



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o pacienta
po rekonstrukci nosu skalpovým lalokem po
excizi nádoru**

*Nursing care for the patient after nose reconstruction
through frontal lobe due to excision of tumor*

případová studie

bakalářská práce

Praha, únor 2009

Šárka Půlkrábková

Autor práce: **Šárka Půlkrábková**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Hanousková**

Pracoviště vedoucího práce: ÚVN – Praha
Oddělení gynekologie

Odborný konzultant: **MUDr. Ivo Němec**

Pracoviště odborného konzultanta: ÚVN - Praha
Oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční
chirurgie

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem využila pouze informací z uvedených pramenů a literatury.

Praha 25. února 2009

Šárka Půlkrábková

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat svým konzultantům bakalářské práce Mgr. Janě Hanouskové a MUDr. Ivo Němcovi za odborné vedení při přípravě své bakalářské práce.

Šárka Půlkrábková

Obsah

<u>1 Úvod</u>	<u>6</u>
<u>2 Cíl práce</u>	<u>7</u>
<u>3 Klinická část</u>	<u>8</u>
3.1. Patofyziologie nemoci - Bazocelulární karcinom (bazaliom)	8
3.2. Příčiny.....	9
3.3. Příznaky	9
3.4. Diagnostika.....	9
3.5. Léčba	9
3.6. Prognóza léčby	11
3.7. Prevence	11
3. 8. Základní identifikace nemocného.....	11
3. 9. Údaje z lékařské anamnézy	12
3.9.1 Rodinná anamnéza.....	12
3.9.2 Osobní anamnéza.....	12
3.9.3 Farmakologická anamnéza	12
3.9.4 Sociální anamnéza – pracovní anamnéza	12
3.9.5 Hygienicko – epidemiologická anamnéza.....	12
3.9.6 Fyziologické funkce	13
3.9.7 Nynější onemocnění	13
3.9.8 Stav při přijetí	13
3.10. Provedená diagnostická předoperační vyšetření.....	14
3.11. Provedená terapeutická opatření.....	15
3.12. Pobyt nemocného v nemocnici.....	15
3.12.1 Průběh hospitalizace	15
3.13. Farmakoterapie:.....	26
<u>4 Ošetrovatelská část</u>	<u>31</u>
4.1 Ošetrovatelský proces, definice.....	31
4.2. Použití ošetrovatelského procesu v praxi	32
4.2.1. Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové	33
4.2.2. Přehled ošetrovatelských diagnóz	35
4.2.3. Aktuální ošetrovatelské diagnózy:.....	35
4.2.4. Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	36
4.3. Edukace	44
4.3.1. Cíle a zaměření edukace.....	44
4.4. Prognóza	45
4.5. Závěr.....	45
<u>5 Seznam použitých zkratk</u>	<u>46</u>
<u>6 Zdroje informací</u>	<u>47</u>

1 Úvod

Nemocným, které postihla nádorová choroba v anatomické oblasti ústní dutiny, čelistí a obličeje, poskytovali léčebnou péči především obecní chirurgové. S rozvojem dalších medicínských oborů, především operačních, přebírali postupně tuto péči stomatochirurgové, plastičtí chirurgové, ale i chirurgicky zaměřeni stomatologové. Po druhé světové válce nastal prudký vývoj všech medicínských oborů, konstituoval se obor maxilofaciální chirurgie a orofaciální onkologie se stala jednou z hlavních součástí a náplní tohoto oboru. Spolu s hnisavými záněty představují orofaciální nádory nejčastěji se vyskytující skupinu onemocnění orofaciální soustavy, incidence maligních novotvarů této anatomické lokality má stále stoupající trend.¹

Máme - li ovlivnit tento nepříznivý trend v problematice nádorových onemocnění, je nutné klást větší důraz na řádnou osvětu v co nejširší populaci. Je nutné věnovat pozornost předcházení a včasnému odhalení nádorového onemocnění.

Dalším důležitým faktorem je skutečnost, že nádory orofaciální soustavy se vyskytují v kosmeticky značně exponované anatomické oblasti. Radikální komplexní protinádorová terapie v této oblasti je pak vždy spojená se značnými ztrátami a poškozením tkání s následnými deformacemi a funkčními poruchami. Nové metody rekonstrukční a plastické chirurgie, účinná podpůrná a doplňková léčba a využívání všech možností rehabilitační péče u onkologických pacientů jsou důležitou celkovou péčí.²

¹ Mazánek, J.: Nádory orofaciální oblasti. Praha: EAST PUBLISHING, a.s., VICTORIA PUBLISHING, a.s., 1997. s.17.

² Mazánek, J.: Nádory orofaciální oblasti. Praha: EAST PUBLISHING, a.s., VICTORIA PUBLISHING, a.s., 1997. s.21.

2 Cíl práce

Cílem mé diplomové práce je komplexní zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného Š.J. (65 let). Pacient byl hospitalizován na oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie po ablaci části nosu pro recidivu bazocelulárního karcinomu k rekonstrukci nosu skalpovým lalokem.

Bazocelulární karcinom je nejčastějším maligním kožním nádorem, který se v 75 % vyskytuje v obličeji.³ V této studii se zabývám konkrétním případem pacienta s bazocelulárním karcinomem nosu, který byl řešený radikální excizí tumoru. Vzniklý defekt byl v druhé době rekonstruovaný skalpovým lalokem.

Je to operační výkon na velmi vysoké úrovni. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla napsat diplomovou práci na toto téma, neboť se domnívám, že následující pooperační péče a hlavně profesionální ošetrovatelský přístup přispěje k očekávanému výsledku operačního výkonu. Moje práce bude obsahovat nejen anamnézu, ale i konkrétní ošetrovatelské diagnózy a intervence. Diagnózy budou jednak univerzální pro pacienty po rekonstrukčních výkonech, ale i individuální „šité na míru“, pro konkrétního pacienta s využitím ošetrovatelského procesu v praxi. Součástí práce je i kapitola o patofyziologii bazaliomů, diagnostice, možnostech léčby i prevence.

³ Bednařík, O., a kol.: Několik rad pro onkologicky nemocné. Brno: Masarykův onkologický ústav, 1998, s. 19.

3 Klinická část

3.1. Patofyziologie nemoci - Bazocelulární karcinom (bazaliom)

Bazaliom je nejčastější novotvarem kůže s velmi častou lokalizací v obličeji, hlavně v horní a střední třetině. Predilekčními místy výskytu jsou čelo, nos, vnitřní oční koutek, tvář v blízkosti nosolící rýhy, spánková krajina a ušní boltce. Nádor postihuje starší lidi obojího pohlaví, nejčastěji v 6. a 7. decenniu, ale může se objevit kdykoliv. Často se vyskytuje na kůži již atrofické, změněné stářím nebo na místech, která byla vystavována nepříznivým povětrnostním vlivům a slunečnímu záření. Objevuje se také na místech kožních jizev, kožních poškození rentgenovým zářením a na místech ostatních kožních prekanceróz. Vyskytuje se hlavně v kůži obličeje, vzácněji v oční spojivce a v ústní dutině.

Histogeneze bazaliomu není dodnes jednoznačně vyřešena.

Řadí se buď ke skupině névoidních nádorů, nebo ke karcinomům. Z biologického pohledu je nádorem lokálně agresivním, s různě velkou tendencí destruovat tkáň obličeje.

Klinicky se rozlišují v zásadě čtyři formy bazaliomu podle způsobu růstu. Jsou to ulcerující a jizvící se forma (ulcus rodens), uzlovitá forma (nodulární), forma intraepiteliální a hluboce destruující forma (terebrantní).

Makroskopický obraz bazocelulárního karcinomu je značně variabilní, a proto různí autoři uvádějí i další typy, jako jsou např. basalioma planum, planodulare, planum cicatricans, tuberosum, vegetans, sclerodermiforme, typ s pigmentem apod.

Nejčastější se vyskytující variantou je ulcus rodens. Začíná obvykle jako skvrna, později se vytvoří uzlíček s povrchovou erozí a teprve po delší době se vyvine charakteristický obraz tumoru, vlastní ulkus. Je hnědočervené barvy, má ostré hranice, nepravidelný tvar a proti spodině zůstává dlouho pohyblivý. Okraje vředu bývají nepatrně vyvýšené nad povrch a pohmatově jsou vždy tužší než okolní tkáň. Vřed se zvolna plošně šíří a prorůstá do okolí. Někdy dochází k jeho zjizvení. Jizvy jsou plošné, jejich povrch epitelizuje, pod epidermizovaným povrchem zjizvené tkáň zůstávají však nadále drobné okrsky živého novotvaru.

Mikroskopický obraz nádoru je pestrý. Buňky bazaliomu se podobají buňkám bazální vrstvy epidermis, tvoří nejrůznější útvary, v nichž často nastávají druhotné změny. Podle toho rozlišujeme několik mikroskopických typů nádorů:

Typ povrchový, solidní, cystický, invazivní, sarkomatoidní, adenoidní, s pigmentem, rohovějící a se světlými buňkami a trichoepitelová varianta.

Růst tumoru je vysloveně invazivní, nepokračuje do hloubky nýbrž se šíří do plochy, zpravidla těsně pod epidermis nebo jen v epidermis.⁴

3.2. Příčiny

Postihuje starší lidi, ojediněle možnost výskytu u mladších lidí. Vyskytuje se často v kůži senilně změněné nebo v kůži, která byla často vystavována povětrnosti a slunečnému záření.

3.3. Příznaky

Opticky viditelné změny kůže (novotvary) v obličeji.

