

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

Praha 5

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA
TRAUMATOLOGICKO-CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE PAŘENICOVA, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Pařenicová Lucie
3. BSV

Schválení tématu bakalářské práce

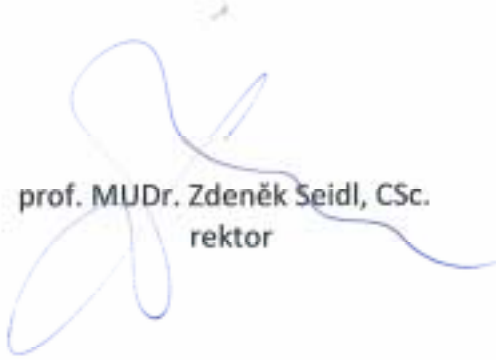
Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče na traumatologicko-chirurgickém
oddělení

Specifics of Nursing Care in Trauma-Surgery Departments

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 12. 7. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne: 1. 8. 2012

.....
Lucie Pařenicová, DiS.

ABSTRAKT

PAŘENICOVÁ, Lucie. *Specifika ošetrovatelské péče na traumatologicko-chirurgickém oddělení*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha, 2012. 60 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je popis specifík ošetrovatelské péče na traumatologicko – chirurgickém oddělení a následné vypracování ošetrovatelského procesu u pacientky s diagnózou polytrauma. Teoretická část práce popisuje historii chirurgie a ošetrovatelství, specifika ošetrovatelské péče na traumatologicko – chirurgickém oddělení a dále je zaměřena na poranění lebky a mozku. Nosnou částí práce je vypracování ošetrovatelského procesu a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle kapesního průvodce zdravotní sestry. Cílem ošetrovatelského procesu bylo splnění všech bio-psycho-sociálních potřeb, návrat pacientky do běžného a plnohodnotného života a návrh doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Chirurgie. Mapy ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces. Specifika ošetrovatelské péče. Traumatologie.

ABSTRAKT IN ENGLISH

Pařenicová, Lucy. Specifics of nursing care to trauma-surgery department. College of Health, Public Service Company. The degree of qualification: Bachelor's degree (Bc.). Leader: Assoc. Mgr. Jitka Nemcova, Ph.D. Prague, The 2012th. 60 p.

The main topic of the thesis is a description of specific nursing care to trauma - surgical ward and the subsequent development of nursing process in a patient with dg. polytrauma. The theoretical part describes the history of surgery and nursing, nursing care specific to trauma - Department of Surgery and is focused on the skull and brain injuries. Main part of work is the development of nursing process and the establishment of nursing diagnoses according to nurses pocket guide. The aim of the nursing process to meet all the bio-psycho-social needs, patients return to normal and full life and to propose recommendations for practice.

Keywords

Surgery. Maps of nursing care. Nursing. Nursing process. Specifics of nursing care. Traumatology.

PŘEDMLUVA

Nemoc je pro každého člověka velmi nepříjemnou záležitostí, všichni víme, že nemocné tělo potřebuje lékaře, ale k uzdravení duše potřebujeme přítele a tím by se každá sestra měla stát. Tedy chápat člověka ze všech pohledů, plnit jeho přání a zajistit mu plnohodnotný návrat do života a zvládnání jeho denních aktivit, či klidné a důstojné prožití jeho posledních dnů života.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na specifika traumatologicko-chirurgického oddělení a využití ošetrovatelského procesu zde. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že ošetrovatelský proces byl vypracován cílevědomě a plánovaně, za účelem návratu plnohodnotného života pacientky.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecné sestry a pracovním zařazením na traumatologicko–chirurgickém oddělení. Podklady pro práci jsem čerpala zejména z knižních pramenů, odborných časopisů, ale také z vydaných standardů, dokumentů na oddělení Traumatologie - nemocnice Šternberk, a také z mých aktuálních poznatků.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, ale také v ní mohou najít zajímavosti sestry z praxe, které se věnují oboru chirurgie a traumatologie.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 12 |
| 1 VÝVOJ ČESKÉ CHIRURGIE | 13 |
| 1.1 HISTORIE CHIRURGIE A TRAUMATOLOGIE | 13 |
| 2 OŠETŘOVATELSTVÍ | 16 |
| 2.1 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 16 |
| 2.2 POJEM OŠETŘOVATELSTVÍ | 17 |
| 2.3 POTŘEBY NEMOCNÝCH S PORUCHOU VĚDOMÍ | 19 |
| 2.3.1 <i>Definice pojmu potřeba</i> | 19 |
| 2.4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES | 21 |
| 2.5 FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU | 22 |
| 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA TRAUMATOLOGICKO- CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ | 25 |
| 3.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA TRAUMATOLOGICKO- ODDĚLENÍ Z POHLEDU SESTRY | 25 |
| 3.1.1 <i>Polytrauma</i> | 25 |
| 3.2 NÁROČNOST PRÁCE SESTRY | 27 |
| 3.2.1 <i>Fyzická práce a zátěž v ošetrovatelské péči</i> | 27 |
| 3.2.2 <i>Psychická zátěž sestry v ošetrovatelské péči</i> | 28 |
| 3.2.3 <i>Mapy péče</i> | 28 |
| 4 CHARAKTERISTIKA PORANĚNÍ LEBKY A MOZKU | 31 |
| 4.1 STRUČNÁ ANATOMIE MOZKU | 31 |
| 4.2 PRIMÁRNÍ PREVENCE U PORANĚNÍ HLAVY A MOZKU | 31 |
| 4.3 PŘÍČINY PORANĚNÍ LEBKY A CNS (CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM) | 31 |
| 4.5 PRVNÍ POMOC PŘI ÚRAZU HLAVY | 32 |
| 4.6 TYPY PORANĚNÍ LEBKY A MOZKU | 32 |
| 4.6.1 <i>Přímé poškození</i> | 33 |
| 4.6.2 <i>Nepřímé poškození</i> | 33 |
| 4.7 LÉČBA U PORANĚNÍ MOZKU | 34 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍM | 35 |
| 6 NÁVRH OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DO PRAXE | 58 |
| ZÁVĚR | 60 |
| SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ | 61 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 64 |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ALT**zkr. enzym, jehož aktivita v krvi se zvyšuje zejména u jaterního poškození
- APTT**angl. zkr. aktivovaný parciální tromboplastinový čas
- ARO**zkr. anesteziologicko – resuscitační oddělení
- AST**zkr. enzym jehož množství v krvi se zvyšuje zejména u infarktu myokardu
- BMI**angl. zkr. body-mass index
- CNS**zkr. centrální nervový systém
- CRP**C – reaktivní protein
- CT**angl. zkr. počítačová tomografie (computed tomography)
- CŽK**zkr. centrální žilní katetr
- DRG**angl. zkr. diagnosis related groups; diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz
- EKG**zkr. 1. elektrokardiografie
- ERY**erytrocyty
- FN**zkr. fakultní nemocnice
- GCS**angl. zkr. glasgowská klasifikace bezvědomí Glasgow coma scale
- GIT**zkr. gastrointestinální trakt, trávicí ústrojí
- GMT**zkr. glutamyltransferáza
- IM**zkr. infarkt myokardu
- INR**zkr. international normalization ratio, k vyjádření hodnoty Quickova testu
- K**kalium
- KPR**zkr. kardiopulmonální resuscitace
- MR**zkr. magnetická rezonance
- NGS**zkr. nasogastrická sonda
- p. o.**zkr. lat. per os, nebo perorální, tj. ústy. způsob užívání léků
- PMK**zkr. permanentní močový katetr
- PNO**zkr. Pneumothorax
- př. n. l.** ...zkr. před našim letopočtem
- PŽK**zkr. periferní žilní katetr
- RTG**zkr. rentgen
- SAK**zkr. subarachnoideální krvácení
- Stp.**lat. zkr. status post, stav po.
- UPV**zkr. umělá plicní ventilace
- WHO**zkr. World health organization. Světová zdravotnická organizace (SZO)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces – chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

Acidemie – nadbytek kyselin (kyselých iontů) v krvi

Amnézie – částečná nebo úplná ztráta paměti

Analgesice – tlumení bolesti a zklidnění

Anestezie – znecitlivění, ztráta vnímání dotyků, bolesti, tepelných změn, apod.

Asepsa – naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Aspirace - vdechnutí

Atlantookcipitální – týkající se prvního krčního obratle a tylní kosti

Bradykardie – zpomalení srdeční frekvence pod 60 úderů za minutu

Costa – žebro

Decelace – ztráta rychlosti

Dekubitus – proleženina. Ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobujícího poruchu prokrvení.

Denzita - hustota. užívá se zejm. ve spojení d. obrazu v radiologii

Dexter - zkr. dx. – lat. pravý. L. dx. – vpravo, na pravé straně

Dorsum - lat. hřbet. zejm. ve smyslu hřbetu určitého orgánu,

Drenáž (drainage) – odstranění tekutiny z ran (po úrazu, po operaci)

Emfyzém – nahromadění vzduchu v tkáních

Epidurální – týkající se prostoru mezi lebkou a tvrdou plenou mozkovou

Erythrocyty – červená krvinka

Ethmoideálně – čichově

Fluidothorax – přítomnost tekutiny v pohrudniční dutině

Frontální – čelní

Hematokryt – rel. objem erytrocytů v krvi vyjádřený jako zlomek

Hemoglobin – červené krevní barvivo

Holismus - celistvost

Hygrom – dutina vyplněná tekutinou

Hyperkapnie - zvýšení parciálního tlaku

Hypodézní - mající nízkou hustotu

Hyponatremie – snížená koncentrace sodíku

Hypoproteinemie – nízký obsah bílkovin v krvi

Hypoventilace – nedostatečné, mělké dýchání

Hypovolemie- snížení objemu obíhající krve

Hypoxemie - nedostatek kyslíku v krvi

Incize – naříznutí, chirurgické otevření

Infekce - nákaza

Kalva – klenba lebeční

Komoce - lat. commotio - otřes mozku

Komprese – stlačení, stisknutí.

Kontuze – zhmoždění

Kortikální – korový

Kraniocerebrální – týkající se lebky a mozku

Kreatinin – látka vznikající ve svalech z kreatinu

Leukocyty – bílá krvinka

Maxilárně – týkající se horní čelisti

Nativní - existující v přírodním, přirozeném, dalšími postupy neovlivněném stavu

Osmolalita – celkové množství (přesněji látkové množství) osmoticky aktivních částic rozpuštěných v kilogramu vody

Paliativní péče – léčba, která zmírňuje utrpení nevyléčitelného

Parenchym – vlastní funkční tkáň některých orgánů, která je pro každý orgán specifická

Parestzie – porucha cití projevující se jako brnění

Polytrauma - mnohočetná poranění postihující řadu orgánů lidského těla

Processus spinosus – trnový výběžek obratle

Prognóza – předpověď průběhu a zakončení nemoci

Resuscitace – oživování, kříšení

Retrográdní – směřující zpět

Revize – přezkoumání, přešetření

Sinister - lat. levý. L. sin. – vlevo, na levé straně

Somnolence – lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí, spavost

Standard kvality zdravotní péče – přesně popsaná kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria zdravotní péče je, že v daném okamžiku či době považována za výraz žádoucí kvality zdravotní péče

Stratifikace – rozvrstvení, vrstevnatost

Subarachnoideální - mezi tvrdou plenu a pavoučnicí

Subdurální – pod tvrdou plenou mozkovou

Sutura - lat. šev 1. lebeční šev nepohyblivé spojení kostí lebky

Tetavax inj. – vakcína proti tetanu.

Trepanace – vyvrtání otvoru do kosti lebky

Trombocyty – krevní destičky

Validizace – ověřování

Valorizace – zhodnocování

Varolův most – jedna ze součástí mozkového kmene mezi prodlouženou míchou a mezencefalem

Venesekce – chirurgické otevření žíly

Weaning – odvykání, odpojování

(VOKURKA, HUGO a kol., 2007).

ÚVOD

*„Jediným velkým úkolem lékařským
je vyléčit pacienta a je lhostejno,
jakým způsobem se to podaří“
Hippokrates z Kou.*

Při čtení odborných knih a časopisů nás stále překvapují údaje o stoupajícím počtu úrazů hlavy a při tom stačí tak málo, abychom sami předcházeli, těmto vážným úrazům. Dodržení určitých zásad při denních aktivitách, které mohou během vteřiny změnit celý náš život.

„Každý rok v důsledku úmyslného či neúmyslného úrazu zemře okolo 800 000 lidí ve WHO (zkr. World health organization. Světová zdravotnická organizace) Evropském regionu“ (HIRT A KOL., 2009, s. 42).

Práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientky s diagnózou polytrauma (mnohočetná poranění postihující řadu orgánů lidského těla).

Cílem práce je v teoretické části přiblížit poranění hlavy a mozku, historii chirurgie a ošetrovatelství, ošetrovatelství jako vědní obor, ošetrovatelský proces a jeho fáze, mapy ošetrovatelské péče, náročnost práce sester, a jako stěžejní část práce jsou specifika ošetrovatelské péče na traumatologicko – chirurgickém oddělení.

V praktické části jsme pomocí kapesního průvodce zdravotní sestry vypracovali ošetrovatelský proces a poukázali na specifika, která jsou nedílnou součástí při poskytování ošetrovatelské péče na traumatologicko–chirurgickém oddělení intenzivní péče. Při výkonu našeho povolání jsme se setkali s mnoha pacienty, s nimiž byly spojené různé ošetrovatelské diagnózy, ze kterých nás nejvíc zaujal případ pacientky, který rozvineme v této bakalářské práci.

1 VÝVOJ ČESKÉ CHIRURGIE

Chirurgie prošla velmi dlouhým historickým vývojem, ve světě jsou začátky chirurgie datovány již od doby prvobytně pospolné. Největší rozvoj chirurgie byl v době častých válek a bojů, při kterých docházelo k nutnosti ošetřování raněných (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

„Již v předhistorickém období se prováděly chirurgické výkony, jak o tom svědčí archeologické nálezy na lidských kostrách (zhojené kosti po zlomeninách, stopy po trepanacích lebky apod.) Další doklady představují jeskynní malby nebo staré lékařské spisy“ (HIRT a kol., 2009, s. 8).

1.1 Historie chirurgie a traumatologie

Česká chirurgie začala vznikat v 19. století a její vývoj stále pokračuje. V minulosti nebyla doba pro vývoj chirurgie příliš příznivá, je tedy samozřejmostí, že se musela chirurgie vyvíjet, jelikož se lidé bez chirurgické praxe neobešly. Chirurgie byla dlouhou dobu na nízké úrovni, jak je doloženo v knihách Zikmunda Wintera. Za povšimnutí stojí skutečnost, že profesori na našem území (Stromovka, Stupčice u Bíliny, Košťálov, Dáblice), zaživa trepanovali lebky. Může se zdát, že za rozvojem české chirurgie stojí Karlova univerzita, ale skutečnost je jiná, neboť lékařská fakulta zůstávala jedna z nejmenších a neměla na rozvoj chirurgie vliv. Hlavním důvodem byl fakt, že učitelé byli kněžského stavu a tudíž nemohli vykonávat pitvu, která byla s tímto oborem úzce spjata. Chirurgii přednášel profesor zvaný „anatomicus“. Až příchod Jana Jesenského v roce 1600 do Prahy byl klíčový pro vývoj chirurgie (ČECH, 2009).

Starověk

„První doklady o poskytování chirurgické pomoci pochází z období okolo roku 4600 př. n. l. (před našim letopočtem), z období asyrské, babylonské, staroegyptské a indické kultury“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 8).

Chirurgii a léčbu prováděli kněží, z této doby jsou známy operace jako obřízka, venesekce, zástava krvácení žhavým železem, incize hlíz, šití střev, léčení kýl žhavým železem a jiné. Znalost a představy o anatomii lidského těla byla minimální. Operace byly prováděny v obluzení, navozeném požitím odvarů z různých opiodních rostlin - hašiš, mák, mandragora (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

Mezopotámie

Z této doby bylo nalezeno přibližně 800 hliněných tabulek s lékařskou tematikou, jedna z těchto tabulek byla prvním lékařským předpisem. Sumerové používali měděné nástroje a vyvinuli lékařské techniky (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

Starověký Egypt

„Kolem roku 2700 př. n. l. sepsal Imhotep první ujednání o chirurgii. Nejvýznamnější objev týkající se staroegyptských znalostí medicíny je Ebersův papyrus, pojmenovaný po svém objeviteli Georgi Ebersovi. Tento spis je považován za jeden z nejstarších dokladů o medicíně a zároveň za nejvýznamnější zdravotnický papyrus vůbec“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 8–9).

Starověká Indie (kolem roku 600 př. n. l.)

„Indický lékař Susurtha napsal řadu svazků, které jsou známé jako Susurtha Samhita.“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 9)

Susurtha Samitha je nejstarší známý chirurgický text, který popisuje v detailech diagnózu, vyšetření, léčbu a prognózu mnoha onemocnění (DUŠKOVÁ a kol., 2009).

Starověké Řecko (460–377 př. n. l.)

