

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

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

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

---

**Bakalářské studium ošetřovatelství**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetřovatelská kazuistika u pacientky po chirurgické korekci čelistní anomálie  
prognátního charakteru**

**The nursing case study of the patient after the surgery correction of the gnathic  
anomaly of prognathic character**

**2006/2007**

**Růžena Houžvičková Zvelebilová**

**Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková**

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>4</b>
2.1	ČELISTNÍ ANOMÁLIE.....	4
2.1.1	Angleova klasifikace mezičelistních anomálií.....	4
2.1.2	Etiologie čelistních anomálií.....	4
2.1.3	Vlivy čelistních anomálií.....	5
2.1.4	Diagnostika a terapie čelistních anomálií.....	6
2.1.5	Anomálie prognátního charakteru.....	7
2.1.6	Jiné nejčastější čelistní anomálie.....	7
2.1.7	Edukace v rámci léčebného plánu čelistních anomálie.....	8
2.1.8	Prevence.....	8
2.1.9	Prognóza.....	8
2.1.10	Ošetrovatelská péče.....	9
2.2	ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA.....	10
2.3	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY.....	11
2.3.1	Lékařská anamnéza.....	11
2.3.2	Lékařské diagnózy.....	12
2.4	PŘEHLED DIAGNOSTICKÉ PÉČE.....	12
2.5	PŘEHLED TERAPEUTICKÉ PÉČE.....	16
2.6	PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	19
<b>3</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b> .....	<b>20</b>
3.1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU.....	20
3.1.1	Subjektivní pohled pacientky na hospitalizaci.....	20
3.1.2	Úvodní hodnocení pacientky sestrou.....	20
3.1.3	Základní biologické potřeby.....	21
3.1.4	Psychosociální potřeby.....	26
3.1.5	Spirituální potřeby.....	27
3.2	PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	28
3.3	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	29
3.4	EDUKACE.....	43
3.5	OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA.....	44
<b>4</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>47</b>

# 1 Úvod

Pro svou závěrečnou bakalářskou práci jsem si vybrala zpracování ošetrovatelské kazuistiky u čtrnáctileté pacientky po chirurgické korekci čelistní anomálie prognátního charakteru, která byla hospitalizována společně s matkou z důvodu kongenitální sluchové vady. Pro pacientku bylo velmi výhodné využít i spolupráce matky – přakladatelky do znakové řeči.

Zpracování ošetrovatelské kazuistiky jsem si zvolila v souvislosti se svým pracovištěm – maxilofaciálním oddělením dětské stomatologické kliniky. Mé rozhodnutí věnovat se problematice čelistních anomálií vyplynulo ze skutečnosti, že na našem pracovišti, maxilofaciální chirurgie, jsou tyto vady řešeny poměrně často – 50 čelistních operací ročně, z toho 95% čelistních anomálií představují vrozené vady a 5% získané vady (posttraumatické změny) [6]. Ošetrovatelská péče o pacienty po korekčních operacích čelistních anomálií se mi jeví jako velmi zajímavá, a to z celkového pohledu biopsychosociálního. Vypořádat se při léčbě s psychosociálními problémy není rozhodně o nic jednodušší než řešení určitých somatických problémů [3].

Prof. MUDr. František Burian (1881-1965), zakladatel plastické a rekonstrukční chirurgie zdůrazňoval, že vývojové anomálie, i když někdy nenarušují fyzický stav a normální funkce, je nutno chápat jako vážné onemocnění, postihující vždy ve větší či menší míře osobnost pacienta, jeho psychický stav, vztah k okolí a ke společnosti [7]. Domnívám se, že v době 21. století důraz na psychosociální stránku osobnosti při léčbě čelistních anomálií platí obzvláště, neboť mediální tlak na fyzickou krásu je stále více propagován a ve spojení s dalšími faktory zevního a vnitřního prostředí se podílí na výsledném projevu osobnosti člověka. V naší kultuře je obličej nejexponovanější částí těla; spolu s rukama je jedinou oblastí, která zůstává nezahalena (ruce se přitom mohou schovat v rukavicích) [11].

