

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetřovatelská kazuistika
nemocného s mnohočetným střelným poraněním**

2005/2006

Marta Všolková

Vedoucí práce: Mgr. Veronica Di Cara

Obsah

	Strana
1. ÚVOD	2
2. KLINICKÁ ČÁST – STŘELNÉ RÁNY	2
2.1 Historie onemocnění	2
2.2 Charakteristika onemocnění	3
2.3 Etiologie	4
2.4 Příznaky	5
2.5 Diagnostika	5
2.6 Terapie a ošetrovatelská péče	5
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	6
3.1 Identifikační údaje	6
3.2 Lékařská anamnéza	7
3.3 Lékařské diagnózy	8
3.4 Diagnosticko-terapeutická péče	8
3.4.1 Fyziologické funkce	8
3.4.2 Vyšetření	9
3.4.3 Farmakoterapie	11
3.4.4 Dietoterapie	12
3.5 Průběh hospitalizace	13
4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	13
4.1 Základní potřeby	13
4.2 Psychosociální potřeby	16
4.3 Subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace nemocným	17
4.4 Hodnocení sestry	18
5. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	19
6. PLÁN PÉČE, REALIZACE, HODNOCENÍ	20
7. EDUKACE	31
8. ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA	32
9. POUŽITÉ ZDROJE	33
PŘÍLOHY	34

1. ÚVOD

Pracuji na chirurgickém oddělení Vězeňské nemocnice v Praze. Vzhledem k tomu, že je zařízení tohoto typu pro vězně jediné v republice, škála lékařských diagnóz pacientů je velice rozsáhlá. Na chirurgickém oddělení se staráme o pacienty nejen s onemocněními z oblasti břišní, hrudní chirurgie, ortopedie, neurologie, ale i o pacienty s diagnózami urologickými, gynekologickými, ORL, očními, stomatochirurgickými...

Tématem své práce jsem si zvolila péči o pacienta s kolostomií, která mu byla provedena následkem střelného poranění břicha.

Pacienta, o kterém píším ve své práci, jsem si vybrala z těchto důvodů:

Za prvé si myslím, že diagnóza střelného poranění je v dnešní době více typická pro vězeňské zařízení než pro civilní nemocnice. Dále jsem si tohoto pacienta vybrala z psychologického hlediska: tento pacient byl u nás hospitalizován nepřetržitě osm měsíců a do vězeňského prostředí byl uzavřen přímo ze svého svobodného osobního života. Během této doby bylo patrné, jak probíhal proces adaptace na nové prostředí.

2. KLINICKÁ ČÁST- STŘELNÉ RÁNY

2.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

Stopy chirurgické činnosti týkající se léčení střelných ran vedou do předhistorické doby. Již ve starých indických pramenech jsou záznamy o odstraňování střel pomocí magnetu, v Homérově Iliadě se hovoří o odstranění střely z rány, jejím vymytí vodou a obvázání. Ve středověku po zavedení střelných zbraní (1338) se změnil charakter válečných poranění, do ran se začaly hojně podávat různé antiseptické prostředky. Téměř všechny rány hnisaly nebo se hnisání uměle vyvolávalo. Německý lékař Paracelsus (1493-1541) přispěl k léčení ran tím, že zakazoval uměle vyvolávat hnisání, sondoval raný kanál a pevně ránu tamponoval. V 18. stol. chirurg Ludvíka XV. Henry Ledran doporučoval prvotní dehiscenci rány, aby se úzká štěrbina přeměnila v širokou konusovou dutinu a předešlo se komplikacím z nahromaděného výpotku v ráně. Do 19. století spadá činnost zakladatele

moderní válečné chirurgie – ruského chirurga N.I.Pirogova. Stavěl na první místo třídění raněných, mimo jiné zavedl sesterskou službu ve válce a byl přívržencem šetrného léčení střelných poranění a odpůrcem častých amputací. Až teprve v průběhu 1. světové války se začaly střelné rány brát jako primárně infikované a vyžadující excizi a drénování a začala se operovat pronikající poranění břicha. Velký zlom v léčení střelných ran nastal v období mezi dvěma světovými válkami. Do praxe se zavedla profylaxe tetanu, transfúze, infúze a hlavně používání sulfonamidů a antibiotik. (4)

2.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ:

V posledních letech je zaznamenán nárůst otevřených bodných a střelných poranění – hlavně kriminálních. Střelné poranění břicha patří k náhlým příhodám břišním. Je to poranění otevřené a můžeme je rozdělit na *nepronikající a pronikající*. Na lebce označujeme za nepronikající takové rány, u nichž ještě není otevřena tvrdá plena. Obecné dělení platí i u páteře. U poranění hrudníku mluvíme o pronikajícím poranění tehdy, dojde-li k otevření nástěnné pleury. U břicha je touto hranicí peritoneum, u kloubů synoviální vrstva pouzdra. (7)

Podle druhu použité zbraně dělíme střelné rány na *projektilové* – jedno nebo mnohoprojektilové a *střepinové*.

Podle charakteru raného kanálu rozeznáváme:

1. *Postřely* - většinou lehké povrchní poranění, u nichž je ranný kanál otevřen navenek. Jednou formou je odrazové poranění, které nacházíme tam, kde je kost těsně pod povrchem měkkých částí a střela se od ní odrazí a vypadne z rány – nejčastěji na lebce.
2. *Zástřely* - charakterizovány vstřelem a ranný kanálek končí slepě v některém orgánu, v němž projektil nebo střepina uvízla. Jedním druhem je konturové poranění, kdy se střela pohybuje směrem nejmenšího odporu, obkružuje povrch těla a uváže daleko od místa vstřelu.
3. *Průstřely* - nacházíme vstřel, ranný kanál a výstřel. Výstřel bývá zpravidla větší než střel, jeho tvar je nepravidelný, okraje rozštěpeny. (4)

Nitrobřišní poranění je stále zdrojem morbidity a mortality a to jak u tupého i penetrujícího traumatu. Se zlepšením a urychlením první pomoci za současné resuscitace během převozu

sice přibývá nadějí na záchranu poraněných, ale současně paradoxně narůstá i počet neúspěšně léčených na odděleních, a to o ty poraněné, kteří by vzhledem k závažnosti zemřeli na místě neštěstí. Prognosticky rozhodující jsou tyto faktory:

Druh a lokalizace poranění, počet a závažnost průvodních poranění, stupeň a délka šoku, časový interval mezi úrazem stanovením diagnózy a ošetřením, rozsah operačního výkonu a pooperační komplikace, volba vhodného postupu a stupeň kontaminace rány . (7)

2.3 ETIOLOGIE

Střelné rány zpravidla vznikají z plného zdraví. Je to patologický proces, který se vyvíjí a je provázen složitými místními a celkovými změnami organismu. Celkové změny se odehrávají v oblasti nervové, cirkulační, metabolické a humorální. Místní zraňující potenciál střely je přímo vázán na její balistické vlastnosti, zvláště na dopadovou rychlost v momentu zranění. U pomalu letících střel (do 750 m/ s) je zraňující mechanismus jednoduchý – poranění je ostře ohraničeno a jsou zraněny jen ty tkáně, které přišly se zraňujícím materiálem do styku. U rychle letících střel vzniká tlaková vlna, která zasáhne tkáně dříve než vlastní střela, tlaková vlna energii nejen přenáší, ale i odráží a rozptyluje. Ve tkáni vzniká dočasná dutina, která je až třicetkrát větší než rozměr střely.

Po fázi přetlaku – několik mikrosekund, následuje fáze podtlaku, dočasná dutina kolabuje a opět se rozpíná, což vede k rozvláknění, přetržení nebo rozdrčení tkání. Vlivem pulsace dočasného kanálu dochází i k napínání a ruptuře menších cév a nervů, k frakturám kostí i mimo střelný kanál. Dočasná dutina v břiše má za následek náhlé snížení tlaku a v důsledku toho může plyn v dutých orgánech expandovat tak, že dojde k ruptuře střev nebo žaludku. Postižené tkáně v ranném kanálu přejímají část kinetické energie a někdy vyhřejou z organismu. Tímto mechanismem lze vysvětlit vznik zóny bezprostřední nekrózy a vznik nekrózy v sousedství ranného kanálu. (4)

2.4 PŘÍZNAKY

Mezi všeobecné příznaky střelných poranění je prudká vystřelující bolest, peritoneální dráždění, poruchy dýchání, srdeční činnosti, hypotenze a další známky rozvíjejícího se traumatického šoku – tachykardie, bledá a studená kůže, pocení, změna vědomí. (7)

2.5. DIAGNOSTIKA

Diagnostické možnosti časné poúrazové fáze u nestabilního nitrobřišního poranění jsou limitovány časem, výsledkem resuscitace a zobrazovacími metodami, které jsou součástí dostupného urgentního vyšetření. Neodkladná laparotomie pro nitrobřišní krvácení pak může být indikována jako součást resuscitace, aniž bylo provedeno některé z diagnostických vyšetření (ultrazvuk, CT, nukleární magnetická rezonance, diagnostická peritoneální laváž, diagnostická laparoskopie). U podezření na zástřel lze provést v rámci resuscitace orientační nativní snímek hrudníku a břicha, který lze však doplnit i peroperačně. U stabilizovaného zraněného se používají zobrazovací metody - kontrolní nativní rentgen hrudníku a břicha, doplněného o CT s cílem posouzení rozsahu poranění solidních orgánů, průkazu krvácení do peritoneální dutiny a současného retroperitoneálního a nitrohruďního traumatu. Zobrazovací metody však mají nízkou senzitivitu, pokud jde o poranění trávicí trubice, NMR má význam pro diagnostiku poranění bránice, diagnostická peritoneální laváž je absolutně kontraindikována u indikace urgentní laparoskopie. Základním vyšetřením k indikaci neodkladné laparotomie je fyzikální vyšetření .
Základní laboratorní diagnostika: anémie, leukocytóza, acidóza . (6, 7)

2.6 TERAPIE A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

2.6.1 První laická pomoc- krýt ránu sterilním obvazem, zákaz reponování vyhrzlých orgánů, nic per os, protišoková opatření- zahřátí, uklidnění, rychlý transport v poloze vleže na zádech s pokrčenými a podloženými dolními končetinami v kolenou.