„Hippokrates, otec medicíny napsal první monografii “Corpus hippocraticum“. Tento dokument shrnuje všechny lékařské poznatky a zkušenosti z antického světa a obsahuje Hippokratovu přísahu“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 9).

Starověká Čína

„Hua Tuo slavný čínský lékař byl prvním člověkem, který provedl operaci s pomocí anestezie. 1 600 let předtím než tuto praxi zavedli Evropané“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 9).

Středověk - Arabský svět

„Od 5. do 15. století zasáhlo do dějin chirurgie tzv. arabské období. Ve Španělsku žijící arabský chirurg Albukasim popsal v několika svazkovém manuálu

poznatky z léčení chirurgických onemocnění. Ibn Sina (Avicena. 980–1036 n. l.), napsal “Canon medicinae“ (DUŠKOVÁ A KOL., 2009, s. 10).

Evropa

Od 13. do 16. století v tak zvaném italsko–francouzském období vznikaly první univerzity (Padova, Neapol, Boloňa, Pavia), kde se vyučovala medicína a prováděly se zde první pitvy. Ve Francii byla považována chirurgie za druhotnou oproti internímu lékařství do té doby než Rogerius Salernitanus sepsal svůj spis “Chirurgia“, který položil základy moderní chirurgie (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

Věda se postupně rozvíjela a následovalo mnoho velice důležitých objevů:

- L. Pasteur objevil důvody zánětů
- W. S. Haisted zavedl do praxe gumové rukavice
- B. Koch se zasloužil o rozvoj mikrobiologie
- CH. Jackson objevil éter pro anestetické použití
- C. Roentgen objevil rentgenové paprsky
- J. Jánský objevil na počátku 20. století krevní skupiny
- H. W. Flory během 2. světové války vnesl do klinické praxe použití antibiotik (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

Moderní chirurgie

S vědou se začala společně rozvíjet i chirurgie, přechod k moderní chirurgii umožnily tři hlavní objevy – kontrola krvácení, infekce a bolesti. Pro pacienta to znamenalo nižší riziko při operaci, dohlíželo se na kontrolu krvácení, infekcí, šokových stavů a operování bez bolesti – anestezie (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

Chirurgie v Čechách

První veřejnou pitvu v Praze provedl v roce 1600 již zmíněný Jan Jessenius. V roce 1773 byla založena “fakulta chirurgie“ na Karlově univerzitě. Na konci 19. století a počátku 20. století zaznamenala chirurgie velkou expanzi, v tomto období působí v našich zemích četní čeští chirurgové, kteří chirurgii významně rozvinuli (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

2 OŠETŘOVATELSTVÍ

„Současné ošetřovatelství je velmi vzdálené od toho, co se dělo před několika desetiletími a člověk může jen s velkou kreativitou předvídat, jak se povolání ošetřovatele bude vyvíjet v tomto neustále se měnícím světě v následujícím půlstoletí. Ve slovnících českého jazyka je pojem ošetřovatelství chápán jako nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem na jejich stav zdraví a podmínky prostředí“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 7).

2.1 Historie ošetřovatelství

„Existuje mnoha definic historie, ale v principu se studium historie zabývá lidmi, místy, mocí, myšlenkami a jejich úlohou v procesu změny“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 15).

Neprofesionální ošetřovatelství

Neprofesionální ošetřovatelství je historicky nejstarším obdobím. V této době měly dominantní postavení ženy, které si předávaly znalosti, zkušenosti a moudrosti z pokolení na pokolení. Léčba tehdy spočívala ve vyhánění zlých duchů a pokračovala v léčbě přírodními zdroji (BOROŇOVÁ, 2010).

Charitativní ošetřovatelství

Charitativní ošetřovatelství se vyvíjelo spolu s křesťanstvím. Orientovalo se zejména na péči o specifické skupiny lidí, především na chudé, opuštěné děti a na nemocné jedince, kteří byli odkázáni na pomoc druhých. V této době bylo ošetřovatelství zaměřeno na uspokojování těch nejzákladnějších potřeb života (BOROŇOVÁ, 2010).

Profesionální ošetřovatelství

Za hlavní postavu a zakladatelku profesionálního ošetřovatelství je považována Florence Nightingalová. Důležitou roli v profesionálním ošetřovatelství sehráli tři významné osobnosti, již zmiňována Florence Nightingalová, ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a Henri Dunant, zakladatel Červeného kříže (BOROŇOVÁ, 2010).

Florence Nightingalová (1820–1910)

Považována za zakladatelku profesionálního ošetrovatelství. Tato žena byla oddána myšlence pomáhat druhým a poskytovat nemocnému co nejlepší péči, byla to žena s obrovským sociálním cítěním. Své zkušenosti nasbírala zejména v Krymské válce, kde pomáhala raněným v boji. V roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu v Londýně (ROZSYPALOVÁ, 2009).

„Bylo nádherné pozorovat slečnu Nightingalovou při její noční pochůzce nemocničními sály. Byla krásná a veselá. V černých šatech s límečkem, manžetami a zástěrou z bílého plátna. Lampu nesla vysoko, zastavila se tu a tam u některého lůžka, dotkla se horečnatého čela, promluvila těšící slovíčko, usmívala se, přinášela poselství naděje. Dívali se na ni jako bytost z jiného světa, jako na anděla. V. Holtová, Slavičí tajemství“ (ROZSYPALOVÁ, 2009, s. 28).

Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810–1881)

Ruský chirurg a pedagog, který se zasloužil o organizovanou přípravu sester, kdy v Krymské válce, stejně jako Florence Nightingalová pomáhal raněným, i když na druhé straně fronty. Nikolaj Ivanovič Pirogov podporoval práva a uznání žen a naučil skupinu sester, jak se starat o raněné (ROZSYPALOVÁ, 2009).

Henri Dunant (1828 – 1910)

Hlavní roli v jeho životě, byla náhodná cesta do boje u Solferína. Utrpení a umírání raněných vojáků ho natolik šokovalo, že se rozhodl jim pomoci. Zřídil lazaret a společně s dobrovolníky se o raněné staral. V Ženevě roce 1864 založil mezinárodní organizaci Červený kříž (ROZSYPALOVÁ, 2009).

„V roce 1919 byl založen Československý červený kříž. Od roku 1989 se organizace nazývá Český červený kříž“ (ROZSYPALOVÁ, 2009, s. 29).

2.2 Pojem ošetrovatelství

„Ve slovnících českého jazyka je pojem ošetrovatelství chápán jako nauka o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem na jejich stav zdraví a podmínky prostředí“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 7).

Ošetrovatelství patří nezastupitelně do péče o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu

a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi v péči o zdraví člověka.

Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která sleduje nemocného jako celek – z takzvaného holistického hlediska, sleduje a vyhledává jeho biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby (ROZSYPALOVÁ, 2009).

Hlavní cíl ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, či zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání (ROZSYPALOVÁ, 2009).

„Cílem současného ošetřovatelství je

- *podporovat a upevňovat zdraví,*
- *podílet se na navrácení zdraví,*
- *zmírňovat utrpení nemocného člověka,*
- *zajistit klidné umírání a důstojnou smrt,*
- *pomáhat jednotlivcům, rodině, skupinám,*
- *dosáhnout tělesné, duševní, sociální zdraví a pohodu,*
- *podpořit jejich pozitivní zdraví,*
- *maximalizovat lidský potencionál v péči o sebe samého,*
- *snížit negativní dopad onemocnění na celkový stav člověka,*
- *nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 9).*

Charakteristické rysy ošetřovatelství:

- Poskytování individualizované péče.
- Holistický (celostní) přístup k člověku.
- Poskytování péče o zdraví v přímém kontaktu.
- Uspokojování individuálních bio-psycho-sociálních potřeb člověka.
- Zabránění poškození a zhoršení zdraví jedinců a skupin.
- Prevence vzniku onemocnění.
- Podílení se na snižování nákladů.
- Zlepšení soběstačnosti a péče o sebe sama u jednotlivců a skupin.
- Snižování úmrtnosti a komplikací preventivním charakterem.

- Individuální péče, sestra ordinuje na míru nemocného.
- Poskytování individuální péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu.
- Poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem.
- Poskytování péče ošetřovatelským týmem složený z ošetřovatelského personálu s různě kvalifikovaných pracovníků, kompetence jsou vymezeny dle stupně vzdělání a specializace (BOROŇOVÁ, 2010).

„Hodnoty, na nichž se zakládá ošetřovatelství:

- *uznání a respektování každé lidské bytosti,*
- *chápaní člověka v jeho komplexnosti – holismus,*
- *uznání faktorů, které ovlivňují přežití zdraví a nemoci,*
- *uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život,*
- *přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči“*

(BOROŇOVÁ, 2010, s. 11).

2.3 Potřeby nemocných s poruchou vědomí

V této kapitole uvádím definici pojmu potřeba a klasifikaci potřeb.

Pro sestru je teoretická znalost potřeb stěžejní při aplikaci ošetřovatelského procesu při poskytování péče o pacienty s poruchou vědomí. Sestra musí aktivně vyhledávat potřeby nemocného a následně je uspokojovat.

2.3.1 Definice pojmu potřeba

„Potřeba se vymezuje jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, tj. stav jedince odchylovající se od jeho životního minima“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 47).

Hodnocení vědomí

GCS (Glasgow coma scale (Příloha E)) slouží pouze k hrubému odhadu stavu vědomí pacienta. Proto byly vyvinuty škály s jemnějším a tedy podrobnějším hodnocením. Nyní se v mnoha nemocnicích využívá stupnice dle **Drábka** (Příloha G), která je modifikací Benešovy klasifikace (KAŇOVSKÝ, 2007).

Hodnocení dýchání

Pacient s poruchou vědomí, musí mít pravidelné dohlížení sestry, nutná kyslíková terapie, či napojení na umělou plicní ventilaci. Sestra monitoruje základní životní funkce (Příloha C).

Hodnocení výživy

Sestra hodnotí stav výživy nemocného na základě sběru dat, u této pacientky, byl veden **Monitoring stravy** (Příloha J), dále je nutné sledovat klinické příznaky, vyšetření krve. Parametry pro získání stavu výživy se získávají měřením výšky, hmotnosti, výpočtu hmotnostního indexu **BMI** (body mass index (Příloha F)), měřením kožní řasy nad tricepsem a obvodu svalstva. U ležících pacientů je velmi problematické hodnocení váhy. Existují však speciální lůžka pro intenzivní péči, jejichž součástí je také zabudovaný integrovaný vážicí systém (ZOUBKOVÁ, DOSTÁLOVÁ, VILÍMKOVÁ, 2007).

Hodnocení vyprazdňování

Sestra získává potřebné údaje o vyprazdňování na základě anamnézy od nemocného nebo rodinných příslušníků. Sestra hodnotí charakteristické znaky stolice: množství, konzistenci, tvar, zápach, barvu a příměsi.

Hodnocení soběstačnosti

Sestra musí zhodnotit úroveň soběstačnosti pacienta na základě pozorování, rozhovoru i s rodinou, aplikací ošetřovatelského procesu. Ke zhodnocení stupně závislosti nemocného v základních denních činnostech. Využíváme v Traumatologii **Barthelův test základních všedních činností** (Příloha K).

Hodnocení bolesti

Sestra u hodnocení bolesti musí přesně zapsat do dokumentace intenzitu, lokalizaci, kvalitu a typ bolesti, vyvolávající faktory a doprovodné symptomy. V traumatologii se využívá **VAS** (vizuální analogová škála bolesti (Příloha H)).

Hodnocení psychického stavu a schopnosti komunikace

Sestra hodnotí kvalitu psychických procesů nemocného, změny v chování, míru schopností v oblasti komunikace. Na základě zjištěných informací je sestra schopna účinně komunikovat s nemocným, snaží se empaticky pochopit nemocného.

Hodnocení stavu kůže

Sestra sleduje: Barvu kůže, kožní turgor, kožní léze, přítomnost otoků, **hodnotí riziko vzniku dekubitu** (Příloha M).

2.4 Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojování těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

Sestry se před vznikem ošetřovatelského procesu přikláněly k poskytování služeb na základě příkazu lékaře, který byl zaměřený na specifické chorobné stavy a ne přímo na příjemce péče (BOROŇOVÁ, 2010).

„Pojem “ošetřovatelský proces“ vznikl v padesátých letech dvacátého století a hned se ujal jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sestry. Jako první ho použila sestra Hallová r. 1955 v Georgii (USA). Od té doby byl popsán více sestrami různým způsobem. Johnsonová v roce 1959 zavedla čtyř fázový proces, Organdová v roce 1961 “jen“ tři fázový proces. V roce 1965 prohlásila Virginia Hendersonová, že ošetřovatelský proces má stejné fáze jako vědecká metoda. Legitimní postavení v klinické praxi získal ošetřovatelský proces v roce 1973. Sdružení amerických sester (ANA) zveřejnilo Normy ošetřovatelské praxe a zavedlo pět součástí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

V ošetřovatelském procesu jsou používány různé metody pro získávání informací, hlavní roli hraje zejména komunikace a rozhovor s pacientem, dále průběžné sledování a pozorování pacienta. Pro získávání informací nám může posloužit také dotazník a v neposlední řadě také studium ošetřovatelské a lékařské dokumentace (TONDROVÁ, 2009).

2.5 Fáze ošetrovatelského procesu

1. Fáze „posuzování (ošetřovatelská anamnéza)

„Posuzování zahrnuje sběr dat a jejich valorizaci a je nezbytný pro stanovení sesterské diagnózy. Je součástí všech činností, které sestra dělá pro pacienta nebo s pacientem“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 68).

Databáze obsahuje souhrn všech základních informací o pacientově zdravotním stavu. Databáze musí být shromažďována systematicky a nepřetržitě. Sestra musí k vybudování přesné databáze validizovat předpoklady o pacientově fyzickém a emocionálním chování. Sestra musí ověřovat, fáze musí být úplné, faktické a přesné (BOROŇOVÁ, 2010).

2. Fáze diagnostika (ošetřovatelská diagnóza)

„Definice diagnózy

- umění určit chorobu na základě jejich znaků a příznaků,
- prohlášení nebo závěr týkající nějakého jevu,
- analýza průběhu a podstaty stavu, situace nebo problému.

Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 70).

„Forma sesterské diagnózy

- I. Termíny popisující problém (P). Tato složka se týká označení nebo názvu diagnostické kategorie, je popisem pacientova individuálního, rodinného nebo komunitního zdravotního problému /stávajícího nebo možného), který vyžaduje ošetrovatelskou péči.
- II. Etiologie problému (E) nebo jiných ovlivňujících faktorů. Tato složka identifikuje jednu nebo více možných příčin zdravotního problému a dává směr nezbytné sesterské léčbě.

III. *Charakteristiky pro seskupování znaků a symptomů (S). Určující charakteristiky poskytují informace nezbytné pro stanovení diagnostické kategorie“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 72).*

3. Fáze plánování

„Plánování je proces vytyčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěny a validizovány během diagnostické fáze“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 72).

Hlavním cílem plánování je dosažení kvalitní ošetrovatelské praxe. Plánování spočívá v promyšlení systematického procesu. V tomto procesu je realizováno rozhodnutí a řešení problémů. Účastníci na plánování jsou: sestry, pacient, rodina, podpůrné osoby, multidisciplinární tým. Již neplatí, že sestra stanoví plán pro pacienta, pacient se musí sám dle možností podílet na procesu.

4. Fáze realizace

„Realizace čili provedení nebo zásah je uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče, v praxi: je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 76).

V realizaci plánu je vždy rozhodujícím účastníkem pacient. Na realizaci se podílí sesterské, ale i lékařské ordinace, které musí být stanoveny k dosažení pacientova cíle (BOROŇOVÁ, 2010).

„Realizační proces

- 1. Opětovné posouzení pacienta*
 - 2. Validizace plánu ošetrovatelské péče*
 - 3. Posouzení potřeby asistence při činnostech*
 - 4. Realizace ošetrovatelských strategií*
 - 5. Záznamy a hlášení o ošetrovatelských činnostech“*
- (BOROŇOVÁ, 2010, s. 77).

5. Fáze vyhodnocení

„Vyhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo pacientova cíle a do jaké míry. Vyhodnocení je cílevědomá, organizovaná činnost. Závěry hodnocení určují, zda mají být specifické zásahy ukončeny, pokračovat, revidovány nebo změněny. Vyhodnocování je souběžným i terminálním procesem.

Vyhodnocovací proces je realizován v šesti oblastech:

- 1. Stanovení výsledných kritérií*
- 2. Získávání údajů s ohledem na definovaná kritéria*
- 3. Hodnocení dosažení cíle*
- 4. Srovnání ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta*
- 5. Revize pacientova plánu ošetrovatelské péče*
- 6. Modifikace ošetrovatelského plánu“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 78-79).*

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA TRAUMATOLOGICKO-CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ

Ošetrovatelská péče je metodou ošetrovatelského procesu, dle zákona je to zdravotní péče poskytovaná sestrou s odbornou způsobilostí v rámci ošetrovatelské praxe (SYSEL, 2011).

