

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
Zdravotně sociální fakulta**

PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ROLE SESTRY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
U KLIENTA SE SYNDROMEM KRÁTKÉHO STŘEVA**

Bakalářská práce

Mgr.Zdeňka Pavelková

Jana Bundová

2009

The role of nurse in providing care to patients with short bowel syndrome

Short Bowel Syndrome is a group of symptoms that result from small intestine loss or damaged absorption within the remaining part. Because of the advancement of complex medication including home intravenous feeding, there are more and more patients who survive on a long term basis, however, they are vulnerable to a number of complications. Therefore, it is very important for the patients to be provided with high quality nursing care. It is also important for the patients to have enough information about the illness - how to provide the application of feeding in a home environment and also to know the rules of maintaining hygienic care. In the theoretical part we were dealing with the causes of foundation, symptoms, treatment and complications of Short Bowel Syndrome and the roles of a nurse in the care of patients with this illness. In order to reach the results we used the form of a qualitative – quantitative approach. A method of getting the data consisted of a questionnaire for nurses working in metabolic departments.

Patients with Short Bowel Syndrome treated in a centre of home intravenous feeding participated in the qualitative investigations. These patients went through a semi-structured interview. The goal of this work was to find out the level of information which nurses have as well as their approach and experience in nursing care concerning the patients with Short Bowel Syndrome. The questions of the research were trying to look into the patients' experience with the provided care - whether the patients have enough information about their illness and the appropriate nursing care, whether they are able to use venous port in their own home environment. On the basis of the research the questions have been answered. The goals of the work have been fulfilled. From the results of the analysis it is obvious that the majority of nurses taking care of patients with Short Bowel Syndrome are capable of doing their work. Their knowledge of the given topic is on a very good level. The patients are satisfied with providing the nursing care and they evaluated the amount of information to be satisfactory. Therefore, Patients with Short Bowel Syndrome treated in a centre of home intravenous feeding

participated in the qualitative investigations. These patients went through a semi-structured interview.

The goal of this work was to find out the level of information which nurses have as well as their approach and experience in nursing care concerning the patients with Short Bowel Syndrome. The questions of the research were trying to look into the patients' experience with the provided care - whether the patients have enough information about their illness and the appropriate nursing care, whether they are able to use venous port in their own home environment. On the basis of the research the questions have been answered. The goals of the work have been fulfilled. From the results of the analysis it is obvious that the majority of nurses taking care of patients with Short Bowel Syndrome are capable of doing their work. Their knowledge of the given topic is on a very good level. The patients are satisfied with providing the nursing care and they evaluated the amount of information to be satisfactory. Therefore, possible only in cooperation with family members or a home care agency. Unfortunately, in spite of the maximum effort, complications sometimes arise. The nurses', doctors' and the patients' goal is devoted to minimalizing the problems. Using home intravenous feeding enables the patients to return to ordinary life or to having their activities only partly restricted. The results of this work can be used for institute seminars regarding the care of patients with Short Bowel Syndrome in hospitals where the illness is less common.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče u klienta se syndromem krátkého střeva vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Zdeňce Pavelkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie tenkého střeva	4
1.2 Fyziologie tenkého střeva	5
1.3 Definice syndromu krátkého střeva	6
1.4 Klinický obraz	6
1.5 Diagnostika syndromu krátkého střeva	7
1.6 Terapie syndromu krátkého střeva	8
1.6.1 Nutriční podpora syndromu krátkého střeva	9
1.6.2. Enterální výživa	10
1.6.2.1 Komplikace enterální výživy	11
1.6.3. Parenterální výživa	12
1.6.3.1 Komplikace parenterální výživy	15
1.6.4 Transplantace tenkého střeva	16
1.7 Komplikace a karence syndromu krátkého střeva	17
1.8 Prognóza klientů se syndromem krátkého střeva	18
1.9 Role sestry v problematice ošetrovatelské péče syndromu krátkého střeva	18
1.10 Ošetrovatelská péče u klientů se syndromem krátkého střeva	20
1.10.1 Formy ošetrovatelské péče u klienta se syndromem krátkého střeva	22
2. Cíle práce hypotézy výzkumné otázky	23
3. Metodika	24
3.1 Použitá metodika	24
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	24
4. Výsledky	25
4.1 Výsledky grafů	25
4.2 Rozhovory s klienty	41
4.3 Výsledky rozhovorů s klienty	47
5. Diskuse	52
6. Závěr	58

7. Seznam použitých zdrojů.....	60
8. Klíčová slova.....	64
9. Přílohy.....	66

Úvod

Téma bakalářské práce se zabývá se Rolí sestry při poskytování péče o klienty se syndromem krátkého střeva. Toto onemocnění je charakterizováno souborem příznaků, které plynou ze ztráty tenkého střeva nebo poškození absorpce zbývajících částí. Jeho nejčastější příčinou jsou rozsáhlé resekce pro Crohnovu chorobu, nádorová onemocnění, abdominální trauma a cévní komplikace v mezenterické oblasti. Výskyt resekce střeva přibývá v souvislosti a radikálnějšími přístupy v onkologii.

Dané téma jsem si zvolila, protože díky komplexní léčbě a rozvoji domácí parenterální výživy počty klientů se syndromem krátkého střeva stále stoupají. I při dodržování velmi přísných hygienických zásad jsou klienti za svého života trvale ohroženi. Onemocnění nenarušuje jen biologickou stránku života, ale zasahuje i do psycho – sociální oblasti člověka. Důležité je, aby se klienti naučili dodržovat léčebný režim a předcházeli tak komplikacím a tím přispěli ke zlepšení kvality svého života. S rozvojem ošetrovatelství se mění i role sestry. S rostoucí autonomií se mění obsah její práce a současně se zvyšuje její odpovědnost. K tomu, aby byla schopna své role vykonávat je nutné, aby si stále doplňovala své vědomosti a dovednosti.

Další důvod, který mě vedl ke zpracování problematiky klientů se syndromem krátkého střeva, byl můj profesní zájem. Vzhledem k tomu, že pracuji jako perioperační sestra na chirurgických sálech, mě zajímalo, jak je realizován další průběh ošetrovatelského procesu u těchto klientů.

Cílem mé práce je ověřit míru informovanosti a zkušenosti sester a zjistit zda jsou klienti o svém onemocnění a případných rizicích dostatečně informováni. Myslím si, že téma mé bakalářské práce je velmi zajímavé a málo diskutovatelné. Jelikož problematika klientů se syndromem krátkého střeva je značně rozsáhlá a terapie probíhá spíše na specializovaných pracovištích. Čím více sestry o dané problematice ví, tím lépe dokážou zhodnotit problémy klientů a přispět tak ke zkvalitnění a rozvoji ošetrovatelské péče.

1. Současný stav

1.1 Anatomie tenkého střeva

Poznatky a vědomosti z anatomie a fyziologie jsou velmi důležité k pochopení problematiky klientů se syndromem krátkého střeva a k následné realizaci kvalitní ošetrovatelské péče. U zdravého člověka měří tenké střevo 3-5 metrů, jedná se o dutý nepárový orgán. Tenké střevo má tři úseky dvanáctník duodenum, kyčelník čili ileum a lačník čili jejunum. Tyto úseky na sebe plynule navazují. Dvanáctník je nejkratší částí tenkého střeva, je uložen retroperitoneálně. Povrch jejuna a ilea pokrývá peritoneum, které přechází v mezenterium, v němž probíhají cévy, nervy a lymfatické cévy. V první části duodena se nachází společné vyústění žlučových cest a vývod slinivky břišní. Toto místo nese název Vaterská papila. Po rozsáhlých resekčních výkonech je pro další osud pacientů určující nejen délka zbylého střeva, ale právě také ponechaná anatomická část (5).

Dalším důležitým faktorem je, zda zůstala zachována ileocekální chlopeň, což je místo kde ileum ústí do tlustého střeva. Jedná se o ventil, který usměrňuje trávenou potravu a brání jejímu návratu zpět. K otevření chlopně dochází pouze tehdy, pokud je obsah v tenkém střevě dostatečně natráven. Sliznice kryje cylindrický epitel, typickým útvarem pro sliznici tenkého střeva, jsou klky. Jedná se o výběžky, na kterých probíhá transport vstřebaných aminokyselin, jednoduchých cukrů, vitamínů a rozpustných tuků prostřednictvím epitelových buněk. Další vrstvou je hladká svalovina, kterou tvoří cirkulární a podélná vlákna, která vykonávají peristaltické a kývavé pohyby. Díky těmto pohybům dochází k promíchání a posunu střevního obsahu (18,27).

Tenké střevo vyživují větve horní mezenterické tepny, arteria mesenterica superior a krev je odváděna do vena portae. Inervaci zajišťuje nervus vagus, který zrychluje peristaltiku, zvyšuje sekreci žláz a povoluje svěrače, protikladný účinek mají vlákna z nervi splanchnici (5).

1.2 Fyziologie tenkého střeva

Tenké střevo je hlavním orgánem zajišťující výživu organismu, probíhá zde hlavní část trávení a vstřebávání potravy. Vstřebávání a štěpení látek probíhá v jejunu podstatně rychleji než v ileu. Ve všech úsecích sliznice tenkého střeva dochází k produkci střevní šťávy, která obsahuje řadu enzymů, které štěpí bílkoviny na aminokyseliny, lipázy rozkládají tuky na glycerol a mastné kyseliny a amylázy složité cukry na jednoduché a snadno vstřebatelné. Množství, které se za 24 hod vytvoří je asi 1-3/l . Ph střevní šťávy je slabě zásadité a přispívá tak k neutralizaci kyselé tráveniny, která přichází ze žaludku (24). V duodenu dochází k absorpci vápníku, hořčíku, železa, glukózy a dalších monosacharidů a vitamínů rozpustných ve vodě. V jejunu dochází ke vstřebávání tuků, proteinů a vitamínů rozpustných v tucích. Vstřebávání sodíku probíhá v celém tenkém střevě. Žlučové kyseliny, vitamín B12 a sulfáty se resorbují v terminálním ileu (9). Dostatek enzymů, čas na promísení tráveniny, dostatečná absorpční plocha, dostatek žluči, neporušené klky i lymfatický transport jsou nezbytnými faktory k normálnímu průběhu trávení (36).

Dalšími funkcemi tenkého střeva, které jsou neméně důležité, je funkce střeva jako endokrinního orgánu, funkce imunitní a bariérová. Tenké střevo je největším imunitním orgánem lidského těla a má hlavní úlohu v rozpoznávání antigenních substancí (9,36). V problematice syndromu krátkého střeva jsou anatomické a fyziologické znalosti důležité neboť od nich se odvíjí diagnostika i léčba.

1. 3 Definice Syndromu krátkého střeva

Termínem syndrom krátkého střeva se označuje soubor příznaků, které plynou ze ztráty střeva nebo z poškození absorpce zbývajících částí střeva. Je charakterizován průjmem, steatoreou, malnutricí a hubnutím. U dospělých jsou nejčastějšími příčinami resekce pro Crohnovu chorobu, postiradiační postižení, abdominální trauma a infarky tenkého střeva. U dětí se nachází i vrozené formy, aganglioza, malrotace a atrezie jejunum nebo ileum (3).

Syndrom krátkého střeva není definován určitou délkou zbývajících střeva, ale spíše ztrátou vstřebávací funkce. Proto je velmi důležité znát, která část tenkého střeva zůstala zachována a zda byla odstraněna ileocekální chlopně. Jedná se o závažné onemocnění, u kterého je nutná komplexní léčba a mezioborová spolupráce gastroenterologa, nutričního terapeuta i chirurga. Rozvinuté metody intenzivní péče a umělé výživy, včetně domácí parenterální, umožňují zajistit dlouhodobější a kvalitnější přežívání většího počtu nemocných. Ti jsou však ohroženi celou škálou komplikací a karencí (33). Proto je velice důležité, aby klienti s tímto postižením měli dostatečné množství informací jak provádět aplikaci výživy a hygienickou péči a vyvarovali se případným komplikacím. Znalost pojmu syndromu krátkého střeva dává sestřám potřebné informace v orientaci klinického obrazu.

1. 4 Klinický obraz syndromu krátkého střeva

Klinický obraz syndromu krátkého střeva je závislý na rozsahu resekce, ztrátě ileocekální chlopně a lokalizaci odstraněné části. Nejedná se jen o kvantitativní úbytek resorpční plochy, ale i ztrátu specifických úseků. Klinické projevy jsou tedy závislé na rozsahu resekce a ponechané části tenkého střeva. Ztráta jejunum je celkem dobře tolerována. Naproti tomu ztráta ileum je mnohem závažnější. A přináší i horší metabolické důsledky. Hlavním příznakem jsou průjmy charakteru steatorey (3, 43).

Důležité je o jaký typ a rozsah resekce se jedná. Je možné rozlišit tři hlavní druhy. U krátké resekce, 30 – 100 cm, dominantní je postižení vstřebávání žlučových kyselin, působící osmotický průjem. Celkový stav u takto postižených bývá dobrý. Stav

výživy takto postižených nemocných je uspokojivý a neztrácí na hmotnosti, četnost průjmů je 4-10 denně, steatorea nebývá častým příznakem a provokativním momentem bývá jídlo. Druhým typem je velká resekce ilea v tomto případě není organismus schopen kompenzovat malabsorpci. Dochází k výraznějším projímavým účinkům, množství stolice se pohybuje okolo 1000g za den. Hmotnost u takto postižených klesá. Jedním z projevů je abnormálně vysoká koncentrace cholesterolu ve žluči, což má za následek malabsorpce žlučových kyselin. Proto je často přítomnost cholesterolové lithiázy, riziko vzniku se zvyšuje při dlouhodobé parenterální výživě. Nejzávažnější je resekce ilea i jejuna, tento typ vede k těžkým průjmům, generalizované malabsorpci živin, minerálů a elektrolytů, hubnutí a chudokrevnosti (21). K rozpoznání klinického obrazu slouží správná diagnostika, která pomáhá i v adekvátních léčebných zásazích

1. 5 Diagnostika syndromu krátkého střeva

Diagnostika syndromu krátkého střeva se opírá o znalost délky ponechaného střeva a také, která část tenkého střeva byla odstraněna. I to zda byla odstraněna či ponechána bauhínská chlopeč a zda bylo zachováno tlusté střevo. Tyto informace lze nalézt v záznamu z operačního protokolu. Ne vždy ale popis souhlasí s pozdějším nálezem, neboť v pooperačním období se vytváří jizevnaté procesy a dochází k zánětlivým komplikacím (21).

Doplňkový charakter mají zobrazovací metody v podobě rentgenologických a endoskopických vyšetření, tomografie, enteroklyza je cílené zobrazení tenkého střeva. Další důležité informace k určení diagnózy lze získat z anamnézy, fyzikálního vyšetření a nutričního screeningu. Jedná se o jednoduchý nástroj a rychlý způsob, který slouží k zhodnocení nutričního stavu pacienta a stanovení rizika malnutrice (14). V rámci nutričního screeningu hodnotíme údaje o hmotnosti, Body Mass index, omezení příjmu potravy, neobvyklé hubnutí. Dle mezinárodních akreditačních standardů je jedním z indikátorů kvality péče. Standardy, které se týkají léčebné výživy a stravování jsou dva, označeny COP.12,13. Nezbytné je též přihlídnutí k hodnotám laboratorních nálezů, jedná se o ukazatele biochemického vyšetření. Sestra provádí odběry

biologického materiálu, zodpovídá za transport vzorků a společně s lékařem monitoruje výsledky vyšetření. Dle výsledků se řídí následná terapie (9).

1. 6 Terapie syndromu krátkého střeva

Léčba syndromu krátkého střeva je založena na udržení nutriční integrity organismu a posléze na adaptaci zbylé části střeva. Terapie se rozděluje na tři fáze. Bezprostřední pooperační období se nazývá akutní stadium neboli hypersekreční fáze. Toto období trvá několik dní až týdnů. V tomto období dochází k malabsorpci nutričních substrátů, iontů, stopových prvků i vitaminů (18, 43).

V časně fázi se léčba zaměřuje na úpravu elektrolytové a vodní dysbalance. Cílem je podávat léky tlumící sekreční aktivitu a motilitu gastrointestinálního traktu, antacida, inhibitory protonové pumpy. Důležitým úkolem sestry v této fázi je sledování bilance tekutin a hlavních iontů, zejména příjem a odpad sodíku, kalia a chloridů. V iniciální fázi je sledována tekutinová bilance v krátkých časových intervalech. Při velkých ztrátách tekutin dochází k omezenému návratu krve portálním oběhem a dochází ke zhoršování jaterních funkcí, na poruše se podílí i přestup bakterií ze střeva do portálního oběhu. Proto jsou podávána preventivně širokospektrá antibiotika. Pokud je pacient dobře oběhově kompenzován zahajujeme úplnou parenterální výživu. Při úporném průjmu je vhodné podávání kodeinu v kombinaci s kalcium-karbonkem (31)

Následuje adaptační stadium, v této fázi se kombinuje parenterální příjem s enterálním. Dochází k postupné adaptaci funkce střeva, zejména pokud jde o udržení vodní a iontové rovnováhy. Nemocní mají tendenci k rozvoji metabolické acidózy, kterou kompenzujeme podáváním bikarbonátu. Často je přítomen i deficit kalcia, proto se doporučuje jeho substituce společně s multivitaminovými preparáty a stopovými prvky (3).

Poslední fáze se nazývá stabilizační, zde má léčba různé formy. Část nemocných přechází na pevnou stravu s dodržováním specifických dietních opatření, které je možné doplnit dle potřeby enterální či parenterální výživou a potravinovými doplňky. Není-li možný adekvátní perorální příjem, doporučuje se kontinuální podávání noční sondové výživy. U některých nemocných se však vzhledem k nízké absorpční kapacitě

nevyhneme totální parenterální výživě. Ve stabilizační fázi se pravidelně vyšetřuje a kontroluje nutriční stav. Provádí se monitorování funkce jater, žlučových cest a ledvin, vzhledem k velkému procentu vzniku lithiázy. Cílem léčby malnutrice je zvýšit příjem energie, bílkovin a mikronutrientů (43,38). Proto je nedílnou součástí léčby syndromu krátkého střeva nutriční podpora.

1.6.1 Nutriční podpora u syndromu krátkého střeva

„Nutriční podpora je soubor aktivních opatření k zachování adekvátního příjmu energie příjmu tuků s odpovídajícím zastoupením esenciálních mastných kyselin, proteinů, vody, fyziologických iontů, stopových prvků a vitamínů” (s.242, 17).

Typ a rozsah závisí na funkční kapacitě a adaptaci ponechaného tenkého střeva. Úkolem je zabránit a zpomalit průběh malnutrice, snížit frekvenci komplikací, udržet normální tělesné funkce, snížit morbiditu, mortalitu a zlepšit kvalitu života. . Pokud je funkce gastrointestinálního traktu dobrá je preferována výživa enterální. Podmínkou je tolerance za strany klienta. Při špatné funkci nebo chybí-li celé střevo zajišťujeme výživu parenterální cestou (7)

Role sestry spočívá v zajištění aplikací enterální a parenterální výživy, informuje klienta o způsobech jakými bude výživu aplikovat a o možných komplikacích. Monitorování a záznamy v této oblasti ošetrovatelské péče mají vliv na uzdravování klienta Po operacích vedoucích k syndromu krátkého střeva je zahájení výživy parenterální cestou a posléze pokud zdravotní stav nemocného dovolí se přechází přes enterální výživu k výživě per-os. Zahájení příjmu čajem, pokračujeme bujónem, kaší k chemicky a mechanicky šetřící stravě s vysokým podílem bílkovin a soli. Doporučená dávka bílkovin u syndromu krátkého střeva je 1,5-2 gramu na kilogram tělesné hmotnosti a den (42)

Neméně důležitá je též frekvence jídel, která by se měla pohybovat v intervalech 2-3 hodin. Doporučují se vysokoenergetické potraviny s menším objemem. Pevné potraviny se podávají odděleně od tekutých , což zlepšuje resorpci výživných složek Důležitá je suplementace draslíku a hořčíku a zinku. Lze využít nutričně kompletních nápojů formou popíjení neboli sippingu. Sestra společně s nutričním terapeutem

informují klienta o pravidlech dietního opatření, ta se liší dle rozsahu resekce a ponechané části tenkého střeva. U pacientů se zachovaným tlustým střevem je doporučována výživa chudá na tuk s vysokým podílem sacharidů, výživa s relativně vyšším podílem tuku je účelná u nemocných s ileostomií nebo jejunostomií (7).