3.4. Diagnostika

Přesná diagnóza je však pouze histologická na základě provedené biopsie, chirurgické excizi.

3.5. Léčba

V léčení bazocelulárního karcinomu převažuje chirurgický výkon. V indikacích různých chirurgických postupů se řídíme velikostí, lokalizací a formou novotvaru. Malé nádory se excidují a rána se uzavírá plastickým stehem. U větších nádorů, po jejichž vyříznutí zůstávají již větší plošné defekty, uzavírají se tyto plochy buď místním posunem kůže, nebo některým typem místního laloku, vzdáleného laloku, eventuálně i volným lalokem. Další možností je

⁴ Mazánek, J.: Nádory orofaciální oblasti, Praha: EAST PUBLISHING,a.s.,VICTORIA PUBLISHING, a.s., 1997,s. 256 – 259.

krytí defektu kožním štěpem. Dermoepidermální transplantát se odebírá většinou z dorsální strany ušního boltce nebo z vnitřní plochy paže.

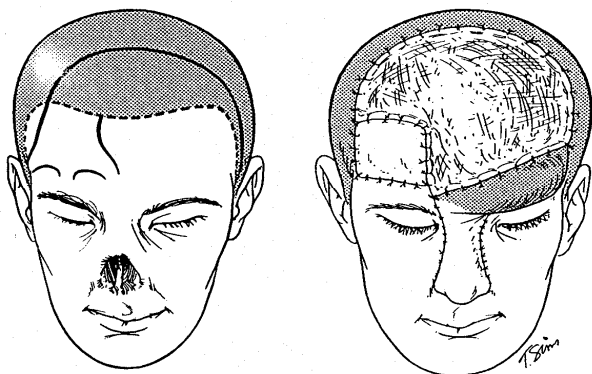
Jednou z možností lalokové plastiky defektu je využití skalpového laloku.

Skalpový lalok

popsal: Converse

cévní zásobení: a. temporalis superficialis (a. supraorbitalis, a. supratrochlearis)

velikost defektu: rekonstrukce celého nosu



Aston, S.J., Beasley, R.W., Thorne, Ch. H. M.: Grabb and Smith's plastic Surgery. Lipponcott-Raven Publishers, Philadelphia, New York 1997.

Pouze na povrchové formy na trupu nebo na ložiska nevhodná pro chirurgický zákrok se zkouší aplikovat lokální cytostatika v mastech nebo jsou rozrušovány kryoterapií například tekutým dusíkem.⁵

⁵ Jirásek, L., Šťáva, Z.: Dermatovenerologie. Praha: Avicenum, zdravotnické zařízení, 1982, s.403.

3.6. Prognóza léčby

Průběh léčby všech bazaliomů je obvykle zdlouhavý, někdy i mnohaletý, vedoucí k destrukci a k mutilaci. Prognóza je většinou dobrá i přes svůj agresivní růst téměř nikdy nemetastazují.

3.7. Prevence

V prevenci se uplatňuje ochrana před slunečním zářením a včasná chirurgická excize.

3. 8. Základní identifikace nemocného

- jméno: pan Š.J.
- věk: 65 let
- pojišťovna: 201
- bydliště: Praha 6
- národnost: česká
- povolání: důchodce (dříve voják z povolání)
- stav: ženatý
- kontaktní osoba: manželka
- datum přijetí: 9.9.2008
- datum propuštění: 7.10.2008
- důvod přijetí: **rekonstrukce nosu čelním lalokem, DE štěp, com 30**
- lékařská diagnóza: stav po opakovaných recidivách bazaliomu nosu
operace bazaliomu nosu (1988)
kontrolovaná excize tumoru nosu (27.8.2008)
operace prostaty (1998)
DM II. typu kompenzovaný dietou a PAD
lěčen pro hypertenzi
- doba ošetřování: 9.9. – 7.10. 2008

3. 9. Údaje z lékařské anamnézy

3.9.1 Rodinná anamnéza

Bezvýznamná k nynějšímu onemocnění

3.9.2 Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci.

Léčen pro diabetes mellitus II. typu (dále DM) – dieta a PAD

Léčen 10 let pro hypertenzi

Alergie – 0

Úrazy – 0

Operace – ablace bazaliomu nosu v roce 1988, operace prostaty v roce 1998, kontrolovaná excize tumoru 27. 08. 2008

Nekuřák již 5 let

Alkohol jen příležitostně, jiné návykové látky neuje

Alergie – 0

3.9.3 Farmakologická anamnéza

Glimepirid 2mg 1 - 0 - 1

Gopten 2mg 1 - 0 - 0

Atoris 20 mg 0 - 0 - 1

3.9.4 Sociální anamnéza – pracovní anamnéza

Důchodce, dříve voják z povolání. Bydlí s manželkou.

3.9.5 Hygienicko – epidemiologická anamnéza

Není si vědom kontaktu s infekčními chorobami v poslední době.

3.9.6 Fyziologické funkce

Chuť k jídlu v normě, stolici má pravidelnou, problémy se zažíváním nemá, bez změny váhy v poslední době.

3.9.7 Nynější onemocnění

Pacient je po ablaci tumorů části nosu pro recidivu bazocelulárního karcinomu dne 27.08.2008, nyní je přijatý k rekonstrukci nosu skalpovým lalokem.

3.9.8 Stav při přijetí

Váha:	86	kg	TK:	145 / 90	mm Hg	Teplota:	36,5	C
Výška:	178	cm	Tep:	68	/	min		
BMI:	27.1		Počet dechů:	16	za minutu			

Status presens:

Pacient je střední postavy, přiměřené výživy a rozvoje svalstva, plně orientován všemi kvalitami, anikterický, hydratovaný, afebrilní.

Hlava i krk pokleповě nebolestivé, uši bez výtoků, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické. Výstupy nervu V. nebolestivé, nervus facialis inervuje správně.

Uzliny nezvětšené, štítná žláza nezvětšená.

Hrudník klenutý, symetrický. Dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční pravidelná, ozvy zvučné, ohraničené.

Břicho měkké, prohmatné. Játra a slezina nehmatné.

Na končetinách je periferie hmatná, varixy dolních končetin negativní.

Z interního hlediska není kontraindikace k výkonu.

Status localis:

Stav po ablaci jedné třetiny kaudální části nosu (špičky nosu, pravého a levého křídla nosu, kaudální části hřbetu nosu). Rána zhojená. Nosní sliznice klidná. Okolí defektu bez otoku a zánětu.

3.10. Provedená diagnostická předoperační vyšetření

Metoda	Výsledek	Referenční meze	Hodnocení	Materiál
Krevní obraz:				
Leukocyty	7.2	3.9 - 10	(-*-)	krev
Erytrocyty	4.8	4.5 – 5.9	(-*-)	krev
Hemoglobin	141	135 - 172	(-*-)	krev
Hematokryt	0.418	0.4 – 0.52	(-*-)	krev
Trombocyty	275	140 - 440	(-*-)	krev
Diferenciál:				
Neutrof. segmenty	66.9	45 - 70	(-*-)	krev
Lymfocyty	24.2	23 - 45	(-*-)	krev
Monocyty	6.2	3 - 9	(-*-)	krev
Eozinofily	2	0 - 5	(-*-)	krev
Bazofily	0.7	0 – 2.5	(-*-)	krev
APTT/st.plasma	1.01	0.7 – 1.25	(-*-)	krev
APTT	29.2	24 - 40	(-*-)	krev
Quick test	1.04	0.7 – 1.25	(-*-)	krev
FW za 1 hodinu	7 mm/ 1 h	2 - 8	(--*)	krev
FW za 2 hodiny	21 mm/ 2 h			krev
Biochemie:				
Urea	6.5 mmol/l	1.8 – 8.3	(-*-)	serum
Kreatinin	107 umol/l	62 – 106	(---) * H	serum
Na	138 mmol/l	136 - 145	(-*-)	serum
K	4.5 mmol/l	3.7 – 5.4	(-*-)	serum
ALT	0.50 ukat/l	0.17 – 0.83	(-*-)	serum
AST	0.45 ukat/l	0.17 0.83	(-*-)	serum
GMT	0.43 ukat/l	0.17 – 1.1	(-*-)	serum
Celková bílkovina	76 g/l	66 - 87	(-*-)	serum
Glukóza	5.9 mmol/l	3.3 – 5.5	(---) * H	plazma
RPE	Negativní			serum
TPHA	Negativní			serum
HBsAg	Negativní			serum
KS	A Rh +			
Moč + sediment	Bez patologického nálezu			moč

Ekg: bez patologického nálezu

RDG vyšetření srdce + plíce: bez patologického nálezu

Základní laboratorní vyšetření a předoperační závěr je bez kontraindikací k výkonu v celkové anestézii.

3.11. Provedená terapeutická opatření

Dieta č. 9 / 225 g

Glykémie 2 x denně

TK 2 x denně

10.09. 2008 Operace: rekonstrukce nosu skalpovým lalokem

01.10. 2008 Operace: odpojení stopky laloku

3.12. Pobyt nemocného v nemocnici

Pan Š.J. byl v naší nemocnici hospitalizován od 9.9.2008 do 7.10.2008 (29 dní).

3.12.1 Průběh hospitalizace

9.9.2008 – 1.den hospitalizace

Pan Š.J. byl přijat na oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie. Chirurgický výkon se plánoval na následující den – rekonstrukce nosu skalpovým lalokem pro defekt po ablaci tumoru kůže nosu. Celkový zdravotní stav viz anamnéza a status presens.

Dle interního závěru lze provést plánovaný výkon v celkové anestézii. Pacient s výkonem souhlasí. Verifikace údajů před výkonem provedena.

