

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**2007**

**Martina Mahútová**

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

---

**Bakalářské studium ošetrovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetrovatelská kasuistika  
Péče o pacienta po operaci pankreatu sec. Whipple**

**Case study  
Care of patient after operation of pancreat sec. Whipple**

**2006/2007**

**Martina Mahútová**

**Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková MBA**

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. D. Juráskové MBA, Doc. MUDr. V. Visokaiovi PhD. a Bc. V. Trajhanové za odborné vedení a spolupráci při zpracování mé závěrečné bakalářské práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>1</b>
<b>1 CHRONICKÁ PANKREATITIDA</b>	<b>2</b>
1.1 Etiopatogeneze	2
1.2 Klinický obraz	2
1.3 Terapie	3
<b>2 POOPERAČNÍ PÉČE A PREVENCE POOPERAČNÝCH KOMPLIKACÍ</b>	<b>5</b>
2.1 Pooperační komplikace	5
2.2 Pooperační péče	6
<b>3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI</b>	<b>11</b>
3.1 Identifikační údaje	11
3.2 Lékařská anamnéza a diagnózy	11
<b>4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE</b>	<b>13</b>
4.1 Předoperační vyšetření	13
4.2 Vyšetření v průběhu hospitalizace.	13
4.3 Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí	13
4.4 Laboratorní vyšetření	14
4.5 Další vyšetření – měření CVP (central venous pressure)	15
4.6 Farmakoterapie	15
4.7 Dietoterapie a rehabilitace	18
<b>5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA</b>	<b>19</b>
5.1 Dům životních potřeb (H. Chloubová, 1992)	19
<b>6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY</b>	<b>24</b>
6.1 Plán, realizace a hodnocení	25
6.1.1 Neefektivní průchodnost (udržení dýchacích cest) dýchacích cest (00031) Neefektivní dýchání (00032) Riziko udušení (00036) Riziko aspirace (00039)	25
6.1.2 Neefektivní termoregulace (00008)	25
6.1.3 Akutní bolest (00132) Narušený spánek (00095)	27 28

6.1.4	Deficit tělesných tekutin (00027)	
	Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025)	
	Nedostatečná výživa – menší příjem než je tělesná potřeba (00002)	
6.1.5	Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)	30
6.1.6	Riziko infekce (00004)	32
	Porušená kožní integrita (00046)	
	Riziko porušení kožní integrity (vznik dekubitů) (00047)	
6.1.7	Deficit sebek péče – hygiena, oblékání, úprava zevnějšku a obsluha sebe sama (00108)	32
	Zhoršená pohyblivost – ve smyslu omezení (00085)	35
<b>7</b>	<b>EDUKACE</b>	<b>37</b>
7.1	Edukační anamnéza	37
7.2	Edukační plán	38
7.2.1	Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)	38
	<b>OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA</b>	<b>40</b>
	<b>SEZNAM CITOVANÉ A POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>41</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	<b>42</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	<b>43</b>

## ÚVOD

Slinivka břišní (pankreas) byla známa již před našim letopočtem, její anatomická struktura byla však popsána až v 16. a 17. století a přesné určení funkce je objevem posledních dvou století. Pankreas se skládá ze dvou částí: 1. část zevně sekretorická, která produkuje jednu z nejdůležitějších trávicích šťáv, 2. vnitřně sekretorická, skládající se z Langerhansových ostrůvků, které produkují hormony, z nichž nejdůležitější je inzulin.

Mezi nejčastější onemocnění zevně sekretorické části pankreatu patří akutní a chronická pankreatitida. Jejich výskyt ve světě i u nás významně stoupá. V neposlední řadě se na výskytu podílí zvýšená konzumace alkoholu, stres a nesprávná životospráva, zvláště konzumace rychle připravených tučných, mastných jídel z fast – foodů.

Postižení pankreatu se může projevovat od prostého prosáknutí samotné žlázy až po odumrtí tukové tkáně v širokém okolí v prostoru za dutinou břišní a v břiše.

Chronická pankreatitida je také jedním z rizikových faktorů vzniku karcinomu pankreatu, což je onemocnění záludné. V počátečním stadiu nevyvolává žádné potíže, a nebo imituje symptomy pankreatitidy. Nelze proto opomenout, že největší šance na vyléčení existuje tehdy, když je nádor zachycen včas a lokalizován pouze v pankreatu.

Jednou z léčebných metod je i léčba chirurgická, která spočívá v odstranění postižené tkáně slinivky břišní. ( 6 )

Moje volba tématu závěrečné práce spočívala ve společenské závažnosti onemocnění, jeho častém výskytu a nutnosti zajištění náročné lékařské i ošetrovatelské péče. K dalším důvodům výběru tématu neodmyslitelně patří i výběr chirurgického oboru, ve kterém pracuji. Nemocní s chronickou pankreatitidou po operačních výkonech jsou totiž častými pacienti našeho oddělení. Pana M. K. jsem si vybrala na základě jeho otevřenosti, schopnosti komunikovat a dobře spolupracovat.

Závěrečná práce je rozdělena na část klinickou, která je věnována charakteristice onemocnění, tj. etiopatogenezi, klinickému obrazu, diagnostice a léčbě chronické pankreatitidy. Druhá část práce je část ošetrovatelská, zaměřena zvláště na časnou pooperační péči. Tato část sestává z anamnézy která vychází z „*Domu základních lidských potřeb* (H. Chloubová, 1992),“ z ošetrovatelských diagnóz stanovených dle NANDA taxonomie, plánu ošetrovatelských intervencí, jejich realizace a evaluace. Součástí kasuistiky je také edukace pacienta a ošetrovatelský závěr s prognózou. Součástí práce jsou obrazové přílohy, tabulky a ošetrovatelská dokumentace s využitím různých měřících technik.

Ošetrovatelská část práce je tedy psána metodou ošetrovatelského procesu, což je proces otevřený, dynamický, flexibilní, cyklický, kognitivní, problémově – orientován a určen pro pacienta.

# 1 CHRONICKÁ PANKREATITIDA

Chronická pankreatitida je vleklé onemocnění, postihující slinivku břišní, které způsobuje pozvolný úbytek zevně sekretorické funkční části pankreatu a její nahrazení nefunkčním vazivem

## 1. 1 Etiopatogeneze

Příčiny vzniku chronické pankreatitidy jsou:

- *biliární* – např. postcholecystektomický syndrom, poruchy odtoku při patologických změnách na papile
- *chronický abusus alkoholu*
- *hyperparathyreoidismus, hyperlipoproteinémie, mukoviscidóza, hereditární vlivy, autoimunita*
- *pankreas divisum, zvýšené nároky na drenážní kapacitu papily minor*
- *idiopaticky* – cca 10 % ( 5 )

U chronické pankreatitidy dochází k precipitaci bílkovinného materiálu v acinech a koncových kanálcích, dochází k vestavění kalcia, ke tvorbě koncrementů, které brání toku sekretu. Tak dochází k autodigesci a fibróze. Také může docházet ke stenóze žlučovodu, regionální portální hypertenzi a stenóze duodena.

Chronická pankreatitida je morfoloicky charakterizována sklerózou a ztrátou exokrinního pankreatu.

Vyskytuje se u 0,1 – 0,4 % populace, hlavně u mužů mezi 30. – 50. rokem.

Chronická pankreatitida se diagnostikuje na základě dlouhodobé anamnézy, kdy můžeme zjistit pravidelnou konzumaci alkoholu a cholelithiázu.

Metodou volby vyšetření je ultrasonografické vyšetření, rentgenové (RTG) vyšetření - nativní snímek břicha a tomografické vyšetření (CT). Důležitou diagnostickou metodou je endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP). Součástí diagnostiky zánětu slinivky břišní je biochemické vyšetření krve – C-reaktivní protein (CRP), což je zánětlivý faktor, hladina glykemie a amylázy (S-AMS). Laboratorní diagnostiku doplňuje vyšetření moče na amylázy (U-AMS). ( 2, 5, )

### Formy chronické pankreatitidy podle Marseillské klasifikace:

1. *Chronická pankreatitida s fokální nekrózou*
2. *Chronická pankreatitida se segmentální nebo difúzní nekrózou*
3. *Chronická pankreatitida s koncrementy nebo bez koncrementů, kalcifikující*
4. *Obstrukční chronická pankreatitida s dilatací vývodního systému proximálně od stenózy*

### Formy průběhu:

- *chronicky recidivující s akutními relapsy*
- *chronicky progredientní* ( 5 )

## 1. 2 Klinický obraz

Chronická pankreatitida se projevuje recidivující bolestí, což je časný symptom vznikající závisle nebo nezávisle na příjmu potravy, projevující se v epigastriu (75%), v pravém hypochondriu (45%), v levém hypochondriu (30%), s vystřelováním do levého ramene a zad. V průběhu onemocnění dochází ke ztrátě tělesné hmotnosti. Insuficience endokrinního pankreatu vede k intoleranci tuku v potravě, a tak dochází

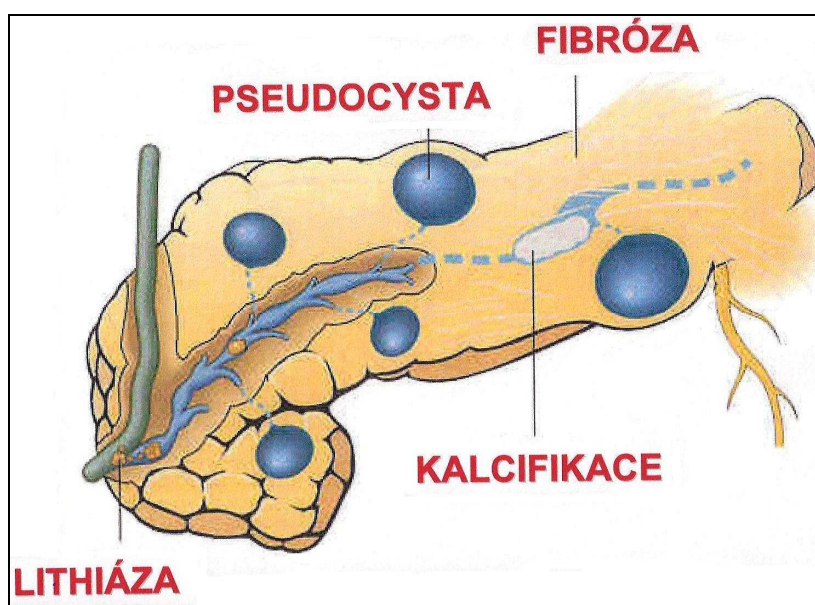
k vylučování steatorey. Při fibróze a tím zúžení sousedních struktur pankreatu, hlavně ductu choledochu (žlučovodu) dochází ke vzniku ikteru. ( 2, 5, 6 )

**Klinická stadia onemocnění:**

- I. *relativní insuficience při jednotlivých zánětlivých relapsech*
- II. *sekretorická insuficience s latentním diabetem mellitem*
- III. *úplná digestivní insuficience s manifestním diabetem mellitem*

**Komplikace:**

1. *maldigesce – z insuficience pankreatu a diabetes mellitus se steatoreou a edémy s nedostatkem bílkovin*
2. *pseudocysty*
3. *komprese nebo trombózy v. lienalis s regionálním zvýšením portálního tlaku – portální hypertenze a její symptomy*
4. *stenózy intra a retropankreatické části choledochu – bezbolestný ikterus, stenóza duodena, pyloru*
5. *nekróza a absces – sepse*
6. *Zolinger – Elisonův syndrom – vznik vředů* ( 5 )



Obr. č. 1 – Chronická pankreatitida ( 10, s. 25 )

### 1. 3 Terapie

Léčba chronické pankreatitidy probíhá jak konzervativně, pomocí farmakoterapie a dietoterapie, tak i chirurgicky.

Konzervativní léčba spočívá v zákazu požívání alkoholu, omezení tuků v dietě, substitucí pankreatických enzymů farmakoterapií.

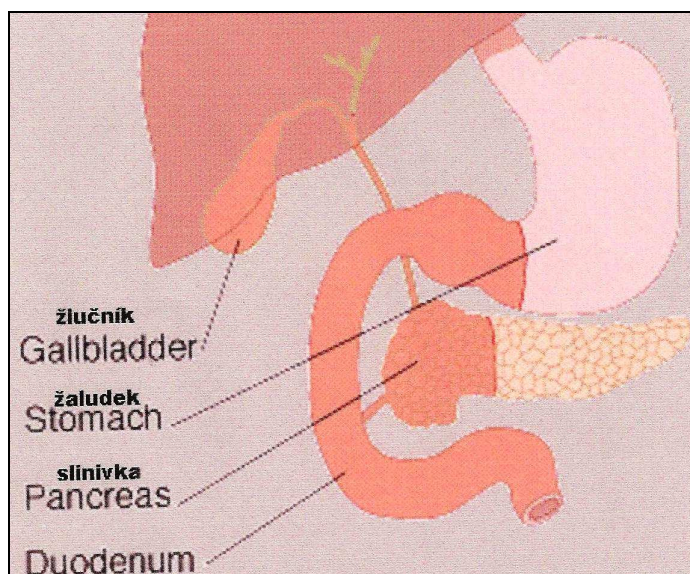
Ke chirurgické (operační) léčbě se přistupuje na základě indikací, kterými jsou cholelitiáza, komprese choledochu, doudena nebo tlustého střeva, pseudocysty, podezření na malignitu, bolest, která je rezistentní na konzervativní terapii, trombóza v. portae nebo v. lienalis. ( 5, 6 )

Existují následující **možnosti chirurgické léčby:**

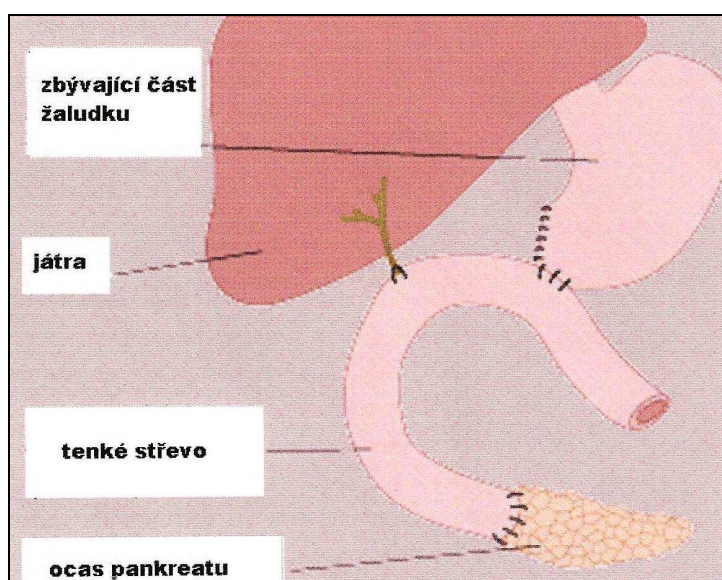
1. *Biliodigestivní anastomóza se využívá při uzávěru žlučovodu. Jde o provedení choledochojejunoanastomózy s vyřazením Y-kličky podle Rouxe.*
2. *Pankreatikojejunoanastomóza s vyřazením Y-kličky podle Rouxe*



3. Gastroenteroanastomóza při kompresi bulbus duodeni
  4. Cystojejunostomie u velkých pseudocyst
  5. Parciální (cefalická) duodenopankreatektomie – *sec. Whipple*, která spočívá v:
    - resekci hlavy pankreatu společně s pylorem žaludku, nebo bez pyloru
    - resekci hlavy pankreatu se zachováním duodena,
    - resekci hlavy pankreatu a duodena se zachováním 3. části duodena (pars horizontalis inferior) a 4. části duodena a processus uncinatus, nebo
    - resekci hlavy pankreatu a duodena se zachováním tkáně pankreatu kolem v. mesenterica superior.
- ( 5, 6 )



Obr. č. 2 – Části, které se odstraňují při operaci *sec. Whipple* ( 9 )



Obr. č. 3 – Stav po operaci *sec. Whipple* ( 9 )

## **2 POOPERAČNÍ PÉČE A PREVENCE POOPERAČNÝCH KOMPLIKACÍ**

### **2. 1 Pooperační péče**

**Pooperační péči** rozdělujeme na včasnou, bezprostřední a následnou. Cílem péče v bezprostředním pooperačním období je zajistit základní životní funkce pacienta a umožnit mu zotavit se z anestezie. V průběhu prvních hodin po operaci je pacient ohrožen vznikem komplikací z celkové anestezie. Nejdůležitější je monitorovat obnovení obranných reflexů, spontánního dýchání a stabilizaci krevního oběhu. Cílem následné pooperační péče je eliminovat bolest, diskomfort, pooperační komplikace a podpořit návrat zdravotního stavu na optimální úroveň. ( 2, 3, 7, 8 )

#### **Obecné postupy v pooperační péči**

##### **1. Monitoring pacienta**

Sledování pacienta spočívá v kontinuálním monitoringu vitálních funkcí (krevní tlak invazivní nebo neinvazivní, srdeční frekvence, saturace krve kyslíkem, dýchání), stavu vědomí, diurézy, centrálního venózního tlaku (CVT), sekreci z drénů a stavu operační rány – její operační krytí. ( 2, 3, 7, 8 )

##### **2. Infuzní terapie a výživa pacienta**

Indikací k aplikaci infuzní terapie je nemožnost perorálního příjmu po chirurgickém zákroku, potřeba pooperační náhrady ztrát tekutin a nutnost cílené korekce minerálové nebo acidobazické poruchy, jako i nutnost parenterální nutriční podpory. Infuzní terapie je aplikována centrálním nebo periferním žilním katétrem. ( 2 )

##### **3. Aplikace transfuzních přípravků a krevních derivátů**

##### **4. Pooperační analgezie a zajištění spánku**

Pooperační analgezie slouží k ovlivnění komfortu pacienta a omezení neuroendokrinní stresové odpovědi. Umožňuje časnou mobilizaci a rehabilitaci pacienta. V neposlední řadě snižuje riziko pooperačních komplikací. Spánek zajišťujeme už kvalitní analgezií, zajištěním komfortu pacienta a aplikací hypnotik nebo sedativ. ( 7, 8 )

##### **5. Péče o hygienu pacienta**

##### **6. Péče o vyprazdňování moče a stolice**

Po velkých operacích má pacient zavedený permanentní močový katétr (PMK) k pravidelnému sledování diurézy. Funkce střevní peristaltiky se obnovuje do 48 – 72 hodin. ( 2, 3 )

##### **7. Rehabilitace a prevence vzniků dekubitů**

Časná pohybová aktivita pacienta je předpokladem brzké normalizace tělesných funkcí a prevencí komplikací. Prevenci proleženin zajišťujeme pravidelnou hygienou pacienta a lůžka, polohováním a rehabilitací.

