

Ošetřovatelský proces u pacienta po úrazu elektrickým proudem

1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: R. J.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1993

Věk: 20

Adresa trvalého bydliště: XXXX

RČ: 930000/0000

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111

Datum přijetí: 7. 10. 2012

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: student střední školy s maturitou

Stav: svobodný

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: matka

Typ přijetí: urgentní

Oddělení: JIP Klinika popálenin a rekonstrukční chirurgie

Medicínská diagnóza (hlavní):

Combustio corporis 32 %

Medicínské diagnózy (vedlejší):

0

Důvod přijetí (udávaný pacientem)

„S kamarády jsme běhali po vagónech a tak to dopadlo“.

2 Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 100/60 mmHg

P: 112/min.

D: 26

SpO₂: 92 %

TT: 35,5 °C

Pohyblivost: omezená vzhledem na rozsah popálení

Stav vědomí: při vědomí, orientovaný, schvácený od bolesti, neklidný

Krevní skupina: B+

Výška: 170 cm

Hmotnost: 70 kg

BMI: 24

3 Nynější onemocnění

7. 10. 2012 byl pacient přivezen ve 20,00 hod. na Klinikou popálenin a rekonstrukční chirurgie vozidlem RZP s údaji, že lezl po vagónech se svými kamarády. Následkem elektrického oblouku došlo ke vznícení šatů a následnému hoření pacienta. Spadl z vagónu, hasil se sám a za pomoci kamarádů. Utrpěl popáleniny elektrickým proudem v rozsahu 32 %.

Informační zdroje

Zdravotnická dokumentace, pacient, kontinuální monitoring a vlastní pozorování.

4 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Bez vztahu k nynějšímu zdravotnímu stavu

Matka: zdravá

Otec: léčí se na hypertenzi

Sourozenci: sestra, zdravá

Děti: nemá

Osobní anamnéza:

Bez vztahu k nynějšímu zdravotnímu stavu

Překonaná a chronická onemocnění: překonal běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace: 2006 apendektomie bez komplikací

Úrazy: bezvýznamné

Transfúze: žádné

Očkování: podle očkovacího kalendáře

Léková anamnéza:

Bez pravidelné medikace, do vzniku úrazu zcela zdrav.

Alergologická anamnéza:

Léky – biseptol, kožní reakce po tabletách

Potraviny - neudává

Chemické látky - neudává

Inhalační alergen - neudává

Jiné

Abúzy:

Alkohol - příležitostně, při oslavách

Kouření - ne

Káva - 1x denně

Léky - ne

Jiné drogy - ne

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění - nikdy neudával žádné obtíže, neléčil se s urologickým onemocněním

Sociální anamnéza:

Stav: svobodný

Bytové podmínky: Bydlí ve čtyřpokojovém bytě s rodiči a sestrou. S podmínkami bydlení je spokojený.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Sociální kontakty v rodině jsou velmi dobré. Má hodně dobrých kamarádů, spolužáků. Dobře s nimi vychází.

Záliby: čtení, sport, počítače

Trávení volného času: s kamarády hraje fotbal, jezdí na horském kole, čte.

Pracovní anamnéza:

Pacient studuje na střední odborné škole s maturitou, je v maturitním ročníku.

Vzdělání: střední odborná škola s maturitou

Pracovní zařazení: student

Čas působení: 3 roky

Vztahy na pracovišti: na dobré úrovni

Ekonomické podmínky: ekonomické podmínky rodiny jsou dobré.

Spirituální anamnéza:

Nevyznává žádnou víru

5 Posouzení současného stavu ze dne 7. 10. 2012 a doplněné po stabilizaci stavu pacienta

5.1 Popis fyzického stavu

HLAVA A KRK

Subjektivně:

„Bolesti hlavy nemívám.“

Objektivně:

Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá.

Oči - otvírá spontánně, bulby ve středním postavení, spojivky růžové. Zornice izokorické, pravidelného tvaru, fotoreakce pozitivní. Ohořelé řasy.

Uši – popálené (II. stupeň), bez výtoků, deformit.

Nos – popálený (II. stupeň), bez deformit.

Dutina ústní - bez patologie, rty růžové, symetrické, bez ragád. Sliznice vlhké, jazyk bez poranění, růžový. Chrup vlastní, sanován.

Krk - popálenina II. stupně vpravo velikosti 7x13 cm. Tonzily bez povlaku, lymfatické uzliny a štítná žláza nezvětšené.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„Těžko se mi dýchá. Mám pocit, že mám málo vzduchu. Chce se mi kašlat, ale nemůžu si odkašlat.“

Objektivně:

Hrudník - symetrický, atletický, bez deformit.

Dýchání – spontánní, auskultačně slyšitelné, alveolární. Dráždí ho na kašel bez vykašlávání. Frekvence 26/min., saturace O₂ bez kyslíku 90 %.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„Se srdcem potíže nemám.“

Objektivně:

Srdeční akce pravidelná, sinusový rytmus, ozvy ohraničené, bez šelestů. Frekvence 112/minutu, TK 100/60 mmHg. Pulz je slabě hmatný, pulzace na končetinách hmatatelná. Zavedený centrální venózní katétr do véna subklavia l. dex. č. 14. Je naměřená nulová hodnota CVT.

BŘICHO A GIT

Subjektivně:

„Bolí mě ta popálená místa.“

Objektivně:

Břicho měkké, volně prohmatné, peristaltika přítomná, menší plochy po popálení v pravém horním kvadrantu v rozsahu cca 10 %. Popáleniny II. stupně.

VYLUČOVACÍ A POHLAVNÍ ÚSTROJÍ

Subjektivně:

„Nikdy jsem nemíval problémy s močením. Ted' nemám potřebu močit.“

Objektivně:

Genitál mužský, zevní genitál popálený. Moč po zacévkování tmavohnědé barvy. Bez výrazného zápachu, hustá, koncentrovaná. Zavedený PMK č. 18, průchodný, funkční.

POHYBOVÝ APARÁT

Subjektivně:

„Všechno mě bolí. Pohyby mi dělají těžkosti.“

Objektivně:

Páteř nebolestivá, fyziologického zakřivení. Svalový tonus v normě, normostenický, poloha pasivní. Pohyby pomalé s těžkostmi. Dolní končetiny bez deformit. Obě na pohmat studené, bez otoků. Periferní pulzace hmatné. Na obou dolních končetinách jsou popáleniny II. stupně v rozsahu cca 18 %.

