (0004) /PŽK/

Plán individuální ošetrovatelské péče je vypracován u čtyř prioritních ošetrovatelských diagnóz: Průjem (00013), Únava (00093), Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002), Narušená integrita kůže (00046).

8.1 Průjem (00013)

Průjem (00013)

Doména 3: *Vylučování a výměna*

Třída 2: *Funkce gastrointestinálního systému*

Definice: *Průchod volné, neformované stolice.*

Určující znaky: hyperaktivní střevní zvuky, naléhavá potřeba, tekutá stolice minimálně 3x denně

Související faktory: zánět

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má formovanou stolici maximálně 2x denně, bez příměsi krve a hlenu do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient udává podstatný úbytek četných průjmovitých stolic do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient je informován o příčině vzniku průjmu 1. den hospitalizace.
- Pacient je poučen o zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice 1. den hospitalizace.
- Pacient sleduje a zaznamenává frekvenci, charakter a množství stolice od 1. dne hospitalizace.
- Pacient neudává přítomnost krve a hlenu ve stolici do 5 dnů.
- Pacient neudává nepříjemné tlaky v břiše před a po stolici do 5 dnů.
- Pacient není dehydratovaný denně.
- Pacient má zajištěno soukromí denně.

Plán intervencí od 3. 9. 2012 – 24. 9. 2012

1. Všiměj si doprovodných příznaků (horečka, bolesti) a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – dle nutnosti, každý den, všeobecná sestra.

2. Zajisti dostatečný přísun enterální výživy (sipping) – 5krát denně, zdravotnický personál.

3. Podávej medikaci dle ordinace lékaře, sleduj případné nežádoucí účinky a zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Pečuj o pacientovo soukromí – každý den, po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Vysvětli pacientovi příčinu vzniku průjmu – 1. den hospitalizace.
6. Povzbuzuj pacienta k dodržování pitného režimu (3 litry/denně) a k dodržování naordinované diety (sipping) – každý den, zdravotnický personál.
7. Informuj pacienta o zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Dbej, aby pacient dodržoval léčebný režim a osvojil si správné stravovací a hygienické návyky – od 1. dne hospitalizace, všeobecná sestra.
9. Zaznamenávej frekvenci, charakter a množství stolice do ošetřovatelské dokumentace – po celou dobu hospitalizace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3. 9. 2012):

Pacient byl přijat na interní oddělení z gastroenterologické poradny. Pacienta jsem uložila na nadstandardní pokoj, který si sám vyžádal. Pacienta jsem poučila o používání koupelny a toalety, které jsou součástí nadstandardního pokoje. Také jsem mu vysvětlila zaznamenávání frekvence, charakteru a množství stolice po každé vykonané potřebě. Zdůraznila jsem důležitost dodržování pitného a dietního režimu. Na konci dne jsem zkontrolovala záznam o počtu stolic, který jsem následně zapsala do ošetřovatelské dokumentace. Pacient zaznamenal 13 stolic s příměsí krve a hlenu. Sestra na noční směně zapsala do dokumentace, že pacient byl přes noc na toaletě 2krát a udával taktéž průjmovitou stolicí s příměsí krve a hlenu.

Realizace (7. den hospitalizace, 10. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 5 a 7. Sledovala jsem, zda pacient správně zaznamenává počty stolic a dodržuje léčebný, dietní a pitný režim. Zaznamenávání stolice prováděl do formuláře ke sledování frekvence, množství a charakteru stolice, který měl stále k dispozici u lůžka. Pravidelně jsem podávala medikaci dle ordinace lékaře, a sledovala jsem, zda se nedostavily vedlejší účinky farmakoterapie. V průběhu týdne došlo ke zlepšení intenzity četných průjmovitých stolic – pacient dnes udával 9 stolic během dne, bez příměsí krve a hlenu. Počet a charakter stolic jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Noční sestra zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace počet stolic: 0.

