



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Eva Martincová

Ošetrovatelská péče o dítě s diagnózou
Morbus Hirschsprung

NURSING CARE FOR A CHILD WITH
HIRSCHPRUNG'S DISEASE

Bakalářská práce

Praha 2014

Autor práce: Eva Martinová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejšková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3.LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Lucie Poš**

Pracoviště odborného konzultanta: FN v Motole, Klinika dětské chirurgie

Datum a rok obhajoby: červen 2014

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. Prohlašuji, že tištěná verze bakalářské práce je totožná s elektronickou verzí nahranou ve studijním informačním systému.

V Praze dne 25.5. 2014

Eva Martincová

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Renatě Vytejškové za rady a vedení práce a stejným dílem i odborné konzultantce MUDr. Lucii Poš za odborné rady a připomínky.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
I. KLINICKÁ ČÁST	7
I. ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA	7
2. HIRSCHSPRUNGOVA CHOROBA	9
2.1 Klasifikace.....	9
2.2 Etiologie a patogeneze.....	10
2.3 Klinické projevy.....	11
2.4 Diagnostika	11
Rektální manometrie.....	11
Irigografie.....	11
Histologická diagnostika.....	12
2.5 Terapie.....	13
2.6 Pooperační komplikace.....	15
2.7 Prognóza	15
KAZUISTIKA	16
1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	16
2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA (PŘI PŘIJETÍ PACIENTA DO NEMOCNICE).....	16
3. LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA	18
4. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	18
5. FARMAKOTERAPIE KE DNI 28.9. 2013.....	30
II. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	32
1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	33
<i>Ošetřovatelský proces v pediatrii</i>	34
2. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL.....	34
.....	35
<i>Model péče dle Marjory Gordonové</i>	35
3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA K 2. DNI HOSPITALIZACE DLE M. GORDONOVÉ.....	36
4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY STANOVENÉ NA DEN 28.9. 2013 (PO VÝKONU)	40
<i>Přehled aktuálních diagnóz:</i>	40
<i>Přehled potencionálních diagnóz:</i>	40
5. KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE NA DEN 28.9. 2013	41
1. <i>Akutní bolest z důvodu pooperačního stavu</i>	41
2. <i>Riziko selhávání životních funkcí z důvodu výkonu v celkové anestezii</i>	42
3. <i>Riziko krvácení z operační rány</i>	43
4. <i>Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů</i>	44
5. <i>Riziko aspirace žaludečního obsahu z důvodu doznívající anestézie</i>	46
6. <i>Riziko pádu z důvodu celkové slabosti a užívání rizikové skupiny léků (Sedativa, Opiáty)</i>	47
6. DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	48
1. <i>Bolest</i>	48
2. <i>Riziko vzniku infekce</i>	49
3. <i>Riziko krvácení</i>	49
4. <i>Péče o operační rány</i>	49
5. <i>Defekace</i>	50
6. <i>Výživa</i>	50
7. <i>Pravidelné kontroly po propuštění</i>	51
7. EDUKACE.....	51
8. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	53

ZÁVĚR [NA NOVÉ STRÁNCE].....	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ:.....	54
SEZNAM ZKRATEK.....	56
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	57

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je seznámení čtenáře s velmi zajímavou diagnózou Morbus Hirschsprung, která je zaměřena na teorii související s tématem a dále bude zpracována případová studie třináctiměsíčního chlapce s Hirschsprungovou chorobou a založenou stomií, který podstoupil definitivní operaci dle Swensona.

Pracuji jako všeobecná sestra na Klinice dětské chirurgie Fakultní nemocnice v Motole, která se na tento druh operací specializuje.

Onemocnění dítěte, jeho hospitalizace a následná péče bývá velkým zásahem do života jak dítěte, tak jeho rodiny. Rodina je nucena přehodnotit priority a mnohdy i způsob života. Role sestry je velmi důležitá nejen během pobytu v nemocnici, ale také pro následnou domácí péči. Především sestra musí správně vysvětlit a přímo naučit rodiče péči o operované dítě.

Problémem pacientů s touto diagnózou bývá zhoršené začlenění do společnosti, protože se ne vždy dosáhne potřebná funkce anorekta a výsledkem bývá nedostatečná kontinence stolice na hranici inkontinence.

I. KLINICKÁ ČÁST

1. Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo je posledním oddílem trávicí trubice. Má větší průsvit než tenké střevo. Jeho stěna má typická vyklenutí (**výpuky**, **haustra**), podélnou svalovinu soustředěnou do tří úzkých pruhů a množství serosních přívěšků, vyplněných podle stavu výživy různými množstvími tuku.

Sliznice je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků, je rozbrázděna v jemné krypty a obsahuje velké množství lymfatických uzlíků. Povrch střeva je kryt peritoneem, s výjimkou dorsálních ploch vzestupného a sestupného tračnicku, které nasedají na zadní stěnu břišní. Také dolní část rekta je kryta adventicií.

Tlusté střevo začíná jako vakovité **slepé střevo**, do něhož ústí ve štěrbinovité chlopni ileum. Na vnitřním okraji céka odstupuje **červovitý přívěsek**, klinicky velmi důležitý. Má variabilní délku i polohy (nejčastější je poloha subcékální, kdy směřuje appendix pod slepé střevo, vzácnější je poloha pelvická, kdy appendix směřuje do malé pánve a poloha retrocékální, kdy je uložen za cékem dorzálně).

Pokračováním céka je vzestupný tračník, přisedlý zadní plochou na zadní stěnu břišní a přicházející zprava zpod jater přes sestupnou část duodena doleva ke slezině. **Příčný tračník** má podobu U nebo V a je zavěšen před kličky tenkého střeva, takže často zasahuje až do malé pánve. V levém ohbí přechází do **sestupného tračnicku**, který je opět přirostlý na zadní stěnu břišní a v oblasti levé jámy kyčelní přechází do **esovité kličky**. Ta má opět širší závěs, je proto volně pohyblivá, má různý tvar a délku a přibližně nad promontoriem se stáčí kaudálně a přechází v **konečník**.

Rectum je uloženo v prohlubni kosti křížové a kolem kostrče se otáčí dorsokaudálně k povrchu těla, na který vyúsťuje řitním otvorem. Na rektu

rozlišujeme horní prostorný oddíl a dolní zúžený anální kanál, na jehož horním okraji je ostrý přechod cylindrického a mnohvrstevnatého dlaždicového epitelu. V **análním kanálu** je bohaté podslizniční vazivo s hojnými žilními pleteněmi, klinicky důležitými při jejich zvětšení. Anální kanál má významný svěrač hladký a zevně od něj příčně pruhovaný.

Funkčně je tlusté střevo významné tím, že se v něm dokončuje zpracování potravy do podoby stolice. Konečník je klinicky významný pro možnost optického vyšetřování. (ČIHÁK, 2002)

2. Hirschsprungova choroba

Hirschsprungova choroba (H.ch.) je vrozená **střevní aganglionóza**, při které zcela chybí gangliové buňky v určitém úseku stěny střevní.

Pasáž přes takto postižený úsek střeva je možná jen pasivním potlačením střevního obsahu zvýšeným úsilím zdravého střeva nad aganglionárním úsekem. Aganglionární úsek střeva je v trvalém stažení, neurogenní sfinkteroachalázii a není schopen relaxace a posunu obsahu střeva. Zvýšené úsilí této části střeva vede nejprve k jeho hypertrofii, postupně dochází k jeho dilataci a hromadění střevního obsahu, vzniká **megakolon**. Střevní průchodnost je zhoršena, vzniká subileózní až ileózní stav.

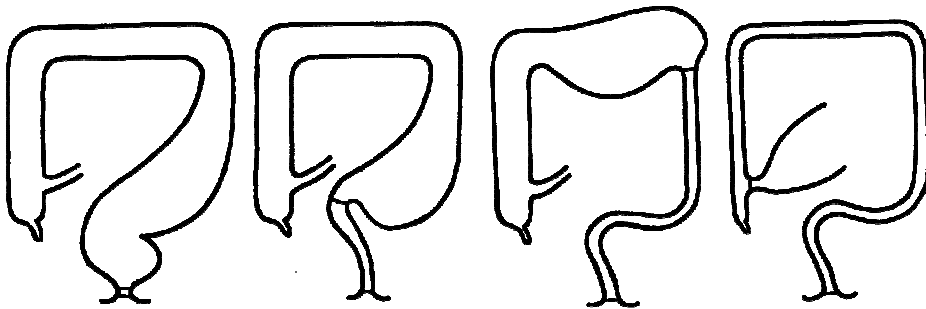
Choroba je pojmenována po dánském pediatrovi německého původu **dr. Harald Hirschsprungovi**, který ji původně nazval vrozeným megakolon. Nemoc prezentoval v r. 1886 na sjezdu Německé společnosti pro dětské lékařství v Berlíně na případu dvou kojenců, kteří zemřeli ve věku 8 a 11 měsíců na těžkou střevní obstrukci s dilatací.

V Londýně v roce 1898 provedl sir Frederick Treves první operaci dítěte pro diagnózu Hirschsprungovy choroby, u šestiletého dítěte abdominoperineálně resekoval aborální kolon a rektum s anastomózou orálního kolonu na anální obvod. (HOLSCHNEIDER, 2000)

2.1 Klasifikace

Podle délky aganglionárního úseku hovoříme o následujících formách H.ch.:

- **ultrakrátká**, nízká s 1-3 cm dlouhým aganglionárním úsekem ve stěně rekta, včetně aganglionárního vnitřního análního svěrače;
- **klasická** nebo-li **rektosigmoideální** s aganglionárním úsekem ve stěně rekta a distální částí kolon sigmoideum;
- **dlouhá** s aganglionárním úsekem ve stěně rekta, sigmoidea, kolon descendens a polovině colon transversum;
- **aganglionóza celého kolon**, včetně postižení krátké části tenkého střeva. Zde aganglionární úsek přesahuje přes polovinu colon transversum orálně.“ (ŠNAJDAUF et.al., 2005, s. 195)
- **excesivní aganglionóza** s postižením celého tlustého střeva a velké části střeva tenkého
- **totální intestinální aganglionóza** je extrémně vzácná forma H.ch. kdy jsou gangliové buňky prokázány pouze v žaludku, ostatní části trávicí trubice jsou aganglionární (KIMURA et.al., 2008)



Obr. č. 1: Formy Hirschsprungovy choroby. A – ultrakrátká, nízká; B – klasická, rektosigmoideální; C – dlouhá; D – aganglionóza celého kolon, včetně části tenkého střeva

2.2 Etiologie a patogeneze

„Etiologie H.ch. není známá. Patogeneticky se předpokládají: porucha migrace gangliových buněk z nervové lišty, ischémie, škodlivé podněty v období embryogeneze a genetické faktory. Dědičnost u H.ch. je polygenního typu. U klasické formy nepřesahuje 5 %. Pro děti postižených rodičů je riziko získání H.ch. 1 %. Riziko se však zvyšuje úměrně s délkou postiženého úseku střeva. Genetický výskyt (autosomálně dominantní s neúplnou penetrací) přichází u některých chromosomálních anomálií nebo syndromů.“ (ŠNAJDAUF et.al., 2005, s. 195)

2.3 Klinické projevy

Klinický obraz závisí na věku dítěte a délce aganglionárního úseku. Většina (více než 95 %) klasické rektosigmoideální formy H.ch. se manifestuje již v novorozeneckém nebo časném kojeneckém období obrazem neúplné střevní neprůchodnosti. Obtíže začínají kolem druhého dne po narození, kdy novorozenec odmítá pít, má vzedmuté břicho a zvrací žaludeční obsah s příměsí žluči. Smolka neodchází v řádných porcích, ale umazává se na plenu v malých množstvích a její odchod přetrvává i po 48 hodinách.

2.4 Diagnostika

Podstatné pro stanovení diagnózy jsou anamnéza a klinický průběh, radiologická diagnostika a histologické vyšetření svaloviny submukózy nebo svaloviny střevní stěny s průkazem chybění gangliových buněk.

