

3.



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

Martina Slavíková

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s dg. akutní pankreatitida**
*Nursing care of the patient with acute
pancreatitis*

Bakalářská práce

Praha, únor 2009

Autor práce: **Martina Slavíková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková,**
Ústav ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Odborný konzultant: **Doc. MUDr. Rodomil Kostka,**
**CSc., Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Královské
Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Datum a rok obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28.2.2009

Martina Slavíková

Poděkování:

Děkuji za odborné vedení, cenné rady a odbornou konzultaci při zpracování mé bakalářské práce Mgr. Renatě Vytejškové a doc.MUDr. Rodomilu Kostkovi, CSc.

Obsah

<u>PROHLÁŠENÍ.....</u>	<u>3</u>
<u>PODĚKOVÁNÍ:.....</u>	<u>4</u>
<u>OBSAH.....</u>	<u>5</u>
<u>1.ÚVOD.....</u>	<u>5</u>
<u>2.KLINICKÁ ČÁST.....</u>	<u>7</u>
<u>2.1.Charakteristika onemocnění.....</u>	<u>7</u>
<u>2.2.Základní údaje o nemocném.....</u>	<u>18</u>
<u>2.2.1.Anamnéza.....</u>	<u>18</u>
<u>2.2.1.1.Okolnosti přijetí.....</u>	<u>19</u>
<u>2.2.2.Diagnostické metody –.....</u>	<u>20</u>
<u>2.2.3.Souhrn terapeutických opatření (viz příloha č. 2).....</u>	<u>21</u>
<u>2.2.4.Průběh hospitalizace.....</u>	<u>23</u>
<u>3.OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</u>	<u>25</u>
<u>3.1.Úvod.....</u>	<u>25</u>
<u>3.2.Ošetřovatelský proces.....</u>	<u>25</u>
<u>3.3.Ošetřovatelský model podle Virginie Henderson.....</u>	<u>26</u>
<u>3.4.Ošetřovatelská anamnéza.....</u>	<u>27</u>
<u>3.5.Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče k 1. dni</u> <u>hospitalizace.....</u>	<u>36</u>
<u>3.6.Dlouhodobý plán.....</u>	<u>53</u>
<u>3.7.Psychologicko sociální část.....</u>	<u>55</u>
<u>3.8.Edukační plán.....</u>	<u>59</u>
<u>3.9.Prognóza.....</u>	<u>62</u>
<u>4.SHRNUTÍ – ZÁVĚR</u>	<u>63</u>
<u>POUŽITÁ LITERATURA.....</u>	<u>64</u>
<u>SEZNAM ZKRATEK.....</u>	<u>65</u>
<u>SEZNAM PŘÍLOH.....</u>	<u>67</u>

1. Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetřovatelské péče u dvaceti šestiletého pacienta, který byl hospitalizován na centrální jednotce intenzivní péče s diagnózou akutní pankreatitidy etylické etiologie. Práce je rozdělena na klinickou a ošetřovatelskou část.

V klinické části se zabývám základy anatomie a fyziologie. Dále se zabývám stručnou charakteristikou onemocnění, etiologií, patogenezi, vyšetřovacími metodami a terapeutickými opatřeními. V závěru této části je kapitola se základními údaji o pacientovi.

Ošetřovatelská část je zaměřena na poskytování ošetřovatelské péče formou ošetřovatelského procesu. Vycházím z modelu Virginie Henderson.

Vzhledem k celkovému stavu pacienta vycházím při odběru informací z dokumentace pacienta, informací od spolupracovníků a rodinných příslušníků. Ošetrovatelské diagnózy a plán jsou stanoveny k prvnímu dni hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy jsou děleny na aktuální a potencionální, u kterých je stanoven ošetrovatelský plán.

V závěru práce shrnuji průběh hospitalizace. Práci uzavírá přehled literatury a příloh.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

Anatomie

Slinivka břišní, pankreas, je uložena retroperitoneálně na zadní stěně břišní za žaludkem. Je dlouhá 12- 16 cm a váha je 60- 90 g. Slinivka probíhá napříč břišní dutinou a její rozšířená část, hlava, caput pancreatis, je uložena v ohbí duodena, zúžený konec, ocas- cauda pancreatis, se dotýká sleziny a leží před hilem levé ledviny. Slinivka je žláza s dvojitou sekrecí – zevní (exokrinní) a vnitřní (endokrinní).

Zevně sekreční část je složena z nepravidelných lalůčků, tvořených žlázovým epitelem. Vývody lalůčků se uvnitř žlázy spojují a vytvářejí vývod pankreatu, duktus pankreaticus, který ústí společně se žlučovými cestami na Vaterově papile. Tato sekreční část produkuje pankreatickou šťávu, je silně zásaditá, protože neutralizuje kyselou žaludeční tráveninu vytlačenou do dvanáctníku. Pankreatické enzymy dělíme:

- trypsinový komplex, který se skládá z několika proteáz štěpících bílkoviny, aktivní je až v duodenu.
- pankreatická lipáza, je aktivována žlučí, štěpí emulgované tuky na glycerol a mastné kyseliny.
- pankreatická amyláza štěpí škrob na jednoduché cukry.

Za fyziologických okolností je bazální sekrece pankreatu relativně malá, dosahuje 10-15 % maximální sekreční kapacity žlázy. K uvolnění enzymů dochází ihned po jídle (cefalická, gastrická a enterální fáze), kdy se uvolňuje 20 % pankreatického sekretu. Teprve po kontaktu potravy se stěnou duodena se uvolňuje sekretin. Pankreatická šťáva se tvoří dvěma způsoby: reflexně – jedná se o malé množství, velká část je sekretována pod vlivem sekretinu, je to látka uvolněná ze stěny duodena. Pokud je sliznice duodena podrážděna kyselým žaludečním obsahem, uvolní se sekretin, který je krevní cestou transportován do pankreatu, kde navodí zvýšenou tvorbu pankreatické šťávy v době, kdy se do duodena dostává potrava ze žaludku.

Vnitřně sekretorická část je tvořena Langerhansovými ostrůvky, v těle člověka je jich asi 1,5 miliónů. Jsou složeny z trámců, mezi kterými probíhá

céva. Tyto ostrůvky produkují do krve hormon inzulin a glukagon, které produkují přímo do krve. Udržováním stálé hladiny cukru je zajištěn trvalý přísun cukru pro buňky a tkáně.

Na základě rozdílné struktury a funkce se v ostrůvku rozeznávají čtyři typy buněk:

A – buňky produkují **glukagon**,

B – buňky produkují **inzulin**,

D – buňky produkují **somatostatin**,

PP – buňky produkují **pankreatický polypeptid**.

Pankreas je velice bohatě cévně zásoben. Tepny pankreatu jsou větve trunci coeliacus, a. mesenteria superior a a. lienalis. Žíly probíhají podél tepen a ústí do v. portae. Mízní cévy z této oblasti ústí do truncus intestinalis (viz příloha č. 1).

Řízení sekrece pankreatu je nervové a humorální. Parasymptickou inervaci zajišťují vlákna nervus vagus, kdy po jeho stimulaci dochází ke zvýšené sekreci enzymů. Stimulace sympatiku naopak tlumí sekreci exokrinní části pankreatu. Na řízení sekrece se také podílí sekretin (vzniká v duodenu, jejunu a žaludku) a cholecystokinin (vzniká v tenkém střevě).

Patofyziologie

AKUTNÍ PANKREATITIDA

Akutní pankreatitida je zánětlivé onemocnění pankreatu s různým postižením okolních tkání. Je spojeno s lokální a celkovou zánětlivou odpovědí organismu. Asi u 20 % pacientů se vyvine multiorgánové selhání nebo rozvoj lokálních komplikací. Jen malé procento přechází do chronicity. Toto onemocnění může vyvolat celá řada etiologických faktorů. Nejčastěji se uvádí:

- **Cholelitiáza** – biliární etiologie – postihuje častěji ženy, kdy nejčastější příčinou je choledocholitiáza, kdy dojde k zaklínění žlučového kamínku v oblasti Oddiho svěrače před Vaterskou papilou.
- **Alkohol** – poškozují pankreas přímo působením na acinární buňky a nepřímo (např. zvýšením cholinergního tonu a senzibilizací pankreatu

k účinkům cholecystokininu). Pankreas poškozuje pravidelný příjem alkoholu, cca 40-70 g alkoholu po dobu 7-10 let. Slinivku a játra poškozuje metabolit alkoholu – tzv. acetaldehyd a ethylester mastných kyselin.

- **Idiopatická** – zde jsou zařazeny ostatní případy, kde nebyla zjištěna příčina, tvoří asi 10-30 % všech případů.
- **Ostatní** – zde jsou zařazeny metabolické poruchy (hyperkalcémie), hormonální poruchy (těhotenství), léky Furosemid, kortikosteroidy), toxiny (pesticidy), infekce (viry).

Asi u 80% všech případů jsou příčinami žlučové kameny a alkohol.

Nejčastěji užívané klinicko – patologické dělení akutní pankreatitidy je:

- **edematózní forma** – kdy vzniká zánětlivý intersticiální edém bez tvorby parenchymových nekrotů, tukové nekrózy mohou být přítomny
- **hemoragicko – nekrotická forma** - jedná se o těžkou formu poškození, kdy na základě uvolnění pankreatických enzymů a změněné permeability pankreatických vývodů dochází ke vzniku parenchymové nekrózy. V okolí slinivky se objevují tzv. Balserovy nekrózy v důsledku úniku pankreatické lipázy do mezenteriálního tuku s následnou tvorbou vápenných mýdel.

Od roku 1992 se pankreatitidy klasifikují dle konference v Atlantě (5). Na této konferenci byla definována akutní pankreatitida, klinický obraz, patologický nález a lokální komplikace, podle nichž lze kteroukoliv pankreatitidu zařadit a přesně definovat.

Dělení akutní pankreatitidy.

- **Akutní pankreatitida** – je akutní zánětlivé onemocnění s různým postižením okolních tkání nebo vzdálených orgánů.
- **Prudká akutní pankreatitida** – je spojena s orgánovým selháním anebo lokálními komplikacemi, jako nekrózy, absces, pseudocysta.
- **Mírná akutní pankreatitida** – je spojena s minimální orgánovou dysfunkcí a bezproblémovým průběhem.
- **Akutní akumulace tekutiny** – vzniká v časném průběhu akutní pankreatitidy v pankreatu a jeho bezprostředním okolí.

- **Pankreatická nekróza** - je difúzní nebo lokální oblast odumřelého pankreatického parenchymu, která je typicky spojená s peripankreatickou tukovou nekrózou.
 - **Akutní pseudocysta** – je nahromadění pankreatické šťávy, jejíž ohraničení tvoří stěna z granulační a fibrózní tkáně. Vzniká jako následek akutní pankreatitidy, pankreatického traumatu nebo chronické pankreatitidy.
 - **Pankreatický absces** – je ohraničená kolekce hnisu, často při horním okraji pankreatu, obsahující málo nebo žádné pankreatické nekrózy. Vzniká v návaznosti na akutní pankreatitidu nebo pankreatické trauma.
- Pankreatická nekróza, akutní pseudocysta a absces představují komplikace akutní pankreatitidy, které velmi často vyžadují chirurgické léčení.

Patogeneze

Patogeneze onemocnění není ještě zcela vyjasněna. Klíčová je aktivace účinných enzymů v pankreatu nebo přímo v acinárních buňkách.

Aktivací trypsinogenu vzniká trypsin, který spustí aktivaci dalších enzymů (např. elastázy a fosfolipázy). Dojde k nekróze a uvolnění dalších enzymů z nekrotických buněk. Postižení Langerhansových ostrůvků vede k nedostatku inzulínu. Enzymy se dostávají do okolí pankreatu a do krve. Krví se potom šíří na vzdálená místa. Dochází k aktivaci koagulační kaskády krve a dochází k diseminované intravaskulární koagulaci, to vede k rozvoji šoku. V plicích vzniká syndrom akutní respirační tísně. Klíčové je postižení oběhu – nemocný je v oběhovém, tzv. pankreatogenním šoku v prvním týdnu onemocnění, pak se přidružují selhání dalších systémů – plíce, ledviny, játra, mozek atd. V lit. 5) jsou uvedeny tyto nejčastější vzdálené orgánové komplikace při těžké akutní pankreatitidě

- srdeční - šok, perikardiální výpotek, arytmie,
- hematologické – DIC, hyperkoagulabilita,
- zažívací – krvácení, trombóza infarktizace střeva,
- ledvinové – urémie, oligurie,
- metabolické – hypokalcémie, hyperglykémie, acidóza,
- centrální – psychózy, encefalopatie,

- periferní – tukové nekrózy, artritidy.

Nekrotické úseky pankreatu jsou prosáklé, prokrvácené, mohou mít černou barvu. Někdy dochází k nekróze celého pankreatu. V tukové tkáni nacházíme tzv. BalsEROVY nekrózy, které se projevují křídově bělavými ložisky. Jsou způsobeny vápenatými mýdly, která vznikají vazbou mastných kyselin s kalciovými ionty.

Prognostické ukazatele

Ransonovo skórovací schéma

Toto schéma z roku 1974 je nejznámější a nejpoužívanější v předpovědi průběhu akutní pankreatitidy. Mortalita stoupá s počtem pozitivních nálezů. Skóre větší než 3 v průběhu 48 h po přijetí znamená prudký průběh akutní pankreatitidy.

Při přijetí	věk nad 55 let
	leukocyty nad 16 tisíc
	glykémie nad 11mmol/l
	LDH v séru nad 5,83mmol/l
	AST nad 4,16 mmol/l
Po 48 hodinách	pokles hematokritu o 10%
	vzestup urey o více než 2 mml/l
	pokles sérového kalcia pod 2 mmol/l
	pokles paO2 pod 8 kPa
	deficit bází větší než 4 mmol/l
	sekvestrace tekutin větší než 6 l

Apache II

Tento systém se skládá z údajů akutní fyziologie (např. teplota, puls, krevní tlak, počet dechů), věk, chronické problémy. Velká nevýhoda tohoto systému je ve složitosti vyplňování.

C-reaktivní protein

CRP je protein akutní fáze zánětu syntetizovaný v játrech. Jeho hladina dosahuje vrcholu za 48 - 72 h.. Zvýšená hladina u akutní pankreatitidy je důsledkem vyplavení cytosinů.

Prokalcitonin

Tento markr se nehodí pro časnou diferenciaci mezi mírnou a prudkou formou akutní pankreatitidy. Ale velmi se osvědčil v předpovědi infikované nekrózy a septických komplikací.

Klinický obraz

Bolest – je lokalizována ve středním epigastriu

Nauzea, zvracení

Zástava střevní peristaltiky, peritoneální dráždění

Teplota až febrilie

Subikterus až ikterus

U těžkých forem:

- **Cullenovo znamení** – fialové skvrny v okolí pupku v důsledku krvácení do podkoží.

- **Greyovo- Turnerovo znamení** – fialové skvrny v hypogastriu v důsledku prosakování krve z retroperitonea.

Známky hypovolémie, hypotenze, tachykardie

Diagnostika

Pro správné stanovení diagnózy je potřebné pečlivé odebrání anamnézy a řádné fyzikální vyšetření.

Laboratorní vyšetření:

Stanovení aktivity enzymů zevní sekrece v séru a v moči, amyláza a lipáza.

Amyláza - spolu se zvýšením amyláz krevního séra dochází ke zvýšení amyláz v moči.

Lipáza – je méně častým vyšetřením, ke zvýšení hodnot dochází později než u amyláz, je však specifitější, nevylučuje se močí.

Hodnoty obou enzymů jsou patognomicky zvýšené nad trojnásobek laboratorní normy.

Další biochemická vyšetření

Jaterní testy – bývají zvýšeny u obstrukce žlučových cest (bilirubin, GMT, ALP)

Ionty v séru – informují o stavu vnitřního prostředí

Urea a kreatinin – podle nich hodnotíme stav ledvinných funkcí

Celková bílkovina a albumin – vypovídají o stavu výživy organismu

Glykémie – může být zvýšena při poruše sekrece inzulinu

Krevní obraz - leukocytóza bývá známkou zánětu

Krevní plyny – mohou upozornit na rozvrat vnitřního prostředí

Ca – pokles hladiny vápníku je dán vazbou s mastnými kyselinami při vzniku nekrotické tukové tkáně

Zobrazovací metody

Ultrasonografie (SONO) – slouží k diagnostice zvětšení slinivky, tekutiny v okolí, dilataci extrahepatických žlučových cest, nedokáže však rozlišit mezi edémem a nekrotickou. Tato metoda je dobrá při sledování vývoje komplikací. Výťažnost této zobrazovací metody v diagnostice akutní pankreatitidy je cca 50 %.

Počítačová tomografie (CT) – je základní diagnostickou metodou při tomto onemocnění, informuje o stupni poškození slinivky, zobrazuje pro dobrou prostorovou orientaci. Po aplikaci kontrastní látky se nekrotická ložiska zobrazují jako hypodenzity různého rozsahu. Při zjištění nekrotické umožňuje cílený odběr tkáně tenkou jehlou.

Prostý snímek břicha a hrudníku - využívá se k potvrzení ileu, výpotku nebo atelektázy – strážní klička jejunu.

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) - indikována bývá u biliární pankreatitidy, kdy se endoskop zavádí do duodena. Dále lze užít magnetickou rezonanci nebo angiografii

Terapie

Pacienti s těžkou akutní pankreatitidou mají být hospitalizováni na JIP nebo ARO, kde je zajištěna monitorace životních funkcí.

Konzervativní léčba:

Vyloučení příjmu potravy per os – zavedení nazogastrické sondy (dále NGS) k odsávání žaludečního obsahu.