Pan Š.J. absolvoval vstupní pohovor se sestrou, anesteziologické konzilium, kontrolu operátérem a předoperační přípravu.

Pohovor se sestrou absolvoval nemocný za účelem navázání důvěrného vztahu s ošetrovatelským týmem a možností vyplnění ošetrovatelského záznamu do sesterské dokumentace. Pacient byl seznámen s domácím řádem oddělení, předběžně mu byly vysvětleny základní léčebné a ošetrovatelské postupy prováděné v nastávající předoperační fázi. Zároveň pacient podepsal obecný souhlas s hospitalizací. Obecný souhlas informuje pacienta, že naše nemocnice je výukovým pracovištěm. Pod dohledem zkušených lékařů,

sester a fyzioterapeutů zde vykonávají svou praxi stážující lékaři, studenti lékařských fakult a fakulty tělesné výchovy a sportu Karlovy univerzity, budoucí sestry, fyzioterapeuti, laboranti a další zdravotničtí pracovníci. Klient je žádán o trpělivost, pochopení a souhlas s tím, že tyto osoby mohou být seznámeny s informacemi o jeho zdravotním stavu a mohou nahlížet do dokumentace. Pan Š.J. byl také informován, že má právo odmítnout ošetřování personálem v zácvičku a nahlížení těchto osob do jeho zdravotnické dokumentace. Pan Š.J. podepsal souhlas a zároveň nahlásil rodinné příslušníky, kterým mohou být podávány informace o jeho zdravotním stavu.

Anesteziologické vyšetření pacient absolvoval v odpoledních hodinách. Pacient byl řádně informován o způsobu a průběhu plánované celkové anestézie, která přichází v souvislosti s chirurgickým výkonem. Rovněž byl pan Š.J. seznámen s možnými komplikacemi a riziky, včetně i těch nejzávažnějších. Anesteziologický souhlas potvrdil podpisem.

Anesteziolog naordinoval medikaci na noc: Diazepam 10 mg per os a 10.9.2008 na výzvu před výkonem aplikovat premedikaci: Dormicum 5mg a Atropin 0.5 mg intramuskulárně.

Bandáž dolních končetin. Gopten 2 mg 1 tbl. per os v 6 hodin ráno, zapít 1 douškem vody.

Mezi 8,00 – 11,00 hodin vykapat 10% infuzní roztok Glukózy 500 ml s 12 j ACT intravenózně.

Operující lékař se ujistil o psychické a fyzické připravenosti pacienta k operačnímu výkonu. Pacient byl lékařem informován o průběhu operačního výkonu a zároveň o nutnosti další operace v příští etapě.

Edukace pacienta sálovou sestrou. V odpoledních hodinách navštívila pana Š.J. sálová sestra a seznámila ho s chodem na sále, co se bude dít po jeho příjezdu až do ukončení operačního výkonu a následným odvozem na dospávací pokoj. Po nedávné hospitalizaci pana Š.J. byla edukace snadnější a zároveň mu byly zodpovězeny dotazy, které měl. Cílem návštěvy sálovou sestrou je zmírnit obavy pacienta z neznámého prostředí, odborně edukovat a navodit příjemnou atmosféru.

Předoperační příprava u pacienta:

- změření fyziologických funkcí

- kontrola večerní glykémie
- vyprázdnění po podání glycerinového čípku
- celková očista
- všeobecné poučení nemocného o zákazu příjmu tekutin a jídla od pŕlnoci, zákazu kouření
- vyjmutí zubní protézy, pokud ji má
- večerní podání chronické medikace a před spaním podat naordinovaný lék anesteziologem

10.9.2008 – 0. operační den

V tento den jsem v rámci ošetrvatelského procesu prováděla pozorování, shromažďovala informace a uskutečňovala všechny činnosti vedoucí k uspokojování potřeb mého klienta.

Dnešní operační výkon představuje rekonstrukci nosu čelním lalokem. Pan Š.J. není nachlazen, cítí se dobře, necítí žádné akutní potíže. Je orientován všemi kvalitami, spolupracuje, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzován. Celkový stav dovoluje plánovaný výkon.

Ranní glykémie: 7.7 mmol / l
 TK 135 / 90 mmHg TF 72 / minutu
 TT 36,5 ° C
 Dieta – 0

Terapie před operačním výkonem.

Při rozhovoru s pacientem jsem si ověřovala, zdali je pacient řádně poučen a připraven na operaci. Elastické punčochy měl již na sobě. Po zavedení a řádné fixaci PŽK jsem provedla kontrolu funkčnosti kanyly a poté jsem aplikovala infuzi dle ordinace anesteziologa, která vykapala v časovém rozmezí mezi 08,00 – 11. hodinou. V 10,45 hodin jsem na telefonickou výzvu aplikovala premedikaci i.m. Před vlastní aplikací jsem přerušila infuzi z důvodu odchodu pacienta na toaletu. Po návratu jsem napojila zpět infuzní set. Pacienta jsem seznámila s účinky premedikace a požádala jsem ho, aby již nevstával z lůžka. Zároveň jsem změřila krevní tlak, puls a vše zaznamenala do dokumentace.

V 11 hodin jsme pacienta odvezli na operační sál.

Záznam operatéra

V klidné celkové anestézii excidujeme okraje defektu nosu. Frézou snášíme kaudální část kořene nosu. Stavíme krvácení. Dle předchozího nákresu připravujeme skalpový lalok stopkovaný vlevo. Odebíráme DE štěp z ventrální strany stehna. Štěp všíváme do obou nosních průchodů a doplňujeme tak chybějící sliznici. Následně se sesouváme do defektu a vytváříme zevní vrstvu. Sutura laloku po vrstvách. K okraji laloku přišíváme kožní štěp. Vkládáme mastnou tamponádu. Sekundární defekt kryjeme COM 30. Lalok je na konci výkonu dobře prokrven. Poté je přiloženo sterilní krytí.

V 16,30 hod. jsme přivezli pacienta z dospávacího pokoje na oddělení, s nastupující mírnou intenzitou bolesti, operační rána prosakovala, kontrolovala jsem prokrvení laloku, zajistila jsem elevaci hlavy. Dle ordinací lékařem jsem prováděla monitoraci TK, TF á 1 hodinu, od 21. hodiny se vitální funkce měřily po třech hodinách.

Ordinace operatéra

Analgetika: Novalgin injekce 5 ml / 2.5 g i.v. 1 – 1 – 1 – 1 v 100 ml F 1/1 na 30 minut

ATB: Cefazoline 1g i.v. 1 – 1 – 1 – 1

Může večeřet, večerní medikace dle chronických zvyklostí.

Večerní glykémie – 9.6 mmol/l

TK 145 / 90 mmHg, TF 80 tepů za minutu, ztížené dýchání, TT – 36,0 ° C, třes. Po zahřátí pacienta třes ustoupil. Chůzi měl povolenou pouze na WC s doprovodem. Močil pravidelně, bez obtíží. Pacient spolupracoval, bolest ustoupila po podání analgetik.

11.9.2008 – 1. pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

TK 3 x denně - R.: 140 / 90 mmHg, P.: 140 / 80 mmHg, V.: 150 / 80 mmHg, TF - R.: 74 / min, 80 / min, 68 / min.,

TT 2 x denně - R.: 36,5 °C, V.: 36,8 °C

Glykémie – R.: 8,5 mmol / l, V.: 9,6 mmol / l

Pacient byl orientován všemi kvalitami, spolupracoval, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzován. Udával mírnou bolest v operační ráně.

Průběžně se kontroloval i.v. vstup a chronické medikace jsme podávali dle rozpisu.

Cefazoline i.v. ve 12 hodin zrušen

Dalacin tbl. 300 mg p.o. 1 – 1 – 1

Diclofenac AL 50 POR DUR TBL FLM při bolesti 1 –1 – 1 – 1

Paralen 500 TBL 1 – 1 – 1 – 1

Převaz rány – výměna prosáklých obvazů v oblasti čela, nosu a stehna, kontrola laloku. Lalok byl dobře prokrvený. Pacient dodržoval klidový režim, chodil pouze na WC a po pokoji.

12.9.2008 – 2.pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

TK 3 x denně - R.:145 /80 mmHg, P.: 140 / 80 mmHg , V.: 140 / 90 mmHg, TF R.: 80 / min, 80 / min, 68 / min.,

TT 2 x denně - R.: 36,5 °C, V.: 36,9 °C

Glykémie – R.: 6,2 mmol / l, V.: 8,3 mmol / l

Je orientován všemi kvalitami, spolupracoval, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzován. Mírná bolest v operační ráně stále přetrvávala.

PŽK byl zrušen, chronické medikace nezměněny.

Dalacin tbl. 300 mg p.o. 1 – 1 – 1

Diclofenac AL 50 POR DUR TBL FLM při bolesti 1 –1 – 1 – 1

Paralen 500 TBL 1 – 1 – 1 – 1

Převaz rány – lékař vyměnil prosáklé obvazy v oblasti čela a nosu a zkontroloval funkčnost laloku. Lalok byl dobře prokrvený. Výměna mastné tamponády a krytí operační rány na čele novým mastným tylem. Obvaz na pravém stehně ponechán. Zvýšená elevace hlavy. Klidový režim, chůze jen pro nutné.

13.9.2008 – 3.pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

TK 3 x denně - R.:140 /70 mmHg, P.: 145 / 80 mmHg, V.: 140 / 00 mmHg, TF R.: 72 / min, 80 / min, 68 / min.,

TT 2 x denně - R.: 36,3 °C, V.: 36,5 °C

Glykémie – R.: 6,3 mmol / l, V.: 10,7 mmol / l

Byl orientován všemi kvalitami, afebrilní, kardiopulmonálně kompenzován.