- 2.6.2 První lékařská pomoc- vyhřezlé orgány překrýt vlhkou sterilní rouškou, žilní kanylace – převody solných roztoků, dextranů, krevních derivátů, zacévkování permanentním katétrem, monitorizace základních životních funkcí, zavedení nasogastrické sondy.
- 2.6.3 Odborná chirurgická pomoc – akutní laparotomie, profylaxe antibiotiky
- 2.6.4 Pooperační léčba – monitorizace základních životních funkcí, oxygenoterapie, celkové i místní podávání širokospektrých antibiotik, CŽK – infúzní terapie na náhradu krevních ztrát, rehydrataci, remineralizaci, realimentaci, bilance tekutin, podpora peristaltiky, analgetika, kardiotonika, medikamentózní prevence TEN.
- 2.6.5 Ošetrovatelská péče: kontrola a monitorizace základních životních funkcí, prevence infekce přes žilní vstupy a močový katétr, prevence TEN, péče o pohybovou aktivitu, prevence infekce v dýchacích cestách, péče o hydrataci a výživu, péče o vyprazdňování, hygienická péče, tlumení bolesti, péče o psychickou pohodu a edukace nemocného. (4, 7)

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Pan P. byl přijat na chirurgické oddělení 7.5.2005 po mnohočetném střelném poranění břicha, trupu a končetin. Ve FN KV hospitalizován od 20. 4.2005, na naše oddělení přijat ve stabilizovaném stavu po operačních revizích. (3)

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Oslovení: pan P.

Rok narození: 1973

Pojišťovna: 111

Vzdělání: vyučen automechanikem

Povolání: provozoval výškové práce

Národnost: česká

Kontakt: Marie P. – matka , Chomutov

Bydliště: Chomutov (1, 3)

3. 2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

N.O:

Dne 20.4. 05 postřelen policií při loupežném přepadení banky, přivezen do Vinohradské nemocnice, kde zjištěna mnohočetná střelná poranění břicha a končetin, zaintubován, provedena operační revize dutiny břišní, odstraněn projektil a provedena resekce poraněných úseků tenkého a tlustého střeva, poté bylo provedeno ortopedické ošetření poraněného lokte vlevo a kyčle vpravo – provedena revize vstřelu na pravém kyčelním kloubu, dle RTG a CT se jedná o tříštivou zlomeninu hlavice pr.femuru, dále revize vstřelu a výstřelu na levém předloktí – dle RTG ulna roztržena, radius neporušen. Zavedeny Redonovy drény a stabilizace Kirschnerovými dráty.

Pro rozvoj septického stavu dne 28.4.05 provedena operační revize pro sterkorální peritonitidu s insuff.anastomozou, provedena resekce postiženého úseku střev (term.ileum a caecum), ileum a transversum pak vyvedeno jako konjugovaná stomie v pravém mezogastriu. 2.5.05 byl pac.extubován, obnovena pasáž trávicím traktem, dostatečná spont.ventilace, dnes předán k nám na další řešení.

O.A:

Appendectomie 1990, operace tříselné kýly vpravo 2002

A.A:

Alergie prach, pyl

R.A.

Otec diabetes mellitus, matka hypertenze

Stav při přijetí:

Pac. při vědomí, spolupracuje, bez klidové dušnosti, ikteru či anémie, kardiopulm.komp., hydratace dobrá, TK 120/70, P 115

Hlava: pokl.nebol., spojivky růžové, bulby ve stř.postavení, hybné všemi směry, zornice izokor., nystagmus 0, výstupy V.nebol, jazyk vlhký, plazí ve střední čáře, bez povlaků, hrdlo klidné, uši i nos bez výtoku.

Krk: šije volná, uzliny 0, vlevo zaveden katétr do v.subclavia

Hrudník: dých. čisté, sklípkové bez vedl. fenoménů, akce srd. prav., ozvy ohr., vlevo v oblasti pod mamilou jsou 2 defekty (vstřely? výstřely?), kryté strupy, suché.

Břicho: v úrovni, dýchá v celém rozsahu, vpravo je patrna funkční stomie a vlevo ve střední čáře dnes převázané rány po revizích d. břišní, bez hmatné rezistence či perit. dráždění, palpačně bolestivé, peristalt. auskult. +, játra 0, slezina nehm., tapot. ledvin neg.

Per r. nevyšetřen, v uretře zaveden PMK

LHK: obvaz od ramene po špičky prstů, fixace pevná, dnes převázáno, periferie prsty bledé, teplé, parestezie neudává

DK: Vstřel v oblasti pr. kyčelního kloubu, klidný. Krytí (3)

3.3 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

- St. p. mnohonásobném zástřelu – břicha, hlavice fem. vpravo. ulny vlevo
- Stav po revisi dutiny břišní, resekci tenkého a tlustého střeva pro laceraci, anastomosa
- Stav po revisi pro dehiscenci anastomomy a rozvoji sept. stavu – resekce caeca konjugovaná ileo a transversostomie
- Tříštivá zlomenina krčku a hlavice fem. vpravo, projektil in situ, abrupce lopaty kyčelní kosti vpravo
- Tříštivá zlomenina prox. ulny vlevo, řešeno osteosynt. Ki dráty (3)

3.4 DIAGNOSTICKO - TERAPEUTICKÁ PÉČE

3.4.1 Fyziologické funkce

7.5. – 8.5. 05 – základní fyziologické funkce měřeny po 3 hodinách.

TK rozmezí: systolický 130- 160 mmHg
diastolický 72- 86 mmHg

Puls: 100-110/min.
 Dech: 20- 24/min
 TT: 37,3 –37,6 st.C
 Sa O₂ : 94-98 % (bez aplikace O₂)

9.5. – 11.5.05 – základní fyziologické funkce měřeny po 6 hodinách

TK: rozmezí: systolický 120-150 mmHg
 diastolický 65- 80 mmHg
 Puls: 90 –105/ min
 Dech: 18 – 22/ min
 TT: 37,0 – 37,3 st.C
 Sa O₂ : 96 –98%

Stav vědomí : pacient při plném vědomí, orientovaný osobou, místem, časem, dobře spolupracuje (1, 3)

3.4.2 Vyšetření

3.4.2.1 Laboratorní vyšetření

Norma

- 8.5.2005 hodnoty mimo normu - při přijetí:

<u>Hematologické vyšetření:</u> Erythrocyty	3,22x10 ¹² /l	(4,3 – 5,5)
Leukocyty	15,1x10 ⁹ /l	(4,0 – 10,0)
Hemoglobin	102 g/l	(140-180)
Hematokrit	0,29	(0,39- 0,51)
Trombocyty	685x10 ¹² /l	(130- 400)
Lymfocyty	12,8 %	(25 – 40)
Monocyty	2,3%	(3 –8)
FW	82 / 102	(6-18)

	APTT 39,5 sec.	(26,1 – 36,3)
<u>Biochemické vyšetření:</u>	ALT 1,3 µkat/l	(0,15 – 0,74)
	GMT 2,72 µkat/l	(0,18 – 0,84)
	S-amyláza 2,60 µkat/l	(0,00 – 0,70)
	U-amyláza 18,49 µkat/l	(0,00 – 7,0)
	CRP 24 mg/l	(≤ 10)

Ostatní hodnoty včetně vyšetření moče negativní

Mikrobiologické vyšetření: 13.5.05 Stěr z pooperační rány na břicho:

Nález: přímo Acinetobacter species (citlivý na colistin, amikacin)

- 23.1.2006(před propuštěním pacienta) hodnoty hematologického i biochemického vyšetření krve i moče byly ve fyziologickém rozmezí (3)

3.4.2.2 Rentgenová vyšetření

30.6.05 Irrigografie

Závěr: Znamky stenozy sigmatu i tračniku nepřítomny, v místě stomie vychází kontr.látka volně ven.