Ošetrovatelské péče na každém oddělení je zcela individuální a je komplexním souhrnem všech činností, které vedou k dosažení určitých cílů ve spolupráci s ošetrovatelským týmem (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

Specifika ošetrovatelské péče na chirurgicko-traumatologickém oddělení spočívá ve speciální ošetrovatelské péči, která je spojená s různými diagnózami, náročnými operacemi, ošetrovatelskými diagnózami na podkladě vypracovaného ošetrovatelského procesu.

3.1 Specifika ošetrovatelské péče na traumatologicko- chirurgickém oddělení z pohledu sestry

Chirurgické specializace

Chirurgie jako lékařský obor je velice obsáhlá a nelze tyto poznatky všechny pojmut. Proto se v průběhu let s vývojem chirurgie ze základního oboru – chirurgie (obecné) vyčlenily obory, které se zabývají jen určitou částí chirurgie. Toto vzdělávání je jak teoretické, tak praktické. Každý specializovaný obor má přesně stanovené podmínky, které musí každý lékař a sestra splnit (DUŠKOVÁ A KOL., 2009).

3.1.1 Polytrauma

Polytrauma, nebo-li mnohočetné poranění, je v ošetrovatelství chápáno jako více čtené poranění životně důležitých tělesných systémů. K polytraumatu dochází zejména při dopravních nehodách, popáleninách, při úrazech, násilných činech, také při střelných nebo bodných ranách, tupých poranění a jiné (DRÁBKOVÁ, 2002).

Přehlednutá poranění u polytraumat

Závažná mnohočetná poranění a polytraumata představují často diagnostický problém, léčba spočívá v dodržení standardů a algoritmů. Odebrání anamnestických údajů a subjektivní obtíže poraněného v mnohých případech stěžuje porucha vědomí. Nejdůležitější informace tedy musíme čerpat od posádky záchranné služby, prioritní je pro nás, jak úraz vznikl, zjištění stavu poraněného při příjezdu na místo nehody, délka vyprošťování a další. Tyto informace jsou důležité pro další diagnostický a léčebný postup. Při příjmu na oddělení provede tým klinické vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, vyhodnocení šoku, stanoví se předběžné diagnózy a určí se diagnostický a léčebný postup. Včasná diagnostika je velice důležitá pro zabránění přehlednutí možného poranění. Primární diagnostika spočívá v sonografii břicha a plicních basí, CT (počítačová tomografie) vyšetření, RTG (rentgen) vyšetření (HIRT A KOL., 2009).

„Nejčastěji přehlednutá poranění ze všech jsou:

- poranění pohybového aparátu a páteře 75 %
- poranění páteře 10 %
 - poranění atlanto–occipitální 40–50 %
 - cerviko–torakální přechod 40–50 %
- poranění hrudníku a břicha 10–15 %
- poranění střeva 15–20 %
- poranění bránice 5 %
- poranění sleziny a jater 10 – 15 %
- poranění cév 5 % “

(HIRT A KOL., 2009, s. 38).

Ošetřování pacienta v intenzivní péči na (dospávacím pokoji)

Na oddělení traumatologie, slouží dospávací pokoj pro intenzivní sledování pacientova stavu po operaci či po těžkém úrazu. Důležité je primární zhodnocení stavu pacienta. Při příjmu pacienta, je nutné zajištění a péče o:

- dýchací cesty – aplikace kyslíku, v případě kdy pacient není stabilní a hodnoty saturace kyslíku se neupraví, jedná se o indikaci pro překlad ARO (anesteziologicko – resuscitační oddělení), kde je pacient napojen na UPV (umělá plicní ventilace),

- kontinuální monitoring – dle ordinace lékaře, záznam fyziologických funkcí do dokumentace podle daných časových intervalů,
- péče a zavedení invazivních vstupů – centrální žilní katétr, periferní žilní katétr, sledování známek infekce, pravidelné výměny a přelepení,
- neinvazivní vstupy – nasogastrická sonda, permanentní močový katétr,
- sestra zajišťuje odběr biologického materiálu (odběry krve, sputa, stolice, moče, stěry z rány, aj.),
- sestra při příjmu natočí 12ti svodové EKG (elektrokardiografie),
- plní důsledně ordinace lékaře,
- dohlíží na vyšetření pacienta – CT, RTG, MR (magnetická retonance), ultrazvukové vyšetření, konziliární vyšetření a další
- musí být při ruce lékaře, který je permanentně v pohotovosti,
- sestra zapisuje veškerou ošetrovatelskou péči
(KAPOUNOVÁ, 2007).

3.2 Náročnost práce sestry

Profese všeobecné sestry je velmi náročná, jak z fyzického, tak i z psychického hlediska. Sestra musí být flexibilní a umět mnoho povolání v jednom. Musí být cílevědomá, lidská, mít všeobecný rozhled a být profesionální ve všech činnostech.

V úvodu této kapitoly popisujeme mapy péče, o nichž si myslíme, že jsou pro náročnou práci sester precizně zpracované řešení problému.

3.2.1 Fyzická práce a zátěž v ošetrovatelské péči

„Pracovní zátěž je daná mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje, na straně druhé. V případě, že jsou obě dvě tyto složky v rovnováze, je pracovní zátěž přiměřená. Pokud dojde k nerovnováze, jedná se o zátěž nepřiměřenou, označovanou jako zátěž z přetížení výkonové kapacity, respektive o zátěž nadlimitní. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči, spojená především s manipulací s pacienty a břemeny, může vést k některým zdravotním problémům sestry, především v oblasti pohybového systému“ (KOMAČEKOVÁ, 2009, s. 26-27).

3.2.2 Psychická zátěž sestry v ošetrovatelské péči

Ošetrovatelská péče je velmi náročná a namáhavá, zejména z hlediska psychického. Sestra ve své praxi řeší a prožívá problémy pacientů spojené s utrpením, bolestí, nemocí a smrtí pacientů. Sestra musí být profesionálkou a nesmí řešit své osobní problémy v práci, kdy musí naopak být pomocnou rukou pro pacienty, i když by ji někdy sama potřebovala (KOMÁČEKOVÁ, 2009).

3.2.3 Mapy péče

Do roku 1989 nebylo snadné se domluvit s managementem v českých nemocnicích o akreditacích, o plynulém zvyšování kvality ošetrovatelské péče, benchmarkingu, řízené péči či DRG (diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz) systému. Veškeré tyto nástroje kvality byly považovány za „módní výstřelky“, které se nemohou nikdy v České republice uplatnit. V dnešní době jsou již tyto nástroje běžně používány jak v nemocnicích, tak i všeobecná zdravotní pojišťovna pracuje s DRG systémem. Nemocnice a zdravotnická zařízení se seznamují s nástroji řízené péče, chystají se na akreditace pod vedením Spojené akreditační komise české republiky. Jedním z nástrojů řízené péče jsou právě mapy péče, které pomáhají sestřím vykonávat práci efektivněji, kvalitněji, levněji, účelněji a s chytrostí. Mapy péče se nezabývají pouze kvalitou péče, ale také sledují optimální výstupy a výsledky. Důležité je rozvržení času pro dosažení očekávaných výsledků. Hlavní výhodou je snížení variability v ošetrování a léčení. Mapy péče usnadňují sestřím se zaměřit na dané cíle, potřeby a intervence k dosažení specifických cílů v daném časovém úseku. Mapy péče jsou založeny na poznatcích a zkušenostech multidisciplinárního týmu, daných ošetrovatelských standardech, směrnicích a odborné literatuře. Pokud se v multidisciplinárním týmu nedosáhne vytýčeného cíle, mapy péče ihned upozorní, že nebyl cíl splněn, v tomto případě se hovoří o „odchylce“, která se musí okamžitě vyřešit (ŠKRLOVI, 2003).

Definice

„Synonyma map péče, se kterými se sestry v České republice setkávají, jsou „care maps“, kritické cesty, „critical pathways“, multidisciplinární plány péče, rozhodující cesty péče nebo standartizované plány péče. Mapy péče jsou

multidisciplinárním nástrojem pro řízení péče pacientů. Jsou vypracovány pro specifickou diagnózu (DRG), proceduru či zákrok“ (ŠKRLOVI, 2003, s. 82).

Mapa péče a její historie

Mapy péče (care maps) vznikly v „New England Medical Center“ v Bostonu v roce 1989. Byla to tehdejší odpověď na následující potřeby lékařů a ředitelů nemocnic, které se týkaly těchto problémů:

- Mapy péče měly za úkol zpřehlednit a zkoordinovat práci všech zdravotnických oborů, které byly zapojeny do procesu léčby/diagnózy.
- Mapy péče mají za úkol vést všechnu práci, náklady spojené s péčí o pacienta/diagnózu a ukázat na vytvoření hranic této péče s ohledem na ekonomické možnosti nemocnic.
- Nalézt vhodný způsob, jak zkvalitnit péči a snížit náklady.
- Dále se snaží mapy péče ochránit zdravotnická zařízení od soudních sporů.
- V neposlední řadě vyřešit problémy chybného posuzování odchylek od očekávané hospitalizace a léčby pacientů.

Od roku 1995 zaznamenaly mapy péče expanzi do většiny nemocnic v USA a Kanadě.

Praktické aspekty

Jak bylo řečeno v úvodu, mapy péče jsou v klinické praxi důležitým nástrojem, který vede multidisciplinární tým k dosažení určitého cíle, jsou vypracovány pro specifické diagnózy, například IM (infarkt myokardu), astma, náhrada kyčelního kloubu, ale také určuje postup při různých zákrocích či procedurách.

Význam map péče

- Mapy péče se specializují na koordinaci a spolupráci ošetrovatelského týmu.
- Vysoká efektivnost se dosahuje tím, že každý člen týmu zná přesně ošetrovatelský proces, harmonogram a očekávané cíle, které byly stanoveny na základě léčby pacienta.
- Pokud se celý tým podílí na přípravě mapy péče a souhlasí se stanovenými strategiemi, snižuje tím variabilitu poskytované lékařské a ošetrovatelské péče a také omezuje zbytečné plýtvání zdroji.
- Zvyšují pocit osobní odpovědnosti za intervence a poskytovanou péči. Změny od plánovaného progresu léčby jsou precizně sledovány a následně jsou

realizovány nápravné intervence. V případě odchylek, jsou okamžitě započaté následná šetření.

- Mapy péče pomáhají sestřám nahradit jednotlivé plány ošetrovatelské péče či dlouhé zápisy o průběhu hospitalizace nemocného.
- Mapy péče neustále zvyšují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, chrání ošetrovatelský personál, sledují odchylky od standardizované péče, a sledují jakým způsobem lékaři a ošetrovatelský tým vykonávají svoji profesi.
- Snižuje se doba hospitalizace, vážnost a výskyt komplikací díky standardnímu přístupu ošetrovatelské péče.
- Mapy péče chrání lékařský i ošetrovatelský personál při soudních sporech.
- Sledují důvody odchylek od standardizovaného ošetrovatelského plánu.
- Ukazují způsob, jak lékaři a ošetrovatelský tým poskytují péči.

Přístup k přípravě map péče

Mapa péče dopomáhá v ošetrovatelství při poskytování péče během celých 24 hodin. Pro nemocnice je vhodné ze začátku vypracovat mapy péče u několika vybraných pacientů, s vysokou frekvencí a vysokými náklady.

Například nejčastější hospitalizace jako: infarkt myokardu, zlomenina kyčle, zlomenina krčku, mozkové příhody, náhrady kyčelního kloubu. Pokud se vybere jednotlivá populace nejčastěji hospitalizovaných pacientů, stanoví se diagnóza, zákrok, operace, pak se pracovníci sejdou a navrhnou mezi sebou mapy péče, které následně vyzkouší.

Výsledky mapy péče a očekávané výsledky

Zlepšení kvality. Snížení nákladovosti na lékařskou a ošetrovatelskou péči.

Návaznost práce. Spolupráce ošetrovatelského týmu a lékařů. Sledování výsledků.

Odstranění variability a chyb. Rychlé jednání a rozhodování. Dosažení maximální kvality.

Mapy péče představují ideální řešení k vysoce narůstajícím nákladům nemocnic a umožňují pohled z jiného hlediska na ošetrovatelský plán péče, ochraňují ošetrovatelský a lékařský tým od následků soudních sporů. Jsou zde přesně stanoveny intervence, které jsou přesně dokumentovány. Mapy péče mění termín „můj pacient“ na „naš pacient“ (ŠKRLOVI, 2003).

4 Charakteristika poranění lebky a mozku

Poranění lebky a mozku patří mezi velmi častá zranění, v celkovém počtu je v žebříčku úrazů jako druhé, prvenství mají zlomeniny dlouhých kostí. Tuto kapitolu zde uvádíme z důvodu hlavní diagnózy klientky, u které je dále zpracováván ošetrovatelský proces.

4.1 Stručná anatomie mozku

Mozek je nepárový orgán a je jedním z nejdůležitějších orgánů lidského těla, který je uložen v dutině lebni. Mozek se dělí na přední, střední a zadní mozek. Přední část mozku je tvořena mezimozkem a koncovým mozem. Varolův most, prodloužená mícha a mozeček tvoří zadní část mozku. Mezery mezi mozkovými obaly jsou vyplněny mozkomíšním mokem, který mozek nadlehčuje a chrání jej proti velkým otřesům. Mozek tvoří tři mozkové obaly: tvrdou plenu, pavoučnici, měkkou plenu. Mozek ukládá všechny důležitá centra, jako je centrum řeči, chuti, zraku, sluchu a rovnováhy. Při poranění mozku jsou tudíž zasažena životně důležitá centra, která velice komplikují klientův zdravotní stav (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2006).

4.2 Primární prevence u poranění hlavy a mozku

Kraniocerebrální úrazy narůstají zejména z důvodu rozšíření nebezpečných sportů, automobilismu, násilné trestné činnosti a také v případě klientky, u které je zpracován ošetrovatelský proces, přibývá úrazů z nešťastných náhod.

Prevence:

- používejte vždy helmu při jízdě na kole, motorce, kolečkových bruslích
- používejte vždy autosedačky odpovídající věku dítěte
- používejte vždy bezpečnostní pásy
- nejezděte na kole v noci, stejně tak nechod'te v noci po silnici, pokud nejste vhodně označeni reflexními prvky, oblečením a světly
- nikdy nepijte alkohol před jízdou (CEREBRUM, 2010).

4.3 Příčiny poranění lebky a CNS (centrální nervový systém)

„Nejčastější příčinou poranění hlavy a mozku je působení velkého násilí na tuto oblast. Nejvíce všech zraněných, cca 60 %, tvoří úrazy při dopravních nehodách.

Zranění jsou ohroženi přímým (primárním) nebo nepřímým (sekundárním) poškozením mozku“ (ELIÁŠOVÁ, VOLDŘICH, 2008, s. 24).

„Stupně poranění mozku

- I. otřes mozku (komoce),
- II. zhmoždění mozku (kontuze),
- III. stlačení mozku (komprese),

Klasifikace poruchy vědomí se stanoví pomocí Glasgow stupnice“ (Příloha E)
(VYHNÁNEK a kol., 2003, s. 46).

4.4 První pomoc při úrazu hlavy

1. Pacient při vědomí:

Pokud je to možné poraněného uložíme do polohy na boku se zvýšenou horní polovinou těla, ošetříme otevřené poranění, sledování vitálních funkcí, rychlý transport do zdravotnického zařízení.

2. Pacient v bezvědomí:

U poraněného, který již upadl do bezvědomí, se snažíme zastavit krvácení, zajistit vitální funkce, případně zahájíme neodkladnou KPR (kardiopulmonální resuscitace) s následným přivoláním záchranné služby, která poraněného transportuje do zdravotnického zařízení. Poraněným nikdy nepodávejte nic p. o. (ústy)
(ELIÁŠOVÁ, VOLDŘICH, 2008).

Vyšetření u poranění mozku

Při kontaktu s poraněným kraniocerebrálním úrazem je důležité zjistit stav nemocného před úrazem. Je nutné vědět, zda není pacient epileptik, zda nedošlo k úrazu v důsledku kolapsu, intoxikace návykových látek či cévní mozkové příhody. Vedle anamnézy hraje důležitou roli chronologický vývoj příznaků. Nejdůležitější je zhodnocení stavu vědomí. (VIŠŇA, HOCH, 2004).

4.5 Typy poranění lebky a mozku

K poranění lebky a mozku dochází většinou úderem tupého předmětu, nárazem hlavy na tvrdou překážku či prudkou změnou pohybu hlavy (akcelerace, decelerace). Hlavním příznakem poranění je ztráta vědomí (MAŇÁK, WONDŘÁK, 2005).

U naší pacientky, to byl úraz při, kterém došlo k poranění hlavy dlaždicovou kostkou, která spadla z balkonu z 10 metrů, kterou upustili řemeslníci.

4.5.1 Přímé poškození

1. Poranění klenby lební

Postihuje kůži, podkoží a kostěný kryt mozku. Může být spojeno s velkým krvácením, hlavně u zlomenin.