Bolesti již neudával. Farmakoterapie nezměněna.

Diazepam 5 mg na noc p.o. dle potřeby 0 – 0 – 0 – 1

Kontrola operační rány – bez známek zánětu. Lalok dobře prokrvený. Sterilní krytí operačních ran.

14.9.2008 – 4. pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 2 x denně

Glykémie – R.: 6,2 mmol / l, V.: 6,7 mmol / l

Bez bolesti, farmakoterapie stejná.

Kontrola operační rány – bez známek zánětu. Lalok je dobře prokrvený. Na stehně jsme vyměnili mastný tyl a sterilně zakryli.

15.9.2008 5. pooperační den – 18.9.2008 8. pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 2 x denně

Glykémie 1 x denně - R.: 6,2 mmol / l, R.: 6,7 mmol / l, R.: 5,2 mmol / l, R.: 6,6 mmol / l

Pacient byl bez bolesti. Operační rány klidné, lalok byl dobře prokrvený.

19.9.2008 – 9. pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně

Glykémie 1 x denně - R.: 5,3 mmol / l

Farmakoterapie beze změny

Lalok byl prokrvený, funkční, ostatní operační rány byly bez známek zánětu.

Ranní medikace byly podány. Pacient odešel na propustku domů řádně poučen a vybaven léky. V případě zhoršení stavu se musí ihned vrátit do nemocniční péče.

20.9.2008 – 22.9.2008

Pacient na propustce v domácím léčení.

22.9.2008 – 12. pooperační den po rekonstrukci nosu čelním lalokem

Návrat z propustky.

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně, kontrola glykémie obden

Dalacin, Diclofenac, Paralen tbl. – zrušená farmakoterapie

V chronické medikaci pokračuje.

Pacient čeká na operaci, která byla plánována na 1.10.2008

Operační rána byla klidná, bez známek zánětu, lalok je dobře prokrven

23.9.2008 – 13. pooperační den po rekonstrukci nosu čelním lalokem

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně,

kontrola glykémie obden - R.: 6,5 mmol / l

Převaz rány – dezinfekce, sterilní krytí.

Zaškrcování stopky 2 x denně na 5 minut.

Chronická medikace beze změn.

24.9.2008 – 14. pooperační den po rekonstrukci nosu čelním lalokem

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně, kontrola glykémie obden

Převaz rány – dezinfekce, promašťování odběrové plochy, sterilní krytí.

Zaškrcování stopky 2 x denně na 5 minut.

Chronická medikace beze změn.

Odběry a vyšetření: Kompletní biochemie, krevní obraz, koagulace, EKG a interní závěr.

25.9.2008 – 15. pooperační den po rekonstrukci nosu čelním lalokem

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně,

Kontrola glykémie obden - R.: 6,1 mmol / l.

Chronická medikace beze změn.

Zaškrcování stopky 2 x denně na 5 minut.

Odběry a vyšetření: kompletní, dnes s výsledky interní závěr před plánovaným chirurgickým výkonem.

26.9.2008 – 16. pooperační den po rekonstrukci nosu čelním lalokem

Dieta 9 / 225 g,

Kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 1 x denně, kontrola glykémie obden.

Farmakoterapie beze změn. Zaškrcování stopky.

Čeká na operační výkon. Před odchodem na propustku pacient poučen o zaškrcování stopky, v případě komplikací se dostaví zpět na oddělení.

Odpoledne pacient propuštěn na propustku do 29.9.2008 do 9,00 hodin

29.9.2008 – 19. pooperační den

Dieta 9 / 225 g,

Pacient čeká na operační výkon.

30.9.2008 – 20. pooperační den

Dieta 9/225 g,

Pacient je kardiopulmonálně kompenzován. TK, TF, TT 2 x denně, kontrola glykémie 2 x denně. Farmakoterapie byla beze změn. Na základě interního vyšetření byl pacient schopen operace v celkové anestézii. Anesteziologický souhlas a souhlas s operací byl podepsán.

Pacient byl kompletně poučen a standardně připraven k operačnímu výkonu.

Příprava a léky dle anesteziologa: Na noc – Diazepam 10 mg p.o.

1.10.2008 – 21. pooperační den / 0. operační den

Ráno:

Dieta 0

TK - R.: 140 / 70 mmHg, TF 80 / min,

TT- R.: 36,3 °C,

Glykémie – R.: 7.3 mmol / l

Pacient byl připraven na výkon v rámci předoperační přípravy.

Medikace dle ordinace anesteziologa byly podány následovně:

V 6,00 hodin Gopten 2 mg 1 tbl. zapil douškem hořkého čaje.

Infuze: 10 % roztok Glukózy s inzulínem 15 j Actrapidu vykapala v časovém úseku od 6,00 – 9,00 hodin.

Premedikace na výzvu: Dormicum 5 mg a Atropin 0.5 mg intramuskulárně.

Záznam operatéra

Průběh operačního výkonu klidný. Během výkonu byl odstraněn COM 30 ze sekundárního defektu. Excize okraje defektů a snesení granulací. Stopka laloku byla odpojená a vrácená zpět do defektu. Stavění krvácení. Sutura rány pod mírným napětím. Vložen Redonův drén, modelace nosního laloku. Po odpojení stopky je pomalejší návrat, který se během 5 minut upravuje. Reziduální defekt čela byl krytý DE štěpem z ventrální strany pravého stehna. Přiloženo sterilní krytí s mastným tylem

Ordinace operatéra: kontrola vitálních funkcí do stabilizace

ATB Cefazoline 1 g. i.v. á 6 hodin 1 – 1 – 1 – 1

Novalgin 1 amp. i.v. při bolesti v 100 ml F 1/1 roztoku vykapat během 30 minut 1 – 1 – 1 – 1

Kontrola obvazu a odvodu redonového drénu

Kontrola krevního obrazu v 16 hodin.

Elevace hlavy.

Po operaci byl pacient převezen na dospávací pokoj, kde byly monitorovány vitální funkce do úplné stabilizace a probuzení pacienta. Krevní ztráty byly v normě, obvazy mírně prosakovaly. Pacient udával bolest dle VAS 4 – 5. Aplikován Novalgin inj. i.v. Zmírnění bolesti po 30 minutách. Pacient přeložen na standardní oddělení v 14, 00 hodin.

Do večerních hodin TK, TF á 1 hodinu, hodnoty TK se pohybovaly mezi 140 / 90 mmHg – 150 / 90 mmHg

Hodnoty TF 68 tepů za minutu – 74 tepů za minutu

Výsledek KO v 16 hodin byl v normě.

Kontrola glykémie v 16,00 hodin: 8,9 mmol/ l

Ve večerních hodinách byl pacient zcela stabilizovaný, při plném vědomí. Operační rány mírně prosakovaly. Pacient směl na WC s doprovodem, standardní medikace p.o., mohl večeřet. Močil bez obtíží. Pacient udával svou bolest dle VAS 2 – 3, analgetika a ATB byla aplikována dle rozpisu.

2.10.2008 – 22.pooperační den / 1 operační den

Dieta 9 / 225 g,

TK 3 x denně - R.:145 / 80 mmHg, P.: 140 / 80 mmHg , V.: 150 / 80 mmHg, TF - R.: 72 / min, 68 / min, 68 / min.

TT 2 x denně - R.: 36,5 °C, V.: 36,8 °C

Glykémie – R.: 9,1 mmol / l, V.: 9,6 mmol / l

Pacient byl orientován všemi kvalitami, kardiopulmonálně kompenzován. Měl mírné bolesti v operační ráně.

PŽK byl průchodný

Chronické medikace byly podávány dle rozpisu

Dále byly podávány:

Cefazoline i.v. mg 1 – 1 – 1 – 1

Diclofenac AL 50 POR DUR TBL FLM při bolesti 1 –1 – 1 – 1

Paralen 500 TBL 1 – 1 – 1 – 1

Převaz rány – výměna prosáklých obvazů v oblasti stehna, čela a nosu, dezinfekce operačních ran, kontrola laloku a sterilní krytí. Prokrvení laloku bylo přiměřené.

3.10.2008 – 23.pooperační den / 2. operační den

Pacient byl kardiopulmonálně kompenzovaný. Ve 12 hodin byly aplikovány ATB a poté byla zrušena medikace. PŽK byl průchodný.

Převaz rány – kontrola operačních ran v oblasti čela a nosu, dezinfekce operačních ran, kontrola laloku, redon byl zrušen, provedeno sterilní krytí. Obvaz na stehně byl ponechán. Elevace hlavy. Pacient dodržoval klidový režim.

4.10.2008 – 24. pooperační den / 3. operační den

Dieta 9 / 225 g,

TK, TF, TT 2 x denně

Glykémie 1 x denně - R.: 6,5 mmol / l

Pooperační průběh byl klidný, farmakoterapie nezměněna. PŽK byla zrušena

Operační rány bez známek zánětu, lalok byl plně funkční.

5.10.2008 – 25. pooperační den / 4. operační den

Dieta 9 / 225 g,

TK, TF, TT 1 x denně

Glykémie 1 x denně - R.: 6.1 mmol / l

Pacient byl bez obtíží, operační rány byly bez známek zánětu. Farmakoterapie beze změn.

6.10.2008 – 26. pooperační den / 5. operační den

Dieta 9 / 225 g,

TK, TF, TT 1x denně

Glykémie 1x denně – R.: 6.3 mmol / l

Pacient byl bez obtíží, operační rána bez známek zánětu. Farmakoterapie beze změn.

