

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ASTMA BRONCHIALE

Bakalářská práce

Kateřina Sluková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3. 2008

.....
Kateřina Sluková

Souhlas s použitím práce

Souhlasím s použitím , aby má bakalářská práce byla používána ve Středisku vědeckých informací, Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Abstrakt

SLUKOVÁ Kateřina: Ošetrovatelský proces u pacienta s astma bronchiale (bakalářská práce), Vysoká škola zdravotnická o. p.s. v Praze

Stupeň odborné vzdělanosti: Bakalář v oboru Všeobecná sestra

Školitel: Mgr. Zuzana Pohlová, Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 2008

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s astma bronchiale“. Teoretická část se skládá ze dvou částí. Nejprve se zabývám definicí onemocnění, dále etiologií, příznaky a léčbou. V druhé části charakterizují ošetrovatelskou péči při hospitalizaci. Praktická část se týká ošetrovatelského procesu u pacienta, o kterého jsme jsem pečovala pět dnů. Nejdříve jsem sesbírala anamnestická data dle Gordonové, lékařskou anamnézu a vyšetření, které pacientka podstoupila. Dále jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, stanovila cíle a intervence. Nakonec jsem zhodnotila ošetrovatelskou péči. V praktické části je také obsažena edukace pacientky. Tématem byly zásady manipulace a užívání s inhalátorem Seretide Diskus 50/250.

Cílem bakalářské práce byla aplikace ošetrovatelského procesu do praxe. Astma bronchiale je častým onemocněním. V dnešní době je farmakologie na vysoké úrovni. Četnost hospitalizace se snížila.

Klíčová slova: astma bronchiale, ošetrovatelský proces, anamnéza, ošetrovatelské diagnózy, zhodnocení ošetrovatelské péče, edukace

Abstract

SLUKOVA Kateřina: Nurse process of patient with asthma bronchiale (bachelor work), Vysoká škola zdravotnická o. p. s. in Prague

Level of expertness: Bachelor in field of universal sister

Trainer: Mgr. Zuzana Pohlová, Vysoká škola zdravotnická o. p. s., in Prague., 2008

The subject of my bachelor work is „Nurse process of patient with asthma bronchiale". Theoretic part composes of two parts. First I discuss, than etiology, symptoms, treatment. In second part I characterize nursing related hospital care. Practical part is about the nursing care for the patient, about whose I cared for five days. First I collected anamnestic data, according to Gordon, medical anamnesis and investigations, that patient went through. Further more I determined nurse diagnosis, targets and interventions. In the end I reviewed nurse care. In practical part(s) is also included edukation of the patient. The subject was the principle(s) of manipulation and usage of the inspirator Seretide Diskus 50/250. Aim of bachelor work was to describe the application of the nursing process to the practice. Asthma bronchiale is frequent disease. Nowadays is pharmacology at high - level. Occurrence of hospitalization has reduced.

Key words: asthma bronchiale, nursing process, anamnesis, nurse diagnosis, evaluation of nursing care, edukation

Předmluva

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s astma bronchiale“. Astma je časté civilizační onemocnění. Mnoho přátel kolem mne má toto onemocnění. Toto bylo důvodem výběru tohoto tématu.

Cílem této práce byla aplikace ošetrovatelského procesu do praxe. Je důležité léčbu přesně dodržovat, neboť potom je můžeme mít astma pod kontrolou.

Materiál jsem čerpala z knižních, časopiseckých, internetových a dalších dostupných zdrojů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a zdravotním sestřám z praxe, kteří se mohou setkat s problematikou astmatu.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Zuzaně Pohlové za vedení bakalářské práce a za rady, které mi byly poskytnuty.

OBSAH

Úvod	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Klinická charakteristika astma bronchiale	13
1.1 Definice astma bronchiale	13
1.2 Etiopatogeneze a patofyziologie	13
1.2.1 Fyziologie a patofyziologie dýchání	13
1.2.2 Etiopatogeneze	14
1.3 Rizikové a vyvolávající faktory	15
1.3.1 Rizikové faktory prostředí	15
1.3.2 Faktory vyvolávající exacerbaci	16
1.4 Diagnostika	16
1.4.1 Anamnéza	16
1.4.2 Fyzikální vyšetření	16
1.4.3 Funkční vyšetření plic	17
1.4.4 Zobrazovací metody	18
1.4.5 Alergologické vyšetření	19
1.4.6 ORL vyšetření	19
1.4.7 Laboratorní vyšetření	19
1.5 Klasifikace astmatu	20
1.6 Akutní exacerbace astmatu, astmatický záchvat	22
1.7 Komplikace astmatu	23
1.8 Terapie	23
1.8.1 Farmakoterapie	23
1.8.2 Inhalační systémy	24
1.8.3 Nefarmakologická léčba	25
1.9 Prognóza	28
2. Specifická ošetrovatelská péče u nemocného s astma bronchiale	29
2.1 Ošetrovatelská péče v oblasti spánku	29
2.2 Ošetrovatelská péče v oblasti hygieny	29

2. 3 Ošetrovatelská péče v oblasti vyprazdňování	30
2. 4 Ošetrovatelská péče v oblasti výživy	30
2. 5 Inhalace	30
2. 6 Dýchací gymnastika	30
2. 7 Ošetrovatelská péče o tracheální inkubaci	31
2. 8 Ošetrovatelské problémy	32
3. Edukace	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST	36
4. Posouzení stavu pacienta	36
4. 1 Lékařská anamnéza	36
4.1.1 Lékařské diagnózy	36
4.1.2 Důvod přijetí:	36
4.1.3 Status praesens:	37
4.2 Vyšetření	37
4.2.1 Zobrazovací metody	37
4.2.2 Elektrokardiologické metody	38
4.2.3 Funkční vyšetření plic	38
4.2.4 Laboratorní vyšetření	38
4.3 Farmakoterapie	39
4.3.1 Infúze	39
4.3.2 Inhalace	40
4.3.3 Tablety	40
4.4 Fyzikální vyšetření sestrou dle Kozierové	40
4.5 Ošetrovatelská anamnéza dle Gordonové	42
4.6 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky	45
4.7 Ošetrovatelský proces	45
5. Edukace pacienta	52
5.1 Edukační anamnéza	52
5.2 Stanovení edukační diagnózy	52

5.3 Edukační plán	53
5.4 Edukační záznam realizace	53
5.5 Kontrolní otázky pro sestru	54
5.6 Postup při edukaci pacienta	55
5.7 Kontrolní otázky pro pacienta	55
5.8 Zhodnocení edukace	56
5.9 Zhodnocení ošetrovatelské péče	56
6. Prognóza pacientky E. Ch.	57
Závěr	58
Zdroje literatury	59
Seznam příloh	61

Seznam tabulek

Tabulka 1: Spirometrie	38
Tabulka 2: Krevní obraz	38
Tabulka 3: Biochemické vyšetření	39
Tabulka 4: Astrup	39
Tabulka 5: Infúze	39
Tabulka 6: Inhalace	40
Tabulka 7:Tablety	40

Seznam zkratk

ABR	–	acidobazická rovnováha
AIA	–	astma vyvolané aspirinem
ALP	–	alkalická fosfatáza
ALT	–	Alaninaminotranferáza
AMBUvak	–	dýchací vak, pomůcka k umělému dýchání při resuscitac
AST	–	Aspartátaminotransferáza
BAI	–	dechem aktivované aerosolové dávkovače
BD	–	nedostatek bází
BE	–	přebytek bází
BHR	–	bronchiální hyperaktivita
BMI	–	index tělesné hmotnosti
DPI	–	inhalátory pro práškovou formu léku
ECP	–	eozinofilní kationický protein
FEV ₁	–	usilovný vydechnutý objem za jednu sekundu
FR	–	fyzilogický roztok
FVC	–	usilovná vitální kapacita plic
IRV	–	inspirační kapacita
MEF	–	maximální výdechový průtok
MDI	–	aerosolové dávkovače
OAL	–	obtížně léčitelné astma
OAS	–	Orálně alergický syndrom
ORL	–	otorinolaryngologie
PEV	–	vrcholový výdechový průtok
pCO ₂	–	parciální tlak oxidu uhličitého
SpO ₂	–	parciální tlak kyslíku

Úvod

Téma bakalářské práce je „Ošetrovatelský proces u pacienta s astma bronchiale“. Toto téma jsem si vybrala, neboť mnoho osob okolo mne má toto onemocnění. Je obecně známi, že astma je časté onemocnění. Nejnovější statistiky uvádějí, že na světě je asi 300 miliónů astmatiků. Výskyt astmatu je trochu vyšší u dětí. Z mnohých částí světa je hlášen výskyt dětského astmatu až u každého sedmého dítěte. V České republice je počet astmatiků odhadován asi na 500 000. Je ovšem velmi pravděpodobné, že dalších asi 250 000 lidí trpí nějakou formou astmatu, aniž by o své nemoci věděli. To jsou hlavně lidé, kteří mají mírnější příznaky, které je již přijali za součást svého života a ani pro ně nevyhledávají lékaře. Takovými příznaky mohou být různé typy dlouhodobého kašle, dechové potíže po tělesné zátěži, noční kašel či opakované stavy zahlenění nebo časté projevy infekcí dýchacích cest. Cílem mé práce bylo aplikovat ošetrovatelský proces do praxe u pacienta s astmatem.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické části. V praktické části popisuji onemocnění. Zabývám se zde etiologií onemocnění, rizikovými faktory a diagnostikou. Dále charakterizuji, jak se projevuje samotné onemocnění a léčbu. Léčba je velmi důležitá. Hlavním úkolem farmakologické léčby je mít astma pod kontrolou, předejít tak astmatickým záchvatům. Důležitá je prevence. To znamená, že pacient by si měl vhodně upravit domácí prostředí a v maximální možné míře eliminovat alergeny. V teoretické části se dále zabývám specifickou ošetrovatelskou péčí při hospitalizaci. Péče zahrnuje stabilizaci zdravotního stavu nemocné a následnou léčbu. V dnešní době není hospitalizace častá. Většina pacientů je v kompenzovaném stavu. Léky jsou na vyšší úrovni než dříve. Samozřejmě kompenzace závisí na dodržování léčby. Hlavní důraz jsem kladla na praktickou část, pracovala jsem u pacientky metodou ošetrovatelského procesu, pečovala jsem o ni po dobu pěti dnů v rámci její hospitalizace na pneumologické klinice. Ošetrovatelskou péčí jsem se snažila uspokojit veškeré potřeby nemocné. V rámci edukace jsem poskytla informace nutné pro samotnou léčbu a užití nového inhalátoru Seretide Diskus.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Klinická charakteristika astma bronchiale

1.1 Definice astma bronchiale

Astma bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest. Je charakteristické bronchiální obstrukcí (neprůchodností). Zánět je spojen s průduškovou hyperaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno.

1.2 Etiopatogenze a patofyziologie

1.2.1 Fyziologie a patofyziologie dýchání

Dýchání je proces výměny plynů mezi alveolami a atmosférickým vzduchem. Probíhají zde dva děje. Inspirium (nádech) je aktivní děj. Podílí se na něm bránice, mezižeberní svaly (mm. intercostales externi) a pomocné dýchací svaly - prsní svaly, a některé svaly krku a zad. Dalším dějem expirium (výdech). Expirium je pasivní děj, na kterém závisí pružnost plic, hrudní stěny a hmotnosti hrudníku. U ventilace dochází k převodu plynů z alveol do krve (difúze). Tento děj se děje v prokrvených alveolech na alveokapilární membráně. Je závislý na rozdílu tlaku kyslíku v alveolech a krvi plicních kapilár. Čím je tento parciální tlak vyšší, tím více kyslíku se váže na hemoglobin. Perfuze plicní tkáně je zajištěna bronchiálními artériemi, které jsou součástí velkého krevního oběhu. Transport dýchací plynů je zajištěn malým krevním oběhem. (4)

Dechový objem (objem vzduchu, který nadechneme a vydechneme během normálního dechu) je 500 ml, vitální kapacita (největší objem vzduchu, který může člověk vydechnout po maximálním nádechu) je 5 l, inspirační rezervní objem je 3,3 l, expirační rezervní objem je 1,2 l. Mezi další dechové objemy patří inspirační kapacita (IRV), funkční reziduální kapacita. Mezi dynamické ukazatele řadíme usilovný výdech vitální kapacity (FVC, norma 3,32 l), jednosekundovou vitální kapacitu (FEV₁, norma je 70-75%), vrcholovou výdechovou rychlost. U astmatu při výdechu dochází k kolapsu některých bronchů, zvýšení reziduálních objemů, plicních objemů. Dechová frekvence

je zvýšena, nejčastěji 20 – 25 dechů za minutu (norma – 16 dechů za minutu). Dochází zde k snadné únavě dýchací svalů nebo k respiračnímu selhání. Při mírném nebo středně těžkém záchvatu se často vyskytuje mírná hypoxemie (nepoměr ventilace a perfuze) a hypokapnie (zvýšené dechové úsilí, kompenzující hypoxemii). Hyperkapnie je známkou únavy dýchacích svalů a inhibuje dýchací centrum.

1. 2. 2 Etiopatogeneze (5)

Příčinou onemocnění jsou dědičné faktory spolu s negativními vlivy prostředí. Jedním faktorem vzniku je atopie. Atopie je dědičná predispozice k alergické reakci na běžné podněty zprostředkované protilátkami třídy imunoglobulinu E (IgE). Fenotypovým projevem atopie je alergie. Základní podmínkou alergického onemocnění je opakované setkávání s alergenem navozující proces sensibilace a následnému spuštění imunologické reakce. Kromě imunologických procesů se na etiopatogenezi podílí autonomní nervový systém. Neuropeptidy uvolňované ze sensorických nervů vyvolávají vazodilataci, bronchokonstrikci a stimulují sekreci hlenu.

Na vzniku astmatu se podílí především:

a) Zánět dýchacích cest

Zánět se objevuje vždy bez ohledu na atopii, alergii či tíži onemocnění. Na tom to procesu se podílejí *T-lymfocyty*, dále *eozinofily*, které jsou klíčovým faktorem pozdní alergické reakce a jsou zodpovědné za vznik alergického zánětu. Způsobují bronchiální hyperaktivitu, kontrakci hladkých svalů, vazodilataci a podílejí se na poškozování bronchů. *Mastocyty - žírné buňky* jsou hlavními buňkami časně fáze alergické reakce a anafylaxe. *Neutrofilny* mají dominantní roli u astmatiků kuřáků a profesního astmatu. Vyskytují se u pacientů s chronickým těžkým astmatem, během exacerbací způsobené infekcí respiračními viry, a také spolu s eozinofily a dalšími buňkami, způsobující ovšem smrt. *Makrofágy* poškozují epiteu, podílí se na jeho přestavbě.

Bazofily přispívají k pozdní alergické reakci a samy vylučují některé imunoregulační cytokiny – IL-4, IL-13. *Epitelové buňky* jsou při zánětu poškozovány, ale také aktivovány. Tyto buňky za účasti NO – syntézy produkují oxid dusnatý, který způsobuje vazodilataci a produkci hlenu.

b.) Bronchiální hypereaktivita (BHR)

Nestabilita průdušek je výsledkem přehnané bronchokonstrikce, způsobené reakcí na spektrum endogenních a exogenních podnětů. BHR je vlastně sklon k bronchokonstrikci. BHR je geneticky podmíněna. Řídící gen je lokalizován na chromozomu 5q blízko hlavního lokusu zodpovědného za regulaci sérových hladin IgE. Také gen ADAM-33 lokalizovaný na 20. chromozomu má vztah bronchiální hyperreaktivitě a astmatu.

c) Obstrukce dýchacích cest

Existují čtyři způsoby:

Akutní bronchokonstrikce je vyvolána degranulací žírných buněk závislou na IgE, např. inhalací alergenu, tzv. časná astmatická reakce. *Edém průduškové stěny*, který vzniká po 6 – 24 hodin po styku s alergenem. *Tvorba hlenových zátek*, která vzniká v důsledku tvorby hlenu a exudaci plazmatických proteinů s buněčnou drtí. *Přestavba průduškové stěny* je důsledkem dlouhodobého zánětu a způsobí zafixování původně reversibilní obstrukce. Dochází zde k zvýšenému ukládání kolagenu, fibronektinu, tenascinu ,a tak vzniká hyperplazie na pohárkovitých buňkách a slizničních žlázek a hypertrofie hladkého svalu.

