

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.

PRAHA

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉ
S KOMPLIKOVANÝM PRŮBĚHEM APPENDICITIS**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE SOUČKOVÁ

2008

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉ S KOMPLIKOVANÝM PRŮBĚHEM APPENDICITIS

Bakalářská práce

MARIE SOUČKOVÁ

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

Mgr. Zuzana Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 31. 3. 2008

Praha 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2008

.....

Marie Součková

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

SOUČKOVÁ Marie: Ošetrovatelský proces u nemocné s komplikovaným průběhem appendicitis (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

Hlavním tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s komplikovaným průběhem appendicitis. V teoretické práci je zahrnuto toto onemocnění z hlediska medicínského včetně etiologie, patogeneze a léčby a z hlediska ošetrovatelské péče s důrazem na perioperační období. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči u nemocné s onemocněním appendicitis acuta, jehož incidence je značná. V ošetrovatelském procesu se odráží rovněž edukace zaměřená na zdravý životní styl a předcházení komplikacím.

Klíčová slova:

appendicitis acuta

klient / pacient

ošetrovatelský proces

edukační proces

všeobecná sestra

ABSTRACT

SOUČKOVÁ Marie: Nursing process of patient with appendicitis acuta in complicated continuance (bachelor thesis), Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 2008

Academic degree: Bachelor – general nurse

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

Bachelor thesis dissertate about nursing process of patient with appendicitus acuta in complicated continuance. Theory part includes about disease in light of medicine including etiology, pathogenesis and therapy and in light of nursing care in peri-operative holding period. Practical part concentrated to nursing care of patient with appendicitis acuta. Incidence of the disease is considerable. Nursing process contain education about healthful lifestyle and prevention of complication.

Key words:

appendicitis acuta

klient / pacient

nursing process

education process

general nurse

PŘEDMLUVA

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocné s častým onemocněním appendicitis acuta, ojediněle však s komplikovaným průběhem. Proto jsem se v bakalářské práci na tuto problematiku zaměřila, ve snaze přiblížit ošetrovatelskou péči u nemocných metodou ošetrovatelského procesu.

Cílem práce je aplikace ošetrovatelského procesu do praxe.

Výběr vlastního tématu je značně ovlivněn mou letitou zkušeností s pacienty na chirurgickém oddělení, kde pracuji prakticky od absolvování střední zdravotnické školy.

Materiál jsem čerpala z knižních, časopiseckých, internetových a dalších dostupných zdrojů. Práce je určena studentům ošetrovatelství, lékařských i nelékařských oborů a všeobecným sestřím z klinické praxe, které se setkávají s chirurgickou problematikou.

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

OBSAH

ABSTRAKT	5
ABSTRACT	6
PŘEDMLUVA	7
OBSAH	8
SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM PŘÍLOH	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Anatomický úvod.....	11
1.1 Anatomie dutiny břišní	11
1.2 Anatomie caeca a appendixu	12
1.3 Polohy appendixu	14
1.4 Vývojové změny stavby a tvaru caeca a appendixu	14
2. Onemocnění appendicitis acuta	16
2.1 Etiopatogeneze.....	16
2.2 Komplikace appendicitidy	17
2.3 Vyšetřovací metody	18
2.4 Terapie	21
2.5 Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s appendicitis.....	31
2.6 Edukace.....	31
2.7 Prognóza onemocnění.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
1.1 Identifikační údaje nemocného	33
1.2 Výtah z lékařské dokumentace	33
1.3. Vyšetřovací metody	36
1.4 Fyzikální vyšetření nemocné sestrou dle Kozierové	44
1.6. Ošetrovatelské diagnózy řazené dle priorit klientky.....	50
1.7 Edukace pacienta	67
1.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče	75
1.9 Závěr	76
Literatura.....	77

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Krevní obraz.....	36
Tabulka č. 2 Hemokoagulační vyšetření.....	36
Tabulka č. 3 Sedimentace krve	37
Tabulka č. 4 Biochemické vyšetření krve.....	37
Tabulka č. 5 Vyšetření močového sedimentu	37
Tabulka č. 6 Chemické vyšetření moče	38
Tabulka č. 7 Bakteriologické vyšetření	38
Tabulka č. 8 Fyziologické funkce	41
Tabulka č. 9 Bilance tekutin	41
Tabulka č. 10 Terapeutické schéma.....	42
Tabulka č. 11 Kontrolní otázky pro sestru.....	71
Tabulka č. 12 Kontrolní otázky pro pacienta.....	71
Tabulka č. 13 Kontrolní otázky pro sestru.....	74
Tabulka č. 14 Kontrolní otázky pro pacienta.....	74

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Zkrácený mentální bodovací test
- Příloha č. 2 Škála deprese pro geriatrické pacienty
- Příloha č. 3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů
- Příloha č. 4 Hodnocení škály bolesti

ÚVOD

Ve zdravotnickém zařízení pracuji více než třicet let, z toho jedenáct let na chirurgické jednotce intenzivní péče jako staniční sestra.

Medicína a ošetrovatelství jsou vědní obory, které se rychle rozvíjejí, proto je nutné se neustále vzdělávat. Z toho důvodu jsem se rozhodla studovat vysokou školu, abych své vědomosti a zkušenosti mohla předávat studentům a sestřám jako mentorka.

V bakalářské práci se zabývám tématem Ošetrovatelského procesu u nemocné s komplikovaným průběhem appendicitis. Bakalářská práce má pomoci absolventkám, které nemají zkušenosti, pochopit rizika spočívající v nozokomiálních nákazách na pooperačním oddělení. Snažím se zdůraznit důležitost prevence infekčních komplikací u pacientů po operaci. Upozorňuji na problematiku nedostatku informací a schopnosti sebezpečí klienta ohledně hygienických opatření podporujících hojení operační rány, jež mohou zkrátit dobu hospitalizace a snížit léčebné náklady.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Anatomický úvod

1.1 Anatomie dutiny břišní

Dutina břišní je ohraničena vpředu břišní stěnou, tvořenou především břišními svaly a fasciemi, nahoře ji ohraničuje bránice. Zadní stěnu tvoří páteř a s ní související svaly, dále kost křížová s kyčelními kostmi. Dolní hranice je tvořena dnem pánevním, skládajícím se ze svalů a skeletu pánve.

V dutině břišní rozlišujeme ještě dutinu peritoneální (pobřišnicovou), která je kryta peritoneem (pobřišnicí), a retroperitoneum (retroperitoneální prostor).

Peritoneum je lesklá blána, která má dva listy. Nástěnný list vystýlá dutinu břišní na přední vnitřní straně a v dolní a v postranních oblastech přechází v list útrobní (viscerální), pokrývající orgány uložené v dutině břišní, čímž vytváří jejich serózu. Tato kryje u ženy v dolní části dělohu s vejcovody a vaječníky, u muže močový měchýř. Zadní list peritonea pokrývá mezenterium (okružní) tenkého střeva. Kličky tenkého střeva jsou kryty předstěrou (omentem). Peritoneum prokazuje za fyziologických podmínek malé množství tekutiny, která zvlhčuje orgány uložené v dutině peritoneální. Mimo tuto produkční schopnost má za patologických poměrů i schopnost resorpční, může vstřebávat zmnožený obsah peritoneální dutiny a krevní i mízní cestou jej transportovat i do vzdálenějších oblastí těla. Svoji činností, spolu s omentem může za patologických stavů (např. při zánětu) ohraničovat zánětlivé procesy v peritoneální dutině a bránit jejich šíření (obr. 1006).

Hlavním obsahem břišní dutiny je trávicí roura a s ní související orgány. Trávicí roura začíná již v dutině hrudní jícnem, který prochází bránicí a pokračuje žaludkem (ventriculus), po němž následuje dvanáctník (duodenum), který přechází v tenké střevo,

dlouhé 4-8 m. Tenké střevo se v proximálním úseku nazývá jejunum (lačník), v distálním úseku ileum (kyčelník). Na pravé straně břicha, v jámě kyčelní pokračuje trávicí roura slepým střevem (caecum), s přívěskem (appendix). Slepým střevem začíná tlusté střevo (colon). Toto má část vzestupnou (colon ascendens), příčnou (colon transversum) a sestupnou (colon descendens). Tato pokračuje esovitou kličkou (sigmoideum) a přímým úsekem (rectum) ústí navenek řitním otvorem (anus) (obr. 1000).

S trávicí rourou funkčně úzce souvisí a v jejím průběhu jsou uloženy tyto orgány:

- slinivka břišní (pankreas), uložena v oblouku dvanáctníku, do kterého ústí svým vývodem ve stejném místě jako žlučovod (ductus choledochus). Toto vyústění se nazývá Vaterská papila
- játra se žlučníkem (hepar, vesica fellea) jsou uložena pod pravým obloukem žeberním a žluč z nich je odváděna žlučovodem do dvanáctníku
- slezina (lien) je uložena pod levým obloukem žeberním a její funkce přímo s trávicí rourou nesouvisí
- appendix, rudimentální přívěsek slepého střeva je uložen v pravé jámě kyčelní a jeho zanícení (appendicitis) je častým předmětem chirurgické léčby (appendectomie) (obr. 1002, 1003)
- v dutině břišní jsou také uloženy a probíhají důležité cévní kmeny: srdečnice (aorta), dolní dutá žíla (vena cava caudalis) a vrátnicová žíla (vena portae), která sbírá krev především z oblasti tenkého střeva a ústí do jater.

1.2 Anatomie caeca a appendixu

Slepé střevo (caecum) vytváří vak v pravé jámě kyčelní, kaudálně od ileocaekálního vústění. Ileum ústí zleva (z mediální strany). Caecum je 6-8 cm dlouhé, asi 6-7,5 cm široké. Dozadu se opírá o musculus iliacus a o musculus psoas major, od jejich fascií je odděleno nástěnným peritoneem, po němž zpravidla probíhá nervus cutaneus femoralis lateralis. Caecum není svým slepým koncem dozadu přirostlé (ani tam nemá typický peritoneální závěs střeva).

Recessus retrocaecalis je zdola přístupný prostor za caecem, mezi střevem a nástěnným peritoneem.

Caecum je (mimo dolního slepého konce) přirostlé k nástěnnému peritoneu jen malou částí svého dorsálního obvodu. V případě, že není přirostlé, a má zachovanou část mesenteria (mesocaecum), jde o persistenci stavu z vývoje a caecum je pohyblivé, volné – caecum liberum. Tento stav je často spojen s vysokou polohou, kdy caecum leží blízko pod játry.

Valva ileocecalis je vústění ilea do slepého střeva, na slizniční straně upravené jako chlopeň, která má vlastní příčné ploché ústí, ostium ileocaecale, lemované kraniálně a kaudálně vystouplou řasou (latium superius et latium inferius). Spojení labium superius et inferius vpředu a vzadu se označují jako frenula valvae ileocaecalis. Chlopeň dovoluje průtok jen jedním směrem, z ilea do caeca, a brání reflexu (zpětnému toku) obsahu.

Podle pozorování těsně po smrti a na živém (DiDio 1952, 1969) má ileocaekální vústění tvar okrouhlé, do caeca vystouplé papily, se sfinkterovou funkcí. Podle těchto pozorování jsou plochá valva ileoceocaecalis, její labia a frenula, postmortální útvary vzniknuvší ztrátou napětí svaloviny.

Appendix vermiformis – červovitý výběžek – je slepý výběžek caeca, dlouhý 5-10 cm (někdy i více) a tlustý asi jako tužka (obr. 1007 a-d).

Mesoappendix (mesenteriolum appendicis) je peritoneální duplikatura – závěs, na němž je appendix připojen. Přichází k appendixu od kaudální strany mesenteria konce ilea. Tudy jde od ileálního mesenteria arteria appendicularis, zásobující appendix. Ostium appendicis vermiformis, ústí appendixu do caeca, je kruhové, opatřené nekonstantní slizniční řasou.

Část průběhu appendixu se promítá na povrch břicha do místa zvaného Lanzův bod, který leží na linea bispinalis (spojnice spinae iliacae anteriores superiores obou stran), na rozhraní její pravé a střední třetiny.

McBurneyův bod je místo, kam se promítá začátek appendixu nebo (při vzestupném průběhu např. při retrocaekální poloze) část jeho průběhu. Tento bod leží na spojnici spina iliaca anterior superior s pupkem, vzdálen asi 6 cm od spiny. Oba uvedené body slouží pro vyhledávání appendixu.

1.3 Polohy appendixu

Appendix zaujímá vůči caeku individuálně různé polohy (obr. 1007 a-d) označované názvy: *positio pelvina* – appendix leží mediálně od caeca a přes linea terminalis zasahuje do malé pánve (asi 40% případů), *positio retrocaecalis* – appendix zasunutý za caekem míří volným koncem kraniálně (cca 15% až 33% případů), *positio ileocaecalis* – mediálně od caeca, rovnoběžně s dolním koncem ilea (cca 15% případů), *positio laterocaecalis* – appendix zevně od caeca, míří volným koncem vzhůru (cca 2% až 16% případů), *positio subcaecalis* – appendix jde od caeca ventrokaudálně (cca 2% až 12% případů), *positio paraecaecalis* – nejméně častá - appendix je ventrálně od caeca, volným koncem míří kraniálně (cca 5% případů). Při graviditě je appendix postupně vytlačován kraniálně.

Jiná klasifikace dělí možné polohy appendixu na *positio anterior*, kam patří poloha pánevní a ileocaekální a *positio posterior*, kam patří hlavně poloha retrocaekální a subcaekální. Údaje o četnosti zastoupení jsou rozporné.

