

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES
U PEDIATRICKÉHO PACIENTA
S APPENDICITIDOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA VOJKOVSKÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Markéta Halířová

Praha 2016

Do závěrečné práce se svazuje kopie originálu schválené žádosti o téma bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a v závěru bakalářské práce jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 3. 2016

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji mé vedoucí práce paní MUDr. Markétě Halířové za odbornou spolupráci, podněty a cenné rady, dále pak své rodině a přátelům za podporu.

ABSTRAKT

VOJKOVSKÁ, Nikola. Ošetrovatelský proces u pediatického pacienta s apendicitidou. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Markéta Halířová. Praha. 2016. POČET STRAN - 68 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o dítě s apendicitidou. Práce je rozdělená na dvě části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se věnuje historii, etiologii a výskytu onemocnění, funkci a stavbě trávicího systému, fyziologii slepého střeva. Popisuje klinický obraz, diagnostiku, léčbu, předoperační přípravu a pooperační péči pacienta. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s akutní apendicitidou. V průběhu kazuistické metody výzkumu jsem použila ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon a zpracování 13 domén dle NANDA Taxonomie II.

K závěrečné práci v praktické části náleží edukační materiál, který slouží ke komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem a je důležitou součástí léčby.

Klíčová slova

akutní apendicitida, apendicitida, dítě, ošetrovatelský proces, pacienti, pediatrie

ABSTRACT

VOJKOVSKÁ, Nikola. The nursing process of pediatric patient with appendicitis. College of Nursing, o. p. s. The level of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Markéta Halířová. Praha. 2016. The number of pages - 68.

The main topic of this master thesis is nursing care of children afflicted with appendicitis. The paper is divided in two parts – theoretical and practical. The theoretical part of the paper deals with history, etiology, occurrence of the disease, the function and structure of the digestive system and the physiology of the appendix. It describes the clinical view, diagnostics, medical treatment, preoperative preparation and postoperative care for the patient. The practical part carefully elaborates the nursing process in the case of a female patient afflicted with acute appendicitis. Within the casuistry method of research, I used the nursing process designed according to Marjory Gordon and processing of the 13 domains by NANDA Taxonomy II.

The final section of the practical part of the thesis includes an educational material, which might be used for communication between the patient and the medical staff and which is an important part of the treatment.

The key words:

acute appendicitis, appendicitis, the child, the nursing process, patients, paediatrics

Obsah

ÚVOD	14
Popis rešeršní strategie.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 APENDICITIDA	17
1.1 Historie.....	17
1.2 Etiologie a výskyt	17
1.3 Funkce a stavba trávicího systému	18
1.4 Fyziologie a anatomie slepého střeva	18
1.5 Uložení apendixu	19
1.6 Patologická klasifikace zánětu.....	20
1.7 Klinický obraz.....	20
1.8 Diagnostika	21
1.8.1 Zobrazovací metody	21
1.8.2 Klinický nález „5 P“	22
2 LÉČBA ZÁNĚTU SLEPÉHO STŘEVA	24
Typy operačních výkonů	24
2.1 Komplikace akutní apendicitidy	24
2.2 Předoperační příprava před laparoskopickou apendektomií.....	25
2.3 Pooperační péče po laparoskopické apendektomii	26
2.4 Dietní opatření po laparoskopické apendektomii	27
3 EDUKACE DĚTSKÝCH KLIENTŮ SESTROU	29
4 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 KAZUISTIKA PACIENTKY	32
Anamnéza lékařská.....	32

Rodinná anamnéza:	32
Osobní anamnéza:	32
Alergická anamnéza:	33
Farmakologická anamnéza:	33
Sociální anamnéza:	33
Nynější onemocnění	33
Status praesens.....	33
Příjmové diagnózy	34
Vyšetření sestrou	34
5.1 První den hospitalizace (28. 12. 2015)	35
5.2 Druhý den hospitalizace (29. 12. 2015) – 1. pooperační den	38
Inhalační terapie	38
Nutriční terapie	38
Fyzioterapeutická léčba	39
5.3 Ošetrovatelský proces	39
5.4 Model „ <i>Fungujícího zdraví</i> “ Marjory Gordonové	40
5.4.1 Aplikace modelu „ <i>Fungujícího zdraví</i> “	41
5.5 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie	45
5.6 Aktuální ošetrovatelské diagnózy u dětské pacientky po laparoskopickém odnětí slepého střeva.....	45
5.7 Potenciální ošetrovatelské diagnózy u dětské pacientky po laparoskopickém odnětí slepého střeva.....	46
5.8 Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče	46
5.9 Potenciální ošetrovatelské diagnózy	51
6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	55
6.1 Doporučení pro praxi	55

6.2 Charta práv hospitalizovaných dětí.....	57
ZÁVĚR	58
POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA.....	60
SEZNAM PŘÍLOH.....	62
Použité informační zdroje.....	66
Způsob uspořádání záznamů.....	66
Knihy:.....	66
České články:.....	67
Elektronické zdroje:.....	68
Online zdroje:	68
Bakalářské a dizertační práce:	68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Hodnoty krevního tlaku a pulsů

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI.....	body mass index (index tělesné hmotnosti)
CM.....	centimeter
CPS.....	capsules (kapsle)
Č.....	číslo
D.....	dech
EXT.....	externum (zevní krytí)
G.....	gram
KG.....	kilogram
KO.....	krevní obraz
MG.....	milligram
MIN.....	minuta
MM HG.....	milimetrů rtuťového sloupce (jednotka při měření tlaku krevního)
NANDA.....	North american assocoation for nursing diagnosis (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)
TBL.....	tablety
TT.....	tělesná teplota

(VOKURKA, HUGO, 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetika – léky zmírňující bolest

Antibiotika – látky, které zastavují růst mikroorganismů, zejména bakterií

Apendicitida – zánět červovitého přívěsku apendixu, zánět „slepého střeva“

Apendektomie – chirurgické odstranění apendixu „slepého střeva“

Apendix – latinsky přívěsek, bez dalšího určení označuje červovitý přívěsek slepého střeva

Asfyxie - dušení způsobené nedostatkem vzduchu

Cékum – slepé střevo, počáteční široká část tlustého střeva, do níž ústí tenké střevo

Difúzní - rozptýlený

Drenáž – odstraňování tekutiny z ran po úrazu, po operaci. Důležitý postup umožňující odtok krve, hnisu či jiných tekutin, jejichž hromadění by komplikovalo hojení rány

Farmakoterapie – léčba pomocí léků

Febrilie – horečnatý stav

Icterus – žluté zbarvení kůže a sliznic způsobené zvýšeným obsahem žlučového barviva – bilirubinu

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Laparoskopie – endoskopické vyšetření břišní dutiny, laparoskop se zavádí břišní stěnou a umožňuje prohlédnutí orgánů dutiny břišní

Laparostomie – stav, kdy po operaci břišní dutiny s laparotomií není po zákroku břišní dutina uzavřena, což umožňuje následné čištění a pozorování vyloučení krvácení, ošetření některých forem peritonitidy

Laparotomie – chirurgické otevření břišní dutiny. Podle místa řezu se rozlišuje horní střední laparotomie, dolní střední laparotomie, řez podél žeberního oblouku – subkostální řez

Laváž – výplach tělesné dutiny

Mezogastrium – krajina středního břicha zhruba v okolí pupku, jedna z břišních krajin

Oxymetr – přístroj k měření obsahu koncentrace kyslíku

Pediatric – dětské lékařství věnující se vývojovým obdobím člověka od narození po dosažení dospělosti

(VOKURKA, HUGO, 2011)

ÚVOD

„O významu zdraví nejlépe svědčí to, že zdravý žebrák je šťastnější než nemocný král.“

(Arthur Schopenhauer)

Téma *Ošetrovatelský proces u pediatrického pacienta s apendicitidou* jsem si vybrala z důvodu zajímavého tématu a mého působení diplomované všeobecné sestry na dětském oddělení. Cílem mé bakalářské práce je zpracování kazuistiky ošetrovatelské péče o nemocnou šestiletou dívku A. B., která byla hospitalizována na dětském oddělení v nemocnici v Karlovarském kraji s diagnózou akutní flegmonózní apendicitida s lokalizovanou peritonitidou.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části práce popisují historii, anatomii a fyziologii trávicího systému a fyziologii slepého střeva. Dále se zmiňují o etiologii a výskytu onemocnění, popisují klinický obraz, polohy apendixu, diagnostiku onemocnění, komplikace, léčbu, předoperační přípravu a pooperační péči po laparoskopické apendektomii. V praktické části popisují kazuistiku šestiletého dítěte. Na tuto kapitolu navazují základní údaje o nemocné při příjmu v nemocnici. Obsahuje lékařskou anamnézu, podrobněji popsané první dva dny hospitalizace. V praktické části se nemocné věnuji z hlediska ošetrovatelské péče a ošetrovatelského procesu. Pro vytvoření ošetrovatelské anamnézy jsem použila koncepční model „Fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Podrobný plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na současný zdravotní stav, potřeby a problémy nemocné pacientky. Ve své práci popisují realizaci ošetrovatelské péče a hodnotím poskytovanou péči.

Nemocniční hospitalizace dětí a onemocnění s následným výkonem se řadí do těžkých životních situací. Je důležité, aby zdravotní sestra uměla dítě vhodně edukovat především v oblasti předoperační, pomohla dítěti překonat strach a seznámit jej s vlastním výkonem. Je důležité poučit rodiče, informovat je a vše jim popřípadě vysvětlit. Pro dítě znamená nemoc nebo jakékoli jiné zdravotní postižení velikou zátěž a změnu životní situace. Nemoc dítěte vnímá i jeho nejbližší okolí, hlavně rodiče. A nemoc prožívají společně s dítětem. Samotný postoj dítěte k nemoci je silně ovlivněný, jak rodiče přistupují k nemoci dítěte.

Úkolem sestry je pokaždé rodiče a hlavně nemocné dítě s trpělivostí uklidnit, podat jim stručné a srozumitelné potřebné informace. Vždy záleží na vlídném a ochotném vystupování. Při práci s dětskými pacienty je nutné vycházet z „Charty práv hospitalizovaných dětí“, která je také v práci obsažena. V závěru bakalářské práce shrnuji péči o nemocného pacienta.

Cílem teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vysvětlit onemocnění apendicitidy.

Cíl 2: Seznámit s popisem léčby.

Cíl 3: Seznámit s předoperační přípravou a pooperační péčí po laparoskopické apendektomii.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popis a zpracování kazuistiky na daný typ onemocnění.

Cíl 2: Seznámit se správnou komunikací mezi zdravotnickým personálem a hospitalizovanými pacienty.

Cíl 3: Edukace Chartou práv hospitalizovaných dětí.

Vstupní literatura

-
- PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.
 - SLEZÁKOVÁ, LENKA, 1959-. *Ošetřovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 280 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
 - STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství. Část 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, ©2004. 55 s. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.
 - ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody břišní*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. viii, 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.

Popis rešeršní strategie

Odborné publikace, texty a články, použité pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pediatrického pacienta s apendicitidou, byly vyhledány v časovém rozmezí od října 2015 do února 2016. Mezi databáze, které byly použity, patří Google Scholar, Google vyhledávač, EBN knihy, EBN časopisy a databáze v Městské knihovně v Ostrově.

Klíčová slova v českém jazyce byla: akutní apendicitida, apendicitida děti, ošetřovatelský proces, pacienti, pediatrie.

V anglickém jazyce: acute appendicitis, appendicitis, the children, the nursing proces, patients, pediatrics.

Mezi kritéria, která rozhodovala o zařazení textu do bakalářské práce patřila hloubka popsané problematiky týkající se tématu bakalářské práce, vhodnost nebo nevhodnost textu, který vedl k dosažení cíle stanovené v bakalářské práci a datum vydání.

Do bakalářské práce byly zařazeny texty vydané v rozmezí let 1970 až 2016.

TEORETICKÁ ČÁST

1 APENDICITIDA

Akutní apendicitida je zánět přívěsku slepého střeva a patří mezi náhlé příhody břišní. Dochází k zanícení appendixu. Pokud není tento stav včas řešený, může následně dojít k perforaci appendixu, zánětu dutiny břišní, i ke smrti pacienta.

1.1 Historie

Nejstarší informace o apendicitidě pochází ze starověkého Egypta, kdy byly u mumie zjištěné srůsty, vzniklé pravděpodobně následkem akutní apendicitidy. V roce 1735 byla provedena první historicky doložená apendektomie bez použití anestezie Britem, armádním chirurgem Amyanem. V roce 1846 do medicíny vstoupila jedna z nejdůležitějších událostí – anestezie. Lékaři se mohli plně soustředit na svůj výkon při operačním výkonu a pacienti nemuseli při každém chirurgickém zákroku podstupovat nelidská muka. Jak uvádí Lukáš (2015), apendektomie byla akceptována jako standardní léčba v roce 1889.

1.2 Etiologie a výskyt

V rozvinutých zemích patří apendicitida mezi nejčastější náhlou příhodou břišní. V Severní Americe a v Evropě postihuje akutní apendicitida 7 % populace. Incidence je 1,1 případu na 1000 obyvatel za jeden rok. Nižší výskyt je u populace, kde se vyskytuje více vlákniny ve stravě. V některých zemích Afriky a Asie, kde je lidmi preferovaná zbytková strava, se prakticky nevyskytuje. Průměrný věk v době apendektomie je 22 let. Akutní apendicitida se vyskytuje u mužů 1,7x častěji než u žen (SANTAEROCE et al., 2010).

