

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA
ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

Zuzana Přichystalová, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

Praha 2013



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

Přichystalová Zuzana
3. BSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika ošetrovatelské péče na anesteziologicko-resuscitačním
oddělení

Specifics of Nursing Care in Anesthetic-Resuscitation Departments

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 25. 7. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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 ke studijním účelům.

Praxe dne 6. 1. 2013

ABSTRAKT ČJ

PŘICHYSTALOVÁ, Zuzana. Specifika ošetrovatelské péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hlinovská Jana, Ph.D. Praha. 2013. 79 s.

Práce na téma Specifika ošetrovatelské péče na anesteziologicko-resuscitačním oddělení obsahuje v teoretické části kapitoly, které mají nejbližší k intenzivní péči. Týkají se především pacientů v bezvědomí, těžkém zdravotním stavu a vyžadují péči zdravotníků na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. Hlavní částí práce jsou specifika ošetrovatelské péče na anesteziologickém oddělení. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces u pacientky v arteficiálně navozeném umělém spánku hospitalizované na tomto oddělení s hlavní lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience. V této části je popsán ošetrovatelský proces a nakonec stanovení a vypracování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie II. Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku v mělkém komatu s hlavní lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience.

Klíčová slova:

Akutní respirační insuficience. Anesteziologicko-resuscitační oddělení. Ošetrovatelský proces. Umělá plicní ventilace.

ABSTRACT AJ

PŘICHYSTALOVÁ, Zuzana. The specifications of nursing care at the anaesthesiologist-resuscitation ward. Medial University, o. p. s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Director of the work: PhDr. Hlinovská Jana, Ph. D. Prague. 2013. 79 s.

The work on the subject of Specifications of nursing care at the anaesthesiologist-resuscitation ward contains in the theoretical part chapters, which have the closest proximity to the intensive care. The chapters deal with comatose patients in serious health condition in need of attendance of medics at the anaesthesiologist-resuscitation ward. The main part is the specifications of nursing care with patient in coma. The practical part contains a nurse process on a female patient in the artificially forced sleep hospitalized at this ward and with the main medical diagnose of the acute respiratory deficiency. This part describes nurse process and at the end the determination and work out of nursing diagnoses according to NANDA taxonomie II. The goal of this work is to propose and realise individual plan of nurse care for the female patient in the superficial coma with the medical diagnose of the main acute respiratory deficiency.

Key words:

Acute respiratory deficiency. Anaesthesiologist-resuscitation ward. Nursing trial. Artificial ventilation of the lungs.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 10

1 ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ 12

1. 1 Nejčastější lékařské diagnózy pacientů přijímaných 13

na anesteziologicko-resuscitační oddělení

1. 2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů v bezvědomí 19

s akutní respirační insuficiencí

1. 3 Role a osobnost sestry 20

1. 4 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty v bezvědomí 22

1. 5 Umělá plicní ventilace 25

1. 6 Imobilizační syndrom 28

1. 7 Kompetence všeobecné sestry se specializovanou odborností 30

2 KAZUISTIKA 33

2. 1 Akutní respirační insuficience 33

2. 2 Ošetrovatelský proces 35

2. 3 Anamnéza 39

2. 4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz 60

2. 5 Zhodnocení ošetrovatelské péče 73

ZÁVĚR 74

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 76

SEZNAM PŘÍLOH 79

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

NANDA North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy)

EKG elektrokardiografie

ORL otolaryngologie

UPV umělá plicní ventilace

AED automatický elektrický defibrilátor

UPV umělá plicní ventilace

OCHRIP oddělení chronické, resuscitační a intenzivní péče

ATB antibiotika

CŽK centrální žilní katetr

GIT gastrointestinální trakt

NGS nasogastrická sonda

PMK permanentní močový katetr

ŠŽ štítná žláza

DÚ dutina ústní

ARO anesteziologicko-resuscitační oddělení

HKK horní končetiny

DKK dolní končetiny

RHB rehabilitace

TT tělesná teplota

D dech

P pulz

DM diabetes mellitus

CHICHS chronická ischemická choroba srdeční

AS ateroskleróza

FR fyziologický roztok

GLY glykemie

ABR acidobazická rovnováha

CHE cholecystektomie

CT počítačová tomografie

MR magnetická rezonance

UZV ultrazvuk

IV intravenózní

SC subkutánní

CRP C reaktivní protein

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ANALGOSEDACE

Analgezie

Nevnímání bolesti

Sedace

Navození stavu umělého spánku

PREKORDIÁLNÍ ÚDER

Úder pěstí do srdeční krajiny k obnovení srdeční činnosti

LARYNGOSPASMUS

Křečovitě sevření hladkých svalů hltanu

REINTUBACE

Opakované, nové zavedení kanyly do průdušnice

EXTUBACE

Odstranění intubační kanyly z hrtanu

DEKANYLACE

Odstranění kanyly z dýchacích cest a obnovení fyziologického dýchání

SIPPING

Popíjení, doplňková enterální výživa

OSTEOMALACIE

Měknutí kostí způsobené ubýváním vápenatých solí

HYPERLIPIDEMIE

Vysoká hladina tuků v krvi

KOAGULOPATIE

Porucha srážlivosti krve

SPLENOMEGALIE

Zvětšení sleziny

COMA VIGILE

Těžké poškození mozku, hluboká porucha vědomí, přičemž pacient působí dojmem, že se probрал do vědomí, má otevřené oči, avšak nevnímá a nesleduje okolí, perzistentní vegetativní stav.

ARTEFICIÁLNĚ NAVOZENÝ SPÁNEK

Uměle vytvořený spánek pomocí sedace

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacientku, která je hospitalizována na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde pracuji. Byla přijata s hlavní lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience a je udržována v umělém spánku. Také proto píše ošetřovatelský proces u této pacientky, protože se při svém zaměstnání setkávám s touto diagnózou nejčastěji. Toto onemocnění představuje velkou zátěž pro rodiny takto nemocných pacientů a pro zdravotnické pracovníky. Lůžkové anesteziologicko-resuscitační oddělení v nemocnici Boskovice kde pracuji, bylo otevřeno v roce 1974. Od roku 1978 začalo plně fungovat jako samostatné pět lůžkové oddělení. Anestezie a resuscitace je lékařským oborem, který se zabývá poskytováním, organizováním a zkoumáním anesteziologické, resuscitační a intenzivní péče. Při tom úzce spolupracuje s dalšími operačními a neoperačními obory. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v Boskovicích bylo hospitalizováno za rok nejvíce pacientů s diagnózou akutní respirační insuficience. Moderní medicína a ošetřovatelství dokáže zvrátit průběh urgentního stavu nemocného člověka. Díky pokrokům lidé přežívají situace, které by před pár lety končily letálně.

Akutní respirační insuficience je stav, který ohrožuje pacienta na životě hypoxií. Jde o neschopnost dýchacího systému udržet v arteriální krvi parciální tlak nad 5 kPa a CO₂ pod 9 kPa. Je to náhle vzniklý stav, který může poškodit životně důležité orgány a tím dojde k posunu pH v rámci akutní respirační acidóze.

Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetřovatelské péče u pacientky s akutní respirační insuficiencí udržované v umělém spánku. Dalším cílem bakalářské práce je zjistit, jaké nejčastější ošetřovatelské diagnózy je potřeba stanovit a dle nich vykonávat plán péče u pacienta s lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience s nutností umělé plicní ventilace a také jak provádět ošetřovatelskou péči u nemocných udržovaných v umělém spánku.

Bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí. V první teoretické části je několik kapitol. Nejdůležitější z nich je kapitola specifika ošetřovatelské péče o pacienty v bezvědomí, nejčastější lékařské diagnózy pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, nejčastější ošetřovatelské diagnózy pacientů

v bezvědomí s akutní respirační insuficiencí, role a osobnost sestry, umělá plicní ventilace, imobilizační syndrom a kompetence všeobecných sester se specializovanou odborností.

Praktickou část tvoří tematický celek: anamnéza pacientky, nynější onemocnění, posouzení současného stavu (subjektivní, objektivní), dále medicínský management, situační analýza a další. Ze získaných informací (chorobopis pacientky, nemocniční informační systém, manžel pacientky, ostatní zdravotničtí pracovníci a především objektivní posuzování a má péče o pacientku) jsem vypracovala ošetrovatelský proces. Stanovila jsem několik důležitých ošetrovatelských diagnóz, k nim krátkodobé a dlouhodobé cíle, stanovila prioritu, výsledná kritéria, dále naplánovala intervence, následoval popis realizace v průběhu tří dnů, kdy jsem o pacientku pečovala a nakonec hodnocení péče, zda se podařilo dosáhnout stanovených cílů. K vypracování ošetrovatelských diagnóz jsem použila Kapesní průvodce zdravotní sestry a podle NANDA taxonomie I. vypracovala plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. V závěru práce se zabývám doporučením pro rodinu. Jak mohou být nápomocni při poskytování ošetrovatelské péče.

Vypracovaná bakalářská práce bude sloužit jako informační zdroj především pro všeobecné sestry a bakalářky ošetrovatelství. Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče.

1 ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Anestézie a resuscitace je mladý, dynamicky se rozvíjející obor medicíny. Jako samostatný obor již existuje v naší zemi teprve od roku 1975. V současné době je tento segment zdravotní činnosti pro chod kterékoli nemocnice naprosto nepostradatelný a jeho význam stále roste (ZADÁK, 2007, s, 28).

ÚSEK ANESTEZIE

Úsek anestezie zabezpečuje předanestetická vyšetření a podílí se na přípravě k operačnímu výkonu u nemocných s vysokým rizikem. Anesteziologové poskytují celkové i místní znecitlivění pacientů umožňující bezbolestné provedení operačních výkonů v oborech všeobecné chirurgie, ortopedie, gynekologie, porodnictví, urologie. Poskytují také porodnickou analgezií.

Dle indikace porodníka a na přání rodičky (ZADÁK, 2007, s. 29).

ÚSEK RESUSCITACE

Resuscitační úsek zajišťuje péči o kriticky nemocné pacienty se selháním funkce jednoho nebo více životně důležitých orgánů (dechová nedostatečnost, srdeční selhání, cévní mozkové příhody s bezvědomím, stavy po kardiopulmonální resuscitaci, těžké úrazy, stavy po náročných operačních výkonech, těžké infekce, otravy a další). Mimo léčebné postupy, rehabilitace, umělé výživy je součástí léčby analgosedace, kdy si nemocný neuvědomuje plně okolo, nevnímá bolest ani svůj kritický stav (ZADÁK, 2007, s. 30-35).

1. 1 NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY PACIENTŮ PŘIJÍMANÝCH NA ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Nejčastější lékařské diagnózy pacientů, které na oddělení ARO Boskovice přijímáme:

- akutní respirační insuficience,
- srdeční zástava s úspěšnou KPR,
- sepse,
- koma,
- akutní intoxikace,
- ARDS (syndrom akutní respirační tísně),
- cévní mozková příhoda ischemické etiologie.

AKUTNÍ RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE

Akutní respirační insuficience je náhle vzniklý stav, který může být život ohrožující hypoxickým poškozením životně důležitých orgánů; dochází k posunu pH v rámci akutní respirační acidózy.

Příčiny:

- vdechnutí cizího tělesa,
- plicní embolie,
- epiglotitida,
- pneumotorax,
- inhalace toxických látek,
- popáleniny krku, hrudníku,
- útlum dechového centra při některých akutních otravách.

Klinické příznaky:

- těžká dušnost, tachypnoe, cyanóza, neklid, zmatenost.

Diagnostika:

- vyšetření krevních plynů a pH krve- ASTRUP

Léčba:

- intubace s ventilací, kyslík, glukokortikoidy (NEJEDLÁ et. al., 2004, s. 41).

SRDEČNÍ ZÁSTAVA S ÚSPĚŠNOU KPR

Akutní infarkt myokardu patří mezi akutní formy ischemické choroby srdeční. Akutním infarktem myokardu se rozumí ložisková nekróza myokardu vznikající na podkladě ischemie neboli nedokrevnosti srdečního svalů. Prokrvení myokardu zajišťující koronární tepny. Uzávěr některé z koronárních tepen nebo jejich větví vyvolává ischemii myokardu, po které se za 40 minut začíná objevovat následná nekróza. Za akutní je považován infarkt, jehož stáří je do 6. týdne od svého vzniku. Nejčastěji bývá infarktem postižena levá srdeční komora.

Příznaky:

Hlavním příznakem infarktu myokardu je stenokardie, ischemická bolest srdce, trvající déle než 20 minut. Bývá popisována nemocným jako náhlá svíravá nebo pálivá, krutá, šokující bolest za hrudní kostí s propagací do levé horní končetiny. Dále je to úzkost, strach ze smrti, pocení, nauzea, zvracení, tachykardie, arytmie, hypotenze i hypertenze, zmatenost.

Diagnostika:

Z vyšetřovacích metod je to EKG, koronarografie, angiografie, echokardiografie, laboratorní vyšetřovací metody a ultrazvuk.