Ligamentum appendiculoovaricum je nekonstantní pobřišnicová řasa, táhnoucí se od appendixu (při jeho pánevní nebo subcaekální poloze) přes okraj malé pánve k závěsu pravého vaječníku. Připisuje se jí význam při šíření chorobných procesů mezi dvěma orgány, protože řasou jdou spojky mízních cév.

1.4 Vývojové změny stavby a tvaru caeca a appendixu

Fetální tvar caeca je nálevkovitý a caekum plynule přechází ve zužující se appendix, tento tvar je patrný ještě při narození a teprve později dochází ke zřetelnému rozšíření dolního slepého konce caeca a k ohraničení odstupu appendixu.

Ve stáří v appendixu ubývá lymfatické tkáně, celý appendix i jeho žlázy se zmenšují, může obliterovat lumen. Stěna appendixu má úpravu obdobnou jako stěna tlustého střeva.

Sliznice a podslizniční vazivo jsou prostoupeny lymfatickou tkání se zárodečnými centry, takže připomínají tonsilu (proto též označení pro appendix „tonsilla abdominalis“). Sliznice, zvětšená o masy lymfocytů, promínuje do nitra appendixu. V epitelu appendixu jsou četné M-buňky ve spojení s lymfocyty; v Lieberkühnových kryptách appendixu (na rozdíl od ostatních částí tlustého střeva) se vyskytují Panethovy buňky.

V normálním appendixu člověka, kde je lymfatická tkáň zejména ve slizničním a v podslizničním vazivu, lze rozlišit lymfatické folikuly a parafolikulární zóny. Shluky lymfocytů jsou i přímo v epitelu (ve spojení s M-buňkami), kde se některé lymfocyty patrně diferencují v plasmatické buňky. Lymfatická tkáň v lamina propria obsahuje spolu s lymfocyty množství plasmatických buněk, dále acidofilní granulocyty, žírné buňky a mikrofágy, vše ve fibrocelulárním retikulu. Folikuly se zárodečnými centry, uložené v submukóze, obsahují imunoblasty, lymfocyty, mikrofágy, plasmatické buňky a dendritické retikulární buňky, přičemž plasmatické a retikulární buňky převažují v centrálních oblastech folikulů. V parafolikulárních zónách jsou shluky malých lymfocytů, je tam málo plasmatických buněk a charakteristické jsou venuly (postkapiláry) vystlané vysokým endotelem, jímž migrují lymfocyty. Endotelové buňky mají na povrchu povlak imunoglobulinů, jenž patrně spolupůsobí při kontrole recirkulace lymfocytů. Masy lymfatické tkáně představují lokální obranu proti infekci, a appendix je považován za jeden z orgánů, kde část lymfocytů získává svou imunokompetenci. Svalovina appendixu má typický souvislý plášť podélných snopců, odkud se na caecum rozbíhají tři taeniae. Na některém místě appendixu může být svalovina (cirkulární i longitudinální) přerušena, a submukóza se přímo stýká se subserózním vazivem. Seróza povléká celý appendix (s výjimkou proužku, kde je připojen mesoappendix), pod serózním povlakem je areolární subserózní vazivo.

2. Onemocnění appendicitis acuta

2.1 Etiopatogeneze

Akutní appendicitida patří k nejčastějším náhlým příhodám břišním, její etiologie není zcela jasná. Předpokládá se pomnožení bakterií v lumen appendixu při jeho úplné nebo částečné obstrukci např. zduření lymfatické tkáně při interkurentní infekci, nádorem nebo parazity. Zánět začíná na sliznici, kde vznikají vřídky, zánět se pak šíří v submukóze (ulceroflegmonózní appendicitida) a posléze celá stěna může propadnout nekróze (gangrenózní appendicitida), kdy hrozí bezprostředně perforace a následně peritonitida. Zánětlivý výpotek však vzniká v okolí appendixu i bez perforace. Okolní orgány, zejména velká předstěna a kličky tenkého střeva, se mohou k zanícenému appendixu přilepit a zánět ohraničit, takže vzniká periappendikulární infiltrát, případně absces.

Příznaky začínají nevolností, nauzeou, zvracením, zpočátku s neurčitou bolestí v nadbříšku nebo kolem pupku, která se postupně během několika hodin soustřeďuje do pravého podbříšku.

Diagnóza nebývá v typických případech obtížná. Opírá se o anamnézu, poklepovou, palpační a dekompresní bolestivost v pravém podbříšku a citlivost Douglasova prostoru při vyšetření per rektum. Výrazná tachykardie je větší než by odpovídalo zvýšení teploty, která většinou nepřesáhne 38 °C. V krevním obraze je leukocytóza s posunem doleva, tj. zvýšeným procentem granulocytů a výskytem nezralých forem, zvyšuje se CRP. Rozpoznání může být obtížné při atypicky uloženém appendixu, zejména při poloze retroceakální nebo v úponu mesenteria. Rovněž u velmi malých dětí nebo u starých lidí může být diagnóze obtížná. V diferenciální diagnóze je třeba odlišit celou řadu afekcí, zejména záněty gynekologické a urologické.

Léčení je chirurgické, appendectomie, kterou lze provést buď klasickým otevřeným způsobem z řezu v pravém podbříšku nebo laparoskopicky. Etiologicky se jedná o infekci způsobenou mikroby střevní flóry. Důvody, proč zánět vznikne nejsou dostatečně vysvětleny, například koprostáza v úzkém červu, cizopasnici, snížení obranyschopnosti. Patologicko-anatomicky jde o appendicitis catarrhalis, phlegmonosa, ulcerosa, gangrenosa a empyema appendicis. Při proděravění většinou gangrenózní appendicitidy vzniká appendicitis perforativa.

Léčba infiltrátu je konzervativní, důvodem k operaci je vznik peritonitidy. Abscesy jsou nutno vyprázdnit punkcí vedenou pod kontrolou ultrazvukovým vyšetřením eventuelně počítačovou tomografií nebo operativním řešením. Peritonitida je jednoznačnou indikací k operaci. Výkonem je appendectomie, vyčištění dutiny břišní a zpravidla drenáž.

2.2 Komplikace appendicitidy

Hlavními komplikacemi jsou perforace červu s ohraničenou nebo difúzní peritonitidou, periappendikulární infiltrát s periappendikulárním abscesem. Vznik komplikací závisí na rychlosti vývoje zánětu a schopnosti zánět ohraničit. Při perforaci se zvýrazní již zmíněné příznaky peritonitidy. Infiltrát se projeví jako bolestivá resistence v pravém podbřišku, známky peritoneálního dráždění nemusí být patrné, tachykardie je nepřesvědčivá. Infiltrát se vstřebává nebo kolikvuje a vznikne periappendikulární absces se septickými projevy. Také absces se může vstřebat nebo ohraničení není dostatečné a vznikne difúzní peritonitida.

Komplikací, jako u všech operací z hlediska hojení operační rány, může být zanesení infekce do rány. Rána je prosáklá krví a sekretem. Projevuje se zarudnutím v okolí operační rány, zvýšenou teplotou a značnou bolestivostí. Klientovi se rána hojí per secundam.

Původcem nákazy mohou být endogenní bakterie nebo se jedná o nozokomiální nákazy, které jsou často způsobeny stafylokoky na jednotkách intenzivní péče chirurgických oborů. Dále se uplatňují jako nozokomiální kmeny bakterie z rodu Enterobacteriaceae. U starších pacientů převládají nozokomiální kmeny *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*. Většina nozokomiálních kmenů je multirezistentní, proto se komplikace způsobené nozokomiálními kmeny léčí obtížně, hlavně u starších lidí pro jejich rizikové faktory, multimorbiditu, trvalou léčbu mnoha léky včetně fyziologických i patologických změn, které ovlivňují farmakoterapii i terapii antibiotiky. Nutné je předcházet nozokomiálním nákazám nejen u starších

pacientů, kde nozkomíální nákaza představuje komplikaci klinického stavu, která i při dodržení všech zásad a opatření nemusí končit uzdravením.

2.3 Vyšetřovací metody

Podmínkou pro úspěšné léčení klienta je stanovení správné diagnózy.

K diagnóze dospívá lékař po vyšetření klienta, při kterém je nutno zachovávat správný postup.

Vyšetření zahajuje lékař odebráním anamnézy, která vede k podezření na onemocnění určitého orgánu nebo systému. Během fyzikálního vyšetření zjišťuje všechny odchylky od normálního nálezu. Sestaví laboratorní a instrumentální vyšetření, aby po jejich provedení dospěl ke konečné diagnóze a jsou splněny předpoklady pro racionální terapii.

Anamnéza

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu klienta od narození až do současné doby. Anamnéza přímá jsou údaje získané od klienta samotného a anamnéza nepřímá jsou údaje získané od osob nebo příbuzných, kteří klienta doprovází.

Do osobních dat zaznamenáváme jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, stav, zaměstnání i předešlé. Dále kdo klienta doporučil k vyšetření, adresu praktického lékaře a kontakt na nejbližší příbuzné včetně telefonu. Rodinná anamnéza obsahuje údaje o zdravotním stavu rodičů popřípadě prarodičů, sourozenců a dětí klienta. Zde zaznamenáváme výskyt dědičných chorob. Osobní anamnézu dělíme na dřívější onemocnění a nynější onemocnění. Všechna dřívější onemocnění zaznamenáváme v chronologickém sledu, operace a úrazy, které klient prodělal. Dobu trvání, způsob léčení, popřípadě následky i dřívější hospitalizace. Zaznamenáváme

dětská infekční onemocnění. K nynějšímu onemocnění se snažíme získat informace pro současné onemocnění, charakter obtíží a dobu vzniku. Pracovní a sociální anamnéza má v dnešní době velký význam. Zajímá nás nejen povolání, které klienta zastával v průběhu celého života, ale i současné postavení na pracovišti. Též se zajímáme o pracovní zatížení nemocného, soulad v rodinném životě, životosprávu, spánek, sport a soukromé záliby.

Fyzikální vyšetření

Pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a vyšetření per rectum. Součástí fyzikálního vyšetření je změření tělesné teploty, krevního tlaku, pulzu, dechů, hmotnosti a výšky.

Vyšetření pohledem patří k základním vyšetřovacím metodám. Je důležité všimnout si i celkového vzezření klienta, stavu výživy, barvy kůže a sliznic. Sledujeme bledost kůže, její chlad a lepkavý pot. Pohled na dechové pohyby hrudníku. Otoky dolních končetin.

Vyšetření pohmatem je cíleně směřováno především udávanými obtížemi klienta. Zásadně je nutné vyšetřovat šetrně, postupovat od méně bolestivých míst k oblastem více citlivým. Nutné je vyšetřit oblast břicha, kde může jít o rozvoj zánětlivého procesu.

Vyšetření poklepem se provádí zvláště u chirurgických onemocnění v oblasti břicha, náhlé bolesti břišní a zánětlivé procesy.

Vyšetření poslechem provádí vždy lékař při zjišťování peristaltiky v břiše.

Vyšetření per rectum je vyšetření doplňujícím k vyšetření břicha. Palpujícím prstem lze proniknout do recta zhruba do vzdálenosti 10 – 12 cm. Před vlastním vyšetřením posuzujeme pohledem krajinu řitního otvoru. Všimneme si vyklenutí Douglasova prostoru, popřípadě jeho bolestivosti.

Zobrazovací metody

Z rentgenologických vyšetření se vždy při náhlých příhodách břišních provádí *nativní snímek břicha*.

Z hlediska ošetrovatelské péče je klient seznámen s vyšetřovací metodou.

Zobrazovací rentgenologické vyšetření srdce a plic je pořizováno pro komplexní vyjádření internisty.

V rámci ošetrovatelské péče není nutná příprava, pouze seznámení klienta s vyšetřením.

Ultrasonografické vyšetření je nejčastější vyšetřovací metodou, které zobrazí změny appendixu.

Z hlediska ošetrovatelské péče sonografické vyšetření nevyžaduje žádnou speciální přípravu ani péči po vyšetření. Klient je v rámci ošetrovatelské péče seznámen s vyšetřením.

Laboratorní vyšetřovací metody

U klienta, který přichází s obtížemi svědčícími pro chirurgické onemocnění nebo u akutních stavů se vždy provádí screeningové vyšetření krve a moče.

Screeningové vyšetření krve

Mezi tato vyšetření náleží biochemické vyšetření krve s orientací na ionty, ureu, kreatinin a glukózu. Hematologické vyšetření krve s orientací na krevní obraz. U akutní appendicitis jsou výrazně zvýšené hodnoty leukocytů – leukocytóza. Odběr krve na hemokoagulační vyšetření s orientací na krvácivost a srážlivost je součástí předoperačních vyšetření.

Ošetrovatelská péče nevyžaduje žádnou speciální přípravu. Klient je seznámen s postupem při odběru biologického materiálu.

Screeningové vyšetření moče

U klienta je odebrána moč na mikroskopické vyšetření močového sedimentu.

Ošetrovatelská péče o klienta, který je seznámen s vyšetřením, nevyžaduje žádnou speciální přípravu.

Elektrodiagnostická metoda

Elektrokardiografem se snímají akční potenciály srdeční činnosti, záznam elektrokardiografické křivky hodnotí internista v rámci předoperačního vyšetření.

V rámci ošetrovatelské péče není nutná příprava, pouze seznámení klienta s vyšetřením.

Interní konzilium

Na základě laboratorního vyšetření, rentgenologického snímku a záznamu elektrokardiografu sestaví lékař internista závěrečné předoperační hodnocení a pacienta indikuje k operaci.

Anesteziologické konzilium

Anesteziologický lékař u lůžka klienta zhodnotí jeho zdravotní stav a ordinuje premedikaci před chirurgickým výkonem.