Pokud je přítomna steatorea, kontrolujeme vylučování oxalátů močí. Jestliže je zjištěna hyperoxalurii, doporučuje se nemocnému vyřadit z diety potraviny bohaté na oxaláty. Mezi ně patří ovoce například rybíz, jahody, maliny, mandarinky, dále zelenina rajčata, mrkev, pórek, celer, fazole a z pochutin i čokoládu, instantní kávu a kakao. Vyhnout se musí též většímu množství koření. Naopak vhodná je jemná a stravitelná vláknina zpomalující průchod trávicím ústrojím. Navíc je vhodné doplňovat vápník, ten vede ke snížení vstřebávání oxalátů. Alkohol u tohoto onemocnění není zcela zakázán. Nedoporučuje se však překročit více jak 20 gramu ethanolu. Mléko by mělo být podáváno v omezeném množství, u některých pacientů existuje možná intolerance laktózy (3). Nutriční terapii lze rozdělit na parenterální a enterální výživu.

1. 6. 2 Enterální výživa

Enterální výživa zabezpečuje přívod živin do trávicího traktu přirozenou cestou, podporuje jeho funkci a zajišťuje částečný nebo celkový energetický příjem. Jedná se o aplikační cestu, která je přirozená a udržuje střevní bariéru a brání tak průchodu bakterií a toxinů střevní stěnou. Díky ní nedochází k atrofii sliznice tenkého střeva (17)

Aplikace je lékařsky i ošetrovatelsky méně náročná a je spojena s menšími riziky infekčními, traumatickými a tromboembolickými. Neméně významné jsou i ekonomické aspekty oproti parenterální výživě. Přípravky enterální výživy lze podávat perorálně, do žaludku nebo střeva (12).

Nejednodušší formou je pití nutričního roztoku. Tato doplňková metoda se nazývá sipping. Přípravků k popíjení existuje velké množství s různými příchutěmi. Úkolem sestry je zkontrolovat zda pacient nutriční doplňky skutečně pije, vysvětlit že vhodnější je pití po jídle. Tento typ výživy přijímá nemocný nad rámec normální stravy. Klient si může určit teplotu přípravku a příchut', která mu bude nejvíce vyhovovat (4, 23)

Pokud nelze udržet uspokojivý nutriční stav, volíme u krátkodobé výživy přístup zajištění pomocí sondy, nazogastrické nebo nazojejunální. Pokud zvažujeme dlouhodobější podávání, metodou volby je perkutánní gastrostomi nebo jejunostomie. Tu lze zhotovit endoskopicky nebo chirurgicky. Výživu lze aplikovat bolusovým podáváním, přerušovaným kontinuálním podáváním nebo pomocí enterální pumpy(40,12).

Enterální výživu lze realizovat i v domácích podmínkách, její velkou výhodou je zkrácení doby hospitalizace a zlepšení psychického stavu klienta. Pokud klient přechází do domácí péče, je nutná spolupráce s praktickým lékařem a jestliže péči o sondu a aplikaci výživy nemocný nebo rodina nemůže samostatně zvládnout, pak i spolupráce s agenturami domácí péče (10).

V domácím prostředí využíváme firemně připravované roztoky, které jsou určeny k okamžitému podání, nebo v práškové formě. Informujeme klienta o způsobu přípravy, výživu musíme připravovat vždy čerstvou a za hygienických podmínek srovnatelných s přípravou stravy pro novorozence. Do žaludku aplikujeme stravu pomocí Janetovy stříkačky, ohřátou na tělesnou teplotu, pomalým způsobem, aby nedošlo k podráždění trávicího traktu. Druhým způsobem, který lze v domácích podmínkách využít je přenosná enterální pumpa (26).

Role sestry spočívá v poučení klientů a jeho rodiny o aplikaci a o možných komplikacích. Nutné je zdůraznit, pokud dojde k vytažení sondy, nikdy se ji nesnažit zavést zpět. Může se vyskytnout i špatná tolerance výživy. Nebezpečí hrozí v infikování roztoku, proto musí nemocný nebo ten kdo roztok připravuje vědět, že roztok lze ředit pouze balenou stolní vodou. Nesmíme zapomínat ani na proplachování výživových vaků a setů. Sondu po aplikaci proplachujeme čajem (26,10) I přesto, že je lékařská i ošetrovatelská péče realizována správně, může docházet ke vzniku komplikací.

1. 6 .2. 1 Komplikace enterální výživy

Riziko komplikací enterální výživy je relativně malé, existují však i závažné komplikace. Úkolem sestry je znát a předvídat možné problémy a tím předcházet jejich

vzniku. Komplikace lze rozdělit na nutriční a metabolické, klinické, mechanické a komplikace při zavádění sondy (42).

Při zavádění se může dojít k zauzlení, zkroucení, zavedení do dýchacích cest, perforaci a aspiraci. Pokud je vytvořena gastrostomie nebo jejunostomie hrozí riziko peritonitidy nebo píštěle. Mezi mechanické komplikace řadíme vytažení sondy úmyslné či náhodné, ucpání sondy. Proto vždy po aplikaci výživy musíme sondu propláchnout. Ke klinickým komplikacím řadím průjem a kontaminace enterálních přípravků. Aspirace je jedna z nejzávažnějších komplikací sondové výživy. Dále se může vyskytnout přetížení nutričními substráty nebo nedostatečná nutriční výživa (12). Pokud je porucha výživy u klientů se syndromem krátkého střeva velmi závažná je nutné zahájit parenterální výživu

1. 6. 3 Parenterální výživa

Pokud je funkce gastrointestinálního traktu limitována a enterální výživa není účinná, nebo ji nemocný netoleruje, zajišťujeme nutriční podporu parenterální cestou. Pomocí tohoto způsobu lze u většiny nemocných překlenout nejzávažnější období po vzniku syndromu krátkého střeva. Komplexní parenterální výživa představuje metodu kdy podáváme živiny přímo do krevního oběhu. V roztocích jsou obsaženy aminokyseliny, glukóza, tuky, vitamíny, stopové prvky i minerály. Parenterální výživu lze rozdělit podle několika kritérií. Dle složení na doplňkovou, totální parenterální výživu a speciálně orgánově specifickou výživu. Podle místa podání na periferní a centrální výživu (18)

Za pomoci periferních, centrálních žilních katétrů nebo tunelovaných katétrů nebo implantabilních portů. Formy podání lze rozdělit na parenterální výživu podávanou z jednotlivých lahví, multi bottle systém. Jednotlivé složky jsou izolované, což je ale poměrně nevýhodné, neboť tento způsob představuje zvýšené požadavky na ošetřující personál, spotřebu většího množství pomůcek a při častější manipulaci s roztoky může vést k výskytu infekčních komplikací (32).

Výhodnějším způsobem je v současné době podávat parenterální výživu smíchanou v jediném speciálním vaku. Jedná se o plastový vak ve kterém jsou

jednotlivé složky zastoupeny v potřebném poměru. Tento systém nazýváme all-in-one. Dodávání ostatních infúzních roztoků je nutné pouze u kriticky nemocných, kde dochází ke změnám i během několika hodin. U stabilizovaných klientů je výhodou použití vaku stejného složení po delší dobu. Dalšími výhodami jsou snížení spotřeby materiálu, jednodušší zacházení, lepší asimilace živin, snížení výskytu metabolických a infekčních komplikací. Neméně důležité je i snížení ekonomických zátěží. V zařízeních kde pracuje nutriční tým odpovídá za indikaci zkušený člen tohoto týmu, společně s lékárníkem dohlíží na přípravu z hlediska sterility i kompatibility. Příprava probíhá v laminárním boxu a provádí ji školený personál v lékárně. Vaky jsou konstruovány tak, že je zajištěna kompatibilita a stabilita po dobu sedmi dnů při teplotě osmi stupňů a 24 hodin při pokojové teplotě (23, 42)

Systémy all-in-one lze připravit též přímo sestrami na oddělení ve sterilním laminárním boxu, za přesného dodržení pořadí jednotlivých složek a zásad asepse. Pokud nejsou vhodné podmínky pro přípravu vaků, mohou se zvolit komerčně připravené dvou a vícekomorové vaky fixního složení. Nevýhodou je, že neodpovídají individuálním potřebám nemocných a proto se v intenzivní péči využívají v menší míře (11).

Role sestry při podávání parenterální výživy spočívá ve výměně infúzních setů každých 24 hodin, měla by vědět že vstup a katétr by se neměl používat k podání jiných látek. K podávání krevních produktů a léků, slouží jiné vstupy. Porušený vak se musí vždy znehodnotit. Aplikace se provádí vždy za pomoci infúzní pumpy a pokud infuze kape pomalu neměla by být snaha o její urychlení. Při ošetřování je rolí sestry dodržování přísných aseptických podmínek. Tyto zásady musí dodržovat při péči o místo vpichu, výměně infúzních setů a napojování vaku s roztokem. Důležité je vědět, že se nepodávají krevní deriváty stejným katétrem. Sleduje známky infekce v místě vpichu. Při parenterální výživě monitoruje u pacienta fyziologické funkce a hmotnost, kontrolujeme moč na cukr a ketony a v krvi močovinu, kreatinin , glukózu a sodík a draslík. Velmi důležitá je péče o dutinu ústní, jelikož pacient nepřijímá nic ústy (32).

Po stabilizaci stavu a pokud pacient splňuje základní podmínky, lze parenterální výživu aplikovat též v domácích podmínkách. Péči zajišťují specializované nutriční

ambulance. Před zahájením je nutné aby byla zajištěna spolupráce a edukovatelnost pacienta nebo rodinných příslušníků, nebo zajištěna domácí ošetrovatelská péče. Dalším aspektem, možné zajištění hospitalizace na metabolické jednotce v případě rozvoje komplikací (15).

Informovanost klienta probíhá za hospitalizace, během níž se naučí pod dohledem personálu přípravu infuze, manipulací s vakem, infúzní pumpou a infúzním setem. Po propuštění domů, dochází pacient 1x týdně na kontroly, posléze se intervaly prodlužují. Při návštěvách je kontrolována hmotnost, hydrataci, provádí se odběry krve, sledují se hodnoty vnitřního prostředí. Parenterální výživa je podávána v domácích podmínkách do centrální žíly pomocí centrálního žilního katétru nebo tunelového systému. K aplikaci slouží Hickmanův či Broviakov katétr. Další možností jsou implantabilní porty (10)

Implantabilní porty jsou uzavřené systémy, složené z katétru, který je zaveden do centrální žíly a komůrky umístěné pod kůží, nejčastěji na přední straně hrudníku, v podklíčkové oblasti. Během implantace jsou tyto součásti spojeny. U zavedení portu se jedná o miniinvasivní výkon, který se provádí v lokální anestezii. Podává se profylaktické antibiotické krytí. Pokud se rána dobře zhojí, je port na těle téměř neznatelný. Mezi nejnovější typy patří keramické porty, ze všech materiálů vyvolávají nejmenší počet alergických reakcí. Jestliže sestra i klient dodržuje zásady ošetřování a provádíme správnou aplikaci vpichů, může port zůstat zavedený i několik let (8, 25)

V domácím prostředí je aplikována parenterální výživa formou all-in-one systému. Pacient je vybaven všemi potřebnými pomůckami a dostatečným počtem vaků. Na rozdíl od nemocničních zařízení se podává výživa zejména v nočních hodinách infúzní pumpou. Minimální doba podání by měla být 14-16 hodin. K prevenci komplikací, zajišťujeme nemocné preventivními dávkami nízkomolekulárního heparinu. Zásadním krokem pro minimalizaci komplikací je osvojení pravidel zásad asepse, dalším úkolem je seznámit pacienta se symptomy komplikací, aby mohl včas kontaktovat nutričního specialistu. Prognóza je obecně dobrá, vždy ale závisí na stupni a průběhu onemocnění. Aplikace nemusí být vždy trvalá, pokud u pacientů se syndromem krátkého střeva zůstane zachováno tlusté střevo a Bauhinská chlopeč, dochází

k adaptaci sliznice střeva a možnost převedení na enterální výživu nebo kombinací (15,26).

V České republice působí v rámci Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP skupina pro domácí parenterální výživu, která soustřeďuje všechna centra, která poskytují tento typ péče. Centra poskytují lůžkovou i ambulantní péči, podrobnější informace a kontakt na nejbližší centrum domácí nutriční péče lze získat na internetových stránkách společnosti (34). Tato centra jsou pro klienty velmi důležitá, neboť díky jejich spolupráci lze předcházet možným komplikacím.

1. 6. 3. 1 Komplikace parenterální výživy

Komplikace parenterální výživy jsou mechanické, infekční a metabolické. K mechanickým komplikacím patří nemožnost zavedení centrálního žilního katétru nebo jeho chybné zavedení. Dále může dojít k laceraci tepny, embolizace katétru, vytvoření vzduchové embolie, pneumothoraxu, poranění anatomických struktur v okolí vena subclavia, žilní trombóza, zanesení centrálního katétru trombem, lipidovou sraženinou nebo fibrinem. Mezi infekční komplikace řadíme katéetrové sepse, na jejich vzniku se podílí typ, umístění a délka doby po kterou je katétr zaveden. Způsoby použití a ošetřování. Stav imunity, výživa a věk je též důležitým faktorem. K metabolickým komplikacím parenterální výživy patří přetížení nutričními substráty, přetížení glukózou a porucha glukózové tolerance, porucha metabolismu lipidů, dysbalance aminokyselin a poškození jaterních funkcí (12)

V souvislosti s aplikací domácí parenterální výživy, je nutné klienta informovat o možných komplikacích, které se mohou vyskytnout. Jedná se o prudkou infekci projevující se horečkou, zimnicí a třesavkou. V tomto případě je nezbytné kontaktovat nutriční tým. Pokud vnikne vzduch do krve při nesprávné manipulaci, hrozí nebezpečí vzduchové embolie. Pacient se může setkat též s ucpáním katétru krevní sraženinou v tomto případě je též nezbytné se obrátit ihned na nutriční oddělení, jestliže se podaří kontaktovat tým do 30 minut je možné katétr ještě zprůchodnit. Další nebezpečí hrozí při rychlé aplikaci výživy, která může vést k srdečním a metabolickým poruchám.

Pokud dojde k některému z výše jmenovaných problémů, bývá nutná hospitalizace pacienta. Dlouhodobá parenterální výživa může vést k tak závažným komplikacím, které její další použití limitují, pak je možným řešením transplantace tenkého střeva (26).

1. 6. 4 Transplantace tenkého střeva

Transplantace tenkého střeva je v současné době již v oblasti klinického využití a představuje léčebnou metodu pro pacienty se syndromem krátkého střeva. K rozvoji této metody však dochází až v poledních letech za pomoci imunosupresivních léků. Díky těmto medikamentům, dochází k výraznému zlepšování výsledků. Transplantace tenkého střeva patří mezi nejsložitější transplantační výkony, spočívá nejen ve složitosti chirurgického výkonu, ale právě také v nutnosti řešit následné imunitní reakce. V České republice se této problematice věnuje tým specialistů z pražského institutu klinické a experimentální medicíny. Zahájení klinického programu proběhlo v roce 2008. V letošním roce by měla již být transplantace tenkého střeva provedena. Základním kritériem k transplantaci je selhání parenterální výživy a její komplikace, mezi další indikaci řadíme poškození jater v souvislosti s totální parenterální výživou. Poškození jaterního parenchymu může být od počáteční steatózy přes jaterní cirhózu až k selhání jater. Indikačním kritériem jsou i recidivující katérové infekce, ztráta více než dvou hlavních žilních přístupů v souvislosti s trombózou a závažné a opakující se minerálové rozvraty a dehydratace. Existují obecné kontraindikace, jsou jimi přítomnost nevléčitelného onemocnění na podkladě maligního onemocnění a HIV infekce. Dále je to kompletní ztráta cévního přístupu a septický stav pacienta (27)

Nutné je zvážit psychický stav pacienta a schopnost spolupráce, protože v pooperačním období musí být spolehlivě zajištěno podávání imunosupresivních léků, bez nichž by transplantace nebyla úspěšná. Přežívání pacientů a jejich kvalita života se neustále zlepšuje. Jestliže na počátku dosahovalo pouze padesáti procent, výsledky z posledních let ve světě ukazují jednoleté přežívání v devadesáti procentech.

Existují i další možné chirurgické zákroky v léčbě syndromu krátkého střeva. Jedná se o strikturoplastiky a enteroplastiky (28). I přes všechny způsoby a možnosti terapie dochází u klientů se syndromem krátkého střeva často ke komplikacím.

1. 7 Komplikace a karence syndromu krátkého střeva

Komplikace u syndromu krátkého střeva lze rozdělit na akutní a chronické. K akutním patří dehydratace, snížená hladina natria a chloridů. Proto je velmi důležité, aby sestra v pooperačním období pečlivě monitorovala příjem a výdej tekutin. Důležité je též sledování hodnot biochemických vyšetření. Protože pokud má klient deficit magnesia a zinku, dochází k poruchám imunity, kožním chorobám a hyperkalcémii. K dalším ukazatelům, které je nutné sledovat patří hladiny železa a vitamínů B12, kyseliny listové. Nedostatek vitamínu D společně s deficitem vápníků, způsobují osteoporózu, ale i osteomalácii (7, 33).

Příčinou dehydratace a snížení hladiny sodíku a draslíku jsou průjmy ty vznikají špatnou resorpcí žlučových kyselin společně s nedokonale resorbovanými mastnými kyselinami a sacharidy. V souvislosti s resekci tenkého střeva je často přerušeno zpětné vstřebávání žlučových kyselin, následkem bývá zhoršení trávení a resorpce tuků a vitamínů a vzniká steatorea. Protože je zmenšen pool žlučových kyselin, trpí klienti často cholecystolitíázou (41).

U klientů se syndromem krátkého střeva a intaktním tračníkem, dochází ke zvýšené resorpci oxalátů s tlustého střeva, společně s rizikovými faktory nižší diurézou, metabolickou acidózou a nižším pH moče. Tyto faktory vedou ke vzniku nefrolitiázy. Proto je nutné, aby sestra společně s lékařem informovala pacienta o dodržování dietních opatření. Hyperoxalurie může vznikat i u osob s úplnou parenterální výživou, podkladem je pravděpodobně metabolismus vitamínu C účinkem světla. Je nutné aby sestra věděla, že je nutné vaky stínit a vitamín C podávat odděleně v rámci multivitaminových přípravků (43).

Další problémy, které se nachází u klientů s tímto postižením jsou hepatobiliární a metabolické komplikace. U klientů, kterým byla odstraněna ileocekální chlopeč, dochází k syndromu bakteriálního přerůstání. Jedná se o patologický stav, kdy bakterie

z tlustého střeva vzestupnou cestou osídluje tenké střevo (3). Ke komplikacím se řadí i všechny problémy spojené se zajišťováním stravy. Na rozsahu komplikací závisí i prognóza klientů

1. 8 Prognóza klientů se syndromem krátkého střeva

Kvalita života pacienta a jeho nutriční a metabolický stav je ovlivněn rozsahem a místem resekce, odstraněním či zachováním bauhínské chlopně, zachováním tračníku či ukončení tenkého střeva vývodem. Neméně důležitá je i adaptační schopnost zbylého střeva. Předpověď závisí i na stupni malabsorpce a na velikosti perorálního příjmu (21).

Velikou roli hraje i souhra mezi zdravotníky a rodinou nemocného, zvláště při aplikaci enterální či parenterální výživy. Neboť podávání tohoto způsobu výživy v domácím prostředí je pro nemocného velice přínosné, není třeba traumatizujícího převozu do nemocničního zařízení a rychleji dochází k úpravě zdravotního stavu, jelikož neztrácí kontakt s rodinou. Je nezbytné dodržovat aseptické přístupy a zabránit možným komplikacím (10).

Neméně důležitou součástí je též vedení dokumentace, včetně sledování fyziologických funkcí tlaku, pulsu, dechu, hmotnosti, nutrice a hydratace. Podpora psychického stavu, edukace rodiny a zpětná vazba na zdravotníky, to znamená klinické lékaře, praktické lékaře a agentury domácí péče, je klíčovým momentem v této problematice, kde sestra plní rozmanité role (10).

1. 9 Role sestry v problematice ošetrovatelské péče syndromu krátkého střeva

S rozvojem samostatného oboru ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Sesterská profese byla vždy chápána jako profese podřízená lékařské profesi. Vývoj oboru ošetrovatelství, podpořen změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými poznatky a změnami technologie, celkovým zdravotním stavem obyvatelstva, však posouvá tuto profesi k samostatnosti a svébytnosti (29, 35).