NERVOVÝ SYSTÉM

Subjektivně:

„Slyším dobře. Na čtení a k počítači potřebuji brýle.“

Objektivně:

Při vědomí, orientovaný, reflexy zachované. Na čtení používá brýle. Bez dalších patologií.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„Nemám problémy.“

Objektivně:

Štítná žláza nezvětšena. V anamnéze nemá poruchy endokrinního systému. Glykémie 5,6 mmol/l

IMUNITNÍ SYSTÉM

Subjektivně:

„Jsem alergický na Biseptol: Měl jsem na kůži vyrážky po tabletkách před třemi roky. Rány se mi hojí dobře a rychle.“

Objektivně:

Lymfatické uzliny nezvětšené. TT 35,5 °C.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně:

„Mám popálené tělo. Velmi to bolí. Potím se přiměřeně. Ted' jsem trochu zpocený, ale je mi velká zima.“

Objektivně:

Popálená místa jsou červená, místy bílá až tmavohnědá. Místa jsou vytvořené obrovské puchýře (II. stupeň). Rozsah popálené plochy je 32 % povrchu těla. Kůže je mírně zpocená a studená.

5.2 Aktivity denního života

Informace doplněné 8. 10. 2012 po stabilizaci stavu pacienta

STRAVOVÁNÍ

Subjektivně:

„Doma jím 3-4x denně. Žádnou dietu nedržím. Nemám oblíbené jídlo, ale nemám ve zvyku solit. Je mi trochu nevolno, ale nezvracel jsem. Nemůžu otevřít ústa, protože mě bolí tvář. Nevím, jak budu jíst. Doma nemívám zažívací těžkosti.“

Objektivně:

Pacient je přiměřeně živý. Při výšce 170 cm váží 70 kg. BMI 24. Pro popáleniny na tváři nedokáže dobře přijímat stravu. Je zahájena včasná perorální výživa mlékem. Postupně se bude přecházet na stravu s větším obsahem energie kvůli zvýšeným ztrátám bílkovin a tekutin, zvýšeným metabolismem. Je přítomná mírná nauzea.

PŘÍJEM TEKUTIN

Subjektivně:

„Piju asi 2 l tekutin denně. Většinou minerálky a čaj. Teď mám žízeň, mám sucho v ústech a bolí mě popálená tvář.“

Objektivně:

Následkem popálených ploch dochází ke zvýšené ztrátě tekutin – zahájena resuscitační tekutinová terapie.

VYLUČOVÁNÍ MOČE

Subjektivně:

„S močením problémy nemám.“

Objektivně:

Pacientovi byl zaveden permanentní katétr (1. den), sledovaný příjem a výdej tekutin.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE

Subjektivně:

„Stolici mívám každé 2 dni.“

Objektivně:

Pacient se po dobu hospitalizace nevyprázdnil.

SPÁNEK A BDĚNÍ

Subjektivně:

„Doma spím dobře. Ale teď asi neusnu, protože mě všechno bolí. Chybí mi rodina a jsem jakýsi nesvůj.“

Objektivně:

Pacient je neklidný, špatně spal. Stěžuje si na bolest.

AKTIVITA A ODPOČINEK

Subjektivně:

„Jsem aktivní člověk. Rád sportuji, hraju fotbal s kamarády. Teď nic nedokážu. Musím být v klidu, aby se mi rány zahojily.“

Objektivně:

Pacient je omezený následkem úrazu elektrickým proudem. Objevila se celková slabost. Každý pohyb mu působí bolest. Snaží se najít úlevovou polohu. Má naordinovaný klidový režim na pískovém lůžku „SKYTRON“.

HYGIENA

Subjektivně:

„Hygienické návyky mám, myslím, dobře vypěstované. Doma se o sebe starám dostatečně.“

Objektivně:

Pacient má dobré hygienické návyky, ale po úrazu bude potřebná pomoc a podpora.

SAMOSTATNOST

Subjektivně:

„Do úrazu jsem byl zcela samostatný. Ted' si neutřu ani nos.“

Objektivně:

Pacient je závislý na péči ošetřujícího personálu

5.3 Posouzení psychického stavu

Informace doplněné 8. 10. 2012 po stabilizaci stavu pacienta

VĚDOMÍ

Subjektivně:

„Vnímám všechno, co se stalo.“

Objektivně:

Pacient je při plném vědomí (GCS 15). Pamatuje si vše i úraz.

ORIENTACE

Subjektivně:

„Vím, kde jsem i jaké je datum.“

Objektivně:

Pacient je orientovaný místem, časem, osobou.

NÁLADA

Subjektivně:

„Chybí mi rodina a kamarádi. Cítím, že při mě stojí.“

Objektivně:

Pacient má skleslou náladu. Chybí mu rodina. Těší se na návštěvy.

PAMĚŤ

Staropaměť

Subjektivně:

„Myslím, že si dost dobře pamatuji.“

Objektivně:

Staropaměť je výbavná bez problémů.

Novopaměť

Subjektivně:

„Nedělá mi problém si něco nového zapamatovat.“

Objektivně:

Novopaměť bez poškození.

MYŠLENÍ

Subjektivně:

„Přemýšlím celkem logicky.“

Objektivně:
Myšlení logické.

TEMPERAMENT

Subjektivně:
„Odhaduji se na sangvinika. Někdy mám cholerické sklony, ale to je výjimečně.“

Objektivně:
Pacient působí pokorně.

SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně:
„Nevím, co na toto odpovědět. Vždy jsem byl soběstačný a budu rád, když to zvládnu sám.“

Objektivně:
Pacient je slabý. Ale předpokládá, že to zvládne.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Subjektivně:
„Do teď jsem byl zdravý. Je to čára přes rozpočet. Neměl jsem dělat „blbiny“.“

Objektivně:
Pacient si uvědomuje hodnotu zdraví. Do úrazu se touto problematikou nezabýval.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně:
„Jak jsem řekl, je to čára přes rozpočet. Jsem v maturitním ročníku. Budu mít co dohánět.“

Objektivně:
Pacient si uvědomuje vážnost svého stavu, ale projevuje odhodlání se co nejdříve uzdravit.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně:
„Ještě jsem neviděl popáleného člověka, ale vím, že můžu mít následky. Neumím si představit, jaké budou moje fyzické schopnosti a vzhled.“

Objektivně:
Pacient má obavy z možných následků.

REAKCE NA HOSPITALIZACI

Subjektivně:
„Mám trochu obavy z nemocnic, ale vím, že si zvyknu. Potřebuju, aby mi sem pustili rodinu, cítil bych se klidnější.“

Objektivně:
Pacient reaguje přiměřeně na hospitalizaci.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně:
„Musím se snažit hodně jíst, hlavně jogurty a šunku. Obsahují hodně bílkovin, které jsou pro mě důležité. Musím mít dost sil, abych mohl začít co nejdříve chodit.“

Objektivně:
Pacient se postupně adaptuje. Nevykazuje známky maladaptace.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY

Subjektivně:

„Nevím, jak budu vypadat, ani co zvládnou.“

Objektivně:

Pacient vyjadřuje obavy z toho, jak dopadne fyzicky i psychicky.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ (IATROPATOGENIE, SORRORIGENIE)

Subjektivně:

„Už jednou jsem byl hospitalizovaný se slepým střevem. Žádné negativní zkušenosti nemám.“

Objektivně:

Pacient má důvěru ke zdravotnickému personálu.