Podle Švába (2007) patří mezi rizikové faktory apendicitidy například časté užívání antibiotik, jejichž působením může dojít k disbalanci střevní flóry či následná úprava mouky, především její vymílání a zbavení celulósových zbytků. Další rizikový

faktor může být zúžení červovitého výběžku v důsledku přeměny lymfatické tkáně na vazivo během vývoje, zaklínění cizího tělesa v apendixu nebo parazitární onemocnění.

1.3 Funkce a stavba trávicího systému

Mechanický a chemický proces trávení je hlavní funkcí trávicího systému, dochází zde k produkci šťáv obsahujících enzymy a jiné látky, které jsou nezbytné k trávení, dále k posunu a mísení, vstřebávání živin, vitamínů, minerálů a vody, přeměně a uložení živin, tvorbě vitamínů K, B1, B3, B12, vylučování, defekaci (GANONG, 2005).

Ústní dutina (*cavitas oris*) tvoří počátek trávicí soustavy. Hltan, latinským názvem fauces, společně s hltanovou úžinou (*istmus faucium*), navazuje na dutinu ústní. Dalšími chronologicky seřazenými částmi jsou hltan (*pharynx*), jícen (*oesophagus*), žaludek (*ventriculus*), tenké střevo (*intestinum tenue*). Intestinum tenue je rozdělené na dvanáctník, lačník a kyčelník. Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je rozdělené na slepé střevo (*intestinum caecum*), tračník (*colon*), což je hlavní část tlustého střeva, která se skládá z tračníku vzestupného (*colon ascendens*), tračníku příčného (*colon transversum*), tračníku sestupného (*colon descendens*), esovité kličky (*colon sigmoideum*), konečníku (*rectum*), který je posledním úsekem střeva v malé pánvi. Navenek vyústíuje řitním otvorem, latinským názvem *anus* (ČIHÁK, 1987).

1.4 Fyziologie a anatomie slepého střeva

Červovitý výběžek má v dětství ve své stěně velké množství mízní (lymfatické) tkáně. Po 15. roce věku člověka dochází k postupnému úbytku tkáně a je nahrazována vazivem, dochází k postupnému uzavírání průsvitu červovitého výběžku. Masa lymfatické tkáně představuje lokální obranu proti infekci a apendix je mimo jiné považován za jeden z orgánů, kde část lymfocytů získává svou imunokompetenci (ŠVÁB, 2007).

Jak uvádí Čihák (1998), apendix má tvar úzkého ocásku a pro trávení nemá žádný význam. Slepé střevo je první část tlustého střeva, tvoří vak uložený v pravé jámě kyčelní, je přibližně 6-10cm dlouhý. Zleva do něj vstupuje konec ilea (tenké střevo), sliznice zde vytváří dolní a horní příčnou řasu, ostium ileale Bauhini, ústí dovoluje průtok jen jedním směrem – z ilea do céka, brání refluxu (návratu) obsahu.

Na slepé střevo navazuje vzestupný tračník tlustého střeva (colon ascendens), který jde od slepého střeva po pravé straně břišní stěny vzhůru pod játra. Pod ileocékálním spojením je apendix vermiformis – červovitý výběžek, slepě zakončený dolní výběžek céka, délky přibližně 5 – 10 cm a průměru zhruba do 1 cm. Ústí apendixu do céka je kruhové, vyplněné slizniční řasou. Lanzův bod je místo na povrchu břicha, kam se promítá část apendixu. Lanzův bod leží na linea bispinalis, na rozhraní její pravé a střední třetiny. McBurneyův bod je místo, kam se promítá začátek apendixu, leží na spojení spina ilia ca anterior superior s pupkem, vzdálen přibližně 6 cm od spiny. Palpace v obou zmíněných bodech se uplatňuje při vyšetřování břicha při podezření na akutní apendicitidu, palpační bolest v McBurneyově bodě je nejčastějším klinickým příznakem onemocnění (LUKÁŠ, 2005).

1.5 Uložení apendixu

Apendix zaujímá vůči céku různé uložení.

- Positio pelvina – červ směřuje směrem dolů do malé pánve, zánět se zde často projevuje strangurií (bolestí při močení, nucením na močení), protože se apendix dotýká močového měchýře. Dítě může mít v močovém sedimentu nález erytrocytů či leukocytů. Dotyk tlustého střeva s červem pak může vyvolávat průjmy. Při vyšetření per rektum (konečník) si nemocný stěžuje na bolest při tlaku špičky prstu na stěnu rektální ampuly.
- Positio retrocaecalis – apendix je uložen za cékem a míří volným koncem kraniálně.
- Positio ileocaecalis – je uložení mediálně od céka, rovnoběžně s dolním koncem ilea. Bývá obtížná diagnostika, dochází k postupnému nárůstu laboratorních markerů.
- Positio laterocaecalis – uložení zevně od céka, volným koncem kraniálně.
- Positio subcaecalis – apendix je ventrokaudálně od céka.
- Positio praecaecalis – uložen ventrálně od céka, volným koncem směřuje kraniálně. Nejméně časté uložení (ČIHÁK, 1988).

1.6 Patologická klasifikace zánětu

Nejjednodušší formou zánětu je katarální zánět (apendicitis catarrhalis), kdy dochází k edému a zarudnutí stěny appendixu. Další stupeň zánětu je flegmonózní zánět, který postihuje stěnu červa v celé tloušťce (apendicitis phlegmonosa), kdy je appendix ztlustělý, prosáklý, s petechiemi, výpotek v červu je zkalený, v dutině peritoneální je přítomen výpotek. Další stupeň je gangrenózní (apendicitis gangraenosa) apendicitida, kdy změny mohou postihnout jen některou část appendixu nebo celý. Další stupeň je zánět appendixu s perforací stěny (apendicitis perforans). Postižení stěny appendixu zánětem vede k prosakování výpotku do okolí, může dojít ke vzniku periapendikulárního infiltrátu, jeho kolikvací či perforací stěny appendixu pak k periapendikulárnímu abscesu, k ohraničené či difúzní peritonitidě. Perforace appendixu může vzniknout i cizím tělesem. U dětí může vzniknout perforace velice rychle (už po čtyřhodinové anamnéze), protože zánět má menší tendenci k ohraničení než u dospělých (LUKÁŠ, 2015).

1.7 Klinický obraz

Včasná diagnostika u dětí patří k těm nejobtížnějším a je velice důležitá pro osud nemocného. V dětském věku je klinický obraz velice proměnlivý, záleží na věku dítěte. Dětská apendicitida je vzácná do dvou let věku kvůli širokému ústí appendixu do céka, která brání městnání obsahu. U kojenců a batolat bývá apendicitida velice zrádná, začíná často velmi nespecificky, dítě je mrzuté, neklidné, nechce pít, může zvracet, bolesti břicha bývají z počátku nevýrazné, často se objevují průjmovité stolice, onemocnění může působit dojmem enterokolitidy, i nenápadná stranová diskrepance při palpaci břicha musí tedy vyvolat podezření na akutní apendicitidu. Děti předškolního a raného školního věku málokdy něco předstírají, spolupráce je ale často ovlivněna strachem. U dospívajících pacientů lékařům diagnostiku ztěžuje např. širší diferenciální diagnostika u děvčat - objevují se bolesti spojené s nastupujícím menstruačním cyklem apod., u obou pohlaví pak zakrývání příznaků bolesti, nauzey například ze strachu z následné operace (ŠTUIJ, ZEMAN et al., 2003).

U starších dětí bývá prvním příznakem akutní apendicitidy bolest břicha, již z počátku může být lokalizovaná do pravého podbřišku, častěji je ale nejdříve difúzní či umístěna do středního epigastria a teprve ve druhé fázi se přesouvá do pravého hypogastria. Bolest se typicky zhoršuje při pohybu, pacient často hledá úlevovou polohu

s pokrčením nohou. V některých případech může dojít i ke krátkodobému zlepšení, často je to však již známka uvolnění tlaku při perforaci apendixu. K dalším příznakům patří nevolnost, nechutenství, zvracení, porucha peristaltiky se může projevit zácpou, při poloze, kdy zanícený apendix dráždí střevo, se naopak můžou vyskytnout průjmy. Při uložení apendixu v malé pánvi může dítě popisovat obtíže při močení. Z objektivních příznaků se objevuje nárůst tepové frekvence, zvýšená teplota obvykle nepřesahující 38°C, leukocytóza, axilo-rektální rozdíl teplot (Lennanderovo znamení). Teplota vyšší než 38,5°C je příznakem spíše jiné nemoci než apendicitidy, nejedná-li se již o difúzní zánět pobřišnice (ZACHAROVÁ et al., 2007).

1.8 Diagnostika

Diagnóza akutní apendicitidy je založená na důkladné anamnéze a fyzikálním vyšetření, které obvykle doplňuje zobrazovací vyšetření a vyšetření krve. Klinické vyšetření břicha zahrnuje vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem a per rektum - což je vyšetření prstem přes konečník. Nesdílnou součástí je následné makroskopické vyšetření stolice na rukavici. Při vyšetření malého dítěte má lékař snahu o doplnění co nejvíce informací od rodičů. Pokud je malé dítě neklidné, může jej pediatr vyšetřit v náručí matky. (ZACHAROVÁ et al., 2007).

1.8.1 Zobrazovací metody

Ultrasonografie (USG)

Toto vyšetření patří k základním zobrazovacím diagnostickým metodám. Ultrasonografické vyšetření je neinvazivní metoda, která umožňuje sledovat dynamiku patologických procesů v dutině břišní. Ultrazvukové vyšetření by se mělo provádět vždy při bolestech břicha jakéhokoliv původu. Může prokázat ileus, stenózy, abscesy, volnou tekutinu v dutině břišní, polohu apendixu a tak dále. Sonografické vyšetření lékařem pomocí ultrazvukové sondy nevyžaduje speciální přípravu, pouze při vyšetření břicha, ledvin a močových cest je důležitá dostatečná náplň močového měchýře. Kůže se ve vyšetřované oblasti pokrývá vrstvou gelu (ZEMAN, et.al., 2004).

Laboratorní diagnostika

Z laboratorních vyšetření je nutný základní biochemický rozbor krve a moče. Lékaři obvykle ordinují vyšetření krevního obrazu a CRP (c-reaktivní protein), jeho

elevace spolu s leukocytózou poukazují na zánět v těle, mohou tedy svědčit i pro akutní apendicitidu, ale ani normální hodnoty těchto parametrů ji nevylučují. Nález v moči je obvykle fyziologický, může se objevit ale například hematurie (přítomnost krve v moči), v případech retrocekální či pelvické apendicitidy (ZEMAN, et.al., 2004).

Nativní snímek břicha (RTG)

Tato základní zobrazovací metoda se využívá u podezření na náhlé příhody břišní. V diagnostice apendicitidy je vyšetření nepříliš přínosné. Snímky se provádí vstoje horizontálním paprskem. Pokud nemůže pacient stát, snímek se zhotoví vleže na boku a na zádech. Lékař na snímku může vidět tekutinu v dutině břišní, volný plyn v peritoneální dutině, hladinky, které mohou svědčit pro neprůchodnosti střevní (ZEMAN, et.al., 2004).

Výpočetní tomografie (CT)

CT není běžná vyšetřovací metoda v diagnostice apendicitidy, ale v některých případech je diagnosticky lepší než ultrasonografie, velký přínos má pak jistě u komplikací apendicitidy (ŠVÁB, 2007).

1.8.2 Klinický nález „5 P“

1. Pohled: bledost, skleslost, antalgické držení těla a antalgická chůze (pozorný lékař si povšimne opatrné chůze, nemocný jde zvolna, aby se vyvaroval zbytečných otřesů, šetří bolestivou stranu, je v lehkém předklonu vpravo a často si podvědomě rukou přidrží pravý podbříšek), zkrácený dech a nepostupující dechová vlna na stěně břišní (známky ohraničené peritonitidy). K tomu přistupuje tachykardie, lehce zvýšená teplota 37,2 °C.

2. Poslechově: nemá pro stanovení diagnózy větší význam, „klid“ v dutině břišní svědčí o střevní paréze.

3. Pohmat a poklep: posouzení prohmatnosti stěny břišní, lokalizace bolestivé oblasti a dekompresní příznaky. Blumbergovo znamení. V pravém podbříšku zvolna zatlačíme prsty vyšetřující ruky do hloubky a potom náhle ruku oddálíme. Příznak je pozitivní, pokud vyšetřovaný reaguje bolestivě a udává bolest výraznější v druhé fázi tohoto manévru nežli při pozvolném tlaku na stěnu břišní. Rovsingovo znamení: V levém podbříšku zatlačíme prsty vyšetřující ruky do hloubi a pak ruku rychle oddálíme, nemocný udává bolest v místě, kde je aktivní zánět – v pravém podbříšku. Pleniesovo

znamení: Provádíme zvolna poklep po celé stěně břišní – nemocný udává bolest v místě zánětu v pravém podbřišku.

