



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Olga Zdvihalová

**Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci scrótální
kýly**

*Nursing care of a patient after a scrotal hernia
surgical repair*

Bakalářská práce

Případová studie

Praha, září 2010

Autor práce: Olga Zdvihalová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: **MUDr. Miloš Voleman**

Pracoviště odborného konzultanta: Chirurgická klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: září 2010

Prohlášení

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

V Praze dne 30. června 2010

Olga Zdvihalová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Miloši Volemanovi za jejich vstřícnost a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	6
2. KLINICKÁ ČÁST	7
2.1 ANATOMIE TŘÍSELNÉ KRAJINY – REGIO INGUINALIS	7
2.1.1 Tříselný kanál – <i>canalis inguinale</i>	7
2.1.2 Tříselný vaz – <i>ligamentum inguinale (Poupartii)</i>	9
2.1.3 Semenný provazec – <i>funiculus spermaticus</i>	9
2.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŠOURKU – SCROTUM	10
2.3 CHARAKTERISTIKA HERNIE – KÝLY	11
2.3.1 Patologická anatomie a fyziologie hernie.....	12
2.3.2 Hernie inguinalis	13
2.3.3 Etiologie kýl.....	14
2.3.4 Klinické příznaky hernie inguinalis	15
2.3.5 Komplikace tříselné kýly.....	15
2.3.6 Diagnostické postupy u tříselné kýly.....	16
2.3.7 Terapeutické postupy hernie inguinalis	17
2.3.8 Prognóza onemocnění.....	18
2.3 LÉČEBNÝ PLÁN.....	19
2.4.1 Okolnosti přijetí	19
2.4.2 Údaje z lékařské anamnézy:.....	19
2.4.3 Přítomný stav na chirurgickém oddělení	20
2.4.4 Diagnostické metody.....	20
2.4.5 Průběh operačního zákroku.....	20
2.4.6 Souhrn ostatních terapeutických opatření.....	21
2.4.7 Průběh hospitalizace.....	24
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	25
3.1 ÚVOD.....	25
3.2 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ MARJORY GORDONOVÉ.....	26
3.2.1 <i>Obecná charakteristika jednotlivých oblastí</i>	26
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ NEMOCNÉHO PODLE MARJORY GORDONOVÉ.....	29
3.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ NA 4. DEN HOSPITALIZACE - 2. DEN PO OPERACI.....	31
<i>Souhrn aktuálních ošetřovatelských diagnóz</i>	31
<i>Souhrn potencionálních ošetřovatelských diagnóz</i> :	32
3.4.1 <i>Ošetřovatelský plán - krátkodobý</i>	32
3.5 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	38
3.6 PSYCHOLOGICKÁ A SOCIÁLNÍ ČÁST.....	39
3.8 EDUKACE NEMOCNÉHO.....	41
3.10 PROGNOZA NEMOCNÉHO.....	42
4. ZÁVĚR	43
<i>Seznam zkratk</i>	44
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	45
<i>Seznam příloh</i>	47

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám případovou studií u pacienta po operaci scrótální kýly. Pacientem je pan J. M. 82 let, který byl přijat na chirurgické oddělení k plánované operaci scrótální kýly. V klinické části této práce se zabývám anatomíí tříselné krajiny a šourku, obecnou charakteristikou a patofyziologií kýl, jejich klinickým obrazem a diagnostikou. Dále pak následnou chirurgickou léčbou, možnými komplikacemi a obecnou prognózou základního onemocnění. Tato část také obsahuje lékařskou anamnézu pacienta, průběh hospitalizace a léčbu.

V ošetrovatelské části užívám metodu ošetrovatelského procesu podle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordon. Informace o nemocném jsem získala ze zdravotnické dokumentace. Dále pak vlastním rozhovorem s nemocným, pozorováním, rozhovorem s rodinou, lékaři, sestrami a dalším ošetrovatelským personálem. Zhodnocením získaných informací jsem stanovila 5 aktuálních a 3 potenciální diagnózy. Pořadí bylo určeno podle priorit pacienta s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. K vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. V této části se také zabývám průběhem hospitalizace a hodnocením ošetrovatelské péče v dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče. Součástí mé práce je i kapitola věnovaná problematice edukace nemocného a jeho rodiny. Zaměřila jsem se také na psychologii nemocného, na zhodnocení jeho sociální situace a prognózu jeho onemocnění.

V závěru se věnuji celkovému hodnocení zdravotního stavu pacienta. Práci uzavírá přehled odborné literatury a přílohy.

2. Klinická část

Tato část popisuje anatomii tříselné krajiny a šourku. Dále se zabývá charakteristikou a rozdělením kýl, příznaky tříselné kýly, vyšetřovacími metodami a léčbou.

2.1 Anatomie tříselné krajiny – regio inguinalis

Je to nejdálší část přední stěny břišní zevně od okraje přímého břišního svalu, až k jeho úponu na pánev, distálně od pomyslné horizontální čáry procházející předním horním trnem kosti kyčelní (spina iliaca anterior superior). Tříselná krajina má zhruba tvar trojúhelníku, který je ohraničen: proximálně horizontálou procházející úrovní předního horního trnu kosti kyčelní, mediálně zevním okrajem přímého svalu břišního a latero-kaudálně tříselným vazem, který je napnut mezi předním dolním trnem kosti kyčelní (spina iliaca anterior inferior) a hrbolem stydké kosti (tuberculum pubicum). V této oblasti je uložen tříselný kanál. (3,4)

2.1.1 Tříselný kanál – canalis inguinale

Tříselný kanál je uložen mediokaudálně, zároveň s tříselným vazem. Bývá to u mužů 4 až 6 cm dlouhá štěrbina v dolní části břišní stěny. Tříselný kanál začíná vnitřním tříselným kruhem (anulus inguinalis internus nebo profundus, abdominalis, paeritonealis) v místě, kde prochází semenný provazec skrz příčný břišní sval (musculus transversus abdominis) a končí zevním tříselným kruhem (anulus inguinalis externus nebo superficialis, subcutaneus) u hrbolu stydké kosti. (3,4,7)

Příčný břišní sval společně s břišním vnitřním šikmým svalem (musculus obliquus internus abdominis), které v tomto místě dosud mají svalová břívka, se podílejí na vytvoření vazivového stropu tříselného kanálu, zvaného falx inguinalis, který dále směřuje mediokaudálně a upíná se na hrbol stydké kosti.

Zevní břišní šikmý sval (*musculus obliquus externus abdominis*), respektive jeho aponeuróza tvoří ventrální stěnu tříselného kanálu. V místě zevního tříselného kruhu se vlákna aponeurózy zevního břišního šikmého svalu rozestoupí a vzniknou lehce ztlustělé okraje, které lemují zevní ústí – **crus mediale**, **crus laterale** a **fibrae inercruales**. Tato vlákna znesnadňují roztažení zevního tříselného kruhu. (3,4)

Spodinu tříselného kanálu tvoří žlábek mezi tříselným vazem a zesílením vazivové povázky - *tractus iliopubicus*, vytvořený v ose dvou vazů. Mediokaudálně spodinu tříselného kanálu a zároveň dolní okraj zevního tříselného kruhu doplňuje vazivový pruh - *ligamentum pectineale superius*. Dorsálně od **crus mediale** je ještě kraniálně k bílé čáře břicha (*linea alba abdominis*) směřující malý proužek vaziva - *ligamentum reflexum (Collesi)*, odvozené od mediální části tříselného vazů. Dorsálně od něho bývá někdy popisován další drobný proužek vaziva - *ligamentum Henlei*, který je vlastně laterální částí úponové šlachy přímého břišního svalu (*musculus rectus abdominis*). (3,4,7)

Zadní stěnu tříselného kanálu tvoří pouze vazivový obal svalu - povázka (*fascie transversalis*), na kterou uvnitř navazuje pobřišnice (*peritoneum*). Protržení jemné povázky svalu bývá příčinou tříselné kýly. Vazivový obal svalu se zesiluje ve vazivový proužek - *ligamentum interfoveolaris (Hesselbachi)*.

V dorsální části tříselného kanálu, přibližně v úrovni mezi vnitřním a zevním tříselným kruhem, běží v kraniokaudálním směru, mezi rozštěpením listů povázky, dolní epigastrické tepny a žíly (*arterie a vena epigastrica inferior*). Dolní epigastrická tepna má anastomózy s horní epigastrickou tepnou a je to větev zevní pánevní tepny (*arterie iliaca externa*). Vystupuje z ní u muže tepna zdvihače varlete (*arterie cremasterica*).

Mezi nervy prostupující přes tříselný kanál patří *ramus genitalis nervi genitofemoralis* a *nervus ilioinguinalis*.

Ramus genitalis nervi genitofemoralis je větev *nervus genitofemoralis*, který vystupuje z bederního nervového svazku (*plexus lumbalis*). Proráží velký bederní sval (*musculus psoas major*) a dále běží po jeho povrchu až do tříselného kanálu, kde běží dorzomediálně od semenného provazce. Po výstupu ze zevního

tříselného kruhu senzitivně inervuje kůži skrota, varle, nadvarle a je klíčový pro motorickou inervaci zdvihače varlete (*musculus cremaster*).

Nervus ilioinguinalis odstupuje také z bederního nervového svazku. V laterální části stěny dutiny břišní se dostává mezi příčný břišní sval a vnitřní šikmý sval. Jde po ventrální straně semenného provazce a vystupuje ze zevního tříselného kruhu. Jeho rami scrotales anteriores senzitivně zásobují suprapubickou oblast. Nerv napomáhá motorické inervaci příčného břišního svalu a vnitřního šikmého svalu. Přerušení nervu má za následky částečnou parézu břišních svalů. (1,3,4,7)

2.1.2 Tříselný vaz – ligamentum inguinale (Poupartí)

Tříselný vaz má u dospělého délku asi 12 – 14 cm. Začíná u předního horního trnu kosti kyčelní a hrbolu kosti stydké. Tříselný vaz je tvořen kaudální částí aponeurózou zevního šikmého svalu, která podchycuje semenný provazec a vytváří tak pro něj podpurné lůžko. V mediální části tříselného vazů, při úponu na hrbol kosti stydké, přechází tříselný vaz v horní stydký vaz (*ligamentum pubicum superius*), která pokrývá kraniální část těla kosti stydké (*corpus ossis pubis*) a symfýzu kosti stydké (*symphysis ossis pubis*). Tento vaz tvoří mediokaudální součást dolního okraje zevního tříselného kruhu.

Nervus cutaneus femoris lateralis probíhá od velkého bederního svalu k hornímu trnu kosti kyčelní, pod tříselným vazem na stehno, kde inervuje senzitivně jeho zevní stranu.

Nervus iliohypogastricus odstupuje od laterálního okraje velkého bederního svalu. Probíhá za ledvinou a vstupuje mezi příčný břišní sval a vnitřní šikmý sval. Podílí se na jejich inervaci a na senzitivní inervaci kůže v oblasti kyčelního kloubu a tříselné krajině.

Tříselný vaz bývá základní orientační strukturou při všech chirurgických výkonech v tříselné krajině. (1,3,4,7)

2.1.3 Semenný provazec – funiculus spermaticus

Semenný provazec začíná ve vnitřním tříselném kruhu, kde prochází aponeurozou a vede k varleti a nadvarleti do šourku.