1.3 Rizikové a vyvolávající faktory

1.3.1 Rizikové faktory prostředí (5)

- a) *alergeny obytných budov*- domácí prach, roztoči, domácí zvířata, švábi, plísně
- b) *alergeny vnějšího prostředí*-pyly, traviny, plevele
- c) *profesní senzibilizující látky*
- d) *kouření*
- e) *znečištění vnějšího ovzduší*
- f) *znečištění bytového a domovního prostředí*
- g) *infekce dýchacích cest*
- h) *potravin* - v ranném věku se podílí bílkovina kravského mléka
- i) *léky* – aspirin, nesteroidní antiflogistika

1.3.2 Faktory vyvolávající exacerbaci (5)

- a) *alergeny*
- b) *vzdušné polutanty* – snížení prodeň vzduchu , SO₂
- c) *respirační infekce*
- d) *hyperventilace* – při tělesné námaze, silných emocích
- e) *změny počasí* – období teplotní inverze, před bouřkou
- f) *potraviny* – alergeny, potraviny obsahující histamin, látky, které jej uvolňují (sója, sýry, ryby), SO₂ vznikající ve víně, sušeném ovoci, zelenině
- g) *léky a drogy* - aspirin, nesteroidní antiflogistika, heroin, kokain
- h) *stavy a onemocnění zhoršující astma* – chronická onemocnění dýchacích cest (chronická sinusitis, nosní polypy), gastroezofageální reflex, období před menstruací nebo během ní

1. 4 Diagnostika

1. 4. 1 Anamnéza

Je důležité udělat rodinnou anamnézu, jelikož projevy alergie či astmatu jsou dědičné. Někdy se objevují ob generaci, někdy se objeví dříve u potomků než u rodičů. Pacienta se také ptáme , zda už mu byla diagnostikováno astma , na stavy nachlazení „přecházející na průdušky“, užívání léků proti astmatu, na ekzémy, alergickou konduktivitu, alergickou rinitidu, sinusitidu, nosní polypy, projevy potravinové alergie včetně orálně alergického syndromu (OAS).

1. 4. 2 Fyzikální vyšetření

Poslech

Jsou slyšet pískoty, a to na konci výdechu, v celém průběhu výdechu, někdy i při nádechu. Dále se objevuje prodloužený výdech – 4-5 s. Při těžké exacerbaci mohou pískoty chybět, jelikož se tvoří hlenovité zátky.

Pohled a poklep

Na hrudníku pozorujeme při těžké exacerbaci a dlouhodobém trvání nekontrolovaného astmatu známky hyperinflace a hypersonorní poklep. Při velké dušnosti je vidět pohledem zapojení pomocných dýchacích svalů a vtahování mezižebří.

1. 4. 3 Funkční vyšetření plic

Spirometrické vyšetření

Zde se používá metoda křivky průtok/objem. Podstatou vyšetření je manévr usilovného výdechu. Toto vyšetření se může provádět u dětí od 5 let. Vyšetření začíná při klidném dýchání. Pacient si musí zvyknout na náustek a na nosní svorku, která uzavírá nos a nutí tak pacienta dýchat ústy. Potom vyzveme pacienta, aby co nejvíce nadechl. Toto opakujeme třikrát.

Měří se zde:

- *vitální kapacita plic (VC)* – maximální objem vzduchu, který pacient může nemocný vydechnout po maximálním nádechu – norma okolo 5l
- *usilovná vitální kapacita (FVC)*
- *usilovně vydechnutý objem za 1 sekundu (FEV₁)* – míra obstrukce dýchací cest, důležitá hodnota pro studie farmak na obstrukci dýchacích cest
- *Tiffenaův index* – FEV₁/VC% nebo FEV₁/FVC%, důležité jako FEV₁
- *Vrcholový výdechový průtok - PEF* – indikátor obstrukce velkých dýchacích cest, při obstrukci periferních dýchacích cest může být hodnota normální. Kolísání hodnoty v následujících dnech o více jak 20%. Pokud známe hodnoty ranní a večerní, můžeme použít vzorec
- Maximální výdechové průtoky – MEF- provádí se na různých úrovních FVC,

Nejčastěji na průtoky 75, 50, 25% FVC (MEF₇₅, MEF₅₀, MEF₂₅)

Inhalace histamínu, acetylcholinu, metacholinu, někdy tělesná zátěž. Pokles FEV₁ nebo PEF o 20% charakterizuje astma. (5)

Příprava na toto vyšetření není speciální. U nestabilizovaných pacientů se sledují fyziologické funkce a celkový stav.

Bronchodilatační testy

Za pozitivní se považují zvýšené hodnoty FEV₁ oproti výchozí hodnotě alespoň o 12% a zároveň minimálně o 200ml nebo hodnoty PEF alespoň o 15%. Po provedení spirometrie se inhalační cestou podá 400 µg salbutanolu, tj. beta-2-mimetika Rychlým nástupem účinku přes inhalační nástavec. Bronchodilatační odpověď se hodnotí za 30 minut. (1)

Při hodnocení křivky průtok objem se hodnotí nejen ventilační hodnoty, ale i tvar, výdechovou a nádechovou část křivky. Z tvaru křivky lze vyčíst lokalizace obstrukce. Někdy jsou ventilační hodnoty v normě, ale křivka má patologický tvar.

Celotělová pletysmografie

Zde se určují nitrohruční objemy plynu - celková plicní kapacita - TCL, reziduální objem – RV, funkční reziduální kapacita – FRC. Dále se zjišťují odpory dýchacích cest (Raw) a další vyšetření plicní mechaniky. Lze zde definovat obstrukční i restriktivní ventilační poruchu a určit stupeň plicní hyperinflace. Před vyšetřením je třeba být pět minut v místnosti s teplotou 22 - 24 stupňů Celsia. Péče po vyšetření není nutná.

Impulzivní oscilometrie

Toto vyšetření umožňuje zjistit, zda se jedná o centrální či periferní obstrukci. Může se provádět u pacientů od tří let. Před vyšetřením by pacient neměl kouřit. Pro pacienta není toto vyšetření namáhavé. Stačí když bude pomalu dýchat do přístroje, který vyhodnotí stav. Výsledek znázorňuje pneumotachograf. Po vyšetření není nutná péče.

Saturace hemoglobinu v krvi pomocí pulzního oxyometru - SpO₂

1. 4. 4 Zobrazovací metody

Skiagram hrudníku

U astmatu není typický rentgenový nález. Můžeme zde najít ale jiné patologické změny jsou to známky emfyzému, chronické bronchitidy, hypertenze plicnice. Není tu speciální příprava, ani sledování po vyšetření.

CT (výpočetní tomografie)

CT zobrazuje všechny patologické změny na plicích. Pro větší rozlišení struktur se podává kontrastní látka intravenózně. Minimálně šest hodin před vyšetřením se

nesmí. Může se pít vodu a užívat nezbytné léky. Dvě hodiny před vyšetřením se polykají dvě tablety Dithiademu. S sebou nesmí mít žádné kovové předměty. Po vyšetření pacient nesmí řídit motorová vozidla.

MR (magnetická rezonance)

MR zobrazuje mediastinum, plicní cévy, ale ne plicní parenchym. Kontraindikací tohoto vyšetření jsou kovové předměty v těle pacienta. Před vyšetřením je důležité pacienta upozornit na velký hluk a říci mu, aby si sundal řetízky, náramky, náušnice a další kovové předměty. Minimálně šest hodin před vyšetřením se nesmí. Může se pít vodu a užívat nezbytné léky. Pokud pacient před vyšetřením dostal uklidňující látky, neměl by několik hodin řídit motorové vozidlo.

1. 4. 5 Alergologické vyšetření

U tohoto vyšetření se zjišťuje stupeň, intenzita alergie, dále se může identifikovat příčinný alergen. U tohoto vyšetření se aplikuje alergen intradermálně. Alergie se projeví erytémem nebo kožní indurací (zatvrdlina). Po vyšetření může nastat nežádoucí alergická reakce (anafylaktický šok).

1. 4. 6 ORL vyšetření

Zde se může zjistit další rizikové a spouštěcí faktory, komorbidity (nosní polypy, rinosinitida, nosní adenoidní vegetace u malých dětí). V rámci ošetrovatelské péče je nutné v rámci přípravy na toto vyšetření vysvětlit jeho průběh.

1. 4. 7 Laboratorní vyšetření

V případě laboratorních metod se standardním způsobem provede odběr venózní krve, vlastní analýza je zaměřena na:

- **vyšetření eozonofilů (ECP) v séru – norma 15 µg/l**
- **zvýšená hodnota IgE (protilátky)**

Do umělohmotných sterilních zkumavek se odebírá sputum pro následující vyšetření. V rámci přípravy vyšetření je nutné poučit nemocného o způsobu odběru sputa, aby nepředcházel žádný perorální příjem nebo hygienická péče dutiny ústní a chybnou manipulací nemocného se zkumavkou nedošlo ke kontaminaci.

- **bakteriologické a cytologické vyšetření sputa** - inhalace hypertonického roztoku - 3% NaCl

- **Astrup**

Astrup je to vyšetření acidobazické rovnováhy, přítomnosti krevních plynů a pH krve. Odběr se provádí z kapilární nebo arteriální krve. Tepenná krev se odebírá z jednorázových stříkaček s heparinem, kapilární do heparizovaných kapilár. Krev, která vyteče hned po vpichu se musí otřít a poté se odebírá do kapiláry zcela bez vzduchových bublin. Po naplnění do kapiláry se vloží nerezový drátek a kapilára se na obou koncích uzavře plastovými uzávěry. Potom se ke kapiláře přiloží magnet a jeho pohyby po kapiláře promíchá krev s heparinem. Do vyšetření se vzorky uchovávají v ledu a v laboratoři pak se musejí co nejdříve zpracovat. U těžkého záchvatu se rozvíjí hyperkapnie, respirační acidóza. Sestra odebírá kapilární krev nejčastěji z bříška prstů, ušního lalůčku a především u dětí z patičky. Je nutné dostatečně prokrvené místo odběru fixovat, aby nedocházelo ke kompresi, která může negativně ovlivnit jednotlivé hodnoty výsledku vyšetření.

1. 5 Klasifikace astmatu

Intermitentní astma

Příznaky jsou krátké, nezávažné, objevují se méně než jednou týdně. Noční potíže se vyskytují maximálně dvakrát měsíčně. V období mimo zhoršení je pacient bez obtíží. Naměřené funkce plic jsou nad 80% příslušné formy a PEF je větší než 20%. Tento typ astmatu se objevuje u ojedinělého kontaktu s alergenem a sezóně pylového astmatu. (6)

Trvalé (perzistující) astma

Potíže se objevují alespoň jednou týdně, noční potíže víc jak dvakrát za měsíc. Exacerbace mohou mít vliv na denní aktivity a spánek. FEV1 je nad 80% a během dne hodnoty kolísají až o 30 %.(6)

Trvalé středně těžké astma

Příznaky se objevují denně, v noci více jak jednou týdně. Je narušena denní aktivita a spánek. FEV1 je mezi 60 – 80%. Variabilita je více jak 30%. Je zde nutná

aplikace denní dávka inhalačního kortikosteroidu a beta-2-mimetik s dlouhodobým účinkem. (6)

Těžké perzistující astma

Příznaky se objevují ve dne nepřetržitě, v noci často. PEF nebo FEV1 je méně než 60%. Variabilita je menší než 30%. Dochází zde ke značnému omezení aktivit. Jsou zde nutné vysoké dávky inhalačního kortikosteroidu a beta – 2 – mimetika s dlouhodobým účinkem. (6)

Další dělení astmatu

Noční astma

Noční astma je projevem nedostatečné kompenzace astmatu. Noční dušnost je považována za zhoršení stavu.

Sezónní astma

Toto astma se souvisí s výskytem určitých alergenů (př. pyly, spory plísně). Je doprovázeno sezónní alergickou rýmou. Sezónní astma může být intermitentní nebo může být známkou zhoršování perzistujícího astmatu.

Obtížně léčitelné astma (OAL) (5)

OAL dělíme na další podskupiny, a to *astma plně nekontrolovatelné*, které je charakteristické chronickými příznaky, které mohou být i v noci a projevují se častými exacerbacemi. Někdy jsou nutné rychlé zásahy lékařské pomoci. Mezi další podskupiny patří *astma s špatnou funkcí plic*, kde se vyskytuje trvalá obstrukce a těžká průdušková hyperaktivita a dále *těžké astma*. Těžké astma se dělí dále na *fatální astma*, *téměř smrtelné astma*, *kortikodependentní*, *koortikotrezistentní astma*, *premenstruační astma*, *aspirinem vyvolané astma*. Téměř smrtelné astma patří k tzv. „nepředvídatelnému astmatu“.

Dělí se na: Typ I – velká denní variabilita funkce plic, často špatná spolupráce pacienta, alergie na potravinové alergeny, Typ II – náhlý, dramatický nepředvídatelný pokles funkce plic, často je nutná hospitalizace na JIP s mechanickou plicní ventilací. *Kortikodependentní astma* je léčeno systémovými kortikosteroidy, většinou per os. *Kortikotrezistentní astma* je vzácné. Může být familiárního původu. *Premenstruační astma* - se vyskytuje se pár dní před nebo v průběhu menstruace, a to u 30 - 40%

astmatiček. Je to způsobeno kolísáním hladin pohlavních hormonů, přechodná necitlivost receptorů na kortokosteroidy, někdy i perorální hormonální antikoncepce. U *aspirinem vyvolané astma (AIA, aspirin induced astma)* klinický průběh je typický. Astma se vyskytuje mezi 30. a 40 rokem věku, častěji u žen. Pacient má celoroční rýmu, nosní polypy s neprůchodností nosu. Po požití aspirinu se během 1 – 3 hodin dostaví dušnost spojená s rýmou, zarudnutím očních spojivek, někdy zarudnutím kůže hlavy a krku. Může jít o lehkou reakci, ale i o život ohrožující stav, s těžkou dušností, šokovým stavem, bezvědomím a zástavou dechu. V krvi je výrazná eozonofilie.

Astma vyvolané námahou (EIA, exercise induced asthma)

U tohoto astmatu vzniká nadměrná průdušková reaktivita vyvolána námahou. Není zvláštní formou astmatu, ale signálem, že onemocnění není kompenzované. K obtížím může dojít po 6 až 10 minutách fyzické zátěže nebo do 10 až 15 minut po ukončení zátěže nebo dokonce až po několika hodinách. Dochází zde zúžení průdušek, vysušení a ochlazení dolních dýchacích cest při hlubokém a zrychleném dýchání v průběhu tělesné zátěže.

Profesní astma

Toto astma vzniká při opakovaném kontaktu alergen na pracovišti. Pacient by měl poté v práci tohoto alergenu vyhýbat a nebo změnit úplně pracovní prostředí.

Astma u seniorů

Problémem zde je snížená percepce astmatických potíží, a proto je někdy podceněno.