2. Poranění baze lební

Dochází k němu v důsledku hrubého násilí. Lomné linie mohou zasáhnout jednotlivé lební jámy nebo všechny současně. Bývá provázeno krevním výronem do očnice, krvácením nebo únikem mozkomíšního moku do zevního zvukovodu a nosu. Hrozí nebezpečí aspirace (ELIÁŠOVÁ, VOLDŘICH, 2005).

3. Otřes mozku (Commotio cerebri)

Commotio cerebri, nebo-li otřes mozku, je nejlehčím stupněm primárního difúzního poranění. Jde o ztrátu mozkových funkcí bez strukturálních změn. Při tomto poranění vzniká: ztráta vědomí, zvracení, retrográdní amnézie, bradykardie, bolesti hlavy a závratě (MAŇÁK, WONDRÁK, 2005).

4. Zhmoždění mozku (Contusio cerebri)

Contusio cerebri, nebo-li zhmoždění mozku, je primární ložiskové poranění, kdy dochází k anatomickému poškození mozkové tkáně. Mozkovou kontuzi provází edém mozku (MAŇÁK, WONDRÁK, 2005).

5. Utlačení mozku (komprese)

Toto poranění patří mezi nejzávažnější nitrolební poranění. Nejčastější příčinou je vpáčená kost, epidurální nebo subdurální hematom, či otok mozku. Při utlačení mozku je jedním ze zřejmých příznaků tzv. lucidní interval, kdy poraněný upadá do bezvědomí krátce po úrazu, po kterém následuje stav jasněho vědomí, kdy se zdá být poraněný v pořádku (ELIÁŠOVÁ, VOLDŘICH, 2005).

4.5.2 Nepřímé poškození

1. Úrazový edém mozku

Edém mozku je nejčastější komplikací zhmoždění mozku. Dochází ke zvětšení objemu mozku a tím i zvýšením nitrolebního tlaku, hromadění mozkomíšního moku

nebo zvětšením objemu cirkulující krve. Pokud trvá určitou dobu, může být příčinou smrti i při relativně malém primárním poranění.

2. Epidurální hematom

Toto poškození je následkem tepenného krvácení mezi lebeční klenbou a tvrdou plenou mozkovou. Příznaky se objevují do několika hodin po úrazu, ale může se objevit i s poměrně značným časovým odstupem. Vyskytuje se u 2 % poraněných, kdy úmrtnost je až 25 %.

3. Subdurální hematom

Subdurální hematom, který utrpěla i klientka, a rozvíjí toto poranění v ošetřovatelském procesu, vzniká následkem žilního krvácení pod tvrdou plenu mozkovou. Vzniká častěji než epidurální hematom a může k němu dojít v odstupu několika dnů nebo i týdnů po úrazu.

4. Subarachnoidální hematom

Krvácení mezi pavoučnicí (arachnoideou) a měkkou plenou mozkovou.

5. Intracerebrální hematom

Krvácení do mozku je nejzávažnější typ krvácení, kdy je nutná rychlá a přesná diagnostika, mortalita těchto poranění je přibližně 80 %. Nejčastější příčinou je skleróza mozkových tepen u starších osob (ELIÁŠOVÁ, VOLDŘICH, 2008).

4.6 Léčba u poranění mozku

Konzervativní léčba poranění mozku

Komplexní zvládnutí veškerých patogenetických mechanismů je prvotním cílem v konzervativní léčbě úrazů CNS. Nutné je sledování nežádoucích změn jako jsou hypoventilace, hypoxemie, hypotenze, hyperkapnie, acidemie, hyponatremie, hypoproteinemie, změna osmolality, sledovat pravidelně GCS a samozřejmě pravidelné sledování vitálních funkcí dle daného standardu (VIŠNA, HOCH, 2004).

Chirurgická léčba

V případě komprese mozku hematomem, intrakraniálního krvácení je čas v osudu nemocného otázka života a smrti, v takto urgentních případech je indikován neodkladný chirurgický výkon (VIŠNA, HOCH, 2004).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍM

„Poranění hlavy a mozku patří mezi časté a vážné úrazy. Tyto úrazy nesou s sebou velká rizika komplikací a jsou důvodem vysoké úmrtnosti. Mezi nejzávažnější patří krvácení a otok mozku s poruchami vitálních funkcí, hybnosti, vznik posttraumatické epilepsie a infekce“ (SLEZÁKOVÁ, 2007, s. 91).

Tabulka 1

| | |
|---|-------------------------------|
| Jméno a příjmení: XY | Pohlaví: ženské |
| Datum narození: 1986 | Věk: 25 let |
| Adresa bydliště a telefon: X | Číslo pojišťovny: X |
| Adresa příbuzných: X.Y. | Zaměstnání: mateřská dovolená |
| RČ: 86..... | Státní příslušnost: česká |
| Vzdělání: střední | Typ přijetí: akutní |
| Stav: svobodná | Ošetřující lékař: X |
| Datum přijetí: 13. 4. 2011 | |
| Oddělení: Traumatologicko – chirurgické | |

Medicínská diagnóza hlavní:

Polytrauma (hrudník, hlava). Contusio cerebri lateralis sinister. SAK (subarachnoideální krvácení) lateralis sinister. Fractura processus spinosus C7, Th 1-5. Fractura costa VI. lateralis dexter. Stp. minimální PNO (pneumothorax) lateralis dextra – neotevřená rána.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Kvantitativní porucha vědomí somnolence, bilaterální kontuze plic, obezita.

Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| TK: 130/80 | Výška: 160 cm |
| P:65/ minutu | Hmotnost: 89 kg |
| D:18/ minutu | BMI: 34,80 |
| TT: 36,6 °C | Pohyblivost: Zhoršená |
| Stav vědomí: Somnolentní | Krevní skupina: B (negativní) |

Nynější onemocnění:

Dne 7. 4. 2011 dle svědků udeřena dlažební kostkou spadlou z panelového patrového domu do hlavy od řemeslníků. Na místě tržná rána na hlavě, bezvědomí GCS 5–6, analgosedace, pacientka byla ošetřena na Neurochirurgii oddělení Fakultní nemocnice Olomouc, provedena diagnostika – UPV, intubace, Tetavax, ATB. Dle CT drobná kontuzní ložiska a SAK l. sin., fraktura spinálních výběžků C7 (krční obratle) –Th5 (hrudní obratel). Páteřní kanál přiměřené šíře, fraktura 6. žebra vpravo, v okolí mírný podkožní emfyzém, minimální PNO lateralis dexter, kontuzní plíce dorzálně bilaterálně – th – sutura rány – konzervativně.

Průběh a terapie:

Konzervativní postup. Tržná rána ošetřena suturou. Neurochirurgické konzilium, konzervativní postup. Dne 8. 4. doplněno MR krční páteře a hrudní páteře s příznivým nálezem – páteřní kanál volný, mícha bez ložiskových změn, nadále pokračováno v konzervativním postupu fixačním límcem na 6 týdnů. Kontrolní RTG plic bez PNO. Od 9. 4. zahájen pozvolný weaning a 10.4. hladce extubována. Dále spontánní ventilace, klidná, omezeně spolupracující. Tržná rána na hlavě, stehy ponechané.

Dne 13. 4. domluven překlad na traumatologické oddělení Šternberk, pacientka lehce somnolentní. Límec krční páteře, psychoorganická, dezorientovaná, bez parestezií, rána na hlavě klidná – stehy ponechané, dle doporučení zrušit ATB.

Informační zdroje:

- Dokumentace pacientky
- Rodina pacientky
- Pacientka
- Nemocniční informační systém

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Bezvýznamná vzhledem k sledovanému onemocnění se vrozené vady v rodině nevyskytují

Osobní anamnéza:

Bez vztahu k momentálnímu zdravotnímu stavu, bez vážnějšího předchorobí.

Hospitalizace a operace:

Pacientka před úrazem hospitalizována nebyla, s ničím se dosud neléčila.

Operace: Žádné.

Úrazy: Před nehodou žádné, revmatickou horečku a žloutenku neguje.

Transfúze: Žádné.

Léková anamnéza: Pacientka před úrazem neužívala žádné léky.

Alergologická anamnéza: Neguje.

ABÚZY

Alkohol: Neguje.

Kouření: Ano, pacientka kouřila 5 cigaret denně.

Káva: Ano, 1 krát denně.

Léky: Neguje.

Jiné drogy: Neguje.

Tabulka 3

| Gynekologická anamnéza (u žen) | Urologická anamnéza (u mužů) |
|---|---|
| Menarché: Od roku 1994 pravidelné, poslední menstruace 12. 4. 2011 Cyklus: pravidelný Trvání: 5 dní Intenzita , bolesti: mírná Porody: 2 Antikoncepce: Pacientka neužívá Menopauza: ne Potíže klimakteria: ne Samovyšetřování prsou: pacientka si pravidelně kontroluje a navštěvuje pravidelně mamologickou poradnu Poslední gynekologická prohlídka: 22.1.2011 | |

Sociální anamnéza:

Stav: Rozvedená..

Bytové podmínky: Bydlí s přítelem a dětmi.

Vztahy, role a interakce v rodině:

Rodina pacientku pravidelně navštěvuje, o pacientku se zajímá. Pacientka má dvě děti z předešlého manželství, žije s přítelem.

Záliby: Pacientka uvádí jako největší zálibu své děti.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: Střední odborné učiliště.

Pracovní zařazení: Prodavačka, nyní na mateřské dovolené.

Ekonomické podmínky: Dobré.

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: Pacientka je nevěřící.

Model fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové:

Posouzení současného stavu ze dne 13. 4. a 26. 4. 2012

Model je zpracován při příjmu a doplněn během hospitalizace po upravení stavu pacientky.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Pacientka byla při příjmu tedy **13. 4.** somnolentní, prodělala těžké polytrauma s kraniocerebrálním poraněním. Pacientka se vyjadřuje zmateně, uvádí jiné názvy k věcem, například na otázku zda má žízeň odpověděla: „ano bagr“. U pacientky je pravidelně kontrolováno: stav zornic – po dobu hospitalizace byly izokorické, jazyk plazí středem, stav vědomí sledován dle GCS, monitorovány a zapisovány vitální funkce pacientky, pravidelné nahlášení a změna ve stavu vědomí lékaři. Pacientka je spavá, ale pokud usne do hlubokého spánku, probouzí se nervózní a opocená, a mluví zmatené slova o zlých snech, vrací se jí den úrazu a s tím spojený strach o děti. Pacientka potřebuje dostatek času k rozhodování, neví, zda má žízeň, a za chvíli nervózně ukazuje na skleničku s čajem. Pacientka cítí úzkost.

Nyní tedy **26. 4.** je plně komunikující, jen potřebuje čas k dostatečnému správnému formulování vět. Pacientka vnímá, jako příčinu svého úrazu nepozornost, ale je ráda, že vše dobře dopadlo, protože držela v náručí své čtyřleté dítě, a to by nemuselo mít

tak dobrý konec. Pacientka si plánuje, že po uzdravení by chtěla zkusit jógu, pro zlepšení mozkových činností a vyrovnání se s traumatem a úzkostí po úraze. Pacientka se po upravení stavu vědomí cítí dobře, popisuje, že před úrazem pravidelně chodila na procházky, vyhýbala se tučným jídlům. Pacientka chápe rizika, která jsou spojena s její dlouhodobou rekonvalescencí, chápe, že musí sledovat, jak ránu na hlavě, z důvodu známek infekce, tak musí pozorovat i změnu v porušení centrálního nervového systému, rodina slíbila, že bude pacientku kontrolovat v domácí péči. Pacientka udává, že neprodělala žádná nachlazení ani žádné vážnější nemoci. Pacientka před úrazem kouřila 5 cigaret denně, nyní tvrdí, že by chtěla přestat. Alkohol pacientka nepila a pít nebude vůbec. Pacientka je velmi stydlivá a prosí personál o naprostou intimitu před ostatními pacienty, pacientce bylo vyhověno, po dobu hospitalizace byla tato potřeba plně splněna. V domácí péči se o ni postará přítel, na kterého je zvyklá.

Použita měřicí technika: GCS stupnice vědomí (příloha E).

13. 4. Výsledek GCS při příjmu pacientky byl 9.

26. 4. Výsledek GCS 15.

Ošetrovatelský problém: Ztížená komunikace. Nespavost. Úzkost.

2. VÝŽIVA A METABOLISMUS:

13. 4. Pacientka při příjmu somnolentní v oblasti výživy téměř nesoběstačná. Nutná dopomoc v oblasti výživy. Zaveden Monitoring příjmu výživově ohroženého pacienta. Zavedena kašovitá strava, kterou pacientka toleruje s dopomocí sestry. Tekutiny nabízeny, vedena Bilance tekutin. Sliznice byly klidné, stav vlasů, nehtů normální. Pacientka trpí obezitou, váží 89 kg. BMI je 34, 8. Břicho klidné, nebolestivé. Pacientka má potíže s polykáním pro bolestivost žeber. Kůže bez porušení integrity, prokrvená přiměřeně. Při příjmu CŽK z FN Olomouc, bez známek infekce.

26. 4. Pacientka jí sama, stravu číslo 3 racionální toleruje. Tekutiny nabízeny, popíjí sama, nadále monitorován příjem stravy a tekutin. Pacientka udává, že doma se snažila jíst zdravě, popíjela přibližně 2 litry za den tekutin, dietní omezení nemá, jen se vyhýbá tučnému jídlu. Chut' k jídlu již nyní má, ale dny při příjmu si příliš

nepamatuje. Pacientka váží 79 kg, její BMI je 30,9, úbytek váhy během hospitalizace nebyl. Pacientka zubní protézu nemá, chrup má v pořádku. Kůže je bez porušení integrity. Rána na hlavě je zhojena per primam. Zaveden PŽK, bez známek infekce.

Použita měřící technika: Bilance tekutin (Příloha I). Monitoring příjmu výživově ohroženého pacienta (Příloha J). BMI – body mass index – (Příloha F)

Ošetrovatelský problém: Snížená soběstačnost v oblasti příjmu potravy a tekutin.

3. VYLUČOVÁNÍ

13. 4. Pacientka při příjmu inkontinentní, má zavedený permanentní močový katétr, kterým je vylučována čirá moč, bez příměsí s ostrým zápachem, barva je tmavě žlutá. U pacientky je vedena bilance tekutin, diuréza je ke konci mé směny přiměřená. Při příjmu bylo u pacientky zvýšené pocení. Stolice u pacientky odcházela samovolně, řídká, světle hnědá s ostrým zápachem.

26. 4. Pacientka je bez permanentního katétru, močí bez potíží, diuréza dobrá, bilance tekutin stále vedena. Příjem a výdej je téměř vyrovnaný. Moč je čirá, bez příměsí, světle žlutá, bez zápachu. Pacientka uvádí, že doma močila přibližně 8 x za den, potíže neměla, řezání či pálení nepociťovala, nyní močí bez potíží. Pocení je v normě, bez zápachu, pacientka uvádí, že doma spává jen pod dekou a má ráda při spaní otevřené okno. Stolica je u pacientky tuhá, formovaná, hnědá, s normálním zápachem, bez příměsí hlenu. Před hospitalizací pacientka neměla žádné potíže se stolicí, říká, že stolice byla pravidelná, 1x za dva dny.

Použita měřící technika: Bilance tekutin (Příloha F). Sledování stolice – dekurz.

Ošetrovatelský problém: Inkontinence moče a stolice při příjmu, průjem. Snížená soběstačnost v oblasti vyprazdňování a hygieny. Riziko infekce.

4. AKTIVITA, CVIČENÍ

13. 4. Pacientka je při příjmu nesoběstačná, pacientka je somnolentní. U pacientky je nutná dopomoc v oblasti komplexní sebeděče, v oblasti splnění všech bio – psycho – sociálních potřeb. Nutná dopomoc v oblasti výživy, hygieny, úpravy

zevnějšku, polohování. Pacientka je nemotorná, místy neví kde je. Fixace C páteře Philadelphia límcem.

26. 4. Pacientka si umyje horní polovinu těla, reaguje na slovní vyjádření, snaží se a spolupracuje. Uvádí, že doma chodila na pravidelné procházky, a snažila si udržet dobrou kondici. Pacientka má dvě děti a přítele a denně o ně pečovala a vedla domácnost. Volný čas věnovala zejména dětem a na sebe neměla čas, nyní chce zkusit po rekonvalescenci jógu. Pacientka chodí v chodítku s doprovodem rehabilitační sestry. Pacientka si je ještě trochu nejistá v chůzi, ale snaží se. Fixace C páteře Philadelphia límcem, 6 týdnů, dle doporučení FN Olomouc.

Použita měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností (Příloha K).

Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty (Příloha M).

Ošetrovatelský problém: Snížená soběstačnost v oblastech výživy, hygieny, polohování. Riziko dekubitu. Riziko pádu.

5. SPÁNEK – ODPOČINEK

13. 4. Pacientka při příjmu somnolentní, zhodnoceno GCS. První noc při příjmu, je pacientka spavá, ale pokud usne do hlubokého spánku, probouzí se nervózní a opocená, a mluví zmatené slova o zlých snech, vrací se jí den úrazu a s tím spojený strach o děti.