Semenný provazec obsahuje tyto útvary:

Chámovod (ductus deferens) – transportuje sperma z varlete.

Tepna chámovodu (arterie ductus deferentis) – vyživuje chámovod, pochází z pupeční tepny (arterie umbilicalis).

Tepna varlete (arterie testicularis) - odstupuje jako párová viscerální větev břišní aorty a sestupuje kaudálně k vnitřnímu tříselnému kruhu, kde se přidává k semennému provazci.

Plexus pampiniformis – odvodné žíly z varlete tvoří žilní pletěň, která se podílí na termoregulaci.

Nervus spermaticus – vegetativní nervy varlete, které patří hlavně sympatiku.

Zdvihač varlete – odštěpený od příčného břišního svalu a vnitřního šikmého břišního svalu.

Plexus deferentialis – nervová pletěň podél ductus deferens

Vasa lymphatica funiculi spermatici - mízní cévy z varlete a nadvarlete.

Semenný provazec je od okolních struktur tříselné oblasti oddělen vrstvou řídkého vaziva. (2)

2.2 Anatomie a fyziologie šourku – scrotum

Šourek je kožní vak, který obsahuje varle, nadvarle a část chámovodu. Eliminuje vliv nitrobřišního tlaku na varle a ovlivňuje teplotní poměry spermatogeneze. Šourek je uložen pod stydkou kostí za kořenem penisu. Jeho stěna se skládá z vrstev, které se diferencovaly v souvislosti se sestupem varlat a odpovídají vrstvení břišní stěny. (2)

Kůže šourku je tenká, pigmentovaná a obsahuje velké mazové žlázy, početné potní žlázy a silné řídké chlupy. Ve střední čáře je vytvořen kožní šev (raphae scroti). V hloubce mu odpovídá vazivová přepážka, která dělí šourek na dva díly. Hladká svalovina v podkoží je podkladem pro fibromuskulární vrstvu (tunica dartos scroti), jejíž tonus ovlivňuje stupeň zvrásnění kůže v šourku. Šourkem prochází chámovod spolu s cévami a nervy, které ho doprovázejí a společně vytvářejí semenný provazec. Semenný provazec probíhá šourkem od dolního pólu varlete ke vstupu do tříselného kanálu. (2)

Šourek reguluje teplotu varlete. Pro normální vývoj spermií je třeba, aby jeho teplota byla alespoň o 2°C nižší, než je tělesná teplota. Hlavní roli má fibromuskulární podkoží. Jeho svalové buňky se při nižší okolní teplotě kontrahují a tím se zvrásní kůže skrota, varle se přiblíží hrázi (zdroji tepla), současně stah svírá cévy v kůži, a tak klesá výdej tepla. Při stoupající okolní teplotě fibromuskulární podkoží relaxuje, varle poklesne od hráze, rozšiřují se cévní sítě a tím stoupne výdej tepla. (2)

2.3 Charakteristika hernie – kýly

Kýla je abnormální vysunování některého orgánu dutiny břišní oslabenou nebo defektní částí břišní stěny. U žen se vyskytují nejvíce kýly pupeční. U mužů je největší výskyt kýly tříselné. (6)

„Autorství českého výrazu kýla je připisováno významnému českému chirurgovi poslední čtvrtiny 19. Století Karlu Maydlovi (1850-1903). (Rudolf Michalský, Pavel Pafko, Igor Satinský 2000, st. 17) „

Hernie lze rozdělit podle několika hledisek:

- podle období vzniku:

- vrozená kýla (hernie congenita) – jedinec se s ní narodí nebo vznikne na základě vrozeného defektu hned po narození
- získaná kýla (hernie acquistita) – vznikají v průběhu života

- podle místa uložení:

- často vyskytující se kýly: tříselné kýla (hernie inguinalis), stehenní kýla (hernie femoralis), brániční kýla (hernie diaphragmatica), pupečnicková kýla (hernie umbilicalis), kýly v linea alba (hernie lineae alba), kýla v jizvě (hernie in cicatrice).
- vzácné kýly: lumbální kýla (hernie lumbalis), obturatorní kýla (hernie obturatoria), kýla hráze (hernie perinealis), ischiadická kýla (hernie ischiadica), interparientální kýla (hernie interparietalis), apod.

- podle způsobu vzniku:

- zevní kýla (hernie externa) – dochází k abnormálnímu prostupu nitrobřišních orgánů defektem fascie v břišní stěně
 - vnitřní kýla (hernie interna) – kýlní vak vstupuje do preformovaných záhybů peritonea
 - mezidutinová kýla (hernie intercavitatis) – kýlní vak vstupuje do jiné tělní dutiny
- podle stupně vývoje:
- kompletní kýla – kýlní vak prostoupí za úroveň branky
 - nekompletní kýla – kýlní vak zůstává v úrovni kýlní branky nebo mezi vnitřní a zevní brankou (v tříselném kanále v případě tříselné kýly)
- podle přítomnosti kýlního vaku:
- pravá kýla – mají kýlní vak.
 - nepravá kýla – neobsahují kýlní vak. Zvláštním typem kýly jsou kýly skluzné, u kterých část vaku představuje vytlačovaný orgán (např. močový měchýř u přímé tříselné kýly).
- podle stranového uložení:
- jednostranná kýla
 - oboustranná kýla
- podle stupně reponovatelnosti:
- reponibilní kýla – kýlní vak se vrací do břicha spontánně nebo pomocí manuálního tlaku.
 - ireponibilní kýla – kýlní vak není možné bez většího násilí vrátit zpět. Kýly vznikají v důsledku srůstů mezi vakem a obsahem (hernie accreta) nebo v důsledku uskřínutí (hernie incarcerata), při kterém vzniká střevní neprůchodnost s případným poškozením krevního zásobení kličky, tzv. strangulace. (3,4)

2.3.1 Patologická anatomie a fyziologie hernie

Hernie se skládá z krycích vrstev, kýlního vaku a obsahu. Hernie prochází kýlní brankou.

- Krycí vrstvy jsou všechny tkáně, které kýlu pokrývají, ale zároveň nesouvisí s jejím vznikem. Tvoří je nejčastěji kůže a podkožní vazivo.

- Kýlní vak (saccus hernie) obaluje většinu zeních hernií. Tvoří ho nástěnná pobřišnice (peritoneum parietale), které se připojuje ke kýlnímu vaku v době jeho prostupu přes kýlní branku. Kýlní vak je v podstatě vytlačená nástěnná pobřišnice. Mezi pobřišnicí a na něm ležící povázkou se tvoří individuální množství preperitoneálního tuku. Při benigním zbytněním tohoto tuku vzniká preperitoneální lipom, který může tvořit i větší část kýlního obsahu. Na saccus hernie se rozeznává dno (fundus), které prochází defektem jako první, tělo kýlního vaku (corpus), které tvoří největší část, a krček (collum), jenž je umístěn v kýlní brance. Kýlní vak může být zdvojený (binokulární) nebo i zmožený (multilokulární). Ve stěně kýlního vaku může vzniknout i sekundární vak (diverticulum saccus hernie), kde může uskřínout i část kýlního obsahu při jinak volné kýle. (3,4)

- V kýlním obsahu nejčastěji bývá velká předstěra (omentum majus), kličky tenkého střeva, apendix, žaludeční kardií, preperitoneální lipom, normální peritoneální tekutinu, patologickou tekutinu nebo méně často tam mohou být i jiné orgány břišní dutiny. Pokud kýlní vak neobsahuje žádné orgány, je to prázdná kýla. (3,4)

- Kýlní brankou (anulus herniae) prostupuje kýlní vak. Je tvořena abnormálně zvětšeným, avšak normálně se vyskytujícím otvorem (např. tříselný kanál) nebo slabým místem břišní stěny. Kýlní branka může být jen jedna nebo jsou vytvořeny dvě – vnitřní (anulus herniae internus) a zevní (anulus herniae externus). Kýlní branka může mít elastický okraj nebo fibrózní okraj. (3,4)

2.3.2 Hernie inguinalis

Při vrozené nebo získané ochablosti břišní stěny dochází k vyhřeznutí kýlního vaku do tříselného kanálu. Tříselná kýla, která se sestoupí až do šourku, se nazývá hernie scrotalis – skrotální kýla.

Rozlišují se dva hlavní typy tříselné kýly:

Kýlní vak nepřímé tříselné kýly (hernie inguinalis indirecta) vstupuje do vnitřního tříselného kruhu a vyskytuje se na ventrokranálním obvodu semenného

provazce. Kýlní vak může být uložen jen v tříselném kanále nebo může doprovázet semenný provazec ven do podkoží zevním tříselným kruhem.

Kýlní obsah u přímé tříselné kýly (hernie inguinalis directa) vstupuje do střední tříselné jamky (fossa inguinalis medialis), jejíž nástěnná pobřišnice tvoří kýlní vak, prohne se povázka v Hesselbachově trojúhelníku (trigonum Hesselbachi), což je vnitřní branka kýly a přes zevní tříselný kruh, to je zevní branka kýly, projde zevně. Obě branky jsou uloženy mediálně od dolní epigastrické tepny. Krček kýlního vaku přímé tříselné kýly bývá často široký a k uskřínutí kýly zde proto dochází málokdy. Tato kýla se vyskytuje nejčastěji ve středním a vyšším věku.

Sedlová tříselná kýla představuje kombinaci přímé a nepřímé tříselné kýly, kde jsou přítomny dva kýlní vaky. Název od kýly je odvozen ze sedlovitého tvaru, který společně uzavírají tyto kýlní vaky. Větší kýlní vak prostupuje přes vnitřní tříselný kruh, menší vak přes Hesselbachův trojúhelník a následně oba společně přes zevní tříselný kruh. (3,4,5,8)

2.3.3 Etiologie kýl

Faktory ovlivňující vznik kýl se rozdělují na vrozené a získané.

Vrozené kýly vznikají během intrauterinního vývoje. Vrozené kýly jsou způsobené různými anatomickými defekty břišní stěny nebo defekty pojivové tkáně. K tříselné kýle jsou náchylní zejména chlapci, kterým během nitroděložního vývoje sestupují varlata z břišní dutiny do šourku. Pokud se tříselný kanál kompletně neuzavře, vzniká z něho oslabené místo, do kterého se při zvýšení nitrobřišního tlaku mohou vyklenovat břišní orgány.

Předpokladem pro vznik získaných kýl je slabost břišní stěny a případný rozestup přímých břišních svalů (diastasis musculorum recturum) např. v těhotenství či po operaci. Predisponujícím faktorem může být i obezita. Břišní stěna bývá sama o sobě na několika místech zeslabena a břišní orgány se zde mohou protlačit. Je to především oblast tříselného kanálu, pupeční jizva, rozhraní zádoových svalů a stěny břišní.

Současná kontrakce všech břišních svalů a bránice (při defekaci, zvracení) vyvolává břišní lis, při kterém je zvyšován nitrobřišní (intraabdominální) tlak.

Další příčiny vedoucí ke zvýšení nitrobršního tlaku jsou: úraz, kašel, kýchání, obštipace, zvedání břemen, rychlý nárůst hmotnosti vedoucí k obezitě, chronicky zvětšené orgány v dutině břišní (cirhóza jater s ascitem, tumory), obtížné močení při prostatismu.