Na následující den bylo plánováno propuštění do domácího léčení.

7.10.2008 – 27. pooperační den / 6. operační den

Pacient byl 27. den po rekonstrukci nosu skalpovým lalokem a 6. den po krytí defektu.

Operační rány byly klidné, lalok byl plně funkční a bez projevů zánětu. Pacient se cítil dobře, orientován všemi kvalitami, kardiopulmonálně kompenzován, afebrilní.

Pan Š.J. byl kompletně edukován a propuštěn do domácího léčení. Kontrola byla plánována za týden na ambulanci čelistní, obličejové a plastické chirurgie naší nemocnice.

3.13. Farmakoterapie:

Glimepirid tbl. a 2mg

indikační skupina: léčiva k terapii diabetu, deriváty sulfonylmočoviny

indikace: léčba DM II. typu, pokud samotná dieta, fyzická aktivita a redukce hmotnosti nepostačuje

kontraindikace: Glimepirid nesmí být používán v následujících případech: inzulin dependentního DM, diabetického kómatu, ketoacidózy, při vážném poškození ledvinných nebo jaterních funkcí, přecitlivělost na glimepirid

nežádoucí účinky: hypoglykémie nebo hyperglykémie

ošetřovatelská péče: základem úspěšné léčby DM je správný dietní režim, pravidelná fyzická aktivita a pravidelné kontroly krve a moči. Po dobu hospitalizace se pacienta snažíme aktivně zapojit do léčebného procesu a správně ho edukujeme o nutnosti dodržování zásad správné životosprávy. Tableta se musí polykat celá nerozkousaná a zapíjet dostatečným množstvím vody před jídlem nebo během jídla.

Gopten tbl. a 2mg

indikační skupina: antihypertenzivum, vazodilatans, ACE inhibitor

indikace: esenciální hypertenze

kontraindikace: přecitlivělost na účinnou látku, výskyt angioneurotického edému i v anamnéze, stav po transplantaci ledviny, kardiomyopatie

nežádoucí účinky: mohou se projevit symptomy nesnášenlivosti – symptomatická hypotenze

ošetřovatelská péče : před podáním léku je nutná kontrola TK

Atoris tbl. a 20 mg

indikační skupina: atorvastatinum, látky redukující sérové lipidy. Inhibitory HMG CoA reductázy

indikace: atorvastatin je indikován se současně navrhovanou dietou k léčbě pacientů se zvýšenými hladinami celkového cholesterolu, LDL – cholesterolu, triglyceridů a hyperlipidémii. Snižuje hladiny celkového cholesterolu, LDL – cholesterolu. U pacientů

s kardiovaskulární onemocněním a nebo s dyslipidémií je atoris indikován k sekundární prevenci kombinovaného rizika smrti, infarktu myokardu

kontraindikace: u pacientů s přecitlivělostí na jakoukoliv složku přípravku, s jaterním onemocněním

nežádoucí účinky: nebyly zpozorovány

ošetřovatelská péče: dohlížet na dodržování zásad správné výživy, dietní opatření

Diazepam a 10 mg

indikační skupina: psycholeptikum, benzodiazepinové deriváty

indikace: úzkost, napětí, panický strach, neklid u neuróz, psychosomatická onemocnění přechodného rázu, při svalové spasticitě jako centrální myorelaxans, léčba abstinčního syndromu u alkoholiků a v rámci předoperační přípravy.

kontraindikace: myastenia gravis, glaukom s uzavřeným úhlem, intoxikace alkoholem, barbituráty a jinými látkami tlumivě působícími, těžší poškození jater a ledvin, alergie na přípravek

nežádoucí účinky: přípravek je obvykle dobře snášen. Starším lidem se podávají přiměřeně nižší dávky vzhledem k tomu, že poločas rozpadu se prodlužuje až o 60 % a snadno dojde ke kumulaci.

ošetřovatelská péče: informovat pacienta o účinku léku, sestra je povinna sledovat celkový stav nemocného a zároveň dbát o jeho bezpečnost

Dormicum inj. sol.

indikační skupina: midazolamum 5 mg v 1 ml injekčního roztoku, psycholeptikum, benzodiazepinové deriváty

indikace: krátkodobě působící hypnotikum, které se používá k sedaci při zachovaném vědomí, (ke zklidnění) před a během diagnostických či terapeutických výkonech, jako premedikace před navozením anestézie, k zahájení anestézie, k sedaci na JIP

kontraindikace: při přecitlivělosti na benzodiazepinům nebo pomocným látkám, při dechové nedostatečnosti, zvýšená opatrnost při podání u pacientů, kde se v anamnéze vyskytuje alkoholová či drogová závislost, myastenia gravis

nežádoucí účinky: paradoxní reakce (podrážděnost, křeče, třes, hyperaktivita, útočnost), kopřivka, svědění, poruchy centrálního a periferního nervového systému a psychické poruchy, nucení na zvracení, škytavka, zácpa, sucho v ústech, kardiopulmonální vedlejší účinky (respirační útlum, apnoe, zástava dýchání a srdce, hypotenze, laryngospasmus)

ošetřovatelská péče: před aplikací premedikace se pacient dojde vymočit, dále je informován o účinku léku, po aplikaci sestru upozorní klienta, že již nesmí vstávat, sestra dohlíží na jeho bezpečnost, kontrola celkového stavu pacienta, sledování vitálních funkcí.

Atropin biotika 0.5 mg inj.

indikační skupina: parasimpatikolytikum, atropiny sulfas 0,5 mg v 1 ml

indikace: premedikace před anestézií, antidotum při otravě inhibitory acetylcholinesterázy, bradykardie – hypotenzivní syndrom při akutním srdečním infarktu, fibrilace a flutter předsíní s pomalou komorovou odpovědí

kontraindikace: glaukom, organická stenóza pyloru, hypertrofie prostaty, poruchy vyprazdňování močového měchýře, mukoviscidóza, vysoká teplota, hypertyreóza, tachykardie, tachyarytmie, sinusová bradykardie.

nežádoucí účinky: sucho v ústech

ošetřovatelská péče: stejná jako u předchozího léku (dormicum)

Actrapid HM inj.

indikační skupina: antidiabetikum, inzulín biosyntetický humánní

indikace: léčba diabetu vyžadující rychlý účinek, terapie metabolického rozvratu, při vedení diabetu při operaci, dekompenzovaný diabetes všech typů, léčba náhle vzniklé rezistence proti diabetu

kontraindikace: hypoglykemický stav, inzulínom, přecitlivělost na některou složku přípravku

ošetřovatelská péče: před aplikací je nutná kontrola glykémie, dávkování je určeno dle individuálních potřeb pacienta

Cefazoline panfarma inj. sic

indikační skupina: širokospektré antibiotikum z I. generace cefalosporinů, cefazolinum natricum pro inj. 1 g

indikace: těžké infekce gram + i gram – mikroby citlivými na cefazolin, infekce respiračního a urogenitálního traktu, infekce kůže a tkání, osteomyelitis, septikémie, užití i v rámci prevence před a po operačních výkonech

kontraindikace: přecitlivělost na cefalosporinová ATB

nežádoucí účinky: alergické projevy (svědění, zčervenání v místě aplikace, kardiopulmonální problémy).

ošetřovatelská péče: dodržovat časové intervaly a dávkování, sledovat projevy nežádoucích účinků

Dalacin cps. 300 mg

indikační skupina: linkosamidové antibiotikum, clindamycin hydrochloridum 300 mg v tobolce

indikace: infekce vyvolané mikroorganismy citlivými na klindamycin (stafylokoky, streptokoky, pneumokoky, anaerobní koky a bakterie), infekce měkkých tkání, osteomyelitis, po chirurgických výkonech

kontraindikace: přecitlivělost na klindamycin a linkomycin, těžké poruchy jater a ledvin, současné podávání myorelaxancií

nežádoucí účinky: přecitlivělost, alergické kožní projevy, riziko možného vzniku pseudomembranózní kolitidy (*clostridium difficile*)

ošetřovatelská péče: dodržovat časové intervaly a dávkování, sledovat projevy nežádoucích účinků

Novalgin inj.

indikační skupina: analgetikum, antipyretikum, metamizolum natricum monohydricum

indikace: akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech, vysokých teplotách kde je kontraindikace jiných antipyretik

kontraindikace: přecitlivělost na přípravek, akutní jaterní porfyrie, těžké poruchy ledvin, hemolytická anémie

nežádoucí účinky: přecitlivělost na přípravek, hypotenze, nauzea, zvracení, bolesti břicha

ošetřovatelská péče: při intravenózní aplikaci podávat lék velmi pomalu, v případě vzniku nežádoucích účinků okamžitě lék přestat podávat, je nezbytné, aby pacient při parenterální aplikaci ležel a byl pod dohledem lékaře.