Realizace (14. den hospitalizace, 17. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Sledovala jsem pacientův přístup k zaznamenávání stolic. Také jsem kontrolovala dodržování pitného a dietního režimu. Zaznamenávání stolice pacient prováděl do formuláře ke sledování frekvence, množství a charakteru stolice, který má k dispozici u lůžka. Pravidelně jsem podávala medikaci dle ordinace lékaře a sledovala jsem, zda se neobjeví vedlejší účinky, nebo komplikace farmakoterapie. Pacient hlásil zlepšení intenzity průjmovitých stolic – pacient dnes udával 6 stolic, bez příměsí krve a hlenu. Břicho ho nebolelo, ani v něm nepociťoval zvýšenou střevní aktivitu. Vše jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 15.-19. den bez změny. Sledovala jsem pacientovy záznamy o stolicích. Taktéž jsem kontrolovala dodržování pitného a dietního režimu. Pacientův stav se velmi zlepšil, dnes udával 1 tužší stolicí během dopoledne bez příměsi krve a hlenu. Díky výraznému zlepšení stavu byl v 14.00 pacient propuštěn do domácí péče.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient zaznamenává po týdnu hospitalizace výrazný úbytek frekvence průjmovitých stolic.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient udává ke konci hospitalizace (3. týden) 1-2 tužší stolice denně, bez příměsi krve a hlenu.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

8.2 Únava (00093)**Únava (00093)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost k fyzické a duševní práci na obvyklé úrovni.

Určující znaky: neschopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti

Související faktory: onemocnění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se necítí únavu - do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient se zapojuje do běžných denních aktivit - do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná příčiny, které mu způsobují únavu do 24 h.
- Pacient je poučen o účinných opatřeních proti únavě 1. den hospitalizace.
- Pacient je ochoten s únavou bojovat od 2. dne hospitalizace.
- Pacient nemá narušený spánek denně.
- Pacient se účastní léčebného režimu denně.
- Pacient střídá dostatečný odpočinek s aktivitami během dne denně.
- Pacient má k dispozici klidné prostředí k odpočinku denně.

Plán intervencí: od 3. 9 do 24. 9. 2012

1. Zajímej se o celkový stav pacienta (stav výživy a hydratace) – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
2. Pozoruj fyzické známky únavy pacienta – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Vyslechni pacienta, co podle jeho názoru způsobuje únavu a co ji zmírňuje – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Zaměř se na udržení kvality spánku – v průběhu hospitalizace, všeobecná sestra.
5. Redukuj před spaním rušivé elementy, pokud je to možné – každý den, zdravotnický personál.

6. Vytvářej vhodné prostředí (pacientův pokoj) ke zmírnění únavy – větrání, úprava lůžka – každý den, zdravotnický personál.
7. Informuj pacienta o důvodu únavy v souvislosti s jeho onemocněním – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Motivuj pacienta k denním aktivitám, které jsou v jeho silách – 2krát denně, po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
9. Naplánuj s pacientem reálná opatření, která vedou ke snížení únavy – v průběhu hospitalizace, všeobecná sestra a fyzioterapeut.
10. Zkonzultuj a navrhní pacientovi možnost fyzických aktivit během hospitalizace – 1. den hospitalizace, fyzioterapeut.
11. Připomínej pacientovi, aby své povinnosti prokládal odpočinkem k omezení únavy, během hospitalizace, všeobecná sestra.
12. Zaznamenávej projevy únavy do ošetrovatelské dokumentace – každý den, dle potřeby, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3. 9. 2012):

Pacienta jsem uložila na nadstandardní pokoj, který měl sám pro sebe. S pacientem jsem si na úvod popovídala o jeho pocitech z celkového stavu a únavě v souvislosti s jeho onemocněním. S fyzioterapeutem jsme ho poučili o důležitosti dodržovat jak denní aktivity, tak i kvalitní odpočinek během dne a navrhli jsme všechny možnosti, které lze praktikovat ve zdravotnickém zařízení. Pacient udával, že je celkově unavený, hlavně z toho důvodu, že nemá dostatečný příjem energie. Pacienta jsem pobízela k dodržování pitného a dietního režimu. V podvečer jsem připravila pacientovo lůžko a prostředí pro dostatečně kvalitní spánek. Všechny aktivity a projevy únavy jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal v noci klidně, bez probouzení během noci.

Realizace (7. den hospitalizace, 10. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 3, 7, 10. U pacienta jsem pozorovala a hodnotila jeho vitálnost a chování během dne na pokoji a oddělení. Aktivně jsem doplňovala zásoby pitného režimu na pokoj pacienta a povzbuzovala ho k dodržování naordinované diety. Pacient udával, že došlo k mírnému zlepšení, že se již necítí tolik unavený. Přes den střídavě odpočíval na lůžku, sledoval TV nebo se procházel po chodbě oddělení v doprovodu manželky. V podvečer jsem dopomohla pacientovi připravit ideální prostředí ke spánku – větrání v místnosti, úprava lůžka. Aktivity a projevy únavy jsem zaznamenala do dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal nepřetržitě celou noc.