5.4 Posouzení sociálního stavu

Informace doplněné 8. 10. 2012 po stabilizaci stavu pacienta

KOMUNIKACE

Komunikace verbální

Subjektivně:

„Nemám problém se vyjadřovat.“

Objektivně:

Pacient artikuluje správně. Slovní zásoba je dostatečná.

Komunikace neverbální

Subjektivně:

„Teď moc gestikulovat nemůžu. Všechno mě bolí.“

Objektivně:

Pacient vyjadřuje mimikou své pocity. Gestikulaci vzhledem k inzultu omezuje. Oční kontakt udržuje.

INFORMOVANOST

Informovanost o onemocnění

Subjektivně:

„Co dodat? Lékař mě informoval, že to je na delší dobu. Hlavně, že to nedopadlo hůř.“

Objektivně:

Pacient je o svém zdravotním stavu informován.

Informovanost o diagnostických metodách

Subjektivně:

„Něco mi pan doktor už řekl.“

Objektivně:

Pacient má základní informace.

Informovanost o léčbě a dietě

Subjektivně:

„Je to prý na dlouho, jen aby se to nekomplikovalo nějakou infekcí. Doktor mě informoval o mém stavu a další léčbě. Prý mě budou operovat a jsou potřebné pravidelné převazy.“

Objektivně:

Pacient má dostatek informací, které se budou v průběhu hospitalizace aktuálně doplňovat.

Informovanost o délce hospitalizace

Subjektivně:

„To teď asi neví nikdo.“

Objektivně:

Přesnou délku hospitalizace není možné určit vzhledem na vážnost stavu pacienta.

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

Primární role (role související s věkem a pohlavím)

Subjektivně:

„Jsem dvacetiletý kluk.“

Objektivně:

Muž, 20 let. Role je ovlivněná zdravotním stavem.

Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně:

„Rodina a kamarádi mi velmi chybí, ale určitě na mě myslí a to mi dost pomáhá.“

Objektivně:

Syn, vnuk, přítel, kamarád. Role jsou ovlivněné současným zdravotním stavem.

Terciální role (související s volným časem a zálibami)

Subjektivně:

„Chodím hrát fotbal a vůbec jsem dost aktivní. Teď jsem slabý a nic nedokážu.“

Objektivně:

Role jsou ovlivněné současným zdravotním stavem.

6 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření a zákroky

Krev

Hematologické vyšetření: Hb-168; Ery-6,1; Htk- 0,45; Leu-5,5; Tr-225

Biochemické vyšetření: Gl-5,6; Na-135; K-5,2; urea-5,7; kreatinin-75; AST-0,26; ALT-0,35; albuminy-38; CK-110; celkové bílkoviny-20; CRP-2,5

Krevní skupina a Rh faktor: B Rh+

Hemokoagulační vyšetření: INR-1,15; R-1,12; fibrinogen-2,6

Serologické vyšetření: HIV, HbSAg, BWR: negativní.

Moč

Močový sediment, odpady v moči/24 hodin.

Stěry

Stěry z popálených ploch, výtěr z mandlí, výtěr z rekta.

Další vyšetření

ORL, oční konzilium, rtg snímek centrálního katétru + nativní rtg snímek plic.

Pohybový režim a RHB

Pacient uložený na pískové lůžko „Skytron“. Klid na lůžku. RHB dýchání každou hodinu.

Výživa

Dieta č. 11 + bílkovinové přídavky, Fresubin sipping 3x200 ml

Medikamentózní léčba

per os

ZnSO₄ 220mg à 24 hodin 08:00 hod.
B-komplex 3x1 tbl. 06:00-12:00-18:00 hod.
Medipyrin 1 tbl. dle potřeby
Rohypnol 1 tbl. na noc dle potřeby

intravenózní

G – PNC 1 mil. j. à 6 hodin 06:00-12:00-18:00-24:00 hod.
B1 1amp. à 12 hodin 08:00-20:00 hod.
Celaskon 1amp. à 12 hodin 08:00-20:00 hod.
Kanavit 1amp. à 12 hodin 20:00-08:00 hod.
Ambrobene 1amp. à 12 hodin 20:00-08:00 hod.
Hydrokortison 100 mg à 12 hodin 20:00-08:00 hod.
Degan 1 amp. à 6 hodin 02:00-08:00-14:00-20:00 hod.
Morfin 5 mg à 6 hodin 20:00-02:00-08:00-14:00 hod.
Furosemid 10 mg dle potřeby
Dormicum 1 mg dle potřeby

subkutánní

Heparin 5 000 j. à 12 hodin 08:00-20:00 hod.
Polystafana (stafylokokový anatoxin) úterý - pátek

intramuskulární

Erevit 300 mg à 24 hodin (ráno) 08:00 hod.

Suppositoria: glycerin podle potřeby

Infuzní terapie během prvních 24 hodin po úrazu:

Hartmanův roztok podle Parklandovy formule 15 400 ml/24 hodin
- z toho během prvních 8 hodin podaných 7 700 ml (v=960 ml/hodinu), druhá polovina roztoku podaná během následujících 16 hodin (v=480 ml/hodinu).

Infuzní terapie po 24 hodinách po úrazu:

10% Glukóza+10% MgSO+7,5% KCl+Pantenol
20% Albumin 100 ml 1x denně
FR 1/1 500 ml 1x denně (rychlost 100ml/hod)
Tramal 300 mg/50 ml do FR 1/1 (v=3 ml/hodinu)
10% Manitol 100 ml dle potřeby
čerstvá zmrazená plazma dle potřeby

Péče o oči

Ophtalmo-Septonex gtt. a Ophtalmo-Framykoin ung. 3x denně do obou očí

Invazivní vstupy

Centrální žilní katétr zaveden cestou v. subclavia l. dx. (1. den)
Permanentní močový katétr č. 18 (1. den)

Pokyny sestře

Kontinuální sledování: TK, pulz, dech, EKG křivka, TT, saturace kyslíku v krvi, vědomí, psychický a fyzický stav. Sledování bilance tekutin, centrální venózní tlak, hodinová diuréza. Bodování bolesti na analogové škále od 1 do 5 každých 6 hodin.

7 Situační analýza

20letý pacient hospitalizovaný 1. den po úrazu elektrickým proudem a s popáleninami na 32 % povrchu těla. Je při vědomí, vitální funkce jsou lehce alterované. TK 100/60 mmHg, pulz 112/min., D 26/min., saturace 95 %, tělesná teplota 35,2 °C. Má zavedený centrální venózní katétr 2. den. Naměřená nulová hodnota CVT. PMK 2. den. Stěžuje si na bolesti popálených ploch (VAS 4), ztíženě se mu dýchá a dráždí ho ke kašli. Kůži má studenou a narušenou. Přes defekty ztrácí tekutiny a teplo. Cítí žízeň, ale nemůže se napít a jíst, protože ho bolí popálená tvář. Přivolaný konziliární lékař ORL vylučuje postižení dýchacích cest. Pacient má obavy z bolesti, z nepříjemných vyšetření a průběhu hospitalizace. Špatně spí kvůli bolesti a prostředí. Rodina a kamarádi mu jsou a budou oporou při zvládnutí každodenních těžkostí. Následkem těžkého úrazu je unavený, s vážným deficitem sebeděče ve všech oblastech. Má strach z budoucnosti.

