JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Sebepéče pacientů s nazogastrickou sondou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Ivana Chloubová

Autor:
Alena Blabolilová

2009

Self care in patients with a nasogastric probe

In the theoretical part anatomical sections of the digestive tract from the oral cavity to the small intestine are described. Possible indications for nasogastric probe placement, the method for placement and care of this invasive input are also discussed.

A questionnaire investigation was conducted. With an agreement of the head nurse the questionnaire inquiry was carried out in the Jablonec nad Nisou hospital. 7 patients with a nasogastical probe and 47 nurses form surgical and internal departments took part in the investigation. Closed questionnaires were distributed to the respondents. We focused on patients´ experience concerning limitations caused by the probe, such as fluid and food intake, breathing, hygiene, sleeping, dressing, walking, contact with their neighbourhood, whether they feel ashamed and who helps them eliminate the deficit in these activities. We also assessed the attitude of nurses working in surgical and internal departments to the same activities in patients with a nasogastric probe. The opinions of nurses and patients were compared. The investigation aimed at the group of nurses was extended by questions about nursing standards for the care of patients with a nasogastric probe.

Information obtained in this thesis will serve the hospital Jablonec nad Nisou management as a basis for evaluating suitability of recasting nursing standards relating to the care for patients with a nasogastric probe. It may also be a stimulus to organize professional seminars on the subject not only for nurses, but also for doctors in the

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sebepéče pacientů s nazogastrickou sondou vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním
vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou
ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou
v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Alena Blabolilová

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Chloubové za cenné a podnětné připomínky a metodickou pomoc při vypracování této práce. Dále děkuji všem pacientům a sestrám, kteří ochotně vyplnily mé dotazníky a vytvořily mi dobré podmínky k zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD……...….. 6

1. SOUČASNÝ STAV …… 7

1. 1 Definice pojmu nazogastrická sonda ……..... 7

1. 2 Anatomie a fyziologie úseků trávicího traktu, které souvisí se zavedenou nazogastrickou sondou ..…… 7

1. 3 Indikace pro zavedení sondy ……12

1. 4 Způsob zavedení a péče o sondu …….. 15

2. CÍLE A HYPOTÉZY ……..…… 21

2. 1 Cíle ……..……..…… 21

2. 2 Hypotézy……..……..……..... 21

3. METODIKA…….. 22

3. 1 Použité metody …… 22

3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku ……..……. 22

4. VÝSLEDKY ……..……... 23

5. DISKUSE ……. 57

6. ZÁVĚR ……. 61

7. LITERATURA ……..……. 62

8. KLÍČOVÁ SLOVA ……..…… 65

9. PŘÍLOHY ……..……... 66

ÚVOD

Během mého studia na Střední zdravotnickou školu a Vyšší zdravotnickou školu v Liberci, byla jedním z předmětů i odborná praxe. S praktickým zaváděním nazogastrické sondy jsem se poprvé setkala na Během mého studia na Střední zdravotnickou školu a diabetologii Nemocnice Liberec, kdy se staniční sestra snažila zasondovat pacientku, která měla obtíže s polykáním. Pacientka se zákroku se bránila a celé sondování vypadalo hrůzostrašně. Tehdy jsem proces zavádění nazogastrické sondy odsoudila. Měla jsem jej za nehumánní, krutý a tvrdila jsem, že: „ Toto nikdy pacientům dělat nebudu.“

Neuplynul ani rok a já začala pracovat na chirurgické JIP Nemocnice Jablonec nad Nisou. Najednou jsem pacientům zaváděla sondu několikrát měsíčně a už mi na tom nepřišlo nic divného. Pravdou je, většina nemocných spolupracovala a sondu měli tzv. na spád (žaludeční šťávy se zachytávají ve sběrných sáčcích).

Za další rok jsem přestoupila na standardní interní oddělení, kde jsem byla šokována. Sondu zaváděl lékař, výživu podávaly ošetřovatelky a po ukončení krmení byla sonda plná vzduchu, který nikdo před dalším krmením nikdo neodsál. Nesledovalo se reziduum nestrávené výživy.

Touto prací, bych ráda zjistila současný stav jak teoretický, tak praktický v přístupu sester k pacientům se zavedenou nazogastrickou sondou. Zajímá mě schopnost empatie sester vůči těmto nemocným, stav sebepéče pacientů z pohledu sester i nemocných.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1 Definice pojmu nazogastrická sonda

Sonda je podle Slovníku cizích slov: "pomůcka, přístroj nebo zařízení sloužící k prozkoumávání, zjišťování a měření něčeho těžce dostupného,…". (22 str.312)

V našem případě se jedná o zdravotnickou pomůcku, která je určena k zavedení do gastrointestinálního traktu, k jeho léčbě či vyšetření.

Sonda, o které mluvíme je nezávadná hadička z měkčeného plastu o různé délce a různého průsvitu. Vyrábí se sondy pro výplachy i výživu. Jsou i hadičky se závažím nebo rentgen kontrastní. (10)

Do trávicího ústrojí se sonda dostává dutinou nosní a její proximální konec je umístěn v žaludku. Odtud její název nazogastrická sonda. Jsou i sondy nazojejunální. Ty mají shodné místo vstupu do těla, ale končí až v jejunu tenkého střeva.

1. 2 Anatomie a fyziologie úseku trávicího traktu, které souvisí se zavedenou nazogastrickou sondou

Člověk ke svému životu, stejně jako ostatní organizmy, potřebuje získat energii. Jednou z možností je přijímat potravu, která je dále mechanicky a chemicky zpracována během trávení. Po této úpravě je transportována do buněk. Obtížně zpracovatelné zbytky jsou z těla vyloučeny. Všechny zmiňované postupy zajišťuje gastrointestinální trakt. (3)

Trávicí trubice je v celé své délce (ústa až rektum) tvořena od vnitř ven sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou vazivovou adventicií , kterou v dutině břišní nahrazuje lesklá serosa. (2)

Sliznice je růžová, místy načervenalá výstelka trávicí trubice. Povrch sliznice je krytý epitelem, pod kterým je v mnoha místech síť lymfatické tkáně. Sliznice může vytvářet řasy, papily, v tenkém střevě klky a je pokryta hlenem. (2)

Podslizniční vazivo je tvořeno řídkou vrstvou kolagenních vláken, ale bohatou sítí krevních a mízních cév, které pronikají do sliznice. V podslizničním vazivu je i nervová pleteň. (2)

Svalovina, někdy též užíván termín svalová vrstva či tunica musculáris je nejsilnější vrstvou trávicí trubice. Její významnou část tvoří hladká svalovina, pouze začátek to je od dutiny ústní do dvou třetin jícnu a zevní svěrač konečníku jsou ze svaloviny příčně pruhované. Hladká svalovina má dvě vrstvy. Vnitřní se obtáčí, zevní vrstva je vedena podélně. Díky stahům hladké svaloviny, zajištěným sympatickým a parasympatickým nervovým systémem, je strava posouvána do dalšího úseku trávicí trubice a je zajištěna peristaltika. Ve svalovině jsou zároveň i senzitivní nervy , uplatňující se při bolestivých počitcích. (3)

Zevní vazivová vrstva v dutině břišní je tvořena dvouvrstvou pobřišnicí (peritoneem). Jeden z listů pokrývá stěnu břišní dutiny a druhý přiléhá k povrchu orgánů. Oba listy peritonea uzavírají a dělí dutinu břišní na peritoneální a retroperitoneální. Pobřišnice tvoří řasy, které vnitřní orgány fixují na nejvhodnější místo jejich uložení. (15)

Mimo dutinu břišní je zevní vrstva tvořena vazivem. (2)

Chemické reakce v trávicím ústrojí zajišťují exokrinní žlázy. Velké žlázy jsou uloženy mimo trávicí trubici a jsou s ní spojeny vývodem. Mezi velké žlázy patří slinné žlázy, játra a pankreas. (2)

Dutina ústní je první úsek trávicího systému. Najdeme zde jazyk a zuby, které zajišťují mechanické zpracování potravy. Zároveň sem vyúsťují vývody slinných žláz. Sliny jsou prvním chemickým působkem přicházejícím do kontaktu se soustem. Dutina ústní je rozdělena zubním obloukem na předsíň a vlastní dutinu. Zevní hranici předsíně tvoří rty a tváře. Uvnitř dutiny je tvrdé a měkké patro, oddělující dutinu ústní do dutiny nosní. (3)

Jazyk společně s přídatnými svaly tvoří spodinu úst. Je z příčně pruhované svaloviny. Horní a boční strany jazyka jsou kryty papilami s chuťovými pohárky (receptory chuti) či receptory tlaku. Jazyk používáme při žvýkání, polykání, a řeči. (13)

Zuby jsou uloženy v zubních alveolech v dásních, kde tvoří horní eliptický a dolní parabolický oblouk. Chrup slouží k uchopování, dělení a rozmělňování stravy. Každý zub má korunku, krček a kořen. Zároveň se skládá ze zuboviny, která je na korunce, kryta sklovinou a na koření a krčku zubním cementem. Zubovina je pro své anorganické složení tvrdší než kost, přesto si zachovává svojí pružnost. Uvnitř zubu je dřeňová dutina vyplněná zubní dření s cévami a nervy. V ústech máme zuby tvarově i funkčně specializované. Jiný tvar mají řezáky, špičáky, zuby třenové i stoličky. Rozdíly jsou patrné mezi zuby mléčnými a chrupem stálým. (2)

Slinné žlázy jsou uloženy v samotné dutině ústní i v jejím blízkém okolí. Můžeme je podle velikosti rozdělit na malé (ty jsou roztroušené na patře, povrchu jazyka, ve sliznici předsíně dutiny ústní a na vnitřní straně tváří a rtů), a velké (žláza příušní, podjazyková a podčelistní). Jak již bylo řečeno, sliny, produkované slinnými žlázami začínají štěpit potravu. Zároveň zvlhčují sliznici úst i jednotlivá sousta a umožňují snazší sklouznutí do dalšího úseku trávicí trubice. Produkce slin je podmíněna drážděním parasympatických nervových vláken, mnohdy současně spojené s chuťovými, čichovými i zrakovými vjemy.(3)

Než budeme pokračovat dalšími úseky gastrointestinálního traktu, je třeba připomenout anatomií a fyziologií dutiny nosní a nosohltanu.

Dutinou nosní začínají dýchací cesty. Její strop i dno jsou kostěné, chřípí je z chrupavky. Nos je rozdělen na dvě poloviny radličnou kostí a chrupavkou. V každé nosní dutině jsou tři horizontálně odstupující skořepy dělící dutinu na horní, střední a dolní průchod. Výstelku dutin tvoří na cévy bohatá sliznice s cylindrickým epitelem a hlenovými žlázkami. Hlen zachytává vdechované nečistoty a řasinky je kmitavým pohybem „odnesou“ na místo pro nejvhodnější odstranění kýchnutím, smrkání, nebo polknutím. Nosní dutina svým umístěním a anatomickým uspořádáním je předurčena pro ohřev a zvlhčení vdechovaného vzduchu, rozeznávání pachů pomocí čichových receptorů. Má také antibakteriální význam díky mízním podslizničním uzlíkům. Je i rezonanční dutinou pro tvorbu zvuku. (15)

Nosohltan je jednou ze tří částí hltanu. Je uložen nejvýše, následně přechází do ústní a hrtanové časti *hltanu*. V nosohltanu jsou uloženy nosní mandle z lymfatické tkáně. Je zde vyústění Eustachovy trubice komunikující se středouším. Pro ústní část hltanu je typická bohatá lymfatická tkáň, známá jako krční mandle. Hrtanová část navazuje na předchozí úseky. Jeho přední část přechází v hrtanovou příklopku bránící vniknutí sousta do dýchacích cest. Na hltan navazuje jícen. (2)

Polykací reflex se uplatňuje při přechodu sousta do ústní časti hltanu. Nejprve se zvedne měkké patro a tím se uzavře vchod do nosohltanu. Následuje sklopení epiglottis, čímž se uzavře vstup do dýchacích cest a přeruší se dýchání. Pak se k sobě přiloží hlasivkové vazy, a ochabne jícnový svěrač. Nakonec se stáhne svalovina hltanu a tím sklouzne sousto do jícnu. (15)

Jícen je asi 25 cm dlouhá svalová trubice o klidovém průměru 1,5 cm. Pokud je potřeba, je jícen schopen rozšířit svůj průsvit na dvojnásobek. Jícen navazuje na hltan v oblast krku, sestupuje za tracheou do dutiny hrudní. Pokračuje dolů zadním

mediastinem hrudní dutiny a bránicí do dutiny břišní, kde ústí do žaludku. V dolní polovině hrudní části jícnu na jícen naléhají vagové nervy, které se zde notně větví a tvoří kolem jícnu nervovou pleteň. Břišní úsek jícnu je nejkratší. Jícen má po celé své délce tři zúžení, která jsou rizikovými body pro perforaci nebo strikturu po požití zásady nebo kyseliny. (3)

Žaludek je vakovitě rozšířený úsek trávicí trubice, uložený v dutině břišní pod levým žeberním obloukem. Prázdný žaludek má 25 cm na délku, široký při fundu 4 – 5 cm, u pyloru 1,5 cm, váží asi 130 gramů. Objem žaludku činí průměrně 1 litr. Žaludek má dvě zakřivení. Vlevo velkou kurvaturu, vpravo malou kurvaturu (ohbí). Jícen do žaludku vstupuje česlem, kardií, u malého ohbí. Na druhém konci žaludek spojuje s tenkým střevem pylorus. Žaludek jako orgán má tři časti. Nejvýše (pod bránicí) se vyklenuje fundus, který obsahuje vzduchovou bublinu. Vzduch se sem dostane společně s přijmutou potravou. Vpravo pod klenbou je kardie (česlo). Druhou, sestupnou a doprava se klonící část tvoří tělo žaludku, corpus gastricum. Následuje koncová, mírně vzestupná pylorická část, na kterou navazuje pylorický kanál a samotný pylorus. Žaludek má řadu dalších anatomicky popsaných částí (dutiny, zlomy,…), těmi se však nebudeme zabývat. (2)

Aby žaludek v dutině břišní jen tak volně „nevysel“ na jícnu, je připevněn malým omentem k jaterní spodině v oblasti malého zakřivení. Velkou kurvaturu fixuje velká předstěra. (15)

Sliznice žaludku je sytě červená, tvořící podélné řasy. Ty jsou největší u malé kurvatury, kde z nich je takzvaná Waldeyerova cesta pro tekutou stravu. Mezi jednotlivými řasami jsou patrná vyústění žaludečních žláz, které produkují žaludeční šťávu. Ta obsahuje enzymy potřebné k štěpení bílkovin (pepsinogen a lipázu), kyselinu chlorovodíkovou a Castleho faktor chránící vitamín B12. Mimo žlázy produkující trávicí šťávu, jsou v sliznici i žlázky hlenové s ochrannou funkcí žaludeční stěny a žlázy s vnitřní sekrecí. Ty tvoří hormony např.: glukagon pro rychlé získání energie z glykogenu v játrech, gastrin tlumící tvorbu kyseliny chlorovodíkové a další. Pod sliznicí je řídké, bohatě cévně zásobené podslizniční vazivo. Svalovina žaludku je poměrně silná, uspořádaná do tří vrstev – kruhové, nejsilnější v pylorické časti, podélné, nejsilnější v průběhu obou kurvatura a šikmé, odstupující od kardie k velké kurvatuře. Zevně žaludek pokrývá viscerální peritonemu. (3)

Peristaltika žaludku probíhá ve vlnách vycházejících z kardie. Vlny vznikají každých 15 – 30 sekund a jejich cesta po celém žaludku až k pyloru trvá zhruba

minutu. V jeden okamžik tak mohou probíhat 3 – 4 vlny naráz. Největší stah je vždy v pylorickém kanále. (2)

Tenké střevo je složeno ze tří částí: duodenum (dvanácterník), jejunum (lačník) a ileum (kyčelník). Sliznice tenkého střeva je světle růžová, na povrchu má cylindrický epitel s vysokou resorpční schopností. Výstelka střeva je uspořádaná do příčných řas, jejichž počet se v druhé polovině tenkého střeva klesá. Velmi drobné výběžky, klky, společně s řasami zvyšují resorpční plochu sliznice přibližně na 7 metrů čtverečních. Vstřebané cukry, aminokyseliny a část mastných kyselin je převedena do krevního řečiště díky bohaté síti kapilár. Na sliznici nasedá řídké slizniční a podslizniční vazivo. Následuje hladká svalovina, která se při resorpci látek 3 – 6krát do minuty kontrahuje. Stahy svalů jsou kývavé, segmentační a peristaltické. Povrch střeva je kryt průhlednou serosou. (2)

Duodenum je nejkratší částí tenkého střeva a navazuje na žaludek. Je podkovovitého tvaru. Zvláštnostmi sliznice dvanácterníku jsou klky ve tvaru lístků. Další zajímavostí jsou Brunnerovy žlázy, které produkují alkalický hlen chránící sliznici střeva před kyselou žaludeční natráveninou a upravuje její pH. Mezi specifika duodena můžeme zařadit i podélné vyvýšení asi 10 cm za pylorem, kde je umístěna Vateriho papila jako hlavní vývod slinivky břišní a žlučovodu. O 2 cm výše je Santoriniho papila, do níž ústí přídatný pankreatický vývod. (2)

Jejunum a ileum tvoří jednotný celek jejunoileum. Jeho délka je proměnlivá od 3 do 5ti metrů a závisí na věku, svalovém napětí, složení stravy a množství střevní náplně. Kličky jejuna jsou uloženy hlavně v levém horním segmentu dutiny břišní. Ileum má kličky především v pravém dolním kvadrantu. Jejunoileum je v břišní dutině fixováno mezenteriem. (3)

Játra jsou největší orgán lidského těla, hnědočervené barvy, uložený v pravém žeberním oblouku, kde jej kryje a fixuje Glissomovo jaterní pouzdro. Játra jsou rozdělena na dva větší a dva menší laloky. K těm větším patří pravý a levý jaterní lalok. Těmi menšími laloky jsou na dolní ploše jater lalok dolní duté žíly a vedle žlučníku ležící čtvercový lalok. Celkem se játra dělí na osm segmentů, přičemž každý segment má své cévní řečiště a odvodný žlučovod. Jaterní segmenty se dále dělí na jednotlivé lalůčky, utvořených z hepatocytů. Jedná se o trámce jaterních buněk uspořádaných ve dvojicích, naměřovaných krevním polem okolo centrální žíly. Tím vzniká šestiboký jaterní lalůček, do kterého vstupují větve jaterní tepny a vrátnicové žíly a vystupuje centrální žilka. Centrální žilky se spojují do tří jaterních žil ústících do dolní duté žíly.

Mimo krevních pólů, mají játra i póly žlučové, kde začínají žlučové cesty. Játra mají řadu funkcí: probíhá v nich syntéza, ukládání a uvolňování vitamínů a glykogenu, dále detoxikují jedovaté látky, fagocytují opotřebované erytrocyty a některé bakterie, zajišťují syntézu krevních bílkovin a tvorbu krevních faktorů V – XIII, mají i další úlohy. (13)

Na játra navazují *žlučové cesty*. Jak již bylo řečeno, žlučové cesty začínají ve žlučových pólech jaterních buněk. Vytvořená žluč dále stéká do postupně se sbíhajících jaterních žlučovodu, do pravého a levého žlučovodu (levý vychází z levého a pravý z pravého jaterního laloku). Oba žlučovody se po opuštění jater spojují ve společný jaterní vývod. K tomu se připojuje vývod ze žlučníku a pokračuje až k Vateriho papile v duodenu jako žlučovod. Žlučník leží na spodní ploše jater, má hruškovitý tvar. Je rezervoár žluči, kterou je schopen bolusově uvolnit v případě potřeby. Žluč najde své uplatnění při emulgaci tuků a umožňuje vstřebávání mastných kyselin. (14)

Pankreas, slinivka břišní. Jedná se o žlázu s vnitřní a vnější sekrecí. Je podlouhlého tvaru, uložena v retroperitoneu pod žaludkem. Slinivka břišní má čtyři části: hlavu, krček, tělo a ocas.Exokrinní (vnější) funkce je založena na tuboloalveolárním principu, který je zajištěn drobnými lalůčky vytvářejících pankreatickou šťávu. Ta díky svým enzymům umožňuje trávení bílkovin, cukrů a tuků. Pankreatická šťáva odchází z jednotlivých lalůčků nejprve vývody, následně kanálky, jež se spojují do Wirsurgiho kanálu. Kanál prochází celou slinivkou břišní od jejího ocasu až k Vateriho papile ve dvanácterníku jako společný vývod žlučových a pankreatických cest. Mimo tento hlavní vývod, má pankreas i vývod vedlejší, Santoriniho kanál. Endokrinně (vnitřně) ve slinivce působí Langerhansonovy ostrůvky, kde se vytváří hormony inzulín a glukagon udržující glykémii. (12)

1. 3 Indikace pro zavedení sondy

Indikace k zavedení nazogastrické sondy jsou poměrně rozsáhlé. V zásadě se dají rozdělit na uplatnění při diagnózách neurologických, chirurgických a interních.