Zajištění invazivních vstupů

Zabránit selhání základních životních funkcí a vzdálených orgánů

Zlepšení tkáňové perfuze – objemová náhrada (krystaloidy, koloidy, plazma)

Ionotropní podpora (Noradrenalin)

Zlepšení oxygenace – kyslíková léčba, popřípadě umělá plicní ventilace

Léčba bolesti – epidurální katétr se směsí analgetik a anestetik

Krytí energetických ztrát – parenterální a enterální výživa

Snížení sekreční aktivity žaludku a pankreatu – zavedení NGS, podávání H₂ blokátorů, somatostatin

Prevence a léčba septických komplikací – podávání antibiotik

Eliminace enzymů v tkáních a tělesných tekutinách – dialýza, forsírovaná diuréza

Udržení nebo obnova peristaltiky (prokinetika)

Odstranění vyvolávající příčiny u biliární pankreatitidy (ERCP/EPT)

Chirurgická léčba:

Je indikována u nekrózy pankreatu se septickou symptomatologií, např. u infikované nekrózy, abscesů pankreatu, akutních komplikací charakteru NPB, které provázejí akutní pankreatitidu (krvácení, perforace střeva). Poslední indikací je prudké zvýšení nitrobršního tlaku, tzv. intraabdominální hypertenze nad 25 mmHg (v močovém měchýři).

U lehčích forem – eliminujeme orální příjem, udržujeme adekvátní hydrataci, odstraníme bolest (opiáty).

PSEUDOCYSTY

Pseudocysty vznikají při akutní a chronické pankreatidě a traumatu. Tvoří je kolekce pankreatického sekretu ohraničená neepitelizovanou stěnou granulační nebo fibrózní tkáň. Jejich obsah bývá čirý, bělavý nebo tmavě

zbarvený. V důsledku akutního zánětu tvoří zánětlivé buňky a granulační tkáň membránu, která ohraničuje poškozenou tkáň.

Pravé cysty pankreatu jsou buď nádorové, nebo kongenitální, a tvoří 15 % všech dutinových útvarů.

Postakutní pseudocysty vznikají za 4-6 týdnů po atace pankreatitidy a mohou být lokalizovány intra i extrapancreaticky. Velikost postakutních pseudocyst může dosáhnout až několik desítek centimetrů. Incidence posakutních pseudocyst se pohybuje od 2-15 %. Pseudocysty jsou někdy dobře hmatné a dobře patrné zobrazovacími metodami, jsou kulovité nebo ovoidní. Akutní pseudocysty navazují na ataku akutní pankreatitidy, nejdříve za 4 týdny, má dobře definovanou stěnu. Chronická pseudocysta má dobře definovanou stěnu, vzniká u nemocných bez předchozí ataky akutní pankreatitidy.

Z příznaků je nejčastější bolest v břiše a v zádech, ostatní příznaky jsou méně časté a spíše signalizují komplikace: teplota, nauzea, zvracení, meléna, ikterus.

Z komplikací jsou nejzávažnější infekce, krvácení, ruptura, obstrukce a vnitřní píštěl.

Vlastní léčebné postupy u akutní pseudocysty jsou neoperační a operační.

Neoperační postupy (5)

1. Pozorování a čekání – žádná léčba
oktreotid
2. Perkutánní aspirace tenkou jehlou
3. Kontinuální katéetrová drenáž – zevní drenáž
endoprotézy
4. Endoskopické drenáže – cystogastrostomie
transpapilární stentáž a drenáž

Operační postupy

1. Zevní drenáž
2. Vnitřní drenáž – pseudocystogastrostomie
pseudocystoduodenostomie
pseudocystojejunostomie
3. Pankreatická resekce

4. Laparoskopické výkony

CHRONICKÁ PANKREATITIDA

Chronická pankreatitida je charakterizovaná opakovanými zánětlivými projevy, kdy dochází ke ztrátě exokrinního parenchymu, který je postupně nahrazen fibrózní tkání. Asi u poloviny případů nejsou zjištěny žádné predisponující faktory. Na rozdíl od akutní pankreatitidy je nález ireverzibilní, tj. nedojde již nikdy k úplné restituci žlázy k normě.

Predisponující faktory jsou.

Alkohol – je jedním z hlavních faktorů vedoucích ke vzniku tohoto onemocnění (v cca 70 %)

Cholelitiáza

Hyperlipidémie

Zvýšená hladina vápníku

Léky - do souvislosti bývá dáváno dlouhodobé užívání analgetik

U 1/3 pacientů se nachází mutace genu, který vyvolává cystickou fibrózu pankreatu (hereditární pankreatitida).

Klinický obraz

Bolest – je nejčastějším příznakem, bývá lokalizována v nadbřišku s vyzařováním do zad, často je pozorována v závislosti na jídle.

Nevolnost, nechutenství

Pocit plnosti po jídle a tlaku v nadbřišku

Změna charakteru stolice – stolice bývá objemná se zvýšeným množstvím nestrávených tuků

Ikterus – objevuje se různé intenzity, bývá způsoben útlakem choledochu

Diagnostika

Laboratorní – stanovení pankreatické amylázy v moči a lipázy séru

Glykémie

Hladiny vápníku

Albumin, cholesterol

Stanovení chymotripsinu ve stolici – je ale málo užívaný

Zobrazovací

SONO – pro diagnostiku změny velikosti žlázy, rozšíření pankreatického vývodu

ERCP – k zobrazení morfologie pankreatických vývodů

Dále nativní RTG snímek břicha, CT, magnetická rezonance.

Terapie

Konzervativní

Kauzální terapie není známá

Léčba je proto symptomatologická, spočívá:

Dietní opatření – s absolutním zákazem alkoholu, dostatečným příjmem bílkovin a omezením živočišných tuků

Léčba bolesti – podávání analgetik s přímým analgetickým nebo spasmolytickým účinkem

Prokinetika

Substituce exokrinní nedostatečnosti

U sekundárního diabetu je nutná inzulinoterapie

Endoskopická

Endoskopicky lze odstranit konkrementy v pankreatickém vývodu, zavést stent a zlepšit tak odtok sekretu. Tato terapie se dá využít i u některých vrozených anomálií pankreatu.

Chirurgická

Tento způsob léčby je prováděn u pokročilých forem onemocnění s výraznou bolestivostí, kterou nelze medikamentózně ovlivnit. Provádí se radikální výkon, kdy se uvolní tok pankreatické šťávy do tenkého střeva anebo se odstraní část pankreatu.

2.2.Základní údaje o nemocném

Identifikační údaje pacienta

Pohlaví: muž

Věk: 25 let

Stav: svobodný

Bydliště: Praha

Národnost: česká

Datum přijetí: 3. 8. 2008

Lékařská diagnóza: akutní pankreatitida

asthma bronchiale neléčené

arteriální hypertenze neléčená

abusus alkoholu a nikotinu

steatofibróza jater, hepatomegalie

akutní respirační insuficience

2.2.1.Anamnéza

Osobní anamnéza:

Běžná dětská onemocnění, častější záněty průdušek.

V dospělosti – astma bronchiale – jen SOS medikace

arteriální hypertenze – bez medikace

Farmakologická anamnéza: sine

Alergie: neudává

Rodinná anamnéza:

Oba rodiče zemřeli na rakovinu – otec jícen a hrtan, matka slinivka břišní.

Matka trpěla hypertenzí, bratr má astma.

Sociální anamnéza:

Pacient je sirotek, bydlí s bratrem a jeho manželkou v panelákovém bytě. Má vystudované střední odborné učiliště, nyní pracuje ve výkupu surovin.

Abusus:

Kouří 40 cigaret denně, alkohol konzumuje denně – 8 piv +destiláty příležitostně – 10 let.

Úrazy:

Po požití alkoholu upadl s přítelkyní v náručí na pravý bok – fraktura acetabula, subluxace kyčle – osteosyntéza 2002.

2.2.1.1.Okolnosti přijetí

Pacient přichází na interní ambulanci s bolestmi břicha, trvale v epigastriu, nemůže se zhluboka nadechnout, zvrací žluté šťávy. Proto je hospitalizován na interním oddělení s diagnózou akutní pankreatitida, poté je přeložen na metabolickou jednotku, kde dochází k rozvoji dehydratace, oběhové nestability a zhoršení biochemických parametrů.

Pacient přijat na centrální jednotku intenzivní péče dne 3. 8. 2008 v 7 hodin ráno z metabolické jednotky.

Nejprve je zavedena NGS pro opětovné zvracení, epidurální katétr pro tišení bolesti a permanentní močový katétr (dále PMK) pro měření příjmu a výdeje tekutin. Při pokusu o stolici dochází k tachykardii 175/min, pokles SpO2 z 98% na 80%, k rozvoji respirační insuficience s tachypnoe a nutností intubace. Pacient je zaintubován endotracheální kanylou č. 8 a napojen na dýchací přístroj. Lékařem jsou zavedeny invazivní vstupy a naordinována invazivní monitorace.

Lékař zavedl tyto invazivní katétry:

centrální žilní katétr (dále CŽK) – v. subclavia l. sin 4 way

arteriální katétr (dále ART) – a. radialis l. sin

epidurální katétr (dále EDK)

Dále byla naordinována a nasazena monitorace Lidco, EtCO2, intraabdominálního tlaku (dále IAP). Sestra dle ordinace lékaře provedla odběry biochemie, krevního obrazu, hemokoagulace a acidobazické rovnováhy. Během dopoledne byly udělány zobrazovací vyšetření (viz níže).

2.2.2.Diagnostické metody –

Laboratorní metody

Krevní obraz

Vyšetření	Hodnota vstupní	Maximální	Jednotky	Norma
Leukocyty	12,2	33,3	10/9/l	3,9-10
Erytrocyty	4,6	4,6	10/12/l	4-5,9
Hemoglobin	146	146	g/l	135-165
Trombocyty	123	712	10/9/l	150-400

Koagulace

Vyšetření	Hodnota vstupní	Maximální	Jednotky	Norma
aPTT	37,3	38,5	Sec.	25 – 39
Quick	14,3	18,2	Sec.	11-16,6
Fibrinogen	6,5	6,5	g/l	2-4

Biochemie

Vyšetření	Vstupní hodnota	Maximální	Jednotky	Norma
Urea	4,2	12,7	mmol/l	2 – 8,3
Kreatinin	94,6	109,7	mmol/l	45 – 115
Ca	2,7	2,84	mmol/l	2 – 2,75
Triglyceridy	11,07	11,07	mmol/l	do 1,8
Cholesterol	13,67	13,67	mmol/l	3.1-5.2
Bilirubin celkový	48,4	48,4	μmol/l	3 – 20
ALT	0,75	7,12	μkat/l	0,06 – 0,8
AST	1,48	2,47	μkat/l	0,06 – 0,85
GMT	7,95	7,95	μkat/l	0,1 – 0,80
ALP	0,86	1,4	μkat/l	0,4 – 2,7
Amyláza S	4,72	4,74	μkat/l	0,3 – 2,8
Amyláza Pankr.	4,09	4,09	μkat/l	0.22-0.88
Albumin	20,8	34,8	g/l	30 – 45
Glukóza	11,74	16,45	mmol/l	3,3 – 6,1
Celková	41,7	70,7	g/l	60-87

bílkovina				
Na	142	152	mmol/l	130 – 150
K	4,8	5	mmol/l	3,8 – 5,5
Cl	118	120	mmol/l	97 – 110
CRP	23,6	318,1	mg/l	0,55 - 10
Osmolalita	311	314	mosmol/l	275 – 320
Laktát	2,31	2,8	mmol/l	0,5 – 2,5

Acidobazická rovnováha

Vyšetření	Hodnota vstupní	Maximální	Jednotky	Norma
pH	7,317	7,434		7,36 – 7,44
pO ₂	18,2	19,6	kPa	9,9 – 14,4
pCO ₂	7,86	9,17	kPa	4,8 – 5,9
Base excess	3,6	10,8	mmol/l	-2,5 – 2,5
SO ₂	93	98	%	94 – 99

Zobrazovací metody

RTG S+P

Kontrola po zavedení CŽK, zaveden do HDŽ, bez komplikací. Vyšší postavení pravé poloviny bránice.

CT

Plíce čisté, zvětšená játra s výraznou steatózou, žlučník bez litiasy, žlučové cesty nerozšířeny, pankreas prosáklý zneostřených kontur, před Gerotovými fasciemi a vpravo parabolicky volná tekutina.

Z: steatosa jater, hepatomegalie, akutní pankreatitida

SONO

Vyšetření prokazuje hepatomegalii, výraznou lézi jaterního parenchymu a volnou tekutinu.

EKG

Sinusový rytmus bez ischemické léze.

Endoskopie se zavedením s NJS

Jícen beze změn, zavedena nasojejunální sonda Flocare.

2.2.3.Souhrn terapeutických opatření (viz příloha č. 2)

Ventilace

Pacient dýchá na přístroji Elema 300, nastavený ventilační režim PRVC.

Nastavené parametry: FiO₂ 1,0

f 16 dechů/min

PEEP + 15 cm

MV 8 l/min

Naměřené hodnoty: SpO₂ 96%

EtCO₂ 38

Inhalační terapie: Bromhexin

ACC

Výživa

Enterální - NGS spád, ve 24hod Maalox 10ml + 50ml H₂O

NJS Peptisorb 20 ml/ hod, v 6 hod ráno Pangrol 1 tob.

Parenterální – Clinomel N7 + Nutramin VLI

Multibionta

Pl – lyte 1000 ml

Voluven 6%

ATB

Ciphin 400 mg, i. v., 12 – 24

Metronidazol 500 mg, i. v., 12 – 20 – 04

Farmakoterapie

Dormicum 50 mg + Sufentanil Torrex 10 ml + 50 ml FR, kontinuální dávkování 8 ml/ hod

Noradrenalin 3 mg + 50 ml FR, kontinuální dávkování dle MAP (min. 75 torr)

Fentanyl 6 ml + Marcain 0,5% 20 ml + 50 ml FR, kontinuální dávkování 8 ml/hod

Novorapid 50 UI + 50 ml 6% Voluvenu, kontinuální dávkování dle glykémie, cíl 6 – 10 mmol/l.

Furosemid F 125 mg + 50 ml FR, kontinuální dávkování dle diurézy (cíl nad 150 ml/ hod).

Helicid 40 mg, i. v., 20 – 08

Clexane inj. 0,4 ml s. c., 10

Proplach vsupů FR 250 ml + Heparin 500 UI, výměna po 24 hod.

Ordinace pro sestru

TK, P, SpO₂, TT, EtCO₂, zornice, diuréza po 1 hod.

Polohovat po 3 hod., fyzioterapie hrudníku

Péče o oči dle standardu

Monitorace lidco, kalibrace po 12 hod

Měření IAP po 3 hod

2.2.4.Průběh hospitalizace

Pacient přichází do spádové interní ambulance. Udává bolesti v epigastriu, zvrací žluté štávy. Je hospitalizován na interní oddělení s diagnózou akutní pankreatitida. Po 2 dnech je přeložen na metabolickou jednotku, kde po 2 dnech hospitalizace dochází k rozvoji oběhové nestability a zhoršení biochemických parametrů. Pacient je indikován k překladi na centrální jednotku intenzivní péče chirurgických oborů.

Pacient byl přijat na centrální jednotku intenzivní péče chirurgických oborů dne 3. 8. 2008 v 7 hodin ráno z metabolické jednotky téže nemocnice. Pacient byl přijat při vědomí, ale pro zhoršení stavu a rozvoji respirační insuficience byla indikována endotracheální intubace, řízená ventilace a kontinuální analgosedace.

Řízená ventilace byla prováděna s vyššími hodnotami FiO₂ a PEEP. Oběh byl nestabilní a byl podporován katecholaminy. V den příjmu byla nasazena invazivní monitorace pomocí přístroje lidco a bylo zahájeno měření intraabdominálního tlaku.

O týden později dochází k rozvoji ARDS, u pacienta je prováděna pronační poloha, nejprve s dobrým efektem. Později dochází ke zhoršení ventilačních parametrů. Pro nutnost dlouhodobé ventilace je provedena tracheostomie., která umožňuje ošetrovatelskému personálu komfortnější přístup v péči o dutinu ústní a péči o dýchací cesty.

U pacienta došlo k vzestupu teploty až na 39°C, které přetrvávaly, proto byl zaveden drén do dutiny v okolí pankreatu, který odvedl 40 ml krve

s příměsí. Vzorek byl poslán na bakteriologické vyšetření, kultivace byla však negativní. Tělesná teplota byla korigována podáváním antipyretik i. v. dle ordinace lékaře a používáním fyzikálního chlazení.

Při měření intrabdominálního tlaku byly zjištěny hodnoty do 28 torr bez chirurgické intervence.

Na CT vyšetření břicha dochází k progresi nálezu, kdy je volná tekutina ve všech kompartmentech.

U pacienta přetrvává motorický neklid. Kontinuálně je podávána analgosedací směs do epidurálního katétru kontinuálně, bolusově dle ordinace lékaře je aplikován Tiapridal i. v., Před zahájením rehabilitace byl aplikován Neodolpasse i. v..

Po třech týdnech dochází k úpravě hodnot acidobazické rovnováhy dále (ABR), obnovení peristaltiky, zlepšení ventilace a ústupu motorického neklidu.

Je prováděn pokus odvykání od ventilátoru. Nejprve je pacient přepojen na odvykací režim, poté je odvykán pomocí Ayre-T, kdy pacient dýchá spontánně, ale vdechovaná směs je zvlhčována a obohacena o kyslík.

15. 9. 2008 byla odstraněna tracheostomická kanyla. U pacienta byla nadále nutná oxygenoterapie pomocí kyslíkových brýlí v rozmezí 2 – 5 l/ min.

Dne 16. 9. 2008 byl pacient přeložen zpátky na metabolickou jednotku, kde po stabilizaci stavu, edukaci o dalším životním stylu a stravě, byl přeložen na rehabilitační oddělení téže nemocnice.

3. Ošetrovatelská část

3.1. Úvod

V této části práce se věnuji poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu.

Nejprve se zabírám jen stručně teorií ošetrovatelského procesu a v další části se věnuji **modelu podle Virginie Henderson.**, který je postaven na teorii potřeb psychologa Abrahama Maslowa. V tomto modelu se zcela mění pojetí ošetrovatelství, kdy z pasivního pacienta se stává aktivní účastník ošetrovatelské péče.