Problematikou vývojových čelistních anomálií se zabývá především obor ortodontie. Ortodontie anomálie studuje, vyhledává, léčí a předchází jejich vzniku. V případě chirurgické terapie čelistních anomálií, odesílá ortodontista pacienty individuálně s dokumentací na maxilofaciální chirurgii stomatologické kliniky nebo na kliniku ústní, obličejové a čelistní chirurgie. Společným cílem léčebných postupů je dosažení uspokojivého funkčního výsledku a vyhovující estetiky obličeje [1].

Cílem mé práce je nastínit problematiku ošetrovatelské péče při léčbě čelistních anomálií invazivní cestou, a to z celostního (holistického) pohledu na člověka.

## 2 Klinická část

### 2.1 Čelistní anomálie

Anomálie čelistí se vyskytují v nejrozmanitějších formách. Některé se jen nepatrně odchylují od normálu, jiné naopak výrazně mění vzhled obličeje a vedou k těžkým funkčním poruchám. Postižena bývá čelist horní nebo dolní, anebo je anomálie bimaxilární. [13]

#### 2.1.1 Angleova klasifikace mezičelistních anomálií

Angleův klasifikační systém je založen na vztahu dolní čelisti k čelisti horní. Vzájemná poloha čelistí je vyjádřena postavením prvních stálých molárů. Podle Angleovy klasifikace se anomálie dělí do tří skupin, viz Příloha č. 1:

- I. třída – normookluze (normální vzájemné postavení obou čelistí, kdy mesiobukální hrbolek 1. horního moláru zapadá v okluzi do příčné mezihrbolkové rýhy 1. dolního moláru);
- II. třída – distookluze nebo retrookluze (dolní čelist je vzhledem k horní uložena více vzadu než u normookluze, distookluze se rozděluje na 2. oddělení: distookluze spojená s protruzí horních řezáků a distookluze spojená s retruzí horních řezáků);
- III. třída – meziookluze (dolní čelist je vzhledem k horní uložena více vpředu než u normookluze).

U složitějších skeletálních anomálií obvykle nevystačíme s Angleovou klasifikací a je nutné ji doplnit analýzou telerengenového snímku lbi, viz Příloha č. 2. [8]

#### 2.1.2 Etiologie čelistních anomálií

Konečný tvar a struktura čelistí jsou výsledkem interakce genetického základu s vlivy vnitřního a zevního prostředí.

Obecně lze příčiny mezičelistních anomálií rozdělit na endogenní nebo exogenní.

- Endogenní příčiny:
  - genetická dispozice;
  - mutagenní a teratogenní vlivy během intrauterinního vývoje (infekce matky, ionizující záření, cigaretový dým);
  - endokrinní poruchy;
  - porucha metabolismu.

- Exogenní příčiny:
  - poruchy nosního dýchání (ústní dýchání vede k hypotonii rtů, čímž odpadá přirozený tlak mimických svalů ve frontálním úseku a dochází k protruzi zubů i alveolárních výběžků);
  - zlovyky a parafunkce (dumlání prstů, nakusování jazyka, vkládání dolního rtu pod horní řezáky, vystrkování jazyka mezi zubní řady);
  - makroglosie;
  - úrazy v dětství;
  - radiační záření. [5, 8]

### 2.1.3 Vlivy čelistních anomálií

Čelistní anomálie mohou způsobovat poruchy funkce nebo mohou mít vliv na vznik chorob chrupu, parodontu, sliznice úst a horních dýchacích cest.

- Funkční poruchy:
  - dysfunkce obličejového svalstva;
  - artropatie čelistního kloubu;
  - porucha výslovnosti.
- Onemocnění chrupu, parodontu, sliznice úst a horních dýchacích cest:
  - nesprávné postavení zubů (protruze, retruze, inklinace, rotace, stěsnání);
  - parodontopatie;
  - zubní kaz;
  - adenoidní vegetace, nosní polypy, deviace nosní přepážky. [5, 8]

K neméně významným vlivům je nutné přiřadit vliv čelistních anomálií na celkové vnímání sama sebe, neboť při rozhodování jedince k léčbě čelistních anomálií se jako jeden z hlavních rozhodovacích důvodů udává aspekt psychosociální, zvláště potom u žen a introvertů. [6,7]

## 2.1.4 Diagnostika a terapie čelistních anomálií

Diagnostické vyšetření vychází z analýzy dentofaciální anomálie a skládá se z mnoha selektivních výkonů. Po jejich komplexním posouzení se určuje diagnóza. Terapeutický plán stanoví cíl léčby, léčebnou mechaniku a časový sled jednotlivých etap.