Nejčastějším neurologickým problémem, který se řeší zavedením sondy je dysfagie. Jedná se o poruchu polykání u pacientů s akutním onemocněním nervové soustavy. Do této skupiny můžeme zařadit cévní mozkovou příhodu, encefalitidu, úraz mozku spojený s krvácením do lebních prostor. Další skupinou jsou chroničtí

neurologičtí pacienti, kteří trpí Parkinsonovou nemocí, demencí spojenou s pokročilou svalovou atrofií a lidé s apalickým syndromem po kraniocelebrálním krvácení. Nazogastrická sonda se zavádí z důvodu prevence aspirace a k zajištění krátkodobé nutrice. Pokud se předpokládá dlouhodobé trvání neschopnosti přijímat per orálně potravu a tekutiny z důvodu porušeného polykání, přistupuje se k jiným postupům, např. PEG. (4)

V chirurgii má své odůvodnění zavedení nazogastrické sondy při resekčních zákrocích jícnu, resekcích žaludku podle Billrotha nebo gastrektomiích, při gastroenteroanastomoze a operacích duodena. Dalším důvodem mohou být záněty gastrointestinálního traktu, např. akutní zánět slinivky břišní (pancreatitis acuta), peritonityda. Jako krátkodobá příprava je sonda indikována u náhlých příhod břišních, především u obstrukčních a paralytických a u úrazů dutiny břišní. K nutrici se využívá u popálenin. Je možností terapie u krvácení do trávicí trubice při peptickém vředu nebo lékové erozi. Pokud je zdrojem krvácení jícen (jícnové varixy při portální hypertenzi u cyrhotiků), zavádí se z terapeutických důvodů Sengstakenova - Blakemoorova sonda. U žaludečního krvácení je sondou podáván chladný roztok a jí odsávána krevní kolagula. Nejčastějším důvodem u chirurgických diagnóz je odsávání žaludečního obsahu, aby nedošlo ke dráždění trávicí trubice. Po resekcích horní části trávicího ústrojí, je sondou zajištěna nutrice pro zachování střevní motility(8, 23, 25)

Z interních onemocnění, u kterých je vhodné indikovat aplikaci nazogastrické sondy je zcela jistě malnutrice u pacientů s cystickou fibrózou, ulcerózní kolitidou, s pozdními komplikacemi syndromu krátkého střeva a v paliativní péči o onkologicky nemocné. Sondou je zajištěn enterální příjem výživy, tekutin i léků. (8, 17)

Jak je z uvedených indikací patrné, žaludeční sonda se nejčastěji používá při potřebě zajistit enterální nutrici. Pokud je horní úsek trávicí soustavy funkční, je možné používat doplňkovou výživu s využitím sondy. V opačném případě je nutno zajistit dlouhodobý enterální příjem. (8)

Invazivním zákrokům, které mají zajistit možnost „přirozeného“ podávání výživy do trávicího traktu, by mělo předcházet zhodnocení stavu výživy. Proto je třeba se ptát na dvě otázky: Jaký má pacient dlouhodobý nutriční stav? Jaký je současný metabolický stav nemocného? Tato otázka se může dále rozvést do podotázek: Je nemocný v anabolické (výživné) nebo katabolické (ztrátové) fázi metabolismu? A Na jaké úrovni je katabolismus proteinů. (1)

Anděl uvádí, že:„ kritéria pro nutriční diagnostiku musí splňovat celou řadu podmínek. Měla by být dle Mullena a Buzbyho:

- jednoznačně normální u nemocných bez známek protein – kalorické malnutrice,
- jednoznačně abnormální u nemocných se známkami protein – kalorické malnutrice,
- relativně neovlivnitelná jinými faktory, které nejsou ve spojitosti se stavem výživy,
- měla by se normalizovat po adekvátní nutriční intervenci.“ (1, str. 26)

Dále Anděl uvádí, že:“ všechna schémata k hodnocení dlouhodobého stavu výživy užívají různá kritéria, aby bylo možno odpovědět na následující otázky:

- jaká je a jak se změnila tělesná hmotnost,
- jaká je statická energetická rezerva (měření zásob tuku),
- jaká je statická proteinová rezerva (měření zásob kosterního svalstva),
- jaké je syntéza proteinů (měření hladin plasmatických proteinů),
- jaký je stav imunity.“ (1)

Podvýživa si tedy zaslouží stejnou pozornost jako obezita. Vždyť obě vychází ze shodného problému špatné výživy a mají vážné důsledky na zdravotní stav populace. (18)

Ve svém článku Skálová cituje profesora Hiesmayra: “Již dnes existují praktická a snadno realizovatelná opatření pro boj s podvýživou. Sledování denního přijmu potravy u pacienta by se mělo stát stejnou standardní procedurou jako měření teploty.“ (18)

A jaké jsou možnosti enterální výživy do žaludku a střev, pokud per orální selže? Jednou variantou je perkutánní endoskopická gastrostomie známá pod zkratkou PEG. Jedná se o žaludeční sondu, která se zavádí při gastroskopii a je vyvedena přes stěnu žaludku a břicha ven na kůži. Celý zákrok se provádí na gastroenterologii za asistence anesteziologa. Pozitivem PEG je poměrně malé množství komplikací ve formě zánětů, aspirací. Péče o stomii je snazší, PEG je lépe zajištěna před vyklouznutím. Nemocní s PEG jsou klidnější, lépe spolupracují a sonda je i esteticky přijatelná. Je výhodná pro dlouhodobý příjem potravy. Komplikací může být krvácení, vznik peritonitidy. I samotné zajištění PEG může být znepříjemněno aspirací při analgosedaci. Mnohdy je pro nemocného nepřístupná z důvodu omezené dostupnosti specializovaného pracoviště. U pacientů se špatnou prognózou přežití se také ustupuje od tohoto výkonu pro jeho relativní cenovou náročnost a zajišťuje se jiná, levnější varianta. (4)

Další možností je PEJ, která se zavádí obdobně, ale cílovou částí trávicího traktu je jejunum. Mimo perkutánní endoskopické stomie jsou využívány i tenké nazojejunální sondy a už tolik zmiňované sondy nazogastrické. (9)

V případě, že pacient není schopen dostatečného enterálního přijmu, je povinností zvážit a zajistit parenterální výživu. Infúzní nutrice může být stejně je enterální krátkodobá, dlouhodobá, úplná, doplňková. Osmolalita podávaného roztoku určuje, jak bude podávaný preparát aplikován, zda do periferní nebo centrální žilní linky. Periferní žilní přístup nesnese dlouhodobé podávání vysoce osmolárního přípravku. V současnosti jsou oblíbené infúzní systémy All – in – one, kde jsou obsaženy potřebné složky (glukóza, lipidy, aminokyseliny, minerály, vitaminy a stopové prvky). Péče o pacienta s parenterální výživou je shodná s péčí o jakéhokoli pacienta s infúzní terapií. Přístup ošetřovatelského personálu je sterilní, u centrálního žilního katétru je kontraindikováno katétr používat k jiným účelům, než aplikaci léků a výživy. Nevýhodou parenterální výživy je její cena a zvýšené riziko vzniku infekce z důvodu porušené kožní integrity.(9)

1. 4 Způsob zavedení a péče o nazogastrickou sondu

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, nazogastrická sonda je nejčastěji zaváděna u nemocných neschopných přijímat potravu ústy. Většinou se jedná o krátkodobé opatření. Před zahájením podávání výživy sondou do žaludku je nutné nejprve zjistit, jak velké množství žaludečního odpadu sonda odvedla. Pokud je odpadu méně jak 200ml za 24 hodin, je vhodné začít s krmením. (9)

Ale než se začne krmit, je potřeba zavést nazogastrickou sondu. Sonda se zavádí na jeden až několik týdnů. Před samotným výkonem by měl být nemocný seznámen s postupem a důvodem zavádění sondy. Nemělo by se zapomenout nemocnému říci, že zavádění je nepříjemné a s jeho spoluprací bude celý výkon rychlejší a i pro nemocného méně náročný. (13)

K výkonu se používají tyto pomůcky: vhodná nazogastrická sonda (pokud je gumová, měla by být chlazená, pokud plastová, tak ohřátá), Mesocain gel, emitní miska, stříkačka o objemu 50 ml, fonendoskop, jednorázové rukavice a zástěra, náplast k upevnění sondy, nůžky, buničitá vata. Barbara Workman doplňuje pomůcky o sterilní vodu nebo fyziologický roztok, modrý lakmusoví papírek na zjištění pH žaludečního

obsahu a při použití Rylesovy sondy kohoutek. (s. 175) Kozierová dodává ještě zavírací špendlík a elastické obinadlo k fixaci sondy k oděvu nemocného, utěrku či bryndák k otření a dle potřeby svorky a odsávačku. (s. 1023) Sedláková přidává i sběrný sáček pro případ, že by sonda byla určena ke sběru žaludečních šťáv na spád. (s. 370) (17, 24)

Postup zavádění nazogastrické sondy je následovný: Uložte pacienta do Fowlerovy polohy a hlavu mu pohodlně podložte polštářem. Rozhodněte, který nosní průduch použijete. Zjistěte, zda pacient nemá nějaké deformity uvnitř nosu. Vhodnější k zavedení je nosní dírka s větším průchodem vzduchu. Dalším krokem sestry je umýt si ruce a oblečení zástěry a rukavic. Následuje vyndání sondy z obalu a změření vzdáleností od špičky nosu pacienta ke konci jeho ušního lalůčku a odtud po konec sterna. Naměřenou vzdálenost označte. Pokud může nemocný polykat, dejte mu do rukou skleničku s nápojem a slámkou na pití. Sondu potřete Mesocain gelem, zasuňte do vybraného nosního průchodu a požádejte pacienta, aby lehce zaklonil hlavu. Sondu jemně posouvejte k nazolaryngu (asi 15 cm délky sondy). Při posunu sondy do nosohltanu je třeba vyvinout mírný tlak, proto můžou některým pacientům vstoupit do očí slzy, což je přirozená reakce. Pokud se v průběhu zasouvání setkáte s odporem, vytáhněte sondu, opět natřete gelem a zasuňte ji do druhé nosní dírky. Když je vše v pořádku, požádejte nemocného, aby dal bradu na hrudník, tak se uvolní cesta do faryngu a ne do hrtanu. Vyzvěte nemocného, ať vypije doušek vody, ale nepolyká ji. Při polknutí sondu posuňte do 10 – 15 cm. Jestliže má nemocný v průběhu výkonu pocit nauzey, je vhodné zasouvání zastavit, vyzvat nemocného k prodýchání a napití. Pokud je vše v pořádku, zasouvejte sondu až po značku udělanou při odměřování. Pacient je při výkonu nápomocný polykáním tekutiny. Zda je sonda správně umístěna zjistíte vstříknutím 20 – 30 ml vzduchu do sondy, zároveň fonendoskopem poslouchejte přes epigastrium bublání v žaludku. Jinou metodou je aspirace žlutozelených žaludečních šťáv a jejich vyšetření pH. Jestliže příznaky nejsou pro zavedení nazogastrické sondy do žaludku dost přesvědčivé, posuňte ji o 5 cm a testy zopakujte. Následuje fixace sondy před vyklouznutím. Pokud má pacient mastnou pokožku, je vhodné ji nejprve vysušit alkoholem, aby náplast lépe držela a opakovaně se neodlepovala. Odtočte a ustřihněte dostatečně dlouhý kus náplasti. Možnosti samotného fixování jsou různé a vychází se ze zvyklostí oddělení. Kozierová popisuje podélní roztržení náplasti, aby na druhém konci zůstaly 2,5 cm v celku. Nenatrženou část nalepte na hřeb nosu a volné konce obtočte kolem sondy. (s. 1024) Oproti tomu Workman tento postup zkracuje na:“ Sondu pevně

přilepte měkkou náplastí tak, aby to vyhovovalo panu Palmerovi, např. pod lícní kostí, a zatočte kolem ucha.“ (s. 177) Čili neudává žádný konkrétní postup fixace. Zavedenou a fixovanou sondu podle ordinace lékaře uzavřete kolíčkem nebo napojíme na sběrný sáček. Provedete zápis do dokumentace a uklidíte pomůcky. (13, 24)

Jiným způsobem zajištění nazogastrické sondy je pevná fixace. Provádí se po zavedení slabé odsávací cévky do stejné nosní dírky kde už je sonda. Do druhé dírky je zavedena silnější odsávací cévka. Obě cévky jsou před zavedením potřeny Mesocain gelem a jsou zavedeny do hltanu, kde jsou vidět otevřenými ústy. Oba konce cévek jsou vytaženy ústy ven pomocí Magillových kleští. V ústech se zaoblené konce cévek odstřihnou a užší cévka se zasune alespoň 5 cm do širší cévky. Poté je širší cévka opatrně vytahována ven z nosu. Zároveň je vytažen i konec užší cévky, obě cévky jsou rozpojeny, užší cévka je zkrácena a k sondě pevně nití přivázána asi 4 cm od nosu. Sonda je tak pevně fixovaná a nemůže vyklouznout. (17)

O sondu po jejím zavedení je třeba i nadále pečovat, především aby se neucpala. Proplachuje se převařenou vodou před i po krmení. U nemocných s kontinuálním krmením v 6ti hodinových intervalech. Sonda se proplachuje před, při a po aplikaci léků. Z lékových forem se dává přednost lékům rozpustným, sirupy je doporučováno ředit vodou. Pokud se podává více jak jeden lék, je třeba léky podávat jednotlivě a vždy dostatečně sondu propláchnout. Sonda se nejčastěji ucpe žaludečním obsahem. Proto, např. u akutní pankreatitidy, náhlých příhod břišních a dalších diagnóz, je vhodné zvolit sondu se silnějším průsvitem. (24)

Co se týče příjmu potravy přes nasogastrickou sondu, může být podávána kontinuálně pomocí enterálních pump nebo gravitačně samospádem, ale i bolusově. Mezi pomůcky potřebné ke krmení mimo funkční sondy a ordinovaného přípravku enterální výživy patří i jednorázové rukavice, stříkačka o objemu 50 ml popřípadě Janettova stříkačka, převařená voda, čtverce buničiny, plán krmení u bolusové formy podávání, u kontinuálního krmení ještě láhev se sterilní vodou, perforační jehlu, stříkačku o objemu 20 ml, enterální set a enterální pumpu. Po přípravě pomůcek je vhodné psychicky připravit nemocného na krmení pomocí sondy. Umyjte si ruce. Pomozte nemocnému zaujmout Fowlerovu polohu, pokud není sed kontraindikován. Vhodná je i poloha na pravém boku s mírně zdvihnutou hlavou. Zkontrolujte, zda poloha sondy je správná odsátím žaludečního obsahu do stříkačky. Zároveň zjistíte reziduum nestráveného přípravku z předchozího krmení. Pokud nebylo stráveno více jak 50 ml z posledního krmení (bylo naaspirováno více jak 50 ml přípravku do

stříkačky), informujte lékaře a ten určí další postup, zda jedno krmení vynechat, nebo určí velikost současné porce. Aspirovaný obsah vrátíme zpět do žaludku. (13, 24)

Při kontinuálním podávání nejprve propláchněte sondu 20 ml sterilní vody, následně láhev s nutričním přípravkem řádně protřepejte, odstraňte její víčko a na hrdlo láhve nasaďte nový jednorázový enterální set. Sety se vyměňují denně. Láhev zavěste do stojanu dnem vzhůru a naplňte set přípravkem a na konec hadičky. Pak set vložte podle pokynů výrobce do enterální pumpy a napojte na sondu. Zapněte pumpu, zvolte rychlost aplikace, zpusťte podávání. Sledujte možné komplikace jako dušnost, cyanóza a další příznaky dýchacích obtíží. Pokud se objeví některý ze symptomů podávání do dýchacích cest, okamžitě aplikaci ukončete a informujte lékaře. Do dokumentace nemocného zapište čas zahájení krmení, set označte datumem a časem nasazení. Při každém přerušení krmení sondu propláchněte alespoň 20 ml sterilní vody. Polohu sondy kontrolujte po 24 hodinách, po fyzioterapii, zvracení nebo nebezpečném kašli. (24)

U gravitačního podávání odstraňte píst stříkačky a napojte ji na uzavřenou sondu, aby se nezvětšovala vzduchová bublina v kardii žaludku. Naplňte stříkačku nutričním přípravkem a otevřete sondu. Zajistěte, aby do sondy podávaná porce nevtékala příliš rychle tak, že stříkačku dáte do úrovně nosu. Čím výše stříkačku zdviháte, tím porce rychleji ztéká do žaludku. Rychle podávaná dávka může vyvolat reflexní zvracení, křečovité bolesti břicha nebo meteorismus. I po gravitačním krmení je nutno sondu ještě propláchnout převařenou vodou. Dávejte pozor, aby se do sondy nedostal vzduch. Následně sondu uzavřete a její zevní konec zakryjte. Nezapomeňte provést záznam do dokumentace a uklidit pomůcky. (13)

Bolusové podávání znamená krmení v pravidelných intervalech, nejčastěji po 3 hodinách s noční pauzou. První dávka má objem 50 ml, další 100 ml a následuje porce o 150 ml. V této fázi se podává pouze tekutina. Pokud je dobře nemocným snášena, přechází se na enterální výživu se stejným postupným navyšováním dávek. Konečné množství na jednu porci bolusu připadá asi 330 ml izokalorického přípravku nebo 250 ml přípravku hyperkalorického . I u bolusového podání se uklízí pomůcky a provádí zápis do dokumentace nemocného. (9)

Do nazogastrické sondy je kontraindikováno podávat jinou než farmaceuticky připravovanou stravu. Kuchyňsky připravovaná stava je pro pacienty obtížně stavitelná. Nevýhodou je i neznalost množství jednotlivých složek potravy, ale hlavně, nevyhovuje hygienickým předpisům. Oproti tomu komerční přípravky obsahují všechny složky běžné stravy; bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny a minerály v optimálním poměru.