4. *Per rectum*: Nemocný leží na zádech s lehce pokrčenými dolními končetinami, kolena mírně od sebe. Vyšetřujeme zásadně z pravé strany. Na ukazováček pravé ruky, která je chráněna chirurgickou rukavicí, nanese malé množství vazelíny nebo gelu. V rámci komplexnosti tohoto vyšetření, a také abychom vyloučili bolestivou reakci způsobenou jinými patologickými změnami, si všímáme okolí (fissura – prasklinka na hranici kůže a sliznice rektu, píštěl nebo velké hemoroidy). Indagace – zavedení ukazováku – musí být šetrná a pozvolná. K usnadnění indagace vyzveme nemocného, aby lehce zatlačil jako při defekaci. Všímáme si, jaký je tonus svěračů. Snížený bývá známkou zánětlivých změn v Douglasově prostoru. Většinou je to známka pokročilé peritonitidy. Bolestivost při vyšetření a vyklenutí prosáknuté stěny do lumen konečníku může svědčit pro tvořící se absces Douglasova prostoru. Bolest na dohmat špičky ukazováku může ukazovat napelvickou formu apendicitidy. Při vyšetření u muže hmatáme vpředu prostatu. Je-li bolestivá, je to známka zánětu prostaty, a nemocný by měl být dále vyšetřen rovněž urologem. U ženy v tomto místě nahmatáme děložní čípek. Pokud s ním při zatlačení prstem lehce pohneme a přitom vyvoláme bolest, musíme pomýšlet na gynekologické onemocnění, nejspíše zánět adnex (vaječníků a podobně). Dnes se těchto klasických 5-P doplňuje standardně ultrazvukovým vyšetřením (UZ). Podezření na apendicitidu budí nález prosáknutí báze céca a okolních tkání, zvětšení lymfatických uzlin v této oblasti, prosáknutí a zduření appendixu. Při pokročilejším zánětu vede prosáknutí stěny appendixu k její „stratifikaci“, k projekci jednotlivých vrstev v ultrazvukovém obraze. Ženy, především ve věku, kdy mají cyklus, by měl standardně vyšetřit gynekolog k vyloučení gynekologického onemocnění (ZACHAROVÁ et al., 2007).

2 LÉČBA ZÁNĚTU SLEPÉHO STŘEVA

Akutní apendicitida vždy směřuje k chirurgické léčbě, která spočívá v odstranění červovitého výběžku (apendektomii).

Typy operačních výkonů

Konzervativní přístup lékaři ordinují v počátcích – je třeba hospitalizace, omezení perorálního příjmu, opakované vyšetření, žádná analgetika či antibiotika. Přetrvávání bolestí je důvodem k operačnímu řešení a tak zjištění příčin.

Operace má dvě možnosti – klasickou laparotomií nebo laparoskopickou metodou.

1. **Klasická laparotomie** – volí se ze střídavého řezu u nemocných s předpokládanou nepokročilou apendicitidou, z pararektálního řezu v ostatních případech.
2. **Laparoskopická apendektomie** – je prováděna ze tří malých řezů. Mezi výhody laparoskopické apendektomie patří vyhodnocení jiného intraabdominálního onemocnění (LUKÁŠ, 2015).

2.1 Komplikace akutní apendicitidy

Mezi nejčastější komplikace apendicitidy patří perforace (která může vést ke vzniku drobného abscesu či generalizované peritonitidy), periapendikulární infiltrát, absces nebo peritonitida.

- **Periapendikulární infiltrát** se projeví jako ohraničené bolestivé místo v pravém podbříšku, infiltrát se může vstřebat nebo se přemění na absces (dutina vyplněná hnisem). Může vzniknout v průběhu několika dní, pokud není pacient operován. Léčí se konzervativní léčbou - klidem na lůžku, studenými obklady, dietou a antibiotiky. Po úplném zklidnění zánětu je indikována plánovaná apendektomie. Sepse nebo zhoršení obtíží je indikací k akutní operaci (FERKO, et al., 2002).
- **Apendikulární absces (hlíza)** je přítomnost hnisu v dutině, zde ohraničené obvykle omentem a střevními kličkami, může vzniknout přestupem zánětu stěnou červa eventuelně perforací do ohraničeného místa nebo kolimací periapendikulárního infiltrátu. Dochází k prudkému vzrůstu tělesné teploty, může se objevit klinický obraz paralytického nebo mechanického ilea. Pacient může

mít průjmy při abscesu v oblasti pánve. Nepostradatelné je ultrasonografické vyšetření. Léčí se drenáží abscesu, systémovým podáním antibiotik (ŠVÁB, 2007).

- **Difúzní zánět pobřišnice** patří mezi nejzávažnější komplikaci, která ohrožuje stav pacienta. K perforaci červovitého přívěsku dochází nejčastěji v prvních 48 až 72 hodinách. Příznaky difúzního zánětu pobřišnice jsou bolest, která se zhoršuje při pohybu, změně polohy, kašli. Nejčastěji u pacienta dochází k zvracení, schvácenosti, zástavě odchodu plynů a stolice, zvýšenou teplotě, zrychlení pulsu, opocenosti. Dochází ke změně vzhledu a výrazu obličeje, oči pacienta jsou vpadlé, sliznice rtů jsou oschlé. Diagnózu často přinese až operační revize dutiny břišní, neléčená sterkorální peritonitida má mortalitu až 50%. Léčba probíhá neodkladnou chirurgickou revizí břicha pod clonou ATB, odstraněním zbytků apendixu, laváží břicha a drenáží. U těžších stavů dochází k dočasné laparostomii. K léčbě patří monitorování fyziologických funkcí, pokračování v ATB léčbě. Mezi komplikace patří srůsty, které mohou být příčinou časně poruchy pasáže, neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě (ZEMAN, et al., 2004).

2.2 Předoperační příprava před laparoskopickou apendektomií

Do předoperační péče patří psychická příprava pacienta/klienta. Příprava slouží ke zmírnění obav z operace. Po celou dobu předoperační přípravy pacienta povzbuzujeme a uklidňujeme. Další přípravou je somatická příprava, která je zaměřená na vyšetření pacienta, zvolení nejlepší operační techniky. V době mezi přijetím a samotnou operací nemocný nepřijímá nic ústy, má zakázáno kouřit. Zdravotnický personál sleduje fyziologické funkce a provede potřebná vyšetření dle ordinace lékaře – nejčastěji však krevní obraz, biochemie včetně minerálů a funkce jater a ledvin, koagulační faktory, orientační vyšetření moče, elektrokardiogram – EKG u dospělých pacientů.

Pacientu nebo jeho zákonnému zástupci je dán dotazník pro anesteziologického lékaře. Anesteziolog navštíví pacienta před operací, stanoví premedikaci. Pacient/zákonný zástupce si přečte a zdravotnickému personálu podepíše seznámení

s operačním výkonem a celkovou anestezií, informovaný souhlas s hospitalizací a operačním výkonem.

Do místní přípravy nemocného před operací neprodleně patří lačnost pacienta od půlnoci, čistota, sundání šperků a zubní protézy, u žen odličení a odlakované nehty. Operační pole musí být umyté a oholené. Vyprázdnění tlustého střeva je vždy jen dle ordinace lékaře. V případě zvýšeného rizika vzniku tromboembolické nemoci se také mohou dle ordinace lékaře aplikovat nízkomolekulární hepariny (například Clexane), způsob podání je subkutánně do oblasti břicha pod pupkem. V den operace změříme fyziologické funkce, zaznamenáme do ošetřovatelské dokumentace. Pokud je lékařem ordinována profylaxe infekce ATB, podává se nejčastěji hodinu před operací. Před podáním premedikace, která je aplikována přibližně půl hodiny před anestezií dle ordinace lékaře či chirurgického sálu, si pacient dojde na toaletu, aby se vymočil a je zdravotní sestrou řádně edukován o nevstávání z lůžka. Před odjezdem na operační sál zdravotní sestra změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, povzbudí nemocného (STAŇKOVÁ, 2004).

2.3 Pooperační péče po laparoskopické apendektomii

Pacienti po operacích, které jsou nekomplikované, se vrací zpět na standardní oddělení, při komplikovaných výkonech se pacienti vrací na JIP (jednotka intenzivní péče) nebo na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení). Před uložením pacienta na pokoj si zdravotní sestra připraví lůžko – bez polštáře, vyvětrá místnost, na stolek emitní misku a buničinu z důvodu možné nauzey a zvracení. U pacientů/klientů po operaci, všeobecné sestry kontrolují fyziologické funkce dle ordinace lékaře, většinou po dobu 2 hodin, každých 15 minut – krevní tlak, puls, saturaci kyslíku pomocí oxymetru, tělesnou teplotu, počet dechů za 1 minutu, stav vědomí do úplného probuzení, vyprazdňování do 8 hodin po operačním výkonu se musí nemocný vymočit. Zdravotní sestry sledují bolest, krytí operační rány, případné drény, výraz tváře, polohu, kterou nemocný zaujímá. Kontrolují, zda odchází plyny a stolice. Dle ordinace lékaře jsou nemocnému podávány infuze s analgetiky (léky tlumící bolest). Nemocný může nejdříve dvě hodiny po operaci čaj po lžičkách. Další den se pokračuje v dietě tekuté, další den následuje dieta kašovitá a postupně se přechází na dietu, která byla před operací (NEJEDLÁ, 2006).

Včasná rehabilitace po operaci je velmi důležitá jako prevence vzniku tromboembolických komplikací. V den operace nebo první den po operaci je vhodná pohybová aktivita. Nejčastěji se pacient prochází a zároveň rehabilituje po cestě na toaletu a zpět. Pokud zdravotní stav nedovolí rehabilitaci chůzí, rehabilitační sestra nebo zdravotní sestra s nemocným cvičí na lůžku. Do pooperační péče patří i edukace pacienta/klienta před propuštěním do domácí péče, která zahrnuje poučení o dietním režimu, pooperační lázeňské léčbě, správné hygieně a péči o ránu, poučení o vynětí stehů, které proběhnou na chirurgické ambulanci. Pooperační podpora psychiky nemocného je důležitá, nemocný člověk kolem sebe potřebuje chápající, vstřícný personál (ŠAMÁNKOVÁ, 2006).

Lázeňská péče o veřejném zdravotním pojištění je doporučována pacientům příslušným ošetřujícím lékařem. Návrh je následně posouzen příslušným lékařem zdravotní pojišťovny. Při podávání návrhu se ošetřující lékař řídí faktickým zdravotním stavem pacienta, platnou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, která stanovuje indikační seznam onemocnění pro lázeňskou péči. Podle ní lze komplexní lázeňskou péči poskytnout, které byly komplikované nebo s komplikovaným pooperačním průběhem a dále u žen do 30 let po břišních operacích se vztahem ke krajině malé pánve. V novele zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 1/2015 Sb.) a zároveň v prováděcí vyhlášce (vyhláška č. 2/2015 Sb.), které zpracovalo ministerstvo zdravotnictví – *„Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována výhradně jako následná lůžková péče ve zdravotnických zařízeních, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s klimatickými podmínkami příznivými k léčení, a při poskytování péče jsou tyto přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení využívány“* (ČESKO, 2015).

2.4 Dietní opatření po laparoskopické apendektomii

Nemocný může nejdříve dvě hodiny po operaci čaj po lžičkách. Druhý den se pokračuje v dietě tekuté, následující den pokračuje v kašovitě dietě a postupně se přechází na dietu, která byla před operací (NEJEDLÁ, 2006).

- **Tekutá dieta** – Dieta označená číslem 0 je krátkodobá dieta, která se využívá po operacích v ústní dutině a na trávicím traktu. Úprava je mechanická, kdy se strava upravuje do tekuté formy. Dodržuje se chemické, mechanické, termické

šetření, je doplněna o přísady – nutriční nápoje, řídké pudinky, šlehané tvarohy, mléčné koktejly, strava musí být pestrá a chutná. Ze stravy je vyloučena cibule, česnek, alkoholické nápoje, káva, ostré sýry (DOBERSKÝ, et. al., 1983).

- **Kašovitá dieta** – Dieta označená číslem 1, která se využívá po operacích žaludku, jícnu, hltanu. Úprava jídla spočívá ve vaření, dušení, dále se strava upravuje do formy kašovitě. Ze stravy je vyloučen alkohol, káva, uzeniny, česnek, cibule, tučné maso, ovoce, které je kyselé, nadýmavá strava.

Mezi nutriční specialisty, kteří se v nemocničních zařízeních starají o dietní systém, patří nutriční terapeut, který provede nutriční diagnostiku, výživové problémy řeší s lékařem. Dále pak zdravotní sestra, lékař, ošetrovatelka i stravovací provoz patří nutriční péči (DOBERSKÝ, et. al., 1983).

3 EDUKACE DĚTSKÝCH KLIENTŮ SESTROU

Edukace dětských klientů zdravotní sestrou je velice důležitá. Pacient má právo získávat informace o léčbě a zdravotní sestry by měly dítěti i rodičům pomáhat v této situaci tak, aby všichni zvládli léčbu a následnou hospitalizaci. Cílem dobré edukace je aktivnější přístup dítěte k hospitalizaci, k samotné léčbě a k rekonvalescenci (SVĚRÁKOVÁ, 2012).

Jednorázová edukace není efektivní, edukace je dlouhodobý proces a musí se opakovat a nejlépe se dítěte zeptat, jaké informace mu byly sdělené. Tím si ověříme chápání dítěte. Ke každému dítěti je nutné a důležité přistupovat individuálně. Edukace se musí pečlivě plánovat a musí probíhat po celou dobu hospitalizace dítěte. Edukační sestra musí zjistit potřebné informace o dítěti, aby se s dítětem lépe spolupracovalo. Individuální přístup k pacientovi, trpělivost, empatie, taktnost, přátelskost i úsměv by měli patřit mezi základy správné edukace. Zdravotní sestra musí brát ohled na aktuální stav dítěte (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Zásadní význam má edukace u hospitalizovaných dětí již při přijetí, dále pak před diagnostickými výkony, před léčebnými procedurami a před propuštěním. Jak jsem se již zmínila, pro děti představuje přijetí do nemocnice náročnou životní situaci. Sedlářová (2008) vysvětluje, proč je důležité, aby se s touto skutečností děti vyrovnaly. Pro děti je velice přínosné, vnímají-li je zdravotníci jako své partnery a jednají s nimi otevřeně a empaticky. Tímto způsobem si můžeme klienty získat pro snazší spolupráci. Během vstupního rozhovoru zjišťujeme informace a již zde můžeme započít edukační proces posuzovací fázi. Zjistíme připravenost dítěte, množství informací, které dítě a rodina má. A dozvíme se, na co se bude třeba nutně zaměřit (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

Plevová (2010) ve své publikaci popisuje, jak musí probíhat komunikace s dítětem – pacientem, ale i s rodičem. Je velice důležité navázat důvěrný kontakt s dítětem a neslibovat nesplnitelné. Například, že u odběrů krve nic neucítí a nebude mít bolest. Nesmí se však od pravidel odstoupit. Zklamaná důvěra se u dítěte jen těžko znovu získává. Pokud se edukace dítěte nedaří, pokusy se musí opakovat. Ošetřující personál, jak doporučuje Plevová, musí být klidný, vlídný a trpělivý. Na nemocné dítě je důležité, zapůsobit dobrým dojmem už při samotném příchodu do nemocnice, je

důležité se s ním spřátelit již v prvních chvílích setkání, například mu nabídnout ruku při vzájemném představování.