26.4.Pacientka po zlepšení stavu komunikuje, a říká, že doma se spaním potíže neměla, usínala zhruba v 21:00 a vstávala v 7:00, mnohdy vstávala kvůli dětem, takže měla spánek někdy přerušovaný, ale poté opět usnula. Doma se cítila plná energie, nyní je hodně unavená. Na spaní léky neužívala, po dobu hospitalizace také ne. Po upravení stavu pacientky, spala klidně celou noc a vstávala v 6:00 na ranní hygienu.

Použita měřicí technika: GCS (příloha E).

Ošetrovatelský problém: Porucha spánku.

6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

13. 4. Pacientka při příjmu somnolentní, nevnímá okolí. Pacientka udává silné bolesti žebra na vizuální analogové škále číslem 5. Pacientka neodpovídá racionálně a nazývá věci nesprávnými slovy. Pacientka mluví pomalu a zmateně.

26.4. Pacientka nyní reaguje, komunikuje, okolí vnímá, udává, že bolest ustoupila, jen při pohybu se opět objeví. Pacientka udává, že doma neměla žádné potíže se zrakem či se sluchem, brýle nenosí. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Udává, že paměť měla před úrazem velmi dobrou, nyní ji vše déle trvá, než si uvědomí, co přesně chce vyjádřit. Pacientka mluví souvislou, pomalou a srozumitelnou řečí.

Použita měřicí technika: VAS (Příloha H).

Ošetrovatelský problém: Ztížená komunikace, Bolest akutní.

6. SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA, JISTOTA A BEZPEČÍ

13. 4. Pacientka je při příjmu somnolentní, nelze objektivně hodnotit. Pacientce jsou sděleny veškeré informace o hospitalizaci.

26. 4. Pacientka je při vědomí. Po zlepšení stavu jsou pacientce opět sděleny veškeré informace o hospitalizaci. Udává, že nemá žádné problémy v otázce sebepojetí, doma se cítila plná energie a elánu a nyní se ji vše pomalu vrací. V době hospitalizace nepocítuje nejistotu, říká, že ji personál vše dobře vysvětloval a byl vstřícný. Krátce po úrazu se cítila nervózně a pocítovala úzkost, kvůli sobě i rodině, nyní je již vše v pořádku.

Použita měřicí technika: GCS (Příloha E).

Ošetrovatelský problém: Strach o rodinu.

8. PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

13.4. Pacientka při příjmu somnolentní, nelze objektivně hodnotit.

26.4. Pacientka bydlí se dvěma dětmi z předchozího manželství s přítelem v rodinném domku. Svou rodinu má jako životní prioritu a žije jen pro ni. Nyní má obavy, jak bude přítel zvládat se starat o děti, ale pomáhá mu babička, tedy maminka pacientky, která chodí pravidelně s rodinou na návštěvu. Rodina reaguje na onemocnění nyní již bez problémů, byly v šoku, ale dnes pacientce velmi pomáhají a snaží se. Pacientka

se cítí aktivně, před hospitalizací byla na mateřské dovolené, a pro děti i pro sebe vyhledávala stále nějaké aktivity.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Strach o rodinu.

9. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

13. 4. Při příjmu je pacientka neklidná, somnolentní. Pacientka je uklidňována sestrou, je jí vysvětlena situace do, které se dostala z důvodu úrazu. Pacientce jsou podány analgetika a uklidňující medikace, pacientka se postupem času zklidnila a spí.

26.4. Pacientka udává, že před nehodou nebyla nervózní, stres nepocítovala, nyní říká, že po úraze byla velmi stresovaná, měla noční můry a nemohla se vyrovnat s dlouhodobou hospitalizací. Dnes velký stres neprožívá, hodně ji pomáhají sestry a lékaři při podávání pravidelných informací o jejím zdravotním stavu. Má v rodině velkou oporu a vždy se těší na její návštěvu a moc se těší domů.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Stres.

10. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

13. 4. Při příjmu nelze objektivně hodnotit, informace čerpáme od rodiny, říkají, že je pacientka nevěřící.

26.4. Pacientka udává, že je nevěřící, neuznává žádnou náboženskou víru, říká, že v něco věří, ale nevěří, že tam nahoře někdo je.

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11. KOMFORT

13. 4. Pacientka udává silné bolest žeber na vizuální analogové škále číslem 5. Pacientka somnolentní, doplněno po zlepšení stavu.

26.4. Pacientka udává bolesti na VAS číslem 2. Hospitalizaci snáší nyní již dobře. Pacientka se těší domů za rodinou.

Použitá měřicí technika: VAS (Příloha H).

Ošetrovatelský problém: Bolest akutní.

SHRNUTÍ OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ

13. 4. Ztížená komunikace. Úzkost. Poruchy spánku. Nechutenství. Smutek. Poruchy nálady. Bolest akutní. Snížená soběstačnost v oblasti příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, hygieny a polohování. Riziko vzniku dekubitu. Riziko pádu. Průjem. Riziko infekce. Stres.

26. 4. Strach o rodinu. Ztížená komunikace. Dopomoc v oblasti hygieny. Riziko pádu.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Na oddělení sledování oběhu, medikace dle doporučení, rehabilitace, kontrolní CT, dle doporučení FN Olomouc, při zhoršení stavu ihned. Pravidelná kontrola a převazy rány na hlavě, stehy ex cca za 2 – 3 dny, fixace C páteře Philadelphia límec ponechat 6 týdnů.

Ordinované vyšetření při příjmu:

Krevní obraz, koagulační screening, moč chemicky, biochemie (ALT, AST, GMT, CRP, urea, kreatinin), moč chemicky, kontrolní CT mozku, CT plic, ultrazvuk dutiny břišní, neurologické konzilium. Monitorace na dospávacím pokoji.

Výsledky:

Při příjmu:

Krevní obraz: Hemoglobin celkový (g/l) – 110, Leukocyty $10^9/l$ – 6,5, Erytrocyty $10^{12}/l$ – 3,9 Hematokryt % – 0,360, Trombocyty $10^9/l$ – 259,

Koagulační screening: Protrombin (INR) – 1,12, APTT – ratio – 1,06,

Moč chemicky: Ph moč automat – 7, bílkovina – 1, Leu – 6,0, Ery – 4, barva žlutá

Biochemie: Na mmol/l - 150 K mmol/l - 4,0 Cl mmol/l – 2,65 - ALT – 2,11,
AST – 0,79, GMT – 0,50, CRP – 0,60, urea 7,6, kretinin - 57.

Při propuštění:

Krevní obraz: Hemoglobin celkový (g/l) – 135, Leukocyty 10⁹/l – 5,9,
Erytrocyty 10¹²/l – 4,11, Hematokryt % – 0,40, Trombocyty 10⁹/l – 289,

Koagulační screening: Protrombin – 0,9, APTT – ratio – 1,15

Moč chemicky: Ph moč automat – 5,6, bílkovina – 0, Leu – 4,0, Ery – 2, barva
žlutá

Biochemie: Na mmol/l - 139 K mmol/l - 5,0 – Cl mmol/l – 2,0 ALT – 0,59,
AST – 0,19, GMT – 0,45, CRP – 0,15, urea – 5,6, kretinin - 43.

CT plic nativ 13. 4. 2011

Vpravo v pleurální dutině dorzálně jemný proužek volné tekutiny 8 mm. Větvení hlavních bronchů pravidelné, tyto nezúžené. Obě plicní křídla rozvinutá, bez známek PNO. Bilaterálně v dorzální části dolních laloků okrsky bez snížené kapacity. Plicní parenchym bez známek patologií. Drobný fluidothorax lateralis dextra, hypoventilace či zbytky kontuzních ložisek v dorzálních částech dolních laloků.

CT mozku nativ 21. 4. 2011

Nativně bez ložiskových změn. Stratifikace šedé a bílé hmoty zachovalá. Vlevo mezi kalvou a kortikalis hypodézní proužek 3mm, sahající od báze laloku k úrovni těla postranní komory. Struktury střední čáry bez posunu. Komory štíhlé, třetí komora 3 mm. V kostním okně bez nápadnější lomné linie. Frontálně, maxilárně, ethmoideální dutina bez patologického obsahu. Nativně bez ložiskových změn, bez známek čerstvého krvácení. Menší subdurální hygrom lateralis sinistra bez progresu nálezu. CT obraz se oproti minulému vyšetření nezměnil.

Neurologické konzilium: 13.4.2011

Pacientka nyní hospitalizována na traumatologickém oddělení 7. 4. 2011 spadla dlažební kostka na hlavu, rána na hlavě, bezvědomí – pacientka byla ošetřena na neurochirurgii oddělení Fakultní nemocnice Olomouc – UPV, intubace, - kontuze cerebri a SAK TO I. sin, fractura spinálních výběžků C7–Th5 fractura costa VI l. dx.,

emphysem, minimální PNO l. dx., kontuzní plíce dorzálně bilaterální, terapie sutura rány, - konservativní postup, na MR C a Th páteře negativní, límec C páteře, RTG S+P bez progresu PNO. 10. 4. extubována, dále ventilace spontánní, omezeně spolupracuje. Nyní domluven překlad na chirurgicko-traumatologické oddělení Šternberk, pacientka lehce somnolentní, C límec páteře, psychoorganická, dezorientovaná, bez parestezie. Po celou dobu hospitalizace somnolentní, dle dokumentace psychoorganický syndrom, na končetinách bez parestezie. Dnes pacientka více probraná. V objektivním neurologickém nálezu dezorientace, psychoorganický syndrom, bez zřejmé ložiskové léze CNS, na CT mozku nativ menší subdurální hygrom vlevo, bez progresu nálezu, bez čerstvých změn.

Ultrazvuk dutiny břišní 13. 4. 2011

Játra mají hraniční velikost, v hodnotitelném rozsahu jsou bez nápadnějšího ohraničeného ložiska, žlučové cesty nejsou dilatované. Žlučník bez tekutinového obsahu, v podélné ose má 58mm, přední stěna nevrstvená, zadní překrytá akustickým stínem, svaštělý žlučník s lithiazou. Z pankreatu je vidět hlavu a tělo – bez nápadnější patologie, kauda je v sumaci, slezina nezvětšena, ledviny mají normální velikost, hladký povrch, parenchym je normálně široký, močový měchýř prázdný, volná tekutina v dutině břišní není přítomna.

CT mozku nativ kontrola: 26.4.2011

Nativně infra a supratentoriálně bez ložiskových změn. Stratifikace šedé a bílé hmoty zachovalá. Struktury střední čáry bez posunu. Komory štíhlé, třetí komora 3 mm. Subarachnoideální prostory při dnešním vyšetření v normě bez patologického obsahu. V kostním okně bez nápadnější lomné linie. Frontálně, maxilárně, ethmoideálně i sphenodiálně dutiny bez patologického obsahu. Nativně t. č. bez ložiskových změn, bez známek krvácení, menší subdurální hygrom l. sin. už není zřetelný.

CT mozku nativ: 30. 4. 2011

Bez ložiskových změn, komorový systém jen normálně široký, má obsah přiměřené denzity, prostory jsou bez patologického obsahu, bílá a šedá hmota jsou dobře diferencovány, dorzum sedla má normální velikost, tvar i strukturu, skelet bez patologických změn Závěr: CT nález je v mezích normy

Tabulka č. 7 - Konzervativní léčba

| Název léku | Forma | Síla | Dávkování | Skupina |
|-------------|----------------|-----------|-----------------|-----------------------------|
| Geratam | tableta | AL 800 mg | 2-1-0 | Nootropní léčivo |
| Bromhexin | inhalace | 12 BC | 1-1-1 (20 gtts) | Expektorans, mukolitikum |
| Losseprazol | tobolka | 20 mg | 0-1-1 | Antacida |
| Unasyn | tableta | 375 mg | 1-0-0 | Antibiotikum |
| Fraxiparin | injekce (s.c.) | 0,4 ml | 0,4-0-0 | Antikoagulancia |
| Unasyn | tableta | 375 mg | 0-1-1 | Antibiotikum |
| Novalgin | injekce (i.m.) | 2 ml | 1-1-1 | Analgetikum |

Infúzní terapie:

- FR 1000 ml + 2 amp. NaCl 10%
- FR 500 ml + 2 amp. NaCl 10% + KCl 7,5% 1 amp.
- Glukóza 1000 ml + 2 amp. NaCl 10% + 1 amp. KCl 7,5 %
- Glukóza 500 ml + 2 amp. NaCl 10% + 2 amp. KCl 7,5%

Dieta: 13.4. 1. - kašovitá, po upravení stavu 3 (racionální)

Pohybový režim: Klid na lůžku.

RHB: Při příjmu pasivní, po stabilizaci pacientky rehabilitace aktivní

Výživa: Per os.

Chirurgická léčba:

Pacientka má fracturu spinálních výběžků C7–Th 5 – nasazen krční límec Philadelfia. Drenážní poloha hlavy 30 stupňů. Další diagnóza pacientky je fraktura žebra, tedy elevace trupu.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Čtyřiaadvacetileté pacientce spadla dlažební kostka na hlavu. Pacientka byla přeložena na naše oddělení z neurochirurgie FN Olomouc, kde byla dne 10. 4. 2011 extubována. Pacientka s polytraumatem, utrpěla kraniocerebrální poranění, kontuzi mozku, kontuzi plic, frakturu žebra (VI. lateralis dexter), emphysem.

Pacientka je při vědomí, mírně somnolentní, dýchání spontánní.

Pacientka je přijatá 13.4. na dospávacím pokoj kde jsou monitorovány její fyziologické funkce – TK 135/85, TF 82', TT 36,6 °C, SPO2 98%. Pacientka má zavedený centrálním žilním katétre do vena subclavia lateralis dextra, který nejeví

známky infekce. Dalším invazivním vstupem je permanentní močový katétr derivující čistou moč, bez příměsí a zápachu, sledujeme bilanci tekutin. U pacientky hrozí riziko dekubitu, nutné polohování za pomoci antidekubitárních prostředků. Nutná dopomoc v komplexní oblasti sebedpěče. Pohybový režim pacientky je přísný klid na lůžku, nutná signalizace z důvodu rizika pádu. Pacientka je somnolentní, porucha v oblasti sebedpěče. Pacientka hůře komunikuje. Pacientka má bolesti z důvodu zlomeniny žebra.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit stavu pacientky:

(Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce zdravotní sestry)

13. 4.

1. Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, výživy a polohování.
2. Bolest akutní v souvislosti s úrazem (polytraumatem), projevující se verbalizací, výrazem v obličeji, podrážděností, vyhledáváním úlevové polohy a intenzitou na VAS škále (1–10) stupněm 5.
3. Komunikace porušená v souvislosti s poruchou vědomí, projevující se zpomaleným mluvením a reagováním.
4. Tkáňová integrita porušená v souvislosti s úrazem, projevující se tržnou ránou na hlavě.
5. Myšlení porušené v souvislosti s úrazem, projevující se nepřiměřeným vyjadřováním, nezakládající se na realitě
6. Posttraumatický syndrom související s úrazem, projevující se nočními můrami, nechutenstvím, smutkem, poruchami nálady.
7. Pohyblivost porušená v souvislosti s neuromuskulárním poškozením projevující se stížnostmi na bolest při pohybu.

8. Inkontinence moči úplná související s neurologickou dysfunkcí, projevující se neustálým zcela nekontrolovatelným odchodem moče.

9. Inkontinence stolice související s neurologickou dysfunkcí, projevující se soustavným unikáním stolice.

10. Nausea související s kraniocerebrálním poraněním a posttraumatickým syndromem, projevující se slovním vyjádřením, bledostí, zvýšeným sliněním a nechutenstvím.

11. Spánek porušený související s posttraumatickým syndromem, projevující se nočními můrami a buzením.

12. Polykání porušené z důvodu neurologického postižení a bolestivostí zlomeniny žeber, projevující se bolestivými grimasami v obličeji, uvíznutím stravy v ústech při přijímání potravy.

26. 4.

1. Péče o sebe sama nedostatečná, v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se dopomocí druhé osoby v oblasti hygienické péče a kontrolou při polohování.

2. Bolest akutní v souvislosti s úrazem (polytraumatem), projevující se verbalizací, výrazem v obličeji, vyhledáváním úlevové polohy a intenzitou na VAS škále (1–10) stupněm 2.

3. Komunikace verbální porušená v souvislosti s poruchou vědomí, projevující se zpomaleným mluvením a občasnými chybami ve slovním vyjadřování.

4. Život rodiny narušený související s hospitalizací projevující se strachem o rodinu.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

13. 4.

1. Riziko vzniku infekce v souvislosti zavedeného centrálního žilního katétru, zavedeného permanentního močového katétru a pouřazovou ránou na hlavě.

2. Riziko aspirace v souvislosti s neurologickými poruchami.
3. Trauma, zvýšené riziko v souvislosti s narušenou koordinací pohybů a poruchou vědomí po úraze.
4. Kožní integrita, riziko porušení související s poruchou hybnosti, malnutrice a inkontinencí stolice. (Příloha M)
5. Výživa porušená, nedostatečná, hrozící, v souvislosti s porušeným polykáním, s nutností vedení Monitoringu příjmu výživově ohroženého pacienta. (Příloha J)

26. 4.

