

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. lékařská fakulta**  
**Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

květen 2006

Radka Šimoníčková

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. lékařská fakulta**  
**Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

### **Ošetřování nemocné s akutním ileem**

květen 2006

Radka Šimoníčková  
Bakalářské studium  
všeobecná sestra

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsme uvedla v seznamu literatury.

v Praze 10. května 2006

.....

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Liboru Vlčkovi, Mgr. Haně Svobodové a doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce.

v Praze 10. května 2006

.....

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD.....</b>	<b>2</b>
1.1	CÍL PRÁCE .....	2
1.2	OBSAH PRÁCE .....	2
<b>2</b>	<b>ČÁST KLINICKÁ .....</b>	<b>3</b>
2.1	ANATOMIE A FYZIOLOGIE STŘEV.....	3
2.2	PATOFYZIOLOGIE ONEMOCNĚNÍ.....	5
2.3	ÚDAJE O PACIENTCE.....	14
<b>3</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST .....</b>	<b>22</b>
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	22
3.2	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL .....	23
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA .....	24
3.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....	28
3.5	KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	28
3.6	DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	37
3.7	PRŮBĚH HOSPITALIZACE PO OPERACI .....	38
3.8	EDUKACE .....	40
3.9	PSYCHOLOGIE .....	44
<b>4</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>50</b>

# 1 ÚVOD

## 1.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou H. K. (66 let), která byla hospitalizována na chirurgické jednotce intenzivní péče v pražské nemocnici, s diagnózou status ileosus. Pacientku s touto diagnózou jsem si vybrala proto, že mě chirurgická problematika zajímá.

## 1.2 Obsah práce

V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií střev, patofyziologií a klinickým obrazem ileu, diagnostickými metodami a možnostmi léčby tohoto onemocnění. Protože je tato diagnóza převážně řešena chirurgickou cestou, zařadila jsem také principy předoperační a pooperační péče. Dále popisuji komplikace a obecnou prognózu této problematiky. V závěru této části představuji svou klientku. Diagnostická vyšetření, kterými prošla, terapeutická opatření a stručný průběh hospitalizace.

V ošetrovatelské části, při hodnocení získaných informací a sestavení ošetrovatelské anamnézy u nemocné, používám model funkčního zdraví M. Gordonové. Při realizaci ošetrovatelské péče používám metodu ošetrovatelského procesu. Analýzou informací, které jsem získala od pacientky, z ošetrovatelské dokumentace, od ostatních členů ošetrovatelského týmu a také prostřednictvím vlastního pozorování, jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. K vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. V dalším textu popisuji realizaci a hodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí. Součástí mé práce je také kapitola věnovaná psychologii, edukaci nemocné a jejich blízkých. V závěru se věnuji prognóze zdravotního stavu popisované pacientky a svou práci uzavírám seznamem zkratk, přehledem literatury a přílohami.

## 2 ČÁST KLINICKÁ

### 2.1 Anatomie a fyziologie střev

#### Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelším oddílem trávicí trubice. Je dlouhé 3 - 5 metrů. Sliznice tenkého střeva je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem. Jednotlivé oddíly dvanáctník(duodenum),lačník (jejunum) a kyčelník(ileum) v sebe plynule přecházejí.

Dvanáctník je dlouhý 20 – 28 cm a je vřazen mezi žaludek a lačník. Má podkovovitý tvar a obkružuje hlavu pankreatu. Duodenum je pevně přirostlé dorsálně. Popisujeme na něm část horní (bulbus), část sestupnou, do které ústí vývod pankreatu ductus pancreaticus (Wirsungi) a žlučové cesty (ductus choledochus) na tzv.Vaterské papile, část horizontální a část vzestupnou, která přechází obloukovitě do lačníku(flexura duodenojejunalis).

Lačník a kyčelník (jejunum et ileum) jsou složeny v mnohočetných kličkách tak, že jejunum je uloženo v břišní dutině vlevo nahoře a ileum vpravo dole. Jejunum má proti ileu silnější stěnu, bohatší cévní zásobení, více lymfatické tkáně a vyšší slizniční řasy. Tvoří asi 2/5 délky střeva. Jejunum a ileum mají peritoneální závěs (mezenterium) široký asi 20 cm, jehož kořen je asi jen 15 cm dlouhý a sbíhá od flexura duodenojejunalis šikmo vpravo dolů přes střední čaru do pravé jámy kyčelní. Mesenterium obsahuje velké množství tuku, krevní a mízní cévy a nervy, zásobující tenké střevo.

Stěna střevní se skládá ze sliznice ( tunica mucosa),svaloviny (t. muscularis) a serozy ( tunica serosa).

Sliznice je poskládána do řas (plicae cirkulares Kerckringi) a tvoří výběžky – klky (villi intestinales) Je kryta enterocyty, které mají na povrchu kartáčový lem tvořený mikroklky, čímž se dále zvětšuje povrch střeva, tolik potřebný pro vstřebávání. Vnitřní plocha je přibližně 250 cm<sup>2</sup>.

Klk je výchlipka sliznice, do níž vstupuje arteriola, větvící se uvnitř do kapilár a vystupuje z ní žíla. Obě krevní cévy jsou doprovázeny cévou lymfatickou. Toto uspořádání umožňuje snadný odvod vstřebaných látek do krve (látky rozpustné ve vodě) a do lymfy (látky rozpustné v tucích)

V tenkém střevě se odehrává konečné zpracování potravy. Živiny se rozkládají na nejjednodušší složky potravy (trávení) a jsou transportovány do krve, nebo mízních cév (vstřebávání).

V epiteliálních buňkách Lieberkuhnových krypt se tvoří čistá tekutina s mírně alkalickým pH (7,5 – 8,0) – střevní šťáva. Denně se vytvoří přibližně 1800 ml sekretu. Obsahuje enzymy štěpící bílkoviny na aminokyseliny, lipázy rozkládající tuky na glycerol a mastné kyseliny a amylázy, rozkládající cukernaté látky na nejjednodušší, snadno vstřebatelné cukry.

Trávení se účastní také výměšky slinivky břišní a jater. Slinivka břišní (pankreas) tvoří pankreatickou šťávu, která je složena z proteolytických enzymů (trypsin, chymotrypsin a peptidáza), z  $\alpha$ -amylázy, která štěpí škroby, a z lipolytické (tuky štěpící) pankreatické lipázy. Důležitou složkou jsou také hydrogenuhličitanové ionty ( $\text{HCO}_3$ ), které neutralizují kyselou tráveninu ze žaludku. Játra (hepar) produkují žluč, která sice není trávicí šťávou v pravém slova smyslu (neobsahuje enzymy), ale významným způsobem zasahuje do trávení tuků a zužitkování vitamínů rozpustných v tucích.

Hladká svalovina tenkého střeva je upravena do dvou vrstev (vnitřní – cirkulární, zevní – podélná). Rytmičnými kontrakcemi obou vrstev vznikají peristaltické pohyby trubice tenkého střeva, které slouží k posunu střevního obsahu.

Motilita tenkého střeva je řízena nervově a humorálně. Nervovou regulaci obstarávají sympatikus (zpomalení), parasympatikus (zrychlení) a reflexy. Humorální složka je podmíněna chemickým složením potravy.

Ileum přechází do tlustého střeva v tzv. ileocekálním ústí v pravé jámě kyčelní.



## **Tlusté střevo**

Tlusté střevo (intestinum crassum) je posledním oddílem trávicí trubice. Jeho stěna má typická vyklenutí (výpuky, haustra), podélnou svalovinu soustředěnou do tří úzkých pruhů (taeniae) a množství seriózních přívěšků, vyplněných podle stavu výživy různým množstvím tuku (appendices epiploicae).

Sliznice je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků, je rozbrázděna v jemné krypty, obsahuje velké množství lymfatických uzlíků. Povrch střeva je kryt peritoneem.

Začátkem tlustého střeva je slepé střevo (caecum), má variabilní délku (8 – 12 cm), do něhož ústí ve šterbinovité chlopni ileum. Na vnitřním okraji céka odstupuje červovitý přívěšek (apendix vermiformis). Pokračováním céka je vzestupný tračník (colon ascendens), přecházející pod játry v pravé ohbí tračníku (flexura coli dextra) do tračníku příčného (colon transversum), ten je velice pohyblivý, neboť má široký závěs (mesocolon transversum). V levém ohbí (flexura coli sinistra) přechází do sestupného tračníku (colon descendens), který v oblasti levé jámy kyčelní, přechází do esovité kličky (colon sigmoideum), ta přechází v konečník (rektum), který vyústuje řitním otvorem (anus). Rektum se skládá z prostorného horního oddílu (ampulla recti) a dolního zúženého análního kanálu (canalis analis), na jehož okraji je přechod cylindrického epitelu v mnohvrstevný dlaždicový.

Funkčně je tlusté střevo významné tím, že se v něm dokončuje zpracování potravy (vstřebávání vody, kvasné a hnilobné procesy) do podoby stolice (feces).

## **2.2 Patofyziologie onemocnění**

Ileus je všeobecné označení pro střevní neprůchodnost. Je to stav, kdy obsah zažívacího ústrojí nemůže normálně procházet. Toto onemocnění patří mezi náhlé příhody břišní a nedojde-li léčebně k odstranění příčiny, která neprůchodnost vyvolala a k obnovení pasáže, je pacient ohrožen na

životě selháním základních životních funkcí v důsledku metabolického rozvratu organismu.

## 2.2.1 Etiopatogeneze

### Dělení ileu podle příčiny vzniku

1. **ileus mechanický** – příčinou je mechanická překážka. Dělíme jej na:

a) *ileus obturační*

- intraluminální (v průsvitu střeva) – žlučové kameny, hrubá potrava, cizí tělesa, kongenitální atresie
- intramurální (ve stěně střeva) – nádory, zánětlivé změny atd.
- extramurální (mimo stěnu střevní) – nádory, srůsty, uskřinutá kýla

b) *ileus strangulační* – vedle uzávěru střevního průsvitu je stlačeno také mesenterium a tím cévy a nervy v něm probíhající. Stěna je ohrožena rychlým odúmrtním a perforací stěny a nemocnému hrozí zánět pobřišnice.

c) *Ileus invaginační* –bývá řazen také ke strangulačnímu ileu. Střevní lumen je zneprůchodněno sousedním úsekem střeva, které se do něj teleskopicky vsunulo. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti ileocekálního přechodu.

- invaginace sestupná – orální část střeva se vsunuje do části aborální
- invaginace vzestupná distální část se vsunuje do části proximální, to je méně časté

d) *volvulus* – otáčení střeva podle své podélné, příčné nebo sagitální osy.

2. **ileus neurogení** (funkční) – vzniká ovlivněním nervů uložených ve stěně zažívacího ústrojí

- a) *ileus paralytický* vzniká ochrnutím stěny se ztrátou jejího tonusu (např. po operaci v dutině břišní)
  - b) *ileus spastický* vzniká naopak podrážděním nervových zakončení, dochází ke stažení svalů a trávenina nemůže přes tyto spazmy dále postupovat
3. **ileus cévní** – příčinou je uzávěr mesenterálních cév trombózou nebo embolií s následnou ischemií a nekrózou postiženého úseku střeva.