Rektální manometrie

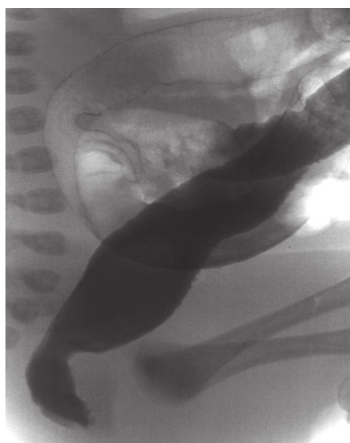
Vyšetření se používá k vyšetření činnosti análních svěračů a vyšetření citlivosti konečníku. Do konečníku je zaveden tenký katetr, který obdobně jako katetr při manometrii jícnu obsahuje několik otvorů, které snímají tlakové změny. Po zavedení katetru je pacient vyzván k sevření svěračů, k zatlačení na stolicí. Vyšetřující lékař hodnotí funkci análních svěračů. Současně se vyšetřuje citlivost

konečníku, sleduje se rektosfinkterický inhibiční reflex, kdy lékař postupně a zvolna nafukujena balónek na konci katetru, čímž imituje stolicí v konečníku.

Irigografie

Rentgenové kontrastní vyšetření tlustého střeva. Po vyčištění tlustého střeva očistnými klysmaty se podá konečníkem u starších dětí baryová kontrastní látka, u novorozenců izoionická vodná kontrastní látka. Součástí vyšetření je kontrolní snímek po 24 hodinách od kontrastního vyšetření.

Při diagnóze Morbus Hirschsprung vytváří kontrastní látka typický nálevkovitý přechod dilatované části tračníku do spastické části rekta. Rovněž přetrvávání kontrastní látky v převážné části tlustého střeva podporuje diagnózu H.ch. (ŠKÁBA-ROUSKOVÁ, 1995)



Obr. č. 2: typický irigografický

Histologická diagnostika

Rektální slizniční biopsie

Indikuje se pouze u těch pacientů, u nichž irigografické nebo manometrické vyšetření budí podezření na H.ch. Otevřená biopsie sliznice a svaloviny rekta již vyžaduje celkovou anestezii pacienta. V případě chybění gangliových buněk, hypertrofie nervů a zvýšené aktivity tkáňové cholinesterázy (*Imunohistochemické vyšetření*) je stanovena diagnóza H.ch. a dítě indikujeme k následné operaci.

Peroperační biopsie

K určení hranice mezi aganglionárním a plně inervovaným střevem při resekci je možné během 15 minut získat průkaz NADH-tetrazolium reduktázy pro rychlé a kontrastní znázornění gangliových buněk. (ŠNAJDAUF et.al., 2005)

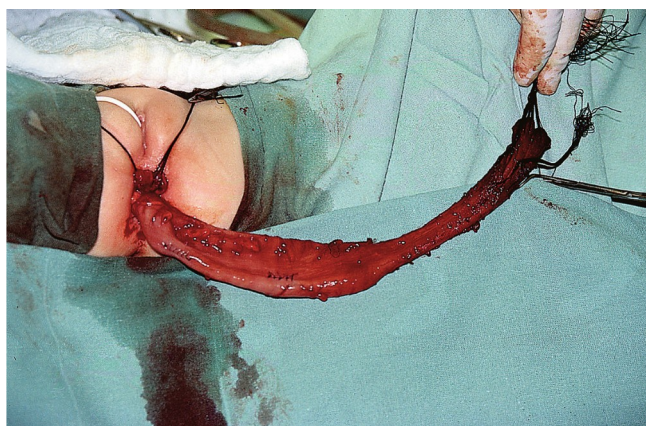
2.5 Terapie

Jediným řešením Hirschsprungovy choroby je v současnosti chirurgická léčba. Skládá se ze dvou částí - *přípravné a radikální*. Přípravná fáze může být konzervativní (podávání klyzmat) nebo je založena dočasná stomie. U pacientů s klasickou formou H.ch. zakládáme kolostomii ve zdravé části střeva. Aganglionární část střeva je resekována a rektální pahýl je slepě uzavřen. U pacientů s totální aganglionózou kolon případně excesivní formou H.ch. je založena ileostomie.

Radikální část znamená definitivní operaci, kdy se provádí některá z kolorektoplastik podle rozsahu postižení.

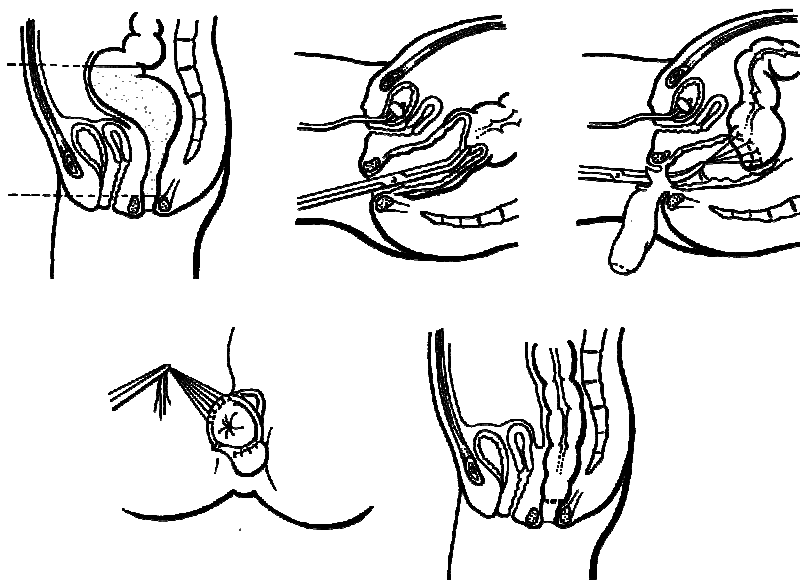
U nás se nejčastěji provádějí tyto typy operací:

- ***Sfinkteromyektomie podle Lynna*** – u ultrakrátkého segmentu Hirschsprungovy choroby. Jde o excizi jedné třetiny obvodu vnitřního svěrače anorekta ve výšce 1 cm nad dentální linií. Odebraný preparát se posílá na histologické vyšetření.
- ***Transanální resekce (TAR)*** – radikální operace, kdy se transanálně odstraní celá část aganglionárního střeva. Součástí operace je vytětí třetiny obvodu vnitřního svěrače a dále se pokračuje v pararektálním prostoru až je dosaženo zdravého střeva. Po excizi aganglionární části střeva je vyšita anastomóza jednotlivými vstřebatelnými stehy. Tento typ operace někdy vyžaduje přídatnou laparotomii k uvolnění závěsu střeva u delších forem H.ch.



Obr. č. 3: Transanální resekce aganglionárního úseku u klasické formy H.ch.

•**Kolorektoplastika dle Swensona** – nejprve je z laparotomie provedena resekce rektosigmoidea orálně až do plně ganglionárního úseku kolon. Postupně se uvolnění rektum distálně až k pánevnímu dnu a je evertováno skrze anální otvor. Následuje stažení ganglionárního kolon před anální otvor a vytvoření koloanorektální anastomózy. Anastomóza je poté reponována zpět do malé. Operace je doplněná o důslednou sfinkteromyektomii alespoň třetiny obvodu vnitřního análního svěrače. (LEEuwEN, 2000)



Obr. č. 4: Swensonova operace pro Hirschsprungovu chorobu. A, B - resekce rektosigmoidea orálně v plně ganglionárním úseku kolon. Postupně uvolnění rekta distálně až k pánevnímu dnu a jeho everze skrze anální otvor; C, D - stažení ganglionárního kolon před anální otvor a vytvoření koloanorektální anastomózy; E - repozice anastomózy zpět do malé pánve

U všech těchto operací se před výkonem provádí vyčistění střeva v celkové anestezii. Po vyprázdnění pacienta a uložení do vlastní polohy podle druhu operace začíná vlastní výkon.

2.6 Pooperační komplikace

Zpravidla nepřesahují 10%. Nejčastější pooperační komplikací je dehiscence anastomózy a pánevní absces s následnou strikturou rekta. Enterokolitida a chronická zácpa se pak vyskytuje až u 40% pacientů. (ŠKÁBA-ŠIMSOVÁ, 2002)

2.7 Prognóza

Pokud je diagnóza stanovena včas, je při odpovídající léčbě příznivá. Prognóza je také ovlivněna výskytem přidružených onemocnění. Dlouhodobé výsledky léčby pacientů s H.ch. publikované Klinikou dětské chirurgie ve FN Motol ukazují, že 50 % pacientů je zcela bez obtíží, mají pravidelně denně stolici, rozlišují její kvalitu a nemají žádné zdravotní obtíže související s H.ch. Druhá polovina pacientů udává občasné obtíže ve smyslu umazávání stolice (43%), zácpy (14%) a průjmů (10%).

Kazuistika

1. Základní údaje o pacientovi

Pohlaví : chlapec

Věk : 13 měsíců

Národnost : česká

Bydliště : Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat : matka, otec

Datum přijetí: 27. 9. 2013

Délka hospitalizace : 13 dní

2. Lékařská anamnéza (při přijetí pacienta do nemocnice)

Následující informace jsou převzaty ze zdravotnické dokumentace.

Osobní anamnéza:

Chlapec z I. fyziologické gravidity, porod spontánní záhlavím, odtek plodové vody 3 hodiny před porodem, čirá, pupečník kolem krčku. Porodní váha 3240 g, délka 47 cm.

Apgar score: 9 – 10 – 10 b., Zralost 39 + 2 gt. Bezprostřední adaptace bez komplikací.

Ve stáří 33 hod. stále neodešla smolka a začíná zvracet po malých množstvích nazelenalý obsah, břicho nad niveau. Proveden rentgen (RTG) břicha, ultrazvuk (UZ) břicha, zavedena nasogastrická sonda (NGS) do žaludku, zajištěna periferní žilní kanyla (PŽK), pro podezření na neprůchodnost gastrointestinálního traktu (GIT) přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP) novorozenců FNHK. Po zavedení rektální rourky odešlo minimum smolky.

3. den se u dítěte rozvinul ileózní stav s dilatací tlustého střeva, který odezněl spontánně po irrigografickém vyšetření. Dále byla provedena rektální manometrie, která vyloučila Hirschsprungovu nemoc pro přítomný rektosfinkterický inhibiční reflex. Potní test byl negativní. Stav byl uzavřen jako přechodná porucha vyprazdňování u novorozence.

Do 7. měsíce byl pacient kojen, defekace byla v normě, dále po přechodu na příkrmy začala těžká obstipace, stolice neodchází ani po rektální rource (RR).

V 10. měsíci nepije již ani mléko, zvrací. Břicho vzedmuté, s rýsujícími se střevními kličkami, hůře prohmatné. UZ a RTG břicha – extrémně dilatovaný tračník. Po vyprázdnění stolice klyzmaty provedeno irrigografické vyšetření, kdy nad kličkou sigmatu dilatace tlustého střeva, ve které zůstává kontrastní látka i 24 hodin od aplikace.

Po stanovení Dg. Morbus Hirschsprung předán do další specializované péče ve FN Motol v Praze. Provedena excize z rekta, dle histologického vyšetření potvrzena diagnóza, pro nepřítomnost gangliocytů. Pacient indikován k založení stomie. Operace proběhla bez komplikací, pooperační průběh klidný. Stomie odvádí, pasáž volná, p.o. toleruje.

Operace: Sigmoidostomie 6/2013

Rodinná anamnéza:

Matka: roč. 86 - zdráva,

Otec: roč. 80 – VVV srdce,

jeho bratr: st. p. op. pylorostenózy v kojeneckém věku

Matka matky: roztroušená skleróza

Sourozenci: 0

Sociální anamnéza:

Rodina úplná.

Farmakologická anamnéza:

Vigantol 1 gtt, Aktiferrin 2 x 17 gtt, Lacidofil 1 cps denně

Alergie: nezjištěna

Nynější onemocnění:

Pacient s Dg. Morbus Hirschsprung, se založenou kolostomií, přijat do FN Motol k plánované operaci dle Swensona.

Stav při přijetí:

Tělesná hmotnost 10 kg, výška 75 cm, krevní tlak (TK) 100/50, puls (P) 100/min, dech (D) 30/min, tělesná teplota (TT) 36,5 °C. Při vědomí, klidný, v celkově dobrém stavu, bez projevů bolesti. Bez iktetu a cyanosy.

Kůže: dobře hydratovaná, čistá, bez defektů a vyrážky

Hlava: bez patologických změn, zornice izokorické, oči, uši, nos bez výtoku

Hrudník: bez známek deformit, symetrický, dýchání čisté, sklípkové bilaterálně, srdeční akce pravidelná.