### *Diagnostická vyšetření:*

- anamnéza;
- stanovení skeletálního věku podle Björka (stupeň skeletálního vývoje rozhoduje o stanovení vhodného věku k chirurgické úpravě těžších čelistních anomálií)
- Vyšetření orofaciální soustavy (chrup, skelet a měkké tkáně);
- funkční analýza (tonus obličejového svalstva, způsob polykání, ústní dýchání, funkce jazyka, funkce temporomandibulárního kloubu aj.);
- rtg vyšetření (ortopantomogram, telerengenogram, intraorální snímky a jiné projekce);
- fotografická dokumentace chrupu a obličeje;
- analýza sádrových modelů chrupu. [8, 9]

### *Terapie čelistních anomálií:*

- ortodontická terapie (snímací přístroje, fixní přístroje, extrakční terapie);
- ortodonticko-chirurgická terapie (např. kortikotomie alveolárního výběžku horní čelisti);
- chirurgicko-protetická léčba (extrakce zubů, egalizace alveolárního výběžku a náhrada dentálními protézami);
- chirurgická terapie (nejčastějším typem korekčního výkonu na horní čelisti je maxilotomie v linii zlomeniny typu Le Fort I, na dolní čelisti sagitální osteotomie větví mandibuly). [1, 8, 9]

Součástí chirurgické terapie čelistních anomálií je stabilizace a fixace uvolněných čelistních segmentů v nových polohách a vztazích k okolním tkáním. V současné době se pro zafixování nové polohy maxily a mandibuly používá rigidní interní fixace pomocí titanových destiček se šrouby typu mini-plate. Po dobu hojení může mít pacient intermaxilární fixaci drátěnými dlahami podle Sauera, viz Příloha č. 3, nebo pomocí ortodontických fixních aparátů. [1, 9]

### 2.1.5 Anomálie prognátního charakteru

- Klinická symptomatologie

Prognatie, která se také nazývá prognathia maxillaris, se vyskytuje mezi čelistními anomáliemi nejčastěji. Vyznačuje se vyklenutím horní čelisti, dásňového výběžku a horních frontálních zubů dopředu (postavení a sklon zubů bývají rozdílné); horní ret bývá zkrácený a atrofický, nestačí přikrýt vyčnívající zuby, dolní ret je vtažen. Profil pacienta bývá konvexní, viz Příloha č. 2, někdy s ustupující bradou. Často je vyznačena mentolabiální rýha. Tyto změny jsou zvláště výrazné, jestliže vada tkví i v dolní čelisti (mikrogenie, retropozice mandibuly).

Anomálie prognátního charakteru se mohou vyskytovat při normálních okluzních vztazích molárů, tedy v I. třídě podle Anglea (bimaxilární prognatie – charakteristický znak, který lze pozorovat u černochoů a míšenců), avšak největší počet prognatií tvoří distookluze nebo retrookluze označované v klasifikaci Angleově jako II. třída, 1. oddělní.

- Terapie

Terapie prognatie se řídí její formou. Provádějí se operace na horní čelisti – viz Příloha č. 4, mnoho postižených lze úspěšně léčit v období růstu ortodontickými metodami, příp. ortodonticko-chirurgickými postupy. [8, 9, 14]

### 2.1.6 Jiné nejčastější čelistní anomálie

*Progenie* – zvětšení celé dolní čelisti.

*Pseudoprogenie* (zdánlivá progenie) – je způsobena zmenšením horní čelisti při normálním vývoji čelisti dolní, častá je u rozštěpových vad, nebo je traumatického původu.

*Mordex apertus* (otevřený skus) – podstatou anomálie je vertikální mezera mezi horními a dolními frontálními zuby. [8]