1. 6 Akutní exacerbace astmatu, astmatický záchvat

Klinický obraz akutního astmatického záchvatu

Pacient je neklidný, pociťuje úzkost, stěžuje si na intenzivní dušnost. Dušnost je objektivně zřejmá. Pacient nemůže mluvit v souvislých větách. Obvykle sedí (ortopnoe), trup a horní končetiny fixovány. Viditelné zapojeno pomocné dýchací svalstvo. Je patrné zatahování mezižebří jugulárních jamek. Vyskytují se známky hyperinflace – hypersonorní poklep, oslabené srdeční ozvy. Frekvence dýchání je zvýšena, je prodloužené expirium, při auskultaci jsou slyšet pískoty a vrzoty, charakter zůstává obvykle po celou dobu vyšetření stejný. Objevuje se tachykardie – nad

120 /min, možný pulsus paradoxus, vykašlávání sputa, zpravidla nápadně vazkého, a to znamená obvykle zlepšení nebo konec záchvatu. (5)

1. 7 Komplikace astmatu

Nejzávažnější komplikací je *úmrtí*. V dnešní době je to velice vzácné. Léčba je na vysoké úrovni. Dále sem patří akutní respirační *insuficience*, která se vyskytuje OAL u téměř smrtelného astmatu nebo při nevhodné léčbě akutní exacerbace. *Akutní cor pulmonale* vzniká při progredující nebo nevhodné exacerbaci astmatu. *Chronická respirační insuficience*, která je velice vzácná. *Chronické cor pulmonale, plicní hypertenze* jsou také vzácné komplikace. *Spontánní pneumotorax* vzniká při těžkém astmatickém záchvatu nebo při intenzivním kašli. Dalším problémem je *emfyzém plic*. Existuje také *adrenokortikální insuficience*. Vzniká u pacientů dlouhodobě léčených systémovými kortikosteroidy. *Atrofické změny kůže, osteoporóza* vznikají u dlouhodobé terapie – systémovými kortikosteroidy. Mezi další komplikace řadíme *psychické a psychologické problémy*. Vyskytují se u astmatu, které není pod kontrolou. Lidé mají deprese, pociťují úzkost. Je zhoršena kvalita života. *Sociální komplikace* souvisejí s psychickými komplikacemi. Je zde také problém s výběrem zaměstnání. (5)

1. 8 Terapie (13)

1. 8. 1 Farmakoterapie

a) *antiastmatika okamžitá*

- *rychle účinná bronchodilatancia*: inhalační beta-2-mimetika – fenetrol (Bedotec), salbutamol (Ventolin), terbutalin (Bricanyl),
- *systémové kortikosteroidy*: metap-prednisolon (Solu-Medrol), per os působí za třicet minut, i.v.za několik minut, pokračovat po akutním stavu v léčbě pět až deset dnů,
- *bronchodilatancia- anticholinenergetika* – ipratropium bromid (Atrovent), oxytropium bromid, totropium bromid, *kombinovaná anticholinenergetia a beta-2-kinetika* – Berodual, Combivent,

- *teofyliny*: aminofylin (Syntophyllin), per os, i.v., u těžkých forem,
- *mukolitika*: Mucosolvan, Mucobene, ACC, Broncholylin,
- *kontinuální infuze*: např. Ringem a hydrokortizon nebo Solu-Medrol.

b) antiastmatika preventivní

Užívají se denně, dlouhodobě, i v období bez záchvatů. Jejich cílem je působit protizánětlivě a bronchodilatačně.

- *kortikosteroidy inhalační*: beclometazon (Beclomet), budesonid (Pulmicort), flunisonid, flutikazon, nemají nežádoucí účinky systémových kortikosteroidů,
- *kortikoidy systémové*: hydrokortizon (Hydrokortizon), Prednison, Triamcinolon (per os, u těžkého astmatu),
- *kromony*: kromoglykát sodný (Intal)nedokromil sodný (Tolare), inhalační podání,
- *teofyliny*: Euphyllin SR, Aminophyllin, Spophyllin, per os,
- *bronchodilatancia*: beta-2-mimetika
 1. inhalační – formoterol (Foradil, Oxis), salmeterol (Serevent),
 2. perorální – klenbuterol (Spiroment), procaterol (Lontermin), salbutamol (Volmax),
- *antileukotrieny*: Zileuton, Accolate: lehké trvalé astma nebo aspirinové astma
- *antihistamika*: jen krátkodobě, u nemocných, kteří trpí současně oční a nosní alergií (ketotifen – Zaditen, terfenadin – Lotanax 60, cetirizin- Zyrtec, loratadine - Claritine),
- *ATB* – při známkách respiračního inaktu s horečkou,
- *Antacida nebo H₂ antagonisté* – při vysokých dávkách kortikosteroidů.

1. 8. 2 Inhalační systémy (5, 11)

Inhalační systémy jsou nejlepším řešením léčby. Výhodou je podání léků přímo do dýchacích cest, dosažení účinných koncentrací léku v místě astmatického zánětu, vyšší nástup účinku než u léků per os, minimální nežádoucí účinky. Nevýhodou je dráždění ke kašli, riziko orofaryngeální kandidózy, dystonie, nižší průnik do periferie bronchiálního stromu při těžké exacerbaci s tvorbou hlenových zátek.

Léky ve formě aerosolů se vyskytují jako *aerosolové dávkovače – MDI (metered dose inhalares)*, *dechem aktivované aerosolové dávkovače – BAI (breath-actuated inhalers)*, *inhalátory pro práškovou formu léku – DPI (dry powder inhalers)*. DPI se dále dělí na *jednodávkové - Aerolizer, Handihaler, Inhalátor M*, *malé mnohodávkové- Dishaler*, *vícedávkové s předem oddělenými dávkami - Diskus*, *vícedávkové rezervoárové – Turbohaler, Easyhaler, Airmax*. Dalším typem inhalačních systémů jsou *nebulizované neboli „vlhké“ aerosoly*.

1. 8. 3 Nefarmakologická léčba

Oxygenoterapie

Při těžké exacerbaci je nutná kyslíková terapie. Kyslík přiváděny do dýchacích cest musí být zvlhčován, aby se sliznice nevysušovala. Používají se **kyslíkové brýle**, které jsou aplikovány při dlouhodobé oxygenoterapii. Nevýhodou je malá účinnost. Dále užívají **kyslíkové masky**, které se podávají u akutních stavů. Jejich účinnost je velice dobrá. Nevýhodou je, že u některých vyvolává neklid. **Ventil – maska** je speciální maska, na kterou je připojena speciální spojka, která reguluje koncentrace kyslíku. Využívá se u pacientu spontánně dýchajících, kteří potřebují více kyslíku nebo při extubaci nebo dekanylaci. **Ayreovo-T** je speciální systém, kterým je aplikován ohřátý a zvlhčený vzduch. Koncentraci kyslíku je možné nastavit. Aplikuje se do blízkosti dýchacích cest pacienta nebo do tracheotomické kanyly přes vrapovanou spojku anebo tracheostomickou masku. Ayreovo-T se používá u pacientu spontánně dýchajících s potřebou pečovat o dýchací cesty. Další indikací je stav po UPV (uměla plicní ventilace).

Podávání kyslíku z kyslíkové láhve

Tento typ aplikace nepoužívá běžně. Využívá se např. u výpadku centrálního rozvodu kyslíku nebo při převozu pacienta. Kyslíková láhev je silnostěnná ocelová nádoba, označená bílým pruhem s černým nápisem O₂. Objem se pohybuje od deseti do třiceti litrů. Je důležité dodržovat pravidla skladování. Kyslíková láhev musí být zajištěna proti pádu, styku s ohněm, nesmí stát na slunci, ventil musí být krytý kloboučkem, musí se skladovat odděleně plné a prázdné láhve.

Redukční ventil se připevňuje na láhev a snižuje tlak přiváděného kyslíku. Dále regulátor má dvě části, a to vysokotlaký manometr (ukazuje tlak kyslíku v láhvi), nízkotlaký manometr (ukazuje průtok kyslíku v l/min).

Příprava na použití: (4)

- Obalit láhve plátěným obalem, zkontrolovat označení láhve, upevnit na vozík
- Umýt ruce (ne nazřené krémem – exploze)
- Otočit uzavírací ventil – zjistit náplň láhve (hlasitý syčící zvuk)
- Odstranit prachové částice ve výstupních částech ventilu
- Připevnit redukční ventil (láhvový ventil redukčního ventilu se připojí na uzavírací ventil) utáhnout francouzským klíčem
- Uzavřít ventil nízkotlakového manometru
- Otevřít uzavírací ventil na lahvi
- Pomocí ventilu průtokoměru regulovat množství kyslíku k pacientovi
- Průtok kyslíku regulovat pomocí uzavíracího ventilu na lahvi.

Použití centrálního rozvodu kyslíku

Na stěně za lůžkem je vyveden panelem se zásuvkou a pomocí tzv. rychlospojky kyslíkového průtokoměru se reguluje přívod kyslíku.

Přenosný kyslíkový přístroj

Používá se u chronického onemocnění srdce a dýchací cest. Ukládá se do přenosného vaku a pomocí popruhu se pověsí na záda. Pacient má přístroj doma.

Součástí zdrojů kyslíku jsou zvlhčovače. Samotné zdroje vydávají suchý plyn, a ten vysušuje sliznice.

Při kyslíkové terapii sestra musí kontinuálně monitorovat a zaznamenávat základní životní funkce – tlak, pulz, EKG změny, SpO₂, zajišťovat odběr krevních plynů a ABR (acidobazická rovnováha), sledovat frekvenci dýchání – bradypnoe, dyspnoe (dušnost expirační), sledovat kašel a vykašlávání, rozeznat dýchací šelesty – expirační stridor, sledovat, zda není přítomen tracheozofaryngální pištěl při dlouhodobé intubaci, z důvodu abnormální komunikaci mezi jícnem a tracheou, kdy

v sekretu jsou obsaženy sliny a zbytky potravy. Do vyloučení tohoto problému nesmí pacient přijímat nic per os a musí být přerušena enterální výživa. K zjištění je třeba provést RTG hrudníku nebo RTG s kontrastní látkou, která je aplikována do jícnu katétrem, CT, endoskopií. Pokud se diagnóza potvrdí, řeší se problém chirurgicky. Také sestra by měla hodnotit sputum.

Talasoterapie (léčba u moře) (2)

Pacienti u moře vdechují vzduch, kterým obsahuje minerální soli, lehké aerosoly, vyšší procento kyslíku. Obnovuje se normální imunitní procesy, normalizuje se činnost dýchací soustavy i celého organismu.. Koupele by měly být při teplotě asi 20 °C, rychlosti větru 3 m/s. Doba koupání je nejprve jednu minutu a po té se doba prodlužuje postupně až na třicet minut. Samozřejmě, že se interval upravuje podle možností pacienta. U pacientu přecitlivělých na chlad nejprve poléváme teplou vodou (1 - 2 dny), potom se provádí rychlé smáčení (3 - 4 dnů), a potom se přechází ke koupelím. Účinná je inhalace minerální vod.

Oroterapie (léčebné pobyty na horách) (2)

Nižší koncentrace kyslíku ve středních a vysokých horských polohách má stimulační účinek na sympatiko-adrenalinový systém. V krvi se zvyšuje hladina hormonů, který zlepšují průchodnost průdušek a brzdí alergické reakce a zánětlivé procesy. Intenzivní sluneční záření má vliv na metabolické a imunitní procesy, zvyšuje se odolnost vůči infekcím. (2)

Speleoterapie (léčba v krasových jeskyních a solných dolech) (2)

Léčba je výhodná u pacientů s projevy meteosenzitivity (závislost stavu na změnách počasí), neboť mikroklima zde je stále stejné. Ve vzduchu se nevyskytuje bakteriální flóra, alergeny. Jsou přítomny aerosoly solí. Dalším typickým znakem je stálý atmosférický vzduch, nízká relativní vlhkost. Jeskyně a solné doly pacienti musí navštěvovat v doprovodu zdravotnického personálu. Doba pobytu je od jedné hodiny do dvanácti hodin. Léčebný cyklus je po dobu 20 - 25 dnů.

1. 9 Prognóza

Toto onemocnění pacient má zpravidla po celý život. Prognóza tohoto onemocnění závisí, zda onemocnění bylo včas diagnostikováno a zda byla indikována správná léčba. Důležité je dodržovat léčebný režim, užívat správně medikaci, vyvarovat se alergenům a jiným rizikovým faktorům. Když pacient toto vše dodržuje, může mít astma plně pod kontrolou.

2. Specifická ošetrovatelská péče u nemocného s astma bronchiale

Pacient je může být přijat JIP (jednotka intenzivní péče), na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení), na standardní interní oddělení. Při vzniku astmatického záchvatu musí sestra pacienta nejprve uklidnit. Pacienta uklidní přítomnost sestry a také dobrá informovanost. Je dobré, když pacient má u sebe signalizační zařízení z důvodu zavolání pomoci. Pacienta dále položíme do Fowlerovy polohy nebo do ortopnoické. Dále sestra musí podávat léky dle ordinace. Provádí inhalace dle ordinace lékaře. Je důležité zajistit dostatek tekutin k lůžku, nejlépe teplý čaj. Sestra musí sledovat fyziologické funkce, působení podávání léků, nežádoucí účinky. V okolí lůžka se musí odstranit alergeny – péřový polštář, květiny, atd. Na oddělení musí být k dispozici odsávačka, oxyometr, nebulizátor, AMBU vak, resuscitační kufr. U lůžka by měla být emitní miska s buničinou, neboť pacienti zvrací z důvodu dráždění dýchacích cest. Důležitá je edukace ohledně prevence záchvatu, používání inhalátoru, o možnostech sportování, o vhodném výběru zaměstnání.

2. 1 Ošetrovatelská péče v oblasti spánku

Sestra by měla zajistit určitý standard pro kvalitní spánek. Lůžko pacienta by mělo být upraveno. V místnosti by nemělo být horko, ale ani chladno. Je dobré zajistit vlhké prostředí. Pacient by měl mít ve své bezprostřední blízkosti signalizační zařízení. Dále by v pokoji pacienta měly být eliminovány rušící faktory. Před spánkem je dobré zmírnit projevy nemoci, např. dušnost. Případně se podávají léky dle ordinace

2. 2 Ošetrovatelská péče v oblasti hygieny

Hygiena se provádí dle aktuálního stavu pacienta. Při potížích sestra vykonává hygienu na lůžku. Je-li pacient částečně soběstačný, tedy brání-li mu ve vykonávání jeho zdravotní stav, sestra provádí hygienu na lůžku nebo doprovází pacienta do koupelny. Celou dobu sleduje jeho celkový stav. Dbá také, aby nebylo otevřené okno a nebyl průvan. Pracuje rychle, šetrně, na nemocného nespíchá. Sestra musí pacienta polohovat, z důvodu rizika dekubitů.

2. 3 Ošetrovatelská péče v oblasti vyprazdňování

Pokud nemocný nemůže si dojít sám na toaletu, sestra musí zajistit pomůcky na vyprazdňování. Dále sleduje, jak má pravidelnou stolicí. Sestra kontroluje příjem a výdej tekutin. Dbá na hygienu v oblasti rekta a genitálu.

2. 4 Ošetrovatelská péče v oblasti výživy

Sestra se řídí pokyny lékaře a zdravotním stavem pacienta. Ve stavu dušnosti je zpravidla přísun tekutin a energie zajištěn parenterální cestou, infuzní roztoky aplikuj dle ordinace lékaře. Po odeznění akutní fáze může doznívat únava a útlum, pacienta do jídla se nemá nutit, pouze zajistit dostatečnou hydrataci.

2. 5 Inhalace

Inhalací se rozumí vdechování léčebných látek. Nástup účinku je do dvou až tří minut. Cílem je: uvolnění svalstva průdušek, uvolnění hlenu, snížení nebo zvýšení sekrece sliznice a desinfekce dýchacích cest. Léky se rozptýlí pomocí stlačeného vzduchu, plynu, páry, nebo ultrazvuku do drobných kapiček a vytvářejí aerosol, který je vdechován.

Inhalační roztok a délku inhalace určuje lékař. Pacient inhaluje dvě až tři hodiny po jídle. Sedí přímo proti inhalátoru, aplikátor má ve výši úst. Na aplikátor se nasadí gumový nástavec, který pacient pevně obemkne ústy, které mu natřeme balzámem nebo krémem. Při ústní inhalaci pacient vdechuje ústy a vydechuje nosem a při inhalaci nosem je to naopak. Dýchá klidně a čtvrtý až pátý dech je hlubší. Po inhalaci pacient nepije, nekouří, hlasitě nemluví po dobu dvaceti až třiceti minut. (9)

2. 6 Dýchací gymnastika

Cílem cvičení je uvolnění sekretu, vykašlávání, a nácvik účelového dýchání, jehož výsledkem je dokonalé provzdušnění plic, odstranění sekretu. Pacient pomalu, klidně dýchá, uvolní se. Po té se zhluboka nadechne, jeli to možné lehce stiskne nosní otvory. Vydechovaný vzduch pacient nezadržuje a nechá jej volně „vypouštět“ přes téměř uzavřená ústa. Pouze malá štěrbinu je otevřena, tváře jsou lehce nafouknuty. Pro dechová cvičení je důležité dodržovat zásady. Nejdříve vyvětráme pokoj. Cvičení lze

provádět vleže, vsedě nebo vestoje, ležící pacient leží na zádech bez polštáře. Odstraníme tísnivý oděv. Obvykle nemocný nadechuje a vydechuje nosem a ústa jdou zavřená. Cvičení opakujeme sedmkrát. Pauzy děláme dle potřeb pacienta, aby se neunavil. Cvičení musí být vhodné pro konkrétního pacienta. Dosáhneme tak zlepšení zdravotního stavu.