U vrozených a získaných kýl je možné při jejich vzniku připustit určité genetické vlivy (rodinná zátěž, pohlaví). V poslední době se ukazuje, že určitou roli by mohla hrát i vrozená a získaná porucha vazivové tkáně (kolagenu). (3,4,7)

2.3.4 Klinické příznaky hernie inguinalis

Většina kýl se neprojevuje žádnými příznaky, dokud pacient nezpozoruje v třísele rezistenci nebo ztužení. Někdy při fyzické zátěži se objeví náhlá bolest nebo vznikne „bulka“. Někteří pacienti si udávají tahavé bolesti a zvláště u nepřímé tříselné kýly vyzařování bolesti do šourku. Když se kýla zvětšuje, projevuje se obvykle jako dyskomfort nebo bodavá bolest a pacient se musí položit aby se obsah kýlního vaku zmenšil. (8)

Později může docházet ke zvětšování kýly, až pak kýlní obsah nejde vrátit zpět do břišní dutiny a v ojedinělých případech může kýla dosáhnout značné velikosti. Někdy může být, zvláště při silné tukové vrstvě, obtížné vak nahmatat. Pak se kýla může projevovat jen různě intenzivní bolestí, zhoršující se při námaze.

Uskřinutí (inkarcerace) se nejčastěji projeví bolestí, kýla je tuhá a zduřelá. Typický je výskyt známek střevní neprůchodnosti (bolest, zvracení, porucha střevní činnosti, zástava plynů a stolice). Při poruše vitality uskřinutého orgánu dochází k rozvoji lokální zánětlivé reakce, ke vzniku peritonitidy až septického stavu. (8)

2.3.5 Komplikace tříselné kýly

Nejvážnější komplikací kýly, která ohrožuje nemocného na životě je inkarcerace (uskřinutí). Inkarcerace je náhlé zaškrcení břišních orgánů v kýle. Střevo může být stlačeno samo, velmi často je zaškrcené i jeho mesenterium s cévami, pak jde o strangulaci. Nejčastěji se uskřinují kýly malou brankou-v

oblasti třísla zejména kýly femorální. Důsledkem inkarcerace je až nekróza uskřínutých orgánů s eventuální následnou perforační peritonitidou. (3,4)

Peroperační komplikace: Při operaci může dojít k poranění struktur třísel. Nejzávažnější komplikací je poranění stehenní a pánevní tepny, zvláště u laparoskopické operace, kdy není tak dobrý přehled struktur. Dále může dojít k poranění semenného provazce, které vede ke sterilitě a pokud se u nemocného poruší nervus ilioinguinalis, dojde následně k paréze a bolesti.

Časně pooperační komplikace: Nejčastěji to bývá hematom po laparotomii, kdy není dokonalá hemostáza. Ve velké většině případů se vyřeší bez revize. Infekce bývá v ráně častěji u laparotomie, protože obecně platí, že infekce je závažnější, pokud je tam implantovaná síťka. Dlouhodobě se podávají antibiotika, někdy je nutné odstranit implantovanou síťku. U vyskytnutí infekce bývá větší riziko vzniku recidivy.

Pozdní pooperační komplikace: Později se může síťka uvolnit a dojít k dislokaci síťky, což vede k recidivě kýly. Jedinou možností je reoperace, což bývá vzhledem ke změněným a někdy poškozeným strukturám třísel velice obtížné.

2.3.6 Diagnostické postupy u tříselné kýly

Pro stanovení diagnózy stačí ve většině případů klinické vyšetření a základní laboratorní screening. To znamená odebrání anamnézy od pacienta, aspekce (pohled), palpce (pohmat - pokud kýla obsahuje střevo, je hmatná jako hladký útvar, který má poddajnou elastickou konzistenci; jestliže je však obsahem kýly velká předstěra, pak může být kýla hmatná jako hrbolatá a nepružná), perkuse (poklep může být bubínkový, obsahuje-li kýla střevo; zkrácený se objevuje, pokud je obsahem kýly velká předstěra, tračník nebo močový měchýř), auskultace (poslech) a vyšetření per rektum. Pacient se vyšetřuje vleže i ve stoje a také při kašli a napětí svalů, jelikož malé kýly mohou být těžko rozpoznatelné.

Další vyšetření mají přínos jen u nejasné diagnózy, kdy je nutné zjistit, zda se jedná o tumor včetně metastáz, absces, granulom, hydrokély, reziduální hematom po traumatech nebo po spontánním krvácení u pacientů, co užívají antikoagulantia. Lokální nález lze tedy upřesnit sonografií (USG), počítačovou tomografií (CT) nebo nativním snímkem s kontrastní látkou (herniografie) např. Spiegelova kýla u obézního nemocného.

U velkých a obrovských kýl je nutné pečlivé vyšetření kardiopulmonální, včetně spirometrie i dalších speciálních metod, i stavu výživy před mnohdy složitou operací s implantací cizího tělesa (sítěky). (6,8)

2.3.7 Terapeutické postupy hernie inguinalis

Ke konzervativnímu řešení spočívá v přiložení kýlního pásu, který zpevňuje břišní stěnu. K tomuto řešení obvykle přistupuje jen při významných kontraindikacích. (3)

Kausální léčení je jen operační, neexistuje jiná léčba. Léčba může být plánovaná. Při uskřinutí kýly jde o operaci vysoce urgentní.

Princip operace kýly je reparace do dutiny břišní, odstranění repozece kýlního obsahu, uzavření kýlní branky a případné zesílení břišní stěny. V současnosti jsou preferované operační postupy – tension – free (TSF), což v principu znamená uzavření defektu, takovým způsobem, aby bylo bez napětí. Těto techniky lze obecně dosáhnout implantací materiálu – sítěky. Obecně to platí pro všechny typy kýl.

Základními přístupy k operačnímu řešení tříselné kýly v současné době jsou dva přístupy:

Otevřený přístup - klasická operace: Kdy se otvírá řezem tříselný kanál, odstraní se kýlní vak, uzavře se kýlní branka a potom se zesílí zádňá stěna tříselného kanálu. Je možno provést hud. stehem anatomických struktur k tříselnému vaz. Modifikací tohoto postupu existuje celá řada, kdy nebývá splněn princip tension - free a nebo implantací sítěky, která umožňuje splnění požadavku na tension – free plastiky.

Výhody: Otevřený přístup lze provést i bez celkové anestézie. Je to relativně jednoduchý výkon.

Nevýhody: Tato operace bez implantace sítěky nespĺňuje požadavky tension – free plastiky. Dále je tu náchylnost k recidivám bez tension – free plastiky.

Laparoskopická operace: Kdy přístupem z dutiny břišní se reponuje obsah kýly, odstraní se kýlní vak a extraperitoneálně se vkládá síťka. Laparoskopická operace splňuje obecně podmínku tension – free plastiky.

Výhoda: Tension - free plastika umožňuje rychlejší rekonvalescenci.

Nevýhoda: Je nutná celková anestézie a kapnoperitonea, což nemusí být vždy vhodné pro nemocného. Dále je ekonomicky dražší a operátor musí mít vyšší erudici.

Dnes jsou obecně trendem laparoskopické operace, kromě velkého objemu reponované kýly a uskřínuté kýly, kdy se provádí klasická operace. (4)

2.3.8 Prognóza onemocnění

U prognózy tohoto onemocnění obecně platí, že je velmi dobrá. Výjimku tvoří pouze inkarcerace kýly, kde již došlo k nekróze orgánu (zejména pokud jde o střevo). Tito nemocní jsou ohroženi infekčními komplikacemi. Dále má toto onemocnění horší prognózu u polymorbidních nemocných, kdy průběh a léčbu nemoci komplikují další choroby nemocného, např. diabetes mellitus, kdy se hůře hojí rány. V současnosti se provádí operace kýly u polymorbidních nemocných s vyšším operačním rizikem, zejména když jediná kontraindikace je pouze obecná kontraindikace (u pacientů schopných vitálních indikací).

Efektivně operace tříselné kýly, jinak u zdravé osoby má dobrou prognosu a dochází k plnému uzdravení.

Problém je u indikace s monstrózními kýlymi, ve většině případů se jedná o ventrální oblast, v tříselné oblasti jsou velmi raritní. U těchto kýl bývá někdy břišní stěna na tolik poškozená a neobsahuje dostatek materiálu k reparaci i přesto, kdy se na reparaci používají zpevňující sítky nemožné, kde se jedná o ojedinělé případy, řešení je individuální. Proto to může být také velký objem u monstrózní kýly relativní kontraindikací je, která u pacientů s poškozenou funkcí orgánů či břišní stěny, kdy po operaci může dojít k velkým komplikacím.

Některé studie uvádí až 20 % recidivu kýly po laparotomické operaci, což je horní extrém. Většinou bývá recidiva u okolo 10 %. Platí, že po laparoskopické operaci je nižší.

Toto onemocnění má standardní pooperační průběh jako u každé operace. Podávají se pravidelně analgetika a nemocný se brzy mobilizuje. Dále platí klidový režim u klasické operace tři měsíce, musí se vyvarovat větší námaze. U laparoskopické se tato doba snižuje. Pooperační průběh se zvláštní péčí vyžadují

jen nemocní, kteří mohou mít zanedbanou scrótální kýlu do absurdních rozměrů. Je to závažný výkon, repozice kýlního obsahu výrazně zvýší nitrobřišní tlak. Při zvýšeném nitrobřišním tlaku se druhotně zvýší tlak na bránici (oběhový rozvrat). Proto se musí provádět dechová rehabilitace, ale není výjimkou, že nemocný musí být napojen na ventilátor. (4)

2.3 Léčebný plán

Pan J. M. ročník 1928 byl přijat dne 19. 1. 2010 na chirurgické lůžkové oddělení k reparaci skrotální kýly.

2.4.1 Okolnosti přijetí

Pacient navštívil chirurgickou ambulanci dne 14. 12. 2009 a stěžoval si na rezistenci v oblasti levého třísla. Pacient byl vyšetřen lékařem a bylo provedeno CT vyšetření se zaměřením na oblast třísla, aby se vyloučila jiná příčina. Pacientovi byla doporučena operace scrótální kýly. Pan J. M. byl odeslán k obvodnímu lékaři, který zajistil předoperační vyšetření. Pacient byl objednan na 20. 1. 2010 na operační zákrok. 19.1 2010 byl přijat na lůžkové oddělení k sepsání chorobopisu a přípravě na výkon.

2.4.2 Údaje z lékařské anamnézy:

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na rakovinu CNS v 73 letech. Matka zemřela na karcinom tlustého střeva v 65 letech. Má synu a dceru, kteří jsou zdraví.

Osobní anamnéza: Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. Má incipientní (začínající) aortální stenózu, lehkou aortální regurgitaci, BHP (benigní hyperplazie prostaty), cystis renis v pravo, je 14 let léčený na Parkinsonovu chorobu. Sledovaná onemocnění neguje.

Operace: Stav po totální endoprotéze levé kyčle (2005) a stav po operaci scrótální kýly vpravo (2008).

Alergická anamnéza: Pacient neudává žádné alergie.

Abusus: Nekouří. Alkohol pije příležitostně.

Farmakologická anamnéza:

Tyto léky pacient bere pravidelně a dostával je po celou dobu své hospitalizace.

Ersilan 35mg 20 - 20 – 20 gtt.