Břicho: peristaltika je přiměřená, břicho měkké, nebolestivé, játra a slezina nezvětšeny. Kolostomie – odvádí, kůže bez zarudnutí

Anus: vytvořen v obvyklé lokalizaci, klidný, bez opruzení

Páteř: pohledem je bez patologických změn, hybnost bez omezení

Končetiny: bez otoků a deformit, v normálním postavení

Genitál: fyziologický, varlata ve skrotu

3. Lékařská diagnóza

M. Hirschsprung classique Q431

4. Průběh hospitalizace

27. 9. 2013 (1. den hospitalizace)

V 10.30 pacient přišel z ambulance a byl přijat na standardní oddělení dětské chirurgie k plánované operaci dle Swensona. Lékař u chlapce s matkou odebral lékařskou anamnézu, provedl fyzikální vyšetření a změřil fyziologické funkce. Pacient byl afebrilní, bez známek bolesti. Rodiče podepsali informované souhlasy. Předoperační odběry a pediatrické vyšetření byly provedeny u praktického lékaře. Výsledky přinesla matka s sebou k příjmu do nemocnice. V den příjmu bylo provedeno anesteziologické konzilium a odběry krve do krevní banky, kde byla k operaci objednána jedna jednotka erymasy do rezervy.

K obědu dostal chlapec poslední jídlo. V 15.00 zahájena předoperační rychlopříprava. V poloze v polosedě byla chlapci zavedena nasogastrická sonda a do ní bylo během 20 minut bylo vpraveno 200 ml rychlopřípraveného roztoku, následovala 20 minut pauza a během 1,5 hodiny aplikováno dalších 800 ml roztoku. Do stomie byla zavedena rektální rourka. Dále již pacient lačnil, pil pouze čaj. Ve 20.00 dostal premedikaci Diazepam, ½ tbl. 5 mg per os.

28. 9. 2013 (2. den hospitalizace, operační den)

V 5.00 dostal pacient Dithiaden ½ tbl. 2,5 mg per os. Premedikaci zapil posledním čajem. V 7.30 podána premedikace Midazolam inj. 2 mg p.o. V 8.00 pacient odjel na sál a podstoupil operační výkon v celkové anestezii.

Operační protokol:

Pacient se v celkové anestezii podrobil operaci dle Swensona. Nejprve byl v poloze na břiše transanálně uvolněn slepý pahýl rekta, byla vytnuta část vnitřního svěrače a byla připravena přední stěna anorekta k anokolické anastomóze. Po obratu pacienta na záda byl z laparotomie uvolněn a sklerotizován sestupný tračník a provedena excize stomie. Poté bylo staženo slepě zašitého kolon do análního kanálu. Po oplachu malé pánve byla uzavřena dutina břišní ve vrstvách včetně sutury místa stomie. Dokončení anokolické anastomózy jednotlivými stehy Vicryl 3,0. Provedena drenáž análního kanálu a malé pánve vlnkovým pararektálním drénem. Na anus aplikován framykoin, mastný tyl, vlhký obklad a sterilní krytí.

Po operaci byl pacient umístěn na JIP dětské chirurgie, v 11 hod.

Invazivní vstupy: centrální žilní katetr (CŽK), 2 x PŽK - levá horní končetina (LHK) – předloktí a pravá horní končetina (PHK) – předloktí, permanentní močový katetr (PMK), NGS, epidurální katetr, pararektální drén.

Fyziologické funkce po přijetí na JIP: Dále se monitorovaly fyziologické funkce (viz. tabulka č. 1) a vědomí po 15 min (4x), po 30 min (4x) a po 1 h (4x).

Ordinace po přijetí na JIP: klid na lůžku. Zvlhčený vzduch, při saturaci pod 93 % O₂ volně. NGS svěšená, při vytažení znovu nezavádět. Bilance tekutin.

Enterální výživa:

Nic per os.

Infúze:

Plasmalyte kontinuálně, rychlost 70 ml/ hod

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Epidurální analgesie:

0,5 % Bupivacain 20 ml, Sufenta 10 ug, 1/1 FR 20 ml,

rychlost: 1 ml/hod, max. 1 ml/hod

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Perfalgan inj. 100 mg i.v. na 15 min po 6 h

Novalgín inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min (min. interval 6 h)

Sedativa dle potřeby:

Chloralhydrát 10 ml sol. do NGS a na 20 min zavřít (min. interval 6h)

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h) - podáno v 11.50, 19.15 hod

Další medikace:

Dicynone inj. ¼ amp. i.v. po 8h (14 – 22 – 06 h)

Helicid inj. 5 mg i.v. po 12 h v 10 ml FR 1/1 na 10 min. (čas: 8 – 20 hod)

Péče o zadeček:

2 x denně nebo po každé stolici sprcha s Betadinovým mýdlem, FR, Framykoin, mastný tyl. NIC PER RECTUM! (nepodávat léky per rektum, neužívat rektální rourku, neměřit teplotu v rektu atd.).

Laboratorní vyšetření: krevní obraz (KO) + diferenciál, C-reaktivní protein (CRP), ASTRUP, biochemické vyšetření (výsledky vyšetření viz. tabulka č. 2, 3, 4) ve 14 hod.

Fyziologické funkce byly celý den stabilní, po příjezdu ze sálu probíhalo měření funkcí dle usu, dále po 3 hodinách. Pacient byl afebrilní, bez známek krvácení, FLACC 0 – 4. Epidurální analgésie v kombinaci s doplňující analgesií byla účinná, bez poruchy cití a hybnosti končetin. Invazivní vstupy kontrolovány, místa vpichů byla bez známek zánětu.

Převaz rány v okolí konečníku v 18 hodin z důvodu prosáknutí růžovým hlenem. Rána byla omyta tampony namočenými betadinovým mýdlem naředěným sterilní vodou a osušena sterilními čtverci. Rána byla následně kryta mastným tylem s Framykoinem a vrstvou sterilních čtverců fixovaných k pokožce dvěma náplastmi do kříže.

29. 9. 2013 (1. pooperační den)

Fyziologické funkce byly nadále stabilní. Pacient byl afebrilní, bez známek krvácení, FLACC 0 – 4.

Kontrolní **laboratorní vyšetření:** ASTRUP, biochemické vyšetření, KO a CRP (výsledky viz. tabulka č. 2, 3, 4).

Místo vpichu CŽK, PŽK a epidurálního katetru jsme sterilně převázali. Na CŽK jsme nasadili filtry (Qsyte), které jsme dle zvyklosti oddělení také sterilně kryli. Místa vpichů byla suchá, čistá, bez známek zánětu nebo krvácení. Epidurální analgesie v kombinaci s doplňující analgesií byla účinná, bez poruchy cití a hybnosti končetin.

Permanentní močový katétr byl funkční, diuréza jsme měřili pravidelně po třech hodinách.

Převazy byly prováděny dle ordinace lékaře 2x denně a vždy po každé stolici, ve večerních hodinách z důvodu prosáknutí růžovým hlenem a odchod malého množství tuhé stolice. Převaz byl proveden dle zvyklosti oddělení.

Větry odcházely celý den hojně, břicho bylo měkké, stolice 1x. Večer proběhlo kontrolní vážení 10,4 kg.

Enterální výživa:

Nic per os.

Infúze:

do 10.00 hod Plasmalyte kontinuálně, rychlost 70 ml/ hod

Parenterální výživa:

od 10 do 9.30 hod (r: 27,7 ml/ h)

10 % Glukosa 300 ml

5 % Glukosa 200 ml

+ 10% NaCl 16 ml

+ 7,5 % KCl 20 ml

+ 10% Ca gluk. 10 ml
+ 10 % MgSO₄ 2 ml,
+ 8,7% Na HCO₄ 2 ml,
+ 10 % Primene 100 ml

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Epidurální analgesie:

0,5 % Bupivacain 20 ml, Sufenta 10 ug, 1/1 FR 20 ml,
rychlost: 1 ml/hod, max. 1 ml/hod

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Perfalgan inj. 100 mg i.v. na 15 min po 6 h

Novalgin inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min (min. interval 6 h)

Sedativa dle potřeby:

Chloralhydrát 10 ml sol. do NGS a na 20 min zavřít (min. interval 6h)

– podáno v 16 hod

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h) - podáno v 15 hod

Další medikace:

Dicynone inj. ¼ amp. i.v. po 8h (14 – 22 – 06 h), dále **EX**

Helicid inj. 5 mg i.v. po 12 h v 10 ml FR 1/1 na 10 min. (čas: 8 – 20 hod)

30. 9. 2013 (2. poperační den)

Fyziologické funkce byly celý den stabilní, byly měřeny po třech hodinách, byl afebrilní, bez známek krvácení. FLACC 0 – 4. Během dne se začala postupně snižovat epidurální analgezie, bylo nutno pouze 2x přidat analgetikum a to v ranních a večerních hodinách s příznivým efektem. Snižování epidurální analgezie snášel chlapec dobře. Výměna filtru a analgetické směsi pro epidurální anestézii

byla prováděna každých 24 hodin dle zvyklosti oddělení, bez komplikací. Místo vpichu CŽK a epidurálního katétru bylo bez známek zánětu a bez sekrece. Výměna filtru a analgetické směsi pro epidurální anestézii byla prováděna každých 24 hodin dle zvyklosti oddělení. Permanentní močový katétr byl funkční, odváděl čistou moč bez příměsí. Diuréza byla měřena pravidelně po třech hodinách. Zrušena nasogastrická sonda.

Ve večerních hodinách byl chlapec za pomoci matky kompletně omyt, matka byla edukována sestrou v převazu rány, který za dohledu a asistenci sestry bez obtíží zvládla. Na obvazu bylo pouze malé množství stolice, rána byla klidná, bez známek krvácení. Odstraněn pararektální drén. Větry odcházely bez obtíží, břicho bylo měkké, stolice 5x kašovitá, bez příměsí. Po koupeli proběhlo kontrolní měření hmotnosti – 10450 g.

Enterální výživa:

Nic per os.

Parenterální výživa:

od 10 do 9.30 hod (r: 27,7 ml/h)

10 % Glukosa 300 ml

5 % Glukosa 200 ml

+ 10% NaCl 16 ml

+ 7,5 % KCl 20 ml

+ 10% Ca gluk. 10 ml

+ 10 % MgSO₄ 2 ml,

+ 8,7% Na HCO₄ 2 ml,

+ 10 % Primene 100 ml

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Epidurální analgesie:

0,5 % Bupivacain 20 ml, Sufenta 10 ug, 1/1 FR 20 ml,

rychlost: 1 ml/hod, max. 1 ml/hod

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Perfalgan inj. 100 mg i.v. na 15 min po 6 h

Novalgin inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min (min. interval 6 h)

Sedativa dle potřeby:

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h) - podáno ve 20.45 hod

Další medikace:

Helicid inj. 5 mg i.v. po 12 h v 10 ml FR 1/1 na 10 min. (čas: 8 – 20 hod)

1. 10. 2013 (3. pooperační den)

Fyziologické funkce byly celý den stabilní, byly měřeny po šesti hodinách, pacient byl afebrilní. Zrušen žilní katetr pro neprůchodnost (hřbet levé ruky). Proběhl převaz CŽK a výměna filtrů dle zvyklosti oddělení, místo vpichu bylo bez známek zánětu, klidné, čisté. V 8:00 lékař odstranil epidurální katetr, místo vpichu bylo sterilně kryto, bez známek zánětu a sekrece. Chlapci byla rozepsána pravidelně intravenózní analgetika a další doplňující intravenózní i perorální analgezie. Během dne dosahovala škála FLACC až 5 bodů, vždy po podání analgetik se bolest dle užití škály snížila. Permanentní močový katetr byl funkční, odváděl čistou moč bez příměsí. Diuréza byla měřena pravidelně po šesti hodinách.

Ve večerních hodinách byl chlapec za pomoci matky kompletně omyt. Operační rány bez sekrece, rána v okolí konečníku byla klidná, bez známek krvácení. Větry odcházely bez obtíží, břicho bylo měkké, stolice 6x kašovitá, bez příměsí. Po koupeli proběhlo kontrolní měření hmotnosti – 10460 g.

Enterální výživa:

Nic per os.