Pro sestavení krátkodobého plánu jsem si vybrala den příjmu, tedy první den hospitalizace na tomto oddělení.

3.2. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základní metodika práce. Nabízí nám způsob řešení problémů a uspokojování potřeb pacienta. Umožňuje nám individuální přístup k ošetrování každého nemocného. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují.

Sestru jasně směřuje k cíli, dává jí určitý návod na řešení problémů a zvyšuje její pracovní spokojenost. Má své výhody i pro pacienta. Umožňuje mu podílet se na rozhodování o vlastní péči.

Ošetrovatelský proces má **pět fází**, které **na sebe navazují** a prolínají se.

První fáze

Posouzení pacienta („kdo je můj nemocný?“) – sběr informací, které se týkají tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Metody pro získávání těchto informací jsou: rozhovor, fyzikální vyšetření, pozorování, informace z dokumentace pacienta, informace od rodiny. Mezi základní zjišťované údaje patří: identifikační údaje o pacientovi, jméno, věk, současný stav.

Získané informace uspořádáme tak aby z nich bylo možné určit problém pacienta a formulovat ho v ošetrovatelskou diagnózu.

Druhá fáze

Stanovení ošetrovatelské diagnózy („co ho trápí?“) – získané informace posuzujeme z ošetrovatelského hlediska a na jejich základě stanovíme ošetrovatelskou diagnózu. Stanovujeme aktuální a potencionální problém pacienta.

Třetí fáze

Plánování ošetrovatelské péče („co pro něj mohu udělat?“) – stanovíme krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče. Do plánování zapojíme pacienta i jeho rodinu.

Čtvrtá fáze

Realizace ošetrovatelského plánu – realizujeme naplánované intervence. Každý z účastníků zde plní svoji roli a úkoly vycházející z plánu. Je zde zahrnuta příprava pacienta, prostředí a pomůcky.

Pátá fáze

Hodnocení ošetrovatelské péče („pomohla jsem mu?“) – v této fázi hodnotíme, zda jsme splnili stanovené cíle, získáme další informace o pacientovi a můžeme naplánovat další péči. Tato fáze je důležitá a nezastupitelná.

Jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, která je součástí každé zdravotnické dokumentace pacienta.

3.3. Ošetrovatelský model podle Virginie Henderson

Tento model je pojmenován po americké sestře žijící na přelomu minulého století. Základní ošetrovatelské vzdělání získala na vojenské škole pro sestry, poté úspěšně dokončila vysokoškolské studium. Učila, přednášela, věnovala se ošetrovatelskému výzkumu. Její nejznámější knihou je titul „Základní principy ošetrovatelské péče“, která byla vydána v roce 1960 a přeložena do mnoho jazyků.

Nelíbilo se jí, že péče o pacienta je poskytována jen podle služebních předpisů. Domnívala se, že pacient má být středem pozornosti zdravotníků.

Její model zcela změnil pojem ošetřovatelství. Z pasivního pacienta přijímajícího péči sestry se stává aktivní účastník ošetřovatelské péče, který rozvíjí svou soběstačnost.

Sestra pomáhá uspokojovat potřeby pacienta, teprve když toho není schopen, zajišťuje jejich uspokojení. Tento model je postaven na teorii potřeb psychologa Abrahama Maslowa. V šedesátých letech minulého století definovala 14 principů základní ošetřovatelské péče, na které se zdravotníci zaměřují. Její model bývá proto nazýván **Teorie základní ošetřovatelské péče**. Komponenty základní ošetřovatelské péče jsou odvozené ze čtrnácti potřeb jedince viz lit. 9).

Jedná se o následující komponenty:

Pomoc pacientovi s dýcháním

Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin

Pomoc pacientovi při vylučování

Pomoc pacientovi při udržení optimální polohy

Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe sama i druhých

Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry

Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Pomoc pacientovi při odpočinkových a relaxačních aktivitách

Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

3.4. Ošetřovatelská anamnéza

Úvod

Ošetrovatelská anamnéza je sepsána v den příjmu na toto oddělení, tedy k prvnímu dnu hospitalizace na tomto oddělení, to je **3. 8. 2008 v 8 hod**, plán ošetrovatelské péče je stanoven na 24 hod. Vyhodnocen je **4. 8. 2008 v 8 hod**.

Tento ošetrovatelský den jsem zvolila, protože jsem pacienta přijímala na toto oddělení a celý den jsem se o něho starala. Den byl velice náročný na poskytovanou ošetrovatelskou péči, kdy byla prováděna řada diagnostických a terapeutických výkonů, zahájena invazivní monitorace, a především hned po příjmu došlo k výraznému zhoršení stavu pacienta, kdy byla indikována endotracheální intubace a uvedení do umělého spánku.

Vypracování ošetrovatelské anamnézy jsem pojala dvojím způsobem, tak jak tuto potřebu pacient vnímal před vypuknutím onemocnění, a tak jak je vnímána ošetrovatelským personálem nyní (viz příloha č. 7a a 7b).

Informace k vyplnění anamnézy jsem získala **rozhovorem s pacientem před zhoršením jeho zdravotního stavu, vlastním pozorováním, z informací z dokumentace, od příbuzných a ostatního ošetrovatelského personálu.**

Důležité informace:

Zajištěné vstupy u pacienta	OTI, PMK, NGS, NJS
	CŽK, ART, EDK
Vyhodnocená rizika	Riziko pádu – 3 b (viz příloha 7a, 7b)
	Riziko dekubitů dle Nortonové – 15 b (viz příloha 7a, 7b)
	Barthelův test základních všedních činností – 0 b (absolutní závislost) (viz příloha 7b)
Dieta	Nic p. o.
Chronická onemocnění	Hypertenze, astma
Abusus	Kouření – 40 cigaret/ denně
	Požívání alkoholu – 8 piv/ denně + destiláty příležitostně

Pomoc pacientovi s dýcháním

Pacient před onemocněním nepociťoval problémy s dýcháním, pouze udává dušnost při atace astmatického záchvatu. Od dětství trpí astmatem, se kterým se neléčí, užívá pouze SOS medikaci. Je silný kuřák, kouří 40 cigaret/den po dobu asi 10 let. O omezení nebo přestání úplného kouření neuvažuje, stejně tak o návštěvě lékaře a léčbě astmatu.

Pacient při příjmu dýchá spontánně, podpora kyslíkovými brýlemi, kde je nastaven průtok 4l/min

Po zhoršení stavu a rozvoji respirační insuficience je provedena endotracheální intubace, dýchací cesty jsou zajištěny endotracheální kanylou č. 8, pacient je napojen na dýchací přístroj Elema 300, režim PRVC

Nastavené parametry:

FiO₂ 1,0

F 16 d/min

PEEP +15 cm H₂O

MV 8 l/ min

Hodnoty SpO₂ se pohybují v rozmezí 92-98 %

Sestra provádí péči o dýchací cesty – z dýchacích cest je odsáváno malé množství bělavého sputa, k odsávání je používán uzavřený systém, sputum se pravidelně 2 krát týdně odesíláno na bakteriologické vyšetření.

Kontinuálně je zvlhčován podávání inhalované směsi, je použit aktivní systém v kombinaci se zvlhčovacím bakteriálním filtrem.

Vzhledem ke skutečnosti, že je pacient silný kuřák, jsou dle ordinace lékaře podávány inhalace – směs s mukolytiky a bronchodilatancií.

U pacienta se objevuje interference s ventilátorem, je podávána bolusově směs svalové relaxace v kombinaci Apaurin, Fentanyl, Arduan i. v. Po podání relaxace dojde k vymizení interference.

Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin

Před hospitalizací se pacient rád stravoval v restauracích a pobočkách rychlého občerstvení, kde si často objednával tučná jídla, která mu chutnají. Mezi jeho neoblíbené pokrmy patří mléčné výrobky.

Pitný režim nedodržel, mezi jeho oblíbené tekutiny patřily sladké limonády. Pacient udává pravidelný příjem alkoholu, zejména piva, které považuje za svůj oblíbený nápoj. Denně konzumuje 8 piv + destiláty příležitostně po dobu asi 10 let.

Pacientova váha je **83 kg při výšce 178 cm, BMI 27**, což je nadváha.

Po příjmu na oddělení má zavedenou NGS č. 18, která je ponechána na samospád, ve 24 hod proplach Maalox 10 ml + 50 ml vody. Odpad ze sondy byl 300 ml/ 24 hod žaludečního obsahu.

Je zavedena nasojejunální sonda, kterou je kontinuálně podáván Peptisorb 20 ml/ hod, ráno v 6 hod proplach Pangrol 1 tob. + 10 ml vody

Je zajištěna parenterální výživa do centrálního žilního katétru, která kryje potřebu základních živin, roztoky jsou substituovány potřebnými vitamíny a stopovými prvky. Je použit přípravek k parenterální výživě Clinomel N7, který pokryje nutriční nároky pacienta, který je doplněn směsí AMK Nutramin VLI a směsí vitamínů v přípravku Multibionta.

Příjem tekutin per os není vzhledem ke stavu pacienta možný, dieta nic per os.

Bilance tekutin z metabolické jednotky byla + 8062 ml/ 24 hod, výdej moči 3200 ml/ 24 hod.

Pomoc pacientovi při vylučování

Pacient před hospitalizací neuvádí žádné problémy s močením a vyprazdňováním stolice. Stolicí měl 1 x denně.

Při hospitalizaci má pacient zavedený permanentní močový katétr č. 20, je napojen na uzavřený sběrný systém, 2 x týdně je vzorek moče odeslán na bakteriologické vyšetření.

Diuréza je podporována diuretiky kontinuálním dávkováním, cílem byla diuréza nad 150 ml/ hod. Hodinová diuréza se pohybovala od 100-250 ml/ hod. Odpad sondou byl 300 ml/ hod, drény pacient neměl.

Vzhledem ke stavu pacienta a zvýšené teplotě se pacient zvýšeně potil.

K vyprázdnění stolice nedošlo (první den hospitalizace). Poslední stolice byla ještě na metabolické jednotce před dvěma dny.

Pomoc pacientovi při udržení optimální polohy

Vzhledem k celkovému stavu pacienta a možnosti rizika vzniku dekubitů je pacient uložen na antidekubitární matraci

Je prováděno pasivní polohování dle ošetrovatelského standardu a dle ordinace lékaře. Přes den po 2 hod a v noci po 3 hod.

Jsou používány antidekubitární pomůcky (klíny, polohovací hadi) a prvky k bazální stimulaci (před zahájením jakékoliv činnosti u pacienta se užívá tzv. iniciační bod).

Kůže pacienta je vlhká, bez zarudnutí a bez dřívějších známek dekubitů. Je provedeno zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, nemocný je ohodnocen 15 body, což ukazuje na zvýšené riziko dekubitů (viz. příloha č. 5).

Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

V domácím prostředí pacient neudává problémy s usínáním., spí velmi dobře, dobu spánku udává asi 6-8 hodin denně. Chodí spát mezi 22 a 23 hod, vstává v 6 hod. Rád usíná s puštěným oblíbeným CD. Odpočívá spíše pasivní formou, oblíbený je poslech rockové hudby, brouzdání po internetu a návštěva oblíbené „hospůdky“.

Pacient je kontinuálně analgosedován směsí Dormica a Sufentanilu, při interferenci s ventilátorem je podána relaxace, kterou tvoří Apaurin, Fentanyl a Arduan, vzhledem k alkoholovému abúzu je tolerance analgosedace vysoká a směs je dávkována vysokou hodnotou.

Dle ordinace lékaře je pravidelně hodnoceno Glasgow coma scale(dále GCS) a Ramsey score, (viz přílohy č. 3 – určení hloubky sedace a č. 4 hodnocení GCS).

Hodnoty GCS 3 a Ramsey 5-6

Pravidelně jsme sledovali možné projevy nonverbálních známek bolesti, které se projeví jako motorický neklid, grimasování obličeje při manipulaci s pacientem anebo jako interference s ventilátorem.

Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Ve volném čase pacient upřednostňuje volné sportovní oblečení (rifle, trička a mikiny). Doma nosí tepláky a trička. Nemá žádné problémy s oblékáním.

Vzhledem ke stavu pacienta byl tento bod zajištěn ošetrovatelským personálem. Pacient v bezvědomí není oblečen, je pouze přikryt na holé tělo. Po probuzení pacienta z bezvědomí mu byl oblékán jednorázový anděliček, ale vzhledem ke zvýšenému pocení pacientovi nevyhovoval. Proto po domluvě s rodinou, bylo pacientovi přineseno z domova sportovní tričko.

Pomoc pacientovi při udržení tělesné teploty v normálním rozmezí

Před hospitalizací pacient nepociťuje problémy s tělesnou teplotou, až poslední 3 dny před hospitalizací má pocit zvýšené teploty, ale přesně neví, neměřil se teploměrem.

Během hospitalizace je pacient subfebrilní až febrilní, hodnoty tělesné teploty se pohybují v rozmezí 37,3-39,8°C. Bakteriologická vyšetření jsou negativní.

K udržení fyziologických hodnot tělesné teploty jsou užívány prvky fyzikálního chlazení (studené zábaly, ledování okolí CŽK) a podávání antipyretik dle ordinace lékaře při vzestupu teploty nad 38,5°C je podán Ketonal i. v. Tělesná teplota je měřena po 1 hod.

Vzhledem k pocení pacienta, je věnována zvýšená péče o pokožku, ložní prádlo je udržováno suché, sestra vypodkládá kožní záhyby, polohuje a predilekční místa ošetřuje emulzí Menalind.

Pomoc pacientovi při udržení tělesné činnosti, upravenosti a při ochraně pokožky

V domácím prostředí pacient upřednostňuje sprchování 1 x denně, vyloženě oblíbenou značku kosmetiky nemá, v poslední době užívá přípravky

Fa. Péči o nehty provádí 1 x týdně, vlasy si nechává stříhat od kadeřnice asi 1 x za 2 měsíce.

Hygienická péče v nemocnici je prováděna sestrou dle ošetrovatelského standardu 1 x denně v dopoledních hodinách. Hygiena je prováděna na lůžku pacienta pomocí lavoru s vodou.

Sestra provádí hygienu dutiny ústní, nejdříve odsaje sliny, poté provede výplach dutiny ústní pomocí Janetovy stříkačky, ve které je Stopangin. Po 1 hod vytírá ústa tampónky namočenými ve Stopanginu nebo používá štětičky s citronovou příchutí.

Personál pečuje o oči, aby nedošlo k zánětu nebo poškození rohovky. Nejprve vypláchne oči Borovou vodou a po 1 hod prokapává Lacrisinem a po 3 hod střídá Vidisic gel.

Při hygieně je prováděna péče o pokožku – užití kosmetiky pacienta, kterou přinesla rodina, a na kterou je pacient zvyklý z domova. Při této příležitosti jsou pravidelně sledována predilekční místa a ošetřena vhodnou kosmetikou, jsou použity přípravky Menalind. – emulze.

Holení pokožky probíhá po 2 dnech jednorázovým holicím strojkem a pěnou na holení.

Během dne sestra kontroluje stav ložního prádla – čistota, suchost, při ušpinění nebo propocení ložního prádla jej sestra vymění.

Dle ošetrovatelského standardu je prováděna péče o vlasy a nehty 1x týdně v sobotu v rámci tzv. velké hygieny. Péče je prováděna v lůžku pacienta. Vlasy jsou umyty a vysušeny fénem, dle potřeby mohou být ostříhány. Nehty jsou ostříhány, dle potřeby pacienta je provedena péče o ztvrdlou pokožku rukou a nohou.

Sestra pravidelně vyhodnocuje riziko vzniku dekubitů, výsledek zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č. 8). Riziko dekubitů hodnotí sestra 1x týdně nebo při změně stavu pacienta. U tohoto pacienta bylo vyhodnoceno riziko vzniku dekubitů, hodnota byla 15 bodů. Všechny denní potřeby pacienta vykonával ošetrovatelský personál.

Pomoc pacientovi se vyvarovat nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe sama a druhých

V roce 2002 měl pacient úraz kyčle. Po požití alkoholu upadl s přítelkyní v náručí a způsobil si frakturu acetabula a subluxaci kyčle. Následně mu musela být provedena osteosyntéza

Sestra předchází vzniku nozokomiální infekce dodržováním aseptických postupů a důkladnou dezinfekcí rukou. Využívá k tomu i jednorázové pomůcky.

Dýchací okruh je na jedno použití, minimálně se rozpojuje. K odsávání sekretu je používán uzavřený systém, sputum je odesíláno na bakteriologické vyšetření.

Na PMK je napojen uzavřený sběrný systém, sestra sleduje množství a příměsi v moči, moč je odesílána k bakteriologickému vyšetření.

Odběry krevních vzorků jsou prováděny přes odběrové porty, po odběru je systém propláchnut fyziologickým roztokem.

Invazivní vstupy jsou ošetřovány aseptickým způsobem, převaz je prováděn 1 x denně po hygieně pacienta, ke krytí je užito Curaporu, fólie zde není vhodná pro zvýšené pocení pacienta.

Infuzní linky a sety jsou měněny dle zvyklosti oddělení. Pacient má infuzní linky napojeny na systém Clave, ten je měněn po 7 dnech. Výjimku tvoří sety na parenterální výživu, kdy je podáván vak all in one, který se mění po 24 hod.

Pravidelně 2 denně se provádí dezinfekce povrchů okolo pacienta.

U pacienta bylo provedeno ve vstupní anamnéze zhodnocení rizika pádu, počet získaných bodů byl 3, pacient je tedy ohrožen možností pádu. Nyní je pacient v bezvědomí, toto riziko nevystupuje zatím do popředí.

Při příjmu pacienta mu byl přiložen na horní končetinu identifikační náramek se jménem a vyznačeným rizikem pádu a dekubitů. Slouží k identifikaci pacienta.

Ošetrovatelský personál zajišťuje kontinuální monitoring přístrojové techniky.

Je hodnocena hloubka sedace dle Ramsey, hodnoty jsou 5-6. Pacient grimasuje při manipulaci.