Průmysl nabízí poměrně rozsáhlý sortiment. Jednou z možností je podat nemocnému polymerní enterální výživu. Může být aplikována do žaludku i prvních dvou úseků tenkého střeva. Její osmolalita je většinou nízká. Po stránce chuťové i čichové je korigovaná. Druhou variantou jsou diety elementární a oligomerní, které jsou díky svému složení velmi dobře absorbovatelné a tudíž bezezbytkové. Poslední průmyslově vyráběná skupina je tvořena orgánově specifickými formulemi. Ty se podávají u cílené léčby specifických onemocnění. Při přípravě a skladování preparátu je nutno se řídit doporučením výrobce. Pokud je připravovaná formule skladována v lednici, vždy ji před podáním ohřejte na pokojovou teplotu. Příliš chladná strava tlumí sekreci žaludečních šťáv a při podání teplé dávky může dojít k popálení sliznic trávicí trubice i přes sondu a žaludeční stěna je nadměrně drážděna. Mezi nejčastěji používané přípravky patří produkty firem Nutricia a Fressenius Kabi. (11, 14 , 16)

Mezi další postupy, které spadají do péče o nazogastrickou sondu patří: péče o dutinu ústní, obzvláště není – li zajištěn ani příjem tekutin ústy; kontrola stavu sliznic dutiny nosní, nebezpečné jsou otlaky nosní sliznice v místě kde sonda naléhá na tkáň, dále kontrola fixace sondy. Při jakémkoli odpojování sondy od stříkačky, enterálního setu nebo sběrného sáčku, dbejte na to, aby sonda byla pevně uzavřená např. peanem a zamezilo se tak vniknutí vzduchu do sondy. (13, 24)

I enterální výživa má stejně jako jakýkoli jiný výkon své kontraindikace absolutní a relativní. Těžký nestabilizovaný stav nemocného je považován za základní absolutní kontraindikaci. Z vitálních důvodů je třeba pacienta nejprve stabilizovat, zajistit životní funkce a odstranit primární příčiny onemocnění. Mezi další absolutní kontraindikace patří šokové stavy, úrazy spojené s krvácením do trávicího traktu nebo perforacemi střev, operace, acidóza, těžká hypoxie, mechanické a zánětlivé náhlé příhody břišní, obtížně zvládnutelné silné zvracení bránící zavedení nazogastrické sondy, vrozené metabolické poruchy, atd. Nicméně nové postupy poukazují na vhodnost započetí časné enterální výživy alespoň malým množstvím přípravku i u těchto velmi vážných a život ohrožujících stavech. I nutričně nevýznamná porce má pozitivní vliv na střevo a jeho mikroflóru. (7, 9)

Relativní kontraindikací je těžký průjem, paralytický ileus, tracheoezofageální či enterokutánní píštěle, dále stavy, které mohou vést k aspiraci podávané výživy do dýchacích cest, popřípadě těžké leze sliznice dutiny ústní, aj.. Pokud je sonda zavedena až do jejuna přestává být kontraindikována výživa např. u akutní pankreatitidy, žaludeční atonie, zvracení…(7, 9)

Komplikace spojené se zavedením nazogastrické sondy jsou často spojeny s jejím umístěním a to dráždění nosní sliznice, vznik ulcerací a dekubitů. Sonda působí jako překážka spontánního dýchání. Pro nemocného je nepohodlná, překáží mu při sebeobsluze. U nemocných s mastnou kůží, zvýšenou tělesnou teplotou či horečkou se fixace sondy často odlepí a sonda snadno vyklouzne. Pokud je špatně zavedena může dojít k aspiraci s následnou pneumonií a dislokaci nelze kontrolovat zrakem. Přípravky enterální výživy často u nemocných vyvolávají průjem nebo zácpu, nauzeu, plynatost a regurgitaci. Na druhé straně výhodou je cenová dostupnost a poměrně snadné zajištění. (4, 6, 14)

Do postupů týkajících se péče o nazogastrickou sondu patří i její odstranění. Potřebujete buničitou vatu, igelitový pytel, jednorázové rukavice, podle potřeby stříkačku o objemu 50ml a jednorázovou podložku. Nejprve ověřte ordinaci lékaře o vynětí sondy. Seznamte nemocného o průběhu výkonu, pomozte mu posadit se. Na hrudník nemocného položte jednorázovou podložku, aby nedošlo k znečištění v této oblasti. Dejte nemocnému buničitou vatu do ruky ať si v průběhu odstraňování utírá nos. Odlepte náplast z nosu. Umyjte si ruce a nasaďte rukavice.Podle potřeby vstříkněte do sondy 50 ml vzduchu. Tím se sonda očistí od potravy a žaludečních šťáv. Požádejte nemocného, aby se zhluboka nadechl a zadržel dech. Zalomte sondu, rychle a plynule vytáhněte sondu ven. Dejte sondu do igelitového pytle. Po odstranění sondy umožněte nemocnému vypláchnout ústa, vyčistit si nos. Ukliďte pomůcky a proveďte zápis do dokumentace nemocného.(13)

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce:

1. Zjistit deficit sebepéče pacientů s nazogastrickou sondou
2. Zjistit úroveň znalostí ošetřovatelského personálu v péči o pacienty s nazogastrickou sondou
3. Zhodnotit ošetřovatelské standardy týkající se péče o nazogastrickou sondu

2. 2 Hypotézy práce:

H1. Pacienti s nazogastrickou sondou mají sníženou sebepéči v oblasti hygieny.

H2. Sestry pracující na chirurgickém oddělení mají větší znalosti v ošetřování nazogastrické sondy než sestry z interního oddělení

H3. Sestry neznají ošetřovatelské standardy týkající se péče o pacienty s nazogastrickou sondou

H4 Ošetřovatelské standardy neobsahují nejaktuálnější informace týkající se péče o nazogastrickou sondu

3. METODIKA

3.1 Použité metody

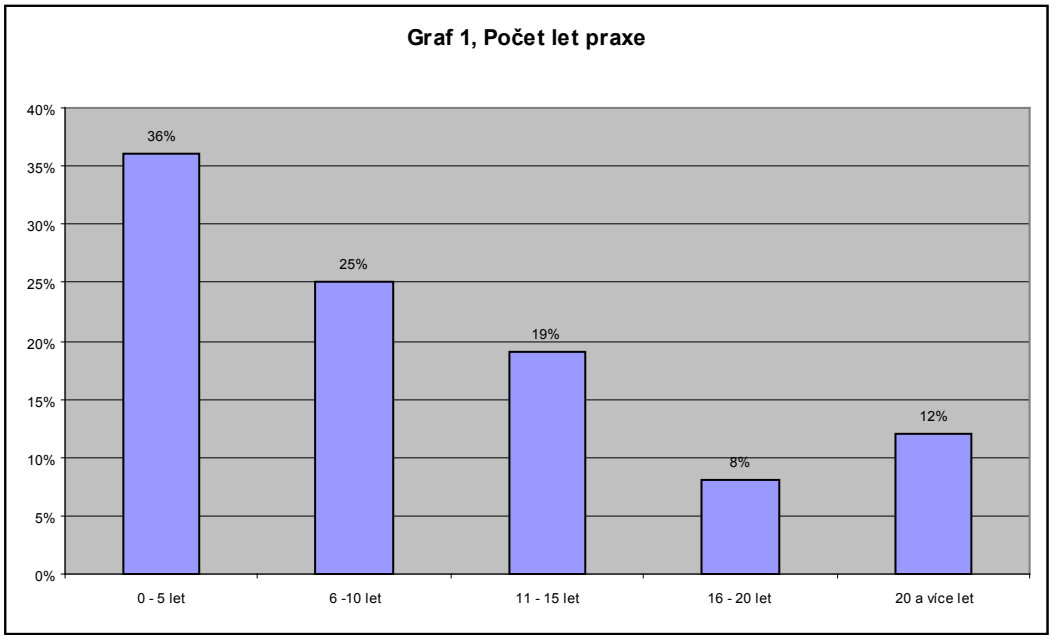
Dotazníky byly anonymní, s využitím uzavřených otázek Byly rozdány dva druhy dotazníků. Jedny byly určeny pacientům se zavedenou nazogastrickou sondou, druhé sestrám pracujícím na chirurgickém a interním oddělení. Po dohodě s hlavní sestrou Nemocnice Jablonec nad Nisou jsem oslovila vrchní sestry oddělení, kde šetření proběhlo v období květen až červen 2009.

Dotazníky mají všeobecnou část, týkající se vysvětlení důvodu, proč je dotazník rozdán. Dotazník obsahuje v prvé části návod jak jej vyplňovat a poděkování za spolupráci. V druhé části jsou již konkrétní otázky směřované k problematice nazogastrické sondy. Celkový počet otázek v dotazníku pro pacienty činí 15 a v sesterském pak 17 položek.

3.2 Charakteristika souboru

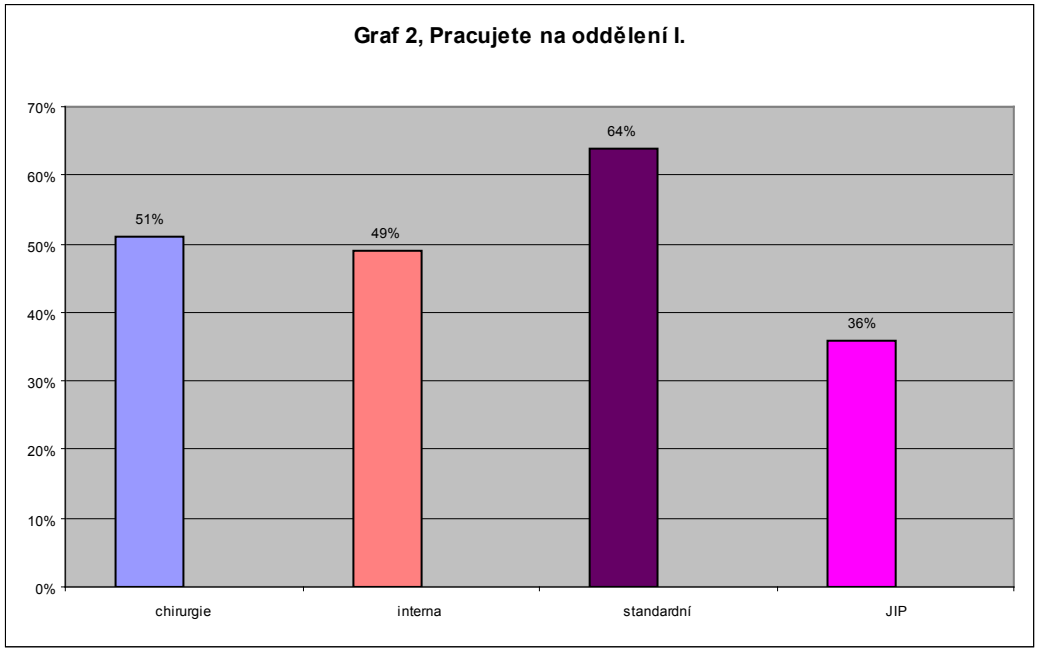
Výzkumný soubor je tvořen pacienty a sestrami z interního a chirurgického oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou. Celkem bylo rozdáno 10 dotazníků určených pro pacienty, 80 pro sestry. Výsledný vzorek byl tvořen celkem 7mi pacienty a 47mi sestrami. Návratnost dotazníků určených pro pacienty s nazogastrickou sondou byla 70%. Návratnost dotazníků z řad sester činí 59%.

4. VÝSLEDKY



Graf 1 (k otázce číslo 1 dotazníku pro sestry)

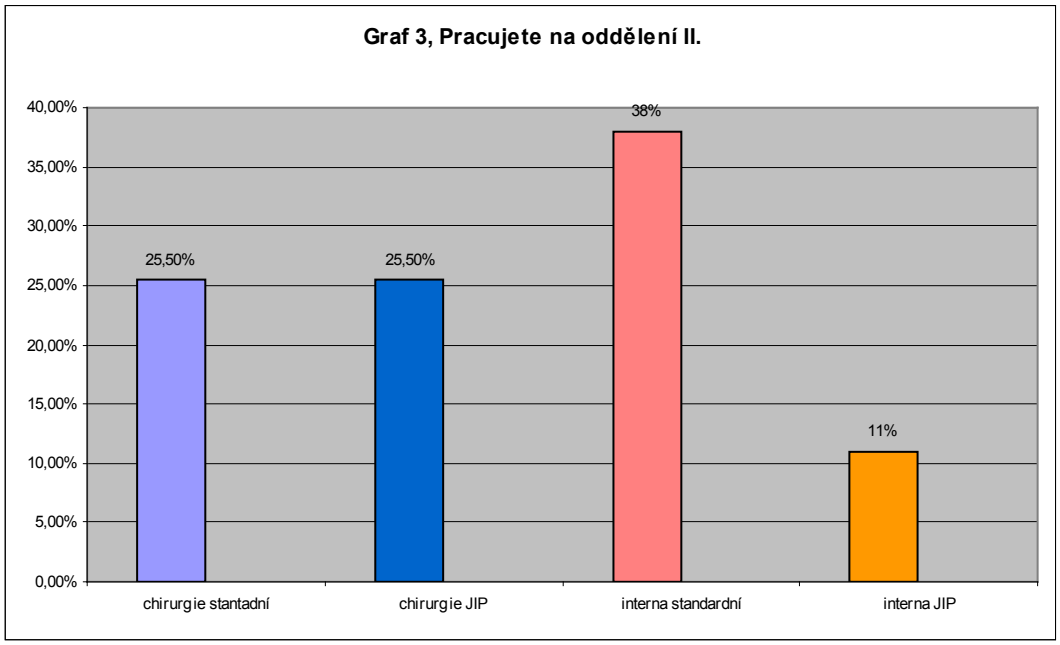
Graf znázorňuje počet let praxe sester. Největší počet respondentů pracuje v rozsahu 0 – 5 let, tj. 17 (36%) sester. Další skupinu 12ti (25%) dotazovaných tvoří sestry s 6 – 10ti lety praxe, následují sestry s 11 – 15ti lety zkušeností v počtu 9ti (19%) respondentů. Šetření se zúčastnilo i 6 (12%) sester s 21ti a více lety praxe. Nejnižší počet dotazovaných sester pracujících v Nemocnici Jablonec nad Nisou je mezi 16 – 20ti lety získané praxe (8%).



Graf 2 (k otázce číslo 2 dotazníku pro sestry)

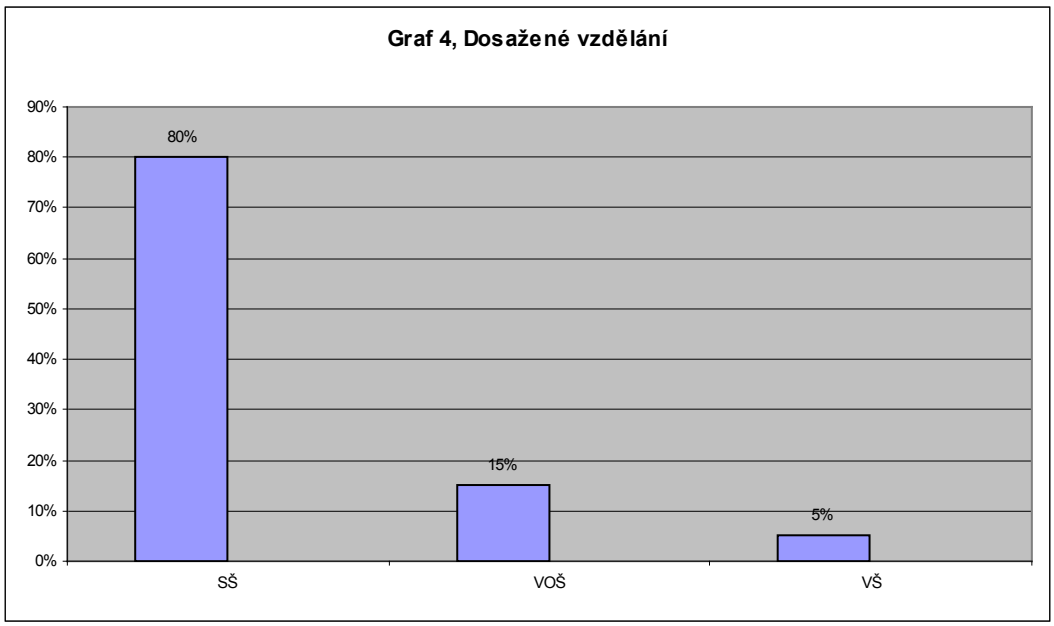
Graf informuje o rozdělení respondentů z řad sester v zhledem k jejich úseku práce. Je zde znázorněný poměr mezi počtem sester z chirurgie a interny (modrý a oranžový sloupec). 24 (51%) sester pracuje na chirurgickém a 23 (49%) sester na interním oddělení.

Fialový a růžový sloupec přibližují počty sester ze standardního oddělení a JIP. 30 (64%) se věnuje standardní ošetřovatelské péči a 17 (36%) intenzivní péči.



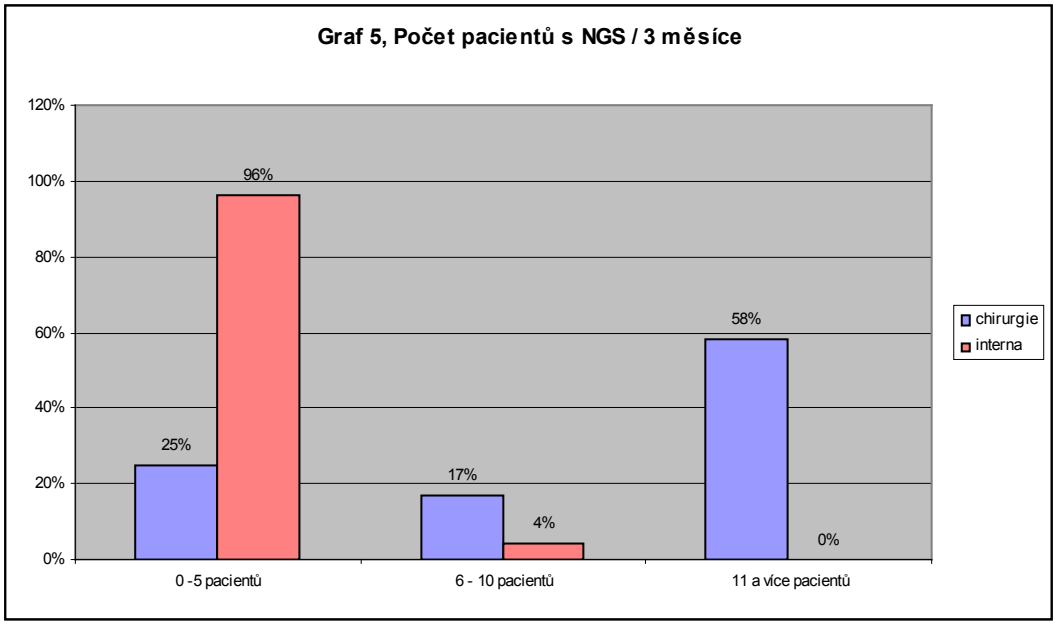
Graf 3 (k otázce číslo 2 dotazníku pro sestry)

Graf demonstruje rozdělení sester mezi konkrétními odděleními. Největší počet zúčastněných respondentů je z interního standardního oddělení s počtem 18ti (38%) sester. Shodný počet spolupracujících sester na šetření, tedy 12 (25,5%) je z chirurgické JIP, i z chirurgických standardních oddělení. Z interní JIP se do šetření zapojilo 5 (11%) sester.



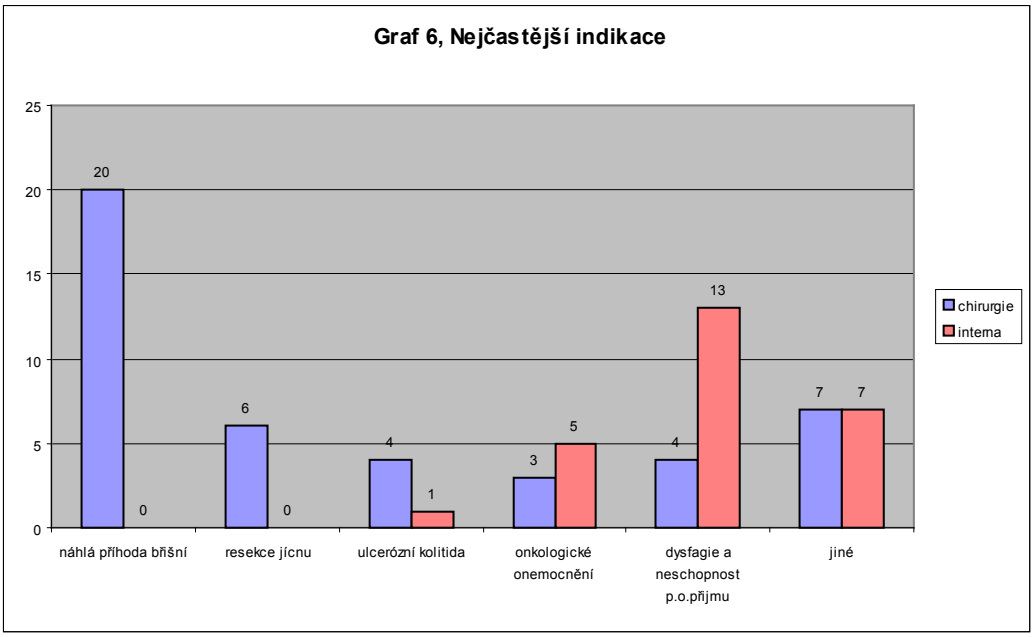
Graf 4 (k otázce číslo 3 dotazníku pro sestry)

Graf popisuje úroveň vzdělání sester. 38 (80%) dotazovaných dosáhlo středoškolského vzdělání. 7 (15%) respondentů má ukončené vyšší odborné vzdělání a 2 (5%) sestry jsou vysokoškolsky vzdělané.