Parenterální výživa:

od 10 do 9.30 hod (r: 27,7 ml/h)

10 % Glukosa 300 ml

5 % Glukosa 200 ml

+ 10% NaCl 16 ml

+ 7,5 % KCl 20 ml

+ 10% Ca gluk. 10 ml

+ 10 % MgSO₄ 2 ml,

+ 8,7% Na HCO₄ 2 ml,

+ 10 % Primene 100 ml

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Epidurální analgesie:

EX

Analgezie:

Perfalgan inj. 100 mg i.v. na 15 min po 6 h (8 – 14 – 20 – 2)

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Novalgín inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min (min. interval 6 h)

- podáno v 9.45, 17.30

Sedativa dle potřeby:

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h) – podáno ve 23.00

Další medikace:

Helicid inj. 5 mg i.v. po 12 h v 10 ml FR 1/1 na 10 min. (čas: 8 – 20 hod)

2. 10. 2013 (4. pooperační dne)

Zahájen příjem per os, chlapec začal pít čaj po lžičkách. Vše proběhlo bez obtíží, pití toleroval, nezvracel. Rychlost podávání parenterální výživy byla beze změn. Matka byla klidná, více se zapojovala do péče o syna. Hmotnost večer 10,5 kg.

Enterální výživa:

čaj po lžičkách

Parenterální výživa:

od 20.00 do 10.00 hod (r: 27,7 ml/h), dále EX

10 % Glukosa 300 ml

5 % Glukosa 200 ml

+ 10% NaCl 16 ml

+ 7,5 % KCl 20 ml

+ 10% Ca gluk. 10 ml

+ 10 % MgSO₄ 2 ml,

+ 8,7 % Na HCO₄ 2 ml,

+ 10 % Primene 100 ml

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Analgezie:

Paralen susp p.o. 120 mg (minimální interval 6 hod) - (8 – 14 – 20 – 2)

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Novalgin inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min (min. interval 6 h)

- podáno v 9.30

Sedativa dle potřeby:

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h)

Další medikace:

Helicid inj. 5 mg i.v. po 12 h v 10 ml FR 1/1 na 10 min. (čas: 8 – 20 hod),
dále EX

3. 10. 2013 (5. pooperační den)

Lékař rozhodl o překladi chlapce na standardní oddělení menších dětí (0-3 let).

Fyziologické funkce byly celý den stabilní, byly měřeny po osmi hodinách, pacient byl afebrilní, FLACC 0. CŽK funkční, proveden převaz a výměna filtrů dle zvyklosti oddělení, místo vpichu bylo bez známek zánětu, klidné, čisté. Výměna žilního katetru pro neprůchodnost (hřbet pravé ruky).

V dopoledních hodinách byla ukončena parenterální výživa. Ráno vypil 50 ml mléka Beba 3, které dobře toleruje. Během dne se postupně zvyšovaly porce mléka až na jeho běžnou dávku 200 ml, ve večerních hodinách chlapec snědl i piškoty, stravu toleroval, nezvracel.

Břicho měkké, stolice i větry odchází, 5 x kašovitá. Večer kontrolní měření hmotnosti – 10,5 kg.

Enterální výživa:

Beba 3 dle chuti, večer piškoty

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Analgezie:

Paralen susp p.o. 120 mg (minimální interval 6 hod) – (8 – 14 – 20 – 2)

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Brufen susp 3 ml (minimální interval 8 hod)

Sedativa dle potřeby:

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h)

5. 10. 2013 (7. pooperační den)

Ráno byl odstraněn permanentní močový katétr. Do té doby probíhalo měření diurézy po šesti hodinách, dále se vážily pleny. Chlapec se spontánně vymočil do pleny po hodině od extrakce katétru. Moč byla světlá, bez příměsí krve. Pleny byly váženy, močil dostatečně.

Rána se již ponechala volně, bez krycí vrstvy čtverců, kdy byla rána omyta tampóny namočenými betadinovým mýdlem naředěným sterilní vodou a osušena sterilními čtverci. Jako krytí byl užit mastný tyl s Framykoinem a na okolí neoanu byl nanesen speciální krém proti opruzeninám jako prevence podráždění pokožky.

Chlapec začal jíst masozeleninové příkrmy, přesnídávku a jogurty, bez potíží, stravu toleroval. Bříško měkké, větry odchází, stolice 6x za den.

Enterální výživa:

Beba 3, masozeleninové příkrmy, přesnídávka, jogurty

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24)

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Paralen susp p.o. 120 mg (minimální interval 6 hod)

Sedativa dle potřeby:

Midazolam 1, 2 mg i.v. (minimální interval 1h)

8. 10. 2013 (10. pooperační den)

Ráno byl lékařem odstraněn centrální žilní katétr, po jeho odstranění chlapec z místa vpichu nekrvácel, sterilně kryto. Bolesti nemá, stravu toleruje. Matka převazovala ránu sama, ráno a večer kontrola převazu a rány sestrou, maminka vše zvládala. Větry odcházely bez obtíží v průběhu dne, bříško bylo měkké, v niveau, stolice byla 7x, měla řidší konzistenci, hnědé zbarvení.

Enterální výživa:

Beba 3, masozeleninové příkrmy, přesnídávka, jogurty

Antibiotika:

Amoksiklav inj. i.v. 350 mg ve 20 ml 1/1 FR po 8 hod (čas: 8 – 16 – 24),

dále EX

Při bolesti FLACC přes 3/10 či TT přes 38 °C:

Paralen susp p.o. 120 mg (minimální interval 6 hod)

9. 10. 2013 (11. pooperační den)

V dopoledních hodinách byl chlapec propuštěn do domácího péče v klinicky dobrém stavu. Rodiče byli poučeni o pohybovém režimu, ošetřování rány, podávání medikace, složení stravy, příznacích, při nichž by měli vyhledat lékaře a o termínu plánované kontroly.

	Při příjmu	Po výkonu	1.poop.den	Před dimisí
Puls/min.	100	146	126	112
Dech/min.	30	36	32	34
TK	100/50	89/46	93/53	98/52
Saturace v %	100	98	100	99
TT (°C)	36,5	37,2	37,1	36,6

Tab. č. 1: Monitorace fyziologických funkcí

	Po výkonu	1.poop.den	Referenční meze
pH	7,359	7,347	7,35 – 7,45
pCO ₂ (kPA)	3,15	4,29	4,5- 6,0
pO ₂ (kPA)	12,92	6,77	9,9 – 13,6
HCO ₃ (mmol/l)	13,5	17,8	20 - 23
Saturace	96,8	94,3	95 - 100
Na (mmol/l)	134,3	140,2	135 - 146
K (mmol/l)	4,22	4,59	3,6 – 5,5
Ca (mmol/l)	1,28	1,29	1,13 - 1,32
Glykémie (mmol/l)	4,93	5,45	3,30 – 5,60

Tab. č. 2: ASTRUP + biochemické vyšetření

	Při příjmu	Po výkonu	1.poop.den	Před dimisí
CRP mg/l	Pod 8	112	115	Pod 8

Tab. č. 3: C-reaktivní protein

	Při příjmu	Po výkonu	1.poop.den	Referenční meze
Leuko (x10 ⁹ /l)	9,8	14,4	12,1	4,00 - 10, 0
Ery (x 10 ¹² /l)	4,12	4,47	4,52	4,00 - 5,80
Hgb (g/dl)	9,0	9,6	9,7	135 - 175
Hct (--)	0,352	0,318	0,326	0,40 – 0,50
Trombo cyty (x10 ⁹ /l)	496	58	93	150 - 400
Lymfocyty	0,153	0,187	0,170	1,00 – 4,80
Monocyty	0,060	0,052	0,080	0,10 – 0,80
Neutrofilý	0,553	0,733	-	1,8 – 7,0
Eozinofily	0,031	0,027	0,140	0,0 – 0,45

Tab. č. 4: Výsledky krevního obrazu (patologické hodnoty jsou zvýrazněné tučně)

	Při příjmu
APTT	36,30
APTT normal	30,80
Quick	12,80
Quick normal	12,70
INR	1,01

Tab. č. 5: Přehled vyšetření koagulace

5. Farmakoterapie ke dni 28.9. 2013

Plasmalyte kontinuálně, rychlost 70 ml/ hod

Indikační skupina: Elektrolyty

Nežádoucí účinky: hypersenzitivní reakce - otok kůže tváře, rtů a otok krku, obtíže při dýchání, kožní vyrážka, zarudnutí kůže (erytém)

Amoksiklav 250 mg i.v., 3 x denně, v čase 12 - 20 – 4

Indikační skupina: antibiotikum, účinná látka Amoxicilin patří do skupiny léků nazývaných peniciliny.

Nežádoucí účinky: alergické reakce, zánět tlustého střeva, kandidóza, průjem, kožní vyrážka, nevolnost, zvracení, poruchy trávení.

Podávat ihned.

Sufenta 10 ug ve 20 ml 1/1 FR , r: 1 ml/ hod, dle skóre bolesti snižována (0,8 ml/ h, 0,5 ml/ h, 0,3 ml/ h)

Indikační skupina: analgetikum - anodyna

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost, nízký krevní tlak, zadržování moče, sucho v ústech, pocení, zčervenání v obličeji, závratě, snížení nebo zvýšení srdeční frekvence, bušení na srdci.

Riziko lékové závislosti!

Perfalgan 100 mg i.v. po 6 h na 15 min při FLACC > 3 či TT nad 38°C

Indikační skupina: Analgetika, antipyretika

Nežádoucí účinky: neklid, hypotenze, přecitlivělost až kožní projevy.

Novalgin inj. i.v. až 4 x 110 mg v 10 ml FR 1/1 na 10 min

při FLACC > 3 či TT nad 38°C

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum, spasmolytikum

Nežádoucí účinky: Přípravek je při krátkodobé léčbě obvykle dobře snášen. Mohou se vyskytnout zažívací obtíže, bolesti břicha.

Midazolam 1, 2 mg i.v., minimální interval a 1h

Indikační skupina: benzodiazepinové hypnotikum

Nežádoucí účinky: nepatrné změny kardiovaskulárních parametrů, krátká apnoe (45 s.), bolesti hlavy, závratě, škytání. Při předávkování nausea, zvracení.

Chloralhydrát p.o. 10 ml do NGS po 6h

Indikační skupina: hypnotikum, sedativum

Nežádoucí účinky: možná závislost při dlouhodobém užívání, vyrážka, žaludeční nevolnost, případně i vážné selhání ledvin, srdce nebo jater.

Helicid 5mg i.v. v 10 ml 1/1 FR na 10min, po 12h (8 - 20)

Indikační skupina: antacida, antiulceróza

Nežádoucí účinky: je dobře snášen, bolest hlavy, průjem, zácpa, abdominální bolest, nausea, zvracení a plynatost

Dicynone i.v. 250 mg/ 2 ml, 0,5 ml 3 x denně (14 – 22 - 6)

Indikační skupina: antihemoragikum, hemostatikum

Nežádoucí účinky: může mít vliv na pokles krevního tlaku, příznaky většinou zmizí spontánně. Může způsobit alergickou reakci, pocit na zvracení a průjem.

II. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Tato část práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o dítě s Hirschsprungovou chorobou po radikální operaci dle Swensona, o kterého jsem pečovala 27.9.- 2.10. 2013 na JIP Dětské chirurgie ve FN v Motole. Chlapec byl 5. pooperační den přeložen na standardní oddělení a propuštěný do domácí péče s matkou 11. den po operaci.

V poskytování ošetrovatelské péče jsem se řídila metodickými postupy ošetrovatelského procesu. Zaměřila jsem se na problémy stran vnímání onemocnění, subjektivní a objektivní obtíže a následně na odstranění těchto

problémů a uspokojení potřeb dítěte.

Základní informace jsem získala při příjmu do nemocnice pozorováním a po rozhovoru s matkou. Další informace jsem doplnila při plnění ordinací a ošetrovatelské péči. K získávání informací jsem využila model Marjory Gordonové. Zjištěné informace jsem následně zpracovala dle ošetrovatelského procesu. Dále uvádím popis edukace rodičů.