Pomoc pacientovi při komunikaci, vyjadřování potřeb a emocí

Pacient je od rodiny zvyklý na oslovování křestním jménem. Rodina udává, že v poslední době byl pacient nekoncentrovaný a často podrážděný. Tento stav přičítá rozvoji nemoci.

Pacient je oslovován křestním jménem. Je zvolen **iniciální dotek** – zde levé rameno, v rámci použití konceptu bazální stimulace. Před zahájením jakékoliv činnosti položíme ruku na pacientovo na levé rameno a krátce mu popíšeme co se bude dělat.

Vzhledem ke kontinuální analgosedaci (viz příloha č. 9) sledujeme nonverbální projevy (grimasování při manipulaci, motorický neklid), interferenci s ventilátorem.

Aktivně zapojujeme do komunikace příbuzné během návštěvy. Bohužel vzhledem k vývoji stavu pacienta byl bratr na návštěvě pouze 2 x, pravidelně chodila za pacientem jeho švagrová, která se snažila aktivně spolupracovat a pasivně komunikovat s pacientem.

Během dne jsme pacientovi pouštěli walkmana s jeho oblíbenou rockovou hudbou. Ze strany pacienta byla forma komunikace pasivní. Při manipulaci nebo odsávání pacient grimasoval nebo proběhla interference s ventilátorem.

Z doby před hospitalizací byl pro pacienta významný jeden zážitek, seznámil se s přítelkyní, ale během hospitalizace nepřišla na návštěvu.

Pomoc pacientovi při vyznání jeho víry

Vzhledem ke kontinuální analgosedaci tato potřeba nevystupuje do popředí. Z informací poskytnutých od příbuzných je pacient bez vyznání

Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

V civilním životě pracuje pacient ve výkupu surovin. Není s touto prací spokojen, nenaplnuje ho.

Vzhledem ke kontinuální analgosedaci tato potřeba nevystupuje do popředí.

Pomoc pacientovi při odpočinkových a relaxačních aktivitách

Doma pacient odpočíval spíše pasivní formou, poslouchal oblíbenou hudbu. Mezi jeho oblíbenou hudbu patřila rocková hudba a mluvené slovo. Naopak mezi jeho neoblíbené patří dechovka a vážná hudba. Rád surfoval na internetu. Pravidelně navštěvoval svoji oblíbenou hospodu. Vzhledem k analgosedaci byla pacientovi pouštěna jeho oblíbená hudba pomocí walkmana a švagrová při návštěvách předčítala z jeho oblíbené detektivky.

Pomoc pacientovi při učení, objevování, uspokojování zvědavosti

Vzhledem ke kontinuální analgosedaci tato potřeba nevystupuje u pacienta do popředí. Zatím byla edukována pouze švagrová pacienta o nutnosti změny stravovacích návyků pacienta, dodržování chronické léčby a vynechání kouření a požívání alkoholu.

3.5.Ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče k 1. dni hospitalizace

Ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelský plán jsou stanoveny k prvnímu dni hospitalizace na tomto oddělení. Plán je stanoven na 24 hod a poté vyhodnocen (viz přílohy 10a, 10b, 11a, 11b, 11c, 11d, 12). Vzhledem ke stavu pacienta jsou seřazeny podle naléhavosti z pohledu ošetřovatelského personálu. Diagnózy jsou rozděleny na aktuální a potencionální.

Stanovené ose diagnózy:

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Neschopnost udržet spontánní ventilaci plic z důvodů těžkého stavu
- Porucha soběstačnosti ve všech oblastech sebeobsluhy z důvodu těžkého stavu

- Porucha příjmu potravy a tekutin z důvodu základního onemocnění
- Bolest z důvodu základního onemocnění
- Porucha verbální komunikace z důvodu kontinuální analgesie
- Porucha termoregulace z důvodu základního onemocnění

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- Potencionální riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko
- Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů
- Potencionální riziko vzniku dekubitů z důvodu upoutání na lůžko
- Potencionální riziko infekce z důvodu zavedení močového katétru
- Riziko selhání životních funkcí z důvodu základního onemocnění
- Potencionální riziko TEN z důvodu upoutání na lůžko
- Riziko poškození rohovky z důvodu utlumení mrkacího reflexu
- Potencionální riziko pádu z důvodu medikace, motorického neklidu

Realizace ošetrovatelských diagnóz

Neschopnost udržet spontánní ventilaci plic z důvodu těžkého stavu

Cíl

U pacienta bude zajištěna adekvátní plicní ventilace, pacient bude tolerovat ventilační režim, hodnoty SaO₂ budou v rozmezí 95- 98%.

Plán

Pravidelně kontroluj monitorované parametry – hodnoty SaO₂, EtCO₂.

Sleduj nastavené ventilační parametry (f, MV, PEEP,PEAK), možnou interferenci pacienta s ventilátorem

Vše zaznamenávej do dokumentace, v případě objevení se změn informuj lékaře.

Kontroluj endotracheální kanylu, hloubku zavedení.

Prováděj toaletu dýchacích cest a péči o dutinu ústní dle potřeby pacienta.

Prováděj vibrační a poklepové masáže.

Pravidelně polohuj pacienta dle standardu oddělení.

Dle potřeby odsávej z dýchacích cest.

Prováděj inhalace dle ordinace lékaře.

Dodržuj aseptický postup a prováděj důkladně hygienu rukou.

Používej uzavřený systém odsávání, minimálně ho rozpoj.

Prováděj analýzu ABR dle ordinace lékaře.

Podávej kontinuální analgosedaci dle ordinace lékaře.

Realizace

Sestra sledovala a zaznamenávala po 1 hod monitorované parametry (fyziologické funkce, hodnoty SaO₂, EtCO₂), nastavené ventilační parametry (f, MV, PEEP, PEAK). Ve stanovených intervalech odsávala z dýchacích cest a dutiny ústní. Z dýchacích cest bylo odsáváno malé množství bělavého sputa. K odsávání byl používán uzavřený systém. Sputum bylo 2 x týdně odesíláno na bakteriologické vyšetření. Hodnoty SaO₂ se pohybovaly v rozmezí 95 – 97 %. Analýza ABR ukazoval fyziologické hodnoty.

Pacient byl polohován v denních hodinách po 2 hod, v noci po 3 hod. Vždy při polohování byly provedeny poklepové masáže.

Péče o dutinu ústní byla zajištěna tampónky se Stopanginem nebo citronovými štětičkami po 1 hod nebo dle potřeby pacienta. OTI rourka byla fixována u č. 22 v pravém koutku, vždy po hygieně byla nepolohována do druhého koutku. Při této příležitosti byla zkontrolována sliznice koutku a dutiny ústní, personál hledal možné slizniční dekubity. 2 x denně byl měřen tlak v obturačním balónku a naměřená hodnota zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace. Během manipulace s OTI nedošlo k výchylce dechových parametrů.

Pacientovi kontinuálně běžela analgosedace do CŽK a do EDK. Před toaletou a polohováním byla dle potřeby podávána relaxační směs Apaurinu, Fentanylu a Arduanu.

Sestra postupovala aseptickým způsobem.

Hodnocení

U pacienta byla zajištěna adekvátní ventilace, laboratorní hodnoty byly ve fyziologických hodnotách, pacient toleroval ventilační režim.

Cíl byl splněn.

Porucha soběstačnosti ve všech oblastech sebeobsluhy z důvodu těžkého stavu

Cíl

U pacienta budou zajištěny jeho potřeby v oblasti sebeobsluhy

Plán

Prováděj celkovou hygienu dle zvyklosti.

Udržuj ložní prádlo čisté, suché a vypnuté, v případě znečištění nebo propocení zajisti výměnu ložního prádla.

Dodržuj péči o oči dle standardu oddělení. V případě objevení komplikací (např. zarudnutí spojivek) zavolej lékaře.

Prováděj hygienu dutiny ústní pomocí tampónků namočených ve stopanginu.

Dle zvyklosti oddělení pečuj o vlasy a nehty 1 x týdně v sobotu.

Pečuj o pokožku a kožní záhyby.

Realizace

Hygiena byla provedena 1 krát denně v dopoledních hodinách. Probíhala u lůžka pacienta, během hygieny bylo vyměněno i ložní prádlo. Při každém polohování byly lůžkoviny vypnuty a narovnány.

Zvýšená péče byla zavedena v péči o oči a dutinu ústní. Při toaletě byl udělán výplach dutiny ústní pomocí Janetovy stříkačky, ve které byl Stopangin. Dutina ústní byla vytírána roztokem Stopanginu střídavě se speciálními štětíčkami s citrónovou příchutí. Hromadící sekret v dutině ústní byl podle potřeby odsáván

Péče o oči probíhala po 1 hod, oči byly vypláchnuty Borovou vodou, poté byl aplikován Lacrisin a po 3 hod. Vidisic gel..

Péče o nehty a vlasy byla provedena 1 x týdně v sobotu Vlasy byly umyty šampónem a vysušeny fénem, dle potřeby pacienta mohly být zastříženy. Nehty byly ostříhány a byla provedena péče o ztvrdlou pokožku rukou a nohou.

Holení probíhalo po 2 dnech pomocí jednorázových strojků na holení.

Po omytí byla pokožka pacienta promazána Menalind olejem, záda byla proklepána a namasírována masážní emulzí. Predilekční místa byla zkontrolována, nejevily známky opruzenin a dekubitů, kožní řasy byly vypořádány. Při hygieně byly přelepeny sondy a byla změněna jejich poloha.

Hodnocení

Cíl byl splněn, pacient byl udržen v suchu a čistotě. Veškeré potřeby pacienta byly zajištěny ošetřovatelským personálem.

Porucha příjmu potravy a tekutin z důvodu základního onemocnění

Cíl

Pacient má zajištěn příjem základních živin

Plán

Sleduj stav hydratace a výživy pacienta.

Dodržuj postupy pro podávání parenterální výživy.

Sleduj známky nekompatibility podaných léků.

Prováděj výměnu infuzních setů dle standardu oddělení.

Dodržuj postup pro podávání enterální výživy.

Kontroluj množství a vzhled žaludečních šťáv.

Prováděj výměnu enterálního setu dle standardu oddělení.

Prováděj a kontroluj biochemické ukazatele dle ordinace lékaře

Při objevení komplikací informuj lékaře.

Realizace

U pacienta byla nasazena infuzní linka s Clavy která byla měněna po 7 dnech, s výjimkou setu, kde kapala parenterální výživa Clinomel N7, která byla měněna po 24 hod.

Enterální výživa byla podávána do nasojejunální sondy, byl užit přípravek Peptisorb, který byl podáván kontinuálně rychlostí 20 ml/ hod. Nazogastrická sonda byla ponechána na spád. Odpad za 24 hod byl 300 ml žaludečního obsahu. Enterální set byl měněn 1 x za 24 hod. Odpadní sáček na NGS byl vyměněn po 24 hod v 6 hod ráno. Sondy byly proplachovány, NGS ve 24 hod 50 ml H₂O + 10 ml Maalox, do NJS byl v 6 hod ráno podáván Pangrol 1 tob. Sestra kontrolovala, zda nedošlo k zalomení nebo ucpání sondy.

Biochemické parametry byly kontrolovány 3 x denně v 6, 14, 22 hod. Poloha sond byla kontrolována a měněna po hygieně, umístění sondy bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

U pacienta byla sledována diuréza po 1 hod, CVP po 6 hod a bilance tekutin po 6 hod. Hodnoty glykémie byly monitorovány po 3 hod, dle zjištěných hodnot byla korigována dávka inzulínu.

Hodnocení

U pacienta byl zajištěn dostatečný přísun základních živin a tekutin. Cíl byl splněn. Vzhledem ke stavu pacienta ošetrovatelská diagnóza přetrvává dál.

Bolest z důvodu základního onemocnění

Cíl

Pacient nebude mít bolestivé grimasy v obličeji při manipulaci, neobjeví se motorický neklid a interference s ventilátorem.

Plán

Sleduj nonverbální projevy pacienta – grimasování obličeje, motorický neklid, tachykardii, tachypnoy.

Podej kontinuálně analgosedaci, sleduj rychlost podání a možné komplikace.

Sleduj interferenci s ventilátorem.

Při interferenci podej svalovou relaxaci.

Opatrně manipuluj s pacientem, vše mu vysvětli.

Při objevení známek bolesti u pacienta informuj lékaře.

Realizace

Pacient byl kontinuálně analgosedován směsí Suffentanilu a Dormica. Při interferenci s ventilátorem nebo nonverbálních projevů bolesti byla podána svalová relaxace, kterou tvořily Apaurin, Fentanyl a Arduan. Pro motorický neklid byl pacientovi bolusově naordinován Tiapridal i. v. po 6 hod. Odsávání probíhalo šetrně a přerušovaným způsobem.

Před zahájením činnosti u pacienta byl použit iniciální dotek a krátce vysvětleno co se bude dít.

Při převazech sestra postupovala šetrně, krytí bylo odstraněno pomocí benzínu, jemně a důkladně bylo ošetřeno okolí invazivních vstupů. Polohování bylo prováděno šetrně a jen na poloboky.

Hloubka sedace byla hodnocena dle Ramsay skóre, hodnota byla 5- 6 b.

Hodnocení

Pacient byl relaxován. Při objevení motorického neklidu a interference s ventilátorem byla podána svalová relaxace. Cíl nebyl splněn. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

Porucha verbální komunikace z důvodu kontinuální analgosedace

Cíl

Pacient bude stimulován podněty z okolí.

Plán

Používej iniciální dotek u pacienta.

Vysleduj libé a nelibé pocity u pacienta dle vegetativních a neverbálních projevů.

Stimuluj pacienta doteky a verbálními projevy.

Umožni návštěvy rodiny pacienta

Používej u pacienta prvky bazální stimulace

Realizace

Před zahájením činnosti u pacienta byl používán iniciální dotek, zde levé rameno a krátce bylo vysvětleno pacientovi, co bude následovat.

Na návštěvy chodila švagrová, která byla seznámena s technikami bazální stimulace a využívala je, používala iniciální bod, mluvila na pacienta, předčítala mu z oblíbené literatury a aktivně se zapojila do péče (otírala pacientovi čelo, vytírala dutinu ústní, promazávala rty).

Při polohování jsme užívali techniku polohy hnízdo, tak aby si pacient mohl uvědomit kontury těla. Vyzkoušeli jsme i techniku mumie, ale vzhledem ke zvýšené teplotě tato technika pacientovi nevyhovovala. U pacienta se objevila tachykardie a motorický neklid.

Během dne byla pacientovi pouštěna hudba do walkmana.

Hodnocení

Pacient byl stimulován podněty z okolí, do stimulace byla zapojena i švagrová. U pacienta byly užity techniky bazální stimulace. Vzhledem ke stavu pacienta tato diagnóza přetrvává dále, kdy při snižování analgosedace bude vystupovat potřeba komunikace do popředí.

Porucha termoregulace z důvodu základního onemocnění

Cíl

Tělesná teplota klesne pod 38°C.

Plán

Pravidelně kontroluj hodnotu teploty.

Zajisti čisté a suché prádlo.

Aplikuj antipyretika dle ordinace lékaře.

Používej metody fyzikálního chlazení ke snížení teploty.

Zvýšeně pečuj o pokožku.

Realizace

Tělesná teplota byla u pacienta měřena po 1 hod, naměřená hodnota byla zaznamenána do dokumentace pacienta. Teplota se pohybovala od 37,3 – 38,8 °C. Při vzestupu teploty nad 38,5 °C Byl podán dle ordinace lékaře Ketonal i. v. A bylo použito fyzikální chlazení, na pacientovi byly užity chladivé zábaly a kolem CŽK aplikovány vaky s ledem.

Při propocení ložního prádla došlo k výměně. Sestra pečovala o pokožku, udržovala ji suchou, kožní záhyby vypodkládala čtverečky a promazávala predilekční místa kosmetikou Menalind, při polohování prováděla masáž zad pomocí masážní emulze.

Hodnocení

Cíl nebyl splněn, teplota se pohybovala v rozmezí 37,7 – 38,5°C i po podání antipyretik. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko

Cíl

U pacienta se neobjeví žádné známky imobilizačního syndromu

Plán

Pravidelně polohuj dle ordinace lékaře

Používej antidekubitární pomůcky

Udržuj klouby ve fyziologickém postavení

Pravidelně kontroluj stav kůže

Prováděj toaletu na lůžku, zajisti suché a upravené lůžko

Podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře

Prováděj dechovou rehabilitaci a poklepové masáže

Kontroluj průchodnost uzavřeného močového systému

Komunikuj s pacientem

Sleduj projevy bolesti při polohování a rehabilitaci

Aplikuj kontinuálně analgosedaci

Realizace

Vzhledem k celkovému stavu pacienta byla prováděna pasivní rehabilitace a polohování, přes den po 2 hod, v noci po 3 hod. Rehabilitace fyzioterapeutem probíhala po ranní hygieně, který procvičil pacienta pasivními cviky. Po rehabilitaci byl pacient napolohován na bok. Polohování na boky moc netoleroval, občas se objevil motorický neklid, grimasování, tachykardie, tachypnoe. Proto po domluvě s lékařem probíhalo polohování pouze na poloboky. Pacient byl uložen na antidekubitární matraci, při polohování byly používány antidekubitární pomůcky (polohovací hadi, kolečka, molitany).

Péči o hygienu a lůžko zajistila sestra, hygiena byla provedena 1 x denně v dopoledních hodinách. Při hygieně byla provedena výměna ložního prádla.

Při této příležitosti sestra kontrolovala stav pokožky a predilekčních míst. Antikoagulancia byla podávána dle ordinace lékaře 1 x denně v 10 hod., byl aplikován Clexane s. c. 0,4 ml.

Při každém polohování byla provedena pokleповá masáž pomocí masážní emulze.

Před zahájením každé činnosti, bylo pacientovi vysvětleno, co bude následovat.

Hodnocení

U pacienta nedošlo ke vzniku imobilizačního syndromu. Cíl byl splněn. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů

Cíl

U pacienta se neobjeví známky infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů.