10.9.05 RTG levého loketního kloubu -kontrola

Závěr: Po vynětí kovových drátů je postavení fragmentů nezměněno a vzdálenost mezi oběma částmi ulny je nadále významná

2.10.05 RTG pr.kyčelního kloubu – kontrola (před TEP)

Závěr: Tříštvrtá fraktura hlavice a krčku se zaklíněným projektilem v hlavici ve zcela nevyhovujícím postavení, nejsou přesvědčivé rtg známky hojení – to však v této konfiguraci ani není žádoucí.

23.1.06 RTG pr.kyčle – kontrola (po TEP)

Závěr: provedena TEP, postavení správné, kovový materiál nepoškozen, neuvolněn

(3)

3.4.3. Farmakoterapie

Ochodní název	generický název	skupina	vedlejší účinky
3.4.3.1 Akutní farmakoterapie			
Dolsin 50 mg i.m. po 6 hod.	Pethidini hydrochloridum	analgetikum anodynum	útlum dech.centra euforie, závislost nauzea, zvýšená glukoza
Tramal 50 mg i.m. po 6 hod.	Tramadoli hydrochloridum	analgetikum anodynum	pocení, závratě závislost, nepodávat s antidepresivy, změny nálady
Fraxiparin 0,3 ml s.c 1x denně	Nadroparinum calcicum	antitrombotikum antikoagulans	krvácivé projevy krevní výrony v v místě vpichu zvýšení transamináz
Augmentin 1,2 g i.v. po 8 hod.	Amoxicilinum trihydricum	antibiotikum	kožní alergie GIT reakce
Ciprinol 200 mg i.v. po 8 hod.	Ciprofloxacini lactans	širokospektré antibiotikum	dtto
Kefzol 1g i.v. po 8 hod.	Cefazolinum natricum	dtto	dtto
Amikin 1500 mg i.v. 1x denně	Amikacini disulfans	antibiotikum	poruchy rovnováhy nefrotoxicita
Quamatel 20 mg i.v. po 12 hod.	Famotodinum	antiulcerotikum antagonista H ₂ -receptorů	bolesti hlavy závratě, sucho v ústech, nadý-

Ferrum lec 2x1 amp.i.m.	Polymaltosum ferricum	antianemikum	máni, pocit plnosti bolest a hnědé zbarvení kůže v místě aplik.
-------------------------	--------------------------	--------------	---

3.4.3.2 Chronická farmakoterapie

Ambrobene 3x1 tbl p.o.	Ambroxoli hydrochloridum	expektorans mukolytikum	bolest hlavy nevolnost
Aktiferin 3x1 cps p.o.	Ferrosi sulf. heptahydricus	antianemicum	GIT potíže
Acidum folicum 2x1 drg p.o.	Acidum folicum	antianemikum vitamin sk.B	zvracení, tlak v břiše, poruchy spánku
Flavobion 2x1 drg p.o.	Silymarinum	hepatoprotektivum	průjem, kožní vyrážky (3)

3.4.4 Dietoterapie

Pacient byl po 2 dnech parenterální výživy postupně převeden na přijímání stravy ústy. Nejdříve měl dietu D 0 – tekutou, poté dietu D 1 – kašovitou a po celou dobu, kdy měl kolostomii D 5 – dietu bezzbytkovou. Pacient byl v kontaktu s dietní sestrou, která mu připravovala stravu i individuálně podle chuti pacienta. Po zanoření stomie byl pacient převeden na dietu D 4 – nízkotučnou. (3)

3.5 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Po zhojení defektů po operaci na břiše provedeno přibližně po dvou měsících (15.7.05) zanoření stomii a ileotransversoanastomoza. Pooperační průběh bez komplikací, pasáž anastomozou dobrá. Rány primárně zhojeny. Zlomenina v oblasti levého lokte se hojí v neuspokojivém postavení, Ki dráty odstraněny, započato s rehabilitací, těžká artroza s počínající ankylozou. Dle ortopeda indikována výhledově TEP levého lokte. Po implantaci TEP pravého kyčle – 3.11.05 normální pooperační průběh, implantát v dobrém postavení, hojení a rehabilitace uspokojivě pokračuje. Před propuštěním bez větších potíží, chodí ještě s berlemi se zátěží PDK. Pacient přeložen 25.1.2006 na rehabilitační oddělení do Brna. (3)

4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

4.1 ZÁKLADNÍ POTŘEBY

4.1.1 Dýchání

Pan P. je kuřák, kouří asi 15-20 cigaret denně. Zhoršené dýchání má v prašném prostředí, též mu vadí na jaře některé pyly, v tomto období míval jako mladší záněty průdušek. V současné době mu nevadí zákaz kouření v nemocnici, na cigaretu nemá ani pomyšlení. Nyní má povrchní zrychlené dýchání – 24 dechů za minutu. Vzhledem k tomu, že bude nemocný dlouhodobě upoután na lůžko, testem jsem ohodnotila riziko komplikací v dýchacích cestách – viz příloha č.1. Pacient získal 18 bodů, je tedy vysoce ohrožen vznikem plicních komplikací. (1, 2)

4.1.2 Hydratace

Pacient je dostatečně hydratovaný, kožní turgor dobrý, sliznice bez známek dehydratace. Biochemické vyš.iontů a osmolalita jsou v normě. Pan P. má nyní příjem tekutin jednak parenterální cestou, jednak sám pije čaj, iontový nápoj. Doma upřednostňoval k pití pivo, kávu pil 4x denně, tvrdý alkohol si také občas dopřál, ale neopíjel se. (1, 2)

4.1.3 Výživa

Nemocný doma žádnou dietu nedodrží, má rád hlavně maso – guláš, řízky, zeleninu ani ovoce moc nemusí. Snídaně často vynechává, na jídlo má chuť především večer. Je si vědom, že jeho strava nebyla vzorem příkladného jídelníčku. Dost často se stravoval po restauracích, občas jedl u mámy nebo přítelkyně, sám si moc nevařil. Byl spíše vždycky tlouštík.

Druhý den pobytu v nemocnici byla parenterální výživa nahrazena tekutou stravou per os a ta mu celkem chutná. Zuby má zdravé, příjem pevné stravy mu nebude dělat problém. Pan P. vážil před úrazem 94 kg, měří 180 cm. BMI = 28,8 , což je prostá nadváha. (1, 2)

4.1.4 Vyprazdňování moče

Pan P. neměl nikdy potíže s močením. Nyní má zavedený PMK – lékařem byl informován, že mu bude další den pobytu vyndán. Je rád, že mu neprostřelili močový měchýř. (1, 2)

4.1.5 Vyprazdňování stolice

S vyprazdňováním stolice neměl před zraněním problémy, stolici měl přibližně ob den, spíše tužší, bez dalších příměsí, projímadla nebere. Nyní vyprazdňování stolice ileostomií, lékařem informován o dočasnosti stomie, těší se, až mu bude zrušena. (1, 2)

4.1.6 Osobní hygiena

Pan P. má bezproblémovou normální pokožku, známky dekubitů nejsou patrné. Na břicho operační rány kryté obvazem, vpravo stomie – okolí stomie klidné, kůže bez narušené integrity. Doma se denně sprchuje, rád se občas „čachtá“ ve vaně, vlasy si stříhá téměř dohola, žádné krémy na pokožku nepoužívá, pouze vodu po holení. Nyní si uvědomuje, že bude v hygieně závislý na pomoci druhých, ale věří si, že to zvládne. Vypracovala jsem Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (příloha č.2) Vyšlo 23 bodů = zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů. (1, 2)

4.1.7 Odpočinek a spánek

Pacient doma se spánkem nemá potíže, spí v průměru asi 7 hodin denně, usne v každém prostředí. Chodí spát pozdě, ráno si raději přispí – z tohoto důvodu mu vyhovovala i „ jeho práce.“ Přes den neodpočívá ani nespí. Na pooperačním pokoji se mu nespí moc dobře, protože je zde hodně světla a ruch z chodby. (1, 2)

4.1.8 Tělesná a psychická aktivita

Doma se realizuje většinou v práci, ve které spojí tělesnou aktivitu s duševní. Ve volném čase sice pravidelně nesportuje, ale občas si zahraje fotbal, na sportovní fotbalové zápasy chodí jako fanoušek. Knihy nečte, pouze noviny. Jestli-že ho ale zavřou, ke čtení knih se určitě vrátí, aby mu rychleji ubíhal čas. Rád by poslouchal radio, aby věděl, co se děje. Nyní mu zatím tělesná inaktivita nevádí, je rád že leží a může odpočívat. (1, 2)

4.1.9 Teplo a pohodlí

Doma vyhledával raději chladnější prostředí, bylo mu stále velmi teplo. Žádné zvláštní pohodlí nevyhledával, byl spokojený téměř v každém prostředí. Dlouhodobější bolest poznal pouze po operaci kýly a apendixu, občas ho pobolívala hlava. Současné lůžko mu

vyhovuje, protože se dá polohovat. Pouze mu vadí, že na pokoji chybí závěsy proti slunci. Pacient má nyní bolesti ve zraněných částech těla, nemocný má dle verbální škály diagnostiky bolesti - bolest č.3-4, bodavou, ostrou, svíravou (příloha č.3) . Po injekci se bolest sníží na tolerovanou úroveň a pacient usíná. (1, 2)