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

Ráda bych se zmínila o syndromu vyhoření (nebo také syndrom vyhaslosti), který pro zdravotnický personál představuje hrozbu v podobě masivního vyčerpání, které je pocíťováno jako citová vyprahlost k pacientům. Syndrom vyhoření vzniká při chronickém stresu při práci s lidmi, která je náročná na psychiku člověka. U zdravotních sester tak může docházet k syndromu vyhaslosti z důvodu více sloužících služeb v nemocničním zařízení například z důvodu onemocnění některého spolupracovníka, jedná se tak o akutní syndrom. Akutní syndrom vyhoření může zaniknout, vrátí-li se podmínky k normálnímu stavu, kdy má zdravotní sestra možnost načerpat nové síly a odpočinout si a poté pracovat a cítit se jako před zátěží. Chronický syndrom vyhoření se objevuje po létech praxe, kdy práce o nemocné zevšedněla, kdy se zdravotník sám sebe ptá na smysl své práce. Zdravotník ve službě dělá jen to nejnnutnější, neangažuje se, uzavírá se do sebe. Pokud nevyhledá odbornou pomoc, projevuje se syndrom vyhoření. Vyčerpaný člověk se cítí bez energie, unavený, má pocity beznaděje a bezmoci, nemá zájem o pacienty. Minimalizuje kontakt s nemocnými i spolupracovníky jen na nejnnutnější. Uzavírá se do sebe i v běžném životě, kdy se v rodině chová podrážděně, má pocit, že i rodina klade jen další nároky a požadavky. Zdravotník není schopen ani ochoten pomoci nemocnému, citlivě vnímat jeho fyzický i psychický stav. Často o pacientech mluví ironicky a nelidsky.

Jako prevenci syndromu vyhoření doporučuje Haškovcová (1994) pečovat o své duševní a tělesné zdraví. Je důležitá zdravá a vyvážená strava. Lidé by se měli ve volném čase věnovat sportovním aktivitám, aby u nich došlo k dostatečnému uvolnění. Měli by si najít čas na odpočinek, neměli by zapomínat udržovat dobré mezilidské vztahy v rodině a s lidmi kolem sebe. A nezapomínat na celoživotní vzdělávání (ve formě studia, cizích jazyků). Nesmírně důležité pro prevenci syndromu vyhoření je dostatečný spánek.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 KAZUISTIKA PACIENTKY

Praktická část obsahuje zpracovanou kazuistiku o nemocném dítěti, šestileté Aniče B. Pacientka byla vyšetřena na chirurgické ambulanci v doprovodu matky. A následně byla hospitalizována na dětském oddělení v nemocnici v Karlovarském kraji, kde sama pracuji, s příjmovou diagnózou akutní apendicitida jiná a nespecifikovaná. Na dětské oddělení byla doporučena k přijetí a k následné operaci. Popsaná ošetrovatelská péče o dívku trvá dva dny, protože jsem ošetrovatelský proces vykonávala jen první den přijetí a druhý den hospitalizace, což je zároveň i prvním pooperačním dnem. Zbylé informace jsem si doplnila od kolegyň a z ošetrovatelské dokumentace.

Informace k praktické části jsem čerpala z ošetrovatelské dokumentace, cenných rad lékaře, především však z rozhovoru a pozorování pacientky a její maminky.

Anamnéza lékařská

Jméno: A. B.

Pohlaví: Žena

Věk: 6 let

Datum přijetí: 28. 12. 2015

Fyzikální vyšetření: hmotnost 33 kg, výška 130 cm

Rodinná anamnéza:

Matka: J. B., narozena 1980, kontrolorka, hypercholesterolemie, léky neužívá. Otec: V.B., narozen 1978, dělník, zdrav. Sourozenci: bratr, nar. 2005, zdrav. Širší rodina bez zátěže. Doma mají psa, papouška.

Osobní anamnéza:

Dívka je z druhého těhotenství, perinatálně bez komplikací, porod v termínu spontánně záhlavím, váha 3060 gramů, délka 49 cm, středně těžká asfyxie – prodechnuta

ambuvakem, spontánně dýchá od čtvrté minuty. Icterus fyziologický. Kojena plně 6 měsíců, dále do dvou let, příkrmy zvládala bez problémů. Očkování dle plánu. Chůze od 10 měsíců, bez plen od dvou let. Čistotu udržuje. Hospitalizace v prosinci roku 2010 – bronchitis, dále také s bronchitidou v říjnu roku 2011. Hospitalizována také v červnu roku 2012 s diagnózou obstrukční bronchitida. Nemocnost vyšší, minimálně 4x do roka. Operace 0, úrazy 0.

V péči alergologa, pravidelně užívá Ecobec 2x100 a při potížích Ecosal – kompenzována. Není v péči další odborné poradny.

Alergická anamnéza:

Alergie na kočky, roztoči

Farmakologická anamnéza:

Užívá denně Ecobec 2x100 mg

Sociální anamnéza:

Bydlí v rodinném domě s rodiči, bratrem, psem a papouškem. Dívka chodí do první třídy základní školy.

Nynější onemocnění

Bolest břicha od dnešního rána, kašovitá stolice kolem desáté hodiny, zvracela ráno od 4 do 8 hodin v intervalech, dále ve 12 hodin. Bolesti progradovaly. Větry odchází. S močením potíže nejuje, doma febrilie až 39 °C. Byla vyšetřena na chirurgické ambulanci, absolvovala sonografické vyšetření. Doporučena k přijetí a laparoskopické operaci, čekáme na zavolání ze sálu.

Status praesens

Pacientka spolupracuje, bolesti břicha v oblasti pupku, hrdlo prosáklé, dýchání čisté, akce 96/min, ozvy ohraničené, játra a slezina nezvětšeny, břicho volně prohmatné, citlivé, hlavně v podbříšku. Poklep bubínkový, lehce citlivý difusně, ale bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika slyšitelná, ale tichá. Kůže beze změn, meningy volné.

Příjmové diagnózy

K358 Akutní apendicitida jiná a nespecifikovaná

Vyšetření sestrou

Stav při přijetí

Přijata: 28. 12. 2015 v 18:55 hodin

Váha: 33 kg

Výška: 130 cm

BMI: 19.53 kg/m²

Tlak: 97/55 mm Hg

Tep: 99/min

Teplota: 37,4 °C v axile, subfebrilní

Saturace kyslíku: 99 %

Stav vědomí: při vědomí

Psychický stav: spolupracuje

Bolest: udává tupou bolest v oblasti dolního podbříšku, VAS 2, druhý stupeň bolesti na obličejové škále (škála 5 obličejů)

Spánek: spí klidně, po obědě již nespí

Výživa: D 13 – dětská, příjem tekutin hrnkem, příjem stravy příborem

Léky drtit: ne

Vypražďování: používá toaletu, nepomočuje se, stolice pravidelná, dojde si sama

Poslední stolice: kašovitá stolice dnes, 28. 12. 2015

Zvracení a nauzea: ano, dnes zvracela šestkrát

Fyzikální vyšetření sestrou

Základní fyzikální vyšetření jsem provedla při příjmu malé pacientky.

Celkový vzhled, úprava zevnějšku: chůze bez obtíží, orientovaná, spolupracuje; kůže čistá, bez hematomů, neporušená; řeč přiměřená věku; motorika-pohyblivá; upravená, čistá, nehty a vlasy upravené; vlásky čisté a bez vši; celková úprava zevnějšku je dobrá.

Hlava: na poklep nebolestivá, držení hlavy přirozené, obličej bez známek otoku, víčka bez patologie, oční bulby ve středním postavení, skléry bílé, zornice izokorické; ušní boltce bez patologie, zvukovod bez sekrece, slyší dobře; sliznice dutiny ústní bez aftů,

jazyk bez patologie a hydratovaný; chrup v dobrém stavu, mléčné zuby nahrazují zuby trvalé, bez zápachu z úst

Krk: náplň krčních žil nezvětšena, pulzace karotid symetrická; štítná žláza nezvětšena

Hrudník: dýchání je čisté, sklípkové, srdeční akce pravidelná

Oběh: krevní tlak při přijetí 97/55 mm Hg, P 99/min, akce je pravidelná.

Břicho: břicho palpačně citlivé, udává maximum bolestivosti v pravém podbřišku

Končetiny: bez edémů a varixů

Kůže: čistá, nepoškozená, bez hematomů, bez ikteru

Subjektivně: není unavená, nestěžuje si na stolici, plyny odchází, s močením potíže nemá. Spí dobře, chuť k jídlu momentálně nemá, subfebrilní

Edukace o: Pacientka byla informována o léčebném režimu, řádu na oddělení, signalizačním zařízení, lačnosti – nic per os. Dále pak pooperačním výkonu, zavedení kanyly, pooperační péči, monitoru, dietním režimu během hospitalizace i v domácí péči.

Provedená vyšetření: fyzikální vyšetření, ultrasonografické vyšetření břicha, odběry moč + sediment, krevní obraz

Diagnostický závěr při přijetí: K 358 Akutní apendicitida, jiná a nespecifikovaná

Veškerá medikace dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace:

- **Ecobec 100 mcg** – roztok k per os inhalaci v tlakovém obalu – antiastmatikum
- **Metronidazol 250 mg i.v.** – intravenózně – antibiotikum
- **Unasyn 1,5 g i.v.** – intravenózně – antibiotikum
- **Paralen 500 mg** – 1 tableta per os při bolesti – analgetikum, antipyretikum
- **Perfalgan 500 mg i.v.** – intravenózně – analgetikum, antipyretikum
- **Plasmalyte s 5 % Glukosou 500 ml** – infuzní roztok s elektrolyty a sacharidy – infundabilium

5.1 První den hospitalizace (28. 12. 2015)

Po vyplnění lékařské anamnézy, s pomocí maminky, byla holčička uložena na pokoj číslo 3, vedle sesterny. Anička trpěla nevolností, zaujímala úlevovou polohu vleže na levém boku s pokrčenými končetinami, byla bledá. Učinila jsem, jak je naším zvykem na oddělení základní fyzikální vyšetření sestrou. Edukovala jsem pacientku a její maminku s úsměvem a přátelským hlasem, abych si u dítěte našla důvěru, aby se hospitalizace, sester a následné operace nebála. Poučila jsem děvče o léčebném režimu,

o lačnosti před operací. Vysvětlila jsem jí, jak bude operace probíhat, co po ní bude následovat – bude napojena na monitor, nebude moci pít a jíst, bude se snažit spát. Dostala pásku se signalizačním zařízením, kde se nám zdravotním sestram ukáže, jaký pacient nás volá a potřebuje. Vysvětlila jsem pooperační monitoraci, že každých 15 minut ji bude manžeta na ruce měřit krevní tlak. Anička byla moc šikovná a pochopila, proč musí dostat hadičku do ruky. Zavedla jsem ji periferní žilní katétr do hřbetu pravé horní končetiny. Dítěti jsem na vyšetřovně vyčistila štětičkou namočenou v Peroxidů vodíku pupek. Byla velmi statečná, jako odměnu dostala dle svého výběru plyšové zvíře.

Maminka děvčete mi podepsala souhlas s hospitalizací. Anesteziologovi podepsala informovaný souhlas zákonného zástupce s podáním anestezie u dítěte.

V 20:05, hodinu po přijetí jsem se dočkala telefonátu z operačního sálu, proto jsem zkontrolovala odlakované nehty, kůži bez samolepek. Připomněla jsem, aby se dívka vymočila, dle ordinace lékaře jsem podala večerní medikaci Ecobec 100 ug, poté mohla být odvezena zdravotní sestrou a sanitárním pracovníkem na operační sál.

Mezitím, co byla pacientka na sále jsem si na pokoj, kde bude zpátky dívka uložena, připravila emitní misku, která slouží pro případ zvracení, dále pak jsem si připravila infuzní pumpu Alaris. Z vyšetřovací místnosti jsem si přivezla kapací infuzi, Plasmalyte s 5% Glukosou 500 ml, která bude napojena Aničke po příjezdu ze sálu rychlostí 120ml/hodinu.

Samotná operace trvala dvacet minut a byla provedena v celkové anestezii. Dle operačního protokolu – incize pod pupkem, zavedený port s kamerou do dutiny břišní – difusně po břiše hnisavý výpotek cca 100 ml, difusní peritonitis, v pravém podbřišku již obalený flegmonózní pelvicky uložený apendix na volném mesenteriu. Děloha zduřelá, adnexa klidné, jinak dutina břišní bez patologie. Založeny další dva porty 5 mm v levém podbřišku, 10 mm nad symfyzou za kontroly – prevence poranění močového měchýře. Odsátí cca 4 ml hnisu. Nekrvácí. Výplach všech kvadrantů dutiny břišní s 1 litrem Fyziologického roztoku + 40 ml Braunolu, vložen Redon dren, vyveden portem v levém podbřišku, fixován ke kůži. Porty odstraněné za kontroly laparoskopu, vypuštěno kapnoeperitoneum a rány saturovány – jen kůže dařilon.