Realizace (14. den hospitalizace, 17. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Pozorovala jsem jeho náladu, chuť do života a chování. Pacient se zdál být více odpočatý, proto jsem ho motivovala k větším aktivitám v rámci zdravotnického zařízení (procházení se s doprovodem). Pacient přes den polehával jen po obědě. Kontrolovala a zaznamenávala jsem pitný a dietní režim, který pacient dobře snášel. Večer jsem dopomohla s přípravou prostředí ke spánku. Všechny změny jsem zapsala do dokumentace. Noční sestra zaznamenala, že pacient spal klidně celou noc.

Realizace (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 15.-21. den beze změn. Sledovala jsem změny nálady. Po rozhovoru s pacientem jsem usoudila, že se únava již neprojevovala. Pacient byl v rámci svých možností vitální, sám chodil po zdravotnickém zařízení a přes den na lůžku nepolehával. Pacientova nálada se také zlepšila díky tomu, že se těšil do domácího prostředí.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient se zapojil během 1. týdne do běžných denních aktivit.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacient nepociťuje žádnou únavu do 3. týdne hospitalizace. Je poučen, že má dodržovat klidový režim i v domácí péči. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

8.3 Nevyvážená výživa - méně, než je potřeba organismu (00002)

Nevyvážená výživa - méně, než je potřeba organismu (00002)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: *Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.*

Určující znaky: průjem, odpor k jídlu

Související faktory: neschopnost strávit potravu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má stabilizovanou tělesnou hmotnost při dostatečném příjmu potravy do konce hospitalizace (do 3 týdnů).

Cíl krátkodobý: Pacient ovládá způsob příjmu naordinované diety do 1 týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, jaká je pro něho odpovídající strava, od 1. dne hospitalizace.
- Pacient zná všechny potřebné informace ke své naordinované dietě, od 1. dne hospitalizace.
- Pacient chápe důvod nutričního opatření od 1. dne hospitalizace.
- Pacient dodržuje dietní režim denně.
- Pacient jí pravidelně, dle ordinace lékaře z ambulance výživy, denně.
- Pacient nemá úbytek na hmotnosti od 4. dne hospitalizace.

Plán intervencí: od 3. 9 do 24. 9. 2012

1. Sleduj pravidelně tělesnou hmotnost a hydrataci pacienta – 1krát denně, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
2. Hodnoť příjem stravy a tekutin – po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Zjistí a následně zhodnoť pacientovy znalosti o naordinované výživě – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
4. Dbej, aby měl pacient na pokoji stále dostatečné množství tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Pobízej pacienta k dostatečnému příjmu tekutin – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
6. Nabízej pacientovi různé druhy příchutí Nutridrinků – každý den, všeobecná sestra.

7. Informuj pacienta o důležitosti naordinované diety – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Podporuj pacienta k dodržování nutričního opatření – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
9. Vysvětlí pacientovi příčinu naordinované diety – všeobecná sestra, 1. den hospitalizace.
10. Zaznamenávej kalorický příjem, celkovou hmotnost a pitný režim do ošetrovatelské dokumentace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3. 9. 2012):

Pacient byl po přijetí na oddělení odeslán do ambulance výživy. Pacientovi byla naordinována přísná enterální dieta formou sippingu – popíjení Nutridrinků. Pacientovi jsem vysvětlila, jak správně tuto výživu popíjet. Upozornila jsem na důležitost této formy diety a také na dodržování pitného režimu (až 3 litry/denně). Pacient vše pochopil a názorně předvedl, jak Nutridrinky popíjet. U pacienta jsem sledovala jeho tělesnou hmotnost – 85 kg a hydrataci dle stavu sliznic – hraničně v normě. Pacient naordinovanou dietu snášel dobře, na nic si v tomto ohledu nestěžoval. Do ošetrovatelské dokumentace jsem zaznamenala – denní kalorický příjem (2600 kcal a 120 g bílkovin), pitný režim (3 litry), pacientovu hmotnost (85 kg) a hydrataci (hraničně v normě).