### **2.1.7 Edukace v rámci léčebného plánu čelistních anomálií**

Výsledný efekt léčebných způsobů čelistních anomálií je podmíněn spoluprací pacienta a dodržováním léčebného režimu. K tomu aby mohla nastat spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým týmem, je zapotřebí seznámit pacienta s jednotlivými kroky navrhované terapie. V případě chirurgické korekce se pacient na základě získaných informací od ortodontisty a chirurga rozhoduje pro invazivní výkon, který je nezvratný. Je důležité upozornit pacienta na to, že jeho rozhodnutí v dané chvíli musí být jednoznačné. Lékař pacienta podrobně seznámí s léčebným plánem a s časovým harmonogramem. Časový harmonogram by měl obsahovat dobu předoperační ortodontické přípravy, dobu hospitalizace, bezprostřední pooperační období, dobu možné intermaxilární fixace, období doléčování - ortodontické léčení, logopedické cvičení, rehabilitace funkce, odstraňování zlozvyků a následnou dispenzarizaci. Lékař musí pacienta seznámit s případnými negativními důsledky a komplikacemi léčení. [1]

### **2.1.8 Prevence**

Vzhledem k tomu, že na vývoji čelistních anomálií se podílí řada faktorů, jako jsou vlivy genetické a příčiny působící prenatálně a postnatálně, které se mohou vzájemně kombinovat, je základem primární prevence péče o zdravý vývoj dítěte. Prenatální prevence je záležitostí poraden pro těhotné ženy. Na postnatální prevenci se podílí pediatr a později stomatolog.

Je ale mnoho čelistních anomálií, u nichž jsou preventivní zásahy neúčinné či nemožné. Obzvláště u čelistních anomálií neznámé etiologie. [10]

### **2.1.9 Prognóza**

Důležitou součástí ortodonticko-chirurgické terapie je období retence. Cílem retence je stabilizace nového mezičelistního vztahu, přizpůsobení celého nervově svalového aparátu nové poloze a tím zabránění recidivy. Recidivou se v tomto případě označují změny v operačním nastavení polohy a tvaru čelistí, které vznikají buď v období mezičelistní fixace, anebo po zhojení kostní rány. Úplný návrat k původnímu stavu před operací je výjimečný. Ke vzniku recidiv dochází nejčastěji v důsledku nevyhovující okluze, nestabilní artikulace, nedostatečného srůstu v místě osteotomie, nebo změnou působení svalů.

Prevence recidiv po strance ortognátní terapie (ortodontická příprava, typ operace, ortodontická pooperační léčba) patří do kompetence ortodontisty a chirurga.

Prevence ze strany pacienta spočívá v dodržování léčebného režimu, zvláště potom v pravidelných kontrolách na stomatologickém pracovišti. Zpočátku je pacient zván ke kontrolám jednou týdně, později, při dobrém průběhu hojení, se tento interval prodlužuje. V rámci ambulantní péče stomatochirurg hodnotí mezičelistní znehybnění, ruší intermaxilární fixaci včetně dentálních dlah, zpravidla po 6-8 týdnech, navrhuje další léčebná opatření (např. gumové tahy, při ztíženém otvírání úst fyzioterapii), případně léčí přidružená onemocnění parodontu. V závěru pooperačního období lékař dokumentuje dosažený výsledek korekční operace čelistní anomálie (otisky chrupu, fotografie obličeje, rtg dokumentace aj.), a dále pokračuje v retenční terapii ve spolupráci s ortodontistou.

K dalším prvkům prevence recidiv patří rehabilitační a logopedické cviky pro odstranění různých zlovyků, nesprávného typu polykání a jiných parafunkcí jazyka.

Pacient musí být v dispenzární péči chirurga a ortodontisty minimálně po dobu dvou let.

[1, 5, 6]

### **2.1.10 Ošetřovatelská péče**

Ošetřovatelská péče v rámci chirurgické korekce obličejového skeletu spočívá v předoperační a pooperační péči. Součástí předoperační péče ale i pooperační péče je nezbytné zaměření na biopsychosociální složku pacienta, která povede k celkovému pozitivnímu ladění jeho osoby v průběhu celého léčebného plánu a zároveň bude pacienta motivovat ke spolupráci na společném léčebném cíli, a tím je dosažení uspokojivého funkčního výsledku a esteticky harmonického obličeje. Sestra se podílí na zajištění pediatrického či interního vyšetření pacienta a dle ordinací lékaře na medikamentózní či jiné předoperační přípravě. V pooperační péči se sestra zaměřuje na saturaci základních potřeb pacienta plynoucí z povahy operačního výkonu a společně s ošetřujícím lékařem se účastní ošetření operační rány v oblasti orofaciální.