1. Riziko vzniku infekce v souvislosti zavedeným periferním žilním katétrem a hojící se ránou na hlavě.
2. Trauma, zvýšené riziko v souvislosti s narušenou koordinací pohybů a poruchou vědomí po úraze.

| |
|--|
| <p>Ošetřovatelské diagnózy:</p> <p>1. Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se potřebou pomoci jiné osoby při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, výživy a polohování.</p> |
| <p>Cíl:</p> <p>Dlouhodobý: Pacientka bude do 2 týdnů soběstačná</p> <p>Krátkodobý: Pacientka se bude snažit do 24 hodin plně spolupracovat s ošetřovatelským týmem.</p> <p>Priorita: Střední</p> |
| <p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka je aktivní při spolupráci s ošetřovatelským personálem do 24 hodin.</p> <p>Pacientka má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby po dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientka je informována o pomoci ošetřovatelského personálu s péčí, kterou sama nezvládne do 24 hodin.</p> <p>Pacientka ví, kde je umístěna signalizace pro přivolání ošetřovatelského personálu do 24 hodin.</p> |

Pacientka má umístěny všechny pomůcky na dosah ruky k dodržení základní hygieny a sebeděče do 24 hodin.

U pacientky je zaznamenám stupeň její soběstačnosti do 1 hodiny od příjmu, pomocí Barthelova testu všedních činností.

Plán intervencí:

Zajisti pacientce každodenní hygienickou péči, kdy se pacientka aktivně zapojí (sestra ve službě)

Pomoc pacientce při vyprazdňování, hygieně o dutinu ústní (sestra ve službě)

Podej pacientce potřebné pomůcky k vyprazdňování (primární sestra)

Zaznamenej do Barthelova testu výsledek a stupeň její soběstačnosti. (sestra ve službě)

Dopřej pacientce dostatek času pro vyjádření svých potřeb, zajisti veškeré potřebné pomůcky (sestra ve službě)

Pacientku pravidelně polohuj, dle polohovací tabulky (sestra ve službě)

Umožni pacientce pravidelnou hygienu rukou a genitálií po vykonání potřeby vyprazdňování. (sestra ve službě)

Zajisti pacientce vždy intimitu (primární sestra)

Motivuj pacientku za každý pokrok v oblasti sebeděče, vyslov pochvalu za každé aktivní zapojení (sestra ve službě)

Zapoj rodinu pacientky do zvládání denních činností (sestra ve službě)

Veď pacientku k soběstačnosti každý den (sestra ve službě)

Vysvětli pacientce význam a obsluhu signalizačního zařízení pro přivolání pomoci ošetřovatelského personálu (primární sestra)

Realizace:

O pacientku jsem pečovala při službě na dospávacím pokoji, a to:

13.4. 2011 Pacientce jsem dopomohla s hygienickou péčí při příjmu. Pacientku jsem přijímala v 15:40, takže po stabilizaci jsem pacientku umyla, zkontrolovala predilekční místa, a zapsala veškeré porušení kožní a tkáňové integrity. U pacientky jsem zavedla Polohovací tabulku, dle které jsem pacientku polohovala v pravidelných intervalech. Pacientka měla při příjmu zavedený močový katetr, kde jsem ústí katetru vydezinfikovala a zavedla jsem Bilanční list tekutin. Pacientce při příjmu odcházela řídká stolice, a menstruace, pravidelně jsem umývala pacientce genitálie a ruce. Pacientce jsem vysvětlila použití signalizačního zařízení pro

přivolání ošetrovatelského personálu. U pacientky při příjmu byla zavedena mletá strava, s kterou jsem pacientce pomohla a nakrmila ji.

17.4.2011 U pacientky došlo ke zlepšení, větší spolupráce, pacientka se snaží, dokáže si umýt horní polovinu těla s pravidelným slovním povzbuzováním. Pacientce je dopomáháno s polohováním, pacientka se snaží, pacientka je bez porušení kožní integrity. Močový katétr bez známek infekce, provedena hygienická aseptická péče. Pravidelná kontrola hygiena genitálií pokračuje. Pacientka chápe použití signalizačního zařízení. Pacientka se snaží jíst a napít s dohledem sestry, která pacientce připomíná, aby pokračovala v jídle. U pacientky byly prováděny celým ošetřujícím personálem i její rodinou prvky bazální stimulace, rodina nosila pacientce oblíbená jídla, oblíbené pití, které ji motivovalo.

26.4.2011 Pacientka se sama nají a napije, umyje si horní polovinu těla a část dolní poloviny těla, dnes cvičila s rehabilitační sestrou, dokáže chodit v chodítku s dopomocí rehabilitační sestry. PMK vytažen, pacientka začala močit spontánně, bez potíží. Pacientka se snaží polohovat sama, zkontrolováno ošetrovatelským personálem a doplněny antidekubitární pomůcky. Pacientka se aktivně zapojuje do celodenní péči o sebe sama. Pacientka posazována do křesla.

30.4.2011 Pacientka zvládá hygienickou péči sama. Pacientka jí a pije sama, spolupracuje. V doprovodu sestry chodí na záchod, pacientka chůzi zvládá bez potíží. Pacientka se sama polohuje, bez nutnosti antidekubitárních pomůcek. Pacientka je aktivní a vnímání a pochopení v oblasti sebedpěče se velmi zlepšilo.

3.5.2011 Pacientka je plně soběstačná ve všech stanovených problémech: hygienická péče, vyprazdňování, výživy a polohování. Pacientka je propuštěna do domácí péče, pacientka a rodina je poučena o následném dodržení, kontrole a návaznosti ošetrovatelské péče v oblasti sebedpěče.

Hodnocení: Cíl byl splněn, u pacientky bylo patrné zlepšení, pacientka byla při propuštění plně soběstačná.

2. Bolest akutní v souvislosti s úrazem (polytraumatem), projevující se verbalizací, výrazem v obličeji, podrážděností, vyhledáváním úlevové polohy a intenzitou na VAS škále (1–10) stupněm 5.

Cíl:

| |
|--|
| <p>Dlouhodobý: Pacientka má odstraněnou bolest do 2 týdnů</p> <p>Krátkodobý: Pacientka má sníženou bolest o 2 stupně na VAS škále do 2 hodin</p> <p>Priorita: Střední</p> |
| <p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka umí identifikovat bolest na VAS škále bolesti do 1 hodiny</p> <p>Pacientka zná příčinu bolesti do 24 hodin</p> <p>Vysvětlí pacientce metody pro zmírnění bolesti do 2 hodin</p> <p>Pacientka verbalizuje snížení bolesti do 2 hodin</p> <p>Vysvětlit pacientce úlevové polohy do 4 hodin</p> |
| <p>Plán intervencí:</p> <p>Zhodnoť bolest pacientky, její lokalizaci, charakter, frekvenci a zaznamenej vše do formuláře Hodnocení bolesti, 3x denně (primární sestra)</p> <p>Zajisti denně pacientce klid a pohodlí (primární sestra)</p> <p>Posuď bolesti na VAS škále (stupně 1–10) 3x denně a zaznamenej do formuláře Hodnocení bolesti (sestra ve službě)</p> <p>Edukuj pacientku o možnostech úlevové polohy každý den (primární sestra)</p> <p>Edukuj pacientku o nutnosti oznámení sestře či lékaři o zhoršení bolesti každý den (sestra ve službě)</p> <p>Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, jejich vedlejší účinky a zapisuj vše do formuláře na Hodnocení bolesti denně dle ordinací (sestra ve službě)</p> <p>Sleduj psychiku pacientky a její psychické změny, potřeby a zapisuj vše do ošetrovatelské dokumentace (sestra ve službě)</p> <p>Dopomoz pacientce najít metodu, jak zvládnout bolest, odpoutání se od bolesti, vysvětlí pacientce relaxační metody (primární sestra)</p> <p>Pozoruj chování pacientky, její grimasy a verbalizaci (sestra ve službě)</p> <p>Dopřej pacientce dostatek času k popsání bolesti, její intenzitu a lokalizaci a vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace Hodnocení bolesti. (sestra ve službě)</p> <p>Zajisti pacientce v době zhoršeného vědomí denně potřebné pomůcky k vyjádření bolesti, psací pomůcky, tabulka s abecedou (sestra ve službě).</p> |
| <p>Realizace:</p> <p>13.4. 2011 Při příjmu jsem pacientce podala naordinovaná analgetika, vše jsem zaznamenala do dokumentace Hodnocení bolesti, kde jsem sledovala průběh a účinnost analgetik, v příloze G je přiložena dokumentace Hodnocení bolesti z tohoto</p> |

dne jako příklad. Pacientky jsem se v pravidelných intervalech ptala na bolest a zapisovala intenzitu bolesti do VAS škály bolesti, při příjmu pacientka udávala číslo 5. Pacientku jsem při příjmu edukovala o možnostech k úlevě bolesti, a vysvětlili jsme ji hlášení všech změn intenzity bolesti. Na pacientku jsem nespěchala a respektovala jsem její stav vědomí a vše ji pomalu a stručně vysvětlovala. Při konci směny po pravidelném podání analgetik, uvádí pacientka zlepšení intenzity bolesti na VAS stupnici 3.

17.4.2011 Pacientka říká, že po podání analgetik se jí velice ulevilo, cítí se mnohem lépe, bolest nyní hodnotí na VAS škále jako 2. U pacientky došlo ke zlepšení vědomí a bolest je lépe hodnotitelná, nejeví známky somnolence jako při příjmu. Pacientka uvádí, že se jí i lépe dýchá, při příjmu se jí hůře dýchalo pro silnou bolest z důvodu zlomeného žebra. Pacientka sama vyhledala úlevovou polohu. Pacientka se snaží i po úlevě od bolesti sama cvičit, zvedá nohy a cvičí cviky na doporučení rehabilitační sestry.

26.4.2011 Pacientka udává mírnou a tupou bolest na stupnici VAS číslo 2. Pacientka chodí v chodítku, a snaží se, říká, že jsou bolesti tupější a nedělá jí bolest problémy ani při chůzi. Při dýchání pacientka již bolest necítí, jen ji občas píchne v oblasti žeber. Při polykání pacientka potíže neudává, bolest nepociťuje. Bolest je pravidelně zaznamenána do dokumentace Hodnocení bolesti, kde lze vidět účinnost analgetik.

30.4.2011 Pacientka udává slabé bolesti na VAS škále číslem 1. Pacientka se dokonce i sama polohuje, bolesti nemá ani při chůzi. Cítí se velmi dobře. Pacientka chodí bez chodítka v doprovodu ošetřovatelského personálu.

3.5.2011 Pacientka se cítí velmi dobře, bolesti neguje. Pacientka je propuštěna, udává, že bolesti nemá. Je poučena o následných kontrolách a o okamžitém hlášení při jakýchkoliv obtížích. Pacientka je soběstačná a při zvládnání denních činností nepociťuje bolesti. Je poučena o klidovém režimu a následné rekonvalescenci. Pacientka dostala při propuštění recept na analgetika p. o., která užije při objevení bolesti, avšak při bolesti silné a neustupující se ihned nahlásí zde na naší traumatologické pohotovosti.

Hodnocení: U pacientky došlo ke snížení intenzity bolesti, pacientka vše pochopila. V dokumentaci lze rozpoznat účinek analgetik. Cíl byl splněn.

3. Komunikace porušená v souvislosti s poruchou vědomí, projevující se

| |
|---|
| zpomaleným mluvením, nesprávným pojmenování věcí a reagováním. |
| <p>Cíl:</p> <p>Dlouhodobý: U pacientky budou zcela obnoveny komunikační schopnosti do 2 týdnů</p> <p>Krátkodobý: Pacientka bude umět odpovědět kývnutím hlavy – „ano, ne“ do 1 hodiny od přijetí</p> <p>Priorita: Střední</p> |
| <p>Výsledné kritéria:</p> <p>U pacientky bude viditelné zlepšení komunikace do 1 týdne</p> <p>Pacientka adekvátně reaguje při komunikaci do 1 týdne od přijetí na oddělení</p> <p>Pacientka chápe použití signalizace do 2 hodin od přijetí na oddělení</p> <p>Pacientka umí na otázky ošetřovatelského personálu kývat hlavou „ano, ne“ do 1 hodiny</p> <p>Pacientka přijme alternativní způsoby komunikace do 2 hodin</p> <p>Pacientka bude schopna sdělit své potřeby personálu a rodině do 6 hodin od přijetí</p> |
| <p>Plán intervencí:</p> <p>Oslovuj pacientku jménem Alenka, jak je dle překládací zprávy zvyklá z rodiny (primární sestra)</p> <p>Udržuj s pacientkou oční kontakt (sestra ve službě)</p> <p>Použij vhodné pomůcky pro zefektivnění komunikace – tabulka s abecedou, psací potřeby, obrázky pro lepší pochopení slov a jiné (sestra ve službě)</p> <p>Zajisti dostatek času a soukromí při komunikaci (primární sestra)</p> <p>Eliminuj rušivé elementy z okolí (primární sestra)</p> <p>Formuluj jasné a jednoduché fráze (sestra ve službě)</p> <p>Mluv pomalu, nahlas a zřetelně, klidně, blízko u pacientky, aby mohla při mluveném slovu odezírat z úst (sestra ve službě)</p> <p>Vysvětli pacientce z čeho je tato komunikační porucha (primární sestra)</p> <p>Denně pacientku povzbuzuj a chval ji za každý viditelný úspěch, vše zapisuj do dokumentace (sestra ve službě)</p> <p>Povzbuzuj rodinu pacientky k častějším návštěvám pro stimulaci komunikace (primární sestra)</p> <p>Vysvětli pacientce, k čemu slouží signalizace a ukaž ji funkčnost zařízení (primární všeobecná sestra)</p> |

Realizace:

13. 4. Při příjmu byla pacientka mírně somnolentní, téměř nekomunikovala, na kontrolní otázku zda má žízeň nám odpověděla: „ano bagr“, poté jsem ji postupně vysvětlila důvod příjmu tekutin, pacientka se jevila, že vše chápe, od příjmu jsem pravidelně pacientce opakovala určité názvy věcí a činností. Pacientce jsem vysvětlila použití komunikačních prostředků, pacientka se naučila používat pomůcky, obrázky ji velmi pomohly při vyjádření svých potřeb. Pacientka pochopila po vysvětlení vyjádření kývnutím hlavy „ano, ne“. Pacientka reagovala na oslovení jménem „Alenka“. Pacientce jsem vysvětlila funkčnosti signalizačního zařízení, které se naučila používat, musela jsem pacientce několikrát zopakovat, že slouží pro přivolání ošetrovatelského personálu, protože pacientka někdy stále signalizační zařízení držela v kuse a pak nevěděla co se děje, ke konci služby signalizaci používala v případě nutnosti splnění potřeby. Pacientka byla při příjmu uložena na dospívací pokoj, který je sledován kamerou a sestra je stále přítomna, takže měla pacientka stálý dohled a vysvětlení jsem pravidelně opakovala k lepšímu pochopení. Rodina při příjmu nepřišla, ale telefonicky se spojila s lékařem, který jim řekl, o problému s komunikací a řekli, že přijdou hned, jak to bude možné.

17.4. U pacientky od příjmu došlo ke zlepšení, pacientka se snaží vše nazývat pravými jmény, tvrdí, že občas ji ústa mluví dřív, než mozek myslí, a že si to ani neuvědomí a prostě ji mozek přiřadí jiný název k věci či činnosti. Pacientce jsem vysvětlila, z jakého důvodu toto může být, pacientka vše chápe a říká, že se bude nadále snažit se v komunikaci zlepšit. Rodina k pacientce denně chodí a pravidelně se jí ptají na základní věci denních činností. Pacientka používá komunikační pomůcky bez problému. Signalizaci používá účinně. Pacientka je stále na pokoji monitorovaného kamerou s dohlížející specializovanou sestrou.

26.4. Pacientka spolupracuje, snaží se komunikovat, za dvanácti-hodinovou směnu se splete jen přibližně 3x, což je velmi dobré, při příjmu to bylo při téměř každém slovním vyjádření.

S pacientkou mluvím s udržení očního kontaktu pro lepší gestikulaci a odezírání ze rtů. U pacientky sleduji veškerá zlepšení a vše zapisuji do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka s rodinou komunikuje bez potíží.

30.4. Pacientka komunikuje bez potíží, téměř se neplete, vše si nejprve promyslí a až poté pomalu mluví, jak jsem ji vysvětlila. Pacientka je velmi snaživá a těší se na

domov a rodinu, velmi ji chybí. Jakmile rodina přijde na návštěvu, pacientka se snaží a komunikace je téměř bezchybná. V ošetrovatelské dokumentaci je vidět evidentní pokrok pacientky v oblasti komunikace.