Realizace (7. den hospitalizace, 10. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 3, 7 a 9. Sledovala jsem pacientovo správné požívání naordinované výživy (5x denně). Aktivně jsem doplňovala zásoby pitného režimu na pokoj pacienta a povzbuzovala ho k dodržování naordinované diety. Pacient Nutridrinky snášel vcelku dobře. Pacientovi jsem nabízela příchutě, které byly momentálně dostupné na oddělení. U pacienta jsem sledovala a zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace jeho tělesnou hmotnost – 83 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2600 kcal a 120 g bílkovin) a pitný režim (3 litry/denně).

Realizace (14. den hospitalizace, 17. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 8.-14. den beze změn. Kontrolovala jsem, zda pacient správně popíjel naordinovanou výživu. Doplňovala jsem čaj v konvici na pokoji, pacient však nadále odmítal – rodina mu přinášela minerální vody. Pacienta jsem poučila o zaznamenávání pitného režimu do formuláře, který má k dispozici u lůžka po celý den. Pacienta jsem motivovala k dodržování popíjení Nutridrinků. Pacient dával najevo přesycenost těmito výrobky. Pacient byl dnes odeslán na kontrolu do ambulance výživy, kde mu změnili Nutridrink na Nutridrink Multi Fibre a navýšili kalorický příjem o 300 kcal, to znamená o 1 Nutridrink denně více. U pacienta jsem sledovala a zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace jeho tělesnou hmotnost – 82,5 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2900 kcal, 120 g bílkovin) a pitný režim (3 litry/denně).

Realizace (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 15.-21. den beze změn. Kontrolovala jsem pacienta, zda dodržuje naordinovanou dietu a zda správně zapisuje pitný režim. Dnes 2. den pacient mohl k Nutridrinkům suchary nebo piškoty. Podle slov pacienta už

nechce Nutridrinky nikdy vidět. U pacienta jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace tělesnou hmotnost – 82 kg a hydrataci dle stavu sliznic – v normě, denní kalorický příjem (2900 kcal, 120 g bílkovin a suchary) a pitný režim (3 litry/denně). Dnes propuštěn do domácí péče – pacient byl ošetřujícím lékařem poučen o dalších dietních opatřeních a dodržování pitného režimu.

Hodnocení (21. den hospitalizace, 24. 9. 2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient ovládal příjem naordinované diety ihned po příchodu na oddělení z ambulance výživy (1. den hospitalizace).

Cíl dlouhodobý byl splněn, pacientova tělesná hmotnost se ke konci hospitalizace (do 3 týdnů) stabilizovala.

Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

8.4 Narušená integrita kůže (00046)

Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Narušení epidermis anebo dermis.

Určující znaky: narušení kožního povrchu

Související faktory: mechanické faktory (tlak), vlhkost (způsobená exkrety)

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient má zcela zahojenou kůži v oblasti konečníku do 2 týdnů hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient pocítuje zlepšení po nanášení masti do oblasti konečníku do konce 1. týdne hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná příčiny vzniku podráždění v oblasti konečníku od 1. dne hospitalizace.
- Pacient je poučen o aplikování masti do okolí konečníku 1. den hospitalizace.
- Pacient je edukován o možných nežádoucích účincích lokální terapie a ví, že o komplikacích neprodleně informuje zdravotnický personál od 1. dne hospitalizace.
- Pacient ovládá nanášení masti do oblasti do okolí konečníku od 1. den hospitalizace.
- Pacient nepocítuje žádnou bolest do 4 dne.
- Pacient si aplikuje mast podle své individuální potřeby do oblasti konečníku každý den.
- Pacient se podílí na preventivních opatřeních vedoucích ke zlepšení hojení porušené integrity kůže v okolí konečníku denně.
- Pacient dbá na zvýšenou hygienu po každé stolici každý den, denně.