2. 7 Ošetrovatelská péče o tracheální inkubaci

Pokud u pacienta přetrvává spasmus, je zvýšené množství sekretu, musí se počítat s intubací. Mezi pomůcky patří: funkční odsávačka odsávacími katetry, laryngoskop, tracheální rourky několika velikostí (u dospělých 7, 5 – 9 mm), Magillovy kleště, zavaděč, slizniční anestezie (např. Xylocain spray), injekční stříkačka 20 ml k insulaci vzduchu do obturační manžety, lepenka, obinadlo, fixační pomůcky, manometr pro kontrolu utěsnění obturační manžety, fonendoskop, pomůcky na obtížnou intubaci (laryngomaska, kombirourka), ambuvak napojený na přívod kyslíku nebo sestavený a zkalibrovaný ventilátor. (4)

Postup při intubaci (4)

1. *Preoxygenace*

Pacient inhaluje 1-3 minuty před inkubací 100% kyslík.

2. *Nitrožilní aplikace ordinovaných léků*

První je třeba podat sedativa, poté relaxancia a 20 ml FR 1/1

3. *Přímá laryngoskopie*

Je potřeba:

- Odstranit zubní protézu
- Upravit nemocného do polohy naznak s podložením hlavy,
- Lékař pokud je pravák, zavede levou rukou laryngoskop do úst pacienta, odtlačí jazyk doleva a zavede hrot Macintoshovy lžice do hlasové štěrbině, tahem nahoru dopředu se v průzoru laryngoskopu.

- Špatné laryngoskopické podmínky lze zlepšit BURB hmatem, kdy sestra na výzvu lékaře vyvine tlak na štítnou chrupavku směrem dozadu, nahoru a doprava
- Seallickův hmat slouží k zbránění regurgitace žaludečního obsahu do hypofaryngu a následně do dýchacích cest – sestra vyvine tlak na prstencovou chrupavku, čímž jícen stlačí mezi chrupavku a páteř tlak je vyvinut po nástupu medikace a k uvolnění dochází až po uvolnění obturační manžety,

4. Zavedení tracheální rourky

Lékař zavádí tracheální rourku, kterou mu sestra podá do ruky ve směru zavedení, na její konec je možné aplikovat slizniční anestezii (např. Xylocain spray). Který usnadní zavedení rourky. Také se může zavádět do rourky zavaděč k u snadnění zavedení.

5. Utěsnění obturační manžety

Po zavedení je nutné naplnit obturační manžetu rourky vzduchem, ke kontrole tlaku se používá manometr.

6. Ověření správné polohy rourky

Správnou polohu lze ověřit jednak pohledem – hrudník se zvedá souměrně, jednak poslechem – dýchací šelesty jsou slyšitelné oboustranně nebo pomocí kapnometrie

7. Fixace rourky

Fixace může být provedena pruhem náplasti, obinadle nebo fixačními pomůckami.

Komplikace tracheální intubace

Mezi komplikace patří: poranění dutiny ústní, hltanu, jícnu, trachey, krvácení s nosní sliznice při nazotracheální intubaci, aspirace žaludečního obsahu.

2. 8 Ošetrovatelské problémy

- neefektivní průchodnost dýchacích cest
- neefektivní dýchání
- sociální izolace

- neefektivní zvládnání zátěže
- únava
- nedostatek informací
- úzkost
- strach
- riziko infekce
- riziko aspirace

3. Edukace

Po propuštění nemocného je důležitá edukace. Především, co se týče prevence. Pacient by měl znát jak se vyvarovat záchvatům. Základním principem prevence je odstranění alergenů z prostředí. Důležitá je úprava domácího prostředí. Zde jsou **roztoči, domácí zvířata a plísně.**(3)

Nejvíce **roztočů** se nalézají v posteli, kde mají nejlepší podmínky pro svůj život. Je dobré péřové peřiny nahradit peřinami z dutého vlákna, které se pere nejméně na šedesát stupňů. Také by se mělo lůžko celé pravidelně prát. Roztoči se vyskytují i v molitanu, silonu, ale i v dutém vláknu. Z něho díky praní roztoči zmizí, ale z peří ne. V pokoji alergika by měly být odstraněny koberce nebo v bytě aspoň omezeny. Dále by měly být odstraněny zbytečné závěsy, přehozy. Pokud se v bytě vyskytují, měly by být často prány. Pravidelně by se měly luxovat sedačky. Dobré jsou vysavače s HPA filtrem, díky kterému se nedostanou zpět roztoči do ovzduší. Nábytek a podlahy se vytírají na vlhko, aby se nevířil prach. V pokoji alergika by neměly být pokojové květiny, neboť v květináči se mohou vyskytovat roztoči.

Co se týče **domácích zvířat**, nositelem alergenů je např. pes, kočka, křeček, andulka morčata. atd. Alergeny se vyskytují ve srsti, hlavně kolem čumáku, ve výměšcích mazových žláz, v moči a ve slinách. Pes bez srsti je tedy nositelem alergenů. Po odstranění domácích zvířat z prostředí přetrvávají alergeny doma i několik měsíců. Dalším možným přenosem alergenu je z oblečení majitelů zvířat. Je tedy možné s nimi se setkat i doma. **Plísně** se vyskytují ve vlhkém prostředí, v málo větraných prostorech. Nalezneme je také v rozvodech zvlhčovačů, klimatizací, v nádržkách. Dobrou radou je náhrada tapet za malbu. Také by pacienti neměli pracovat ve skleníku a sbírat spadlé ovoce. Největším rozašečem **pylu** jsou pyly z větroprašných rostlin, nenápadně kvetoucích stromů (např. lísky, jívy, olše, bříza.), trav, obilí a některých bylin. Jejich pyl může doletět až na vzdálenost několika kilometrů, takže tyto alergeny se mohou vyskytnout ve velkoměstech. Měl by být omezen pobyt v travnatých oblastech. Neměla by se kosit tráva. Není vhodné chodit do seníků. V pylové sezoně by se měly nosit sluneční brýle, chrání tak oči před vířením pylu. Po pobytu venku je dobré si omýt obličej. Častěji si by se měla mýt hlava a sprchovat se. Nemělo by se spát pod otevřeným oknem, jezdit autem s otevřenými okny. Dále může i pyl v medu a bylinných

čajích dělat problém. V bytě alergika by se ***nemělo vůbec kouřit*** a ani když není doma. Dále by se mělo omezit používání sprejů a voňavek v přítomnosti dítěte. Při nepříznivému počasí a v období smogu je doporučeno omezit pobyt venku. Děti je třeba chránit před infekcemi dýchacích cest, proto někdy předškolní děti nechodí do školky. (3)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Posouzení stavu pacienta

Jméno a příjmení: E. Ch.

Datum narození: 1965

Hospitalizace: Klinika pneumologie a hrudní chirurgie

Datum přijetí: 2. 11. 2007.

Ošetrovatelská péče: 2. 11. – 6. 11. 2007

Stav: svobodná

Zaměstnání: recepční

Zdravotní pojišťovna: 111

4.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: matka 70 let astma bronchiale, otec 70 let zdrav, bratr zdrav

Osobní anamnéza: v dětství prodělala běžné nemoci, astma bronchiale od 2003

Sociální anamnéza: vdaná, žije s manželem na ubytovně, pomáhá jako recepční.

Gynekologická anamnéza: 1 fyziologický porod, umělé přerušování těhotenství - 0,
menzes
od 13, pravidelný

Farmakologická anamnéza: Euphyllin a Berodual dle potřeby

Alergická anamnéza: penicilin, i jiné léky, neví přesně

Nynější onemocnění: 42-letá pacientka přivezena rychlou záchranou službou pro
dušnost a celkovou alteraci stavu, posledních čtrnáct dnů zhoršení
dušnosti, kašel chvílemi suchý, bílé sputum.

4.1.1 Lékařské diagnózy

- Astma bronchiale, akutní exacerbace
- Morbidní obezita
- Polyvalentní léková alergie na penicilin a jiné léky (nejsou známy)

4.1.2 Důvod přijetí:

Důvodem přijetí byla akutní exacerbace u astma bronchiale.

4.1.3 Status praesens:

Pacientka při vědomí, orientována, spolupracuje, námahová dušnost, bez cyanózy.

Hlava – bez známek traumatu, na poklep nebolestivá, zornice izokorické, fotoreakce pozitivní, skléry anikterické, spojivky růžové, výstupy n. V. nebolestivé, inervace n. VII. V normě. nos a uši bez sekrece, jazyk plazí předem, fyziologický povleklý.

Krk – souměrný, náplň krčních žil v normě, karotidy tepou symetricky, bez šelestů, Thyarodyea nehmatná, uzliny nezvětšeny

Hrudník: – symetrický, poklep přítlumený – obézní, dýchání sklípkovité s prodlouženým expiriem a pískoty, při bázi obou plic jemné chrupky, tachypnoe, tachykardie, AS pravidelná, dvě ohraničené ozvy bez šelestu, není zvedavý úder hrotu

Břicho: – souměrné, poklep diferenciální bubínkový, játra nezvětšena, slezina nehmatatelná, pohmatově bez bolesti a bez patologické rezistence, peristaltika přiměřená

Končetiny – pulzace nehmatné, snad bez otoků, kůže bez alterace

4.2 Vyšetření

4.2.1 Zobrazovací metody

Rentgenologické vyšetření srdce a plic

Závěr

Hrudník souměrný, hodnotitelný skelet bez patologických změn, stín horního mediastina nerozšířen, stín srdce obvyklé velikosti, tvaru uložení, stíny bráničních oblouku klenuté, ostře ohraničené, ve fyziologickém postavení, kostfrénické úhly volné, ostré. Stíny úhlu nezvětšeny. V obou dolních lalocích snižená transparence US sumací a měkkými tkáněmi. Obě plicní pole bez ložiskových či čerstvých infiltruujících změn.

4.2.2 Elektrokardiologické metody

EKG:

Závěr

Sin rytmus, srdeční akce pravidelná – 95 / min., QRS – normální konfigurace, ST – bez známek akutní ischémie, PQ – 0,2 s – AV blok 1. stupně.

4.2.3 Funkční vyšetření plic

Tabulka 1 Spirometrie

	2. 11. 2007	Referenční hodnoty (5, 13)
VC (vitální kapacita plic)	2,44 l ↓	3,40 l
FVC (usilovná vitální kapacita)	2,26 l/s ↓	3,32 l/s
FEV 1 (usilovná vitální kapacita)	1,24 l/s ↓	2,86 l/s
FEV 1% VC	50,8 % ↓	81,1 %
PEF (vrcholový výdechový průtok)	2,74 l/s ↓	6,70 l/s

4.2.4 Laboratorní vyšetření

Tabulka 2 Krevní obraz

	Výsledek	Referenční hodnoty (17)
Leukocyty	11,2 *10 ⁹ /l ↑	4-10*10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,43 . 10 ¹² /l	4,2-5,4 10 ¹² /l
Hemoglobin	136 g/l	120-160 g/l
Hematokrit	0,395 l/l	0,370-0,460 l/l
Trombocyty	242 10 ⁹ /l ↑	140-440 10 ⁹ /l
Monocyty	0,08	0,03-0,10
Eosofily	0,01	0-0,05
Basofily	0	0-0,01
Lymfocyty	0,4	0,2-0,5

Tabulka 3 Biochemické vyšetření

	Výsledky	Referenční hodnoty (17)		Výsledky	Referenční hodnoty (17)
glykemie	3,65 mol/l	3,9-5,6 mmol/l	kreatinin	63 μmol/l	44 -104 μmol/l
bilirubin	8 μmol/l	2-17 μmol/l	chloridy	107 mmol/l	97-108 mmol/l
AST	0, 23 μkat/l	0, 1-0, 72 μkat/l	natrium	137-146 mmol/l	137-146 mmol/l
ALT	0, 37 μkat/l	0, 1-0,78 μkat/l	kalium	4, 3 mmol/l	3,8-5 mmol/l
ALP	1, 28 μkat/l	0, 66-2, 2 μkat/l	C - reaktivní protein	1 mg/l	<8 mg/l
GMT	0, 32 μkat/l	0,14-0,68 μkat/l	albumin	36 g/l	35-53 g/l
urea	4, 15 μkat/l	2-6,7 mmol/l	amyláza	0, 56 μkat/l	0, 3-1,67 μkat/l

Tabulka 4 Astrup

	Výsledky	Referenční hodnoty		Výsledky	Referenční hodnoty
pH	7,72 ↑	7,36-7,44	BE	0, 5 mmol	0-2 mmol/l
pCO₂	4, 92 kPa	4,85-5,85 kPa	BD	1 mmol/l	0-2 mmol/
pO₂	8, 36 k Pa ↓	9,15-14,5 kPa	Sat O₂:	92,1 % ↓	97 – 98 %

4.3 Farmakoterapie

4.3.1 Infúze

Tabulka 5 Infúze

Infúze	Indikační skupina	Způsob aplikace	ordinace	Den hospitalizace
100 ml FR (fyziologický roztok) +	Krystaloidní roztok	i.v.	6-12-18- 24	2.11. 2007 3.11.2007
+ <i>Syntophyllin 10 ml</i>	antiastmatikum			
+ Hydrokortizon 200 mg	glukokortikoidy			

Infúze	Indikační skupina	Způsob aplikace	ordinace	Den hospitalizace
100 ml FR (fyziologický roztok) +	Krystaloidní roztok	i.v.	6-18	4.11. 2007
+ Hydrokortizon 200 mg	glukokortikoidy			

4.3.2 Inhalace

Tabulka 6 Inhalace

	Indikační skupina	Způsob aplikace	Ordinace	Den hospitalizace
3 ml FR (fyziologický roztok) ±	Krystaloidní roztok	i. v.	6-10-14-18-22-24	2. 11. – 6.11. 2007
± Berodual 0, 5 ml nebo	bronchodilata ncia			
Atrovent 0, 5	parasympato mimetika			

4.3.3 Tablety

Tabulka č. 7 Tablety

	Indikační skupina	Speciální aplikace	Oordinace	Den hospitalizace
Helicid 20	antiulcerózum	Per os	0-1-0	5.11. – 6.11. 2007

4.4 Fyzikální vyšetření sestrou dle Kozierové (7)

Pacientka je při vědomí, je orientována místem, časem, osobou, normostenická, poloha aktivní, chůze přirozená, třes 0, výška 165 cm, váha 120 kg, pulz 110', tělesná teplota 36,8°C, dechová frekvence 20', řeč plynulá

Hlava: lebka normo – a brachycefalická, poklepově nebol., výstupy trigeminu nebol., inervace facialis správná, kůže v normě

Oči: obočí řidší, víčka v normě, oční bulvy ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, sklery bílé, rohovka průhledná (korneální reflex +)

Uši, nos: bez výtoku

Rty: růžové, bez cyanózy, souměrné,

Dásně a sliznice dutiny ústní: vlhká, růžová

Jazyk: růžový, vlhký, plazí ve střední čáře

Tonzily: hladké, nezvětšené

Chrup: v normě

Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid oboustranně nezvětšená, náplň krčních žil nevýšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené

Hrudník: souměrný, astenický, prsy bez hmatné rezistence

Plíce: dýchání čisté bez přízvučných fenoménů, prodloužené expirium, hypersornní poklep, srdeční akce pravidelná

Srdce: srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, nehmatný, poklep ztemnění nepřesahuje vpravo pravý okraj sternu, vlevo k MC čáře 5.mezižebří, akce srdeční pravidelná, 114', ozvy ohraničené, šelesty 0

Břicho: měkké nebolestivé, bez hmatné rezistence, souměrné dechová vlna se šíří k tříslům, jizvy 0, poklep bubínkový, slyšitelná peristaltika, játra nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká, palp.nebol., okraj ostrý, pulzace 0, hepatoj.reflux 0, slezina nenaráží, ledviny bimanuálně. nehmatné, tapotement 0

Končetiny: varixy 0, klouby – dobrá pohyblivost, tvar ušlechtilý, nebolestivé, bez otoků, periferní pulzace hmatné

Uzliny: nehmatné

Páteř: pohyblivá, nebolestivá, zakřivení fyziologické

Reflexy: výbavné

Kůže: prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, jizvy a eflorescence 0, turgor dobrý snížený

Vlasy: v normě

Nehty: v normě

Otoky: 0

4.5 Ošetřovatelská anamnéza dle Gordonové

1. Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj stav jako narušený. Pro udržení zdraví pacient vykonává procházky a snaží se dodržovat zdravou výživu, kvůli obezitě. Obezita pacientce vadí jen částečně. Snaží se dodržovat správný jídelníček, jíst ovoce, zeleninu, celozrnné pečivo. Nemoci za poslední rok byly chřipka, angína. Lékařská doporučení pacientka dodržuje.