Ordinace chirurga – pooperační monitorace po dobu 2 hodin a 15 min, péče o rány, hlídat podtlak v drénu, dieta čaj, analgetika, ATB širokospektrální v terapeutické dávce, kontrola chirurgická a převaz zítra. Stěr odeslán ad K+C ze sálu.

V 21:30 přivezena ze sálu, klidná, probuzena, dále pokračovala ve spánku. Zavedla jsem si akutní kartu a pravidelně jsem chodila kontrolovat její stav vědomí, sledovala jsem bolest, hodnotu krevního tlaku a puls, tělesnou teplotu, kontrolovala jsem podtlak v drénu a jeho odvod, kontrolu rány a vše řádně zapisovala a hlásila lékaři.

Dle ordinace lékaře byla Anně nasazená antibiotická léčba Metronidazol 250 mg i.v. na dávku á 8 hod se začátkem ve 22 hodin, Unasyn 1,5 g i.v. á 8 hodin se začátkem ve 23 hodin. Novalgin 0,75 ml byl podán ve 02:00 hodin.

Dle ordinace chirurgického lékaře jsem učinila pooperační monitoraci krevního tlaku a pulsů každých 15 minut po dobu dvou hodin od příjezdu ze sálu, které jsem použila do následující tabulky.

Tabulka 1: Hodnoty krevního tlaku a pulsů

ČAS	KREVNÍ TLAK	PULS
21:34	99/64	123
21:50	94/60	124
22:04	89/57	122
22:20	94/50	126
22:35	95/53	121
22:51	98/54	123
23:06	98/51	115
23:21	95/48	111
23:37	97/55	107

Zdroj: Vlastní zpracování, 2015

Hodnoty jsou měřeny první dvě hodiny po 15 minutách po operaci. Hodnoty krevního tlaku jsou vzhledem k věku v normě, puls hraničně vyšší.

5.2 Druhý den hospitalizace (29. 12. 2015) – 1. pooperační den

Ve dvě hodiny ráno si Anička stěžovala na bolest břicha, podala jsem ji naordinovaný Novalgin. 0,75 ml i.v. V 6:00 podána další dávka antibiotik Metronidazol 250 mg i.v., zkontrolovala jsem podtlak v drénu a zapsala odvedení z drénu 125 ml. Při podání antibiotik se probudila, bez potíží, nemočila, tělesná teplota 36,5 °C v axile, krytí bez prosáknutí krve. V 7:00 močila, odpad z drénu byl vodnatý, růžový. V 8 hodin ji bolelo břicho, dle ordinace lékaře podán Perfalgan 500 mg i.v. Dívka spala do 10:00 hodin, napila se čaje, zatím větry neodcházely, břicho pobolívalo, VAS 1.

V 11:10 byla na stolici, kdy stolice byla kašovitá hnědé barvy, močila. Ve 13 hodin ji bolelo břicho, byla unavená, ospalá, přišli ji na návštěvu rodiče. V 16 hodin se pokálela, v malém množství řídké hnědé stolice. Obvaz, který okolo vývodu drénu prosakoval, jsem převázala. Od rána měla cca 25 ml nažloutlé tekutiny v drénu. Aničku bolelo břicho, byla afebrilní, kapací infuze kapala. Kolem 18 hodiny se cítila lépe, pila, močila, na stolici byla, nezvracela. Celkem bylo za den odvedeno 150ml žlutavé tekutiny z drénu. Za celý den děvče vypilo 500 ml čaje a asi 6 lžic bujónu. Dnes se s opatrností prošla na chodbě.

První den po operaci zkontroloval ránu chirurgický lékař. Rána byla bez známek zarudnutí, infekce, bez prosáknutí krve. Ošetřila jsem ránu peroxidem vodíku, dezinfekcí a poté jsem na ránu přiložila sterilní krytí. Stejným způsobem jsem ošetřila Redonův drén.

Inhalační terapie

Malá pacientka se léčí s onemocněním průdušek, proto má dle svého alergologa nasazený Ecobec 2x100 mg, který užívá pravidelně každý večer ve 20 hodin, celkem dva vdechy. Dle ordinace lékaře našeho oddělení jsem dohlížela na správnost aplikace kortikoidu.

Nutriční terapie

Dieta neprodleně patří do součásti léčebné výživy, má vliv na průběh a délku nemoci, dodržuje se v krátkodobém intervalu či dlouhodobě, dle nemoci. Dietní opatření určuje lékař.

Při přijetí pacientky na oddělení měla nařízeno nic nejíst před ani po operaci. Druhý den hospitalizace tzv. 1. pooperační den dívka měla dietu číslo 0 – tekutou stavu, bujon, přesnídávku.

Dále jsem se Aničce ošetrovatelskou péčí již neposkytovala, ale naším zvykem na oddělení, pokud to stav pacienta dovolí, je druhý pooperační den podávat jídlo s dietou číslo 1 – kašovitou stravu.

Maminka pacientky i sama pacientka byla již na začátku hospitalizace seznámena s dietním opatřením během hospitalizace i po ní. Maminku a pacientku jsem poučila o dodržení alespoň 6 týdnů diety s omezením zbytků, což znamená vyloučení nadýmavých potravin jako je hrách, zelí, květák, hrášek apod. z jídelníčku. Dále pak vynechání kořeněných jídel a potravin, které by mohly ve střevech zanechat zbytky – slupky, ořechy apod. Naopak jsem doporučila ovocné pyré, přesnídávky, banán, pečivo, aby nebylo čerstvé, alespoň jeden den staré.

Fyzioterapeutická léčba

Cílem rehabilitační léčby po operaci je prevence tromboembolických komplikací a potíží plynoucích z imobility. Rehabilitace je zaměřená na postupnou vertikalizaci – nácvik vstávání přes bok, dolní končetiny z postele, stoj. Po operaci měla nemocná Anna klid na lůžku, 1. pooperační den proběhl nácvik vstávání přes bok, v závěru dne se prošla po chodbě na oddělení.

Zákonnému zástupci pacientky, v tomto případě mamince jsem se zmínila o další možné rehabilitační léčbě, kterým je dlouhodobý pobyt v lázních. Například jsou doporučovány Františkovy Lázně, které se nacházejí v blízkosti bydliště této rodiny. Já sama jsem v mládí prodělala operaci apendixu, byla jsem na léčení v Mariánských lázních. Proto jsem maminku přátelsky obeznámila s procedurami, které jsou v denním harmonogramu lázeňského pobytu. Například cvičení, slatinné procedury, terénní pohybová léčba. Pacienti užívají pravidelně léčivé prameny.

5.3 Ošetrovatelský proces

Název ošetrovatelský proces byl použit v 50. letech a byl akceptován jako základ ošetrovatelské péče. V této době je používán ve všech učebních osnovách a je účinnou

metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických stavů (DOENGES et al., 2001).

Ošetrovatelský proces je podle Šamánkové (et al., 2002) soubor činností, které jsou vzájemně propojené. Činnosti se provádějí ve prospěch každého pacienta s jeho spoluprací u ošetrovatelské péče. Nejdůležitější vytvoření a zpracování ošetrovatelského procesu se zakládá v odborném a kvalitním plánování postupu při plnění spokojenosti potřeb nemocných. Proces zajišťuje stálou péči a dovoluje se pacientovi podílet na péči.

Ošetrovatelský proces požaduje od zdravotních sester prohloubené znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, empatii a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti vést kolektiv, umět mluvit s lidmi, technické dovednosti a schopnost se rychle a dobře rozhodnout. Zdravotní sestry musí aktivně rozpoznat potřeby nemocného, který nám je nemůže či nechce sdělit pro svůj těžký zdravotní stav (STAŇKOVÁ et al., 2005), (DOENGES et al., 2001).

Sestra musí mít v paměti, že je pacient lidskou bytostí se svou důstojností. Základní lidské potřeby musí být vždy plněné, a pokud nedojde k jejich naplnění, vzniká problém, který je potřeba vyřešit pomocí od jiné osoby, dokud nebude nemocný člověk o sebe sám pečovat.

Podle Staňkové (et al., 2005) má každý člověk právo na kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči, která by měla být poskytována se soucitem, zájmem, empatií, zaměřenou na tělesnou a duševní pohodu nemocného. Velmi důležitým podkladem pro dobrý ošetrovatelský proces je vztah mezi zdravotnickým personálem a nemocným.

5.4 Model „*Fungujícího zdraví*“ Marjory Gordonové

Marjory Gordon byla sesterská teoretička a profesorka, která vytvořila teorii ošetrovatelské péče známý jako Model Fungujícího zdraví. Paní Gordonová byla autorkou čtyř knih. Knihy jsou přeložené v deseti různých jazycích. Také přispěla k rozvoji ustáleného ošetrovatelského jazyka a základům elektronické zdravotní dokumentace (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové je založený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio – psycho – sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra rozeznává funkční nebo dysfunkční vzorce

zdraví. Dle Marjory Gordonové sestra popisuje dysfunkční vzorec nemocného v ošetrovatelských diagnózách, které se mohou týkat i dalších problémů než jen chorobných stavů, vyplývajících z poruch bio-psycho-sociální integrace nemocného s okolím (PAVLÍKOVÁ, 2006).

12 funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové:

1. Vnímání – udržování zdraví
2. Výživa – metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek – odpočinek
6. Vnímání – poznávání
7. Sebepojetí – sebeúcta
8. Plnění rolí – mezilidské vztahy
9. Sexualita – reprodukční schopnost
10. Stres, zátěžové situace – jejich zvládnání, tolerance
11. Víra – přesvědčení – životní hodnoty
12. Jiné (PAVLÍKOVÁ, 2006).

5.4.1 Aplikace modelu „Fungujícího zdraví“

Potřebné údaje jsem zjišťovala 1. pooperační den. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace, pozorování dítěte, rozhovor s pacientkou a její maminkou mi sloužil jako zdroj informací. K zhodnocení nemocné jsem použila „Model fungujícího zdraví“ dle Marjory Gordonové.

5.4.1.1 Vnímání zdraví, aktivity k udržení zdraví

Dívka měla v den hospitalizace bolesti břicha od rána, zvracela několikrát za den. Maminka přisuzovala zvracení tomu, že den před hospitalizací snědla něco „špatného“. S postupným časem se rozhodla navštívit chirurgickou ambulanci. Nemocná i maminka věří, že se její zdravotní stav rychle upraví a brzy půjde domů, kde bude muset nadále dodržovat dietní opatření a omezení v oblasti sportu. Pečuje o své zdraví pravidelným pohybem, navštěvuje již druhým rokem aerobik, snaží se dodržovat zdravou stravu, až na občasné pojídání sladkostí, které má rádo každé dítě. Maminka však dohlíží na minimum kupovaných dobrot a ráda doma peče zdravější formy

moučníků. Anička chodí na pravidelné prohlídky ke svému pediatrickému lékaři, očkování měla vždy v řádném termínu. V nemocnici byla již počtvrté. Dříve byla hospitalizovaná vždy v doprovodu své matky.

5.4.1.2 Výživa a metabolismus

Pacientka se snaží dodržovat zásady racionálního stravování. Snídá doma (ovocný čaj, většinou maminkou upečený koláč ve zdravější verzi), do školy si nosí svačiny typu chléb s pomazánkou a zeleninu či ovoce, obědvá ve školní jídelně, kde si děti mohou vybrat ze tří různých jídel. Pacientka verbálně udává, že chodí do jídelny moc ráda, jídlo jí moc chutná. Večeře mají doma zavedené jako rituál. Celá rodina večeří společně. Přiznává, že má moc ráda gumové bonbóny. Během dne vypije asi 1 litr tekutin, především vodu se šťávou. Váží 33 kg, měří 130 cm a BMI je 19.53 kg/m², které je v normě. Chrup má v dobrém stavu, dvakrát ročně navštěvuje zubního lékaře, ke kterému nechodí ráda. Chrup má mléčný, některé zuby jsou trvalé.

Nyní, po operaci, může dívka pít pouze čaj, živiny i tekutiny jsou podávány intravenózně. Plasmalyte s 5% Glukosou 500 ml, 120ml/hod. Ve večerních hodinách dostane po lžičkách bujón. Během 1. pooperačního dne je u nemocné pravidelně měřeno a zaznamenáváno – příjem a výdej tekutin, měření tělesné teploty, bolest, celkový stav nemocné. A. je celý den afebrilní, břicho má nafouklé, na pohmat citlivé. Kůže je bledá, dobře hydratovaná, víčka neprosáklá, dobře hydratovaná, bez známek zčervenání. Během dne nejdnou udávala bolest břicha a pokálela se. Hlad měla, důvod dietního opatření zná a pochopila jej.

5.4.1.3 Vylučování

Před onemocněním měla dívka pravidelnou stolici, 1x denně. S močením problémy neměla. Používá sama toaletu, nepomočuje se. Bez plen je od dvou let věku. Nyní 1. den po operaci plyny ještě neodcházejí. Bilance tekutin je dobrá. Dívka měla zavedený periferní žilní katétr, Redonův drén, který byl převázán z důvodu prosáknutí okolo vývodu. Operační rána, která byla kryta sterilními čtverci, nekrvácela. Nezvracela.