##### **8. Péče o invazivní vstupy**

Péče o invazivní vstupy zahrnuje bezpečné zajištění všech drénů, centrálního žilního katétru, periferních katétrů, arteriálního katétru, nasogastrické sondy, močového katétru a dalších. Péče dále obsahuje pravidelnou hygienu a aseptické ošetřování, a tím prevenci vzniku potenciální infekce. ( 3, 8 )

##### **9. Péče o operační ránu a drény**

Operační rána je kryta primárním obvazem již z operačního sálu. Je nutná její pravidelná kontrola, resp. kontrola krytí. Sledujeme prosáknutí obvazu. Pokud není krytí prosáklé a není přítomné podezření ze vzniku komplikací v operační ráně, nebo se rána speciálně neošetřuje, první převaz je za 24 – 48 hodin. Drény jsou zpravidla

zajištěny šitím nebo spínacím špendlíkem. Je nutno kontrolovat jejich zajištění, správnou polohu, aby nedošlo k zalomení a charakter sekretu (barva, fluor, množství a patologická příměs). ( 7 )

#### **10. Edukace pacienta**

Pacienta po operaci je nutno poučit o pooperačním režimu a pobytu na jednotce intenzivní péče.

#### **11. Orgánově specifická pooperační péče**

##### ➤ *Péče o stabilitu plicních funkcí.*

Stabilita plicních funkcí se zajišťuje pomocí oxygenoterapie, zvlhčení vdechované směsi, polohou pacienta v Semi-Fowlerově nebo Fowlerově poloze, toaletou dutiny ústní, dechovou rehabilitací a časnou mobilizací. V případě neschopnosti spontánního dýchání je ventilace zajištěna umělou plicní ventilací (UPV).

##### ➤ *Péče o stabilitu oběhu a prevence tromboembolické nemoci.*

Rozsah preventivních opatření je určen velikostí rizika. S prevencí se začíná již předoperačně. Rozděljuje se prevence nespecifická, která spočívá v dostatečné hydrataci, bandáži dolních končetin a vysazení léků, které zvyšují riziko embolizace. Druhým typem prevence je prevence specifická, která je založena na aplikaci antikoagulancií.

##### ➤ *Korekce poruch vnitřního prostředí.*

##### ➤ *Korekce pooperační hypotermie.*

Pooperační hypotermii zabraňujeme už na operačním sálu použitím ohřívacího lůžka, podložky a ohřívače infuzí, transfuzí. Po operaci je možné použít ohřívací deku, přístroj k aplikaci teplého vzduchu (WarmAir – hyperthermia system) nebo termofor. Zabraňuje se tak nežádoucím reakcím, kterými jsou: zpomalené zotavení z celkové anestezie – probouzení, svalová slabost, zhoršené hojení ran, riziko koagulačních poruch, svalový třes, vazokonstrikce, která může maskovat hypovolemii a riziko chladové polyurie vedoucí k hypovolemii.

##### ➤ *Korekce poruch hemostázy.*

##### ➤ *Prevence pooperačních komplikací.*

( 2, 7 )

## **2. 2 Pooperační komplikace**

**Pooperační komplikace** narušují normální pooperační průběh a vznikají v souvislosti s anestézií nebo operačním výkonem. Mezi časné komplikace po výkonu patří selhání dýchání a oběhu, poruchy vědomí, a krvácení v operačním poli. S časovým odstupem vznikají zánětlivé plicní komplikace, tromboembolická nemoc, cirkulační a močové komplikace, poruchy funkce GITu.

Organismus reaguje na chirurgický výkon neuroendokrinní odpovědí, systémovou zánětlivou odpovědí a mechanismem ischemie a reperfuze. ( 2, 7 )

### **Neuroendokrinní odpověď organismu na operační výkon**

Iniciálně dochází k aktivaci sympatiku a vyplavení katecholaminů, stoupá hladina kortizolu, aldosteronu, antidiuretického hormonu (ADH) a glukagonu. V další fázi stoupá sekrece inzulínu. V pooperační fázi dochází k retenci tekutin, poruchám metabolismu iontů, inzulínorezistenci, zvýšení metabolismu, katabolismu bílkovin s negativní dusíkovou bilancí. Anaboličká fáze začíná podle rozsahu výkonu během dnů až týdnů po operaci. Intenzita odpovědi závisí na rozsahu chirurgického výkonu, kvalitě pooperační analgezie a vzniku perioperačních komplikací. ( 2, 7 )

### **Systémová zánětlivá odpověď (SIRS, MODS)**

Poškození tkáně operačním výkonem vede k začátku zánětlivé odpovědi, při ztrátě kompartmentalizace dochází k rozvoji syndromu systémové zánětlivé odpovědi. Její intenzita závisí na rozsahu a lokalizaci poškození tkáně a na reaktivitě pacienta. Rozvoj difuzního poškození endotelu, aktivace koagulace a přímé působení zánětlivých mediátorů může vést k poškození funkce vzdálených orgánů – syndromu multiorgánové dysfunkce. Při nekomplikovaném pooperačním průběhu zánětlivá odpověď odeznívá v průběhu 48 – 96 hodin. ( 2, 7 )

### **Odpověď na principu mechanismu ischemie a reperfuze**

Ischemie a následná reperfuze tkání vede ke zhoršení tkáňového poškození v oblasti ischemie, k aktivaci zánětlivé odpovědi v organismu a k uvolnění řady látek v důsledku anaerobního metabolismu a cytolýzy v poškozených oblastech. Ke klinické manifestaci dochází v závěrečných fázích operačního výkonu a v pooperačním průběhu. Klinická manifestace se projevuje kompartment syndromy, syndromem systémové zánětlivé odpovědi a syndromem multiorgánové dysfunkce. Dochází k anurickému renálnímu selhání s hyperkalemií. ( 2, 7 )

### **Mezi faktory ovlivňující vznik komplikací patří:**

- *operační výkon* – délka operace, technické chyby při operaci, dodržování zásad fyziologického operování,
  - *způsob anestezie* – přetrvávající myorelaxace po operaci, poruchy dýchání při otoku hrtanu jako následku intubace,
  - *stav pacienta před operací* – výskyt přidružených onemocnění, akutní operace s delším ileósním stavem nebo s anamnézou peritonitidy,
  - *věk pacienta* – častější výskyt komplikací je ve vyšším věku,
  - *stav výživy před operací* – hlavně malnutrice, kachexie a
  - *farmakologická anamnéza.*
- ( 2, 7 )

### **Mezi pooperační komplikace zařazujeme:**

#### **Pooperační hypoxemie**

Etiologie:

- *poruchy průchodnosti dýchacích cest* (perzistující porucha vědomí nebo svalová slabost, postextubační edém hrtanu, paréza hlasivek, krvácení, edém),
- *hypoventilace v důsledku nedostatečného zotavení po anestezii* (účinek opioidů, který způsobuje bradypnoe, účinek relaxancií, která způsobují mělké, rychlé dýchání, neschopnost zvednout hlavu nad podložku a dekompenzace pacientů s nervosvalovým onemocněním),
- *perioperační plicní komplikace* (endobronchiální intubace se vznikem atelektázy, aspirace do dýchacích cest, pneumothorax, krvácení do dýchacích cest, fluidothorax, hemothorax, nestabilita hrudní stěny, bronchospasmus),
- *hypoxemie kardiovaskulární etiologie* (plicní edém a plicní embolie) a
- *pooperační plicní komplikace* (hypoventilace při nedostatečné analgezii nebo zvýšení polohy bránice, atelektáza, bronchopneumonie, akutní plicní selhání – ARDS, exacerbace chronického plicního onemocnění). ( 2 )

#### **Pooperační hyperkapnie**

Etiologie:

- *poruchy průchodnosti dýchacích cest,*
- *hypoventilace v důsledku nedostatečného zotavení po celkové anestezii,*
- *závažné obstruktivní nebo restriktivní onemocnění plic nebo restriktivní poruchy hrudní stěny (chronická obstrukční plicní nemoc, astma bronchiale, pneumothorax, fluidothorax, hemothorax, rozsáhlé atelektázy, pneumonie, kyfoscólióza, zvýšení polohy bránice při ileu, ascites, hemoperitoneum, peroperační poranění n. phrenicus, nestabilita hrudní stěny), masivní plicní embolie a maligní hypertermie.* ( 2, 8 )

### **Pooperační poruchy vědomí kvantitativní a kvalitativní**

Etiologie:

- *zpomalené zotavení z celkové anestezie,*
- *cévní mozkové příhody, poruchy oběhu,*
- *poruchy výměny plynů,*
- *intoxikace,*
- *hyponatremie,*
- *endokrinní a metabolické poruchy (hypoglykemie, uremie, ...),*
- *dekompenzace psychóz a epilepsie.* ( 2 )

**Aspirace žaludečního obsahu a její komplikace** (bronchospasmus, aseptická pneumonitida, bronchopneumonie)

K aspiraci žaludečního obsahu a potenciálnímu vzniku komplikací dochází při přítomnosti - *poruchy vědomí a poruchy reflexů z oblasti hypofaryngu, horních cest dýchacích.* ( 2, 8 )

### **Pooperační nauzea, zvracení a singultus (škytavka)**

Tyto komplikace jsou symptomem žaludeční atonie, dráždění bráničního nervu a dráždění v oblasti bránice, nejčastěji při subfrenickém abscesu. Prevence spočívá v zavedení nasogastrické sondy (NGS), její odsátí a aplikace léků – prokinetik. ( 2, 7 )

### **Hypotenze**

Hypotenze vzniká jako následek *hypovolemie, kardiogenních příčin* (arytmie, ischemie myokardu, kardiogenní šok, užívání léků s negativně inotropním účinkem), *obstrukce plicního řečiště – embolie a vazodilatace* (vysoké centrální blokády, septický šok, traumatický šok, anafylaktický šok, spinální šok, deficit katecholaminů, insuficience nadledvin).

### **Hypertenze**

Zvýšený nebo vysoký krevní tlak se projevuje jako samostatné onemocnění - *hypertenzní nemoc,* nebo doprovází *bolest, diskomfort* (endotracheální kanyla, nasogastrická sonda, nauzea, imobilizace, dyspnoe), *hypoxemii, hyperkapnii, tyreotoxikózu, feochromocytóm, ischemii ledvin* (zvýšený intraabdominální tlak, renovaskulární hypertenze), *nitrolební hypertenzi, ischemii centrálního nervového systému (CNS)* a je také důsledkem *efektu léků* (vasopresory, ketamin, anticholinergika).

### **Pooperační arytmie**

Pooperační arytmie vznikají jako následek *organického srdečního onemocnění, minerálové dysbalance* (hypo a hyperkalemie, hypomagnesemie, hypofosfatemie, hypokalcemie), *stimulace sympatiku, parasympatiku, hypoxemie a hyperkapnie, endokrinní poruchy* (hypertyreóza, feochromocytóm). ( 2 )

### **Tromboembolická nemoc (TEN) a embolie plicnice**

Tromboembolické komplikace vznikají při *flebotrombóze, flebitidě, poruchách hemostázy a diseminované intravaskulární koagulopatii (DIC).* ( 2, 8 )

### **Pooperační nozokomiální pneumonie**

Nozokomiální nákazy (NN) vznikají jako následek:

- *urgentního chirurgického výkonu v průběhu akutního onemocnění dýchacích cest,*
- *chronického plicního onemocnění,*
- *výkonů v epigastriu a hrudních výkonů,*
- *umělé plicní ventilace (UPV),*
- *nedostatečného zvlhčování vdechované směsi,*
- *pooperační hypoventilace,*
- *perioperační aspirace do dýchacích cest.*

( 2, 7, 8 )

### **Bronchospasmus**

K bronchospazmu dochází při *zvýšené reaktivitě dýchacích cest, při manipulaci v dýchacích cestách (intubace, odsávání, aspirace) a uvolněním histaminu účinkem léků (thiopental, morphin, svalová myorelaxancia, betalaktamová antibiotika) nebo alergickou reakcí.*

### **Pooperační atelektáza**

Etiologie:

- *obstrukce bronchů,*
- *komprese plicní tkáně,*
- *vysoká poloha bránice, fluidothorax,*
- *resorpce alveolárního plynu v hypoventilovaných oblastech,*
- *oxygenoterapie s vysokou frakcí kyslíku ( $FiO_2$ ).*

Rizikové faktory pro vznik atelektáz jsou také *chronické plicní onemocnění, akutní respirační insuficience, pooperační hypoventilace a nedostatečné zvlhčování vdechované směsi kyslíku.*

( 2 )

### **Akutní plicní selhání – acute respiratory distress syndrome (ARDS)**

ARDS vzniká jako následek *přímého poškození plic (kontuze, aspirace, inhalace toxických plynů, rozsáhlé pneumonie, ...)* a *nepřímého poškození plic (závažné mimoplicní infekce, rozsáhlé kontuze, nekrózy nebo ischemie tkání s následnou reperfuzí).*

( 2 )

### **Pooperační poruchy tvorby a vylučování moče**

Etiologii vzniku pooperační tvorby a vylučování moče rozlišujeme:

- *postrenální (hypertrofie prostaty, účinek opioidů, stav po epidurální nebo subarachnoidální anestezii, striktura nebo komprese uretry, krev, hlen nebo konkrementy v močových cestách),*
- *prerenální (hypotenze, dehydratace, šok, disekce aorty, porušení cévního zásobení ledvin, zvýšení intraabdominálního tlaku) a*
- *renální (akutní tubulární nekróza v důsledku šoku, ischemie, sepse, působení kontrastních látek, nefrotoxických farmak, akutní intersticiální nefritida, akutní zhoršení chronického renálního onemocnění).*

( 2, 7 )

### **Pooperační ileus**

V pooperačním období dochází k *přechodnému útlumu funkce GITu. Při nekomplikovaném průběhu je funkce žaludku obnovena za cca 24 – 48 hodin a funkce tračníku za 48 – 72 hodin.*

Pooperační paralytický ileus může být diagnostikován jako porucha funkce *gastrointestinálního traktu přetrvávající déle než 5 dnů.*

*Spolykaný vzduch a nahromaděné tekutiny z gastrointestinální sekrece vedou k abdominální distenzi, dochází ke vzniku nevolnosti, zvracení a bolesti.*

Rizikové faktory pro vznik pooperačního ileu jsou:

- *diabetická neuropatie splanchnické nervové pleteně,*

- vyšší věk, imobilizace – pseudoobstrukce tračníku,
- rozsáhlé nitrobřišní a retroperitoneální výkony,
- poruchy hojení rány,
- výkon na nepřipraveném a nevyprázdněném tračníku,
- perioperační oběhová nestabilita,
- vznik infekční komplikace,
- aplikace léků – opioidy, anticholinergika, katecholaminy,
- hypokalemie a hyponatremie.

( 2, 7 )

### 3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Pacient M. K. byl přijat na chirurgickou jednotku intenzivní péče po operaci pankreatu sec. Whipple. Pana M. K. jsem ošetřovala od 14. – 16. ledna 2007.

#### 3. 1 Identifikační údaje

**Jméno a příjmení:** M. K.

**Rodné číslo:** 1940

**Věk:** 65

**Vyznání:** římsko – katolické

**Pojišťovna:** VZP (111)

**Povolání:** důchodce

**Vzdělání:** vyučen

**Národnost:** česká

**Telefon:**

**Adresa:**

**Osoba, kterou lze kontaktovat:** manželka V. K.

**Datum přijetí:** 12. 1. 2007 na chirurgickou ambulanci a následně na standardní chirurgické oddělení

**Hlavní důvod přijetí:** plánovaná operace ( 11, 13 )

#### 3. 2 Lékařská anamnéza a diagnózy

Pacient přichází 12. 1. 2007 ve 13<sup>00</sup> hodin na chirurgickou ambulanci k plánované operaci pro nález na tomografickém vyšetření – pankreatitis chronica s podezřením na nádor hlavy pankreatu.

##### **Status presens**

*Hlava:* na poklep nebolestivá, bulby jsou ve středním postavení, všemi směry volně pohyblivé, spojivky jsou přiměřeně prokrvené, bělma nejsou ikterická, zornice jsou izokorické, nález na sliznicích dutiny ústní je fyziologický, chrup neúplný, sanovaný, tonzily jsou růžové, nezvětšeny, jazyk je mírně povleklý bílým povlakem

*Krk:* štítná žláza je nezvětšena, pulzace artérií přiměřená, náplň krčních žil nezvýšena, uzliny na hlavě a krku jsou nezvětšeny

*Páteř:* fyziologicky zakřivená, poklepově nebolestivá, hybnost přiměřená

*Hrudník:* souměrný, přiměřeně klenutý

*Plíce:* poklep je jasný, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů

*Srdce:* srdeční krajina je normálně konfigurovaná, srdeční ozvy jsou jasné, ohraničené, přídatné zvuky ani šelesty nejsou přítomny, puls je pravidelný – 85 / min., TK – 150/90 Torrů

*Břicho:* souměrné, mírně vyklenuté, dobře prohmatné, poklep je diferencovaný bubínkový, palpačně je břicho nebolestivé, rezistence není hmatná

*Játra:* dolní okraj není hmatný, šíře jater nepřesahuje 12 cm

*Slezina:* nehmatná, poklepově nezvětšena

*Ledviny:* tapottement bilaterálně nebolestivý

*Uzliny:* uzliny přístupné palpaci jsou nezvětšeny



*Končetiny:* konfigurace a hybnost je normální, nález na kloubech a svalech odpovídá věku, a. dorsalis pedis a a. tibialis posterior jsou oboustranně hmatné, jsou přítomné varixy bérců bilaterálně, Homansovo znamení je negativní, edémy dolních končetin nejsou patrné ( 13 )

#### **Osobní anamnéza**

- běžné dětské nemoci
- ischemická choroba srdce
- hypertenze (WHO II)
- varixy cruris bilateralis
- diabetes mellitus II. typu na dietě

( 13 )

#### **Rodinná anamnéza**

- matka diabetes mellitus, zemřela v 85 letech na infarkt myokardu
- otec zemřel v 75 letech – neví na co
- sestra se léčí s hypertenzí

#### **Alergická anamnéza**

- alergie na Penicilin (antibiotikum)

( 13 )

#### **Sociální anamnéza**

- pacient je v důchodu
- vyučil se v oboru truhlář
- pracoval jako truhlář

( 11, 13 )

#### **Farmakologická anamnéza**

- Vasocardin 50 mg (Metoprololi tartas) 1 – 0 - 1  
(kardioselektivní betalytikum)
- Enalapril 5 mg (Enalaprili hydrogenomaleas) 1 – 0 – 1  
(vasodilatans, antihypertenzivum, inhibitor ACE)
- Panzynorm drg. (Pancreatinum) 1 – 1 – 1 (při nebo po jídle)  
(digestivum, substituce zevní sekrece pankratu)

( 13 )

#### **Lékařské diagnózy**

- pankreatitis chronica
- diabetes mellitus II. typu na dietě
- ischemická choroba srdce
- hypertenze (WHO II)
- varixy cruris bilateralis

( 13 )

## 4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

### 4. 1 Předoperační vyšetření

#### Endoskopická vyšetření

21. 12. 2006 *endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)*

Nález chronické pankreatitidy a cholelitiázy.

#### Rentgenologická vyšetření

4. 1. 2007 *tomografické vyšetření (CT)*

Na CT vyšetření nalezeno expanzivní ložisko velikosti 5,5 x 5,5 cm, které vychází z pankreatu na rozhraní těla a kaudy pankreatu. Ložisko je bez známek invaze do okolních struktur.