V terapii čelistních anomálií je v popředí péče o ránu a hygienu dutiny ústní, a to ve zvýšené formě u pacientů s mezičelistními vazbami a dlahami, kdy má pacient znehybněny čelisti drátěnými nebo gumovými vazbami zcela znemožňujícími jakékoliv pootevření či pohyb.

## 2.2 Základní identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení	K. M.
Oslovení	Týno
Rodné číslo	92 56 29/
Věk	14 let
Vyznání	bez náboženského vyznání
Adresa	Praha 3
Pojišťovna	VZP
Povolání	žákyně
Vzdělání	žákyně 7. ročníku ZŠ pro sluchově postižené
Osoby, které lze kontaktovat	matka P.M.,otec R.M.
Datum přijetí:	15.11.2006
Datum propuštění:	24.11.2006
Hlavní důvod přijetí:	pacientka přijata k plánované korekční operaci prognathie

Týnu jsem ošetřovala od 15.11. do 19.11.2006.

## 2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy

### 2.3.1 Lékařská anamnéza

- **Osobní anamnéza**

Z 1. rizikového těhotenství, dle údajů matky od šestého měsíce pro bolesti v zádech, průběh těhotenství bez komplikací, porod v termínu (3050 g/50 cm), spontánní, záhlavím, poporodní adaptace v normě (nekříšena). Očkování řádné dle harmonogramu, TAT 21.9. 2006.

Dětské infekční choroby: varicella; operace: 2001 – pro strabismus levého oka; úrazy: 2002 – zlomená noha; hospitalizace: 11/2005 – meningoencephalitis; stavy bezvědomí: v dětství do 10 let věku při epileptickém záchvatu krátkodobá ztráta vědomí, 4 roky je již bez antiepileptické léčby.

Opakované úrazy zubů: 2001 – fraktura korunky 11, nepřímé překrytí, dostavba; 2002 – subluxace 12, 11, 21, 32, fixační pryskyřicová dlaha na horní čelist.

Opakované kontroly vitality zubů horní čelisti: 2004 – ztráta vitality 11, opakovaně plněno Ca(OH)<sub>2</sub>; 2006 – preventivní prohlídka.

Dispenzarizována na neurologii, ORL, na ortodoncii stomatologické kliniky FNKV.

- **Farmakologická anamnéza**

Bez trvalé medikace.

- **Rodinná anamnéza**

Matka migrény, otec po mozkové mrtvici.

- **Alergická anamnéza**

Neudána žádná alergie.

- **Nynější onemocnění**

Pacientka přijata ke korekční operaci prognathie (maxillectomie v linii Le Fort I. a extrakce zubů 14, 24) v celkové anestezii. Matka poučena o charakteru výkonu a pooperační péči, o možných rizicích spojených s výkonem, dále edukována o intermaxilární fixaci. Kompletní předoperační vyšetření, RTG, modelová operace a fotodokumentace k dispozici.

### 2.3.2 Lékařské diagnózy

- Hlavní diagnóza: Prognathia maxillae
- Vedlejší diagnózy:
  - DMO (dětská mozková obrna)
  - LMD (lehká mozková dysfunkce)
  - Surditas totalis bilateralis
  - Strabismus levého oka – stp. operaci
  - Stp. meningoencephalitis
  - Epilepsie (t.č. kompenzována, bez léčby)

### 2.4 Přehled diagnostické péče

- **Stav při přijetí**

*Hlava:* mesocephalická, pokleповě nebolestivá, výstupy n. V nebolestivé, inervace n. VII symetrická.

*Oči:* oční štěrbinu symetrické, bulby volně pohyblivé všemi směry, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, reagují na osvit.

*Nos a uši:* bez exudace, na pravém uchu sluchadlo.

*Intraorálně:* chrup stálý, sanovaný, sliznice bez patologických eflorescencí, vlhká, růžová, vývody velkých slinných žláz bez známek zánětu, slina čirá, jazyk fyziologicky povleklý, plazí ve střední čáře, tonsily, hrdlo klidné, patrové obloky symetrické, uvula neuchyluje od střední čáry, otvírání úst volné, nebolestivé, neomezené, kloubní hlavice jeví souhyb, dolní čelist neuchyluje od střední čáry.

*Krk:* uzliny submandibulární, submentální, podél kývačů nehmatné, nebolestivé, štítná žláza nehmatná, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil přiměřená.

*Hrudník a břicho:* orientačně bez patologického nálezu.