Sestry prokazují svoji vysokou odbornost nejen v bezprostřední péči o zdravotní stav klienta, ale jsou schopny klienta či rodinu vzdělávat, ošetrovatelskou péči

organizovat či řídit a aktivně se zapojovat do nejrůznějších výzkumných projektů. Sestra má v péči o zdraví klientů nezastupitelné místo. Zvyšuje se její odborná kvalifikace, rozšiřují se její kompetence, stává se samostatnější (1, 6).

Sestra v péči o klienta se syndromem krátkého střeva nejčastěji zastává tyto role. Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče, tato role zahrnuje každodenní úkony v rámci hygieny, zajištění výživy cestou enterální nebo parenterální, vyprazdňování, odběry biologického materiálu další úkoly, které souvisí s potřebami klienta. Neméně důležité je i zajištění podávání medikamentózních přípravků. Sestra musí klienta chápat jako holistickou bytost (16).

Sestra poskytuje psychickou podporu a pomoc, snaží se být klientovi oporou a poskytnout mu pocit jistoty a bezpečí. Velmi důležitá je též komunikace s klientem, která slouží k navázání a rozvíjení vztahů s klientem. Negativní faktory, kterými jsou nemoc, odloučení od rodiny nebo přátel, nemožnost pracovat, změna prostředí, to vše má za následek zhoršení komunikace a vzniká prostor pro sestru, která pomáhá klientovi k rozvoji komunikačních dovedností (39).

Role sestry manažerky spočívá v řízení, organizaci a plánování na různých úrovních. Podílí se též na organizaci práce podřízených pracovníků. Tato role je součástí všech ošetrovatelských činností a uplatňuje se v realizaci ošetrovatelského procesu. Role sestry edukátorky se uplatňuje při podpoře a uchování si klientova zdraví, rozvoji jeho soběstačnosti a nácviku praktických dovedností. Zejména u klientů, u kterých je výživa zajištěna parenterální cestou nebo pomocí sondové výživy a je prováděna v domácím prostředí. Edukaci provádí nejen u klienta, ale i ostatních rodinných příslušníků. Edukační proces realizuje za pomoci získávání svých vědomostí, změn postojů, přesvědčení a chování člověka (16).

Sestra výzkumnice je v současné době velice aktuální rolí v souvislosti s ošetrovatelstvím jako vědní disciplínou, napomáhá ke zkvalitňování a rozvoji ošetrovatelské péče. Pro tuto roli je důležité přiměřené vzdělání a vytvoření podmínek pro výzkumnou činnost v ošetrovatelství (6).

V roli advokátky sestra obhájí práva klienta. Pokud není schopný projevit svá přání, potřeby či problémy, tlumočí jeho požadavky a názory. Tím u klienta navozuje

pocity bezpečí a jistoty. Sestra podporuje klienta v jeho rozhodnutích a respektuje jeho názory i za okolností, kdy je nepovažuje za zcela správné

Sestra nositelka změn. „Ošetrovatelství podobně jako každá jiná činnost podléhá změnám. Účinnost ošetrovatelství závisí na kontinuálních změnách, bez jejich působení a využívání se ošetrovatelství stane stagnující profesí. V zájmu jeho rozvoje se sestra musí ztotožnit s rolí nositelky změn. Sestry by se proto měly stát hnacími a neodporujícími silami změn v ošetrovatelství“ (s.182, 6). Roli nositelky změn, zastává každá sestra při realizaci ošetrovatelského procesu, pomáhá tím klientovi rozhodnout se pro změnu a realizovat ji. Pro roli sestry mentorky je důležitá zralá osobnost s optimální pedagogickou a klinickou způsobilostí, sestra je v této roli zodpovědná za dohled nad studenty ošetrovatelství

Vykonávání profesionálních rolí sestry v praxi je vlastně náplní její činnosti. Profesionální role se vzájemně doplňují a slouží k objasnění povinností sestry. Sestra se stává více rovnocennou členkou zdravotnického týmu, zvyšuje se její zodpovědnost a samostatnost (20)

1. 10 Ošetrovatelská péče u klientů se syndromem krátkého střeva

Ošetrovatelská péče u klientů se syndromem krátkého střeva je odvozena od potřeb klienta a sestra ji realizuje pomocí ošetrovatelského procesu, který se skládá z pěti fází a slouží jako osnova pro organizaci individualizované péče. Zaměřuje se na zjišťování a léčbu specifických reakcí a potenciální a aktuální změny ve zdravotním stavu (44).

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje informace, hodnotí stav klienta. Informace lze získat rozhovorem. U klientů se syndromem krátkého střeva se především zaměříme na stravovací návyky, dodržování dietních opatření, denním příjmů tekutin. Zjišťujeme, která jídla mu mohou způsobovat průjem, typ operačního zákroku, medikamentózní léčbu. U klientů se zavedenou parenterální výživou se sestra ptá na možné alergie a minulé katetrizace centrálních žil, popřípadě komplikace s tím spojené Další možností získávání informací je pozorování, kdy sestra hodnotí známky dehydratace a stav výživy. Klienta zváží a změří (22).

V druhé fázi sestra diagnostikuje a stanoví ošetrovateľské diagnózy. Nejčastější diagnózy u klientů se syndromem krátkého střeva jsou změny ve stavu výživy, deficitu objemu tekutin, nechutenství v souvislosti s dietou a deficitní vědomosti o dietním režimu, poruchy vyprazdňování v souvislosti poruchy vstřebávání. V souvislosti s poruchou výživy dochází ke snížení obranyschopnosti (36). Při zavedeném žilním vstupu, portu hrozí riziko infekce v souvislosti s nedostatečnou péčí a deficit soběstačnosti při uspokojování potřeb v oblasti vyprazdňování a hygieny. V souvislosti s častými průjmy nebo zavedenou stomií má klient poruchu integrity kůže potenciální i aktuální (37).

Třetí fáze spočívá ve stanovení cílů ošetrovateľské péče, klient je dostatečně informován o vhodné výživě a dodržuje předepsaný dietní režim, přijímá stravu, která zajišťuje vyrovnanou energetickou bilanci. Má dobré napětí kůže a vlhké sliznice. Klient nemá podrážděnou kůži v oblasti perinea a stomie a ví jak o stomii pečovat. Pokud má zavedený centrální žilní vstup, cílem je aby klient věděl proč má katétr zaveden a spolupracuje při péči o něj a zná možné nežádoucí účinky. Čtvrtá fáze zahrnuje realizaci ošetrovateľského procesu. Sestra má za úkol poradit klientovi dle stavu výživy, jaké vhodné potraviny konzumovat. Pomoci zlepšovat chuť k jídlu snižováním psychického stresu, úpravou jídla. Kontroluje dodržování dietního režimu, hmotnost a sleduje konzistenci a častost vyprazdňování stolice. Sleduje hodnoty laboratorních výsledků (22).

Aktivně nabízí tekutiny pokud je klient přijímá. Jestliže je výživa u klienta zajištěna pomocí sondy do žaludku či tenkého střeva musí připravit klienta a vysvětlit mu postup při zavádění a po zavedení zkontrolovat umístění sondy. Před aplikací výživy zajistí vhodnou teplotu a posléze pomalu podat za pomoci stříkačky nebo s použitím vaku. Po aplikaci výživy vypláchne sondu čajem, či vodou a sondu uzavře. Při zajištění výživy parenterální cestou sestra musí klienta seznámit s výkonem a připravit si potřebné pomůcky k provedení centrální žilního vstupu. Po ukončení výkonu je úkolem zajistit rentgenový snímek srdce a plic na základě ordinace lékaře. Během výkonu i po skončení dodržuje přísné zásady asepse. Kontroluje místo vpichu a

provádí převazy. Sleduje možné známky infekce a ostatní komplikace. Pečuje o dutinu ústní. Vše zaznamenává do dokumentace (12, 37).

Pátou fází je zhodnocení nebo-li zjištění jak byl plán funkční a zda je nutné uskutečnit případné změny (35). Hodnocení provádíme rozhovorem a pozorováním vzhledem ke stanoveným cílům. V rozhovoru hodnotíme klientovi pocity, jedná se o subjektivní sdělení. A objektivní výsledek, co sestra viděla, poznala svými smysly a měřila. Zhodnocení vždy zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace (22). Z ošetrovatelského procesu a rolí sester vycházejí formy ošetrovatelské péče.

1. 10. 1 Formy ošetrovatelské péče u klienta se syndromem krátkého střeva

Klientům se syndromem krátkého střeva je zdravotní péče poskytována formou ambulantní péče, ústavní ošetrovatelské péče a domácí ošetrovatelské péče. Ústavní péči realizuje sestra v nemocničních zařízeních a léčebnách. Velký význam má ambulantní péče. Probíhá ve všeobecných i specializovaných ambulancích, kterými jsou nutriční ambulance a centra domácí parenterální výživy. Zde jsou klienti instruováni o ošetrování, přístupu do centrálního žilního systému a všech komplikacích spojených s parenterální výživou. Tyto centra zajišťují i pravidelné kontroly. Domácí ošetrovatelské péče je zajišťována sestrami v domácích podmínkách a vykonávají ji sestry prostřednictvím agentur domácí péče. Při poskytování péče je cílem sestry vytvářet prostředí v němž jsou plně respektovány hodnoty, zvyky a lidská práva klientů i jejich rodinných příslušníků (6).

2. Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit míru informovanosti sester v péči o klienty se syndromem krátkého střeva.

Zjistit zda jsou klienti se syndromem krátkého střeva dostatečně informováni jak pečovat o venózní port.

Zjistit postoj sester v ošetrovatelské péči o klienty se syndromem krátkého střeva.

Zjistit zkušenost sester s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva.

2.2 Hypotézy práce

H 1: Informovanost sester o dané problematice je na dobré úrovni.

H 2: Sestry mají obavy při poskytování ošetrovatelské péče o klienty se syndromem krátkého střeva.

H 3: Sestry ovládají své role spojené s ošetrovatelskou péčí o pacienty se syndromem krátkého střeva.

2.3. Výzkumné otázky

Ovládají klienti péči o venózní port v domácím prostředí samostatně?

Mají klienti dostatek informací o svém onemocnění a s tím spojené ošetrovatelské péči?

Jaké zkušenosti mají klienti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

3. Metodika

3.1. Použité metody

Pro zjištění výsledků byla použita forma kvantitativně – kvalitativního šetření. Technikou sběru dat kvantitativního šetření byl anonymní dotazník, určen pro sestry pracující na metabolických jednotkách. Dotazník obsahoval 25 otázek. Z toho bylo 18 otázek uzavřených, 5 otázek polouzavřených a 2 otázky otevřené. Dále byl provedeno kvalitativní šetření, které bylo realizováno metodou nestandardizovaného rozhovoru, který byl určen pro klienty se syndromem krátkého střeva.

3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

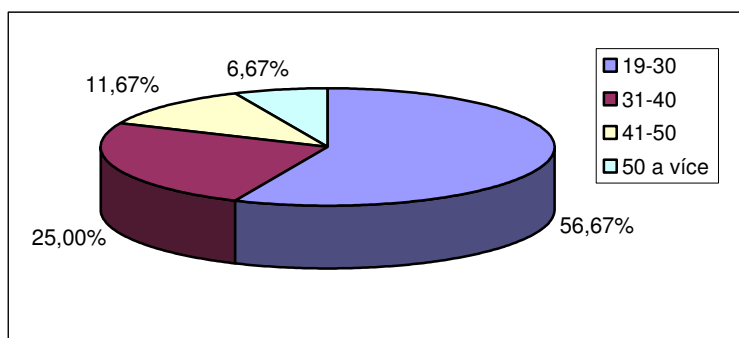
Prvním výzkumným vzorkem byly všeobecné sestry pracující na metabolických jednotkách ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Fakultní Thomayerově nemocnici, Ústřední vojenské nemocnici v Praze a v nemocnici České Budějovice a.s. Pro umožnění výzkumného šetření byly osloveny hlavní sestry nemocnic a vrchní sestry interních oddělení. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Výzkum probíhal v únoru a březnu 2009. Návratnost činila 64 dotazníků (80%), z čehož však 4 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost. Celkový počet sebraných a správně vyplněných dotazníků určených ke zpracování činil 60.

Druhým výzkumný soubor tvořili klienti se syndromem krátkého střeva, kteří se léčí v centru domácí parenterální výživy ve Všeobecné Fakultní nemocnici v Praze. Klienti byli seznámeni se strukturou rozhovoru a byla domluvena schůzka na přesné datum. Celkem bylo uskutečněno 6 rozhovorů.

4. Výsledky

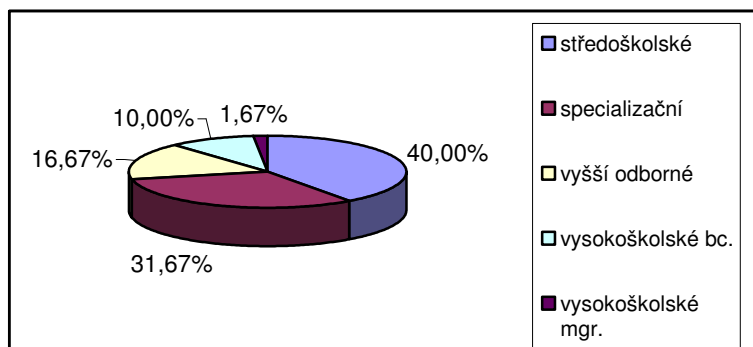
4.1 výsledky dotazníků pro sestry

Graf 1 Věk sester



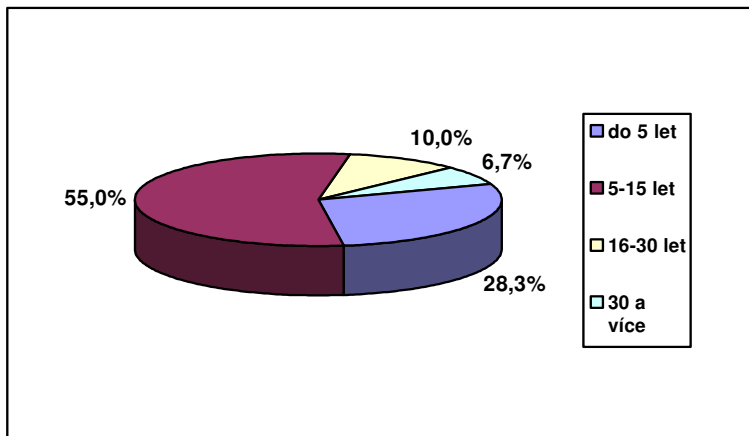
Z celkového počtu 60 (100%) sester byla největším počtem sester zastoupena skupina ve věku 19-30 let v počtu 34 sester (56,67%), skupinu ve věku 31- 40 tvořilo 15 sester (25,00%), skupinu 41-50 let tvořilo 7 sester (11,67%), nejmenší skupinu tvořily 4 sestry (6,67%) ve věku 50 let a více.

Graf 2 Vzdělání sester



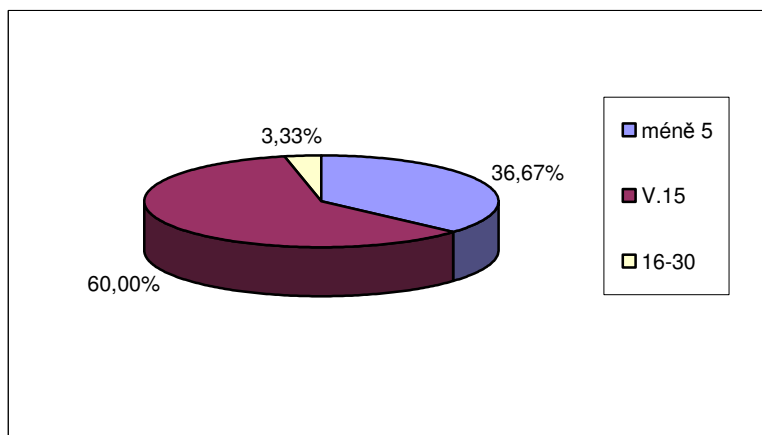
Tento graf znázorňuje nejvyšší vzdělání respondentů. Nejpočetnější skupinu tvoří sestry s pomaturitním specializačním vzděláním 24 (40,00%), 19 sester má středoškolské vzdělání (31,67%), vyšší odborné vzdělání má 10 sester (16,67%), vysokoškolské bakalářské vzdělání má 6 sester (10,0%) a nejmenší skupinu tvoří 1 sestra (1,67%), která má vysokoškolské magisterské vzdělání.

Graf 3 Délka zdravotnické praxe sester



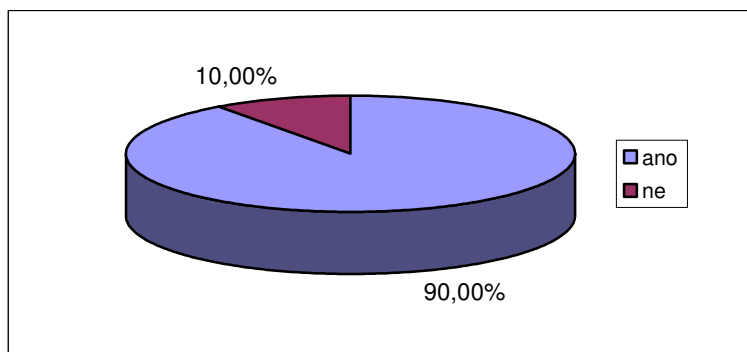
Z celkového počtu 60 (100%) sester je 17 sester (28,3%) se zdravotnickou praxí do 5 let, 33 sester (55,0%) mělo 5-15 let praxe, 6 sester (10,0%) mělo 16-30 let praxe a skupinu s praxí 30 let a více tvořily 4 sestry (6,7%).

Graf 4 Délka zdravotnické praxe sester na metabolické jednotce



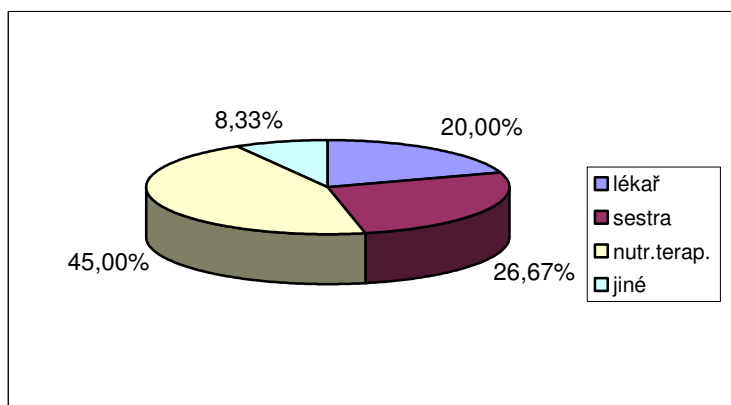
Z celkového počtu 60 (100%) sester pracovalo na metabolické jednotce méně než 5 let 22 sester (36,67%), 36 sester (60,00%) pracovalo od 5-15 let a 2 sestry (3,33%) pracovaly 16-30let.