#### Interní předoperační vyšetření

20. 12. 2006 pacient absolvoval interní předoperační vyšetření na interní klinice, kterého součástí byla elektrokardiografie a laboratorní vyšetření krve. ( 11, 13 )

#### Anesteziologické předoperační vyšetření

13. 1. 2007 pacient na lůžkovém oddělení absolvoval anesteziologické předoperační vyšetření, ve kterém bylo zhodnoceno anesteziologické riziko operace dle ASA (American Society of Anesthesiologists), laboratorní hodnoty. Pacient byl zařazen do 2. skupiny (ASA II). Součástí přípravy k operaci bylo i zjištění krevní skupiny, Rh faktoru a nakřížení krve pro případ potřeby.

### 4. 2 Vyšetření v průběhu hospitalizace

14.1. 2007 *rentgen hrudníku (RTG srdce + plíce)*

Ložiskové změny v plicním parenchymu nejsou patrné. Bránice vpravo je hladká, vlevo není diferencovatelná. Centrální žilní katétr zavedený přes v. jugularis l.dx. do horní duté žíly. Známky pneumothoraxu nejsou patrné. ( 13 )

### 4. 3 Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí

Tab. č. 1 – Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí ( 12 )

14. 1. 2007	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>10</sup>	15 <sup>15</sup>	15 <sup>20</sup>	18 <sup>00</sup>
puls / min. (70 – 80)				82	85	83	105
tlak krve ( IPP ) Torr (120- 140/80 - 85)				110/ 58	115/60	118/ 65	100/ 50
saturace O <sub>2</sub> (95 – 100)				85%	90%	95%	95%
dech / min. ( 10- 16 )				10	12	13	12
tělesná teplota °C (36,0 – 36,9)				36,2	36,5	36,5	37,5
15. 1. 2007	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>			18 <sup>00</sup>
puls / min.	82	81	85	72			76
tlak krve (IPP) Torr	130/70	142/78	135/75	140/80			150/85
saturace O <sub>2</sub>	98%	97%	94%	95%			96%
dech / min.	12	12	10	11			12
tělesná teplota °C	37	37	36,5	36,7			36,6
16.1. 2007	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>			18 <sup>00</sup>

Pokračování Tab. č. 1 – Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí (12)

	76	78	80	80	86
tlak krve (IPP) Torr	140/72	140/82	130/80	140/90	140/85
saturace O <sub>2</sub>	93%	94%	95%	95%	96%
dech / min.	12	11	12	12	11
tělesná teplota °C	36,2	36,2	36,3	36,2	36,3

#### 4. 4 Laboratorní vyšetření

Tab. č. 2 – Přehled laboratorních hodnot ze dne 14. 1. 2007 ( 13 )

Krevní obraz	16 <sup>00</sup>
Leukocyty	11,9 · 10 <sup>9</sup> /l (4,0 – 10,0 · 10 <sup>9</sup> /l)
Hemoglobin	82,00 g/l (120 – 160 g/l)
Erytrocyty	2,17 · 10 <sup>12</sup> /l (3,60 – 5,00 · 10 <sup>12</sup> /l)
Hematokrit	0,260 (0,340 – 0,460)
Ostatní parametry jsou v normě.	
Biochemické vyšetření (Na, K, Cl, albumin, glykemie)	
Kálium	3,5 mmol/l (3,8 – 4,2 mmol/l)
Glykemie	8,7 mmol/l (3,3 – 6,6 mmol/l)
Albumin	21,6 g/l (35 – 44 g/l)
Koagulační vyšetření (QUICK, INR, aPTT)	
QUICK	60,2% (75 – 130%)
INR	1,5 (0,9 – 1,2)
aPTT	40,1 sec. (25 – 40 sec.)

Tab. č. 3 – Přehled laboratorních hodnot ze dne 15. 1. 2007 ( 13 )

Krevní obraz	7 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>
Hemoglobin	116 g/l (120 – 160 g/l)	105 g/l
Ostatní parametry jsou v normě.		
Biochemické vyšetření (Na, K, Cl, kreatinin, urea, albumin, AST, ALT, bilirubin, ALP, Ca, GMT, AMS – S, AMS – U, glykemie)		
Glykemie	9,2 mmol/l (3,3 – 6,6 mmol/l)	7,9 mmol/l
kálium	3,8 mmol/l (norma)	3,6 mmol/l (3,8 – 4,2 mmol/l)
Albumin	28 g/l (35 – 44 g/l)	
AMS –S	3,71 µkat/l (↓1,92 µkat/l)	
AMS – U	0,80	
Ostatní parametry jsou v normě.		

Pokračování Tab. č. 3 – Přehled laboratorních hodnot ze dne 15. 1. 2007 ( 13 )

Koagulační vyšetření (QUICK, INR, aPTT)	Parametry koagulačních vyšetření jsou v normě.
--	--

Tab. č. 4 – Přehled laboratorních hodnot ze dne 16. 1. 2007 ( 13 )

Krevní obraz	7 <sup>00</sup>
Hemoglobin	113 g/l (120 – 160 g/l)
Biochemické vyšetření (Na, K, Cl, kreatinin, urea, albumin, AST, ALT, bilirubin, ALP, Ca, GMT, AMS – S, glykemie)	
Glykemie	9,2 mmol/l (3,3 – 6,6 mmol/l)
Ostatní parametry jsou v normě.	
Koagulační vyšetření (QUICK, INR, aPTT)	
QUICK	68% (75 – 130%)
INR	1,2 (0,9 – 1,2)
aPTT	39,1 sec. (25 – 40 sec.)

#### 4. 5 Další vyšetření – měření CVP (central venous pressure)

Tab. č. 5 – Další vyšetření – měření CVP ( 12 )

CVP v mm H <sub>2</sub> O sloupce (+3 - + 8 mm)	4. 4. 2005				
	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>10</sup>	18 <sup>00</sup>
				-1	+2
	5. 4. 2005				
	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>
	+3	+3	+5	+6	+6,5
	6. 4. 2005				
	6 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>
	+7	+6	+5	+6	+5

#### 4. 6 Farmakoterapie

14. 1.2007 – operační den (nultý operační den)

**Léky aplikované bolusově:**

*Heparin retard (Heparinum natricum) 2 x 5000 j. s. c.*  
(antikoagulans)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován: projevy krvácení*

*Helicid 40 mg (Omeprazolium) i. v. 1 – 0 – 1*

(antiulcerozum, inhibitor protonové pumpy)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován: cephalea, průjem, zácpa, nauzea*

*Erevit (Alfa – Tocoferoli acetat) 2 x 1 amp i. m.*

(vitamin E, antioxidant)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* horní a dolní dyspeptický syndrom, únava

*Celaskon (Acidum ascorbicum) 3 x 1 amp. i. v.*

(vitamin C, antioxidant)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* výjimečně alergická reakce

*Cerukal (Metocloprimidi hydrochloridum) 3 x 1 amp i. v.*

(antiemetikum, prokinetikum)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* únava, spavost, insomnie, sucho v ústech, cephalaea, neklid, vertigo

*Novalgin (Metamizolum natricum) 1 amp i. m., i. v. dle potřeby*

(analgetikum, antipyretikum)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* alergie, pokles krevního tlaku

*Ferrlecit (Ferri natrii gluconas) 3 x 1 amp. i. v.*

( antianemikum )

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* vertigo, nauzea, eméza, cephalaea, arytmie, bolesti na hrudi, kolaps ( 13 )

#### **Léky aplikovány kontinuálně:**

*80 ml KCl 7,45 % (Kalium chloratum, elektrolytový roztok)*

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* pocit horka, bušení srdce, pocení, nauzea a eméza

*HMR inzulin 40 j. / 20 ml F 1/1 ml/hod. dle glykemie*

(rychle účinkující krystalický inzulin)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* časné symptomy hypoglykemie (hlad, slabost, třes, nervozita, palpitace, pocení, cephalaea, zmatenost)

*4 ml Fentanyl (Fentanyli dihydrogenocitas) + 20 ml Marcain (Bupivacaini hydrochloridum) / 40 ml F 1/1 2 – 6 ml/hod.*

(anesteticko-analgetická směs do epidurálního katétru)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:* postpunkční bolest hlavy, krvácení z místa vpichu (pocit vlhka v místě aseptického krytí epidurálního katétru), parestézie a parézy dolních končetin, pokles krevního tlaku, bolesti v zádech, infekce v místě vpichu ( 1, 13 )

#### **Infuzní terapie:**

*F 1/1 (500 ml)* - Fyziologický roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid

*H 1/1 (500 ml)* - Hartmannův roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid

*R 1/1 (500 ml)* - Ringerův roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid

*G 10 % (500 ml) 3 x* – Glukóza, energetický roztok, ( 13 )

#### **Transfuzní terapie:**

*1 x transfuze – Erytrocyty bez Buffy Coatu resuspendované (EBR) 240 ml*

(EBR jsou připraveny ze 450 ml krve od 1 dárce odebrané do čtyřvaku s 63 ml antikoagulačního roztoku. Po centrifugaci se odsaje plazma a buffy-coat, a erytrocyty se resuspendují. Indikací k aplikaci je anémie a náhrada krevní ztráty.)

*1 x mražená plazma 226 ml*

(Plazma z plné krve se získává zpracováním 1 plné krve odebrané jednomu dárce do 63 ml antikoagulačního roztoku. Po centrifugaci se oddělí a zmrazí. Indikací k aplikaci je deficit koagulačních faktorů, DIC a trombocytopenická purpura.)

*Vedlejší účinky, o kterých by měl být pacient informován:*

Pacient podepisuje před aplikací transfuzních přípravků s lékařem informovaný souhlas, je edukován o možném vzniku komplikací a jejich projevech a nutnosti ihned je nahlásit.

- alergická reakce (kopřivka, cephalea, dušnost, nauzea, hypotenze, tachykardie, vzácně šokový stav)
- hemolytická reakce (bolest v bederní krajině, tlak na prsou, nauzea, dyspnoe, dezorientace, úzkost, hemoglobinurie, ikterus)
- oběhová reakce (tachykardie, tachypnoe, dušnost, cyanóza)
- pyretická reakce (horečka, třesavka, nauzea, eméza, úzkost)
- septická reakce (horečka, průjem, eméza, cephalea, oblužení)
- TRALI - transfusion related acute lung injury (rychlé selhání funkce plic v průběhu 1 – 4 hodin od zahájení transfuze – má obraz ARDS)
- iontová dysbalance – hyperkalemie, hypokalcemie (trnutí jazyka, mravenčení rtů, svalové záškuby, arytmie)
- paravenózní aplikace (bolest a otok v místě vpichu)
- přenos infekčních chorob (bakteriální infekce, hepatitida B, C, AIDS, CMV)

( 1, 13 )

*15. 1. 2007 - 1. pooperační den*

**Léky aplikovány bolusově:**

*Heparin retard 2 x 5000 j. s. c.*

*Helicid 40 mg i. v. 1 – 0 – 1*

*Novalgín 1 amp. i. m., i. v. dle potřeby*

*Ferrlecit 2 x 1 amp. i. v.*

**Léky aplikovány kontinuálně:**

*HMR inzulin 40 j. / 20 ml F 1/1 ml/hod dle glykemie*

*80 ml KCl 7,45 %*

*4 ml Fentanyl + 20 ml Marcain / 40 ml F 1/1 2 – 6 ml/hod*

**Infuzní terapie:**

*R 1/1 (500 ml)*

*F 1/1 (500 ml)*

*R 1/1 (500 ml)*

*G10 % (500 ml) 3x*

*Neonutrin 10% (500 ml) / na 24 hod. – roztok aminokyselin*

( 13 )

*16. 1. 2007 – 2. pooperační den*

**Léky aplikovány bolusově:**

*Heparin retard 2 x 5000j. s. c.*

*Helicid 40 mg 1 – 0 – 1 i. v.*

*Novalgín 1amp. i. m., i. v. dle potřeby*

**Léky aplikovány kontinuálně:**

*HMR inzulin 40 j. / 20 ml F 1/1 / ml/ hod dle glykemie*

*4 ml Fentanyl + 20 ml Marcain / 40 ml F1/1 2 – 6 ml/hod.*

**Infuzní terapie:**

R 1/1 (500 ml)

H 1/1 (500 ml)

Kabiven vak ALL IN ONE (2566 ml) / 24 hodin

(parenterální výživa all in one do centrálního žilního katétru)

( 13 )

## **4. 7 Dietoterapie a rehabilitace**

*14. 1. 2007 - operační den ( nultý operační den)*

*Dieta:*

- nic per os (NPO), nasogastrická sonda (NGS) na spád

*Rehabilitace:*

Pacienta přebírám z operačního sálu v 15<sup>10</sup> hodin. Po zbytek dne spí. Rehabilitaci nezahajujeme.

*15. 1. 2007 - 1. pooperační den*

*Dieta :*

- čaj po lžičkách (250 ml) / 24 hodin, NGS na spád

*Rehabilitace:*

**RÁNO:** Je zahájena pasivní a aktivní rehabilitace na lůžku. Fyzioterapeut informuje pacienta o nácvičku intenzivní dechové gymnastiky (maximální expírimum) metodou nafukování rukavice, cvičí s pacientem lokalizované hrudní a brániční dýchání. Informuje ho o správné fixaci operační rány při vstávání z lůžka, kašli, expektoraci. Po této edukaci následuje nácvička vstávání z lůžka, posazování, stoj a následná chůze.

**POLEDNE:** Fyzioterapeut opakuje s pacientem pasivní a aktivní cviky na lůžku v rámci cviků s dolními končetinami (špička – fajfka) k prevenci tromboembolické nemoci. Poté s ním procvičuje intenzivní dechovou gymnastiku a lokalizované dýchání. Po tomto cvičení pomáhá pacientovi při vstávání z lůžka a posazování. Po krátké pauze v sedu pacient vstává a spolu se projdou cca 20 metrů.

**VEČER:** Večer pod mým vedením procvičuje pacient intenzivní dechovou gymnastiku.

( 11, 12, 13 )

*16. 1. 2007 – 2. pooperační den*

*Dieta :*

- čaj do 500 ml, NGS na spád

*Rehabilitace:*

**RÁNO:** V tento den fyzioterapeut opět cvičí s pacientem na lůžku, pacient se posazuje s pomocí a s pomocí vstává z lůžka. Přeje si sprchu, proto je ošetřovatelkou zavezen na pojízdné sedačce do koupelny na standardní oddělení. Po sprše se prochází s fyzioterapeutem – opět cca 20 metrů.

**POLEDNE:** V tomto čase probíhá stejná rehabilitace, přičemž pacient potřebuje ještě pomoc při posazování a vstávání z lůžka z důvodu bolestí operační rány při pohybu. Rehabilitace probíhá stejným způsobem jako v předchozí den.

( 11, 12, 13 )

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV PACIENTA

### 5. 1 Dům životních potřeb (H. Chloubová, 1992)

Anamnéza byla odebrána v operační den (14. 1. 2007) a dále v 1. pooperační den (15. 1. 2007), z důvodu nemožnosti plného kontaktu s pacientem a náročného zotavování po operaci.

Pan M. K. byl na operačním sálu od 09<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup> hodin , kde mu byl proveden chirurgický výkon – resekce pankreatu sec. Whipple.

Pacienta jsem převzala z operačního sálu od anesteziologa a anesteziologické sestry po ústním předání a převzetí anesteziologické a operační dokumentace. Pacient byl na pohled bledý, spavý, třásl se a měl zimnici. V dutině ústní měl zavedený ústní airway č.7 (vzduchovod), na levé horní končetině byla zavedena periferní žilní kanyla velikosti 1,3 x 45 mm (zelená), na pravé horní končetině měl zavedený arteriální katétr (20G). Cestou vena jugularis l. dx. byl zavedený trojcestní centrální žilní katétr (20 cm) do horní duté žíly. V pravé nosní dírce byla nasogastrická sonda velikosti 16 Ch. a v močové trubici byl zaveden permanentní močový katétr (Tiemann) velikosti 16 Ch. Pacient M. K. měl dva TYGON drény napojené na sběrné sáčky a operační ránu, která byla kryta sterilním obvazem z operačního sálu. (12, 13)

### FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

#### Dýchání

Pacient tvrdí, že před hospitalizací neměl žádné potíže s dýcháním. Kouřil v mládí, asi 10 let. ( 11 )

#### 14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)

V tento den 15<sup>10</sup> hodin přebírám pacienta z operačního sálu. Pan M. K. je apatický, spavý s neschopností udržet spontánní dýchání. K udržení průchodnosti dýchacích cest má zavedený z operačního sálu ústní airway. Je zahájeno standardní měření vitálních funkcí, s měřením frekvence dechů a saturace O<sub>2</sub> pomocí pulsního oxymetru kontinuálně. Saturace O<sub>2</sub> je 82 %, dýchání je normopnoické, s námahou, s frekvencí 10 dechů za minutu. Pacientovi je aplikován kyslík průtokem 10 litrů za minutu pomocí kyslíkové masky. ( 11, 12, 13 )

#### Výživa / Příjem tekutin

Pacient uvádí, že před hospitalizací dodržoval diabetickou dietu a občas vynechával mastná jídla. Dodržuje ji už 5 let, od kdy mu byl diagnostikován diabetes mellitus II. typu na dietě. Pije 1 až 2 kávy denně. Nemá rád mléko. Vypije asi 1000 ml tekutin za den. Poslední měsíc měl dyspeptické potíže ve smyslu nauzey, regurgitace a bolestí hlavně po jídle. Po návratu z nemocnice očekává, že bude mít stejnou dietu a stejná omezení. Říká, že ji bude schopen dodržovat. ( 11 )

#### 14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)

Pacient nesmí přijímat nic per os, má NGS na spád a parenterální výživu do centrálního žilního katétru. (s. 15 – 17).

Obsah z NGS je od 14. – 15. 1. 2007 / 24 hodin 130 ml.



Pacient má sanovaný chrup, nekompletní, v dobrém stavu. Sliznice dutiny ústní jsou růžové, bez patologického povlaku. Jazyk je suchý, s mírným bílým povlakem. V dutině ústní má zavedený ústní vzduchovod.

BMI (Body Mass Index) je 24,2 (norma: 18,5 – 24,9).

Pacient je hypovolemický, centrální venózní tlak je - 1 mm vodního sloupce.

( 11, 12, 13 )

### **Vylučování**

#### **Vyprazdňování střeva**

Pan M. K. uvádí, že chodí doma na stolicí každý den, většinou ráno po snídani. Mívá obvykle normální stolicí. Nepoužívá žádné podpůrné prostředky k defekaci.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Stolicí měl naposledy 13.1. 2007 po klyzmatu (příprava k operaci). Střevní peristaltika zatím není slyšitelná.

( 11, 12 )

### **Močení**

Pacient uvádí, že neměl žádné problémy s močením.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Pacient má zavedený permanentní močový katétr č. 16 Ch z důvodu měření příjmu a výdeje tekutin na jednotce intenzivní péče. Pociťuje mírné pálení v močové trubici. Je předpoklad, že se permanentní močový katétr zruší po překladech na standardní oddělení.

Moč je měřená každé 3 hodiny spolu s příjmem tekutin, sekrecí z nasogastrické sondy a drénů.