### 2.2.2 Klinický obraz

Ileus je časté onemocnění, které postihuje každý věk a obě pohlaví.

Vedoucími subjektivními příznaky jsou:

#### 1. Bolest

- Kolikovitá bolest vzniká distenzí dutého orgánu a ze zesílené peristaltiky nad překážkou. Střevo se snaží nejdříve překážku překonat. Pokud se překážka neodstraní, dochází k hromadění střevního obsahu. S postupující distenzí střeva, peristaltika ustává.
- Trvalá bolest je příznakem pozdním , vzniká drážděním peritonea.

#### 2. Poruchy pasáže

- Zvracení - zpočátku reflexního původu, později vzniká přestupem obsahu do vyšších oddílů trávicí trubice. Čím je překážka uložena distálněji, tím později zvracení nastupuje. Pokud je příčina v tlustém střevě, může tento příznak zcela chybět. Někdy nemocný zvrací i střevní obsah (miserere).
- Zástava odchodu plynů a stolice, ke které dochází znemožněním postupu obsahu přes překážku. U vysokého ileu může stolice zpočátku odcházet normálně.

Mezi další objektivní příznaky patří dehydratace a demineralizace z důvodu poruchy vstřebávání v tenkém střevě. V důsledku dehydratace pak klinický obraz s ní spojený (oligurie, suchost kůže a sliznic, snížený turgor kůže). Na břiše jsou vidět peristaltické vlny (u obstrukčního ileu). Tělesná teplota je normální nebo subnormální, pokud nedošlo k těžké dehydrataci, nebo ke vzniku peritonitidy. Tep se zrychluje a krevní tlak klesá s rozvojem dehydratace a šoku. Dýchání je povrchní a zrychluje se s přibýváním obsahu ve střevě. Laboratorní hodnoty jsou změněny (hemokoncentrace, hypochlorémie, hypochlorurie, hypokalémie, hypoproteinémie, azotémie.) Břicho je vzedmuté, nad rozepjatým střevem je bubínkový poklep. Střevní peristaltika je omezena, nebo zcela chybí (u paralytického ileu). Na RTG snímku jsou vidět tzv. "hladinky".

### **2.2.3 Diagnostické metody**

#### **Anamnéza**

Důležitou diagnostickou metodou je anamnéza. Lékař se ptá na všech, co by mohlo mít určitou spojitost s onemocněním.

- osobní data
- současné obtíže, tj. nynější onemocnění (bolesti břicha, nadýmání, nauzea, zvracení, stolice, strava – požití pomeranče atd.)
- rodinná anamnéza (při podezření na nádorové onemocnění)
- osobní anamnéza (dřívější onemocnění, prodělané operace, doplňující informace se zaměřením na gastrointestinální trakt)
- pracovní a sociální anamnéza

#### **Fyzikální vyšetření**

- **inspekce** (vyšetření pohledem) informuje vyšetřujícího o stavu výživy (při chronickém ileu dochází k úbytku hmotnosti). Místní inspekce podává informace o tvaru a

deformitách břišní stěny (břicho nafouklé, jizvy, kýly, viditelná peristaltika apod.).

- **perkuse** (poklep) – nad rozepjatým střevem je bubínkový poklep
- **palpace** (pohmat) – povrchní i hluboká palpace spolu s vyšetřením per rectum patří k základům diagnostiky chorob trávicího ústrojí.
- **auskultace** (poslech) – lze hodnotit zvukové fenomény trávicího ústrojí (usilovná peristaltika, zástava peristaltiky – tzv. „mrtvé ticho“, šplíchoty)
- **per rectum** ( vyšetření konečníkem ) - jsou zjistitelné rezistence, příměsi či nepřítomnost stolice v ampule rekta

### **Rentgenové vyšetření**

- prostý snímek břicha ve stoje (tvorba tzv. hladinek)
- pomocí kontrastní látky – vyšetření pasáže GIT (může mít význam nejen diagnostický, ale také terapeutický)

### **Sonografie**

Využívá se spíše z diferenciálně diagnostického důvodu.

### **Endoskopické vyšetření**

Gastroskopie, koloskopie se využívá rovněž spíše jako pomocné vyšetření.

### **Počítačová tomografie (CT)**

Využívá se u chorob gastrointestinálního traktu málo, velký význam má spíše pro zjišťování procesů v retroperitoneální dutině. Je používáno v diagnosticky nejasných případech.

### **Laboratorní vyšetření krve**

- **biochemické** – počínající známky metabolické dysbalance

- **hematologické** – v krevním obrazu leukocytóza
- **hemokoagulační** – v těžkém stavu poruchy koagulace jako následek těžkého šokového stavu (sepsy, metabolický rozvrat)

## 2.2.4 Terapie

Léčba se zahajuje zavedením nasogastrické sondy a odsáváním žaludečního obsahu. Zbavuje nemocného obtížného zvracení a snižuje rozpětí střeva hromadícím se obsahem. Dále se léčba volí podle vyvolávající příčiny.

### Konzervativní terapie

- týká se subileosních stavů a paralytických ileů

- nic per os
- úprava humorálního rozvratu -úprava hypovolémie (podle hodnoty hematokrytu, hemoglobinu a erytrocytů), podáním roztoků iontů, úprava alkalosy, nebo acidosy.
- rehydratace s doplněním minerálů parenterální cestou (fyziologický, Ringerův nebo Darrowův roztok)
- farmaka podporující peristaltiku střevní (parasymptomimetika)
- podpora funkcí životně důležitých orgánů
- ATB clona – řešení problematiky infekce
- antispasmodika (při spastickém ileu)
- výhodné je podání klyzmatu, které podráždí střevní peristaltiku a uvolní z konečníku ztuhlou stolicí
- zavádění speciálních sond a jiných invazivních vstupů k odstranění mechanické překážky (desinvaginace podaným nálevem per rektum)

Při ileosních stavech se nikdy nepodávají nemocnému opiáty, mohlo by dojít k zastření rozvíjejících se příznaků a ke zhoršení střevní paralýzy. V případě úporných bolestí se podávají krátkodobá analgetika. (Musí být zaznamenáno do předávané dokumentace).

## **Chirurgická terapie**

### ***Indikace k operaci***

K chirurgické revizi je indikován každý případ mechanického a cévního ileu. Paralytický ani spastický ileus se neoperují (s výjimkou peritonitidy). Operace má být provedena co nejdříve po stanovení diagnózy a přípravě pacienta. U akutní střevní neprůchodnosti má být chirurgický výkon co nejjednodušší.

- chirurgická laparotomie s odstraněním příčiny neprůchodnosti (rozrušení adhezí, protěti pruhu stísnujícího střeva, desinvaginace střeva vytlačáním invaginátu, derotace kličky střevní u volvulu, embolektomie u cévního ileu apod.)
- resekce postižené části střeva a následné spojení (při ireverzibilním poškození GIT)
- ileostomie, kolostomie v indikovaných případech
- další chirurgické ošetření dutiny břišní s následnou konzervativní terapií

### ***Předoperační příprava***

Protože střevní neprůchodnost patří mezi náhlé příhody břišní a většinou vyžaduje urgentní operační výkon, popíšu zde přípravu klienta k urgentní (neodkladné) operaci.

- úprava vnitřního prostředí
- odběry biologického materiálu STATIM (KO, biochemie krve a moče, KS a Rh faktor, vyšetření hemokoagulace)
- hygiena – pouze odstranění hrubých nečistot, vyjmutí umělého chrupu

- zajištění žilního vstupu doplnění oběhu dle ordinace lékaře (u šokových stavů)
- zavedení žaludeční sondy a močového katetru podle situace
- zkrácená interní příprava (bandáž DK, miniheparinizace)
- premedikace (opiát Dolsin a parasimpatikolytikum atropin)
- příprava operačního pole – oholení (někdy se přikládá obklad s desinfekčním roztokem (např. 1% Persteril)
- informování klienta o nutnosti operačního zásahu
- psychická opora
- úschova cenností

### ***Pooperační péče***

Nemocný je většinou uložen na jednotku intenzivní péče. Sestra převezme péči o nemocného spolu s kontrolou ordinací od anesteziologa a operatéra. Kontroluje stav vědomí, rány a hodnoty vitálních funkcí zapisuje je spolu s časem měření do dekurzu.

Nemocný má většinou 3 dny po operaci zavedenou nasogastrickou sondu, která nepřerušovaně odtéká samospádem do sběrného sáčku, nebo může být aktivně odsávána. Dle potřeby je nutné sondu proplachovat fyziologickým roztokem. Při výměně sáčku je nutné zapsat množství a sledovat barvu, event. příměsi obsahu.

Výživa je nejprve řešena parenterální cestou. Je nutné měřit bilanci tekutin vzhledem ke správnému určení množství a složení parenterální výživy. K jejímu podání je zajištěna periferní, event. centrální žíla. Gastrointestinální trakt by měl být zatěžován postupně, začíná se čajem po lžičkách, velmi pomalu dle stavu se přechází na bujon, potom pudink, tekutou stravu a nakonec dietu č. 2 (tj. šetřící).

Každý den sestra převazuje invazivní vstupy dle zásad asepse, sleduje ránu, bolestivost, či známky zánětu a jakékoli změny hlásí lékaři.



Náležitou pozornost musíme věnovat střevní peristaltice - odchodu plynů a stolice. Při problematickém odchodu plynů se řídí sestra ordinacemi lékaře a zavede rektální rourku nebo glycerinový čípek. Každou stolicí je třeba zapsat do dekurzu, změnu stavu hlásit lékaři.

Součástí pooperační péče je také zajištění časně pooperační mobilizace nemocného. Časná mobilizace je základním preventivním opatřením, bránícím vzniku komplikací (plicní záněty, trombóza žil dolních končetin, dekubity) a má vliv i na další pooperační průběh, zejména na stav peristaltiky.

Nemocný je poučen o správné životosprávě a dietě v dalším životě, chodí na pravidelné kontroly na chirurgické oddělení a dále je podle potřeby předán do péče specializované poradny.

### 2.2.5 Komplikace ileu

- **hypovolemický šok** – u vysokých ileů vzniká denně ztráta až 7 litrů tekutin (snížená resorpce, zvýšená sekrece, zvracení, únik plasmy do dutiny peritoneální)
- **oligurie až anurie** – z poklesu krevního tlaku a obíhající krve
- **rozvrat vnitřního prostředí** a jeho následky (otoky z hypoproteinemie, změny na EKG z důvodu hypokalémie atd.)
- **poškození srdce a cév** – střevní stěna se stává propustnou pro toxické látky a ty mají zhoubné účinky na tyto orgány)
- **poškození nadledvin** stresovým účinkem ileu
- **perforace střeva**
- **peritonitida** – střevní stěna je více propustná pro bakterie

### 2.2.6 Prognóza

Neprůchodnost střevní má ze všech náhlých příchod břišních neúrazového původu největší úmrtnost. Prognóza ileu je vždy závislá na jeho typu, na včasnosti rozpoznání diagnózy a na celkovém stavu nemocného. Funkční ileus má obecně lepší prognózu než ileus mechanický

a cévní a po racionální konzervativní léčbě do 48 – 72 h většinou odezní. Operace při koplekovaných ileosních stavech a u nemocných vyššího věku mají úmrtnost 50 – 80 %. Po operacích pro ileus z adhezi je zvýšené riziko dalšího ileu. Nemá-li nemocný po operaci uskřinuté kýly anebo po uvolnění adhezi komplikace, může být propuštěn z nemocnice již 7. den do domácí péče. Pracovní neschopnost trvá průměrně 4 týdny. Bylo-li resekováno střevo nebo prováděna střevní anastomóza, je délka hospitalizace asi 10 – 12 dnů a nejsou-li komplikace, trvá práce neschopnost asi 6 – 8 týdnů. Záleží na zhojení rány, na funkčnosti event. kolostomie a na délce resekovaného střeva.