Graf 5 Hodnocení stavu výživy u pacienta s malnutricí



Z celkového počtu 60 (100%) respondentů odpovědělo 49 sester (81,7%), že na oddělení provádí hodnocení stavu výživy u pacientů s malnutricí, naopak 11 sester (18,3%) odpovědělo záporně

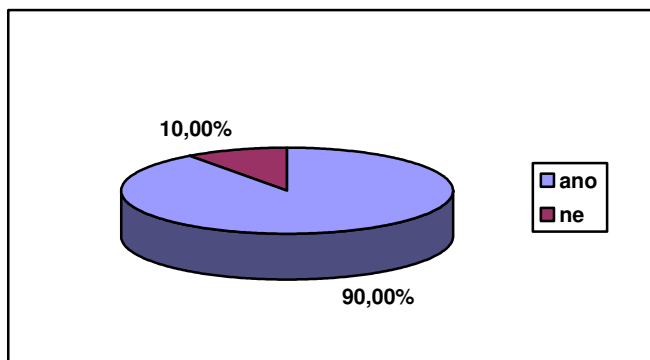
Graf 6 Hodnotitelé stavu výživy u klienta s malnutricí



Z celkového počtu 60 (100%) sester odpovědělo 12 (20,00%), že danou osobou, která se podílí na hodnocení stavu výživy je lékař, nutričního terapeuta uvedlo 27 sester

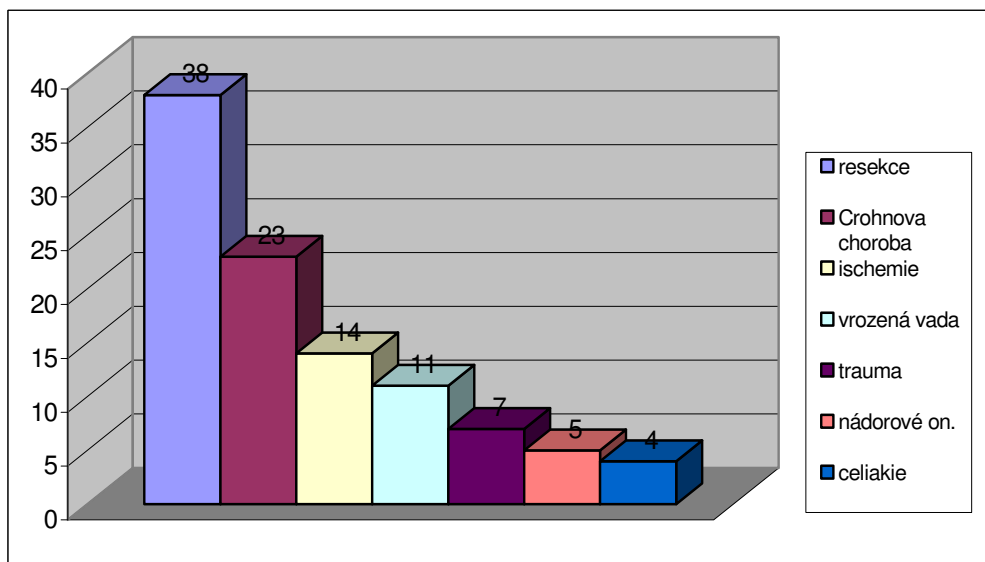
(45,00%), 16 sester (26,67%) označilo sestru a jako jiné uvedlo odpověď 5 sester (8,33%).

Graf 7 Znalost příčiny syndromu krátkého střeva



Z celkového počtu 60 (100%) respondentů odpovědělo 54 sester, že příčinu vzniku syndromu krátkého střeva zná (90,00%) a 6 sester (10,00%) uvedlo, že příčinu nezná.

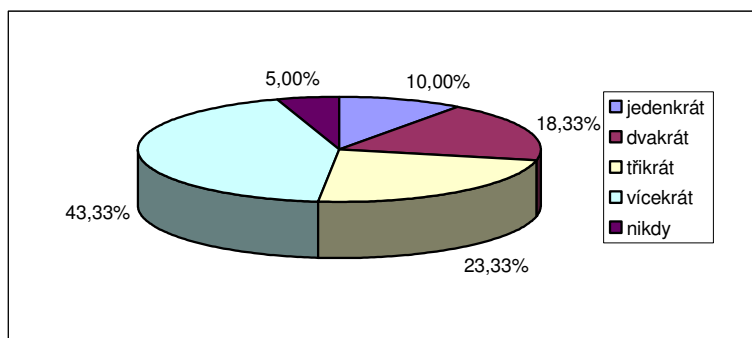
Graf 8 Příčina syndromu krátkého střeva



Graf znázorňuje četnost odpovědí 54 respondentů. Celkový počet odpovědí je 102 z toho 38 sester odpovědělo, že příčinou vzniku syndromu krátkého střeva je resekční výkon na tenkém střevě, Crohnovu chorobu uvedlo 23 sester, 14 sester považuje za

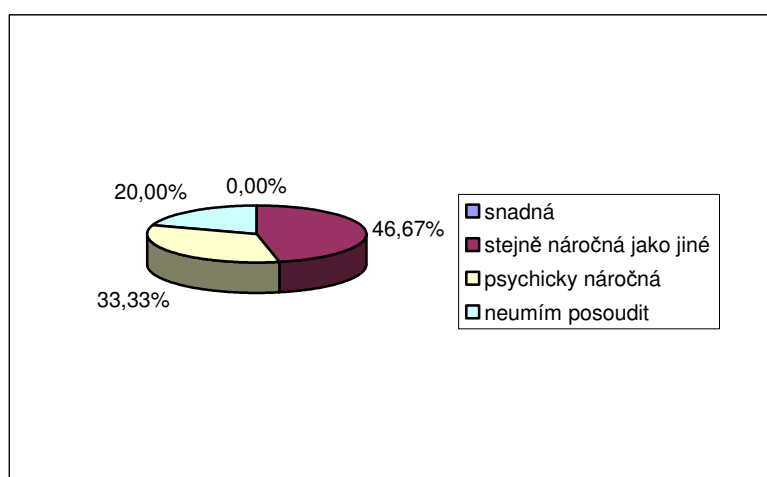
příčinu vzniku ischemii tenkého střeva, vrozenou vadu uvedlo 11 sester, 5 sester odpovědělo nádorová onemocnění a 4 sestry uvedly za příčinu celiakii.

Graf 9 Kontakt s klienty se syndromem krátkého střeva



Z celkového počtu 60 (100%) respondentů (100%) označilo odpověď jedenkrát 6 sester (10,00%), 11 sester uvedlo dvakrát (18,33%), třikrát se během své praxe s klientem setkalo 14 sester (23,33%) , 26 (43,33%) sester označilo odpověď vícekrát a nikdy se nesetkaly 3 sestry (5,00%).

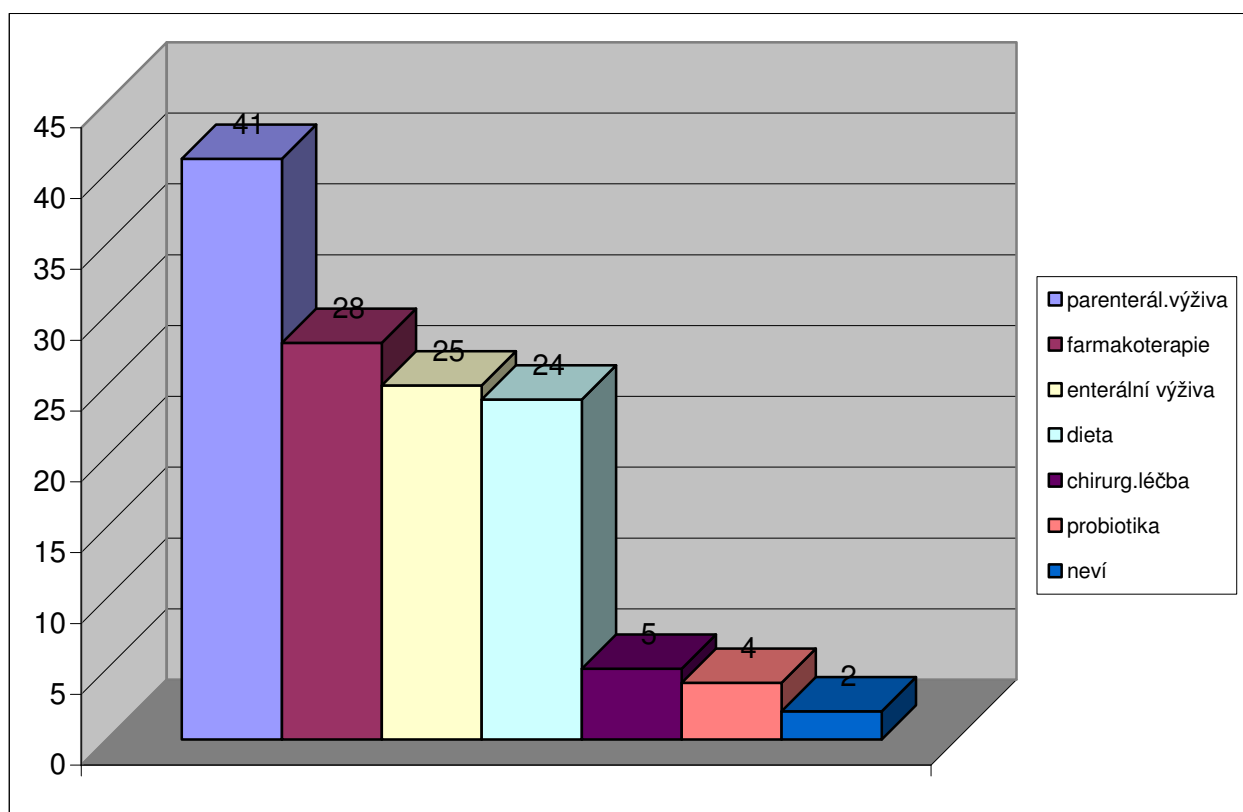
Graf 10 Náročnost ošetrovatelské péče o klienta se syndromem krátkého střeva



Tento graf znázorňuje náročnost ošetrovatelské péče, z celkového počtu 60 (100%) respondentů ji za stejně náročnou jako jiné posoudilo 28 sester (46,67%), 20 sester

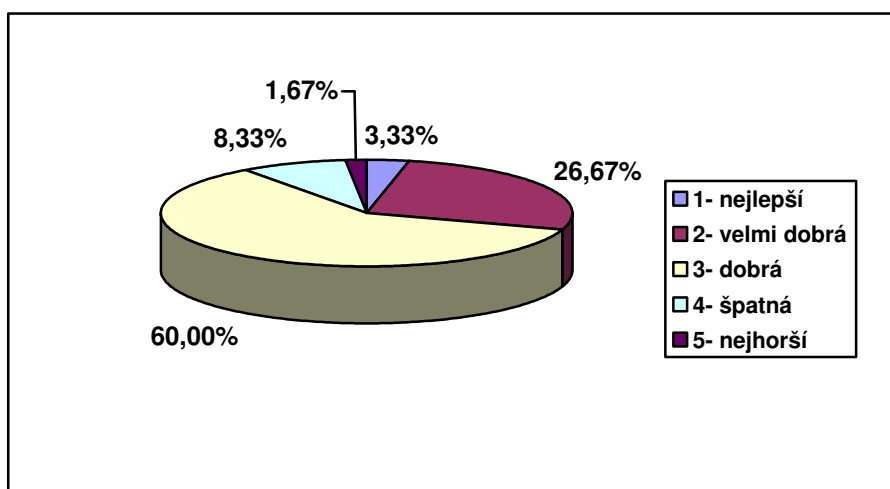
(33,33%) odpovědělo, že péče je psychicky náročná a neumělo posoudit 12 sester (20,00%).

Graf 11 Terapie syndromu krátkého střeva



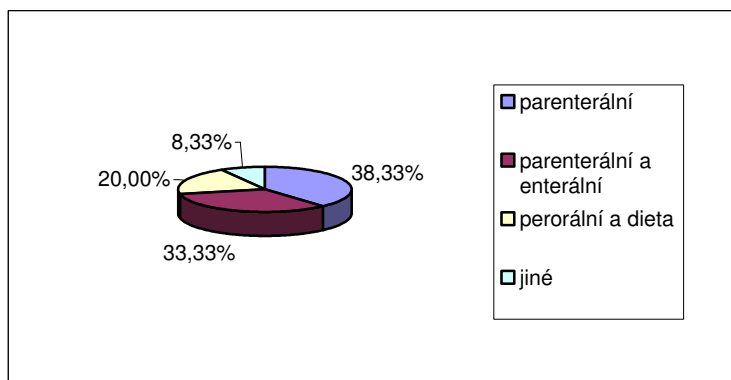
Graf znázorňuje četnost odpovědí 60 respondentů, celkový počet tvořilo 114 odpovědí. Z toho 41 sester odpovědělo, že do terapie syndromu krátkého střeva patří parenterální výživa, 28 sester uvedlo farmakoterapii, enterální výživu uvedlo 25 sester, 24 sester odpovědělo, že léčba syndromu krátkého střeva spočívá v dietních opatřeních, 5 sester uvedlo chirurgickou léčbu včetně transplatace, probiotika uvedly 4 sestry a 2 sestry neznaly odpověď.

Graf 12 Zkušenost sester s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva



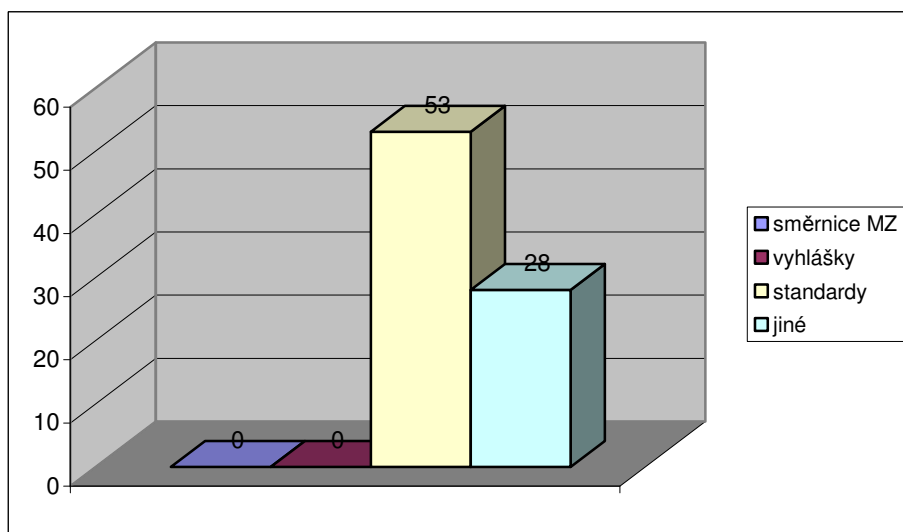
Z tohoto grafu vyplývá, jak sestry hodnotí svoje zkušenosti s ošetrovatelskou péčí. Odpovědi mohly ohodnotit na škále, kdy 1 znamenalo nejlepší a 5 nejhorší. Stupeň škály 1 označily 2 sestry (3,33%), 16 sester (26,67%) označilo zkušenosti stupněm 2, 36 sester (60,00%) uvedlo zkušenosti na stupni 3, stupněm 4 ohodnotilo svoje zkušenosti 5 sester (8,33%) a nejhorší zkušenosti s ošetrovatelskou péčí má 1 sestra (1,67%).

Graf 13 Zajištění výživy u klienta se syndromem krátkého střeva



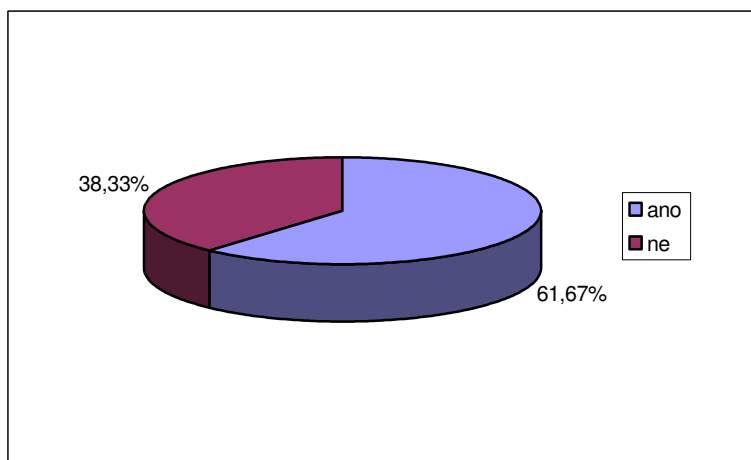
Na tuto otázku odpovědělo 23 sester (38:33%), že výživa byla zajištěna parenterální cestou, 20 sester (33,33%) označilo kombinaci parenterální výživy s enterální, zajištění výživy příjmem perorálním s dietními opatřeními uvedlo 12 sester (20,00%) a 5 sester (8,33%) označilo odpověď jiné.

Graf 14 Zásady ošetrovatelské péče



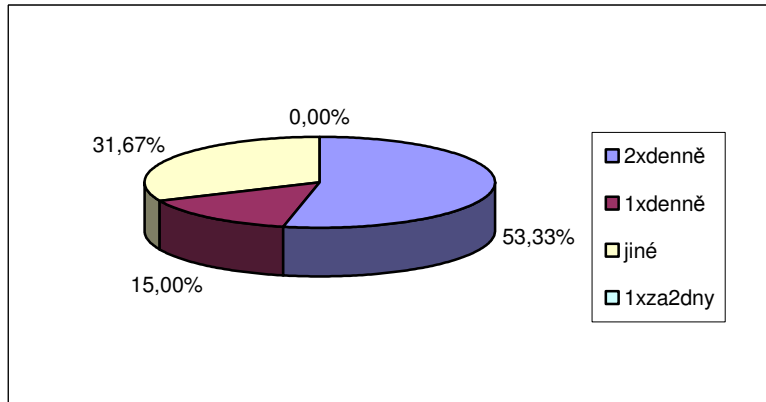
Graf znázorňuje četnost odpovědí, ze kterých vyplývá že pro 53 sester při poskytování péče o klienty se syndromem krátkého střeva jsou závazné standardy ošetrovatelské péče a pro 28 sester uvedlo odpověď jiné, což sestry nejčastěji odpověděly že závazné jsou pro ně i ordinace lékaře a nutričního terapeuta

Graf 15 Zkušenost s implantabilním portem



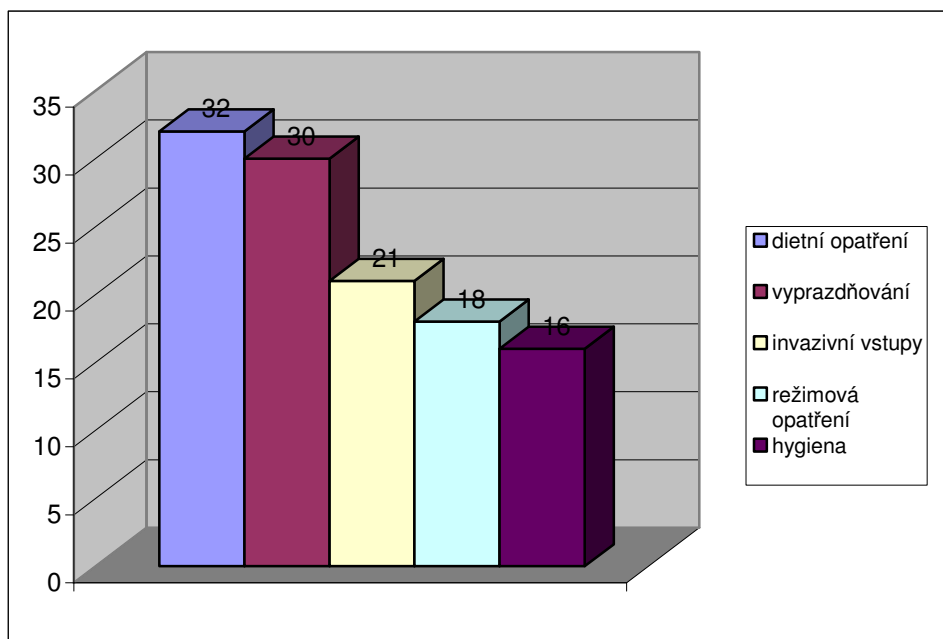
Z celkového počtu 60 (100%) respondentů má 37 sester (61,67%) zkušenost s implantabilním portem a 23 sester (38,33%) klienta se zavedeným implantabilním portem nikdy neošetřovalo.