2.4 Terapie

Léčba je konzervativní a operativní. Konzervativní léčba spočívá v klidu na lůžku, omezení příjmu tekutin per os, obkladech břicha, případně aplikaci antibiotik. Konzervativní léčba je zvolena v případech bez hrozící nebo přítomné perforace. Protože lze onemocnění špatně odhadnout a operační rizika appendektomie jsou minimální, je operace indikována téměř vždy.

2.4.1 Chirurgická léčba appendicitidy

Chirurgická léčba spočívá v revizi břicha a odstranění červu. V současnosti lze provést výkon klasicky laparotomicky a laparoskopicky. Největší výhodou laparoskopické appendektomie je možnost diagnostické laparoskopie na počátku operace.

Laparoskopická operace se provádí laparoskopickou technikou bez otevření dutiny břišní klasickým řezem. Operační výkon se provádí třemi otvory. Jedním se zavede kamera z infraumbilikální incize a zavedením dvou trokarů, jeden v pravém a druhý v levém hypogastriu. Lokalizuje se appendix. Grasperem uchopíme distální

konec appendixu a zvedáme ho směrem ke stěně břišní. Pomocí kauteru a nůžek protínáme mezenteriolum. Přeruší se appendix, odstraní se silnějším trokarem. Po odstranění trokarů se kontroluje laparoskopem hemostáza. Infraumbilikální incize dává nejlepší kosmetický výsledek.

Laparotomická operace je chirurgické otevření dutiny břišní a umožní revidovat celou dutinu. Operace může být buď ze střídavého řezu provedena u klientů, kteří nemají nadváhu ani pokročilý nález na červu. Nebo z pararektálního řezu v pravém podbříšku u obézních klientů s pokročilou appendicitidou. Operačním výkonem sledujeme po otevření stěnu caeca a appendix, který nahmatáme a zpřístupníme i pohledu. Uchopíme šetrně do peánu jeho mezenteriolum. Ne červ samotný, v případě pokročilého zánětu by mohl perforovat. Vlastní červ, který máme mezi dvěma peány, podvážeme a sneseme elektrokauterem, můžeme použít i stapler.

Každá operace, plánovaná nebo urgentní, je nefyziologický zásah, na který organizmus reaguje, a to jak v době před operací, tak v době po operaci.

Ošetrovatelská péče o pacienta v perioperačním období

Ošetrovatelská péče o pacienta v perioperačním období zahrnuje předoperační, intraoperační a pooperační fázi. Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem klienta na operační sál. Každý chirurgický výkon představuje zásah do organismu jedince ze strany somatické, psychické, spirituální, ekonomické a sociální. Operace je spojena s určitou zátěží pro každého klienta (operačním rizikem), možným vznikem závažných intraoperačních a pooperačních komplikací. Ošetrovatelská péče v předoperačním období zahrnuje přijetí klienta na oddělení, všeobecné a speciální vyšetření a přípravu na chirurgický výkon, což představuje eliminovat rizikové faktory a minimalizovat operační riziko. Stupeň operačního rizika závisí od včasnosti operace, závažnosti chirurgického výkonu a celkového stavu klienta.

Předoperační příprava se dělí na takzvanou přípravu klienta před operací:

1. všeobecná a speciální
2. somatická, psychická a medikamentózní

3. celková a místní

4. dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední

Všeobecná předoperační příprava

Zahrnuje požadavky týkající se všech klientů bez rozdílu na onemocnění a nemocný orgán. Její rozsah může ovlivnit pouze akutnost operačního výkonu. Skládá se z psychické přípravy, souhlasu klienta s výkonem, komplexního interního vyšetření, které zahrnuje hematologické a biochemické vyšetření krve a chemické vyšetření moče, včetně změření fyziologických funkcí. Dále je nutná celková hygienická očista klienta a příprava operačního pole. V první fázi ošetrovatelského procesu získáváme informace pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením.

Sestra získává informace týkající se psychického stavu klienta a fyzické zdatnosti klienta, například celkový vzhled, barva kůže, hmotnost, stav hydratace. Sestra zjišťuje lékové perorální a injekční medikace, které jsou součástí chronické medikace, dále insulinové terapie u diabetiků. V rámci odebírání anamnézy se posuzuje životní styl klienta například kouření, alkohol, kofein a drogy. Kromě toho i schopnosti klienta vyrovnat se se vzniklou situací a posoudit příznaky, které se vztahují k danému onemocnění. Dále znalosti klienta o přípravě a ošetření po výkonu. Podstatné je pochopení klienta o nutnosti chirurgického výkonu a vyjádření souhlasu klienta s výkonem.

Z potenciálních ošetrovatelských problémů je nutné se zaměřit na strach v souvislosti s vlivem operace na schopnost vykonávat obvyklé úkony, výsledkem operace, použitím anestézie, rizikem smrti, ztrátou kontroly po dobu anestézie nebo během probuzení z anestézie, neadekvátním vnímáním pooperační analgésie, deficitem informací o výkonu a ošetřování, upoutáním na lůžko a nemožností péče o sebe, odloučení od rodinných příslušníků, možnosti vzniku komplikací. Častý je i narušený spánek klienta v souvislosti s hospitalizací, přípravou na výkon, psychickým stresem a bolestí.

K cílům ošetrovatelské péče patří informovanost klienta o výkonu, kdy zná všeobecné termíny plánovaného chirurgického výkonu. Zná důvody a následnou léčbu po operačním výkonu a očekávanou délku pobytu v nemocnici. Klient zná důvody

předoperačních a pooperačních postupů, například přípravu operačního pole, vyprázdnění a tělesnou hygienu.

Klient souhlasí s výkonem. Klient zná ochranné manévry usnadňující zvládnutí pooperačního období jako je chování při kašli, změně polohy. Umí cviky na prevenci komplikací po výkonu – hluboké dýchání, cviky dolních končetin, zdůvodní význam pooperační aktivity pro nekomplikovaný pooperační průběh. Zároveň má uspokojeny základní potřeby spánku, odpočinku, jídla a hydratace a je v dobrém, vyrovnaném psychickém stavu.

Ošetrovatelské intervence předoperační přípravy

Edukace klienta v rámci předoperační přípravy se týká vysvětlení nutnosti předoperačních vyšetření (sedimentace krve, krvácivost a srážlivost, krevní obraz, iontogram, jaterní soubor, urea, kreatinin, močový sediment, rentgenologické vyšetření plic, elektrokardiograf s kompletním interním vyšetřením). Edukujeme klienta také o přípravě kožního povrchu a operačního místa. Provádíme hygienickou přípravu před výkonem. Podle ordinací lékaře informujeme a aplikujeme předoperační medikaci. Vysvětlíme léčebné postupy nařízené lékařem, zavádíme intravenózní kanyly a infúzní terapie. V indikovaných případech katetrizujeme močový měchýř a zavádíme nasogastrickou sondu. Přikládáme antiembolické punčochy nebo elastické bandáže a informujeme o jejich významu. Edukujeme klienta o zákazu příjmu tekutin a stravy perorálně, a to nejméně po dobu 8 hodin před operačním výkonem. Připravíme klienta na návštěvu anesteziologa. Poučíme klienta o nutnosti odstranění šperků, líčení, protetických pomůcek, zubní náhrady, paruky, brýlí, sluchadel, laku na nehtech bezprostředně před výkonem. Potvrzujeme datum, místo a dobu trvání operace. Naučíme klienta cviky pro hluboké dýchání, pro odkašlávání, cviky dolních končetin a způsoby obracení a vstávání z lůžka již před operací, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Vysvětlíme klientovi pooperační režim a důvod včasného vstávání z lůžka po operaci, pokud má zájem můžeme mu ukázat jednotku intenzivní péče, kam bude po operaci převezen. Seznámíme klienta s běžným postupem na pooperačním pokoji. Edukujeme klienta o sledování pooperační bolesti a o způsobech jejího zmírňování. Seznámíme klienta s dietními opatřeními v pooperačním období. Sledujeme

vyprazdňování moče a stolice. Klient stanoví rodinného příslušníka nebo příbuzného, kterému můžeme poskytovat informace o jeho zdravotním stavu.

Bezprostřední předoperační příprava

Omezuje se na časový úsek těsně před operací. Při přípravě klienta na akutní operaci – apendicitis acuta, postupujeme následovně: všechna ordinovaná vyšetření provádíme v režimu STATIM a oholíme operační pole. Klient podepíše informovaný souhlas s výkonem a léčbou. Hygienická péče je zajištěna podle zdravotního stavu klienta. Nepodáváme nic perorálně. Provedeme bandáž dolních končetin. Aplikujeme ordinovanou premedikaci. Zajistíme odložení šperků, hodinek, brýlí, zubní protézy, dokumentaci a převoz na operační sál.

Ošetrovatelské intervence bezprostřední předoperační přípravy

Předoperační přípravu provázíme vhodnou komunikací a zmírňujeme obavy klienta z operace. Klient je seznámen s operátérem a je objasněno, kdo je v operační skupině. Seznámíme klienta s plánovanou dobou výkonu podle operačního rozpisu a s plánovaným návratem na pokoj. Provedeme nácvik hlubokého dýchání, kašle a cviků dolních končetin. Oznámíme klientovi, co se po operaci očekává a jaký bude jeho stav (operační rána kryta obvazem, zlepšování aktivity, bolest a účinek analgetik, perorální a intravenózní výživa, dieta). Lékař se může vyjádřit k prognóze klienta (pravděpodobné propuštění). Kontrolujeme údaje anamnézy například alergické projevy. Plánovaná konziliární vyšetření objednáme před výkonem. Zajistíme za přítomnosti svědka podpis souhlasu s léčbou a operací. Zapišeme kontakt na nejbližší osoby. Před první vertikalizací klienta kontrolujeme funkčnost antiembolických punčoch nebo bandáží. Ověřujeme, zda klient nepřijímal nic perorálně. Zajistíme a zkontrolujeme vyprázdnění močového měchýře. Upravíme vlasy, odstraníme spony a přiložíme operační čepičku. Zajistíme ranní hygienickou péči a odkládáme osobní prádlo. Odstraňujeme či zkontrolujeme odložení zubní protézy, hodinek, šperků, protetických náhrad, kontaktních čoček, brýlí, paruky, umělých očních řas, naslouchacích aparátů. Zajistíme uložení cenností do trezoru na oddělení, vše s řádnou dokumentací. Zkontrolujeme

dutinu ústní, aby nebyla přítomna žvýkačka nebo viklající se zub. U diabetiků následuje individuální příprava, odběr krve ráno nalačno na vyšetření glykémie a zajištění žíly pro příjem intravenózní výživy. Diabetici jsou zařazeni do operačního rozpisu přednostně. Zkontrolujeme přípravu operačního pole a aplikujeme premedikaci podle ordinace anesteziologa 30 minut před výkonem. Zajistíme převoz klienta s veškerou dokumentací na operační sál.

Ošetrovatelské intervence jsou zaměřené především na dostatek informací klienta a prevenci pooperačních komplikací.

Speciální předoperační příprava

Je závislá na stavu klienta a druhu operačního výkonu. Dané specifikum je dle zvyklostí pracoviště. Speciální předoperační příprava před operací appendixu je dokonalé oholení operačního pole.

Intraoperační fáze

Začíná převzetím klienta na operační sál a končí jeho návratem na pooperační ošetrovací jednotku. V průběhu intraoperační fáze je ošetřování klienta zabezpečováno zdravotnickým odborným personálem operačního sálu, kde je kladen důraz na ochranu klienta před zraněním a infekcí (ochrana kůže před poraněním při pohybu a změně polohy), udržování polohy klienta a použití vhodných ochranných pomůcek. Za monitorování fyziologických funkcí při celkové anestézii odpovídá anesteziolog. Je proveden zápis ošetrovatelských činností, soupis použitých chirurgických nástrojů a materiálu. Operační protokol vypisuje operatér po skončení operace.

Po dobu operace asistují dva typy sester. Sterilní je instrumentářka, sterilně oblečená, asistuje při podávání sterilních chirurgických nástrojů a materiálu. Počítá všechny použité nástroje a materiály před ukončením výkonu. Druhá sestra cirkulující nebo-li obíhající, která pomáhá při polohování klienta na operačním stole, asistuje při zarouškování operačního místa. Též asistuje při oblékání operační skupiny. Doplňuje potřebné nástroje a materiál. Je přítomna při přípravě bioptických vzorků na vyšetření. Zodpovídá za nastavení osvětlení.

Po dobu pobytu klienta na operačním sále je nutno připravit lůžko a pokoj klienta pro pooperační fázi. Podle vybavení pracoviště, náročnosti výkonu a zdravotního stavu může být klient převezen na ošetrovací jednotku nebo na pooperační oddělení.

Mezi potenciální ošetrovatelské problémy v době intraoperační péče patří riziko pádu a riziko vzniku infekce. Ošetrovatelské intervence spočívají v náležité fixaci a zabezpečení polohy nemocného na operačním stole a aseptickém přístupu k pacientovi.

Pooperační fáze

Pooperační období je interval mezi probuzením klienta po anestézii až do jeho propuštění do domácí péče. Cílem ošetrovatelské péče v bezprostředním pooperačním období je zajistit základní životní funkce klienta a napomoci jeho zotavení z anestézie. V prvních několika hodinách po operaci je jedinec ohrožený komplikacemi vyplývajících z účinků celkové anestézie. Až do návratu obranných reflexů, spontánního dýchání a stabilizace krevního oběhu by měla být péče klienta zabezpečená ještě na operačním sále anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Bezprostřední pooperační péči u klienta je nutné cíleně zaměřit na eliminaci bolesti, dyskomfortu, pooperačních komplikací a k podpoře návratu jeho zdravotního stavu na optimální úroveň.