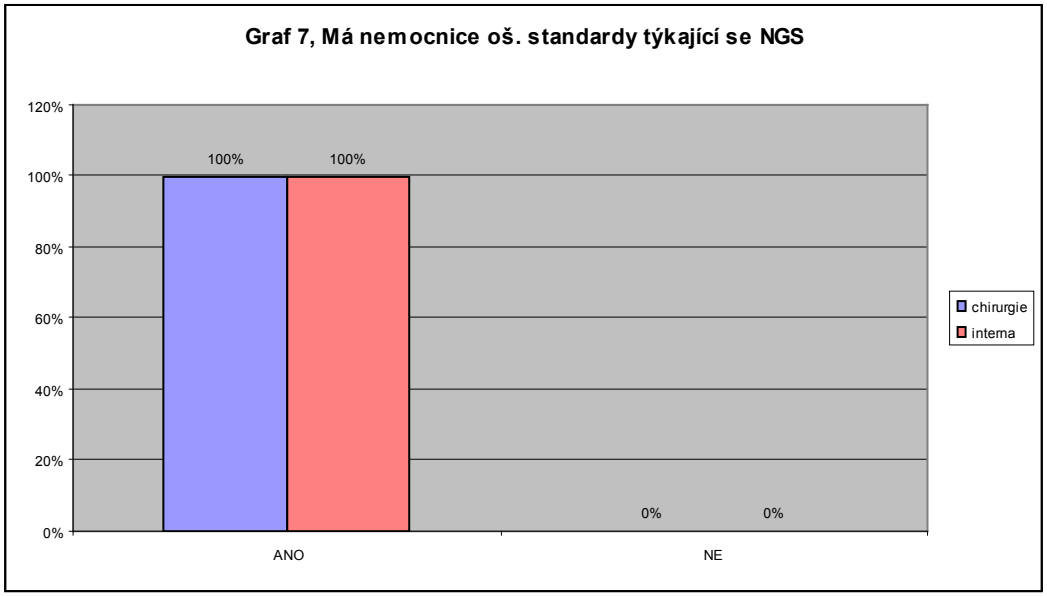
Graf 5 (k otázce číslo 4 dotazníku pro sestry)

Graf znázorňuje sestrami odhadovaný počet pacientů s nazogastrickou sondou hospitalizovaných na jejich oddělení v průběhu 3 měsíců. Zároveň porovnává počet pacientů se sondou na chirurgii a interně za dané období. Rozsah 0 – 5 pacientů se sondou určilo za odpovídající 6 (25%) chirurgických a 22 (96%) interních sester. 4 (17%) sester z chirurgie a 1 (4%) sestra z interny ošetřuje 6 -10 pacientů s nazogastrickou sondou v průběhu čtvrtletí. Za stejné období 14 (58%) chirurgických sester přijde do kontaktu s 11ti a více za sondovanými pacienty. Sestry na interně určily tuto odpověď za vhodnou v 0%.



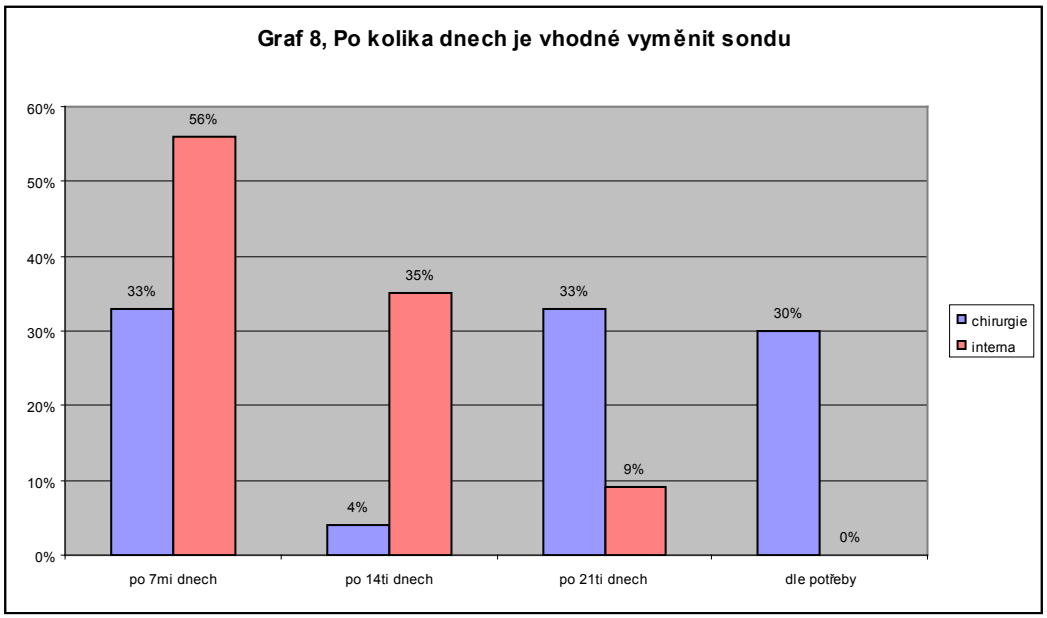
Graf 6(k otázce číslo 5 dotazníku pro sestry)

Graf informuje o nejčetnějších indikacích pro zavedení nazogastrické sondy na interním i chirurgickém oddělení komplexně. Jak je patrné mezi ty nejčastější na chirurgii patří: náhlá příhoda břišní (20x), jiné indikace než námi nabízené (7x), resekce jícnu (6x), ulcerózní kolitida a dysfagie s neschopností per orálního příjmu (4x), onkologické onemocnění (3x). Na interně je nazogastrická sonda nejčastěji indikována u pacientů: dysfagie a neschopnost per orálního příjmu (13x), jiné indikační důvody (7x), onkologické onemocnění pacienta (5x), ulcerózní kolitida (1x). Sestry u této otázky mohly označit více odpovědí.



Graf 7 (k otázce číslo 6 dotazníku pro sestry)

Graf demonstruje odpovědi sester k otázce: „Má Nemocnice Jablonec nad Nisou vypracované standardy ošetřovatelské péče týkající se péče o pacienta s nazogastrickou sondou?“, byla ve všech odevzdaných dotaznících (100%) uvedena odpověď ANO.



Graf 8 (k otázce číslo 7 dotazníku pro sestry)

Graf popisuje názor sester na problematiku výměny nazogastrické sondy. Po 7mi dnech by sondu vyměnilo 8 (33%) chirurgických a 13 (56%) interních sester, po 14ti dnech by tak učinila 1 (4%) sestra z chirurgie a 8 (35%) sester z interny. 21 dnů by sondu nevyměňovalo 8 (33%) sester pracujících na chirurgii a 2 (9%) na interně. 7 (30%) chirurgických sester do dotazníku dopsalo: „Dle potřeby.“

Omezení pacientů z pohledu chirurgických sester v uvedených činnostech			
	vůbec ne	částečně	významně
příjem tekutin a stravy	0	11	13
dýchání	4	18	2
hygiena	4	18	2
spánek	6	13	5
oblékání	7	15	2
chůze	10	13	1
komunikace s okolím	5	16	3
kontakt s okolím (návštěvy)	5	15	4

Tabulka 1 (k otázce číslo 8 dotazníku pro sestry)

Tabulka znázorňuje postoj sester chirurgického oddělení na jednotlivé činnosti tak, jak mohou z jejich pohledu omezovat pacienty se zavedenou nazogastrickou sondou na jejich pracovišti.

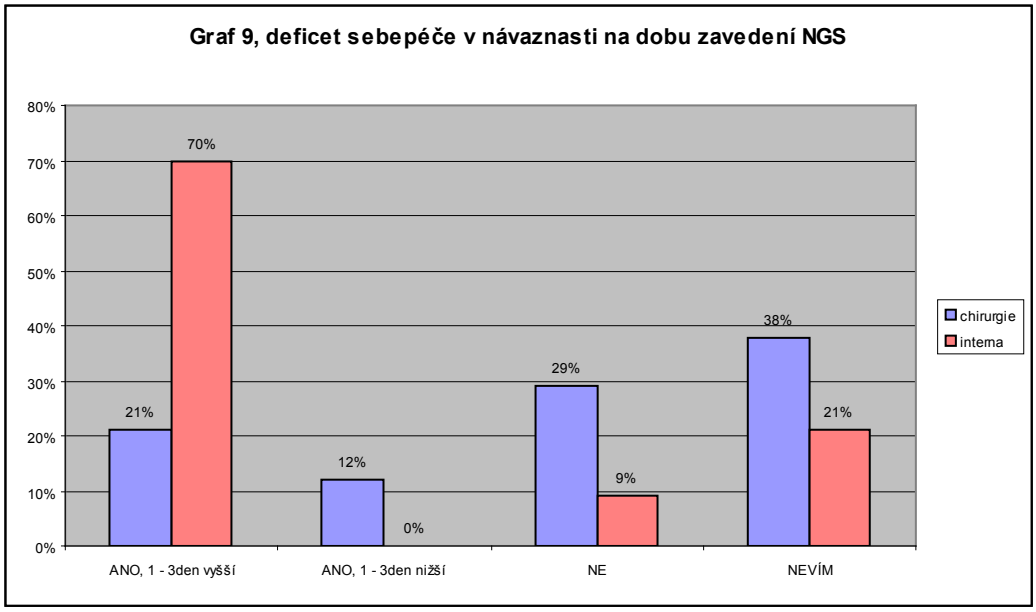
Z pohledu 11ti (46%) chirurgických sester je pacient s nazogastrickou sondou částečně omezen a v oblasti příjmu potravy a tekutin a 13 (54%) sester se domnívá, že je limitován v této oblasti významné. Sonda nemocného vůbec neomezuje při dýchání dle názoru 4 (17%) sester. 18 (75%) uvádí částečné limitování a 2 (8%) významný deficit dýchání. Shodně sestry hodnotí deficit pacienta při osobní hygieně. V oblasti spánku je pacient omezen sondou podle chirurgických sester následovně: 6x (25%) vůbec ne, 13x (54%) částečně, 5x (21%) významně. Při oblékaní není pacient z pohledu 7mi (29%) sester vůbec handicapován. Sonda částečně nemocnému překáží podle 15ti (63%) a významně dle 2 (8%) sester. Chůze pacientu není limitována sondou podle názoru 10ti (42%) sester, částečný deficit uvádí 13 (54%), sester a významný 1 (4%) sestra. Komunikace s okolím nedělá pacientům problémy dle zkušeností 5ti (21%) sester, částečný handicap připouští 16 (67%) a významný 3 (12%) sester. V kontaktu s okolím nejsou pacienti limitováni podle 5ti (21%) sester. Částečné omezení uznává 15 (62%) a významné 4 (17%) sester.

Omezení pacientů z pohledu interních sester v uvedených činnostech			
	vůbec ne	částečně	významně
příjem tekutin a stravy	4	12	7
dýchání	3	19	1
hygiena	6	14	3
spánek	5	18	0
oblékání	7	15	1
chůze	20	3	0
komunikace s okolím	11	11	1
kontakt s okolím (návštěvy)	13	9	1

Tabulka 2 (k otázce číslo 8 dotazníku pro sestry)

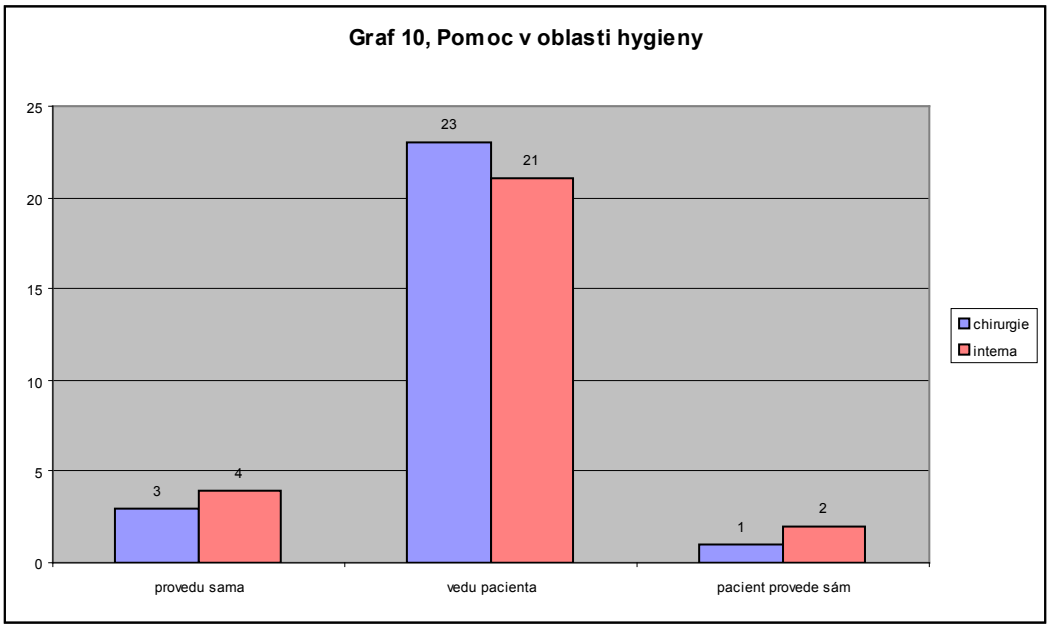
Tabulka informuje o názoru interních sester na omezení pacientů s nazogastrickou sondou při jednotlivých činnostech.

Pacienti nejsou limitováni v oblasti příjmu stravy a tekutin podle 4 (17%) sester, částečně handicapováni jsou z pohledu 12ti (52%) a významně 7mi (31%) sester. Nemocní se zavedenou sondou nejsou omezeni při dýchání podle názoru 3 (13%) sester. Částečné snížení komfortu připouští 19 (83%) sester a významné 1 (4%) sestra. Sonda nemocné při hygieně nelimituje dle 6ti (26%) sester, částečně podle 14ti (61%)sester. Významný deficit zvažují 3 (13%) sestry. Z pohledu 5ti (22%) interních sester sonda nemocného při spánku neomezuje a 18ti (78%) limituje částečně. Významný deficit nepřipouští žádná (0%). Oblast oblékání hodnotí sestry následovně: 7x (30%) vůbec ne, částečně 15 (65%), významně 1 (5%). Problémy s chůzí s nazogastrickou sondou nepovažuje 20 (87%) sester za omezující. Částečné nepohodlí uznávají 3 (13%) sestry a významný žádná (0%). Při komunikaci s okolím není pacient podle 11ti (48%) vůbec limitován. Určitý stupeň omezení zvažuje 11 (48%) sester. Významný deficit v této oblasti připouští 1 (4%) sestra. Kontakt s okolím nemají pacienti podle 13ti (56%) sester vůbec sondou komplikovaný. 9 (39%) sester považuje v kontaktu s okolím pro nemocné alespoň za částečně obtížný. Významný handicap v této oblasti vidí 1 (4%) sestra.



Graf 9 (k otázce číslo 9 dotazníku pro sestry)

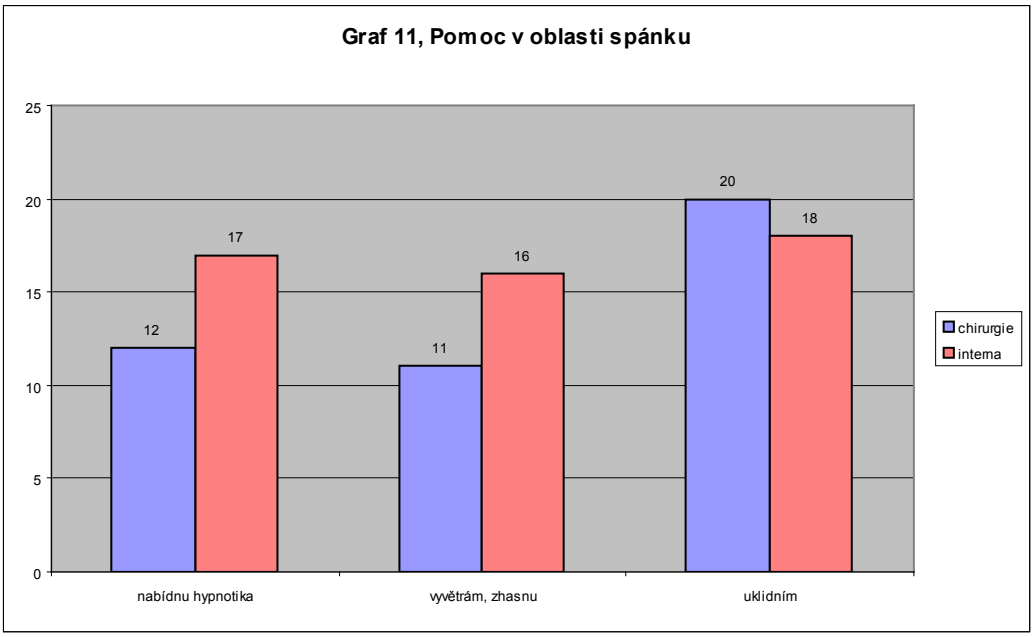
Graf demonstruje pohled sester na úroveň deficitu sebepéče u pacientů s nazogastrickou sondou. 5 (21%) chirurgických a 16 (70%) interních sester zastává názor o vyšším deficitu sebepéče v průběhu prvních tří dnů po zavedení sondy. 3 (12%) sestry z chirurgie se k otázce vyjádřily ve smyslu nižšího deficitu soběstačnosti v průběhu prvních tří dnů po zavedení sondy. 7 (29%) chirurgických sester a 2 (9%) sestry pracující na interně si nemyslí, že by pacienti měli sníženou schopnost sebeobsluhy. 9 (38%) chirurgických a 5 (21%) interních sester neví jak na tuto otázku odpovědět.



Graf 10 (k otázce číslo 10 dotazníku pro sestry)

Graf popisuje postoj sester chirurgického a interního oddělení k dopomoci pacientovi se zavedenou sondou při významném omezení v oblasti hygieny. Většina sester, 23 chirurgických a 21 interních, by vedla pacienta při nácviku osobní. 3 sestry z chirurgie by provedly celkovou hygienu za pacienta. Z interny by tak učinili 4 sestry. 1 chirurgická a 2 interní sestry by nechaly pacienta, aby se umyl sám bez ohledu na kvalitu.

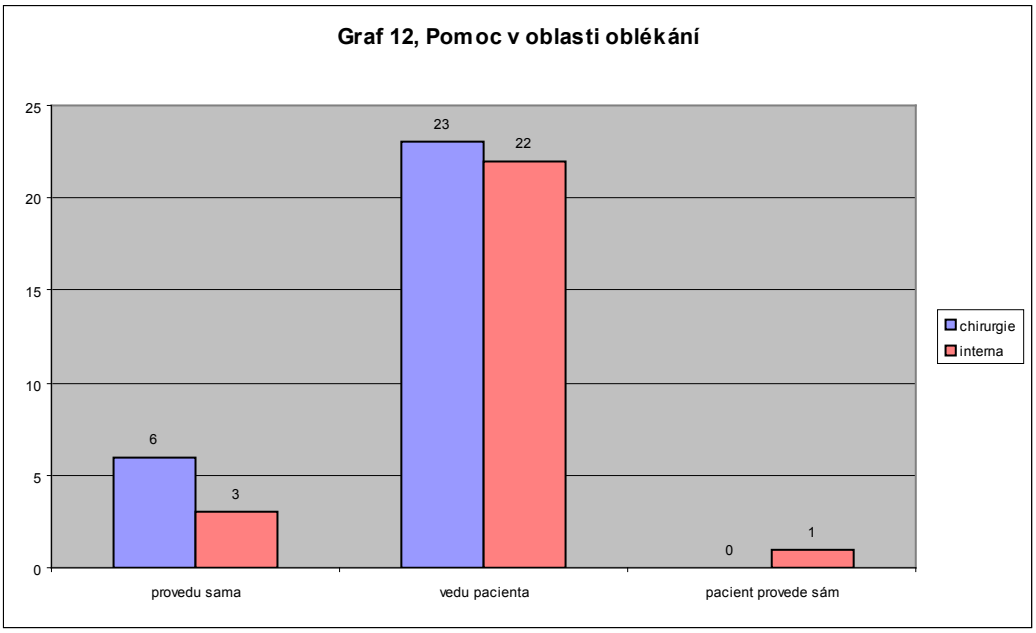
Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 10 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



Graf 11 (k otázce číslo 11 dotazníku pro sestry)

Graf znázorňuje přístup sester ke zkvalitnění spánku pacientu se žaludeční sondou. 20 chirurgických a 18 interních sester by pacienta uklidnilo, aby neměl strach z náhodné extrakce sondy. 12 sester z chirurgie by podalo hypnotikum dle ordinace lékaře. Shodný postup by zvolilo 17 interních sester. 11 sester zaměstnaných na chirurgii by vyvětralo pokoj a zhasly světla. Stejný názor na řešení obtížného usínání u pacientů se zavedenou nazogastrickou sondou má 16 sester z interny.