3.5. Pacientka při propuštění komunikovala bez potíží a nijak pacientku

Hodnocení: U pacientky došlo k výraznému zlepšení komunikace, pacientka při propuštění komunikovala bez potíží. V dokumentaci je vidět každodenní zlepšení v oblasti komunikace.

Cíl byl splněn.

neovlivňovala v oblasti každodenních aktivit. Vysvětlila jsem pacientce, že než se komunikace upraví naplno, tím byla myšlena rychlost a včasné myšlení bude trvat delší dobu rekonvalescence. Bylo ji vysvětleno, ať se nebojí a při nutných případech použije pomůcky ke zkvalitnění komunikace. Pacientka vše chápe a loučí se s námi slovy: “Jednou si dáme slovní fotbal, děkuji“.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka se v rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče postupně vrátila do plnohodnotného života, u pacientky byly patrné výrazné pokroky v každém dni. Pacientka spolupracovala ve vybraných intervencích a velmi se snažila. Rány po nehodě se hojily per primam. Kontrolní CT mozku se při propuštění jeví jako negativní. Došlo k úpravě výsledků krve a uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb, pacientka začala postupně bez problému komunikovat, zapojovala se denně do celkové sebestarosti a tím dosáhla s postupem hospitalizace úplné soběstačnosti ve všech oblastech. Zvládala chůzi. Pacientka i rodina je poučena o všech možných rizicích do budoucna, jsou poučeni o následující rekonvalescenci, nutnou kontrolou na traumatologické ambulanci a následnou pokračující rehabilitací. Pacientce jsou předány edukační materiály o nutnosti dodržování přesného režimu a šetření. Jsou předány i edukační materiály ohledně rehabilitace a pacientce je vysvětleno kam bude na rehabilitaci docházet a kdy a kam přijít na kontrolu k lékaři. Pacientka je velmi vděčná a odchází s úsměvem. Pacientku jsem sledovala i nadále a při kontrole na traumatologické ambulanci bylo vše v pořádku, krevní odběry v normě, bolesti neudávala, chodila bez potíží, kontrolní CT mozku neprokázalo žádnou patologii a co nás nejvíc potěšilo na pacientce nebylo patrné, že by prošla tímto těžkým polytraumatem.

6 Návrh ošetrovatelské péče do praxe

Úvodem zpracování návrhu ošetrovatelské péče do praxe, bychom chtěli zmínit, že s pacienty s kraniocerebrálním poraněním jsme se mnohokrát setkali a byli jsme součástí v jejich ošetrovatelském procesu. Snažili jsme se zhodnotit ošetrovatelskou péči a zjišťovat za pomoci map péče, které se snažíme uplatit v naší nemocnici. Sledovali jsme, jaká ošetrovatelská péče je u těchto lidí poskytována, s čím se nejčastěji setkáváme a co lze předem předvídat. Všimli jsme si, že pacienti se stejným poraněním udávali podobné či dokonce stejné změny domén dle modelu fungujícího zdraví dle Gordonové. V praktické části jsme stanovili nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy, ze kterých jsme nejdůležitější rozvinuli. Snažili jsme se po dobu ošetrovatelské péče u pacienta sledovat negativní změny a podle nich naplánovat ošetrovatelské péči. Návrhy ošetrovatelské péče zaměříme na nejčastěji a zároveň opakující se domény s negativními změnami. Důležité je ve stanovení domén, znalost teoretické části, pochopení ošetrovatelského procesu a jeho fází, znalost specifického onemocnění a znalost specifické péče u takto poraněných pacientů.

Vnímání poznávání

- poruchy vědomí
- ponechat více času na pochopení situace
- bolesti po úrazech
- poruchy řeči
- nutná trpělivost, nepřesvědčovat pacienta o realitě
- pravidelná kontrola vědomí GCS
- monitorace vitálních funkcí
- kontrola predilekčních míst
- fotoreakce zornic

Výživa

U všech pacientů po polytraumatu jsou důležité tyto zásady, které se musí striktně dodržovat:

- bezprostředně po traumatu přísný zákaz jídla a tekutin per os
- následuje čaj a poté strava šetřící, kašovitá, doporučení Nutridrinku
- při klidu na lůžku, podávat stravu, která nezpůsobuje zácpu

- kontrola NGS
- vedení bilance tekutin
- monitorace stravy
- kontrola výživy

Sebepojetí, sebeúcta, jistota a bezpečí

- omezenost v soběstačnosti, odkázání se na pomoc druhé osoby
- nezbytné vedení k soběstačnosti pacienta
- trpělivost, taktnost a empatie sestry
- doporučení psychologa
- při poranění jinou osobou zajistit zákaz vstupu podezřelých osob

Aktivita/cvičení

- po stabilizaci stavu, včasná rehabilitace (fyzioterapeut)
- pasivní i aktivní cvičení na lůžku
- u imobilního pacienta preventivní opatření proti vzniku dekubitů
- prevence tromboembolické nemoci (bandáž končetin)

Stres/zátěžové situace:

- udržování neustálého kontaktu s pacientkou pro navození klidné atmosféry
- vyrovnání se stresem po úrazu (znetvoření, znehybnění, chybění části těla, cizí prostředí, nedostatek informací, bolest, nesoběstačnost, pocit viny, strach z budoucnosti)
- podpoření psychického stavu sestrou

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo sestavit ošetrovatelský proces u pacientky se specifickým onemocněním – kraniocerebrální poraněním na traumatologicko–chirurgickém oddělení a následně doporučit návrh ošetrovatelské péče do praxe za pomoci map péče specializované na pokoji zvýšené intenzivní péče. Seznámit čtenáře s náročností práce sestry a ukázat důležitost ošetrovatelských map péče.

Práci jsme rozdělili na část medicínskou a ošetrovatelskou, jak je uvedeno v úvodu.

Popisujeme, jak je důležité pečovat o komplexní potřeby pacienta z bio-psycho-sociálních stránek.

V naší práci lze sledovat pokroky pacientky a její postupné uzdravení. Velmi nás potěšilo vidět pacientku při závěru mého ošetřování odcházet plně soběstačnou a s úsměvem. Začala opět žít plnohodnotný život a jsme rádi, že jsme mohli z části přispět k tomuto úspěchu. Doufáme, že budeme moci být součástí dalších takových případů a dopomoci k uzdravení pacientů.

SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Knižní literatura

BARTOŠ, A. a kol. 2004. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0921-5.

BOROŇOVÁ, a kol. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

ČECH, O. 2009. *Historie Československé, České a Slovenské ortopedie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-629-8.

DRÁBKOVÁ, J. 2002. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Praha: Grada publishing, 2002. ISBN 80-247-0419-6.

DUŠKOVÁ, M. 2009. *Úvod do chirurgie*. 1. vyd. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FN KV, 2009. ISBN 978—80-254-4656-0.

ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 978-80-246-1216-4.

HIRT, M. a kol. 2009. *Mezinárodní kongres úrazové chirurgie a soudního lékařství*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-106-4.

KAŇOVSKÝ, P., HERZIG, R. a kol. 2007. *Obecná neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1663-2.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

MAŇÁK, P., WONDRÁK, E. 2005. *Traumatologie, repetitorium pro studijní lékařství*. 5. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1009-5.

MARILYNN, E. DOENGES; MOORHOUSE, M., F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované vydání. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2002. ISBN 978-80-904955-5-5.

ROZSYPALOVÁ, M. 2007. *Ošetrovatelství I*. 2. aktualizované vydání. Praha: Informatorium, 2007. ISBN 978-80-7333-074-3.

SLEZÁKOVÁ, L. 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2040-1.

SYSEL, D. 2010. *Compendium ošetřovatelského procesu*. Brno: Tribun EU s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7399-948-3.

SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. Brno: Tribunu EU, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

VIŠŇA, P., HOCH, J. 2004. *Traumatologie dospělých*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-034-8.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. 2007. *Velký lékařský slovník*. 7. aktualizované vydání. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-130-1.

VYHNÁNEK, F. a kol. 2003. *Chirurgie 2*. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-007-5.

WILHELM, Z., NOVÁKOVÁ, Z. 2004. *Praktická cvičení z fyziologie pro studenty bakalářských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-2601-4.

ZOUBKOVÁ, R., DOSTÁLOVÁ, J., VILÍMKOVÁ, A. 2007. *Praktická cvičení z neodkladné péče u akutních stavů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7368-462-4.

ČASOPISY:

ELIÁŠOVÁ, M., VOLDŘICH, M. 2008. Úrazy III. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, MK ČR: E 15721, 11-2008, s. 24.

KOMAČEKOVÁ, D. 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetřovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, MK ČR: E 15721, 7-8-2009, s. 26, 27.

Elektronické dokumenty:

CEREBRUM. 2010. *Poranění mozku*. [online]. Praha: Křížíkova 56, 2010. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z:

<http://www.poranenimozku.cz/poraneni-mozku/typy-poraneni-mozku.html>.

TONDROVÁ, I. 2009. *Ošetrovatelský proces*. [online]. Mladá Boleslav: Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, 2009. [cit. 2012-04-29]. Dostupné z:

http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/O%C5%A0ET%C5%98OVATELSK%C3%9D_PROCES.pdf.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A - Souhlas pacienta s nahlížením do dokumentace
- Příloha B – Souhlas nemocnice Šternberk s nahlížením do dokumentace
- Příloha C - Záznam intenzivního sledování na dospávacím pokoji
- Příloha D - Harmonogram a manuál práce sestry na Traumatologii
- Příloha E – Glasgow coma scale
- Příloha F – Body mass index
- Příloha G – Drábkova škála
- Příloha H – Vizuální analogová škála bolesti
- Příloha I – Bilance tekutin
- Příloha J – Monitoring příjmu výživově ohroženého pacienta
- Příloha K – Barthelův test všedních činností
- Příloha L – Informační a edukační záznam pacienta
- Příloha M – Plán péče o dekubity a jiné kožní defekty

Příloha A - Souhlas pacienta s nahlížením do dokumentace

Souhlasím s nahlížením a použitím mé dokumentace pro vypracování Bc. práce pro zdravotní sestru
Lucii Paženicovou Dis. na téma :
Specifika ošetrovatelského péče na traumatologicko-chirurgickém oddělení.

Datum : 29. 4. 2011
Ve Šternberku

podpis pacienta: _____

podpis rodiče: _____

Příloha B – Souhlas nemocnice Šternberk s nahlížením do dokumentace

Souhlas nemocnice Šternberk

9. 7. 2012

Síedomoravská nemocniční a.s. - odštěpný závod Nemocnice Šternberk souhlasí
s nahlížením do dokumentace k vypracování Bakalářské práce pro Lucii Pařenicovou, DiS.

Síedomoravská nemocniční
NEMOCNICE ŠTERNBERK
Bc. Lenka Jeřábeková, MUDr. JUDr.
Jitka Št. 200 400 000 000



Příloha D – Harmonogram a manuál práce sestry na Traumatologii

Harmonogramy vypracovala vrchní sestra Dagmar Jünglingová.

„Denní služba

6:30 – 6:45 hod

Dokončení ranní osobní hygieny nemocných a úprava lůžek, včetně prevence a ošetření dekubitů. Polohování nemocných na lůžku, elevace, umístění do ordinované polohy (u chirurgických pacientů)

6:45 – 7:00 hod

Převzetí pacientů, hodnocení sester, umístění na dospávacím pokoji

7:00 – 7:15 hod

Odběry biologického materiálu, kontrola žádanek, zápis počtů odebraných zkumavek, asistence při vizitě lékařem, předání lékaři informací z noční služby

7:15 – 7:30 hod

Pokud ordinuje lékař, předání pacientů na standardní oddělení

7:45 – 7:55 hod

Příprava k vizitě primáře, kontrola pořádku na pokojích, kontrola operační rány, elevace končetin

7:55 – 8:10 hod

Vizita primáře

Odvezení prvního pacienta na operační sál (dle začátku operačního programu)

8:10 – 9:00 hod

Dezinfekce povrchů pracovních stolů, parapetů a všeho technického vybavení na dospávacích pokojích, podnosu k odběru biologického materiálu, kontrola funkčnosti infúzních pump, patientských monitorů, kyslíku, centrálního odsávání, oxymetrů, ambuvaků, nefunkčnost hlásit staniční, vrchní sestře

9:00 – 18:45

Dle operačního programu

Přebírání pacientů na operačních sálech a jejich transport na dospávací pokoj (během transportu používá oxymetr, ambuvak)

Připojení pacientů na monitorovací přístroje

Sledování FF, zápis a vedení záznamu intenzivní péče (při překročení hraničních hodnot – informuje lékaře)

Plnění ordinace lékaře, aplikace infuzí, vždy řízená přes infúzní pumpu, sledování operační rány při prosakování provede nadvázání a informuje lékaře, asistence při převazech, pokud jej lékař ordinuje

Sledování odpadu z drénu

Překlad nemocných (pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav) na JIP, ARO, interní JIP nebo jiné zdravotnické zařízení, administrativa spojená s překladem

Příjem nových nebo přeložených pacientů z oddělení a plnění ordinací

Podávání léků p.o. a aplikace injekcí od bolesti i.m. a ATB

Odběr glykémie, biochemických a hematologických odběrů, aplikace inzulínu

Pomoc při úpravě imobilních pacientů, prevence nebo ošetření dekubitů, polohování a administrativa do ošetrovatelské dokumentace

Administrativa, příprava žádanek a zkumavek, odběry během pobytu na dospávacím pokoji

Vizita se službu majícím lékařem

18:45 - 19:00

Na pracovně sester

Předání služby dle písemného hodnocení v ošetrovatelské dokumentaci

Na pokoji pacientů u lůžka

Sestra z denní služby osobně představí sestru, která nastupuje do směny u imobilních pacientů zhodnotí predilekční místa, zda souhlasí se zápisem zkontrolují, zda souhlasí režimové známky umístěné na lůžkách

Během služby pečuje a monitoruje pacienty na dospávacím pokoji, plní ordinace lékaře dle ZIS.

O pacienty pečuje ve spolupráci s ošetrovatelkou

Pokud je stav pacientů tak závažný, že sestry ve službě nemohou zajistit péči o pacienty na dospávacím pokoji, volají telefonicky staniční nebo vrchní sestru

Průběžně během služby

Přestávku čerpá 2 x ½ hodiny dle momentálního pracovního vytížení, pokud opouští oddělení, předá své pacienty sestře z oddělení nebo staniční, vrchní sestře, které za ni vykonávají ordinace do jejího návratu

Po každém použití infúzní pumpy provede její dezinfekci + dezinfekci infuzního stojanu, pokud je na něm infúzní pumpa připevněna

Po každém použití vydezinfikovat saturační čidlo dezinfekčními ubrousky.“

(JÜNGLINGOVÁ, 2009, s. 1-2).

Harmonogram práce sester chirurgicko-traumatologické oddělení

Noční služba

18:30-20:00

Převzetí služby, hlášení sester, převzetí finančního obnosu v pokladně, kontrola opiátů, nástrojů, ledů a urometru, převzetí pacientů na dospávacím pokoji

19:00 – 20:00

Dokončení večerní úpravy, monitorování nemocných, sledování operačních ran, radonů, vedení ZIS, dokončení ordinace lékaře

20:00 – 20:45

Doplnění chybějících tiskopisů, doplnění injekčního a infuzního materiálu nad pracovní stoly (injekční jehly, stříkačky, infuzní sety ..)

20:45-22:00

Kontrola skříní na chodbě, kontrola WC (toaletní papír, papírové ručníku, sběrné nádoby na moč atd.)

22:00 – 23:00

Kontrola obvazového materiálu, doplnění na převazovnu

23:00 – 23:40

Administrativa, kontrola RTG obálek

23:40-23:50

Dokumentace, objednání stravy, hlášení počtu nemocných

23:50-24:00

Příprava ATB k p.o. a i.v. podání

24:00 – 0:15

Aplikace ATB

0:15 – 0:30

Příprava čistého prádla na vozík k hygienické péči

0:30 – 5:00

Zápis hodnocení ošetrovatelské péče, kontrola ošetrovatelských diagnóz

5:00 - 5:15

Dezinfekce povrchů, pojízdných vozíků, podnosů na odběr biologického materiálu na pracovně lékařů a sester

5:15 – 5:45

Měření a výměna RD, SD, měření MM a specifické váhy moče

5:45 – 6:00

Příprava ATB k p.o. a i.m., i.v. aplikaci

6:00 – 6:10

Aplikace ATB, měření a zapsání tělesné teploty do dokumentace a podání premedikace dle ordinace anesteziologa

6:10 – 6:45

Příprava pacientů k ranní hygieně, rozdání umyvadel, posazení částečně mobilních nemocných k umyvadlu

6:45 – 7:00

Předání služby, hlášení sester, předání nástrojů, ledů a urometru, předání pacientů dospávacího pokoje na příslušná oddělení“ (JÜNGLINGOVÁ, 2010, s. 1)

Sestra během noční služby na oddělení monitoruje nemocné dle ordinace lékaře v ZIS dle stavu.