Léčba:

Nitroglycerin rychle pod jazyk nebo sprej, kyselina acetylsalicylová, Morfin, Diazepam, Atropin, Furosemid intravenózně.

Pacienti jsou dále monitorováni na oddělení ARO nebo JIP. Cílem léčby je prokrvení myokardu (trombolýza- rozpuštění trombu, PTCA- perkutánní transluminární angioplastika- alternativa trombolýzy, Antikoagulancia, Antiagregancia, Beta blokátory, oxygenoterapie, režimová opatření (NEJEDLÁ, 2004, s. 53).

SEPSE

Otrava krve je nebezpečný stav, kdy dochází k zaplavení organismu bakteriemi nebo jejich toxiny. Ty se dostanou do krevního řečiště a spolu s krví se mohou rozšířit po celém těle. Náš organismus na tuto krizovou událost reaguje poměrně rozsáhlou imunitní obrannou reakcí, která nás v kombinaci se škodlivým působením bakterií může v krajním případě i usmrtit.

Příčiny a projevy otravy krve:

Příčinou septického stavu je bakteriální infekce, která se začala nekontrolovatelně šířit. Teoreticky ji může způsobit prakticky jakákoliv bakterie z jakéhokoliv ložiska. Nejčastějšími vstupními branami jsou močové cesty, plíce, kůže a trávicí trakt. Přes kůži se bakterie dostávají při narušení kožního krytu – typicky při traumatických poraněních a při popáleninách. Infekce močových cest a zápaly plic mohou také snadno vést k otravě krve. U trávicího traktu hrozí vážná otrava krve při zánětech, kdy bakterie proniknou do dutiny břišní a způsobí nebezpečný zánět pobřišnice (peritonitidu). Celkovými rizikovými faktory vzniku sepse jsou věk (více ohroženy jsou děti a staří lidé) a poruchy imunity (AIDS, nemocní s cukrovkou).

Projevy sepse mohou být různé, obvykle se objeví horečka s vysokými teplotami, nemocný je unavený a schvácený, zrychluje se mu srdeční akce a dechová frekvence. Mohou se objevit i příznaky postižení jednotlivých orgánů infekcí (kašel při pneumonii, bolesti zad při pyelonefritidě apod.). Vlivem septického stavu může dojít i k narušení pohyblivosti trávicího traktu a následné nevolnosti a zvracení (NEJEDLÁ, 2004, s. 59).

Hlavní komplikací sepse je tzv. septický šok. Jedná se o stav, kdy bakteriální infekce a obranná reakce našeho organismu způsobí narušení funkce cév a tím pokles krevního tlaku. Srdce na pokles tlaku zareaguje dalším zrychlením tepové frekvence, aby v cévách udrželo průtok, ale nestačí to. Nakonec to všechno skončí selháním oběhu, tkáním se přestane dodávat kyslík a přestanou se z nich odvádět zplodiny metabolismu. Metabolický chaos obvykle naruší srážecí systém v našem těle, což může vést ke vzniku krevních sraženin v drobných cévách a naopak ke vzniku krvácivých projevů. Člověk v této fázi nemoci bez lékařské pomoci nevyhnutelně umírá. Klasickou bakterií, která umí takovouto sepsi způsobit, je například meningokok.

Sepse má několik diagnostických kritérií – je to zvýšení počtu bílých krvinek (při vyčerpání organismu snížení), zvýšení tělesné teploty, zrychlení tepu nad 90 úderů za minutu a zrychlení dechové frekvence nad 20 dechů za minutu. Mají-li lékaři podezření na sepsi, odebírají tzv. hemokultury. To znamená, že se do několika zkumavek (obvykle do tří) naberou vzorky krve a ty se pošlou do mikrobiologické laboratoře ke kultivaci. Do několika dnů se zjistí přítomnost bakterií v krvi, jejich druh i citlivost na antibiotika.

Léčba sepse

Způsob léčby závisí na tíži stavu. Základním léčebným prostředkem jsou širokospektrá antibiotika. S jejich nasazením nečekáme na výsledky mikrobiologie, ale podáváme je co nejdříve. Antibiotika jsou v těchto případech ideální nitrožilně, v dostatečných dávkách a pravidelných intervalech. Těžký průběh sepse či septický šok patří na JIP nebo na ARO, kde lze zajistit trvalé monitorování životních funkcí a dostatečné žilní vstupy. Zásadní je zabránit selhání krevního oběhu – pacientovi se podávají infuze a případně léky stimulující činnost srdce. Nutno poznamenat, že septický šok je v řadě případů smrtelný bez ohledu na poskytnutou zdravotní péči, věk pacienta i jeho předchozí zdravotního stavu (NEJEDLÁ, 2004, s. 57).

KOMA

Koma je nejtěžší porucha vědomí, stav hlubokého bezvědomí. Nemocný nereaguje na bolestivé podněty.

Povrchové koma: snížené obranné reflexy,

Hluboké: obranné reflexy nejsou, chybí reakce i na velmi silné podněty,

Vigilní: stavy po těžkém poškození mozkové tkáně, jsou zachovány projevy bdělosti- otevřené oči, nemocný budí dojem, že pozoruje okolí, nemocný nemluví, spontánně se nepohybuje, nereaguje na oslovení.

Příčiny:

- nedostatek kyslíku,
- přímé poškození mozku,
- nahromadění zplodin vlastní látkové výměny (JUŘENÍKOVÁ et. al., 2001, s. 148).

AKUTNÍ INTOXIKACE

Akutní otravy vznikají přímým působením látek primárně toxických pro organismus nebo předávkováním léčebných eventuálně diagnostických přípravků.

Nejčastější výskyt akutních otrav:

- u dětí v batolecím věku – neúmyslná záměna barevných léků za bonbóny, požití jedovatých rostlin a plodů,
- ve starším školním věku a u adolescentů – suicidiální pokusy, zneužívání návykových látek,
- u dospělých – suicidiální pokusy, profesionální intoxikace, zneužívání návykových látek.

Ve všech věkových skupinách jsou možné i iatrogeně způsobené intoxikace. Závažnost a trvání otravy závisí na toxicitě a dávce požitého jedu (léku), na jeho vstřebaném množství, na metabolickém odbourávání a na stupni vylučování. Léky a směsi léků ev. další toxické látky mohou mít ve vyšších dávkách podobné farmakologické projevy:

Útlum CNS

- porucha vědomí (edem mozku),
- porucha dechu (tachypnoe, bradypnoe, apnoické pouzy, neprůchodnost DC),
- hypotermie,
- kardiovaskulární poruchy,
- arytmie, hypotenze,
- metabolický rozvrat,
- acidoza,alkaloza, hypoxie na buněčné úrovni,
- orgánové selhání,
- játra, ledviny, plíce (ŠEVELA, 2011, s. 21).

ARDS- syndrom akutní respirační tísně

Je akutní postižení plic za postižení alveolů. Synonyma jsou šoková plíce, akutní alveolární postižení aj. Histologický obraz tohoto stavu se nazývá difuzní alveolární postižení (DAD).

Patogeneze:

Podkladem problému je difuzní postižení plicních kapilár (endotel) a často (ne vždy) i alveolární výstelky. Vyvolávající inzult cestou různých cytokinů vede k aktivaci neutrofilů, které prostupují přes stěny cév do intersticia. Aktivované enzymy neutrofilů (proteázy) a další faktory způsobí poškození plicního parenchymu.

Pozor, tím se ARDS dospělých liší od ARDS novorozenců, kde jde o poruchu tvorby surfaktantu u nezralé plíce.

Dýchací porucha může nastat velmi rychle poté, co stav začíná. To může trvat jen 1 nebo 2 dny pro tekutiny vybudovat. Proces, který způsobuje ARDS může pokračovat několik týdnů. Pokud dojde k jizvení, to bude dělat to těžší pro plíce, aby kyslík a zbavit oxidu uhličitého (RIEDEL, 2000, s. 185).

ISCHEMICKÁ CMP- cévní mozková příhoda

Ischemická cévní mozková příhoda (ICMP) je nejčastější typ. Vzniká na podkladě trombózy nebo embolie. Trombóza vzniká na podkladě aterosklerózy mozkových tepen. Embolie vzniká většinou utržením trombu vzniklého v jiném místě cévního řečiště a jeho zanesením do mozkových tepen. ICMP se projevuje nejčastěji postižením hybnosti různých částí těla. Při včasné léčbě (do 3–6 hodin) je možnost úplné úpravy těchto neurologických potíží.

U ICMP se rozlišuje několik typů podle skupin symptomů:

- lakunární infarkt (LACI) – postižení je charakterizované motorickými a senzorickými poruchami,
- totální přední infarkt (TACI) – postižený vykazuje známky jako např. dysfázie (porucha tvorby a porozumění řeči), defekty zrakového pole, poruchy hybnosti a citu v nohou, rukou a obličeji,
- parciální přední infarkt (PACI) – u postižených se objevují podobné známky jako u TACI a lokalizovanější poruchy citu,
- zadní infarkt (ZACI, anglická zkratka POCI) – objevují se nekoordinované pohyby, poruchy svalového napětí, bezvědomí (KALITA et al., 2006, s. 259).

1. 2 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTŮ V BEZVĚDOMÍ S AKUTNÍ RESPIRAČNÍ INSUFICIENCÍ

- Spontánní dýchání selhávající z důvodu vyčerpání energetických rezerv projevující se nutností ventilační podpory.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivních vstupů (centrální venózní katetr, arteriální kanyla, permanentní močový katetr...).
- Péče o sebe sama nedostatečná v oblasti vyprazdňování, stravování, oblékání, osobní hygieně a úpravě zevnějšku projevující se neschopností pacientky sama se vyprázdnit, najíst, obléct, umýt a dbát o úpravu zevnějšku.
- Tkáňová integrita porušená z důvodu operačního zákroku na břicho a krku, projevující se Výživa porušená, nedostatečná z důvodu neschopnosti požit a strávit jídlo projevující se úbytkem váhy pacientky, vypadáváním vlasů, třepením nehtů, suchou kůží a nepravidelným vyprazdňováním stolice.
- operační jizvou na krku a břicho.
- Imobilizační syndrom, riziko vzniku z důvodu upoutání pacientky na lůžko.
- Zácpa, riziko vzniku z důvodu snížené motility střev, snížené celkové aktivity, medikaci, ochabnutím břišní svaloviny, z důvodu změn v příjmu složení potravin projevující se nepravidelným vyprazdňováním stolice a sníženou frekvencí vyprazdňování.
- Spánková deprivace z důvodu dezorientace v místě a čase, kontinuální sedaci projevující se neklidem, častým zíváním, apatií, psychomotorickým neklidem v noci a hlubokým spánkem přes den, kdy pacientka není probudná na hlasitá oslovení.
- Život rodiny porušený vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci pacientky v nemocnici projevující se nemožností starat se o rodinu, vnoučata, provádět denní aktivity života, které měla pacientka ráda (MARILYNN, 2001, s. 340, 119, 221, 367,401, 115, 412, 331, 447).

1. 3 ROLE A OSOBNOST SESTRY

Vychází z hlavního poslání ošetrovatelství, které poskytuje pomoc jednotlivcům, rodinám a skupinám v dosažení jejich fyzického, duševního a sociálního potenciálu v podmínkách, ve kterých žijí a pracují.

Je určena typem ošetrovatelské péče:

- ✓ profesionální péče – vyžaduje speciální vědomosti, dovednosti a postoje kvalifikované sestry,
- ✓ laická pomoc okolí – rodině, přátelům, sousedům- sestra konzultantka,
- ✓ sebeběče – základní každodenní aktivity, které pomáhají udržet dobrý zdravotní stav a soběstačnost.

Rozlišení rolí

Typy rolí:

- ✓ Dané role = pohlaví (muž, žena)
- ✓ Vývojově vznikající = dítě, rodič, pracující
- ✓ Dočasné = hospitalizovaný pacient
- ✓ Role sestry – vzory chování
- ✓ Odbornost
- ✓ Univerzalismus
- ✓ Kolektivní orientace
- ✓ Emocionální neutralita

Základní role sestry tvoří tyto funkčně odlišné činnosti

- Ošetrovatelské
- Instrumentální
- Poradenské, edukativní
- Pečovatelské
- Výchovné
- Preventivní
- Podpora a výchova ke zdraví
- Administrativní
- Organizační, manažerské

Vývoj role sestry

- Charitativní, dobročinná
- Pečovatelka – ošetrovatelská péče
- Asistentka – pomocník lékaře, sestra se podílí na diagnosticko – terapeutické lékařské péči
- Vícenásobná podřízenost sester – linie lékařská a sesterský management
- Samostatně působící odborník – v ošetrovatelské problematice, účast na ošetrovatelské péči v primární péči – cílem je prevence, zachování zdraví
- Edukátorka – sebezpečí - pacienta, rodiny, komunitu, veřejnost – laická péče
- Obhájkyň- advokát – mluvčí pacienta (PLEVOVÁ, 2011, s. 144-145).