8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA International 2012-2014 taxonomie II a jejich uspořádání dle priorit

8.1 Akutní bolest (00132)

Akutní bolest (00132)

Akutní bolest v souvislosti s popáleninovým úrazem projevující se verbalizací pacienta a hodnocením bolesti na škále 1-5 stupněm 4

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Změny dýchání
- Kódový/číselný záznam
- Pozorované známky bolesti
- Narušení vzorce spánku

Související faktory:

- Původci zranění (fyzikální)

Cíl krátkodobý: Pacientova bolest se zmírní (z VAS 4 na 1) - do 12 hodin

Priorita: Vysoká

Očekávané výsledky:

Pacient verbalizuje bolest při jejím vzestupu - do 1 hodiny

Pacient si upevní informace o škále bolesti - do 1 hodiny

Pacient udává zmírnění bolesti o dva stupně (z VAS 4 na 2) - do 40 minut od intervencí

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Aplikuj analgetikum podle ordinace lékaře denně – všeobecná sestra.
2. Sleduj nástup a délku účinku analgetik, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
3. Zopakuj pacientovi princip sledování bolesti podle stupnice do 2 hod – všeobecná sestra.
4. Sleduj intenzitu a charakter bolesti podle stupnice 1-5 (dle stavu pacienta) minimálně 3x denně dle standardu pracoviště – všeobecná sestra.
5. Monitoruj vitální funkce, dle ordinace lékaře a stavu pacienta – všeobecná sestra.
6. Veď záznam o charakteru bolesti, o podání a účinku léku (denně) – všeobecná sestra.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

20:10 sestra vysvětlila pacientovi opět způsob hodnocení bolesti. Pacient porozuměl a uměl určit stupeň 4.

20:15 sestra aplikovala 5 mg Morfinu podle ordinace lékaře. Bolest ustoupila.

Sestra vysvětlila pacientovi, že je nutné informovat personál při vzestupu bolesti. Pacient je napojený na kontinuální monitoring.

Hodnocení (po 1 hodině):

Pacient verbalizuje bolest při jejím vzestupu.

Pacient si upevnil informace o škále bolesti a umí je interpretovat.

Pacient udává zmírnění bolesti o dva stupně.

Cíl byl splněn, avšak i nadále je důležité pokračovat v naplánovaných intervencích.

Pokračující intervence: **1, 2, 4, 5, 6**

Hodnocení (po 5 hodinách):

Pacient verbalizuje vzestup bolesti ve 01:00 hod.

Po aplikaci analgetik bolest ustupuje do 20 minut.

Odsledovaná doba účinku léku je přibližně 5,5 hodiny.

Pokračující intervence: **1, 2, 4, 5, 6**

Další interval hodnocení po 5 hodinách.

8.2 Zhoršená spontánní ventilace (00033)

Zhoršená spontánní ventilace (00033)

Nedostatečné dýchání v souvislosti s popáleninovým úrazem

projevující se ztíženým a zrychleným dýcháním a poklesem saturace kyslíku

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární-pulmonální reakce

Definice: Snížení energetických rezerv vede k neschopnosti jedince udržet dýchání na přiměřené úrovni pro zachování života.

Určující znaky:

- Snížená saturace arteriální krve kyslíkem – SaO₂
- Zvýšený neklid
- Zvýšené zapojení pomocných dýchacích svalů
- Obavy

Související faktory:

- Únava dýchacích svalů

Cíl dlouhodobý: Pacient má zabezpečenou adekvátní oxygenaci tkání - během hospitalizace.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacient má optimální hodnotu saturace kyslíkem - do 1 hodiny

Pacient verbalizuje zlepšení dýchání - do 1 hodiny

Vitální funkce pacienta a hodnoty arteriálních plynů jsou ve fyziologickém rozmezí - do 1 hodiny

Pacientova saturace kyslíku neklesne pod 95 % - do 72 hodin

Pacient ovládá techniku dechové RHB - do 12 hodin

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012

1. Ulož pacienta do Fowlerové polohy a zabezpeč klid na lůžku, denně – všeobecná sestra.
2. Uklidni pacienta a vysvětli potřebu kyslíkové terapie, ihned – lékař, všeobecná sestra.
3. Podávej zvlhčený ohřátý kyslík 8 l/min, s frakcí kyslíku 40 %; přes ventil – masku, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Monitoruj vitální funkce, saturaci, stav vědomí, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
5. Sleduj barvu kůže nepoškozené, při každém kontaktu – všeobecná sestra.
6. Podle ordinace lékaře vykoněj odběr arteriálních plynů – všeobecná sestra.
7. Pouč pacienta o důležitosti RHB dýchání, do 4 hodin – lékař, všeobecná sestra.
8. Demonstruj RHB dýchání, denně – fyzioterapeut, všeobecná sestra.
9. Připrav pomůcky pro případné zajištění dýchacích cest intubací, ihned – všeobecná sestra.
10. Zaznamenávej všechny údaje a hodnoty do dokumentace, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

Pacient je ve Fowlerové poloze, kterou toleruje. Kyslíková terapie podávaná přes ventil-masku. Průtok zvlhčeného kyslíku je 8l/min, s FiO₂ 40 %.

Ve 20:00 je saturace 92 %. Po 40 minutách aplikace kyslíku stoupá na 95 %.

Výsledky odběru arteriální ABR vykazují snížené hodnoty. Pokračuje kyslíková terapie. Pacient ji toleruje.

21:30 Pacientův stav se nadále zlepšuje. Saturace kyslíku stoupla na 97-98 %.

Frekvence dýchání je 22 dechů/min.

Sestra vysvětluje pacientovi potřebu RHB cvičení: 5 hlubokých nádechů a výdechů po sobě aspoň jednou za hodinu. Pacient chápe demonstraci a aktivně se zapojuje do cvičení.

6:30 kontrolní odběr arteriální ABR: pO₂ je v normě.

Hodnocení (po 1 hodině):

Pacient má optimální hodnotu saturace kyslíkem

Pacient verbalizuje zlepšení dýchání

Vitální funkce a hodnoty arteriálních plynů ještě nejsou ve fyziologickém rozmezí

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je nutné pokračovat.

Pokračující intervence: **1, 3, 4, 5, 6, 10**
Další interval hodnocení po 8 hodinách.