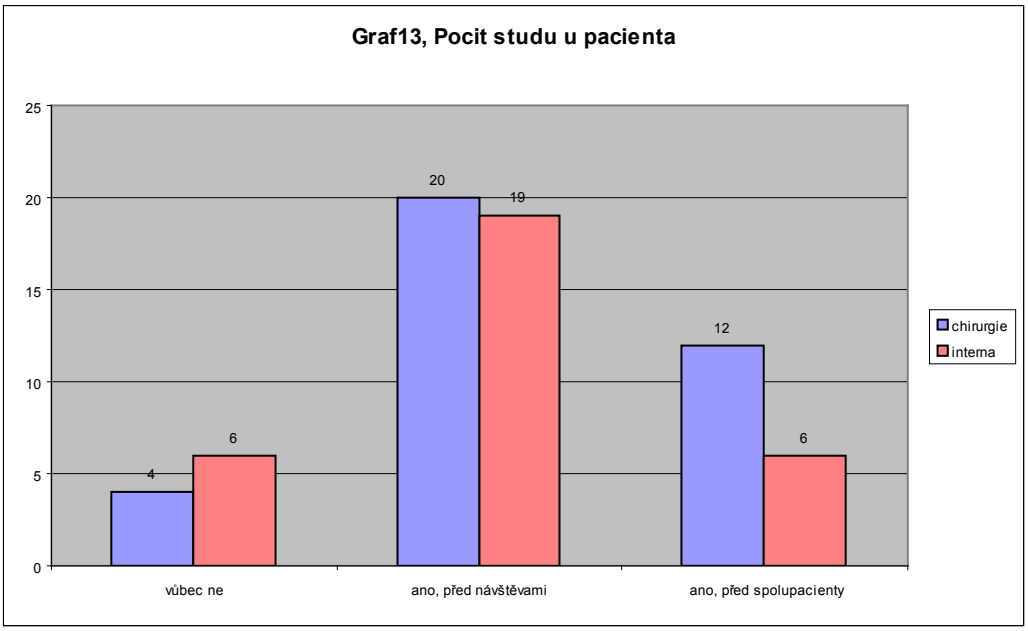
Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 11 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



Graf 12 (k otázce číslo 12 dotazníku pro sestry)

Graf informuje o způsobu pomoci sester pacientovi s nosní sondou při významném omezení v oblasti oblékání. Pacient by byl veden při nácviku oblékání 23mi chirurgickými sestrami nebo 22 sestrami z interního oddělení. 6 chirurgických a 3 interní sestry by pacienta se zavedenou nazogastrickou sondou oblékly bez jeho pomoci. Žádná z chirurgických sester by pacienta nenechala obléci se samotného. Na interně by nechala nemocného samostatně obléknou 1 sestra.

Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 12 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



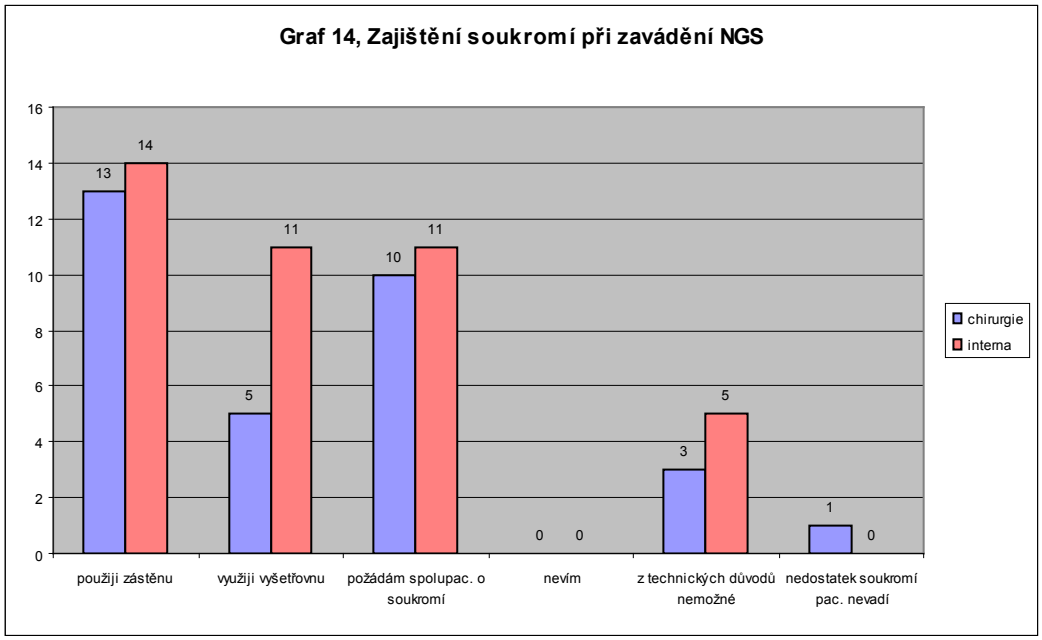
Graf 13 (k otázce číslo 13 dotazníku pro sestry)

Graf demonstruje názor chirurgických a interních sester na otázku, zda pacient s nazogastrickou sondou pociťuje stud.

Na chirurgii se 20 sester domnívá, že pacient se stydí před návštěvami, 12 sester zvolilo odpověď: „Ano, pociťuje stud před spolupacienty.“ za možnou. 4 sestry si nemyslí, že by se pacient se sondou styděl.

Postoj interních sester na možný stud pacientů se zavedenou nazogastrickou sondou je takovýto: 19 sester souhlasí se studem před návštěvami, 6 sester si myslí, že pacient nepociťuje stud a 6 sester určilo jako možnou odpověď stud před spolupacienty.

Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 13 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



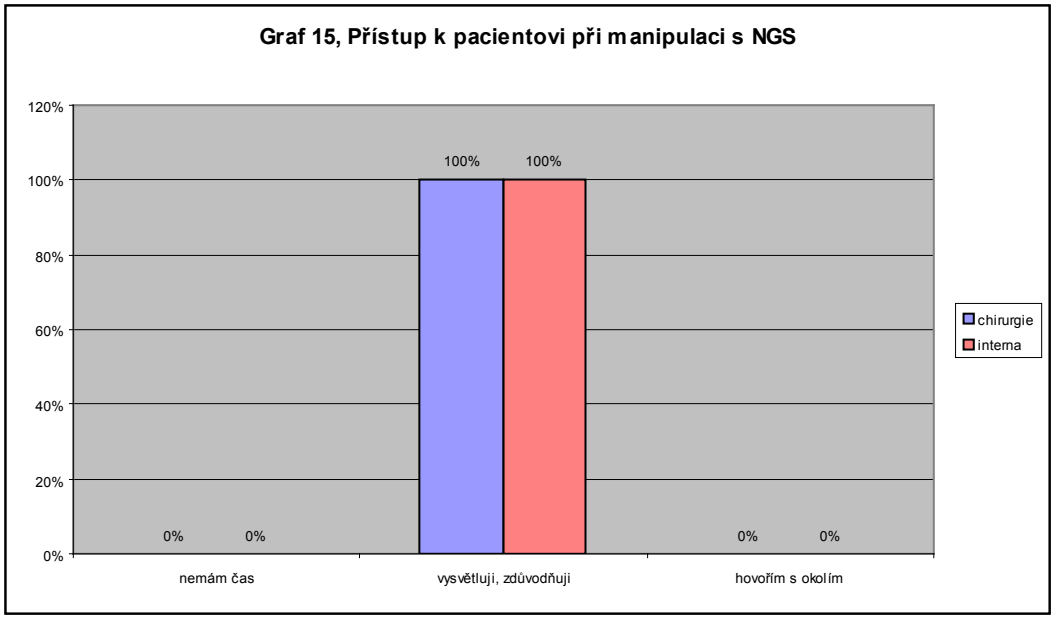
Graf 14 (k otázce číslo 14 dotazníku pro sestry)

Graf popisuje způsob zajištění soukromí při zavádění nebo výměně nosní sondy na chirurgickém, ale i interním oddělení.

13 sester chirurgie používá zástěnu, 10 sester požádá ostatní spolupacienty či návštěvy o opuštění pokoje na nezbytně nutnou dobu. 5 sester pacienta odvede popřípadě převeze na vyšetřovnu. 3 sestry nejsou schopny z technických důvodů zajistit pacientovi soukromí a jedna si nemyslí, že by pacientovi nedostatek soukromí nějak vadil.

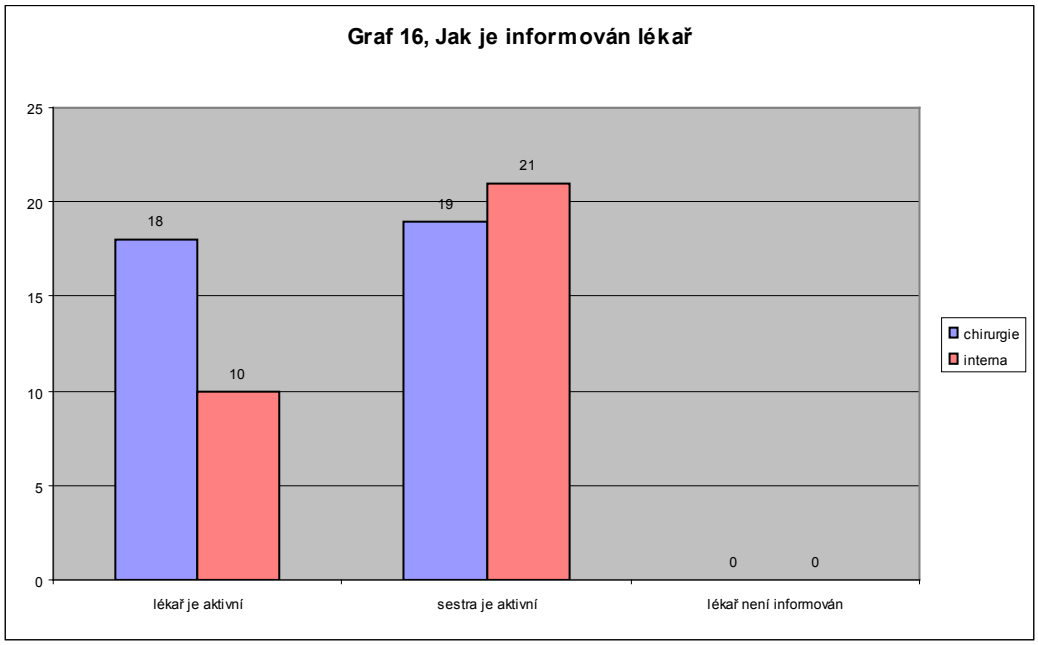
14 sester pracujících na interně zajistí pacientovi soukromí s využitím zástěny, 11 sester odvede či odveze nemocného na vyšetřovnu. 11 sester požádá spolupacienty, aby opustili pokoj. 5 sester z technických důvodů nemůže pacientovi zajistit intimitu.

Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 14 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



Graf 15 (k otázce číslo 15 dotazníku pro sestry)

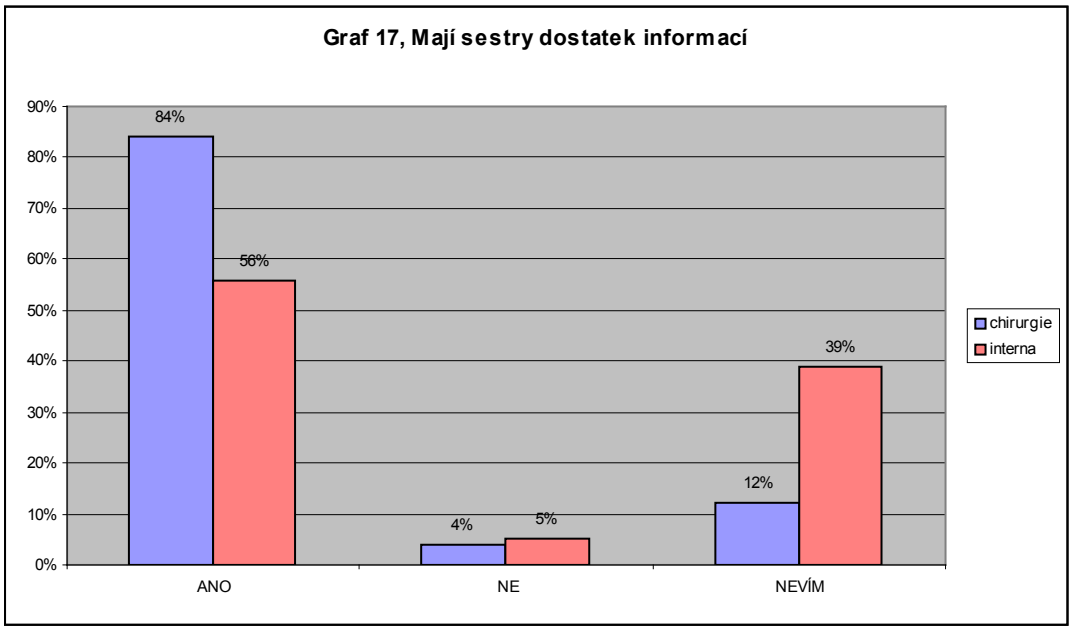
Graf znázorňuje pohled sester na jejich přístup k pacientům při manipulaci se zavedenou nazogastrickou sondou. Všechny, tedy 100%, sestry zvolili jako vhodnou odpověď, že pacientovi vysvětlují, zdůvodňují postup činností, které právě provádí. Nulový počet zatržení zbyl na odpovědi kdy sestra buď nemá čas hovořit s pacientem, nebo hovoří s okolím pacienta.



Graf 16 (k otázce číslo 16 dotazníku pro sestry)

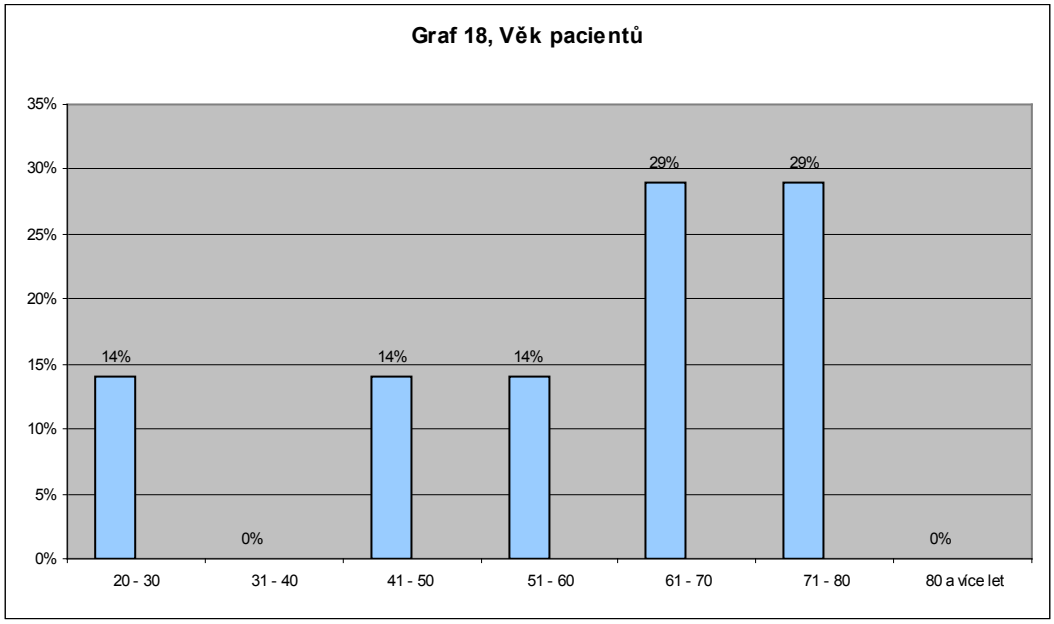
Graf demonstruje informovanost lékařů na odděleních o funkčnosti nazogastrické sondy u pacientů jimž byla zavedena. 18ti sester se lékař na chirurgii aktivně ptá. Na interně se lékař zajímá o informace podle 10 sester. 19 chirurgických sester je aktivních v předávání informací. Stejně aktivních je na interně 21 sester. To, že by lékař informace o funkčnosti zavedené nazogastrické sondy z jakéhokoli důvodu nezískal není podle sester možné.

Hodnoty u výsledků týkajících se otázky 16 dotazníku pro sestry nemusí na jednotlivých odděleních dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění sestrám vybrat více vhodných odpovědí u otázky.



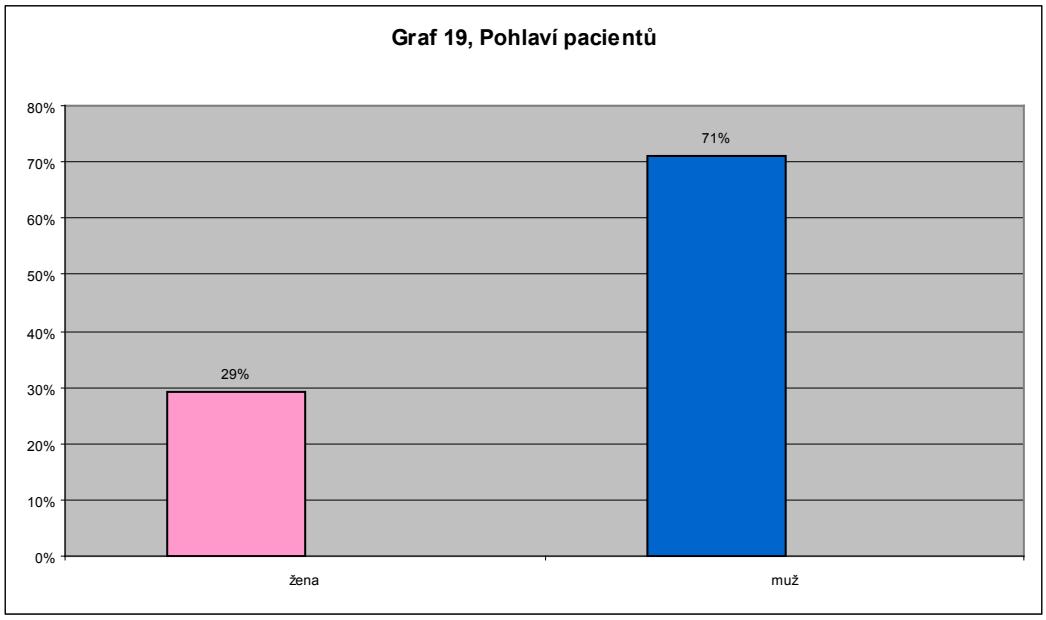
Graf 17 (k otázce číslo 17 dotazníku pro sestry)

Graf informuje o pohledu sester na jejich informovanost v oblasti péče o pacienty se zavedenou nazogastickou sondou. 20 (84%) chirurgických a 13 (56%) interních sester se domnívá, že má dostatek informací jak správně pečovat o pacienta s nazogastrickou sondou. Jedna sestra jak na chirurgii (4%), tak na interně (5%) by uvítala další informace, vztahující se k dané problematice. 3 (12%) sestry pracující na chirurgii a 9 (39%)sester z interny neví jak odpovědět, zda mají dostatek, či nedostatek potřebných informací.



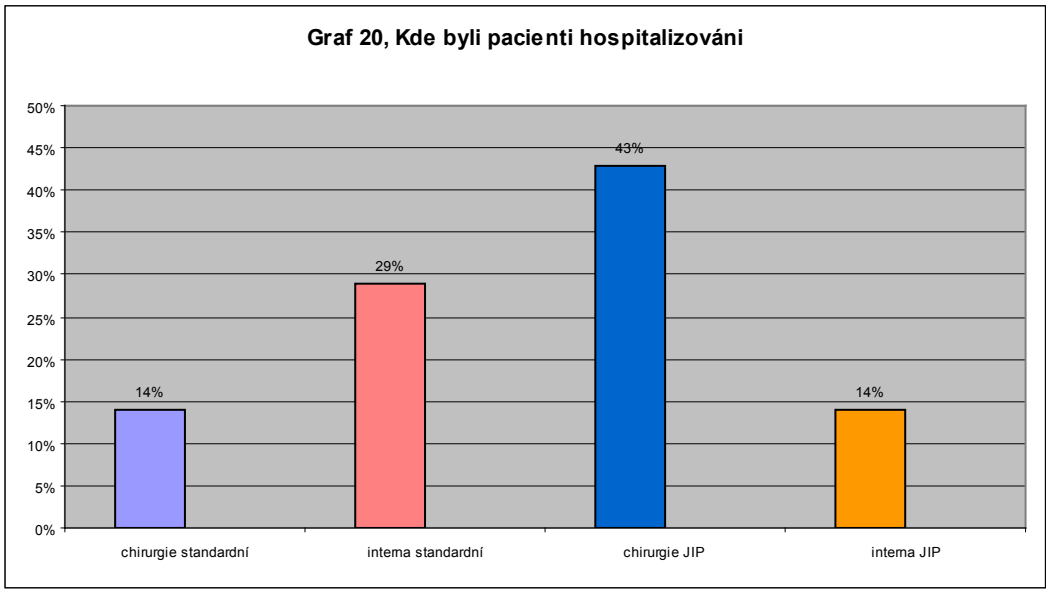
Graf 18 (k otázce číslo 1 dotazníku pro pacienty)

Graf popisuje věkové rozvržení pacientů, kteří se zúčastnili šetření. Po dvou respondentech mají věkové skupiny 61 – 70 (29%) a 71 – 80 (29%). Po jednom subjektu pak věková rozlišení 20 – 30 let (14%), 41 – 50 let (14%), 51 – 60 let (14%). Šetření se nezúčastnil žádný pacient, který by reprezentoval věkovou skupinu 31- 40 let.