2. Výživa

V poslední době nedošlo ke změně váhy. Chuť k jídlu je dobrá. Pacientka má morbidní obezitu BMI – 44 (viz příloha č. 1) Potravu přijímá per os (ústy). Dieta je racionální. Stav chrupu je dobrý. Typický denní příjem jídla je: snídaně (káva, sladké pečivo), oběd, svačina odpolední, večeře. Doma a ani při hospitalizaci nemá pacientka dietní omezení. Pacientka se sama nají. Příjem tekutin za 24 hodin je 1,5 litru, ale k dispozici má dostatek tekutin. Pocit sucha v ústech nemá. Kožní turgor je dobrý. Sliznice jsou růžové. Stav vlasů je dobrý. Stav nehtů je dobrý.

3. Vylučování a výměna plynů

Mikce moče je bez problémů. Změna v poslední době není. Pacientka močí sama a spontánně. Množství moče je v normě. Příměsi v moči žádné. Vyprazdňování stolice pacienta vykonává sama. Stolice je pravidelná. Barva stolice je fyziologická. Obtíže během vyprazdňování nejsou žádné. Frekvence dýchání (20 dechů za minutu) je zrychlená s prodlouženým expiriem. Pacientka zaujímá polohu v sedě s předklonem. Má pocit tíže na hrudi. Po užití léku, které je zvyklá brát při akutní exacerbaci, nepomohly. Pacientka měla při příjmu klidovou dušnost. Zbarvení pokožky je růžové.

4. Aktivita, odpočinek

Pacientka se probouzí často během noci z důvodu zhoršení astmatu. Má problémy s usínáním. Cítí se unavená. Tělesná aktivita doma i při hospitalizaci

je bez problémů. Pohybový režim má volný. Pocit dostatečné síly a energie je. Pacientka necvičí. Úroveň soběstačnosti – pacientka vykonává běžné denní potřeby (mytí, vykoupání, oblékání, pohyb). Ve svém volném čase pacientka čte, sleduje televizi, chodí na procházky. Provedena měřicí technika dle Nortonové = 34 bodů, což odpovídá, že pacientka není ohrožena dekubity (viz příloha č. 1)

5. Vnímaní poznávání

Pacientka udrží pozornost. Pacientka je plně orientovaná. Vědomí má jasné. Sluch je dobrý. Pacientka udává, že má mírně zhoršený zrak na dálku, ale brýle nepoužívá. Paměť je neporušená. Pacientka je schopna edukace. Řeč je plynulá. Kontakt pacientka udržuje otevřený. Mluvenému slovu rozumí.

6. Vnímaní sebe sama

Pacientka je optimista, plně si důvěřuje. Strach, hněv, zlost, smutek a úzkost pacientka nepociťuje. Pacientka uvádí, že nebývá „nervózní“. Je optimista. Spokojenost se svým vzhledem není – morbidní obezita, pacientka se snaží dodržovat zásady správné výživy, jíst ovoce, zeleninu, celozrnné pečivo.

7. Vztahy

Reakce rodiny na onemocnění je dobrá – zájem. Pacientka bydlí s manželem a dvěma dětmi v rodinném domku. Rodinné problémy se nevyskytují. Pacientka je zaměstnaná – recepční. Kontakty s lidmi jsou časté. Pacientka je přátelská, a je spokojena se zaměstnáním.

8. Sexualita

Pacientka má menstruaci pravidelnou. Začátek byl ve třinácti letech. Je nebolestivá. Počet těhotenství a porodů je jeden. Antikoncepci pacientka neužívá. Pacientka nemá jinak žádné problémy. Soužití s manželem je v harmonii.

9. Zvládání zátěže - odolnost proti stresu

Reakce na cizí prostředí je dobrá, pacientka se hned přizpůsobila režimu při hospitalizaci. Napětí pacientka prožívá zřídka. Vyvolává ho nemoc, někdy zaměstnání. Napětí snižuje relaxací (čtení, procházky) a snáší ho lehce. Stresové situace pacientka řeší sama nebo s rodinou. V posledních dvou letech nejsou důležité změny.

10. Životní princip

V životě je pro ni důležité zdraví, především od doby, kdy se poprvé objevilo astma. Důležitou úlohu pro ni je rodina. Velice pacientce na ni záleží. Zaměstnání je pro pacientku také důležité. Je to pro ni existenční jistota. Mezi její záliby patří čtení, procházky. Pacientka je ateista.

11. Bezpečnost, ochrana

Je zde riziko infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katétru. Poškození ústní sliznice není. Pacientka nemá porušenou kožní integritu, poškozený chrup. Riziko pádu a sebepoškození není. Pacientka je alergická na penicilin. Tělesná teplota je normální – 36,8 °C.

12. Komfort

Pacientka je bez bolesti, nezvrací, nemá nauzeu. Pocit osamění pacientka nepocítuje.

13. Růst/vývoj

Chronické zdravotní problémy pacientka má – astma bronchiale. Úpadek ve zpracování informací, pokles sociálních dovedností, deficit sebepěče není.

4.6 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky

1. 00032 Neefektivní dýchání u důvodu onemocnění, projevující se klidovou dušností (stupeň číslo 4 dle WHO), prodlouženým expiriem, saturací kyslíku 92% , vykašláváním hlenovitého sputa, verbalizací.
2. 00052 Porušený spánek z důvodu základního onemocnění, projevující se častým probouzením během noci, únavou během dne, verbalizací.
3. 00001 Nadměrná výživa z důvodu sedavého způsobu života, špatné životosprávy, projevující se BMI = 44 = morbidní obezita.
4. 00004 Riziko infekce z důvodu zavedeného PŽK (periferní žilní katétr).
5. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin – 1, 5 litru za 24 hodin.
6. 000126 Deficit ve vědomostech – zásady používání inhalátoru Seredite Diskus, z důvodu dřívějšího používání jiného typu inhalátoru, projevující se verbalizací o neznalosti používání inhalátoru Seredite Diskus .

4.7 Ošetrovatelský proces

Období ošetrovatelské péče: 2.11. – 6.11. 2007

1. 00032 Neefektivní dýchání z důvodu astma bronchiale, projevující se klidovou dušností (stupeň číslo 4 dle WHO), prodlouženým expiriem, saturací O₂ 92 %, vykašláváním hlenovitého sputa, verbalizací.

Cíl krátkodobý: Pacientka má saturaci kyslíku nad 95 % do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má efektivní dýchání do čtyř dnů.

Výsledná kritéria: Pacientka nejeví známky klidové dušnosti do 24 hodin.

Pacientka má normální frekvenci dýchání do 3 dnů.

Pacientka nevykašlává hlenovité sputum do 2 dnů.

Pacientka neverbalizuje obtíže s ventilací do 4 dnů.

Intervence

1. Polož pacientku do Fowlerovy polohy do 15 minut. (primární sestra)

2. Podávej léky dle ordinace lékaře ihned. (primární sestra)
3. Zajisti přísun kyslíku ihned. (primární sestra)
4. Podávej inhalace dle ordinace lékaře 6krát denně do půl hodiny.
5. Edukuj pacientku o dechovém cvičení 12 hodin. (primární sestra)
6. Vykonávej s pacientkou dechová cvičení dvakrát denně do 12 hodin.
7. Sleduj fyziologické funkce a saturaci O₂ třikrát denně ihned.
8. Sleduj laboratorní výsledky průběžně.
9. Kontroluj, zda pacientka vykašlává hlenovité sputum dle možnosti při každém kontaktu
10. Dbej na hygienu dýchacích cest do 5 minut. (primární sestra)
11. Edukuj pacientku o zásadách hygieny dýchacích cest do 12 hodin. (primární sestra)
12. Zajisti dostatek příjmu tekutin do hodiny. (primární sestra)

Realizace

Pacientku jsem uložila zvýšené do polohy (Fowlerova poloha). Po té jsem pacientce zajistila přísun kyslíku a začala jsem podávat léky, inhalace dle ordinace lékaře. Edukovala jsem pacientku o dechovém cvičení a vykonávala s ní dvakrát denně. Sledovala jsem základní fyziologické funkce a saturaci kyslíku třikrát denně. Kontrolovala jsem, zda pacientka vykašlávala hlenovité sputum. Kontrolovala jsem také laboratorní výsledky. Zajistila jsem dostatek tekutin k dispozici.

Hodnocení:

5.11. 2007

Efekt byl úplný. Pacientka má efektivní dýchání. Má pravidelnou dechovou frekvenci – 18 za minutu, nemá prodloužené expirium, nevykašlává hlenovité sputum. Pacientka se vyjadřuje o svém stavu pozitivně, dobře se jí dýchá.

2. 00052 Porušený spánek z důvodu základního onemocnění a změnou prostředí, projevující se častým probouzením během noci, únavou během dne, verbalizací.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná metody k zlepšení komfortu ke spánku a usínání do 48 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický spánek do 4 dnů.

Výsledná kritéria: Pacientka neverbalizuje únavu do 3 dnů.

Pacientka neverbalizuje problémy s probouzením do 4 dnů.

Pacientka verbalizuje metody , jak zkvalitnit spánek do 24 hodin.

Pacientka spí denně osm hodin bez probuzení do 2 dnů.

Pacientka užívá metody ke zkvalitnění spánku do 48 hodin.

Intervence

1. Edukuj pacientku, aby 2 hodiny před spánkem omezila příjem tekutin a nestravovala se do 24 hodin. (primární sestra)
2. Uprav lůžko před usínáním denně
3. Vyvětrej pokoj před usínáním denně.
4. Eliminuj rušivé faktory před i během spánku denně.
5. Edukuj pacientkou o okamžitém použití signalizačního zařízení v případě obtíží do půl hodiny. (primární sestra)
6. Podávej medikaci dle potřeby a dle ordinace lékaře.
7. Aktivizuj pacienta během dne dle jeho možností, např. ruční práce, zapoj rodinu do této činnosti do 48 hodin.
8. Zjistí, zda pacient pije kofeinové nápoje a pokud ano, zjistí frekvenci užívání do 24 hodin. (primární sestra)
9. Zapoj rodinu do této činnosti do 48 hodin.
10. Doporuč omezení kofeinových nápojů před usnutím do 24 hodin. (primární sestra)

Realizace

Edukovala jsem pacientku o omezení příjmu potravy a tekutin před spánkem. Vytvořila jsem komfort pro spánek – vyvětrala jsem pokoj, upravila lužko, upozornila pacientku, že v její blízkosti je signalizační zařízení. Během dne jsem aktivizovala pacientku. Spolupracovala jsem s rodinou a doporučila jsem, aby pacientce zajistila nějaké ruční práce. Dále jsem se informovala o příjmu kofeinových nápojů a vysvětlila jejich nevhodnost před spánkem.

Hodnocení

5.11. 2007

Efekt je úplný. Pacientka uvádí, že spí celou noc, nemá problémy s usínáním, během dne cítí se odpočatá. Metody pro zkvalitnění spánku dodržovala. Manžel pacientky přinesl vyšívání, knihu a křížovky. Pacientka se těmto činnostem věnovala.

3. 00001 Porušená výživa z důvodu sedavého způsobu života, špatné životosprávy, projevující se BMI (index tělesné hmotnosti) 44 = morbidní obezita

Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje znalost rizik a komplikací obezity do 48 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zredukuje svou hmotnost o 1 kilogram za týden.

Výsledná kritéria: Pacientka se stravuje pětkrát denně po malých dávkách do 48 hodin.

Pacientka umí sledovat svou hmotnost 48 hodin.

Pacientka umí vyhodnotit BMI do 24 hodin.

Pacientka zná význam fyzické aktivity při redukci váhy do 48 hodin.

Pacientka zná zásady redukční diety do 48 hodin.

Pacientka zná potraviny s nízkou energetickou hodnotou do 3 dnů.

Intervence

1. Edukuj pacientku o příčinách, rizicích obezity do 48 hodin. (primární sestra)
2. Edukuj pacientku o správné životosprávě 48 hodin. (primární sestra)
3. Doporuč, aby pacientka navštívila nutričního terapeuta po propuštění do 48 hodin. (primární sestra)
4. Zapoj rodinu do problematiky stravování do 48 hodin. (primární sestra)
5. Pacientku važ každé ráno do 24 hodin.
6. Před propuštěním zkontroluj znalosti o obezitě a správné životosprávě. (primární sestra)
7. Nauč pacientku sledovat hmotnost a sestavit jídelníček do 3 dnů. (primární sestra)

Realizace

Pacientku jsem edukovala o rizicích a příčinách obezity. Každé ráno jsem pacientku vážila. Zapojila jsem rodinu do problematiky redukce váhy pacientky, především v oblasti stravování a donášení potravin s vysokou energetickou hodnotou. Edukovala jsem pacientku, jak zhodnotit BMI a o nutnosti kontrolovat váhu po propuštění. Před propuštěním jsem zkontrolovala znalosti o obezitě a správné životosprávě. Doporučila jsem pacientce, aby po propuštění navštívila nutričního specialistu.

Hodnocení:

6.11. 2007

Efekt je úplný. Pacientka verbalizuje znalosti o rizicích a komplikací obezity. Pacientka zredukovala svoji váhu o jeden kilogram za pět dní. Pacientka doporučení na nutriční specialisku odmítla. Verbalizovala, že se pokusí zredukovat svojí váhu sama, že bude jíst zdravě a snažit se více vykonávat fyzickou aktivitu.

4. 00004 Riziko infekce vzniku z důvodu zavedeného PŽK (periferní žilní katétr)

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o PŽK do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky infekce do týdne.

Intervence:

1. Dbej na aseptické zásady při manipulaci s PŽK ihned
2. Pouč k. o příznacích a příčinách infekce do 24 hodin. (primární sestra)
3. Kontroluj místo vpichu nejméně třikrát během dne.
4. Vykonávej převazy PŽK jednou za 3 dny.
5. Edukuj nemocnou o zásadách péče o PŽK do 2 hodin (primární sestra)
6. Dodržuj hygienicko-epidemiologická nařízení ihned

Realizace

Edukovala jsem pacientku o zásadách péče o PŽK a o doložování hygienickoepidemiologických nařízeních. Dále jsem každý den vykonávala převazy PŽK a kontrolovala místo vpichu.

Hodnocení

6. 11. 2007

Efekt je úplný. U pacientky nejsou známky infekce. Pacientka dbala na aseptické zásady. Převazy byly asepticky provedeny.

5. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin – 1, 5 litru za 24 hodin

Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje znalost a význam pitného režimu do 24 Hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický stav tekutin do 5 dnů.

Intervence

1. Edukuj pacientku o pitném režimu do 24 hodin. (primární sestra)
2. Pouč k. o příznacích a následcích dehydratace do 24 hodin. (primární sestra)
3. Kontroluj příjem a výdej tekutin za 24 hodin.
4. Zapoj rodinu, popros je, aby pacientce donesli vhodné tekutiny do 24 hodin. (primární sestra)

5. Edukuj pacientku o vhodnosti příjmu některých tekutin do 24 hodin. (primární sestra)

Realizace

Edukovala jsem pacientku o nutnosti dodržování pitného režimu a o příznacích následcích dehydratace o tekutinách, které jsou vhodné u obézních. Aktivně jsem nabízela pacientce tekutiny. Kontrolovala jsem příjem a výdej tekutin dvakrát denně.

Hodnocení

6.11. 2007

Efekt je úplný. Pacientka verbalizuje význam pitného režimu. Pacientka vypije 2,5 l za 24 hodin.

5. Edukace pacienta

5.1 Edukační anamnéza

Jméno a přímení: E. Ch.