Osobnost sestry

Osobnost je charakterizována jako historicky a geograficky podmíněný jedinec s osobitým a jedinečným životním slohem a jistým sociálním místem.

Jako se socializace a individualizace vzájemně doplňují a prolínají, tak se i struktura činností – vlohy, schopnosti, dovednosti, charakter- a struktura impulzů k činnostem – potřeby, zájmy, životní styl – dají od sebe oddělit jenom v abstraktním uvažování.

Image sestry tvoří

- Vzhled
- Chování – co říkám, jak se tvářím
- Jednání – co dělám

Osobnost sestry tvoří

- Vztah k povolání
- Vztah k lidem – zdravým, nemocným
- Kultivovanost projevu, chování, vystupování
- Odborné znalosti
- Zevnějšek (PLEVOVÁ, 2011, s. 145-147).

1. 4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA V BEZVĚDOMÍ

Juřeníková (2001, s. 201-2012) uvádí:

PÉČE O DÝCHACÍ CESTY

„U nemocného v bezvědomí může být dýchání ztíženo překážkami v dýchacích cestách nebo útlumem dýchacích cest. Prevencí je endotracheální intubace, tracheostomická kanyla-ke zprůchodnění dýchacích cest, umožňuje pravidelní odsávání stagnujícího sekretu z trachey a bronchů, umožňuje napojení na umělou plicní ventilaci nebo na podpůrné dýchání (prohlubuje oslabené dýchání).

PÉČE O TRACHEOSTOMICKOU KANYLU, TOALETA DÝCHACÍCH CEST

Pomocí nebulizátorů zvlhčujeme a ohříváme vdechované směsi. Velmi důležité je odsávání sekretu z dýchacích cest- odsávání stagnujícího sekretu z bronchů a trachey. Musíme postupovat asepticky, vybírat vhodnou odsávací cévku, odsávat nemocného šetrně, dávat pozor na poranění sliznic a odsávat nejdéle 15 sekund. Frekvence odsávání je po dvou hodinách nebo dle potřeby. Používáme laváže dýchacích cest fyziologickým roztokem a Mukolytiky, poklepové masáže, polohovací drenáže, dechová gymnastika, výměna sterilního vypodložení na krku.

SLEDOVÁNÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

- přístrojový monitoring (TK, P, TT, EKG- záznam, signalizace změn),
- prstový oxymetr (saturace krve kyslíkem),
- vedení dokumentace

PÉČE O KŮŽI A SLIZNICE

Dvakrát denně u pacienta provádět šetrnou koupel na lůžku, péče o lůžko a osobní prádlo- častá výměna, perfektní úprava, zvýšená péče o genitál a okolí permanentního močového katetru, sledovat výtok z pochvy, péče o vlasy. Prevence proleženin, opruzenin, čistá a suchá kůže, polohování masáže a větrání.

PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ

Vlivem parenterální výživy dochází ke snížené samočisticí a samozavlažovací schopnosti v dutině ústní. Dochází k infekcím dutiny ústní a velkých slinných žláz tvorba povlaků, riziko zánětu dásní. Prevencí je dvakrát denně provést zvláštní péči v dutině ústní, vytírat 3% peroxidem, ošetřit Borglycerinem, pravidelně zvlhčovat, odsávat sekret.

PÉČE O DUTINU NOSNÍ

Je nutné pravidelné vytírání dutiny nosní, vykapávání nosními kapkami, zvlhčování vzduchu na pokoji, při zahlenění odsávat (pozor na poranění sliznice).

PÉČE O OČI

Oči vykapávat po třech hodinách Ophtalmo-septonexem nebo používat Lacrisyn-umělé slzy, na noc aplikovat oční masti. Otevření oční štěrbinu stáhnout k sobě a krýt zvlhčeným čtvercem.

PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ

Nemocný v bezvědomí- inkontinence- zaveden permanentní močový katetr, dochází k proleženinám z nečistoty, retenci moči, infekcím močových cest, poruchy vyprazdňování. Prevencí je bilance tekutin, pravidelná výměna močového katetru, čistota kůže, péče o močový katetr, uzavřený systém, hodnocení moči a stolice, prevence zácpy.

PÉČE O VÝŽIVU

Je-li zachována schopnost polykat, preferuje se podávání stravy ústy. Při útlumu polykacího a kašlacího reflexu nelze podat stravu ústy.

- parenterálně: infuzní cestou- do velkých žilních kmenů- centrální žilní katetr, kapat pomalu- přes infuzní pumpy. Dle ordinace roztoky C, T, B, vitamíny, minerály, stopové prvky. Moderní trend výživy ALL-IN-ON (mixáž potřebných živin ve speciálních vacích).

- enterálně: nasogastrické sondy, perkutánní endoskopická gastrostomie. Nasogastrická sonda se zavádí nosem do žaludku, krmí se po třech hodinách, v polosedě, krmit

bychom měli pomalu - prevence vzniku vředu), udržovat vhodnou teplotu stravy, po jídle proplach sondy čaje.

PÉČE O PSYCHIKU

K nemocným se chovat s úctou- nelze přesně určit úroveň vědomí a vnímání, ohleduplnost a slušnost k rodině- jsou často bezradní při pohledu na nemocného a přístroje, informovanost nemocného o všech výkonech, dostatek verbální i neverbální komunikace, a to i v případě bezvědomí, metoda bazální stimulace.

REHABILITACE

Rehabilitace je významnou součástí ošetrovatelského procesu. Cílem je prevence komplikací z imobility. Používáme metody jako pasivní cvičení, polohování, dechová rehabilitace, reflexní terapie, bazální stimulace.“

1. 5 UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE

Plicní ventilace je soubor opatření, který umožňuje podpořit nebo nahradit činnost některých selhávajících složek respiračního systému-plic, hrudní stěny, dýchacího svalstva. Cílem je dosažení akceptovatelných parametrů oxygenace a ventilace a omezení nežádoucích účinků UPV, především poškození plic. Z hlediska mechanismu zajišťujícího průtok plynů respiračním systémem při dýchání je možné metody umělé plicní ventilace rozdělit na tyto:

A) Přímé

- ventilace pozitivním přetlakem - konvenční ventilace, která se univerzálně využívá,
- vysokofrekvenční trysková ventilace, která se využívá při některých chirurgických výkonech v oblasti hrtanu a trachey. Tento typ ventilace užívá ventilační frekvence od 1,7-6,7 Hz (u dospělého pacienta 200 cyklů za minutu). Principem je přivádění proudění o vysoké energii v pulzech do konektoru ve tvaru Y spojky a dále také pak přes tracheostomickou kanylu do dýchacích cest pacienta. Problémem je nemožnost zajištění dostatečného zvlhčení a ohřátí vdechované směsi jako i určení hodnot minutové ventilace,
- vysokofrekvenční oscilační ventilace, která se využívá u některých endoskopických výkonů v celkové anestezii bez zajištění dýchacích cest tracheální intubací. Výhodou této metody je snížení inspiračních tlaků a dechového objemu na 1-3 ml/kg tělesné váhy při frekvenci 60-3000 cyklů za minutu. Nevýhodou je nedostatečné zvlhčování dýchacích cest, nemožnost monitorování EtCO₂ a zvýšené riziko vzniku tracheální lézí.

B) Nepřímé

- Ventilace negativním tlakem- příkladem mohou být tzv. železné plíce, které vyvíjejí podtlak na hrudní a břišní stěnu. (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 229).

Vyšetření dýchání, typy dýchání

Nejedlá (2006, s. 126) uvádí: „Při pohledu na ležícího pacienta můžeme posoudit, zda se jedná o dýchání kostální- typické pro ženy nebo abdominální- typické pro muže. Z hlediska stavu pacienta nemá však toto zjištění praktický význam. Důležité je si

povšimnout, zda se dechová vlna šíří až k třislům a zda jsou dýchací pohyby symetrické. Pokud si všimneme asymetrie, zaznamenáme ji, neboť může svědčit pro srůsty mezi pohrudnicí a poplicnicí, výpotek či pneumotorax.“

Adams (1999, s. 107) uvádí: „Při dlouhotrvající dušnosti může vést k únavě dýchacích svalů a postupně dojít k respiračnímu selhání. Proto je nutné pokud se pacient začne zadýchávat provést vyšetření, která by vyjasnila příčinu, například rentgen hrudníku.“

Extubace, dekanylace

Odvykání od umělé plicní ventilace je u většiny pacientů nekomplikované, u některých je tento proces velmi složitý a dlouhodobý. Tito pacienti jsou označováni jako obtížně odvyknutelní. Vhodná strategie odvykání a správné načasování extubace či dekanylace je důležité z hlediska zdravotního stavu pacienta i z hlediska nákladů na péči. Při určování pacientů vhodných k zahájení odvykání je dobré používat předpovědní ukazatele úspěšnosti, nejpraktičtější se zdají být Tobin-Yangův index a poměr PCO_2 / FiO_2 . Na základě dostupných informací se zdá, že tlaková podpora a odvykání pomocí Ayrova T je efektivnější než odvykání v režimu SIMV. Nadějně se v procesu odvykání jeví použití neinvazivní ventilace, ale tento prospěch není zatím jednoznačně prokázán. Používání odvykacích protokolů zkracuje dobu odvykání od umělé plicní ventilace (www.prolekare.cz).

Předpoklady úspěšné extubace a dekanylace, ke kterým patří splněná kritéria pro odpojení od ventilátoru, stav vědomí umožňující udržet průchodnost dýchacích cest, funkční obranné reflexy dýchacích cest- polykací a kašlací reflex, schopnost účinné expektorace, absenci nadměrné sekrece z dýchacích cest a absenci známek aspirace při polykání (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 234).

Kapounová (2007, s. 235) uvádí: „Reintubace je rizikovým faktorem rozvoje nozokomiální pneumonie a vyšší mortality až o 7%. Neplánovaná extubace s nutností reintubace je rovněž spojena s vyšším výskytem vzniku nozokomiální pneumonie.“

Při plánované extubaci a dekanylaci musí mít sestra vždy připraveny následující pomůcky: vhodnou tracheální rourku, zavaděč, slizniční anestetikum, 20 ml injekční stříkačku, funkční laryngoskop se lžicemi různých velikostí, Maggilovy kleště, funkční odsávačku s odsávacími katétry, funkční, sestavený a kalibrovaný ventilátor a Venti-masku napojenou na přívody kyslíku. U pacienta, který zaujímá polohu v polosedě či vsedě, se provede šetrné tracheální odsátí a odsátí z hypofaryngu, vyprázdní se obturací

manžeta a opatrně se odstraní rourka. Nasadí se Venti-masku, která umožňuje aplikaci vyšší koncentrace kyslíku. Během výkonu se kontinuálně monitorují fyziologické funkce. Při dekanylaci zůstává stejná jak příprava, tak i postup. Na některých odděleních je zvykem, že je pacient před dekantací vyšetřen bronchoskopicky ORL specialistou (KAPUNOVÁ, 2007, s. 235).

1. 6 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Schopnost pohybovat se volně bez omezení je známá pod pojmem mobilita. Opakem mobility je imobilita, což znamená neschopnost pohybu. Někdy bývá pro neschopnost pohybu používán termín disability (MIKŠOVÁ et al., 2006, s. 211).

Potřeba základní ošetrovatelské péče nabývá na významu v situaci, kdy je onemocnění spojeno s omezením pohybu pacienta. Dlouhodobý pobyt na lůžku, dlouhodobá imobilizace pacienta vede k projevům imobilizačního syndromu, který se rozvíjí jako celková odezva organismu na klidový režim pacienta. Pobyt nemocného na lůžku je třeba zkrátit na minimum. Imobilizační syndrom se projevuje různými poruchami řady orgánů.

Nejčastější příčiny imobility jsou:

- 1) bolest,
- 2) poruchy kosterního a svalového systému,
- 3) poruchy nervového systému
- 4) generalizovaná slabost (psychosociální problémy),
- 5) infekční procesy (MIKŠOVÁ et al., 2006, s. 212).

- **Kardiovaskulární systém** – horizontální poloha vede rychle k útlumu ortostatických reflexů, které umožňují adaptaci na vzpřímenou polohu. Vzniká syndrom ortostatické hypotenze, který se projevuje mžitkami před očima pacienta, tachykardií, zpotením, krátkodobým bezvědomím, hypotenzí až neměřitelným tlakem. Další poruchu může způsobit oblenění krevní oběh a venostáza vznikající z nedostatku pohybu dolních končetin. Mohou vznikat varixy a tromboflebitidy, které nemocného ohrožují plicní embolií.

- **Dýchací ústrojí** – vleže na zádech se snižuje vitální kapacita plic. Tito nemocní mají také velmi často oslabenou imunitu organismu, a proto jsou významně ohroženi hypostatickou pneumonií z důvodu venostázy v dolních plicních partiích.