Hodnocení (8. 10. v 6:30 hod.):

Pacient má optimální hodnotu saturace kyslíkem
Pacient verbalizuje zlepšení dýchání
Vitální funkce a hodnoty arteriálních plynů jsou ve fyziologickém rozmezí
Saturace kyslíku neklesla pod 95 %
Pacient částečně ovládá techniku dechové RHB

Cíl byl splněn

Pokračující intervence: **1, 4, 6, 10**
Další interval hodnocení po 8 hodinách.

8.3 Hypotermie (00006)

Hypotermie (00006)

Hypotermie vzhledem k zvýšeným ztrátám tepla popálenými plochami projevující se bledostí, studenou kůží a třesavkou

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 6: Termoregulace

Definice: Tělesná teplota pod normálním rozmezím

Určující znaky:

- Tělesná teplota pod normálním rozmezím
- Chladná kůže
- Bledost
- Třesavka

Související faktory:

- Trauma

Cíl krátkodobý: Pacientova tělesná teplota má fyziologickou hodnotu - do 24 hodin.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Hodnota tělesné teploty pacienta stoupne na 36 °C - do 1 hodiny
Hodnota tělesné teploty pacienta neklesne pod 36 °C - do 18 hodin
Pacient nemá třesavku - do 1 hodiny
Pacient má fyziologickou barvu zdravé kůže - do 3 hodin

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Nastav vyhřívání lůžka na 37 °C, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
2. Zabezpeč přikrývky, vyhřevný polštář, ihned – všeobecná sestra, ZA.
3. Nabízej teplé tekutiny, vždy – všeobecná sestra.
4. Sleduj tělesnou teplotu v půlhodinových intervalech a hodnoty zapisuj do dokumentace – všeobecná sestra.
5. Pokud se tělesná teplota neupraví, začni s ohříváním infuzí na 37 °C dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
6. Kontroluj barvu kůže, při každém kontaktu – všeobecná sestra.
7. Sleduj kontinuálně vitální funkce, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.

Realizace (20:00 - 08:00 hod.):

20:00 při kontrole TT naměřená hodnota 35,2 °C. Pacient udává, že mu je zima. Má třesavku.

Zvýšené vyhřívání lůžka na 37 °C a pacient je přikrytý další dekou.

20:30 zaznamenán vzestup TT na 36 °C. Snižuje se vyhřívání lůžka na 35 °C.

Pacient přijímá teplé tekutiny po lžičkách.

20:50 ustoupila třesavka, kůže mírně zrudověla. TT je 36,2 °C.

23:50 naměřená tělesná teplota je 36,8 °C. Snižuje se vyhřívání lůžka na 33 °C.

Kůže je teplá, růžová.

Hodnocení (po 1 hodině):

Hodnota tělesné teploty stoupla na 36 °C

Pacient nemá třesavku

Cíl se podařilo splnit, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Pokračující intervence: **3, 4, 6, 7**

Další interval hodnocení po 2 hodinách.

8.4 Snížený objem tekutin v organismu (00027)**Snížený objem tekutin v organismu (00027)**

Deficit objemu tekutin v důsledku nadměrných ztrát tekutin popálenými plochami projevující se suchými sliznicemi, hustou močí a nulovou hodnotou CVT

Doména 2: Výživa

Třída 5: Hydratace

Definice: Snížení intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin.

Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn (koncentrace) sodíku.

Určující znaky:

- Snížená žilní náplň
- Suché sliznice
- Zrychlený pulz
- Žízeň
- Slabost

Související faktory:

- Aktivní pokles objemu tělesných tekutin

Cíl dlouhodobý: Pacient je optimálně hydratován - během hospitalizace.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

CVT pacienta stoupne na hodnotu 2 cm sloupce H₂O - do 6 hodin.

Hodinová diuréza pacienta vykazovat hodnotu 1 ml/kg hmotnosti pacienta - do 6 hodin.

Pacient má vyvážený příjem a výdej tekutin - do 6 hodin

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Podávej ordinované infuzní roztoky a sleduj rychlost aplikace, denně – všeobecná sestra.
2. Sleduj hodnoty CVT každé 3 hodiny a zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra.
3. Upravuj rychlost infúze podle hodnoty hodinové diurézy a podle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Sleduj bilanci tekutin každých 6 hodin – všeobecná sestra.
5. Sleduj kontinuálně vitální funkce a stav vědomí, turgor kůže podle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
6. Kontroluj ztrátu tekutin obvazy, denně – všeobecná sestra.
7. Vykonej kontrolní odběry krve podle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
8. Sleduj pitný režim pacienta po dobu hospitalizace, denně – všeobecná sestra.
9. Vysvětli pacientovi důležitost zvýšeného příjmu tekutin, ihned – lékař, všeobecná sestra.
10. Zabezpeč dostatečný příjem tekutin per os, denně – všeobecná sestra.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

20:20 bylo ověřené správné zavedení centrálního katétru. Odebraná krev na vyšetření.

21:00 zahájena aplikace Hartmanova roztoku rychlostí 900 ml/hod. Při monitorování vitálních funkcí zaznamenán pokles krevního tlaku na hodnotu 100/50 mmHg

22:00 hodinová diuréza je 30 ml/hod.

22:30 vitální funkce se stabilizovaly (TK=110/60 mmHg)

CVT má stále nulovou hodnotu. Po domluvě s lékařem se zvyšuje rychlost infúze na 1000 ml/hod.

Pacientovi je vysvětlena potřeba zvýšeného příjmu tekutin per os. Je mu zabezpečený dostatek mléka a čaje.

24:00 tlak krve je stále stabilizovaný (120/60 mmHg), pulz 95/min.

Obvazy jsou protečené téměř na všech popálených plochách.

Pacient se snaží přijímat tekutiny ústy. Bilance tekutin je vzhledem na úraz v normě.

Hodinová diuréza je 70 ml/hod., CVT je 1 cm H₂O. Podle ordinace lékaře je ponechána rychlost infúze.

Všechny hodnoty jsou zaznamenány do dokumentace.

6:30 pacient je stabilizovaný. Hodinová diuréza je v normě (100-150 ml/hod.), CVT stouplo na 2 cm H₂O.

Rychlost podání infúze snížena na 700 ml/hod.

Je vypracovaný pitný režim, podle kterého by měl být denní příjem tekutin per os 2 500-3 000 ml/hod.

Odebraná krev na laboratorní vyšetření.

Hodnocení (po 12 hodinách):

CVT pacienta stouplo na hodnotu 2 cm sloupce H₂O .

Hodinová diuréza vykazuje hodnotu 1 ml/kg hmotnosti pacienta.

Pacient má vzhledem k úrazu vyvážený příjem a výdej tekutin (P=7500 ml, V=1050 ml).

Hydratace se zlepšila, sliznice jsou vlhké. Pacient má vypracovaný pitný režim a je ochotný ho dodržovat.

Cíl je splněný, v naplánovaných intervencích je potřebné dále pokračovat.