Oddělení: interní – plicní

Lékařská diagnóza: Astma bronchiale, akutní exacerbace

Morbidní obezita

Polyvalentní léková alergie na penicilin a jiné léky (nejsou známy)

Edukační potřeba v oblasti: podpora zdraví

Plánované téma edukace: Zásady manipulace a užívání u inhalátoru Seretide Diskus 50/250

Edukace zaměřena na: jednorázové vzdělávání

Forma edukace: ukázka, verbálně, instrukce

Doporučení: Před propuštěním zkontrolovat znalost zásad manipulování s inhalátorem Seretide Diskus 50/250

Edukován je: pacient E. Ch.

Edukátor: primární sestra Kateřina Sluková

Vztah ke zařízení: hospitalizovaný

Používání pomůcek, závislost na přístroji: respirační terapie, medikace

Existující komunikační bariéra: 0

Motivace k edukaci: ano

Biorytmus: „sova“

Chronické onemocnění. Athma bronchiale

Bolest: 0

Zdroj informací: příbalový leták Seretide Diskus 50/250

5.2 Stanovení edukační diagnózy

000126 Deficit ve vědomostech – zásady používání inhalátoru Seredite Diskus, z důvodu dřívějšího používání jiného typu inhalátoru, projevující se verbalizací o neznalosti používání inhalátoru Seredite Diskus .

Cíl dlouhodobý: Pacientka demonstruje manipulaci s novým inhalátorem a verbalizuje znalost užívání do 24 hodin.

Výsledná kritéria: Pacientka verbalizuje zásady používání a manipulace s inhalátorem Seretide Diskus do 24 hodin
Pacientka demonstruje manipulaci s inhalátorem Seretide Diskus do 24 hodin

5.3 Edukační plán

Didaktické pomůcky: inhalátor Seretide Diskus 50/250, vytištěný text z internetu

Obsah tématu

- Seznámení s různými typy inhalátorů
- Příčiny užívání nového inhalátoru
- Zásady užívání inhalátoru Seretide Diskus
- Manipulace s inhalátorem Seretide Diskus

Organizační forma: individuální

Metodika: slovní, názorně demonstrační, praktické činnosti

Podmínky: Edukace byla prováděna u lůžka na pokoji pacientky v přítomnosti ostatních pacientů. Bylo vytvořeno klidné prostředí.

5.4 Edukační záznam realizace

Datum: 5. 11. 2007

Čas: 11:00-11:15

Edukační potřeba v oblasti: podpora zdraví

Téma edukace: zásady používání s inhalátorem Seretide Diskus 50/250

Forma edukace: verbální, demonstrační

Reakce na edukaci: verbální pochopení, prokázaná dovednost

Doporučení: před propuštěním ověřit vědomosti pacienta

Příjemce: pacient

Edukátor: primární sestra

5.5 Kontrolní otázky pro sestru

1. Do jaké lékové skupiny patří Seretide Diskus 50/250?

Odpověď:

Brochodilatancia, kortikoidy.

2. Kdy se Seretide Diskus používá 50/250?

Odpověď:

Seretide Discus se používá jako prevence dušnosti. Při stavu dušnosti nepomáhá. Užívá se zpravidla dvakrát denně, ráno a večer.

3. Jaké jsou nežádoucí účinky Seretide Diskus 50/250?

Odpověď:

Mezi nežádoucí účinky patří alergická reakce. Dušnost se náhle zhorší po užití přípravku Seretide Diskus. Pacient může sípat a mít kašel. Také se může vyskytnout svědění a otok (obvykle obličeje, rtů, jazyka nebo hrdla), bolest hlavy, moučnivka (nažloutlý bolestivý Mezi povlak) dutiny ústní a hrdla, rovněž bolestivost jazyka, hrdla a chrapot, pocit třesu a zrychlené nebo nepravidelné srdeční akce (palpitace), svalové křeče. Méně časté nežádoucí účinky: kopřivka, tachykardie. Přípravek Seretide může ovlivnit normální produkci hormonu kůry nadledvin. Projeví se zpomalením růstu u dětí a mladistvých, poklesem minerální kostní hustoty, kataraktou a glaukomem), nárůstem váhy, kulatým obličejem (měsíčkovitý obličej), (Cushingův syndrom). Dále se může objevit arytmie, hyperglykémie, stavy úzkosti, poruchy spánku a změny chování jako např. neobvyklé zvýšení aktivity a podrážděnosti (tyto příznaky lze hlavně očekávat u dětí), bolestivé oteklé klouby a bolest svalů.

4. Jakým způsobem se aplikuje Seretide Diskus 50/250?

Odpověď:

Seretide Diskus se otevře tak, že se držíte v jedné ruce za vnější kryt, palec druhé ruky se vloží do jezdec a zatlačí se jezdec co nejdále. Dále se posune páčka co nejdále směrem od sebe, až uslyšíte cvaknutí. Otevře se malý otvor s náustkem. Seretide Diskus se natočí tak, aby náustek směřoval k Vám. Zatlačí se páčka co nejdále směrem od Vás. Potom je slyšet cvaknutí. Toto umístí dávku léku do náustku. Po každém zatlačení páčky se připraví dávka přípravku k vdechnutí.

Nejdříve se vydechněte, jak nejvíce bez námahy to jde. Přiloží se náustek k ústům. Poté se vdechuje ústy. Potom se vyjme diskus z úst, zadrží se dech asi na 10 sekund, nebo na tak dlouho, jak to bez námahy jde. Dále pomalu vydechneme. Později se vypláchne ústa vodou a pak se vyplivne. Seretide Diskus se zavřete tak, že palec se vloží do jezdece a posune se jím co nejvíce směrem k sobě. Pak je slyšet cvaknutí. Páčka se automaticky vrátí do původní polohy a je znovu nastavena k aplikaci další dávky. Seretide Diskus je nyní připraven k opětovnému použití.

5. 6 Postup při edukaci pacienta

Po doporučení lékaře by ordinován na domácí použití Seretide Diskus 50/250. Bylo tedy nutno pacientku edukovat o používání tohoto přípravku.

Nejprve jsem pacientku edukovala, kdy Seretide Diskus 50/250 používat Seretide Diskus 50/250 se užívá dvakrát denně, ráno a večer. Dále jsem vysvětlovala, jak se přípravek používá. Následovala demonstrace a poté praktický nácvik u pacientky. Poskytla jsem veškeré informace ohledně užití a doporučila další zdroje informací prostřednictvím internetu, odborné literatury a další jiné zdroje.

5.7 Kontrolní otázky pro pacienta

1. Kdy se používá Seretide Diskus 50/250?

Odpověď:

Seretide Diskus se používá jako prevence před stavem dušnosti. Aplikuje se dvakrát denně – ráno a večer.

2. Jak se používá Seretide Diskus 50/250?

Odpověď:

Seretide Diskus se otevřete tak, že se držíte v jedné ruce za vnější kryt, palec druhé ruky se vloží do jezdece a zatlačí se jezdec co nejdále. Dále se posune páčka co nejdále směrem od sebe, až uslyšíte cvaknutí. Otevře se malý otvor s náustkem. Seretide Diskus se natočí tak, aby náustek směřoval k Vám. Zatlačí se páčka co nejdále směrem od Vás. Potom je slyšet cvaknutí. Toto umístí dávku léku do náustku. Po každém zatlačení páčky se připraví dávka přípravku k vdechnutí. Nejdříve se vydechněte, jak nejvíce bez námahy to jde. Přiloží se náustek k ústům. Poté se vdechuje ústy. Potom se vyjme diskus z úst, zadrží se dech asi na 10

sekund, nebo na tak dlouho, jak to bez námahy jde. Dále pomalu vydechneme. Později se vypláchne ústa vodou a pak se vyplivne. Seretide Diskus se zavřete tak, že palec se vloží do jezdce a posune se jím co nejvíce směrem k sobě. Pak je slyšet cvaknutí. Páčka se automaticky vrátí do původní polohy a je znovu nastavena k aplikaci další dávky. Diskus je nyní připraven k opětovnému použití.

3. Proč je důležité Seretide Diskus 50/250 pravidelně používat?

Odpověď:

Při pravidelné užívání může být astma pod kontrolou, předejít stavům dušnosti.

5.8 Zhodnocení edukace

Edukace pacientky probíhala bez problémů. Pacientka měla zájem o edukaci a dobře spolupracovala. Její průběh probíhal bez komplikací. Je patrné, že nemocná je na podobnou aplikaci léku zvyklá. Při propuštění verbalizovala znalost obsahu mé edukace.

5.9 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u pacientky byla bezproblémová. Po stabilizaci stavu se cítila klidnější. Udávala, že Její stav se postupně zlepšoval bez komplikací. Pacientka dobře spolupracovala.

6. Prognóza pacientky E. Ch.

Prognózu ovlivní dodržování léčby. Patientce předepsal lékař na domácí použití lék s dlouhodobým účinkem. Pokud pacientka bude dodržovat léčbu, její prognóza bude dobrá.

Závěr

V dnešní době se můžeme se setkat s astmatem velice často. Naštěstí dnes je farmakoterapie na vysoké úrovni, tudíž jsou pacienti méně hospitalizováni. Kvalitní ošetrovatelská péče je důležitá ke stabilizaci akutní exacerbace. Chtěla bych také zdůraznit, že se nesmí zapomínat na edukaci, která se týká úpravy domácího prostředí, způsobu stylu a užívání léků.

V praktické části jsem se zabývala ošetrovatelským procesem u pacientky. Vykonávala jsem u ní ošetrovatelskou péči po dobu pěti dnů. Spolupráce s pacientkou byla dobrá a zdravotní stav se postupně bez obtíží zlepšoval. Ošetrovatelská péče probíhala tudíž bez větších komplikací. Léčba byla účinná. Pacientka byla přijata pro akutní exacerbaci. První den hospitalizace měla námahovou a klidovou dušnost. Druhý den měla jen námahovou dušnost. Tento stav trval tři dny. Potíže postupně ustupovaly. Pátý den byla pacientka propuštěna. Pacientku jsem edukovala, jak používat Seretide Diskus 50/250. Reakce na edukaci byla pozitivní. Při propuštění pacientka zopakovala, jak doma užívat lék. Dále jsem informovala o rizicích a příčinách obezity. Doporučila jsem pacientce návštěvu nutričního specialisty. Doporučení bylo však odmítnuto. Obezita sice není mým hlavním tématem, ale připadalo mi správné o této problematice hovořit.

Na závěr bych chtěla říci, že díky této bakalářské práci jsem si prohloubila odborné znalosti o astmatu. Pochopila jsem způsob života nemocných. Většina pacientů chápe již toto onemocnění jako nedílnou část života, nikoliv jako problém.

Zdroje literatury

Monografie

1. DOEGNES E. M., MOORHOUSE M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. přepracované vydání, Grada., Praha 2001, 565 s.
ISBN 80-247-02
2. ISAJEV J. MOJSJUKOVÁ L.: *Průduškové astma*, Granit, Praha 2005, s. 136-141 ISBN 80-7296-042-3
3. JANIČKOVÁ H.: *Povídání o astmatu I.*, 1. vydání, Triton 2003, s. 36-42
ISBN 80-7254-375-8
4. KAPOUNOVÁ G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1. vydání, Grada, Praha 2007, s. 214, 217-222, 228 ISBN 978-80-247-1830-9
5. KAŠÁK V.: *Farmakoterapie pro praxi, Astma bronchiale*, 1. vydání Maxdorf 2005. 148 s. ISBN 80-7345-062-3
6. KAŠÁK V., POHUNEK P., SEBEROVÁ E.: *Překonej své astma*, 2. rozšířené vydání, Maxdorf 2003, s. 81-82 ISBN 80-85912-96-1
7. KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIVIERIOVÁ R.: *Ošetrovatelstvo I*, 1. slovenské vydání, Osveta, Martin 1995, ISBN 80-217-0528-0
8. MAREČKOVÁ J.: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1. vydání) Grada, Praha 2006, 264s. ISBN 80-247-1399-3
9. MIKŠOVÁ Z., FROŇKOVÁ M., HERNOVÁ R., ZAJÍČKOVÁ M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*, 1. vydání, Grada, Praha 2006 s. 204-215
ISBN 80-247-1442-6
10. Nejedlá M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*, 1. vydání, Grada., Praha 2006, 248 s. ISBN 80-247-1150-8
11. RICHARDS A., EDWARDS S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*, 1. vydání, Grada, Praha 2004, s. 78 ISBN 80-247-0932-5
12. Susa Z.: *Astma bronchiale*, 1. vydání, Triton, Praha 2003, 11 s. ISBN 80-7254-441-1
13. Šafránková A., Nejedlá M.: *Interní ošetrovatelství I*, 1. vydání, Grada, Praha. 2006, s. 65-67 ISBN 80-247-1148-6

14. TRACHTOVÁ E. A KOLEKTIV.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 1. vydání, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2005. s.120-122 ISBN 80-7013-324-4
15. VOKURKA M., HUGO J.: *Praktický slovník medicíny*, 8. rozšířené vydání, Maxdorf, Praha 2007 ISBN 978-80-7345-123-3

Seriálové publikace

16. FEKETE OVÁ E.: *Novinky v inhalační léčbě astmatu a CHOPN*, In: Florence 2006 roč.2, č.5, s. 27 ISSN 1801-464X
17. SUSA Z.: *Komplikace bronchiálního astmatu*, In: Interna, časopis pro interní lékaře 2000, roč. 2, č. 3 ISSN 1212-7051

Internetové zdroje

18. FEKETE OVÁ E.: *Inhalační systémy pro léčbu astmatu* [on line] dostupné na <http://www.cipa.cz/informace-o-astmatu?id=65>, [cit. 2007]
19. POHŮNEK P.: *Průduškové astma - 1. díl* [on line] dostupné na <http://www.cipa.cz/informace-o-astmatu?id=50>, [cit. 2007]

Další zdroje literatury

20. Příbalový leták u inhalátoru Seretide Diskus 50/250: *Návod k použití u inhalátoru Seretide Diskus*, Glaxo Group, 2007

Seznam příloh

Příloha 1: Měřicí techniky

Příloha 2: Dokumentace dle Gordonové u pacientky E. Ch.

Příloha 3: Edukační záznamy

Příloha 4: Inhalátory (18)

Příloha 5: Návod k použití u inhalátoru Seretide Diskus 50/250 (20)

Příloha 1: Měřicí techniky

Klasifikace dušnosti dle WHO

Jméno a příjmení: E.Ch.

Datum: 2. 11. 2007

1. stupeň	dušnost při fyzické námaze
2. stupeň	dušnost při zvýšené fyzické námaze
3. stupeň	dušnost při běžné činnosti
4. stupeň	dušnost v klidu

Datum: 3. 11. 2007

1. stupeň	dušnost při fyzické námaze
2. stupeň	dušnost při zvýšené fyzické námaze
3. stupeň	dušnost při běžné činnosti
4. stupeň	dušnost v klidu

Datum: 4. 11. 2007

1. stupeň	dušnost při fyzické námaze
2. stupeň	dušnost při zvýšené fyzické námaze
3. stupeň	dušnost při běžné činnosti
4. stupeň	dušnost v klidu

Datum: 5. 11. 2007

1. stupeň	dušnost při fyzické námaze
2. stupeň	dušnost při zvýšené fyzické námaze
3. stupeň	dušnost při běžné činnosti
4. stupeň	dušnost v klidu

Index tělesné hmotnosti (BMI)

BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená >27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I. stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

Výška: 165 cm

Váha: 120 kg

BMI = $120/1,65^2 = 44$ (obezita III. stupně)

Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně																	
Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita								
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	úplná	4	není	4	chodí	4		
malá	3	do 30	3	alergie	3		3	horší	3	apatie	3	částečně omezená	3	občas	3	s doprovodem	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2		2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1		1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	leží	1
Dne:34.....(součet bodů)										NEMÍ RIZIKO DEKUBITŮ						



OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

dle M. Gordon

DIAGNOSTICKÉ DOMĚNY

DIAGNOSTICKÉ DOMĚNY

Studijní skupina: S. A. K. S.

Dne: 1. 11. 2007

Příloha 2: Dokumentace dle Gordonové u pacientky E. Ch.