- **Gastrointestinální trakt** – kromě nechutenství je nejčastější komplikací zácpa, která vzniká v důsledku zpomalené střevní peristaltiky, nedostatku pohybu, stresu a nedostatečného příjmu potravin a tekutin. U ležících, především starších nemocných, se vytrácí pocit žízně, který může dále vést k těžké dehydrataci.

- **Pohybový systém** – již za poměrně krátkou dobu dochází ke snížení výkonnosti svalů až tvorbě atrofií z nečinnosti a svalovým kontrakturám. Šlachy a fascie se zkracují a mohou vytvářet různé deformity končetin nebo páteře.

- **Kosti** – anorganické i organické části kostí se zvýšeně odbourávají a tlumí se jejich novotvorba. Důsledkem odplavování vápníku vzniká imobilizační osteoporóza. Je možné setkat se s osteomalácií, která je způsobená nedostatkem vitamínu D.

- **Psychika** – neschopnost samostatně uspokojovat své základní potřeby, vede u většiny pacientů k depresi. Náhlým omezením hybnosti může dojít u některých zejména starších nemocných k přechodným projevům zmatenosti a ztráty orientace v prostoru i v čase.

- **Kožní integrita** – dekubitus (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 125-126).

1. 7 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY SE SPECIALIZOVANOU ODBORNOSTÍ

(1) Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,

2. pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,

3. sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost,

4. provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,

2. provádí katetrizaci močového měchýře mužů,

3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,

4. provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

c) pod odborným dohledem lékaře

1. provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,

2. provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší,

3. aplikuje transfuzní přípravky a krevní deriváty

d) pod přímým vedením lékaře

1. provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,

2. provádí extubaci tracheální rourky.

(2) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči vykonává činnosti podle odstavce 1 v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof a činnosti podle § 17 a dále bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci operačního střediska záchranné služby, a to

- a) přijímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- b) provádí telefonní instruktáž k poskytování laické první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu,
- c) aktivuje krizové typové a traumatologické plány při řešení zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof a na svém úseku zabezpečuje jejich realizaci s využitím všech možností integrovaného záchranného systému.

(3) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s anesteziologickými výkony. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace
 - 1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestezie,
 - 2. zajišťuje stálou připravenost anesteziologického pracoviště.
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace
 - 1. připravuje pacienta, léčivé přípravky¹³⁾ a vybavení k jednotlivým způsobům a technikám celkové i místní anestezie a asistuje při jejich provedení,
 - 2. provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti;
- c) pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace
 - 1. provádí tracheální intubaci,
 - 2. podílí se na vedení anestezie.

(4) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací. Přitom zejména

- a) bez odborného dohledu a bez indikace připravuje pacienty a osoby jimi určené na provádění umělé plicní ventilace v domácí péči;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
 - 1. poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům před a po závažných operačních výkonech, transplantacích a traumatech,
 - 2. zajišťuje a připravuje technické vybavení pro provádění umělé plicní ventilace

v domácí péči.

(5) Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s akutním a chronickým selháním ledvin a dalšími stavy, které vyžadují léčbu hemodialýzou, peritoneální dialýzou, hemoperfuzí a dalšími očišťovacími metodami krve. Přitom zejména

a) bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem

1. hodnotí funkci a kvalitu cévních přístupů pro mimotělní oběh, informuje pacienty a osoby jimi určené o zásadách péče o arterio-venózní spojku a dodržování léčebného režimu, pečuje o cévní přístup po ukončení mimotělního oběhu,

2. sleduje zadané parametry na přístrojích pro eliminační metody krve během léčby a rozpoznává vznik technických komplikací,

3. provádí výměnu přístroje při vzniku vážné technické komplikace během léčby,

4. provádí dezinfekci přístrojového vybavení pro eliminační metody krve;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. připravuje technické vybavení a nastavuje požadované parametry na přístroji,

2. provádí napojení pacientů na mimotělní oběh podle typu cévního přístupu a zahájí vlastní léčbu,

3. provádí peritoneální dialýzu,

4. ukončuje mimotělní oběh a hodnotí stav pacientů bezprostředně po ukončení léčby;

c) pod odborným dohledem lékaře provádí první napojení pacientů na mimotělní oběh (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 96/2004 sb.).

2 KAZUISTIKA

Ošetrovatelský proces v diagnostických doménách NANDA Taxonomie I. u pacientky s hlavní lékařskou diagnózou Akutní respirační insuficience

2.1 AKUTNÍ RESPIRAČNÍ INSUFICIENCE

Respirační insuficience neboli nedostatečnost je stav, kdy dýchací systém není schopen dodávat dostatečné množství kyslíku do arteriální krve. Nedostatečná dodávka kyslíku může být doprovázena nedostatečným vylučováním oxidu uhličitého z krve. Při respirační insuficienci tedy dochází k hypoxémii (arteriální $pO_2 < 8$ kPa) či k hypoxémii s hyperkapnií (arteriální $pCO_2 > 6,5$ kPa). Respirační nedostatečnost může vznikat akutně (např. při těžké pneumonii, pneumotoraxu, plicní embolii, nervosvalových poruchách apod.) nebo chronicky (ČEŠKA et al., 2010, s. 855).

Příčin akutní respirační insuficience je mnoho. Představme si trasu, kterou musí vzduch urazit, než se dostane do krve. V každém místě se mu může do cesty postavit nějaká překážka. Může se jednat o neschopnost našich svalů roztáhnout hrudník, vytvořit v něm podtlak a nasát vzduch do plic. To se děje při poškození mozku, míchy a nervů v místech, která řídí dýchací pohyby. Může dojít i k masivnímu otoku dýchacích cest v kterémkoliv místě – to se objevuje například při alergických reakcích, astmatickém záchvatu nebo u malých dětí při velmi těžce probíhajících zánětech dýchacích cest. Stejně tak bychom sem mohli zařadit dušení cizím tělesem a topení se. Další možností je poškození stěny plicních sklípků, jako je tomu u ARDS, při vdechnutí zvratků, či jiných agresivních tekutin a par. Mezi nejčastější příčiny však patří astmatický záchvat, akutní zánět plic a tzv. ARDS (akutní syndrom dechové tísně). Léčba akutní respirační insuficience spočívá v odstranění vyvolávající příčiny, podání kyslíku a léků, a pokud to situace vyžaduje, tak i napojení pacienta na umělou plicní ventilaci. ARI je jednou z nejčastějších příčin přijetí pacientů na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Jde o život ohrožující stavy, které vyžadují specializovanou intenzivní péči (BOROŇOVÁ, 2010, s. 16).

Aplikace ošetrovatelského procesu vyžaduje, aby sestra ovládala dovednosti jak interpersonální, tak i technické a intelektové. Základem je interakce mezi pacientem a sestrou (BOROŇOVÁ, 2010, s. 12).

2. 1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je průběžná realizace předem promyšleného sledu ošetřovatelských postupů, vedoucích k uspokojení tělesných, psychických a sociálních potřeb pacienta. Vychází z poznání nemocného a z aktivního vyhledávání jeho potřeb a problémů.

Fáze ošetřovatelského procesu

- Ošetřovatelská anamnéza, diagnóza
- Cíl a plán ošetřovatelských intervencí
- Realizace
- Hodnocení

Získávání poznatků

Poznatky sestry získává:

- pozorováním nemocného a co nejobjektivnějším hodnocením toho, co o nemocném zjistí,
- rozhovorem s nemocným a příbuznými,
- rozhovorem se spolupracovníky,
- účastí na lékařské vizitě,
- z písemné dokumentace, kterou o nemocném vede lékař (chorobopis, dekurs).

Ošetřovatelská diagnóza

Všechna vyšetření, kterým se nemocný podrobuje, směřují k jedinému cíli- poznat podstatu choroby a stanovit diagnózu. Lékařská diagnóza je rozpoznání nemoci a její pojmenování. Po stanovení diagnózy následuje léčení.

Při určování ošetřovatelské diagnózy se snažíme zjistit příčinu problému nemocného. Chceme poznat současná aktuální problém nemocného.

Ošetřovatelský plán a jeho realizace

Pro lepší orientaci všech sester o potřebách nemocného se každému nemocnému sestaví plán ošetřovatelské péče. Stručný a přehledný ošetřovatelský plán je mnohem účelnější než plán, jehož vyplněním zabere sestřám víc času než vlastní ošetřování.

Vyhodnocení výsledků poskytované péče

Významnou částí ošetřovatelského plánu je vyhodnocení výsledků poskytované péče, tj. posouzení úspěšnosti ošetřovatelských postupů a toho, zda jsme dosáhli předem stanovených cílů (ROZSYPALOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2002, s. 105).

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M. K.	Pohlav: žena
Datum narození: /	Věk: 70 let
Adresa bydliště a telefon : /	
Adresa příbuzných: /	
RČ : /	Číslo pojišťovny: /
Vzdělání: vysokoškolské	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 11. 8. 2011	Typ přijetí: akutní
Oddělení: ARO	Ošetřující lékař: /

Důvod přijetí udávaný pacientem: pacientka uvádí, že do nemocnice přišla pro bolesti břicha.

Medicínská diagnóza hlavní:

Akutní respirační insuficience

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Akutní biliární nekrotizující pankreatitida
- Primární hypertenze
- Chronická ischemická choroba srdeční
- Diabetes mellitus II. typu (nově zjištěn)
- Renální insuficience
- Hyperlipidemie
- Koagulopatia
- Tracheostomická kanyla (dne 24. 8. 2011)
- Morbidní obezita

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 100/60	Výška: 161 cm
P: 69/min	Hmotnost: 120 kg
D: 18/min	BMI : 46, 3
TT : 37	Pohyblivost: ležící
Stav vědomí: Mělké koma	Krevní skupina: A poz.

Nynější onemocnění

Pacientka přišla do nemocnice sama v doprovodu manžela, a to pro bolesti břicha. Pro akutní pankreatitidu byla operována. Během operace došlo ke zhoršení dýchání až postupné zástavě dechu. Pacientka byla cyanotická, došlo k oběhové nestabilitě, tachykardiím a následně byla nutná umělá plicní ventilace. Příjem na anesteziologicko-resuscitační oddělení byl tedy z operačního sálu a zde byla lékařem stanovena diagnóza Akutní respirační insuficience.

Informační zdroje

1. Chorobopis pacienta
2. Nemocniční informační systém
3. Manžel pacientky
4. Ostatní zdravotničtí pracovníci

2. 3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela na akutní infarkt myokardu v 78 letech

Otec: zemřel v 82 letech, celý život zdrav, bez vážných onemocnění

Sourozenci: nemá

Děti: jeden syn, 42 let, pacientku nenavštěvuje, žije s rodinou na Slovensku, zdravý

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Hospitalizace a operace: hysterektomie, polypy dělohy

Úrazy: 0

Transfúze: Po dobu hospitalizace na ARO podáno 11 transfuzních přípravků

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
ACCUZIDE	POTAHOVANÁ TBL.	10 MG	1 – 0 – 0	ANTIHYPER- TENZIVUM
SORTIS	POTAHOVANÁ TBL.	20 MG	0 – 0 - 1	STATIN

Alergologická anamnéza

Léky: Neudávala žádné alergie

Potraviny: není alergická

Chemické látky: není alergická

Jiné: žádné jiné alergie zatím nebyly zjištěny

ABÚZY

Alkohol: ne

Kouření: ano, od 30 let 5 cigaret denně

Káva: ano, 3 krát denně, turecká

Léky: ano, viz. léková anamnéza

Jiné drogy: /

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
<p>Menarché: od 14 let</p> <p>Cyklus: pravidelný</p> <p>Trvání: 4-6 dní</p> <p>Intenzita, bolesti: mírná</p> <p>PM: /</p> <p>A: 1</p> <p>UPT: 0</p> <p>Antikoncepce: neužívala</p> <p>Menopauza: od 49 let</p> <p>Potíže klimakteria: pocení, nevolnost</p> <p>Samovyšetřování prsou: neprováděla</p> <p>Poslední gynekologická prohlídka: 5 let</p>	<p>Překonané urologické onemocnění:</p> <p>Pacientka prodělala několikrát za život zánět močových cest</p> <p>Poslední návštěva u urologa: 5 let</p> <p>Samovyšetřování semeníků: /</p>

Sociální anamnéza

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí v bytě s manželem

Vztahy, role, a interakce v rodině: normální, rozumí si, se synem se navštěvuje málo, žije s rodinou na Slovensku

Mimo rodiny: pacientka se přátelí se sousedkou, mají dobrý vztah

Záliby: dle manžela pacientky: pes, zahrada, četba, hudba, televize

Volnočasové aktivity: pacientka dle manžela velmi ráda cestuje

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zařazení: důchodkyně, dříve švadlena