ApoSeleg 5 mg 1 - 1 – 0 tbl.

Stalevo 150/37,5mg 1 - 1 – 1 tbl.

Avertin 16 mg 1 - 0 – 1 tbl.

Pracovní anamnéza: Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako zeměměřič.

Sociální anamnéza: žije se synem v rodinném domě.

2.4.3 Přítomný stav na chirurgickém oddělení

Pacient spolupracuje a je orientovaný. Zjistil asi před měsícem zvětšení levé strany šourku. Při palpačním vyšetření zjištěno vlevo elastické vyklenutí s poddajnou konsistencí, nebolestivé.

2.4.4 Diagnostické metody

Pacient byl vyšetřen palpačně chirurgem, také podstoupil CT vyšetření, které potvrdilo diagnosu.

Dále byl nemocný doporučen na předoperační vyšetření k praktickému lékaři. Předoperační vyšetření obsahovalo laboratorní vyšetření (glykémie, ionty, urea, kreatinin, jaterní testy, lipidy, biochemické vyšetření moče a sedimentu), dále interní vyšetření (včetně EKG a RTG srdce a plic) a také neurologické konzilium.

2.4.5 Průběh operačního zákroku

V celkové klidné intubační anestézii byl panu J. M. kýlní vak reponován do břišní dutiny a byla provedena plastika dle Bassiniho. Tuto plastiku operatér překryl sítkou, ve které nechal místo pro spermatický provazec. Do šourku a zároveň podkoží byl založen Redonův drén. Na závěr byla provedena sutura rány ve všech vrstvách. Výkon trval 60 minut. Výkon proběhl bez komplikací a větších krevních ztrát.

2.4.6 Souhrn ostatních terapeutických opatření

Převazy

První převaz operační rány byl proveden za 24 hodin po zákroku (21. 1. 2010). Rána byla zkontrolována, ošetřena Cutaseptem F a převázána sterilním krytím. Ve sběrné nádobce Redonova drénu bylo asi 10 ml serózního sekretu s příměsí krve.

22. 1. 2010 byla operační rána opět převázána, ošetřena Cutaseptem F, standardním sterilním krytím a byl odstraněn Redonův drén, který již neodváděl žádný sekret. Operační rána byla klidná.

Další převazy se sterilním krytím byly prováděny denně po dobu hospitalizace a 1. 2. 2010 byly z operační rány odstraněny stehy.

Dieta

Od začátku hospitalizace byla naordinována dieta č. 3 - racionální.

Medikace:

Ersilan 35mg 20 - 20 – 20 gtt.

IS: Vazodilatans

NÚ: Během léčby přípravkem Ersilan se může ojediněle vyskytnout pocit na zvracení, zvracení, bolest hlavy, úzkost, neklid, třes, nespavost, závratě, bušení srdce. (24)

ApoSeleg 5 mg 1 - 1 – 0 tbl.

IS: Antiparkinsonikum, inhibitor MAO-B.

NÚ: Během léčby se může objevit sucho v ústech, abnormální pohyby (dyskinesie), vertigo, poruchy spánku, zmatenost, halucinace, přechodné zvýšení ALT v séru, nauzea, agitovanost, bolesti hlavy, poruchy srdečního rytmu a hypotenze. (24)

Stalevo 150/37,5mg 1 - 1 – 1 tbl.

IS: Antiparkinsonikum, Inhibitor COMT + prekursor dopaminu + inhibitor DDCO

NÚ: Během léčby se může objevit sucho v ústech, abnormální pohyby (dyskinese), vertigo, poruchy spánku, zmatenost, halucinace, přechodné zvýšení ALT v séru, nauzea, agitovanost, bolesti hlavy, poruchy srdečního rytmu a hypotenze a ztráta chuti k jídlu, úbytek nebo přírůstek na váze, krvácení do střev, vředy. (24)

Avertin 16 mg 1 - 0 – 1 tbl

IS: Vazodilatans, derivát histaminu.

NÚ: Přípravek je obvykle dobře snášen, ojediněle dochází ke gastrointestinálním obtížím (nauzea, dyspepsie, vomitus, pyrosis, meteorismus, průjem), které obvykle odezní po redukci dávky či při dodržení doporučení užívat přípravek jen s jídlem nebo krátce po něm. Občas se může vyskytnout bolest hlavy, únava, parestesie, projevy idiosynkrazie, tremor nebo malátnost. Kožní projevy (například rash, urtica, pruritus, erytémy) jsou vzácné. (24)

Diazepam 5 mg 1 tbl 0 – 0 – 0 – 1

IS: Hypnotikum, sedativum

NÚ: Během podávání přípravku se může objevit spavost, únava, porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace, bolest hlavy, porucha zraku, porucha řeči, alergické kožní projevy (svědění, otok, začervenání), zažívací potíže (žaludeční tíže, bolesti v nadbřišku, zvracení, zácpa, průjem), žloutenka, poruchy krvetvorby, potíže při močení, snížení pohlavní žádostivosti. Při dlouhodobém podávání vzniká riziko lékové závislosti. (24)

Fraxiparin 0,6 ml s.c. v 18 hod.

IS: Antikoagulans, antitrombotikum.

NÚ: Během léčby se může objevit krvácivé projevy v různých místech, zvýšení transamináz (většinou přechodné), trombocytopenie, hypersenzitivní reakce (včetně angioedému a kožních reakcí), anafylaktoidní reakce, malé krevní

výrony v místě vpichu. V některých případech je možné pozorovat náhlé objevení pevných uzlíků, které však nejsou cystické struktury. (24)

Novalgín 5 ml + 100ml Fyziologického roztoku i. v. max. po 6 hod. 1-1-1-1, při bolesti

IS: Analgetikum, antipyretikum

NÚ: Občas se mohou po podání objevit izolované přechodné hypotenzní reakce a alergická reakce, které se projevují kožními a slizničními příznaky (jako jsou svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky), dyspnoí a méně často gastrointestinálními potížemi. Vzácně se může rozvinout leukopénie a velmi vzácně agranulocytóza nebo trombopénie. Typické příznaky agranulocytózy zahrnují zánětlivé změny sliznic (např. orofaryngeální, anorektální, genitální), bolest v krku, horečku (která přetrvává nebo se znovu objeví). Mezi typické příznaky trombopénie patří zvýšený sklon ke krvácení a výskyt petechií na kůži nebo slizničních membránách. (24)

Dipidolor 15 mg 2ml 1 amp. i. m. max. po 8 hod 1-1-1, při bolesti

IS: analgetikum opiátového typu

NÚ: Občas se mohou po podání objevit sedace a ospalost, nauzea, zvracení, zácpa, hypotenze. Zřídka byly pozorovány svědění a kožní erupce. Nelze vyloučit zvýšení tonu sfinkterů žlučového a pankreatického vývodu nebo močového měchýře, jak je obvyklé u opioidů. Ve vyšších dávkách a u senzitivních pacientů nebo při častějším podávání může dojít k respirační depresi. (24)

Plasmalyte 1000 ml i. v. na 8. hod. – infúze

Plasmalyte roztok je izotonický roztok elektrolytů.

NÚ: Během infuze nebo po infuzi Plasmalyte roztoku byly vzácně hlášeny následující nežádoucí účinky: Hypervolémie, tromboflebitida, žilní trombóza, horečka, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu, flebitida v místě vpichu, podráždění v místě vpichu, infekce v místě vpichu a extravazace. (24)

2.4.7 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat dne 19. 1. 2010 pro reparaci skrotální kýly vlevo. 20. 1. 2010 byla v celkové anestézii provedena reparace kýlního vaku do břišní dutiny. Výkon i pooperační průběh byl bez příhod. Převazy se sterilním krytím byly prováděny denně.

Pravidelně byly kontrolovány fyziologické funkce a sledován celkový příjem a výdej tekutin. Při propuštění 27. 1. 2010 byl pacient afebrilní, bez obtíží, sutura rány zhojena per primam a stehy byly extrahovány 1. 2. 2010.

Doporučení pro domácí péči bylo vyvarovat se fyzické námaze a dostavit se na kontrolu dne 1. 2. 2010.

3 Ošetrovatelská část

3.1 Úvod

Ošetrovatelský proces je metodický postup pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu je určení skutečných, nebo potenciálních problémů klienta a naplánování péče. Jedná se o cyklický proces, zahrnující pět složek s přesným pořadím, které se vzájemně prolínají a opakují.

Význam ošetrovatelského procesu spočívá především v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocného. Dále pacientovi umožňuje více ovlivňovat ošetrovatelskou péči, která je mu poskytována. (14, 17, 20)

Fáze procesu:

1. ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení nemocného

V této fázi ošetrovatelského procesu je cílem získat co nejvíce potřebných informací o pacientovi, které umožní zjistit pacientovi problémy a potřeby. Tyto i

2. stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza vyjadřuje ošetrovatelské problémy pacienta nebo potřeby, které stanoví sestra na základě anamnestických údajů. Ošetrovatelské diagnózy mohou být buď aktuální, které vyjadřují přítomný problém či potřebu, nebo potencionální, které vyjadřují zaměření ošetrovatelské péče na ohrožení nemocného případnými riziky nemoci.

3. plánování ošetrovatelské péče

Na základě ošetrovatelských diagnóz stanovuje sestra cíle ošetrovatelské péče, kterých by chtěla sestra dosáhnout, a naplánování ošetrovatelské péče.

4. provedení navržených opatření

V této fázi dochází k realizaci ošetrovatelského plánu, za účelem dosažení ošetrovatelských cílů, s aktivní účastí nemocného. Ošetrovatelský plán může být změněn podle aktuálního stavu pacienta.

5. hodnocení efektu poskytované péče

Vyhodnocení zahrnuje posouzení pacientovy reakce na ošetrovatelské intervence a splnění jednotlivých cílů, které byly stanoveny v ošetrovatelském plánu. Pokud cíle nebylo dosaženo, zhodnocení má sloužit jako podklad pro tvorbu nového ošetrovatelského plánu. (14, 17, 20)

3.2 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové

Model M. Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu. Zdravotní stav člověka může být funkční nebo dysfunkční. Model funkčního zdraví je odvozen z interakce člověka a prostředí a vyjadřuje jeho celkovou bio – psycho – sociální integritu.

Funkční vzorec zdraví je ovlivňován faktory biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními.

Pro dysfunkční vzorec sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy a vytvoří adekvátní plán ošetrovatelské péče.

Model M. Gordonové je považován za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Vyhovuje ošetrovatelské praxi při realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Podle tohoto modelu je možné kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav zdravého (primární prevence), tak i nemocného (sekundární a terciární prevence) člověka.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka, podle nich sestra získává potřebné informace. (15)

3. 2. 1 Obecná charakteristika jednotlivých oblastí

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Tato oblast zahrnuje to, jak klient vnímá svůj zdravotní stav a celkovou pohodu. Hodnotí, jak pečuje o své zdraví, jak zvládá rizika spojená se

svým zdravotním stavem a životním stylem. Zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu, jeho důležitost ve vztahu k současným aktivitám a plánům do budoucna.

2. Výživa a metabolismus

Sestra hodnotí způsob příjmu stravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Sleduje individuální návyky, denní dobu, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, dietní omezování, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů.