5.4.1.4 Aktivita, cvičení

Při dobrém zdravotním stavu dívka navštěvuje první třídu základní školy. Ráda navštěvuje společně s kamarádkou aerobní hodiny, které má 2x týdně. V létě jezdí moc ráda na kole. Ráda si doma hraje s panenkami a jejich růžovým autem. S maminkou z důvodu onemocnění průdušek, navštěvuje pravidelně solnou jeskyni. Během víkendů a prázdnin s rodinou a pejskem společně podnikají výlety do přírody. Pravidelně každé letní prázdniny jezdí k moři, kde si moc ráda staví hrady z písku a plave. Maminka zastává názor „nejdřív práce a pak koláče“ a klade vysoké nároky na výsledky ve škole. Proto musí být dívka včas připravena do školy, než odejde do zájmových kroužků.

1. den po operaci se Anička cítí slabá, je unavená, břicho je i přes analgezii citlivé. K večeru se cítila lépe a proto se s její pomocí a opatrností prošla po chodbě. Potřebovala pomoc a dohled zdravotnického personálu při cestě na záchod. Nemocné děvče dobře spolupracuje, je statečná.

5.4.1.5 Spánek a odpočinek

Se spánkem doma problémy nemá. Chodí se vykoupat po Večerníčku, spát chodí pravidelně okolo 20. hodiny. Rodiče ji čtou či vyprávějí pohádky před usnutím. Ke spánku ulehne se svým oblíbeným plyšovým medvědem, kterého má během hospitalizace také u sebe. Nejlépe si odpočine aktivním pohybem na odpoledním cvičení, kam z důvodu nemoci pár týdnů nebude moci docházet, což je jí velice líto. Moc ráda poslouchá hudbu, líbí se jí One Direction.

Během hospitalizace měla problém se spánkem z důvodu bolesti břicha, proto pospávala i během dne. Odpočinek narušovaly i pocity na zvracení a časté kontroly zdravotního stavu zdravotnického personálu. Malá pacientka se cítila slabá a unavená. Avšak u povídání o moři a své navštěvované sportovní aktivitě značně ožila.

5.4.1.6 Vnímání, poznávání

Se smyslovým vnímáním problémy nemá, žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Brýle nosí jen sluneční.

První pooperační den je pacientka při vědomí, orientována časem i místem, o svém zdravotním stavu je dostatečně poučena a informována dívka i maminka. Díky analgezii jsou klidové bolesti snesitelné. Pacientka cítila stud, když se k večeru

pokálela, přátelsky jsem ji vysvětlila, že se „nehoda“ může stát každému člověku a že ji alespoň nebude bolet břicho.

5.4.1.7 Sebepojetí, sebeúcta

Maminka svou dceru hodnotí jako klidnou, přátelskou a veselou, Anička je ještě velmi hravá. Nazlobená Anna dokáže být, když někdo z rodiny či přítel nedodrží slovo, které jí dal. Moc dobře si pamatuje, co jí kdo říká, hlavně to dobré, ze kterého má prospěch. Uvědomuje si, že nemůže nyní nějaký čas sportovat. Ujistila jsem ji společně s maminkou, že veškerou absenci na aerobiku, až bude moci cvičit, dožene. Nyní se bude moci doma věnovat klidným činnostem. Ráda kreslí, modeluje a hraje si se stavebnicemi. Také ráda hraje různé společenské hry.

5.4.1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Dívka bydlí v rodinném domě s rodiči, bratrem, psem a papouškem. Celá rodina se snaží trávit volný čas společně. Maminka dívky pracuje v místě bydliště, aby byla dětem nejvíce na blízku. Maminka nebo babička doprovází dívku nebo jejího bratra do školy. Chodí do první třídy základní školy. V rodině se důležité problémy řeší společně. Rodiče s dětmi žádné problémy nemají, kromě běžných denních záležitostí ohledně neuklizených hraček. Malá pacientka má spousty přátel mezi spolužáky i v místě bydliště. Nyní, v době hospitalizace maminka zařídila úkoly na dopsání do školy od třídní učitelky. Zameškané učivo si bude muset Anička doplnit, až se bude cítit lépe. Nemocné se po rodině stýská, je ráda, že má několikahodinové denní návštěvy. Je jí ale líto, že neuvidí svého pejska, který na oddělení nemůže. Má na nočním stolku jeho fotku i fotku rodiny. Maminka přinesla ze školy pozdravy od spolužáků a od paní učitelky. Děti jí poslaly obrázky, které ji moc potěšily.

5.4.1.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Informace nejsou z hlediska věku dítěte možné.

5.4.1.10 Stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí

V září roku 2015 začala navštěvovat první třídu základní školy. Paní učitelku má moc ráda. Ze školy nemá žádný stres, učení ji baví. Pravidelně se každou neděli těší do školy na paní učitelku a kamarády. Nemá ráda, když na ni někdo zvýší hlas, křičí.

Nyní v nemocnici prochází těžkou zátěžovou situací, kdy je hospitalizovaná a poprvé přes noc bez rodičů. Má pocit smutku, velice jsem ji potěšila zprávou, že druhý den na oddělení přijde návštěva nemocničních klaunů. Zdravotnický personál se snažil, aby se dívka začlenila do herní terapie. Aniž jsme věnovali dětské časopisy, omalovánky a pastelky.

5.4.1.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Rodina nevyznává žádné náboženství. Pro nemocné dítě je nejdůležitější rodina, pejsek, kamarádka. Nyní věří v brzké uzdravení a propuštění domů.

5.5 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie

Ošetřovatelské diagnózy jsem odebrala první den, kdy byla klientka přijata na dětské oddělení a zároveň podstoupila operaci. Informace pro stanovení ošetřovatelských diagnóz jsem získala z rozhovoru s pacientkou, jejím pozorováním a ze studia publikace – *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012 – 2014*. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potenciální.

5.6 Aktuální ošetřovatelské diagnózy u dětské pacientky po laparoskopickém odnětí slepého střeva

- 1. Bolest akutní** z důvodu traumatického poškození tkáně zraňujícími činiteli, projevující se subjektivně vyslovenou šifrovanou stížností, obranným chováním, úlevovou polohou, výrazy v obličeji.
- 2. Strach** z důvodu změny prostředí, hospitalizace, vyšetření, operace související s věkem, zkušeností, odloučení od matky, projevující se subjektivně vystrašeností, objektivně nervozitou, ustrašeným výrazem.
- 3. Deficit soběstačnosti** v oblasti hygieny, vyprazdňování v důsledku snížené fyzické kondice po operaci.

5.7 Potenciální ošetrovatelské diagnózy u dětské pacientky po laparoskopickém odnětí slepého střeva

- 1. Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru, operační ránou a drénem se zvýšeným rizikem vzniku invaze patogenních mikrobů do organismu.
- 2. Riziko pádu** z důvodu pooperačního stavu v souvislosti s celkovou anestezií.
- 3. Riziko nerovnováhy tělesné teploty** – hypertermie z důvodu nemoci. Stav, kdy hrozí, že jedinec nebude schopen udržet tělesnou teplotu v mezích normy.

5.8 Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče

1. Akutní bolest (00132)

Bolest akutní z důvodu traumatického poškození tkáně zraňujícími činiteli, projevující se subjektivně vyslovenou šifrovanou stížností, obranným chováním, úlevovou polohou, výrazy v obličeji.

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepocítuje žádnou bolest (intenzitu bolesti 0 na 5 stupňové obličejové škále) do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Pacientka cítí úlevu od bolesti (intenzita bolesti klesne z intenzity 2 na intenzitu 1 na 5 stupňové obličejové škále) do 3 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti (na 5 stupňové škále) do 1 dne
- Pacientka ví, že si může vyžádat analgetickou léčbu na ztlumení bolesti
- Pacientka klidně spí
- Pacientka je schopna o bolesti a jejích projevech hovořit
- Pacientka zná svoji úlevovou polohu (na boku s pokrčenými koleny) a v případě bolesti ji zaujme do 15 minut

Plán intervencí od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016

- Sleduj intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti za využití 5 stupňové obličejové škály, informuj lékaře o její intenzitě a proved' její záznam do ošetrovatelské dokumentace (dle vývoje aktuálního stavu), sestra ve službě.
- Posud' psychologické příčiny bolesti (do 24 hodin).
- Pozoruj projevy chování pacientky (výraz v obličejí 2x denně), sestra ve službě.
- Sleduj krevní tlak, puls (2 hodiny po operaci, každých 15 minut) a proved' záznam akutní karty v ošetrovatelské dokumentaci, při změně hodnot ihned informuj lékaře – sestra ve službě.
- Pomoz pacientce najít úlevovou polohu (vždy při bolesti) – sestra ve službě
- Edukuj pacientku o nutnosti spolupráce při sledování, hodnocení charakteru, intenzity bolesti (do 2 hodin) – sestra ve službě.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře s přihlédnutím na aktuální stav pacientky a sleduj jejich účinek (3x denně) – sestra ve službě.

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016

Pacientka odvezena na operační sál k operaci dne 28. 12. 2015 ve 20:10 hodin. Ve 21:30 přivezena ze sálu, doznívá analgezie, je bez bolesti. Fyziologické funkce měřím každých 15 minut po dobu 2 hodin po operaci. Kolem druhé hodiny ranní, 4,5 hodiny po operaci jsem pacientce dle ordinace lékaře podala Novalgin 0,75 ml i.v., protože si stěžovala na bolest břicha v oblasti operační rány. Použila jsem obrázkovou stupnici od 0 do 5 na škále obličejů. Bolest byla vyhodnocena číslem 3. Pacientce jsem pomohla najít vhodnou úlevovou polohu na boku s pokrčenými koleny a byla poučena o nahlášení každé nově vzniklé bolesti. Pozoruji vnímavost, chování, verbální i neverbální projevy dítěte.

Dne 29. 12. v 8 hodin Annu bolelo břicho v oblasti operační rány, udávala bolest s číslem 2. Dle ordinace lékaře podán Perfalgan 500 mg i.v., podáním analgetik jsem dosáhla zcela odstranění bolesti. Dále ve 14 hodin všeobecnou sestrou podán Perfalgan 500 mg i.v. dle ordinace lékaře, protože udávala bolest číslo 3.

Dne 30. 12. pacientka udávala v průběhu dne bolest s číslem 2. Podáním analgetik jsme vždy dosáhli úplného odstranění bolesti.

Dne 31. 12. pacientku během dne doprovázela jen mírná bolest s číslem 1, na níž byl dle ordinace lékaře podáván Novalgin 0,75 ml i.v. (analgetikum), střídán s Perfalganem 500 mg i.v.

Dne 1. 1. 2016 je pacientka bez bolesti, nemá zájem o analgetickou terapii.

Hodnocení: Hodnocení proběhlo 1. 1. 2016 Cíl je splněný. Pacientka nepociťuje žádnou bolest. Anička je poučena společně se svým zákonným zástupcem, jak se má chovat při vzniku bolesti v domácím prostředí. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

2. Strach (00148)

Strach byl u pacientky z důvodu změny prostředí, hospitalizace, vyšetření, operace související s věkem, zkušeností, odloučení od matky, projevující se subjektivně vystrašeností, objektivně nervozitou, ustrašeným výrazem.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepociťuje strach do 5 dnů

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví, že se může na vše ptát, že ji bude vše vysvětleno.
- Pacientka je poučena o signalizačním zařízení, které ošetrovatelský personál přivolá (do 2 minut).
- Pacientka spolupracuje s navázáním důvěry k ošetrovatelskému personálu.
- Pacientka zná příčinu svého strachu – hospitalizace bez své matky, která ji bude pravidelně navštěvovat.
- Pacientka klidně v noci spí.

Plán intervencí od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

- Sleduj chování dítěte (nervozitu, ustrašený výraz obličeje) a zaznamenej jeho psychický stav (1 krát denně) – sestra ve službě
- Edukuj pacientku a ověř si znalost o signalizačním zařízení, které má na zápěstí přivolávající ošetřující personál (1 krát denně) – sestra ve službě

- Pomoz pacientce mluvit o svých pocitech strachu a najdi si k dítěti důvěru a přátelský vztah (1 krát denně) – sestra ve službě
- Řádně edukuj dítě před vyšetřením (dle aktuálnosti) – sestra ve službě
- Přečti dítěti na noční službě pohádku na dobrou noc (1 krát denně) – sestra na noční službě

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

Pacientka byla hospitalizovaná již počtvrté, předtím však vždy v doprovodu matky. Po přijetí bylo malé pacientce vysvětleno, že bude uložena na pokoj, kterým je nejbližším k místnosti sester. Byla poučena o signalizačním zařízení, které nám ihned ukáže, jaký malý pacient nás potřebuje. Před zavedením periferního žilního katetru bylo dítěti vše řádně vysvětleno, každý postup. Názornou ukázkou jsme si předvedli na plyšovém medvídkovi. Pacientka chápala důvod hadičky, která jí musí být zavedena do ruky.

Po celou dobu hospitalizace jsme sledovali psychický stav dítěte. První den hospitalizace si přála mít pacientka maminku u sebe, která odešla až po přivezení dítěte a následného probrání z anestezie, kterému přečetla pohádku na dobrou noc, jak je jejich večerním domácím zvykem. Další dny hospitalizace dívka četly zdravotní sestry.

Po celou dobu hospitalizace jsme edukovali a mluvili s pacientkou (i maminkou) s úsměvem a přátelským hlasem, abychom si u dítěte našli potřebnou důvěru, která je velice důležitá, aby se hospitalizace, zdravotních sester a dalšího ošetřujícího personálu nebála.

Hodnocení: 1. 1. 2016 byl tento cíl částečně splněn.

Pacientka si k ošetřujícímu personálu našla přátelský vztah a pochopila, proč její maminka nemůže být hospitalizovaná s ní. Maminka musí chodit do práce, přesto se Aniče po mamince stýskalo, což jsme my – zdravotnický personál mohli ovlivnit jen částečně. Právě z tohoto důvodu došlo k naplnění cíle pouze částečně. Anna byla velice statečná a domů se těšila, především také na to, jak spolužákům z první třídy ukáže diplom o své statečnosti v nemocnici.