4.1.10 Sexualita

Nemocný se spontánně nevyjadřoval k problematice v této oblasti, vzhledem k předpokládanému odnětí svobody jsem tyto otázky nepokládala. (1, 2)

4.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

4.2.1 Jistota a bezpečí

Pacient vzhledem ke způsobu svého života často pociťoval, že jeho svoboda a bezpečí je ohroženo. Často pociťoval úzkost a obavy z budoucnosti a přesto nenašel sílu k tomu, aby změnil svůj život. Nyní, když „to všechno prasklo“ má určitý pocit uvolnění a musí se soustředit na to, aby se co nejlépe obhájil. V nemocnici si může přivolat zvonkem ošetřující personál, navštívil ho již vychovatel, který ho seznámil se základními pravidly komunikace s příbuznými a s jeho dalšími právy a povinnostmi související s pobytem ve vězení. (1, 2)

4.2.2 Soběstačnost

Pan P. byl před onemocněním plně soběstačný, nyní je plně připoután na lůžko. Potřebuje pomoc při hygieně, vyprazdňování a částečně i při jídle. Vypracovala jsem Barthelův test základních všedních činností (příloha č.4), nemocnému vyšlo 30 bodů = vysoce závislý. (1, 2)

4.2.3 Komunikace

Pacient je po přijetí vyděšený a úzkostný. I když souhlasí s rozhovorem, z těchto důvodů komunikuje pouze omezeně, odpovídal pouze v krátkých větách. (1, 2)

4.2.4 Informace

Pacient je v základních postupech léčby informován od lékaře, vychovatel mu poskytl informace o pravidlech, která se týkají dopisů rodině, návštěv, posílání balíčků. Na edukaci ošetřování stomie s praktickou ukázkou a výcvikem jsme se domluvili na příští den. Pacient dostal k prostudování provozní řád. (1, 2)

4.2.5 Rodina a sociální zázemí

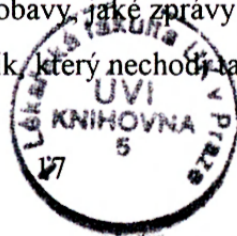
Pan P. žije v bytě 1+ 1 v bytě v Chomutově, s přítelkyní má jedno sedmileté dítě, společně se navštěvují ale nebydlí. Provádí výškové práce, zaměstnání ho celkem dobře uživí. Zatím neví, jak bude přítelkyně reagovat na jeho zatčení, rodiče se mu určitě ozvou. (1)

4.2.6 Duchovní potřeby

Pan P. je nevěřící, nejvíce si přeje svobodu a klid.

4.3 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A HOSPITALIZACE NEMOCNÝM

Pacient byl hospitalizován z plného zdraví a se situací, do které se dostal, nepočítal. Sice tušil, že ho mohou „časem lapnout“, ale s takto rychlým zásahem a s tím, že se jeho život ocitl na pokraji smrti těžce srovnává. Má obavy, jaké zprávy dostanou doma, jediným spojencem se světem venku je jeho právník, který nechodí tak často, jak by si přál. Je ale



mile překvapený, jak je vězeňská nemocnice moderně zařízena a jakou zde má péči. Věří, že se zcela uzdraví, i když to bude trvat dlouho, je mu to ale jedno, stejně nikam nepospíchá. (1)

4. 4 HODNOCENÍ SESTRY

Pan P. po počáteční nedůvěře a strachu poměrně rychle a bez problémů navázal kontakt s personálem a má snahu plnit jeho pokyny. Je orientován místem, časem, osobou, nemá poškozeny žádné smyslové funkce. Občas emocionálně rozladěný – pláče, nebo je rozzlobený z toho, co se stalo. Je plně připoután na lůžko, je vysoce závislý. V popředí ošetrovatelské péče bude tlumení bolesti, péče o stomii, prevence dekubitů a zabránění vzniku dalších komplikací imobilizačního syndromu. V péči o psychickou pohodu pacienta je nutné zaměřit se na přísun informací – seznámit pacienta s léčebným plánem, postupně s nemocničním a vězeňským řádem. Nutno kontaktovat vychovatele a sociální pracovníky.

5. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

- **Bolest v souvislosti s infikovanou operační ránou na břicho a střelnými poraněními**
- **Deficit informací o významu a účelu stomie, ošetřování stomie, péči o okolí stomie a příjmu potravy**
- **Prevence vzniku infekčních komplikací v dýchacích cestách z důvodu bolesti a pohybového omezení**
- **Prevence vzniku dekubitů v oblasti predilekčních míst v souvislosti s upoutáním na lůžko**
- **Deficit sebepéče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy, vyprazdňování vzhledem k vynucené inaktivitě**
- **Prevence rizika infekce vzhledem k zavedené periferní žilní kanyle**
- **Sociální izolace v souvislosti s nenadálými náročnými životními situacemi**

6. PLÁN PÉČE, REALIZACE, HODNOCENÍ

6.1 Ošetrovatelská diagnóza č.1

Bolest v souvislosti s operační ránou na břicho a střelnými poraněními

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient má první tři dny bolest dle verbální metody diagnostikování intenzity bolesti č. 3 – střední intenzity
- Pacient má další dny bolesti č. 2 – 3 – mírné až střední intenzity
- Pacient po 14 dnech hospitalizace si verbálně v klidu nestěžuje na bolest
- Pacient zná příčinu své bolesti

Plán ošetrovatelské péče

- Sledování verbálních a neverbálních projevů bolesti u nemocného
- Záznam bolesti do záznamu verbálního diagnostikování bolesti
- Dodržování farmakologického plánu
- Psychická podpora nemocného, objasňování příčiny bolesti

Realizace ošetrovatelské péče

Bolest jsem hodnotila podle verbálního vyjádření pacienta a podle bolestivého chování pacienta 3x denně. Výsledky jsem zaznamenávala do „Záznamu kontroly bolesti“ (příloha č.3). První dny měl somatické bolesti spojeny s úzkostí a strachem, co s ním bude dále.

Pacienta jsem ujišťovala, že se jeho zdravotní stavlepší a tím i jeho bolesti. Pacient měl první čtyři dny hospitalizace Dolsin 100 - 50 mg po 6 hodinách i.m., mezitím podle potřeby Tramal a Novalgin i.m. V dalších dnech měl ordinován Tramal 100 mg i.m. po 8 hodinách, dávky se postupně podle potřeby snižovaly až na 3x1 tbl Tramalu a později 3x1 tbl Novalginu. Pacienta jsem poučila o důležitosti postupného snižování analgetik z důvodu závislosti a dohodli jsme se na aplikaci analgetik před rehabilitací, převazem, hygienou, kdy byl předpoklad zvýšené bolesti.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

První dny hospitalizace měl nemocný silné svíravé, bodavé bolesti č. 3 – 4. Byly provázeny tachykardií, pocením, bledostí, bolestivým chováním i verbálním hodnocením nemocného. Po aplikaci injekce cítil úlevu (č.3), další injekce jsou aplikovány opět při zvýšené intenzitě bolesti. Cíl splněn částečně. Po týdnu hospitalizace má převážně střední bolesti na č.3 – pacient si pochvaluje, že se konečně vyspí. V dalších dnech má mírnou, tupou bolest č.2 – v klidu je bez bolesti. Bolest vzhledem ke své diagnóze chápe a snaží se ji tolerovat.