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 61 let, starobní důchod

Vztahy na pracovišti: normální

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: katolička, nepraktikující

Religiozní praktiky: /

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 17. 9. 2011

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Manžel pacientky udává, že žena neměla potíže s hlavou ani krkem. Při vyšších teplotách nebo změně tlaku se občas zamotala. Při chladném počasí revma za krkem.	Hlava: zornice izokorické Lehce překrvené spojivky Uši, nos bez sekretu Levá nosní dírka NGS Krk: TSK
Hrudník a dýchací systém	Dle manžela pacientky měla žena problémy s dýcháním kvůli kouření, ale to jen při velké námaze, rychlé chůzi nebo ve vedrech. Zranění hrudníku žádné neměla.	Kanylovaná venae subclavia vpravo Dýchání tiché, klidné (na UPV) TSK SpO2 98% 18 dechů za minutu ETCO2 okolo 4,5 Použila jsem škálu k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání Beinsteinova škála (pacientka získala 26 bodů-vysoce ohrožena)
Srdcovo-cévní systém	Manžel pacientky říká, že při námaze u ženy došlo k tachykardiím, ale uvádí, že jen krátkodobě. Jiné problémy v této oblasti neměla.	Srdce: Akce srdeční nepravidelná (pulz 80-140/min.) TK: 140/60 Pulsace na arteria pedis hmatné Použila jsem škálu k hodnocení rizika vzniku žilní trombózy (pacientka získala 25 bodů-velké nebezpečí vzniku žilní trombózy)
Břicho a GIT	Manžel popisuje u pacientky bolesti břicha těsně před hospitalizací. Vzedmuté břicho, plynatost a pocit nadýmání. K jídlu poslední tři dny před hospitalizací neměla. Dříve	Stolice naposledy dne 16. 9. 2011 Operační rána na břiše- stehy ex., sterilně překryto, dolní část hnísavá, zarudnutí-dezinfekce, Mastný tyl, sterilně překryto.

	neměla žádné potíže.	Krmení do NGS (odpady, krmena pouze po 2 hodinách čajem), vzedmuté břicho
Močovo-pohlavní systém	Dle zjištěných informací od manžela pacientky měla několikrát za život potíže s infekcemi močových cest. Udává jednou za rok. S močením potíže neměla. Operace hysterektomie a polypy.	Diuréza sledována po 1 hodině - dostatečná Ústí PMK bez sekrece, výtoku Moč čirá

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	Mažel pacientky říká, že žena měla nadváhu celý život. Ve velkých vedrech jí otékaly nohy, prsty na rukou a nohou. Už asi 2 roky má artrózu prstů na HKK. Hematomy nemívala.	HKK- hematomy DKK- prosáknutí, otoky kolem kotníků, atrofické změny Ochablé svalstvo na HKK, DKK Artróza prstů na HKK Obezita
Nervovo-smyslový systém	Pacientka nosila doma brýle na čtení i do dálky. Brýle nosila už asi 20 let. S pamětí nikdy problémy neměla.	Dle neurologického konzílii známky Coma vigile Otvírá oči, nefixuje Žíve Nereaguje na prudký pohyb kolem očí Kmitání očních bulbů Použita škála Glasgow Coma Scale (pacientka získala 8 bodů - mez kritického stavu mozku)

Endokrinní Systém	V této oblasti neuvedl manžel pacientky žádné problémy.	ŠŽ na pohled nezvětšena
Imunologický Systém	Manžel pacientky říká, že alergie žádné žena neměla.	Pro dlouhodobou hospitalizaci náchylnost k nozokomiálním nákazám, infekcím
Kůže a její adnexa	Dle manžela pacientky žena pečovala o svoji kůži, každé ráno a večer se mazala různými krémy. V období zimy měla suchou kůži. Žádné exémy ani jiné potíže v této oblasti neměla.	Hematomy na HKK Kůže suchá Zarudnutí na predilekčních místech (paty, sakrálně, lopatky...) Otoky kolem kotníků, otoky HKK V tříselech zarudnutí, opruzení K posouzení rizika vzniku dekubitů jsem využila stupnici Nortonové (pacientka získala 14 bodů-vysoké riziko vzniku dekubitů)

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Dle manžela má pacientka ráda ovoce a zeleninu. K obědu brambory, rýži, vepřové i kuřecí maso. Ke snídani a večeři většinou chléb s máslem, sýrem nebo šunkou. Během dne sní dva jogurty. Ráda má také sladkosti.	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	Nelze posoudit. Na otázku zda nemá pocit hladu odpoví kývnutím hlavy, že nemá. Výživa, kterou dostává do nasogastrické sondy jí nezpůsobuje pocity hladu.	Krmena do nasogastrické sondy: Čaj 20 ml, Diason 50 ml za 1 hodinu Parenterální nutrice: OliClinomel N8 2000 ml kontinuálně na 90 ml/hod. do CVK Použila jsem škálu hodnocení nutričního stavu (pacientka získala 9 bodů-riziko malnutrice)

Příjem tekutin	Doma	Manžel pacientky říká, že žena vypije přibližně 2 litry tekutin denně. Pije hodně kávu, ráno ke snídani čaj, během dne ovocnou šťávu. Má také ráda ovocné nápoje, džusy.	Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	Pacientka odkýve, že má stále žízeň. Pomáhá jí časté vytírání v ústech vodou, čajem, dvakrát denně kávou.	Čaj 20 ml/1 hod. do NGS Diason 50 ml/1 hod. do NGS OliClinomel N8 – 2000 ml kontinuálně na 90 ml/1hod. Intravenózně: kontinuálně Plasmalyte 90 ml/1 hod. do CVK
Vylučování Moče	Doma	Dle manžela pacientky měla žena problémy pouze když se léčila se zánětem močových cest, a to pálení a řezání při močení, ale jinak vždy bez potíží.	Nelze objektivně posoudit.

	V nemocnici	Při otázce na pacientku, zda nemá problém s vylučováním moči kývne, že nemá. Jedenkrát si stěžovala na pálení v místě zavedení permanentního močového katetru.	Zaveden permanentní močový katetr, sledována hodinová diuréza, specifická váha moči. Pacientka vymočí za jednu hodinu okolo 120 ml. Moč je čirá, bez zápachu.
Vylučování stolice	Doma	Pacientka se dle manžela vyprazdňovala jedenkrát denně, potíže s vylučováním stolice neměla.	Nelze objektivně posoudit
	V nemocnici	Nelze zjistit od pacientky. Dle grimasů ve tváři je vidět, že pacientce není příjemné to, že si není schopna říci i mísu.	Stolice je 4 krát denně-průjmovitá, zapáchající, dle vyšetření ve stolici nález Clostridium difficile.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	Mažel pacientky říká, že žena spala denně 7 hodin. Chodila spát okolo 10 hodiny večer a vstávala už v pět hodin ráno. Ležela ještě další hodinu, ale nemohla spát. Večer se probouzela. Přes den odpočívala u televize asi 1 až 2 hodiny.	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	Při otázce na únavu a problémy se spaním odpoví pacientka kývnutím hlavy, že se cítí stále hodně unavená.	Pacientka je v umělém spánku. Probudná je pouze při hlasitém oslovení nebo manipulaci. Přes den má zapnutou televizi, aby poslouchala a večer mohla spát. V noci spí, probouzí se jen málo. Pokud nemůže spát, dle lékaře podáváme léky na spaní nebo navýšíme kontinuální sedaci, kterou zase ráno snížíme.

Aktivita a odpočinek	Doma	Manžel pacientky říká, že doma žena přes den pracuje na zahradě, chodí se sousedkou na kávu a ráda někde cestuje vlakem. Odpočívá 1 až 2 hodiny přes den, a to většinou u televize. Také čte knihy a to prý považuje také za odpočinek.	Nelze objektivně posoudit.
	V nemocnici	Pacientka odpovídá kývnutím hlavy. Říká, že je stále unavená, vyčerpaná a aktivity není příliš schopná. Je ale ráda, když sní sestry a rehabilitační pracovnice cvičí horní a dolní končetiny, protahují svaly a když masírujeme záda.	Cvičíme s pacientkou nejméně dvakrát denně. Procvičujeme klouby HKK a DKK, provádíme masáž zad, poklepové masáže, cvičíme s prsty na HKK, DKK. Jedenkrát denně přijde na cvičení rehabilitační pracovník. Pacientce pouštíme přes den TV a snažíme se v době od 12 do 2 hodin dodržovat klid pro odpočinek.
Hygiena	Doma	Manžel pacientky uvedl, že žena se sprchuje každý den večer, ve vedrech i třikrát denně. Používá kvalitní hygienické prostředky, pravidelně pečuje o chrup. Pacientka byla doma úplně soběstačná v této oblasti.	Nelze objektivně posoudit.

	V nemocnici	Pacientce nevyhovuje hygiena na lůžku, byla soběstačná a mohla se umýt sama ve sprše. Ráda by už byla doma, aby se mohla mýt sama bez pomoci sestřiček. Kýve hlavou, že mytí na lůžku není to pravé.	U pacientky je ráno a večer provedena celková toaleta na lůžku. Při možnosti odpojení od umělé plicní ventilace a pokud to dovoluje aktuálně celkový zdravotní stav je umytá v koupacím lůžku sprchou. Několikrát denně je pečováno o oči, uši, nos a kůži.
Samostatnost	Doma	Manžel říká, že doma si pacientka udělal vždy vše sama bez druhé pomoci, byla úplně soběstačná. Nakupovala, vařila, pracovala na zahradě, cestovala, hygienu zvládla také bez pomoci.	Nelze objektivně posoudit.

	V nemocnici	<p>Pacientka odpovídá kývnutím hlavy na otázky. Je nešťastná z toho, že se o sebe nemůže momentálně sama postarat. Vadí jí, že jí musí umývat sestřičky, že se o sebe nezvládá sama postarat.</p>	<p>Pacientka není schopna sama se o sebe postarat. Její zdravotní stav jí to nemůže dovolit. V této oblasti se snaží celý ošetrovatelský tým být vstřícný. Využíváme prvky bazální stimulace, snažíme se pacientku povzbuzovat, cvičit s ní, vše vysvětlit a zapojujeme i manžela.</p> <p>Použila jsem Barthelův test základních všedních činností (pacientka získala 10 bodů- vysoce závislá na pomoci)</p>
--	--------------------	---	--

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Pacientka odpovídá kývnutím hlavy. Rozumí tomu, že kvůli zavedené tracheostomické kanyle nemůže mluvit. Manžel říká, že doma mluvila srozumitelně, nahlas, bez potíží.	Pacientka má zavedenou tracheostomickou kanylu. Nemůže mluvit.
	Neverbální	Dle manžela pacientka přiměřeně využívala mimiku a gesta.	Pacientka využívá hodně gest podle kterých ses ní celý zdravotnický personál dorozumívá. Využíváme také tabulky s písmeny a s pomocí tužky nám tak lze může napsát (ukázat), co právě potřebuje.
Informovanost	O onemocnění	Odpovídá kývnutím hlavy, že má dostatek informací.	Lékař pacientku dostatečně informuje o jejím zdravotním stavu.
	O diagnost. metodách	Odpovídá kývnutím hlavy, že ví, jaká vyšetření bude muset podstoupit.	Pacientka je dostatečně informována o vyšetřeních, které musím podstoupit i o tom, které krevní odběry jsou jí odebírány a proč.

	O léčbě a dietě	Pacientka kýve, že ví jak je krmena, proč nemůže příliš pít a z jakých důvodů.	Pacientka vypadá podle grimas v obličeji, že rozumí tomu, proč nesmí jíst, příliš pít. Je krmena do NGS a kontinuálně kape výživa do žíly.
	O délce hospitalizace	Pacientce je vysvětleno, že dobu hospitalizace nelze v tuto chvíli určit. Kývne hlavou, že rozumí.	Je informována o tom, že délku hospitalizace nemůžeme v tuto chvíli určit.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	Dle manžela a pacientky, která odpovídá kývnutím hlavy je v roli ženy, babičky a maminky. Je důchodkyně. Má přátele a rodinu. Stýská se jí po synovi, vnoučatech a domovu.	Momentálně je v roli pacientky.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Manžel říká, že je kamarádkou, ženou, maminkou a babičkou. V důchodu je od 61 let.	Nyní je pacientkou a ženou muže, který jí navštěvuje. Dále nelze objektivně posoudit.

	<p>Terciální (související s volným časem a zálibami)</p>	<p>Manžel říká, že žena byla ve volném čase ráda na cestách, měla ráda zábavu a přátele. Byla pro lidi kolem dobrou kamarádkou.</p>	<p>Žena je pacientkou. Její zdravotní stav nedovoluje zatím další roli. Nemůže číst pro velkou únavu a celkový zdravotní stav, přes den je pouze posluchačkou. Má zapnutou televizi a komunikuje neverbálně s okolím.</p>
--	--	---	---

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT

Ordinovaná vyšetření (17. 9. – 19. 9. 2011):

UZV břicha, CT břicha, CT mozku, RTG plic, odběry krve (ABR, GLY, KO, Na, K, Cl, CRP, osmolalita)

Výsledky

UZV břicha: Játra nezvětšená, stav po CHE, slezina nezvětšená, levá ledina - v její oblasti cysta v průměru cca 9 mm, oblast pankreatu zcela nepřehledná, značné množství volné tekutiny v malé pánvi a mezi střevními kličkami v mezogastriu.