Paralen 500 tbl.

indikační skupina: analgetikum, antipyretikum, paracetamol 500 mg v tbl.

indikace: horečka, bolesti zubů, hlavy, bolesti svalů nebo kloubů nezánettivé etiologie

kontraindikace: přecitlivělost na přípravek, hemolytická anémie, těžké formy renální a hepatální insuficience

nežádoucí účinky: minimální, mohou se objevit alergické kožní reakce

ošetřovatelská péče: sledování případných kožních změn

Diclofenac Al 50 tbl.

indikační skupina: nesteroidní antirevmatikum, deriváty kyseliny octové a příbuzné látky, diclofenacum natrium 50 mg v tbl.

indikace: zánětlivá revmatická onemocnění, dysmenorea, akutní dnový záchvat, pooperační a postraumatické záněty, otoky, bolestivé stavy

kontraindikace: aktivní peptický vřed, poruchy krve tvorby, přecitlivělost, alergie na salicytáty nebo jiná nesteroidní antiflogistika

ošetřovatelská péče: sledovat případné nežádoucí účinky

4 Ošetřovatelská část

4.1 Ošetřovatelský proces, definice

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb nemocného člověka. Uspokojování potřeb se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetřování nemocného. Ošetřovatelský proces nám umožňuje aktivně zapojit klienta do systému poskytované péče. Nemocným je tak poskytována systematická, důsledná a kontinuální péče, jejíž kvalita je závislá na práci ošetřovatelských pracovníků a spolupráci klientů. Při těchto činnostech sestra rozhoduje o nejvhodnějším způsobu péče.

Do ošetřovatelského procesu se zapojují i ostatní členové zdravotnického týmu. Jelikož je sestra ve styku s nemocným nejčastěji, stává se koordinátorkou v zajišťování aktivit dalších zdravotnických pracovníků.⁶

„Ošetřovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra.“ Je to logická metoda poskytování ošetřovatelské péče založená na 5 komponentách:

- 1) zhodnocení nemocného
- 2) stanovení ošetřovatelských diagnóz
- 3) plánování ošetřovatelské péče
- 4) realizace ošetřovatelských intervencí
- 5) vyhodnocení efektu poskytnuté péče⁷

Zhodnocení nemocného tvoří dvě části. Ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu nemocného. Získaná subjektivní a objektivní data je nutné uspořádat tak, aby se s nimi dalo pracovat a byly dobrým východiskem pro stanovení ošetřovatelské diagnózy. Data se mohou uspořádat podle různých kategorií: použitím různých ošetřovatelských modelů, anatomických struktur, podle potřeb pacienta.

⁶ Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 1996.

⁷ Staňková, M.: Koncepce českého ošetřovatelství, základní terminologie. České ošetřovatelství 1. Praktická příručka pro sestry. Brno: IDVPZ, 1999. s.22.

Ošetřovatelská diagnóza je stanovení aktuální nebo potencionální nezdravé reakce pacienta na onemocnění. Diagnóza má minimálně dvě části, problém a etiologii a je zaměřena na pacienta. Plánování ošetřovatelské péče znamená stanovení cílů péče, určení priorit problémů, určení, jak mohu měřit efekt a zápis ošetřovatelského plánu. Plánování má tři části: stanovení očekávaných výsledků neboli cílů, výběr ošetřovatelských intervencí a informování ostatních členů týmu o ošetřovatelském plánu. Na začátku je nutné stanovit priority (s ohledem na potřeby pacienta) a rozhodnout, které potřeby vyžadují ošetřovatelskou intervenci a které péči odborníka.

Sestra stanovuje cíl ošetřovatelské péče, jehož by chtěla plánovaným zásahem docílit, a tvoří vlastní plán s navrženými ošetřovatelskými intervencemi, které povedou k dosažení stanovených cílů.

Realizace plánu je profesionální a samostatná ošetřovatelská péče, v níž se odrážejí obecné charakteristiky moderního ošetřovatelství a specifity ošetřovatelství v příslušném oboru.

Zhodnocení efektu poskytnuté péče znamená především zjištění, zda stanoveného cíle bylo dosaženo a změření úspěchu. Pokud cíle dosaženo nebylo, sestra získává další informace o nemocném a plánuje další péči.

4.2. Použití ošetřovatelského procesu v praxi

Pozorování a shromažďování informací jsem prováděla u klienta ve věku 65 let v den jeho příjmu. Zdrojem informací pro mne byla ošetřovatelská dokumentace, kterou jsem vyplnila na základě rozhovoru s klientem. Dále to bylo vlastní pozorování, konzultace s členy zdravotnického týmu a chorobopis nemocného. Při zpracovávání ošetřovatelské anamnézy jsem postupovala podle modelu M. Gordonové⁸

⁸ Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, s.101.

4.2.1. Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu

Pan Š. prohlašuje, že si na svůj zdravotní stav nemůže stěžovat. Přestože má diagnostikovanou hypertenzi a DM II. typu na dietě a PAD, cítí se relativně zdrav. Vše je přiměřené k jeho věku. Negativně vnímal vizuální změny struktury nosu způsobené tumorem v předchozím období, z toho důvodu nevyhledával a dosud nevyhledává společnost cizích lidí. Cítí se dobře pouze v kruhu rodiny. Lékařům plně důvěřuje, a proto bez problémů souhlasil s operací v plném rozsahu. Nyní má pouze obavy z pooperačního průběhu, ve smyslu dobrého hojení rány (kamarádovi rána zhnisala), konečného estetického výsledku operace a co nejrychlejšího návratu do běžného života. V posledním roce neprodělal žádnou závažnou infekční chorobu.

Výživa a metabolismus

Před 4 lety byl zjištěný DM II. typu, pan Š. užívá diabetickou dietu a PAD. S dodržováním diety nemá problémy, preferuje správnou životosprávu, středoevropskou kuchyni, hodně zeleniny, ryby a drůbeží maso. Občas dietně zahřeší. Manželka vaří báječně i dietně. V nemocnici mu celkem chutná, jen polévky by prý potřebovaly dochutit. Sní celou porci. Jí na pokoji. Váží 86 kg a měří 178 cm. BMI je 27.1, což znamená mírnou nadváhu. Nutriční terapeut nebyl kontaktovaný. Příjem tekutin je dostatečný, vypije kolem dvou litrů denně. Dává přednost ovocnému čaji a neperlivým minerálkám. Občas si dá černou kávu. Alkohol jen při oslavách a v přiměřené míře. Kůže je spíše suchá, ale bez jakýchkoli změn. Netrpí žádnou kožní chorobou. Alergii neguje.

Vylučování

Pacient močí spontánně, bez obtíží. Na stolici chodí pravidelně, jednou za dva dny. V případě zácpy dobře reaguje na minerální vodu Zaječická.

Aktivita a cvičení

Pan Š. je plně soběstačný. Rád chodí s manželkou do přírody na procházky. V minulosti byl vojákem z povolání, pohybu měl dostatek. V současné době spíše koná sezónní práce na chalupě, míčové hry s vnoučaty a občas cyklistika.

Spánek a odpočinek

Pan Š. občas trpí nespavostí, léky na spaní bere výjimečně a nemá žádné zvláštní usínací rituály. Spí kolem 6 hodin denně a k pocitu vyspání mu to stačí. Rád si po obědě zdřímne. Odpočívá pasivně spánkem. Rád relaxuje při poslechu vážné hudby.

Vnímání a poznávání

Pan Š. je plně orientovaný. Rád čte a luští křížovky. S provozem oddělení byl již seznámený při předchozí hospitalizaci.

Sebepojetí a sebeúcta

Pan K. je snaživý, příjemný a komunikativní gentleman. Sám sebe hodnotí jako pozitivního a klidného člověka, kterým se však stal až v pozdějším věku. Za mlada prý byl výbušný. S přibývajícím věkem se naučil trpělivosti a potřebě vnitřního klidu. V současné době nevyhledával cizí společnost z důvodu zvědavých někdy znechucených pohledů na svůj nos.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou v bytě. Má 3 děti a 8 vnoučat, na které je pyšný. Rodina mu poskytuje plnohodnotné zázemí a podporu. Děti nežijí v Praze, ale rodiče pravidelně navštěvují. Na nemoc rodina reagovala semknutím a 100% podporou svého člena. Mají zájem o podrobnosti a varianty léčby i informace o možných rizicích.

Sexualita, reprodukční schopnost

Vzhledem k věku jsem se spíše zajímala o vztah s manželkou. Svě manželství považuje za velmi harmonické, žena je pro něj velkou oporou. Mají spolu tři děti.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Dříve prý býval výbušný, ale časem se z něj stal „klid'as“. Na diagnózu reagoval v klidu (byl plně informován o závažnosti onemocnění) a má pevnou vůli se uzdravit. Dříve stres řešil alkoholem.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan Š. nepraktikuje žádné náboženství, pouze věří, že něco někde existuje, co řídí naše životy. Za nejvyšší životní hodnotu považuje zdraví, klid a harmonii v rodině. V tomto období je jeho jediným a největším přáním rychle se uzdravit a jít domů.

Jiné

Pacient netrpí žádným onemocněním dýchacích cest. V klidu je dýchání pravidelné bez vedlejších dechových fenoménů. Při intenzivnějším pohybu se objevuje mírná námahová dušnost, která však pacienta příliš neobtěžuje a například po zastavení rychle odeznívá. Před pěti lety přestal kouřit, v minulosti byl silným kuřákem.

V lékařské anamnéze je popsána hypertenze, při příjmu je tlak i tepová frekvence zvýšená.

4.2.2. Přehled ošetrovatelských diagnóz

Přehled ošetrovatelských diagnóz dne 10.9.2008 (den operačního výkonu - rekonstrukce nosu skalpovým lalokem po excizi bazaliomu). Operační den jsem si vybrala úmyslně, neboť se domnívám, že bezprostřední ošetrovatelská péče po tomto operačním výkonu je důležitou součástí léčebného procesu. Významnou prioritou v tomto případě je pooperační sledování laloku.

Na základě rozhovoru jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, které jsem s přihlédnutím k medicínským prioritám seřadila a řešila následovně.