Ošetrovatelská péče je zaměřena na psychický stav a fyzickou zdatnost nemocného, posouzení očekávaných výsledků operace ze strany klienta, dále pak na vyrovnávání se s vzniklou situací. Nutná je znalost a posouzení příznaků možných komplikací, znalostí průběhu pooperačního období, informacích o potravinách a tekutinách dovolených přijímat perorálně, o podávaných přípravcích například analgetika, antibiotika, poloze na lůžku, prováděných pooperačních vyšetřeních. Sleduje se příjem a výdej tekutin v pravidelných intervalech. Dbáme na včasné vstávání z lůžka.

Ošetrovatelské intervence pooperační fáze

Ošetrovatelské intervence se zaměřují na podporu zotavení klienta z anestézie. Klient je přivezen z operačního sálu ve stabilizovaném stavu, kdy sám spontánně a volně dýchá, má stabilizovaný krevní oběh a obnoveny obranné reflexy.

Cílem péče v bezprostředním pooperačním období je zabezpečit základní životní funkce. Kontrolujeme stav vědomí, krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a saturaci po 15 minutách. Všechny údaje zaznamenáváme do dokumentace klienta. Sledování se týká i kontroly dobrého periferního prokrvení. Monitorujeme stupeň bolesti a aplikujeme analgetika dle ordinace lékaře. V pravidelných intervalech sledujeme bilanci tekutin. Provádíme odběry biologického materiálu. V průběhu všech ošetrovatelských aktivit udržujeme kontakt s pacientem. V případě komplikací zavádíme nasogastrickou sondu a aplikujeme antiemetika. Vykonáváme hygienu dutiny ústní a sledujeme krytí operační rány.

Potenciální ošetrovatelské problémy

- Neúčinné uvolňování dýchacích cest v souvislosti s účinkem anestézie například oslabený kašlací reflex, vzhledem ke kouření v anamnéze.
- Neúčinné dýchání vzhledem k bolesti nebo účinku analgetik.
- Riziko poranění v souvislosti s neschopností přizpůsobit se po anestézii vnějším rizikům v důsledku snížené fyzické pohyblivosti.
- Riziko infekce v souvislosti s porušením celistvosti kůže a s nedostatkem informací v péči o operační ránu a drén.
- Deficit informací týkající se pooperačního průběhu.
- Bolest ve vztahu k fyzické aktivitě a operační ráně.
- Deficit objemu tekutin v souvislosti s nadměrným výtokem z rány s nepřiměřeným příjmem tekutin.
- Nedostatečná sebepéče v oblasti hygienické péče, oblékání a vyprazdňování vzhledem k omezené fyzické aktivitě.
- Neúčinná samoočist'ovací schopnost dutiny ústní v souvislosti s nemožností přijímat potravu perorálně.
- Vzestup tělesné teploty v souvislosti s reakcí organismu na výkon.

Pooperační komplikace

Klient je po operaci v celkové anestézii ohrožen komplikacemi jako je nauzea a zvracení. Nebezpeční spočívá v aspiraci žaludečního obsahu u klientů, kteří nejsou ve stabilizovaném stavu s obnovenými reflexy. K poruchám dýchání dochází v souvislosti s mechanickou příčinou například ucpáním dýchacích cest hlenem či krví nebo při zapadnutí jazyka. Komplikace mohou působit i svalové bolesti po podání myorelaxancií během anestézie. Poruchy tvorby a odtoku moče v souvislosti s účinkem anestézie, s nezvyklou polohou při vyprazdňování, vlivem změny prostředí nebo změněným bonusem svěračů močové trubice po výkonu je třeba včas odhalit. Nežádoucí je zácpa v souvislosti se sníženou aktivitou, s nedostatkem potravy stimulující střevní peristaltiku nebo s nepřírozenou polohou při vyprazdňování. Škytavka vzhledem k podráždění bráničního nervu. Je třeba věnovat se prevenci trombózy žil dolních končetin vznikající v souvislosti se sníženou tělesnou aktivitou. Zjišťujeme reakci klienta na psychickou zátěž vyvolanou chirurgickým výkonem. Krvácení vzhledem k narušení tkání v místě operačního pole může vyústit v hypovolemický šok. Cíle ošetrovatelské péče spočívají v udržení vitálních funkcí nemocného ve fyziologických hodnotách.

Pooperační intervence

Vedeme klienta k procvičování hlubokého dýchání a správného odkašlávání. Klient je naučen vykonávat speciální cviky dolních končetin. Bilance tekutin je udržována v rovnováze. Hodnotíme také kožní turgor, kvalitu moče a subjektivní hodnocení při močení (pálení, řezání). První spontánní vyprázdnění močového měchýře je třeba do 8 hodin po výkonu. Během 48 hodin je slyšitelná střevní peristaltika, která signalizuje v průběhu 3 dnů normální defekaci. Hodnotíme operační ránu, zdali není

přítomný hnisavý výtok z rány. Monitorujeme bolest a snižujeme ji. Postupně zapojujeme klienta do sebezpečí. Zjišťujeme kvalitu spánku a pocit odpočinku.

Ošetrovatelské intervence bezprostřední pooperační fáze

Po stabilizaci vitálních funkcí zabezpečíme převoz klienta na ošetrovací jednotku, zotavovací pokoj nebo pooperační jednotku. Pokud nejsou funkce stabilizovány ponecháme endotracheální kanylu. V případě, že dojde ke zhoršení stavu po extubaci, uložíme klienta do polohy na boku, s obličejem pootočeným dolů k podložce, bez polštáře. V této poloze se udržuje jazyk vpředu, zabráníme jeho zapadnutí, odtékají sliny, hleny, zvratky ven z dutiny ústní. Po obnovení polykacího reflexu lze vytáhnout orofaryngeální vzduchovod. Obnovení reflexů je známkou ukončení účinku anestézie. V této době, pokud byl klient na zotavovacím pokoji, je převezen na ošetrovací jednotku. Průběžně se v pravidelných intervalech kontrolují a zaznamenávají vitální funkce do dokumentace, stav zornic, stupeň vědomí, orientace v čase, místě, prostoru a vlastní osobě, dále sledujeme barvu a teplotu kůže na rtech či nehtových lůžkách. Pooperační sledování se týká i stavu a krytí operační rány. Zaznamenáme barvu, konzistenci a množství sekretů z operační rány. V rámci pooperační péče podáváme ordinované infuze, intravenózní, intramuskulární injekce a kontrolujeme žilní vstupy. Dbáme na stabilní polohu klienta. Monitorujeme stupeň bolesti, dokumentujeme druh aplikovaného analgetika a jméno ordinujícího lékaře. Jiné komplikace a stížnosti klienta.

2.4.2 Konzervativní léčba

Chronická appendicitis se vyvíjí pozvolna a bývá charakterizována občasnými bolestmi v pravém podbříšku. Bolesti trvají krátce, jsou většinou bez celkových příznaků a během jednoho dne odeznívají. Diagnózu upřesní kontrolní rentgenologické vyšetření střeva, při němž se červovitý přívěsek nenaplní. Diagnosticky se také uplatňuje sonografie. Léčení je opět chirurgické, je provedena appendektomie.

2.5 Specifika ošetrovatelské péče u nemocných s appendicitis

Po přijetí klienta na ošetrovací jednotku sledujeme celkový stav klienta a monitorujeme bolest. Klient zaujímá úlevovou polohu na boku, má pokrčené nohy, je v takzvaném klubíčku. Nepodáváme spasmolytika a analgetika, aby nebyly zastřeny příznaky zánětu. Mohlo by dojít ke komplikacím v důsledku perforace přívěsku. Zaznamenáváme tělesnou teplotu. Sledujeme častost zvracení eventuelně nauzeu a odchod plynů či jejich zástavu. Výsledky krevního obrazu hlasíme lékaři. Připravujeme klienta k operaci. Nepodáváme nic perorálně. Hygienická péče je zajištěna za pomoci sestry. Následuje příprava operačního pole, oholení podbřišku a kontrola čistoty pupeční jizvy. Přikládáme bandáže dolních končetin. Premedikujeme klienta na základě ordinace anesteziologa. Důležitá je nepřetržitá psychická podpora klienta.

2.6 Edukace

Edukaci klienta a rodinných příslušníků nebo příbuzných můžeme definovat jako výchovu k samostatnému zvládnání stavu zdraví nebo nemoci. Edukovaný klient také lépe spolupracuje se zdravotníky. Aktivněji a vědomě se podílí na prevenci komplikací či léčbě samotné. Edukace klienta začíná již při prvním kontaktu se zdravotníkem a trvá po celou dobu hospitalizace a pozdější dispenzarizace.

Primární sestra sestavuje edukační plán na základě vstupních anamnestických informací o nemocném. Edukace je vedena formou rozhovoru a diskuse buď individuálně nebo skupinově, kdy je možno využít příspěvků vlastních zkušeností ostatních pacientů. Z hlediska volených forem je vhodné do edukačního procesu zařadit praktické ukázky a praktický nácvik dovedností pacientem. Naprostou samozřejmostí by měl být dostatek edukačních materiálů, které slouží nejen pro opakování, ale i jako souhrnná pomůcka s doporučeními pro klienty po propuštění do domácího ošetřování.

Osobní edukaci můžeme doplnit filmovými či zvukovými záznamy, počítačovými programy atd.

Edukace probíhá příznivě za dosažení motivace klienta ke spolupráci. Edukační plán je stanovován podle individuálních potřeb klientů. Edukace zahrnuje základní informace o nemoci či preventivních opatřeních, terapeutické potupy, způsoby sebekontroly zdravotního stavu, rozpoznání a předcházení komplikacím, dietní opatření vztahující se k tématu edukace, režimová doporučení, význam vhodné tělesné aktivity, techniky odbourávání vlivu stresových situací, sociální problematiku, oblast sexuálních a partnerských vztahů.

Edukovaný klient má pociťovat zlepšení kvality života nejen díky snížení výskytu nežádoucích komplikací vlastního onemocnění, ale i nedodržování léčebných postupů nebo nadužívání medikamentů či zkrácení doby hospitalizace.

2.7 Prognóza onemocnění

Pokud není appendicitida komplikovaná, jedná se zpravidla o krátkou hospitalizaci v délce asi jednoho týdne. Pooperační období je klienty poměrně dobře zvládáno a jsou brzy schopni samostatně vykonávat základní lidské činnosti. Prognóza je dobrá.

PRAKTICKÁ ČÁST

1.1 Identifikační údaje nemocného

Jméno: H.F.

Datum narození: 10. 9. 1933 (75 let)

Bydliště: Praha

Oddělení: chirurgické

Den přijetí: 26.11.2007

Dny ošetrovatelské péče : 30. 11. 07 – 3. 12. 07

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Stav: vdaná

Zaměstnání: důchodkyně

Kontaktní osoba: manžel

1.2 Výtah z lékařské dokumentace

1.2.1 Nynější onemocnění

75 letá klientka přivezena záchrannou službou na chirurgickou ambulanci. Pobolívá jí v pravém podbříšku od včerejšího rána, posledních 5 hodin bolesti intenzivní. Zvracela,

má nechutenství. Bolest hlavy od rána. Poslední stolice dnes, normální konzistence. Močení bez obtíží. Plyny odcházejí, močení volné, bez dysurie. Od rána též bolesti hlavy. Přijata k observaci pro suspektní iritaci appendixu.

1.2.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: v dětství prodělala běžné dětské nemoci, nyní diabetes mellitus, kompenzována perorálním antidiabetikem.

Operace: neguje.

Úrazy: neguje.

Alergická anamnéza: neguje.

Rodinná anamnéza: otec astma bronchiale, matka prodělala meningitis, rodiče nežijí.

Farmakologická anamnéza: Minidiab 5 mg 1/2 - 0 - 0 tablety (perorální antidiabetikum).

Sociální anamnéza: důchodkyně, dříve prodavačka. Žije s manželem, který je nyní po centrální mozkové příhodě hospitalizován. Bezdětná.

Abusus: nekouří 2 roky, alkohol pouze příležitostně

1.2.3 Stav při přijetí (status praesens)

Klientka při vědomí, orientovaná místem a časem, eupnoická, normostenička. Přiměřené výživy. Kůže anikterická.

Hlava – bez známek traumatu, na poklep nebolestivá, hlavové nervy inervují správně. Výstupy trigeminu nebolestivé. Bulby ve středním postavení, spojivky růžové, zornice izokorické, reagují na osvit. Jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, nepovleklý, hrdlo klidné, tonzily bez čepů. Chrup horní a dolní totální protéza. Uši a nos bez výtoků.

Krk – souměrný, šíje volná, náplň krčních žil v normě, uzliny a tyreoidea nezvětšeny. Pulzace karotid souměrná, bez šelestů.

Páteř – fyziologicky zakřivená, poklepově nebolestivá.

Hrudník – souměrný, prsní žlázy bez hmatné patologické rezistence. Poklep plic plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové. Úder srdečního hrotu není zvedavý. Poklepově srdeční ztemnění nezvětšeno. Akce srdce pravidelná, dvě ohraničené ozvy bez šelestu.

Břicho – v niveau, pro obezitu hůře prohmatné, palpační citlivost v pravém podbříšku, známky peritoneálního dráždění nepřesvědčivé, bez hmatné resistance. Hepar a lien nehmatná.

Genitál – ženský, bez zjevného fluoru, ochlupení ženského typu.

Horní končetiny- konfigurace a hybnost normální, nález v kloubech a svalech odpovídá věku. Arteria radialis a ulnaris jsou oboustranně hmatné.

Dolní končetiny – konfigurace a hybnost normální, nález v kloubech a svalech odpovídá věku. Pulzace hmatné v celém rozsahu. Bez otoků a varixů. Bez známek flebitidy.