Jméno, příjmení: (iniciály)	E. CH.	Oddělení:	INTERNÍ, PLEČNÍ	
Pohlaví:	<input checked="" type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Pooperační den:	-	
Narozen:	Věk: 40	Den pobytu:	0	
Vztah k zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> ambulantní	Příjem:	<input type="checkbox"/> 1. přijetí <input type="checkbox"/> přeložen <input checked="" type="checkbox"/> opakované přijetí	
Důvod přijetí:	<input type="checkbox"/> dg. vyšetření <input type="checkbox"/> akutní operace <input type="checkbox"/> plánovaná operace <input checked="" type="checkbox"/> chron. onemocnění <input type="checkbox"/>		ŘÍJEN 2006	
Sociální situace:				
Žije sám:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	Stav:	KDAMA	
Zaměstnání dnes:	RECEPČNÍ	Jak chce být osloven:	P. CH.	
Zaměstnání dříve:	VKLÍZEČKA	Kontakt se sociální sestrou:	<input type="checkbox"/> ANO	
Příbuzná nebo osoby které můžeme informovat				
Jméno:	P. CH.	Adresa:	PRAHA	
Vztah k nemocnému:	MANŽEL	Telefon:		
Lékařská diagnóza:	1) ASTMA BRONCHIALE 2) MORBIDNÍ OBEZITA 3) 4)	Důvod přijetí:	AKUTNÍ EXACERBACE U ASTMA	
Alergie:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Riziko:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	
HbsAg:	<input type="checkbox"/> poz <input checked="" type="checkbox"/> neg			
Fyzikální vyšetření sestrou				
Celkový vzhled:	VPRÁVĚNÁ	Výška:	165 cm	
Úprava, hygiena:	BEZ PROBLÉMU	Hmotnost:	stabilní <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Puls:	rychlost: 110 pravidelnost: ANO	zvýšení	0	
Krevní tlak:	při přijetí: 140/90 aktuální: 130/80	snížení	0	
Dýchání:	rychlost: 20 pravidelnost: ANO	Chybějící části těla:	-	
Tělesná teplota:	při přijetí: 36,8 aktuální: 36,9	Chůze:	-	
Kůže:	barva: FYZIOLOGICKÁ léze:	Riziko pádu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	
Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové) vzniká při 25 bodech a méně				
Schopnost spolupráce	Věk	Stav vědomí	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	dobrý	úplná	chodí
malá	3 do 30	horší	částečně omezená	s doprovodem
částečná	2 do 60	špatný	velmi omezená	sedáčka
žádná	1 60+	velmi špatný	žádná	leží
Dne: 1. 11. 07				RIZIKO DEKUBITŮ

Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonové

1. DOMÉNA: Podpora zdraví	
třída – Management zdraví	
můj zdravotní stav:	<input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> část. dobrý <input checked="" type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> špatný
pro udržení zdraví:	<input type="checkbox"/> sportuji <input checked="" type="checkbox"/> procházky <input type="checkbox"/> zahradničím <input type="checkbox"/> jiné
	<input checked="" type="checkbox"/> dodržuji zdrav. výživu <input type="checkbox"/> nic
nemoci za poslední rok:	úrazy: <input checked="" type="checkbox"/>
lékařská doporučení dodržuji:	<input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nedodržuji <input type="checkbox"/> jiné
při objevení současných obtíží jsem:	<input checked="" type="checkbox"/> navštívil lékaře <input type="checkbox"/> užil léky
	<input type="checkbox"/> porad. s jinými zdravotníky <input checked="" type="checkbox"/> jiné ZAVOLAM KYCHLE ZACHRANNE SLUZBY
2. DOMÉNA: Výživa	
třída – Přijímaní potravy	
třída – Hydratace	
stav výživy:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> změna váhy v poslední době
chuť k jídlu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> nechutenství
stav výživy:	<input type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> podvýživa <input type="checkbox"/> mírná nadváha <input checked="" type="checkbox"/> obezita
způsob přijímání stravy	<input checked="" type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie
forma stravy:	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá
porucha polykání:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
stav chrupu:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> proféza <input type="checkbox"/> jiné
potiže:	<input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> pálení žáhy
typický denní příjem jídla:	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina dopol. <input checked="" type="checkbox"/> oběd
	<input checked="" type="checkbox"/> svačina odpol <input checked="" type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> druhá večeře
přidávky:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Jaké:
dietní omezení doma	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Jaké:
dieta:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO číslo... poučen: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
schonost sám se najíst:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> krmen
příjem tekutin za 24 hod	<input type="checkbox"/> < 0,5 l <input type="checkbox"/> 0,5 - 1 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 1,5 <input type="checkbox"/> 1,5 - 2 <input type="checkbox"/> > 2 l
k dispozici dostatek tekutin:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE důvod:
pocit sucha v ústech:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
kožní turgor:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> snížený
stav sliznic:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> oschlé
stav vlasů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> vypadávají <input type="checkbox"/> žádné
stav nehtů:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený

3. DOMÉNA: Vylučování a výměna

třída – Vyprazdňování moči
 třída – Gastrointestinální funkce
 třída – Respirační funkce

mikce moče:	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> problematická	
změna v poslední době:	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE		
vylučování moče:	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> na lůžku	
obtíže:	<input checked="" type="checkbox"/> nemá	<input type="checkbox"/> pálení/řezání	<input type="checkbox"/> bolestivé	
množství moče:	<input checked="" type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> snížené	<input type="checkbox"/> zvýšené	<input type="checkbox"/> retence
způsob vylučování moče:	<input checked="" type="checkbox"/> spontánní	<input type="checkbox"/> urostomie/den	<input type="checkbox"/> moč. katétr / den	
příměsy v moči:	<input type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> NE	Jaké:	
vyprazdňování stolice:	<input checked="" type="checkbox"/> sám	<input type="checkbox"/> s dopomocí	<input type="checkbox"/> na lůžku	<input type="checkbox"/> stomie
stolice	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> zácpa.....x za týden	<input type="checkbox"/> průjemx den	Jaké:
barva	<input checked="" type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> s příměsí		Jaké:
Inkontinence:	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> častější	
užívání preparátů na vyprázdnění:	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	Jak dlouho:
obtíže během vyprazdňování:	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	
frekvence dýchání:	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> snížená	<input checked="" type="checkbox"/> zvýšená	<input type="checkbox"/> bezdeší
aplikace kyslíku:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	forma KYSLÍKO VE BRYLE	
zbarvení pokožky:	<input checked="" type="checkbox"/> růžové	<input type="checkbox"/> akraální cyanóza	<input type="checkbox"/> cyanóza	<input type="checkbox"/> bledé

4. DOMÉNA: Aktivita - odpočinek

třída - Spánek - odpočinek

třída - Aktivita - pohyb

třída - Energetická rovnováha

třída - Kardiovaskulární pulmonální

třída - Sebepéče

kvalita spánku a odpočinku:	<input type="checkbox"/> spánek cel. noc	<input checked="" type="checkbox"/> problémy s usínáním	<input checked="" type="checkbox"/> budí se	<input checked="" type="checkbox"/> spí přes den
	<input checked="" type="checkbox"/> léky na spání	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	
cítí se:	<input type="checkbox"/> odpočatý	<input checked="" type="checkbox"/> nevyspalý	<input type="checkbox"/> jiné	
rušivé faktory:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	Jaké: <i>CAVE MOCNĚNÍ</i>		
domácí tělesná aktivita:	<input checked="" type="checkbox"/> samostatný	<input type="checkbox"/> s kompenzačními pomůckami	<input type="checkbox"/> neschopen	
současný stav tělesné aktivity:	<input checked="" type="checkbox"/> samostatný	<input type="checkbox"/> s kompenzačními pomůckami	<input type="checkbox"/> neschopen	
koordinace:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> narušená	Jak:	
chybějící části těla:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Jaké:		
kompensační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Jaké:		
pohyb režim v nemocnici:	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	Míra: <i>100%</i>		
prevence imobilizačního syndromu:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Jaké:		
pocit dostatečné síly a životní energie:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE			
únova:	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
cvičím:	<input checked="" type="checkbox"/> necvičím	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> pravidelně	Typ cvičení:
	<input type="checkbox"/> srdceční onem.	<input type="checkbox"/> plic. onem.	<input type="checkbox"/> pohyb. aparát	<input type="checkbox"/> jiné
faktory bránící těl. aktivitě:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> dušnost	<input type="checkbox"/> sval. křeče	<input type="checkbox"/> parézy/plegie
	<input type="checkbox"/> srdceční onem.	<input type="checkbox"/> plic. onem.	<input type="checkbox"/> pohyb. aparát	<input type="checkbox"/> jiné
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň:	<input checked="" type="checkbox"/> 0-nezávislý	<input type="checkbox"/> 1-vyžaduje pom. prostředek		
	<input type="checkbox"/> 2-potř. min.pomoc, dohl.	<input type="checkbox"/> 3-potřebuje pomoc, pomůcky		
	<input type="checkbox"/> 4-potřeb.úplný dohled	<input type="checkbox"/> 5-sám nic	<input type="checkbox"/> najíst se	
	<input type="checkbox"/> umýt se	<input type="checkbox"/> vykoupat se	<input type="checkbox"/> obléci se	<input type="checkbox"/> pohybovat se

5. DOMENA: Vnímání - poznávání

třída - Pozornost

třída - Orientace

třída - Čítí - vnímání

třída - Poznávání

třída - Komunikace

pozornost:	<input checked="" type="checkbox"/> úmyslná	<input checked="" type="checkbox"/> neúmyslná	<input type="checkbox"/> stálá	<input type="checkbox"/> roztržitý	<input type="checkbox"/> jiné
orientace:	<input checked="" type="checkbox"/> plně orientován	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> dezorientovaný		
vědomí:	<input checked="" type="checkbox"/> jasné	<input type="checkbox"/> zastřené	<input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> bezvědomí	
sluch:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý	<input type="checkbox"/> zhoršený P - L ucho	<input type="checkbox"/> neslyší P-L ucho	<input type="checkbox"/> neslyšící	
kompensační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	P-L ucho	Jaké:		
zrak:	<input checked="" type="checkbox"/> normál	<input type="checkbox"/> zhoršený P-L oko	<input type="checkbox"/> na blízko	<input type="checkbox"/> na dálku	<input type="checkbox"/> nevidomý
kompensační pomůcky:	<input checked="" type="checkbox"/> NEMÁ	<input type="checkbox"/> MÁ	<input type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> čočky	<input type="checkbox"/> jiné
dezorientovaný:	<input type="checkbox"/> osobou	<input type="checkbox"/> časem	<input type="checkbox"/> místem		
paměť:	<input checked="" type="checkbox"/> neporušená	<input type="checkbox"/> zapomíná	<input type="checkbox"/> část. zapomíná	<input type="checkbox"/> staropaměť	
styl učení:	<input checked="" type="checkbox"/> logické	<input checked="" type="checkbox"/> mechanické	<input checked="" type="checkbox"/> napodobováním	<input type="checkbox"/> jiné	
řeč:	<input checked="" type="checkbox"/> plynulá	<input type="checkbox"/> narušená	<input type="checkbox"/> němý	<input type="checkbox"/> jiné	
udržuje kontakt:	<input checked="" type="checkbox"/> otevřený	<input type="checkbox"/> spíše uzavřený	<input type="checkbox"/> odmítá	<input type="checkbox"/> jiné	
mluvenému slovu	<input checked="" type="checkbox"/> rozumí	<input type="checkbox"/> nerozumí			

6. DOMÉNA: Vnímání - Sebe sama

třída - Sebepečetí
třída - Sebeúcta
třída - Tělesný obraz

jsem: optimista pesimista schopný méně schopný
 neschopný puntičkář jiné

důvěra: plně si důvěřuji důvěřuji si méně nedůvěřuji si

talent: NE ANO **zručnost:** NE ANO

pocity:

strach: NE ANO kdy z čeho, koho

hněv: NE ANO kdy na co, koho

zlost: NE ANO kdy na co, koho

smutek: NE ANO kdy z čeho

úzkost: NE ANO kdy z čeho co jí pomáhá odstranit:

nervózní: nejsem jsem bývám a kdy

co dělám když jsem nervózní:

spokojenost se svým vzhledem: ANO NE částečně proč?.....*BRZDITA*

7. DOMÉNA: Vztahy

třída - Role pečovatele
třída - Rodinné vztahy
třída - Vykonavání rolí

reakce rodiny na onem.: zájem nezáměm ochota pomoci přetíženi pečovatele

bydlím: sám s partnerem s partnerem a dětmi jiné

struktura rodiny: počet členů: 5

rodinné problémy: NE ANO jaké:

způsob jejich řešení:

jste: zaměstnaný nezaměstnaný důchodce student jiné

kontakty s lidmi: časté zřídka jsem samotář jiné

chování k lidem: asertivní pasivní agresivní přátelské jiné

spokojenost se zaměstnáním / se školou: ANO NE částečně

8. DOMÉNA: Sexualita

třída – Sexuální funkce

sexuální obtíže: NE ANO jaké: _____

sexuální vztahy: dobré narušené

menstruace: ANO NE

začátek/letech 20 dnů pravidelná nepravidelná

typ menstruace: bolestivá nebolestivá silná slabá

počet těhotenství:... 1 potratů: 1 / přiroz..... / operace: _____

komplikace v těhotenství: NE ANO jaké _____

antikoncepce: NE ANO jaká _____ problémy: NE ANO

klimaktérium: _____ kdy: _____ problémy: _____

diagnostické poruchy: NE ANO jaké: _____

léčba poruch: _____ operace: NE ANO jaká: _____

9. DOMÉNA: Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

třída – Posttraumatická odezva

třída – Reakce na zvládání zátěže

třída – Neurobehaviorální stres

reakce na cizí prostředí NE ANO jaká: PORUCHA SPÁNKU

napětí prožívám: často zřídka nikdy

co ho vyvolává: rodina škola zaměstnání nemoc jiné

co ho snižuje: relaxace drogy alkohol léky... jiné

napětí snáším: lehce jak kdy těžce

vyrovřádám se: rychle chvíli mi to trvá trvá mi to dlouho jiné

stresové situace zvládám: sám s podporou rodiny jiné

důležitá změny v posledních dvou letech: 1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

10. DOMÉNA: Životní princip

třída – Přesvědčení
třída – Soulad hodnot, přesvědčení a činů

důležitá hodnota občasné potřeba
 nepřemýšlel/a jsem o tom jiné

důležitost víry při pobytu v zařízení:
 ANO NE

jsem:
 katolík evangelík jiné **AIEIŠTA**

osobní zájem:
 návštěva duchovního návštěva nem. kaple jiné
 NE ANO k jakému

zavazuje Vás víra k určitému omezení:
 v jídle v oblékání v příjmu TRA jiné

určete pořadí následujících hodnot
 zdraví.. rodina.. víra.. práce..
 peníze.. záliby.. cestování..
 Jiné:

11. DOMÉNA: Bezpečnost - ochrana

třída – Infekce
třída – Tělesné poškození
třída – Násilí
třída – Rizika prostředí
třída – Obranné procesy
třída – Termoregulace

NE ANO jaké: **ZAKEDENY PERIPERU ZILMI VADETA**
 NE ANO jaké:
 NE ANO důvod:
 ANO NE
 ANO NE
 ANO NE
 NE ANO jaké: **PEMICLIN A SI NE LERY**
 normální: zvýšená: horečka: snižená:

riziko infekce
poškození ústní sliznice
porušená kožní integrita
poškozený chrup
riziko pádu
riziko sebepoškození
alergické reakce
tělesná teplota

12. DOMÉNA: Komfort

třída – Tělesný komfort

třída – Sociální komfort

akutní bolest	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	hodnocení na škále bolesti:
chronická bolest	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	hodnocení na škále bolesti:
aplikace analgetik	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaké:
zvracení	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
nauzea	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	
pocit osamění	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	důvod:

13. DOMÉNA: Růst/Vyvoj

třída – Růst

třída – Vývoj

celkově prospívá	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
chronické zdravotní problémy	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	jaké: <i>ASTHMA BRONCHIALE</i>
úpadek ve zpracování informací	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaký:
pokles sociálních dovedností	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	jaké:
deficit sebepěče	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	v jaké oblasti:

SESTERSKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA

Jméno, příjmení: F-C.H. Pojišťovna: AAA
 Bydliště: PRAHA
 Doba hospitalizace:
 Hlavní diagnóza při přijetí: ASTMA BRONCHIALE, KRUISI EXACERBACE

STAV PŘI PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE:

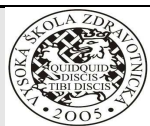
Zná svou diagnózu: ANO NE ČÁSTEČNE
 Soběstačnost: soběstačný částečně soběstačný odkázán plně na pomoc druhé osoby
 Stav kůže: čistá suchá poškozená opruzeniny dekubity jiné
 Úroveň kontaktu: dobrá obtížná nespolutracující
 Hygiena: soběstačný závislý na druhé osobě
 Chůze: samostatná s pomocí hole berle vozík jiné
 Stravování: dieta:
 Vyprazdňování: mikce - problém NE ANO
 Sociální situace: stolice - problém NE ANO
 bez požadavků šetření zahájeno dne: LDN DD

Další doporučení:

NA ÚSTEJIA VŠE PÉČI UHO ALEK 6 DLO 6A PACIENT 29

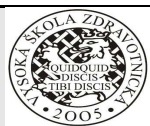
Datum: 6. 11. 2007

Podpis pacienta: E. ott.