CT břicha: V dutině břišní volná tekutina. Kolem jater v šíři až 35 mm, dále kolekce tekutiny v okolí žaludku, před slezinou. Mezi střevními kličkami v oblasti malé pánve tekutinová kolekce velikosti 20x10 cm. Prosáknutí perirenálně, parakolicky. Nehomogenní prosáknutí mezenteria. Patrné i prosáknutí měkkých tkání stěny břišní. Prosáknutí stěny duodena a dekonturovaná stěna.

CT mozku: Scany s četnými pohybovými artefakty. Oblast zadní jámy lební z větší části nehodnotitelná. Supratentoriálně evidentní ložiskové změny v mozkové tkáni neprokazujeme. Komorový systém i zevní likvorové prostory rozšířeny - 3. komora šíře cca 9 mm. AS změny mozkových cév.

RTG plic: Zmnožená kresba hilů a okolí. Nelze vyloučit zánětlivé změny. Stín srdeční rozšířený. Bránice volné.

ABR: PCO₂ 4,9 PO₂ 12,7 SAHB 0,97 PH 7,38 AB 21,00 SB 22,00 BE - 3,00

GLY: 7,4

KO: LEU 10,25 ERY 3,56 HB 103,00 HCT 0,314 TR 192,00

Na: 149,00

K: 4,2

Cl: 111,00

CRP: 96,00

Osmolalita: 336,00

Konzervativní léčba

Dieta: Sonda Dia

Pohybový režim: ležící

RHB: pasivní RHB velkých kloubů, polohování a 2 hodiny, jedenkrát denně RHB sestra

Výživa

Parenterální: OliClinomel N8 2000 ml kontinuálně na 90 ml/h.

Enterální: do NGS čaj 20 ml + Diason 50 ml za 1 hodinu

Medikamentózní léčba:

Per os

Lactobacilus 1 tob. do NGS

Intra venózní

Ambrobene 1 amp. (15 mg)

Tramal 100 mg

Quamatel 20 mg

Propofol 1% 30 mg d.p.

Novalgin 1 g d. p.

Metronidazol 500 mg

Amikin 500 mg

Kontinuálně

Midazolam 50 mg do 20 ml FR- 4 ml/h.

Noradrenalin 2 amp. (2 mg) do 20 ml FR- 2 ml/h.

Cordarone 3 amp. (450 mg) do 20 ml 5% G- 1, 5 ml/h.

Betaloc 4 amp. (10 mg) do 20 ml FR- 6 m/h.

Syntophyllin 1 amp. (240 mg) do 20 ml FR- 0, 8 ml/h.

Inzulin HMR 20j. do 20 ml FR- 2, 5 ml/h.

Plasmalyte 1000 ml- 90 ml/h.

OliClinomel N8 2000 ml- 90 ml/h.

Per rectum: /

Jiná

Inhalace: Atrovent 2 vstříky, Berodual 2 vstříky

Nebulizace: Berodual 2 ml+ 2 ml FR/ na min.

S. c. Clexane 0, 4 ml

Framykoin ung. do okolí TSK třikrát denně.

Chirurgická léčba:

Převazy operační rány na břicho 1 krát denně nebo dle potřeby- dezinfekce Octeniseptem,
dolní pól Mastný tyl, Flamigel, sterilní krytí.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka byla přijata na anesteziologicko-resuscitační oddělení akutně z operačního sálu, kde byla pro operaci nekrotizující pankreatitidy. Do nemocnice přišla s bolestmi břicha, nechutenstvím a popisovala nadýmání, plynatost a celkové zhoršení zdravotního stavu. Nejdříve byla přijata na chirurgickou jednotku intenzivní péče. Odtud pak na operační sál. Tam došlo k tachykardiím, hypotenzi, zhoršenému dýchání, cyanóza a nadále bylo dle lékaře nutné pacientku přeložit na anesteziologicko-resuscitační oddělení s nutností napojení na umělou plicní ventilaci.

Lékařem ARO byla stanovena diagnóza Akutní respirační insuficience. Vědomí pacientky bylo na úrovni mělkého komatu. Po příjezdu na oddělení byl pro oběhovou nestabilitu nasazen kontinuálně Noradrenalin, Sedacorone a další ordinace pro zavodnění a zvýšení krevního tlaku (Tetraspan, Plasma lyte). Zdravotní stav pacientky se dále nelepšil. Během hospitalizace byly prováděny různá vyšetření-rentgen srdce a plic, krevní odběry, neurologická a chirurgická konzília a další, která jsou uvedena v medicínském managmentu. Za pomoci manžela pacientky jsme prováděli na oddělení bazální stimulaci. Po celou dobu hospitalizace jsme pečovali především o dýchací cesty- odsávání z dýchacích cest, laváže, nebulizace a inhalace, o hygienu pacientky, psychiku jak pacientky tak i manžela, o pohybový aparát, různá cvičení a rehabilitace, polohování a další ošetrovatelské výkony. I přes to, že byla pacientka pravidelně polohována a byly používány antidekubitární pomůcky došlo ke vzniku dekubitu v oblasti sakra. Během dlouhé hospitalizace bylo také prokázáno pozitivní Clostridium ve stolici. Byl dodržován zvýšený hygienicko epidemiologický režim. Pacientka měla nejméně čtyřikrát denně průjmovité stolice. Vzhledem ke zhoršování celkového zdravotního stavu pacienty je nadále vykonávána intenzivní lékařská a ošetrovatelská péče.

2. 4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Na základě dlouhodobé ošetrovatelské péče o pacientku jsem dne 17. 9. 2011 stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy:

<p>Sesterská diagnóza: 17. 9. 2011</p> <p>Dýchání nedostatečné z důvodu plicní nedostatečnosti projevující se cyanózou pacientky, hyposaturací a výkyvy ve výsledcích arteriálních krevních plynů.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Krátkodobý:</p> <p>Pacientka má saturaci vyšší jak 95% a není cyanotická- do 3 dnů</p> <p>Dlouhodobý:</p> <p>Pacientka sama bez pomoci umělé plicní ventilace dýchá- do 14 dnů</p> <p>Priorita: vysoká</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka má volné dýchací cesty- do 1 dne</p> <p>Pacientka má odsáté sputum z tracheostomické kanyly a dutiny ústní- denně</p> <p>Pacientka má snahu pomalu a hlouběji dýchat- do 2 dnů</p> <p>Pacientka má podané inhalace a nebulizace- denně</p> <p>Pacientka zná postupy pro zlepšení dýchání-do 3 dnů</p> <p>Pacientka má tendenci vykašlávat a tím zlepšovat dýchání- do 1 týdne</p> <p>Pacientka je schopna sama bez pomoci umělé plicní ventilace dýchat- do 14 dnů</p>
<p>Plán intervencí:17. 9. -19. 9. 2011</p> <p>Neustále sleduj na monitoru hodnoty saturace, saturační čidlo ulož na místo, kde budou hodnoty nejpřesnější (ušní lalůček, prst na horní končetině...)- všeobecná sestra, lékař.</p> <p>Sleduj, zda není pacientka cyanotická- všeobecná sestra, lékař.</p> <p>Asistuj u vyšetření pacienta (poslech dýchání, výsledky RTG hrudníku, výsledky arteriálních krevních plynů...)- všeobecná sestra.</p> <p>Pacientku po dvou hodinách nebo dle potřeby odsávej z dýchacích cest- všeobecná sestra.</p> <p>Pokud lékař a zdravotní stav pacientky dovolí, polohuj nejméně po dvou hodinách na</p>

boky pro uvolnění sekretu z dýchacích cest- všeobecná sestra, sanitárka, fyzioterapeut.

Podávej inhalace a nebulizace dle ordinací lékaře-všeobecná sestra.

Stále monitoruj, zda pacientka dýchá v souladu s ventilátorem, nehyperventiluje- všeobecná sestra, lékař.

Pokud pacientka vnímá, doporuč, aby dýchala pomalu a hlouběji- všeobecná sestra, lékař.

Povšimni si negativních emočních projevů u pacienta (pláč, chvění prstů...) a posud' bolest, kterou pacientka může mít, a dle lékaře podávej analgetika- všeobecná sestra, lékař.

Realizace:

17. 9. 2011

Během celého dne jsme u pacientky pozorovala hodnoty saturace, saturační čidlo jsem uložila na ušní lalůček, kde byla hodnota 91%.

Celý den jsem monitorovala, zda není pacientka cyanotická.

Třikrát za den jsem asistovala u vizity lékaře při poslechu dýchání. S lékaři jsem sledovala hodnoty krevních vyšetření (ABR...) a snímek RTG vyšetření plic.

Pacientku jsem po dohodě s lékařem po dvou hodinách jen mírně polohovala. Střídala jsem pravý a levý bok a polohu se zvýšením hrudníku.

Pacientku jsme po jedné až dvou hodinách odsávala z dýchacích cest.

Dle ordinace lékaře jsme pravidelně podávala předepsané nebulizace a inhalace do dýchacích cest (Atrovent, Berodual, Ambrobene...).

Stále jsem monitorovala, zda pacientka dýchá v souladu s ventilátorem, zda nedochází k hyperventilaci...).

Pacientce jsem během dne několikrát vysvětlila, že musí dýchat pomalu a hlouběji.

Po celý den jsem sledovala negativní emoce a grimasy v obličeji pacientky. Snažila jsem se zjistit, zda nemůže mít bolesti.

Dle mého posouzení a ordinace lékaře jsem nasadila kontinuální analgosedaci, aby pacientka neměla bolesti a tím se zklidnilo její dýchání.

18. 9. 2011

Neustále jsem sledovala hodnoty saturace u pacientky.

Během celého dne jsme monitorovala cyanózu pacientky.

Dvakrát za den dle ordinace lékaře jsem odebrala arteriální krev na vyšetření ABR a spolu s lékařem jsme zkontrolovali výsledek.

Dle ordinace lékaře jsem během dne podávala v předepsanou hodinu inhalace a nebulizace do DC.

Pacientku jsem po domluvě s lékařem polohovala mírně na pravý a levý bok střídavě se zvýšením

hrudníku a vypořádáním dolních končetin.

Po dvou hodinách jsem pacientku odsávala z dýchacích cest.

Třikrát za den jsem asistovala u vizity lékaře při poslechu dýchání.

Sledovala jsme během celého dne grimasy v obličeji pacientky a dle mého posouzení a ordinace lékaře byla analgosedace ponechána.

19. 9. 2011

Celý den jsem neustále monitorovala cyanózu pacientky, hodnoty saturace, zda nedochází k hyperventilaci a jestli dýchá v souladu s ventilátorem.

Dle lékaře jsme podávala inhalace a nebulizace v předepsanou hodinu.

Po dvou hodinách jsem pacientku polohovala (pravý a levý bok, zvýšení hrudníku).

Stále jsme sledovala grimasy v obličeji pacientky, zda nemá bolesti. Pokračovalo se v kontinuálním podávání analgosedace na nižší rychlost a dávku.

Po dvou hodinách jsme odsávala sekret z DC.

Třikrát za den jsem asistovala u vizity lékaře při poslechu hrudníku.

Dle lékaře jsme odpoledne odebrala arteriální krev na vyšetření ABR a spolu s lékařem jsem zkontrolovala výsledek.

Hodnocení: 19. 9. 2011

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacientka nebyla do tří dnů cyanotická a její saturace se pohybovala okolo 95% a více. Sama bez pomoci umělé plicní ventilace zatím nedýchá.

Ošetrovatelské intervence musí nadále pokračovat.

Sesterská diagnóza: 17. 9. 2011

Péče o sebe sama nedostatečná v oblasti příjmu potravy, vyprazdňování, oblékání, osobní hygieně, mytí a úpravě zevnějšku z důvodu náhle vzniklého celkového zhoršení zdravotního stavu a tím upoutání na lůžko projevující se neschopností pacientky sama bez pomoci sestry přijímat potravu, vyprázdnit se, obléct se, provést osobní hygienu a dbát o úpravu zevnějšku.

Cíl**Krátkodobý:**

Pacientka má ve spolupráci se sestrou snahu postarat se o sebe v největší možné míře- do 1 týdne

Dlouhodobý:

Pacientka má zajištěné bio-psycho-sociální potřeby- po dobu hospitalizace

Priorita: střední**Výsledné kritéria:**

Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti-do 1 dne

Pacientka se s pomocí sestry zúčastní aktivit každodenního života-denně

Rodina pacientky se zúčastní bazální stimulace-denně

Pacientka má zmírněný pocit méněcennosti- do 1 týdne

Pacientka s pomocí sestry pečuje v rámci možností o svůj zevnějšek-denně

Pacientka má zavedený permanentní močový katetr-do 1 dne

Pacientka má zavedenou nasogastrickou sondu- do 1 dne

Plán intervencí: 17. 9. -19. 9. 2011

Posuď stupeň postižení a zjisti, do jaké míry může pacientka spolupracovat- všeobecná sestra, sanitárka, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut.