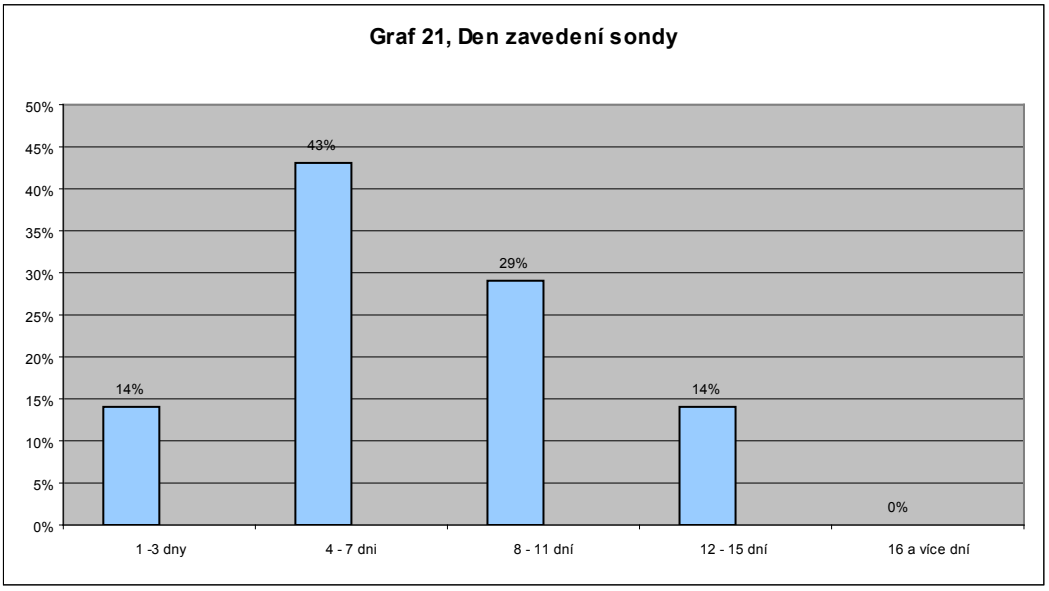
Graf 19 (k otázce číslo 2 dotazníku pro pacienty)

Graf znázorňuje účast dvou žen (29%) a pěti (71%) mužů na šetření, které proběhlo na chirurgickém i interním oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou.



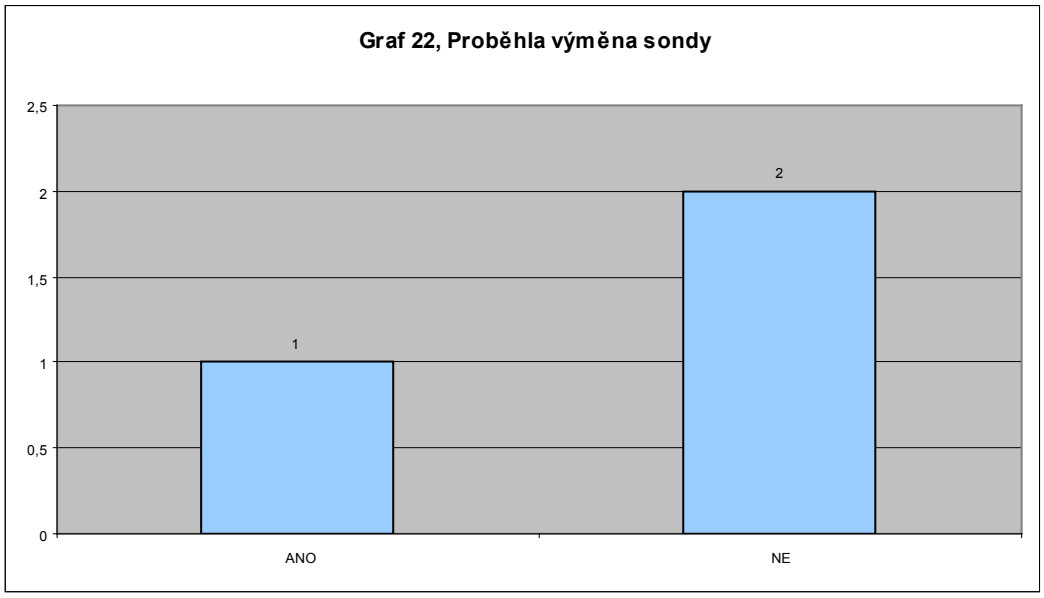
Graf 20 (k otázce číslo 3 dotazníku pro pacienty)

Graf informuje o počtech respondentů z řad pacientů na jednotlivých odděleních. Do šetření se zapojili 3 (43%) pacienti z chirurgické JIP, 2 (29%) pacienti z interního standardního oddělení. Po jednom respondentovi bylo k spolupráci získáno ze standardního chirurgického oddělení (14%) a interní JIP(14%).



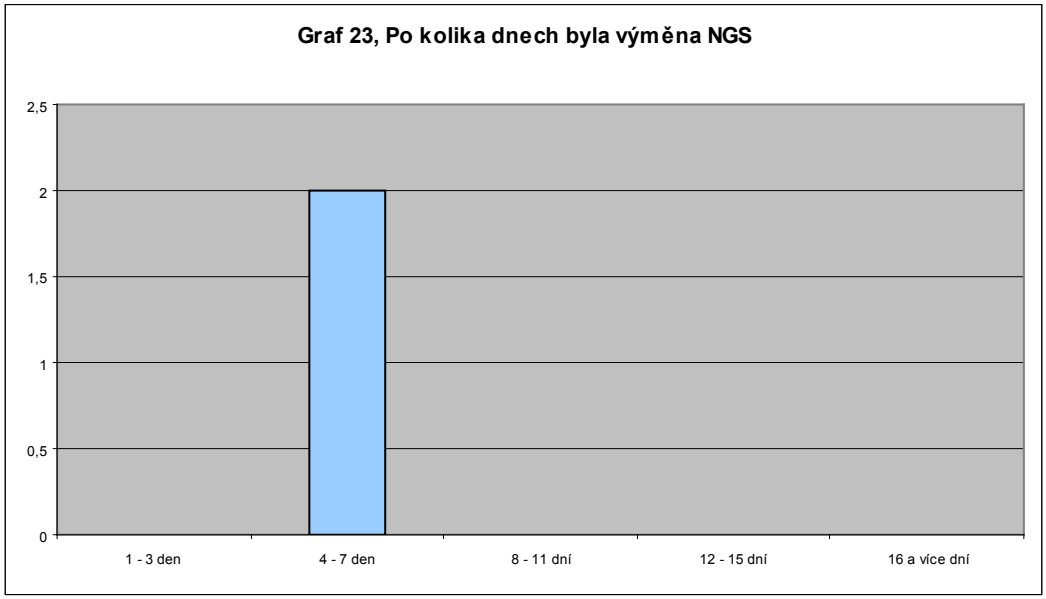
Graf 21 (k otázce číslo 4 dotazníku pro pacienty)

Graf demonstruje dobu zavedené nazogastické sondy u jednotlivých respondentů. 3 (43%) pacienti mají sondu zavedenou 4 – 7 den, 2 (29%) dotazovaní 8 – 11 den. Jeden (14%) pacient má nosní sondu 1 – 3 den. Jednomu (14%) subjektu byla sonda zavedena před 12 – 15 dny. Žádný z pacientů nemá nazogastrickou sondu zavedenou 16 a více dní.



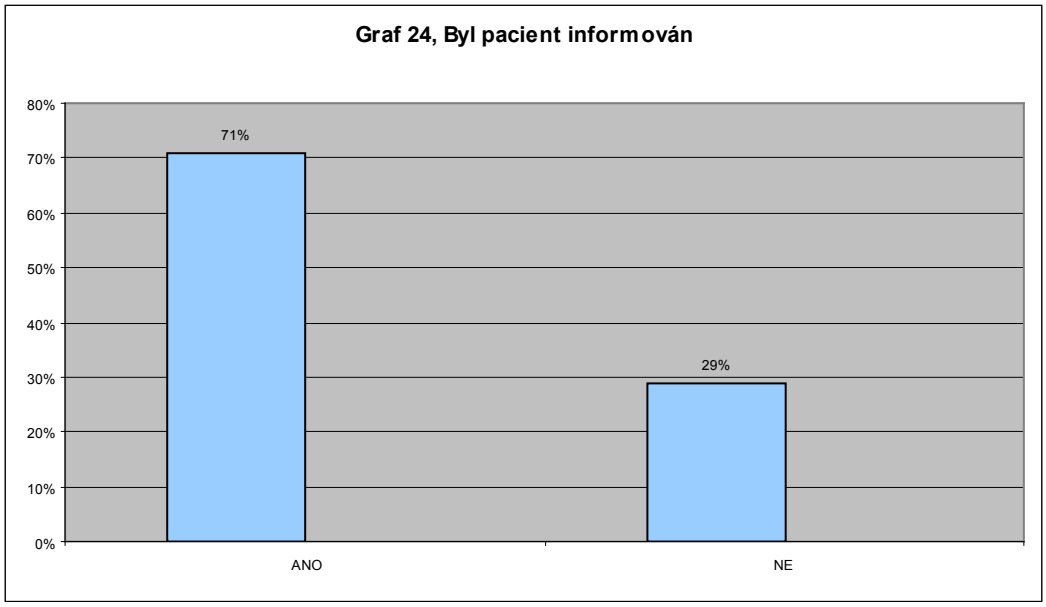
Graf 22 (k otázce číslo 5 dotazníku pro pacienty)

Graf popisuje odpověď 3 respondentů, kteří mají nazogastrickou sondu zavedenou déle jak týden. Jednomu z pacientů byla sonda vyměněna, zbývajícím dvou nikoliv.



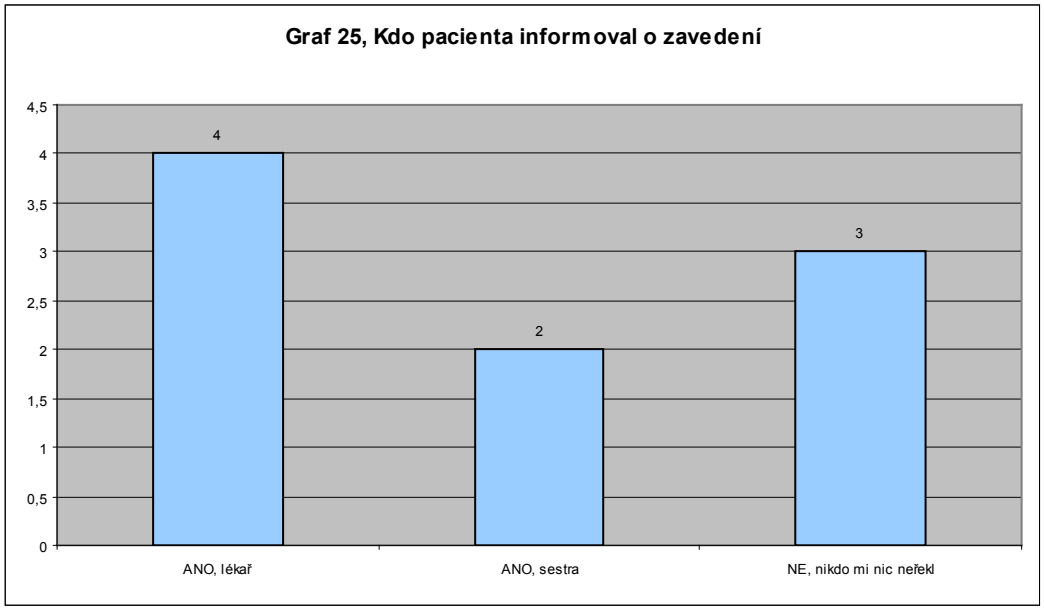
Graf 23 (k otázce číslo 6 dotazníku pro pacienty)

Graf znázorňuje zkušenosti dvou pacientů, kterým byla vyměněna nazogastrická sonda, že se tak stalo 4 – 7mí den. Nabízené odpovědi 1 – 3 den, 8 – 11 dní, 12 – 15 dní, 16 a více dní nebyly určeny respondenty za vhodné.



Graf 24 (k otázce číslo 7 dotazníku pro pacienty)

Graf informuje o povědomí pacientů, kterým byla zavedena žaludeční sonda, o důvodu její indikace. 5 (71%) dotazovaných ví, proč sondu má. 2 (29%) respondenti o indikaci nebyli informováni.



Graf 25 (k otázce číslo 8 dotazníku pro pacienty)

Graf demonstruje způsob podávání informací zdravotníku pacientům o postupu zavedení a péči o sondu z pohledu nemocných. 3 pacienti nedostali žádné informace. 4 pacienty informoval o výše uvedených skutečnostech lékař a 2 nemocní byli poučeni o problematice sestrou.

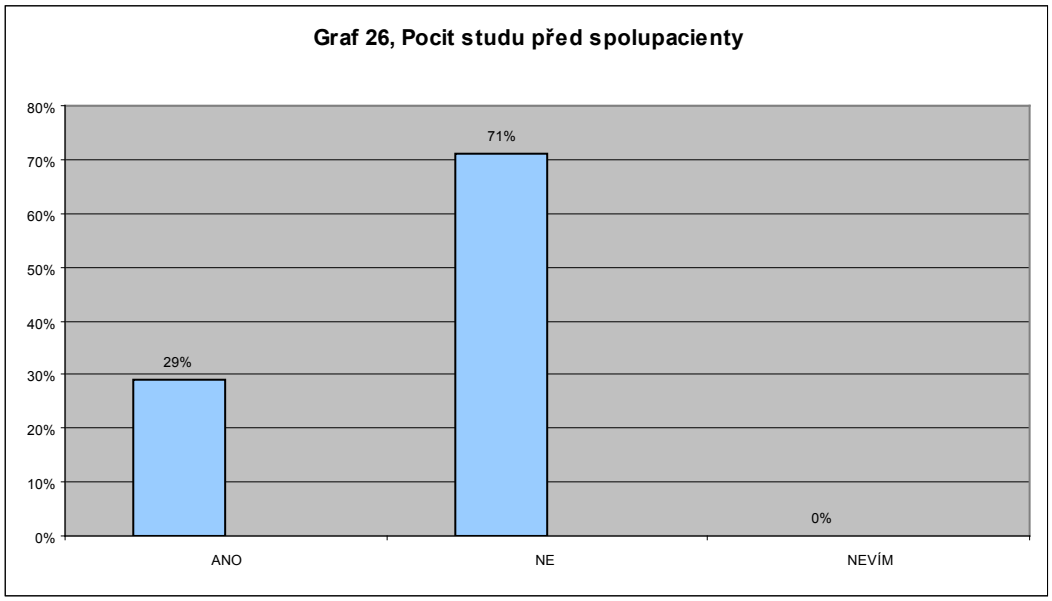
Hodnoty u výsledků týkajících grafu 25 nemusí dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění pacientům vybrat v dotazníku více vhodných odpovědí .

Omezení pacientů v uvedených činnostech			
	vůbec ne	částečně	významně
příjem tekutin a stravy	1	4	2
dýchání	0	4	3
hygiena	1	3	3
spánek	2	2	3
oblékání	2	2	3
chůze	4	2	1
komunikace s okolím	4	2	1
kontakt s okolím (návštěvy)	3	3	1

Tabulka 3 (k otázce číslo 9 dotazníku pro pacienty)

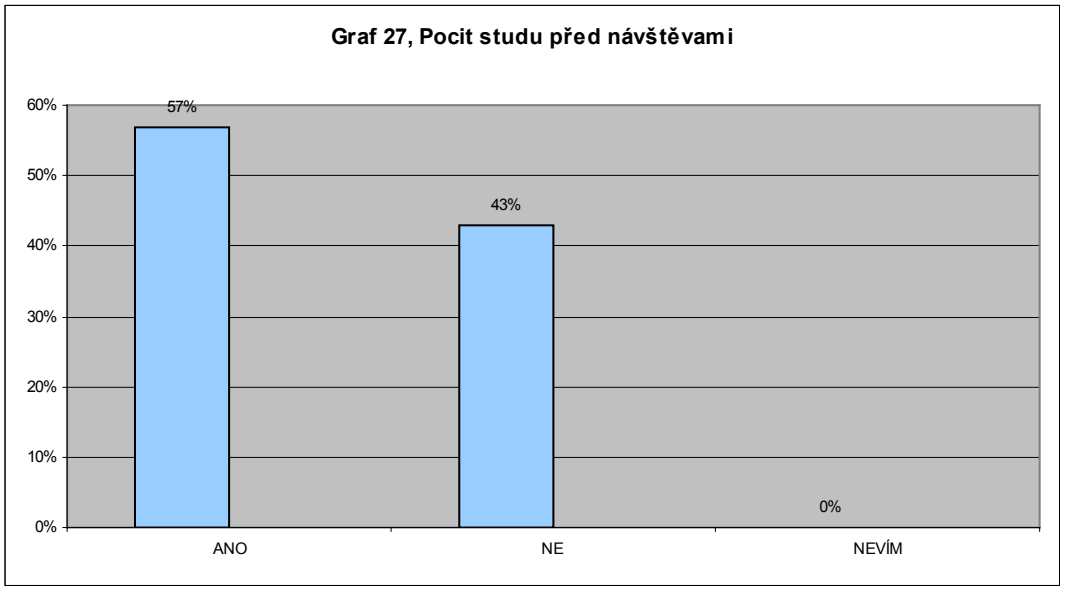
Tabulka popisuje jak jsou pacienti omezováni zavedenou nazogastrickou sondou při vybraných činnostech.

Jeden (14%) respondent nepociťuje v přijímání potravy a tekutin žádnou limitaci. 4 (57%) pacienti jsou sondou částečně a 2 (29%) významně omezováni. K oblasti dýchání se pacienti vyjádřili: žádný (0%) nevnímá deficit v uspokojování této primární potřeby, 4 (57%) z dotazovaných jsou částečně zavedenou sondou obtěžováni a 3 (43%) jsou handicapováni významně. Při provádění osobní hygieny sonda nepřekáží jednomu (14%) subjektu, 3 (43%) pacienti jsou omezováni částečně a 3 (43%) významně. Komfort klidného spánku se zavedenou sondou přiznávají dva (29%) pacienti. Pohodlí během spánku mají částečně omezeni dva (29%) a významně 3 (42%) dotazovaní. Oblékání je sondou znepříjemněno podle zkušeností nemocných takto: 2 (29%) vůbec ne, 2 (29%) částečně a 3 (42%) významně. Chůze pro 4 (57%) pacienty neznamená žádný problém ani se sondou, ale 2 (29%) respondenti jsou částečně limitování a jeden (14%) významně. Komunikace 4 (57%) subjektům nedělá problém, 2 (29%) respondenti jsou částečně omezování sondou. Jeden (14%) nemocný má obtíže s komunikací. Kontakt s okolím je podle 3 (43%) pacientů bez potíží, nebo podle názoru 3 (43%) dotazovaných s částečnými problémy. Jeden (14%) pacient je sondou v kontaktu s okolím velmi omezován.



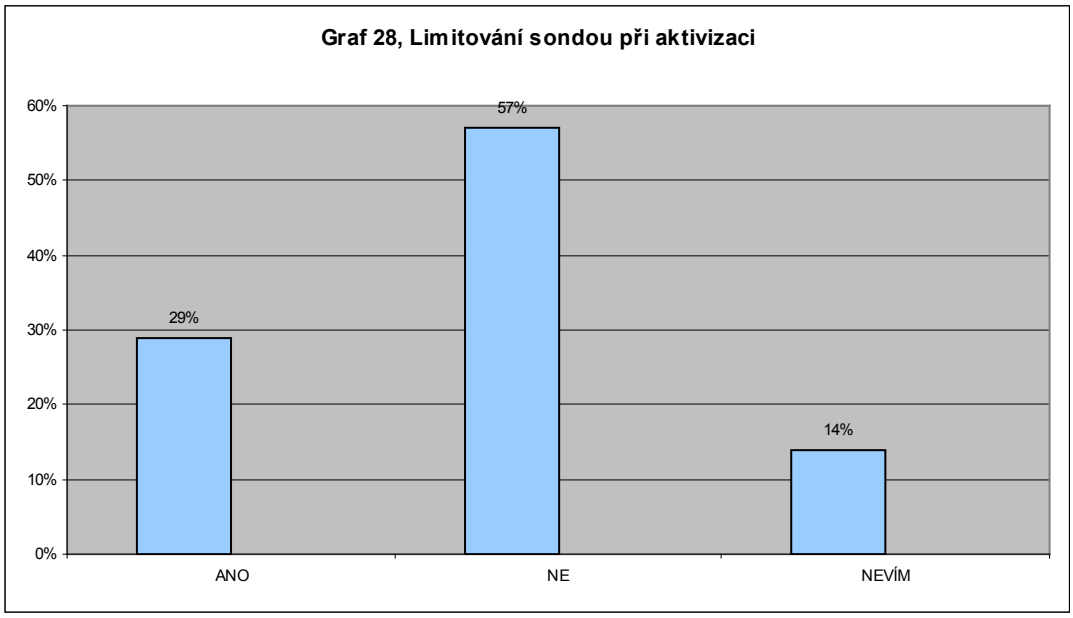
Graf 26 (k otázce číslo 10 dotazníku pro pacienty)

Graf znázorňuje pocit studu pacientů se zavedenou nazogastrickou sondou před dalšími nemocnými. 5 (71%) respondentů se nestydí. Dvěma (29%) dotazovaným je kontakt se spolupacienty nepříjemný. Žádný (0%) pacient neuvedl, že neví; respektive, všichni nemocní mají k dané otázce nějaký názor.