## 2.3 Údaje o pacientce

### 2.3.1 Základní identifikace nemocného

<b>jméno a příjmení:</b>	H.K.
<b>pohlaví:</b>	žena
<b>věk:</b>	66 let
<b>stav:</b>	vdaná
<b>zaměstnání:</b>	úřednice, nyní v důchodu
<b>bydliště:</b>	Praha
<b>datum přijetí:</b>	9.12. 2005
<b>diagnóza při přijetí:</b>	K 56.7 Status subileosus M. hypertonicus Osteoporosis

### 2.3.2 Údaje z lékařské anamnézy

#### *Rodinná anamnéza*

nevýznamná

#### *Osobní anamnéza*

běžné dětské nemoci, operace 0, nikdy vážněji nestonala

### ***Alergická anamnéza***

neuguje

### ***Farmakologická anamnéza***

Tenoretic	¼ - 0 - 0
Vigantol	1 - 0 - 0
Kalcium	1 - 0 - 0

### ***Gynekologická anamnéza***

nevýznamná

### ***Nynější onemocnění***

Pacientka přijata pro 6-denní bolesti břicha, zástavu odchodu plynů a stolice, před 6 dny snědla dušenou šunku, od té doby pociťuje bolesti břicha, opakovaně zvrací. Byla vyšetřena na úrazové ambulanci a přijata na chirurgické oddělení do pražské nemocnice k observaci a další terapii.

### **2.3.3 Stav při přijetí**

<b>váha:</b>	63 kg
<b>výška:</b>	170 cm
<b>BMI:</b>	21,8
<b>TK:</b>	180/70
<b>P:</b>	100/min.
<b>D:</b>	12/min.
<b>TT:</b>	36,6

### **2.3.4 Zhodnocení celkového stavu nemocné**

#### ***Vědomí***

Pacientka je při vědomí, orientována časem, místem i prostorem.

#### ***Kůže***

Anikterická, bez otoků.

### ***Hlava***

Zornice izokorické, reagují na osvit. Spojivky mírně překrvené, jazyk žlutavě povleklý, sušší. Výstupy hlavových nervů nebolestivé.

### ***Krk***

Krční lymfatické uzliny nezvětšeny, nebolestivé, štítnice nezvětšena, karotidy tepou symetricky, hrdlo klidné, tonzily nezvětšeny

### ***Hrudník***

Symetrický, dýchání poslechově čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, poklep plný, jasný.

### ***Břicho***

Nad úrovní hrudníku, měkké, hůře prohmatné, přifouklé, difúzně citlivé, bez známek peritoneálního dráždění, játra pod obloukem žeberním, slezina nehmatná, tapottement bilaterálně negativní, podbřišky klidné, volné, třísla klidná.

### ***Per rektum***

Tonus svěrače normální, v ampule stolice hnědé barvy, rezistence nehmatné, Douglasův prostor nevyklenut.

### ***Dolní končetiny***

Bez trofických a zánětlivých změn, pulzace hmatné v průběhu celé dolní končetiny. Bez otoků, varixů.

## **2.3.5 Přehled provedených diagnostických vyšetření**

### ***EKG***

Fyziologická křivka

### ***RTG***

- **srdce a plíc** – bez známek zánětlivé infiltrace. CVK zaveden zprava přes podklíčkovou žílu do VCS.

- **nativní snímek břicha** - distální kličky tenkého střeva dilatované, tračník a ileum bez náplně, četné hladinky, bez peristaltiky

### ***SONO břicha***

Játra nezvětšena, intrahepatální i extrahepatální žlučovody nerozšířeny, tělo pankreas lipomatózní.

### ***ECHOKARDIOGRAFI***

Fyziologický nález

### ***Laboratorní vyšetření***

#### **Hematologické vyšetření**

Název	Fyziologická hodnota	Naměřená hodnota	Jednotka
Leukocyty	4 – 10	9,6	x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	4,2 – 5,4	3,8	x 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	12 – 16	11,7	g/dl
Hematokrit	36 – 46	34	%
MCV	77 – 97	88	fl
MCH	27 – 33	30,8	pg
MCHC	32 – 36	35	g/dl
Trombocyty	120 – 440	242	x 10 <sup>9</sup> /l

#### **Biochemické vyšetření**

Název	Fyziologická hodnota	Naměřená hodnota	Jednotka
Urea	2,5 – 8,3	7,16	mmol/l
Kreatinin	53 – 115	79,4	μmol/l
Na <sup>+</sup>	135 – 144	139	mmol/l
K <sup>+</sup>	3,5 – 5,1	3,5	mmol/l
Cl <sup>-</sup>	95 – 107	101	mmol/l
Bilirubin	< 17	8	μmol/l
CK-MB	< 0,26	0,26	μkat/l
ALT	< 0,33	0,25	μkat/l
AST	< 0,33	0,24	μkat/l
GMT	< 1,8	0,13	μkat/l
ALP	1,75 – 7,34	0,94	μkat/l
Celková bílkovina	64 – 82	31	g/l
Albumin	34 – 50	15,6	g/l
CRP	< 12	58	mg/l

Glukosa	3,6 – 5,6	9	mmol/l
---------	-----------	---	--------

### Hemokoagulační vyšetření

Název	Fyziologická hodnota	Naměřená hodnota	Jednotka
Quick	10 - 13	11,8	s
APTT	30 - 40	26,3	s

### Závěr

Pacientka je schopna operačního výkonu v celkové anestezii.

## 2.3.6 Terapeutická opatření

### Farmakoterapie během hospitalizace

#### *Clexane inj. 0.4 ml (40 mg) s.c. 18*

- **indikační skupina** - antitrombotikum, antikoagulans
- **nežádoucí účinky** - podkožní krvácení v místě vpichu, nelze vyloučit riziko trombocytopenie

#### *Tenoretic tbl. ¼-0-0*

- **indikační skupina** - antihypertenzivum
- **nežádoucí účinky** - nauzea, zvracení, bradykardie, svalová slabost, alergické kožní reakce, poruchy spánku, poruchy iontové rovnováhy

#### *Vigantol tbl. 1-0-0*

- **indikační skupina** - vitamin
- **nežádoucí účinky** - projevy hyperkalcemie, hyperkalciurie, nechutenství, nauzea, zvracení, zácpa, bolesti a křeče břicha, dehydratace, polyurie, žízeň, malátnost, bolesti hlavy

#### *Kalcium tbl. 1-0-0*

- **indikační skupina** - kalciový přípravek

- **nežádoucí účinky** - zácpa, nauzea, zvracení, nechutenství, bolesti hlavy a kloubů, žízeň, srdeční arytmie, při dlouhodobém podávání, deponování v ledvinách s následným poškozením

***Quamatel inj. 20 mg 1 amp. i.v. 1-0-1***

- **indikační skupina** - antiulcerózum, antagonist H<sub>2</sub> receptorů
- **nežádoucí účinky** - zvýšená TT, bolesti hlavy, únava, průjem, zácpa, alergická reakce, sucho v ústech, nauzea, zvracení

***Novalgín inj. 1 amp. i.v. 1-1-1***

- **indikační skupina** - analgetikum, antipyretikum
- **nežádoucí účinky** - nauzea, zvracení, alergické kožní reakce

***Dipidolor inj. 2 ml i.m. 1-1-1***

- **indikační skupina** - analgetikum, anodynum
- **nežádoucí účinky** - zácpa, zpomalení peristaltiky až riziko střevní parézy, útlum dechového centra, riziko vzniku závislosti

***Unasyn inj. 1,5g i.v. 12-06-14***

- **indikační skupina** - širokospektré antibiotikum, kombinace ampicilinu a sulbaktamu
- **nežádoucí účinky** - nauzea, zvracení, průjem, alergické kožní reakce, anafylaktický šok, pseudomembranózní kolitida, přechodné zvýšení jaterních testů, riziko superinfekce

***Avrazor inj. 500 mg i.v. 22-10***

- **indikační skupina** - chemoterapeutikum, antiprotozoikum
- **nežádoucí účinky** - bolest hlavy, závratě, gastrointestinální potíže, alergické kožní reakce

***Torecan inj. 1 amp. i.v. 1-1-1***

- **indikační skupina** - antiemetikum, antivertiginózum

- **nežádoucí účinky** - výjimečně extrapyramidové projevy, po vysazení mizí

### **Infúze**

- Glukóza 10% 500ml. + 8j. Actrapid i.v kapat 3h 10 – 13
- 2x Ringer 500 ml. + 20 ml KCl kapat 2h 13 – 17
- Fyziologický roztok 500ml + MgSO<sub>4</sub> 10% 10ml

### **Parenterální výživa**

- Nutriflex lipid peri 50ml/h

### **Inhalace**

- Mucosolvan 1ml + Aqua 2ml 8 – 14 – 20

### **Další terapeutická opatření**

- klyzma á 6h.
- bandáže
- nasogastrická sonda
- přísný klid na lůžku

## **2.3.7 Průběh hospitalizace od přijetí do 4. dne hospitalizace (tj. 1. pooperačního dne)**

### ***1. den hospitalizace***

Paní H. K. byla 9.12. 2005 ve 14:00 akutně přijata na chirurgické oddělení do pražské nemocnice, kde absolvovala řadu vyšetření, na základě kterých byla lékařem stanovena diagnóza sub až ileozní stav. Lékař ihned doporučil pacientce operaci. Ta ji však striktně odmítla. Na oddělení byla nemocné zavedena nasogastrická sonda, permanentní močový katetr a periferní žilní katetr. Lékař naordinoval parenterálně roztoky k úpravě vnitřního prostředí a klyzma po 6-ti hodinách.

### ***2. den hospitalizace***



Nemocné byla vysvětlena závažnost situace a nutnost chirurgického zákroku. Pacientka nakonec s operací souhlasila. Byl zaveden centrální žilní katetr a provedena doplňující vyšetření.

### ***3. den hospitalizace***

Paní H. K. byla operována pro rozvíjející se ileoózní stav.

Operace: Revize, rozrušení srůstů, desuflace tenkého střeva, appendectomy divulsi.