1.2.4 Závěr při příjmu

Lékařská diagnóza:

- Appendicitis acuta
- Diabetes mellitus medicamento compensatus
- Obesitas

Ordinace při přijetí:

- Dieta: nic per os
- Interní předoperační vyšetření požadováno - dnes statimově
- Příprava k operačnímu výkonu
- Terapie: chirurgická
- Infúzní terapie:

Glukóza 10%	500 ml
inzulin Actrapid HM	12 j. intravenózně
Kalium chloratum 7,5 %	20 ml
Ringerův roztok	500 ml

Ordinovaná vyšetření při přijetí:

- Základní hematologické a biochemické vyšetření krve
- Biochemické vyšetření moče, vyšetření močového sedimentu
- Nativní snímek břicha vstoje
- Ultrasonografické vyšetření břicha
- Interní předoperační vyšetření

1.3. Vyšetřovací metody

1.3.1 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 1 Krevní obraz

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
Leukocyty	15,9 ^{10⁹/l}	17,1 ^{10⁹/l}	12,4 ^{10⁹/l}	4,0–10,7 ^{10⁹/l}
Erythrocyty	4,42 ^{10¹²/l}	4,9 ^{10¹²/l}	4,27 ^{10¹²/l}	3,54–5,18 ^{10¹²/l}
Hemoglobin	134 g/l	131 g/l	135 g/l	116–163 g/l
Hematokrit	0,395 l	0,4 l	0,39 l	0,330–0,470 l
Trombocyty	331 ^{10⁹/l}	335 ^{10⁹/l}	347 ^{10⁹/l}	131–364 ^{10⁹/l}

Tabulka č. 2 Hemokoagulační vyšetření

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
INR	0,98 l	0,97 l	0,97 l	0,80–1,25 l
APTT	33,4 s	29,3 s	31,6 s	25,9–40,0 s

Tabulka č. 3 Sedimentace krve

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
1 hod.	39	50	38	1-15
2 hod.	67	93	54	4-37

Tabulka č. 4 Biochemické vyšetření krve

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
Natrium	132 mmol/l	140	138	137-146 mmol/l
Kalium	3,6 mmol/l	4,1	4,2	3,8-5,0 mmol/l
Chloridy	94 mmol/l	99	98	97-108 mmol/l
Urea	5,6 mmol/l	6,1	5,4	2,0-6,7 mmol/l
Kreatinin	113 µmol/l	115	104	44-104 µmol/l
Protein	71 g/l	69	73	65,0 – 85,0 g/l
Bilirubin	7,7 µmol/l	7,9	8	2,0-17,0 µmol/l
ALP	1,28 µkat/l	1,24	1,1	0,66-2,20 µkat/l
AST	0,42 µkat/l	0,39	0,4	0,1-0,72 µkat/l
ALT	0,52 µkat/l	0,49	0,51	0,1-0,78 µkat/l
GMT	0,32 µkat/l	0,31	0,38	0,14-0,68 µkat/l
CRP	7,0 mg/l	12	10	< 8 mg/l
Glykémie	5,0 mmol/l	6,5	5,9	3,9-5,6 mmol/l

Tabulka č. 5 Vyšetření močového sedimentu

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
Leukocyty	5,0	3,0	4,3	< 15
Erythrocyty	2,0	2,1	2,3	< 10
Epitelie dlaždice	10,5	10,1	8,2	< 15
Epitele přechodné	0,1	0,2	0,1	< 0
Bakterie	13,0	10,0	11,7	0 - 1
Hlen	pozitivní	pozitivní	pozitivní	0 - 1

Tabulka č. 6 Chemické vyšetření moče

Datum odběru	26.11.2007	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
Množství moči	1800 ml	1800 ml	1300 ml	bilance vyrovnaná
pH	7,0	7,5	7,3	5,0-7,0
Specifická hmotnost	1,015	1,008	1,010	1,01-1,02 kg/m

Tabulka č. 7 Bakteriologické vyšetření

Datum odběru	nález	antibiotika
30.11.07	Escherichia coli	Ampicilin 1 g á 6 hodin
3.12.07	negativní	Ampicilin 0,5 g á 6 hodin

1.3.2 Zobrazovací metody

Sonografické vyšetření břicha

Datum: 26.11.2007

Závěr: Hepatopatie, bez ložiskových změn, slezina v normě, žlučník anechogenního obsahu. Pankreas bez patologických změn. Ledviny bez městnání. Bez volné tekutiny v peritoneální dutině, bez známek periapendikulárního infiltrátu.

Rentgenologické vyšetření

Srdce a plíce

Datum: 26.11.2007

Závěr: Hrudník souměrný, skelet bez patologických změn. Srdce obvyklé velikosti, tvaru uložení, stíny bráničních oblouků klenuté, ostře ohraničené, ve fyziologickém postavení. Obě plicní pole bez čerstvých ložiskových změn.

Nativní snímek břicha ve stoje

Datum: 26.11.2007

Závěr: Bránice vpravo segmentovaná, výše uložena, oboustranně hybná, bez známek volného plynu. Je patrný smíšený obsah střevní, bez hladin. Bez poruchy střevní pasáže.

1.3.2.1 Interní předoperační vyšetření

Anamnéza: Užívá na kompenzaci diabetes mellitus Minidiab 5 mg 1/2 - 0 - 0 tablety perorálně. Dušnost je stacionární, naposled se zhoršila poté, co přestala před 2 roky kouřit a hodně přibrala na hmotnosti. Stenokardie nemá, dolní končetiny neotékají.

Objektivní nález: hlava a krk bez pozoruhodností, na plicích poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, mírně oslabené, bez prodloužení exspira a vedlejších fenomenů. Břicho citlivé v pravém podbříšku, jinak bez patologického nálezu. Dolní končetiny bez patologického nálezu. EKG: hraniční křivka. Laboratorně: leukocytóza, hraniční kalémie, jinak bez závažnějších pozoruhodností.

Závěr: z interního hlediska schopna zvažovaného výkonu.

1.3.2.2 Operační záznam

Lékařská diagnóza: appendicitis phlegmonosa.

Druh operace: appendectomie – 27.11.2007

U pacientky s 12 hodinovou anamnézou v pravém podbřišku s vyznačeným peritoneálním drážděním a elevací leukocytů v krvi přistupujeme k operační revizi s předpokladem akutní appendicitidy.

V celkové anestézii vedeme pararektální řez v pravém podbřišku, v dutině břišní malé množství zkaleného výpotku. Po luxaci céka do rány nacházíme na jeho konci flegmonózně změněný appendix velikosti 6 cm. Po podvazu arteria appendicularis je snášíme a pahýl bezpečně zanořujeme tabáčkovým stehem a přešíváme Z – stehem. Revidujeme 100 cm terminálního ilea – Meckelův divertikl nenalezen. Lymfatické uzliny v mezenteriu nezvětšeny, adnexa drobná zvyklého uložení. Vysušujeme Douglasův prostor. Sestra hlásí, že operační materiál souhlasí. Sutura rány.

1.3.2.3 Pooperační ordinace

Pooperační péče probíhá na intermediálním oddělení, monitorování fyziologických funkcí v intervalu 15 minut do stabilizace stavu. Nebude-li nevolnost či zvracení může za 5 hodin popíjet čaj po doušcích. Ordinována pooperační kontrola kalémie a glykémie. Na oddělení monitorovat bolest. K tlumení bolesti ordinován opiát Dipidolor 1 ampule intramuskulárně v pravidelných intervalech po 8 hodinách. Prevence tromboembolie zajištěna Fragminem v dávce 5000 j s.c. aplikovat v 10.00 hodin. Pokračovat v infúzní terapii 10% roztoku glukózy 500 ml + 12 j. Actrapid HM a Ringerova roztoku 500 ml. Kontrola bilance tekutin po 12 hodinách.

1.3.2.4 Histologický nález

Appendix délky 60 mm a průměru 10 mm, na řezu z lumen vytéká hnis, který je i na seróze. Tuková tkáň mezenteriola šířky až 20 mm. Mikroskopický nález: akutní flegmonózní appendicitis s fibrózně hnisavou periappendicitis a incipientní flegmónou mezenteriola.

1.3.3 Fyziologické funkce a sledování nemocného po operaci

Tabulka č. 8 Fyziologické funkce

Datum	26.11.07	30.11.07	3.12.07	Referenční hodnoty
Tělesná teplota	37,5°C	38,7°C	37°C	36,1–36,9°C
Krevní tlak	130/80	150/90	120/70	100–140/60-90
Tep	86/min	110/min	78/min	50-90/min
Dech	14/min	26/min	12/min	15-20/min
Saturace O₂	98 %	95 %	98 %	91-100 %
Hodnocení bolesti	3	2	0	žádná bolest

Tabulka č. 9 Bilance tekutin

Datum	27.11.07	28.11.07	30.11.07	3.12.07
Příjem	2000 ml	1900 ml	2200 ml	2500 ml
Výdej	1800 ml	1600 ml	1800 ml	1800 ml

1.3.4 Terapie

Tabulka č. 10 Terapeutické schéma

Datum: 30.11. 2007	ordinace	interval	způsob aplikace
dieta	kaše		p.o.
analgetika, opiáty	Dipidolor amp.	á 8 hod	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
infuzoterapie	Ringer roztok 1000 ml	á 24 hod	i.v.
antibiotika	Ampicilin 1 g	á 6 hod	i.v.
antidiabetika	Minidiab 2,5 mg tbl.	á 24 hod	p.o.

Datum: 1.12. 2007	ordinace	interval	způsob aplikace
dieta	kašovitá diabetická		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgín 1 amp..	á 8 hod	i.m.

antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Ampicilin 1 g	á 6 hod	i.v.
antidiabetika	Minidiab 2,5 mg tbl.	á 24 hod	p.o.
hypnotikum	Hypnogen tbl.	á 24 hod	p.o.
infuzoterapie	Ringer roztok 1000 ml	á 24 hod	i.v.

Datum: 2.12. 2007	ordinace	interval	způsob aplikace
dieta	Šetřící diabetická		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgín 1 amp..	á 8 hod	i.m.
antikoagulancia	Fragmin 5000 j.	á 24 hod	s.c.
antibiotika	Ampicilin 1 g	á 6 hod	i.v.
antidiabetika	Minidiab 2,5 mg tbl.	á 24 hod	p.o.
hypnotikum	Hypnogen tbl.	á 24 hod	p.o.
infuzoterapie	Ringer roztok 500 ml	á 24 hod	i.v.

Datum: 3.12. 2007	ordinace	interval	způsob aplikace
--------------------------	-----------------	-----------------	------------------------

dieta	diabetická		p.o.
analgetika, antipyretika	Novalgin 1 amp..	á 8 hod	i.m.
antikoagulancia	Anopyrin 100 mg	á 24 hod	p.o.
antibiotika	Ampicilin 0,5 g	á 6 hod	i.v.
antidiabetika	Minidiab 2,5 mg tbl.	á 24 hod	p.o.
hypnotikum	Hypnogen tbl.	a 24 hod	p.o.

1.4 Fyzikální vyšetření nemocné sestrou dle Kozierové

Klientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou, normostenická. Chůze v mírném předklonu, drží se v pravém podbřišku. Poloha vleže na boku, pokrčené dolní končetiny. Třes nemá. Výška 149 cm, váha 80 kg, krevní tlak 150/90 mm Hg, pulz pravidelný 98/minutu, dechová frekvence 14/minutu, tělesná teplota 38,5°C.

Hlava: mezocefalická, poklepově nebolestivá, výstupy trigeminu nebolestivé.

Oči: obočí řídkší, víčka v normě, oční bulvy ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé.

Uši, nos: bez výpotku.

Rty: růžové, souměrné, bez cyanózy.

Dásně a sliznice dutiny ústní: vlhká, růžová.

Jazyk: růžový, vlhký, plazí ve střední čáře.

Tonzily: nezvětšené.

Chrup: horní a dolní totální protéza.

Krk: krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid souměrná, náplň krčních žil není zvýšená, krční uzliny a štítná žláza nezvětšená.

Hrudník: souměrný, prsy bez hmatné rezistence.

Plíce: dýchání čisté, bez přízvučných fenoménů.

Srdce: akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: pro obezitu hůře prohmatné, palpační citlivost v pravém podbřišku, bez hmatné rezistence, játra a slezina nehmatné, ledviny bimanuálně nehmatné, tapottement negativní.

Končetiny: bez varixů, kloubní pohyblivost dobrá, nebolestivé, bez otoků, periferní pulzace hmatné.

Uzliny: nehmatné.

Páteř: zakřivení fyziologické, nebolestivá.

Reflexy: výbavné.

Kůže: prokrvená bez ikteru a hyperpigmentace, turgor kožní dobrý.

Vlasy a nehty: v normě.

Otoky: nepřítomny.

1.5 Posouzení stavu potřeb klienta podle Majory Gordon (dne 30.11.07)

1.5.1 Podpora zdraví

Klientka se před nynějším onemocněním cítila celkem dobře. Je spokojená, že i vzhledem k jejímu vyššímu věku v podstatě nemá žádné vážné zdravotní problémy. Poslední rok prodělala pouze chřipku. Pro udržení zdraví vykonává procházky a snaží se dodržovat zdravou výživu. Je si vědoma toho, že je obézní, ale má pocit, že to není tak závažné, má základní informace v této oblasti, není si vědoma komplikací. Velmi ráda vaří, snaží se zahrnovat do svého jídelníčku i ovoce a zeleninu. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně. Sledována v diabetologické poradně.