Pokračující intervence: **1-7, 9, 10.**

Další interval hodnocení po 6 hodinách.

8.5 Deficit sebepéče při koupání (00108)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu vážného úrazu projevující se neschopností vykonávat péči o sebe sám

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- Neschopnost dostat se do koupelny
- Neschopnost usušit si tělo
- Neschopnost opatřit si potřeby ke koupání
- Neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- Neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- Muskuloskeletální poškození
- Bolest
- Slabost

Cíl dlouhodobý: Pacient má zajištěný hygienický standard pracoviště - během hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacient je čistý a upravený během hospitalizace - denně.

Kožní adnexa pacienta jsou standardně ošetřeny během hospitalizace - denně.

Pacient zná příčiny klidového režimu a dodržuje ho - ihned.

Pacientova soběstačnost v rámci koupání se zlepší - do jednoho týdne.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Prováděj celkovou hygienickou péči u pacienta 2x denně s maximální šetrností v oblasti kolem popálených ploch – všeobecná sestra.
2. Aplikuj léky do očí podle ordinace lékaře 3x denně – všeobecná sestra.
3. Postupně zapojuj pacienta do základních hygienických činností po konzultaci s lékařem a fyzioterapeutem – všeobecná sestra.

Realizace 7. 10. – 8. 10. 2012:

Sestra vysvětlila pacientovi nutnost klidu na lůžku. Zajistila dostatečnou intimitu při ošetřování oblasti genitálií.

Celková koupel na lůžku byla provedena ráno v 7:30 s ohledem na popálené plochy. Pacient si na bolest nestěžoval, vzhledem na aplikaci dostatečné dávky opiátů.

Oči byly ošetřovány 3x denně podle ordinace (Ophtalmo-Septonex gtt. a Ophtalmo-Framykoin ung.) Před každou aplikací byla stará mast z očí odstraněna.

Pacient se ještě necítí na to, aby při hygieně aktivněji spolupracoval.

Hodnocení (po 24 hodinách):

Pacient je čistý a upravený.
Kožní adnexa pacienta jsou standardně ošetřeny.
Pacient zná příčiny klidového režimu a dodržuje ho.
Pacientova soběstačnost v rámci koupání se nelepší.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřebné dále pokračovat.

Pokračující intervence: **1–3**

Další interval hodnocení po 24 hodinách.

8.6 Deficit sebepéče při stravování (00102)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Porucha soběstačnosti v oblasti výživy z důvodu vážného úrazu projevující se neschopností vykonávat péči o sebe sám

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebestačte

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování

Určující znaky:

- Neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům
- Neschopnost dostat jídlo na příbor
- Neschopnost zacházet s příborem

Související faktory:

- Muskuloskeletální poškození
- Bolest
- Slabost

Cíl dlouhodobý: Pacient má saturované zvýšené požadavky výživy - po celou dobu hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Hmotnostní křivka pacienta neklesne během hospitalizace - denně.

U pacienta se neobjeví známky malnutrice během hospitalizace - denně.

Pacient má kryté zvýšené nároky na příjem bílkovin během hospitalizace - denně.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Po odeznění nauzey podávej dietu podle ordinace lékaře č. 11 s bílkovinnými přísadkami, Fresubin Energy sipping 3x200 ml – všeobecná sestra.
2. Sleduj stav hydratace pacienta, denně – všeobecná sestra.
3. Sleduj bilanci tekutin, dokumentuj, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Podporuj a ved' pacienta k postupné soběstačnosti, při každém kontaktu – všeobecná sestra.

Realizace 7. 10. – 9. 10. 2012:

V den příjmu má pacient nauzeu. Přijímá teplý čaj po lžičkách.

8. 10. se stav lepší. Nauzea ustupuje. Pacient toleruje dietu i Fresubin.

Hodnocení (po 48 hodinách):

Pacient má saturované výživové požadavky.
Nebyly zaznamenány komplikace ze strany výživy.
Pacient spolupracuje při stravování.

Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat.

Pokračující intervence: **1–3**

Další interval hodnocení po 48 hodinách.

8.7 Deficit sebekpěče při vyprazdňování (00110)

Deficit sebekpěče při vyprazdňování (00110)

Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování z důvodu vážného úrazu projevující se neschopností vykonávat péči o sebe sám

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebekpěče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování

Určující znaky:

- Neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu
- Neschopnost přemístit se na toaletu nebo na pojízdný klozet
- Neschopnost manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování
- Neschopnost sedět na toaletě nebo pojízdném klozetu

Související faktory:

- Zhoršené schopnost přemístit se
- Muskuloskeletální poškození
- Bolest
- Slabost

Cíl dlouhodobý: Pacient maximálně spolupracuje (dle svých možností) a má zajištěnou péči v oblasti pravidelného vyprazdňování moči a stolice - do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Hodinová diuréza pacienta je 2 ml/kg hmotnosti - do 12 hodin.

Permanentní katétr pacienta je funkční po dobu zavedení - denně.

Pacient neverbalizuje diskomfort v souvislosti se zavedením PK po dobu jeho zavedení - denně.

Pacientovo tlusté střevo se vyprázdní - do 12 hodin.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Sleduj hodinovou diurézu – všeobecná sestra.
2. Pečuj o permanentní močový katétr dle standardu oddělení, denně – všeobecná sestra.
3. Hydratuj pacienta dle ordinace lékaře, denně – všeobecná sestra.
4. Sleduj a zaznamenej vyprázdnění stolice, denně – všeobecná sestra, ZA.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

Ústí močové trubice ošetřeno dezinfekčním roztokem. Permanentní katétr je průchodný.
Hodinová diuréza je měřená po 3 hodinách. V 8:00 je 2 ml/kg hmotnosti.
Infúze jsou podávány dle ordinace lékaře. Bilance tekutin je vyrovnaná. Stolicí pacient neměl.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Hodinová diuréza je 2 ml/kg hmotnosti.
Permanentní katétr je funkční.
Pacient neverbalizuje diskomfort v souvislosti se zavedením PK.
Pacientovo tlusté střevo se nevyprázdnilo.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat.
Pokračující intervence: **1–4**
Další interval hodnocení po 12 hodinách.

8.8 Nespavost (00095)

Nespavost (00095)

Poruchy spánku vzhledem k poúrazovému stavu a bolesti projevující se neklidem a verbalizací

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování organismu.