Hodnocení výživy zahrnuje i hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění, schopnost hojení ran. Zhodnocení stavu vlasů, nehtů, sliznic, chrupu, tělesné teploty, výšky a váhy.

3. Vylučování

Sestra sleduje vyměšovací funkce – hodnotí způsob vyprazdňování tlustého střeva a močového měchýře (pravidelnost, frekvence, konzistence exkretů, používání obvyklého postupu při vyprazdňování, používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování). Patří sem i sledování vylučovací funkce kůže (pocení).

4. Aktivita, cvičení

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase, způsob relaxace. Sestra zjišťuje denní životní aktivity (sebepečí, soběstačnost), jako je hygiena, vaření, stravování, úklid domácnosti, nákupy. Zjišťuje, co člověku brání v provozování aktivit, např. dušnost, kardiovaskulární choroba, neuromuskulární poruchy, ale i špatná životospráva, nedostatek času atd.

5. Spánek a odpočinek

Sestra hodnotí způsob spánku, odpočinku a relaxace. Sleduje individuální vnímání kvantity a kvality spánku.

6. Smyslové vnímání, poznávací funkce

Týká se hodnocení sluchu, zraku, chuti, čichu, hmatu a používání kompenzačních pomůcek. Patří sem také zhodnocení poznávacích (kognitivních) schopností jako je schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob vyjadřování, úroveň vědomí a mentálních funkcí. Dále pak zjištění, zda člověk netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Popisuje emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu (v oblasti tělesné, emocionální, poznávací i intelektové).

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Sestra sleduje, jak člověk funguje ve svých životních rolích a mezilidských vztazích. Zda plní z nich vyplývající povinnosti a závazky, jak zvládá tíhu odpovědnosti v současné životní situaci. Sestra zjišťuje soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti, osamělost, příslušnost k sociálním skupinám.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím, všímá si poruch těchto funkcí.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Nejdůležitější jsou velké životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkovou toleranci k zátěžím a jejich zvládnání. Sleduje individuální rezervy, způsoby zvládnání stresu, podporu rodiny a okolí. Všímá si, jak člověk vnímá vlastní schopnost řídit a zvládat mimořádnou zátěž i běžné situace.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, které ovlivňují nebo řídí jeho rozhodování. Patří sem vše, co jedinec vnímá jako důležité, včetně kvality života, prožívání konfliktů, očekávání a hodnot vztahujících se ke zdraví. Zahrnuje individuální přání týkající se potřeby náboženských služeb v průběhu hospitalizace.

12. Jiné

Do této oblasti je možné zařadit další důležité informace nebo problémy, které se týkají zdravotního stavu nebo životních událostí, které nelze zařadit do předchozích oblastí. (15)

3.3 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného podle Marjory Gordonové

Údaje k ošetřovatelské anamnéze jsem zjišťovala 4. den hospitalizace na chirurgickém oddělení rozhovorem s pacientem, s jeho synem a s ostatními členy zdravotnického týmu, pozorováním nemocného, ze zdravotnické dokumentace, pomocí měřících technik a použitím Modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacient byl lékařem plně informován o svém onemocnění a plánované léčbě. Pacient všemu rozuměl, protože tuto operaci scrótální kýly už prodělal, ale na pravé straně v roce 2008. Dále prodělal operaci totální endoprotézy levé kyčle v roce 2005. Nikdy nekouřil, alkohol pil příležitostně a kávu si dával 1x denně. Léčil se již 14 let na Parkinsonovu chorobu, léky bral doma pravidelně a docházel na pravidelné kontroly ke svému neurologovi.

Výživa a metabolismus

Pan J. M. se vždy snažil jíst, jak sám říká normálně. To znamená, že ovoce a zeleninu zařazuje do svého jídelníčku pravidelně, sám si je pěstuje a má je rád, dále se snaží moc nesolit si jídlo. Občas si dával typickou českou kuchyni. Má zubní protézu.

Nechutenstvím netrpí. Váží 80kg a měří 180 cm, BMI je 24,7 – normální váha. Má problém s příjmem tekutin ze sníženého pocitu žízně a také nechce tak, často chodit na WC. Dnes vypil málo, 800 ml čaje za den.

Kůže a rány se mu hojí dobře.

Vylučování

Pacient je plně kontinentní. Stolicí mívá jednou za dva dny. Občas trpívá zácpami. Vzniklou situaci doma řešil konzumací mléčných výrobků (kefír) nebo si vzal, pokud to nezabralo projímadlo. Pacient mívá časté nucení na močení, proto nechce moc pít.

Od 19. 1. má zavedený PMK, který odvedl 1500 ml moči za den. Moč je bez zápachu, viditelných příměsí, normální barvy. Dnes 22. 1. měl dopoledne i stolicí. Stolice je hnědé barvy, tuhé konzistence, bez viditelných příměsí.

Aktivita, cvičení

Pan J. M. byl před operací zcela soběstačný. Běžně samostatně vykonával denní aktivity (hygienu, stravování, domácí práce), domácnost udržuje syn a jeho rodina. Nyní po operaci se snaží soběstačně vykonávat veškerou sebepečí, omezuje ho bolest a špatná mobilita vzhledem k Parkinsonově nemoci. Volný čas tráví zahrádkařením, sledováním televize, procházkami a četbou.

U pana J. M. jsem pro posouzení soběstačnosti provedla Barthelův test základních všedních činností: Pacient má 70 bodů (65 – 95 bodů lehká závislost). Pacient je ohrožen rizikem pádu, protože při vyhodnocení rizik pádu získal 5 bodů. Dále jsem zhodnotila riziko vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové, 30 bodů: riziko vzniku dekubitů žádné.

Spánek, odpočinek

Doma spal pacient zhruba 8 hodin denně. Ráno se cítil odpočatý. Spí ve větrané, chladné místnosti, bere si dva polštáře. Byl zvyklý přes den chodit spát i po obědě, tak na 30 min až hodinu. Na oddělení ho v noci ruší hluk a nemůže usnout, proto si bere léky na spaní. Udává, že asi tak týden před hospitalizací spal neklidně, často se budil. Důvodem byla obava z operačního výkonu.

Vnímání, poznávání

Pacient je orientovaný místem, časem a osobou, dobře spolupracuje, odpovídá adekvátně. Při komunikaci jsem zjistila, že pacient má potíže se sluchem. Udává, že na pravé ucho slyší hůře. Na čtení nosí brýle, které mu nečiní žádné potíže. Doma ho pouze občas pobolívají záda, léky na bolest neužíval. Nyní pociťuje bolest operační rány.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacient je zvyklý spoléhat sám na sebe a rozhodovat sám. Je psychicky vyrovnaný, ale z operačního výkonu má obavy. Bojí se, že bude nutné v nemocnici zůstat delší dobu než týden, nebo že se prodlouží doba rekonvalescence. Říká, že se s Parkinsonovou chorobou vyrovnal již před lety, stejně jako jeho rodina. Přiznává, že mívá občas strach z budoucnosti.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan J. M. žije se synem a jeho rodinou v rodinném domě v menším městě u Prahy. Má dvě děti syna a dceru, které mají již vlastní rodiny. Vztahy mezi nimi jsou dobré, často se navštěvují a na roli dědečka je pan J. M. velmi pyšný. Má pár spolehlivých přátel z bývalého zaměstnání, s kterými se občas vídá.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Tato otázka mi vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nepřidala vhodná.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pan M. je svým založením extrovert a jak tvrdí, spíše optimista. Přesto, jak již je uvedeno, mívá občas chvilkové epizody úzkosti a strachu z budoucnosti, z plánované operace a možného pádu. Největší oporou mu je rodina, zejména syn. Při pocitu napětí se odreagovává prací na zahrádce.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan J. M. není věřící. Vyrůstal v ateistické rodině a nikdy do kostela nechodil. Z životních hodnot si váží nejvíce rodinného zázemí a přátelství. Věří, že jeho pobyt v nemocnici bude co nejkratší, a že se po krátké rekonvalescenci bude moci vrátit zpět ke svým povinnostem a zálibám.

3.4 Stanovení ošetřovatelských diagnóz na 4. den hospitalizace - 2. den po operaci

Níže uvedené ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila, po domluvě s pacientem, podle míry jejich důležitosti a zdravotního stavu pacienta. Diagnózy se vztahují ke druhému pooperačnímu dni na lůžkovém chirurgickém oddělení.

Souhrn aktuálních ošetřovatelských diagnóz:

1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku
2. Snížení mobility v důsledku pooperační bolesti a Parkinsonovy choroby
3. Porucha příjmu tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně
4. Porucha spánku z důvodu hluku, osvětlení a nedostatku soukromí.
5. Strach z možného pádu a pooperačních komplikací

Souhrn potencionálních ošetrovatelských diagnóz:

1. Riziko pádu z důvodu operace a Parkinsonovy choroby
2. Riziko vzniku tromboembolických komplikací z důvodu operačního výkonu.
3. Riziko vzniku infekce z důvodů zavedení periferní žilní kanyly, permanentního močového katétru, zavedení drénu a operační rány.

3.4.1 Ošetrovatelský plán - krátkodobý

1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

Cíl

- Pacientova bolest bude do půl hodiny od podání analgetik odstraněna nebo zmírněna na stupeň 3 či méně ve vizuální analogové škále bolesti.

Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Podávat dostatek informací o příčině vzniku bolesti a účinku analgetik.
- Sledovat bolest v pravidelných intervalech (každou hodinu).
- Podávat pravidelně a včas analgetika.
- Informovat lékaře při projevu nežádoucích účinků analgetik.
- Doporučit mu aktivity, které odvedou jeho pozornost od bolesti (sledování televize, čtení časopisu).

Realizace

U pacienta jsem v pravidelných intervalech (každou hodinu) sledovala intenzitu bolesti. K popsání intenzity bolesti jsme společně s pacientem používali stupnici bolesti uvedenou v analgetickém listě, který byl součástí ošetrovatelské dokumentace. Pacient udával přes den intenzitu bolesti do stupně 3. Jen v 11:00 zhodnotil svoji bolest jako střední a také v 16:00 došlo ke zvýšení intenzity bolesti na stupeň 6. K podávání analgetik se pacient postavil pozitivně, ale nechtěl by je užívat dlouhodobě. V 11:00 hod. jsem pacientovi tedy aplikovala 1 ampuli 5 ml Novalginu do 100 ml fyziologického roztoku i. v., dle ordinace lékaře. Kontrolní monitoring bolesti jsem provedla po třiceti minutách a pacient hodnotil intenzitu

bolesti na stupeň 2. Další dávku analgetika jsem podala panu J. M. také v 16:00 hod., kdy udával opět stupeň 6 bolesti. Podala jsem Dipidolor 1amp. 2 ml i. m. dle ordinace lékaře. Při mé kontrole za půl hodiny pacient udával také stupeň 2. Pacientovi jsem umožnila sledování televize a v odpoledních hodinách ho přišla navštívit rodina, což odvedlo pacientovu pozornost od bolesti. Údaje o hodnocení bolesti a podání analgetik jsem zaznamenávala do Analgetického listu. Nežádoucí účinky analgetik se neobjevily.

Vyhodnocení

Cíl byl splněn. Pacient pociťoval po celý den pouze mírné bolesti a při zhoršení bolesti se nám jí farmakologicky podařilo snížit do 30 minut.