Graf 16 Kontrola intravenózních vstupů



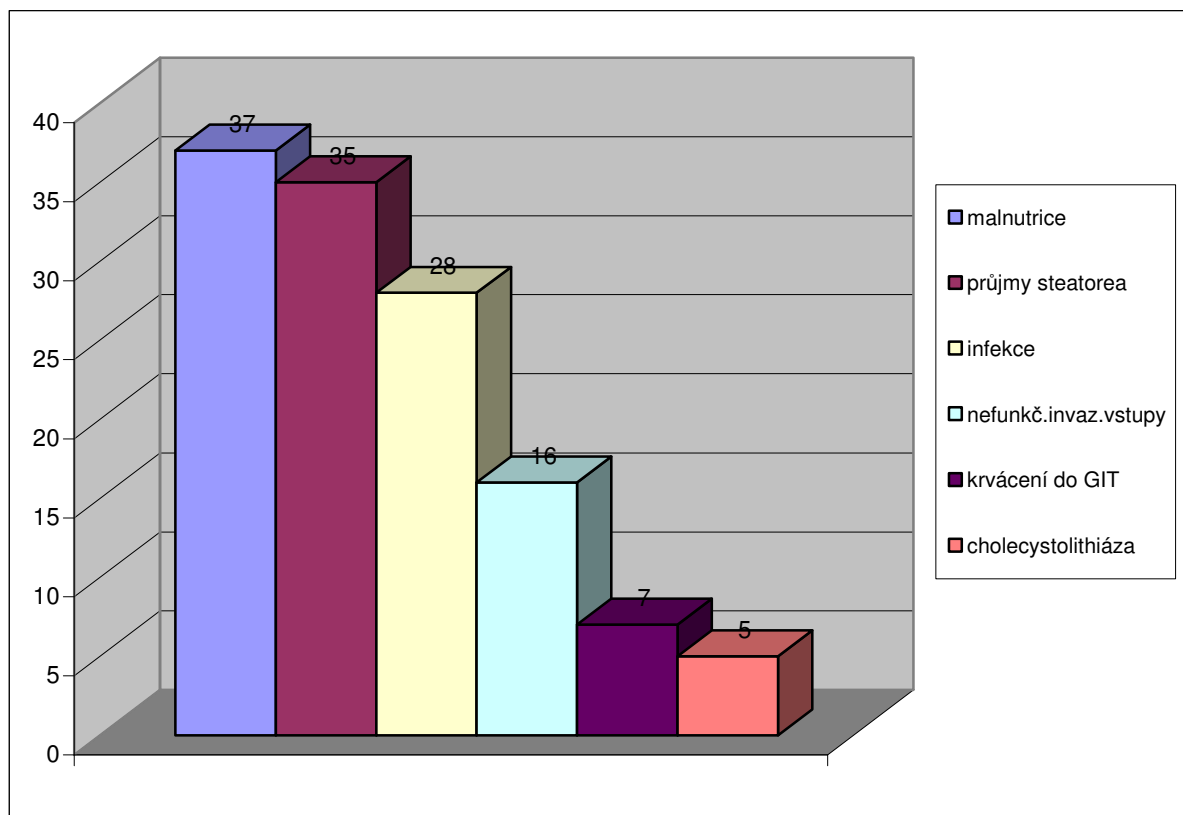
Z celkového počtu 60 (100%) sester označilo možnost 2x denně 32 sester (53,33%), 9 sester (15,00%) kontroluje vstupy 1x denně jinou odpověď uvedlo 19 sester (31,67%), tyto sestry kontrolují vstupy v průběhu celého dne, což jim umožňuje průhledné krytí Tegaderm. Odpověď 1x za 2 dny neuvedla žádná sestra

Graf 17 Nejčastější otázky klienta v souvislosti ošetrovatelskou péčí



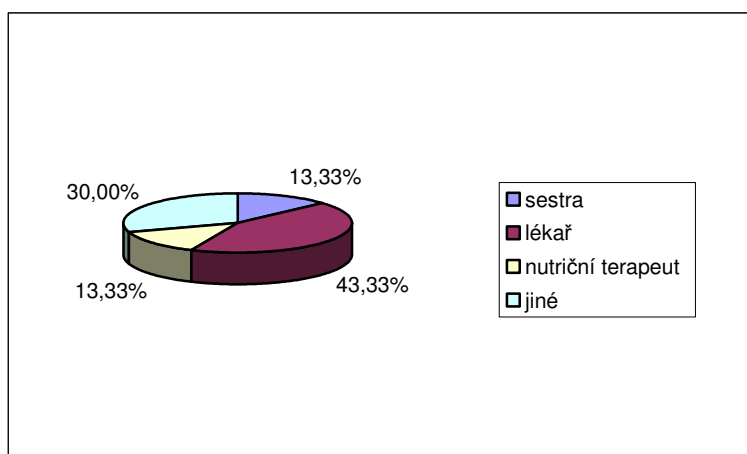
Graf zobrazuje četnost odpovědí 60 sester v souvislosti s nejčastějšími otázkami klientů se syndromem krátkého střeva. Respondenti měli možnost více odpovědí. 37 sester uvedlo dietní opatření. Otázky spojené s vyprazdňováním uvedlo 30 sester, 21 sester odpovědělo péče o invazivní vstupy. Režimová opatření označilo 18 sester a 16 sester uvedlo hygienická opatření.

Graf 18 Znalost komplikací syndromu krátkého střeva



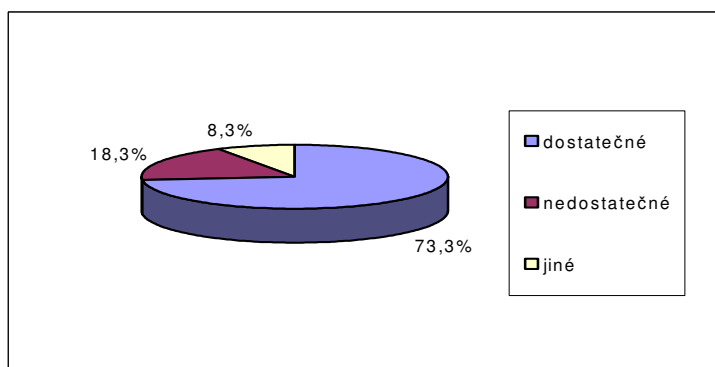
Graf znázorňuje četnost odpovědí 60 respondentů o znalosti komplikací syndromu krátkého střeva. Respondenti měli možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí je 128. Z toho 37 sester uvedlo malnutrice, 35 sester odpovědělo průjmy a steatorea, infekci označilo 16 sester, 7 sester uvedlo krvácení do gastrointestinálního traktu a cholecystolithiázu označilo 5 sester.

Graf 19 Informovanost o komplikacích



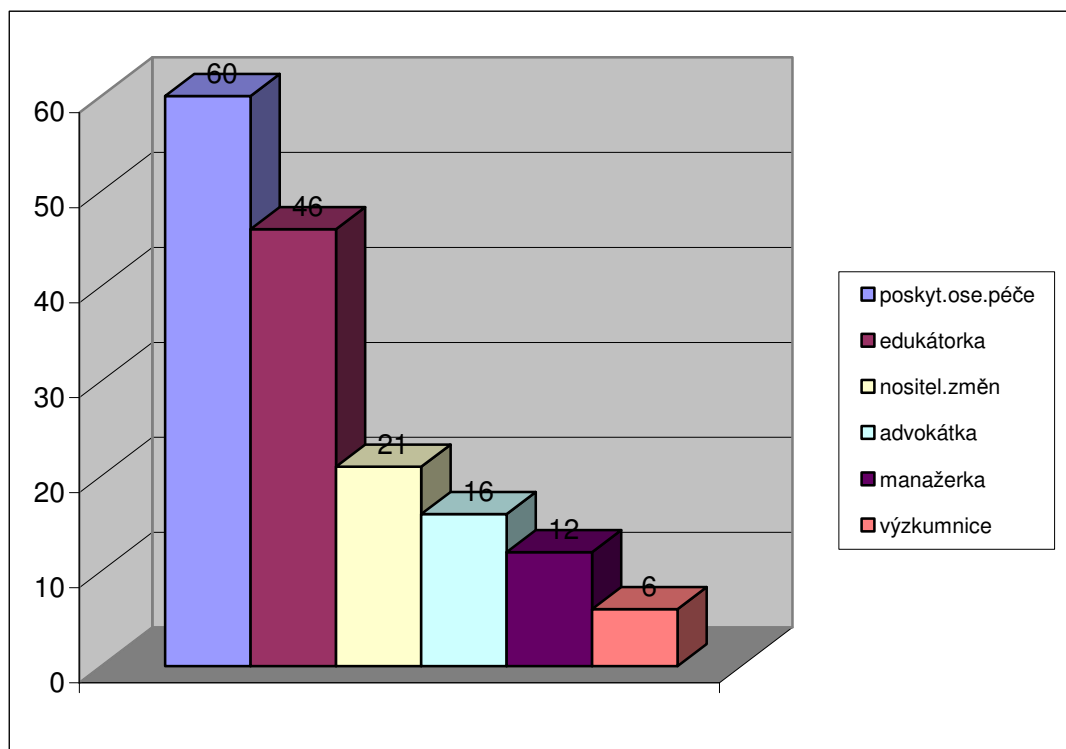
Z celkového počtu 60 (100%) respondentů uvedlo 26 sester (43,33%), že nejčastěji podává informace o možných komplikacích lékař, nutričního terapeuta označilo 8 sester (13,33%), odpověď jiné označilo 18 sester (30,00%), nejčastěji byla uváděna odpověď lékař, nutriční terapeut i sestra společně a 8 sester (13,33%) poskytuje informace o komplikacích osobně.

Graf 20 Hodnocení informací



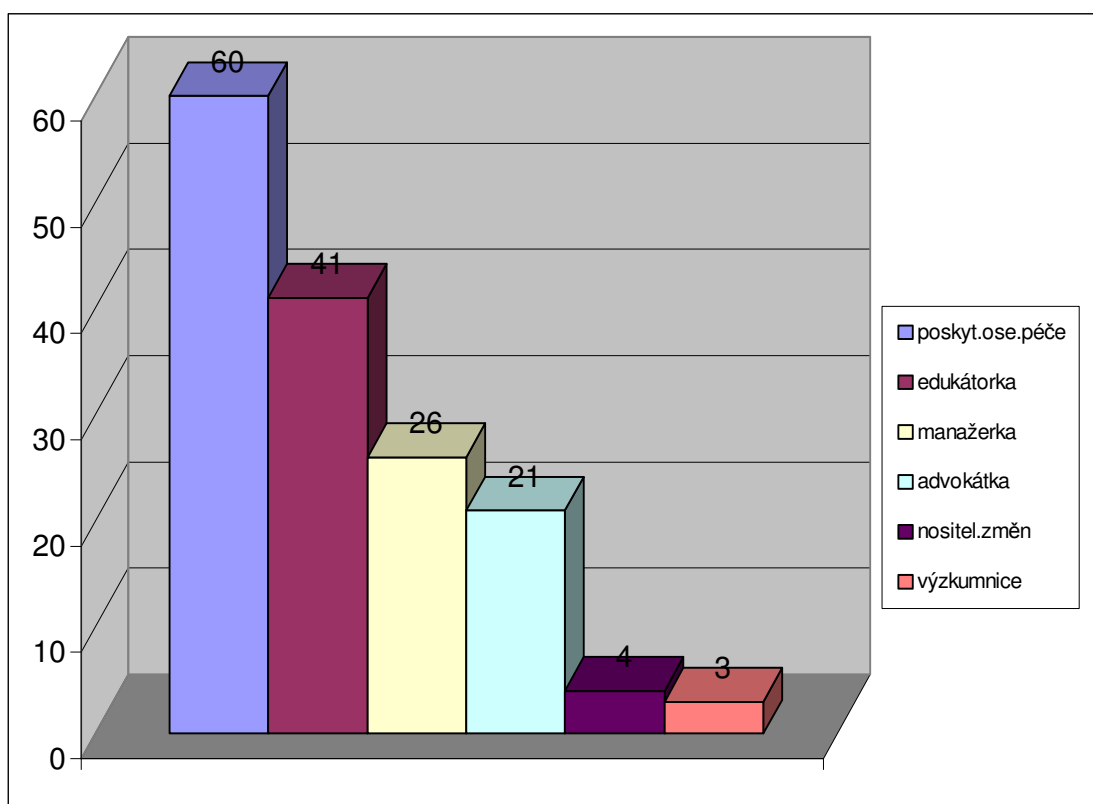
Z celkového počtu 60 dotázaných (100%) se 44 sester (73,3%) domnívá, že klienti hodnotí poskytnuté informace jako dostatečné, 11 sester (18,3%) uvedlo odpověď nedostatečné a 5 sester (8,3%) neví jak hodnotí klienti poskytnuté informace.

Graf 21 Role sestry dle názoru respondentů



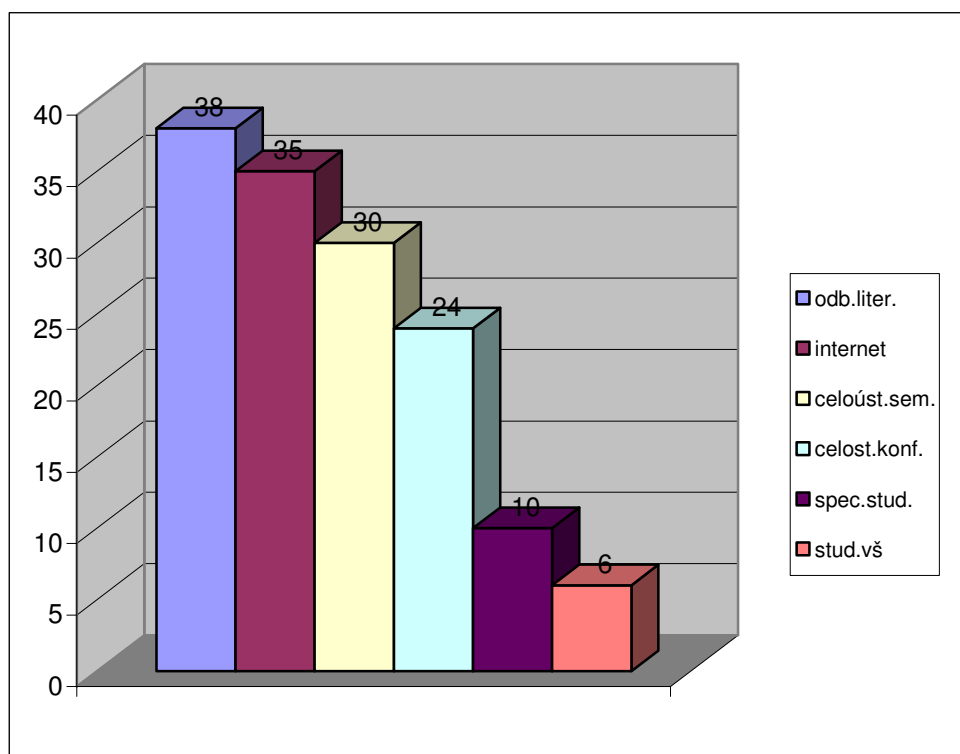
Graf znázorňuje četnost odpovědí 60 respondentů. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 160 získaných odpovědí uvedlo 60 sester poskytovatelka ošetrovatelské péče, 46 sester označilo edukátorku, nositelku změn uvedlo 21 sester, roli advokátky označilo 16 sester, roli manažerky by zařadilo 12 sester a 6 sester uvedlo výzkumnice.

Graf 22 Role sestry v praxi



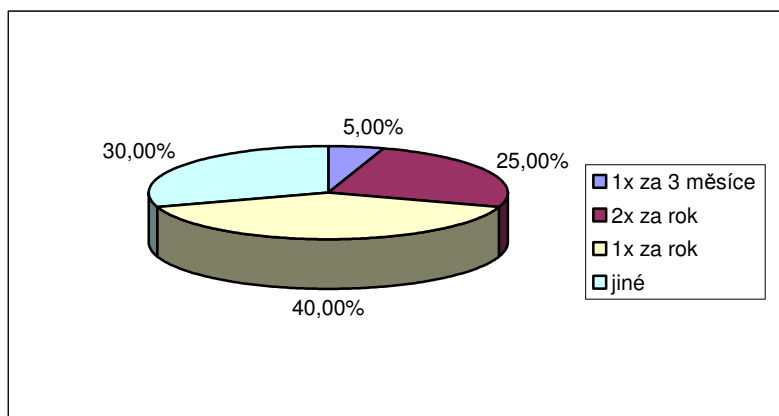
Graf znázorňuje četnost odpovědí 60 respondentů. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 156 odpovědí uvedlo 60 sester roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, 41 sester odpovědělo edukátorka, roli manažerky označilo 26 sester, 21 sester uvedlo advokátku, nositelku změn uvedly 4 sestry a výzkumnici označily 3 sestry.

Graf 23 Způsob celoživotního vzdělávání



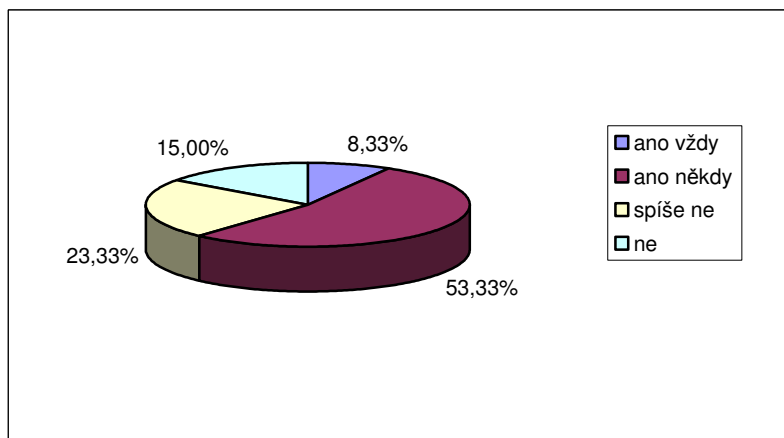
Graf znázorňuje četnost odpovědí 60 respondentů o rozšiřování svého vzdělávání. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 143 odpovědí uvedlo 38 sester odbornou literaturu, 35 sester si své vzdělávání rozšiřuje prostřednictvím internetu, 30 sester uvedlo celouštavní semináře, celostátní konference označilo 24 sester, 10 sester odpovědělo specializační studium a studium vysoké školy uvedlo 6 sester.

Graf 24 Účast na vzdělávacích akcích



Z celkového počtu 60 respondentů (100%) vyplývá, že 24 sester (40,00%) se vzdělávacích akcí účastní 1x za rok, 15 sester (25,00%) 2x za rok, odpověď 1x za 3 měsíce uvedly 3 sestry (5,00%) a jinak odpovědělo 18 sester (30,00%).

Graf 25 Aplikace poznatků v ošetrovatelské péči



Z celkového počtu 60 sester (100%) odpovědělo ano vždy 5 sester (8,33%), 9 sester (15,00%) neaplikovalo poznatky, spíše ne uvedlo 14 sester (23,33%) a 32 sester (53,33%) aplikovalo poznatky.

4.2 Rozhovor s klienty

Rozhovor s klientem 1

První klientka je žena v invalidním důchodu, která se léčí se syndromem krátkého střeva 19 měsíců, je jí 38 let. Žije společně se svým manželem a dcerou. Příčina vzniku byla Crohnova choroba a s ní následně spojená resekce tenkého střeva, pro perforaci. V nemocnici byla již hospitalizována celkem pětkrát, z toho jedenkrát v souvislosti s komplikacemi se zavedenou parenterální výživou. Klientce byly poskytnuty informace o jejím onemocnění, danými osobami byli lékaři na chirurgii i metabolické jednotce společně se sestrami. Poskytnuté informace hodnotila jako dobré a srozumitelné. Následně byla poučena o dodržování dietních opatření, při rozhovoru správně vyjmenovala, kterých potravin se má vyvarovat. O vhodnosti potravin ji poučila nutriční terapeutka a následně i lékař se sestrou.

Dříve byla výživa zajištěna pomocí vaků all-in-one. Po stabilizaci zdravotního stavu, v současné době přijímá potravu perorálně a tekutiny jsou doplňovány parenterální cestou, celkem 2-2,5 litru, společně s doplňováním vitamínů a stopových prvků. Denně vypije též 1,5 - 2 litry tekutin. Jak správně pečovat o implantabilní port ji naučily sestry na metabolické jednotce. Společně s ní byl poučen i manžel, v současné době provádí aplikaci společně. Zpočátku se velmi obávala, že se nenaučí výživu do portu aplikovat, skoro měsíc trvalo než si byla ona a manžel jisti, že péči zvládnou samostatně. Celý tým včetně sester ji však pomohl tuto péči zvládnout a ona mohla být propuštěna do domácí péče. Je velmi ráda, že ji manžel pomáhá, je jí velikou oporou. Zpočátku byla hodně unavená a ospalá.

Aplikace infúzí v současné době probíhá v nočních hodinách. Ve své domácnosti má vyhrazenou část, kde jsou uloženy veškeré pomůcky a vaky. Klientka dochází na pravidelné kontroly vždy jedenkrát za týden, nebo dle aktuálního stavu. Ví, že při vzniku komplikací se může kdykoli obrátit na svou ošetřující lékařku nebo na oddělení metabolické péče. O komplikacích, které mohou vzniknout právě se zajištěním podávání výživy ji poučily sestry, které jak udává byly velmi vstřícné a s jejich péčí byla spokojena. Největší obavy udává z možné infekce, proto se snaží o port pečovat

opravdu svědomitě. S množstvím pomůcek potřebných k zajištění péče spojené s ošetřováním a aplikací je spokojena. Na kontroly dochází jedenkrát týdně.