(1, 2, 3)

6.2 Ošetrovatelská diagnóza č.2

Deficit informací o významu a účelu stomie, ošetřování stomie, péče o okolí stomie a příjmu potravy

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient pochopí význam a důvod založení stomie, funkční změny ve vyprazdňování, zná stravovací a léčebný režim při stomii

- Zvládá ošetření stomie s asistencí sestry
- Pacient zná kritéria hodnocení stomie

Plán ošetrovatelské péče

- Ústní informování pacienta na úrovni jeho všeobecných znalostí
- Podání informací o stravovacím režimu písemnou formou
- Zajistit spolupráci s dietní sestrou
- Prakticky nemocného seznámit se stomickými pomůckami
- Postupně zapojovat nemocného do ošetřování stomie a hygienické péče o okolí stomie
- Pracovat s maximálním ohledem na pacientův stud a zajištění soukromí
- Sledování psychického stavu nemocného, jeho maximální podpora a pochvala
- Seznámit pacienta s kritérii hodnocení stomie: barvou, stavem kůže v okolí stomie, funkčností stomie, množstvím a charakterem stolice
- Hodnocení zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče

S pacientem jsem provedla rozhovor na pokoji na lůžku v odpoledních hodinách. Seznámila jsem ho s podstatou stomie, důvodem jejího provedení a pacienta jsem uklidnila, že má stomii pouze do zhojení operačních zásahů v břišní dutině. Ohledně stravovacího režimu byl pacient seznámen s tím, že má jíst v pravidelných intervalech, klidně, pomalu, jídlo dobře rozkousat. Důležitý je dostatečný přísun tekutin. Pacientovi jsem zprostředkovala spolupráci s dietní sestrou, se kterou se konkrétně domlouval na jídlech, která v rámci diety bezzbytkové dobře snáší. Pacient dostal písemně přehled potravin, které působí proti nadýmání, tlumí zápach, tlumí průjem a naopak. Pacienta jsem názorně seznámila se všemi stomickými pomůckami dvoudílného systému COMBIHESIVE od firmy Convatec. Názorně jsem mu ukázala, že má stomii se dvěma vývody a seznámila

jsem ho s fyziologií vyprazdňování stomií, upozornila jsem ho, že mu z konečníku může vytékat z vyřazeného úseku střeva slizniční hlen a odloučené střevní buňky – falešná stolice. Pacientovi jsem zapůjčila zrcátko, aby si prohlédl celé okolí stomie a během dalších dnů jsem pacienta aktivně zapojovala do ošetřování stomie. Pacient byl seznámen o ošetřování kůže kolem stomie – omytí vodou, mýdlem, osušení. Při přiložení destičky na suchou kůži se pacient naučil destičku zahřívát rukou, při nasazování sáčku se pacient nadýchl a zatnul břišní stěnu. Všechny potřebné pomůcky pro ošetřování stomie jsem dala nemocnému v dosahu rukou, pracoval s rukavicemi, sáčky s odpadem po ošetření stomie sanitář ihned odnášel. Pacientovi jsem ukázala správnou růžovou barvu stomií, v případě změny v cévním zásobení byl upozorněn na změnu barvy stomie. Též byl upozorněn na eventuelní změnu v okolí stomie a případné krvácení ze stomie.

Hodnocení:

Pacient se postupně aktivně zapojoval do ošetření stomie dle pokynů sestry. Přibližně po dvou týdnech si již sám vypouštěl sáček a dodržoval zásady hygieny. V dalších dnech si za asistence sestry sám vyměňoval i destičku. Těšil se na to, až mu bude stomie zanořena. Přijímal dostatek tekutin a snědl všechno jídlo, které dostal. (1, 2, 3)

6.3 Ošetřovatelská diagnóza č.3

Prevence vzniku infekčních komplikací v dýchacích cestách z důvodu bolesti a pohybového omezení

Cíle ošetřovatelské péče:

- Udržení průchodnosti dýchacích cest
- Snadné odkašlávání sekretů bez patologických příměsí
- Pacient dýchá volně bez vedlejších fenoménů

Plán ošetrovatelské péče

- Podpora hlubokého bráničního dýchání a vykašlávání hlenů
- Dostatek tekutin, zvlhčování vzduchu
- Kontrola kvality dýchání, charakteru kašle a sputa

Realizace:

V anamnéze jsem zhodnotila riziko vzniku komplikací v dýchacích cestách – pacient je vysoce ohrožen (18 bodů) a zaměřila se na prevenci obstrukce dýchacích cest hlenem. Pacienta jsem poučila o nebezpečí vzniku plicních komplikací vzhledem k inaktivitě a nedostatečného dýchání při bolesti. S nemocným jsem prováděla hluboké brániční dýchání, pacient sám co nejčastěji nafukoval gumovou rukavici. Nabízela jsem mu dostatek tekutin, často jsem větrala, aby nedýchal suchý vzduch. Prvních 14 dnů hospitalizace pacient inhaloval 3x denně zvlhčený kyslík přes nebulizátor a poté jsem ho vedla k hlubokému odkašlání hlenů. Pacientovi jsem dala na noční stolek emitní misku a zásobu buničité vaty. Sledovala jsem charakter dýchání, kašle a sputa.

Hodnocení:

U pacienta se povedlo preventivními opatřeními udržet čisté, průchodné dýchací cesty. Pacient dýchá volně bez vedlejších fenoménů, je bez kašle, sputum je bílé, hlenovité, bez zápachu. (1, 2, 3)

6 . 4 Ošetřovatelská diagnóza č.4

Prevence vzniku dekubitů v oblasti predilekčních míst v souvislosti s upoutáním na lůžko

Ošetřovatelský cíl

- Pacient má čistou, neporušenou kůži
- Pacient nemá příznaky nadměrného působení tlaku
- Pacient zná pojem, příčinu a prevenci dekubitů
- Pacient se aktivně podílí na prevenci dekubitů

Plán ošetřovatelské péče

- Odstranění nebo snížení tlaku třecích a střížných sil polohováním po 2- 4 hodinách
- Kontrola stavu kůže predilekčních míst po 4 hodinách
- Vedení časového záznamu o polohování a stavu kůže predilekčních míst
- Udržování suchého a čistého lůžka
- Používání antidekubitních pomůcek
- Edukace pacienta – objasnění pojmu dekubitus, příčina vzniku, prevence, terapie, podnítit pacienta ke spolupráci
- Provádění masáží a cvičení na lůžku ve spolupráci s rehabilitační sestrou

Realizace ošetřovatelské péče

Pacienta jsem polohovala podle časového plánu – přes den po 2 hodinách a v noci po 4 hodinách. Vzhledem ke zdravotnímu stavu – levá ruka od ramene k prstům v sádrovém

fixačním obvazu, tříštivé zlomenině pravého krčku a vývodu stomie na stěně břišní vpravo, bylo možno pacienta polohovat pouze do polohy supinační a 30° levé a pravé laterální polohy. Po 4 hodinách jsem kontrolovala barvu a celistvost kůže. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Pacienta jsem seznámila s pojmem dekubitů a způsoby jeho prevence. Pacient se poté sám zapojoval do polohování, kdy se pomocí pravé ruky nadzvedával a měnil polohu, dle jeho přání se různě měnila poloha lůžka od lehu do polosedu. Pacienta jsem naučila si všimnout všech změn barvy a citlivosti kůže. Do lůžka jsem pacientovi zajistila měkké, stejně vysoké a bavlnou potažené matrace a antidekubitní podložku. Podložku i prádlo jsem vyměňovala dle potřeby. Ve spolupráci s rehabilitační sestrou jsem s pacientem prováděla cvičení na lůžku a nabádala ho i k samostatnému provádění cviků. Masáže predilekčních míst s kafrovou masťou jsem prováděla při ranní a večerní hygieně.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient má v predilekčních oblastech čistou kůži bez narušení celistvosti, pouze v prvních dnech hospitalizace se v bederní oblasti objevila otlačená, lehce zarudlá kůže. Pacient pochopil podstatu preventivních opatření proti vzniku dekubitů a sám se na nich aktivně podílí. (1, 2, 3)

6.5. Ošetrovatelská diagnóza č.5

Deficit sebepéče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy, vyprazdňování vzhledem k vynucené inaktivitě

Ošetrovatelský cíl

- Pacient je seznámen se základními požadavky zdravotně-hygienické péče a technikou jejich provádění
- Pacient je seznámen se všemi možnostmi externí pomoci
- Pacient docílí maximální soběstačnosti

Plán ošetrovatelské péče

- Určení rozsahu poruch hybnosti
- Seznámení pacienta s rozsahem poskytované hygienické péče
- Vyvolat u nemocného zájem o zapojení do běžných činností
- Využívání podpůrných pomůcek a úprav prostředí
- Pacient má v dosahu všechny potřebné pomůcky a potřeby k provádění hygieny, vyprazdňování a stravování
- V nácviku soběstačnosti postupujeme od nejjednodušších úkolů

Realizace ošetrovatelské péče

Vysoká závislost nemocného vyplývá ze základního onemocnění – je připoután na lůžko z důvodu zlomeného krčku PDK. Pacienta jsem seznámila s tím, že mu bude prováděna ranní a večerní hygiena na lůžku, celkovou koupel jsem prováděla za pomoci sanitářů na pojízdném lehátku v koupelně. Pacienta jsem postupně zapojovala do činností, které si byl schopen udělat sám. Vždy jsem mu byla nablízku a vedla ho k samostatnosti, zvonkem si mohl vždy přivolat pomoc. Pacientovo polohovatelné lůžko bylo vybaveno stolkem, hrazdičkou, držáky na umyvadlo a bažanta, u lůžka měl též uchyceny barevně odlišitelné tašky na infekční a neinfekční odpad. Pacient měl v dosahu veškeré stomické pomůcky, kdykoli si mohl v umyvadle umýt ruce a utřít hygienickými ubrousky. Vzniklý infekční odpad v taškách jsem ihned odnášela.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient pozitivně vnímal postupné zapojování do sebedpěče a sám se aktivně podílel na úpravě prostředí kolem lůžka, aby dosáhl maximální soběstačnosti. Kromě mytí partií, kam si sám nedosáhl, se naučil samostatně zvládat osobní hygienu na lůžku, příjem jídla, vyprazdňování stomického sáčku. Od druhého dne pobytu v nemocnici, kdy mu byl vyndán PMK, močil bez problémů sám do bažanta. U všech těchto činností zachovával hygienická pravidla – používání rukavic, mytí rukou, rozdělování odpadu na infekční a neinfekční. Dle Barthelova testu základních činností dosáhl pacient po přijetí 15 bodů = vysoká závislost, v době po zanoření stomie 40 bodů = závislost středního stupně a před propuštěním 95 bodů = lehká závislost (příloha č.4). Cíl splněn, pacient se dobře adaptoval na závislost a docílil maximální soběstačnost. (1, 2, 3)