2. Snížení mobility v důsledku pooperační bolesti a Parkinsonovy choroby

Cíl

- Pacient provede osobní hygienu ve sprše s dopomocí.
- Pacient se bude chodit po chodbě s doprovodem.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Zhodnotit úroveň soběstačnosti (Barthelův test).
- Zhodnotit riziko vzniku dekubitů (hodnocení podle Nortonové).
- Vysvětlit pacientovi nutnost pohybu a negativní důsledky imobilizace.
- Podpořit psychiku a sebevědomí nemocného.
- Pobízet ho k aktivitě a účasti na uspokojování jeho potřeb.
- Zajistit dohled a pomoc při hygieně ve sprše (podávat pomůcky a umýt dolní končetiny).
- Zajistit doprovod.
- Aktivně s pacientem rehabilitovat.
- Spolupracovat s fyzioterapeutem.

Realizace

U pacienta jsem provedla zhodnocení úrovně soběstačnosti pomocí Bartelova testu základních všedních činností, tzv. ADL (activities of daily living), 80 bodů: lehká závislost. Dále jsem zhodnotila riziko vzniku dekubitů podle rozšířené stupnice Nortonové, 30 bodů: riziko vzniku dekubitů žádné.

Pacienta jsem ráno doprovodila do sprchy, podávala jsem mu hyg. pomůcky a pomohla mu umýt dolní končetiny. Poskytla jsem mu dostatek času, aby mohl dokončit hygienu v celém rozsahu svých možností. Jídlo jsem mu servírovala na stůl na pokoji a vždy jsem ho doprovodila ke stolu. Pacienta jsem doprovodila na WC na stolicí. Nemocný měl zavedený PMK. Odpoledne jsem se s ním prošla po chodbě.

Vyhodnocení

Uspokojování potřeb denního života bylo zajišťováno spoluprací sestra – pacient. U nemocného převládá pocit pohodlí a spokojenosti z čistoty. V rámci lůžka se pacient pohybuje, udržuje aktivní polohu, aktivně rehabilituje. Osobní hygienu provádí ve sprše, s pomocí. Sám se nají a napije.

3. Porucha příjmu tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně

Cíl

- Pacient během 12 hod. vypije aspoň 1500 ml.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Získat informace od pacienta ohledně pitného režimu.
- Poučít pacienta o nutnosti dodržování pitného režimu.
- Sledovat při příjem a výdej tekutin pacienta, pokud vypije za dopoledne méně jak 800 ml podat infúzi dle ordinace lékaře.
- V pravidelných intervalech (každou hodinu) připomínat, aby se napil.

Realizace

Pacienta jsem poučila o nutnosti dodržování pitného režimu, aby vypil alespoň 800 ml za dopoledne. Sledovala jsem jeho příjem a výdej. Připomínala jsem mu pravidelně každou hodinu, aby se napil.

Vyhodnocení

Cíl nesplněn. Pacient vypil za dopoledne 400 ml čaje, i když chápal, že musí pít, nedokázal vypít tolik tekutin. Vůbec není zvyklý tolik pít, proto podána v 11:00 hod. infúze Plasmalyte 1000 ml na 8 hod. dle ošetřujícího lékaře. Celkový příjem: 1850 ml (infúze 1000 ml + 850 ml čaje) a výdej: 1500 ml.

4. Porucha spánku z důvodu hluku, osvětlení a nedostatku soukromí.

Cíl

- Pacient bude spát nepřerušovaně 6 hodin.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Zjistit rozhovorem, co nemocný pokládá za hlavní příčinu poruchy spánku.
- Vysvětlit pacientovi nutnost vyrušování z důvodu nutných výkonů např. sledování fyziologických funkcí, podávání noční medikace...
- Upravit lůžko do vhodné polohy.
- Vyvětrat pokoj.
- Zajistit umožnění rituálů při usínání a spánku.
- Podat dle ordinace lékaře hypnotikum, pokud je bude pacient vyžadovat.

Realizace

Nemocný uvedl, že mu nejvíce vadí ruch na chirurgickém oddělení. Znovu jsem mu vysvětlila příčinu hluku. Před spaním jsem pacientovi upravila lůžko a vyvětrala pokoj. Na žádost pacienta jsem podala dle ordinace lékaře hypnotikum Diazepam 5 mg 1 tbl. perorálně ve 22:00 hod.

Vyhodnocení

Kvalitu spánku se i přes uvedená opatření nepodařilo zcela zlepšit. Pacient spal pouze 4 hodiny bez přerušení.

5. Strach z možného pádu a pooperačních komplikací

Cíl

- Pacient bude mluvit o svém strachu.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Povídat si s pacientem o jeho strachu.
- Nechat mu prostor k vyjádření svých emocí.
- Umožnit pacientovi kontakt s příbuznými, aby měl pocit opory od nejbližších.

- Nabídnout pacientovi činnost, která odvede jeho pozornost od strachu.
- Pravidelný doprovod při chůzi.

Realizace

S pacientem jsem si promluvila a nechala ho vyjádřit příčinu jeho strachu, která spočívala v možnosti pádu a pooperačních komplikacích. Pacient již byl informován lékařem i fyzioterapeutem. Pana J.M. jsem pravidelně doprovázela. Žádné další informace nepožadoval. O svém strachu dokázal hovořit, připustil, že mu pomáhá zmírnit strach z pádu doprovod při chůzi. V odpoledních hodinách pana J. M. navštívila rodina, která mu odvedla pozornost. Před usnutím klient sledoval televizi, aby se nesoustředil pouze na svůj strach.

Vyhodnocení

Pan J. M. byl ochotný si povídat o svém strachu a uvedl si, že mu velice pomohl rozhovor s lékařem a také doprovod při chůzi.

Ošetrovatelské potencionální diagnózy:

1. riziko pádu z důvodu operace a Parkinsonovy choroby

Cíl

- Pacient nepadne.

Plán péče (ošetrovatelské intervence)

- Zjištění rizika pádu.
- Edukace pacienta ohledně rizika pádu a použití signalizace.
- Zajistit pravidelný doprovod nemocného.
- Kontrola fyziologických funkcí.

Realizace

Pacient užívá antiparkinsonika, používá hůl při chůzi a má zhoršený sluch. Z těchto důvodů jsem určila zvýšené riziko pádu. Pacienta jsem instruovala, že pokud by se potřeboval na WC či někam jít, tak ať použije signalizaci a já ho doprovodím. Kontrolu fyziologických funkcí jsem prováděla podle ordinace lékaře 3 x denně. Pacient měl v 8:30 hod. TK 110/70, TT 36,4°C, P 74, v 13:00 hod. 120/75, TT 36,5 °C, P 68, a v 17:30 hod. TK 120/75, TT 36,6 °C, P 76.

Vyhodnocení

Nedošlo k pádu pacienta.

2. Riziko vzniku infekce z důvodů zavedení periferní žilní kanyly, permanentního močového katétru, zavedení drénu a operační rány.

Cíl

- Včas rozpoznat známky infekce.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Kontrolovat denně invazivní vstupy.
- Sledovat okolí místo vpichu a končetinu.
- Zachovávat aseptické postupy při přípravě infuzních roztoků a intravenózní aplikaci léků.
- Při převazech dodržovat zásady sterility.
- Používat vhodný obvazový materiál a výměnu krytí provádět pravidelně podle typu.
- Sledovat celkové i místní známky infekce (teplota, zarudnutí).

Realizace

U pacienta jsem kontrolovala invazivní vstupy, jejich funkčnost, okolí místo vpichu a končetinu, ve které byla kanyla zavedena. Při přípravě infuzních roztoků a intravenózní aplikaci léků jsem postupovala přísně asepticky.

Ráno byl na periferní žilní kanylu přiložen Tegaderm (převaz PŽK se provádí dle standardu, výhoda neustálé vizuální kontroly). Redonův drén byl vytažen, při tom jsem postupovala přísně asepticky. Dále operační rána a místo po zavedení Redonova drénu byly ošetřeny Cutaseptem F a překryty sterilním krytím. U pacienta jsem měřila tělesnou teplotu a sledovala v pravidelných intervalech známky infekce.

Vyhodnocení

U pacienta se neobjevila infekce v místě zavedených invazivních vstupů.

3. Riziko vzniku tromboembolických komplikací z důvodu operačního výkonu.

Cíl

- Snížit riziko vzniku tromboembolických komplikací s pomocí cílených opatření.

- Včas zjistit příznaky tromboembolických komplikací.

Plán péče (ošetřovatelské intervence)

- Informovat pacienta o možnosti vzniku a projevech tromboembolické nemoci (bolest na hrudi, dušnost).
- Zajistit rehabilitaci a vertikalizaci pacienta.
- Kontrolovat bandáže obou dolních končetin a eventuálně je dle potřeby upravovat.
- Podávat dle ordinace lékaře antikoagulancia.
- Sledovat, zda nedojde ke krvácení.

Realizace

Pacienta jsem informovala o nutnosti rehabilitace a vertikalizace, jako prevence tromboembolické choroby. V dopoledních hodinách pacient rehabilitoval s fyzioterapeutkou. Odpoledne jsem se s pacientem několikrát prošla po chodbě. Dolní končetiny měl zabandážované. Podle ordinace lékaře jsem aplikovala Fraxiparin 0,6 ml v 18: hod. subkutánně. Sledovala jsem, zda nedošlo ke krvácení.

Vyhodnocení

U pacienta nedošlo ke vzniku tromboembolických komplikací a ke krvácení.

3.5 Dlouhodobý plán ošetřovatelské péče

5. den hospitalizace – 3. den po operaci

Ráno byl proveden převaz rány, operační rána klidná, překrytá sterilním krytím. Fyziologické funkce měl pan J. M. v normě, měřeny dle ordinace 3 x denně. Bolest tlumena analgetiky dle ordinace, po podání analgetik pocítil do půl hodiny úlevu od bolesti. Byla poskytována mírná dopomoc dle potřeby. Dopoledne pacient cvičil s fyzioterapeutem kondiční a dechovou rehabilitaci. Odpoledne se procházel po chodbě v doprovodu rodiny. V pravidelných intervalech mu bylo připomínáno, aby se napil. Pacientovi odváděl moč PMK.

Pacient měl celkový příjem tekutin: 1250 ml čaje + 200 ml infúze analgetik a výdej: 1300 ml.

6. den hospitalizace a 4. den po operaci

Byl proveden převaz rány, operační rána bez známek zánětu a bez sekrece. Operační rána byla ošetřena již jen Opsitem – tekutým obvazem. Fyziologické funkce byly měřeny dle ordinace 2 x denně (v 8:00 hod. TK 120/80, TT 36,5°C, P 65 a v 17:00 hod. TK 115/75, TT 36,6°C, P 72). Byl vytažen periferní žilní katétr a permanentní močový katétr. Dále bylo ukončeno měření výdeje tekutin, byl sledován jen příjem tekutin. Pacient již pil dostatečné množství tekutin. Byla poskytována pomoc dle potřeby a byl doprovázen pravidelně na WC. Dopoledne cvičil s fyzioterapeutem kondiční a dechovou rehabilitaci.

7. den hospitalizace a 5. den po operaci

Ráno byly provedeny kontrolní odběry: KO, ionty, celková bílkovina, glykemie – laboratorní nálezy v normě. Dále byl proveden převaz rány, operační rána klidná. Fyziologické funkce měl pan J. M. v normě, měřeny dle ordinace 2 x denně. Pacient se snažil již bez doprovodu chodit na WC. Byla poskytována jen mírná pomoc při hygieně.