Rozhovor s klientem 2

Druhou klientkou je zdravotní sestra, které je 41 let. Se syndromem krátkého střeva se léčí již 7 let. Žije ve společné domácnosti s manželem a dvěma dospívajícími dětmi. Hospitalizována již byla několikrát, počet pobytů v nemocnici už ani nepočítá. Nikdy však nebyla hospitalizována v souvislosti s komplikacemi se zavedeným portem. Informace o onemocnění a dietních opatřeních ji poskytla lékařka a nutriční terapeut, hodnotí je jako dostatečné. Samozřejmě hodně dalších informací si vyhledala sama v literatuře a na internetu. Jejím přáním je, aby jich bylo co nejméně.

Bohužel o možných komplikacích ji sestry nepoučily, myslí si, že je to dáno její profesí, zřejmě to kolegyně nepovažovaly za nutné. Přesto byla s ošetrovatelskou péčí spokojena. Aplikaci parenterální výživy provádí samostatně, čas který potřeboval k nácviku aplikace výživy byl asi 2 dny. Přestože je zdravotní sestra byla o ošetrovatelské péči poučena i její rodina. Dodržuje dietu, která spočívá v příjmu bezezbytkové stravy. Společně s ní je výživa doplněna parenterální cestou, pomocí vaků all-in-one s individuálním složením. Realizace probíhá v nočních hodinách, časové rozmezí je mezi 20-6 hod. Správnou rychlost podání je zajišťována pomocí infúzní pumpy. Denně vypije asi 0,5 – 1 litr tekutin. Ve své domácnosti má vyhrazené prostředí, kde jsou uloženy všechny potřebné pomůcky, včetně vaků s výživou, pravidelně provádí dezinfekci tohoto místa. Dodržuje též zvýšenou osobní hygienu a vyhýbá se místům, kde hrozí nebezpečí infekce. Protože jak sama říká, riziko infekce je opravdu vysoké. Největší obavy má z toho, že to nikdy neskončí. Zpočátku potřebovala i pomoc psychologa, nedokázala se vyrovnat s pocitem, že už nebude moci vést „normální“ život. V této situaci ji pomohl manžel a děti, kteří jsou smyslem jejího života. Množství pomůcek jako jsou rukavice, dezinfekce, obvazový materiál, sety které potřebuje k zajištění péče o port se jí zdá dostatečné. Na pravidelné kontroly dochází do centra domácí parenterální výživy jedenkrát za 10 dní nebo dle potřeby po telefonické domluvě.

Rozhovor s klientem 3

Třetím klientem se syndromem krátkého střeva je muž, kterému je 41 let a pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, bližší údaje o svém podnikání nechtěl uvádět. Onemocnění má již 8 let. Celkem byl již dvanáctkrát hospitalizován, z toho šestkrát kvůli komplikacím spojených s podáváním parenterální výživy. Žije společně s manželkou v rodinném domku a má dvě děti.

Má zaveden implantabilní port, o který pečuje sám s částečnou dopomocí své manželky. Výživa je zajišťována ve spolupráci s ambulancí pro poruchy výživy. Dodržuje dietní opatření, tzv. bezezbytkovou dietu, s omezením tuků a s vyšším příjmem cukrů a potraviny přijímá v malých dávkách. Mléčné výrobky mu nedělají dobře. Tuto dietu se snaží opravdu dodržovat, protože jak sám říká, pokud dříve snědl něco „nevyhovujícího“ organismus na to ihned reagoval. Takto byl poučen lékařem spolu se zdravotní a dietní sestrou. Vypije asi 2 litry tekutin denně. Dále si aplikuje parenterální výživu ve formě vaků all-in-one individuální receptury. Výživu si aplikuje v nočních hodinách, což mu plně vyhovuje, protože se přes den může věnovat svým aktivitám. Na otázku z čeho má největší obavy, odpověděl, že se nejvíce bojí dalšího zhoršení současného stavu.

Dostatečné množství informací o problematice syndromu krátkého střeva mu poskytl lékař i sestry. Byl poučen i o veškerých komplikacích spojených s svým onemocněním a ví kam se obrátit v případě problému v souvislosti s aplikací parenterální výživy. Na kontroly dochází pravidelně vždy po konzultaci se svojí ošetřující lékařkou, nebo pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Pečovat o implantabilní port a aplikovat výživu ho naučila lékařka ve spolupráci se sestrami. Na otázku jaké zkušenosti má s ošetrovatelskou péčí, odpověděl že sestřičky jsou vstřícné, obdivuje jejich trpělivost jen asi dvakrát měl negativní zkušenost. Než se o invazivní vstup naučil pečovat uplynulo asi 12 dní. V případě komplikací je hospitalizován na metabolické jednotce. Ve svém domě má vyhrazený prostor, kde jsou uloženy pomůcky potřebné k zajištění péče. Podle něho jich má dostatečné množství. Jen někdy by potřeboval více sterilních rukavic.

Rozhovor s klientem 4

Čtvrtou klientkou, kterou jsem požádala o rozhovor byla žena, které je 42 let a pracuje jako ekonomka. Žije s manželem a dvěma dětmi v panelovém bytě. Syndrom krátkého střeva má jeden rok. V nemocnici byla hospitalizována již pětkrát, z toho jedenkrát byl pobyt v nemocnici spojen s komplikacemi.

Uvádí, že ji byly poskytnuty výborné informace o onemocnění, kterým trpí, tyto informace ji poskytli lékaři a sestřičky. Současně tak byla informována o dietních opatřeních a komplikacích, které by mohly vzniknout v souvislosti jak se zavedeným portem, tak aplikací parenterální výživy. V případě jakéhokoli problému se obrací na svoji ošetřující lékařku či sestru v ambulanci nutriční podpory, kam dochází jedenkrát týdně na kontroly a pro pomůcky, které potřebuje k zajištění péče. K aplikaci výživy má zaveden podkožní port, pečuje o něj společně s manželem, který byl též poučen jak aplikovat parenterální výživu. K tomu aby se naučili zajišťovat aplikaci výživy potřebovali asi 1 týden, praktické zkušenosti a zásady ji poskytli lékaři i sestry na metabolické jednotce.

Klientka dodržuje dietu, nejí čokoládu a kořeněná jídla, vyvaruje se ovoci a zelenině, o kterých ví, že nemá jíst. Naopak snaží se jíst potraviny s vyšším obsahem bílkovin, jak jí doporučila během pobytu v nemocnici nutriční terapeutka. Nepije kávu. Denně vypije asi 2 litry tekutin. Stravu konzumuje opravdu po malých dávkách a odděluje tekutiny od tuhé stravy. Nutriční podpora je doplněna aplikací parenterální výživy v nočních hodinách, částečně i přes den. V současné době má však plnou parenterální výživu. Největší obavy má z možné infekce, ke které může dojít v souvislosti s aplikací výživy. Snaží se dodržovat veškeré zásady, které ji sestry naučily. Má vyhrazen prostor, kde jsou uloženy pomůcky k zajištění péče, provádí pravidelnou dezinfekci tohoto místa. Než se o port naučily pečovat, klientce se zdálo, že množství pomůcek k zajištění péče je nedostatečné. V současné době, kdy má již více zkušeností, s poskytnutými pomůckami vychází bez obtíží.

Rozhovor s klientem 5

Pátým klientem, který byl osloven a projevil souhlas s rozhovorem, byl muž kterému je 63 let. V současné době je již v důchodu, dříve pracoval jako učitel. Syndrom krátkého střeva má 11 měsíců. Od začátku tohoto onemocnění byl hospitalizován již dvakrát, z toho první pobyt v nemocničním zařízení trval 2 měsíce. Žije v rodinném domku společně s manželkou a rodinou své dcery. Zajištění výživy probíhá parenterální cestou s dodržováním dietních opatření. Klient má zaveden Broviakovův katétr. Aplikaci výživy a péči o katétr zajišťují společně se svoji dcerou. Dietní opatření, dle svého zhodnocení dodržuje dostatečně. Jak sám uvádí, je pod neustálou kontrolou své manželky.

Informace, které mu byly podány hodnotí jako přiměřené. Byl poučen jaké potraviny by neměl jíst. A jakým způsobem by měla být strava přijímána. Denně vypije 2 litry tekutin, nejčastěji bylinkové čaje a vodu. Někdy si dá i malou sklenku piva. V prvním půlroce došlo k výraznějšímu váhovému úbytku. Též o komplikacích, které by se mohly v průběhu léčby vyskytnout, byl poučen. Pokud se nějaké komplikace vyskytnou, obrací se na svého ošetřujícího lékaře. A dcera ví, že je také možné kontaktovat jednotku metabolické péče. O problematice ho poučil lékař a sestry ústní formou. Během pobytu v nemocnici by však uvítal, více informací od sester. Jinak si však na ošetrovatelskou péči nemůže stěžovat. Během pobytu v nemocnici se setkal pouze s jednou sestřičkou, která byla nepříjemná a její péči hodnotil jako neprofesionální. Podle něho je práce sester náročná a nedostatečně ohodnocená. Podobně tak hodnotí i práci učitelů.

Aplikace parenterální výživy probíhá v nočních hodinách. Zpočátku se často probouzel, neboť měl obavy, aby nedošlo k nějakému problému. Prostředí k uložení pomůcek má vyhrazeno pouze částečně, potřeboval by větší prostor. Množství potřebného materiálu k zajištění péče hodnotí jako adekvátní. Dcera je velmi šikovná, bez ní by nebylo možné aby mohla být výživa zajištěna v domácím prostředí. Je na ni velmi pyšný. Má velké přání, aby se jeho zdravotní stav v budoucnu nezhoršil a

nedošlo k infekci. Rád by trávil svůj čas ve společnosti rodiny. Pravidelně dojíždí na kontroly do centra domácí parenterální výživy.

Rozhovor s klientem 6

Poslední klientkou, se kterou jsem měla možnost uskutečnit rozhovor, byla žena, které je 66 let. Dříve pracovala v potravinářském průmyslu. Nyní je již v důchodu. Se syndromem krátkého střeva se léčí 6 měsíců. Další onemocnění, se kterými se léčí je vysoký krevní tlak a vertebrogení syndrom. Během této doby byla třikrát hospitalizována. Žije v menším městě ve společné domácnosti s manželem. Její manžel je též v důchodu. Má jednu dceru, která bydlí poměrně daleko od místa jejich bydliště. Výživa je u klientky zjištěna perorálním příjmem společně s aplikací doplňkové parenterální výživy. Způsob aplikace je zajištěn Broviakovým katétrem. Péči a zajištění provádí společně se sestrami s agentury domácí péče v denních hodinách. Je velmi ráda, že může být doma a nemusí být hospitalizována v nemocnici. Dojíždí na pravidelné kontroly jedenkrát týdně někdy pokud je to nutné i častěji. Snaží se dodržovat dietu, která jí byla doporučena. Během dne vypije asi 0,5 – 1 litr tekutin. Trápí ji častější průjmy. Doufá, že se časem snad zmírní. Stravu si zajišťuje ve spolupráci s agenturou domácí péče. Jelikož manžel je též nemocen. Informace, které ji poskytl lékař a sestry uvádí jako celkem dostatečné. O možných komplikacích, které souvisí s nynějším onemocněním byla poučena. Ví, že v případě horečky, zimnice či jiného problému má ihned kontaktovat svoji ošetřující lékařku či agenturu domácí péče. Uvítala by však ještě více informací, mám opravdu veliké obavy, aby nedošlo ke zhoršení jejího zdravotního stavu. Nebo aby neměla infekci katétru. A nemusela být znovu hospitalizována v nemocnici. S ošetrovatelskou péčí byla celkem spokojena. I když uvádí, že některá sestřička byla občas nepříjemná. Jejich práce si, ale velmi cení a říká, že je opravdu náročná a sama by ji nikdy nezvládla. Rozdílný přístup mají i sestry z agentury domácí péče. Myslí si, že některé sestry by měly více dbát na dodržování hygienických opatření. Ve svém bytě má vyhrazeno místo pro uložení potřebných pomůcek k zajištění péče o katétr a aplikaci výživy.

4.3 Tabulky s rozhovoru s klienty

Tabulka 1 Délka onemocnění

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Délka onemocnění							
6 měsíců	1						1
11 měsíců	1					1	
12 měsíců	1				1		
18 měsíců	1	1					
7 let	1		1				
8 let	1			1			
celkem	6						

Tabulka 1 znázorňuje délku onemocnění klientů se syndromem krátkého střeva.

Klient 1 se léčí 18 měsíců, klient 2 má onemocnění 7 let,

Tabulka 2 Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
2	2					1	1
5	2	1			1		
8	1		1				
12	1			1			
celkem	6						

Tabulka 2 informuje o počtu hospitalizací klientů se syndromem krátkého střeva. Z celkového počtu 6 klientů byli 2 hospitalizováni dvakrát, 2 klienti pětkrát, devětkrát byl hospitalizován 1 klient a dvanáctkrát také 1 klient.

Tabulka 3 Poskytnutí informací

Poskytnutí informací	Počet klienů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
ano	6	1	1	1	1	1	1
ne	0						
celkem	6						

Tabulka 3 znázorňuje zda byly klientům poskytnuty informace. Všechny 6 klientů odpovědělo ano.

Tabulka 4 Poskytovatel informací

Kdo poskytl informace	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
lékař	2	1					1
lékař sestra	3			1	1	1	
lékař nutriční terapeut	1		1				
celkem	6						

Tabulka 3 zobrazuje, kdo poskytl klientům informace o jejich onemocnění. Klient 1 a 6 uvedl lékaře, klientům 3, 4, 5 poskytli informace lékař i sestra a klient 2 uvedl lékaře a nutričního terapeuta.

Tabulka 6 Invazivní vstup

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Typ invazivního vstupu							
Broviacův katétr	2					1	1
implantabilní port	4	1	1	1	1		
celkem	6						

Tabulka 6 informuje, jakým způsobem je zajištěna aplikace parenterální výživy u klientů se syndromem krátkého střeva. Broviacův katétr mají zaveden 2 klienti a implantabilní port zajišťuje výživu u 4 klientů.

Tabulka 7 Zajištění péče o invazivní vstup a aplikace výživy

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Péče o invazivní vstup							
klientka a manžel		1	1		1		
klient a manželka				1			
klient a ADP							1
klient a dcera						1	
celkem	6						

Tabulka 7 znázorňuje kdo provádí u klienta péči o zavedený invazivní vstup a aplikaci výživy. Z celkového počtu 6 klientů uvedly 3 klientky sebe a manžela 1 klient sebe a dceru, klientka 6 provádí péči a aplikaci sama společně se sestrou agentury domácí péče a klient 2 uvedl sebe a manželku.

Tabulka 8 Typ výživy

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Typ výživy							
doplňková parenterální	4	1	1	1		1	
plná parenterální	1				1		
perorální doplnění tekutin	1						1
celkem	6						

Tabulka 8 informuje jakým typem výživy je zajištěna nutriční podpora u klientů. Klienti 1, 2, 3, 5 mají doplňkovou parenterální výživu a perorální příjem s dietními opatřeními. Klientka 4 má plnou parenterální výživu a klientka 6 přijímá v současné době potravu perorálně a má doplňovány tekutiny parenterální cestou.

Tabulka 9 Aplikace výživy

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Aplikace výživy							
noční hodiny	4	1	1	1		1	
noční i denní hodiny	1				1		
denní hodiny	1						1
celkem	6						

Tabulka 9 znázorňuje odpověď na otázku. Kdy probíhá aplikace výživy či doplnění tekutin. U 4 klientů je aplikace zajištěna v nočních hodinách. Klient 3 uvedl noční i denní hodiny a klient 6 pouze denní hodiny.

Tabulka 10 Samostatnost péče

	Počet klientů	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Časový horizont zvládnutí péče o invazivní vstup							
4 dny	1		1				
7 dnů	1				1		
10 dnů	1					1	
12 dnů	2			1			1
21 dnů	1	1					
celkem	6						

Tabulka 10 znázorňuje časový horizont zvládnutí péče o invazivní vstup a aplikaci výživy parenterální cestou. Klient 1 uvedl 21 dnů. Klient 2 potřeboval ke zvládnutí péče 4 dny. Klient 3 udává 12 dnů. 7 dnů potřeboval klient 4. Klient 5 uvedl 10dnů. Celkem 12 dnů potřeboval klient 6.

5. Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti sester a jejich postoj a zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva a ověřit, zda klienti s tímto onemocněním mají dostatek informací a ovládají péči o venózní port samostatně. Jak potvrzuje Rušavý (33) s pomocí komplexní léčby domácí parenterální výživy, přežívá stále větší počet pacientů, kteří jsou však ohroženi celou škálou komplikací a karencí. I při dodržování velmi přísných hygienických zásad je pacient za svého života trvale ohrožen infekcí katétru a posléze celkovou sepsí. Proto je velice důležité, aby klienti s tímto syndromem měli dostatečné množství informací jak provádět aplikaci a hygienickou péči a tím se vyvarovali případným komplikacím.

Výzkumné šetření bylo prováděno ve Všeobecné Fakultní nemocnici v Praze, Ústřední vojenské nemocnici v Praze, nemocnici České Budějovice a.s. a Fakultní Thomayerově nemocnici. Pro zjištění výsledků byla použita forma kvantitativně – kvalitativního šetření. Technikou sběru dat kvantitativního šetření byl anonymní dotazník, určen pro sestry pracující na metabolických jednotkách. K uskutečnění dotazníkového šetření byl vždy nutný souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou činnost (příloha 2). Dále bylo provedeno kvalitativní šetření, který bylo realizováno metodou nestandardizovaného rozhovoru, který byl určen pro klienty se syndromem krátkého střeva. Prudký vývoj v medicíně a ekonomické aspekty, způsobují, že část ambulantní i lůžkové sféry se přesouvá do domácího prostředí. Kotlíková se uvádí, že ideálním řešením je zajištění aplikace parenterální výživy v domácích podmínkách a k hospitalizaci dochází pouze při vzniku komplikací. K získání informací bylo zkontaktováno centrum domácí parenterální výživy. V centrech domácí parenterální výživy bylo v roce 2008 v České republice léčeno 59 dospělých pacientů (30).

První čtyři otázky dotazníku pro sestry, měly identifikační charakter a týkaly se věku, vzdělání a délky odborné praxe sester. Graf 1 nám ukazuje věkové rozložení respondentů, největší skupinu tvořily sestry ve věku 19-30 let (56,67%), se vzrůstajícím věkem počet sester klesal, předpokládáme, že je to dáno náročností oboru. Vzdělání

dotazovaných sester nám ukazuje graf 2. Nejvíce sester má pomaturitní specializační vzdělání 25 sester (41,66%). Dále je určitě velmi příznivé a odpovídá to i současnému systému vzdělávání zdravotnických pracovníků, že 7 sester (11,66%) má již vysokoškolské vzdělání. Graf 4 nám ukazuje délku odborné praxe na metabolické jednotce, z grafu vyplynulo že 36 sester (60%) pracuje v rozmezí 5 - 15 let. Z tohoto důvodu, můžeme usuzovat, že praktické zkušenosti mají sestry dostatečné.

K prvnímu cíli, kdy jsme měli zjistit míru informovanosti sester se vztahuje první hypotéza. Informovanost sester je na dobré úrovni. K potvrzení hypotézy sloužily výsledky otázek 7,8,11. Jak vyplývá z grafu 7, 54 sester (90%) uvedlo, že zná příčinu vzniku syndromu krátkého střeva. Toto tvrzení nám potvrdil graf 8, kde 38 sester správně odpovědělo, že nejčastější příčinou je resekční výkon na tenkém střevě. Stejně jako uvádí Bureš (3). I další nejčastější tvrzení, kdy sestry uvedly Crohnovu chorobu, ischemii, trauma a vrozenou příčinu se shodovalo s Oliveriusem (27). Léčbu syndromu krátkého lze rozdělit na tři na sebe navazující období, akutní stadium nebo-li hypersekreční fáze, druhé období se nazývá adaptační a poslední fáze nese název stabilizační. Jak uvádí Mařatka a Bureš (21, 3) léčba spočívá v podávání léků tlumících sekreční aktivitu, aplikace parenterální výživy a posléze lze aplikovat enterální výživu a u některých nemocných přejít na pevnou stravu s dodržováním dietních opatření. Jak vyplývá z grafu 11, 41 sester odpovědělo, že do terapie patří parenterální výživa, 28 sester uvedlo farmakoterapii, pouze 2 sestry neznaly odpověď na tuto otázku. Znalosti sester o komplikacích spojených se syndromem krátkého střeva, se shodují s tvrzením Frantové (7), že mezi nejčastější komplikace patří malnutrice, průjemy charakteru steatorey a problémy spojené se zajištěním výživy. Celkem 37 sester uvedlo malnutrici a 35 sester průjemy a steatoreu. Na základě těchto výsledků byla hypotéza potvrzena

Další otázky 9,10,12,15 jsme si stanovili za cílem potvrzení druhé hypotézy. Sestry mají obavy při poskytování péče o klienta se syndromem krátkého střeva. V 9 otázce nás zajímalo kolikrát se sestry během své praxe setkávají s klienty se syndromem krátkého střeva. Jak uvádí Kotrlíková (15) je totiž ideálním řešením zajištění aplikace parenterální výživy v domácích podmínkách a k hospitalizaci dochází pouze při vzniku komplikací. Z grafu 9 vyplývá, že 26 sester (43,33%) ošetřovalo klienta vícekrát a 3

sestry (5%) se nikdy nesetkaly s klientem se syndromem krátkého střeva, toto zjištění je dáno pravděpodobně tím, že jsme výzkumné šetření prováděli na pracovištích, kde je péče o klienty s tímto onemocněním soustředěna. 10 otázka měla zjistit, jak sestry hodnotí péči o klienta se syndromem krátkého střeva. Za stejně náročnou jako jiné považuje ošetrovatelskou péči 28 sester (46,67%) a 20 sester (33,33%) hodnotilo péči jako psychicky náročnou (graf 10). Důvod této odpovědi nebylo možné z dotazníku určit.