Určující znaky:

- Pacient uvádí nespokojenost se spánkem (aktuální)
- Pacient uvádí nedostatek energie

Související faktory:

- Úzkost
- Strach
- Tělesný diskomfort (bolest)
- Stres

Cíl dlouhodobý: Pacient má optimální spánkový režim - do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacient spí v noci více než 6 hodin - denně.
Pacient verbalizuje po probuzení pocit odpočinku - do 36 hodin.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Eliminuj rušivé faktory, denně – ošetřující personál.
2. Vysvětlí pacientovi nutnost kontinuálního monitorování, ihned – lékař, všeobecná sestra.
3. Podej léky na spaní podle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Sleduj nástup, délku a kvalitu spánku, denně – všeobecná sestra.
5. Zaměstnávej pacienta během dne, denně – ošetřující personál.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

22:15 pacient nespí, verbalizuje neklid a nejistotu v novém prostředí (přístroje, pomůcky, zvuky). Sestra mu vysvětluje důležitost sledování, upozorňuje ho na možný zvuk alarmu. Ztlumila světlo v boxu.

23:30 pacient si stále stěžuje, že nemůže usnout. Všeobecná sestra podává 1 tabletu Rohypnolu podle ordinace lékaře.

00:30 pacient usnul. Spal do 05:30. Ráno tvrdil, že se celkem dobře vyspal.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Pacient nespál v noci více než 6 hodin.

Pacient verbalizuje po probuzení pocit odpočinku.

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Pokračující intervence: **1, 3, 4, 5.**

Další interval hodnocení po 24 hodinách.

8.9 Strach (00148)

Strach (00148)

Strach z budoucnosti a průběhu hospitalizace vzhledem na úraz a prognózu projevující se neklidem a kladením otázek

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Uvádí obavy
- Uvádí strach
- Uvádí sníženou sebejistotu

Kognitivní

- Identifikuje předmět strachu
- Podnět je vnímán jako ohrožení

Behaviorální

- Zúžené zaměření na zdroj strachu

Fyziologické

- Zrychlené dýchání
- Nausea

Související faktory:

- Přirozené (bolest, ztráta fyzické podpory)

Cíl dlouhodobý: Pacient změní strach na maximální emocionální pohodu - do 7 dní

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacient se svěří se svými obavami a strachem - do 3 hodin.

Pacient verbalizuje ústup pocitu strachu a obav - do 12 hodin.

Pacient aktivně spolupracuje na zvládnání svých obav a strachu - do 12 hodin.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Povzbuzuj pacienta při vyjadřování svých pocitů, při každém kontaktu – všeobecná sestra.

2. Vyslechni pacienta, projev mu empatii, odpovídej na otázky, při každém kontaktu – zdravotnický tým.
3. Odpoutávej pozornost pacienta a eliminuj rušivé faktory z prostředí, denně – ošetrovatelský tým.
4. Vysvětlí srozumitelně diagnostické a terapeutické postupy v rozsahu svých kompetencí, denně – lékař, všeobecná sestra.
5. Nauč pacienta využívat relaxační techniky, do 24 hodin – fyzioterapeut, všeobecná sestra.
6. Umožni kontakt s rodinou, denně – ošetřující personál.
7. Podle potřeby doporuč psychologické konzilium – lékař, všeobecná sestra.
8. Podej léky dle ordinace lékaře, denně – všeobecná sestra.
9. Sleduj vitální funkce, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
10. Zaznamenej projevy strachu a obav, denně – všeobecná sestra, lékař.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

Po příjmu na JIP je pacient neklidný. Všeobecná sestra zahajuje rozhovor, kde se snaží získat informace o zdroji neklidu. Pacient se bojí vyjádřit své pocity. Všeobecná sestra ho uklidňuje a ubezpečuje ho, že se mu vynasnaží pomoci.

21:15 pacient sám žádá o rozhovor. Je ochotný si promluvit o svých pocitech. Chybí mu rodina. Bojí se, že bude mít v budoucnu následky a nebude soběstačný. Má obavy z bolesti, vyšetření a průběhu hospitalizace. Všeobecná sestra ho ubezpečí, že mu bude poskytnuté dostatek informací. Bolest mu bude průběžně tlumená.

21:50 pacient chce hovořit s ošetřujícím lékařem. Lékař mu vysvětlí jeho momentální zdravotní stav, průběh léčby, potřebu převazů, operací a rehabilitací. Pacient je ubezpečený, že se mu celý personál vynasnaží pomoci, ale důležitá je i jeho spolupráce. Je mu umožněna návštěva matky na 15 minut.

22:15 sestra umístí pacientovi na box fotografie rodiny, které přinesla matka.

23:00 pacient verbalizuje mírný ústup strachu a obav. Ví, že pokud si potřebuje promluvit, je sestra na blízku.

23:30 sestra podává 1 tbl. Rohypnolu podle ordinace lékaře.

Všechny měřené hodnoty a údaje jsou zaznamenávány do dokumentace.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Pacient se svěřil se svými obavami a strachem.

Pacient neverbalizuje ústup pocitu strachu a obav.

Pacient aktivně spolupracuje na zvládnání svých obav a strachu.

Pacient je ochotný si promluvit o svých pocitech, sám si vyžádal rozhovor. Po vysvětlení průběhu hospitalizace se obavy zmírnily, ale stále má strach z možných následků úrazu.

Cíl se splnil částečně, v naplánovaných intervencích je třeba dále pokračovat.

Pokračující intervence: **1–10**

Další interval hodnocení po 24 hodinách.

8.10 Riziko infekce (00004) (CŽK)

Riziko infekce (00004) (CŽK)

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením centrálního žilního katétru

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana (porušená kůže – centrálním žilním katétre)
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá projevy místní ani celkové infekce - do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- Pacientův invazivní vstup je průchodný po dobu zavedení - denně.
- Pacient nemá známky místní infekce po dobu zavedení - denně.
- Pacient nemá známky sepse po dobu zavedení - denně.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce, denně – všeobecná sestra.
2. Prováděj převaz CŽK podle standardu oddělení – všeobecná sestra.
3. Podávej antibiotika v přesných dávkách a intervalech, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Kontroluj průběžně místo zavedení invazivního vstupu, dle stavu pacienta a standardu pracoviště, denně – všeobecná sestra.
5. Vykonávej bariérovou ošetřovatelskou péči, denně dle standardu pracoviště – ošetřující personál.
6. Udržuj pacienta i lůžko v čistotě, denně – ošetřující personál.
7. Sleduj a dokumentuj fyziologické funkce, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
8. Sleduj délku zavedení invazivního vstupu a dokumentuj, denně – všeobecná sestra.
9. Pečuj o adekvátní hydrataci, denně - všeobecná sestra.
10. Vykonávej všechny intervence za přísných aseptických podmínek, denně – ošetřující personál.
11. Pouč pacienta o místních a celkových příznacích zánětu a potřebě sterility, ihned – všeobecná sestra.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

20:30 okolí centrálního žilního katétru ošetřené Betadinem. Vstup přelepený Tegadermem.

22:30 všeobecná sestra kontroluje místo zavedení CŽK. Upozorní pacienta o potřebě pravidelného ošetřování a zachování sterilních podmínek. Upozorní ho, aby při pocitu bolesti, otoku, celkové slabosti, přivolal sestru.

24:00 aplikován G – PNC 1 mil. j., všeobecná sestra sleduje vitální funkce a zaznamenává do dokumentace.