U pacientky v mělkém komatu nezapomínej, že může vnímat okolí a u každé činnosti, kterou vykonáváš, komunikuj a říkej vše, co budeš právě dělat- celý ošetřovatelský tým.

Zaveď nasogastrickou sondu a podávej tekutou výživu dle ordinace lékaře- všeobecná sestra, lékař.

Zaveď permanentní močový katetr a sleduj diurézu- všeobecná sestra, lékař.

Dbej o úpravu zevnějšku pacientky (obleč ji, učeš vlasy, ostříhej nehty...)- všeobecná sestra, sanitárka.

Dvakrát denně proved' celkovou osobní hygienu- všeobecná sestra, sanitárka.

Pečuj o oči, uši, rty, kůži, vlasy a nehty-všeobecná sestra, sanitárka.

Zvýšeně dbej o kůži na predilekčních místech. Používej vhodné ochranné krémy proti vzniku dekubitů- všeobecná sestra, lékař.

Po vyprázdění stolice zvýšeně dbej o kůži kolem konečníku-všeobecná sestra, sanitárka.

Zapoj rodinu do některých činností a vysvětli, že musí s pacientkou stále komunikovat a předem říkat, co se právě chystá udělat (péče o kůži, vlasy...).

Zapoj v této oblasti rodinu pacientky do bazální stimulace. Zjisti od nejbližších členů rodiny, jaké měla zvyky, jak často se umývala, jaké hygienické pomůcky nejraději používala, jak často si umývala vlasy a jak se česala, zda měla raději teplejší vodu na umývání, dále zjisti, jestli měla ráda teplé oblečení, jaká měla ráda jídla, jestli pila kávu...

Realizace:**17. 9. 2011**

Pacientka má vědomí na úrovni mělkého komatu, takže všechny činnosti týkající se této stanovené ošetřovatelské diagnózy byly nutné vykonávat za ni.

Od rodiny jsem zjistila některé důležité informace, které napomáhali při vykonávání hygieny a úpravy zevnějšku.

Při každé činnosti jsme na pacientku mluvila, dopředu vše oznámila.

Pacientce jsem zavedla nasogastrickou sondu a po jedné hodině dle ordinace lékaře jsem podávala 20 ml čaje a 50 ml Disonu.

Zavedla jsem permanentní močový káter a po jedné hodině jsem sledovala diurézu.

Ráno a večer jsme provedla u pacientky celkovou hygienu.

Pacientce jsem umyla vlasy, ostříhala nehty, celý den jsem dbala na její úpravu vzhledu (učesala vlasy, oblékla...).

Několikrát denně jsem promazal kůži olejem, na predilekční místa natřela ochranný krém.

Po dvou hodinách jsem nakapal do očí a nanasla mast proti vysušení rohovky.

Po dvou hodinách jsem namazala rty mastí.

S rodinou pacientky jsem se domluvila, že přinesou vyplněný dotazník, kde byly informace, které pomůžou při bazální stimulaci a přinesou věci, které pacientka používala a měla ráda.

18. 9. 2011

Ráno a večer jsem provedla u pacientky celkovou hygienu. Po celou dobu jsme na ni mluvila a snažila se ji vést k některým činnostem.

Po hodině jsme krmila do nasogastrické sondy (čaj 20 ml a Dison 80 ml).

Sledovala jsme hodinovou diurézu.

Vzhledem ke zlepšování stavu vědomí pacientky jsem stále více dbala na to, aby se zapojila do některých jednodušších činností (umýt si s pomocí obličej, natřít rty nebo ruce, učesat si vlasy...).

Rodina pacientky byla poučena a s pomocí sestry se snažila podporovat bazální stimulaci (káva na rty, oblíbený polštář do rukou, péče o kůži...).

Po dvou hodinách jsem nakapala do očí Ophtalmoseptonex.

Rodina pacientky přinesla dotazník s vyplněnými otázkami ohledně bazální stimulace (vlažná voda při koupání, hygiena dvakrát denně, vyprazdňování pravidelné, bez potíží, časté používání hydratačních krémů, jídlo 4 krát denně-ne v pozdních hodinách, sledování televize, poslouchání hudby, více komunikativní, teplé ponožky, teplé oblečení...).

19. 9. 2011

Ráno a večer jsem provedla u pacientky celkovou hygienu.

Po ranní hygieně jsem ji oblékla teplé pyžamo, ponožky a přikryla ji teplou přikrývkou.

Po hodině jsem do nasogastrické sondy podávala 20 ml čaje a 80 ml Disonu.

Sledovala jsem hodinovou diurézu.

Několikrát za den jsem promazával kůži hydratačními krémy a na predilekční místa natřela ochranné pasty.

Po dvou hodinách jsem prokapala oči Ophtalmoseptonexem.

<p>Pacientku jsem několikrát za den učesala.</p> <p>Po vyprádnění stolice jsem provedla důkladnou hygienu v oblasti konečníku a použila ochrannou pastu do sakrální oblasti.</p> <p>Pacientce jsem zapnula televizi a dbala jejího pohodlí (teplé ponožky a přikrývka, káva po troškách na rty, stálá komunikace...).</p>
<p>Hodnocení: 19. 9. 2011</p> <p>Cíl byl splněn částečně. Pacientka má zajištěny všechny potřeby, zná příčiny deficitu sebeděče a snaží se s pomocí sestry umýt obličej, natřít rty, učesat se, říct si o misku, ale vše sama nezvládne. Sama se neobleče, stále se krmí nasogastrickou sondou, má zavedený permanentní močový katetr. Ošetrovatelské intervence musí stále pokračovat.</p>

<p>Sesterská diagnóza: 17. 9. 2011</p> <p>Tkáňová integrita porušená z důvodu operačního výkonu na břicho projevující se porušením kožního krytu a poškozením tkáně v oblasti břicha.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Krátkodobý:</p> <p>Pacientka má dostatečně prokrvenou, hydratovanou a vyživenou tkáň- do 1 týdne</p> <p>Dlouhodobý:</p> <p>Pacientka má zhojenou operační ránu per primam- do 3 týdnů</p> <p>Priorita: vysoká</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <p>Pacientka má asepticky převázanou operační ránu- denně</p> <p>Pacientka má promazanou kůži v okolí operační rány-denně</p> <p>Pacientka má operační ránu sterilně krytou-denně</p> <p>Pacientka je krmena do nasogastrické sondy- po 1 hodině</p> <p>Pacientka má podaná antibiotika dle ordinace lékaře-denně</p> <p>Pacientka má odebrané vzorky exudátu na kultivaci a citlivost-do 3 dnů</p>

Pacientka nepocit'uje bolest nebo je bolest na hranici únosnosti-do 1 dne

Pacientka má operační ránu bez prosaku a známek infekce- do 3 týdnů

Plán intervencí: 17. 9. 2011-19. 9. 2011

U pacientky pracuj přísně asepticky, vždy používej ochranné pomůcky při převazech operační rány (zejména ochranné rukavice, čepice, ústenka)-celý ošetrovatelský tým.

Zjistí a popiš rozměry, barvu, zápach, lokalizaci, teplotu, konzistenci lézí- všeobecná sestra, lékař.

Asistuj u diagnostických vyšetření- všeobecná sestra.

Odeber vzorky exudátu na kultivaci a citlivost-všeobecná sestra.

Sleduj laboratorní výsledky-všeobecná sestra.

Podávej léky (zejména antibiotika) pravidelně v předepsanou hodinu dle ordinace lékaře-všeobecná sestra.

Dle lékaře podávej výživu a tekutiny do nasogastrické sondy pro lepší hojení rány-všeobecná sestra.

Sleduj nejméně třikrát denně tělesnou teplotu -všeobecná sestra.

Denně kontroluj operační ránu, pátrej po známkách infekce- všeobecná sestra, lékař.

Zjistí, zda pacientka nemá bolesti (odpoví kývnutím hlavy, tachykardie, grimasy v obličeji, tachypnoe...). Pokud ano, podávej analgetika dle ordinace lékaře-všeobecná sestra.

Realizace:

17. 9. 2011

S lékařem jsem ráno převázala operační ránu.

Při převazu operační rány jsem vždy použila ochranné pomůcky (rukavice, čepice, ústenka).

Při převazu operační rány jsem vždy pracovala přísně asepticky (umyté ruce, dezinfekce rukou, ochranné pomůcky, sterilní materiál, sterilní podávání chirurgických nástrojů...).

Do sesterské dokumentace jsem popsala rozměry operační rány, barvu, zápach, lokalizaci, teplotu

a konzistenci lézí.

Asistovala jsem u diagnostických vyšetření.

Dle lékaře jsem provedla stěr z operační rány na mikrobiologii.

Odpoledne jsem dle lékaře odebrala krevní obraz.

Sledovala jsem výsledky krevního obrazu a stěru z operační rány.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika. V odpoledních hodinách jsem po jedné hodině do nasogastrické sondy podávala čaj 20ml po dvou hodinách a intravenózně kontinuálně OliClinomel 45 ml za hodinu.

Třikrát denně jsem změřila tělesnou teplotu pacientky.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz.

Sledovala jsem výsledky krevního obrazu a stěru z operační rány.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika.

Několikrát denně jsem se zeptala pacientky, zda nemá bolesti. Vzhledem k občasným tachykardiím negativním grimasům v obličeji bylo zřejmé, že má bolesti. Dle lékaře jsem nasadila kontinuálně analgézi.

18. 9. 2011

S lékařem jsem ráno převázala operační ránu.

Při převazu operační rány jsem vždy použila ochranné pomůcky (rukavice, čepice, ústenka).

Při převazu operační rány jsem vždy pracovala přísně asepticky (umyté ruce, dezinfekce rukou, ochranné pomůcky, sterilní materiál, sterilní podávání chirurgických nástrojů...).

Do sesterské dokumentace jsem popsala rozměry operační rány, barvu, zápach, lokalizaci, teplotu

a konzistenci lézí.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz.

Sledovala jsem výsledky krevního obrazu.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika.

Po dvou hodinách jsem podávala do nasogastrické sondy 20 ml čaje a 20 ml Disonu. Kontinuálně kapal intravenózně OliClinomel na 45 ml za hodinu.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika.

Stále jsem sledovala grimasy v obličeji pacientky, zda nemá bolesti. Kontinuálně dále kapala předepsaná analgezie.

19. 9. 2011

S lékařem jsem ráno převázala operační ránu.

Při převazu operační rány jsem vždy použila ochranné pomůcky (rukavice, čepice, ústenka).

Při převazu operační rány jsem vždy pracovala přísně asepticky (umyté ruce, dezinfekce rukou, ochranné pomůcky, sterilní materiál, sterilní podávání chirurgických nástrojů...).

Do sesterské dokumentace jsem popsala rozměry operační rány, barvu, zápach, lokalizaci, teplotu a konzistenci lézí.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz.

Sledovala jsem výsledky krevního obrazu.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika.

Po dvou hodinách jsem podávala do nazogastrické sondy 20 ml čaje a 40 ml Diasonu.

Kontinuálně kapal intravenózně OliClinomel na 45 ml za hodinu.

Dle ordinace lékaře jsem po osmi hodinách podávala intravenózně předepsaná antibiotika.

Pacientka během dne odpověděla na mou otázku, zda nemá bolesti kývnutím hlavy. Bolesti ustupovaly. Dle lékaře jsem snížila analgézii na nižší rychlost za hodinu.

Hodnocení: 19. 9. 2011

Cíl byl splněn částečně. Pacientka má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň. Rána je denně přísně asepticky převazována, nedochází ke známkám infekce. Tělesná teplota pacientky nebyla vyšší jak 37 stupňů, okolí rány není zarudlé, nevytéká žádný obsah. Aby bylo dosaženo zhojení rány per primam, musí se pokračovat ve stanovených ošetřovatelských diagnózách.

Sesterská diagnóza: 17. 9. 2011

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedených invazivních vstupů (centrální venózní katetr).

Cíl:**Krátkodobý:**

Sestra nalezne způsoby jak infekci přecházet-do 3 dnů

Dlouhodobý:

Infekce nevznikne-do 14 dnů

Priorita: střední**Plán intervencí: 17. 9. -19. 9. 2011**

Zhodnot' a dokumentuj stav kůže, jeho okolí, zarudnutí, macerace, exantém...- všeobecná sestra, lékař.

Kontroluj také příznaky, které mohou určit vznik sepse (horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí a pozitivní bakteriologické (mikrobiologické vyšetření krve (hemokultivace)-všeobecná sestra, lékař.

Odeber vhodné vzorky tekutin na vyšetření, zahrnující určení citlivosti na antibiotika.

Dodržuj u všech invazivních postupů přísně aseptické podmínky.

Každý den ráno přísně asepticky převazuj místo zavedeného centrálního katetru, vždy proved' dezinfekci místa okolí, zhodnot' stav kůže, místa vpichu a použij sterilní krycí materiál-všeobecná sestra.

Sleduj, zda v místě vpichu nedochází k zarudnutí -všeobecná sestra, lékař.