### **Citace z operačního protokolu**

„V klidné CA pronikáme do dutiny břišní dolní střední laparotomií. Při revizi shledáváme dilatované tenké kličky od jejuny po distální ileum, kde nalézáme vazivový pruh, jenž uskřínuje tenké střevo ve vzdálenosti cca 50 cm od ileocekálního přechodu, jinak bpn. Srůst po ligaci přetínáme a uvolňujeme tenké střevo. Také v oblasti ileocekálního přechodu nalézáme mnohočetné srůsty s pravostrannými adnexy, které postupně rozrušujeme a uvolňujeme apendix, jenž snášíme a zanořujeme obvyklým způsobem. Při revizi ilea na dvou místech deserozujeme tenké střevo, jenž přešíváme. Nakonec provádíme desuflaci střeva cca 700 ml, suturujeme desuflační otvor napříč. Po kontrole homeostázy vysušujeme dutinu břišní a uzavíráme operační ránu. Provedena divulze anu.“

## 3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

O paní H. K. jsem pečovala na chirurgickém pooperačním oddělení v Ústřední vojenské nemocnici ve Střešovicích, při denní službě od 7:00 do 19:00 hodin). Při hodnocení nemocné jsem volila „model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Ošetřovatelské diagnózy jsem sestavila ke 4. dni hospitalizace (1. pooperační den). Tento den jsem nastoupila na oddělení na praxi a měla jsem dostatek času sestavit krátkodobý plán ošetřovatelské péče a po 3 dnech mého působení vyhodnotit účinnost ošetřovatelských intervencí. Při realizaci ošetřovatelské péče, jsem použila metodu ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelské diagnózy jsem zformulovala podle systému NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), vypracovaný a dlouhodobě korigovaný Americkou asociací pro ošetřovatelské diagnózy. Poté jsem je seřadila ve spolupráci s pacientkou podle naléhavosti.

### 3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta. Je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Teorie ošetřovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy z USA jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocného.

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Tyto ošetřovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Tak může zhodnotit účinnost ošetřovatelské péče.

#### **Fáze ošetřovatelského procesu**

- **Posuzování** (zhodnocení nemocného) – pomocí rozhovoru (s nemocným, rodinou nemocného, se spolupacienty, se zdravotnickým

personálem), pozorování (změna chování pacienta), testování, měření (fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí)

- **Diagnostika** (stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz). Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny, nebo je porucha vyvolá. Ošetrovatelská diagnóza je formulování současně existujících, nebo potenciálních problémů klienta. Termín obsahuje určitý problém, jeho etiologii a symptomy.
- **Plánování** (vytyčení ošetrovatelských strategií, či intervencí) tento proces probíhá v několika etapách. Určení priorit řešení problémů, stanovení cílů (krátkodobých, dlouhodobých), určení jakým způsobem cílů dosáhneme, zápis ošetrovatelského plánu.
- **Realizace plánu** – v průběhu této fáze každý plní svou příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem. Současně o nemocném získává další poznatky, které pomohou operativně modifikovat další ošetrovatelskou péči.
- **Zhodnocení efektu poskytované péče** – posouzení pacientovy odpovědi na ošetrovatelské zásahy a její porovnání se stanovenými cíly. (cíl se splnil, cíl se splnil částečně, cíl se nesplnil).

## 3.2 Ošetrovatelský model

Termín „model“ je v ošetrovatelství poměrně nový, avšak samotná myšlenka nová není. Je to něco, co není skutečné, ale co má ke skutečnosti velice blízko. Je to určitý obraz podle kterého je poskytována péče klientům. Každá sestra má svou představu o tom, co je ošetrovatelství a co je posláním sester. Různá pojetí ošetrovatelství tvoří různé modely. Není důležité, který model se prosadí, důležité je, aby se dosáhlo dohody.

### 3.2.1 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

Mezi odborníky existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Marjory Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že

všichni lidé mají společné určité vzorce chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosáhnutím lidského potenciálu. Zdravotní stav klienta může být funkční nebo dysfunkční. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří adekvátní ošetrovatelský plán, nejen u chorobných stavů, ale také u relativně zdravých jedinců, kdy v případě neposkytnutí odpovídající péče, dojde k narušení zdraví a vzniku choroby. Základní strukturu tohoto modelu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

### **3.3 Ošetrovatelská anamnéza**

#### ***Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví***

Paní H. K. nikdy vážněji nestonala. Nekouří, alkohol pije velmi málo a to jen při nějaké zvláštní příležitosti. U praktického lékaře byla už již dávno. Říká: „Ještě by mi tam něco našli“. Užívá léky na vysoký tlak a vitamíny, na jejichž jméno si momentálně nevzpomíná. Nepamatuje si, že by měla někdy v životě nějaký vážnější úraz. Úporné bolesti břicha, které ji přivedli k lékaři ji velmi překvapily. Bála se, co by to mohlo být, tak vyhledala lékařskou pomoc až po šesti dnech přetrvávajících příznaků. Lékař jí vysvětlil příčinu jejích potíží a nezbytnost operačního zákroku, se kterým nakonec souhlasila. Lékařská doporučení se snaží dodržovat, neboť chce jít brzy domů.

#### ***Výživa, metabolismus***

Příjem potravy je u pacientky nepravidelný a nedostačující. Stravuje se pouze 3x denně, intervaly mezi jednotlivými jídly jsou dlouhé a nepravidelné. Poslední jídlo mívá mezi 20. a 22. hodinou. Žádnou speciální dietu nedodrhuje. V potravě převládají tuky a sacharidy, příjem vitamínů v přírodní formě je minimální. Podle hodnocení BMI (Body Mass Index) je index její tělesné hmotnosti 21 (normální hodnoty se pohybují v rozmezí 20 – 25). Denní příjem tekutin je také nedostačující. Průměrně vypije pouze

1000ml denně. Na nechutenství, ani na potíže s příjmem potravy si nestěžuje. Zmiňuje pouze zvracení související s nynějším onemocněním (od zavedení nasogastrické sondy však nezvrací). Má snímatelnou zubní protézu, huře se jí kouše, což řeší krájením tužší stravy na menší kousky. Nyní je výživa hrazena parenterálně. Kůže je sušší, turgor a barva v normě, kožní léze nejsou patrné.

### ***Vylučování***

S vylučováním stolice neměla klientka nikdy dříve žádné potíže. Pravidelně se vyprazdňovala obden, žádná projímadla neužívala. V případě zácpy spolehlivě pomohl švestkový kompot. Stolicí popisuje jako „normální, bez příměsí“. Charakter moči také není výrazně patologický, je pouze více koncentrovaná (specifická hmotnost 1 030 cm<sup>3</sup>). Frekvence močení je nízká, pouze průměrně třikrát denně, zřejmě v důsledku nízkého příjmu tekutin. Poslední dobou se více potí, což řeší deodoranty. Nyní má nemocná zaveden permanentní močový katetr, od operace na stolici zatím nebyla.

### ***Aktivita, cvičení***

Před hospitalizací se paní H.K. cítila plná síly, přestože ji v poslední době začaly trápit bolesti rukou a nohou. Od té doby co je v důchodu, tráví veškerý čas na zahrádce, kde se stará o všechno, co s manželem společně vypěstovali. Zahrádka je u lesa, vzdálena 2 km od jejího panelákového bytu. Když je hezké počasí, chodí tam s manželem pěšky téměř denně. Když je sezóna, velmi ráda chodí na houby. Po večerech plete a kouká na televizi. Doma byla soběstačná ve všech denních aktivitách. Nyní je upoutána na lůžko a odkázána na pomoc druhých. Pevně ale věří, že se brzy postaví na vlastní nohy a ze všech sil se snaží sestřám pomáhat a řadu výkonů již zvládne sama.

### ***Spánek, odpočinek***

Probouzí se kolem 6. h, poslouchá rádio a přibližně v 7 hodin vstává z postele. Ráno se cítí odpočatá, dcera ji přivede vnučku na hlídání, kterou po obědě uloží a sama jde také spát. Večer většinou usíná v obýváku u

televize, po té ji manžel vzbudí, ať si jde lehnout. Během noci se několikrát vzbudí, protože má mělké spaní a v panelákovém bytě je vše slyšet. Žádné noční můry ji netrápí. Od té doby co je hospitalizována, spí špatně. Přes den většinu času prospí z nedostatku činností a nudy a v noci ji budí sestry a spolupacienti, protože leží na pooperačním oddělení, kde není boxový systém. Všichni pacienti leží v jedné místnosti a jsou odděleni pouze plentou.

### ***Vnímání, poznávání***

Nemocná je plně orientována, vyjadřuje se srozumitelně, žádné potíže se smysly nepociťuje, nosí pouze brýle na čtení. Kdy byla naposledy u očního lékaře už si nepamatuje. Novým věcem se snaží vyhýbat. V tomto směru je konzervativní. Co se týče paměti, žádnou změnu v poslední době nezaregistrovala. Rozhoduje se poměrně snadno. Od chvíle, kdy má potíže související s nynějším onemocněním, ji často trápí bolest, na kterou však zabírají naordinovaná analgetika. Svůj nynější stav chápe, přesto se cítí málo informovaná, na svůj zdravotní stav se neustále ptá sestry, lékaře prý nechce „obtěžovat“.

### ***Sebepojetí, sebeúcta***

Byla vždycky zvyklá spoléhat jen sama na sebe. Popsala by se jako samostatná, zodpovědná, skromná. Dokáže se radovat z maličkostí. V žádném ohledu se necítí být handicapovaná. Vše co ji baví (ruční práce, zahrádkaření, houbaření) mohla doposud vykonávat bez problémů. Je zručná, což je vidět z toho, jak vypráví, co za svůj život všechno upletla a vyšíla. Po dobu hospitalizace mívá výkyvy nálad od optimistického pohledu na věc, po pesimistický až depresivní. Co se týče změny vzhledu, pooperační jizva na břicho po horní střední laparotomii ji vůbec netrápí. Nyní má obavy z toho, jak dlouhou dobu bude muset strávit v nemocnici a nenastanou-li nějaké komplikace, které by jí pobyt zde prodloužily. Trápí ji, že nemůže pomáhat dceři s hlídáním malé holčičky. Po celou dobu udržuje oční kontakt, mluví zřetelně, jasně.

### ***Plnění rolí, mezilidské vztahy***

Paní H. K. je vdaná, žije s manželem v jedné domácnosti už 44 let. Vychovala 2 dcery, které jsou nyní dospělé a samy mají již děti. Jedna má syna a dceru na střední škole, ti bydlí přibližně ve vzdálenosti 100 km. Mladší dcera má malou holčičku, kterou paní H. K. pravidelně hlídá, protože její matka se nedávno rozvedla a nyní chodí do práce. Pokud má někdo v rodině nějaké problémy, snaží se o tom spolu mluvit a vzájemně si vypomoci. Rodina je o stavu pacientky informována a často chodí do nemocnice na návštěvu. Pacientka žije společenský život. Chodí s manželem do divadla, na muzikálová představení, je ráda mezi lidmi.

### ***Sexualita, reprodukční schopnost***

Menstruovat začala ve třinácti letech, porodila a vychovala dvě zdravé děti, žádné vážnější gynekologické problémy neměla. Potrat neprodělala. Menopauza probíhala klidně (v 56-ti letech) Na současný sexuální život jsem se neptala, z důvodu struktury oddělení a nedostatku soukromí.