( 11, 12, 13 )

### **Pohyb - aktivita / Udržování tělesné polohy**

#### **Lokomotorické funkce**

Pacient při vstupní anamnéze hovoří, že s chůzí a ani s pohyblivostí problémy neměl. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Nepředpokládá, že by po propuštění domů nějaké potíže nastaly.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Pacient v tento den spí nebo odpočívá.

( 11, 12 )

### **Smyslové funkce**

Pacient používá dioptrické brýle na čtení. Uvádí, že jiné problémy se zrakem nemá. Pan M. K. slyší dobře, naslouchátko nepoužívá.

( 11, 12 )

### **Bolest – být bez bolesti / Nepohodlí / Udržování tělesné teploty**

Pacient tvrdí, že před hospitalizací, resp. před operací měl bolesti v podbřišku, hlavně po jídle.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Nyní pociťuje tupé bolesti střední intenzity v oblasti operační rány, tj. na břiše. Hodnotí ji na škále bolesti od 0 – 10 pod číslem 4 – 5. (Příloha č. 2, s. 46)

Bolest je závislá na pohybu a kašli. Pacient má zavedený epidurální katétr (KEK), ve kterém mu je kontinuálně aplikována anesteticko-analgetická směs (4 ml Fentanyl a 20 ml Bupivacain 0,5 %).

Pacient má pocit chladu, třese se. Tělesná teplota měřená v axile je 36,2<sup>0</sup>C.

## **Odpocinek / Spánek**

Pacient doma spí asi 6 hodin. Říká, že mu to stačí, potíže nemá. Chodí obvykle spát ve 21<sup>00</sup> – 22<sup>00</sup> hodin a vstává kolem 6<sup>00</sup> hodiny ráno. Nemá žádné návyky, které by mu pomáhaly lépe spát a usnout. Nebere léky na spaní. Přes den není zvyklý si zdřímnout.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Pacient spí. V průběhu hospitalizace spí cca 4 hodiny. ( 11, 12, 14 )

## **Udržování tělesné hygieny**

### **Osobní péče / Soběstačnost**

Při rozhovoru pacient uvádí, že před hospitalizací neměl žádné problémy se soběstačností. Byl plně soběstačný. Upřednostňuje sprchu před koupáním ve vaně. Obvykle se sprchuje každý den večer. ( 11 )

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

Pacient spí. Potřebuje péči co se týče základních soběstačných aktivit. Má zavedený permanentní močový katétr. Z objektivního hlediska vypadá pacient čistě a upraveně.

Pan M. K. má na sobě operační košili a má tyto invazivní vstupy - centrální žilní katétr, periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr, nasogastrická sonda, TYGON drény, arteriální katétr a kontinuální monitoring (EKG, pulsní oxymetr, modulové kabely na měření IPB– invasive pressure blood).

V Barthelovém testu soběstačnosti (test všedních denních činností – ADL) dosahuje pacient 20 bodů, což značí vysokou závislost. (Příloha č. 3, s. 52)

Všechny potřebné věci, pomůcky jsou v dosahu pacienta na nočním stolku, který je mobilní a upravitelný dle potřeby.

Co se týče vyprazdňování, zatím pomoc nepotřebuje. Pacient má zavedený permanentní močový katétr. ( 12 )

## **Kůže**

Kůže pacienta má narušenou celistvost z důvodu operační rány – horní střední laparotomie, zavedených drénů a invazivních vstupů (centrální žilní katétr, periferní žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr, nasogastrická sonda). Je přítomné riziko vzniku infekce v místě operační rány a invazivních vstupů.

Kůže je bledě růžové barvy, bez patologických efflorescencí, hematomů, opruzenin a dekubitů. Svalový tonus je normální, je snížený pouze na rukou horních končetin.

Operační rána je krytá sterilním kontaktním neadherentním obvazem a fixována Mefix náplastí z operačního sálu. Je mírně sangvinózně prosáklá.

*Popis operační rány (Příloha č. 3, s. 51)*

Jedná se o horní střední laparotomii s 19 stehy tvořenými šicím materiálem Silon braided a dvěma TYGON drény zavedenými v bursa omentalis vpravo a vlevo v subfreniu. Drény jsou napojené na sběrné vypouštěcí sáčky. Jejich obsah je serózně – sangvinózní a množství odpovídá normální sekreci.

*Popis okolí invazivních vstupů*

Okolí invazivních vstupů (centrální žilní katétr, periferní žilní katétr, arteriální katétr a epidurální katétr) jsou bez symptomů zánětu. Jsou bledě růžové barvy jako barva kůže.

Při hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové získal pacient v operační den 21 bodů, což je střední riziko. (Příloha č. 3, s. 50) ( 12, 13 )

## **Sexualita**

Pan M. K. nepovažuje za potřebné o otázkách týkajících se sexuality mluvit. Není si však vědom, že by jeho nemoc, zdravotní stav způsobili změny v jeho partnerském vztahu a ani nepředpokládá změny ve svém intimním životě. ( 11 )

## **EXISTENCIÁLNÍ POTŘEBY**

### **Zdraví**

„Zdraví znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly.“ (F. Nightingalová)

Podobnou definici zdraví a uzdravení se uvádí i pan M. K. Pacient rozumí pojmu zdraví a plně si uvědomuje, že pouze operací jeho léčba nekončí. V Informovaném souhlasu o hospitalizaci uvedl, že chce být plně informován o své léčbě a zdravotním stavu. Dále uvedl, že si přeje, aby byly informace poskytovány jeho manželce. Z komunikace s pacientem a jeho manželkou lze potenciálně usuzovat, že po propuštění z nemocnice bude schopen pečovat o své zdraví. ( 11, 12 )

### **Bezpečí a pomoc / Vyvarování se nebezpečí**

Pacient je apatický, spavý, při vyšetření Glasgow Coma Scale (GCS) dosahuje 13 - 14 bodů.

Drény jsou zajištěny proti vypadnutí ještě na operačním sálu šitím. Ostatní invazivní vstupy jsou také zajištěné šitím nebo náplastí.

Je přítomné riziko vzniku infekce v místě operační rány a invazivních vstupů, jako i riziko neefektivního čištění dýchacích cest a tím možnost vzniku respirační infekce. Pacient není momentálně schopen udržet průchodnost dýchacích cest, proto hrozí také riziko udušení a aspirace. Je nutné zajistit zvýšený dozor nad pacientem a chránit ho tak před možným pádem z lůžka. Potenciálnímu nebezpečí se vyvarujeme i přesným kódováním všech přístrojů a zdravotnických prostředků, použitých při ošetření a vyšetření pacienta.

Pacient vyjadřuje své obavy, týkající se další léčby a následné péče. ( 12 )

### **Soběstačnost**

Soběstačnost pacienta je hodnocena u potřeby tělesné hygieny (osobní péče/soběstačnost) na s. 21. (Příloha č. 3, s. 52)

### **Rodina / Sociální situace**

Pan M. K. žije doma s manželkou, která je pro něj nejdůležitějším člověkem. V Informovaném souhlasu uvádí, že informace mají být poskytnuty manželce. Manželka, jeho 2 dcery a 2 vnuci ho chodí navštěvovat každý den. Manželce je 62 let a je plně soběstačná, takže hospitalizace manžela nemá podle jeho i její vyjádření žádné negativní dopady na domácnost a rodinu. Očekává, že se mu bude dařit „vcelku dobře“ po propuštění do domácího léčení. „Myslím, že nebudu potřebovat pomoc.“

Pacient bydlí v rodinném domě, který má 1 patro a zahradu. Bydlí spolu s manželkou. Má dobré kontakty se sousedy a ví, že se na ně může spolehnout. Sociální výpomoc nepotřebuje. ( 11, 14 )

### **Učení / Informace / Struktura a řád**

Pacient je emocionálně stabilní, dobře se ovládá, je adaptabilní, bez projevu maladaptivních reakcí. Je plně orientován osobou, místem a časem. Přijímá a uchovává

informace bez zkreslení. Jsou přítomny komunikační bariéry smyslové a fyzické. Podrobnější informace jsou uvedeny v kapitole Edukace (s. 37 – 38).

*Psychologická typologie geronta (Bromley)*

Pacient je konstruktivní typ geronta, tj. s bezkonfliktní akceptací věku a staroby.

Při příjmu je pacient poučen o nutnosti vyplnění informovaných souhlasů, týkajících se hospitalizace, léčby a diagnostických postupů. ( 11, 12 )

## **AFILIAČNÍ, LIDSKÉ – HUMÁNNÍ POTŘEBY**

**Láska a sounáležitost / Důvěra / Komunikace / Rodina a přátelství / Pečovat o druhé / Identita / Pozitivní vztah / Dominance a submisivita**

Dne 14. 1. 2007 přebírám pacienta z operačního sálu. Pacient je apatický, spavý a při vyšetření GCS dosahuje 13 - 14 bodů.

Kontakt navazuje těžko, ale je schopný ho navázat a má velkou snahu spolupracovat.

Další den pan M. K. vyjadřuje svoje afiliační potřeby zvláště potřebou komunikace, a to telefonátem manželce a dcerám. Projevuje také starost o manželku a o chod domácnosti.

Z důvodu pravidelných a dostatečně dlouhých návštěv se pacient necítí být osamělý.

Chce být informován o všem, co se děje doma, v rodině, u sousedů a známých. Pan M.

K. má pocit submisivity, avšak z pozice pacienta z důvodu deficitu soběstačnosti. Říká, že doma je „malinko pod pantoflem, ale babička je moc hodná.“ ( 11, 12 )

## **SELF POTŘEBY / SEBEKONCEPCE**

**Sebeúcta a sebepojetí / Úspěch a uznání / Neudělat ostudu, intimita a důstojnost / Poznávání a učení**

Sebekoncepce zahrnuje: body image, výkon role, osobní identitu a sebeúctu.

Pan M. K. vzhledem ke svému věku, soběstačnosti v domácnosti, dobré adaptabilitě a typologie osobnosti netrpí poruchou vnímání sebe sama. Pan M. K. nemá pocit ztráty důstojnosti a intimity. Zajištění těchto potřeb je dle jeho vyjádření dostačující.

## **SEBEREALIZACE / POTŘEBY BYTÍ A VYJÁDRĚNÍ**

**Seberealizace a sebeaktualizace / Tvorba / Kultura / Práce / Estetika / Duchovní potřeby**

Pacient je v důchodu. Pracoval jako truhlář. Potíže pohybovat se v domácnosti nemá. Ve volném čase je rád na své zahradě. Rád čte, luští tajenky a sleduje televizi.

Pan M. K. je římsko – katolického vyznání. Při odebrání anamnézy uvádí, že žádné náboženské zvyklosti nemá ani nevykonává. 2 – 3krát v roce navštěvuje místní kostel, který je v blízkosti jeho bydliště. Momentálně žádné požadavky nemá.

*14. 1. 2007 – operační den (nultý operační den)*

V tento den pacient spí.

Pan M. K. dbá o svůj vzhled, potřebuje být každý den oholený, mít čistou operační košili a upravené lůžko. Pečlivě si ukládá své věci do nočního stolku. Všechno má dle jeho vyjádření systém a řád. Ráno uvádí, že se těší na rehabilitaci. V odpoledních hodinách 1. pooperačního dne si pacient čte, telefonuje s rodinou a následně s ní komunikuje v průběhu návštěvních hodin. ( 11, 14 )

## 6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle naléhavosti jejich řešení v průběhu hospitalizace, jako i podle priorit pacienta. Některé z nich jsou stanoveny až v následující den hospitalizace z důvodu omezeného kontaktu s pacientem, i když byl předpoklad jejich stanovení už v den operace. Problémy diagnóz jsou stanoveny podle NANDA taxonomie.

1. **Neefektivní průchodnost (udržení průchodnosti) dýchacích cest a neefektivní dýchání (00031, 00032)** ve vztahu k doznívání celkové anestezie, projevující se chrčivým dýcháním a saturací O<sub>2</sub> 82 %.  
(14. 1. 2007)
2. **Riziko udušení (00036)** ve vztahu k doznívání celkové anestezie a neschopnosti udržet průchodnost dýchacích cest.  
(14. 1. 2007)
3. **Riziko aspirace (00039)** ve vztahu k doznívání celkové anestezie a neschopnosti udržet průchodnost dýchacích cest.  
(14. 1. 2007)
4. **Neefektivní termoregulace (00008)** ve vztahu k pooperačnímu stavu a doznívání účinků anestezie, projevující se zimnicí a třesavkou pacienta.  
(14. 1. 2007)
5. **Akutní bolest (00132)** ve vztahu k pooperačnímu stavu, pohybu a kašli.  
(14. 1. 2007)
6. **Deficit tělesných tekutin (00027)** ve vztahu ke ztrátě tekutin na operačním sále, ztrátě z drénů, projevující se poklesem CVT a poklesem hodnot v krevním obrazu (hemoglobin 82,00 g/l a erytrocyty  $2,17 \cdot 10^{12}/l$ ).  
(14. 1. 2007)
7. **Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025)** ve vztahu k parenterálnímu příjmu tekutin.  
(15. 1. 2007)
8. **Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)** - léčebný režim na Jednotce intenzivní péče, monitoring, výživa, management bolesti, prevence pooperačních komplikací, manipulace s lůžkem, rehabilitace a onemocnění ve vztahu ke vzniku nové situace, tj. stav po operaci.  
(15. 1. 2007)
9. **Riziko infekce (00004)** ve vztahu k operační ráně a invazivním vstupům (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr, nasogastrická sonda, drény) a potenciálnímu neefektivnímu čištění dýchacích cest pro bolest a strach kašlat.  
(14. 1. 2007)
10. **Porušená kožní integrita (00046)** ve vztahu k operační ráně a invazivním vstupům.  
(14. 1. 2007)
11. **Riziko porušení kožní integrity (vznik dekubitů) (00047)** ve vztahu k pooperačnímu stavu a částečné imobilizaci na lůžku.  
(14. 1. 2007)
12. **Deficit sebeděže – hygiena, oblékání, úprava zevnějšku a obsluha sebe sama (00108, 00109)** ve vztahu k pooperačnímu stavu a omezené pohyblivosti.  
(14. 1. 2007)

13. **Zhoršená pohyblivost (00085)** – ve smyslu omezení ve vztahu k pooperačnímu stavu, pooperačnímu režimu (kontinuální monitoring, invazivní vstupy), bolestem při pohybu.  
(15. 1. 2007)
  14. **Nedostatečná výživa (00002)** – menší příjem než je tělesná potřeba ve vztahu k dietnímu režimu po operaci.  
(14. 1. 2007)
  15. **Porušený spánek (00095)** ve vztahu k pooperačnímu režimu na jednotce intenzivní péče a bolestem.  
(15. 1. 2007)
- ( 4, 11, 12, 13 )

## 6. 1 Plán, realizace a hodnocení

Plán ošetrovatelských intervencí, realizace a hodnocení probíhal v průběhu třech dní a to od 14. 1. 2007 – 16. 1. 2007.

Některé ošetrovatelské diagnózy byly spojeny z důvodu společného, nebo podobného cíle, následného plánu ošetrovatelských intervencí a realizace.

### 6. 1. 1 Neefektivní průchodnost (udržení průchodnosti) dýchacích cest (00031) Neefektivní dýchání (00032) Riziko udušení (00036) Riziko aspirace (00039)

14. 1. 2007

- ❖ *Neefektivní průchodnost (udržení průchodnosti) dýchacích cest a neefektivní dýchání* ve vztahu k doznívání celkové anestezie, projevující se chrčivým dýcháním a saturací O<sub>2</sub> 82 %.
- ❖ *Riziko udušení a riziko aspirace* ve vztahu k doznívání celkové anestezie a neschopnosti udržet průchodnost dýchacích cest.

#### *CÍL*

Pacient bude schopen udržet průchodnost dýchacích cest během odeznívání účinků anestezie.

Pacient bude spontánně dýchat během odeznívání účinků anestezie.

Pacient bude efektivně udržovat čištění dýchacích cest do konce hospitalizace.

Plicní ventilace a tkáňová oxygenace pacienta bude efektivní po celou dobu hospitalizace.

Riziko vzniku udušení a aspirace bude minimalizováno.

#### *PLÁN (Plánované ošetrovatelské aktivity)*

- Zajistit průchodnost dýchacích cest, nebo asistovat při zajišťování průchodnosti pomocí dostupných pomůcek (airway, případně endotracheální intubace) v průběhu hospitalizace.
- Monitorovat ventilaci pacienta – frekvenci, rytmus, objem dýchání, případné úsilí a saturaci O<sub>2</sub> pomocí pulsního oxymetru kontinuálně v průběhu hospitalizace.
- Umožnit pacientovi semi–Fowlerovu polohu na lůžku z důvodu efektivnější ventilace a udržení průchodnosti dýchacích cest.
- Aplikovat kyslík pomocí kyslíkových brýlí nebo masky dle potřeby v průběhu hospitalizace.

- Umět připravit a rychle nasadit non-invazivní prohlubovanou ventilaci pomocí nasazení tzv. těžké masky (CPAP) v případě potřeby.
- Zabezpečit efektivní čištění dýchacích cest nácvikem správné rehabilitace dýchání – intenzivní dechový režim pomocí nafukování gumové rukavice, bráničním dýcháním a lokalizovaným hrudním dýcháním.
- Zajistit zvlhčení aplikovaného kyslíku roztokem sterilního roztoku Aqua.
- Informovat pacienta o možnostech inhalací s expektorační látkou v případě nemožnosti expektorovat.
- Zdůraznit pacientovi, že není nutno za každou cenu vykašlávat, stačí pouze správný nácvik kašle z preventivních důvodů, kterými je riziko vzniku respirační infekce, atelektázy a v případě nedostatečné nebo chybějící fixace operační rány riziko vzniku hernie a dehiscence operační rány.
- Informovat pacienta v případě selhání těchto metod podporujících vykašlávání o možnosti tepelného zvlhčování vzduchu přístrojem Paegass nebo aktivním odsátím odsávací kanylou z respiračního traktu.
- Vysvětlit pacientovi nutnost RTG kontroly po zavedení centrálního žilního katétru na operačním sálu.
- Edukovat pacienta o nutnosti příjmu tekutin per os, i když omezeného pro efektivní expektoraci.