Sestra prochází pokoje každou hodinu. Na dospávacím pokoji postupuje dle ordinace lékaře v ZIS, pacienty přivezené na dospávací pokoj po 19té hodině předává ráno dle harmonogramu (6:45–7:00), zaveze lůžko na příslušné oddělení a předá sestře na denní službě – pokud má překlad na standardní oddělení ordinován lékařem. Pokud stav pacientů dospávacího pokoje vyžaduje její stálou přítomnost a na oddělení je příjem na standardní oddělení, nechá si pacienta na dospávacím pokoji a po vyřízení všech příjmových formalit ho teprve převezve na standard. (JÜNGLINGOVÁ, 2010)

Manuál sester oddělení pro noční službu

Pokoje

Sestra projde pokoje, prochází je každou hodinu. Sestra se seznámí osobně s pacienty a provede ordinace lékaře. Na každé směně kontroluje, popřípadě udělá pořádek na pokojích.

Kontroluje, zda není na pokojích nebulizátor nebo průtokoměr na kyslík, když není potřeba, vydezinfikuje a uloží na své místo. Pokoje pacientů prochází každou hodinu, pokud stav pacienta nevyžaduje častěji.

Operanti

U operantů měří dle ordinace lékaře FF. Kontroluje prosakování obvazu (pokud prosakuje ihned nadváže, ráno u vizity nesmí být zaschlý prosáklý obvaz). Podává pacientovi tekutiny, měří MM, sleduje bilanci tekutin. Pacient se musí vymočit do 6ti hodin po operaci, pokud se nevymočí, informuje lékaře, pacient se popřípadě jednorázově vycévkuje, plní ordinaci a provede o tom záznam. Sleduje sekreci z RD a drénů o nadměrné sekreci nad 100 ml opět informuje lékaře. Ráno provede součet v BT, odpadu z drénů a vše zaznamenává do anesteziologického záznamu a dekurzu.

Sesterny a převazovny

Sestra uklidí na sesterně. Po kontrole vyšetřovny a převazovny doplní chybějící materiál (stříkačky, jehly, flekly, obvazový materiál atd.) Ve výklopných zásobnicích musí mít sterilní materiál stejnou expiraci.

Ve 24 hodin změří a zapíše teplotu v lednici. Pokud nebude dosahovat požadované teploty a musí ji termostatem zregulovat a provést o tom zápis do deníku a za 1 hodinu provést přeměření a zápis nově dosažené teploty v požadovaném rozmezí.

Kuchyňka

Provede úklid kuchyňky, zlikviduje zbytky jídla, špinavé nádobí naskládá do myčky, pokud je třeba, zapne ji. Vyčistí, umyje a vydezinfikuje veškeré přístroje.

Kolem 5té hodiny ráno posbírání všechny konvice na čaj z pokojů, umyje, provede povrchovou dezinfekci a uvaří hořký čaj, který roznese pacientům s DM opět na pokoje. Pokud má denní službu pouze jedna ošetřovatelka, uvaří i čaje sladké (necháte v kuchyňce, rozdají se až se snídaní).

Čistící místnost

Uklidí a vydezinfikuje v čistící místnosti

Germicidní lampy

Na převazovně a v čistící místnosti se zapnou na 60 minut v době, kdy nepředpokládáme, že tuto místnost budeme potřebovat využít a provede se zápis do sešitu. Pokud záření přerušíme a pak zase pokračujeme, musí se s tím shodovat i zápis v sešitě.

Při dosažení počtů odsvícených hodin -3000- upozorní vrchní sestru, která nechá germicidní lampu vyměnit.

Odběry

Kontrola odběrů, zda jsou správně připraveny žádanky, zkumavky k odběrům, pokud bude muset provádět odběr STATIM, domluví si centrálního zřízence na 6 hodin ráno na transport do laboratoře. Na štítku musí být označeno, zda jde o krev nebo moč.

RTG snímky

RTG obálky zkontroluje, každý pacient musí mít na oddělení RTG snímky. Pokud jsou snímky nepopsané a nebudou na oddělení potřeba k operaci nebo vyšetření připraví sestra do obálky na popis (obálka označena: RTG snímky na popis). Když snímky na oddělení nejsou, napíše jméno, příjmení a rodné číslo pacienta (možno použít i štítek) a připraví tento seznam pro ošetřovatelku na ráno (i v SO+NE).

Chorobopisy a dekurzy

Zkontrolovat operační protokoly, musí být podpis primáře, pokud ne připraví k podpisu. Výsledky, které jsou podepsané od lékaře, zalepí dle vzoru, nepodepsané vloží na ráno do dekurzu k podpisu pro lékaře. Vše v chorobopise poskládá a zkontroluje, zda tam jsou tiskopisy a výsledky jen daného pacienta. Chorobopisy pacientů k operaci připraví zvlášť na určené místo a vloží RTG snímky. Dle potřeby dotisknout štítky (zvlášť u operantů minimálně 8 kusů).

Pokud končí dekurz nebo jiný tiskopis doplní a nadepíše hlavičku a pořadové číslo

Premedikace

Dle ordinace zajistí, aby byly léky na oddělení (popřípadě zapůjčí z jiného oddělení), ale léky nechá zamknuté u ostatních. Infuze připraví na určené místo, injekce do infuzí se nechystají.

Prádlo k ranní úpravě

Sestra a ošetřovatelka nachystá prádlo a pomůcky k hygienické péči (masážní gel, glycerinový štětičky do úst, rukavice, zástěry, štětičky na vytírání DÚ, hřebeny, žínky) sestra připraví na vozík v dostatečném množství. Vozík musí být pod zámkem.

Hodnocení ošetřovatelské péče

Vyjádření k ošetřovatelským problémům, které řešila. K zápisu píše čas, kdy ho provedla, zápis stvrdí podpisem a razítkem, když se stav pacienta mění, zápis zopakuje. Sestra napíše k poslednímu zápisu čas předání a od posledního slova zápisu. Pokud sestra volá lékaře pro změnu stavu pacienta, provede zápis do poznámek sestry v dekurzu, kde zapíše čas a proč lékaře volala. Splnění ordinací dle dekurzu potvrdí podpisem a razítkem za daný den.

Strava

Kontrola diet + přídavky, operantům sestra objednává čaj.

Dekubity

Podle nástěnky zkontroluje, zda je pacient v riziku dekubitu a pádu a provede záznam. Zkontroluje vizitový sešit, označí pacienty jdoucí na operaci, dle potřeby linkuje. Pokud je sestra na vyšetřovně, má po celou dobu služby otevřeny dveře. Když bude čerpat přestávku, domluví se se sestrou druhého oddělení, kam přepne zvonky, aby ji ta mohla zastoupit. Ráno provádí dezinfekci povrchů pracovních stolů, parapetů na pracovně sester a lékařů, i v čistící místnosti.

Provede dezinfekci vyšetřovacího lehátka, infuzních pump a infuzních stojanů.
(JÜNGLINGOVÁ, 2011)

Příloha E – Glasgow coma scale

| | |
|--|------------|
| Otevření očí | |
| spontánní | 4 |
| na oslovení | 3 |
| na bolest | 2 |
| bez reakce | 1 |
| Slovní odpověď | |
| orientovaná | 5 |
| zmatená | 4 |
| nekomunikuje | 3 |
| nesrozumitelné zvuky | 2 |
| žádná odpověď | 1 |
| Reakce na bolest | |
| provede na příkaz pohyb | 6 |
| lokalizuje podnět (pohyb k podnětu) | 5 |
| úniková reakce (pohyb od podnětu) | 4 |
| necílená flexe končetiny (dekortikační reakce) | 3 |
| necílená extenze končetiny (decerebrační reakce) | 2 |
| nereaguje | 1 |
| Hodnocení | |
| Lehká porucha vědomí | 13-15 bodů |
| Střední porucha vědomí | 9-12 bodů |
| Závažná porucha vědomí | 3-8 bodů |

Zdroj: <http://www.mudr.org/web/glasgow-coma-scale>

Příloha F – BMI (WILHELM, NOVÁKOVÁ, 2004)

| Kategorie | Muži | Ženy |
|---------------|-----------|-----------|
| Podváha | < 20 | < 19 |
| Norma | 20 – 24,9 | 19 – 23,9 |
| Nadváha | 25 – 29,9 | 24 – 28,9 |
| Obezita | 30 – 39,9 | 29 – 38,9 |
| Těžká obezita | > 40 | > 39 |

Příloha G – Drábkova škála (BARTOŠ a kol., 2004)

Reakce na slovní výzvu – zachována korová integrace podnětů a odpovědí.

| | |
|----------------|---|
| plné vědomí | |
| somnolence I | nemocný odpovídá pomalu, často jednoslovně, mnohdy nepřiléhavě, brzy se vyčerpá |
| somnolence II | vyhoví několika jednoduchým výzvám |
| somnolence III | vyhoví jednoduché jediné výzvě |
| somnolence IV | vyvolání probouzecí a orientační reakce na slovní výzvu (nemocný otevře oči, otáčí či odvrací hlavu ve směru zvuku, příp. vydá nesrozumitelný zvuk) |

Reakce na bolestivý podnět – rudimentární korová aktivita.

| | |
|----------|--|
| sopor | provokace cílených obranných pohybů horních končetin a únikových reakcí končetin nebo celého těla, vyvolání mimické reakce |
| semikóma | provokace necílených pohybů horních končetin nebo únikových reakcí končetin |

Reakce na bolestivý podnět – absence jakékoli korové aktivity.

| | |
|-----------------|---|
| kóma | obraz dekortikační rigidity (lehčí podtyp) obraz decerebrační rigidity (těžší podtyp) |
| hluboké kóma | bez motorické aktivity, změny tepu (zachován okulokardiální reflex) nebo dechu (zachován tzv. gag reflex, tj. vyvolání kašlacích a zvracivých pohybů při manipulaci endotracheální kanylou) |
| areaktivní kóma | žádná reakce |

Příloha H – Hodnocení bolesti, dle VAS stupnice (nemocnice Šternberk)

HODNOCENÍ BOLESTI

78 NEMOCNICE ŠTERNBERK
006 Chirurgická klinika
645 oddělení
11/9 2011

oddělení: *704 Chirurgická klinika* 11/9 2011

| DATUM → | 15/4 2011 | 19/4 2011 | 19/4 2011 | 19/4 2011 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Poznámková hodnota: | | | | |
| Hodnota: | | | | |
| Stupeň | 10 | 6 | 6 | 6 |
| V | 8 | 6 | 6 | 6 |
| 7 | | | | |
| 6 | | | | |
| 5 | | | | |
| 4 | | | | |
| 3 | | | | |
| 2 | | | | |
| 1 | | | | |
| 0 | | | | |
| 10 | | | | |
| 8 | | | | |
| 7 | | | | |
| 6 | | | | |
| 5 | | | | |
| 4 | | | | |
| 3 | | | | |
| 2 | | | | |
| 1 | | | | |
| 0 | | | | |

Charakter bolesti a Lokalizace

W lokalizovaná jak to bolí
 tupá
 bodavá
 kolovratná
 svrab
 vystřelující
 palčující
 řezavá

anež to bolí
 šířící
 palivá
 bodavá
 kolovratná
 svrab
 vystřelující
 palčující
 řezavá

že to bolí
 šířící
 palivá
 bodavá
 kolovratná
 svrab
 vystřelující
 palčující
 řezavá

že to bolí
 šířící
 palivá
 bodavá
 kolovratná
 svrab
 vystřelující
 palčující
 řezavá

Hodnocení sestrou, čas zápisu, podpis pod zápis

1800 Analgetika i. m. + infúze
 1800 Naloxon 1mg 3
 1900 Prolon, pichne! VAS 2
 2000 Analgetika i. m. + infúze
 2200 Naloxon
 2300-500 Propofol
 600 Analgetika i. m.
 400 Naloxon

1200 Analgetika i. m.
 1300 Naloxon
 1400 Analgetika i. m.
 1400 Naloxon 1mg 2
 1900-400 Naloxon, 600 Analgetika, 1000mg VAS 2
 1900-400 Naloxon, 600 Analgetika, 1000mg VAS 2

2000 Analgetika i. m.
 2200 Naloxon
 2300-500 Propofol
 600 Analgetika i. m.
 400 Naloxon

1000-1200 Prolon, pichne! VAS 2
 1400 Analgetika i. m.
 1400 Naloxon 1mg 2
 1900-400 Naloxon, 600 Analgetika, 1000mg VAS 2

Frekvence, otisk pronyky lékař

MAA. ŠEK ČIKL

MAA. ŠEK ČIKL

MAA. ŠEK ČIKL

MAA. ŠEK ČIKL

MAA. ŠEK ČIKL

STIK, číslo, 19/118

● označení podání analgetika v křivce X - označení bodů stupně bolesti v čase hodnocení

Příloha J – Monitoring příjmu výživově ohroženého pacienta (nemocnice Šternberk)

Stredo-moravská nemocnice
 006
 643

MONITORING PŘÍJMU VÝŽIVOVĚ OHROŽENÉHO PACIENTA

Jméno, příjmení, titul: _____ Rok narození: _____

Dieta č.: 3 Určený příjem tekutin: _____ ml. Datum: 11/4 2011

Poznámka:
 / píše jídla a tekutiny, které jsou odlišné od toho, co je stanoveno v jídelníčku dle diety, jinak zaznamenejte jen velikost porce
 např.: d.č.2 snídaně: čaj, tvar. sýr. kousky x pacient přijal: mléko, šunku, chléb = nutno zapsat

| PORCE : | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Snídaně <u>Podle jídelníčku</u> | | | | |
| celá <input type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input checked="" type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input type="checkbox"/> |
| Přesnídávka | | | | |
| celá <input checked="" type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input checked="" type="checkbox"/> |
| Oběd <u>Podle jídelníčku</u> | | | | |
| celá <input checked="" type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input type="checkbox"/> |
| Svačina <u>1 Javor - jableč</u> | | | | |
| celá <input checked="" type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input type="checkbox"/> |
| Večeře <u>2 vejce s grilovanou zeleninou</u> | | | | |
| celá <input checked="" type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input type="checkbox"/> |
| 2 večeře | | | | |
| celá <input type="checkbox"/> | $\frac{3}{4}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{2}$ <input type="checkbox"/> | $\frac{1}{4}$ <input type="checkbox"/> | nic <input type="checkbox"/> |

| PŘÍJEM TEKUTIN PER OS | |
|---------------------------------------|---|
| ZÁPIS PŘÍJMU TEKUTIN (A nebo B): | |
| A - <input type="checkbox"/> = 200 ml | |
| B - číselně množství ml | |
| A) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| B) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>Podle jídelníčku</u> | |
| Celkem/24 hod.: | |

Příjem potravin mimo tabulku PORCE: _____

Enterální výživa: _____

Parenterální výživa: _____

Zapsala: Den 11.4.2011 Noc 11.4.2011

Příloha K – Barthelův test všedních činností

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* |
|---------------|---------------------------------|--|----------------------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede | 15 10 5 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede | 15 10 5 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| Celkem | | | |

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

INFORMAČNÍ ZÁZNAM Č.

000: TRAUMATOLOGIE

10.10.2018

| KOMUNIKAČNÍ BARIÉRA | | INFORMAČNÍ PODAL. | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> slovní | <input type="checkbox"/> jazyková | <input type="checkbox"/> psychická | <input type="checkbox"/> fyzická | | |
| <input type="checkbox"/> jiná | <input type="checkbox"/> jiná | t. ZP 2. lékař <input type="checkbox"/> Hezke z důvodu: | | | |
| DATAUM | ČEHO SE INFORMACE TYKA | JAK BYLA INFORM. PODANA | KOMU BYLA INFORM. PODANA | PODPIS - pacienta nebo kont. os. - nepřijímá se | INFORMAČNÍ PODAL. / podpis / |
| | <input type="checkbox"/> odpovědnost za své věci a cennosti / uzamykatelná skříně / možnost uschování cennosti do trezoru na oddělení | <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> přiložení identifikačního náramku - důvod přiložení | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> seznámení s uspořádáním oddělení - pokoje, WC, sprcha a signalizační zařízení - použití | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> odevzdání inzulinového pera po dobu hospitalizace - důvod | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> vlastní vnesené léky - odevzdání, uložení, důvod | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> zákaz kouření - důvod, kde jsou místa vyhrazená pro kouření, uchování vlastních potravin <input type="checkbox"/> dietní režim | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> poloha <input type="checkbox"/> riziko pádu - nepř. vstupu nase riziko delukbitu - důvody | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> použití zábran - jedné nebo dvou, důvod | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> bandáž DKK - důvod | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> krvácivé projevy - jaké jsou, proč středovat | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> zavedení permanentního močového katétru, důvod | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> invazivní vstupy - důvod zavedení, ošetřování | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> lažnění před operačním výkonem - důvod | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | <input type="checkbox"/> informační složka - "Co Vás čeká na operačním sále?" | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> příklad - důvod příkladu | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | <input type="checkbox"/> propuštění - jak postupovat v domácím prostředí | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |
| | | <input type="checkbox"/> ústně | <input type="checkbox"/> pacient | | |
| | | <input type="checkbox"/> písemně | <input type="checkbox"/> kont. osoba | | |