4.2.3. Aktuální ošetrovatelské diagnózy ze dne 10. 9. 2008 – operační den

1. Akutní bolest operační rány z důvodu chirurgického výkonu
2. Porucha integrity kůže v místě operační rány a žilní kanyly z důvodu invazivního výkonu
3. Neefektivní dýchání z důvodu nosní tamponády
4. Nevolnost z důvodu anestézie a polykání krve
5. Sociální izolace z důvodu fyzických změn na obličeji

4.2.4. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko srdečního selhávání z důvodu hypertenze
2. Riziko komplikací DM z důvodu operačního výkonu
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN)

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1.

Ošetrovatelská diagnóza:

Akutní bolest operační rány z důvodu chirurgického zásahu

Cíl – krátkodobý:

Bolest 0. operační den bude nejvýše do 3. stupně VAS

Cíl dlouhodobý:

V následujících dnech nebude pacient pociťovat bolesti vyšší než do 2. stupně VAS - ani při převazech.

Plán:

- Zajistit zvýšenou polohu horní poloviny těla.
- Sledovat operační ránu.
- Aplikovat analgetika dle intenzity bolesti.
- Sledovat nežádoucí účinky aplikovaného léku.
- Hledat možnosti úlevy od bolesti.

Realizace:

V odpoledních hodinách po převozu pacienta z dospávacího pokoje došlo k nasáknutí obvazu krví a to způsobilo zvýšení tlaku na lalok, jehož důsledkem bylo větší vnímání bolesti. Odebrala jsem vrchní prosáknutou část sterilního krytí a nahradila jej sterilním, suchým materiálem. Za spolupráce nemocného se mi podařilo zajistit pacientovi zvýšenou polohu hlavy zvednutím podhlavníku o 40 stupňů. S empatickým přístupem k nemocnému jsem akceptovala vnímání jeho bolesti. Dle ordinace lékaře jsem aplikovala v 16,35 hod. jednu ampulku Algifenu ve 100 ml F1/1 i.v. Před aplikací léku proti bolesti byl pacient informován

o účinku léku a eventuálním výskytu nežádoucích účinků. Zároveň jsem na hrazdičku připevnila zvukovou signalizaci, kterou může v případě potřeby kdykoliv použít. Během i.v. podání léku jsem pacienta průběžně sledovala. Do dokumentace jsem provedla záznam o podání a účinku léku.

Zhodnocení:

V 16,30 hodin jsme z dospávacího pokoje přivezli pacienta, který nás informoval o vrůstající intenzitě bolesti, dle VAS (použití analogové stupnice určené k hodnocení intenzity bolesti) jsem zjistila stupeň 4. Po jedné hodině po aplikaci léku pacient udával, že bolest ustoupila. Kontinuálně jsem bolest sledovala, bolest se již nadále nevrátila.

2.

Ošetrovatelská diagnóza:

Porucha integrity kůže v místě operační rány a žilní kanyly z důvodu invazivního výkonu

Cíl – krátkodobý:

U nemocného nedojde k mechanickému poškození laloku.

Periferní žilní katetr bude plně funkční

Cíl – dlouhodobý:

U nemocného bude probíhat hojení per primam.

Nedojde ke vzniku zánětlivé reakce u zavedeného žilního katétru.

Plán:

- Opakovaně kontrolovat vzhled laloku, intenzitu prokrvení. Při překrvení, bledosti a otoku laloku ihned informovat lékaře. Pacient nesmí být v hypotenzi, z důvodu dobrého prokrvení laloku.
- Zajistit zvýšenou polohu v úhlu 30 – 40 stupňů, při poloze na straně musí pacient ležet tak, aby nedocházelo k napínání kůže v operační ráně.
- Sledovat teplotu pacienta i pokoje. Zajistěte, aby pacient byl v teplejší místnosti. Je – li podchlazen, hrozí nebezpečí trombózy laloku.
- Průběžně kontrolovat krytí obvazů, krevních ztrát do obvazu. Nesmí dojít ke kompresi, tlak na lalok je nebezpečný. Při krvácení častěji převazovat, ránu nenabalovat.
- Dodržovat pravidla aseptického postupu při převazu operačních ran.

- Kontrola místa vpichu žilního katétru a jeho průchodnost. Poučit pacienta o možných komplikacích. Sledovat místní příznaky a stadia flebotrombózy (bolest, zarudnutí...) a systémové příznaky infekce (horečka, třesavka).
- Každou změnu zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace:

Každou půlhodinu jsem prováděla kontrolu laloku. Velmi důležité je sledování zabarvení laloku. Je – li barva laloku tmavá, dochází k hromadění krve v laloku. Bílá barva laloku svědčí, že lalok je nedokrvený.

Zvýšenou polohu hlavy jsem již provedla v rámci úpravy lůžka při zajištění úlevové polohy při bolesti.

U pacienta jsem měřila pravidelně každou hodinu TK z důvodu hypertenzního onemocnění a jednak z důvodu kontroly laloku.

Před příjezdem pacienta z dospávacího pokoje jsem intenzivně vyvětrala pokoj a poté jsem zajistila optimální teplotu pokoje.

Po příjezdu z dospávacího pokoje byl u pacienta viditelný třes. Pacient si ztěžoval, že mu je zima. Přikryla jsem ho termopřikrývkou.

Během služby jsem dvakrát provedla výměnu obvazů, které byly prosáklé krví a tím jsem zmírnila tlak na lalok. Zároveň jsem nabalovala operační ránu na pravém stehně, kde byl odebrán kožní štěp, operační rána na čele neprosakovala. Všechny výkony jsem prováděla v souladu se zásadami aseptického ošetřování.

Průběžně jsem sledovala místo vpichu kanyly, které bylo překryto průhlednou fólií, která umožňuje optickou kontrolu a pevnou fixaci kanyly. Ve spolupráci s pacientem jsme upravili polohu horní končetiny tak, aby měl horní končetinu v přirozené poloze a zároveň jsme zabránili zalomení katétru.

Hodnocení:

Během mé služby nedošlo k funkčnímu, ani mechanickému poškození laloku. Nastávající službě jsem pacienta předala s dobře prokrveným lalokem.

Během hospitalizace se rána hojila bez komplikací.

Třes ustal po zahřátí pacienta během půlhodiny.

Žilní katétr byl průchodný, bez známek zánětu až do zrušení kanyly.

3.

Ošetřovatelská diagnóza

Neefektivní dýchání z důvodu nosní tamponády

Cíl – krátkodobý:

Pacient se naučí dýchat ústy, aby dosáhl účinného dýchání.

Pacient nebude mít suchou sliznici dutiny ústní.

Plán:

- Kontrola frekvence dýchání.
- Kontrola zvýšené polohy těla, aby se usnadnila maximální inspirace.
- Klidným přístupem edukovat pacienta o nutnosti dýchat přirozeně, pomaleji a hlouběji. S pacientem jednejte klidně a mírně, aby se zmírnila jeho úzkost.
- Sledovat změny a informovat lékaře.
- Umožnit pacientovi příjem tekutin po malých dávkách a předcházet, tak k vysoušení sliznice dutiny ústní.

Realizace:

Pacientovi jsem vysvětlila, že v nosní dutině má tamponádu a z tohoto důvodu nemůže dýchat nosem. Vysvětlila jsem mu, že je nutné dýchat ústy, pomalu a klidně. Na jídelní stůl jsem připravila vlažný, neslazený čaj s brčkem, zároveň jsem mu vysvětlila, že je nutné upíjet pouze v malých dávkách.

Hodnocení:

V odpoledních hodinách se u pacienta podařilo navodit klidné dýchání.

Sliznice dutiny ústní nebyla vysušená.

4.

Ošetřovatelská diagnóza:

Nevolnost z důvodu celkové anestézie

Cíl – krátkodobý:

Pacient pocítí úlevu, nebude zvracet.

Plán:

- Zajistit přísun čerstvého vzduchu.

- Dle potřeby podat kostky ledu k cucání.
- Zajistit signalizaci k lůžku.

Realizace:

Pacienta jsme z dospívajícího pokoje přivezli již s mírnou nauzeou, kde mu byla i.v. aplikována 1 ampulka Cerucalu. Pacient pociťoval zimu a objektivně byl pozorovatelný třes. Nemohla jsem otevřít okno. Z důvodu operační rány na čele a laloku na nose, který nesmí být podchlazen, jsem nemohla dát pacientovi studený obklad. Proto jsem mu podala kostku ledu v kelímku. Zároveň jsem ho upozornila, že kostku smí cucat pomalu a o nutnosti (opakovaně) správného dýchání. Pokud by nastalo zvracení, domluvili jsme se s pacientem o postupu, jak si správně držet operační ránu, aby nedošlo k jejímu poškození. Signalizaci měl pacient stále v dosahu ruky. V průběhu ošetřování jsem pacienta průběžně sledovala.

Hodnocení:

U pacienta nenastalo zvracení, po aplikaci léku odezněla nevolnost. Velmi mu pomohly studené kostky ledu. Na konci služby pacient přijímal již tekutiny i stravu.

5.

Ošetrovatelská diagnóza:

Sociální izolace z důvodu fyzických změn na obličeji

Cíl – dlouhodobý

U pacienta dojde ke zlepšení sociálního začlenění.

Naučí se akceptovat svůj obličej bez pocitů méněcennosti.

Zmírnění úzkosti během adaptace na stávající obraz těla.

Psychický stav pacienta bude do jednoho týdne zlepšen do žádoucího stavu pohody.

Plán:

- Vytvořit vztah vzájemné důvěry.
- Dle verbálních i neverbálních projevů pravidelně hodnotit se sesterským týmem duševní stav.
- Rozhovorem odhalit, jaké má pacient mínění sám o sobě.
- Zhodnotit zájem rodiny, jejich spoluúčast v problematice onemocnění.
- Edukuj pacienta i rodinné příslušníky o možnostech zapojení do ošetrovatelské péče.