## *REALIZACE*

*14. – 16. 1. 2007*

Pacient měl po převzetí z operačního sálu zavedený ústní airway. Ihned byl zahájen kontinuální monitoring vitálních funkcí – invazivní a neinvazivní a aplikace kyslíku pomocí kyslíkové masky průtokem 10 litrů za minutu. Saturace kyslíku měřená pulsním oxymetrem byla 82 %. Pacient byl uložen do semi-Fowlerovy polohy. Po zahájení aplikace kyslíku a znormálnízování termoregulace byla saturace O<sub>2</sub> za 5 minut 90 % a za dalších 5 minut 95 %. Poté byl ústní airway vytažen. V 15<sup>30</sup> hodin byl proveden kontrolní snímek plic po zavedení centrálního žilního katétru. Aplikace kyslíku pomocí kyslíkové masky průtokem 10 litrů za minutu pokračovala ještě hodinu. Poté byl podáván kyslík pomocí kyslíkových brýlí průtokem 6 litrů za minutu celý den. Druhý den hospitalizace na jednotce intenzivní péče byl pacient informován o nutnosti dechové rehabilitace a správné fixaci operační rány při kašli a mobilizaci z důvodů, které mu byly vysvětleny. Fyzioterapeut hned ráno zahájil aktivní dechovou gymnastiku – tzv. dechový distanční režim pomocí nafukování gumové rukavice, dále brániční dýchání a lokalizované hrudní dýchání. Současně pacienta také informoval o správné fixaci operační rány a nácviku kašle, resp. expektorace (poloha na zádech, s pokrčenými dolními končetinami a ruce fixují operační ránu na břichu pevně z obou stran). Pan M. K. se aktivně zapojil do rehabilitačního procesu. Dále jsem pacienta poučila o jiných možnostech podpory dýchání, jeho zefektivnění a podpory vykašlávání. 1. pooperační den byl pacientovi aplikován kyslík pouze pomocí kyslíkových brýlí průtokem 3 – 6 litrů za minutu.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

*Cíl byl splněn.*

Cíl byl splněn, ale je nutné nadále monitorovat vitální funkce, saturaci kyslíku a stav průchodnosti dýchacích cest z důvodu závažnosti vzniku možných komplikací.

Pacient je schopen udržet průchodnost a spontánní dýchání po odeznění účinků anestezie – cca za 15 minut.

Saturace kyslíku je kolem 95 %.

Pacient potřebuje i nadále aplikaci kyslíku v minimálním množství z důvodu pooperační anémie z krevních ztrát a chronické ischemické choroby srdečné.

Dýchací cesty jsou čisté, dle fyzikálního nálezu lékaře bez patologických fenoménů.

Kontrolní RTG hrudníku po zavedení centrálního žilního katétru je bez nálezu respirační infekce nebo jiného patologického nálezu.

Riziko vzniku udušení a aspirace je po obnovení průchodnosti dýchacích cest a efektivního dýchání maximálně minimalizováno.

15. 1. 2007

*Cíl byl splněn*

Pacientovi je aplikován kyslík pomocí kyslíkových brýlí v minimálním množství.

Saturace kyslíku je 95 – 98 %.

Pacient aktivně spolupracuje při rehabilitaci dýchání.

16. 1. 2007

*Cíl byl splněn.*

Cíl byl splněn, ale je nadále nutno monitorovat stav ventilace z přetrvávajícího rizika vzniku možných respiračních komplikací. ( 11, 12, 13, 15 )

### **6. 1. 2 Neefektivní termoregulace (00008)**

14. 1. 2007

- ❖ *Neefektivní termoregulace* ve vztahu k pooperačnímu stavu a doznívání účinků anestezie, projevuující se zimnicí a třesavkou pacienta.

*CÍL*

Pacient bude efektivně udržovat tělesnou teplotu do půl hodiny.

Tělesná teplota bude ve fyziologickém rozmezí (36,0-36,9 °C) do konce hospitalizace.

*PLÁN (Plánované ošetřovatelské aktivity)*

- Zajistit možnost efektivní termoregulace pomocí dostupných pomůcek – deky, termofor, ohřívací deka nebo pomocí přístroje, který produkuje teplý vzduch – řízený ohřívač (WarmAir – hyperthermia system) s možností nastavení teploty aplikovaného vzduchu k pacientovi v případě potřeby, zvláště v časném pooperačním období.
- Informovat pacienta o možnosti požádání deky navíc, nebo její odebrání, otevření okna v průběhu hospitalizace.
- Monitorovat tělesnou teplotu pacienta každé 3 hodiny v průběhu hospitalizace.
- V případě vzniku zimnice, třesavky, horečky v pozdějších pooperačních dnech, informovat lékaře a odebrat biologický materiál – krev na mikrobiologické vyšetření (hemokultury).

*REALIZACE*

14. – 16. 1. 2007

Pacient se při převzetí z operačního sálu třásl, měl zimnici a tělesnou teplotu 36,2°C. Už v průběhu operace byla termoregulace pacienta zajišťována pomocí vyhřívací podložky Thermomagnet a elektrického ohřívače infuzí. Po zajištění vitálních funkcí na



jednotce intenzivní péče byla pacientovi dána navíc deka a řízený ohřívač s nastavenou teplotou aplikovaného vzduchu 37<sup>0</sup>C. Po 15 minutách mu byl ohřívač odebrán z důvodu rizika vzniku hypertermie. Pacient se však již netřásl a neměl zimnici. Jeho tělesná teplota byla 36,5<sup>0</sup>C. V průběhu dalších dní byl pacient afebrilní nebo mírně subfebrilní. Pan M. K. neměl žádné požadavky, co se týče okolní teploty a její vnímání. Pacienta jsem informovala o možnosti žádosti zajištění pohodlí, týkajícího se tepla a chladu.

## *HODNOCENÍ*

14.1. 2007

*Cíl byl splněn.*

Pacientovi se po přidání deky navíc a aplikaci teplého vzduchu podařilo obnovit efektivní termoregulaci do 20 minut.

Tělesná teplota byla 36,2 – 37,5<sup>0</sup>C.

( 11, 12, 13, 15 )

### **6. 1. 3 Akutní bolest (00132)**

#### **Narušený spánek (00095)**

14. 1. 2007

- ❖ *Akutní bolest* ve vztahu k pooperačnímu stavu, pohybu a kašli.
- ❖ *Narušený spánek* ve vztahu k pooperačnímu režimu na jednotce intenzivní péče a bolestem.

#### *CÍL*

Pacient bude bez bolesti do 30 minut po aplikaci analgetika.

Pacient bude bez bolesti do konce hospitalizace.

Pacient bude verbálně a neverbálně projevovat maximální možnou úroveň komfortu do konce hospitalizace.

Pacient bude mít zajištěný dostatek spánku a odpočinku do konce hospitalizace.

#### *PLÁN (Plánované ošetrovatelské aktivity)*

- Zjistit příčinu bolesti, její lokalizaci, charakter, typ a její iradiaci.
- Zjistit zhoršující a zlepšující situace, podněty co se týče bolesti.
- Navrhnout pacientovi vhodnou škálu na měření bolesti – její intenzity a tím monitoring bolesti.
- Určit intenzitu bolesti na vizuální analogové škále (VAS) a modifikované Wong – Baker facial škále od 0 – 10.
- Hodnotit a zaznamenávat bolest v pravidelných 3–hodinových intervalech, při každé bolesti, před každou aplikací analgetika a 30 minut po aplikaci.
- Zajistit pacientovi co nejklidnější a nejpohodlnější prostředí v rámci možností v průběhu hospitalizace.
- Naučit pacienta ovládat lůžko pomocí manuálního ovladače k realizaci úlevové, pohodlné polohy.
- Monitorovat vitální funkce, objektivní a subjektivní symptomy bolesti v průběhu hospitalizace.
- Monitorovat nežádoucí účinky anesteticko - analgetické směsi, aplikované kontinuálně pomocí epidurálního katétru.
- Informovat lékaře o efektivitě, neefektivitě léčby bolesti, nežádoucích účincích v průběhu hospitalizace.
- Nabídnout pacientovi management bolesti a edukační materiál týkající se bolesti. (Příloha č. 2,s. 47)

- Naučit pacienta techniky k zvládnutí bolesti – pomalé hluboké dýchání, fixace operační rány, aplikace chladu pomocí gelového ledu na místo bolesti.
- Zajistit pacientovi co možná nejkvalitnější spánek v průběhu hospitalizace, a to minimalizací hluku a světla v průběhu noční směny.
- Zajistit pacientovi možnost aplikace sedativních nebo hypnotických látek, dle ordinace lékaře pro kvalitní spánek v průběhu hospitalizace.

## *REALIZACE*

*14. – 16.1. 2007*

Zjistila jsem příčinu bolesti. Zhoršujícími faktory byly pohyb a kašel. Dále jsem zjistila lokalizaci, charakter a typ bolesti. Spolu s pacientem jsme zahájili management bolesti a její monitoring. Určili jsme intenzitu bolesti na vizuální analogové škále a škále Wong – Baker od 0 – 10. Požádala jsem pacienta, aby hodnotil bolest v průběhu dne i noci. Pacienta jsem poučila o možných nežádoucích účincích anesteticko – analgetické směsi v epidurálním katétru a o možnosti aplikace jiného analgetika (Novalgin) intravenózně nebo intramuskulárně. Požádala jsem ho, aby mě informoval o těchto účincích a současně mě informoval o efektivitě, neefektivitě analgezie a času, za jak dlouhou dobu začalo analgetikum působit. Naučila jsem pacienta obsluhovat lůžko pomocí manuálního ovladače, aby si mohl zvolit pohodlnou polohu. Také jsem pacientovi nabídla edukační materiál k managementu bolesti. Kontinuálně jsem monitorovala vitální funkce (TK, P, D, saturace O<sub>2</sub>) a stav vědomí. Fyzioterapeut naučil pacienta efektivní fixaci operační rány a správný nácvik vstávání z lůžka k minimalizaci bolesti. Informovala jsem pacienta o dostupných alternativních metodách léčby bolesti – aplikace chladu pomocí gelového ledu na místo bolesti. Pacient byl informován o možnosti aplikace sedativních nebo hypnotických látek ke kvalitnějšímu spánku.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

*Cíl byl splněn částečně.*

Po zahájení kontinuální aplikace anesteticko – analgetické směsi do epidurálního katétru rychlostí 4 ml za hodinu a aplikací analgetika (Novalgin) intravenózně v infuzi fyziologického roztoku se u pacienta dostavila úleva od bolesti a spánek do 20 minut. Jedná se o tupou bolest v místě operační rány, bez iradiace, intenzity 4 – 5. Pacient v průběhu dne spal, nebo alespoň pospával, při probuzení udával bolesti v operační ráně při pohybu a kašli.

*15. 1. 2007*

*Cíl byl splněn částečně.*

Bolest je intenzity 2 – 3, a to při kašli a pohybu.

Analgezie je efektivní. Snížila jsem množství aplikace anesteticko – analgetické směsi do epidurálního katétru ze 4 ml na 2,5 ml za hodinu.

V hlášení noční služby byl zaznamenán narušený spánek. Pacient požádal o aplikaci léku Seduxen 10 mg i. m. (Diazepamum) v 1<sup>00</sup> hodin. Po 20 minutách pacient usnul. Na krátkou dobu byl sestrou probuzen ve 3<sup>00</sup> hodin k pravidelné bilanci příjmu a výdeje tekutin a měření vitálních funkcí, poté už spal bez probuzení do 6<sup>00</sup> hodin.

*16.1. 2007*

*Cíl byl splněn.*

Léčba analgetiky je efektivní.

Směs aplikována do epidurálního katétru kape rychlostí 2 ml za hodinu.

Bolest je intenzity 0 – 2 pocíťovaná pacientem jako diskomfort.

Pacient si na neefektivní spánek již nestěžoval. Noční směna uvedla do záznamu, že pacient spal celou noc, pouze s přerušáním spánku při pravidelných měřeních bilancí příjmu a výdeje tekutin a měření vitálních funkcí. ( 11, 12, 13, 15 )

#### **6. 1. 4 Deficit tělesných tekutin (00027)**

##### **Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025)**

##### **Nedostatečná výživa (00002) – menší příjem než je tělesná potřeba**

14.1. 2007

- ❖ *Deficit tělesných tekutin* ve vztahu ke ztrátě tekutin na operačním sále, ztrátě z drénů, projevující se poklesem centrálního žilního tlaku a poklesem hodnot v krevním obrazu (hemoglobin 82,00 g/l a erytrocyty  $2,17 \cdot 10^{12}/l$ ).
- ❖ *Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin* ve vztahu k parenterálnímu příjmu tekutin.
- ❖ *Nedostatečná výživa – menší příjem než je tělesná potřeba* ve vztahu k dietnímu režimu po operaci.

#### **CÍL**

Pacient bude mít substituován dostatek tekutin parenterálně do konce hospitalizace.

Pacient bude mít hrazeny krevní ztráty dle potřeby a ordinace lékaře do konce hospitalizace.

Pacient bude mít symptomy normovolemie a dostatečné hydratace do konce hospitalizace.

Nutriční stav pacienta bude efektivně substituován pomocí parenterální výživy do konce hospitalizace.

#### **PLÁN (Plánované ošetrovatelské aktivity)**

- Měřit příjem a výdej tekutin každé 3 hodiny v průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče.
- Monitorovat centrální žilní tlak každé 3 hodiny v průběhu hospitalizace.
- Aplikovat parenterální výživu a hradit tekutiny infuzní terapií podle ordinace lékaře v průběhu hospitalizace.
- Monitorovat u pacienta stav normovolemie, resp. hypovolemie nebo hypervolemie z důvodu možného rizika vzniku dehydratace nebo zmíněné hypervolemie (CVP, TK, P, D, edémy, turgor kůže, stav sliznic a subjektivní pocity pacienta) v průběhu hospitalizace.
- Informovat pacienta o omezeném pitném režimu z důvodu pooperačního stavu a jeho změnách v průběhu hospitalizace.
- Edukovat pacienta o nutnosti zavedené nasogastrické sondy a o její zajištění proti vypadnutí.
- Monitorovat výdej z NGS každé 3 hodiny společně s PVT a průběžně během dne.
- Kontaktovat nutričního terapeuta a zabezpečit edukaci pacienta o výživě v této pooperační fázi a po propuštění pacienta do domácí péče.
- Monitorovat glykemii pacienta z kapilární krve pomocí glukometru z důvodu potenciální insuficience pankreatu a chronického onemocnění pacienta (diabetes mellitus II.) minimálně 3 x denně.
- Aplikovat inzulin HMR kontinuálně v infuzi podle potřeby, resp. dle hladiny glykemie v průběhu hospitalizace.

- Umožnit pacientovi obsloužení sebe sama, co se týče pití tekutin pomocí pojízdného, lehce upravitelného stolku, lehkého hrnku s ouškem a brčka.

## *REALIZACE*

*14. – 16. 1. 2007*

Při zajištění vitálních funkcí po převzetí z operačního sálu byla zjištěna hypovolemie pacienta s těmito symptomy – CVP -1 mm vodního sloupce, arteriální invazivní tlak krve - 110/60 a operačním týmem byla zaznamenána ztráta krve 1000 ml. V 16<sup>00</sup> hodin byl u pacienta odebrán biologický materiál – krev na vyšetření hematologické – krevní obraz, koagulační – QUICK, INR, aPTT a současně i biochemické – Na, K, Cl, albumin a glykémie. Z nálezů hematologického vyšetření byl zjištěn pokles v hodnotách krevního obrazu (hemoglobin, erytrocyty) a koagulačního vyšetření (QUICK, INR a prodloužení aPTT). (s. 14 – 15) Nález byl indikací k aplikaci transfuzních přípravků, a to jedné krevní transfuze – Erytrocyty bez Buffy Coatu resuspendované a jedné mražené plasmy. Pacient byl lékařem informován o nutnosti aplikace transfuzních přípravků a potenciálních nežádoucích komplikacích. Informovaný souhlas s aplikací transfuzních derivátů pacient již podepsal před operací z důvodu možného podání těchto přípravků v průběhu operace, což se i stalo. Pacient byl po celý den hypotenzní, avšak oběhově stabilní, bez nutnosti podpory katecholaminů. Centrální venózní tlak, hladina glykémie a vitální funkce byly monitorovány v průběhu celé hospitalizace, v pravidelných časových intervalech, současně s PVT (6<sup>00</sup> – 9<sup>00</sup> – 12<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup> – 21<sup>00</sup> – 24<sup>00</sup> – 03<sup>00</sup>). Parenterální výživa, transfuzní přípravky a hrazení tekutin infuzní terapií byly aplikovány do centrálního žilního katétru. Periferní žilní katétr, zaveden na operačním sálu byl použit k aplikaci mražené plasmy. NGS byla po celou dobu hospitalizace funkční, průchozí, odváděla minimální množství žaludečního obsahu a pacient byl bez dyspeptických potíží. Pocit žízně byl substituován pravidelnou hygienou dutiny ústní a pomocí vytírání štětičkami ve Stopangin roztoku a roztoku Borax – glycerinu. V 1. pooperační den jsem kontaktovala nutričního terapeuta z důvodu edukace pacienta o výživě. Pacienta jsem informovala o omezeném pitném režimu a náhradě perorálního příjmu živin parenterálním. Umožnila jsem pacientovi dostupnost pití pomocí pojízdného, lehce ovladatelného stolku, na kterém měl svůj hrnek s tekutinou. Pacient měl na výběr k pití ovocný nebo černý čaj a nesycenou vodu bez příchutě. U pana M. K. došlo ke zvýšení hladiny glykémie v průběhu hospitalizace, proto bylo nutno zahájit kontinuální aplikaci inzulínu. Jiné odběry biologického materiálu již v tento den nebyly ordinovány.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

*Cíl nebyl splněn.*

Pacient byl hypovolemický, centrální venózní tlak se pohyboval v rozmezí -1 - +3 mm vodního sloupce. Přetrvávala hypotenze. Střední arteriální tlak (MAP) byl cca 60 mmHg. Pacient měl pocit žízně, který byl substituován vytíráním dutiny ústní pomocí štětiček se Stopangin roztokem a Borax – glycerin roztokem. Pacient nesmí nic per os. Výdej tekutin za 24 hodin pozůstával z diurézy (1900 ml), sekrece z NGS (130 ml) a drénů (500 ml), a to včetně výdeje a ztrát tekutin na operačním sále. Příjem tekutin se skládal pouze z příjmu parenterálního, do kterého byly započítané i transfuze krve a aplikace mražené plasmy a současně i příjem tekutin na operačního sálu (8320 ml). Hladina glykémie (v rozpětí 8,7 – 9,2 mmol/l) byla korigována kontinuální aplikací HMR inzulínu 0,5 ml / hodinu.

15. 1. 2007

*Cíl byl částečně splněn.*

Cíl byl splněn, ale přetrvává riziko vzniku hypovolemie nebo hypervolemie. Proto je nutné problém i nadále monitorovat a předefinovat na riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin.

Tlak krve se normalizoval, hodnota MAP se pohybovala kolem 70 – 80 mmHg. Centrální venózní tlak byl +3 - +6,5 mm vodního sloupce. Změny v laboratorních hodnotách byly substituovány z předchozího dne. Pacient může přijímat tekutiny per os, avšak v omezeném množství – maximálně 250 ml v průběhu 24 hodin. Jako tekutinu si pacient vybral ovocný čaj. Výdej tekutin opět činí diurézu (1850 ml), sekreci z NGS (220 ml) a sekreci z drénů (300 ml). Příjem tekutin za 24 hodin je parenterální (4320 ml) a perorální (250 ml). Pacient byl edukován nutričním terapeutem o změně výživy. Hladina glykemie byla nadále korigována kontinuální aplikací inzulinu.