Holanová (10) uvádí, domácí parenterální výživa je u klientů se syndromem krátkého střeva aplikována do centrálního žilního systému, pomocí centrálního žilního katétru nebo Broviacovým katétrem či venózními porty. Z tabulky 6, vztahující se k výsledkům z rozhovoru s klienty vyplývá, že 4 klienti mají port pro aplikaci výživy zaveden. Z tohoto důvodu nás zajímalo, zda sestry ošetrovaly někdy klienta se zavedeným implantabilním portem. Protože při správném dodržování zásad ošetrování, může port zůstat zaveden i několik let (příloha 4). Z grafu 15 vyplývá, že 37 sester (61,67%) již klienta se zavedeným portem ošetrovalo. V otázce 12 nás zajímalo, jak sestry hodnotí své zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienta se syndromem krátkého střeva. Zde měly sestry možnost zhodnotit své zkušenosti na škále, 36 sester 60% označilo své zkušenosti za dobré, pouze 1 sestra (1,73) má nejhorší zkušenosti. Z výše uvedených výsledků jsme hypotézu nepotvrdili.

K potvrzení třetí hypotézy, zda sestry ovládají své role spojené s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva, sloužily výsledky otázek 5,6,14,16. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění zkušenosti sester s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva. Grofová (9) říká, že hodnocení stavu výživy v léčbě klientů s malnutricí má opravdu veliký význam, neboť včasnou detekcí abnormalit, lze předejít závažným komplikacím. Z tohoto důvodu nás zajímalo, zda je na odděleních realizováno. 49 sester (81,73%) odpovědělo, že na oddělení provádí hodnocení stavu výživy (graf 5). Ošetrovatelská péče je odvozena od potřeb klienta a sestra ji realizuje pomocí ošetrovatelského procesu, při kterém se sestra řídí dodržováním ošetrovatelských standardů (32). Otázka 14 měla zjistit co je pro sestry závazné při poskytování ošetrovatelské péče o klienty se syndromem krátkého střeva, z grafu 14

vyplývá, že pro 53 sester jsou závazné právě ošetrovatelské standardy a 28 sester se řídí kromě standardů i ordinacemi lékaře. V 16 otázce jsme chtěli zjistit, jak často provádí sestry kontroly intravenózních vstupů. Protože riziko infekce u dlouhodobě zavedených invazivních vstupů je značně vysoké a u klientů hrozí postupné ztráty žilních vstupů, což posléze znemožní aplikaci parenterální výživy, říká Oliverius (28). Z grafu 16 vyplývá, že 32 sester (53,33%) kontroluje vstupy dvakrát denně. Na základě těchto výsledků byla třetí hypotéza potvrzena.

Staňková (35) dává důraz na vzdělávání sester, které si musí stále udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, prohlubovat a rozšiřovat odborné znalosti v oboru a celkově se neustále seznamovat s novými poznatky v ošetrovatelství, a to prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, odborných akcí profesních organizací a v neposlední řadě samostudiem. V otázkách 23, 24 jsme se zabývali vzděláváním sester. V otázce 24 jsme se sester dotazovali jak často se účastní vzdělávacích akcí v oboru gastroenterologie, potěšilo nás, že 39 sester (65%) i přes nedostatek času a vysoké finanční náklady navštěvuje tyto akce 1-2x ročně a 3 sestry (5%) se těchto akcí zúčastňuje jedenkrát za 3 měsíce (graf 24). Toto tvrzení nám potvrdil i graf 23, kdy 54 sester odpovědělo, že si své vzdělání rozšiřuje účastí na celoustavních seminářích a celostátních konferencích, za zmínku stojí odpověď 38 sester, které uvedly odbornou literaturu.

V další části diskuse se zabýváme výsledky kvalitativního šetření. Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentů se syndromem krátkého střeva, tito klienti mají zajištěnu nutriční podporu pomocí parenterální výživy a dodržováním dietních opatření. Aplikace domácí parenterální výživy na rozdíl od aplikace v nemocnici probíhá převážně v nočních hodinách a to z důvodu komfortu pacienta. Z tabulky 9 vyplývá, že 4 klienti realizují aplikaci výživy během noci. Oliverius (28) uvádí, že na domácí parenterální výživě se daří stabilizovat pacienty různě dlouhou dobu za přijatelné kvality života. V tabulce 1 uvádíme pro přehlednost údajů délku onemocnění. Dlouhodobé podávání parenterální výživy může vést často ke komplikacím, pro které musí být klienti hospitalizováni na jednotkách metabolické péče. Bureš (3) ve své publikaci uvádí, nejdelší dokumentována domácí parenterální výživa u klienta se syndromem krátkého

střeva je podávána po dobu 29 let. Tabulka 2 ukazuje, že s délkou onemocnění a aplikací výživy roste i počet hospitalizací. Klient, který uvedl, že se syndromem krátkého střeva léčí 8 let, byl v souvislosti s komplikacemi hospitalizován již dvanáckrát

V této části výzkumného šetření jsme zjišťovali odpovědi na výzkumné otázky zda klienti ovládají péči o venózní port samostatně. Kotrlíková (15) uvádí, že klíčovou podmínkou pro podávání domácí parenterální výživy je edukace klienta a jeho rodiny. Tabulka 7 uvádí, že péči o port provádí 5 klientů ve spolupráci s manželem či manželkou, 1 klient realizuje péči a aplikaci výživy společně s dcerou. Jedna klientka pečuje o port ve spolupráci s agenturou domácí péče. V tabulce 10 je uvedeno jaký časový horizont potřebovali klienti k tomu, aby zvládli aplikovat parenterální výživu a péči o invazivní vstup. Zde se odpovědi klientů rozcházejí, nejkratší doba byla čtyři dny, tuto odpověď uvedla klientka 2, která pracuje jako zdravotní sestra. Naopak klient 1 uvedl, že samostatnou péči ve spolupráci s rodinou zvládl za 21 dní. Parenterální výživa je v domácích podmínkách podávána výhradně do centrální žíly, některá pracoviště preferují speciální implantabilní katetry. V tabulce 6 je uvedeno, že čtyři klienti si aplikují výživu pomocí implantabilních portů a dva klienti mají zaveden Broviacův katetr. Většina respondentů uvedla, že největší obavy mají ze vzniku infekce. Data publikována v literatuře ukazují, že většina klientů na parenterální výživě je alespoň jedenkrát ročně hospitalizována pro určitou septickou komplikaci. Proto aby byla míra komplikací snížena na minimum, mají klienti vyhrazené prostory pro uložení pomůcek a manipulaci s katétre, provádějí dezinfekci těchto prostor a dodržují zásady asepse.

Další výzkumná otázka se týkala toho, zda mají klienti dostatek informací o svém onemocnění a s tím spojené ošetrovatelské péči? Z odpovědí je patrné, že všem šesti klientům byly poskytnuty informace v souvislosti s jejich onemocněním. V tabulce 4 je uvedeno, že nejčastěji poskytuje informace o komplikacích lékař i sestra. Toto tvrzení se shoduje s výsledky z grafu 19, kdy 18 sester (36%) odpovědělo, že na poskytování informací o komplikacích se podílí lékař i sestra. Zadák (43) uvádí, že syndrom krátkého střeva je závažným onemocněním, které vyžaduje komplexní léčbu včetně prevence a terapie komplikací a těsnou mezioborovou spolupráci. Je potěšující,

že 5 klientů hodnotilo informace jako výborné a dostatečné, toto zjištění nám potvrdil i graf 20, kdy se 73,33% sester domnívá, že klienti hodnotí poskytnuté informace jako dostatečné. Mařatka (21) udává, že v poslední fázi terapie, kterou nazýváme stabilizační, přechází část klientů na pevnou stravu s dodržováním dietních restrikcí, které je možné doplnit parenterální výživou. Z tabulky 8 vyplývá, že u 4 klientů je výživa zajištěna parenterální výživou s dodržováním dietních opatření. Dva klienti uvedli, že přijímají pevné potraviny oddělené od tekutých a jedí často a v malých porcích. Což uvádí i Frantová (7) ve svém příspěvku.

Jaké zkušenosti mají klienti s ošetrovatelskou péčí? Kvalita ošetrovatelské péče má v problematice syndromu krátkého střeva veliký význam. Předpokládali jsme, že v dnešní době kdy se klienti stávají čím dál více kritičtější, nebudou odpovědi natolik uspokojivé. Proto nás potěšilo, že s kvalitou ošetrovatelské péče jsou klienti spokojeni. Poučení jak aplikovat výživu a pečovat o invazivní vstup, probíhá za hospitalizace, během které se pacient a rodina naučí pod dohledem vyškoleného personálu přípravě výživy, manipulace s vakem a infúzní pumpou. Z tabulky 5 vyplývá, že čtyři klienti byly poučeni sestrou. Je důležité, aby sestra při poskytování péče mluvila srozumitelně a používala slova, kterým klient rozumí. Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče je nezastupitelná. Rozšiřováním svého vzdělání přispívají sestry k rozvoji a zkvalitnění ošetrovatelské péče.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá „Rolí sester při poskytování péče o klienty se syndromem krátkého střeva“. Počet klientů s tímto onemocněním v posledních letech díky rozvoji medicíny a ošetrovatelské péče stále stoupá, ti jsou však trvale ohroženi velkým počtem komplikací.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti sester v péči o klienty se syndromem krátkého střeva. Zjistit postoj a zkušenosti sester při poskytování ošetrovatelské péče. Další cílem bylo ověřit, zda jsou klienti dostatečně informováni, jak pečovat o venózní port. Port představuje prostředek pro dlouhodobý přístup do centrální žíly, pomocí kterého je zajištěna aplikace parenterální výživy. Cíle práce byly splněny.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativně – kvalitativní formou. Byl proveden polostrukturovaný rozhovor s klienty, kteří se léčí se syndromem krátkého střeva v centru domácí parenterální výživy. Další šetření bylo provedeno pomocí dotazníku, určeného pro sestry pracující na metabolických jednotkách.

V rámci kvantitativního šetření byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza, informovanost sester o dané problematice se nám potvrdila. Současně byla potvrzena i druhá hypotéza, sestry ovládají své role spojené s ošetrovatelskou péčí. V třetí hypotéze jsme předpokládali, že sestry mají obavy při poskytování ošetrovatelské péče o klienty se syndromem krátkého střeva. Z výsledků vyplynulo, že sestry obavy nemají, hypotéza se nepotvrdila. V kvantitativní části šetření byly stanoveny výzkumné otázky, které byly zaměřeny na to zda mají klienti dostatek informací o svém onemocnění, jaké mají zkušenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. A zda ovládají péči o venózní port samostatně. Z výsledků je patrné, že aplikace parenterální výživy pomocí portu či katétru v domácím prostředí je možná pouze u klientů, kteří dostatečně spolupracují, dochází na pravidelné kontroly a v případě komplikací je zajištěna hospitalizace na

jednotce metabolické péče. Realizace aplikace výživy je vždy vhodná s pomocí rodiny, či agentury domácí péče. Pokud jsou tyto podmínky splněny, umožňuje to klientům zajistit dlouhodobé podávání výživy a prakticky návrat do běžného života. Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Na základě obtížného získávání respondentů k uskutečnění kvalitativního šetření, což vyplynulo při realizaci práce, kdy jsme zjistili, že terapie klientů probíhá na specializovaných pracovištích, bychom rádi s touto problematikou seznámili i sestry v dalších nemocnicích v rámci seminářů a sdělením na odborných konferencích. A tím tak přispěli ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5.vyd. Brno: NCONZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013- 416 -X.
3. BUREŠ, J., KOPÁČOVÁ, M., REJCHET. *Syndrom krátkého střeva u dospělých*. Postgraduální medicína. 2007. roč. 9, č. 8, s. 880-886. ISSN 1212-4184.
4. DASTYCH, MILAN. *Enterální výživa a její praktické využití u Crohnovy nemoci*. Praha: Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie. 2006. roč. 6, č. 60, s. 251. ISSN 1213-323X.
5. DYLEVSKY, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254 -886-7.
6. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
7. FRANTOVÁ, VERONIKA, HÁJKOVÁ, LENKA. *Nutriční podpora u syndromu krátkého střeva*. Sestra. 2004. roč. 14, č. 7/8, s. 72-73. ISSN 1210-0404.
8. FRICOVÁ, JITKA. *Implantabilní intravenózní porty*. [cit. 20.3.2006]. dostupné z WWW: www.tigis.cz/bolest/Bolest-3-06/20web.
9. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

10. HOLANOVÁ, ZUZANA. *Nutriční a infúzní terapie v domácím prostředí*. Multidisciplinární péče. 2007, roč. 1, č. 4, s. 35. ISSN 1801-0199.
11. KÁBRT, J. *Parenterální výživa all in one*. [cit. 31.3.2008]. dostupné z WWW: www.tribune.cz/archiv/mtr/192/5278.
12. Kapounová, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-90.
13. KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. 1. vyd. Praha. Maxdorf Jessenius, 2004. ISBN 80-7345-030-5.
14. Kohout P. a kol. *Výživa pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Maxdorf Jessenius, 2004. ISBN 80-7345-023-2.
15. KOTRLÍKOVÁ, EVA, KŘEMEN, JAROMÍR. *Domácí parenterální výživa*. Interní medicína. 2008. roč. 10, č. 2, s. 76-79. ISSN 1212-7299.
16. Kozierová, B., Erbová, G., Oliverová, R. *Ošetrovaťelstvo*. II. První slovenské vydání. Martin : Osveta, 1995, s. 1154 – 1186. ISBN 80-217-0528-0.
17. LUKÁŠ, K. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
18. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
19. MASOPUST, J. KRATOCHVÍL, J. *Vztah mezi výsledkem nutričního screeningu a mortalitou na JIMP*. Vnitřní lékařství. 2008. roč. 54, č. 9, ISSN 0042-773X.

20. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
21. Mařatka, Z. a kol. *Gastroenterologie*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
22. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
23. MOLCANOVÁ, JANA. *Enterální a parenterální výživa z pohledu sestry*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2008. roč. IV, č. 6, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
24. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
25. Neumannová, L., Lisová, K. Naše zkušenosti se zaváděním intravenózních implantabilních portů a péčí o ně. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 4, str. 29-30. ISSN 1210-0404
26. Nutriční centrum metabolická skupina FN Plzeň. *Enterální a parenterální výživa*. [cit. 26.1.]. dostupné z WWW: www.metabol.lfp.cuni.cz/nutrice
27. OLIVERIUS, M. Kdy budu moci opět jíst. Informační brožura. [cit. 20.6.2007]. Dostupné z WWW: www.transplantace.eu/brozury/7pdf.
28. OLIVERIUS, M. *Transplantace tenkého střeva*. [cit. 31.3.2008]. dostupné z WWW: www.tribune.cz/archiv/mtr/192/5277/.

29. POKOJOVÁ, RADKA. *Využívají sestry hodnotící metody k objektivnímu zhodnocení stavu pacientů*. Ošetřovatelství. 2003, sv. 5, č. 3-4, s. 100-102. ISSN 1212-723X.
30. Přehled vývoje domácí parenterální výživy. [cit. 15.10.2008]. dostupné z WWW: www.dpv.skvimp.cz/actsh_cat12.
31. RATH, D., KEIL, R. *Syndrom krátké kličky*. Vnitřní lékařství. 2000. roč. 46, č.1, s. 30-33. ISSN 0042-773X.
32. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. přel.Šeclová, S. 1.české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
33. RUŠAVÝ, Z. *Možné karence u syndromu krátkého střeva*. [cit. 20.4.2007].dostupné z WWW: www.vitamins.cz/archiv/2003/doc/1/L_25.doc.
34. Seznam center domácí parenterální výživy. [cit. 15.10.2008]. dostupné z WWW: [www.dpv.skvimp.cz/actsh_cat 14](http://www.dpv.skvimp.cz/actsh_cat_14).
35. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 50s. IBSN 80-7013-263-9.
36. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
37. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013- 324-4.
38. TOMÍŠKA, MIROSLAV. *Nutriční podpora formou sippingu*. Interní medicína pro praxi. 2008. roč. 10, č. 6, s. 285. ISSN 1212-7299.

39. VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2006. 144 s. ISBN 80-247 – 1262 – 8.
40. VRZALOVÁ, D. *Poruchy výživy, příčiny, diagnostika a léčebné možnosti v terénní praxi*. Olomouc: Konference Sestra v praxi. 2008. ISBN 978-80-254-2183.
41. VYDRA, J. *Metabolické důsledky rozsáhlé resekce tenkého střeva*.
42. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. s.496 ISBN 80-247-0320-3
43. ZADÁK, Z. *Léčba syndromu krátkého střeva*. [cit. 4.1.2001]. dostupné z WWW: www.medicina.cz/odborne/clanek/dss?S1662.
44. Workman B., Zvoníčková M., Bennett, C. *Klíčové dovednosti sester* Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 259 s. ISBN 802471714X, 978802471714.

8. Klíčová slova

role sestry

ošetřovatelská péče

syndrom krátkého střeva

klient

parenterální výživa

nutriční podpora

9. Seznam příloh

příloha 1 – dotazník pro sestry

příloha 2 – osnova rozhovoru pro klienty

příloha 3 - žádost o provedení výzkumu

příloha 4 – metodický pokyn ošetřování implantabilního portu

příloha 5 – nutriční screening

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně a kolegové,

Jmenuji se Jana Bundová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče o klienty se syndromem krátkého střeva. Dovolte, abych vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci. Pokud není uvedeno jinak zaškrtněte prosím jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci a čas, který vyplňování dotazníku věnujete.

1. Kolik je vám let?

- a) 19 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 50 a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) pomaturitní specializační
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské bakalářské
- e) vysokoškolské magisterské

3. Délka vaší odborné zdravotnické praxe:

- a) méně než 5 let
- b) 5-15 let
- c) 16 – 30 let
- d) 30 a více

4. Délka vaší praxe na metabolické jednotce:

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 15 let
- c) 16 – 30 let

5) Provádíte na oddělení vstupní příjmové hodnocení stavu výživy u pacienta s malnutricí?

- a) ano
- b) ne

6. Kdo se podílí na hodnocení stavu výživy klientů s malnutricí?

- a) lékař
- b) sestra
- c) nutriční terapeut/ka
- d) jiné

7. Víte, co vede ke vzniku syndromu krátkého střeva?

- a) ano
- b) ne

8. Pokud jste odpověděla ano, napište prosím příčinu

.....
.....

9. Kolikrát jste se během své praxe setkala s klienty se syndromem krátkého střeva?

- a) jedenkrát
- b) dvakrát
- c) třikrát
- d) vícekrát

10. Péče o klienta se syndromem krátkého střeva:

- a) je snadná
- b) stejně náročná jako jiné
- c) fyzicky náročná
- d) psychicky náročná
- e) neumím posoudit

11. Víte, co patří do léčby syndromu krátkého střeva? (Prosím doplňte)

.....
.....