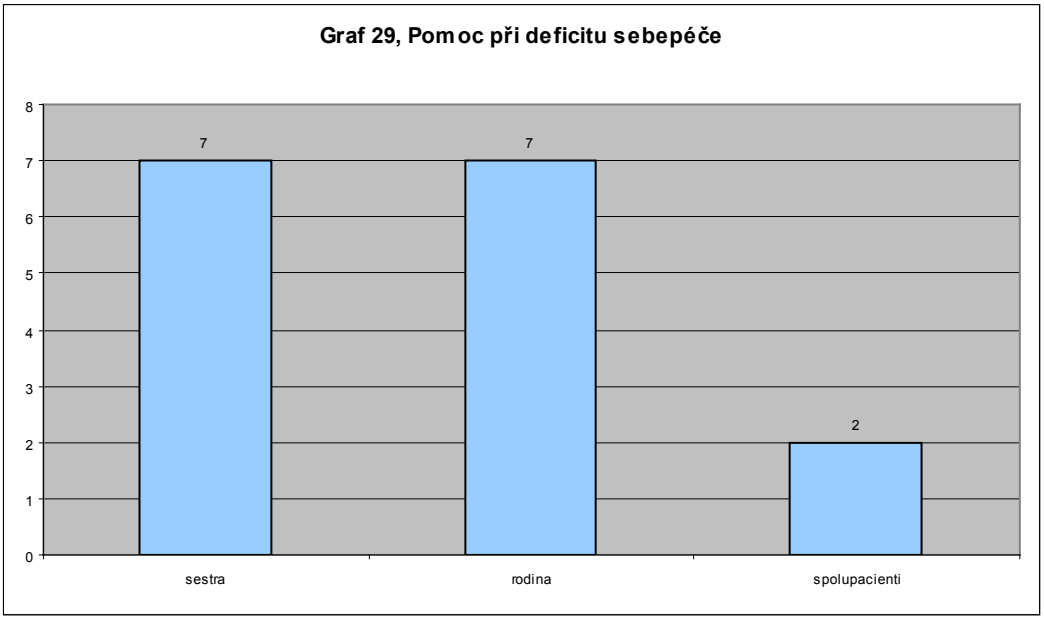
Graf 27 (k otázce číslo 11 dotazníku pro pacienty)

Graf informuje o pocitu studu pacientů se zavedenou sondou před návštěvami. 4 (57%) respondenti se před návštěvami stydí. Naopak 3 (43%) dotazovaní se necítí se sondou před návštěvami nepříjemně. I v této otázce mají všechny subjekty jasný názor, nikdo (0%) nezvolil za vhodnou odpověď NEVÍM.



Graf 28 (k otázce číslo 12 dotazníku pro pacienty)

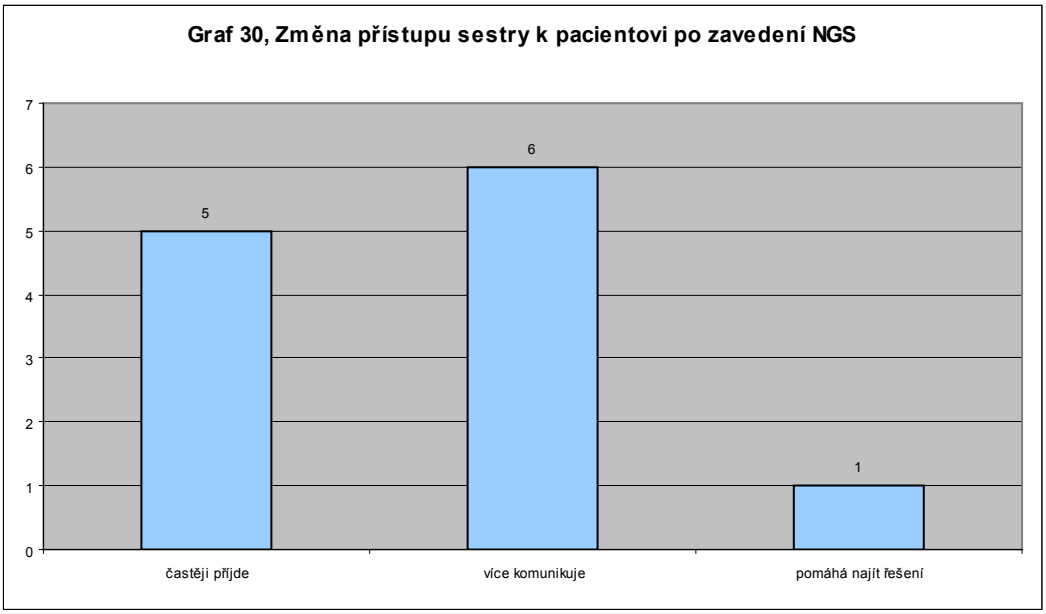
Graf demonstruje míru limitace pacientů při zavedené nazogastrické sondě. 4 (57%) pacienty sonda nikterak neomezuje při čtení, poslechu rádia a dalších aktivitách. 2 (29%) pacienti se vyjádřili, že jsou omezení v pohybu. 1 (14%) respondent neví jak odpovědět, nad otázkou více nepřemýšlel.



Graf 29 (k otázce číslo 13 dotazníku pro pacienty)

Graf popisuje zkušenosti pacientů s pomocí v případě, že si nejsou sami schopni zajistit sebepéči. 7mi respondentům pomůže sestra nebo rodina, 2 dotazovaní spoléhají na pomoc spolupacientů.

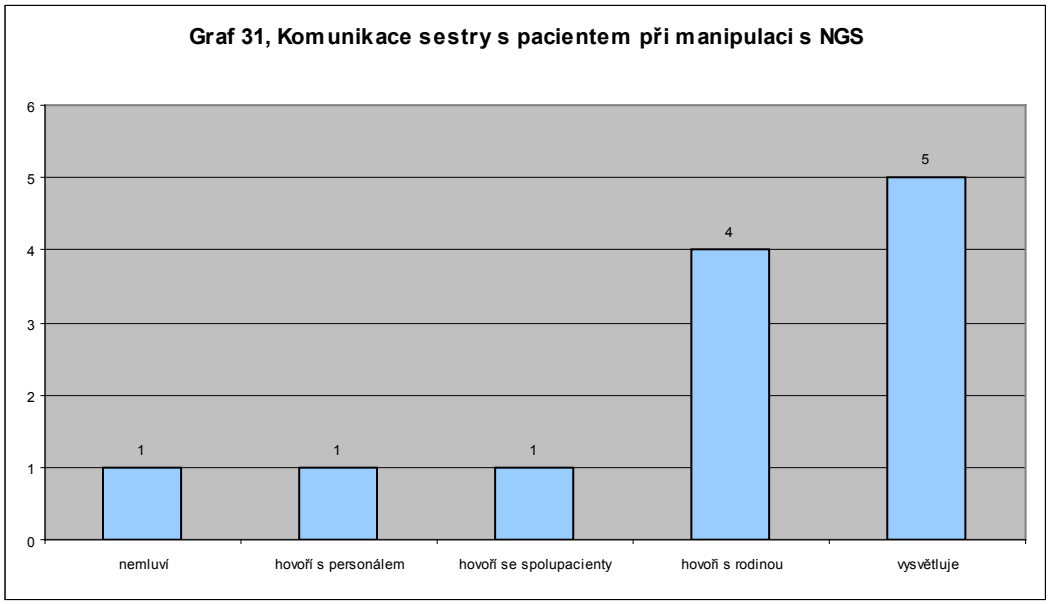
Hodnoty u výsledků týkajících grafu 29 nemusí dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění pacientům vybrat v dotazníku více vhodných odpovědí.



Graf 30 (k otázce číslo 14 dotazníku pro pacienty)

Graf znázorňuje pohled pacientů na změnu v chování sester k nemocným po zavedení nazogastrické sondy. S 6ti respondenty sestry více komunikují, za 5ti dotazovanými sestra častěji přijde a jednomu pacientovi sestra pomáhá najít řešení.

Hodnoty u výsledků týkajících grafu 30 nemusí dosahovat počtu zúčastněných respondentu, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění pacientům vybrat v dotazníku více vhodných odpovědí.



Graf 31 (k otázce číslo 15 dotazníku pro pacienty)

Graf popisuje způsob komunikace sester s pacienty při manipulaci s nazogastrickou sondou. 5 dotazovaných uvádí, že sestry vysvětlují postup činností, které právě provádí. U 4 respondentů sestry hovoří s rodinou, pokud je přítomna. Po jedné souhlasné odpovědi mají nabízené varianty: - nemluví s Vámi; - hovoří s dalším personálem; - hovoří se spolupacienty a Vás si nevšímá.

Hodnoty u výsledků týkajících grafu 31 nemusí dosahovat počtu zúčastněných respondentů, ale mohou je překračovat. Důvodem je umožnění pacientům vybrat v dotazníku více

5. DISKUSE

Empirická část práce je založena na srovnávání dosažených výsledků dotazníkového šetření u sester chirurgického a interního oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou a na srovnávání výsledků šetření mezi sestrami a pacienty se zavedenou nazogastrickou sondou navzájem.

Problémem při šetření bylo získání respondentů z řad sester ke spolupráci. Vzhledem k tomu, že v Liberci při Technické univerzitě vznikl Ústav zdravotnických studií a letos ukončují své studium na tomto vzdělávacím institutu první studenti, je téměř celá Nemocnice Jablonec nad Nisou „přesycena“ vyplňováním dotazníků.

I někteří pacienti po té, co souhlasili se zapojením se do šetření, od spolupráce odstoupili. Jedním z důvodů, byl strach ze zhoršení zdravotní péče, pokud pacient nebude odpovídat vhodně, tak jak se od něho očekává. U řady subjektů muselo být šetření prováděno s pomocí sestry, která pacientovi otázku více přiblížila.

Šetření prokázalo rozdíly v indikacích vedoucích u pacientů k zavedení nazogastrické sondy. Na chirurgii jsou sondování nejčastěji nemocní s náhlými příhodami břišními. Další početnou skupinu indikací tvoří jiné důvody, než námi nabízené možnosti. Ve srovnání s chirurgickým oddělením na interně jsou pacienti zasondováni pro dysfagii, jiné důvody a při onkologickém onemocnění, viz Graf 6. Jsou zde jasné odlišnosti zřejmě i ve složení přijatých pacientů a jejich onemocnění. Na interně převládají nemocní s poškozením mozku s následnou poruchou polykání. Nazogastrická sonda jim je zavedena k snazšímu zajištění nutričních požadavků organismu. Dobrá nutrice má pacientovi zajistit zlepšení prevence vzniku chronických ran (dekubitů), popř. urychlit jejich hojení. U onkologicky nemocných může vyvážená enterální výživa pomoci eliminovat některé nepříjemné prožitky, jako bolest, nauzeu, obstipaci. (19, 21)

Oproti tomu na chirurgii jsou častěji přijímáni pacienti s bolestmi břicha a jsou sondováni pro odlehčení trávicímu traktu viz kapitola 1.3.

Zajímavé je vzájemné porovnání výsledků tabulek 1, 2, 3 v oblasti dýchání. Celkem 7 sester se domnívá, že pacienti se zavedenou nosní sondou nepociťují omezení při dýchání, přičemž všichni respondenti z řad pacientů jsou částečně či významně sondou limitováni v zajišťování této primární potřeby. Dýchání pouze jedním nosním

průduchem nemocné nejen omezuje tělesně svou náročností , ale i psychicky vyčerpává nepříjemnými pocity nedostatečného dýchání. Toto potvrzuje i Ehler a kol. (4).

Tabulka 3 potvrzuje hypotézu 1, pacienti s nazogastrickou sondou mají sníženou sebepéči v oblasti hygieny. *86% pacientů ze 100%mi má částečně, nebo významně sníženou sebepéčí v oblasti hygieny.*

Jak již bylo řečeno Tabulka 3 určuje deficit sebepéče pacientů ve vybraných činnostech. Většina nemocných je částečně limitována při příjmu tekutin a stravy, dýchání a hygieně. Významného deficitu pak respondenti dosahují při spánku a oblékání. *Můžeme tedy říci, že byl splněn cíl 1 a byl zjištěn deficit sebepéče pacientů s nazogastrickou sondou.*

Kontroverzní jsou odpovědi pacientů a sester na komunikaci mezi zúčastněnými při manipulaci s nazogastrickou sondou. Všechny sestry jsou přesvědčeny, že s pacientem dostatečně hovoří, vysvětlují mu postup, atd. S tímto tvrzením souhlasí pouze 71% nemocných. 57% pacientů vyjadřují názor, že sestra hovoří spíše s jejich rodinou, je-li přítomna, nežli s nemocným samotným. 14% pacientů uvedlo za přiměřenou pouze jednu z nabízených odpovědí, kdy s ním při manipulaci se sondou nikdo nemluví. Dalších 14% nemocných také není např. při přelepování středem zájmu sester. Ty, z jejich pohledu, raději hovoří s dalším personálem a spolupacienty.

Pokud předpokládáme, že počet ošetřených pacientů s nazogastrickou sondou v průběhu 3 měsíců je přímo úměrný k získaným zkušenostem, pak je potvrzena hypotéza 2, tedy sestry pracující na chirurgickém oddělení mají větší zkušenosti v ošetřování pacientů se zavedenou nosní sondou, než sestry z interního oddělení. O počtu hospitalizovaných vypovídá Graf 5.

Přesto, že Nemocnice Jablonec nad Nisou má vypracované standardy ošetřovatelské péče týkající se ošetřování nemocných se zavedenou nazogastrickou sondou a sestry ve 100% uvedly, že o této skutečnosti vědí, 19% sester by sondu vyměnilo po 14ti dnech a 21% až po 21ti dnech ode dne zavezení. Přitom ve standardu Výživa žaludeční sondou, viz Příloha 4, je uveden termín výměny sondy po 7mi dnech. 15% sester pracujících na chirurgii do dotazníku dopsalo, že nosní sonda se vyměňuje dle potřeby. Jejich názor je podložený zkušenostmi s častými extrakcemi sondy spojených s mobilitou pacienta nebo při zvýšeném pocení nemocného (fixační náplast se odlepí a nazogastrická sonda vyklouzne). Dle potřeby může být sonda pacientovi vyměněna po hodině nebo i měsíci od jejího zavedení. Toto není odpověď na otázku: Po

kolika dnech je vhodné vyměnit nazogastrickou sondu? Zkušenosti jsou jistě nutné pro sesterskou praxi, nicméně ošetřovatelský standard je závazná norma, která platí na všech odděleních nemocnice. Pokud by 40% subjektů vyměnilo nazogastrickou sondu u pacienta déle jak po týdnu a 7 dle potřeby, dá se předpokládat, že ošetřovatelský standard neznají. *Tímto je potvrzena hypotéza číslo 3, „Sestry neznají ošetřovatelské standardy týkající se péče o pacienty s nazogastrickou sondou.“* Důvodem neznalosti ošetřovatelských standardů může být jejich celkové množství, nepřehlednost ve vyhledávání standardu v nemocničním informačním systému v počítači, standardy nejsou očíslované a chybí jejich soupis (katalog) nebo určitá neúplnost informací v jednotlivých standardech. V Nemocnici Jablonec nad Nisou jsou 3 ošetřovatelské standardy týkající se péče o nazogastrickou sondu. Jeden se zabývá zaváděním, druhý podáváním výživy sondou a třetí podáváním léků viz Přílohy 3, 4, 5. Každý standard obsahuje důležité informace, jen není logické, proč ve standardu týkajícím se výživy je uvedený termín výměny sondy, atd. Ve standardu Výživa žaludeční sondou je v postupu napsáno: „* ohřát dávku na pokojovou teplotu“ a o 8 řádků níže je psáno „* výživu ohřát na teplotu lidského těla…“ U sester mohou vznikat rozpaky, pokojová teplota je cca 21 °C, tělesná teplota 36 °C. Tentýž standard má v oddílu Pomůcky uvedeny potřebné pomůcky nejen pro podávání výživy, ale i zavádění nazogastrické sondy (Mesocain gel, fonendoskop…) viz Příloha 3. Ve standardu Zavedení žaludeční sondy zřejmě autor čerpal z opravdu starých zdrojů, protože ověřovat správnost zavedení sondy do žaludku ponořením konce sondy do vody se snad již v dnešních dobách nikde nečiní. My jsme se při studiu tématu při vypracovávání teoretické části s tímto postupem nikde v odborné literatuře nesetkali viz Příloha 3. *Z těchto důvodů lze považovat hypotézu číslo 4, že ošetřovatelské standardy neobsahují nejaktuálnější informace týkající se péče o nazogastrickou sondu, také za potvrzenou. Zároveň bylo dosaženo cíle 3, kdy byly zhodnoceny ošetřovatelské standardy směřované na péči o nosní sondu.*

Sestry, podle výsledků šetření, jsou vůči pacientům empatické vstřícné a komunikativní. Sestry si uvědomují deficit sebepéče pacientů při příjmu potravy a tekutin. Zároveň většina sester předpokládá výskyt obtíží při sebeobsluze u pacientů, kteří mají zavedenou nazogastrickou sondu první tři dny. Střední zdravotnický personál se dle svých odpovědí snaží především vést nemocného k sebepéči. Podstatná část sester si myslí, že se pacienti stydí především před návštěvami a snaží se nemocným zajistit soukromí.

Většina sester je přesvědčena, že má dostatek informací jak správně pečovat o pacienta s nazogastrickou sondou. Jen 4% z dotazovaných by rády získaly další informace stan této problematiky. 26% respondentek neví zda má dostatek znalostí o péči o sondovaného. Naše šetření bylo orientováno spíše na schopnost empatie sester vůči pacientům s nosní sondou. Proto dotazník nebyl rozšiřován o řadu otázek zaměřených na zjištění úrovně znalostí ošetřovatelského personálu. To může být podnětem pro další vědeckou činnost. *Cíle 2, kdy jsme chtěli zjistit úroveň znalostí ošetřovatelského personálu v péči o pacienty se zavedenou nszogastrickou sondou , nebylo dosaženo v plném rozsahu*.

6. ZÁVĚR

S pacienty se zavedenou nazogastrickou sondou se budeme ve zdravotnictví i nadále setkávat. Je na sestrách s jakým přístupem budou pacienty vést k sebepéči. Při některých aktivitách nemocní potřebují poradit, při jiných i pomoci. Byl potvrzen předpoklad, že pacienti s nazogastrickou sondou mají sníženou sebepéči v oblasti hygieny. Zároveň bylo dosaženo cíle, kdy jsme zjistili deficit sebepéče pacientů s nazogastrickou sondou.

K tomu, aby sestry mohly pacientům zajistit kvalitní ošetřovatelskou péči, musí mít dostatek vědomosti. Kladli jsme si za cíl zjistit úroveň znalostí sesterského personálu v péči o nemocné se zavedenou nazogastrickou sondou. Tento úkol jsme splnili pouze částečně. Nicméně sestra informace může získat z mnoha zdrojů, například z ošetřovatelských standardů. To by ovšem nesměla být potvrzena hypotéza, tak jak se tomu stalo, že sestry neznají ošetřovatelské standardy týkající se péče o pacienty s nazogastrickou sondou. Současně jsme šetřením potvrdily domněnku, že ošetřovatelské standardy neobsahují nejaktuálnější informace týkající dané problematiky. Zároveň bylo dosaženo cíle, kdy byly zhodnoceny ošetřovatelské standardy směřované na péči o žaludeční sondu.