Plán

Sleduj invazivní vstupy.

Včas diagnostikuj známky infekce v místě vstupu.

Prováděj převazy invazivních vstupů dle standardu oddělení.

Postupuj přísně asepticky.

Dbej na řádnou hygienu rukou.

Infuzní linky měň pravidelně dle standardu oddělení.

Nerozpojuj infuzní linky.

Používej uzavřené systémy.

Sleduj projevy celkové infekce.

Realizace

Péče o invazivní vstupy byla pravidelně prováděna. Převazy probíhaly aseptickým způsobem vždy 1 x denně po hygieně pacienta. Místa vstupu byla kryta obvazem s povidle iodem Inadine a kryta Curaporem. Vzhledem ke zvýšenému pocení pacienta nebyla použita fólie. Starý obvaz byl šetrně odstraněn pomocí benzínu, okolí zavedených invazí bylo důkladně dezinfikováno Gutesepem G. Okolí invazí bylo klidné, bez místních známek infekce.

Infuzní linky byly měněny dle standardu oddělení, při osazení infuzních linek Clavy byla měněna po 7 dnech.

Pravidelně byly odebírány vzorky sputa a moče k mikrobiologickému vyšetření.

K odsávání byl použit uzavřený systém, který nebyl rozpojován.

Dle ordinace lékaře byla v pravidelných časech podávána pacientovi ATB. Sestra prováděla 2 x denně dezinfekci povrchů v okolí pacienta. Ošetrovatelský personál dodržel veškerá preventivní opatření.

Hodnocení

U pacienta se neobjevily známky infekce. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

Riziko vzniku dekubitů důvodu upoutání na lůžko

Cíl

U pacienta se dekubity.

Plán

Sleduj stav výživy a hydratace pacienta

Dle ordinace lékaře podávej parenterální a enterální výživu

Pečuj o hygienu kůže

Zajisti lůžko v suchu a čistotě

Polohuj pacienta dle ordinace lékaře

Při vzniku kožního defektu informuj lékaře
Defekt ošetř dle standardu oddělení
Vyhodnocuj riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Realizace

U pacienta byla zajištěna péče o kůži, lůžko a lůžkoviny. K péči o pokožku byly použity přípravky Menalind, byla zkontrolována predilekční místa. Pacient je uložen na antidekubitární matraci. Pacient byl polohován dle ordinace lékaře po 2 hod ve dne a po 3 hod v noci. Při každém polohování byly provedeny poklepové masáže pomocí masážní emulze. Pro polohování jsou používány polohovací pomůcky. Sestra při příjmu vyhodnotila riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, 15 b, pacient je ohrožen vznikem dekubitů. Další zhodnocení rizika bude provedeno po 7 dnech, vždy v neděli nebo při změně stavu pacienta. Na konci služby pokožka nejevila žádné známky opruzenin ani dekubitů.

Hodnocení

U pacienta nedošlo k porušení integrity kůže. Vzhledem k celkovému stavu pacienta přetrvává ošetrovatelská diagnóza dále.

Potencionální riziko infekce z důvodu zavedení močového katétru

Cíl

PMK je funkční, u pacienta se neobjeví známky močové infekce.

Plán

Sleduj hodinou diurézu, zjištěnou hodnotu zaznamenávej.

Sleduj barvu a příměsí moče, objevení příměsí hlas lékaři.

Kontroluj průchodnost PMK, používej uzavřený systém.

Prováděj odběr moče na bakteriologické vyšetření dle ordinace lékaře 2 x týdně, sleduj bakteriologický nález.

Prováděj výměnu močového katétru a uzavřeného systému dle standardu oddělení po 14 dnech, konec PMK pošli na bakteriologické vyšetření.

Sleduj ústí močové trubice.

Realizace

Pacient měl zavedený PMK, který byl napojen na sběrný močový systém. Moč byla pravidelně dle ordinace odebírána na bakteriologické vyšetření z odběrového portu 2 x týdně. Pravidelně byla sledována hodinová diuréza a naměřené hodnoty byly zaznamenány do dokumentace. Hodinová diuréza se pohybovala v rozmezí 100 – 250 ml/ hod. Během služby se v moči neobjevily žádné příměsi, katétr byl volný a průchodný. V rámci toalety pacienta byla provedena hygiena v okolí PMK, ústí močové trubice bylo klidné bez začervení. Po 3 hod sestra změnila polohu PMK, tak aby nedošlo k zalomení. Pacientovi byl kontinuálně aplikován Furosemid Forte 125 mg rychlostí 3 ml/ hod.

Hodnocení

Byla zajištěna adekvátní péče o vyprazdňování moče, k infekci nedošlo.

Riziko selhání životních funkcí z důvodu základního onemocnění

Cíl

U pacienta nedojde k selhání životních funkcí.

Plán

Sleduj hodnoty životních funkcí.

Kontroluj nastavené dechové parametry.

Kontroluj správnou polohu OTI.

Podávej farmakoterapii dle ordinace lékaře.

Po aplikaci léků sleduj výskyt nežádoucích účinků.

Sleduj bilanci tekutin.

Prováděj odběry dle ordinace lékaře.

Při náhlé změně stavu pacienta informuj lékaře.

Průběžně kontroluj nastavené alarmy u přístrojů.

Realizace

Pacient byl nepřetržitě monitorován, sestra po 1 hod sledovala životní funkce a hodnoty zaznamenávala do dokumentace pacienta. Krevní tlak se pohyboval v rozmezí 90/50 – 130/ 80 a musel být podporován vazopresory (zde Noradrenalin 3 mg do lineárního dávkovače rychlostí 3 – 10 ml/ hod). TF se pohybovala od 90 do 120/ min, TT 37,3 – 38,8 °C, hodnoty SaO₂ 93 – 98%. Sestra sledovala ventilační parametry a 3 x denně jejich hodnoty zaznamenávala do dokumentace.

Po hygieně a polohování si ověřila správnou polohu OTI, 2 x denně měřila tlak v obturačním balónku. Po 1 hod byl pacient odsáván z dýchacích cest a dutiny ústní. Po 3 hod byla podávána inhalace, pomocí dýchacího přístroje se směsí s Bromexinem nebo ACC.

Diuréza se pohybovala od 100 – 250 ml/ hod, byla podporována Furosemidem Forte kontinuálně. Bilance tekutin byla + 1200ml/ 24 hod. Krevní odběry byly prováděny 3 x denně – v 8, 14, 22 hod. Byly kontrolovány biochemické koagulační parametry, krevní obraz a ABR.

Hodnocení

Během služby byla zajištěna intenzivní ošetrovatelská péče, včetně lékařských intervencí, které zabezpečily podporu vitálních funkcí, a nedošlo k jejich selhání. Cíl byl splněn, avšak ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

Potencionální riziko TEN z důvodu upoutání na lůžko

Cíl

U pacienta se neobjeví příznaky TEN

Plán

Podávej antikoagulanca dle ordinace lékaře.

Sleduj barvu a teplotu DK.

Sleduj projevy krvácivosti.

Sleduj, zda se u pacienta neobjevily možné příznaky TEN.

Pravidelně polohuj.

Sleduj a zapisuj fyziologické funkce.

Dle ordinace lékaře prováděj odběry koagulace.

Realizace

Dle ordinace lékaře byl pacientovi aplikován v 10 hod ráno Clexane 0,4 ml s.c. Po hygieně proběhlo pasivní cvičení s fyzioterapeutem.

Pacient byl polohován na denní směně po 2 hod a na noční po 3 hod.

Barva pokožky dolních končetin byla růžová, bez cyanózy. Dolní končetiny byly teplé, bez otoků, pulsace byla přítomna.

Odběry koagulace byly provedeny v 8, 14, 22 hod, výsledky se pohybovaly ve fyziologických hodnotách.

Hodnocení

Cíl byl splněn, u pacienta se neobjevily známky TEN, výsledky koagulace se pohybovaly ve fyziologických hodnotách. Ošetřovatelská diagnóza přetrvává dále.

Riziko poškození rohovky z důvodu utlumení mrkacího reflexu

Cíl

Spojivky pacienta budou klidné, vlhké, bez zarudnutí a erozí.

Plán

Vyplachuj oči Borovou vodou.

Vykapávej oči dle standardu oddělení.

Při ošetřování očí postupuj šetrně a podle zásad asepse

Realizace

Péče o oči byla prováděna dle standardu oddělení po 1 hod.

Nejprve byly vypláchnuty. Borovou vodou, poté byl aplikován Lacrisin po 1 hod a po 3 hod Vidisic gel, který se užívá u pacientů, kteří neotvírají spontánně oči.

Sestra sledovala také po 1 hod spojivky pacienta, byly vlhké a bez zarudnutí.

Hodnocení

Cíl byl splněn, u pacienta se neobjevilo zarudnutí spojivek ani eroze. Oči byly vlhké a klidné. Ošetrovatelská diagnóza však přetrvává dále.

Potencionální riziko pádu z důvodu medikace, motorického neklidu

Cíl

U pacienta nedojde k pádu

Plán

Uprav vhodně okolí lůžka pacienta.

Zhodnot' riziko pádu u pacienta.

Označ rizikového pacienta.

Realizace

U pacienta bylo při příjmu na oddělení vyhodnoceno riziko pádu, pacient získal 3 b. Na identifikačním štítku, který je přiložen na horní končetině bylo vyznačeno riziko pádu pomocí červeného kolečka. Při odchodu od lůžka pacienta sestra pokaždé kontroluje postranice lůžka a nikdy se nevzdaluje od lůžka, pokud jsou postranice dole. Při objevení motorického neklidu je pacientovi podána svalová relaxace a sestra počká u pacienta, dokud nedojde k jeho zklidnění.

Hodnocení

Cíl byl splněn, u pacienta nedošlo k pádu. Jeho bezpečnost zajišťoval ošetrovatelský personál dodržováním zásad bezpečnosti při manipulaci s pacientem. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává dále.

3.6.Dlouhodobý plán

Během příjmu pacienta na oddělení došlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu, tím se změnil význam ošetrovatelských diagnóz a došlo ke změně priorit v ošetrovatelské péči. **Ošetrovatelskou péči plně přebírá ošetrovatelský personál.**

Ošetrovatelská péče je zaměřena na monitoraci základních životních funkcí, jejich zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace, sledování laboratorních nálezů, aplikaci ordinovaných léků a předcházení vzniku možných komplikací.

Vzhledem k ventilačním komplikacím je velká péče věnována **ventilaci** a péči o dýchací cesty. Sestra sleduje hodnoty pulzní oxymetrie a hodnoty acidobazické rovnováhy, sleduje nastavené parametry na ventilátoru, věnuje zvýšenou péči o hygienu dutiny ústní. Dle potřeby pacienta provádí odsávání z dýchacích cest. Dle ordinace lékaře provádí sestra odběr sputa na bakteriologické vyšetření.

Sestra provádí péči o zavedenou **nasogastrickou** a **nasojejunální sondu**. Sleduje průchodnost, barvu a množství odpadu z nasogastrické sondy. Pravidelně kontroluje stav nosní sliznice, protože je pacient ohrožen vznikem dekubitu. Jako preventivní opatření mění polohu sond dle zvyklosti oddělení. U zavedeného **permanentního močového katétru** se zaměřuje na prevenci infekce. Sleduje průchodnost močového katétru, barvu a možné příměsi moče. Kontroluje a zaznamenává bilanci tekutin – hodinovou diurézu a všechny tekutiny přijaté parenterální a enterální cestou. Dle ordinace lékaře provádí odběr moče na bakteriologické vyšetření a sleduje mikrobiologické nálezy.

Při ošetřování **centrálního žilního katétru** postupuje asepticky. Místo vpichu je převazováno dle zvyklosti oddělení a dle typu užitého krytí. Při převazu sestra zkontroluje okolí zavedeného katétru a všímá si možných známek infekce. Jako prevenci infekce používá přípravek Inadine, který kryje Curaporem.

Dále se zaměříme na prevenci **porušení celistvosti kůže** na predilekčních místech, protože dle stupnice Nortonové je pacient ohrožen vznikem dekubitu.

Sestra sleduje hodnoty krevních odběrů, hlavně acidobazické rovnováhy a biochemické ukazatele, hlavně hodnoty glykémie, která je při tomto onemocnění nestabilní a kolísavá.

Po týdenní hospitalizaci došlo ke zhoršení ventilačních parametrů a rozvoji ARDS. Proto byla u pacienta prováděna pronační poloha. Tato metoda je velmi náročná pro ošetrovatelský personál. Pacient je otočen na břicho, v této poloze setrvává 6-10 hod dle jeho zdravotního stavu a tolerance. Sestra kontroluje všechny invaze pacienta, dále musí zajistit důkladné vypodložení predilekčních míst, protože pacient bude delší dobu ve stejné poloze. Do této polohy byl pacient ukládán 3 dny.

Během prvních 3 týdnů hospitalizace u pacienta převládal motorický neklid, který byl řešen podáváním analgosedací směsi, bolusovým podáváním Tiapridalu i. v. Po 3 týdnech došlo ke zlepšení.

Po 14 dnech hospitalizace stále pacient nebyl na stolicí a nedošlo k obnovení peristaltiky. Dle ordinace lékaře byla podávána Lactulosa po 6 hod, po 3 hod

byla aplikována rektální rourka. Po dalších 3 dnech byly tyto ordinace doplněny o klyzma. Poté došlo k vyprázdnění stolice.

V polovině hospitalizace došlo k výraznému zlepšení stavu, úpravě ventilace, ústupu motorického neklidu, obnově peristaltiky, úpravě krevních odběrů.

Začala se snižovat dávka analgosedace a pacient s námi začal komunikovat. Nejprve kýváním hlavou ano, ne, grimasováním, posunky. Později jsme se domlouvali pomocí tabulky s písmenky a písemnou formou.

Po obnově peristaltiky začal přijímat tekutiny p. o.

Probíhalo odvykání od ventilátoru, nejprve přes odvykací režim a později pomocí Ayre-T. 15.8.2008 došlo k dekanylaci pacienta. Byla ale stále nutná oxygenoterapie pomocí kyslíkových brýlí.

V této době byl pacient plně orientován, GCS 14-15 b, posazoval se do křesla s pomocí personálu, spolupracoval, komunikoval, přijímal stravu p. o., dieta 4 S, hygiena byla prováděna ve sprše s dopomocí ošetrovatelského personálu. Dne 16. 9. 2008 byl pacient přeložen zpět na metabolickou jednotku.

3.7.Psychologicko sociální část

Obecná pravidla komunikace s pacienty v bezvědomí:

V dnešní době se takto závažně nemocní pacienti dostávají na jednotky intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde je jim **poskytována adekvátní péče.**

Na začátky hospitalizace bývají většinou udržováni v umělém spánku. Po té jsou probouzeni. Jsou vystaveni extrémní psychické zátěži, a nejen pacienti, ale i velkému tlaku jsou vystaveni jejich rodinní příslušníci. Názor, že pacient v bezvědomí nevnímá, dnes neplatí a ošetrovatelský personál se snaží s pacientem komunikovat.

Dnes jsou oblíbené **prvky bazální stimulace**, se kterými se snažíme pracovat. Výrazným pomocníkem je pro nás podrobné vyplnění biografické anamnézy (viz příloha č. 6), k čemuž potřebujeme spolupráci rodinných příslušníků.

Jaké možnosti máme?

- U pacientů v bezvědomí používáme formu tzv. **pasivní komunikace**, kdy komunikace vychází pouze od sestry viz lit. 3).
- Pacienta **oslovujeme jménem**.
- Vždy pacientovi **krátce vysvětlíme, jaký ošetřovatelský úkon budeme provádět**.
- Využíváme **iniciální dotek**, který vychází z prvků bazální stimulace. Na začátku hospitalizace určíme bod na těle (nejčastěji se jedná o pravé nebo levé rameno), kdy tak dáme pacientovi najevo, že jsme u pacienta nebo začíná nějaká ošetřovatelská činnost. Zvolený bod je zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace. Se zvoleným iniciálním dotekem jsou seznámeni i příbuzní pacienta.
- **Umožňujeme návštěvy rodinných příslušníků**, které aktivně zapojujeme do komunikace s pacientem (např. předčítání jeho oblíbené literatury, tisku nebo poslech hudby).

U pacientů, kteří jsou při vědomí, ale mají dýchací cesty zajištěny tracheostomickou kanylou využíváme:

- **odezírání ze rtů,**
- **abecední tabulky,**
- **tužku a papír,**
- **komunikační karty.**

Nezapomínáme **na komunikaci s rodinou**. Rodina nemocného poskytuje cenné informace ošetřovatelskému týmu a přímo se podílí na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou a zajištěním další potřebné péče (3). Většina příbuzných má zájem přispět k uzdravení pacienta. Proto se snažíme rodinné příslušníky:

- **naučit komunikační technice,**
- **vysvětlit význam pasivní komunikace u pacienta v bezvědomí,**

- **poskytnout informace týkající se ošetřování nemocného.**

Sestra by měla být na blízku nemocnému, a přesto by měla pacientovi vytvořit soukromí. Měla by být rodině oporou, pozitivně ji motivovat, ale nikdy neslibovat nesplnitelné. (3)

Psychologicko sociální zhodnocení pacienta:

Pacient je hospitalizován poprvé. K lékaři chodil pouze v dětství v rámci preventivních prohlídek. Od dětství trpí astmatem, ale nikde se s ním neléčí, doma má k dispozici pouze SOS medikaci. V dospělosti mu byla zjištěna hypertenze, se kterou se také nikde neléčí a medikaci žádnou neužívá. Krevní tlak pacientovi občas změní švagrová. Nutnost pravidelného sledování a léčby si nepřipouští.

Vzhledem ke kontinuální analgosedaci nelze posoudit psychický stav pacienta.

Rodina uvádí, že byl pacient poslední dobou často nekoncentrovaný, podrážděný, trpěl častou nevolností. Tento stav ale rodina přisuzuje počínajícímu onemocnění.