1.5.2 Výživa, metabolismus

Chuť k jídlu je velmi dobrá. V poslední době nedošlo ke změně váhy, pacientka uvádí, že byla celý život „silnější“. Klientka je obézní, BMI 37 odpovídá obezitě 1. stupně.

Potravu přijímá ústy per os. Udává, že vypije 1,5 l tekutin denně, má ráda ochucené minerálky. Stravuje se pravidelně 3x denně (snídaně, oběd, večeře), někdy do jídelníčku zařadí i odpolední svačinu, protože ráda peče. Doma ani v době hospitalizace nemá se stravováním problémy, nyní má dietu kašovitou diabetickou a sestra jí občas přinese na co má chuť. Má funkční totální horní a dolní zubní protézu. Kožní turgor je přiměřený. Nyní udává zvýšené pocení a větší pocit žízně důsledkem zvýšené tělesné teploty.

1.5.3 Vylučování – moče, stolice, potu

Klientka močí spontánně, moč je bez příměsí. Močovou inkontinenci neguje. Vyprazdňování stolice bez obtíží. Doma se vyprazdňuje pravidelně 1x denně, většinou v ranních hodinách, stolice je formovaná. Pokud má problémy s vyprazdňováním, je zvyklá pít ovocné šťávy nalačno. Po operaci defekovala 3. den, dnes ráno již byla na stolici. Obvykle se nadměrně nepotí. Nyní při zvýšené teplotě má dyskomfort.

Na pravé straně podbřišku má operační ránu, která je zanícená, bolestivá a mírně prosakuje. Chirurg převazuje operační ránu hojící se per secundam. Po důkladné toaletě rány je zaveden rukavicový drén.

1.5.4 Aktivita, cvičení

Klientka je zvyklá se probouzet jedenkrát během noci z důvodu močení (asi před rokem doma upadla, nechtěla si rozsvítit). Pak má většinou problémy s usínáním. Někdy se cítí unavená. Po operaci je již plně soběstačná v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a pohybu. Při chůzi, změně polohy, pohybu a při kašli má ještě bolest v operační ráně, kterou hodnotí intenzitou stupně 3 na vizuální analogové škále (1-5).

Hybnost má zachovanou v plném rozsahu, je chodící, kompenzační pomůcky neužívá, vzhledem k bolesti operační rány se cítí při chůzi nejistá. Doma je zvyklá na poměrně časté procházky s manželem, nikdy aktivně nesportovala. Nyní cítí dostatek životní síly a energie a doufá, že bude brzy propuštěna do domácího prostředí, aby se mohla postarat o manžela, který je nyní hospitalizován pro centrální mozkovou příhodu na neurologické klinice.

V současné době během hospitalizace má problémy s usínáním, častěji se probouzí jednak z důvodu bolestivosti operační rány a zároveň z důvodu „cizího prostředí“, ráno se pak cítí unavená. Zjištění rizika pádu – 3 body – pacientka je ohrožena rizikem pádu. (viz příloha č. 3)

1.5.5. Vnímání a poznávání

Klientka je plně orientovaná prostorem, místem a časem. Vědomí má jasné. Řeč je plynulá. Udrží pozornost. Adekvátně odpovídá na dotazy, je komunikativní. Nosí brýle na čtení, které jí vyhovují. Potíže se sluchem nemá. Vnímání a poznávání je u pacientky neporušené a odpovídá jejímu věku. (viz příloha č.1)

1.5.6. Vnímání sebe sama

Je optimistka, na svět se dívá pozitivně. Nepocit'uje strach ani úzkost. Se svým vzhledem je spokojena jen částečně, je obézní, ale „problém v tom nevidí“. Snaží se dodržovat nikoli však pravidelně dodržovat zásady správné výživy, jí ovoce a zeleninu. Chodí na pravidelné procházky.

1.5.7 Vztahy

Klientka bydlí v rodinném domku s manželem, který je nyní hospitalizován pro centrální mozkovou příhodu na neurologickém oddělení, jeho zdravotní stav je již

stabilizovaný a pacientka je ráda, že manžel je celkem v pořádku. Pacientka se cítí „odříznutá od světa“ Má sestru, která jí pravidelně navštěvuje. Je v důchodu, ale mají přátele, se kterými se docela často stýkají. Nemocná se již velmi těší, až budou zase doma společně s manželem. Zprávy o manželovi jí předává její sestra.

1.5.8 Sexualita a vztahy

Klientka měla menstruaci od 13 let, pravidelnou, bez obtíží, nyní menopauza . Je bezdětná. Soužití s manželem je v harmonickém vztahu, manželství trvá 25 let. Vždy si rozuměli nebo se „nějak“ dohodli.

1.5.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klientka zvládá změnu prostředí v době hospitalizace bez obtíží. Stresové situace zvládá a vždy zvládala sama, manžel jí byl oporou. Nyní jí velmi pomáhá sestra, která dochází i na návštěvy za hospitalizovaným manželem pacientky a zároveň obstarává i jejich rodinný domek. (viz příloha č. 2)

1.5.10 Životní principy

V životě vždy pro ni bylo důležité zdraví. Velkou oporou je pro ni manžel, velice jí na něm záleží. Zálibu má ve čtení a chůzi na procházky. Velmi důležitá v životě nemocné je víra, je katolička, chodí do kostela každou neděli. Manžel je také věřící. V nemocnici nic v této oblasti nevyžaduje.

1.5.11 Bezpečnost a ochrana

Klientka má porušenou kožní integritu v oblasti pravého podbřišku, jedná se o operační ránu se zavedeným rukavicovým drénem. Z důvodu bolestí operační rány

nemá pocit jistoty při chůzi, má zavedený periferní žilní katétr na pravé horní končetině. Tělesná teplota je zvýšená 38,5 °C.

1.5.12 Komfort

Pacientka nyní při chůzi, změně polohy, pohybu a při kašli pociťuje bolest v operační ráně v pravém podbřišku, kterou hodnotí intenzitou stupně 3 na vizuální analogové škále (1-5). S nemocničním prostředím v průběhu hospitalizace je spokojená, ale velmi se těší domů, protože si už „špatně zvyká na něco nového“. (viz příloha 4)

1.5.13 Růst a vývoj

Klientka žila vždy podporujícím prostředí, narodila se jako druhé dítě. Materiální zabezpečení její rodiny bylo dostačující. V rodině se nevyskytuje mentální retardace ani těžká porucha učení. Pacientka odpovídá svému věku.

1.6. Ošetrovatelské diagnózy řazené dle priorit klientky

1. 00132 Akutní bolest z důvodu komplikace základního onemocnění projevující se intenzitou stupně 3, hledáním úlevové polohy, verbalizací, nevzpřímeným držetím těla při chůzi a poruchami spánku
2. 00046 Porušena kožní integrita z důvodu operačního zákroku projevující se prosakující operační jizvou
3. 00007 Hypertermie z důvodu zánětlivého procesu projevující se febriliemi, zvýšeným pocením a zvýšeným pocitem žízně
4. 00095 Porušený spánek z důvodu změny prostředí a akutní bolesti projevující se zhoršeným usínáním, častým probouzením během noci a únavou
5. 00053 Sociální izolace z důvodu nepřítomné blízké podporující osoby projevující se verbalizací pocitů osamocení

6. 00001 Nadměrná výživa z důvodu nedodržování životosprávy zdravého životního stylu projevující se BMI 37, zvýšeným příjmem živin a odmítáním redukce hmotnosti
7. 00004 Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity a zavedeného periferního žilního katétru
8. 00155 Riziko pádu z důvodu kooperativního stavu, seniorského věku a pádu v anamnéze

1.6.1 00132 Akutní bolest z důvodu komplikace základního onemocnění projevující se intenzitou stupně 3, hledáním úlevové polohy, verbalizací, nevzpřímeným držením těla při chůzi a poruchami spánku.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepocítuje bolest do 3 dnů

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčinu bolesti do 1 hodiny

Výsledná kritéria:

Pacientka zná úlevovou polohu do 1 hodiny

Pacientka si umí sledovat bolest do 2 hodin

Pacientka umí používat měřicí škálu bolesti do 2 hodin

Pacientka je při chůzi vzpřímena do 2 dnů

Ošetrovatelské intervence:

Postarej se o klidné prostředí do 12 hodin - primární sestra

Vyhledej s nemocnou úlevovou polohu – ihned – primární sestra
Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti – při každém kontaktu
Vysvětli nemocné použití měřicí škály bolesti – do 1 hodiny – primární sestra
Doporuč nemocné metody vedoucí ke snížení bolesti – ihned – primární sestra
Pečuj o pohodlí klientky - průběžně
Podávej analgetika dle ordinace lékaře – ihned – primární sestra
Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky léků – průběžně
Doporuč relaxační cviky do 12 hodin – primární sestra
Kontroluj klientku při hygienických potřebách do 24 hodin
Asistuj asepticky u převazu - dle potřeby
Kontroluj stav operační rány a funkčnost drenáže – průběžně
Zajisti dostatek příjmu tekutin do 2 hodin – primární sestra
Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce nemocné – průběžně
Edukuj rodinu v oblasti bolesti a nutnosti sledování do 24 hodin

Realizace:

Snažila jsem se vytvořit nemocné klidné prostředí a vyhledat vhodnou úlevovou polohu. Doporučila jsme jí metody snížení bolesti (mírná komprese operační rány při pohybu, způsob ukládání na lůžko). Edukovala jsem nemocnou ve významu sledování bolesti a užití měřicí škály bolesti. Podávala jsem léky dle ordinace lékaře a sledovala účinky léků. Asistovala jsem při převazech operační rány. Hodnotila jsme bolest nemocné.

Hodnocení:

Efekt úplný. Pacientka verbalizuje nepřítomnost bolesti, dle vizuální analogové škály udává stupeň 0. Pacientka nezaujímá úlevovou polohu, chodívzpřímeně. Celkově se cítí lépe. Účinek analgetik bez nežádoucích účinků. Předpokládáme, že analgetika nebude muset užívat chronicky.

1.6.2 00046 Porušena kožní integrita z důvodu operačního zákroku projevující se prosakující sekundárně se hojící operační jizvou se zavedeným rukavicovým drénem

Cíl krátkodobý: Zmenšení projevů zánětlivých komplikací, snížení sekrece z rány, prevence macerace kůže hnisavým sekretem

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčinu komplikovaného hojení do 1 hodiny

Cíl dlouhodobý: Rána bude zhojena jizvou, bez projevů zánětlivých komplikací do 20 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka zná projevy hojení rány do 1 hodiny

Pacientka zná hygienické zásady péče o ránu do 2 hodin

Pacientka zná zásady prevence šíření infekce do 2 hodin

Pacientka má ránu krytu sterilním obvazovým krytím do 1 hodiny

Množství sekretu z rány se snižuje do 3 dnů

Pacientka spolupracuje a aktivně se podílí na ošetřování rány do 2 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Edukuj klientku o příčinách vzniku komplikací a o možnostech její aktivní spolupráce na hojení rány do 3 hodin - primární sestra

Umožni klientce sprchovat ránu každý den, zajisti bezpečné prostředí vzhledem k prevenci pádu ve sprše do 6 hodin – primární sestra

Sleduj průběh hojení rány, množství a charakter sekretu – při každém kontaktu

Edukuj o zavedení rukavicového drénu – ihned – primární sestra

Asistuj asepticky u převazu - dle potřeby

Zjistí stav výživy a zajisti odběry biologického materiálu a výsledky vyšetření dle ordinace lékaře

Pečuj o pohodlí klientky - průběžně

Podávej analgetika dle ordinace lékaře – ihned – primární sestra

Podávej antibiotika dle ordinace lékaře - ihned

Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky léků – průběžně

Zajisti dostatek příjmu tekutin do 2 hodin – primární sestra

Sleduj dostatečný příjem stravy - průběžně Podávej léky dle ordinace lékaře – ihned – primární sestra

Kontroluj fixaci a funkčnost drénu – při každém převazu

Prováděj převazy dle platných ošetrovatelských standardů (1x denně, podle potřeby)

Znamenávej vše do dokumentace – denně

Sleduj provádění hygienické péče nemocné - denně

Sleduj dodržování hygienických a preventivních zásad šíření infekce – průběžně

Sleduj a zaznamenávej verbální i neverbální projevy komplikovaného hojení – průběžně

Sleduj fyziologické funkce nemocné a laboratorní výsledky - průběžně

Edukuj rodinu v oblasti hojení ran do 24 hodin – primární sestra

Realizace:

Seznámila jsem klientku s léčebným postupem vzhledem k zanícení operační rány. Edukovala jsem ji o vhodném sprchování operační rány a zajistila jsem nemocné soukromí a bezpečné prostředí ve sprše. Pacientce jsem doporučila, jak má vykonávat hygienickou péči a dodržovat zásady prevence šíření infekce. Poučila jsem nemocnou o dostatečném příjmu tekutin a vhodné stravy, podporující hojivé procesy. Podávala jsem léky dle ordinace lékaře a sledovala účinky léků. Asistovala jsem lékaři při převazech operační rány, podle potřeby jsem měnila sterilní krytí na operační ráně a sledovala funkčnost rukavicového drénu. Zajistila jsem nemocné stravu s bílkovinnými doplňky. Sledovala jsem zdravotní stav nemocné, fyziologické funkce, laboratorní výsledky. Zjištěná měření jsem zaznamenávala do dokumentace. Sestře nemocné jsem vysvětlila problematiku hojení ran a souvisejících komplikací. Průběžně jsem sledovala verbální i neverbální projevy nemocné.