1. Ošetrovatelský proces

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy ze Spojených států amerických jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocného. Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama rozhodne na základě poznání nemocného. (ŠAMÁNKOVÁ, 2006)

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. Probíhá v několika vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích:

1. Zhodnocení nemocného („Kdo je můj nemocný?“)

- Shromažďování údajů pomocí
- rozhovoru
- pozorování
- testování, měření

2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz (potřeb, problémů)

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou
- problémy pociťované nemocným
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. Plánování ošetrovatelské péče („Co pro něj mohu udělat?“)

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti o jejich provedení

4. Aktivní individualizovaná péče

- realizace ošetrovatelských intervencí (provedení navržených opatření)

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče („Pomohla jsem mu?“)

- vyhodnocení reakce nemocného na poskytovanou péči
- objektivní změření účinku péče
- zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného

Každá fáze je samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být prováděn jako celek. (STAŇKOVÁ, 1996)

Ošetrovatelský proces v pediatrii

Dětský pacient vyžaduje vždy individuální přístup zdravotnického personálu. Metoda ošetrovatelského procesu dává možnost zdravotnickému personálu organizovaně a systematicky přistupovat k dítěti a jeho doprovodu. Důležitým předpokladem pro uplatnění této metody je dobrá znalost zákonitostí vývoje dítěte. Do celého procesu vstupují též rodiče nebo jiný pečující doprovod dítěte. Metoda ošetrovatelského procesu nám poskytuje prostor pro propojení

přístupu k dítěti i rodičům nebo pečujícímu doprovodu. Tím nám pomáhá dokonale poznat, analyzovat a uspokojovat potřeby dítěte. (SEDLÁŘOVÁ, 2008)

Základem je přesná ošetřovatelská dokumentace, přizpůsobená věku pacienta. Cílem ošetřovatelské anamnézy je zjistit a zaznamenat problémy a potřeby dítěte. Zdrojem informací je samo dítě (s ohledem na věk), rodič nebo jiná pečující osoba. Dalšími zdroji informací mohou být výsledky vyšetření nebo jiná zdravotnická dokumentace. Při příjmu do nemocnice je vhodné ponechat dítěti a jeho doprovodu čas alespoň na částečnou adaptaci v novém prostředí.

2. Ošetřovatelský model

Ošetřovatelský model je abstraktní vyjádření reality, zjednodušený pracovní rámec ověřující určitou teorii. Ošetřovatelské modely se snaží vyjadřovat podstatu ošetřovatelství, vztahy mezi jeho několika základními atributy. Charakterizují vztahy mezi čtyřmi základními komponenty ošetřovatelství - mezi zdravím, prostředím, člověkem (nemocným) a ošetřovatelskou péčí (sestrou). Teoretické modely ošetřovatelství hledají rámec, z něhož může sestra vycházet při plánování péče. Umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu.

Model péče dle Marjory Gordonové

„Model fungujícího zdraví“

Model je odvozený z interakcí mezi osobou a prostředím. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce (rovnováha = zdraví). V centru zájmu je pacient vnímaný jako holistická bytost s různými potřebami - z oblasti biologické, psychologické, kulturní, sociální, behaviorální, kognitivní a spirituální. Základním členěním modelu je dvanáct oblastí, kterým autorka přiřkla označení jako „dvanáct funkčních vzorců zdraví“ - každá tato část - vzorec, představuje jednu součást zdraví - a ta je buď funkční, nebo dysfunkční. (PAVLÍKOVÁ, 2006)

Dvanáct funkčních vzorců zdraví:

1. *Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví*
2. *Výživa - metabolismus*
3. *Vylučování*
4. *Aktivita - cvičení*
5. *Spánek - odpočinek*
6. *Vnímání / citlivost - poznávání*
7. *Sebepojetí - sebeúcta*
8. *Role – mezilidské vztahy*
9. *Sexualita – reprodukční schopnost*
10. *Stres /Zátěžové situace/ - jejich zvládnání, tolerance*
11. *Víra /přesvědčení/ - Životní hodnoty*
12. *Jiné*

3. Ošetřovatelská anamnéza k 2. dni hospitalizace dle M. Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem získala pozorováním a po rozhovoru s matkou po umístění dítěte na JIP dětské chirurgie, tj. 28.9.2013 ve 14.00, tři hodiny po operaci. Další informace jsem doplnila při plnění ordinací a při ošetřovatelské péči. Vše jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace, přizpůsobené věku pacienta (viz. příloha č. 1).

1) *Vnímání zdraví*

Rodiče se o zdraví chlapce snaží pečovat. Na preventivní prohlídky u praktického lékaře docházeli pravidelně, prospívá dobře. Pacient si pro svůj nízký věk

onemocnění neuvědomuje. Dle sdělení matky byl chlapec přijat k plánované operaci při léčbě základního onemocnění. Už po narození měl zdravotní potíže, neodešla mu smolka a zůstali v porodnici. Od 7. měsíce, kdy chlapec přešel na příkrmy, začal mít problémy s defekací, v 10. měsíci přestal pít i mléko. Diagnóza Morbus Hirschsprung byla potvrzena v červnu 2013, kdy mu byla vyvedena kolostomie. V současné době je matka plně poučena o tomto onemocnění. Pacient si pro svůj nízký věk onemocnění neuvědomuje, nevnímá rozdíly mezi sebou a ostatními dětmi.

Od poslední hospitalizace v červnu 2013 chlapec vážněji nestonal. Režimová opatření i domácí léčbu zvládají, i když chlapec bývá někdy negativistický. Matka se maximálně snaží dodržovat všechna doporučení, plně si uvědomuje závažnost diagnózy a také to, že prognózu lze příznivě ovlivnit intenzivní péčí.

2) *Výživa, metabolismus*

Chlapec je eutrofický, při posouzení objektivními metodami je stav výživy v normě s přihlédnutím k výšce 75 cm, hmotnosti 10 kg a věku je na 50. percentilu. Obvod paže má 16cm, Percentily OP = 50.

Dle slov matky je pacient poměrně dobrý jedlík, chuť k jídlu bývá ovlivněna okolnostmi jako je prodělávaný infekt. U pacienta nedošlo k výraznému úbytku na váze. Za poslední tři měsíce vyrostl tak o 1,3 cm za měsíc. Přírůstek na váze je 0,5 kg za měsíc. Chlapec není alergický na žádnou potravinu. A přijímá dostatečné množství tekutin, alespoň 1000 ml za den. Doma jí běžnou nesolenou stravu batolat, 5 x denně. Večer a na noc pije mléko BEBA 3, po 250 ml savičkou. Krmí ho lžičkou, sám se nenají. Léky dostává ve formě kapiček, kapsle mu doma vysypou a zředí čajem.

Nyní nesmí nic per os. Do CŽK mu kontinuálně kape infuze Plasmalyte, rychlostí 70 ml/h. Dětské nutriční score: 2 b. Má svěřenou nasogastrickou sondu, odvádí malé množství žaludečních šťáv. Nezvrací. Měří se mu bilance tekutin.

Kůže je dobře hydratovaná, čistá, bez defektů, vyrážku nemá. Má 2 periferní žilní katetry (LHK, PHK – zápěstí), epidurální katetr, místa vpichů jsou bez známek zánětu. Je bez ikteru a cyanosy. Sliznice jsou vlhké. Pacientova pokožka je v dobrém stavu. Na břicho jizva po střední laparotomii, vlevo operační

rána po zanoření stomie, obvazy neprosakují. Kůže v jejich okolí je klidná, bez zarudnutí. Na zadečku operační rána s pararektálním drénem, s mírným prosáknutím.

Vlasy a nehty jsou v pořádku. Zoubky mu rostou, má 4 dolní řezáky. V dutině ústní obtíže nemá. Tělesná teplota je 37,2 °C.

3) *Vylučování*

Měl kolostomii, která odváděla kontinuálně kašovitou stolicí bez příměsí. Nosí pleny i přes den, učí se na nočník.

Nyní má permanentní močový katetr (PMK), který odvádí čistou moč, za 3 hodiny je v močovém sáčku 50 ml moči. Po výkonu stolice ještě neodešla. Má pararektální drén, krytý sterilními čtverci, nyní jsou bez prosáknutí. Pocení má v normě.

4) *Aktivita, cvičení*

Chlapec je s matkou doma v její péči. Psychomotorický vývoj má v normě, odpovídá věku. Samostatně si sedá a předklání se bez pádů. Leze po čtyřech, chodí s oporou. Rodinu navštěvují příbuzní a známí s dětmi, to se mu velmi líbí, je mezi nimi rád. Zabaví se i sám, má rád auta. Baví ho kreslené pohádky na DVD. S matkou chodí podle počasí 1- 2krát denně na procházku. V teplejším období tráví venku více času, bydlí totiž v domku se zahradou. Tam má pacient k dispozici bazének. Navštěvoval kurzy plavání batolat, to se mu velmi líbilo, ale po zavedení kolostomie se rodiče do bazénu chodit neodvážili.

Nyní má klid na lůžku. Vzhledem k nízkému věku pacienta hrozí riziko pádu (dle interních standardů u dětí do šesti let). Rovněž nezhodnotíme soběstačnost dětí do šesti let, které je závislé na matce. Maminka je přijatá společně se svým dítětem, ale nemusí být přítomna po celou dobu jeho hospitalizace.

5) *Spánek, odpočinek*

Chlapec je zvyklý usínat po 20. hod., po uložení obvykle do 30 minut usíná. Spí sám ve svém pokoji, má obavy ze tmy, proto na noc zůstává rozsvícená lampička. V posteli má své oblíbené hračky, bez kterých by se mu hůře usínalo. Před spaním

se naučili rituál - večerníček, koupel, 2. večere. Pacient spí většinou celou noc bez probuzení, klidně. Probouzí se okolo 7,30 hodin. Po obědě je zvyklý spát 2 hodiny. Sleduje pohádky nebo si s matkou prohlíží a čtou knihy. Maminka se obává, že chlapec nebude spát sám v postýlce, ale poslední hospitalizaci snášel dobře. Byla poučena o bezpečnosti chlapce, postýlka musí být zavřená až nahoru, i během spánku dítěte.

6) *Vnímání, poznání*

Kognitivní funkce odpovídají věku dítěte. Komunikuje zpočátku s nedůvěrou, později bez problémů. Slovní vyjadřování i paměť v normě. Používá pouze pár slov, ale jeho nejčastější slovo je ne. Nedokáže se zabývat více věcmi najednou. Aktivně reaguje na výzvu. Na požádání ukáže na známé osoby, zvířata či hračky. Ví, k čemu určité předměty slouží, například že lžička patří do pusy. Ale všude ho musí hlídat, do pusy stále strká vše. Začíná si uvědomovat svoji osobu, říká já. Pokud mu někdo čte, rád si prohlíží obrázky. Také dává svými projevy navenek strach z cizích lidí. Známa osoba jako rodič nebo pečovatel musí být stále v dohledu dítěte. Navenek se chová jako extrovert. Nabízí své hračky osobám kolem sebe a na své jméno reaguje otočením hlavy a úsměvem. Sluch a zrak má v pořádku.

Nyní leží v postýlce, je plačtivý, zklidní se občasným dotekem matky. FLACC SCALE: 2 . Glasgow coma scale: 15 bodů, plné vědomí.

7) *Sebepojetí, sebeúcta*

Chlapec bývá veselý, družný, adaptuje se velmi dobře. Také velmi dobře reaguje na děti, ale nehraje si s nimi. Trochu se stydí při prvním kontaktu s neznámým dospělým. Ze zdravotníků má obavu, při vyšetřeních se dožaduje přítomnosti matky.

8) *Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Je z úplné rodiny. Sourozence nemá. Bydlí s rodiči v domku, má vlastní pokoj. Rodina se snaží vychovávat chlapce dle možností jako zdravé dítě. Je v péči matky, otec pomáhá zvláště odpoledne a o víkendech. Na pravidelné návštěvy

jezdí chlapcovi prarodiče, kteří rovněž pečovali o stomii, o jeho zdravotním stavu jsou informováni, mohou s ním bez obav trávit čas i sami.

Maminka chce být hospitalizována společně s chlapcem a jelikož žijí v Praze, otec by rád chodil denně na návštěvy.

9) *Sexualita, reprodukční schopnost*

Pohlaví mužské. Netrpí problémy v oblasti pohlavního ústrojí. Varlata jsou sestouplá.

10) *Stres*

Chlapec bývá družný. Pokud se děje něco proti jeho vůli, reaguje vztekem a pláčem. Lze jej dobře zklidnit odkloněním k jiné situaci, novou činností, hrou, hračkou. Hospitalizaci snáší dobře v blízkosti rodičů, po chvíli si zvykne i na jinou pečující osobu. Známa osoba musí být stále v dohledu, při její nepřítomnosti adekvátně reaguje, jinak je klidný. V posledních měsících byly doma napjaté chvíle v souvislosti se stanovením diagnózy a obavami o chlapce. V současné chvíli lze říct, že byl problém zvládnut a rodiče se s faktem za pomoci psychologa vyrovnávají.

11) *Spirituální služby*

Rodina není nábožensky založená. Matka v této chvíli nevěří v nic, zvláště ne ve spravedlnost. Opakovaně si kladou otázku, proč je právě jejich milované dítě takto nemocné.