3. Deficit soběstačnosti při vyprazdňování (00110)

Deficit soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování v důsledku snížené fyzické kondice po operaci.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepotřebuje dopomoc v oblasti hygieny, vyprazdňování do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Pacientka zvládá samostatně sebeobsluhu do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka spolupracuje při oblékání, hygieně.
- Pacientka je edukována o signalizačním zařízení umístěné na předloktí i z důvodu potřebné toalety.
- Pacientka provádí péči o vyprazdňování na úrovni svých schopností.

Plán intervencí od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

- Ved' pacienta k aktivní úloze v péči o sebe sama (1 krát denně) – sestra ve službě.
- Předcházej riziku úrazů a pádů (vždy) – sestra ve službě.
- Buď nápomocná v nácviku sebeobsluhy (vždy) – sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o signalizačním zařízení z důvodu potřebné toalety (1 krát denně).
- Umožni pacientce vyjádřit své pocity (vždy) – sestra ve službě.

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

Pacientka po celou dobu své hospitalizace měla signalizační zařízení umístěné na předloktí, které slouží k přivolání zdravotnického personálu i z důvodu potřebné toalety. Anička si první den po operaci sama pomoc zavolala, došla si s pomocí zdravotní sestry na toaletu, kde močila a byla na stolici. S naší dopomocí si v koupelně vyčistila dutinu ústní a pomohli jsme dítěti s otřením pomocí žínky. Kolem čtvrté hodiny odpolední, při pravidelné kontrole zdravotnického personálu, bylo zjištěno, že se pokálela (malé množství řídké stolice), kdy jsem na ni pocítila stud. Přátelským hlasem

jsem dítěti vysvětlila, že se tato „nepříjemnost“ stává a že je lepší, když na stolici byla, než kdyby na ní nebyla vůbec. Během hospitalizace si nadále včas zazvonila na signalizační zařízení a k dalším „nehodám“ už nedošlo. K závěru druhého pooperačního dne se s pomocí zdravotnického personálu opatrně prošla po chodbě. Tím jsme ji i pomohli s vertikalizací.

Dne 30. a 31. 12. jsme pacientce dopomohli s hygienou. Dívku jsme vykoupali opatrným oplachem rány. Anička byla sama velice snaživá a naše přítomnost byla již zcela nepotřebná.

Hodnocení: bylo provedeno 1. 1. 2016 a další cíl byl splněn.

Pacientka byla k poslednímu dni samostatná a pomoc zdravotnického personálu již nepotřebovala. Je poučena o správném umývání operační rány. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

5.9 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru, operační ránou a drénem se zvýšeným rizikem vzniku invaze patogenních mikrobů do organismu.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez známky infekce do 3 dnů

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady (přiměřené věku pacientky) o péči o periferní žilní katetr a možné komplikace do 30 minut

Plán intervencí od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

- Posuď rizikové faktory výskytu infekce u pacientky (2 krát denně) – sestra ve službě
- Edukuj pacientku o zásadách péče a možných komplikacích – ihned – sestra ve službě
- Zhodnot' a řádně zaznamenej stav kůže v okolí vstupu periferního žilního katetru (1 krát denně) – sestra ve službě

- Postupuj asepticky při převazu periferního žilního katétru, při převazu operační rány dle standardu nemocnice, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace (1 krát denně) – sestra ve službě
- Sleduj tělesnou teplotu pacientky, proved' řádný záznam do ošetrovatelské dokumentace, v případě zvýšené tělesné teploty informuj lékaře (2 krát denně – a dle vývoje aktuálního stavu) – sestra ve službě

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016

Při hospitalizaci jsem dítěti zavedla periferní žilní katétr do hřbetu pravé horní končetiny. Po přivezení ze sálu jsem zkontrolovala fyziologické funkce na monitoru a tělesnou teplotu.

Před napojením infuze Plasmalyte s 5% Glukosou 500 ml dle ordinace lékaře, zkontrolována průchodnost periferního žilního katétru pomocí 10 ml fyziologického roztoku. Zkontrolovala jsem místo vpichu, barvu, bolest, otok a zda nedošlo ke vzniku hematomu. Při převazu jsem postupovala asepticky a označila krytí datem a svým jménem – sestry, která převaz učinila.

Po dobu 5 dní – od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016 jsme několikrát denně sledovali tělesnou teplotu, která se vyskytovala v mezích normy. Každý den byl periferní žilní katétr proplachován fyziologickým roztokem a aplikovali jsme intravenózní cestou analgetika, infuzní roztoky s elektrolyty a sacharidy do infuze. Každý den byla operační rána zkontrolována, ta byla bez známek zarudnutí, infekce, bez prosáknutí krve. Rány byly ošetřovány peroxidem vodíku, dezinfekcí a poté jsme na ránu přiložili sterilní krytí. Stejným způsobem byl ošetřen Redonův drén. V místě zavedení periferního žilního katétru, v místě rány ani drénu nebyly zaznamenány známky infekce.

Hodnocení: 1. 1. 2016 byl tento cíl splněn.

Pacientka nejeví známky infekce. Dítě společně s matkou je poučeno jak se chránit před vznikem a šířením infekce.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

1. Riziko pádu (00155)

Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu v souvislosti s celkovou anestezíí.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde k žádnému pádu ani zranění do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Riziko pádu u pacientky je minimální do 5 dnů

Plán intervencí od 28. 12. do 1. 1. 2016:

- Edukuj pacientku o signalizačním zařízení spojené s pomocí při vstávání (1 krát denně) – sestra ve službě
- Zabezpeč okolí pacientky pomocí zábran u postele (vždy) – sestra ve službě
- Pacientka má upravené prostředí – prevence úrazu (vždy) – sestra ve službě
- Edukuj dítě o nebezpečí pádu (2 krát denně) – sestra ve službě
- Zajisti věci denní potřeby k lůžku pro dosah pacientky (1 krát denně) – sestra ve službě

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016

Pacientka byla po podstoupené operaci uložena na pokoj, kde jsme jako po dobu dalších dnů dbali na funkčnost zvednutých zábran u lůžka z důvodu prevence pádu a úrazu. Dítě bylo již před operací a stále během hospitalizace edukované o signalizačním zařízení spojené i z důvodu vstávání na toaletu, kde byla potřeba klást opatrnost i na zavedení drénu. Sestra ve službě vždy zkontrolovala, a pokud bylo potřeba – umístila věci na dosah nemocné Anny. Během hospitalizace se nenaskytl žádný pád dítěte z důvodu pečlivé edukace a péče o malou pacientku.

Hodnocení: Hodnocení proběhlo 1. 1. 2016 a cíl byl splněný.

U pacientky nedošlo k žádnému pádu, ani zranění. Další potřeba na edukování do domácího prostředí vzhledem k prevenci pádu z důvodu pooperačního stavu není potřeba. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

2. Riziko nerovnováhy tělesné teploty (00005)

Riziko nerovnováhy tělesné teploty– hypertermie z důvodu nemoci. Stav, kdy hrozí, že jedinec nebude schopen udržet tělesnou teplotu v mezích normy.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu do 1 týdne

Cíl krátkodobý: Riziko vzniku zvýšené tělesné teploty je minimální do 5 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacientka spolupracuje při měření tělesné teploty.
- Pacientka ví o možnostech analgetické léčby.
- Pacientka ví o nahlášení případných změn týkajících se pocení, pocitu horka.

Plán intervencí od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

- Sleduj pravidelně tělesnou teplotu (minimálně 3 krát denně) – sestra ve službě.
- Pozoruj projevy chování pacientky – případné pocení (2 krát denně) – sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o nutnosti hlášení pocitu horka, pocení (1 krát denně) – sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o možnosti případných léků na snížení tělesné teploty, popřípadě ledů, zábalů (1 krát denně) – sestra ve službě.
- Dbej na zachování dítěte na lůžku (vždy) – sestra ve službě.
- Podávej tekutiny (dle aktuálního stavu pacientky) – sestra ve službě.

Realizace od 28. 12. 2015 do 1. 1. 2016:

Dívka byla přijatá na oddělení s tělesnou teplotou (dále TT) 37,4°C v axile, což znamená subfebrilní. Po přivezení ze sálu pacientka měla TT 36,4°C. Před půlnocí jsme naměřili TT 36,6°C. Během celé hospitalizace jsme pravidelně měřili TT a nemuseli jsme učinit žádná opatření snižující TT, jako například vaky s ledem, zábaly či antipyretika.

Hodnocení: Hodnocení proběhlo 1. 1. 2016 a cíl byl opět splněný. Pacientka při propuštění udržuje tělesnou teplotu v rámci normy. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

6 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Stav pacientky se v rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče výrazně zlepšil. Pooperační léčba proběhla bez komplikací. Pacientka, především matka dítěte byla poučena o zdravotním stavu. Hospitalizaci s pomocí ošetřujícího personálu snášela bez velikých potíží. Stanovili jsme si první den hospitalizace a zároveň dny operace ošetrovatelské diagnózy a pomocí určení intervencí jsme je realizovali.

Akutní bolest u pacientky byla zcela odstraněna pomocí analgetik a cíl byl tím splněný. Cíl u strachu z důvodu změny prostředí byl částečně splněn, protože i když byl zdravotnický personál velmi vstřícný, přátelský, pacientce se po mamince stýkalo stále. Snažili jsme se psychický stav dítěte zlepšit co nejvíce v rámci svých sil. Pacientka po celou dobu své hospitalizace měla signalizační zařízení umístěné na předloktí, které slouží k přivolání zdravotnického personálu i z důvodu potřebné toalety. K závěru druhého pooperačního dne se s pomocí zdravotnického personálu opatrně prošla po chodbě. Tím jsme ji i pomohli s vertikalizací. Sama pacientka byla velice snaživá. K poslednímu dni byla soběstačná. Cíl u ošetrovatelské diagnózy – deficit soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu byl splněn. Cíl u ošetrovatelské diagnózy riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katétru, operační rány, drénu byl také splněn. Po celou dobu hospitalizace byla prováděna kontrola místa vpichu, barvy, bolesti, otok. Kontrolovali jsme případné hematomy, při převazu ran jsme postupovali asepticky a žádná infekce se nenaskytl. Ošetrovatelská diagnóza „Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu“ má cíl také splněný. U pacientky nedošlo k žádnému pádu, ani zranění i z důvodu správné edukace. Cíl diagnózy s názvem „Riziko nerovnováhy tělesné teploty“ byl také splněn. Při přijetí byla pacientka subfebrilní, dále během hospitalizace se nevyskytla zvýšená tělesná teplota. Dívka společně s maminkou na konci hospitalizace hodnotí naši ošetrovatelskou péči a přístup lékařů velice dobře.

6.1 Doporučení pro praxi

Všeobecné sestry a dětské sestry, které pracují na dětských odděleních, ambulancích, obvodních střediscích hrají významnou roli u nemocného dítěte, protože jsou v nejbližším kontaktu s dítětem a jeho rodiči. Především zdravotnický personál na pediatrickém oddělení, kde probíhá péče o dítě, by měl být dostatečně informován. A dále vzděláván v oblastech fyzického, psychického, emocionálního rozvoje dítěte.

Zdravotní sestry nemají být jen sestrami, ale zastupují někdy i úlohu učitelek, kamarádek a především nahrazují v době hospitalizace rodinu dítěte. Dětská sestra má více rolí, které uplatňuje každý den v bezprostřední péči o dětského pacienta. Zdravotnický personál musí znát specifika rozdělení dětského věku, které odpovídá zvláštnostem stadií ve vývoji motorickém, citovém, mentálním, citovém a také v typu a průběhu onemocnění, která se v daném období vyskytují.

Jedny z nejdůležitějších specifík, které hrají roli ve vhodné komunikaci je věk dítěte, ale také situace, zda se jedná o ambulantně léčeného pacienta, hospitalizovaného pacienta společně s matkou či dítě, které je hospitalizované samo. Mezi zásady správné komunikace s nemocným patří především komunikace s dítětem. Sem patří doprovod dítěte, usmívat se na něho a používat jeho jméno, mluvit na dítě v jednoduchých a srozumitelných větách. Umět dítě připravit na bolest z vyšetření a na výkon – nelhat mu o případné bolesti, protože dítě zdravotníkům nebude dál důvěřovat. Zdravotní sestry a především dětské sestry by měly být trpělivé, klidné. Měly by umět dítě uklidnit, např. tím, že ho pohladí a utěší. U dětského pacienta je velice důležitá edukace, kdy pochopení námi vyřčeného výroku si stvrdíme zopakováním ze strany dítěte, aby nám bylo jasné, zda nám dítě dostatečně rozumělo. Sestra musí vystupovat jako profesionálka svým přístupem k rodině dítěte, která je často více nervózní než samotné dítě z důvodu onemocnění či hospitalizace.

Ráda bych se zmínila i o barevném oblečení zdravotnického personálu. Pracovní uniforma je v oblasti péče o nemocné dítě důležitá. Barvy v životě dítěte hrají důležitou roli. V zařízení, kde se setkáváme s nemocným dítětem, jsou stěny barevné a bývají vyzdobeny postavami z dětských pohádek. Na odděleních se využívají hračky, které nám zdravotníkům pomáhají při lékařském vyšetření dítěte. Zdravotní sestry a lékaři nesmí zapomínat na péči, se kterou se o nemocné dítě staráme. To ovlivňuje pozitivně nebo naopak negativně samotnou nemoc, ale i osobnost dítěte. Kladné ovlivňování psychického stavu nemocného patří k základním úkolům ošetrovatelského procesu. Sociální komunikace je složitá, každý zdravotnický pracovník se musí během svého působení v povolání učit (PEDIATRIE PRO PRAXI, 2008).