Hodnocení:

V operační ráně přetrvává mírná sekrece, 4. den došlo k odstranění drénu, operační jizva není zcela zhojena. Pacientka pečlivě dodržuje zásady hygienické péče. Kůže v okolí rány je zdravá, bez známek macerace. Pacientka verbalizuje nepřítomnost bolesti, dle vizuální analogové škály udává stupeň 0. Pacientka se ráda sprchuje, vnímá to jako velmi příjemné. Účinek antibiotik bez nežádoucích projevů. Tělesná teplota klesá k normálním hodnotám. Znamky zánětu jsou méně intenzivní.

1.6.3 00007 Hypertermie z důvodu zánětlivého procesu projevující se febriliemi, zvýšeným pocením a zvýšeným pocitem žízně

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít fyziologickou tělesnou teplotu do 2 dnů

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčinu zvýšení tělesné teploty do 1 hodiny

Cíl krátkodobý: Pacientka má komfort na lůžku a cítí se příjemně do 2 hodiny

Výsledná kritéria:

Pacientka zná význam pitného režimu při zvýšení tělesné teploty do 2 hodin

Pacientka má sníženou tělesnou teplotu o 1°C do 2 hodin

Pacientka se nadměrně nepotí do 2 dnů

Pacientka má normální příjem tekutin do 3 dnů

Pacientka je poučena o účinku antipyretik a antibiotik do 1 hodiny

Pacientka spolupracuje při měření tělesné teploty 1 hodiny

Pacientka přijímá dostatek tekutin do 12 hodin

Pacientka leží v čistém lůžku a má zajištěnu tělesnou hygienu do 2 hodin

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj tělesnou teplotu nemocné a zaznamenávej do dokumentace

Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce nemocné – průběžně

Edukuj pacientku o významu pitného režimu při zvýšení tělesné teploty – ihned – primární sestra

Podej léky dle ordinace lékaře – ihned – primární sestra

Sleduj žádoucí a nežádoucí účinky podaných léků – ihned – primární sestra

Zajisti dostatek tekutin nemocné k lůžku – ihned – primární sestra

Umožni nemocné dostatečnou hygienickou péči do 2 hodin – primární sestra

Zajisti dostatečnou výměnu prádla a čistotu prostředí - průběžně

Sleduj pocení a pocit žízně u nemocné – průběžně

Zaznamenávej výsledky svých měření do dokumentace – průběžně

Sleduj a výsledky laboratorních vyšetření – průběžně

Zajisti dostatečně klidné prostředí nemocné – průběžně

Edukuj rodinu v oblasti termoregulace a zajištění prádla pro nemocnou – do 24 hodin – primární sestra

Vysvětli nemocné význam antipyretické a antibiotické léčby – do 1 hodiny – primární sestra

Doporuč nemocné podpůrné metody vedoucí ke snížení tělesné teploty – do 4 hodin – primární sestra.

Realizace:

Během ošetřování jsem se starala o komfort pacientky na lůžku s ohledem na suché, čisté lůžkoviny a prádlo. Po dohodě se spolupacientkami jsem větrala a korigovala pokojovou teplotu. Doporučila jsem klientce metody k ochlazování těla, což vnímala

jako příjemné. Aktivně jsem nabízela častější možnosti tělesné hygieny i na lůžku. Podávala jsem léky dle ordinace lékaře a sledovala účinky léků. Asistovala jsem při převazech operační rány. Monitorovala jsem fyziologické funkce, zejména tělesnou teplotu a bilanci tekutin, edukovala jsem jí ve významu pitného režimu a zvýšené hygienické péče v souvislosti se zvýšením tělesné teploty. Edukovala jsem sestru nemocné o zajištění prádla pro pacientku.

Hodnocení:

Tělesná teplota je v normě. Klientka se cítí příjemně, v čistotě. Používá chladivé polštářky. Příjem tekutin je dostatečný.

1.6.4. 00095 Porušený spánek z důvodu změny prostředí a akutní bolesti projevující se zhoršeným usínáním, častým probouzením během noci a únavou

Cíl krátkodobý: Pacientka se vyspí alespoň 8 hodin do 1 dne

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe příčiny porušeného spánku do 2 hodiny

Cíl dlouhodobý: Pacientka má fyziologický spánek do 5 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka se cítí odpočinitá a v dobré náladě

Pacientka zná účinek ordinovaných hypnotik do 2 hodin

Pacientka vnímá lůžko jako pohodlné.

Pacientka zná polohy , které jí pro spánek vyhovují do 24. hod.

Pacientka usíná do 30 minut po uložení do 3 dnů

Pacientka se cítí odpočinitá do 4 dnů

Pacientka se nebudí během noci do 3 dnů

Intervence:

Zjistí spánkové návyky pacientky do 2 hodin – primární sestra
Vysvětlí příčiny poruch spánku (nemocniční prostředí, bolest, pocit osamocení, zdravotní stav) do 2 hodin – primární sestra
Prodiskutuj s nemocnou vyhovující polohy ke spánku do 2 hodin – primární sestra
Zajisti pro spánek klidné prostředí do 24 hodin
Sleduj a tiš bolest pacientky – ihned – primární sestra
Umožni hygienickou péči nemocné před usnutím – denně
Eliminuj veškeré rušivé faktory spánku – denně
Nabídní nemocné volnočasové aktivity – do 12 hodin
Vyvětrej nemocniční pokoj pacientky – denně
Sleduj ostatní projevy nemoci – průběžně
Komunikuj s nemocnou a naslouchej jí – při každém kontaktu
Zaznamenávej zjištění do dokumentace – průběžně
Postarej se o klidné prostředí, vyhovující klima pro spánek - ihned- primární sestra
Monitoruj stupeň bolesti a intervenuj – ihned – primární sestra
Podávej analgetika dle ordinace lékaře – ihned – primární sestra
Zjistí negativní vlivy, které ruší spánek nemocné a minimalizuj je nebo odstraň – do 1 dne
Doporuč nemocné relaxační metody – ihned – primární sestra
Zjistí a minimalizuj obavy nebo strach nemocné – ihned – primární sestra
Pečuj o pohodlí klientky - průběžně
Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky léků – průběžně
Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce nemocné – průběžně
Aktivizuj pacientku k denním činnostem podle zdravotního stavu – průběžně

Realizace:

Zjistila jsem spánkové návyky nemocné, snažila jsem se odstranit veškeré rušivé faktory spánku. Před spánkem jsem vyvětrala pokoj. Ve večerních hodinách jsem umožnila nemocné provést hygienickou péči. Klientka nepožadovala žádné úpravy. Sledovala jsem kvalitu spánku v souvislosti s ostatními projevy nemoci, hodnotila jsem

bolest. Tlumila jsem bolest aplikací analgetik a doporučila vhodné relaxační techniky. Podle potřeby jsem podala hypnotikum a sledovala účinek léku. Snažila jsem se probudit zájem o aktivity denního režimu, nabízela četbu, rozhlas. Zjišťovala jsem rozhovorem a pozorováním faktory, které by mohly pacientku stresovat nebo které vyvolávají obavy.

Hodnocení:

Klientka neuvedla žádné spánkové návyky, špatně se jí usínalo a v průběhu noci se budila. Přesto, že se denním volnočasovým aktivitám věnovala, udávala, že se necítí zcela odpočatá.

Je klidná, odpočívá i přes den, protože noční spánek jí nestačí. I když se podařilo minimalizovat ruch na oddělení a podalo se hypnotikum, spánek není dostatečný. Pacientka neguje bolest nebo strach. Předpokládáme, že hypnotika nebude muset v domácím prostředí užívat.

1.6.5 00053 Sociální izolace z důvodu nepřítomné blízké podporující osoby projevující se verbalizací pocitů osamocení

Cíl dlouhodobý: Pacientka má minimalizován pocit sociální izolace během hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příčinu pocitu sociální izolace do 1 hodiny

Výsledná kritéria:

Pacientka denně telefonicky komunikuje s manželem do 2 hodin

Pacientka projevuje zájem o své okolí do 24 hodin

Pacientka neverbalizuje pocit sociální izolace do 3 dnů

Ošetrovatelské intervence:

Sleduj verbální i neverbální projevy nemocné – ihned – primární sestra

Sleduj projevy osamělosti – ihned – primární sestra

Vysvětlí příčiny pocitů osamění – ihned- primární sestra
Zapoj aktivně pacientku do léčebného režimu - do 24 hodin
Zapoj pacientku do kolektivu na pokoji - do 24 hodin
Umožni pacientce nerušené telefonické spojení s hospitalizovaným manželem do 1
hodiny – primární sestra
Umožni nemocné volnočasové aktivity (sledování televize a četba) – 12 hodin
Vysvětlí sestře nemocné význam návštěv u pacientky – do 24 hodin
Komunikuj s nemocnou o problému a naslouchej jí – při každém kontaktu

Realizace:

Sledovala jsem verbální i neverbální projevy nemocné a snažila jsem se jí vysvětlit příčiny jejího pocitu osamocení. Navrhla jsem nemocné sledování televize a využití přenosné televize v nemocnici. Snažila jsem se pacientce při každém kontaktu naslouchat a dát jí dostatečný časový prostor k vyjádření svých pocitů. Vysvětlila jsem sestře nemocné, přínos jejich návštěv u klientky. Telefonicky jsem se spojila s oddělením, kde byl hospitalizován manžel, abych umožnila jejich kontakt.

Hodnocení:

Efekt částečný, pacientka se začala aktivně zajímat o své okolí, o dění na oddělení. Verbalizovala menší pocit osamocení a obav především díky dennímu telefonickému kontaktu se svým manželem a možnosti sledování televizních pořadů z lůžka. Se sestrou má dobrý vztah, na její návštěvy se těší.

1.6.6 00001 Nadměrná výživa z důvodu nedodržování životosprávy zdravého životního stylu projevující se BMI 37, zvýšeným příjmem živin a odmítáním redukce hmotnosti

Cíl dlouhodobý: Pacientka zredukuje 1 kilogram hmotnosti za 3 týdny

Cíl krátkodobý: Pacientka zná komplikace obezity i v souvislosti s diabetem do 1 hodiny

Výsledná kritéria:

Pacientka umí vypočítat BMI do 24 hodin

Pacientka chápe význam dodržování životosprávy do 24 hodin

Pacientka chápe význam sledování hmotnosti do 24 hodin

Pacientka sestaví svůj denní jídelníček do 3 dnů

Intervence:

Edukuj nemocnou o nutnosti redukce hmotnosti a o komplikacích obezity do 24 hodin – primární sestra

Povzbuzuj a motivuj nemocnou k redukci hmotnosti– průběžně

Zjistí stravovací návyky pacientky a prodiskutuj vhodné stravovací návyky do 24 hodin – primární sestra

Sestav s nemocnou vhodný jídelníček do 48 hodin – primární sestra

Navrhni potřebné změny v životosprávě do 24 hodin

Edukuj rodinu o změně stravování a zjisti jaký mají k problému přístup do 24 hodin

Sleduj pitný režim nemocné a chuť k jídlu – průběžně

Pravidelně kontroluj hmotnost nemocné ve stejnou dobu a ve stejném oblečení – denně – primární sestra

Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem do 24 hodin

Realizace:

Nemocné jsem vysvětlila význam redukce hmotnosti a komplikace obezity. Snažila jsem se jí motivovat k dodržování redukční diety. Pravidelně jsem klientku vážila a hodnoty jsem zaznamenávala do dokumentace. Společně jsme sestavili vhodný jídelníček. Nemocné jsem zajistila konzultaci s nutričním terapeutem. Sestru jsem edukovala a vyzvala jsem jí ke spolupráci při donášení dalšího jídla klientce.

Hodnocení:

Vzhledem k dietnímu omezení po operaci pacientka zredukovala svou hmotnost o 1 kilogram, snažila se omezit příjem energeticky bohaté potravy a dodržovala pitný režim. Cítila se motivovaná k redukci hmotnosti i po propuštění do domácího prostředí.

1.6.7 00004 Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity v místě operační rány a zavedeného periferního žilního katétru a drénu

Cíl dlouhodobý:Pacientka nejeví známky rozšíření infekce

Cíl krátkodobý:Pacientka zná projevy infekce do 2 hodin

Intervence:

Pátrej po projevech infekce při každé manipulaci s periferním žilním katétrem – průběžně

Při projevech komplikací odstraň periferní žilní katétr a zaveď nový – podle potřeby, po 48 hodinách.

Převazuj operační ránu sterilním obvazovým krytím – průběžně

Veškerá zjištění zaznamenávej do dokumentace - průběžně

Pouč pacientku o známkách infekce do 1 hodiny – primární sestra

Dodržuj hygienicko-epidemiologické zásady a aseptický přístup při ošetřování – při každém kontaktu

Měř a zaznamenávej fyziologické funkce – průběžně

Sleduj funkčnost periferního žilního katétru a drénu

Sleduj průběh hojení operační rány a zaznamenávej do dokumentace – průběžně

Sleduj fyziologické funkce a zaznamenávej do dokumentace – průběžně

Sleduj laboratorní výsledky a zaznamenávej do dokumentace- průběžně

Edukuj pacientku i rodinu v oblasti preventivních opatření včetně hygienické péče – do 24 hodin

Realizace:

Seznámila jsem nemocnou s projevy infekce v místě vpichu periferního žilního katétru i operační rány a s nutností dodržovat preventivní opatření. Sledovala jsem stav rány, funkčnost drénu a periferního žilního katétru. Měřila jsem fyziologické funkce a hojení rány. Edukovala jsem sestru nemocné v této problematice. Dodržovala jsem hygienicko-epidemiologické zásady a aseptický přístup při poskytování ošetrovatelské péče. Převazovala jsem operační ránu denně a podle potřeby. Periferní žilní katétr byl vyměněn po 48 hodinách. K projevům komplikací nedošlo.