6.6 Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Prevence rizika infekce vzhledem k zavedené periferní žilní kanyli

Cíl ošetrovatelské péče:

- V oblasti vpichu nejsou známky bolesti, edému, erytému nebo zanícení
- Pacient zná důvody a časový horizont zavedení periferní žilní kanyly

Plán ošetrovatelské péče

- Při péči o i.v.kanylu dodržuj zásady asepsy

- Výměna setu, kohoutků a spojovacích hadiček 1x denně
- Převaz místa vpichu 1x za 3dny nebo při narušení integrity
- Změna místa kanyly po 96 hodinách nebo ihned při známkách zánětu
- Záznam kontroly místa vpichu denně do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče

Místo vpichu jsem po dezinfekci převazovala sterilní transparentní folií po 3 dnech nebo při porušení integrity folie. Výměnu krytí jsem označila datem a hodinou na folii. Infuzní set, kohoutky a spojovací hadičky jsem vyměňovala každé ráno a set jsem také označila datem a hodinou výměny. Do dokumentace jsem denně provedla popis místa vpichu (klasifikace tíže tromboflebitis podle Madona) a záznam o převazu a výměně kanyly. Pacienta jsem poučila o tom, že podávaná antibiotika i.v. cestou jsou účinnější a nezatěžují trávicí trakt, po deseti dnech bylo i.v. podávání antibiotik ukončeno a kanyla zrušena.

Hodnocení

Místo vpichu nejeví známky patologické reakce – není bolestivé, oteklé, zarudnuté. Pacient zná důvody podání léků intravenózní cestou. (1, 2, 3)

6.7 Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Sociální izolace v souvislosti s nenadálými náročnými životními situacemi

Cíl ošetrovatelské péče:

- Pacient je seznámen s pravidly navazování sociálního kontaktu
- Pacient využívá všech prostředků k překonání sociální izolace
- Pacient neprojevuje známky maladaptivního chování

Plán ošetrovatelské péče

- Seznámení nemocného se základními pravidly sociálního styku s ostatními lidmi
- Zajištění spolupráce nemocného s vychovatelem a sociální pracovnící
- Sledování a záznam psychického stavu nemocného
- Spolupráce s psychologem, psychiatrem
- Využívání prostředků k překonání sociální izolace – noviny, časopisy, rádio

Realizace ošetrovatelské péče

Nemocného jsem začala ihned zpočátku jeho hospitalizace seznamovat s pravidly styku s ostatními lidmi. Objasnila jsem mu, jakým způsobem může své nejbližší kontaktovat a jak mohou kontaktovat oni jeho, též jsem mu vysvětlila základní pravidla kontaktu s lékaři, sestrami, sanitáři a ostatními pacienty. Zavolala jsem vychovatele, který mu podrobně vysvětlil pravidla dopisování, posílání balíčků, návštěv, nákupu povolených věcí a financování ostatních potřeb. Vychovatel s nemocným denně spolupracoval. Nemocnému jsem též zajistila návštěvu sociální pracovníce, která mu poskytla informace ohledně toho, jak budou vypláceny peněžité dávky na dítě a vysvětlila mu další mechanismy sociální pomoci.

U nemocného jsem si všímala projevů maladaptivního chování – zamlklosti, apatie, ztráty očního kontaktu, projevy odmítavosti, smutku – a snažila jsem se o maximální slovní kontakt a podporu. Chování a jednání jsem zaznamenávala do dokumentace. Nemocného navštívil psycholog, intervence psychiatra nebyla indikována. Vychovatel zajistil

nemocnému přes rodinu malé rádio, knihy mu přinesl z ústavní knihovny a časopisy si mohl pacient prostřednictvím vychovatele koupit.

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacient byl prvních 14 dnů hospitalizace zamlklý, nedůvěřivý, projevoval lítost nad tím, co se stalo. Spolupráci však neodmítal a respektoval omezení v sociálním kontaktu. Později se již sám aktivně vyptával, co se děje „venku“, dopisoval si s rodinou a komunikoval i ostatními pacienty na pokoji. (1, 2, 3)

7. EDUKACE

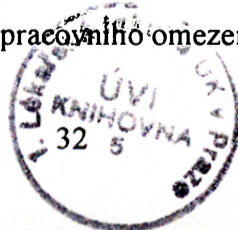
Pacienta byl během hospitalizace edukován mnou i ostatními členy ošetrovatelského týmu především o péči o stomii, dekubitách a důležitosti zvyšování soběstačnosti. Vzhledem k akutní operaci pacient nebyl předoperačně připraven na změnu zdravotního stavu a proto se celá ošetrovatelská problematika pacientovi vysvětlovala až po operaci. Nejdříve jsem formou rozhovoru pacienta seznámila obecně, co je stomie, z jakého důvodu se provádí, s druhy stomií, způsoby jejich ošetřování i komplikacemi. V následujícím dni jsem mu ukázala stomické pomůcky a pacientovi jsem dala přečíst propagační materiály o stomických pomůckách. V dalších dnech při ošetřování stomie byl pacient postupně zapojován do aktivního ošetřování stomie a nácviků soběstačnosti. Kromě ústního doporučení o způsobu výživy pacient dostal v písemné formě materiály o vhodných a nevhodných potravinách a o jejich vlivu na zažívání. Edukace o prevenci dekubitů též byla uskutečněna formou rozhovoru.

8. ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

Pacient, o kterém jsem psala ve své práci, prožíval během svého pobytu kumulaci mnoha náročných životních situací. Kromě akutní, život ohrožující nemoci a ztráty soběstačnosti, přišel náhle o svoji svobodu, dostal se absolutně do neznámého prostředí a zcela přerušil dosavadní sociální kontakty. Změnila se jeho sociální role a postavení – dostal se do submisivní role, změnil se jeho denní rytmus, vlivem nemoci nastala frustrace biologických a sociálních potřeb, musel se naučit řešit a přizpůsobit se zcela novým situacím. Tento pacient byl z těchto důvodů vysoce ohrožen vznikem maladaptivního chování. Proto se ošetrovatelská péče ošetrovatelského týmu zaměřila na prevenci tohoto nežádoucího chování. Přirozená odolnost pacienta na životní změny, dostatek informací, podpora vůle a emocionální podpora vedly k tomu, že se pacient mimo počáteční úzkost, strach a apatii v prvních dnech hospitalizace přizpůsobil prostředí a k nežádoucímu chování nedošlo. Po opuštění lůžka se stal pacient veselým a komunikativním, plánoval svůj další život a přizpůsobil si sobě i své okolí. Bylo zřejmé, jak si osvojil „vnitřní nepsaná pravidla“ a získal respekt ostatních pacientů, který si zřejmě dokáže vybudovat i dále během výkonu trestu.

Přibližně po dvou měsících mu byly zanořeny stomie a bez komplikací bylo navraceno fyziologické vyprazdňování, po půl roce – po TEP kyčelního kloubu začal být pacient mobilní. Z hlediska ošetrovatelské péče byl tento pacient vysoce náročný. Během pobytu se podařilo prostřednictvím ošetrovatelské péče předejít komplikacím imobilizačního syndromu, další fáze ošetrovatelské péče byla zaměřena na rehabilitaci a prevenci pádu. Tuto péče mu byla prováděna na aseptickém oddělení, kam byl před operací kyčelního kloubu přeložen. Pacient opouštěl naši nemocnici s fyziologickým, bezproblémovým vyprazdňováním, částečně mobilní – chodil o berlích a s bolestmi levého lokte pro rozvíjející se posttraumatickou artrózu. Byl předán do další péče na rehabilitační oddělení Brno. Výhledově k nám bude pacient znovu objednan k plánovanému operačnímu zákroku – TEP levého lokte.

Z hlediska dlouhodobé prognózy si myslím, že pacient bude zcela soběstačný, pouze se bude muset vyhýbat krajním polohám a vysoce zátěžovým cvikům končetin s endoprotézami. Z tohoto důvodu zřejmě bude muset změnit zaměstnání – výškové práce, ve výkonu trestu bude bez významného pracovního omezení.