12) *Jiné*

Fyziologické funkce:

TT: 37,2 °C

TK: 89/46

P: 146´

D: 36´

SPO2: 98 %

Dýchání

Dýchá spontánně, pravidelně, D: 36', SPO2: 98%. Kašel nemá, dušný není. Je bez známek cyanózy. Alergie nemá.

4. Ošetrovatelské diagnózy stanovené na den 28.9. 2013 (po výkonu)

Na základě získaných informací a vlastního pozorování jsem formulovala tyto ošetrovatelské diagnózy a plán krátkodobé ošetrovatelské péče na 24 hodin.

Přehled aktuálních diagnóz:

1. Akutní bolest z důvodu pooperačního stavu

Přehled potencionálních diagnóz:

2. Riziko nestability životních funkcí z důvodu výkonu v celkové anestezii.
3. Riziko krvácení z operační rány
4. Riziko aspirace žaludečního obsahu z důvodu doznívající anestézie
5. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů
6. Riziko pádu z důvodu celkové slabosti a užívání rizikové skupiny léků (Sedativa, Opiáty)

5. Krátkodobý plán péče na den 28.9. 2013

1. Akutní bolest z důvodu pooperačního stavu

Cíl:

- Bolest bude 30 min po podání analgetik intenzity dle VAS 3 nebo nižší.
- Dítě je klidné a spokojené.

Plán ošetřovatelské péče:

- Všimat si projevů bolesti (posoudit vegetativní projevy bolesti, puls, krevní tlak, dech, pocení) u dítěte.
- Provést rozbor bolesti dle odpovídající škály.
- Zaznamenávat do dokumentace vývoj bolesti (intenzita, nástup, trvání), zasáhněte dle skóre.
- Upozornit na projevy bolesti lékaře.
- Snažit se zjistit příčinu bolesti a odstranit ji, pokud to lze.
- Všimat si změn spánku.
- Provést nefarmakologické tišení bolesti – zajistit klid, komfort, úlevovou polohu, místní aplikaci tepla, chladu, podávání cukerných roztoků před bolestivými úkony..).
- Vysvětlit dítěti (jeho doprovodu) příčinu bolesti, možnosti a způsob tlumení.
- Podávat léky dle ordinace lékaře, kontrolovat jeho účinek a všimat si, kdy bolest nastává a ustává.
- Při nedostatečném účinku ordinovaných analgetik upozornit lékaře, navrhnout změnu dávkování nebo změnu použitých léků.
- Podporovat přítomnost matky na oddělení.

Realizace:

U chlapce jsem si všímala projevů bolesti, podávala jsem kontinuálně směs Sufenty a fyziologického roztoku v dávce stanovené lékařem a pravidelně dle ordinace lékaře Perfalgan. Pravidelně jsem hodnotila bolest dle hodnotící škály *FLACC SCALE*. K dosažení cílové hodnoty nebylo třeba intervence. Postupně jsem kontinuální dávkování snižovala dle stavu a potřeb dítěte a po poradě s lékařem. Před bolestivým zákrokem jsem dítěti podala několik kapek sacharózy per os (nefarmakologické tišení bolesti). Jiná analgetika jsem nepodávala. Tato analgezie stačila. Znamky nelibosti chlapec projevoval pouze při převazování operační rány. Snažila jsem se tišit hluk na oddělení, šetrně jsem s dítětem manipulovala, abych nezhoršovala pooperační bolest. Maminka chlapce utěšovala chováním v náručí, podáváním dudlíku.

Hodnocení:

Byla podávána kombinace Sufenty (kontinuálně) a Perfalganu. Perfalgan jsem podávala pravidelně, aby neodezněl účinek předchozí dávky. Chlapec nejevil známky bolesti, hodnoty skórování bolesti byly v normě. Pětá byl klidný, spokojený, většinu času klidně spal.

2. Riziko selhávání životních funkcí z důvodu výkonu v celkové anestezii.

Cíl:

- Budou včas rozpoznány projevy selhávání životních funkcí.

Plán ošetrovatelské péče:

- Napojte dítě na monitor a zahajte měření fyziologických funkcí (FF) dle usu (3x po 15 min, 3x po 30 min, 3x po 1 hod a dále po třech hodinách).
- Tělesnou teplotu měřte v hodinových intervalech v podpaží.
- Nastavte správně alarmové hodnoty na monitoru.

Realizace:

Chlapce jsem ihned po příjezdu z operačního sálu napojila na připravený monitor, nalepila saturační čidlo a zahájila měření FF dle usu. Teplotu dítěte jsem kontrolovala v hodinových intervalech. Tělesná teplota byla bezprostředně po návratu z operačního sálu nižší - 36° C. Během dvou hodin se stav postupně upravil a TT se pohybovala mezi 37-37,2 ° C.

Hodnocení:

Od návratu ze sálu, až do předání služby, byly všechny FF, mimo tělesné teploty v normě.

3. Riziko krvácení z operační rány

Cíl:

- Známky krvácení budou včas zachyceny.

Plán ošetrovatelské péče:

- Kontrolovat krytí operační rány.
- Sledovat projevy krvácení.
- Sledovat odchod stolice a případných příměsí.
- Při známkách krvácení neprodleně informovat lékaře.
- Provádět odběry krve dle ordinace lékaře.
- Monitorovat a zapisovat fyziologické funkce dle ordinace lékaře.
- Šetrně převazovat operační ránu dle ordinace lékaře a užít neadhesivní krytí dle zvyklosti oddělení.
- Poučít rodiče o nevhodnosti posazování dítěte z důvodu možné ruptury operační rány.

Realizace:

Měřila jsem fyziologické funkce pravidelně po třech hodinách. 3 hodiny po operaci jsem provedla odběry krve, které byly v normě. Pravidelně jsem kontrolovala krytí operační rány, v 18 hodin byla rána v okolí konečníku prosáklá. Provedla jsem s lékařem převaz operační rány v okolí konečníku, rána byla omyta tampony namočenými betadinovým mýdlem naředěným sterilní vodou a osušena sterilními čtverci. Jako krytí byl užit mastný tyl s Framykoinem a vrstva sterilních čtverců fixovaných k pokožce dvěma náplastmi. Z konečníku odešel růžový hlen a pararektální drén odvedl malé množství krve (cca 2 ml). Okolí anu bylo klidné, bez hematomů a jiných známek krvácení. Vše jsem pečlivě zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení:

U chlapce se neobjevily příznaky krvácení. Stolice nebyla, rány se převazovaly po dvanácti hodinách, jejich okolí bylo klidné, bez známek krvácení. Fyziologické funkce byly stabilní, bez poklesů saturace O₂, odběry krve byly v normě.

4. Riziko aspirace žaludečního obsahu z důvodu doznívající anestézie

Cíl:

- U dítěte nedojde k aspiraci žaludečního obsahu

Plán ošetrovatelské péče:

- Uložit pacienta do vhodné polohy.
- Zavést nasogastrickou sondu a napojit ji na spád.
- Odsát žaludeční obsah stříkačkou.
- Sledovat a kontrolovat hloubku uložení NGS.
- Kontrolovat průchodnost NGS.
- Sledovat množství obsahu odcházejícího ze žaludku, zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace a informovat lékaře.

- Monitorovat fyziologické funkce.
- Mít připravené pomůcky k odsávání.

Realizace

Pacienta jsem po příjezdu z operačního sálu odsála z horních cest dýchacích, zkontrolovala zda má zavedenou a dobře fixovanou NG sondu. Chlapce jsem uložila do zvýšené polohy. NGS jsem propláchla fyziologickým roztokem a odsála žaludeční obsah. Napojila jsem NGS na sběrný sáček. Sledovala jsem žaludeční obsah, který měl zelenou barvu. Celkové množství 1. pooperační den bylo 48ml/24h, toto množství se postupně snižovalo. Poučila jsem maminku, jak se má chovat k dítěti, aby nedošlo ke komplikacím v důsledku aspirace žaludečního obsahu a vytažení nasogastrické sondy. U dítěte jsem monitorovala fyziologické funkce, které byly po celou dobu v normě.

Hodnocení:

Po celou dobu nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu.

5. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů

- centrálního žilního katétru
- periferních žilních kanyl
- permanentního močového katétru

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce.
- Pacient nevykazuje známky infekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- Mýt si ruce dle potřeby, používat dezinfekci na ruce před každou manipulací s dítětem.
- Operační ránu převazovat dle ordinace lékaře a při prosáknutí.

- Centrální žilní katétr pravidelně kontrolovat a převázat při znečištění, a řádným ošetřením vstupu.
- Při podávání krve nebo parenterální výživy s tuky měnit infúzní sety denně. Minimálně rozpojovat.
- Periferní žilní kanyly pravidelně kontrolovat a převazovat dle potřeby.
- Veškeré invazivní vstupy, převazy a péči o ně zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace.
- Dbát na hygienu genitálu a okolí močového katétru, udržovat čistotu, minimálně rozpojovat sběrný systém.
- Sledovat fyziologické funkce dítěte, tělesnou teplotu, barvu kůže a možnou tvorbu otoků, puchýřů, abscesů, toleranci stravy,..
- Informovat lékaře o zjištěných projevech infekce.
- Ošetřovat dutinu ústní, zajistit dostatečnou výživu a příjem tekutin dle ordinace lékaře.
- Dodržovat aseptický přístup při zákrocích, aplikaci a výměně infuzí, používat adekvátní ochranné pomůcky.
- Podávej antibiotika dle ordinace lékaře
- Upozornit návštěvy na mytí rukou a nošení ochranných pomůcek a omezit počet osob, je-li to nezbytné.

Realizace:

Při manipulaci s pacientem jsem dodržovala hygienické předpisy. Veškeré invazivní vstupy jsem pravidelně kontrolovala. Při převazování rány a ošetřování veškerých invazivních vstupů jsem používala sterilní nástroje a sterilní obvazový materiál, dodržovala jsem aseptické podmínky. V 18 hodin jsem s lékařem provedla převaz rány v okolí konečníku z důvodu odchodu malého množství růžového hlenu, kdy byla rána omyta tampony namočenými betadinovým mýdlem naředěným sterilní vodou a osušena sterilními čtverci. Rána byla následně kryta mastným tylem s Framykoinem a vrstvou vlhkých sterilních čtverců fixovaných k pokožce dvěma náplastmi do kříže. Další převaz rány byl proveden po ranní vizitě. Chlapce jsem sledovala a veškeré úkony zaznamenávala do dekurzu. Ihned po operaci byla podávána antibiotika, jejich dávku a dobu užívání určil lékař,

ordinace jsem plnila. Matka byla též poučena o způsobu dodržování hygienických předpisů na našem oddělení. Návštěvy jsem vždy upozornila na význam důkladné hygieny rukou.

Hodnocení:

U chlapce nedošlo k infekčním komplikacím. Další opatření nebylo nutné realizovat. Operační rána byla klidná, bez sekretu. Matka poučena o péči o ránu.

6. Riziko pádu z důvodu celkové slabosti a užívání rizikové skupiny léků (Sedativa, Opiáty)

Cíl:

- Nedojde k pádu dítěte

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit bezpečné prostředí.
- Zavírejte postranice lůžka, nenechávejte dítě bez dozoru na váze a přebalovacím pultu.
- Poučte doprovod dítěte, aby zavíral postranice lůžka a nenechal dítě bez dozoru na přebalovacím pultu nebo váze.
- Dejte doprovodu přečíst a podepsat pokyny, jak se chovat na našem oddělení
- Zajistit dostupnost signalizačního zařízení.

Realizace:

Chlapec byl ošetřován po celou mou směnu na lůžku, pečlivě jsem dbala na to, aby byly boční stěny neustále zavřené, rodiče byli s pokyny o bezpečném chování na oddělení seznámeni. Po celou dobu byl chlapec v přítomnosti maminky klidný.

Hodnocení:

Po dobu 24 hodin nedošlo k pádu dítěte.

6. Dlouhodobý plán péče

Pacient byl hospitalizován od 27. 9. 2013 do 10. 10. 2013. To je celkem 13 dní. Hospitalizace proběhla bez komplikací a výrazných změn. Chlapec byl celkem klidný, jen občas měl zvýšený zájem o nitrožilní katétr, který byl proti vytažení zajištěn dlahou a obvazovým materiálem. Byl plačtivý pouze když se matka vzdálila. Spal klidně, budil se při polohování.