16. 1. 2007

*Cíl byl částečně splněn.*

Pro přetrvávající riziko vzniku nedostatku nebo nadbytku tekutin je pacient nadále monitorován. Centrální venózní tlak je v rozmezí +5 - +7 mm vodního sloupce. Pan M. K. je oběhově stabilní a množství příjmu tekutin per os bylo zvýšeno na 500 ml za 24 hodin. Příjem tekutin je parenterální (3290 ml) a perorální (500 ml) za 24 hodin. Výdej tvoří opět diurézu (2250 ml), sekreci z NGS (200 ml) a sekreci z drénů (450 ml) za 24 hodin. Hladina glykemie je v průběhu dne v rozpětí 8,0 – 9,5 mmol/l. ( 11, 12, 13, 15 )

#### **6. 1. 5 Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)**

15. 1. 2007

- ❖ *Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností)* - léčebný režim na jednotce intenzivní péče, monitoring, výživa, management bolesti, prevence pooperačních komplikací, manipulace s lůžkem, rehabilitace a onemocnění ve vztahu k vzniku nové situace, tj. stavu po operaci. ( 11 )

*CÍL*

Pacient bude plnit cíle (afektivní, kognitivní a behaviorální) stanovené v edukačním plánu do konce hospitalizace.

*PLÁN (Plánované edukační aktivity)*

Tato ošetrovatelská diagnóza je řešena dále v kapitole Edukace (s. 37 - 39).

#### **6. 1. 6 Riziko infekce (00004)**

**Porušená kožní integrita (00046)**

**Riziko porušení kožní integrity (vznik dekubitů) (00047)**

14.1. 2007

- ❖ *Riziko infekce* ve vztahu k operační ráně a invazivním vstupům (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr, nasogastrická sonda, drény) a potenciálnímu neefektivnímu čištění dýchacích cest pro bolest a strach kašlat.
- ❖ *Porušená kožní integrita* ve vztahu k operační ráně a invazivním vstupům (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, arteriální katétr, permanentní močový katétr, nasogastrická sonda, drény).

- ❖ *Riziko porušení kožní integrity (vznik dekubitů) ve vztahu k pooperačnímu stavu a částečné imobilizaci na lůžku.*

### *CÍL*

Pacient bude bez projevů infekce do konce hospitalizace.

Operační rána se bude hojit per primam intentionem do konce hospitalizace.

Riziko vzniku infekce bude minimalizováno do konce hospitalizace.

Pacient bude mít celistvou, čistou kůži a sliznice bez přítomnosti patologických eflorescencí, či narušení integrity do konce hospitalizace.

Riziko porušení kožní integrity bude minimalizováno do konce hospitalizace.

### *PLÁN (Plánované ošetrovatelské aktivity)*

- Zabezpečit zásady bariérové péče dle zákona č. 258/2000 a jeho inovující vyhlášky č. 195/2005.
- Realizovat hodnocení kůže a sliznic denně.
- Realizovat hodnocení dekubitů, resp. hodnotit riziko vzniku dle přepracované škály Nortonové, denně. (Příloha č. 3, s. 50)
- Aplikovat na sakrální oblast preventivně Menalind pastu každé 3 hodiny.
- Realizovat hygienu, perineální hygienu a hygienu dutiny ústní minimálně jedenkrát denně.
- Zahájit standardní péči o dutinu ústní pomocí štětiček ve Stopangin roztoku na sliznice dutiny ústní a jazyk a štětiček v Borax – glycerin roztoku na rty každé 3 hodiny a podle potřeby pacienta.
- Hodnotit operační ránu a krytí při každém převazu a v průběhu dne (prosáknutí krytí).
- Zajistit aseptické ošetření operační rány aplikací kontaktního neadherentního obvazu dle ordinace operátéra, dále dle stavu a minimálně jedenkrát denně – ráno spolu s hygienou.
- Monitorovat místa invazivních vstupů při každém převazu a průběžně během dne.
- Převazovat místo vstupu centrálního žilního katétru každý den po ranní hygieně a dle potřeby použitím dezinfekce Cuttasept spray, roztokem H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 1% a použitím filmového obvazu Central – Fix – Card.
- Převazovat místo vstupu periferního žilního katétru na levé horní končetině každý den po ranní hygieně a dle potřeby použitím dezinfekce Cuttasept spray, roztokem H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 1% a použitím filmového obvazu Tegaderm.
- Převazovat místo vstupu arteriálního katétru na pravé horní končetině použitím dezinfekce Cuttasept spray, roztokem H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 1% a použitím filmového obvazu Tegaderm.
- Převazovat místo vstupu epidurálního katétru použitím dezinfekce Cuttasept spray, roztokem H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 1% a použitím neadherentního obvazu Elastopore+pad pouze při jeho prosáknutí a dle potřeby.
- Hodnotit moč pohledem, vyšetřením pH a chemicky k prevenci rizika vzniku urogenitální infekce 1 x denně.
- Monitorovat vitální funkce kontinuálně v průběhu hospitalizace na jednotce intenzivní péče.
- Hodnotit a zaznamenávat subjektivní negativní potíže pacienta, které by mohly mít spojitost s potenciální infekcí.
- Hodnotit obsah a množství sekrece z drénů každé 3 hodiny a průběžně.

## *REALIZACE*

*14. –16. 1. 2007*

Denně jsem hodnotila kůži a sliznice při hygieně, ošetřování operační rány a invazivních vstupů. Každý den jsem hodnotila riziko vzniku dekubitů dle přepracované škály Nortonové. Každé 3 hodiny jsem aplikovala Menalind pastu na predilekční sakrální oblast. U pacienta byla realizována celková hygiena jedenkrát denně u umyvadla, a to 1. pooperační den. 2. pooperační den pacient požádal o možnost celkové hygieny ve sprše, kam byl odvezen ošetřovatelkou na pojízdní sedačce a za její pomoci zvládnul hygienu. Byla zahájena standardní péče o dutinu ústní každé 3 hodiny pomocí štětiček ve Stopangin roztoku na sliznice dutiny ústní a jazyk a štětiček v Borax – glycerin roztoku na rty. Po ordinaci operátora – odstranění krytí 1. pooperační den jsem realizovala 1. hodnocení operační rány. Operační ránu jsem asepticky převázala použitím dezinfekce Cuttasept spray, roztoku 1% peroxidu vodíku a použitím neadherentního kontaktního obvazu. Krytí jsem fixovala Micropore náplastí (papírová, nealergizující náplast). Dále jsem operační ránu převazovala stejným způsobem po každé ranní toaletě. Denně po ranní toaletě a v průběhu dne jsem kontrolovala místa vpichu centrálního žilního katétru, periferního žilního katétru, epidurálního katétru a arteriálního katétru. Místo vstupu centrálního žilního katétru, periferního žilního katétru, arteriálního katétru a epidurálního jsem asepticky ošetřovala použitím dezinfekce Cuttasept spray, 1% roztoku peroxidu vodíku. Na místo vstupu centrálního žilního katétru jsem aplikovala filmový obvaz Central – Fix – Card. Na místo vstupu periferního žilního katétru a arteriálního katétru jsem aplikovala filmový obvaz Tegaderm. Místo vstupu epidurálního katétru bylo nutno převázat v 1. pooperační den pro nefunkčnost obvazu. Místo vstupu jsem asepticky ošetřila už uvedenou dezinfekcí a překryla samolepícím sterilním neadherentním obvazem Elastpore+pad. Denně jsem posuzovala stav moči pohledem, její pH a subjektivní pocity pacienta (svědění, pálení, dysúrie) z důvodu zavedeného permanentního močového katétru. Kontinuálně jsem měřila vitální funkce.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

*Cíl byl částečně splněn.*

Operační rána je krytá kontaktním neadherentním obvazem z operačního sálu a je fixována Mefix náplastí.

Krytí je mírně sangvinózně prosáklé.

Obsah drénů je serózně – sangvinózní. Jejich společné množství od konce operace do 18<sup>00</sup> je 500 ml.

TT: 36,2 - 37,5 °C.

Riziko vzniku dekubitů je minimalizováno pravidelnou aplikací pastou Menalind na sakrum. Pacient má střední riziko vzniku dekubitů (21 bodů) dle škály Nortonové.

Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.

Moč je čirá, pH 7, chemicky negativní.

*15. 1. 2007*

*Cíl byl částečně splněn.*

Operační rána byla prvně převázána – jedná se o incizi (horní střední laparotomie) s 19 stehy, okraje rány jsou těsně u sebe, bez sekrece a symptomů zánětu.

Spodina operační rány mírně prosakuje serózně – sangvinózně.

Místa invazivních vstupů jsou bez symptomů zánětu.

Obsah z drénů je serózně – sangvinózní – 300 ml / 24 hodin.

TT: 36,5 – 37,0 °C.

Pacient se subjektivně cítí dobře.

Jazyk je mírně povleklý bílým povlakem.

Pacient již není podle škály měření dle Nortonové ohrožen vznikem dekubitů – získal 27 bodů.

16. 1. 2007

*Cíl byl částečně splněn.*

Obsah z drénů je serózně – sangvinózní – 450 ml / 24 hodin.

Místa invazivních vstupů jsou bez symptomů infekce.

Riziko vzniku infekce nadále nelze vyloučit.

TT:36,2 – 36,3 °C.

( 11, 12, 13, 15 )

### **6. 1. 7 Deficit sebekpěče – hygiena, oblékání, úprava zevnějšku a obsluha sebe sama (00108, 00109)**

#### **Zhoršená pohyblivost – ve smyslu omezení (00085)**

14 – 15. 1. 2007

- ❖ *Deficit sebekpěče – hygiena, oblékání, úprava zevnějšku a obsluha sebe sama* ve vztahu k pooperačnímu stavu a omezené pohyblivosti.
- ❖ *Zhoršená pohyblivost – ve smyslu omezení* ve vztahu k pooperačnímu stavu, pooperačnímu režimu (kontinuální monitoring, invazivní vstupy), bolestem při pohybu.

#### *CÍL*

Deficit sebekpěče bude kompenzován do konce hospitalizace.

Pacient bude projevovat maximální možnou úroveň soběstačnosti v základních denních činnostech do konce hospitalizace.

Pacient provede hygienu a úpravu zevnějšku s dopomocí do 2. pooperačního dne.

Pacient bude verbálně vyjadřovat uspokojení v oblasti hygienických potřeb, úpravy a oblékání do konce hospitalizace.

Mobilita pacienta bude dostatečná a efektivní do konce hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Stupeň dosažené mobility a její poměr k odpočinkovým aktivitám pacienta bude odpovídat zlepšování jeho celkového zdravotního stavu do konce hospitalizace.

#### *PLÁN (Plánované ošetrovatelské aktivity)*

- Posuzovat a monitorovat stav sebekpěče a soběstačnosti pacienta každý den dle testu ADL (Barthelův test). (Příloha č. 3, s. 52)
- Podpořit pacienta k samostatné realizaci základních všedních činností v průběhu hospitalizace.
- Umístit pomůcky pro realizaci hygieny k dosahu pacienta.
- Zabezpečit a zachovávat intimitu a soukromí pacienta zataženým závěsem, přikrytím pacienta, zbytečně ho neodhalovat a umožnit mu mít na sobě operační košili, případně osobní prádlo v průběhu hospitalizace.
- Zajistit čisté osobní a ložní prádlo každý den a dle potřeby.
- Posuzovat stav mobility, tolerance zátěže, pocit fyzické pohody u pacienta v průběhu rehabilitace.
- Vyhledávat symptomy imobilizačního syndromu v průběhu hospitalizace.
- Povzbuzovat pacienta k rehabilitaci, mobilizaci – realizace 3 x denně.



- Naučit pacienta manipulovat s manuálním ovladačem lůžka k úpravě polohy v průběhu hospitalizace.

## *REALIZACE*

*14. –16. 1. 2007*

Denně jsem u pacienta posuzovala stav sebeděče a soběstačnosti. Rodina i ostatní zdravotnický personál podporovali pacienta v mobilizaci a rehabilitaci, a tím k nácviku sebeděče. Při ranní hygieně jsem pacientovi umístila pomůcky v dosahu ruky. Zabezpečila jsem mu fyzický komfort přisunutím židle k umyvadlu. Zajistila jsem mu soukromí a intimitu pomocí zástěny. Aktivně jsem nabízela pacientovi pomoc. Umyla jsem jemu těžce dosažitelné místa - záda a dolní končetiny. 2. pooperační den jsem na žádost pacienta zajistila jeho odvoz na pojízdné sedačce do koupelny na oddělení, aby se mohl osprchovat. Poučila jsem pacienta o nutnosti hygieny operační rány ve sprše, o bezpečnosti zajištění invazivních vstupů a tím jsem minimalizovala jeho strach o případné vytažení, vypadnutí invazivních vstupů a rizika vzniku infekce v operační ráně. Doprovod mu dělala ošetřovatelka, která mu pomáhala s hygienou. V koupelně měl pacient zajištěný maximální komfort (židle, madla), soukromí a intimitu. Dvakrát denně s pacientem rehabilitoval fyzioterapeut, který ho naučil správnou fixaci operační rány, vstávat z lůžka, posazovat se a pomáhal mu při chůzi. Denně, každé ráno, jsem pacientovi zajistila čisté osobní prádlo (operační košili) a ložní prádlo. Vysvětlila jsem mu, že je pro něj výhodnější mít nemocenské prádlo, než své z důvodu znečištění a přístupu k invazivním a neinvazivním vstupům. Naučila jsem pacienta zacházet s manuálním ovladačem lůžka a se stolkem, aby si sám mohl zvolit vhodnou polohu a manipulovat se stolkem.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

*Cíl nebyl splněn.*

Pacient je vysoce závislý – v testu ADL dosahuje 20 bodů.

*15. 1. 2007*

*Cíl byl částečně splněn.*

Pacient je středně závislý – v testu ADL dosahuje 50 bodů. Pacient potřebuje minimální pomoc při hygieně – mytí zad a dolních končetin. Některé činnosti v ADL testu nelze hodnotit vzhledem k pooperačnímu stavu, avšak existuje předpoklad, že by tyto činnosti pacient nezvládnul, proto jsou hodnoceny jako 0 bodů.

Pacient potřebuje doprovod při chůzi pro pocit bezpečí a jistoty.

Pacient v průběhu denní služby aktivně rehabilituje.

Pacient verbálně vyjadřuje uspokojení v realizaci svých hygienických potřeb a úpravy zevnějšku.

*16. 1. 2007*

*Cíl byl částečně splněn.*

Pacient je středně závislý – v testu ADL dosahuje 60 bodů. Potřebuje minimální pomoc při hygieně, která dnes proběhla ve sprše. Opět platí, že nelze některé činnosti v testu ADL hodnotit.

Pacient vyžaduje doprovod při chůzi pro pocit bezpečí. V průběhu denní služby aktivně rehabilituje a spolupracuje. Odpoledne si pacient čte a luští tajenky. U odpolední návštěvy rodiny si pacient pochvaluje ranní sprchu a uvádí pocit komfortu. ( 11, 12, 13 )

## 7 EDUKACE

### 7.1 Edukační anamnéza

#### Fyzická pohotovost

Fyzická pohotovost byla u pacienta hodnocena na základě úrovně potřebných fyzických schopností, soběstačnosti a vlivu prostředí.

*Úroveň potřebných fyzických schopností (tělesný stav):*

- výkonnost 5
- práceschopnost 3
- koncentrace 9
- únava 5

(Pozn.: Číslo 0 představuje nejmenší a 10 nejvyšší schopnosti pacienta podle jeho vyjádření.)

*Soběstačnost:*

V Barthelovém testu základních všedních činností (ADL) získal pacient 50 bodů, což je střední závislost.

Pacienta ovlivňovaly *faktory prostředí negativní* (hospitalizace na chirurgické JIP, monitoring, ztráta soukromí, farmakoterapie, pooperační stav a tím omezení pohyblivosti, bolest a celkový diskomfort) a *faktory pozitivní* (přístup zdravotnického personálu, informovanost, možnost návštěv na jednotce intenzivní péče, možnost zajištění fyzického a emocionálního komfortu (polohovací lůžko, rozkládací mobilní stolek, možnost mít u sebe své věci, možnost telefonovat, přijímat návštěvy,...)).

( 11, 12 )

#### Emocionální pohotovost

Emocionální pohotovost byla zjišťována na základě věku pacienta, sociálního zázemí, motivace a zaujetí mysli. Pacientovi je 65 let, což je dle rozdělení *vývojových fází WHO* vyšší starší věk, raná staroba – presenium. Pacient je důchodce, je ženatý a má dvě děti – dcery. *Motivace* byla zjišťována na základě údajů, které pacient prokazoval – měl přiměřený zájem o edukaci, neodmítal informace, ptal se, měl pozitivní postoj k učení a spolupracoval. *Zaujetí mysli* jsem hodnotila z těchto faktorů - pozornost vnímavost, paměť, přičemž u něj převažuje názorný a slovně logický typ paměti, vůle, pohotovost, myšlení, řeč a charakter – temperament.

( 11, 12, 14 )

#### Zkušenostní pohotovost:

Zkušenostní pohotovost se evaluuje z *úrovně aspirací* (snaha učit se, adaptovat se na nové prostředí, hospitalizaci, spolupráce), z *předchozích způsobů zvládnutí náročných situací*, které pacient zvládal bez maladaptace, naopak rychlé adaptace, s optimismem a myšlenkou sociální a psychické opory v rodině. Dále se zkušenostní pohotovost hodnotí z *kulturního zázemí*, které obsahuje zájmy pacienta (čtení, luštění tajenek, sledování televize) a z *orientace*, která zahrnuje momentálně u pacienta plné, jasné vědomí, bez kvantitativních a kvalitativních změn, a orientaci v prostoru, osobě a čase. ( 11, 12, 14 )

#### Vědomostní pohotovost

Ve vědomostní pohotovosti se zjišťují údaje z *aktuální úrovně vědomostí (edukační diagnózy)*. U pacienta byla stanovena tato diagnóza:

- ❖ *Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)* – léčebný režim na jednotce intenzivní péče, monitoring, výživa, management bolesti, prevence

pooperačních komplikací, manipulace s lůžkem, rehabilitace a onemocnění ve vztahu ke vzniku nové situace, tj. stav po operaci.

Dále do této kategorie anamnézy patří *kognitivní schopnosti* - vzdělání (pacient je vyučen v oboru truhlář), pozornost, vnímavost, pohotovost, myšlení, řeč, paměť, *styl učení* (pacient preferuje kognitivní a behaviorální styl učení) a *komunikační bariéry*, které jsou momentálně fyziologické (únava, bolest). ( 11, 12 )

## 7. 2 Edukační plán

### 7. 2. 1 Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)

15. 1. 2007

- ❖ *Deficitní znalost (deficit vědomostí a dovedností) (00126)* – léčebný režim na jednotce intenzivní péče, monitoring, výživa, management bolesti, prevence pooperačních komplikací, manipulace s lůžkem, rehabilitace a onemocnění ve vztahu ke vzniku nové situace, tj. stav po operaci.

#### *CÍL*

##### *Cíle kognitivní*

Pacient bude znát:

- důvody hospitalizace, léčebný režim a monitoring na jednotce intenzivní péče,
- metody prevence pooperačních komplikací,
- metody rehabilitace,
- management bolesti,
- závažnost a prognózu onemocnění.

Rodina bude znát důvody a možnosti léčby pacienta a jeho následné rehabilitace.

##### *Cíle afektivní*

Pacient bude rozumět a chápat význam uvedených témat edukace.