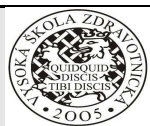
Plán ošetrovateľskej péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
1.	1. 00032 Neefektívny dýchání z dôvodu astma bronchiálne, prejavujúci sa klidovou dušnosťou (stupeň číslo 4 dle WHO), predĺženým expiráciom, saturáciou O ₂ 92 %, vykašľávaním hlienovitého sputa, verbalizácií.	<p>Cíl krátkodobý: Pacientka má saturaci kyslíku nad 95 % do 24 hodin.</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka má efektívny dýchání do čtyř dnů.</p> <p>Výsledná kritéria: Pacientka nejeví známky klidové dušnosti do 24 hodin. Pacientka má normální frekvenci dýchání do 3 dnů. Pacientka nevykašľává hlienové sputum do 2 dnů. Pacientka neverbalizuje obtíže s ventilácií do 4 dnů.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Polož pacientku do Fowlerovy polohy do 15 minut. 2. Podávej léky dle ordinace lékaře ihned. 3. Zajisti přísun kyslíku ihned. 4. Podávej inhalace dle ordinace lékaře 6krát denně do půl hodiny. 5. Edukuj pacientku o dechovém cvičení 12 hodin. 6. Vykonávej s pacientkou dechová cvičení dvakrát denně do 12 hodin. 7. Zajisti dostatek příjmu tekutin do hodiny. 8. Edukuj pacientku o zásadách hygieny dýchacích cest do 12 hodin. 9. Dbej na hygienu dýchacích cest do 5 minut. 10. Sleduj fyziologické funkce a saturaci O₂ třikrát denně ihned. 11. Sleduj laboratorní výsledky průběžně. 12. Kontroluj, zda pacientka vykašľává hlienové = sputum dle možnosti při každém kontaktu. 	<p>Primární sestra 2.11.2007</p> <p>Primární sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>První sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p>	<p>EFEKT: úplný 2.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 2.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 2.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p>



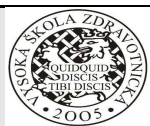
Plán ošetrovatelské péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
2.	00052 Porušený spánek z důvodu základního onemocnění a změnou prostředí, projevující se častým probouzením během noci, únavou během dne, verbalizací.	<p>Cíl krátkodobý: Pacientka zná metody k zlepšení komfortu ke spánku a usínání do 48 hodin.</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický spánek do 4 dnů.</p> <p>Výsledná kritéria: Pacientka neverbalizuje únavu do 3 dnů. Pacientka neverbalizuje problémy s probouzením do 4 dnů. Pacientka verbalizuje metody, jak zkvalitnit spánek do 24 hodin. Pacientka spí denně osm hodin bez probuzení do 2 dnů. Pacientka užívá metody ke zkvalitnění spánku do 48 hodin</p>	<ol style="list-style-type: none"> Edukuj pacientku, aby 2 hodiny před spánkem omezila příjem tekutin a nestravovala do 24 hodin. Uprav lůžko před usínáním denně Vyvětrej pokoj před usínáním denně. Eliminuj rušivé faktory před i během spánku denně. Edukuj pacientkou o okamžitém použití signalizačního zařízení v případě obtíží do půl hodiny. Podávej medikaci dle potřeby a dle ordinace lékaře. Aktivizuj pacienta během dne dle jeho možností, např. ruční práce, zapoj rodinu do této činnosti do 48 hodin. Zjisti, zda pacient pije kofeinové nápoje a pokud ano, zjisti frekvenci užívání do 24 hodin. Zapoj rodinu do této činnosti do 48 hodin. Doporuč omezení kofeinových nápojů před usnutím do 24 hodin. 	<p>Primární sestra, 2.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11. 2007-6.11.2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p>	<p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 3.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p>



Plán ošetrovatelské péče

II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
3.	00001 Porušená výživa z důvodu sedávého způsobu života, špatné životosprávy, projevující se BMI (index tělesné hmotnosti) 44 = morbidní obezita	<p>Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje znalost rizik a komplikací obezity do 48 hodin.</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka zredukuje svou hmotnost o 1 kilogram za týden.</p> <p>Výsledná kritéria: Pacientka se stravuje pětkrát denně po malých dávkách do 48 hodin. Pacientka umí sledovat svou hmotnost 48 hodin. Pacientka umí vyhodnotit BMI do 24 hodin. Pacientka zná význam fyzické aktivity při redukci váhy do 48 hodin. Pacientka zná zásady redukční diety do 48 hodin. Pacientka zná potraviny s nízkou energetickou hodnotou do 3 dnů</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukuj pacientku o příčinách, rizicích obezity do 48 hodin. 2. Edukuj pacientku o správné životosprávě 48 hodin 3. Doporuč, aby pacientka navštívila nutričního terapeuta po propuštění do 48 hodin. 4. Zapoj rodinu do problematiky do 48 hodin. 5. Pacientku važ každé ráno do 24 hodin. 6. Před propuštěním zkontroluj znalosti o obezitě a správné životosprávě. 7. Nauč pacientku sledovat hmotnost a sestavit jídelníček do 3 dnů. 	<p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 6.11. 2007</p> <p>Primární sestra 2.11-4.11. 2007</p>	<p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: neúplný 3.11. 2007 Pacientka odmítá doporučené.</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 6.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 4.11.2007</p>
4.	00004 Riziko infekce vzniku z důvodu zavedeného PŽK (periferní žilní katétr)	<p>Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o PŽK do 2 hodin.</p> <p>Cíl dlouhodobý: U pacientky nejsou známky infekce do týdne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dbej na aseptické zásady při manipulaci s PŽK do 5 minut. 2. Pouč k. o příznacích a příčinách infekce do 24 hodin. 3. Kontroluj místo vpichu nejméně třikrát během dne. 4. Vykonavej převazy PŽK jednou za 3 dny. 	<p>Zdravotní sestra 2.11-4.11. 2007</p> <p>Primární sestra 3.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-4.11. 2007</p> <p>Zdravotní sestra 2.11-4.11. 2007</p>	<p>EFEKT: úplný 4.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 4.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 4.11.2007</p> <p>EFEKT: úplný 4.11.2007</p>



Plán ošetrovatelské péče

	II. f. diagnostika	III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
č.	Ošetrovatelská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace	Hodnocení
5	00028 Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin – 1, 5 litru za 24 hodin.	Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje znalost a význam pitného režimu do 24 hodin Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický stav tekutin do 5 dnů	<ol style="list-style-type: none">1. Edukuj pacientku o pitném režimu do 24 hodin.2. Pouč k. o příznacích a následcích dehydratace do 24 hodin.3. Kontroluj příjem a výdej tekutin za 24 hodin.4. Zapoj rodinu, popros je, aby pacientce donesli vhodné tekutiny do 24 hodin.5. Edukuj pacientku o vhodnosti příjmu některých tekutin	Primární sestra 3.11. 2007 Primární sestra 3.11. 2007 Zdravotní sestra 2.11-6.11. 2007 Primární sestra 3.11. 2007 Primární sestra 3.11. 2007	EFEKT: úplný 6.11.2007 EFEKT: úplný 6.11.2007 EFEKT: úplný 6.11.2007 EFEKT: úplný 6.11.2007 EFEKT: úplný 6.11.2007

Příloha 3: Edukační listy

ZÁZNAM O EDUKACI list č. 1

Dne: 5. 11. 2007

3. AUS

Vypracoval/a: SLUVOVÁ KATEŘINA Studijní skupina:



JMÉNO, PŘÍJMENÍ: (iniciály)	EC14	ODDĚLENÍ:	IMEDIO - RUCIA
LÉKÁRSKÁ DIAGNÓZA:	1) ASTMA BRONCHIALE 2) EXALERBACIO 3) MOBBIDNI PERITIT 4) PLYVAČENÍ ACCIDIE 5) 1. LEVÝ - PRÁVNÍ A LEVÝ (MORAVSKÝ)	EDUKOVANÝ JE:	<input checked="" type="checkbox"/> PA pacient <input type="checkbox"/> RO rodina <input type="checkbox"/> OST ostatní
EDUKACE JE ZAMĚŘENA:	<input type="checkbox"/> vstupní informace <input checked="" type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání <input type="checkbox"/> průběžné vzdělávání <input type="checkbox"/> reedukace <input checked="" type="checkbox"/> informace při propuštění	VZTAH K ZAŘÍZENÍ:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný <input type="checkbox"/> ambulantní <input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce <input type="checkbox"/> jiné:
FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI: <input checked="" type="checkbox"/> UK - ukázka <input type="checkbox"/> LE - letáček <input checked="" type="checkbox"/> VE - verbálně <input type="checkbox"/> VI - video <input type="checkbox"/> TV - televize <input type="checkbox"/> PI - písemně <input checked="" type="checkbox"/> IN - instrukce	POUŽÍVÁNÍ POMŮCEK, ZÁVISLOST NA PŘÍSTROJI:	<input type="checkbox"/> inzulin <input type="checkbox"/> stomie <input checked="" type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> neschopnost řeči
EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. PODPORA ZDRAVÍ <input type="checkbox"/> 2. VÝŽIVA <input type="checkbox"/> 3. VYLUCOVÁNÍ A VÝMĚNA <input type="checkbox"/> 4. AKTIVITA - ODPOČINEK <input type="checkbox"/> 5. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ <input type="checkbox"/> 6. VNÍMÁNÍ - SEBE SAMA	EXISTUJÍCÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY:	<input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> chuť <input type="checkbox"/> hmat <input type="checkbox"/> čich
DNE: 5. 11. 2007	EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis: Sluová	EDUKAČNÍ ANAMNÉZU ODEBRAL/A, podpis: Sluová	ZDROJ INFORMACÍ: <input type="checkbox"/> odborná literatura / <input checked="" type="checkbox"/> TĚŠOVSKÝ LEHKA



TÉMA EDUKACE: ZÁSADY MAMIVLACE A UŽÍVÁNÍ

U INKUBATORU, MAMIVLACE A UŽÍVÁNÍ

TÉMA EDUKACE: ZÁSADY MAMIVLACE A UŽÍVÁNÍ V INKUBATORU, SEBETIDE DISKUS S OAPD

EDUKÁTOR: PRIMAŘNÍ SE STRAŽNÍKEM BUDKA

EDUKANT: DISKUS SO / LSO

PODMÍNKY: 11.00 - 11.20

ČAS: KOVOVITIVNÍ, PSEMPROJEKČE

VÝUKOVÉ CÍLE: kognitivní, afektivní, psychomotorické

ORGANIZAČNÍ FORMA: individuální týmová diferencovaná
 skupinová hromadná

DIDAKTICKÉ POMŮCKY: model textový materiál televize
 zobrazení počítač INKUBATOR

METODY: SLOVNÍ, VYSVĚTLENÍ, DRAMATIZACE

POUŽITÉ METODY: SLOVNÍ, VYSVĚTLENÍ, DRAMATIZACE

a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebnicí, knihou, letákem aj)

b) NÁZORNĚ DEMONSTRACNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, ideu aj)

c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)

OBSAH TÉMATU: SEBETIDE, PRAKTIKOVÁNÍ, MAMIVLACE, UŽÍVÁNÍ, INKUBATOR, ZÁSADY, UŽÍVÁNÍ, MAMIVLACE, UŽÍVÁNÍ, INKUBATOR, DISKUS

MOTIVACE K VÝUCE: ANO NE

OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA: průběžné dílčí závěrečné

rozhovorem testem analýzou modelových úloh

zkoušením srovnáním kladením otázek

prezentací obhajobou individuální výstup

předvedením učení ostat. srovnání s ostatními eduk.

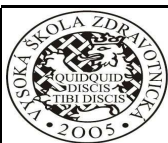
praktické provedení

EFEKT - EVALVACE VÝLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM: ÚPLNĚ ČÁSTEČNĚ ŽADNĚ

SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT ÚPLNĚ ČÁSTEČNĚ ŽADNĚ

DOPORUČENÍ: PŘED PRAKTIKOVÁNÍM ZKOVIDOVAT ZÁSADY MAMIVLACE A UŽÍVÁNÍ V INKUBATORU SEBETIDE DISKUS

EDUKACI PROVEDIJA podpis *Glašová* **DNE:** 5.11.2007



EDUKAČNÍ ZÁZNAM – REALIZACE

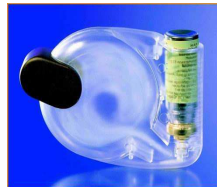
DATUM	EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI: TÉMA EDUKACE: FORMA EDUKACE:	REAKCE NA EDUKACI:	DOPORUČENÍ/ŘEŠENÍ:	PŘÍJEMCE EDUKACE	EDUKÁTOR:
5.11. 2007	1 (Podpora zdraví)	VP (verbální pochopení) DT (dotazy) PD prokázaná dovednost	Před propuštěním zkontrolovat znalost zásad manipulování s inhalátorem Seretide Diskus 50/250	pacient	Primární sestra Kateřina Sluková
	<i>Téma:</i> Zásady manipulace a užívání u inhalátoru Seretide Diskus 50/250				
	Forma edukace: VE (verbálně) UK (ukázka) IN (instrukce)				

Příloha 4: Inhalátory (18)

HandiHaler



Aerosolový dávkovač Jet Inhaler



Inhalátor M



Aerolizer



Syncroner Inhaler



Diskus



Turbuhaler



Easi-Breathe



Airmax



Příloha 5: Návod k použití u inhalátoru Seretide Diskus 50/250 (20)

Použití Vašeho inhalátoru

1. Diskus otevřete tak, že ho držíte v jedné ruce za vnější kryt, palec druhé ruky vložíte do jezdcce a zatlačíte jezdec co nejdále. Zatlačte páčku co nejdále směrem od sebe, až uslyšíte cvaknutí. Otevře se malý otvor s náustkem.
2. Diskus natočte tak, aby náustek směřoval k Vám. Můžete ho držet buď v pravé nebo v levé ruce. Zatlačte páčku co nejdále směrem od sebe. Uslyšíte cvaknutí. Toto umístí dávku Vašeho léku do náustku. Po každém zatlačení páčky se připraví dávka přípravku k vdechnutí. Nemanipulujte s páčkou zbytečně, protože se tím uvolní dávka a vyplývá se bez užitku.
3. Zatím nevkládejte náustek do úst. Vydechněte, jak nejvíce bez námahy dokážete. Nikdy nevydechujte do diskusu.
4. Přiložte náustek k ústům. Začněte zvolna a zhluboka vdechovat přes pomůcku, ne nosem. Vyjměte diskus z úst. Zadržte dech asi na 10 sekund, nebo na tak dlouho, jak to bez námahy vydržíte. Pomalu vydechněte.
5. Později vypláchněte ústa vodou a pak ji vyplivněte. Toto může pomoci předejít vzniku moučnivky a chrapotu.
6. Diskus zavřete tak, že palec vložíte do jezdcce a posunete jím co nejvíce směrem k sobě. Uslyšíte cvaknutí. Páčka se automaticky vrátí do původní polohy a je znovu nastavena k aplikaci další dávky. Diskus je nyní připraven k opětovnému použití.

Čištění inhalátoru:

Při čištění otřete náustek diskusu suchým kapesníkem.