Ale ne jen vědomosti jsou pro sesterskou praxi nutné. Určitou zárukou kvality jsou i zkušenosti. A právě šetření potvrdilo předpoklad, že sestry pracující na chirurgickém oddělení mají větší znalosti v ošetřování nazogastrické sondy než sestry z interního oddělení

Informace získané touto prací budou sloužit managementu Nemocnice Jablonec nad Nisou jako podklad pro zhodnocení vhodnosti přepracování ošetřovatelských standardů , vztahujících se k péči o nemocné s nazogastrickou sondou. Zároveň může být v budoucnu podnětem k uspořádání odborného semináře na toto téma pro sestry, ale i pro lékaře.

Věřím, že pacienti se zavedenou nazogastrickou sondou se budou setkávat se sestrami profesionálkami, schopnými empatie a naslouchání.

7. SEZMAN POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDĚL, M., BENEŠ,P.*Výživa nemocných v těžkých stavech – Parenterální výživa.* 3.vyd.Brno: IDVZ, 1999. 101 s. ISBN 80 – 7013 – 271 –X.

2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2.* 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 488 s. ISBN 80 – 247 – 0143 – X.

3. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka.* 1. vyd. Praha : Grada, 2000. 664s. ISBN80 – 7169 - 681 – 1.

4. EHLER, E., a kol. *Dysfagie u nemocných s poruchou nervového systému – srovnání nazogastrické sondy s perkutánní endoskopickou gastrostomií.* Rozhledy v chirurgii. Praha: 2002, ročník 81, číslo6, str. 316 - 319. ISSN 0035 – 9351.

5. FARKAŠOVÁ, D.a kol. *Ošetřovatelství – teorie.* 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80 – 8063 - 227 – 8.

6. FIRMENT, J., GROCHOVÁ, M., BOČEV, B., STUDENÁ, A. *Tolerancia výživy nazogastrickou sondou u kriticky chorých.* Anesteziologie a neodkladná péče. Praha: 2001, ročník 12, číslo 3, str. 130 – 133. ISSN 0862 – 4968.

7. Fresenius – Kabi. *Vademocum.* /cit. 18. 7. 2009/. dostupné z WWW: www.farmakonutrice.cz/.

8. GREENOVÁ, C.J. *Doplňky orální výživy: sipping a výživa sondou (tube feeding). Enterální výživa versus výživa parenterální?* Praktický lékař. Praha: 2001. Ročník 81, číslo 4, str. 215 – 218. ISSN 0032 – 6739.

9. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora - Praktický rádce pro sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 248 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1868 – 2.

10. HOŠEK, A., MOTLÍK, O. *Katalog firmy KENDALL.* /cit.8. 11. 2008/. dostupné z WWW: http://kendall.cz/?catalog=list&catalog_cat=5#catcat5 .

11. KIRSCHOVÁ, J. *Výživa terminálně nemocných nemocných z pohledu sestry.* Sestra. Praha: 2003, ročník 13, číslo 10, str. 42. ISSN 1210 – 0404.

12. KOPECKÝ, Š. a kol. *Základy anatómie človeka.* 1. vyd. Trnava: SAP, 2001. 184 s. ISBN – 80 – 85665 – 61 - 1.

13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovateĺstvo.* 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0.

14. LINARTOVÁ, M., ŠANDOVÁ, I. *Enterální výživa u resuscitačních pacientů.* Sestra. Praha: 2005, ročník 15, číslo 7 - 8, str. 44 – 45. ISSN 1210 – 0404.

15. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie pro humanitní obory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304s. ISBN 978 - 80 – 247 – 1527 – 6.

16. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80 – 247 – 1442 – 6.

17. SEDLÁKOVÁ, L., DUFKOVÁ, J., NEKUDOVÁ, J. *Zajištění nazogastrické sondy pevnou fixací.* Florence. Praha: 2007, ročník 3, číslo 9, str. 370 – 371. ISSN 1801 – 464X

18. SKÁLOVÁ, A. *Podvýživu nebere Evropa vážně.* Zdravotnické noviny. Praha: 2007, ročník 56, číslo 39, str. 10. ISSN 0044 – 1996.

19. ŠACHLOVÁ, M. *Kteří pacienti mají prospěch z umělé výživy?.* / cit. 17. 9.

2009/. dostupné z WWW: http:// www.paliativnimedicina.cz/prilohy/114.pdf.

20. ŠTILCOVÁ: *Péče o nemocné s enterální výživou. Sborník přednášek z kongresu VII. Královehradecké ošetřovatelské dny.* Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2001, 104 s. ISBN 80 – 86225 – 14 – 3.

21. The Joanna Briggs Institute. *Dekubity – prevence poškození tlakem.* /cit. 19. 7. 2009/. Dostupné z WWW: http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/Evidence_based_practice/12_2_2008.pdf.

22. VEBROVÁ, J., KRAJÍČEK, T., a kol. *Slovník cizích slov.* 1. vyd. Praha: PLOT, 2006. 367s. ISBN 80 – 86523 – 77 – 2.

23. VYHNÁNEK, F. *Chirurgie II.* 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 1997. 185s. ISBN 80 – 86073 – 13 – 0.

24. WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester.* 1. české vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80 – 247 – 1714 – X.

25. ZELENÍKOVÁ, R., VOJKOVSKÁ, M. *Časná enterální výživa po resekčních výkonech na horním GIT.* Florence. Praha: 2007, ročník 3, číslo 4, str. 178 – 179. ISSN 1801 – 464X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

nazogastrická sonda

pacient

sestra

zavedení

sebepéče

deficit

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník pro pacienty

Příloha 2 – Dotazník pro sestry

Příloha 3 - Ošetřovatelský standard Zavedení žaludeční sondy

Příloha 4 – Ošetřovatelský standard Výživa žaludeční sondou

Příloha 5 – Ošetřovatelský standard Podávání léků sondou

Příloha 1

Vážená paní, vážený pane

dostal se Vám do ruky anonymní dotazník, jehož úkolem je zjistit Váš postoj k zavedené nazogastrické sondě. Výsledky šetření budou využity při zpracování bakalářské na téma: „ Sebepéče pacienta s nazogastrickou sondou.“

Není-li uvedeno jinak, označte vždy 1 odpověď.

Předem děkuji za Váši spolupráci.

Alena Blabolilová

1. Váš věk: 20 –30; 31- 40; 41 – 50; 51 – 60;

61 –70; 71 –80; 80 a více let

2. Vaše pohlaví: žena muž

3. Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?

chirurgie: standardní JIP

interna: standardní JIP

4. Kolikátý den máte nosní sondu?

1 – 3 4 – 7 8 – 11 12 – 15 16 a více

5.Pokud máte nosní sondu déle jak týden, byla Vám vyměněna? (nehodící se odpověď škrtněte) ANO NE

6. Pokud Vám byla sonda vyměněna, po kolika dnech se tak stalo?

1 – 3 4 – 7 8 – 11 12 – 15 16 a více

7. Víte, proč Vám byla zavedena nosní sonda? (nehodící se odpověď škrtněte)

ANO NE

8. Vysvětlil Vám někdo před zavedením nosní sondy postup zavádění a péče o sondu? (nehodící se odpověď škrtněte)
- ANO, lékař
- ANO sestra
- NE, nikdo mi nic neřekl

9. V následující tabulce označte,do jaké míry Vás nosní sonda při uvedených činnostech omezuje. (V každém řádku označte X.)

	vůbec ne	částečně	významně
příjem tekutin a stravy			
dýchání			
hygiena			
spánek			
oblékání			
chůze			
komunikace s okolím			
kontakt s okolím (návštěvy			

10. Pociťujete stud (související se zavedenou sondou) před spolupacienty?

ANO NE

11. Pociťujete stud (související se zavedenou sondou) před návštěvami?

ANO NE

12. Limituje Vás nějak sonda při aktivizování (čtení, poslech rádia, sledování televize).

ANO NE

V OTÁZKÁCH 13., 14. a 15. MŮŽETE OZNAČIT I VÍCE ODPOVĚDÍ

13. Kdo Vám pomáhá v činnostech, které nejste schopen/na si zajistit sám/a? (doplňte pouze jednu odpověď)
- sestra
- rodina
- spolupacienti

14. Změnil se přístup sestry k Vaší osobě po zavedení nosní sondy?

- častěji přijde
- více komunikuje (ptá se na problémy,…)
- pomáhá najít řešení

15. Jakým způsobem s Vámi komunikuje sestra při manipulaci s nosní sondou?

- nemluví s Vámi
- hovoří s dalším personálem a Vás si nevšímá
- hovoří se spolupacienty a Vás si nevšímá
- hovoří s Vaší rodinou pokud je přítomna
- vysvětluje, zdůvodňuje postup činností, které právě dělá

Příloha 2

Vážená sestro,

dostal se Vám do ruky anonymní dotazník, jehož výsledky budou využity při zpracování bakalářské práce na téma: "Sebepéče pacienta s nazogastrickou sondou."
Sestra může být pacientovi s nazogastrickou sondou nápomocna v celé řadě činnosti. Ráda bych zjistila Váš postoj k uvedené problematice.
Není-li uvedeno jinak, označte vždy 1 odpověď.

Předem děkuji za Váši spolupráci.

Alena Blabolilová

1.Doplňte počet let Vaší praxe:

2. Pracujete na oddělení CHIR INT
standardní odd. JIP

3. Doplňte nejvyšší úroveň Vámi získaného vzdělání: SŠ VOŠ VŠ

4. Počet pacientů ošetřovaných s nazogastrickou sondou na Vašem odd.se čtvrtletně pohybuje: 0 – 5 6 – 10 11 a více

5. Pokud jsou na Vašem odd. ošetřováni pacienti s nazogastrickou sondou, vyberte nejčastější indikaci pro její zavedení:
- náhlá příhoda břišní
- resekce jícnu
- ulcerózní kolitida
- onkologické onemocnění
- dysfagie spojena s neschopností per orálního přijmu
- jiné

6. Má Nemocnice Jablonec nad Nisou vypracované standardy oš. péče týkající se péče o pacienta s nazogastrickou sondou? ANO NE

7. Po kolika dnech je vhodné vyměnit nazogastrickou sondu?

po 7mi dnech po 14ti dnech po 21ti dnech

8. V uvedené tabulce označte, v jaké míře jsou dle Vašich zkušeností pacienti omezováni nazogastrickou sondou při uvedených činnostech. (V každém řádku X.)

	vůbec ne	částečně	významně
příjem tekutin a stravy			
dýchání			
hygiena			
spánek			
oblékání			
chůze			
komunikace s okolím			
kontakt s okolím (návštěvy			

9. Je zřejmý rozdíl v deficitu sebepéče v některé z výše uvedených oblastech v závislosti na době-délce zavedené nazogastrické sondy?

- ANO, u pacientů se sondou 1.- 3. den je deficit vyšší
- ANO, u pacientů se sondou 1. – 3. den je deficit nižší
- NE
- NEVÍM

V OTÁZKÁCH 10., 11., 12., 13., 14., 15. a 16. MŮŽETE OZNAČIT I VÍCE ODPOVĚDÍ

10. Jakým způsobem pomůžete pacientovi při významném omezení v oblasti hygieny?

- provedu sama celkovou hygienu za pacienta
- vedu pacienta při nácviku osobní hygieny
- nechám pacienta, aby si provedl hygienu sám, jinak se to nenaučí (bez ohledu na kvalitu)

11. Jakým způsobem pomůžete pacientovi při významném omezení v oblasti spánku?

- nabídnu pacientovi hypnotikum, či jiný preparát dle ordinace lékaře
- vyvětrám pokoj, zhasnu světla
- uklidním pacienta, aby neměl strach a klidně spal a neměl strach z náhodné extrakce sondy

12. Jakým způsobem pomůžete pacientovi při významném omezeni v oblasti oblékání?

- obléknu pacienta sama, aby nedošlo k odstranění sondy
- vedu pacienta při nácviku oblékání
- nechám pacienta, aby si oblékl sám, jinak se to nenaučí (bez ohledu na kvalitu)

13. Myslíte si, že pacient se zavedenou nazogastrickou sondou pociťuje stud?

- vůbec nepociťuje
- ano, pociťuje před návštěvami
- ano, pociťuje před spolupacienty

14. Při zavádění nebo výměně nazogastrické sondy u pacienta:

- zajistím pacientovi soukromí – využiji zástěnu
- odvedu/převezu pacienta na vyšetřovnu
- požádám spolupacienty, aby opustili pokoj
- nevím, nezamýšlela jsem se nad tím
- z technických důvodů není možné zajistit při sondování soukromí
- pacientovi a spolupacientům nedostatek soukromí nevadí

15. Při manipulaci s nazogastrickou sondou s pacientem :

- nemám čas s ním hovořit
- vysvětluji pacientovi, zdůvodňuji postup činností, které právě provádím
- hovořím s okolím

16. Jak je lékař informován o funkčnosti nazogastrické sondy?

- lékař se aktivně zajímá
- sama lékaře aktivně informuji
- lékař není informován a ani se nezajímá

17. Myslíte si, že máte dostatek informací, jak pečovat o pacienta s nazogastrickou sondou?

ANO NE NEVÍM

Příloha 3

Nemocnice Jablonec nad Nisou

Ošetřovatelský standard

Zavedení žaludeční sondy

Platnost: od 1.11. 2003
Aktualizace: 1.11. 2008

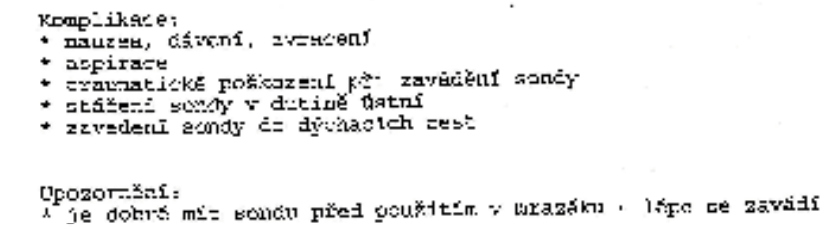
Definice: zavedení sondy nosním průduchem nebo ústy do žaludku (popř. duodena)

Cíl:
* diagnostický
* léčebný

Kompetence:
* sestra bakalářka
* sestra specialistka
* sestra všech oborů

Pomůcky:
* žaludeční popř. duodenální sonda vhodného materiálu a velikosti (dle anatomických rozměrů pacienta a účelu zavedení
* rukavice
* emitní miska
* Janettova stříkačka
* mesocain gel
* buničina
* náplast na fixaci
* špátle
* baterka
* fonendoskop
* na dětském oddělení plastový chránič sondy (proti skousnutí)
* dle potřeby sběrný sáček, kolíček

Postup:
* poučit a psychicky připravit pacienta, je-li schopen
* uložit pacienta do vhodné polohy u duodenální sondy na pravý bok
* pokud má pacient umělý chrup, vyjmeme ho z úst
* potřít sondu gelem
* navlést si rukavice
* zavést sondu přiměřeně daleko (odhadem - nos- ušní lalůček - konec sterna + 5cm u duodenální sondy přidat 20 - 30cm)
* pokud nemá sonda značení hloubky zavedení, označit viditelnou značkou
* ověřit správnost zavedení (Janettovou stříkačkou odsát obsah žaludku nebo vstříknout vzduch do sondy a poslechnout v epigastriu fonendoskopem nebo ponořit konec sondy do vody)
* fixovat sondu náplastí
* u chodících pacientů sondu zajistit, aby je neomezovala v pohybu
* sledovat pacienta
* uklidit pomůcky
* provést záznam do dokumentace



Komplikace:
* nauzea, dávení, zvracení
* aspirace
* traumatické poškození při zavádění sondy
* stáčení sondy v dutině ústní
* zavedení sondy do dýchacích cest

Upozornění:
* je dobré mít sondu před použitím v mrazáku - lépe se zavádí

Převzato z nemocničního informačního systému Nemocnice Jablonec nad Nisou dne 3. 8. 2009

Příloha 4

Nemocnice Jablonec nad Nisou

Ošetřovatelský standard

Výživa žaludeční sondou

Platnost: od 1.11.2003
Aktualizace: 1.11.2006

Definice: je to doprovení stravy do žaludku u pacientů, kteří nejsou schopni přijímat potravu ústy nebo u kterých trvá žádoucí přijímání potravy ústy

Cíl:
* zajištění výživy pacienta enterální cestou

Kompetence:
* sestra bakalářka
* sestra specialistka
* sestra všech oborů

Indikace:
* neschopnost přijímat potravu ústy (porucha polykání, poleptání jícnu, bezvědomí, operace čelisti....)
* při velkých břišních operacích
* při zklidňování zánětlivých procesů na sliznicích zažívacího traktu

Pomůcky:
* sonda (není-li zavedena), mazoucí gel
* náplast na fixaci sondy, špátle
* fonendoskop
* Janettova stříkačka
* rukavice
* ledvinová miska
* hunicína
* pean
* voda k proplachům sondy
* dokumentace

Postup:
* připravit pomůcky
* připravit pacienta, informovat ho (je-li možné)
* ohřát dávku na pokojovou teplotu
* zavést sondu, není-li zavedena
* před zahájením krmení musíme Janettovou stříkačkou odsát žaludeční obsah, abychom se ujistili o správné poloze sondy a odsáli jsme zbytky předchozí dávky potravy
* pokud je množství v žaludku 100 ml a více, zastavit krmení a oznámit lékaři
* aspirovaný obsah vrátit do žaludku - zabraňuje to ztrátě žaludečních šťáv a elektrolitů
* výživu ohřát na teplotu lidského těla - asi 37°C, podávat zvolna v intervalech a dávkách dle ordinace lékaře
* po podání výživy proplachovat sondu vodou a uzavřít
* tekutiny podávat do sondy mimo určenou dobu výživy
* pokud sondy měnit - prevence dekubitů
* zaznamenat do dokumentace (množství, druh, dobu aplikace.....)
* uklidit pomůcky

U pacienta vyživovaného sondou sledovat:
* bilanci tekutin
* hmotnost (dovolí-li to jeho zdravotní stav)
* vidovat stolici - četnost, konzistenci, barvu
* moč na odpad glukózy
* vitální funkce - TT, P, TK, dýchání
* možné projevy aspirace - dechovou nedostatečnost, horečku, kašel, cyanozu

Komplikace:
* aspirace
* ucpání sondy - proplach, výměna
* nauzea, zvracení, průjem - nesnášenlivost stravy, výživa podávána příliš rychle ve velkých dávkách
* vznik dekubitu - při delším ponechání sondy na jednom místě - výměna se provádí za 7 dní

Upozornění:
* výživu a léky do sondy nutno oddělit proplachem sondy vodou
* druh výživy je určen ordinací lékaře popřípadě se konsultuje s MUDr. Čulíkovou

Převzato z nemocničního informačního systému Nemocnice Jablonec nad Nisou dne 3. 8. 2009

Příloha 5

Nemocnice Jablonec nad Nisou

Ošetřovatelský standard

Podávání léků sondou

Platnost: od 1.11.2003
Aktualizace: 1.11.2008

Definice: podávání léků žaludeční sondou určených k perorálnímu požití

Cíl:
* vpravení léku přímo do žaludku

Kompetence:
* sestra bakaláčka
* sestra specialistka
* sestra všech oborů

Pomůcky:
* Janettova stříkačka - 2 ks
* léky dle ordinace lékaře
* sklenice s vodou
* lékovka
* drtička
* sterilní longeta, pean

Postup:
* informovat pacienta (je-li to možné !
* uložit do vhodné polohy
* zhodnotit reziduum Janettovou stříkačkou č.1, je-li větší než 150 ml za poslední 3 hod. konsultovat podání léku s lékařem
* rozdělit vodu (50 ml) na dvě dávky, neurčí-li lékař jinak
* v první dávce rozpustit rozdrcené léky, nasát do druhé stříkačky, otevřít sondu, kolíček odložit na sterilní longetu, napojit stříkačku a aplikovat obsah
* stejnou stříkačkou nasát druhou dávku s vodou a aplikovat stejným způsobem
* zkontrolovat, zda léky neulpěly na stěnách sondy nebo ve stříkačce
* zkontrolovat, zda stav pacienta nezměnil
* zapsat vše do dokumentace (lék, množství tekutin, případně nežádoucí účinky .....)
* Úklid pomůcek

Komplikace:
* insuflace tekutiny do dýchacích cest
* nauzea, zvracení, průjem
* vznik dekubitu - při delším ponechání sondy na jednom místě
* ucpání sondy při špatném rozdrcení léků

Převzato z nemocničního informačního systému Nemocnice Jablonec nad Nisou dne 3. 8. 2009