- Nabídni možnost pomoci od odborníka / psycholog, psychoterapeut, psychologická sestra.

Realizace:

U pacienta jsem postupně zjišťovala, jaké má znalosti o svém onemocnění, zda-li je dostatečně informován o operačním výkonu a co od něj očekává. Pacient měl dostatečný prostor k vyjádření pocitů. Je mu nepříjemné, pokud si ho někdo cizí prohlíží. Postupně jsme pacienta pobízeli k procházkám po oddělení i mimo něj.

S rodinou jsme často hovořili průběhu terapie.

Verbální i neverbální projevy jsme s týmem pravidelně analyzovali. Průběžně jsme prováděli záznamy do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacient spolupracoval s celým týmem ve všech směrech. Zpočátku se pacient odmítal pohybovat po oddělení, jedl pouze na pokoji. K ničemu jsme ho nenutili. Po prvním operačním výkonu, po stabilizaci stavu pacient již chce jíst ve společné jídelně. Má pocit bezpečí, jeho „ošklivý“ nos, jak sám tvrdí, je schován pod obvazem.

Rodina projevuje zájem o pana Š.J. a chtějí pomáhat, společně ho povzbuzují. Během jeho dlouhé hospitalizace byl pacient dvakrát propuštěn na propustku. Při návratu do nemocnice je pacient vždy v duševní pohodě.

Od operace očekává zlepšení vzhledu a doufá, že opět nedejde k recidivě. Je si plně vědom, že pro konečný, estetický, alespoň uspokojivý výsledek bude muset absolvovat další operaci. Po dobu jeho hospitalizace na našem oddělení navázal se dvěma pacienty přátelský vztah. Prý se budou navštěvovat. Pan Š.J. opouštěl oddělení s vědomím, že po určitém čase nastoupí do nemocnice znovu na další operaci, pokud se nerozhodne jinak.

4.2.4. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko srdečního selhávání z důvodu hypertenze
2. Riziko komplikací DM z důvodu operačního výkonu
3. Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN)

1.

Ošetrovatelská diagnóza:

Riziko srdečního selhávání z důvodu hypertenze

Cíl – krátkodobý:

Pacient bude mít fyziologické hodnoty TK, nejvýše do 150/90 mmHg.

Plán:

- Měřit a kontrolovat TK, TF, dýchání v intervalech dle ordinace lékaře.
- Sleduj orientaci, vědomí, barvu kůže, stav sliznic.
- Hlásit lékaři patologické změny fyziologických funkcí.
- Udržuj žilní přístup.

Realizace:

Po operaci byl pacient převezen na „dospávací pokoj“, kde setrval dvě hodiny. Cílem ošetření na této jednotce je monitorování vitálních funkcí do úplného odeznění celkové anestézie. Ve stabilizovaném stavu pacient převezen na standardní oddělení.

V průběhu služby jsem měřila TK, TF, kontrolovala dýchání a sledovala jsem celkový stav pacienta. Pacient byl o průběhu měření informován a zároveň jsme byli domluveni, že v případě obtíží mě bude informovat.

Průběžně jsem kontrolovala průchodnost katétru.

Hodnocení:

Pacient je léčen 10 let pro hypertenzi. Během služby měl pacient sklon k vyšším hodnotám TK, v průběhu ošetřování hodnoty TK nedosáhly 150 / 90 mmHg.

2.

Ošetřovatelská diagnóza:

Riziko komplikací DM z důvodu operačního výkonu

Cíl – krátkodobý:

Nemocný nebude mít hodnoty glykémie vyšší než 10 mmol / l.

Plán:

- Provádět pravidelnou kontrolu glykémie.
- Informovat pacienta o příznacích hypo / hyperglykémie.
- Kontrola celkového stavu pacienta.
- Převést pacienta co nejdříve, pokud to celkový stav dovolí, na stravu přijímanou ústy.
- Dbát správného podávání stravy, kontrolovat sněžené množství.

Realizace:

V 17 hodin provedeno kontrolní vyšetření glykémie.

Pacientu jsem podávala medikace dle ordinace. Večer již přijímal stravu ústy.

Sledovala jsem, zda se nevyskytnou některé příznaky porušené fyziologické hladiny glykémie.

Hodnocení:

Hodnota večerní glykémie byla 9,6 mmol / l.

Večer již pacient přijímal stravu ústy.

3.

Ošetřovatelská diagnóza:

Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu

Cíl – krátkodobý:

U pacienta se neprojeví příznaky TEN.

Plán:

- Cvičení dolních končetin na lůžku
- Kontrola funkčnosti bandáží
- Sledovat barvu a teplotu dolních končetin
- Časně mobilizovat pacienta.

Realizace:

Průběžně jsem kontrolovala funkčnost elastických punčoch, teplotu a barvu dolních končetin. Pobízela jsem pacienta k procvičování. Za mé pomoci se pacient oblékl do pyžama a nejdříve se pomalu posadil a poté jsem ho doprovodila na toaletu. Pacienta jsem poučila, že pokud bude chtít vstát z lůžka, musí mě informovat, abychom zabránili případnému pádu. Pacient s postupem souhlasil.

Hodnocení:

Pacient na konci mé služby byl již plně stabilizován, lékař mu povolil vstát z lůžka.

V průběhu hospitalizace se u pacienta neobjevily příznaky TEN.

4.3. Edukace

Edukace znamená vzdělání, výchovu. Schopnost osvojit si informace k dosažení zdravého životního stylu a optimální celkové pohody.⁹

4.3.1. Cíle a zaměření edukace

Cílem mé edukace bylo odstranit strach, povzbudit a ukázat svému klientovi cestu ke kvalitnímu smysluplnému životu.

Edukaci jsem zaměřila na prevenci komplikací, rychlou rekonvalescenci a zkvalitnění života nemocného.

Zmíněná edukace se týkala předoperační přípravy, výživy, pohybového režimu, hypertenzní choroby, v předcházení rizik pooperačních komplikací, medikací, v péči o ránu, začlenění do společenského života a v případě zájmu ze strany pacienta možností odborné péče v místě bydliště.

Edukace probíhala postupně po celou dobu pobytu pana Š.J. v nemocnici.

⁹ Doenges, E.,M., Moorhouse, F., M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001, s.40.

4.4. Prognóza

U bazocelulárních karcinomů většinou nedochází k metaztázám, ale mají sklon k recidivám.

U pana Š.J. došlo k opakované recidivě výskytu bazaliomů s následnou destrukcí obličeje.

V průběhu následujícího roku po operaci bude pacient sledován a pokud nedojde k opakované recidivě, může podstoupit další rekonstrukční operaci, jejíž cílem bude lepší estetický vzhled pana Š.J.

4.5. Závěr

Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, nebo jinak řečeno, svízelnou životní situací. Takovou situací může být například chronické onemocnění, které nemocného omezuje v jeho aktivitách, případně ho ohrožuje nepříznivou prognózou, stejně jako taková onemocnění, která postihují intimní části těla, dále onemocnění, která jsou dosud považována za „nevléčitelná“, chirurgické výkony, které představují zásadní zásah do organismu.¹⁰

Nádorová onemocnění nepostihují klienta pouze po stránce somatické, ale minimálně stejnou měrou zasahují do roviny psychologické a sociální.

Pan Š.J. byl propuštěn do domácího ošetřování bez jakýchkoliv pooperačních komplikací. Při propuštění bylo rovněž pozorováno rapidní zlepšení psychického stavu pacienta ve všech sledovaných kritériích.

Považuji za nezbytné zdůraznit, že profesionální přístup celého lékařského a ošetřovatelského týmu měl velice pozitivní výsledek na pooperačním průběhu klienta.

Zpracováním případové studie u klienta po rekonstrukci nosu skalpovým lalokem, se mi potvrdilo, že znát lékařské techniky a postupy napomáhá zkvalitnit ošetřovatelskou péči.

¹⁰ Jobánková, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. s.53.

5 Seznam použitých zkratek

ACT	actrapid
BDK	bandáž dolních končetin
BMI	body mass index
COM 30	kombinovaná obvazová textilie
D	denně
DE	dermoepidermální
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiograf
g	gram
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
j	jednotka
KO	krvní obraz
l	litr
mg	miligram
ml	mililitr
mmHg	milimetry rtuťového sloupce
mmol	milimol
P	poledne
PAD	perorální antidiabetika
p.o.	per os
PŽK	parenterální žilní katetr
R	ráno
RDG	radiodiagnostický
Tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	krvní tlak
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová stupnice

6 Zdroje informací

1. Bednařík, O., a kol.: Několik rad pro onkologicky nemocné. Brno: Masarykův onkologický ústav, 1998. 48s. ISBN neuvedeno
2. Doenges, E., M., Moorhouse, F., M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8
3. Jirásek, L., Šťáva, Z.: Dermatovenerologie. Praha: Avicenum, zdravotnické zařízení, Praha, 1982. 504s. ISBN neuvedeno
4. Jobánková, M. a kol.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: IDVPZ, 2002. 225s. ISBN 80-7013-365-1
5. Mazánek, J.: Nádory orofaciální oblasti. Praha: EAST PUBLISHING, a.s., VICTORIA PUBLISHING, a.s., 1997. 391s. ISBN 80-7187-131-1
6. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3
7. Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství. Praha: Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5
8. Staňková, M.: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. České ošetřovatelství 3. Brno: IDVPZ, 1999. 49s. ISBN 80-7013-282-5