Plán intervencí: od 3. 9 do 24. 9. 2012

1. Zhodnot' celkové poškození kůže v oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.

2. Sleduj proces hojení v oblasti konečníku – každý den, po celou dobu hospitalizace, všeobecná sestra.
3. Dbej, aby měl pacient stále na pokoji dostatek jednorázových rukavic k aplikaci masti – každý den, zdravotnický personál.
4. Pobízej pacienta k chůzi (prokrvení postiženého místa) – po celou dobu hospitalizace, zdravotnický personál.
5. Podporuj pacienta při spolupráci na léčbě postiženého místa – každý den, všeobecná sestra.
6. Povzbuzuj pacienta k vyjádření pocitů – každý den, všeobecná sestra.
7. Informuj pacienta o důležitosti zvýšené hygieny (po každé stolici) a následnému řádnému vysušení v oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
8. Názorně ukaž pacientovi správné nanášení masti do oblasti konečníku – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
9. Informuj pacienta o možných nežádoucích účincích krému a pouč ho o neprodleném nahlášení případných komplikací – 1. den hospitalizace, všeobecná sestra.
10. Zaznamenávej všechny změny v hojení postižené kůže do ošetřovatelské dokumentace – každý den, všeobecná sestra.

Realizace (1. den hospitalizace, 3. 9. 2012):

Pacienta jsem uložila na nadstandardní pokoj, kde pobýval sám, měl tedy dostatečné soukromí. Kontrolovala a hodnotila jsem postižené místo v oblasti konečníku. Pacienta jsem seznámila a názorně mu předvedla aplikaci masti Infadolan do postižené oblasti. Vysvětlila jsem mu příčinu tohoto poškození a zároveň pacienta informovala o důležitosti zvýšené hygieny po každé stolici, následném usušení a přístupu vzduchu k postiženému místu. Také jsem pacienta upozornila na možné nežádoucí účinky masti, a poučila ho o neprodleném nahlášení případných komplikací zdravotnickému personálu. Pacientovi bylo vše jasné – Infadolan měl na pokoji a aplikaci masti prováděl samostatně podle potřeby. Používal jednorázové rukavice, kterých měl dostatek k dispozici a uměl je též likvidovat do speciálního sáčku k tomu určenému. Zaznamenala jsem proces hojení a aplikace masti do ošetřovatelské dokumentace. Noční sestra pacientovi doporučila polohu na boku během spánku s podkrytou peřinou pro lepší přívod vzduchu k ráně.

Realizace (7. den hospitalizace, 10. 9. 2012):

Intervence pokračovaly 2.-7. den beze změn, kromě intervencí č.: 1, 7, 8, 9. Ráno před nanášením vrstvy masti Infadolan jsem hodnotila stav kůže. Postižené místo bylo méně zarudlé, dobře se hojící. Sledovala jsem pacienta při aplikaci masti na postižené místo. Aktivovala jsem pacienta k procházení se po oddělení, aby prokrvil postižené místo. Proces hojení jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace.

Realizace (14. den hospitalizace, 17. 9. 2012):

Intervence již nadále nepokračovaly. S ošetřujícím lékařem jsme zkontrolovali stav kůže v okolí konečníku a s pacientem jsme se dohodli, že již není třeba aplikovat mast Infadolan. Rána se zcela zhojila.

Hodnocení (14. den hospitalizace, 17. 9. 2012):

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient udával zlepšení po nanášení masti do oblasti konečníku během 1. týdne hospitalizace.

Cíl dlouhodobý byl splněn. Pacientova kůže se v oblasti konečníku zhojila do 2 týdnů hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

9 Celkové zhodnocení péče

V průběhu hospitalizace se stav pacienta výrazně zlepšil a všechny stanovené cíle se podařily splnit před propuštěním do domácí péče. Od 1. dne hospitalizace byla pacientovi naordinována intravenózní léčba a speciální nutriční opatření – enterální výživa formou sippingu a tím se během hospitalizace snižovaly počty průjmovitých stolic a postupně se stabilizovala jeho tělesná hmotnost. S únavou pacient taktéž bojoval od 1. dne a postupně se zapojoval do denních aktivit. Podrážděná kůže v oblasti konečníku se zaléčila již 2. týden hospitalizace díky úbytku četných stolic, aplikace masti Infadolan a dodržování preventivních opatření.

Z počátku pacient pociťoval strach z budoucnosti, ale postupem času, kdy docházelo ke zlepšování komplikací nemoci, se pacientovi navracela i jeho nálada a chuť do života. Pacient byl po 3 týdnech propuštěn do domácí péče, s tím, že se zanedlouho dostaví na další gastroenterologické konzilium. Pacient i jeho rodina byli poučeni o všech dietních a preventivních opatření, kterými se musí řídit i v domácím prostředí. Z pohledu ošetrovatelského personálu, pacienta a rodinných příslušníků je péče kvalitní, efektivní.



Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetrovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.

Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPIA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppa.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>)