V dlouhodobém plánu péče jsem se zaměřila především na péči o operační ránu, výživu, sledování bolesti a vznik možných pooperačních komplikací.

1. Bolest

Analgezie byla podávána celkem osm dní, dva dny kombinace Sufenty (kontinuálně) a Perfalganu. Druhý pooperační den lékař podávání Sufenty zrušil. Perfalgan jsem podávala pravidelně, aby neodezněl účinek předchozí dávky, pouze jednou byl podán v kombinaci s Novalginem. Tato analgezie stačila. Jiná analgetika jsem nepodávala. Chlapec po celou dobu hospitalizace nejevil známky bolesti, hodnoty skórování bolesti byly v normě. Chlapec byl klidný, spokojený, většinu času klidně spal. Domů propuštěn bez medikace, při bolestech doporučen Paralen dle příbalového letáku.

2. Riziko vzniku infekce

Při manipulaci s pacientem byly dodržovány hygienické předpisy. Při převazování rány a ošetřování veškerých invazivních vstupů se používaly vhodné dezinfekční roztoky, sterilní nástroje a sterilní obvazový materiál, byly dodrženy aseptické podmínky. Dále jsem sledovala barvu kůže, zejména v okolí místa vpichu CŽK a PŽK. Okolí CŽK bylo klidné, bez zarudnutí. U PŽK jsem sledovala případné známky zánětu cév a průchodnost kanyly. Ihned po operaci byla podávána antibiotika, jejich dávku a dobu užívání určil lékař, ordinace se plnila, Matka byla

též poučena o způsobu dodržování hygienických předpisů na našem oddělení. Veškeré invazivní vstupy byly vzhledem k uspokojujivé léčbě zrušeny v krátkém čase. U chlapce po celou dobu pobytu na našem oddělení nedošlo k infekčním komplikacím. Další opatření nebylo nutné realizovat. Operační rána zhojena per primam. Matka byla poučena o péči o ránu.

3. Riziko krvácení

U chlapce se neobjevily příznaky krvácení. Fyziologické funkce byly stabilní, bez poklesů saturace O₂, odběry krve byly v normě. Matka poučena o riziku krvácení.

4. Péče o operační rány

Po střední laparotomii a uzávěru stomie - převazy s Betadinem se zpočátku prováděly pravidelně 1x denně, dále pouze při znečištění obvazu.

V okolí konečníku – operační ránu v oblasti konečníku jsem převazovala podle zásad asepse minimálně 2x denně a vždy po každé stolici. Znečištěná místa od stolice a moče jsem vyčistila pěnou a opláchla sterilní vodou. Prováděla se sprcha s Betadinovým mýdlem a sterilní vodou. Jako krytí se přiložil mastný tyl s Framykoinem a vrstva sterilních čtverců fixovaných k pokožce dvěma náplastmi. Rána byla klidná, bez zarudnutí. Převazy jsem zaznamenávala do dekurzu. Pararektální drén byl odstraněn druhý den po operaci.

Kontrolovala jsem krytí operační rány, zda je suché a čisté. Operační rány se převazovaly podle zásad asepse. Čistá a suchá kůže se ošetřovala speciálním krémem proti opruzeninám. Častým polohováním se zabránilo dalšímu porušení kožní integrity. Pravidelně se měnilo čisté ložní prádlo, nejdéle po 12 hodinách. Dítěti byla podávala výživa dle ordinace lékaře.

5. Defekace

Chlapec měl první stolici 1. den po operaci, postupně měl až 8 stolic za den, po zvýšeném množství mléka byla stolice žlutá, mléčného charakteru. Znečištěná místa od stolice a moče jsem vyčistila pěnou a opláchla sterilní vodou.

Čistou a suchou kůži jsem ošetřila speciálním krémem Menalind proti opruzeninám. Pravidelně jsem měnila čisté ložní prádlo, nejdéle po 12ti hodinách. Dítěti jsem podávala výživu dle ordinace lékaře. Chlapec zaujmul polohu v leže na zádech nebo na boku. K porušení integrity kůže nedošlo.

6. Výživa

Po operaci byl chlapec na plné parenterální výživě do 6. pooperačního dne. Od 4. pooperačního dne se začalo s podáváním čaje po lžičkách, dále 5. den po operaci pil mléko Beba 3 per os., dávka se postupně zvyšovala. 6. den po operaci snědl i piškoty a další den se mu začaly podávat příkrmy. Chlapec stravu toleroval dobře, pil dostatečně a nezvracel. Do domácí péče byl propuštěn s kašovitou šetřící stravou. Matka byla poučena o zásadách výživy pro zlepšení stolice. Byly jí poskytnuty materiály k defekačnímu režimu.

Pacient byl propuštěn domů bez medikace a dále je sledován ambulantně. Rodiče byli poučeni o povaze onemocnění i následné péči a ev. nutnosti podávat doporučené léky (při bolestech Paralen dle příbalového letáku), o důvodu jejich podávání a účincích, doporučené stravě, o termínech plánované kontroly a o příznacích, při nichž by měli vyhledat lékaře.

Pravidelné kontroly po propuštění

16. 10. 2013 – Pacient ve stabilizovaném stavu. Bolesti nemá. Stravu toleruje. Vyprazdňuje se dobře, stolice tuhá až 6 x denně. Vyndán steh na břicho v operační ráně po střední laparotomii, kůže klidná bez zarudnutí. Per rectum anastomóza volná.

30. 10. 2013 – Na břicho jizva s klubajícím se podkožním stehem, doporučen Višněvského balzám. Vyprazdňuje se 5 x denně, zadeček pěkný, per rectum anastomóza volná.

13. 11. 2013 – Prospívá, stolici má 3 x – 4 x denně. Jizva po střední laparotomii je úzká, zhojena per primam. Jizva po uzávěru stomie je mírně nafialověla bez hypertrofie, ale má granulom v jizvě – exkochleace. Nebude-li defekt po exkochleaci zhojen, bude provedeno ošetření v celkové anestezii. Rodiče poučení, rozumí. Pacient odchází ve stabilizovaném stavu.

4. 12. 2013 – Stolice jsou 4 x denně a v průběhu dne nešpiní. Jizva po exkochleaci granulomu je již klidná. Při vyšetření per rectum je stah hmatný, anastomóza volná.

5. 3. 2013 – Nyní se vyprazdňuje denně, špiní občas. Per rectum normální nález, je zcela vyprázdněn. Kontrola za rok.

7. Edukace

Edukace je podávání informací, které potřebuje získat rodič v průběhu hospitalizace a po propuštění domů. Tyto informace se týkají zdravotního stavu, léčebného postupu, ošetřovatelských intervencí, výživy, kojení, práv dítěte, domácího řádu. Povinností celého zdravotnického týmu je v první řadě navázat kontakt s edukovanou osobou, posoudit eventuelní bariéry (jazykové, mentální, apod.), zvolit vhodnou metodu edukace - písemnou, ústní, praktický nácvik, audio, video. Pro rodiče je též důležité, aby všechny informace, které dostanou od celého zdravotnického týmu byly srozumitelné a jednotné, což vyžaduje dobrou komunikaci uvnitř celého zdravotnického týmu. (Sedlářová)

Edukace rodičů nemocných dětí je velmi důležitá, neboť tyto děti vyžadují ze strany pečujících osob mnohdy vysoce kvalifikované ošetřovatelské dovednosti. Od samého počátku hospitalizace se oba rodiče intenzivně zajímali o operační řešení, věděli, že pobyt bude dlouhodobý a operačních zákroků bude více. Měli nastudovány informační brožury i informace z internetu, zároveň vyjadřovali naprostou důvěru celému zdravotnickému týmu.

Edukační plán pro rodiče

Plán léčebného postupu - tento bod zahrnuje podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací dítěte a nahlížení do dokumentace, informovaný souhlas s operačním zákrokem, jeho riziky a možnostmi eventuálně alternativního zákroku, souhlas s anestézií. Tyto informace jsou výhradně v kompetenci lékaře, avšak sestra by je měla znát a orientovat se v léčebných a operačních postupech.

Výživa - maminka byla poučena o výživě a o uchovávání, ohřívání mléka a čaje. V jídelníčku chlapce má vynechat čokoládu, kakao, citrusové plody ve větším množství, mastnou a nadýmavou stravu, dále přednostně kašovitá strava jen s postupnou zátěží. Doporučena strava pro zlepšení defekace.

Hygienická péče, koupání - první týden maminka koupala svého syna na lůžku, první koupel provedla sestra, další pod jejím dozorem prováděla už sama maminka. Postupně při zlepšujícím zdravotním stavu došlo i na koupel ve vaničce. Maminka opět velmi dobře spolupracovala, byla velmi šikovná.

Bezpečné ošetření dítěte – Maminka ovládala rovněž péči o ránu, byla poučena o zásadách péče o ránu. Rána se nemá namáčet, převaz je nutný pouze při znečištění obvazu, zadeček je třeba větrat, sprchovat po stolici a Framykoin od propuštění již není nutný.

Chování na oddělení, režim návštěv – s tímto byla maminka seznámena ústně a písemně v našich pokynech a svým podpisem potvrdila, že pokynům rozumí (viz. příloha č. 2).

Domácí péče - po posledním operačním zákroku byla maminka postupně připravována na propuštění domů. Maminka byla velmi šikovná, trpělivá a péči o syna zvládala skvěle. Chlapec by měl být alespoň 4 týdny bez zvýšené tělesné námahy.

Před propuštěním jsem maminku poučila o vzniku možných komplikací (bolesti břicha, vzednutí břicha, zvracení, febriliích,..), o kterých ji již informoval lékař.

8. Psychosociální problematika

Pro děti, které jsou umístěny v nemocničním prostředí, je tato situace velice náročná. Dochází k vytržení dítěte z jeho domácího prostředí a je umístěno do neznámého cizího prostředí, které je plné cizích lidí, zvuků a často je vystaveno bolestivým vyšetřením. Hůře reagují děti, které jsou hospitalizované bez rodičů. V dnešní době jsou děti přijímány s rodiči, pokud to situace umožní. Separace pro dítě, které je na matce biologicky závislé, je těžkou situací, převážně ji vnímají děti okolo sedmého měsíce, kdy se začíná vytvářet citový vztah k matce. Jsou známy fáze separačních reakcí dětí. Při přijetí do nemocnice záleží na prvním dojmu z nového prostředí. S dítětem musíme zacházet šetrně, klidně a vlídně. Stejným způsobem musíme jednat s rodiči, abychom získali jejich důvěru i dítě. Je vhodné, pokud si dítě s sebou přinese nějakou hračku nebo věc, která je mu blízká z domova. U hospitalizovaného dítěte bez matky je důležitý styk s rodinou v podobě pravidelných návštěv, které zajistí duševní pohodu dítěte. V dnešní době u malých dětí je samozřejmostí, že spolu s dítětem je přijímána i matka nebo jiný rodinný příslušník. Toto opatření přináší dítěti psychické uspokojení a lepší adaptaci na neznámé prostředí.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelským procesem u dítěte s Hirschsprungovou chorobou. Práce se skládá z klinické části, ve které je stručně popsána anatomie tlustého střeva, klasifikace nemoci, její diagnostika, možnosti operačního řešení, prognóza a komplikace tohoto onemocnění, v závěru klinické části jsou uvedena použitá léčiva naordinována po výkonu s jejich stručnou charakteristikou. Ošetrovatelská část se skládá z teoretické části popisující ošetrovatelský proces a ošetrovatelský model Marjory Gordonové. V další části práce je pacient podle tohoto modelu ohodnocen. Kladla jsem velký důraz na krátkodobý ošetrovatelský plán péče, na stanovení ošetrovatelských diagnóz, které jsem se snažila pečlivě naplánovat a následně zrealizovat. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče se vzhledem k dlouhému pobytu prolíná i s edukačním plánem. V příloze jsou vloženy skórovací tabulky, použitá ošetrovatelská dokumentace, informační a edukační materiál. Formuláře Ošetrovatelská anamnéza a Edukační záznam byly použity se souhlasem vedení. Informované souhlasy jsou na požádání k nahlédnutí u autorky práce.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

1. ČIHÁK, Radomír: *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
2. HOLSCHNEIDER, AM., PURI, P. Hirschsprung's disease and allied disorders. New York : Harwood Academic Publishers, 2000, 399 p. ISBN: 978-3-540-33934-2
3. ŠNAJDAUF, Jiří; ŠKÁBA, Richard et al. *Dětská chirurgie*. Praha, Galén, 2005. ISBN 80- 7262-329-X.
4. KIMURA O1, ONO S, FURUKAWA T, HIGUCHI K, DEGUCHI E, IWAJ N: *Management strategies for infants with total intestinal aganglionosis*. J Pediatr Surg, 2009, 44, s. 1564-1567
5. ŠKÁBA, Richard, ROUSKOVÁ, Blanka: *Kolo(ileo)rektoplastika v léčení Hirschsprungovy choroby a vrozených malformací inervace distálního střeva*. Rozhl Chir, 1995, 74, s. 410-417.
6. LEEUWEN, K., TEITELBAUM, D., ELHALABY, EA., et al. *Long-term follow up of redo pull – through procedures for Hirschsprung's disease: efficacy of the endorectal pull through*. J Pediatr Surg, 2000, 35, p. 829 – 834.
7. ŠKÁBA, Richard, ŠIMSOVÁ, Magdaléna: *Dlouhodobé výsledky a kvalita života pacientů operovaných v dětství pro Hirschsprungovu chorobu kolo(ileo)rektoplastikou Kasaie*. Rozhl Chir, 2002, 81, s. 622-627.
8. ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol.: *Základy ošetrovatelství*. UK v Praze: Karolinum, 2006, s.32-34, s. 99-100, s.141, ISBN 80-246-1091-4.