Pacient bude motivován pro edukaci.

Pacient bude spolupracovat při edukaci.

Rodina bude aktivně projevovat zájem o pacienta a jeho léčbu, ošetřování apod.

Rodina bude spolupracovat při veškerých ošetrovatelsko-léčebných aktivitách pacienta.

Rodina bude psychicky podporovat pacienta.

##### *Cíle behaviorální (psychomotorické)*

Pacient bude demonstrovat:

- ovládání polohovacího lůžka pomocí manuálního ovladače a bude správně a účelně používat lůžko a stolek.
- používání rozkládacího a mobilního stolku.
- jednotlivé cviky rehabilitace k prevenci pooperačních komplikací.

#### *PLÁN (Plánované edukační aktivity)*

- Na základě odebrané edukační anamnézy použít u pacienta nejvhodnější metody vyučování (vysvětlování, rozhovor, demonstrace, pozorování a manipulace s předměty).
- Edukovat pacienta na základě jeho požadavků a zjištěných nedostatků v průběhu hospitalizace.
- Zajistit konzultaci fyzioterapeuta a nutričního terapeuta k edukaci o rehabilitaci a výživě.

- Informovat pacienta o nutnosti informovaných souhlasů u léčebných a diagnostických výkonů v průběhu hospitalizace.
- Delegovat dotazy ohledně informací týkajících se léčby, onemocnění a prognózy směrem k ošetřujícímu lékaři.
- Informovat pacienta před každým výkonem, co se bude konat z důvodu minimalizace strachu a úzkosti z neznámé a nové situace pro pacienta.
- Zahrnout rodinu pacienta do edukačního plánu v průběhu hospitalizace.

## *REALIZACE*

*14. – 16. 1. 200*

V operační den (nultý operační den) byl pacient pouze informován o převozu z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, monitoringu a základech managementu bolesti. Z důvodů přítomnosti komunikačních bariér nebylo možné zajistit dostatečnou a efektivní edukaci. 1. pooperační den jsem získala od pacienta edukační anamnézu pomocí rozhovoru a pozorování. U pacienta byla zahájena standardní edukace na jednotce intenzivní péče. Byly použité tyto fixační metody – metody přímého přenosu poznatků (monologické slovní – vysvětlování a dialogické slovní - rozhovor) a metody zprostředkovaného přenosu poznatků (demonstrace, pozorování, manipulace s předměty). Při odpolední návštěvách, jsem informovala rodinu pacienta o jeho aktuálním stavu a další péče z ošetřovatelského hlediska. Informace o zdravotním stavu a léčbě pacienta poskytl rodině ošetřující lékař. O konzultaci a pomoc při edukaci jsem také požádala fyzioterapeuta, nutričního terapeuta a ošetřujícího lékaře. Veškerá edukace byla zaznamenána do edukačního záznamu a vše bylo potvrzeno podpisem edukujícího a edukovaného. Následující den byla témata edukace posilována metodou ujišťování a opakování informací ze strany pacienta i sestry.

## *HODNOCENÍ*

*14. 1. 2007*

Pacient v tento den není schopen edukace pro přítomnost komunikačních bariér - stav vědomí, náročnost operačního výkonu, únava apod. Pacient je však informován o převozu na jednotku intenzivní péče, monitoringu a základech managementu bolesti. Nelze však zajistit efektivitu edukace.

*15. 1. 2007*

*Cíl byl splněn.*

V tento den byla odebrána od pacienta edukační anamnéza, následně byly stanoveny edukační diagnózy a plán edukace. Pacient všemu rozuměl, spolupracoval a vše potvrdil svým podpisem do edukačního záznamu. (Příloha č. 3, s. 49)

V pozdějším pooperačním období je nutno zapojit do edukace i pacientovu rodinu, která už teď spolupracuje a pana M. K. každý den navštěvuje. Manželka pacienta je lékařem informována o závažnosti zdravotního stavu, prognóze a možnostech léčby svého manžela. V případě pozitivního histologického nálezu ze vzorků tkáně, odebrané v průběhu operace k vyloučení malignity, bude pacient muset absolvovat kompletní onkologickou léčbu. Proto pacient potřebuje maximální sociální a psychickou podporu své rodiny. Dále nutno zdůrazňovat důležitost časně rehabilitace a správné výživy.

( 11, 12, 14 )

## OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

S panem M. K. jsem během hospitalizace navázala dobrý kontakt. Pacient měl maximální snahu ve všem aktivně pomáhat a spolupracovat. Měla jsem z něj velmi pozitivní dojem. Z psychologického hlediska na mě působil jako stabilní a adaptabilní osobnost, která zvládá tuto náročnou životní situaci optimisticky a s porozuměním. Všechny informace o svém zdravotním stavu přijímal s rozvahou a bez zkreslení. Aktivně se o svůj zdravotní stav zajímal. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče si na nic nestěžoval a aktivně spolupracoval. Z mého pohledu jsme společně s pacientem vyřešili jeho problémy. Z chirurgického a lékařského hlediska byl jeho stav stabilizovaný, během hospitalizace uspokojivý, avšak s nejistou prognózou.

Pan M. K. byl dne 18. 1. 2007 v 15<sup>00</sup> hodin přeložen na standardní lůžkové oddělení ve velmi dobrém fyzickém a psychickém stavu. Při mé návštěvě 19. ledna 2007 se usmíval, četl si knihu a vděčně se mnou komunikoval. Byl už bez nasogastrické sondy, permanentního močového katétru a drénů, které se odstranili ještě na jednotce intenzivní péče. Na žádné potíže si nestěžoval.

Dne 24. 1. 2007 byl propuštěn do domácího léčení. Pacient a manželka byli lékařem poučeni o domácím ošetřování a další nutné návštěvě z důvodu obeznámení se s výsledky histologického vyšetření a následné léčbě. Pacient byl prozatím propuštěn domů bez nutnosti další profesionální ošetrovatelské péče.

*„Ošetrovatelství to jsou služby jednotlivcům a rodinám, tedy i společnosti. Umění a věda, která formuje postoje, duševní vlastnosti a technické zručnosti každé sestry do touhy a schopnosti pomáhat nemocným a zdravým lidem vyrovnávat se ze svými zdravotními problémy.“*

(Faye Abdellahová, 1960 – Model 21 problémů ošetrovatelství)

## SEZNAM CITOVANÉ A POUŽITÉ LITERATURY

1. DOSTÁLOVÁ, J. , ZEMANOVÁ, J. *Vybrané kapitoly z anesteziologie*. Ostrava: Ostravská univerzita - Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80 – 7368 – 156 – 0.
2. FERKO, A. A KOL. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada publishing, 2002. ISBN 80 – 247 – 0230 – 4.
3. KUBICOVÁ, L. A KOL. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80 – 8063 – 176 – X.
4. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
5. MÜLLER, M. *Chirurgie pro studium a praxi*. Praha: Goldstein & Goldstein, 1997. ISBN 80 – 86094 – 10 – 3.
6. ŠVÁB, J. *Operace pankreatu*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80 – 7254 – 123 – 4.
7. ZEMAN, M. A KOL. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, 2. vydání, 2000. ISBN 80 – 7169 – 705 – 2.
8. VYHNÁLEK, F. A KOL. *Chirurgie I*. Praha: Informatorium, 2. vydání, 2003. ISBN 80 – 7333 – 005 – 9.
9. *Surgery to try cure pancreatic cancer* [ online ]. Praha: [ cit. 2006 – 10 – 24 ]. Dostupné na WWW. <http://www.cancerhelp.org.uk/default.asp.html>.
10. *Patobiochemie pankreatu* [ online ]. Praha: [ cit. 2006 – 10 – 24 ]. Dostupné na WWW. <http://www.lf1.cuni.cz/~kocna/lab/glencil.htm>

### Zdroje informací:

11. Pacient – rozhovor
12. Pacient – pozorování
13. Dokumentace – sesterská a lékařská
14. Rodina pacienta
15. Sestra z noční směny

## SEZNAM ZKRATEK

ADL – Activity Daily Living  
ALP – alkalická fosfatáza  
AMS – S – amyláza v séru  
AMS – U – amyláza v moči  
ALT – alanintransferáza  
ASA – American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)  
AST – aspartátaminotransferáza  
aPTT – activ Parcial Tromboplastin Time (aktivovaný parciální tromboplastinový čas)  
ARDS – Acute Distress Syndrome (akutní respirační selhání)  
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure (kontinuální pozitivní přetlak v dýchacích cestách)  
CT – Computed Tomography  
CVP – Central Venous Pressure (centrální žilní tlak)  
CŽT – centrální žilní tlak  
D - dech  
DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopathie  
EKG – elektrokardiografie  
ERCP – endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie  
GCG – Glasgow Coma Scale  
GIT – gastrointestinální trakt  
INR – International Normalizatory Ratio (mezinárodní normalizační poměr)  
JIP – jednotka intenzivní péče  
MAP – Mean Arterial Pressure (střední arteriální tlak)  
MODS – Multi Organ Dysfunction Syndrome (multiorgánové selhání)  
NGS – nasogastrická sonda  
NN – nozokomiální nákazy  
NPO – nic per os  
P – puls  
PMK – permanentní močový katétr  
PVT – příjem a výdej tekutin  
RTG – rentgenologické vyšetření  
SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome (syndrom systémové zánětlivé odpovědi)  
TEN – tromboembolická nemoc  
TK – tlak krve  
TT – tělesná teplota  
UPV – umělá plicní ventilace  
VAS – Visual Analogy Scale

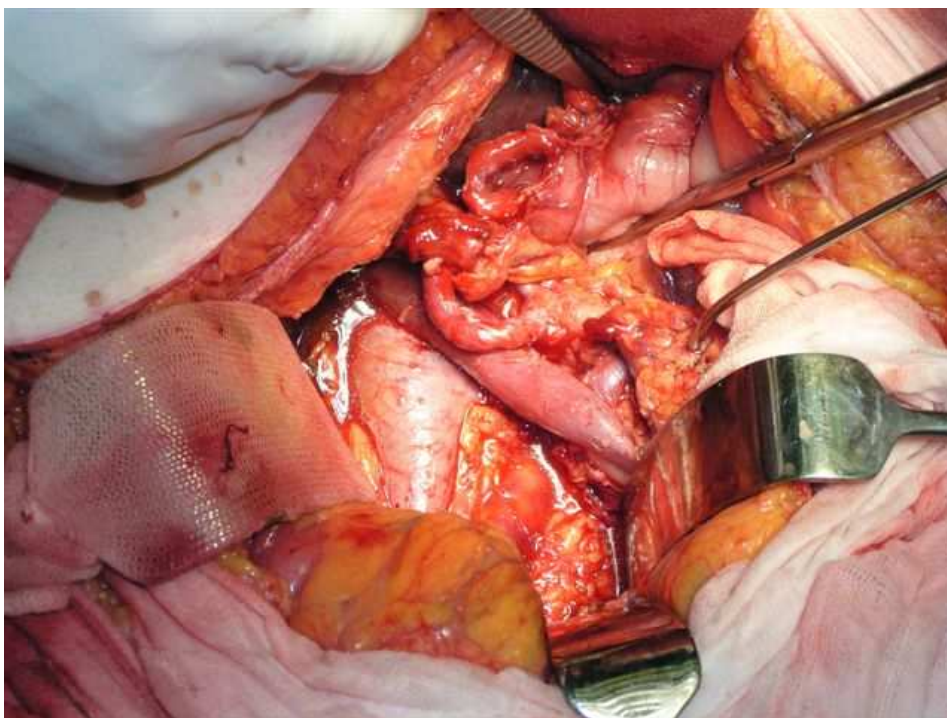
## **PŘÍLOHY**



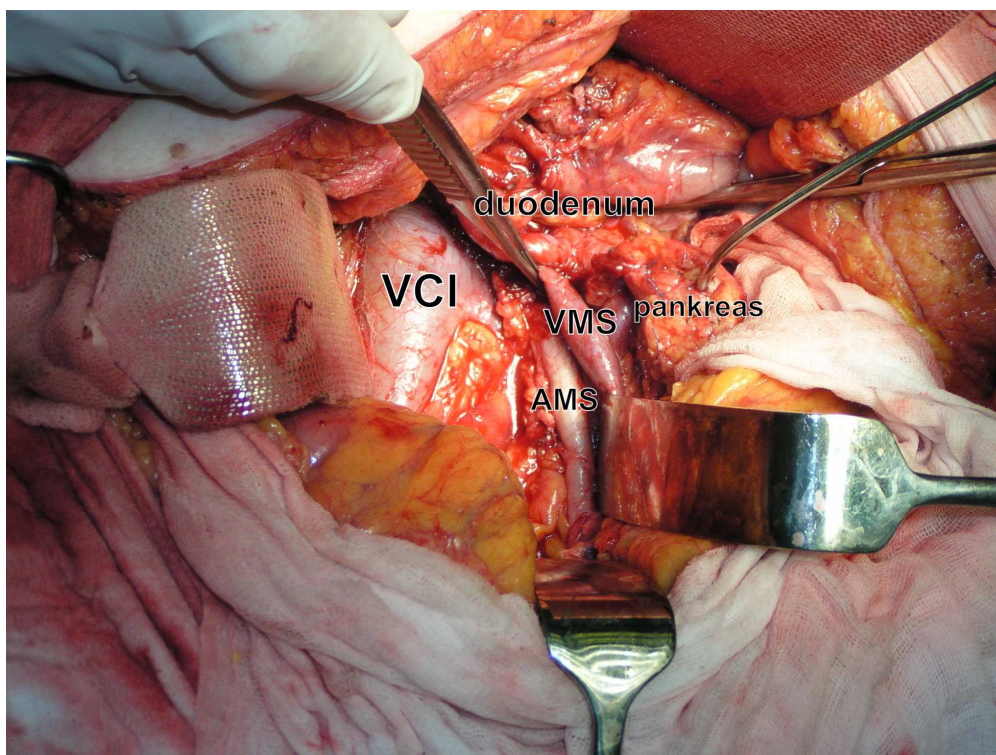
## SEZNAM PŘÍLOH

<b>PŘÍLOHA Č. 1 – Operace pankreatu sec. Whipple</b>	<b>45</b>
Obr. č. 1 – Pohled na operační pole po resekci sec. Whipple bez popisu	45
Obr. č. 2 – Pohled na operační pole po resekci sec. Whipple s popisem	45
<b>PŘÍLOHA Č. 2 – Management bolesti</b>	<b>46</b>
Modifikovaná škála bolesti Wong – Baker facial	46
Edukační materiál pro pacienty	47
<b>PŘÍLOHA Č. 3 – Ošetřovatelská dokumentace</b>	<b>48</b>
Edukační záznam	49
Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	50
Barthelův test soběstačnosti	52
Vstupní ošetřovatelský záznam	53
Plán ošetřovatelské péče	61

## Příloha č. 1 – Operace pankreatu sec. Whipple

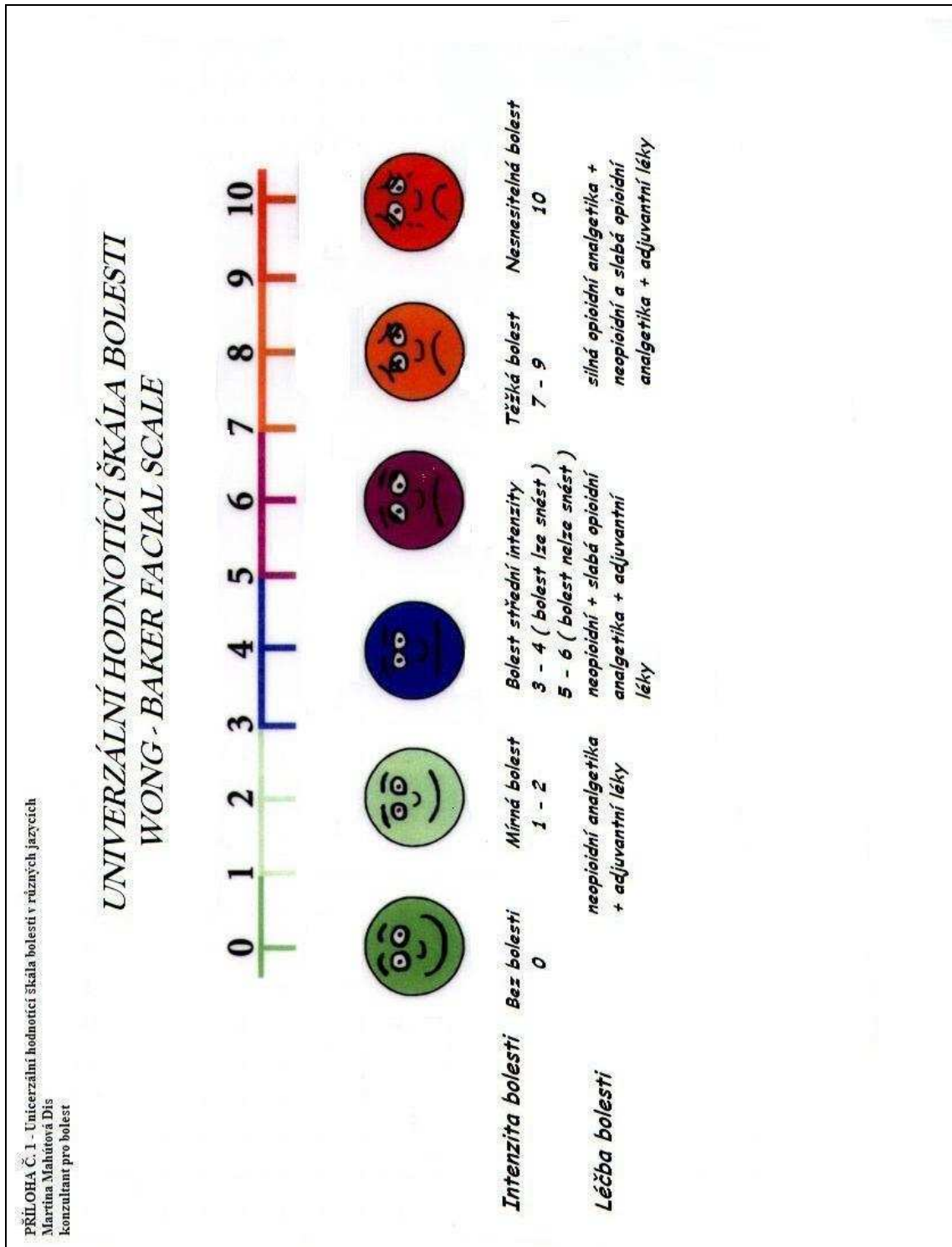


Obr. č. 1 Pohled na operační pole po resekci sec. Whipple bez popisu  
(Zdroj: FTNsP Chirurgická klinika 1. LF UK)



Obr. č. 2 – Pohled na operační pole po resekci sec. Whipple s popisem  
(Zdroj: FTNsP Chirurgická klinika 1. LF UK)

## Příloha č. 2 – Management bolesti



Příloha č. 2 – Modifikovaná škála bolesti Wong – Baker facial  
 (Zdroj: Mahútová M. – Edukační materiál FTNsP)

## Co je to bolest? Co je to bolest?

Bolest je pociťována, je to Váš prožitek spojený s náhlým nebo potenciálním poškozením Vašeho těla.