- **Fyziologické funkce**

**Krevní tlak**

*Při příjmu:* 120/80 mm/Hg.

*0. pooperační den:* při předání z operačního sálu v 10.40 hodin hodnoty krevního tlaku 126/80 mm/Hg; dále tlak sledován kontinuálně á 15 min. do stabilizace stavu, hodnoty tlaku fyziologické; od 15.00 hodin dle ošetřujícího lékaře tlak sledován á 1 hodinu, hodnoty tlaku fyziologické.

*1. pooperační den:* tlak sledován á 1 hodinu, hodnoty tlaku fyziologické.

*2. pooperační den a další pooperační den:* tlak sledován 3x denně, hodnoty tlaku fyziologické.

**Puls**

*Při příjmu:* 80/min.

*0. pooperační den:* při předání z operačního sálu v 10.40 hodin hodnoty pulsu 106/ min; dále puls sledován kontinuálně á 15 min. do stabilizace stavu, hodnoty pulsu fyziologické; od 15.00 hodin dle ošetřujícího lékaře puls sledován á 1 hodinu.

*1. pooperační den:* puls sledován á 1 hodinu, hodnoty pulsu fyziologické.

*2. pooperační den a další pooperační den:* puls sledován 3x denně, hodnoty pulsu fyziologické.

**Dechová frekvence**

*Při příjmu:* 21/min.

*0. pooperační den:* při předání z operačního sálu v 10.40 hodin hodnoty dechové frekvence 17/min; dále dechová frekvence sledována á 15 min. do stabilizace stavu, hodnoty dechu fyziologické.

**Saturace O<sub>2</sub>**

*0. pooperační den:* při předání z operačního sálu dýchání spontánní, schopná odkašlávat, saturace O<sub>2</sub> 97%; dále saturace sledována kontinuálně á 15 min do stabilizace stavu, hodnoty saturace fyziologické.

**Tělesná teplota**

*V den příjmu:* v 11.00 hodin 37,2 °C; v 17.00 hodin 37,1°C.

*0. pooperační den:* v 06.00 hodin 36,3°C; v 11.00 hodin tělesná teplota 37,2°C; v 17.00 hodin 37,8°C.

*1. pooperační den :* v 06.00 hodin 37,4°C; v 11.00 hodin 37,2°C; v 17.00 hodin 37,4°C.

2. *pooperační den*: v 06.00 hodin 36,9°C; v 11.00 hodin 37,0°C; v 17.00 hodin 37,2°C.

3. *pooperační den*: tělesná teplota je sledována 3x denně, naměřené hodnoty se pohybují ve fyziologickém rozmezí.

- **Tělesná hmotnost a výška**

- Výška

*Při příjmu*: 163 cm

- Tělesná hmotnost

*Při příjmu*: 56 kg

3. *pooperační den*: 55 kg

- Střední obvod nedominantní paže

*Při příjmu*: 24,5 cm

- **Laboratorní předoperační vyšetření**

**Vyšetření krve**

- Biochemická vyšetření

Hodnoty *elektrolytů* (Na, K, Cl), *enzymů* (AST, ALT, GMT, AMS), *substrátů* (urea, kreatinin, kyselina močová) a *celkové bílkoviny* v referenčním rozmezí.

- Hematologická vyšetření

*FW* : 7/13

*Krevní obraz*:

Hodnoty pacientky v referenčním rozmezí.

Tabulka č. 1 - *Diferenciální rozpočet leukocytů*

Parametr	Hodnota	Jednotka	Referenční mez
Neutrofily	0,439 ↓	l	0,450-0,580
Lymfocyty	0,474 ↑	l	0,270-0,410

Ostatní hodnoty diferenciálního rozpočtu leukocytů v referenčním rozmezí.

- Imunohematologická a izosérologická vyšetření

*Krevní skupina (AB0)*: A

*Rh faktor (D)*: Rh pozitivní

- Hemokoagulační vyšetření

*Quick, APTT* :

Hodnoty pacientky v referenčním rozmezí.

## **Vyšetření moče**

- Biochemické vyšetření močového sedimentu bez patologického nálezu.

## **• Zobrazovací metody**

- Ortopantomogram

Kompletní stálá dentice, prořezané zuby v rozsahu 17–27/37–47; retence a dystopie zárodků 18, 28, 38, 48, šikmá poloha 38, 48. Zub 11 endodonticky ošetřený s periapikálním granulomem do 1,5 mm (periodontitis chronica).