Pacient udává dlouholeté kouření velkého počtu cigaret a pravidelné požívání alkoholu.

Vzhledem ke stavu pacienta byla pouze rodina poučena o úpravě životosprávy a nutnosti její změny po odeznění akutního onemocnění. Rodina přiznává, že přimět pacienta k výrazné změně jeho životního stylu nebude lehké, ale myslí si, že proběhlé těžké onemocnění by ho k tomu mohlo motivovat.

Po probuzení z bezvědomí si pacient nechtěl připustit závažnost stavu a onemocnění měl snahu zlehčovat. Po návštěvě rodiny byl ochotný připustit změny ve svém dalším životě.

Pacient je sirotek, je svobodný a bezdětný. Má vystudované střední odborné učiliště, nyní pracuje ve výkupu surovin. S touto prací není moc spokojen, nenaplňuje ho.

Bydlí se svým bratrem a jeho manželkou v panelákovém bytě po rodičích. Bytová situace mu zatím vyhovuje a nemá potřebu ji jinak řešit. Vypozorovala jsem, že návštěva rodiny je pro něho velmi důležitá. Bratr na návštěvy ze začátku nechodil, psychicky ho návštěva velmi rozrušila. Na návštěvu přišel až po zlepšení stavu. Bylo znát, že jsou na sebe s bratrem

velmi fixováni. Velmi dobře pacient reagoval na návštěvy své švagrové, která chodila pravidelně a snažila se aktivně zapojovat do ošetrovatelské péče.

V době před nemocí bylo pro pacienta důležité seznámení se s novou přítelkyní, ale ta bohužel během hospitalizace nepřišla na návštěvu ani jednou.

3.8. Edukační plán

Slovo edukace pochází z latinského slova **educatio**, které v překladu znamená **vychovávání**. Jedná se o výchovu pacienta samostatnější péčí o svoje onemocnění.

Naším cílem je, aby pacient převzal větší část odpovědnosti za svoje zdraví a spolupracoval se zdravotnickým personálem. **Mezi obvyklé formy edukace patří osobní pohovor, individuální edukace, skupinová edukace, přednáška.**

Význam edukace:

- zlepšit život pacienta,
- zlepšit stav obyvatelstva,
- má význam v prevenci drog, alkoholu, očkování,
- je součástí ošetrovatelství, rozšiřuje úlohu sestry.

Fáze edukace

Projektování - zde si stanovíme koho a jak, za jakých podmínek budeme edukovat. Stanovíme si cíle edukace a edukační plán. Edukační plán by měl být přiměřený schopnostem pacienta a měli bychom postupovat od jednoduchého ke složitějšímu.

Realizace – provedení naplánované činnosti. Ošetrovatelský personál by měl průběžně hodnotit plán, opakovat, reagovat na změny, motivovat, chválit, ale i upozornit na chyby.

Hodnocení - v této fázi posuzujeme a hodnotíme dosažené výsledky. Hodnotí nejen ošetrovatelský personál, ale i pacient nebo rodinní příslušníci.

Pokud jsme vytyčeného cíle nedosáhli, snažíme se zjistit důvody, které nám k tomu bránily.

Edukace pacienta při onemocnění slinivky břišní

I při tomto onemocnění je potřeba edukace pacienta, seznámit jej s omezeními, které ho čekají a s důvody, které k těmto omezením vedly. Vzhledem ke stavu pacienta proběhla zatím edukace rodiny, zejména švagrové. Byla seznámena s režimem oddělení, možnostmi návštěv (lze přijít i po individuální domluvě mimo návštěvní hodiny). Byla seznámena s metodou bazální stimulace, s možnostmi užití některých technik u tohoto pacienta. Příbuzné jsme vysvětlili co je iniciální dotek, proč a jak se používá. Vzhledem k omezeným možnostem jsme ji poprosili k přinesení walkmana a oblíbené knihy. Z detektivky pacientovi předčítala při návštěvách. Dále proběhla edukace u nutnosti změn ve stravovacích návycích u pacienta po odeznění akutního stavu.

Pacientovi je potřeba podat základní informace o jeho onemocnění a zásadách vhodné životosprávy. Informace budou podány po zlepšení stavu pacienta v ústní a písemné formě a do edukačního procesu bude zapojena rodina.

Po odeznění akutního stádia často nemocní toto onemocnění bagatelizují a neuvědomují si závažnost a rizika, která mohou nastat. U tohoto pacienta musí nastat úplná změna stravovacích návyků. Vhodné bude doporučit pacientovi spolupráci s nutričním terapeutem, užití některých technik autogenního tréninku a podporu rodiny. Informace, které budeme chtít sdělit pacientovi budou popsány jednoduše, budeme je opakovat s citlivostí a empatií.

Obecná pravidla zdravé výživy dle lit. 8) jsou:

- Udržovat optimální tělesnou hmotnost
- Přiměřená fyzická aktivita přizpůsobená věku a schopnosti pacienta
- Úprava stravovacích zvyklostí, pravidelnost, častější a menší porce jídla
- Pestrá a vyvážená strava
- Dostatečný pitný režim

- Být aktivní a umět přijímat své handicapy
- Jíst jen malé množství jídla, výrazně omezit jídla tučná, přepalovaná, mastná a dráždivá.

Doporučení a pravidla pro pacienty po onemocnění pankreatitidou:

Po úpravě funkce pankreatu se doporučuje vynechat (zákaz) alkohol (alkohol zvyšuje sekreci žaludeční šťávy, vede k hyperstimulaci pankreatické sekrece a k aktivaci pankreatických enzymů).

Platí zákaz kouření!

Pozor na některá koření, špatně je snášen česnek cibule, paprika, pepř, ocet.

Doporučené potraviny jsou:

- Libová masa (hovězí, telecí, drůbež, ryby)
- Mléko, netučné mléčné výrobky
- Nenadýmavá zelenina (brambory, mrkev, červená řepa)
- Ovoce

Nevhodné a zakázané potraviny jsou:

- Tučná masa (husa, kachna, tučné vepřové, uzené)
- Tučné druhy sýrů, šlehačka, smetanové jogurty
- Nadýmavá zelenina
- Čokoláda, zmrzliny a chlazené nápoje

Tekutiny podáváme odděleně od tuhých jídel. Pacient by se měl vyvarovat přijímat příliš horké nebo studené potraviny, které vedou ke stimulaci pankreatické sekrece. Omezit pití kávy a černého čaje, tyto nápoje stimulují sekreci žaludečních šťáv.

Dietní léčba při tomto onemocnění je dlouhodobá, každá dietní chyba může vést ke zhoršení stavu nemocného. V případě, že pacient nebude dodržovat doporučená dietní opatření, zvyšuje se pravděpodobnost, že nemoc přejde do chronického stádia.

3.9.Prognóza

Toto onemocnění řadíme mezi akutní příhody břišní.

Těžká forma akutní pankreatitidy vyžaduje hospitalizaci na specializovaném pracovišti, kde je vyžadována multidisciplinární spolupráce několika odborných pracovišť.

Prognóza je vždy velmi nejistá, záleží na dalších komplikacích, které se mohou objevit.

V tomto případě, i když se objevily závažné komplikace a velmi nejistou prognózu, která byla vyslovena na začátku hospitalizace, se obavy nakonec nenaplnili. Pacient byl po 1,5 měsíční hospitalizaci přeložen zpět na metabolickou jednotku, ze které byl odeslán na rehabilitační oddělení.

4. Shrnutí – závěr

Tato práce je zpracována jako případová studie ošetrovatelské péče u 26letého pacienta s diagnózou akutní pankreatitida.

Akutní pankreatitida je zánětlivé onemocnění slinivky břišní s různým postižením okolních a vzdálených orgánů. Incidence tohoto onemocnění stále stoupá vzhledem ke špatnému životnímu stylu a pravidelnému požívání alkoholu.

Ošetrovatelská část je zaměřena na ošetrovatelskou péči poskytovanou formou ošetrovatelského procesu a sepsání ošetrovatelské anamnézy podle modelu Virginie Henderson.

Ošetrovatelská péče o takto nemocného pacienta hraje důležitou roli. Ošetrovatelský personál zabezpečuje základní životní potřeby pacienta. Na sestru jsou zde kladeny velké nároky, nejen na odborné znalosti, ale i na zodpovědnost, pečlivost, důslednost a rozhodnost.

Při dlouhodobé hospitalizaci se objevily komplikace zdravotního stavu (např. ARDS, MODS, motorický neklid). Postupně došlo k úpravě ventilačních parametrů a stabilizaci stavu, a bylo možné zahájit odvykání od dýchacího přístroje. Po 1,5měsíční hospitalizaci bylo možné pacienta přeložit na metabolickou jednotku, ze které byl přeložen na rehabilitační oddělení.

Velmi kladně hodnotím spolupráci s rodinou pacienta, zejména se švagrovou, která se aktivně zapojovala do poskytování ošetrovatelské péče. Bratr s manželkou podporovali pacienta v rozhodnutí o změně životního stylu.

Dle lékaře záleží další vývoj zdravotního stavu na pacientovi samotném, na jeho vůli a dodržování změny stravovacích návyků, užívání medikace a pravidelných kontrol u gastroenterologa.

Při zpracovávání této bakalářské práce jsem si ujasnila postupy u ošetrovatelského procesu a vyzkoušela jsem si vyplnění ošetrovatelské anamnézy u pacienta v bezvědomí. Velká spolupráce zde byla s rodinou pacienta, bez které bych tuto anamnézu neměla kompletní.

Použitá literatura

- 1) DYLEVSKÝ, I.: *Somatologie*. Olomouc: Epava 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- 2) HOCH, J., LEFFLER, J., a kolektiv.: *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf 2001. 224 s. ISBN 80-85912-44-9
- 3) KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 352 s.. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 4) KOCINOVÁ, S., ŠTĚRBÁNKOVÁ, Z.: *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Informatorium spol. s r.o., 2003. 93 s. ISBN 80-7333-012-1.
- 5) KOSTKA, R.: *Akutní pankreatitida*. Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-427-X.
- 6) LUKÁŠ, K.: *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- 7) MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J.: *Patologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 348 s., 24 stran barevné přílohy. ISBN 80-247-0785-3.
- 8) MÜLEROVÁ, D.: *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
- 9) PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Hana Horová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 10) PUTZ, R., PABST, R.: *Sobottův atlas anatomie člověka, 2. díl, 22. vyd.*, Grada Publishing, a.s., 2007 Praha, 408 s. ISBN:978-80-247-1870-5
- 11) ROKYTA, R.: *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 8085866455.
- 12) VALENTA, J., ŠEBOR, J., MATĚJKA, J., RUNT, V.: *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2005. 240 s. ISBN 80-246-0644-5.

Jiné zdroje

- 13) ŠÁCHA, P.: *ZÁNĚT SLINIVKY I* [online]. 2007 [cit. 2007-03-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.celostnimediceina.cz/zanet-slinivky-i.htm>>.

Seznam zkratk

ABR	acidobasická rovnováha
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AMK	aminokyseliny
ARDS	syndrom akutní respirační tísně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ART	arteriální katétr
AST	asparát-aminotransferáza
ATB	antibiotika
CL	chloridy
CVP	centrální žilní tlak
CT	počítačová tomografie
CRP	C reaktivní protein
CŽK	centrální žilní katétr
EDK	epidurální katétr
EKG	elektrokardiograf
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
EtCO ₂	tlak oxidu uhličitého ve vydechované směsi na konci výdechu
FiO ₂	inspirační frakce kyslíku
FR	fyzilogický roztok
GCS	Glasgow coma scale
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza
IAP	intraabdominální tlak
JIP	jednotka intenzivní péče
K	kalium
MAP	střední arteriální tlak
MODS	multiorgánové selhání
MV	minutový objem
Na	natrium
NGS	nazogastrická sonda

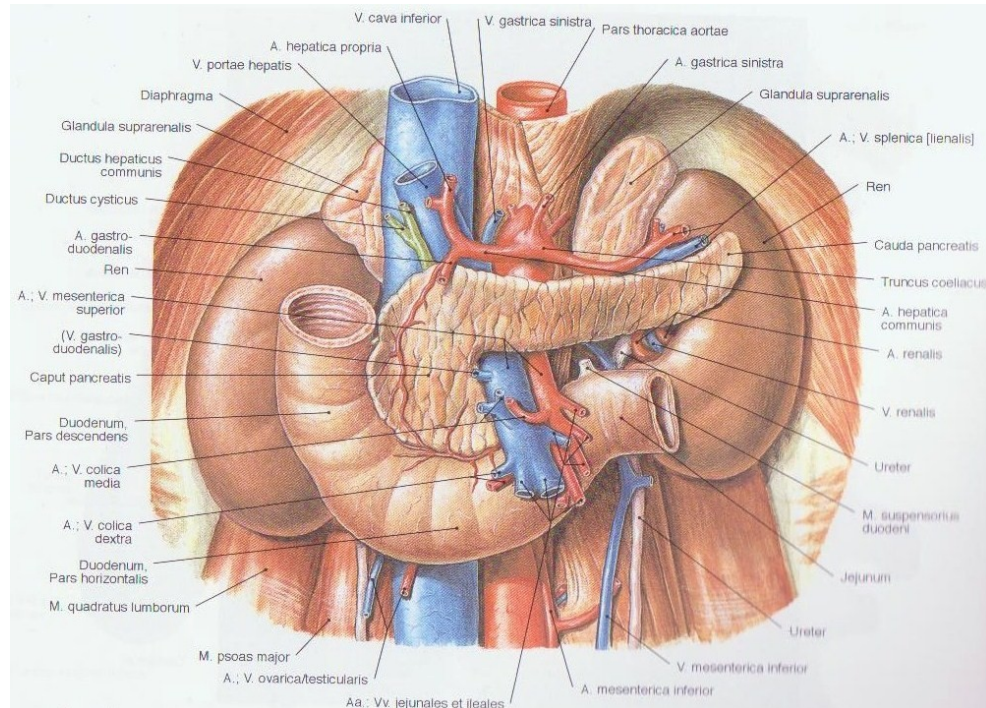
NJS	nasojejunální sonda
OTI	orotracheální intubace
P	puls
PEAK	špičkové tlaky
PEEP	přetlak na konci výdechu
PMK	permanentní močový katétr
PRVC	tlakově řízená ventilace
Ramsey scóre	hodnocení hloubky sedace
SONO	sonografie
SpO2	saturace hemoglobinu kyslíkem v kapilární krvi měřené pulzní symetrií
TEN	trombembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

Seznam příloh

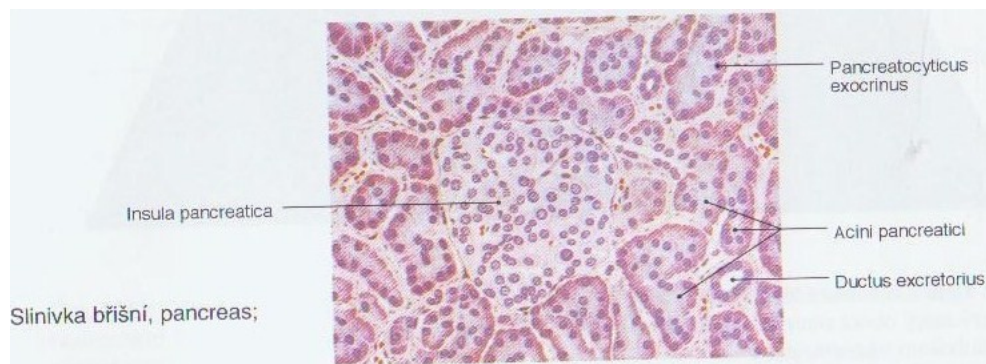
1. Anatomie slinivky břišní
2. Seznam farmakoterapie
3. Určení hloubky sedace dle Ramseye
4. Glasgow coma scale
5. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
6. Biografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace
- 7a. Ošetrovatelská dokumentace – ošetrovatelská anamnéza
- 7b. Ošetrovatelská dokumentace – ošetrovatelská anamnéza
8. Ošetrovatelská dokumentace – péče o dekubity
9. Ošetrovatelská dokumentace – hodnocení bolesti
- 10a. Ošetrovatelská dokumentace – realizace ošetrovatelského plánu
- 10b. Ošetrovatelská dokumentace – realizace ošetrovatelského plánu
- 11a. Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče
- 11b. Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče
- 11c. Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče
- 11d. Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče
12. Ošetrovatelská dokumentace – hodnocení plánu péče
13. Souhlas Ústřední vojenské nemocnice Praha s použitím ošetrovatelské dokumentace

Příloha č. 1

Anatomie slinivky břišní



Obrázek 1- Retroperitoneální orgány a cévy v horní části břicha: pohled zředu (lit. 10, str. 152)



Obrázek 2 - Slinivka břišní (lit. 10, str. 153)

Příloha č. 2

Seznam farmakoterapie

Apaurin inj.

Indikační skupina: anxiolytikum

Indikace: akutní anxieta, status epilepticus, akutní spasmy, součást premedikace.

Arduan

Indikační skupina: periferní svalové relaxancium

Indikace: přípravek se používá jako svalový relaxans

Bromhexin sol.

Indikační skupina: mukolytikum

Indikace: přípravky usnadňující vykašlávání hlenu z dýchacích cest, snižují viskozitu sputa

Clexane inj.

Indikační skupina: antikoagulancia

Indikace: přípravek ovlivňující srážlivost krve, zabraňující tvorbě trombů.

Ciphin inj.

Indikační skupina: chinoliny, chemoterapeutikum

Indikace: přípravek působící na anaerobní infekce, užívá se u systémových infekcí

Clinomel N7 inf.

Indikační skupina: infundabilium

Indikace: roztok aminokyselin, elektrolytů, glukózy, emulze lipidů užívaná k parenterální výživě

Dormicum inj.

Indikační skupina: anxiolytikum

Indikace: přípravky zmírňující úzkost, strach, mají psychorelaxační účinek

Fentanyl inj.

Indikační skupina: analgetikum anodynum

Indikace: přípravek tlumící bolest

Furosemid forte inj.