## Bolest na chirurgii, aneb bolest v souvislosti s operací Bolest na chirurgii, aneb bolest v souvislosti s operací

Tady bolest vzniká na podnět, kterými je poranění nebo poškození tkání při úrazu, nebo v souvislosti s operačním výkonem či jiným zákrokem.

## Co se doporučuje? Co se doporučuje?

*Bolest po operaci je bolestí očekávanou, nelze zajistit úplný stav bez bolesti, a to zvláště při pohybu! Proto na to myslíte a:*

- Nebraňte se podávání injekcí od bolestí, a to ani preventivnímu podávání. Předejděte tak větší bolesti, která může nastat.
- Nepodceňujte rehabilitaci, čím dříve začnete rehabilitovat, tím méně komplikací a bolesti.
- V souvislosti s operacemi v dutině břišní - při kašli a vykašlávání - fixujte (držte si) břicho stlačením rukou z obou stran. Předejděte tak komplikacím (vznik kýly, otevření operační rány a následně tak další operaci) a současně také bolesti.
- Nechte se o bolesti poučit, nechte, aby byla bolest ošetřujícím personálem sledována a hodnocena. Podílejte se na hodnocení Vaší bolesti a nechte se do hodnocení bolesti zasvětit. Není to těžké a pomůže Vám to lépe bolest ovládat, zmírňovat a odstraňovat.
- Pokud Vám anesteziolog (Váš „uspávač“) před operací nabídne tlumení pooperačních bolestí pomocí epidurálního katétru (hadička píchnuta do páteřního kanálu) neodmítejte ji. O minimálních komplikacích, které mohou nastat, Vás poučí a Vy budete moci bolest úspěšně minimalizovat či odstraňovat.
- Jestliže máte dlouhodobou zkušenost s užíváním analgetik, informujte o tom ošetřující personál, ať zhodnotí, které z nich můžete i nadále v průběhu hospitalizace požívat, či aplikovat.
- Používejte úlevovou polohu - polohu, která Vám nejvíce vyhovuje.
- Používejte některé z relaxačních metod - rytmické dýchání, poslech hudby, nebo čtení oblíbené knihy. Snažte se od bolesti odpoutat, nemyslet na ni.

*„Život je bolestí protkaný, je nutné však nerezignovat a hledat nějaké východisko. Upnout se k naději, že bolest musí přestat, a zmobilizovat pro takovou vizi všechny své síly. Absolutní východisko asi není, ale jsou věci, které pomáhají. Nechte si tedy poradit a pomoci!!!“*

*„Je nás víc. Víc na všechno - na lásku, na život, na boj i bolest a na hodiny štěstí. Víc na výhry i prohry, na život i na smrt.“*



Martina Mahútová Dis.  
konzultant pro bolest  
linka 2630

Příloha č. 2 – Edukační materiál pro pacienty

(Zdroj: Mahútová M. – Edukační materiál FTNsP)




# Příloha č. 3 – Ošetřovatelská dokumentace

Příloha č. 3 PR-FTN-08

**šiferek**

**Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Vídeňská 800, Praha 4**

Klinika / oddělení: *ES-JIP*



### EDUKAČNÍ ZÁZNAM

**Vztah pacienta ke zdravotnickému zařízení**

hospitalizovaný pacient

jiné:

**Téma edukace**

výživa     péče o chronickou ránu

sebek péče     pohybový režim

užívání pomůcek     diabetik

dialýza     respirační terapie

medikace     polohování

péče o stomii     edukace fyzioterapeutem

inkontinence     edukace nutričním terapeutem

prevence TEN     možnosti péče v terénu

prevence ICHS     příprava před výkonem

(kouření, DM, hypertenze, obezita)     edukace ošeftující sestrou

edukace sálovou sestrou

**Téma edukace**

**Komunikační bariéra**

smyslová     psychická

fyzická     jazyková

jiná:     neschopnost řeči

**Použité metody**

ústně     písemně

ukázka     nácvik

audio, video, TV

jiné:

### ZÁZNAM EDUKACE V PRŮBĚHU AMBULANTNÍ NEBO HOSPITALIZAČNÍ PÉČE

Datum	Slovní popis (reakce pacienta: odmítá výkon, prokazuje dovednosti, nutno opakovat, ptá se, není schopen pochopit a jiné)	Podpis (kdo vzdělává)	Podpis (kdo přijímá informace)
14.1.04	<i>PREKLAD NA JIP, MONITORING, MĚŘENÍ KRVETI - NUTNO OPAKOVAT, NEJZE ZARUČIT POKRO- PENT I PĚTICHOVA TRICHA A PŘIHLÁSKY BARTELA - PACIENT PŘEVZEL Z OP. SÁLU</i>	MAHUTOVÁ	M.K.
15.1.04	<i>PACIENT SPOLUPRÁČUJE, PTÁ SE, PROCHÁZUJE DOVEDNOSTI</i>	MAHUTOVÁ	M.K.
16.1.04	<i>PACIENT AKTIVNĚ SPOLUPRÁČUJE, USTRŽUJE SE V NAUČEVÝCH ZNALOSTECH A DOVEDNOSTECH</i>	MAHUTOVÁ	M.K.

2005 FTNSP

Strana 1 (celkem 2)

Příloha č. 3 – Edukační záznam

(Zdroj: Pracovní postup - Standard edukace pacienta a jeho blízkých - FTNSP)









<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>	<b>14.1.</b>	<b>15.1.</b>	<b>16.1.</b>
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10	0	5	10
	s pomocí	5			
	neprovede	0			
Oblékání	samostatně bez pomoci	10	0	5	5
	s pomocí	5			
	neprovede	0			
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	0	0	5
	neprovede	0			
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	0	5	5
	neprovede	0			
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10	10	10
	občas inkontinentní	5			
	trvale inkontinentní	0			
Kontinence moče	plně kontinentní	10	10	10	10
	občas inkontinentní	5			
	trvale inkontinentní	0			
Použití WC	samostatně bez pomoci	10	0	0	5
	s pomocí	5			
	neprovede	0			
Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15	0	5	10
	s malou pomocí	10			
	vydrží sedět	5			
	neprovede	0			
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15	0	0	0
	s pomocí 50 metrů	10			
	na vozíku 50 metrů	5			
	neprovede	0			
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	0	0	0
	s pomocí	5			
	neprovede	0			
<b>Hodnocení</b>	0 – 40 bodů – vysoká závislost 45 – 60 bodů – závislost středního stupně 65 – 95 bodů – lehká závislost 100 bodů - nezávislost		20	50	60

Příloha č. 3 – Barthelův test soběstačnosti (ADL)

(Zdroj: Pracovní postup - Standard vedení zdravotnické dokumentace – FTNsP)

### Vstupní ošetrovatelský záznam (materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

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

Oslovení..... PAN..... Pojišťovna..... MM (VZP)

Rodné číslo (nevyplňuj)..... Povolání..... DŮCHODCE

Věk..... 65..... Vzdělání..... VYUČEN

Vyznání..... ŘÍMSKO-KATOLICKE..... Národnost..... ČR

Adresa..... PRAHA..... Telefon:.....

Osoba, kterou lze kontaktovat..... MANŽELKA V. K.

Datum přijetí:..... 12.1.2004

Hlavní důvod přijetí:..... OPERAČNÍ VÝKON

**Lékařská diagnóza:**

1. PANCREATITIS CHRONICA
2. DIABETES MELLITUS II. TYPU NA DIETĚ
3. ICH.S., HYPERTENZE (WHO II)
4. VARIKÝ CRURIS BILATERALIS

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... JE INFORMOVAN O OPERACI, DG., PROGNOZE

Osobní anamnéza:..... KEŽNE ŽEJŠKĚ NEMOCI, ŽÁDNĚ OPERACE, VÝZNAMNĚJŠÍ ÚRAZY

Rodinná anamnéza..... MATEK DM, ZEMĚLA V 85 LETECH NA HM, OTEC ZEMĚL V 45 LETECH - NEVÍ NA CO, SESTRA JE ŽEČI S HYPERTENZÍ

Vyšetření..... 21.12. ERCP, 4.1.-CT, 20.12. INTERNÍ PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ, ARO VYŠETŘENÍ 11.1., 14.1.-RTG S+P, ŽIBOLATDNÍ VYŠETŘENÍ

Terapie..... HEPARIN 2ET 2x 5000; SEI, HELICID 40mg 1-0-1 IV, ERBIVIT 2x 1 IV, CEFASCON 2x 1 IV, CERUKAL 2x 1 IV, NOVALGIN 2PR, FERREBIT 2x 1 IV, 80ml KCL 4.11. IV, HMR INZ 40, 20FO, KCL - 4ml FNT, 20ml HARCINODIS 140FO, F111, H111, 2111, 21101 G, 1x TRF, 1x HP

Nemocný má u sebe tyto léky

VASOCARDIN, ENALAPRIL, PANZYDORM

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

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

nikotínismus		ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, kolik denně.....
alkoholismus		ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	
drogy		ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :	jídlo	ne	ano	pokud ano, které.....
	léky	ne	ano <input checked="" type="checkbox"/>	pokud ano, které..... <i>PNC</i>
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř)	/			
pneumonie (změř)	/			

Důležité informace o stavu nemocného: *OTÁZKY TÝKající SE PACIENTA - ANAMNEZA -*  
*HODNOCENA AZ 15.1.2004, OBY STAV - HODNOCEN 14.1.2004*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ?  
*K OPEKACI*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc ?  
*CHRONICKÁ NEMOC*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života ? Pokud ano, jak ?  
*NE*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane ?  
*NEVIM*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici ?  
*NIC MOC, NETEČI HE TO*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici ?  
*2 TYDNY, JAKA LEBAR*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ?  
*MYSLIM, ŽE NE*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu ?  
*AN NE*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici ?  
*NE*  
upřesněte.....

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

Komunikace:

- stav vědomí  
- kontakt navázán  
- komunikace  
- spolupráce

při vědomí

rychle

bez problémů

snaha spolupracovat

somnolence

s obtížemi

bariéry

nedůvěřivost

koma

nenavázán

nekomunikuje

odmítá spolupráci

Příloha č. 3 – Vstupní záznam s. 2

(Zdroj: Vstupní ošetřovatelský záznam – ÚTPO)

## Hodnocení nemocného

### 1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?  
ano  ne   
pokud ano, upřesněte... BĚŽHO - OP. RANA
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím  
ano  ne   
pokud ano, upřesněte... PO SPYDIE  
jak dlouho ? 2-3 MĚSÍCE
- Na čem je vaše bolest závislá ? POHYB, KAŠEL
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ? JEDN LÉKY - IBALGIN
- Kde pociťujete bolest ? BĚŽHO
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ? DÁT LÉKY NA BOLEST

#### Objektivní hodnocení sestry :

Pocití pohodlí (těžko, teplo) POLOHOVATELNĚ LŮŽKO, TĚPLA DEKA, MOBILNÍ STOLEK  
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): VAS - 4-5, TUPA - V MÍSTĚ OP. RANY

### 2. 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 ?.....

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

14-1. - ÚSTNÍ AIZWAY, 10 DECHŮ /MIN, SAT O<sub>2</sub> 92%  
O<sub>2</sub> MASKA 10 L

### 3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano  ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano  ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano  ne

Příloha č. 3 – Vstupní záznam s. 3

(Zdroj: Vstupní ošetřovatelský záznam – ÚTPO)

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

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

ADL - 20 BODŮ  
PACIENT UPRAVENÝ JEDLÍ

#### 4. Kůže

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

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

HORNÍ STŘEDNÍ / LADAROTOMIE - INJEKCE  
INVAZIVNÍ VSTUPY - AK, PEX, CDL, KEX, PHK, NGS

#### 5. 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? ano  ne
  - pokud ano, ruší vás to při jídle? ano  ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou
- vyšší (o kolik?).....
  - nižší (o kolik?).....
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano  ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul / ASIS přibral.....
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano  ne
- Co obvykle jíte? *BEZNĚ JÍDLA*
  - Je něco, co nejíte? ano  ne
  - pokud ano, co a proč? *SLADKÉ, MĚKÉ, NĚCO NEJÍM - DIETA*
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano  ne
  - pokud ano, upřesněte..... *9 (DIABETICKÁ) JEDLENT TUKŮ*
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ano  ne
  - pokud ano, upřesněte..... *ZALUDEČNÍ POTÍŽE PO HASTNÝCH JÍDLECH*
  - Co by mohlo váš problém vyřešit? *NEVÍM*
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano  ne
  - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *BUDU SE SNAŽIT*

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

PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA  
NGS  
NPO

NORM. TURGOR KŮŽE, BMI 24,2

Příloha č. 3 – Vstupní záznam s. 4

(Zdroj: Vstupní ošetřovatelský záznam – ÚTPO)

### 6. Příjem tekutin

- 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? MĚLO ✓
- Kolik tekutin denně vypijete? MÁ 1 LITER
- Máte k dispozici dostatek tekutin?                      ano ✓                      ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace  
NPO, NGS, CKP - 1 MM VODNÍHO STOUPE, HYPOTENZE  
JAZYK SUCHÝ, S HRNÝM POVLAKEM

### 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na točlici? 1x DENNĚ
- Máte obvykle                      normální stolici ✓  
                                 zácpu  
                                 průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? RÁNO
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil?                      ano                      ne ✓  
pokud ano, co to je? .....
- Berete si projímadlo? nikdy ✓  
                                 příležitostně  
                                 často  
                                 pravidelně
- Máte nyní problémy se stolici?                      ano                      ne ✓  
pokud ano, jak by se daly řešit? .....

Objektivní hodnocení sestry: PACIENT PO OPERACI, POSLEDNÍ STOLICE 13.1.04  
PO KLYZMATU I STŘEV. PERISTALTIKA NENÍ ZATÍM SLYŠITELNÁ

### 8. Močení

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

Objektivní hodnocení sestry: PHK 8.16



### 9. Lokomotorické funkce

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

Objektivní hodnocení sestry: *PACIENT PO OPERACI, OČEKÁVÁ POKYBY*

### 10. Smyslové funkce

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

Objektivní hodnocení sestry: *MOHENTÁLNĚ PACIENT SPÍ, NA OKLOVENÍ REAGUJE, TAKŽE SLÝŠÍ DOBRĚ, BRÝLE MÁ KE ČTENÍ*

### 11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *NE*.....
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne ✓
- Máte doporučeno nějaké cvičení? ano ne ✓  
pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne ✓
- Co děláte rád ve volném čase? *ČTENÍ, ZAHŘADA, TAHEŇKY, TELEVIZE*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?  
*ASÍ ČTENÍ*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *MYSLÍM, ŽE NE*.....

Objektivní hodnocení sestry: *MOHENTÁLNĚ PACIENT SPÍ*

Příloha č. 3 – Vstupní záznam s. 6

(Zdroj: Vstupní ošetřovatelský záznam – ÚTPO)

### 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *ASI 6 HODIN*
- Máte doma potíže se spánkem ..... ano ..... ne ✓  
pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? *ASI 6 HODIN*
- Usínáte obvykle těžko? ..... ano ..... ne ✓
- Búdíte se příliš brzy? ..... ano ..... ne ✓  
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *NE*
- Berete doma léky na spání? ..... ano ..... ne ✓  
pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *NE*

**Objektivní hodnocení sestry:** *PACIENT MOHENTĚ NE SPÍ*  
*Únava, denní a noční spánek apod.*

### 13. Sexualita

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

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

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*
- *otázky nebyly položeny*

### 14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- |                                |                   |                     |            |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| - emcionalita                  | stabilní ✓        | spíše stabilní      | labilní    |
| - autoregulace                 | dobře se ovládá ✓ | hůře se ovládá      |            |
| - adaptabilita                 | přizpůsobivý ✓    | nepřizpůsobivý      |            |
| - příjem a uchování informací: |                   |                     |            |
| - orientace                    | bez zkreslení ✓   | zkresleně (neúplně) |            |
| (časem, osobou, místem)        | orientován ✓      | dezorientován       |            |
| - celkové ladění               | úzkostlivý        | smutný              | rozzlobený |
|                                | sklíčený          | apatický            |            |



### 15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? S MANŽELKOU
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽELKA A DĚT
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? MANŽELKĚ
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? NEVÍM, ANI ŽÁDNÝ
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? MANŽELKA, DĚT
- Je na vás někdo závislý? NE
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DOUFAM, ŽE DOBŘE
- Kdo se o vás může postarat? MANŽELKA

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

RODINNÝ DŮM, 1 PATRO, CHLÁBKA

BYDÍ S MANŽELKOU

DOBŘE KONTAKT SE SOUSEDY

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči ANO NEJ, DĀM VĚDĚT  
KDYŽ NĚCO BUDE

### Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

NEEFektivní průchodnost (udržení) dých. cest, neefektivní dýchání  
riziko udušení, riziko aspirace, neefektivní termoregulace  
akutní bolest, deficit tělesných teplot, riziko nevhodného obyektu  
tělesných teplot, deficitní znalosti (deficit vědomostí a dovedností)  
riziko infekce, porušená kožní integrita, riziko vzniku deliriu  
deficit sebepeče (hygiena, oblečení, úprava zevnějšku, obnova vzhledu)  
zhoršená pohyblivost, nedost. výživa - není příjem, není ve  
tělesná potřeba, porušený spánek









Plán ošetrovateľskej péče					
datum	Ošetrovateľská diagnóza aktívna a potenciálna ošetrovateľská problém nebo poruchy v uspokojení potrieb sečuzene v poručaní jejích náleživosti	Cíle ošetrovateľskej péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnost, sečet zajišťující dosázení cíle	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cíli)	podpis přímární sestry
	RODINA BUDE AKTIVNĚ ZUSKŮVAT ZNĚNÍ O PŘÍČINÁCH TĚHŮTŮVY A PŮD. ZDRAVÍ RODINA BUDE SPOKOJENĚ ZPĚTNĚ KOMUNIKOVAT S RODINOU BUDE ZUSKŮVAT O ZDRAVÍ RODINY I BUDE DENOVĚ ZUSKŮVAT TĚHŮTŮVY, OVAŘENÍ A A NEJEDNÁ O TĚHŮTŮVY P BUDE ZPĚTNĚ ZUSKŮVAT	RODINA BUDE AKTIVNĚ ZUSKŮVAT ZNĚNÍ O PŘÍČINÁCH TĚHŮTŮVY A PŮD. ZDRAVÍ RODINA BUDE SPOKOJENĚ ZPĚTNĚ KOMUNIKOVAT S RODINOU BUDE ZUSKŮVAT O ZDRAVÍ RODINY I BUDE DENOVĚ ZUSKŮVAT TĚHŮTŮVY, OVAŘENÍ A A NEJEDNÁ O TĚHŮTŮVY P BUDE ZPĚTNĚ ZUSKŮVAT	Plánované ošetrovateľské aktivity činnost, sečet zajišťující dosázení cíle	efekt (ve vztahu k cíli)	podpis přímární sestry

Příloha č. 3 – Plán ošetrovateľskej péče  
(Zdroj: Plán ošetrovateľskej péče – ÚTPO)