### ***Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance***

Největším stresem pro pacientku byl v poslední době rozvod její mladší dcery. Od té doby se dceři snaží pomáhat jak jen může. Téměř denně ji hlídá malou holčičku. Trápí se tím, že je na to teď sama. Bojí se, že by svou dlouhodobou hospitalizací mohla dceři způsobit potíže. Její největší oporou je pro ni manžel, který za ní denně chodí a zabezpečuje ji, že se o všechno po dobu její nepřítomnosti postará. Kdykoli měli nějaký problém, s manželem to vyřešili. Nikdy neužívala žádné uklidňující prostředky, nekouří, alkohol pije jen zřídka.

### ***Víra, přesvědčení, životní hodnoty***

Je se svým životem spokojená. Nic by na něm neměnila. Na prvním místě je její rodina. Vyměnila by své štěstí za to jejich. Trápí ji, že její mladší dcera nemá perspektivního partnera. Chtěla by častěji vidat svoje vnoučata. Je katolička, v těžkých chvílích se obrací k Bohu, avšak uvažuje

racionálně a věří v moderní medicínu. Po návratu z nemocnice, by chtěla pokračovat ve svém rutinním, ale spokojeném životě.

### **3.4 Ošetrovatelské diagnózy**

#### **Aktuální**

- akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku
- strach, úzkost z důvodu ztráty životní jistoty v souvislosti s operačním výkonem
- neznalost pojmu jako následek nedostatku informací o svém onemocnění
- poruchy soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu pooperační imobilizace na lůžku
- snížená samočisticí schopnost dutiny ústní v důsledku řešení výživy parenterální cestou
- nedostatek aktivity ve volném čase z důvodu nedostatku adekvátních podnětů v nemocnici
- porucha spánkového rytmu z důvodu organizace práce na oddělení
- deficit soukromí z důvodu struktury pooperačního oddělení

#### **Potencionální**

- riziko infekce z důvodu porušené kůže integrity (operační rána, CŽK, PMK)

### **3.5 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče**

Plán je stanoven na 3 dny, byl zformulován 4. den hospitalizace (1. pooperační den) a vyhodnocen 3. pooperační den.

#### **Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku**

##### *Cíl ošetrovatelské péče*

- omezení nebo eliminace bolesti do 30 minut od oznámení



### ***Plán ošetrovatelské péče***

- zjistit charakter bolesti, faktory ovlivňující bolest
- monitorovat u nemocné bolestivé projevy
- ukázat pacientce, že sestra akceptuje její projevy bolesti
- informovat lékaře
- zajistit vhodnou polohu a úpravu lůžka
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- zavést dokumentaci o bolesti (viz přílohy)

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- zjistila jsem u pacientky intenzitu bolesti pomocí škály jedna až deset
- pobídla jsem pacientku, aby se neostýchala říci lékaři u vizity, že má bolesti
- byla zavedena dokumentace o bolesti
- aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře
- pravidelně jsem se ptala nemocné, zda-li trpí bolestí

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- bolest se nepodařilo zcela eliminovat, ale je mírnější (z 6 na 2), ustoupila za 30 min. po podání analgetika
- pacientka aktivně sděluje sestře nástup a intenzitu bolesti, sama informuje lékaře u vizity

## **Strach, úzkost z důvodu ztráty životní jistoty v souvislosti s operačním výkonem**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- strach a úzkost u klientky bude v normě k dané situaci, klientka bude mít dostatek informací

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- zhodnotit situaci (stupeň strachu)
- informovat pacientku o ošetrovatelské péči
- zprostředkovat návštěvu příbuzných
- pozorovat verbální a neverbální projevy klienta
- pozorně naslouchat, projevovat zájem o klientův problém, vytvořit důvěrné prostředí
- vysvětlit důvod zavedení invazivních vstupů
- sledovat základní životní funkce

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- ptala jsem se nemocné, čeho se přesně bojí
- naslouchala jsem klientce, ve volném čase si s ní povídala o situaci doma a hledaly jsme společné řešení
- edukovala jsem manžela, jak je nyní důležité, aby svou paní podpořil
- zajistila jsem dostatek informací

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- pacientka nyní věří, že všechno bude zase dobré, má jen strach, že to bude trvat dlouho

## **Neznalost pojmu jako následek nedostatku informací o svém onemocnění**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- pacientka bude plně informována o svém onemocnění
- bude mít dostatek informací o dodržování životosprávy

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- zhodnotit stupeň informovanosti

- poskytnout informace, které jsou v pravomoci sestry
- kontaktovat lékaře za účelem podání informací pacientce o jejím zdravotním stavu
- informovat klientku o zásadách správné životosprávy
- kontrolovat pochopení a zapamatování podaných informací

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- na základě rozhovoru s nemocnou jsem zhodnotila stupeň informovanosti
- pobízela jsem pacientku, aby se u vizity neostýchala zeptat se lékaře na všechno, co jí zajímá
- při každé příležitosti jsem poučovala pacientku o pravidlech správné životosprávy a opakovanými rozhovory jsem zjišťovala pochopení podaných informací

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- klientka se u vizity aktivně ptá lékaře
- verbalizuje spokojenost s podanými informacemi

## **Poruchy soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu pooperační imobilizace na lůžku**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- klientka s dopomocí sestry zvládne hygienu na lůžku, 3. den bude schopna dojit si s dopomocí k umyvadlu
- bude se cítit svěže
- bude mít pocit příjemného oděru

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- připravit všechny potřebné pomůcky k hygieně k lůžku nemocné
- nacvičit s pacientkou hygienu na lůžku

- zajistit čisté povlečení
- informovat rodinu, aby přinesla hygienické pomůcky, na které je nemocná zvyklá
- péče o permanentní močový katétr
- dbát, aby měla nemocná své osobní věci na dosah ruky
- zajistit kompenzační pomůcky k lůžku (hrazdička, žebříček)

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- poskytla jsem nemocné všechny potřebné pomůcky
- první den jsem předvedla správnou hygienu nemocné, poté jsem pacientku aktivizovala, dohlížela na ni a výjimečně dopomohla
- manžel pacientky přinesl hygienické potřeby
- od prvního pooperačního dne na oddělení docházel rehabilitační pracovník a s pacientkou pravidelně cvičil
- aktivně jsem se ptala, zda nemocná něco nepotřebuje

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- pacientka je aktivní
- nyní si s dopomocí dojde k umyvadlu a zvládne se sama umýt
- vyjadřuje spokojenost s tělesnou čistotou

## **Snížená samočisticí schopnost dutiny ústní v důsledku řešení výživy parenterální cestou**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- pacientka nebude cítit diskomfort v dutině ústní

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- zajistit pomůcky pro zvláštní péči o dutinu ústní (péče o zubní protézu)

- provádět čtyřikrát denně zvláštní péči o dutinu ústní a dále dle potřeby
- poskytnout nemocné sklenici s vodou, aby si mohla vypláchnout ústa
- ošetřovat rty vhodným přípravkem

#### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- prováděla jsem čtyřikrát denně zvláštní péči o dutinu ústní štětičkami napuštěnými borax-glycerinovým olejem
- zvlhčovala jsem nemocné rty a ošetřovala je azulenovou masťou
- pacientka si vyžádala kartáček a sama si čistila jazyk

#### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- pacientka verbalizuje spokojenost s pocitem v dutině ústní

### **Nedostatek aktivity ve volném čase z důvodu nedostatku adekvátních podnětů v nemocnici**

#### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- nemocná se nebude nudit
- bude verbalizovat spokojenost

#### ***Plán ošetrovatelské péče***

- kontaktovat rodinu
- zajistit nějaké časopisy, křížovky
- komunikovat s pacientkou
- pokud to bude možné, uložit nemocnou vedle spolupacientky s podobnou diagnózou

#### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- rodina nemocné se domluvila a vhodně rozložila své návštěvy

- manžel přinesl své paní časopisy a knihu na čtení
- s nemocnou jsem často komunikovala
- fyzioterapeutka naučila nemocnou jednoduché cviky, které by mohla samostatně zkoušet ve svém volném čase

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- pacientka neverbalizuje nudu a potřebu nějakého zaměstnání

## **Porucha spánkového rytmu z důvodu organizace práce na oddělení**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- nemocná bude v noci klidně spát alespoň 6 hodin bez přerušení

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- omezit rušivý hluk na oddělení
- zaměstnat pacientku přes den, kontrolovat, aby nespala
- podávat před spaním léky podle ordinace lékaře
- upravit lůžko nemocné
- vyvětrat box

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- upravila jsem nemocné lůžko a dle potřeby měnila lůžkoviny
- aktivizovala jsem nemocnou přes den
- aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře
- pacientka nebyla buzena před šestou hodinou ranní

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- nemocná v noci spala, dvakrát se sice vzbudila, ale ráno se cítila odpočatá

## **Deficit soukromí z důvodu struktury pooperačního oddělení**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- pacientka bude mít alespoň provizorní soukromí
- bude chápat omezené možnosti oddělení

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- vysvětlit nemocné omezené možnosti oddělení
- zajistit mezi jednotlivými pacienty plentu
- dbát na to, aby byla pacientka při nutných ošetrovatelských intervencích přikryta a pokud to není možné, zajistit, aby momentálně nikdo „neprocházel“ kolem
- předem se s nemocnou domluvit na potenciální přítomnosti studentů u různých ošetrovatelských intervencí

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- zajistila jsem plentu mezi jednotlivými pacienty
- dbala jsem, aby měla nemocná soukromí v případě ošetrovatelské intervence, při které musela být odhalena
- omezila jsem přítomnost nežádoucích osob na minimum

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- pacientka chápe omezené možnosti tohoto oddělení, prozatím je problém vyřešen plentou a dohodnutými pravidly mezi sestrou a nemocnou

## **Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity (operační rána, CŽK, PMK)**

### ***Cíl ošetrovatelské péče***

- operační rána se bude hojit per primam

- pacientka bude bez teploty
- nebude jevit známky infekce
- Kůže a sliznice v okolí vstupů bude bez začervenání a dráždění

### ***Plán ošetrovatelské péče***

- provádět převazy za sterilních podmínek
- monitorovat příznaky infekce
- poučit klientku o zásadách hygienické prevence šíření infekce
- sledovat vzhled rány á 12 h
- pravidelně kontrolovat tělesnou teplotu
- sledovat laboratorní výsledky krve (hladinu bílkovin)
- v případě známek infekce zajistit odběr krve a moče na bakteriologické vyšetření

### ***Realizace ošetrovatelské péče***

- při převazu rány jsem dodržovala podmínky asepsy
- pravidelně jsem kontrolovala vzhled, sekreci a zápach rány
- 3 x denně byla nemocné měřena tělesná teplota a zaznamenána do teplotní tabulky
- byly provedeny kontrolní odběry krve a zjištěny hodnoty bílkovin
- kontrolovala jsem známky infekce a poučila nemocnou, aby nijak nemanipulovala s katétry a v případě potřeby zavolala sestru

### ***Hodnocení ošetrovatelských intervencí***

- operační rána se hojí per primam, je bez větší sekrece a zápachu
- u nemocné se zatím neprojevíly známky infekce, tělesná teplota se pohybuje ve fyziologických hodnotách
- hladina bílkovin v krevní plazmě je stále nižší



## **3.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Některé aktuální ošetrovatelské diagnózy byly vyřešeny, jiné nadále přetrvávají. Se změnou zdravotního stavu nemocné, dojde k některým změnám v terapeutických opatřeních a ošetrovatelských intervencích. Vystanou nové problémy, které bude nutno dále řešit. Úkolem sestry bude nyní pečovat o klientku především v těchto oblastech.