Indikační skupina: klíčkové diuretikum

Indikace: přípravek se užívá při renálním selhání, podpora diurézy

Heparin inj.

Indikační skupina: antikoagulancium

Indikace: tento přípravek je indikován jako prevence a terapie trombóz a tromboembolické nemoci.

Helicid inj.

Indikační skupina: inhibitor vodíkové pumpy

Indikace: přípravky užívané při nebo jako prevence žaludeční nebo vředové choroby

PI -.lyte inf.

Indikační skupina: infundabilium

Indikace: přípravek je určen pro parenterální podání

Marcaine inj.

Indikační skupina: anestetikum

Indikace: přípravek pro místní znecitlivění, blokuje vedení vzruchu nervovými vlákny.

Metronidazol inj.

Indikační skupina: chemoterapeutikum

Indikace: protozoální chemoterapeutikum, má dobrý účinek neanaerobní infekce

Multibionta inj.

Indikační skupina: vitamínový přípravek

Indikace: substituce vitamínů při dlouhodobé parenterální výživě

Noradrenalin inj.

Indikační skupina: sympatomimetikum

Indikace: hormon dřeně nadledvin s vazokonstrikčním účinkem užívaný u stavů hypotenze

Novorapid inj.

Indikační skupina: antidiabetikum

Indikace: přípravek se užívá k léčbě diabetu, snižuje hladinu krevního cukru.

Nutramin VLI inf.

Indikační skupina: infundabilium

Indikace: roztok složený z esenciálních aminokyselin indikovaný u hepatocerebrálního syndromu, jaterního selhání

Peptisorb

Indikační skupina: dietetikum

Indikace: přípravek určený pro enterální výživu

Sufentanil T. inj.

Indikační skupina Analgetikum anodynum

Indikace: bolestivé stavy, součást analgetických směsí

Voluven 6% inf.

Indikační skupina: infundabilium

Indikace: krystaloidní roztok určený k doplnění objemu.

Příloha č. 3

Určení hloubky sedace dle Ramseye

Úroveň bdělosti	1. Agitovaný, úzkostný pacient
	2. Spolupracující klidný pacient
	3. Pacient reaguje pouze na výzvu
Hloubka spánku	4. Pohotová reakce na poklepání nebo hlasitý zvuk
	5. Nevýrazná reakce na podněty uvedené v bodu 4
	6. Žádná reakce na podněty uvedené v bodu 4

Tabulka3- Určení hloubky sedace dle Ramseye (lit. 3, str. 142)

Příloha č. 4

Glascow coma scale

Odpověď	Reakce na určitý podnět	Body
Otevření očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
Motorická odpověď	uposlechne příkaz	6
	adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	úhyb	4
	flexe na bolestivý podnět	3
	extenze na bolestivý podnět	2
	bez odpovědi	1
Celkové skóre		3-15

Tabulka2- Glascou coma scale (lit. 3, str. 42)

Příloha č. 5

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Spolu- práce	Věk	Stav pokožky	Další nemoc	Fyzický stav	Stav vědomí	Akti- vita	Pohy- livost	Inkon- tinence	Body
Úplná	<10	normální	žádná	dobrý	dobrý	úplná	chodí	není	4
Malá	<30	alergie	DM, TT	horší	apatický	s dopro- vodem	částečn á	občas	3
Částeč- ná	<60	vlhká	obezita	špatný	zmatený	sedačka	omezen á	moč	2
Žádná	>60	suchá	nádor	velmi špatný	bezvědo mí	leží	žádná	Moč i stolice	1

25 bodů a méně znamená riziko vzniku dekubitů

Tabulka3- Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (lit. 3, str. 127)

Příloha č. 6


Biografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace

Biografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace			
RODINA, PŘÍBUZNÍ			
SOCIÁLNÍ SITUACE, ZAMĚSTNÁNÍ ZAMĚSTNAN VYKOPČÍ PRUHOTVÝCH SROUČ.N			
KDO MŮŽE A KDO NEMŮŽE PACIENTA NAVŠTĚVOVAT			
OSLOVENÍ			
DENNÍ REŽIM		SPÁNEK	MÁ RÁD (A)
kdy vstává: 6:30-7:00		kvalita: DOBRÁ	teplo: NEŘEŠÍ
denní spánek: NE		zvyklosti: USINÁ A ROŠTĚNIA (C)	zimu:
kdy chodí spát: 22:00 - 24:00		doba spánku: 6-8 hodin	
TĚLESNÝ HANDICAP		PRÁVÁK AND	
jak slyší: DOBRĚ		LEVÁK ✓	
zrak, nosí brýle: HORSÍ, POKY JE NEMOSÍ			
OBLÍBĚNÉ		NEOBLÍBĚNÉ	
jídlo, chuť k jídlu: NEMÁ OBLÍBĚNÉ		jídlo, chuť k jídlu: MLEČNÉ VÝROBKŮ	
pítí: PIVO		pítí: MLÉKO, SLADKÉ LIMONÁDY	
kosmetika, vůně: VYLOŽENÉ NEŘEŠÍ, VĚŠINOU "FA"		kosmetika, vůně: ✓	
dáleky:		dáleky:	
zvuky, poslech hudby, četba: TURDÍ, ROCK, FUTUR, JEDNOUČNÉ SLOVO		zvuky, poslech hudby, četba: DECHOVKA, VÁŽNÁ HUDBA	
AKTIVITY PRO RELAXACI: INTERNET			
DŮLEŽITÝ ZÁŽITEK Z POSLEDNÍ DOBY: NOVÁ ZNĚLÝ			
OSTATNÍ SDĚLENÍ: POMĚRNĚ NEKONCENTROVANÝ, ČASTO POMÁZEBENÝ, DELŠÍ DOBA ČASTÁ NEVOLEBNOST			
Zpracoval + datum:			9.8.2008

Tabulka4- Biografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace

Příloha č. 7a

Ošetřovatelská dokumentace – ošetřovatelská anamnéza



ÚIVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
PRAHA

Identifikační výtisk příložen

Ošetřovatelské vyšetření při intenzivní péči chůze
JIP B - tel. 6 979 209 203

vstupní během hospitalizace při prekladu

Oddělení:

Váha / výška: *83 / 178* BMI *27*

soběstačný nesoběstačný

parenterální *3. 8. 02*

enterální

sonda zavedena dne: *3. 8. 02*

obezita (BMI 30 a vyšší): ano ne

informuji lékaře a volám NT

kontakt NT: ano ne

diabeetik: defekt nohou ano ne

Vyprazhňování

Problémy s močením: ano ne

pálení řezání

retence inkontinence

moč.katetr zaveden dne: *3. 8. 02*

Problémy se stolicí: ano ne

pravdělná nepravdělná

zácpa průjem

inkontinence stomie

Kůže

změny na kůži ano ne

otoky dekubity

jiné

stupně:

1. zčervenání

2. tvorba puchýřů

3. hluboké poškození kůže a tkáně

4. dekubitus na kost

skóre méně než 25 postupuj dle metodického návodu 10/2004

Rizika

riziko pádu skóre: *36*

riziko dekubitů N skóre: *156*

riziko ICHS

riziko SDN

Schopnost edukace

nemocný ano ne

rodina ano ne

Potřeba edukace

ano ne *ZLEZENÍ ÚTRN*

téma/viz edukační záznam/.....

Potřeba duchovních služeb:

ano ne

Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí

onemocnění s dlouhodobými následky

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medicací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

je v péči

Kontakt se sociálním pracovníkem

ano ne

Podpis řádkem Slavíková, DIS.

a razítko sestry:

Datum: *3. 8. 02* Čas: *11:..*

Podpis

a razítko lékaře:

Alergie

ano ne

Alergen:

Bolest

ano ne

Lokalizace

NEZDE HODNOTIT

PRO ÚPVI

KONTAKT ANALETICKÝ

VEDACI

intenzita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost/pohyblivost

Hodnocení stupně závislosti

0-40 výsoce závislý

45-60 závislost středního stupně

65-95 lehká závislost

96-100 nezávislý

Významný handicap

problémy se zrakem brýle, čočky

problémy se sluchem naslouchátko

problémy s řečí protéza

cizinec jiné:

horní

dolní

naslouchátko

berle/hůl

vozík

Příjem

Datum: *3. 8. 02* hod: *4*

Opakované přijetí: ano ne

Rodina informována: ano ne

Fyziologické hodnoty při přijetí

TK: *110/70*, P: *72*, TT: *37,5*, D: *...*

Hypertenze v anamnéze: ano ne

Vědomí

při vědomí

bez omezení

porucha vědomí

ztiženy

bezvědomí

nelze navázat

GCS: *Ano, Analetický, ÚPVI*

Psychický stav

spolupracuje nespolupracuje

klidný rozrušený

orientovaný zmatený

NEZDE HODNOTIT

KONTAKT ANALETICKÝ

ÚPVI

Dýchání

Potíže: ano ne

Kuřák: ano ne

dušnost:

klidová cyanoza námahová

NEZDE HODNOTIT Kašel *PRO ÚPVI*

NOČNÍ čirážvý s expektorací

KONTAKT ANALETICKÝ

Spánek

Narušený: ano ne

NEZDE HODNOTIT *PRO ÚPVI*, *KONTAKT ANALETICKÝ*

Riziko pádu

skóre: *36*

Riziko dekubitů

N skóre: *156*

Schopnost edukace

nemocný ano ne

rodina ano ne

Potřeba edukace

ano ne *ZLEZENÍ ÚTRN*

téma/viz edukační záznam/.....

Potřeba duchovních služeb:

ano ne

Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí

onemocnění s dlouhodobými následky

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medicací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

je v péči

Kontakt se sociálním pracovníkem

ano ne

Podpis řádkem Slavíková, DIS.

a razítko sestry:

Datum: *3. 8. 02* Čas: *11:..*

Podpis

a razítko lékaře:

Výživa

obezita (BMI 30 a vyšší): ano ne

informuji lékaře a volám NT

kontakt NT: ano ne

diabeetik: defekt nohou ano ne

Vyprazhňování

Problémy s močením: ano ne

pálení řezání

retence inkontinence

moč.katetr zaveden dne: *3. 8. 02*

Problémy se stolicí: ano ne

pravdělná nepravdělná

zácpa průjem

inkontinence stomie

Kůže

změny na kůži ano ne

otoky dekubity

jiné

stupně:

1. zčervenání

2. tvorba puchýřů

3. hluboké poškození kůže a tkáně

4. dekubitus na kost

skóre méně než 25 postupuj dle metodického návodu 10/2004

Alergie

ano ne

Alergen:

Bolest

ano ne

Lokalizace

NEZDE HODNOTIT

PRO ÚPVI

KONTAKT ANALETICKÝ

VEDACI

intenzita

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost/pohyblivost

Hodnocení stupně závislosti

0-40 výsoce závislý

45-60 závislost středního stupně

65-95 lehká závislost

96-100 nezávislý

Významný handicap

problémy se zrakem brýle, čočky

problémy se sluchem naslouchátko

problémy s řečí protéza

cizinec jiné:

horní

dolní

naslouchátko

berle/hůl

vozík

Příjem

Datum: *3. 8. 02* hod: *4*

Opakované přijetí: ano ne

Rodina informována: ano ne

Fyziologické hodnoty při přijetí

TK: *110/70*, P: *72*, TT: *37,5*, D: *...*

Hypertenze v anamnéze: ano ne

Vědomí

při vědomí

bez omezení

porucha vědomí

ztiženy

bezvědomí

nelze navázat

GCS: *Ano, Analetický, ÚPVI*

Psychický stav

spolupracuje nespolupracuje

klidný rozrušený

orientovaný zmatený

NEZDE HODNOTIT

KONTAKT ANALETICKÝ

ÚPVI

Dýchání

Potíže: ano ne

Kuřák: ano ne

dušnost:

klidová cyanoza námahová

NEZDE HODNOTIT Kašel *PRO ÚPVI*

NOČNÍ čirážvý s expektorací

KONTAKT ANALETICKÝ

Spánek

Narušený: ano ne

NEZDE HODNOTIT *PRO ÚPVI*, *KONTAKT ANALETICKÝ*

Riziko pádu

skóre: *36*

Riziko dekubitů

N skóre: *156*

Schopnost edukace

nemocný ano ne

rodina ano ne

Potřeba edukace

ano ne *ZLEZENÍ ÚTRN*

téma/viz edukační záznam/.....

Potřeba duchovních služeb:

ano ne

Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí

onemocnění s dlouhodobými následky

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medicací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

je v péči

Kontakt se sociálním pracovníkem

ano ne

Podpis řádkem Slavíková, DIS.

a razítko sestry:

Datum: *3. 8. 02* Čas: *11:..*

Podpis

a razítko lékaře:

Výživa

obezita (BMI 30 a vyšší): ano ne

informuji lékaře a volám NT

kontakt NT: ano ne

diabeetik: defekt nohou ano ne

Vyprazhňování

Problémy s močením: ano ne

pálení řezání

retence inkontinence

moč.katetr zaveden dne: *3. 8. 02*

Problémy se stolicí: ano ne

pravdělná nepravdělná

zácpa průjem

inkontinence stomie

Kůže

změny na kůži ano ne

otoky dekubity

jiné

stupně:

1. zčervenání

2. tvorba puchýřů

3. hluboké poškození kůže a tkáně

4. dekubitus na kost

skóre méně než 25 postupuj dle metodického návodu 10/2004

Tabulka 5a- ošetřovatelská dokumentace – ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 11a

Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Příjmení: _____
 Jméno: _____
 R.č.: _____
 pojišťovna:.....

Plán ošetrovatelské péče
ARC

Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Oš. plán	Datum ukončení	Podpis
	Porucha dýchání z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> plic. postižení – CHOPN, otok plic, plicní embolie, astma <input type="checkbox"/> srdeční selhání, IM <input type="checkbox"/> úrazy/operace <input type="checkbox"/> těžké infekce <input type="checkbox"/> otravy CO, kyanydy <input type="checkbox"/> šokové stavy	<input type="checkbox"/> nem. dosáhne účinného dýchání <input type="checkbox"/> nem. bude mít dostatek kyslí. tkáňe <input type="checkbox"/> nem. bude mít průchodné DC	<input type="checkbox"/> zvol vhodnou polohu <input type="checkbox"/> podej zvlhčený, ohřátý O ₂ dle ordinace, postupuj v souladu s oš. standardem č.14 <input type="checkbox"/> dlp. odsávej sekrety s dých. cest, sleduj vzhled sputa <input type="checkbox"/> prováděj dech. RHB, nácvik odkášávání <input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí, oxygenaci, měř frekvenci <input type="checkbox"/> podávej léky, inhalace dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> poskytni pacientovi psychickou podporu, klidné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj poslechové fenomény		
	č.dg 1.				
318 stanovila: Martina Slavíková, DiS.	<input checked="" type="checkbox"/> UPV A TEŽKOU TAVU <input type="checkbox"/> nutnost oxygenace, zvlhčování O ₂ při spontánní ventilaci pacienta	<input type="checkbox"/> nevznikne infekce DC <input type="checkbox"/> pac. bude dýchat na odvykacím režimu <input type="checkbox"/> pac. odkáše před kanylu <input type="checkbox"/> pac. bude dýchat spontánně	<input checked="" type="checkbox"/> stálá kontrola funkce ventilátoru <input checked="" type="checkbox"/> pravidelné sterání odsávání, zvlhčování vdech. směsi <input checked="" type="checkbox"/> ambuung, masáž hrudníku <input checked="" type="checkbox"/> vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou <input checked="" type="checkbox"/> psychická podpora pacienta <input checked="" type="checkbox"/> prodlužování doby odpojení od ventilátoru <input checked="" type="checkbox"/> spontánní dýchání		
	č.dg 2.				
	Porucha hydratace				
stanovila:	<input type="checkbox"/> dehydratace <input type="checkbox"/> zvýšení objemu tekutin (otoky)	<input type="checkbox"/> udržení objemu tekutin na optimální úrovni	<input type="checkbox"/> zajisti rizikové faktory přispívající k retenci tekutin <input type="checkbox"/> sleduj aktivní ztráty <input type="checkbox"/> sleduj FF,P,V, vědomí, těl. hmotnost <input type="checkbox"/> sleduj kožní turgor, stav sliznic, otoky <input type="checkbox"/> při zvracení zajisti pomůcky, vhodnou polohu, výplach DÚ <input type="checkbox"/> zajisti časnou mobilizaci <input type="checkbox"/> sleduj frekvenci průjmu, zvracení, odpad z drenů, krvácení <input type="checkbox"/> sleduj teplotu na pokoji <input type="checkbox"/> zajisti edukaci dietní sestrou/omezení soli/		
	č.dg 3.				
318 stanovila: Martina Slavíková, DiS.	<input checked="" type="checkbox"/> onem. GIT <input checked="" type="checkbox"/> poruchy vědomí <input checked="" type="checkbox"/> nespoupracující pac.	<input type="checkbox"/> částečná parenterální výživa <input checked="" type="checkbox"/> plná parenterální výživa <input checked="" type="checkbox"/> bezproblémový příjem enterální výživy sondou (NGS, NJS) <input type="checkbox"/> úplný příjem p. o.	<input checked="" type="checkbox"/> u pac. nebudou známky dehydratace a podvýživy <input checked="" type="checkbox"/> zajisti příjem sondou / <i>příjem parenterální výživy</i> <input checked="" type="checkbox"/> zajisti příjem tekutin <input checked="" type="checkbox"/> zajisti příjem kašovitě stravy <input type="checkbox"/> plný příjem p. o.		
	č.dg 4.				
	Nevoľnosť / zvracení z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> anestezie <input type="checkbox"/> dietní chyby <input type="checkbox"/> onemocnění GIT <input type="checkbox"/> neurogenních příčin <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> toxického účinku léků	<input type="checkbox"/> nem. nemá nauzeu / nezvrací	<input type="checkbox"/> sleduj frekvenci, množství, obsah zvratků, POZOR NA ASPIRACI <input type="checkbox"/> podávej antiemetika dle ord. lékaře, sleduj jejich účinek <input type="checkbox"/> kontroluj příjem a výdej tekutin <input type="checkbox"/> doporuč úpravu stravovacích návyků (suché pokrmy, malé porce, nedráždivá strava...) <input type="checkbox"/> zajisti zvýšenou péči o DÚ		
	č.dg 5.				
	Porucha vyprazdňování stolice				
stanovila:	<input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> meteorismus <input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> pac. netrpí zácpou/průjmem <input type="checkbox"/> pac. se pravidelně vyprazdňuje	<input type="checkbox"/> zaznamenávej frekvenci a charakter stolice <input type="checkbox"/> zajisti soukromí při defekaci <input type="checkbox"/> zjisti zda je přítomna bolest, křeče, zvýš. TT, příměsy ve stolici <input type="checkbox"/> pouč o vhodném výběru stravy, důležitosti pitného režimu, edukace dietní sestrou – DLP <input type="checkbox"/> u ležících pac. dbej na hygienu genitálií <input type="checkbox"/> zhodnot' účinek podávaných léků <input type="checkbox"/> zajisti RO / aktivní a pas. cvičení, relaxace /		
	č.dg 6.				
318 stanovila: Martina Slavíková, DiS.	<input checked="" type="checkbox"/> retence moči <input checked="" type="checkbox"/> infekce <input checked="" type="checkbox"/> chirurgického výkonu <input checked="" type="checkbox"/> anatomické obstrukce <input checked="" type="checkbox"/> neurologického postižení <input checked="" type="checkbox"/> zavedení močového katétru <input type="checkbox"/> inkontinence	<input checked="" type="checkbox"/> zabránění vzniku moč. infekce <input checked="" type="checkbox"/> dosažení fyziol. způsobu vyprazd. moči	<input checked="" type="checkbox"/> sleduj P, V / 24 diureza/, barvu a příměsi moče <input checked="" type="checkbox"/> zajisti soukromí při vyprazdňování <input checked="" type="checkbox"/> posiluj přirozené reflexy vyprazdňování moče <input checked="" type="checkbox"/> zajisti péči o moč. katétr, kontroluj průchodnost <input checked="" type="checkbox"/> dle potřeby přikládej plen. kalhoty <input checked="" type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu genitálií <input checked="" type="checkbox"/> doporuč vhodné cviky pro zpevnění pánevního dna dle ordinace lékaře zajisti výměnu katétru, pravidelné vyšetření urikultu <input checked="" type="checkbox"/> zajisti RO / aktivní cvičení, relaxace/		
	č.dg 7.				