8. den hospitalizace a 6. den po operaci

27. 1. 2010 byl pacient propuštěn domů. Během hospitalizace nedošlo k pádu a k jiným komplikacím. Doporučení bylo, aby dodržoval klidový režim, nedělal žádnou namáhavou práci, nezvedal těžká břemena a aby přišel 3. 2. 2010 na kontrolu a vytažení stehů.

3. 6 Psychologická a sociální část

Prožívání nemoci se liší podle toho, zda se jedná o chorobu akutní či chronickou, zda je postiženo např. ústrojí pohybové, smyslové, dýchací, zažívací, kardiovaskulární a podobně. Významnou roli hraje, jakým způsobem je nemoc léčena (dieta, klidem, ozařováním, operací, rehabilitací). Dále existují věkové rozdíly v prožívání nemoci, které vyžadují specifiku v přístupu k pacientovi.

Při chirurgických zákrocích je přirozeným jevem strach, který vyplývá z obav, jak operace dopadne nebo zda nenastane komplikace. Je to tzv. anticipační

strach. Tento strach lze redukovat dostatkem informací, tlumením bolesti a poskytnutím pomoci (22,23).

Již při zjišťování informací do ošetřovatelské anamnézy bylo možné poznat, že pan J. M. patří mezi pacienty, se kterými se velmi dobře spolupracuje. Byl otevřený, ochotně odpovídal na kladené otázky.

O svém onemocnění a nutnosti chirurgické léčby byl pacient informován již v ambulanci. Uvedl, že s ním dlouze hovořil chirurg, který s ním probral postup operačního zákroku a pooperační léčbu. I přes dostatek informací pan J. M. pociťoval strach a úzkost z nadcházejícího výkonu a z rizika pádu. Udával, že asi tak týden má problémy se spánkem. Večer špatně usínal a během noci se několikrát vzbudil. Vnímal také nervozitu a špatnou schopnost soustředění se na práci. Hlavní příčinou jeho strachu a úzkosti byla obava, že dojde ke vzniku komplikací.

V průběhu hospitalizace pacient dodržoval doporučení zdravotnického personálu, dobře spolupracoval, snažil se být soběstačný. Největší překážkou pro něj bylo dodržování pitného režimu, ale během hospitalizace postupně začal dodržovat pitný režim. V těchto dnech mu byla velkou oporou rodina, zejména pak syn, který za pacientem denně docházel.

Po stabilizaci stavu a vymizení bolesti se mu nálada výrazně zlepšila. Za celou dobu hospitalizace pan J. M. neprojevoval známky rezignace ani apatie. Dle mého názoru se s nemocí vyrovnal dobře. Velmi si váží rodinného zázemí, uvědomuje si, že právě dobré rodinné vztahy napomáhají k jeho zdárnému uzdravení.

Domácí prostředí pacienta je ideální, jak sám říká, protože žije v malém městě blízko Prahy společně se synem a jeho rodinou. Vždy když je potřeba, tak mu pomáhají. Je zde k dispozici plná občanská vybavenost.

Pacient má velmi silné sociální zázemí v rodině, která ho podporuje při léčbě a každý den ho navštěvuje. Rodina nemoc přijala velmi starostlivě a snaží se být všestranně nápomocná.

3. 8 Edukace nemocného

Informovanost pacientů je stále aktuálním problémem ve zdravotnické praxi. V důsledku nedostatečné informovanosti může dojít k různým reakcím, jako je strach, úzkost, nepřiměřené chování a podobně. Cílem edukace je předat nemocnému potřebné informace, umožnit mu pochopit podstatu onemocnění a její příčiny. Podpořit pacienta, pomoci mu zvládnout strach, úzkost a zvládnout jeho vlastní roli v péči o jeho zdraví je neméně důležitým cílem.

Edukace je nezbytnou součástí léčby všech nemocných. Do edukace je zapotřebí zapojit nejen pacienta, ale pokud možno i jeho rodinu. Je nutné je získat vhodnou motivaci k tomu, aby se sami stali aktivním činitelem léčebného procesu. Při edukaci je nutno přihlížet k individualitě každého nemocného, neboť výsledek edukace velmi závisí na aktivním přístupu a spolupráci pacienta. Důležité je informace pacientovi opakovat, prohlubovat a aktualizovat.

Pan J. M. byl edukován chirurgem, který mu podal základní informace o povaze jeho nemoci, základních režimových opatřeních a postupu operačního výkonu. Pacient ví, že nemá zvedat těžká břemena, dále dodržovat klidový režim (přiměřenou fyzickou zátěž), byl poučen také, o tom že ránu si může ošetřovat tekutým obvazem – Opsite spray, má jít na kontrolu po propuštění ke svému praktickému lékaři a přijít na vytažení stehů.

Při rozhovoru s pacientem v den jeho propuštění do domácího ošetřování jsem zjistila, že má dostatek informací o svém onemocnění a následné léčbě na urologické ambulanci. Cílenými dotazy jsem kontrolovala upevnění jeho znalostí o ošetřování operační rány a informací o možných rizicích sníženého příjmu tekutin.

Edukace tohoto nemocného nebyla obtížná. Má dostatek informací. Také je patrná velká podpora od jeho syna.

3. 10 Prognóza nemocného

Operační výkon, pooperační průběh i rehabilitace pana J. M. proběhly bez komplikací. Pokud bude pacient dodržovat nadále veškerá lékařská doporučení (vyvarovat se velké námaze tři měsíce, navštívit urologickou ambulanci). Z dlouhodobého hlediska vidím problém hlavně v jeho Parkinsonově chorobě.

4. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie u pacienta po operaci scrótální kýly. V klinické části této práce jsem popsala anatomii tříselné krajiny a šourku, obecnou charakteristiku a patofyziologii kýl, jejich klinický obraz a diagnostiku. Dále jsem charakterizovala pak následnou chirurgickou léčbu s možnými komplikacemi a obecnou prognózu základního onemocnění.

V ošetrovatelské části jsem užila metodu ošetrovatelského procesu podle Modelu funkčního zdraví Marjory Gordon. Po sepsání této ošetrovatelské anamnézy a bližšího poznání nemocného jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy, cíle, kterých bych společně s nemocným chtěla dosáhnout a sepsala plán ošetrovatelské péče. S nemocným se dobře spolupracovalo, byl patrný jeho zájem o co nejrychlejší uzdravení. Společně se nám podařilo splnit některé stanovené cíle nebo se k nim alespoň přiblížit. Nemocného nejvíce sužovala bolest, která se dala dobře ovlivnit analgetiky, a snížená mobilita, při které potřeboval nemocný mírnou pomoc a doprovod.

Pacient odcházel domů v dobré duševní pohodě, byl velmi optimisticky a pozitivně naladěný. Pan J. M. byl bez bolesti, operační rána byla zhojena per primam, a podařilo se eliminovat veškerá rizika vzniku potencionálních ošetrovatelských diagnóz.

Seznam zkratk

BMI – body mass index

CT – počítačová tomografie

EKG – elektrokardiograf

IS – Indikační skupina

KO – krevní obraz

NÚ – nežádoucí účinky

P – pulz

P+V – příjem a výdej

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

Seznam odborné literatury

1. ČIHÁK, R. *Anatomie 1*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 352 – 356 s. ISBN 978-80-7169-970-5
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 278 – 286 s. ISBN 80-247-0143-X
3. ŠEDÝ, J. *Chirurgická anatomie hernií*. Praha: Triton, 2007. 16 - 68 s. ISBN 978-80-7254-923-8
4. MICHALSKÝ R., PAFKO P. a SATINSKÝ I. *Operační léčení tříselné kýly*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2000. 17 - 34s. ISBN 80-7169-971-3
5. HOCH J., LEFFLER, J. a kolektiv *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf, 2001. 53 s. ISBN 80-85912-44-9.
6. MICHALSKÝ, R. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, 2008. 6 s. ISBN 978-80-7248-465-2.
7. LICHTENSTEIN, I. L. *Plastika kýly – nové směry*. Jinočany: H+H, 1994. 18-116 s. ISBN 80-85787-70-9.
8. Way L.W, a kolektiv. *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2. díl*, Grada Publishing, a.s., 1998. 887 – 901 s.
9. DOENGES, M. E. A MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: GRADA, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
10. JUŘENÍKOVÁ, P. a HŮSKOVÁ, J. a TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství, učební text pro IV.ročník středních zdravotních škol*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000. 8 s.
11. KOZIEROVÁ, B. a ERBOVÁ, G. a OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995 ISBN 80-217-0528-0
12. KOZIEROVÁ, B. a ERBOVÁ, G. a OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
14. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 32 s. ISBN 80 – 246 – 1091 - 4

15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1399-3
16. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 99 s. ISBN 80-247-1211-3
17. RICHARDS, A. a EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 323 s. ISBN 80-247-0932-5
18. ROKYTA, R. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-8586-64-55
19. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: NCO NZO, 2004. 66 s. ISBN 80-7031-283-3.
20. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
21. VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1
23. ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M. ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 94 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2068 - 5
24. *Zdravotnické noviny (ZDN)* [online]. 4.1.1999 [cit. 2010-06-28]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/sluzby/databaze-leciv>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská dokumentace Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1.
Lékařské fakulty Karlova Universita v Praze

Příloha č. 2: Měřicí škály – Barthelův test, Riziko vzniku dekubitů podle stupnice
Nortonové, Riziko vzniku pádu z Ústřední vojenské nemocnice

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové							Součet bodů	
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
úplná 3	<10 4	normal 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4
částečně omezená 3	<30 3	alergie 3	DM TT 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečně občas 3	občas 3
velmi omezená 2	<60 2	vlhká 2	anemie kachexie 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	omezená 2	převážně moč 2
žádná 1	>60 1	suchá 1	trombóza, obezita karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leži 1	velmi omezená 2	moč, stolice 1
							žádná 1	

Součet bodů 30

Riziko malnutrice			
	0 bodů	1 bod	2 body
BMI	> 20.5	18,5 - 20,5	< 18,5
Nechténé zhubnutí v posledních 3 měsících a dále hubne	< 3 kg	3 - 6 kg	> 6 kg
Celkový denní příjem stravy, % obvyklého množství	> 3/4	> 1/4 - 3/4	0 - 1/4

2 body a více: informuj lékaře a kontaktuj NT

Riziko ICHS	
Rizikové faktory	1 bod
Kuřák	ANO
Zvýšený cholesterol	ANO
BMI	nad 30
Hypertenze	ANO
Diabetes mellitus	ANO

0 bodů
NE - víc jak 6 měsíců od poslední cigarety

Riziko pádu		
Aktivita	Body	Body
Pohyb	Neomezený 0	Smyslové poruchy 0
	Používá pomůcku 1	Vizuální, sluchové, smyslový deficit 1
	Potřebuje pomoc k pohybu 1	Orientován 0
	Neschopen přesunu 0	Mentální status 1
	Nevyžaduje pomoc 0	Občasná/noční desorientace 1
	V anamnéze nykturie/inkontinence 1	Historie desorientace/demence 1
	Vyžaduje pomoc 1	Věk 0
	Neužívá rizikové léky 0	18 - 75 1
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny 1	75 a výše 1

3 body a více: postupuj dle ošetřovatelského standardu č. G2

Barthel test základních všedních činností	
Činnost	Bod
Příjem potravy a tekutin samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10
Oblékání samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	5
Koupaní samostatně nebo s pomoci neprovede	5
Osobní hygiena samostatně nebo s pomoci neprovede	5
Kontinence moči plně kontinentní občas inkontinentní	10
Kontinence stolice plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10
Použití WC samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	5
Přesun na lůžko - židli samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15
Chůze po rovině samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku neprovede	10
Chůze po schodech samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	5

Součet: 70

0 - 60 informuj lékaře a kontaktuj fyzioterapeuta a ergoterapeuta
60 - 100 postupuj dle RO - standard F1 - 6

Riziko pádu	
Aktivita	Body
Smyslové poruchy	0
Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Orientován	0
Mentální status	1
Občasná/noční desorientace	1
Historie desorientace/demence	1
Věk	0
18 - 75	1
75 a výše	1
Pád v anamnéze	1

Celkem 5

3 body a více: postupuj dle oš. standardu č. E3.