- Telerengenogram

Prognátní postavení horních frontálních zubů s hlubokým skusem – horizontální schůdek 7 mm a vertikální schůdek 6 mm. I. třída dle Anglea.

- Magnetická rezonance mozku a intrakraniálních tepen (22.3.2006)

Plošně rozsáhlá korová dysplázie frontolaterálně vlevo. Necharakteristická glióza v podkorové bílé hmotě F a P laloků je nejspíše pozánětlivá – proti vaskulitidě svědčí v rozsahu zobrazení normální nález. MR obraz lze interpretovat jako nález jednak starých korových změn frontolaterálně vlevo s klinickým korelátem pravostranné DMO, jednak nález gliózy pravděpodobně pozánětlivé, nejspíš po prodělané meningoencefalitidě (vyvolávající agens nenalezeno).

## **• Neurologické vyjádření k celkové anestezii**

Z hlediska postižení CNS (syndrom DMO, později LMD) je doporučena co nejšetrnější forma celkové anestézie. Jinak není zásadních námitek proti stomatologickému výkonu v celkové anestézii.

## **• Audiologické a foniatické vyšetření (6.11.2006)**

Surditas totalis vlevo – naprostá hluchota

Surditas totalis vpravo – používá sluchadlo P38VC (nejvýkonnější 100% digitální sluchadlo na trhu), slyší pouze orientačně zvuky, používá znakovou řeč

Řeč s typickou melodií neslyšících, fragmentovitá, běžně nesrozumitelná.



## 2.5 Přehled terapeutické péče

- **Chirurgická intervence**

V klidné celkové anestezii (NTI) byly přiloženy horní a dolní dentální dlahy, následně byly chirurgicky vybaveny zuby 14, 24. Poté byla provedena parciální ostectomie maxilly, uvolněný frontální segment byl posunut dorsálně a kraniálně, dokončení přiložení dentální dlahy. Mobilizovaný segment byl fixován v novém postavení na každé straně Ti destičkou a šroubky (osteosyntézou). Sutura ran Vicrylem.

Druhý den po výkonu byla nasazena, v lokální anestezii Xylocainem, rigidní mezičelistní fixace křížovou vazbou ve frontálním úseku.

- **Farmakoterapie**

**Premedikace**

*Diazepam* 10 mg per os, na noc (15/11), diazepamum, anxiolytický a sedativně účinný benzodiazepin; nežádoucí účinky: poruchy vigility, hypotonie, bolesti hlavy, po vyšších dávkách ataxie, dysartrie, poruchy paměti.

*Dithiaden* 1 tbl per os, 05.00 hodin (16/11), bisulepinum, antihistaminikum se sedativními účinky; nežádoucí účinky: poruchy srdečního rytmu, sucho v ústech, poruchy akomodace, retence moči, zácpa.

*Dormicum* 10 mg i.m., na výzvu anesteziologa v 07.40 hodin (16/11), midazolamum, benzodiazepinové hypnotikum; nežádoucí účinky: amnézie přetrvávající i při odeznívání sedativního účinku.

*Atropin* 0,5 mg i.m., na výzvu anesteziologa v 07.40 hodin (16/11), atropinium sulfuricum, parasimpatolytikum, antimuskarinikum; nežádoucí účinky: tachykardie, arytmie, suchost sliznic, blokáda termoregulace, snížení tonu svěrače kardie.

### **Léky podané během anestézie a operačního výkonu**

Způsob anestézie: doplňovaná

- Inhalační anestézie:

*O<sub>2</sub>*

*N<sub>2</sub>O*, nitrogenii oxidum, analgeticky a lehce euforický plyn; nežádoucí účinky: megaloblastická anemie.

*Isofluran*, isofluranum, kapalný halogenový ether; nežádoucí účinky: mírný pokles krevního tlaku, kompenzační tachykardie, mírný útlum dechového centra.

- Intravenózní anestézie:
 

*Sufenta* 20 mg, sufentanilum, opioid; nežádoucí účinky: útlum dechového centra, hypotenze, bradykardie.

*Propofol* 200 mg, propofolum, monoanestetikum, derivát fenolu; nežádoucí účinky: přechodná hypoventilace až apnoe, bolestivost v místě aplikace.