### ***Péče o hygienu***

Nemocná si nyní již zvládne dojít s oporou do koupelny. Plán péče bude spočívat v přípravě pomůcek, doprovodu pacientky, v kontrole a případné pomoci při umývání (pozor na invazivní vstupy). Sestra dle potřeby vymění ložní prádlo (nejméně však jednou denně). Součástí hygieny bude také péče o kůži (promašťovat vhodným přípravkem), vlasy a nehty.

### ***Péče o výživu***

Operační zásah na GIT vyžaduje jeho pomalé zatěžování. Výživa je zatím i nadále řešena parenterální cestou. Pacientka má zavedenou nasogastrickou sondu na spád. Hlavní náplní ošetrovatelského plánu tedy bude aplikace infúzních roztoků dle ordinace lékaře a péče o sondu. Je třeba každé ráno vyměnit fixační náplast, po osmi hodinách měnit polohu sondy jako prevenci dekubitu na nosní sliznici a každých šest hodin sondu proplachovat čajem, k zajištění její stálé průchodnosti. Sestra bude pravidelně zaznamenávat do dokumentace obsah odvedený sondou, průběžně kontrolovat váhu nemocné a případné známky dehydratace (kožní turgor, stav sliznic, ...). S přechodem na enterální výživu, bude nutné zajistit zubní náhradu a domluvit se s nemocnou na jejím ošetřování.

### ***Péče o vyprazdňování***

Pacientka má zaveden permanentní močový katétr. Sestra bude pravidelně kontrolovat jeho průchodnost, sledovat odchod moči (barvu, množství, specifickou hmotnost). Popřípadě zajistí odběry vzorku k laboratornímu vyšetření. Vzhledem k tomu, že výživa je podávána

parenterálně, pacientka ještě nebyla na stolici. Sestra bude sledovat peristaltiku střeva a s postupným zatěžováním gastrointestinálního traktu, bude jejím úkolem monitorovat a zaznamenávat vyprazdňování střeva.

### ***Péče o bolest***

V tomto směru bude hlavní náplní ošetrovatelského plánu podávat analgetika dle ordinace lékaře, zaznamenávat intenzitu bolesti do příslušné dokumentace, sledovat úlevovou polohu klientky, využívat alternativních metod ke zmírnění bolesti (metody dýchání, rozhovor, odvedení pozornosti)

### ***Péče o spánek a odpočinek***

Cílem ošetrovatelské péče bude zajistit nemocné co nejvíce klidu v rámci možností oddělení. Pokud to není bezpodmínečně nutné, nebudit pacientku před sedmou hodinou ranní a eliminovat rušivé faktory jako je bolest, špatně ustlané lůžko, nebo například nedostatek informací. Důležité je také aktivizovat klientku přes den, jako prevenci spánkové inverze.

### ***Další aktivity sestry***

Dalším úkolem sestry bude plnit ordinace lékaře, pravidelně monitorovat fyziologické funkce (tříkrát denně měřit TK, P, D, TT, naměřené hodnoty zapsat do dokumentace), zajistit odběr biologického materiálu, monitorovat výsledky a patologické hodnoty hlásit lékaři. Neméně důležitou součástí ošetrovatelského plánu bude předcházení vzniku infekce adekvátní péčí o invazivní vstupy (pozor na křížení „čisté“ a „špinavé“ cesty – NGS, PMK, CŽK). V neposlední řadě bude sestra pečovat o psychiku nemocné. Ta spočívá v dostatečné informovanosti a zprostředkování kontaktu s rodinou.

## **3.7 Průběh hospitalizace po operaci**

### ***4. den hospitalizace (1. pooperační den)***

Sestra monitorovala fyziologické funkce. Pacientka byla hypotenzní (90/60). Dále sledovala bilanci tekutin. Permanentní močový katetr odváděl čistou moč (2000ml). NGS (1900ml od operace). Dolní končetiny bez známek TEN. CVP +2. Tekutiny a energetické potřeby byly hrazeny

parenterální cestou. Dále byly nemocné podávány analgetika a další medikace dle ordinace lékaře.

#### ***5. den hospitalizace (2. pooperační den)***

Nemocná byla lehce subfebrilní. Krevní tlak se normalizoval. Břicho měla mírně vzedmuté, peristaltika byla slyšitelná. Dieta 0/S. Byla provedena kontrolní vyšetření laboratorních hodnot.

#### ***6. den hospitalizace (3. pooperační den)***

Pravidelně byly měřeny fyziologické funkce a podávána medikace dle ordinace lékaře. NGS odvedla 375 ml obsahu od operace.

#### ***7. den hospitalizace (4. pooperační den)***

Byly provedeny kontrolní odběry krve a moče na biochemické vyšetření. Výsledky byly fyziologické. Pacientka absolvovala interní konzilium a RTG vyšetření srdce a plic. Lékař naordinoval Furosemid 10 mg i.v. dle diurézy. NGS odvedla 450 ml obsahu od operace.

#### ***8. den hospitalizace (5. pooperační den)***

Pacientka byla opět mírně subfebrilní. Ostatní fyziologické funkce byly v normě. Zvládla si již dojít s dopomocí do koupelny.

#### ***9. den hospitalizace (6. pooperační den)***

Byly provedeny další kontrolní odběry krve a výtěr z rektu. Z NGS odteklo 590 ml od operace.

#### ***10. den hospitalizace (7. pooperační den)***

Naordinována byla dieta č. 0 (tekutá) a vytažena NGS. Lékař pacientce předepsal Hylak, 3 x 2 ml p.o. (8 – 16 – 24) k obnově střevní flóry.

#### ***11. den hospitalizace (8. pooperační den)***

Opět byly provedeny kontrolní odběry krve a pacientka byla přeložena na standardní chirurgické oddělení v této nemocnici.

## 3.8 Edukace

Pod pojmem edukace rozumíme výchovu pacienta k samostatnější péči o svůj zdravotní stav. Hlavním cílem je modifikovat pozitivně chování nemocného takovým způsobem, aby byla léčba jeho choroby maximálně úspěšná. Edukace má nezastupitelné místo v léčbě onemocnění. Bylo prokázáno, že kvalitně prováděná komplexní edukace nemocného vede ke zlepšení stavu a je prevencí komplikací. U intervenovaných osob zlepšuje subjektivní pocit kvality života.

Základním předpokladem účinné edukace je dostatečná motivace nemocného. Motivace má složku vnitřní a vnější

- **vnitřní** – vyplývá z osobnostních rysů - vůle něco dosáhnout je podmíněna znalostmi a zkušenostmi nemocného
- **vnější** – odměna, nátlak, hrozba

### **Edukace**

#### ***Základní (počáteční)***

Provádí ošetřující lékař. Seznamuje nemocného s diagnózou, možnostmi léčby, možnými komplikacemi. Smyslem této části edukace je pomoci pacientovi vyrovnat se s chorobou.

#### ***Komplexní (hloubková)***

Formou edukačních kurzů, nemocní si vyměňují zkušenosti pod vedením edukačního týmu

#### ***Reedukace***

Příznivý účinek edukace je pouze tehdy, jeli opakovaná. Reedukace se musí provádět cíleně, co nejčastěji, individuální formou.

### **Fáze edukace**

- **projektování** (co chceme učit, koho se to týká, proč...)

- **realizace** (motivace klienta ke spolupráci, reakce na chyby, modifikace plánu)
- **hodnocení** (posuzujeme pokrok, změny)

### **Faktory ovlivňující edukaci**

- **edukátor** (sestra, její zkušenosti, zodpovědnost, charakter...)
- **edukant** (pacient, jeho stav, motivace se učit...)
- **edukační faktory** (knihy, letáky...)
- **prostředí** ve kterém edukace probíhá

### **Podmínky úspěšné edukace**

- individuální přístup
- opakování informací
- kontrola úrovně znalostí
- srozumitelnost
- jednoduchost

Edukace může být doplněna různými audiovizuálními materiály (letáky, brožury, videonahrávky).

### **3.8.1 Edukace paní H. K.**

Edukace pacientky začala již při přijetí. Lékař naordinoval řadu vyšetření, jejichž nutnost byla nemocné řádně vysvětlena. Pacientka byla poučena, jaká opatření při jednotlivých vyšetřeních je nutno dodržovat. Po stanovení diagnózy, lékař nemocné objasnil příčinu jejích obtíží. Informoval ji o možnostech dalších terapeutických postupů a doporučil operační zákrok. S tím pacientka nejprve nesouhlasila, ale lékař ji vysvětlil nezbytnost tohoto výkonu a jaké mohou nastat komplikace, pokud by toto řešení odmítala. Paní H. K. s operací nakonec souhlasila.

Před operací bylo nemocné naordinováno klyzma, zavedena nasogastrická sonda, dále centrální žilní katétr a permanentní močový katétr.

### ***Aplikace klyzmatu***

Nemocné byl vysvětlen účel a průběh výkonu. Byla pobídnuata, aby si lehla na levý bok s pravou dolní končetinou ohnutou do pravého úhlu, protože tato poloha usnadňuje průtok tekutiny do dalších oddílů střeva. Sestra doporučila pacientce hluboké dýchání nosem a ucítí-li nucení na stolicí, aby to hned nahlásila. Po aplikaci roztoku byla upozorněna, aby se snažila v sobě tekutinu co nejdéle udržet.

### ***Zavedení NSG sondy***

Nemocné byl vysvětlen účel a postup výkonu. Byla uložena do Fowlerovy polohy a vyzvána, aby při zavádění sondy polykala. Byla edukována, aby při jakémkoli nepříjemném pocitu informovala sestru.

### ***Zavedení CŽK***

Opět byl nemocné vysvětlen účel a postup výkonu. Pacientka byla poučena, že výkon samotný nebolí, jen při opichu místa anestetikem ucítí píchnutí a potom tlak. Byla vyzvána, aby pravou ruku držela podél těla a tlačila ji dolů, aby se oddálila klíční kost.

### ***Zavedení PMK***

Nemocná byla uklidněna, že tento výkon nebolí, byla jí vysvětlena poloha na zádech s pokrčenými koleny, sestra slíbila, že bude mít zajištěno soukromí a po té přešla k vysvětlování postupu.

Poté byla nemocné vysvětlena další opatření týkající se předoperační přípravy (hygiena operovaného místa, informace o podávané předoperační terapii, příprava nemocné na návštěvu anesteziologa, odstranění šperků, zubní náhrady, místo, kde se bude operace konat, kdo bude přítomen, jak dlouho bude trvat, co může po operaci očekávat).