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení : J.M.
Věk : 82. let
Vyznání : ateista
Povolání : důchodce
Národnost : ČR
Osoba, kterou lze kontaktovat : žena
Oslovení : Pan. J.M.

Datum přijetí : 19.1.16
Hlavní důvod přijetí : operace skrotální kýly vlevo
Datum a kam propuštěn : 27.1.16 DIMISE

- Lékařská diagnóza:
1. Skrotální kýla vlevo
 2. Benigni hyperplazie prostaty
 3. Parkinsonova choroba
 4. Aortální regurgitace a stenóza

Jak je nemocný informován o své diagnóze? Dostatečně, v' širě

Osobní anamnéza : Malincipetní stenózu levou aortální regurgitací, BPP, systol. vlnis. vpravo, se 40. let. ležem na parkinsonovu chorobu. 10. operaci v' roce 2007 skrotální kýly vlevo

Rodinná anamnéza : otec zemřel v 70 letech na rakovinu chrb., matka v 65 letech na karcinom hl. střeva

Vyšetření : CT vyšetření, p'au. odběry

Terapie : Ensilon 35mg 20-20-20 gdl, Apo Seleco 5mg 1-1-0 dcl, Stalevo 150, 137, 15mg 1-1-1 dcl, Platinolín 10mg 1-0-1 dcl, Enaxamin 0,6 mg 1-0-1 (b. d.), Plasmalyte 400 ml i.v., 2x 2 e.p.a. m. 5. mag. 0-0-0-1

Důležité informace o stavu nemocného : Pac. se po operaci 2. den. Na parkinsonovu chorobu

Alergie :
jídlo Ne Ano pokud ano, které.....
Léky Ne Ano pokud ano, které.....
Jiné Ne Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : 0

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) Orientovaným místem,
a se m. a osobou. Spokojeně, klidně, pocituse. Strach
z. příslu. a možných komplikací.

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)
..... Žije se 85. nem. a jeho rod. nav. v rod. nemoc. domě

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? kvůli zveřejnění kýly v
krušce.
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? Asi kvůli prostě.
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? Ne.
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? Doufám, že vše
slápně dobře.
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? Musí to být, než se vyč. bal.
jinde.
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? Nevím.
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? Není nikdo na
ně závislý. S Synem.
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? Syn, dcera.
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? Chodí mě na
kš. v. v. v.
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? Syn, dcera,
vnoučka.
11. Co děláte rád ve volném čase? Čtu, procházím se, přeč.
na 2. m. na dě. sledová. n. tv.
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? Doufám, že ano.

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pocítujete bolest nebo něco nepříjemného? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *čeli' mě oper. na'na*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *občas mě boleli. Jdaa.*
- Na čem je bolest závislá? *Na pohyb.*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? *sem v úlevové poloze (mene mě to boli')*
- Došlo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *Podat včas léky na bolest*

Hodnocení sestry: *Pacient si říká o analgetika, pokud se bolest nesnese teina.*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *Nemohu v noci usnout, často se budím.*
- Měl jste potíže i doma? Ano Ne
- Usínáte obvykle těžko? Ano Ne
- Budíte se příliš brzy? Ano Ne
pokud ano, upřesněte... *jen když v nemocnici*
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *Pobyt v nemocnici.*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *Spím ve vyetnane, chladné místnosti, a na noc si beru 2 polštáře*
- Berete doma léky na spaní? Ano Ne
pokud ano, které.....
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *30min až 1h*

Hodnocení sestry: *J kdúz... pa e: dostal hypnotika, porad se v noci... budila. spát ne spal.*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano Ne
- Potřebujete pomoc při umytí? Ano Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?.....
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: *Pac. všude doma zvládl sám, v nemocnici po operaci potřebuje dopomoc*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *špatně se mi chodí, neudržíím občas rovnováhu.*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *špatná stabilita*
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *lékař i sestry 1. den po operaci*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?..... *Ano, musí.*

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?..... *na očích!*

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?..... *Prosím ostatní, aby mluvili víc na hlas*

Hodnocení sestry: *Pacient špatně udržel stabilitu občas. Typická chůze. Hůlce slouží na první vchoz*

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa?
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

Ano Ne

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ne

- pokud vyšší (o kolik?).....
- Pokud nižší (o kolik?).....

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ne

- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ne

- Co obvykle jíte? *Snadím se, jíst ovoce, zeleninu, mám ráda bystrou českou kuchyni.*
- Je něco, co nejíte? *Asi nic neexistuje, sním vše.*
- Pokud ano, co a proč?.....

- Máte zvláštní dietu? Ne

- Pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ne

- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ne

- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Hodnocení sestry: *Pacient v této oblasti nemá žádný problém.*

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té doby, co jste onemocněl?

Zvýšil snížil nezměnil

- Co rád pijete?

vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje

- Co nepijete rád? *limonády*

- Kolik tekutin denně vypijete? *asi tak 1,6*

- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ne

Hodnocení sestry: *Pacient má nízký příjem tekutin -> málo pije. Nutný dohled nad pitným režimem.*

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? jednou za 24 hodin
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? Asi ráno
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to? Mléčné výrobky
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte. Musím často na WC (časné močení na močení)
Jak jste je zvládal/a? Nene píšu, abych nemusel tak často chodit na WC
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? Když m' zavedli PMK
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? Musím jít do urologické ambulance
Hodnocení sestry: Pacient má nyní zavedeny PMK. ~~Stolice~~ mel 22.1. - dnes máno

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
- 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?
- Hodnocení sestry: Pac. neudává žádné obtíže.

- V jakém bytě žijete? Vodi nede domě
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? Ani ne
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? Musím si že ne.

Hodnocení sestry: Yeho hodina ho pusuvala - navštěvuje. Po propuštění si ho uvezde sgn.

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

<u>Snadno odpovídá</u>	Odpovídá váhavě
<u>Neptá se</u>	Mlčenlivý
<u>Hovorný</u>	Spolupracuje
<u>Úzkostlivý</u>	Vyděšený
<u>Nejistý</u>	Nedůvěřivý
<u>Rozzlobený</u>	Smutný
<u>Rychle chápe</u>	Pomalů chápe
<u>Nechápavý</u>	<u>Aktivní</u>
<u>Prizpůsobivý</u>	Nepřizpůsobivý
<u>Psychicky stabilní</u>	Psychicky labilní
<u>Dobře se ovládá</u>	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

- 4. den hospitalizace - 7. den po operaci
- sledovat krvácení a bolest - známky infekce
- podávat analgetika pravidelně
- doprovod při chůzi - parkinsonova choroba
- dopomoct při hygieně
- provádět vertikalizaci a rehabilitaci
- Sledovat PTU
- při poměnat pac. pití.
- Na zavedení PTK a PTK.

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: Pac. má na levé straně vzhled oper. rány

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
Pokud ano, co děláte?

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení?
Pokud ano, upřesněte?

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? Ano Ne
TV:

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? Ano Ne
Doprovodit mě k televizi

Hodnocení sestry: Pacient chce občas doprovázet ka. TV na sídelnu

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte?

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte?

Hodnocení sestry: Vzhledem ke stavu pac. mi nepříslu hodně se ptát

Různé

- Jakou školu jste ukončil? Ano Ne
Střední technická škola

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte?

- Jak velká je Vaše rodina? Ano Ne
Ma' syna dceru pak 5 vnoučat.
- S kým společně žijete? Ano Ne
Se synem a jeho rodinou
- Kdo se o Vás může postarat? Ano Ne
Syn a dcera

- V jakém bytě žijete? Vhodí nedejme domě
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? Ani ne...
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? Musím si
že ne.

Hodnocení sestry: Yeho hodina ho píše, dále navštěvuje.
Po propuštění si ho uvezde sgn.

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

<u>Snadno odpovídá</u>	Odpovídá váhavě
<u>Neptá se</u>	Mlčenlivý
<u>Hovorný</u>	<u>Spolupracuje</u>
<u>Úzkostlivý</u>	Vyděšený
<u>Nejistý</u>	Nedůvěřivý
<u>Rozzlobený</u>	Smutný
<u>Rychle chápe</u>	Pomalu chápe
<u>Nechápavý</u>	<u>Aktivní</u>
<u>Přizpůsobivý</u>	Nepřizpůsobivý
<u>Psychicky stabilní</u>	Psychicky labilní
<u>Dobře se ovládá</u>	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

4. den hospitalizace - 2. den po operaci
- sledovat krvácení a bolest zvláště in sekce
- podávat analgetika pravidelně
- doprovod při chůzi - parkinsonova choroba
- dopomoct při hygieně
- provádět ventilizační a rehabilitační
- sledovat Ptu
- Při pomíchat Pac. pít:
- Na zavedení Ptk a Ptk.

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutej péče	Podpis sestry
1.	akútna bolesť z dôvodu organ. výskonu	Pacientova bolesť bude do 30 minút odstránená, nebudú žiadne vedľajšie účinky. Boli by sme v starostlivosti intenzívnej bolesti.	Podávať dostatočnú dávku o príčinnú príčinu bolesti s účinku analgetik. Sledovať bolesť v praxi intenzívne. Podávať viac a praxi analgetik. Inkomfort lekárne pri praxi nezároveň účinné analgetik.	Cieľ dosiahnutý. Pac. pociťoval po 30 minútach miernu bolesť a po 2 hodinách bolesti sa nahli. Podávajú sme nahli. Podávajú sme nahli do 30 min.	
2.	Smi ženi mobilizácia v dôsledku poop. bolesti a fyz. choroby	Pac. praxi vede osob. hygieny v sepe s deponáci.	Zaistiť dohľad deponáci deponáci. Akútnu nehabilitáciu. Znovu nájsť spôsob bolesti a vizuálne vyhodnotiť.	Osobní hygieny v praxi, sálm s deponáci.	
3.	Rozmnoženie pľúcneho tkaniva z dôvodu smi ženiho pociťu žižne	Pac. vspie se během 12h a spoň 150ml	Získat inkomfort obľahčie pít. režim v. Pociťu žižne o vlnosti do 20 minút. Sledovať pítv a pítv pítv. Načarbo se uapil.	Cieľ nespĺnený. Pac. vspie 12h 150 ml.	