12. Jaké máte zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o klienty se syndromem krátkého střeva
Můžete ohodnotit na škále.(1 = nejlepší a 5 = nejhorší)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Pokud jste ošetrovala klienta se syndromem krátkého střeva, byla výživa zajištěna

- a) parenterální výživa
- b) enterální výživa
- c) kombinací parenterální a enterální výživy
- d) perorální příjem s dietními opatřeními

14. Co je pro vás závazné při poskytování ošetrovatelské péče o klienty se syndromem krátkého střeva?

- a) směrnice ministerstva zdravotnictví
- b) vyhlášky
- c) standardy ošetrovatelské péče
- d) jiné

15. Ošetřovala jste někdy pacienta se zavedeným implantabilním portem?
(podkožní port k zajištění parenterální výživy)

- a) ano
- b) ne

16. Jak často provádíte kontrolu intravenózních vstupů?

- a) 2x denně
- b) 1x denně
- c) 1x za 2 dny
- d) jiné

17. Jaké jsou podle Vás nejčastější otázky klienta se syndromem krátkého střeva
ohledně ošetrovatelské péče? (Možné více odpovědí)

- a) hygiena
- b) dietní opatření
- c) vyprazdňování
- d) péče o invazivní vstupy
- e) režimová opatření

18. Víte, které nejčastější komplikace mohou mít klienti se syndromem krátkého střeva?
(Možné více odpovědí)

- a) malnutrice
- b) průjemy a steatorea
- c) krvácení do GIT
- d) cholecystolithiáza
- f) infekce
- g) nefunkční invazivní vstupy

19. Kdo poskytuje klientům se syndromem krátkého střeva informace o možných komplikacích?

- a) sestra
- b) lékař
- c) nutriční terapeut
- d) jiné.....

20. Jak hodnotí klienti se syndromem krátkého střeva poskytnuté informace?

- a) dostatečné
- b) nedostatečné

21. Jaké role sestry by jste zařadili při poskytování péče u klientů se syndromem krátkého střeva? (Možné více odpovědí)

- a) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- b) edukátorka
- c) výzkumnice
- d) nositelka změn
- e) advokátka
- f) manažerka

22. Jakou roli dle Vašeho mínění zastáváte nejčastěji při poskytování ošetrovatelské péče?(Možné více odpovědí)

- a) poskytovatelka ošetrovatelské péče
- b) edukátorka
- c) výzkumnice
- d) nositelka změn
- e) advokátka
- f) manažerka

23. V rámci péče o klienta na Vašem oddělení si rozšiřujete vzdělávání.

(Možné více odpovědí)

- a) odborná literatura
- b) celouštavní semináře
- c) celostátní konference
- d) specializační studium
- e) studium vysoké školy
- f) internet

24. Jak často se účastníte vzdělávacích akcí v oboru gastroenterologie?

- a) 1x za 3 měsíce
- b) 2x za rok
- c) 1x za rok
- d) jiné

25. Aplikovala jste nové poznatky získané na základě studia nebo vzdělávacích akcí v ošetrovatelské péči o pacienty se syndromem krátkého střeva?

- a) ano vždy
- b) ano někdy
- c) spíše ne

Příloha 2 Tabulka k rozhovoru s klienty

Identifikační údaje		
Kolik je Vám let?	Pohlaví	Zaměstnání
Délka onemocnění	Počet hospitalizací	
Hospitalizace v souvislosti s komplikacemi		
Ošetrovatelská péče a informace		
Poskytnutí informací o Vašem onemocnění	Kdo je poskytl	
Hodnocení poskytnutých informací		
Poučila Vás sestra o komplikacích	Jaký způsob	
Poučení o dietních opatřeních		
Péče o invazivní vstup	Kdo informoval	
Byla poučena rodina o ošetrovatelské péči?		
Domácí prostředí		
S kým žijete v domácnosti?	Dodržování dietních opatření	
Kolik tekutin vypijete za den?		
Typ výživy	Pokud PV, jaký způsob zajištění	
Kdo pečuje o invazivní vstup		
Aplikace výživy v denních či nočních hodinách		
Z čeho máte největší obavy?		
Zkušenosti klienta		
Způsob zajištění stravy	Znáte dietní opatření?	
Máte vyhrazené prostředí k uložení pomůcek, potřebných k zajištění péče?		
Časový horizont zvládnutí péče o invazivní vstup	Znalost komplikací	
Máte adekvátní množství pomůcek k zajištění péče?	Kontak v případě komplikací	

Příloha 3 Žádost o provedení výzkumu



**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE
S POLIKLINIKOU 140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele:

Kontaktní adresa:

Telefon:

e-mail

Škola/Fakulta

obor studia:

Téma závěrečné práce:

Způsob provedení sběru dat:

Termín sběru:

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden:

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum

Podpis:

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO

NE

Datum:

Podpis odpovědného náměstka



FN MOTOL

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

✉ 150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

Ošetřování intravenózních implantabilních portů - metodický pokyn

Port

Intravenózní implantabilní port představuje uzavřený systém, který je složen z katétru zavedeného do centrální žíly a vlastního portu (komůrky), ke kterému je katétr během implantace pevně připojen. Port je umístěn pod kůží nejčastěji na přední straně hrudníku (nad musculus pectoralis major).

Port se skládá z těla, baze a membrány. Tělo komůrky je upraveno tak, aby bylo přes kůži dobře hmatné a umožňovalo snadný vpich speciální jehlou (Huberova jehla). Tělo bývá vyrobeno nejčastěji z plastu nebo titanu. Membrána je silikonová, která při správné manipulaci vydrží několik tisíc vpichů a port tak při dodržování dalších zásad ošetřování může zůstat zaveden i několik let.

Indikace zavedení

Port představuje prostředek pro dlouhodobý přístup do centrální žíly. Obecně je jeho zavedení indikováno při nutnosti zajištění opakovaného venózního přístupu po dobu delší než 3 měsíce.

- ☐ Chemoterapie – představuje 80 – 90% indikací k zavedení portu
- ☐ Dlouhodobá parenterální výživa
- ☐ Dlouhodobá analgetická, antibiotická léčba
- ☐ Jiná častá intravenózní léčba – astma bronchiale, epilepsie, AIDS atd.

Výhody zavedení portu

- ❑ Rychle a snadno dostupný přístup do centrální žíly
- ❑ Minimální bolestivost při napichování portu
- ❑ Minimalizace komplikací při podávání cytostatik do periferních žil (flebitis, nekróza kůže a podkoží)
- ❑ Dočasně nepoužívaný zavedený port pacienta neomezuje v jeho aktivitách

Zavedení portu

Intravenózní porty jsou zaváděny anesteziology, kardiology, chirurgy nebo radiology.

Spíše než na odbornosti závisí úspěšnost zavedení na zkušenostech lékaře se zaváděním centrálních žilních katétrů.

U dospělých pacientů se zavádějí porty v lokální anestézii, nejčastěji pod skiaskopickou kontrolou. Velmi často je implantace portu prováděna i jako ambulantní výkon. U dětí je ale zapotřebí celková anestézie na operačním sále.

Porty resp. katetry portu jsou nejčastěji zaváděny do horní duté žíly přes podklíčkovou žílu vpravo nebo vlevo. Dále je možno je zavést i do dolní duté žíly přes stehenní žílu vpravo nebo vlevo.

Příprava pacienta před výkonem

Lékař provede:

- ❑ Anamnézu předchozích cévních vstupů
- ❑ Ordinaci laboratorních vyšetření – Krevní obraz, QUICK, PTT
- ❑ Vysazení případné antikoagulační léčby dostatečně dlouhou dobu
- ❑ Zhodnocení celkového stavu pacienta - nesmí mít známky sepse, bakteriémie

- ❑ Psychologická příprava pacienta – vysvětlení výkonu, písemné informace o portu
- ❑ Podpis informovaného souhlasu
- ❑ V případě celkové anestézie nutno provést standardní předoperační vyšetření

Sestra provede:

- ❑ Alergologickou anamnézu – alergie na jód, Mesocain
- ❑ Odběr krve na vyšetření, založení laboratorních výsledků do dokumentace
- ❑ Seznámení pacienta se zásadami dlouhodobého ošetřování portu, zajištění kontaktu s jiným pacientem, který má již i.v. port implantován

Pomůcky k zavedení

Sestra připraví:

Sterilní část stolku : 1-2 zahnuté peány, skalpel, 3-4 backhausy, nůžky, jehelec, atraumatické šití, sterilní čtverce, 2 sterilní kádinky na Fyziologický roztok a lokální anestetikum,

dvě 10 ml stříkačky, jehla, sterilní rukavice, sterilní empír, originál set k zavedení portu.

Nesterilní část stolku : čepice, ústenka, dezinfekce, Fyziologický roztok, heparin, náplast k fixaci

Komplikace

a) Související se zaváděním portu :

- ❑ Pneumothorax, hemothorax
- ❑ Napíchnutí artérie
- ❑ Arytmie
- ❑ Alergická reakce
- ❑ Podkožní hematoma
- ❑ Další komplikace spojené se zaváděním centrálního katétru jsou málo časté

K vyloučení a prevenci těchto komplikací se provádí:

- ❑ Kontrolní a dokumentační snímek (Rtg S+P).
- ❑ Po provedení snímku a jeho popisu je možné do portu již vstupovat.
- ❑ Sestra pravidelně kontroluje místo zavedení, zda nedochází ke krvácení, event. mění dle potřeby sterilní krytí.
- ❑ Z důvodů nebezpečí krvácení z rány doporučujeme pacientovi jeden den klidový režim, vyvarovat se provádění prudkých pohybů, zvedání končetiny nad hlavu a zůstat v mírném polosedě.

b) Související s používáním portu

- ❑ **Infekce portu** - projeví se vysokými teplotami septického charakteru, laboratorními známkami infekce, pozitivní hemokulturou při odběru z portu. Léčba je celková antibiotiky a současně aplikace tzv. antibiotického zámku. Při neúspěchu antibiotické léčby je nutné port vyjmout.
- ❑ **Paraportální aplikace** – bývá způsobena špatným zavedením jehly do portu nebo dislokací jehly v průběhu aplikace. Projevuje se bolestí a otokem v místě portu, erytémem nad portem a průběhu kanyly.
- ❑ **Periportální infekce** – souvisí s paraportální aplikací. Infikování okolí portu se projeví zvýšenou teplotou, zarudnutím a bolestivostí nad místem uložení portu i laboratorními známkami infekce (leukocytóza, zvýšené CRP). Léčba : celkové podání antibiotik, event. incize a vyčištění v okolí portu s možností drenáže (Inadinový drén). Nedojde-li k úpravě je nutné port vyjmout.
- ❑ **Trombóza žíly** – projevuje se otokem a bolestivostí příslušné končetiny. Může se vyskytnout u dehydratovaných pacientů, u nemocných se zpomaleným průtokem v centrálním žilním systému. Léčba je dlouhodobá antikoagulační.

- ❑ **Obtížné napíchnutí portu** – důvodem bývá nevhodně zvolená velikost komůrky vzhledem k hmotnosti pacienta, migrace komůrky v podkožní kapse, nezkušenost personálu. Důsledkem špatného napíchnutí bývá nemožnost aspirovat krev nebo při případné aplikaci léčiva známky paraportální aplikace (bolestivost, otok)..
- ❑ **Dekubitus** – vznik kožního defektu s obnažením části portu. Důvodem bývá zevní tlak na komůrku, značný pokles hmotnosti pacienta, současná radioterapie, která sama o sobě snižuje schopnost hojení. Nutná je dokonalá dezinfekce, vyčištění místa, jeho sutura. Nedojde –li k zacelení rány je nutné port vyjmout.
- ❑ **Neprůchodnost katétru** – souvisí buďto s dislokací katétru nebo s uzávěrem katétru fibrinovými nebo trombotickými hmotami. Projeví se nemožností aspirovat krev nebo nemožností aplikovat léky. Provádí se nejprve vždy kontrolní Rtg a podle výsledku buďto repozice katétru nebo je možné se pokusit uzávěr uvolnit trombolýzou event. podáním jiných látek podle charakteru okluze.
- ❑ **Rozpojení systému** – oddělení katétru od samotné komůrky. Projeví se nemožností aspirace krve. Při aplikaci do portu bolestivostí s otokem v místě jeho uložení. Další projevy mohou souviset s embolizací uvolněného katétru do srdce. Rozpojení je vždy patrné na provedeném Rtg snímku. V tomto případě je nutné katétr vyjmout katetrizačně a port chirurgicky.

Zásady ošetřování intravenózních portů

Udržení co nejdelší životnosti portu je závislé na dodržování správných zásad a postupů při jeho ošetřování, především na dodržování zásad asepse a výběru správného materiálu. Je důležité, aby o port pečovala všeobecná sestra, porodní asistentka sestra, která je ve svém přístupu zodpovědná a má zkušenosti.

a) Napíchnutí portu

1. Před manipulací si umýt a vydezinfikovat ruce.

2. Připravit sterilní stůl (rouška, sterilní čtverce s nastřížením, Huberova jehla, sterilní rukavice) + dezinfekce, náplast na přelepení, stříkačka s heparinovou zátkou (0,2 - 1,0 ml do 10 ml FR – dle zvyklosti pracoviště).
3. Při každé manipulaci s portem (napíchnutí, vyndání jehly, převaz) pracujeme v ústence a sterilních rukavicích.
4. Místo nad portem řádně opakovaně odezinfikovat a dezinfekci nechat zaschnout.
5. Ve sterilních rukavicích vyhmatat port, fixovat ho mezi prsty a provést jeho napíchnutí kolmo k membráně. Po vpichu již jehlou netočit.
6. K napíchnutí komůrky se užívá výhradně speciální Huberova jehla, která při zavedení nepoškodí silikonovou membránu.
7. Typ jehly vybíráme podle doby aplikace (jak dlouho bude jehla zavedena) – jehla s křídélkem nebo bez, podle polohy portu (jak hluboko je port v podkoží uložen) – délka jehly a podle typu a rychlosti podávané terapie (tloušťka jehly)
8. Po napíchnutí portu aspirovat krev (ujištění se o správném napíchnutí a funkci portu)
9. Proplach portu fyziologickým roztokem (20 ml) a napojení infúze event. uzavření heparinovou zátkou. Proplach provedeme vždy po ukončení aplikace a mezi podáním léčiv.
10. K aplikaci používat stříkačky 10–20 ml (stříkačkou s menším objemem vyvíjíme větší tlak).
11. Sterilně podložit jehlu sterilním nastříženým čtverečkem a dobře ze všech čtyř stran fixovat náplastí.
12. Aplikace léčiv do portu musí být kontinuální (zajištěna infúzní pumpou), tak aby nedošlo k jeho ucpání

b) Odběr krve z portu

Krevní odběry z portu nelze provádět v případě, že jeho hlavní využití je podávání parenterální výživy u nemocných s předpokládaným imunitním deficitem, protože se tím značně zvyšuje riziko infekce i při dodržení aseptických zásad. (Přítomnost jiného septického ložiska v těle vede k infekci v portu).

V ostatních případech

1. Při nutnosti odebírat krev z portu nejprve odtáhneme u dospělého pacienta cca 10 ml krve (nepoužíváme k vyšetření), odebereme požadované množství krve a port důkladně propláchneme nejméně 20 ml FR.
2. Krev odebíráme v opačném pořadí než provádíme odběr ze žíly (z důvodů předchozích proplachů heparinovou zátkou) tj. biochemie, FW, krevní obraz koagulace

c) Odstranění jehly z portu

1. Při vytahování jehly přitlačit port k hrudní stěně, jehlu vytahovat ve směru kolmém k portu
2. POZOR : Jehlu vytahovat za současné aplikace heparinové zátky do portu. Po vytažení jehly tak nevznikne podtlak a nenasaje se krev do konce katétru.
3. Po vytažení jehly provedeme dezinfekci místa vpichu, jemnou kompresi a překrytí sterilním krytím
4. Výměny jehel se provádí zpravidla po 5 dnech, pacientům s imunodeficitem a s podáváním parenterální výživy po 2-3 dnech
5. Při dočasném nepoužívání je nutné port v pravidelných intervalech propláchnout (zkusit nasát krev, provést proplach 20 ml FR a následně uzavřít podle výše uvedených pravidel heparinovou zátkou
6. Intervaly ve kterých se proplach provádí se pohybují v rozmezí 3 – maximálně 8 týdnů.

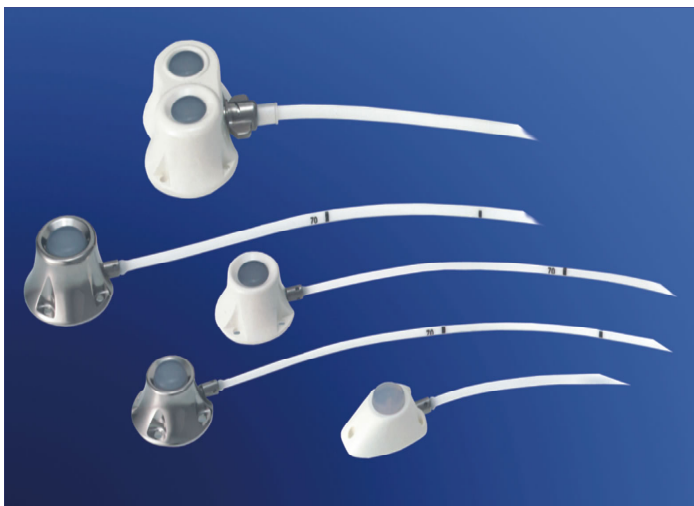
Provedení antibiotické zátky – základní principy

Účelem aplikace antibiotické zátky je dekontaminace vnitřního povrchu katétru. Touto technikou lze v některých případech zachránit infikovaný port.

1. Přerušení aplikace léků a výživy do portu
2. Příprava antibiotické zátky je závislá na konzultaci s mikrobiologickým střediskem
(na základě určení infekčního agens a jeho citlivosti)
3. Aplikace 5 ml z připraveného roztoku do portu v intervalech závislých na povaze antibiotika
4. Při následující aplikaci předchozí dávku ATB ze systému neodsáváme, aplikujeme další dávku
5. Terapie trvá zpravidla 1- 2 týdny
6. Současně se podávají celkově ATB dle citlivosti po dobu 1 týdne
7. Z důvodů prevence uzavření portu trombem aplikujeme nízkomolekulární heparin subcutánně v terapeutické dávce.
8. Naředěný roztok uchováváme 24 hodin není-li výrobcem určeno jinak

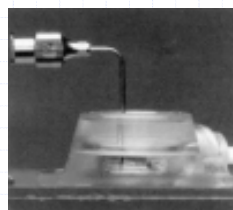
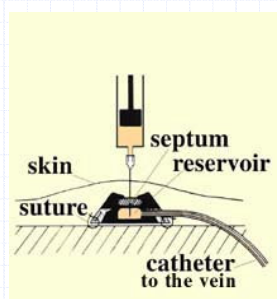
Kontakt na pracoviště dospělé části, která vám s ošetřováním portů pomohou:

1. Radioterapeutické oddělení – II. Lůžková stanice – tel. 4707, 4730
2. Metabolická jednotka – tel. 4006, 4036



Obr.č. 1 Typy portů – jednokomorové, dvoukomorové,
plastové, titanové

Schéma implantabilního portu



Obr.č. 2 Schéma portu – základna, tělo, silikonová
membrána s napíchnutou jehlou



Obr.č. 3 Typy jehel pro dlouhodobé i krátkodobé
Zavedení



Obr.č. 4 Řádná fixace napíchnutého portu k inf. terapii

Zdroj : ošetřovatelský standart FN v Motole

Příloha 5 Nutriční screening

CENTRUM VÝŽIVY FTN_{sP}

Základní nutriční screening

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Jméno	Příjmení	Titul	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška	BMI = (kg : m ²)	
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v takovém případě nevyplňujeme body B, C, D)				
A věk	do 65 let	0		
	nad 65 let	1		
	nad 75 let	2		
B BMI	20–35	0		
	18–20, nad 35	1		
	pod 18	2		
C Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0		
	více než 3 kg/3 měsíce			
	nebo volné šatstvo	1		
	více než 6 kg/3 měsíce	2		
D Jídlo za poslední 3 týdny				
	beze změn v množství	0		
	poloviční porce	1		
	jí občas nebo nejl	2		
E Projevy nemoci	žádné	0		
	bolesti břicha, nechutenství	1		
	zvracení, průjem nad 6/den	2		
F Faktor stresu	žádný	0		
	střední	1		
	vyšoký	2		
(Střední faktor stresu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon; Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO)				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0–3	0	bez nutnosti zvláštní intervence		
4–7	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta		
8–11	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba		
Vypočtené skóre:				
Podpis zpracovatele:				

Zdroj (13)