Po operaci lékař nemocnou edukoval o průběhu operace, o naordinovaných lécích, jejich účinku, o pooperačním režimu, o dietním opatření. Sestra vysvětlila ošetřovatelské intervence (parenterální aplikaci výživy, převazy invazivních vstupů, podávání inhalace, jak bude provádět

hygienickou péči atd.), seznámila nemocnou se signalizačním zařízením a s ovládáním lůžka.

Součástí edukace bylo vysvětlit nemocné, jak je důležité včasné vstávání z lůžka, správné dýchání a vykašlávání, prevence tromboembolických komplikací.

### ***Správné vstávání z lůžka***

- obrátit se na stranu, pokrčít kolena, přitlačit dlaň ruky na ránu a posadit se

### ***Správném dýchání a vykašlávání***

- nádech nosem, zadržet na okamžik dech, pomalu vydechnout ústy. Při kašli přiložit dlaň ruky na ránu a mírně stlačit

### ***Prevenční tromboembolických komplikací***

- význam bandáží
- ve volném čase provádět jednoduchá cvičení v lůžku (dorzální a plantární flexe, krčit a narovnávat dolní končetiny v kolenou)

Během hospitalizace paní H. K. byli edukováni také příbuzní. Zejména manžel nemocné, kterému byly podány informace týkající se stavu pacientky, dále mu bylo vysvětleno, jak je důležité, aby svou paní podpořil a uklidnil ji, že doma zvládá všechno bez problémů a že je velmi důležité, aby se nyní soustředila jen sama na sebe a na své uzdravení.

### **Návrh dalšího edukačního programu**

Další edukace by měla být soustředěna na režimová opatření, které by pacientka měla dodržovat po propuštění doma.

### ***Výživová doporučení***

Jíst pestrou, rozmanitou stravu s velkým podílem ovoce a zeleniny, vyloučit všechny potraviny, které by mohly způsobit ileózní stav (slupky z ovoce, kořeněná jídla, tuhé maso, nadýmové potraviny, ...), omezit tuky a potraviny bohaté na cholesterol, omezit spotřebu cukrů, méně

solit, orientovat se na ryby a drůbež, dávat přednost výrobkům z celozrnné mouky, jíst v menších dávkách častěji (6 – 7 porcí denně), jíst naposledy 2 hodiny před spaním, nepřejídat se, na každé jídlo mít dostatek času, po jídle krátký odpočinek

Vzhledem k tomu že pacientka byla zvyklá vypít pouze průměrně 1 litr tekutin denně, bude doporučeno dodržování pitného režimu a to zvýšit denní příjem tekutin alespoň na 2 litry denně, nejlépe pít nesycené minerální vody, přírodní ovocné šťávy, džusy nebo čaje.

### ***Nácvik defekačního reflexu***

Každé ráno vypít nalačno sklenici vody, naučit se pravidelně vyprazdňovat.

### ***Dostatek odpočinku a spánku***

Nechodit spát přes den, do postele uléhat jen za účelem spánku, před spaním provětrat a zatemnit místnost, vyvarovat se pití kávy a silného čaje na noc.

### ***Selfmonitoring***

Před propuštěním poučit nemocnou že může dojít k recidivě onemocnění, proto má velký význam tzv, „selfmonitoring“ (sledování samasebe), sledování bolestí břicha, napětí břišní stěny, stolice (barva, zápach, množství, konzistence), zvracení. Vzhledem k tomu, že pacientka vyhledala lékaře až po šesti dnech přetrvávajících příznaků, bude kladen důraz na vysvětlení jak je důležité, aby v případě potíží vyhledala lékaře co nejdříve.

Onemocnění není důvodem, aby se pacientka musela omezovat v některých činnostech, na které byla před hospitalizací zvyklá.

## **3.9 Psychologie**

Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, školy, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Proto každý



člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, v které se právě nachází. Abychom nemocnému dobře porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme ho vidět jako celého člověka: jako organismus a zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Nedbáme-li komplexně o biologickou, společenskou i psychickou stránku nemocného, narušujeme jeho vztah k lékařům, sestřám a k ostatnímu zdravotnickému personálu. Nemocný může mít dojem, že se s ním zachází jako s věcí, bez ohledu na to, co ho trápí a co by si přál, že je se svými starostmi opuštěný a bezbranný. Upadá do deprese nebo je agresivní ke zdravotnickým pracovníkům i ke spolupacientům, ztěžuje a prodlužuje léčeni a zhoršuje práci všech, kteří se podílejí na jeho uzdravení.

Před hospitalizací paní H. K. nikdy vážněji nestonala. Hospitalizována byla jen jednou v dětství, důvodem bylo infekční onemocnění. Vedla aktivní život. Téměř denně pracovala na zahrádce, starala se o svou malou vnučku, tu a tam si vyjeli s manželem za kulturou. Se svým životem byla spokojena a nijak by ho neměnila. Cítila se šťastná, nic ji nechybělo. Kdykoli měla nějaké problémy, snažila se je vyřešit v rodinném kruhu. Manžel je pro ni velkou oporou. Jediný stres, který v poslední době prožívala, byl rozvod její mladší dcery. Nyní se snaží své dceři pomoci. Nabídla se, že ji bude každý den hlídat malou holčičku, aby se mohla vrátit do zaměstnání. Náhlé bolesti a potíže s vyprazdňováním ji velice překvapily. Nepočítala s tím, že by mohla být vážněji nemocná. Dostala strach z možné onkologické diagnózy a bála se jít k lékaři. Příznaky nemoci bagatelizovala.<sup>1</sup> Doufala, že bolest sama ustoupí. Po šesti dnech vyhledala pomoc. V nemocnici byla záhy stanovena diagnóza a nemocná byla indikována k operaci. Paní H. K. o ni nechtěla ani slyšet. Lékař ji vysvětlil, že je to jediné radikální řešení nadešlé situace, pacientka druhý den souhlasila. Po operaci ji pan doktor vysvětlil průběh výkonu, pooperační režim a dal ji prostor pro dotazy. Paní H. K. se ale neptala.

---

<sup>1</sup> Bagatelizace onemocnění – nemocný podceňuje závažnost situace a nejde k lékaři. Nemoc hodnotí: „ono to přejde a bude to dobré“

Později se s otázkami obracela na sestru. Svěřila se, že se bojí, co s ní bude, ptala se, kdy ji pustí domů, stěžovala si na bolesti. Sestra ji odkázala na lékaře. Pacientka se u vizity opět na nic nezeptala. Pravděpodobně ze strachu z odpovědi. Později se svěřila sestře, že nechce pana doktora „obtěžovat“. Ta ji vysvětlila, že lékař je tam pro ni a vizita je také od toho, aby se na něj mohla obrátit se svými dotazy. Po té ji zprostředkovala kontakt s panem doktorem a pobídla ji, ať se nestydí a vše, co jí není jasné si nechá vysvětlit a ať se nebojí říct, pokud něčemu nebude rozumět. Při pozdějším rozhovoru se sestrou si postěžovala, že má divný pocit ze všech těch „hadiček“, že ji děsí občasné pípání přístrojů a že ji možná neříkají pravdu. Měla strach, že její stav je vážnější (dříve lékaři používali tzv. „Bílou lež“: záměrně neříkali nemocnému pravdu, aby ho nevyděsili – lidé při zjištění vážné diagnózy ztráceli naději na uzdravení, čímž se zhoršoval nejen jejich psychický stav, ale také zdravotní). Sestra ji uklidnila, že ty přístroje měří fyziologické funkce a pípáním signalizují sebemenší výkyvy, které ovšem nemusejí znamenat nic patologického. Po té ji vysvětlila účel všech invazivních vstupů a ubezpečila ji, že jsou zavedeny dočasně. 7. pooperační den lékař nemocné naordinoval dietu 0 (tekutá) a zrušení nasogastrické sondy. Psychický stav pacientky se zlepšil. Začala lékařům věřit. Nyní se při rozhovoru usmívá, na nedostatek informací si nestěžuje. Strach ze svého onemocnění již tolik nepocítuje. Věří, že všechno bude zase jako dřív. Chtěla by být do Vánoc doma. Trápí se otázkou, zda dceři nepůsobí svou hospitalizací problémy a zda se její muž dokáže postarat o chod domácnosti. Manžel chodí denně na návštěvu a ubezpečuje ji, že doma všechno zvládá bez větších problémů.

Ze sociálního hlediska není dále nic k řešení. Paní H. K. bydlí se svým manželem, který ji poskytuje výborné zázemí.

## 4 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo komplexní zpracování ošetrovatelské péče u nemocné s diagnózou status ileósus, o kterou jsem pečovala po dobu mé praxe na chirurgické pooperační jednotce v Praze.

Paní H. K. byla akutně přijata na chirurgické oddělení pro úporné bolesti břicha a zástavu odchodu plynů a stolice. Pomoc vyhledala až po šesti dnech přetrvávajících obtíží. Lékař stanovil diagnózu a ihned nemocnou indikoval k operaci. Protože pacientka toto řešení nejdříve odmítala, výkon byl proveden až 3. den hospitalizace. Po operaci byla klientka uložena na chirurgickou pooperační jednotku. 11. den hospitalizace (8. pooperační den byla přeložena na standardní chirurgické oddělení).

Pacientka si přála být do Vánoc doma. To se jí bohužel nepodařilo, avšak díky radikálnímu operačnímu výkonu, je další prognóza příznivá. Při dodržování doporučených režimových opatření, se paní H. K. bude moci po propuštění z nemocnice zanedlouho vrátit ke svému způsobu života, na který byla zvyklá.