06:00 aplikován G – PNC 1 mil. j., kontrola místa vpichu. Vitální funkce jsou v normě. Všeobecná sestra dodržuje principy bariérové ošetřovatelské péče.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Invazivní vstup je průchodný.

Pacient nemá známky místní infekce.

Pacient nemá známky sepse.

Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat.
Pokračující intervence: **1–10**
Další interval hodnocení po 12 hodinách.

8.11 Riziko infekce (00004) (PMK)

Riziko infekce (00004) (PMK)

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů
- Nedostatečná primární obrana – katetrizace PMK

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá projevy místní ani celkové infekce - do konce hospitalizace

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Permanentní katétr je průchodný po dobu jeho zavedení - denně.

Pacient nemá známky místní infekce po dobu zavedení PMK - denně.

Pacient nemá známky celkové infekce po dobu zavedení PMK - denně.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce, denně – všeobecná sestra.
2. Sleduj hodinovou diurézu, barvu a možné příměsi moči – všeobecná sestra.
3. Podávej antibiotika v přesných dávkách a intervalech, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
4. Vykonavej bariérovou ošetřovatelskou péči, denně – ošetřující personál.
5. Udržuj pacienta i lůžko v čistotě, denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Sleduj a dokumentuj vitální funkce, dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
7. Sleduj délku zavedení PMK a dokumentuj, denně dle stavu pacienta a standardu pracoviště – všeobecná sestra.
8. Pečuj o adekvátní hydrataci, denně – všeobecná sestra.

Realizace (20:00 – 08:00 hod.):

Fyziologické funkce jsou u pacienta sledovány kontinuálně. Vyhledávány místní a celkové známky infekce.

Sledována funkčnost PMK. Moč je tmavší barvy. Hodinová diuréza postupně stoupá. Antibiotika aplikována podle ordinace lékaře G – PNC 1 mil. j. à 6 hodin.

Sestra dodržovala principy bariérové ošetřovatelské péče.

Hodnocení (po 12 hodinách):

Permanentní močový katétr je průchodný.

Pacient nemá známky místní infekce.

Pacient nemá známky celkové infekce.

Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřebné dále pokračovat.
Pokračující intervence: **1–8**.
Další interval hodnocení po 12 hodinách.

8.12 Riziko infekce (00004) (popáleniny 32 procent povrchu těla)

Riziko infekce (00004) (popáleniny 32 % povrchu těla)

Riziko vzniku infekce vzhledem k popálení 32 % povrchu těla

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů
- Nedostatečná primární obrana

Cíl dlouhodobý: Pacienta popálené plochy nejeví známky infekce - do zhojení

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

U pacienta se nevyskytnou místní známky infekce do konce hospitalizace - denně.

U pacienta se nevyskytnou celkové známky infekce do konce hospitalizace - denně.

Popálené plochy se hojí per primam - do 14 dní.

Ošetřovatelské intervence 7. 10. 2012:

1. Sleduj sterilně kryté popálené plochy, denně – všeobecná sestra.
2. Vykonávej šetrně převazy popálených ploch podle potřeby při protečení obvazů za aseptických podmínek – lékař, všeobecná sestra.
3. Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek – všeobecná sestra.
4. Sleduj množství ztrát tekutin přes protečené obvazy, denně – všeobecná sestra.
5. Podávej antibiotika dle ordinace lékaře v přesných dávkách a intervalech – všeobecná sestra.
6. Pečuj o hydrataci pacienta, denně – všeobecná sestra.
7. Informuj pacienta o zvýšeném hygienickém režimu, do 2 hodin – všeobecná sestra, lékař.

Realizace (20:00–08:00 hod.):

22:00 popálené plochy mohutně protékají. Všeobecná sestra asistuje při výměně krycích vrstev. Na plochách je mastný tyl.

Aplikovány analgetika dle ordinace.

Aplikovány antibiotika dle ordinace.

Aplikovány léky dle ordinace.

Doplňovány tekutiny dle ordinace.

Pacient informovaný o zvýšeném hygienickém režimu.

Hodnocení (po 12 hodinách):

U pacienta se nevyskytly místní známky infekce.

U pacienta se nevyskytly celkové známky infekce.

Jestli se popálené plochy hojí per primam, není možné ještě zhodnotit.

Cíl se splnil částečně, v naplánovaných intervencích je potřebné dále pokračovat.
Pokračující intervence: **1–7**.
Další interval hodnocení po 12 hodinách.

9 Celkové hodnocení

Pacient byl přivezený na Kliniku popálenin a rekonstrukční chirurgie dne 7. 10. 2012 po zasažení elektrickým proudem s popáleninami v celkovém rozsahu 32 %. Utrpěl popáleniny na tváři, hrudníku, obou horních končetinách a na zadní straně dolních končetin II. a III. stupně. Zavedený centrální žilní katétr a permanentní katétr. Zahájená tekutinová substituční terapie podle Parklandovy formule. Podávaná oxygenoterapie, včasná enterální výživa. Bolest byla tlumená opiáty. Sledoval se celkový stav popáleného pacienta.

8. 10. Pacient je stabilizovaný. Diuréza je dostatečná, těžkosti s dýcháním ustoupily. Snižuje se příjem parenterálních tekutin. Hartmanův roztok se nahrazuje roztokem 10% glukózy a 20% albumínu. Příjem per os je dostatečný. Po 46 dnech hospitalizace byl pacient dostatečně poučený o další péči o kůži a propuštěný do domácího prostředí.

9. 10. Vykonaná nefrektomie, krytí popálených ploch xenotransplantáty (kožní náhradní kryty vyrobené z vepřových kůží). Rehabilitace omezená jen na rehabilitaci dýchání.

11. 10. nahrazují se opiáty kontinuální infuzí Tramalu. Je zahájena rehabilitace horních a dolních končetin na lůžku.

17. 10. výměna centrálního, arteriálního a permanentního katétru.

18. 10. odstraněné xenotransplantáty, odebrané autotransplantáty (vlastní kožní náhradní kryty), kterými jsou kryté popálené plochy.

Postupně se snižuje parenterální výživa. Oxygenoterapie je zastavená. Pacient se začíná posazovat a vertikalizovat.

Podle výsledků kultivace se upravuje ATB terapie.

28. 10. zrušený CŽK. Pacient je částečně soběstačný, chodí s pomocí druhé osoby. Transplantáty ještě nejsou úplně zhojené, proto se pokračuje v pravidelných převazech a ve sprchování popálené kůže.

Během hospitalizace se nevyskytly příznaky infekce.

Pacientovou největší oporou byla rodina, která se aktivně podílela na ošetřovatelském procesu. Pomoc psychologa nebyla nakonec potřebná.

Pacientova obava o budoucnost se postupně zmírňovala, psychicky se vyrovnal s možnými následky.



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetřovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.

Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppa.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>).