9. POUŽITÉ ZDROJE

- 1) Rozhovor s panem P.
- 2) Pozorování
- 3) Dokumentace, zdravotnický personál
- 4) Prof.MUDr. BENEŠ A., DrSc. a kolektiv; *Válečné lékařské obory- Chirurgie.*
1.vydání Praha 1980, nakl. Naše vojsko. 28-036-80. 08/16. ISBN neuvedeno
- 5) doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.; *České ošetřovatelství 6.*
1.vydání . Vydal IDV PZ v Brně 2001 ISBN 80 - 7013 - 323 – 6
- 6) Internet: <http://www.chirurgie-cz.cz/index>.
- 7) Internet: <http://www.sanquis.cz/clanek>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č.1

Hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách 8.5.2005

KRITÉRIA	POČET BODŮ 0 - 3
Ochota spolupracovat	1
Současné plicní onemocnění	0
Prodělané plicní onemocnění	1
Oslabení imunity	1
Orotracheální manipulace	0
Kuřák / pasivní kuřák	3
Bolest	3
Pohybové omezení	3
Poruchy polykání	0
Povolání ohrožující plíce	0
Umělé dýchání	0
Stav vědomí	0
Hloubka dechu	3
Léky tlumící dýchání	1
Dechová frekvence	2
CELKOVÝ POČET BODŮ	18
Pacient ohodnocen 18 body – je vysoce ohrožen vznikem plicních komplikací	
0 - 6 bodů – žádné ohrožení 7 - 15 bodů – ohrožen 15 – 45 bodů – vysoce ohrožen	

Příloha č. 2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů (dle Nortonové)

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů = méně než 25 bodů (riziko stoupá s menším počtem bodů)

Číslo úpravy	Stav úpravy	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Telesný stav	Stav vědomí	Pohyb- livost	Inkontinence	Aktivita
	úplná	8 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
	malá	4 do 30	3 alergie	3 stomie	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
	částečná	2 do 60	2 vlhká	2 zlomenina LHK a PDK	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
	žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

Jméno: pan P.

Celkové bodové ohodnocení: 23 b.

Datum: 8.5.2005

Příloha č.3

Záznam kontroly bolesti

0: žádná bolest

1: nepatrná bolest. Nenarušuje normální činnost, pouze nepříjemný pocit

2: mírná bolest. Bolest odvádí pozornost od vykonávaných činností a narušuje jejich kvalitu. Po delší době nastupuje snaha bolest odstranit

3: střední bolest. Bolest narušuje vykonávané činnosti, první známky celkové odezvy organismu- tachykardie, tachypnoe, ještě možnost usnutí a kratšího spánku.

4:silná bolest. Dezorganizace pohybů, neschopnost přesně lokalizovat těžiště bolesti. Vegetativní syndrom: zvýšení TK, tepu, dechu, pocení, hledání úlevové polohy, zrychlení střevní peristaltiky, neschopnost zaměřit se na vykonávání činností

5: nesnesitelná bolest: Mučivá, týrající, ztráta kontroly nad chováním – hlasitý křik, nařikání, zkratkovité jednání-pokus o sebepoškození. Vyvíjející se obraz šoku.

Jméno: P.M. 1973

Datum	Čas	Stupeň bolesti	Lokalizace bolesti	Úlevový zákrok
7.5.05	14	4	LHK, PDK,břicho	Dolsin 100mg i.m. 14, 18, 24h
	22	3	- dtto-	Tramal 50 mg i.m. 21h
8.5.	6	3	Břicho, PDK,LHK	Dolsin 50 mg i.m. 6,12.18.24 h
	14	4	- dtto-	Tramal 50mg 10, 15, 21 h
	22	3	- dtto-	
9.5.	6	3	Břicho, PDK	Dolsin 50 mg i.m. 6,12,18,24 h
	14	3	- dtto-	Tramal 50 mg i.m. 15, 21 h
	22	4	- dtto-	
10.5.	6	3	Břicho, PDK	Dolsin 50 mg i.m. 6, 14,22 h
	14	3	- dtto-	Tramal 50 mg i.m. 10, 17 h
	22	3	- dtto-	
11.5.	6	3	Břicho	Tramal 100 mg i.m. 6,12.18.24h
	14	2	- dtto-	Novalgin 1amp.i.m. 9,15, 21 h
	22	3	-dtto-	

Příloha č.4

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

Hodnocení: 0 - 40 bodů = vysoce závislý
45 - 60 bodů = závislost středního stupně
65 - 95 bodů = lehká závislost
96 - 100 bodů = nezávislý

Činnost	Provedení činnosti	Body	8.5.06	20.7.05	20.1.05
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10			
	s pomocí	5	5	5	10
	neprovede	0			
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10			
	s pomocí	5	0	5	10
	neprovede	0			
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5	0	5	5
	neprovede	0			
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	0	5	5
	neprovede	0			
5. kontinence moči	plně kontinentní	10			
	občas inkontinentní	5	10	10	10
	trvale inkontinentní	0			
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10			
	občas inkontinentní	5	0	10	10
	inkontinentní	0			
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10			
	s pomocí	5	0	0	10
	neprovede	0			
8. přesun lůžko – - židle	samostatně bez pomoci	15			
	s malou pomocí	10	0	0	15
	vydrží sedět	5			
	neprovede	0			
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15			
	s pomocí 50 m	10	0	0	15
	na vozíku 50 m	5			
	neprovede	0			
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10			
	s pomocí	5	0	0	5
	neprovede	0			
Bodové skóre			15	40	95

Vstupní ošetrovatelský záznam (materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály).....

Oslovení..... *pan P.* Pojišťovna..... *111*
Rodné číslo (nevyplňuj)..... Povolání..... *myslkoví náč*
Věk..... *32 let* Vzdělání..... *Střední odborné*
Vyznání..... *keo, muslim* Národnost..... *česka*
Adresa..... *Čáslavská 9* Telefon.....
Osoba, kterou lze kontaktovat..... *Marie P. - matka*

Datum přijetí..... *4. 5. 2005*
Hlavní důvod přijetí..... *Star po mnohočetném středním poranění*

Lékařská diagnóza:

- Star po mnohočetném páteřním křičku, pr. femuru a ulny*
- Star po úraze d. křížku, páteře a pánevního - poranění*
- Star po úraze lebky - krvavá výtok + meningeální*
- Těžká zranění kůže a hlavy formou výparů*

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... *matka - telefon*

Osobní anamnéza..... *úrazová, 1990*
opuce kůže, 1999

Rodinná anamnéza..... *kluc - diabetes mellitus, matka hypertenze*

Vyšetření..... *RTG hrny + prsů na poranění, hematologii*
Krabičková mř. RTG hrny páteře, kyčel a pánve

Terapie..... *ATD - 1. r.*
Q. marnatol 1. r.
Analget. la i. m.
Flak. soliv 0,3 ml s. v.

Nemocný má u sebe tyto léky /

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Obecná rizika (zahrni, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinismus ne ano pokud ano, kolik denně 15-20
 alkoholismus ne ano početnostně hodně alkohol, pivo 1-2/1 den
 drogy ne ano pokud ano, jaké a jak dlouho.....
 alergie: jídlo ne ano pokud ano, které.....
 léky ne ano pokud ano, které.....
 jiné ne ano pokud ano, na co peach, pyl
 dekubity (změř) Riziko vzniku dekubit dle Norton = 13.1. => vyhodno nebezpečí vzniku
 pneumonie (změř) Nutný je i první očistná stůlba / plomích krevních = 19 mmHg

Důležité informace o stavu nemocného: celá historie na život - Bordh. test - AD 2
= 15 bodů = vysoká závažnost, méně spíše atomil, 1.4.2. v
závěru, strumina p. kypile. Dávkou není zcela přesně
informován o léč. režimu, pouze od lékaře usnášen se sk. 1.4.2.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? úsilné poranění
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? úsilné poranění
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? velmi zásadně
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? není
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? není
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? několik měsíců
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? ne
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ne
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici?
 upřesněte: styk s rodinou, právníkem

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Bartelův test - AaB. středně závažný (ADL) = 15 bodů = vysoká závažnost

Komunikace:

- stav vědomí	<u>úplně</u> vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	<u>rychle</u>	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	bez problémů	<u>bariéry</u>	nekomunikuje
- spolupráce	snaha spolupracovat	<u>nedůvěřivost</u>	odmítá spolupráci

střed

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

pokud ano, upřesněte ano *bolesti opuchnutí ram* ne

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

ano ne

pokud ano, upřesněte.....
jak dlouho ?

- Na čem je vaše bolest závislá ? *na časovém intervalu mezi návštěvami*

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží) ?

- Kde pociťujete bolest? *hruď, rameno*

- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo)

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

*P. vyhovuje lůžko, prostě mu rádi slunce a pokoj.
Dle subjektivní metody diag. bolesti ⇒ intenz. 3 = střední intenzita, krátká, mírná*

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

pokud ano, upřesněte. ano *dušnost - alergie na psach, pyl* ne

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

ano ne

pokud ano, upřesněte.....

Jak jste je zvládal ?

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

ano ne

pokud ano, co by vám pomohlo ?

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

ano ne *nevím*

pokud ano, zvládnete to ?

- Kouříte ?

ano ne

pokud ano, kolik ?