Tabulka 9a- ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Příloha č. 11b

Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče JIP		ÚVN ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA		list 1	
Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Oš. plán	Datum ukončení	Podpis
3/8	Porucha soběstačnosti v oblasti: stanovila: <input checked="" type="checkbox"/> hygieny <input checked="" type="checkbox"/> mobility <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input checked="" type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin <input checked="" type="checkbox"/> oblékání	<input type="checkbox"/> osvojení způsobů umožňující opétné provádění činností <input type="checkbox"/> znovuoobnovení soběstačnosti - U PACIENTA ZVODU ZAJIŇTEJ JEHO POTŘEBY	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí stupeň soběstačnosti nem. <input checked="" type="checkbox"/> provádějí hyg. péči, krmení, oblékání, podáváje nápoje <input checked="" type="checkbox"/> pečují o NG sondu dle standardu <input checked="" type="checkbox"/> zajistí všechny pomůcky k lůžku, upraví okolí lůžka a ságrmatraci <input type="checkbox"/> zajistí RO (polohování, aktivní cvičení, nácvik soběstačnosti/ <input type="checkbox"/> spolupracují s fyzioterapeutem a soc. pracovníci <input type="checkbox"/> používají kompenzační a ortop. pomůcky <input type="checkbox"/> motivují pac., poskytní mu dostatek času <input type="checkbox"/> dohlídí na bezpečnost nemocného <input type="checkbox"/> přizpůsobí se schopnostem nem. <input checked="" type="checkbox"/> aktivně zapojují rodinu		
	Martina Slavíková, DiS. č.dg 8.				
3/8	PR porušení kožní integrity z důvodu: stanovila: <input checked="" type="checkbox"/> imobilizace <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezity <input checked="" type="checkbox"/> základního onemocnění (DM, onemocnění CNS, úrazy) <input checked="" type="checkbox"/> invazivní vstupy <input type="checkbox"/> popáleniny	<input checked="" type="checkbox"/> nedojde k narušení kožní integrity <input type="checkbox"/> zhojení defektu bez komplikací	<input checked="" type="checkbox"/> sledují stav výživy, hydratace <input checked="" type="checkbox"/> pečují o hygienu kůže <input checked="" type="checkbox"/> udržují lůžko v suchu a čistotě <input checked="" type="checkbox"/> polohují pac. dle ordinace lékaře <input checked="" type="checkbox"/> cvičení, lokomoce, nácvik soběstačnosti <input checked="" type="checkbox"/> zajistí edukaci fyzioterapeutem <input checked="" type="checkbox"/> při vzniku dekubitu či rány založí záznam a postupují dle MN 10/2004		
	Martina Slavíková, DiS. č.dg 9.				
3/8	PR vzniku imobilizačního syndromu stanovila: <input checked="" type="checkbox"/> respiračního systému <input type="checkbox"/> kardiovaskulárního systému <input checked="" type="checkbox"/> gastrointestinálního traktu <input checked="" type="checkbox"/> močového systému <input type="checkbox"/> kůže <input type="checkbox"/> pohybového aparátu <input type="checkbox"/> psychicky	<input checked="" type="checkbox"/> nevzniknou dekubity, opruzeniny <input type="checkbox"/> neobjeví se žádné příznaky TEN <input checked="" type="checkbox"/> nedojde k atrofi svalstva, nedojde ke vzniku svalových kontraktur <input type="checkbox"/> neprojeví se ortostatická hypotenze <input checked="" type="checkbox"/> neobjeví se příznaky imobilizační osteoporózy, pneumonie, atelektázy <input checked="" type="checkbox"/> nevznikne zácpa/ileus <input checked="" type="checkbox"/> nevznikne infekce z důvodu stagnace moči v močovém měchýři <input type="checkbox"/> nevzniknou osobnostní změny pac.	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelné polohování dle ordinace lékaře, používání anti-dekubitních pomůcek <input type="checkbox"/> RO 2x denně <input checked="" type="checkbox"/> toaleta na lůžku 4x denně, suché a upravené lůžko <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná kontrola stavu kůže <input checked="" type="checkbox"/> fyzioterapie 2x denně, pasivní prodlahování končetin, dechová cvičení, vertikalizace <input checked="" type="checkbox"/> nutričně vyvážená strava, bílk. přísady, adekvátní množství tekutin, ovoce, zeleniny <input checked="" type="checkbox"/> podávání antikoagulantů, bandáž DK – dle ordinace lékaře <input checked="" type="checkbox"/> kontrola průchodnosti uzavřeného močového systému <input type="checkbox"/> komunikace s pac., motivace a edukace		
	Martina Slavíková, DiS. č.dg 10.				
3/8	PR TEN z důvodu: stanovila: <input checked="" type="checkbox"/> upoutání nemocného na lůžko <input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> flebotrombóza v minulosti <input type="checkbox"/> varixy	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný nebude ohrožen komplikacemi	<input type="checkbox"/> informují o nezbytnosti cvičení DK na lůžku, názorně ukaž <input type="checkbox"/> kontrolují funkčnost BDK <input checked="" type="checkbox"/> sledují příznaky TEN <input type="checkbox"/> časně mobilizují nemocného <input checked="" type="checkbox"/> podávají antikoagulanty dle ordinace lékaře <input checked="" type="checkbox"/> sledují projevy krvácivosti <input type="checkbox"/> zajistí elevaci DK <input checked="" type="checkbox"/> sledují barvu a teplotu DK <input type="checkbox"/> zajistí hygienu a oš. DK		
	Martina Slavíková, DiS. č.dg 11.				
3/8	PR vzniku infekce z důvodu: stanovila: <input checked="" type="checkbox"/> zavedení CŽK, PŽK, AK a jiné <input type="checkbox"/> zavedení močového kateru, epicystostomie <input checked="" type="checkbox"/> zavedení epidurálního katétru <input type="checkbox"/> operační rány <input type="checkbox"/> jiné (drény, zevní komořová drenáž)	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný nebude ohrožen infekční komplikací	<input checked="" type="checkbox"/> včas diagnostikují místní známky infekce v místě vstupu kontrola min. 1x denně <input checked="" type="checkbox"/> při každé manipulaci postupují přísně asepticky <input checked="" type="checkbox"/> převazy provádějí dle potřeby / indikace <input checked="" type="checkbox"/> dbejí na řádnou hygienu rukou. <input checked="" type="checkbox"/> nezapomeň na riziko systémové infekce horečka, třesavka,....)		
	Martina Slavíková, DiS. č.dg 12.				

Tabulka 9b- ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Příloha č. 11c

Ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče					
Datum	Oš. problém	Oš. cíl	Oš. plán	Datum ukončení	Podpis
	PR časných pooperačních komplikací z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> anestezie <input type="checkbox"/> invazivního výkonu <input type="checkbox"/> podání TRF	<input type="checkbox"/> nemocný nebude mít poop. komplikace <input type="checkbox"/> včasné odhalení komplikací	<input type="checkbox"/> monitoruj základní životní funkce, vč. stavu vědomí (PŽK, CŽK, AK a jiné) <input type="checkbox"/> kontroluj operační ránu/obvazy <input type="checkbox"/> sleduj funkčnost drénů <input type="checkbox"/> sleduj močení <input type="checkbox"/> sleduj průchodnost cévních invazivních vstupů (PŽK, CŽK, AK a jiné) <input type="checkbox"/> kontroluj příjem a výdej tekutin <input type="checkbox"/> sleduj krvácení, obvody DK <input type="checkbox"/> sleduj barvu kůže, prokrvení končetin <input type="checkbox"/> zajisti RO (polohování, pasivní pohyby, lokomoce) <input type="checkbox"/> postupuj dle směrnice o podání TRF přípravků <input type="checkbox"/> pouč nem. o pocitech, které může vnímat (hořkost, dušnost, pálení na hrudi, zarudnutí)		
	č.dg 13.				
3/18	Riziko pádu/úrazu z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu <input type="checkbox"/> neurologického onemocnění <input type="checkbox"/> postižení smyslového ústrojí <input type="checkbox"/> kardiovaskulárního onemocnění <input checked="" type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> poruchy psychického stavu (dezorientace, zmatenost, neklid)	<input checked="" type="checkbox"/> snažit se zabránit pádu/úrazu <input type="checkbox"/> snížit riziko pádu	<input type="checkbox"/> pouč nemocného o nebezpečí pádu/úrazu <input checked="" type="checkbox"/> uprav vhodné okolí lůžka <input checked="" type="checkbox"/> zajisti pomůcky pro bezpečí <input checked="" type="checkbox"/> zajisti k ruce signalizaci <input checked="" type="checkbox"/> označ lůžko rizikového nemocného <input checked="" type="checkbox"/> vysvětlí techniku chůze, zajisti doprovod, doporučí vhodnou obuv, ortoped. pomůcky <input type="checkbox"/> zajisti RO (lokomoce, pasivní pohyby) <input type="checkbox"/> zajisti edukaci fyzioterapeutem		
	Martina Slavíková, DiS.				
	Porucha spánku z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> změny prostředí <input type="checkbox"/> strachu, úzkosti <input type="checkbox"/> hluku, nevhodného osvětlení	<input type="checkbox"/> nepřerušovaný spánek 6 hod. <input type="checkbox"/> zajištění správného biorytmu	<input type="checkbox"/> zajisti maximální klid v noci <input type="checkbox"/> přes den aktivizovat, cvičit <input type="checkbox"/> úprava prostředí a stravy <input type="checkbox"/> aplikace hypnotik dle ordinace lékaře a sledování jejich účinku		
	č.dg 15.				
3/18	Bolest				
stanovila:	<input checked="" type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input checked="" type="checkbox"/> zmírnění bolesti <input type="checkbox"/> odstranění bolesti <input checked="" type="checkbox"/> odhalení způsobů přinášejících úlevu	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí lokalizaci, charakter, trvání, stupeň bolesti <input checked="" type="checkbox"/> založ záznam sledování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> informuj o úlevové poloze, prevenci bolesti (komprese rány při otáčení, vstávání, změně polohy)		
	Martina Slavíková, DiS.				
3/18	Poruchy termoregulace z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> hypotermie <input checked="" type="checkbox"/> hypertermie	<input checked="" type="checkbox"/> udržení TT v norm. rozmezí <input type="checkbox"/> předcházení možných komplikací <input type="checkbox"/> zjištění vyvol. příčiny a zp. léčby <input checked="" type="checkbox"/> pravidelné sledování tělesných projevů a funkcí	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná měření TT <input checked="" type="checkbox"/> zajistit čisté a suché prádlo <input type="checkbox"/> hypotermie - použij hořkovzdornou pokrývku <input type="checkbox"/> použij ohřivač infuzí <input checked="" type="checkbox"/> regulace okolní teploty dle potřeby pacienta <input checked="" type="checkbox"/> hypertermie - aplikace antipyretik dle ord. lékaře <input type="checkbox"/> regulace okolní teploty dle potřeby pacienta <input checked="" type="checkbox"/> lokální používání vaků s ledem zejména v tříselním ohbí nebo v podpaží <input type="checkbox"/> koupele ve vlažné vodě <input checked="" type="checkbox"/> celkový zábal hypotermickými přikrývkami		
	Martina Slavíková, DiS.				
	č.dg 17.				
3/18	Porucha komunikace z důvodu:				
stanovila:	<input type="checkbox"/> anatomické vady, rozštěp patra apod. <input type="checkbox"/> vývojová porucha nebo změny související s věkem <input checked="" type="checkbox"/> fyzické zábrany (OTI, TCHS) <input type="checkbox"/> psychické zábrany (deprese, psychozy, nedostatečná stimulace, negativismus)	<input checked="" type="checkbox"/> zlepšení komunikace, najít vhodné metody neverbální komunikace	<input checked="" type="checkbox"/> zajisti pomůcky k neverbální komunikaci (abeceda, tužka, papír) <input type="checkbox"/> motivační a edukační pohovory s pac. <input checked="" type="checkbox"/> zajisti možnost návštěv pac. rodinou, přáteli apod. <input checked="" type="checkbox"/> holistický přístup k pac. (bio-psycho, soc. potřeby)		
	Martina Slavíková, DiS.				
RHB - rehabilitace, FF - fyziologické funkce, P, V - příjem, výdej, TT - tělesná teplota, DK - dolní končetiny, BDK - bandáž dolní končetiny, DÚ - dutina ústní, CMP - RO - rehabilitační ošetřování, PŽK - periferní žilní katetr, CŽK - centrální žilní katetr, UPV - umělá plicní ventilace, KPR - kardiopulmonální resuscitace, TRF - trans OTI - orotracheální intubace, TCHS - tracheostomie, O ₂ - kyslík, NGS - nazogastriční sonda, NJS - nazojejunální sonda, TEN - tromboembolická nemoc, DM - diab					

Tabulka 9c- ošetrovatelská dokumentace – plán ošetrovatelské péče

Příloha č. 12

Ošetrovatelská dokumentace – hodnocení plánu péče

Příjmení: _____
 Jméno: _____
 R.č.: _____

Hodnocení plánu péče
ARO, JIP

ÚVN
 ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
 PRAHA

Oddělení: Ústřední vojenská nemocnice Praha
 oddělení intenzivní péče a úrazové chirurgie
 JIP B - tel. č. 973 203 753
 fax: 973 203 351

list č. 1

Datum	Čas	Hodnocení (zdr.sestra, fyzioterapeut, psycholog, nutriční terapeut, sociální sestra)	Podpis
7/12	18:00	<p>3) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti R. byla mu poskytnuta fyzioterapeutická péče, poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest</p> <p>4) u pacienta poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>5) u pacienta poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>6) poskytnuta byla i oční péče, poskytnuta byla i péče v oblasti gastrointestinálního traktu</p> <p>7) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>8) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>9) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>10) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>11) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>12) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>13) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>14) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>15) pacient byl relaxován, při vývozu poskytnuta byla adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>16) celá nemocniční péče byla poskytnuta v souladu s plánem a cíli</p> <p>17) pacient je stimulován pomocí elektrické stimulace, poskytnuta byla i péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>18) během služby poskytnuta byla adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p> <p>19) u pacienta byla poskytnuta adekvátní péče v oblasti dýchacích cest a krevního tlaku</p>	<p>Martina Slavíková, DiS.</p>

WP 008/07

Tabulka10- ošetrovatelská dokumentace – hodnocení plánu péče

Příloha č. 13

Souhlas Ústřední vojenské nemocnice Praha s použitím ošetrovatelské dokumentace

Ústřední vojenská nemocnice Praha
Do rukou náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
U vojenské nemocnice 1200
Praha 6 – Střešovice

Žadatel:
Martina Slavíková
3. lékařská fakulta KU v Praze
obor Ošetrovatelství - Zdravotní vědy
bakalářské studium

v Praze dne 23.2.2009

věc: Žádost

Žádám vedení Ústřední vojenské nemocnice Praha o povolení použití formulářů ošetrovatelské dokumentace ÚVN pro účely zpracování bakalářské práce. (Téma bakalářské práce: Ošetrovatelská péče u nemocného s dg. akutní pankreatitida)

Dokumentace bude součástí příloh. Jedná se o tyto složky ošetrovatelské dokumentace:

- ošetrovatelská anamnéza
- realizace ošetrovatelského plánu
- hodnocení dekubitů
- hodnocení bolesti
- plán ošetrovatelské práce
- hodnocení.

Děkuji za kladné vyřízení

Martina Slavíková *Martina Slavikova*
Bydliště: Horní 222
277 45 Úžice

Mgr. Lenka Gutová, MBA
Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese
Ústřední vojenská nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

Souhlasím

[Signature]

23.2.2009