Kontroluj několikrát za den, zda není katetr povytažen a zda je průchodný-všeobecná sestra.

Při návštěvách upozorni na nutnost dezinfekce rukou a přísně sterilní podmínky, použití ochranný pomůcek-všeobecná sestra, lékař.

Sleduj, zda v místě vpichu nedochází k vytékání tekutiny, hnisavé sekreci-všeobecná sestra.

Kontroluj výsledky vyšetření krve.

Při převazu vždy použij ochranné pomůcky (ústenka, čepice, rukavice, plášť)-všeobecná sestra, lékař.

Pečuj o adekvátní zavodnění pacienta-všeobecná sestra, lékař.

Podávej pravidelně dle ordinace lékaře předepsaná antibiotika.

Realizace:**17. 9. 2011**

Po zavedení centrálního venózního katetru jsem ohodnotila stav kůže, barvu, místo vpichu a vše zapsala do dokumentace.

Pacientce jsem třikrát denně změřila tělesnou teplotu, kontrolovala jsem, jestli se nepotí, nemá třesavku a sledovala jsem stav vědomí.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz a zkontrolovala spolu s ním výsledky.

Ráno po celkové toaletě pacientky jsem provedla převaz centrálního venózního katetru.

Pracovala jsem v ochranných pomůckách (rukavice, ústenka, čepice, plášť).

Provedla jsem dezinfekci okolí místa vpichu a stehů, posoudila jsem stav kůže a barvu, zkontrolovala jsem, zda nedochází k sekreci v okolí místa vpichu a sterilně jsem místo překryla. Stav kůže v okolí jsem zaznamenala do dokumentace.

Kontrolovala jsem, zda je katetr průchodný.

Podávala jsem dle ordinace lékaře předepsaná antibiotika.

Při návštěvě rodiny pacientky jsem zdůraznila nutnost dezinfekce rukou a aseptický přístup.

18. 9. 2011

Ráno jsem za přísně aseptických podmínek a v ochranných pomůckách provedla dezinfekci okolí stehů a místa vpichu centrálního venózního katetru, zkontrolovala jsem místo vpichu, zda nevytéká sekret, zhodnotila jsem barvu a kůži v okolí zavedení a místo jsem sterilně překryla.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz a zkontrolovala jsem spolu s ním výsledky.

Kontrolovala jsem během dne průchodnost katetru, zda neprosakuje místo vpichu a barvu kůže kolem.

Při návštěvě rodiny jsem zdůraznila aseptické podmínky a nutnost ochranných pomůcek.

Podávala jsem antibiotika dle ordinace lékaře v přesně stanovenou hodinu.

Třikrát denně jsem změřila pacientce tělesnou teplotu, sledovala jsem stav jejího vědomí, pocení a třesavku.

Kontrolovala jsem dle vedené dokumentace, jak dlouho je katetr zaveden.

19. 9. 2011

Ráno jsem za přísně aseptických podmínek a v ochranných pomůckách provedla dezinfekci okolí stehů a místa vpichu centrálního venózního katetru, zkontrolovala jsem místo vpichu, zda nevytéká sekret, zhodnotila jsem barvu a kůži v okolí zavedení a místo jsem sterilně překryla.

Ráno jsem dle lékaře odebrala krevní obraz a zkontrolovala jsem spolu s ním výsledky.

Kontrolovala jsem během dne průchodnost katetru, zda neprosakuje místo vpichu a barvu kůže

kolem.

Při návštěvě rodiny jsem zdůraznila aseptické podmínky a nutnost ochranných pomůcek.

Podávala jsem antibiotika dle ordinace lékaře v přesně stanovenou hodinu.

Třikrát denně jsem změřila pacientce tělesnou teplotu, sledovala jsem stav jejího vědomí, pocení a třesavku.

Kontrolovala jsem dle vedené dokumentace, jak dlouho je katetr zaveden.

2. 5 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Celkový zdravotní stav pacienta se po stránce chirurgické výrazně zlepšil. Po operaci akutní nekrotizující pankreatitidy došlo k zahojení operační rány a výsledky krve na zánětlivé markery se poměrně snížily. Z hlediska všeobecné sestry na ARO se celkový zdravotní stav nevyvíjí příznivě. U pacientky došlo ke zhoršování poslechového nálezu na plicích i přes dlouhodobou medikaci a pravidelné odsávání sekretů z dýchacích cest, polohování a dalších činností. Stav vědomí se postupně po dobu hospitalizace zhoršil. Pacientka nereaguje na bolestivé podněty, otevře oči, ale nereaguje na prudké pohyby. Vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci došlo ke komplikacím spojených s imobilizačním syndromem. Pacientka potřebuje mít stále zajišťovány bio-psycho-sociální potřeby. Je nutné pečovat především o prevenci vzniku dekubitů, pravidelně odsávat sekret z dýchacích cest, dle ordinací lékaře podávat v pravidelných intervalech předepsanou terapii, nadále zajistit rehabilitačního pracovníka, sledovat celkový stav pacienta, jeho vědomí- případné zlepšení, využívat prvky BS, pečovat o kůži pacienta a především dbát na prevenci nozokomiální nákazy a možného rizika vzniků infekce. Pacientka je stále upoutána na lůžku a je nadále nezbytná analgezie a napojení na umělou plicní ventilaci. Manžel pacientky chodí na pravidelné návštěvy a je poučen o některých prvcích bazální stimulace. On i celý zdravotnický personál jej dodržuje.

DOPORUČENÍ PRO RODINU

1. Mít zájem o provádění bazální stimulace.
2. Přinést pacientovi do nemocnice některé vhodné pomůcky či předměty, které by napomohly při provádění bazální stimulace (např. polštář, rádio, CD s oblíbenou hudbou, některé aromatické nápoje, které má pacientka ráda- káva, ovocné šťávy, přinést fotografie rodiny a přátel.
3. Řídit se po poučení dodržováním hygienických zásad (umytí a dezinfekce rukou před a po kontaktu s pacientem, používání plášťů při návštěvě...).

ZÁVĚR

Pobyt těžce nemocné pacientky na anesteziologicko-reuscitačním oddělení představuje velkou fyzickou i psychickou zátěž nejen pro samotnou pacientku, ale i její rodinu. Vybavení oddělení špičkovou technikou zabezpečuje pro pacientku větší šanci na zlepšení stavu, ale pro personál to znamená větší náročnost poskytované péče. Pomocí vypracování této bakalářské práce jsem si uvědomila, které ošetrovatelské výkony jsou u těchto pacientů prioritní. Při nahlédnutí do praktické části je jasné, že pacienti s takovou lékařskou diagnózou a s diagnózami sesterskými vyžadují odbornou péči a hlavně vlídný přístup zdravotnického personálu. Je nutné pečovat důsledně o celkovou bio-psycho-sociální stránku pacienta, myslet na aseptické podmínky a chovat se stále empaticky. Nelze odhadnout pacientovo myšlení, paměť a další jeho možné vnímání nás a celého okolí.

Práce byla složena z kapitol týkajících se intenzivní medicíny, akutních výkonů prováděných na anesteziologicko-reuscitačním oddělení a dalších. V teoretické části jsou zahrnuty i kapitoly jako je imobilizační syndrom nebo role a osobnost sestry. V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacientky s lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience a tato pacientka je udržována v umělém spánku.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké nejčastější ošetrovatelské diagnózy je potřeba stanovit a dle nich vykonávat plán péče u pacienta s lékařskou diagnózou akutní respirační insuficience s nutností umělé plicní ventilace a také jak provádět ošetrovatelskou péči u nemocných udržovaných v umělém spánku. Výsledky tohoto cíle jsou uvedeny ve vypracované části ošetrovatelský proces a díky nim je možnost pro všeobecné sestry pracujících u těchto nemocných řídit se tak těmi nejdůležitějšími částmi při péči o pacienta. Tato práce může sloužit jako vzor pro ošetřování pacientů s touto diagnózou. Dále bylo v mém zájmu charakterizovat ošetrovatelskou péči na anesteziologicko-reuscitačním oddělení a na tuto část je poukázáno v teoretické části, kde lze najít nejdůležitější výkony a informace používané na anesteziologicko-reuscitačním oddělení. Cíl, který jsem si v úvodu práce stanovila, byl splněn. V praktické části jsem navrhla a realizovala individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku s akutní respirační insuficiencí v umělém spánku. Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetrovatelství.

Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče. Pro praxi doporučuji všeobecným sestřám teoretické i praktické dovednosti na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, vycházet z aktuálních poznatků zjištěných při posuzování zdravotního stavu pacienta a dále rozšiřovat znalosti v dané problematice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978- 80- 247- 9
2. B. ADAMS, C. E. HAROLD., editoři. 1999. *Sestra a kutní stavy od A do Z*. 1. Čes. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80- 7169- 893- 3
3. NEJEDLÁ, Marie, 2005. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80- 247- 1150- 8
4. TOPILOVÁ, Věra, 1999. *Anglicko- český, česko- anglický slovník*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 878 s. ISBN 80- 7169- 284- 0
5. ČERVINKOVÁ, Eliška a kolektiv, 2002. *Ošetrovateľské diagnózy. Inštitút pre ďalší vzdelávací pracovníky ve zdravotnictví Brno*. Brno, 2002. 165 s. ISBN 80- 7013- 358- 9
6. NĚMCOVÁ, Jitka, MAURITZOVÁ, Ilona. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea, s. r. o., 2011. 84 s. ISBN 978- 80- 902876- 8- 6
7. DOEGNES, Marylynn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2. přepr. a rozš. vyd. 2001. 565 s. ISBN 80- 247- 0242- 8
8. FRIEDLOVÁ, Karolína. 2010. *Bazální stimulace pro akreditovaný vzdělávací program, základní kurz Bazální stimulace, základní modul I*. 2010. 69 s. ISBN 80- 7515- 345- 1
9. DRÁBKOVÁ, Jarmila. 2011. *Referátový výběr Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Praha, 1/2011. 104 s. ISSN 1212-3048

10. JANOTA, Tomáš. 2011. *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha, 2011. 57 s. ISBN 978-80-7387-486-5
11. ŠEVELA, Kamil, ŠEVČÍK, Pavel a ko., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9
12. RIEDEL, Martin, 2000. *Choroby plicního oběhu*. Praha: Grada Publishing. 2000. 295 s. ISBN 80-7262-056-8
13. KALITA, Zbyněk, 2006. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Grada Publishing, 2006. 626 s. ISBN 80-85912-26-0
14. ČEŠKA, Richard, et al., 2010. *Interna*. 1. vydání. Praha: Triton 2010. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0
15. ROZSYPALOVÁ, Alena, ŠAFRÁKOVÁ, Marie, 2002. *Ošetřovatelství I.1.* vydání. Praha: Informatorium 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
16. LARSEN, Reinhard, 2004. *Anestezie*. Praha: Grada Publishing 2004. 1392 s. ISBN 80-2470-476-5
17. BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetřovatelství I*. Praha: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876
18. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 169 s. ISBN 80-247-14
19. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol., 2001. *Ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2011. 218 s. ISBN 80-246-0845-67
20. PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Sestra, 2011. 288 s. ISBN: 978-80-247-3557-3

21. TESAŘ, V. a kol., 2003. *Nefrologie*. Praha: Galén, 2003. 238 s. ISBN: 80-246-0671-2
22. ZADÁK, Zdeněk, HAVEL, Eduard, 2007. *Intenzivní medicína*. Praha: Graga Publishing, 2007. 336 s. ISBN: 978-80-247-2099-9

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Ventilátor, Hamilton G5

Příloha B- ventilátor, Hamilton C2

Příloha C- Laryngoskop

Příloha D- Tracheostomické kanyly

Příloha E- Odsávačka

Příloha F- Endotracheální kanyla

Příloha G- Anesteziologické lůžko

Příloha A- Ventilátor, Hamilton G5



Zdroj: BARBARA et al., 2010, s. 127

Příloha B- ventilátor, Hamilton C2



Zdroj: BARBARA et al., 2010, s. 128

Příloha C- Laryngoskop



Zdroj: JINDROVÁ, 2008, s. 88

Příloha D- Tracheostomické kanyly

Tracheostomická kanyla s nízkotlakou manžetou

Kat. č. 480

- Kanyla s manžetou
- Perforovaný obturátor
- Široký fixační krční pásek
- Ve sterilním balení



Příslušenství

Zaváděcí katétr Seldinger s vodícím drátem, kat. č. 517.

Tracheostomická kanyla fenestrována s nízkotlakou manžetou

Kat. č. 485

- Fenestrována kanyla s manžetou
- Perforovaný obturátor
- Široký fixační krční pásek
- Ve sterilním balení



Zdroj: KAPOUNOVÁ, 2007, s. 112

Příloha E- Odsávačka



Zdroj: BARBARA et al., 2010, s. 134

Příloha F- Endotracheální kanyla



Zdroj: KAPOUNOVÁ, 2007, s. 55

Příloha G- Anesteziologické lůžku



Zdroj: FREI, 2010, s. 2