## 5 POUŽITÁ LITERATURA

- [ 1 ] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 2001.
- [ 2 ] DOENGES, M., MOORHOUSE, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada publishing, spol. s r. o., 1996. ISBN 80-7169-294-8
- [ 3 ] CHROBÁK, L., a kol.: Propedeutika vnitřního lékařství. Grada. ISBN 80-247-0609-1
- [ 4 ] HYNIE, S.: Farmakologie v kostce. Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1
- [ 5 ] JAROŠOVÁ, D.: Teorie moderního ošetrovatelství. ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2
- [ 6 ] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D.: Ošetrovatelství 2. část. Uherské Hradiště: 1999
- [ 7 ] Kolektiv autorů: Lemon 1. Brno: IDVPZ, 1997. ISBN 80-7013-234-5
- [ 8 ] MIKŠOVÁ, Z., FRONĚKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1442-6
- [ 9 ] ROKYTA, R., a kol.: Fyziologie. ISV nakladatelství 2000. ISBN 80-85866-45-5
- [ 10 ] STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 3 - Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-282-5
- [ 11 ] STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 4 - Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-283-3
- [ 12 ] STAŇKOVÁ, M.: České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6
- [ 13 ] STINGL, J., a kol.: Základy anatomie. Praha: Anatomický ústav Univerzity Karlovy 2001
- [ 14 ] TRACHTOVÁ, E., a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8
- [ 15 ] TROJAN, S., SCHREIBER, M.: Atlas biologie člověka. Scientia, spol. s r.o., ISBN 80-7183-257-X

### **Další zdroje**

- [ 1 ] PHARMINDEX. Medimedia information, spol. s r. o., 2003. ISBN 80-86336-05-0
- [ 2 ] [http:// www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
CVK	centrální venózní katétr
CVP	centrální žilní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
EKG	elektrokardiografické vyšetření
GIT	gastrointestinální trakt
Inj.	injekce
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
NGS	nasogastrická sonda
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
RTG	rentgenologické vyšetření
Tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
VCS	vena cava superior (horní dutá žíla)

## **7 SEZNAM PŘÍLOH**

[ 1 ] Ošetrovatelská anamnéza

[ 2 ] Plán ošetrovatelské péče

[ 3 ] Hodnocení bolesti

[ 4 ] Edukační záznam

## Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace ošetrovatelské péče	Hodnocení ošetrovatelských intervencí
<b>Akutní bolest z důvodu chirurgického zákroku</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>omezení nebo eliminace bolesti do 30 minut od oznámení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zjistit charakter bolesti, faktory ovlivňující bolest</li> <li>monitorovat u nemocné bolestivé projevy</li> <li>ukázat pacientce, že sestra akceptuje její projevy bolesti</li> <li>informovat lékaře</li> <li>zajistit vhodnou polohu a úpravu lůžka</li> <li>aplikovat analgetika dle ordinace lékaře</li> <li>zavést dokumentaci o bolesti (viz přílohy)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zjistila jsem u pacientky intenzitu bolesti pomocí škály jedna až deset</li> <li>pobídla jsem pacientku, aby se neostýchala říci lékaři u vizity, že má bolesti</li> <li>byla zavedena dokumentace o bolesti</li> <li>aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře</li> <li>pravidelně jsem se ptala nemocné, zda-li trpí bolestí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>bolest se nepodařilo zcela eliminovat, ale je mírnější (z 5 na 2), ustoupila za 30 min. po podání analgetika</li> <li>pacientka aktivně sděluje sestře nástup a intenzitu bolesti, sama informuje lékaře u vizity</li> </ul>

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<p><b>Strach, úzkost z důvodu ztráty životní jistoty v souvislosti s operačním výkonem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strach a úzkost u klientky bude v normě k dané situaci, klientka bude mít dostatek informací.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhodnotit situaci (stupeň strachu)</li> <li>• informovat pacientku o ošetrovatelské péči</li> <li>• zprostředkovat návštěvu příbuzných</li> <li>• pozorovat verbální a neverbální projevy klienta</li> <li>• pozorně naslouchat, projevovat zájem o klientův problém, vytvořit důvěrné prostředí</li> <li>• vysvětlit důvod zavedení invazivních vstupů</li> <li>• sledovat základní životní funkce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ptala jsem se nemocné, čeho se přesně bojí</li> <li>• naslouchala jsem klientce, ve volném čase si s ní povídala o situaci doma a hledaly jsme společné řešení</li> <li>• edukovala jsem manžela, jak je nyní důležité, aby svou paní podpořil</li> <li>• zajistila jsem dostatek informací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka nyní věří, že všechno bude zase dobré, má jen strach, že to bude trvat dlouho</li> </ul>



<b>Ošetřovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetřovatelské péče</b>	<b>Plán ošetřovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetřovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetřovatelských intervencí</b>
<p><b>Neznalost pojmu jako následek nedostatku informací o svém onemocnění</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka bude plně informována o svém onemocnění</li> <li>• bude mít dostatek informací o dodržování životosprávy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhodnotit stupeň informovanosti</li> <li>• poskytnout informace, které jsou v pravomoci sestry</li> <li>• kontaktovat lékaře za účelem podání informací pacientce o jejím zdravotním stavu</li> <li>• informovat klientku o zásadách správné životosprávy</li> <li>• kontrolovat pochopení a zapamatování podaných informací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• na základě rozhovoru s nemocnou jsem zhodnotila stupeň informovanosti</li> <li>• pobízela jsem pacientku, aby se u vizity neostýchala zeptat se lékaře na všechno, co jí zajímá</li> <li>• při každé příležitosti jsem poučovala pacientku o pravidlech správné životosprávy a opakovanými rozhovory jsem zjišťovala pochopení podaných informací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klientka se u vizity aktivně ptá lékaře</li> <li>• verbalizuje spokojenost s podanými informacemi</li> </ul>

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<p><b>Poruchy soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu pooperační imobilizace na lůžku</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klientka s dopomocí sestry zvládne hygienu na lůžku, 3. den bude schopna dojít si s dopomocí k umyvadlu</li> <li>• bude se cítit svěže</li> <li>• bude mít pocit příjemného oděru</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• připravit všechny potřebné pomůcky k hygieně k lůžku nemocné</li> <li>• nacvičit s pacientkou hygienu na lůžku</li> <li>• zajistit čisté povlečení</li> <li>• informovat rodinu, aby přinesla hygienické pomůcky, na které je nemocná zvyklá</li> <li>• péče o permanentní močový katetr</li> <li>• dbát, aby měla nemocná své osobní věci na dosah ruky</li> <li>• zajistit kompenzační pomůcky k lůžku (hrazdička, žebříček)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytla jsem nemocné všechny potřebné pomůcky</li> <li>• první den jsem předvedla správnou hygienu nemocné, poté jsem pacientku aktivizovala, dohlížela na ni a výjimečně dopomohla</li> <li>• manžel pacientky přinesl hyg. potřeby</li> <li>• od prvního pooperačního dne na oddělení docházel rehabilitační pracovník a s pacientkou pravidelně cvičil</li> <li>• aktivně jsem se ptala, zda nemocná něco nepotřebuje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka je aktivní</li> <li>• nyní si s dopomocí dojde k umyvadlu a zvládne se sama umýt</li> <li>• vyjadřuje spokojenost s tělesnou čistotou</li> </ul>

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<b>Snížená samočisticí schopnost dutiny ústní v důsledku řešení výživy parenterální cestou</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka nebude cítit diskomfort v dutině ústní</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajistit pomůcky pro zvláštní péči o dutinu ústní (péče o zubní protézu)</li> <li>• provádět čtyřikrát denně zvláštní péči o dutinu ústní a dále dle potřeby</li> <li>• poskytnout nemocné sklenici s vodou, aby si mohla vypláchnout ústa</li> <li>• ošetřovat rty vhodným přípravkem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prováděla jsem čtyřikrát denně zvláštní péči o dutinu ústní štětičkami napuštěnými borax-glycerinovým olejem</li> <li>• zvlhčovala jsem nemocné rty a ošetřovala je azulenovou masťou</li> <li>• pacientka si vyžádala kartáček a sama si čistila jazyk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka verbalizuje spokojenost s pocitem v dutině ústní</li> </ul>



<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<p><b>Nedostatek aktivity ve volném čase z důvodu nedostatku adekvátních podnětů v nemocnici</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nemocná se nebude nudit</li> <li>• bude verbalizovat spokojenost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kontaktovat rodinu</li> <li>• zajistit nějaké časopisy, křížovky</li> <li>• komunikovat s pacientkou</li> <li>• pokud to bude možné, uložit nemocnou vedle spolupacientky s podobnou diagnózou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rodina nemocné se domluvila a vhodně rozložila své návštěvy</li> <li>• manžel přinesl své paní časopisy a knihu na čtení</li> <li>• s nemocnou jsem často komunikovala</li> <li>• fyzioterapeutka naučila nemocnou jednoduché cviky, které by mohla samostatně zkoušet ve svém volném čase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka neverbalizuje nudu a potřebu nějakého zaměstnání</li> </ul>

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<b>Porucha spánkového rytmu z důvodu organizace práce na oddělení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nemocná bude v noci klidně spát alespoň 6 hodin bez přerušení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• omezit rušivý hluk na oddělení</li> <li>• zaměstnat pacientku přes den, kontrolovat, aby nespala</li> <li>• podávat před spaním léky podle ordinace lékaře</li> <li>• upravit lůžko nemocné</li> <li>• vyvětrat box</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• upravila jsem nemocné lůžko a dle potřeby změnila lůžkoviny</li> <li>• aktivizovala jsem nemocnou přes den</li> <li>• aplikovala jsem analgetika dle ordinace lékaře</li> <li>• pacientka nebyla buzena před šestou hodinou ránní</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nemocná v noci spala, dvakrát se sice vzbudila, ale ráno se cítila odpočatá</li> </ul>

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl ošetrovatelské péče</b>	<b>Plán ošetrovatelské péče</b>	<b>Realizace ošetrovatelské péče</b>	<b>Hodnocení ošetrovatelských intervencí</b>
<b>Deficit soukromí z důvodu struktury pooperačního oddělení</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka bude mít alespoň provizorní soukromí</li> <li>• bude chápat omezené možnosti oddělení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vysvětlit nemocné omezené možnosti oddělení</li> <li>• zajistit mezi jednotlivými pacienty plentu</li> <li>• dbát na to, aby byla pacientka při nutných ošetrovatelských intervencích přikryta a pokud to není možné, zajistit, aby momentálně nikdo „neprocházel“ kolem</li> <li>• předem se s nemocnou domluvit na potenciální přítomnosti studentů u různých ošetrovatel. intervencí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajistila jsem plentu mezi jednotlivými pacienty</li> <li>• dbala jsem, aby měla nemocná soukromí v případě ošetrovatelské intervence, při které nemocná musela být odhalena</li> <li>• omezila jsem přítomnost nežádoucích osob na minimum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientka chápe omezené možnosti tohoto oddělení, prozatím je problém vyřešen plentou a dohodnutými pravidly mezi sestrou a nemocnou</li> </ul>

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace ošetrovatelské péče	Hodnocení ošetrovatelských intervencí
<b>Riziko infekce z důvodu porušené kožní integrity (operační rána, CŽK, PMK)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• operační rána se bude hojit per primam</li> <li>• pacientka bude bez teploty</li> <li>• nebude jevit známky infekce</li> <li>• Kůže a sliznice v okolí vstupů bude bez začervení a dráždění</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• provádět převazy za sterilních podmínek</li> <li>• monitorovat příznaky infekce</li> <li>• poučit klientku o zásadách hygienické prevence šíření infekce</li> <li>• sledovat vzhled rány á 12 h</li> <li>• pravidelně kontrolovat tělesnou teplotu</li> <li>• sledovat laboratorní výsledky krve (hladinu bílkovin)</li> <li>• v případě známek infekce zajistit odběr krve a moče na bakteriologické vyšetření</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• při převazu rány jsem dodržovala podmínky asepsy</li> <li>• pravidelně jsem kontrolovala vzhled, sekreci a zápach rány</li> <li>• 3 x denně byla nemocná měřena tělesná teplota a zaznamenána do teplotní tabulky</li> <li>• byly provedeny kontrolní odběry krve a zjištěny hodnoty bílkovin</li> <li>• kontrolovala jsem známky infekce a poučila nemocnou, aby nijak nemanipulovala s katétry a v případě potřeby zavolala sestru</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• operační rána se hojí per primam, je bez větší sekrece a zápachu</li> <li>• u nemocné se zatím neprojevily známky infekce, tělesná teplota se pohybuje ve fyziologických hodnotách</li> <li>• hladina bílkovin v krevní plazmě je stále nižší</li> </ul>