Hodnocení:

Efekt úplný, pacientka po celou dobu ošetrovatelské péče nejevila známky infekce. Operační rána měla tendence se hojit.

1.6.8 00155 Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu, seniorského věku a pádu v anamnéze

Krátkodobý cíl: Pacientka zná zásady bezpečnosti na oddělení v souvislosti s pádem do 1 hodiny

Dlouhodobý cíl: Během hospitalizace nedojde k pádu pacientky

Intervence:

Pouč nemocnou o zásadách bezpečnosti a důležitosti jejich dodržování – ihned – primární sestra

Nabídní nemocné pomoc při vstávání z lůžka, při chůzi a pohybu na oddělení – ihned – primární sestra

Seznam nemocnou s možností použití kompenzačních pomůcek do 1 hodiny – primární sestra

Sleduj a hodnot' projevy onemocnění a pooperačního stavu (bolest, zvýšená teplota, únava, slabost) – průběžně

Zajisti nemocné pomocná zařízení lůžka – ihned – primární sestra

Zajisti signalizační zařízení k lůžku – ihned – primární sestra

Edukuj v metodách vedoucí ke snížení bolesti při chůzi – do 1 hodiny

Zkontroluj a zajisti vhodnou obuv pacientky – ihned – primární sestra

Edukuj sestru nemocné ohledně bezpečnosti a prevence pádu do 24 hodin

Realizace:

Nemocnou jsem seznámila se zásadami bezpečnosti při pohybu a chůzi na oddělení a zajistila signalizační zařízení k lůžku na dosah. Nabídla jsem nemocné použití chodítka. Sledovala jsem její verbální i neverbální projevy a zdravotní stav. Nabídla jsem pomoc při chůzi a doporučila mírnou kompresi operační rány. Edukovala jsem nemocnou i její sestru ohledně vhodné obuvi.

Hodnocení:

Efekt úplný, pacientka chodítka odmítla, mírně si ránu při chůzi komprimovala. V ošetrovacím období pádu nedošlo.

1.7 Edukace pacienta

1.7.1 Edukační anamnéza

Jméno a příjmení:	H.F.
Oddělení:	chirurgické
Lékařská diagnóza:	komplikovaný stav po appendektomii, hojení operační rány per secundam
Edukační potřeba v oblasti:	zvýšená hygienická péče a dodržování zdravého životního stylu (nadváha)

Zaměření edukace:	režimová opatření pro podporu hojení rány a snížení hmotnosti
Forma edukace:	rozhovor
Doporučení:	stravovací návyky, omezení tuků a sacharidů, převaha bílkovin a vitamínů
Edukant:	klientka, rodinný příslušník - sestra
Edukátor:	primární sestra
Vztah k zařízení:	klientka je adaptovaná na prostředí, spolupracuje
Používání pomůcek, závislost na přístrojích:	doporučen podpurný břišní pás
Existující komunikační bariéra:	neexistuje.
Motivace k edukaci:	klientka je aktivní, má zájem o včasné zhojení rány a dimisi
Biorytmus:	klientka je vnímavější k novým podnětům v dopoledních hodinách
Chronické onemocnění:	klientka je sledována v diabetologické poradně pro diabetes mellitus 2.typu, užívá antidiabetikum, zná komplikace diabetu a umí rozpoznat jejich projevy.
Bolest:	akutní bolest vzhledem k prodělanému operačnímu výkonu, bolest úspěšně tlumena analgetiky.
Zdroj informací:	primární sestra, lékař, fyzioterapeut
Edukace plánovaná:	v oblasti snižování nadváhy se můžeme zaměřit na stravovací návyky a skladbu jídelníčku. Edukaci zahájíme během hospitalizace.

1.7.2 Stanovení edukační diagnózy

00099 Neefektivní podpora zdraví z důvodu nedostatečné znalosti dodržování zdravého životního stylu projevující se zvýšeným příjmem potravy a bagatelizací obezity

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná zásady zdravého životního stylu a racionální stravy do propuštění

Cíl krátkodobý: Pacientka zná komplikace obezity do 2 hodin

Výsledná kritéria:

Pacientka zná význam redukční diety do 2 hodin

Pacientka zná vhodné potraviny s nízkým energetickým obsahem do 2 hodin

Pacientka si umí sestavit jídelníček pro redukci hmotnosti do 1 dne

1.7.3 Edukační plán

Didaktické pomůcky: letáky, časopisy

Význam edukace v oblasti potřeby: význam spočívá v předcházení komplikacím vznikajících z obezity

Obsah tématu: skladba jídelníčku, energetická hodnota potravin, pohybový režim, dopad nadváhy na zdravotní stav, souvislost nadváhy s onemocněním diabetes mellitus, denní režim

Organizační forma: individuální výuka

Metodika: metody slovní (vysvětlování, práce s textem, rozhovor),
metody názorně demonstrační (instruktáž),
metody praktické,
diskusní metody,
metody situační (řešení situace)
skupinová výuka

Podmínky: pacientka se cítí fyzicky i psychicky dobře, spolupracuje, má zájem o edukaci, zajištěno pohodlí a klidné prostředí

1.7.4 Edukační záznam, realizace

Datum: 2.12.07

Čas: 11.00 hod

Edukační potřeba v oblasti: správné životosprávy

Téma edukace: skladba jídelníčku

Forma edukace: individuální

Reakce na edukaci: klientka vítá návrh edukace v oblasti stravování s životosprávy

Doporučení: kontrola tělesné hmotnosti, vedení záznamu o stravování, studium tištěných materiálů, konzultace s nutričním terapeutem

Edukant: klientka, rodinný příslušník

Edukátor: primární sestra

Realizace: během první konzultace jsem klientku seznámila s kontrolou správné hmotnosti pomocí metody BMI, předala jsem klientce pomůcku pro výpočet hmotnosti, s pomocí tištěných tabulek jsme diskutovali o potravinách a doplňcích, představila jsem pacientce návrh vhodného jídelníčku.

Hodnocení: pacientka spolupracuje, rozumí a klade otázky

1.7.5 Kontrolní otázky pro sestru

Pro hodnocení pacienta jsou stanoveny následující kontrolní otázky.

Tabulka č. 11 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. klientka je ve zdravotním i psychickém stavu vhodném pro edukaci?	1. ano
2. klientka projevuje zájem o edukaci?	2. ano
3. klientka je schopna sebezpečí?	3. ano

1.7.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Úspěšnost edukace zhodnotíme prostřednictvím následujících kontrolních otázek.

Tabulka č. 12 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
--------------------------	--------------------------

- | | |
|---|--|
| 1. jak zjistíte rozmezí normální tělesné hmotnosti? | 1. pomocí testovacího „kolečka“ BMI |
| 2. pomocí čeho sestavíte racionální jídelníček? | 2. jídelníček sestavujeme s pomocí tabulky o energetické hodnotě potravin |
| 3. jaké znáte komplikace obezity? | 3. obezita má negativní vliv na orgánové soustavy – srdečně-cévní systém, pohybový systém, trávicí systém atd. |

1.7.7 Zhodnocení edukace

Volba tématu klientku zaujala, uvítala plánované konzultace i s nutričním terapeutem a po domluvě se sestrou, která jí bude oporou se rozhodla snížit svou tělesnou hmotnost. Na hodnocení úspěchu – snížení hmotnosti je třeba delší časový interval. Edukace byla úspěšná. Klientka zvládla manipulaci s pomůckou pro výpočet Body mass indexu.

1.7.8. Stanovení edukační diagnózy

00099 Neefektivní podpora zdraví z důvodu nedostatečné znalosti hygienického režimu při hojení rány per secundam

Cíl dlouhodobý: Klientka zná zásady aseptického přístupu k operační ráně

Cíl krátkodobý: Klientka zná příčiny komplikací s hojením operační rány

Výsledná kritéria:

Klientka spolupracuje při ošetřování operační rány

Klientka dodržuje zvýšená hygienická opatření

1.7.9 Edukační plán

- Didaktické pomůcky: nejsou k dispozici
- Význam edukace v oblasti potřeby: význam spočívá v podpoře hojení operační rány a zamezení šíření infekce z operační rány
- Obsah tématu: zásady hygieny rukou, toaleta rány, význam drenáže a sterilního krytí
- Organizační forma: individuální výuka
- Metodika: metody slovní (vysvětlování, rozhovor),
metody názorně demonstrační (instruktáž),
metody praktické,
diskusní metody,
metody situační (řešení situace)
- Podmínky: pacientka se cítí fyzicky i psychicky dobře, spolupracuje, má zájem o edukaci, edukace provádí ošetrovatelské činnosti průběžně

1.7.10. Edukační záznam, realizace

Datum: 30.11.07

Čas: 10.00 hod

Edukační potřeba v oblasti: hygienického režimu

Téma edukace: toaleta rány, hygiena rukou

Forma edukace: individuální

Reakce na edukaci: klientka vítá edukaci v průběhu ošetřování

Doporučení:	v péči o ránu je třeba spolupracovat s léčebným postupem, léčba vyžaduje konzultace se sestrou nebo s lékařem
Edukant:	klientka
Edukátor:	primární sestra, lékař
Realizace:	v průběhu ošetřování rány a převazů jsem klientku poučila o vhodnosti sprchování rány, kontrole funkčnosti sterilního krytí a dodržování hygieny rukou.
Hodnocení:	pacientka spolupracuje, rozumí a klade otázky, aktivně se podílí na ošetřování rány.

1.7.11 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č. 13 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. klientka je ve zdravotním i psychickém stavu vhodném pro edukaci?	1. ano
2. klientka projevuje zájem o edukaci?	2. ano
3. klientka je schopna sebezpěče?	3. ano

1.7.12 Kontrolní otázky pro pacienta

Tabulka č. 14 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. jaké jsou známky zánětu?	1. zvýšení tělesné teploty, zarudnutí v místě operační rány, bolestivost
2. jaké zásady je nutno dodržovat?	2. hygienická péče o ruce před a po manipulaci s ránou, hygienická péče o ruce po

3. jak kryjete operační ránu, která prosakuje? vyprazdňování
3. rána, která není zhojena je kryta sterilním
mulovým materiálem

1.7.13 Zhodnocení edukace

Klientka uznává podíl na hojení rány a má snahu. Úspěch hojení rány ovlivní i trvání hospitalizace. Edukace byla úspěšná. Klientka dodržovala hygienická opatření.

1.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

1.8.1 Zhodnocení pacientem

Po zhodnocení poskytované péče jsme došli k závěru, že je klientka spokojená a podařilo se nám naplnit cíle ošetrovatelské péče. Tento výsledek byl motivací nejen pro mou klientku, ale byl povzbuzující i pro mou vlastní práci. Prognóza pacientky je velmi dobrá. Hojení operační rány probíhá bez dalších komplikací. Přidružené onemocnění, kterým je diabetes mellitus je kompenzováno a klientka bude i nadále dispenzarizována v diabetologické poradně.

1.8.2 Zhodnocení sestrou

Výhodou ošetrovatelského pracovního systému primární sestry je možnost vytvoření velmi blízkého vztahu s pacientem. To sestře umožňuje navázání

důvěryhodnějšího vztahu, kdy je klient upřímnější a sděluje sestře i intimní podrobnosti nebo starosti svého života. Sestra mu může lépe porozumět a společně pak mohou stanovit nejoptimálnější plán ošetrovatelské péče tak, aby klientovi přinesl užitek a bylo dosaženo stanovených cílů. I já jsem s pacientkou prožila její období hospitalizace, kdy sice došlo ke komplikacím vzhledem k hojení operační rány, ale podařilo se nám minimalizovat negativní dopad komplikovaného stavu na její psychickou i fyzickou kondici.

1.9 Závěr

Ošetrovatelské činnosti jsou od svých začátků spojeny s edukací nemocných. Tento pojem ale nebyl běžně používán. Již Florence Nightingalová hovoří o motivaci pacienta prostřednictvím dostatečné informovanosti a znalostí, které mu ošetrovatelka předává. Edukace klientů je základním pilířem úspěšné spolupráce s cílem, aby mohl být klient aktivní v péči o své zdraví.

V závěrečné práci jsem se zaměřila i na tuto oblast, na edukaci klienta s poruchou výživy a komplikovaným hojením operační rány. Tyto ošetrovatelské problémy se týkají velkého množství pacientů a poznatky můžeme tedy použít i pro klienty s jiným základním onemocněním zejména proto, že o edukaci nemocných neexistuje ucelený písemný materiál.

Písemná práce tedy přináší poznatky jak sestřám s odbornou praxí, tak i absolventkám nebo studentkám ošetrovatelství, které praktikují na chirurgickém oddělení.

Literatura

ČIHÁK, Radomír Anatomie 2. Praha: Avicenum, 1988

DOENGES Marylin Kapesní průvodce sestry. Praha: Grada 2007. ISBN 80-247-0242-8

HRABOVSKÝ, Jaromír Chirurgie učebnice pro zdravotnické školy. Praha: Eurolex Bohemia a.s., 2006. ISBN 80-86861-49-X

JUŘENÍKOVÁ Petra a kol. Ošetřovatelství. Uherské Hradiště: L.V.PRINT 1999.

MIKŠOVÁ Zdeňka Kapitoly z ošetřovatelské péče II. Vsetín: Nalios 1998.

NEJEDLÁ, Marie Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1150-8

PAFKO Pavel Náhlé příhody břšní. Praha Grada 2006. ISBN 80-247-0981-3

PUTZ Reinhard Sobottův atlas anatomie člověka. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-1870-5

TRACHTOVÁ Eva Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: NCO NZO 1998. ISBN 80-7013-324-4

VYHNÁLEK, František Chirurgie II. Praha: Informatorium 1997. ISBN 80-86073-13-0