6.2 Charta práv hospitalizovaných dětí

1. *„Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.*
2. *Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.*
3. *Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*
4. *Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.*
5. *S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.*
6. *Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.*
7. *Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.*
8. *děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.*
9. *Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.*
10. *Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu“ (SLEZÁKOVÁ A KOLEKTIV, 2007).*

ZÁVĚR

V teoretické části popisuji historii, anatomii a fyziologii trávicího systému, fyziologii slepého střeva. Zmiňuji se o etiologii a výskytu onemocnění, popisuji klinický obraz, polohy uložení apendixu, komplikace, léčbu v podobě operačního řešení, diagnostiku. Včasná diagnostika u dětí patří k těm nejobtížnějším a je velice důležitá pro osud nemocného. Děti přicházejí v doprovodu rodičů k praktickému lékaři nebo pediatrovi a ti musí rozpoznat, zda se jedná o skutečnou náhlou příhodu břišní či o jiné onemocnění, které ji připomíná. Rozhodování lékařů je velice důležité a musí být naprosto profesionální, protože následky mohou být fatální. Z vlastní zkušenosti zdravotní sestry na lůžkovém oddělení v nemocnici, mám možnost pozorovat práci sester i lékařů. Obdivuji a vážím si celého zkušeného a zodpovědného personálu. V práci se zaměřuji na předoperační přípravu a pooperační péči po laparoskopické apendektomii, dietní opatření po operaci. Cílem moji práce bylo poukázat na důležitost prevence a edukace.

V praktické části popisuji kazuistiku šestiletého dítěte, holčičky. Na tuto kapitolu navazují základní údaje o nemocné při příjmu, lékařská anamnéza, podrobněji popsání první dva dny hospitalizace. V ošetrovatelské části se nemocné věnuji z hlediska ošetrovatelské péče a ošetrovatelského procesu. Pro vytvoření ošetrovatelské anamnézy jsem použila funkční vzorec dle Marjory Gordonové. Podrobný plán ošetrovatelské péče byl stanoven s ohledem na současný zdravotní stav, potřeby a problémy pacientky.

V závěru práce bych chtěla podotknout, jak moc je pro zdravotnický personál důležitá psychohygienu, pasivní či aktivní odreagování a umět odpočívat. Protože se tímto chráníme před stresem a následným syndromem vyhoření a profesionální deformací. Zdravotnický personál pro výkon profese potřebuje duševní klid, rovnováhu. Toto zaměstnání je velice vyčerpávající a psychicky náročné. Když se dítě na našem oddělení uzdraví, je to radostná zpráva nejen pro rodinu ale i pro nás zaměstnance. Je to odměna, která nás všechny těší a motivuje. Lékaři či zdravotní sestry mají být profesionály, často jednají s klienty, kteří prožívají krizi a jsou nemocní.

Také Míček (1984) popisuje náročnou práci zdravotníků. Očekává se, že budou svým pacientům pomáhat, zvládat jejich emocionální i sociální problémy. Od jejich role

se očekává pečlivý výkon, vysoká zodpovědnost a vstřícná komunikace. Lékaři léčí pacienty pro nemoc jim také současně pomáhají zvládnout strach před bolestivým lékařským vyšetřením či zákrokem a v průběhu jeho nemoci.

Pro samotné dítě je pobyt v nemocnici stresující záležitost. Každé dítě zvládá samotný pobyt v nemocnici, lékařské vyšetření jinak. Nelze proto přistupovat ke všem dětem stejně. Každé dítě je jiné, pochází z různého rodinného prostředí, které má na dítě vliv. Proto přistupujeme ke každému dítěti individuálně. Všechny úkony spojené s léčbou, operací i rekonvalescencí vyvolávají u dítěte nepříjemné pocity, proto mívá i hospitalizace na dítě nepříznivý vliv. Důležité je proto respektovat Chartu práv hospitalizovaných dětí. U dětí je důležitou součástí jejich života hra a právě herní terapie by v dnešní době měla být bezesporu zahrnuta do péče o děti v každé nemocnici a její prvky by do edukačních strategií sester měly patřit. Cílem bakalářské práce bylo seznámit s onemocněním apendicitidou, s léčbou, předoperační přípravou a pooperační péčí po laparoskopické apendektomii a tím byl cíl splněn. Pro tvorbu praktické části jsem si stanovila tři cíle, které byly splněny. V práci je popsána a zpracována kazuistika dítěte s daným onemocněním. Další úkol byl seznámení se správnou komunikací mezi zdravotnickým personálem a hospitalizovanými pacienty. A poslední cíl bakalářské práce bylo vysvětlení významu Charty práv hospitalizovaných dětí. Všechny stanovené cíle mé bakalářské práce se mi podařilo splnit.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

1. ČESKO, 2015. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška z února 2015. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. Dostupný z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/pro-lekare/predepisovani-lazenske-pece-od-1-ledna-2015>.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie pro posluchače lékařství II: Gastropulmonální systém*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 240 s.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*, Avicemum. Praha: Zdravotnické nakladatelství, n. p., 1988. 15–16, 97–101 s. ISBN 08–060-88.
4. DOBERSKÝ, P., ŠIMONČIČ, R., BUČKO, A. *Dietní systém pro nemocnice*. 1. vyd. Martin: Neografia, 1983. 488 s.
5. DOENGAS M. E., MOORHOUSE M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada 2001. ISBN: 80-247-0242-8.
6. FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2002. 239-242 s. ISBN 80-247- 0230-4.
7. GANONG, William F. *Přehled lékařské fyziologie*. 20. vydání. Galén, 2005. 473 s. ISBN-10: 80-7262-311-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Syndrom vyhoření*. Sestra. č. 3. 1994, IV.
9. LUKÁŠ, K. A KOLEKTIV. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. 29 s. ISBN 80-247-1283-0.
10. LUKÁŠ, K. 2015. *Příběh apendixu*. Časopis českých lékařů. [online]. 154(4), 19, 2015, č.4 [cit. 2016-02-11]. ISSN 1803-6597. Dostupný z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-archiv-cisel?id=4719>
11. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
12. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 158-159, 228-229 s. ISBN 80-247-1150-8.
13. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
14. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024729688.

15. SANTAEROCE, L., OCHOA, J. B. *Appendicitis. E Medicine Specialites, General Surgery.* In: *Ikaros* [online]. Duben 2010. Dostupný z: www.medscape.com
16. SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.
17. SCHOPENHAUER, A. *Citáty slavných osobností.* [online]. [cit. 2016-02-01]. Dostupný z: <http://www.citaty-slavnych.cz/vyhledavani/v%C3%BDznam>
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi.* Brno: NCO NZO, 2004. 35s. ISBN 80-7013-323-621.
19. STAŇKOVÁ, M., NEUWIRTH, J., MELLANKOVÁ A., Chloubová H., Pavlíková P., Nerudová I. : *Základy ošetrování nemocných.* Praha: Karolinum 2005. IBSN: 80-246-0845-6.
20. SVĚŘÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-45.
21. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATUŠOVIČ K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.* Praha: Karolinum 2002. ISBN: 80-246-0477-9.
22. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství.* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 34-36, 66-82, 267-275 s. ISBN 80-246-1091-4.
23. ŠNAJDAUF, ŠKÁBA. *Dětská chirurgie.* Koedice Galén, Karolinum, 2005. ISBN Karolinum 80-246-1084-1.
24. ŠTUIJ, J. ZEMAN L. ET AL. *Dětská apendicitida, její diagnostika a léčení.* [online]. Č. 27/2003, s. 24. Praha. [cit. 2016-02-01]. Dostupný na: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art616>.
25. ŠVÁB, J. *Náhlé příhody bříšní.* Praha: Galén, Karolinum, 2007. 27-32 s. ISBN 978-80-7262-458-0.
26. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny.* 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 2011. ISBN 978-807-3452-629.
27. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada Publishing, 2007. 16-52 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
28. ZEMAN, M. ET AL. *Speciální chirurgie.* Praha: Galén, 2004. 320-326 s. ISBN 80-7262-260-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Fotografie dětské ambulance.....	I
Příloha B – Akutní karta	II
Příloha C – Rešeršní protokol.....	III

Příloha A – Fotografie dětské ambulance



Zdroj: Vlastní zdroj, 2016

Příloha B – Akutní karta

ZDE NALEPTE IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK PACIENTA						AKUTNÍ KARTA									
Dat. +čas	TT	P	D	TK	SPO2		Příjem per os	Příjem i.v.	Výdej moč	Aceton v moči	Cukr v moči	zvracení	stolice	drén	

Zdroj: NEMOS Sokolov, 2016

Rešerše

na téma

**Ošetrovatelský proces u pediatrického pacienta
s apendicitidou**

Klíčová slova:

apendicitida, akutní apendicitida, pediatrie, děti, pacienti, ošetrovatelský proces

Analytický list:

Druhy dokumentů zachycených v rešerši:

Knihy: 15

Články z časopisů: 7

Elektronické zdroje: 1

Online zdroje: 3

Bakalářské a dizertační práce: 2

Časové vymezení:

Od r. 1992 – 2016

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina

Použité informační zdroje

Jednotná informační brána

ANL - Články v českých novinách, časopisech a sbornících

Souborný katalog ČR

Česká národní bibliografie – knihy, elektronické zdroje

Online katalog SVK Plzeň

SKAT – Souborný katalog naučné literatury

Google

Způsob uspořádání záznamů

Záznamy jsou roztríděny podle druhu dokumentů – knihy, časopisy, elektronické zdroje, online zdroje, bakalářské práce. V každé skupině pak podle příjmení autora. V případě, že u záznamu není uveden autor, je záznam zařazen pod názvem.

Knihy:

1. TOŠOVSKÝ, Václav. *Appendicitis u dětí. 2., (přeprac.) vyd.* Dobřejovice: Alfa-Omega, 2002. 231 s. Vzpomínky, návraty, příležitosti; sv. 1. ISBN 80-86318-30-3.
2. TOŠOVSKÝ, Václav. *Náhlé příhody břišní u dětí: včasná diagnostika.* Vyd. 9., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1996. 302 s. ISBN 80-7169-094-5.
3. PLEVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. *Komunikace s dětským pacientem.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.
4. NEČASOVÁ, Anna a kol. *Vybrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost. I. díl.* Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 176 s. Učební text. ISBN 80-7013-175-6.
5. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce.* Překlad Hana Horová. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 150 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1211-6.
6. ŠVÁB, Jan. *Náhlé příhody břišní.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. viii, 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.

7. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 125 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
8. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství. Část 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, ©2004. 55 s. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.
9. ŠIMONOVSKÝ, Václav. *Transabdominální sonografie trávicí trubice včetně sonografie akutní apendicitidy*. [1. vyd.]. Praha: Leon, ©1995. 109 s. ISBN 80-901747-2-8.
10. PAVROVSKÝ, Josef. *Diagnostika náhlých příhod břišních*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 295 s. Knižnice praktického lékaře.
11. TOŠOVSKÝ, Václav. *Dítě a operace: Poučení pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1972. 166, [1] s.
12. VACUŠKOVÁ, Miluše a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 1. část*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
13. SLEZÁKOVÁ, LENKA, 1959 - *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 280 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
14. MAREŠ, Jiří a kol. *Dítě a bolest*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1997. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
15. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, ZOUHAROVÁ, Alena a VACUŠKOVÁ, Miluše. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 2., rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 160 s. ISBN 80-7013-432-1.

České články:

1. *Český pacient: průvodce občanů po českém zdravotnictví*. Praha: CZECH HEALT MEDIA, 2006-2007. ISSN 1801-626X.
2. VEJVODOVÁ, Anna. Křehká hranice břicha. *Regena*, Roč. [21], č. 9 (2011), s. 12-13. ISSN 1212-2289.
3. ŠMÍD, David. Přínos ultrasonografie břicha v diagnostice akutní apendicitidy – naše zkušenosti. *Rozhledy v chirurgii*. Roč. 88, č. 8 (2009), s. 466-468. ISSN 0035-9351.

4. Dítě v nemocnici potřebuje rodiče. *Chebský deník*, 1998, 7(21), s. 11. ISSN 1210-5155.
5. DANIELOVÁ, Libuše. Etické problémy sester na lůžkových odděleních. *Dialog Evropa XXI*, 2011, 21(1-2), s. 7-10. ISSN 1210-8332.
6. KOŠŤÁK, Jiří. Součástí pediatrie musí být také laskavý vztah k dětem a rodině: čtvrtý mezinárodní kongres dětského lékařství poprvé v Hradci Králové. *Hradecké noviny*, 2000, 9(210), s. 6. ISSN 1210-602X.
7. ŠIMONOVSKÝ, Václav. Sonografická diferenciacie medzi normálním a zaníceným apendixem: Sonographic differentiation between normal and inflamed appendix. *Česká radiologie*. Roč. 48, č. 6 (1994), s. 388-394. ISSN 1210-7883.

Elektronické zdroje:

1. *Appendicitis: symptoms, diagnosis, and treatments* [online]. New York: Nova Science Publisher's, ©2010. Digestive diseases-research and clinical developmentsseries [cit. 2016-03-03].

Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10661763>.

Online zdroje:

1. <http://sanquis.cz/index1.php?linkID=art616>
2. <http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/08/06.pdf>
3. <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/04/12.pdf>

Bakalářské a dizertační práce:

DVOŘÁKOVÁ, Šárka. Ošetrovatelská péče o nemocného s akutní apendicitidou [online]. 2010 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/82520>. Vedoucí práce: Jana Holubová.

ŠTUIJ, Jaroslav. *Problematika rozhodování u akutní apendicitidy v dětském věku*. Praha: [s.n.], 1989. 119 s.