9. STAŇKOVÁ, Marta: *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha, Karolinum, 1996. 193 s. ISBN80-7184-243-5.
10. SEDLÁŘOVÁ, Petra, et.al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing a. s, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
11. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: GRADA publishing, a.s., 2006, s. 99-102, ISBN 80-247-1211-3.
12. MARTINKOVÁ, Jiřina; et.al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1356-4.
13. VOKURKA, Martin, et.al. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN: 80-7345-058-5.
14. DOENGES, Marilyn, E. et al: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
15. KAPOUNOVÁ, Gabriela: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
16. STRINGER, MD., OLDHAM, KT., MOURIQUAND, P., et al. *Pediatric surgery and urology: long term outcomes*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1998, p. 329-356.
17. VIDIŠČÁK, M., KIRŇÁK, J., SMREK, M. *Výsledky operací u dětí s megacolon congenitum*. Rozhl Chir, 2001, 80, s. 197-200.

Seznam zkratek

H.ch. - Hirschsprungova choroba

RTG – rentgen

UZ – ultrazvuk

NGS – nasogastrická sonda

PŽK – permanentní žilní katetr

GIT – Gastrointestinální trakt

JIP – jednotka intenzivní péče

FNHK – Fakultní nemocnice v Hradci Králové

RR – rektální rourka

Dg. - diagnóza

TK – krevní tlak

P- pulz

D – dech

TT – tělesná teplota

CŽK – centrální žilní katetr

LHK – levá horní končetina

PHK – pravá horní končetina

PMK – permanentní močový katetr

KO – krevní obraz

CRP – C-reaktivní protein

FF – fyziologické funkce

Seznam obrázků a tabulek

Obr. č. 1: formy Hirschsprungovy choroby

Obr. č. 2: typický irigografický obraz u dítěte s klasickou formou H.ch.

Obr. č. 3: Transanální resekce aganglionárního úseku u klasické formy H.ch.

Obr. č. 4: Swensonova operace pro Hirschsprungovu chorobu

Tab. č. 1: Monitorace fyziologických funkcí

Tab. č. 2: ASTRUP + biochemické vyšetření

Tab. č. 3: C-reaktivní protein

Tab. č. 4: Výsledky krevního obrazu

Tab. č. 5: Přehled vyšetření koagulace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelská anamnéza (formulář Kliniky dětské chirurgie FN v Motol)

Příloha č. 2: Edukační záznam (formulář Kliniky dětské chirurgie FN v Motol)

Příloha č. 1



OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA / PROPOUŠŤECÍ ZPRÁVA
 PRO DĚTSKOU ČÁST FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5



STŘEDK	DATA / čas vstupu	ALERGIE!!!	PROPUSŤEN Z:
	28.9.15 14:00	NEUJISTNĚ	ZABĚHA
PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOSTI S HOSPIITALIZACÍ <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO, JAKÁ: 2012/4			
CHARAKTERISTIKA DÍTĚTE <input checked="" type="checkbox"/> DROUŽNĚ <input type="checkbox"/> SAMOTVÁŘSKÉ OSLOVENÍ: 1A OBLIČENÁ HRAČKA: AUTO ČÍM LEBN ZKACDMOTU? ZKLDNIT: POUŽÍVÁNÍ ČLOUVĚKŮ, 201			
1	SMYSLY - OMEZENÍ ZRAK <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SLUCH <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NEVÝDOMÍ <input type="checkbox"/> NEPLĚ <input type="checkbox"/> NEVÝSOCI <input type="checkbox"/> SLUCHADLO	<input type="checkbox"/> KONTE. OČKY
2	KOMUNIKACE <input checked="" type="checkbox"/> BEZ ZDĚLĚMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY	PŘÍMĚRNĚ VĚU	
3	VĚDOMÍ <input checked="" type="checkbox"/> PŘI VĚDOMÍ <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTOVÁNO	<input type="checkbox"/> PORUCHA VĚDOMÍ (vliv GCs) 15b.	<input type="checkbox"/> DEZORIENTOVÁNO <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ
4	DÝCHÁNÍ <input checked="" type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ <input type="checkbox"/> DŮŠAŇSTÍ <input type="checkbox"/> KASĚL <input type="checkbox"/> POUŘENÍ <input type="checkbox"/> INHALACE <input type="checkbox"/> KYSLIKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMOVÁ KANYLA <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA <input type="checkbox"/> UNĚLA PULSNÍ VENTILACE		
5	KATÉTRY, DŘENY, SONDY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO	<input checked="" type="checkbox"/> PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input checked="" type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input checked="" type="checkbox"/> PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR JINÉ: ENDOVITĚLNÍ KATÉTR, NED, PARACENTRÁLNÍ JEN	
6	VÝŽIVA NIC 702 06 HEMOTINOS: 104g VÝŠKA: 71cm OBVOD PŮLE: 46cm	EVENT. OBLIČENÍ (např. vegetariánská strava) CHRUP <input checked="" type="checkbox"/> MLEČNY <input type="checkbox"/> PAREŽEJ <input checked="" type="checkbox"/> SMALTELNÁ ZUBNÍ PASTIČKA <input type="checkbox"/> FIKSNI <input type="checkbox"/> VOLNÁ NOVÁTKA <input type="checkbox"/> ZPŮSOB PODÁNÍ <input type="checkbox"/> PARENTERÁLNÍ <input checked="" type="checkbox"/> ŽIVNOST <input type="checkbox"/> ŽIVNOST	Trávení se žák <input type="checkbox"/> SMÍŽENÝ PŘÍJEM <input type="checkbox"/> ZVÝŠENÝ PŘÍJEM <input checked="" type="checkbox"/> NORMÁLNÍ PŘÍJEM: PÍJE <input type="checkbox"/> SAMO <input type="checkbox"/> SÁVICOUK <input type="checkbox"/> Z. HERNĚČKU <input type="checkbox"/> SPORT CUP LÉKY UŽÍVÁ <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY
7	KOŽE, SLIZNICE JINÉ: 27b.	SUCHÁ KŮŽE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SUCHÁ SLIZNICE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SUCHÉ RTY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	OPĚRAČNÍ RÁNA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SEKESCE <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO 27b. 15b.
8	AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST <input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNĚ <input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNĚ V. MODIFIKOVANÝ TEST SOBĚSTAČNOSTI (OD 5 LET)	<input type="checkbox"/> LIZÍ <input type="checkbox"/> SAMO <input type="checkbox"/> S POMOČÍ <input type="checkbox"/> SÁMŮ <input type="checkbox"/> S POMOČÍ	MYŠE <input type="checkbox"/> SAMO <input checked="" type="checkbox"/> S POMOČÍ SNÁŽÍ MYŠÍ VLASŮ <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO


FN Motol 303 vnitřní - telefonní číslo 82/1413

9	VYTRČOVÁNÍ / VYTRČOVÁNÍ <input type="checkbox"/> HLAVY <input type="checkbox"/> NOČNÍ <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> VÝZADÍ, HAKSTINGI <input type="checkbox"/> BOKNĚ S JAK?	INFORMOVANĚ <input type="checkbox"/> MOČÍ <input type="checkbox"/> STOLICE <input type="checkbox"/> ŽÁČ <input type="checkbox"/> PŘÍJEM <input type="checkbox"/> PŘEDĚN <input type="checkbox"/> V NOČI <input type="checkbox"/> JINĚ	20
10	SPÁNEK - OBLIČENÍ ŽNĚ <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> BEZ PŮLE DĚN, JAK ČÁSTI:	KDY USNÁ DOMA PO 20H	ZVYKY <input checked="" type="checkbox"/> SVĚTLO <input type="checkbox"/> RITUALY
11	SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ PŘIJATO <input type="checkbox"/> BEZ DOPROVODU <input checked="" type="checkbox"/> S DOPROVODEM	SOUROZENCI <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, POČET: / VĚK: /	BODNÁ <input checked="" type="checkbox"/> OPINÁ <input type="checkbox"/> VĚŮPLNÁ, DÍTĚ ŽÍJE S: ZÁJEM RODENY <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO
12	KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ NEJEDNĚ <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	PORADYJE RITUALNÍ PRČI <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
JINĚ:			
LÉKY: <input type="checkbox"/> POLEDNÍ MEDIKACE JAK POSLEDY PODANÁ V:			
OŠETŘENÍ	CEHO	JAK	KDY
POSLEDNÍ STRAVA	<input type="checkbox"/> SNÍDANĚ <input type="checkbox"/> OBĚD <input type="checkbox"/> VEČEŘNĚ <input type="checkbox"/> DĚTĚ:		
PŘELOŽENO	<input type="checkbox"/> OŠP <input type="checkbox"/> KOJ. ÚSTAV <input type="checkbox"/> DĚTSKÝ DOMOV <input type="checkbox"/> JINĚ	Datum / čas převzetí:	
VSTUPNÍ ZÁZNAM PŘEVZAL:	VYSTUPNÍ ZÁZNAM PŘEVZAL:	INFORMACE PŘEVZAL:	DATUM / ČAS

Příloha č. 2

EDUKAČNÍ ZÁZNAM
FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

Liš č. 1.



Datum/čas: <u>28. 9. 2017, 12..</u>	Datum/čas: <u>29. 9. 2017, 11..</u>	Datum/čas: <u>2. 10. 2017, 8..</u>	Datum/čas: <u>9. 10. 2017, 15..</u>
Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník: <u>MATEJ</u>	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník: <u>MATEJ</u>	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input checked="" type="checkbox"/> rodinný příslušník: <u>MATEJ</u>	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník:
Téma edukace: <input checked="" type="checkbox"/> Práva pacientů <input checked="" type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnóza <input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Snužití <input type="checkbox"/> Připravení před výkonem <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinence	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnóza <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Snužití <input type="checkbox"/> Připravení před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnóza <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Snužití <input type="checkbox"/> Připravení před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnóza <input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Snužití <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Připravení před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence
„Byla jsem osvětlována o tím, že nástup určujm k edukaci všíli čtenky peněs a časovně po dobu mé hospitalizace ve FN Motol je administrativní příjem.“ <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Poznámky:	Poznámky:	Poznámky:
Ovládnutí těchto věcí na tomto místě odlišná, přestože ani bylo získání umožněno. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Klíč z od nočního stolka, stejně předtým představit <input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE (důvod do záznamu o péči)			
Operační výkon Klíč do šachovky <input type="checkbox"/> ANO	Operační výkon Klíč do šachovky <input type="checkbox"/> ANO	Operační výkon Klíč do šachovky <input type="checkbox"/> ANO	Operační výkon Klíč do šachovky <input type="checkbox"/> ANO
Popsání metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video	Popsání metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video	Popsání metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video	Popsání metoda: <input type="checkbox"/> neschopen edukace <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> audio, video
Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a/zvládl <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a/zvládl <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a/zvládl <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a/zvládl <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a
Podpis edukujícího: <u>Marek</u>	Podpis edukujícího: <u>Marek</u>	Podpis edukujícího: <u>Marek</u>	Podpis edukujícího: <u>Marek</u>
Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:

FN Motol 008 - 12/06/13