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

*2. důvod bolesti a strachu poruchou rytmické dýchání 24d/min.
Dle vypracování sestry je pacient nystu ohrožen vlivem plicních komplikací*

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při mytí ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno odpoledne večer kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*

P. má problémy upravenou dietou, má sáňku abtímě se protálet na osudu hygieně. Dle vypracování kůže je pacient s ostěstností rychle ránditý.

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*

P. má bezproblémovou pokožku, žádnou dermatitidu ani jiné problémy. Dle kůže je u něj kůže normální (rychle dermatitida). Má kůže má redlepné opevně rány, obolí strom - kůže bez porušení integrity.

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? dobrý vadný
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu
- přiměřenou
 - vyšší (o kolik?) *o 100 kg*
 - nižší (o kolik?)

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- ano ne
 - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- Co obvykle jíte? *dobře všechno* ano ne
 - Je něco, co nejíte? ano ne
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? *ne*
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne *ne*

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.*

P. má postavu nadváhu BMI = 28,8
 2. den hospitalizace půveden a parenterální výživy na křesle
 ke ps, od křesla - 3. den hospit. má dietu křesla - D1.
 Ji sám pravou rukou na křesle.

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl? *ne*
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko *ovocné šťávy* *ne*
káva čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád?
- Kolik tekutin denně vypijete?
- Máte k dispozici dostatek tekutin? *ano* ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

*P. je bez známek dehydratace, průjmu a vyprázdnění stolice
libavě.*

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *asi 1x / 2 dny*
- Máte obvykle
normální stolici zácpu průjem
častá stolice
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ano *ne*
pokud ano, co to je?
- Berete si projímadlo? *nikdy*
prležitostně
často
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí? *ne* *ano* ne
pokud ano, jak by se daly řešit?

Objektivní hodnocení sestry:

*N. má nyní 1K, odpoledne mu bude třeba odložit
libavě odložit.*

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano *ne*
pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?
ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

*P. má nyní 1K, odpoledne mu bude třeba odložit
libavě odložit.*

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? *ne* ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano *ne*
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? *ano* ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ano ne *nevim*
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

Pac. je vzhledem k poranění plně připraven na chůzi

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem? ano *ne*
- pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle? ano *ne*
- Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře? *ano* ne
- pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Objektivní hodnocení sestry:

P. nemá potíže s žádnými smyslovými funkcemi

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *příležitostně práce*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano *ne*
- Máte doporučeno nějaké cvičení? ano *ne*
- pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? (ano *ne*)
- Co děláte rád ve volném čase? *fotbal, armý, camping*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
armý, camping, radio
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?.....

Objektivní hodnocení sestry:

*P. má zájem (o budoucnost, až mu bude lépe) číst
armý, camping, knihy, rád by poslouchal radio.*

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *úsvi 4 1/2 hodin*
- Máte doma potíže se spánkem ano *ne*
pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? *7 hodin*
- Usínáte obvykle těžko? ano *ne*
- Budíte se příliš brzy? ano *ne*
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?.....
- Berete doma léky na spání? ano *ne*
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*P. se nyní už mluví, můj ho sice brády a čerstvý a
mítlo, ale ještě „pospává“.*

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| - emoionalita | stabilní | spíše stabilní | <i>stabilní</i> |
| - autoregulace | dobře se ovládá | <i>hůře se ovládá</i> | |
| - adaptabilita | <i>přizpůsobivý</i> | nepřizpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | | | |
| - orientace
(časem, osobou, místem) | <i>bez zkraslení
orientován</i> | zkresleně (neúplně)
dezorientován | |
| - celkové ladění | <i>úzkostlivý
sklíčený</i> | smutný
apatický | <i>roztláčený</i> |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *Sam*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *matka*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *rodinní*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *žádný*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *ano*
- Je na vás někdo závislý? *ne, kromě otce a matky, ale ne pravidelně (ne) máte*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *ano*
- Kdo se o vás může postarat?

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

Žijeme sami a byt - (10 kvadrátů) 1+1, s příležitostně má 7-letou dceru a bratra, se starší sestrou; křivonohá se žije, má psychiku. Má ota křivonohý, se sestrou má příbuzné vztahy.

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

Pan P. po počáteční ústředí; Strachu a nedůvěře navšel kontakt s personálem, je při orientaci a nemá problémy s dle společnosti práce.
Je při připoutání na lůžko = nypou samostatný.
A pokud oš. péči je při o strachu; personál dechtilu a patření vnitřní datová kromě sání imobilizačního syndromu. A při o psychickou pohodu pacienta je nutné se zaměřit na personální - osobní o léčebný plánem, komunikačním a vnitřním řádem. Může kontaktovat psychologu a zdravotní pracovníci.

Plán ošetřova

<p>Ošetřovatelské diagnózy aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</p>	<p>Cíle ošetřovatelské péče časově vymezené a měřitelné cíle</p>
<p>9/5 1. <u>Bolest</u> v souvislosti s apendicitidou zároveň na kůži a slabých prstíčkách</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacient má pocit 3 dny bolest 0-3 • Další dny 0-2-3 • Do 14 dnů se určitě nastříká na bolest • P. sna přičiněním
<p>9/5 2. <u>Deficit informací</u> o výživě, úživu, ošetřování stomie, péči o obličej stomie a její péči</p>	<ul style="list-style-type: none"> • P. sna výživu a úživu stomie, péči o úživu a výživu (stomie) stomie, sna ošetření a léčbu stomie při stomie → pro výkon hospitalizace • V asistenci péči ovládá ošetření stomie → do 14 dnů • Sna kultura ošetření stomie → do 14 dnů
<p>9/5 3. <u>Duroucí změna</u> dechové sílky, pedikulární sílky a stomie s upratáním na kůži</p>	<ul style="list-style-type: none"> • P. má výživu, reprodukci kūži - sílky • P. nemá problémy pedikulárního přístupu sílky - sílky • P. sna péči, kůži a péči dechové - do 14 dnů • P. se abstraktně ptá na péči dechové - sílky

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	čas	podpis primární sestry
10/5	4. Deficit úroveň vnímání vzduchu korymbóza korymbóza v dýchacích cestách A důvody k tomu a polyt. úroveň	<ul style="list-style-type: none"> • P. má pulzní dých. cesty • Úroveň odkašlání adekvátní • P. dýchá volně bez vedlejších zvuků • Váhy stabilní 	<ul style="list-style-type: none"> - Naučit a podporovat v nem. kloubce - tréning dýchání a vydechování - kýchání, kašel, potíže dýchání - kýchání, kašel, potíže dýchání, chrapot - kašel a sputa 	<ul style="list-style-type: none"> P. má čisté, pulzní dých. cesty • Dýchá volně bez vedlejších zvuků • Je bez kašle, sputa • Je klid, kloubce • ka, sputa • Váhy stabilní 	16/5	21
10/5	5. Deficit selekce a oblasti hygieny příjem potravy, vyprázdnění vzhledem ke vypracování inaktivní	<ul style="list-style-type: none"> • P. je seznámena se základními pravidly str. - hyg. péče a kýchání jídel pravidelně - dr. hygieny • P. je seznámena se všemi potřebnými pravidly pro str. - dr. hygieny • P. dává znám. vzhledem - do 1 měsíce 	<ul style="list-style-type: none"> - Místní kýchání před jídlem - Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím hygienické péče - Doplnit nem. do kýchání d. činnosti - Vypracování pravidel a úroveň příjmu - Při příjmu na dostal všechny potřebné podmínky a péče k pravidelné hygieny, vyprázdnění a str. - dr. hygieny - A znám. vzhledem - poskytnutí od vypracování kýchání 	<ul style="list-style-type: none"> P. je sám pravidelně kýchá, má dr. hygieny • Má v dostatečném množství pravidelně příjmu • Úroveň příjmu • P. se sama umí na kýchání s pravidelnou péčí • P. dává znám. hyg. pravidel • P. dává znám. vzhledem, znám. vzhledem, znám. vzhledem • Váhy stabilní 	19/5	21
11/5	6. Úroveň úroveň vnímání vzduchu korymbóza korymbóza v dýchacích cestách	<ul style="list-style-type: none"> • P. má dých. cesty bez slyšitelných zvuků • P. dýchá volně bez slyšitelných zvuků 	<ul style="list-style-type: none"> - Při péči o kýchání dýchání a dýchání - Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání - Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání - Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání - Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání 	<ul style="list-style-type: none"> P. má dých. cesty bez slyšitelných zvuků • Místní kýchání • Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání • Úroveň příjmu, kýchání, potíže dýchání 	16/5	21
11/5	7. Úroveň úroveň vnímání vzduchu korymbóza korymbóza v dýchacích cestách	<ul style="list-style-type: none"> • P. je seznámena s pravidly str. - hyg. péče • Úroveň příjmu kýchání pravidelně - dr. hygieny • Nevypracování pravidel str. - hyg. péče 	<ul style="list-style-type: none"> - Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče - Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče - Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče - Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče 	<ul style="list-style-type: none"> P. pravidelně, dých. cesty • Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče • Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče • Úroveň příjmu s dostatečným poskytnutím pravidel str. - hyg. péče 	16/5	21