*Succinylcholinjodid* 100 mg, suxamethonni iodidum, kurarimetikum, svalová relaxace v průběhu anestézie; nežádoucí účinky: pooperační myalgie, bradykardie až asystolie.
- Infúzní terapie:
 

*Ringerův roztok* 1300 ml, natrium chloridum 8,6 g, kalii chloridum 300 mg, calcii chloridum hexahydricum 500 mg v 1 litru; nežádoucí účinky: při normálním podávání nejsou uváděny.
- Intravenózní terapie:
 

*Dexamed* 8 mg, dexamethasonum, kortikosteroid; nežádoucí účinky: zvýšení krevního tlaku, retence tekutin.

*Amoksiklav* 1,2 g, amoxicillinum/ acidum clavulanicum, penicilinové antibiotikum; nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, alergické kožní reakce, anafylaktický šok.

*Dicynon* 1 amp., etamsylatum, hemostatikum; nežádoucí účinky: přechodný pokles tlaku po i.v. aplikaci, nauzea, bolesti hlavy.

*Morfîn* 30 mg kontinuálně na 24.00 hodin pomocí Surefuseru od 10.30 hodin, morphinum, opioid; nežádoucí účinky: útlum dechového centra, mióza, sedace.

### **Pooperační farmakoterapie**

- Intravenózní terapie
 

*Amoksiklav* 1,2 g ve 100 ml FR á 8 hodin (14.00 – 22.00 – 06.00).

*Dexamed* 8 mg -16/11, 4 mg -17/11, 2 mg -18/11, (18.00 – 06.00 ).

*Dicynone* 1 amp – 16/11 (12.00 – 18.00 – 24.00 – 06.00), 17/11 (12.00 – 20.00).

*Novalgín* 1 g ve 100 ml FR – 17/11 (10.00 – 18.00 – 02.00), 18/11 a 19/11 (12.00 – 18.00 – 24.00 – 06.00), metamizolum natrium, neopioidní analgetikum, též protizánětlivý a antipyretický účinek; nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, alergické kožní reakce.

- Infúzní terapie

*Fyziologický roztok* 100 ml – natrii chloridi infusio 0,9%,

*Ringerův roztok* 1000 ml – 16/11, 500 ml – 17/11; nežádoucí účinky: při obvyklém dávkování nejsou uváděny.

- Nosní kapky

*Mucoseptonex* gtt 5x denně 1 gtt do obou nosních průduchů, carbethopendeciniu bromidum, antiseptikum; nežádoucí účinky: alergické reakce, pálení po aplikaci.

- Masti

*Calcium panthotenicum unguentum*, 3-5x denně aplikovat na koutky, dexpanthenolum, vitamin skupiny B; nežádoucí účinky: pálení v místě aplikace.

*Ung. acidi borici 3% unguentum* 1-3x denně aplikovat na rty, kyselina boritá, antiseptikum; nežádoucí účinky: pálení v místě aplikace, při aplikaci na větší plochu a při porušené integritě kůže riziko vstřebávání a celkové toxicity.

- Roztoky k zevní aplikaci

*Chamomilla liquida*, několikrát denně 10-15 kapek do 100 ml vody, výplachy dutiny ústní, chamomillae extractum fluidum, antibakteriální a protizánětlivý účinek; nežádoucí účinek: pálení v dutině ústní.

*Sol. Kutvirt liquida*, 3-5x denně 15-20 kapek do 200 ml vody, sprejování chrupu, formaldehydi solutio composita, antiseptikum, lokální anestetikum, adstringentní účinek; nežádoucí účinky: pálení v dutině ústní.

- **Dietoterapie**

*Nutriční skóre*: percentily H/V (56 kg/163 cm) 50-75, OP (24,5 cm/14,5 let) 50-75.

*V den příjmu* : dieta č. 13 (strava větších dětí, 2300 kcal – 90 B, 80 T, 340 S).

*0. pooperační den*: tekutiny per os od 14.30 hodin, dieta č.0 (čajová).

*1. pooperační den a další pooperační dny*: dieta „ZO“ (zubní operanti - mixovaná).

Tabulka č. 2 – Kalorický charakter stravy v pooperačním období

Den	Cukry (S)	Tuky (T)	Bílkoviny (B)	kcal
17/11	91,9 g	21,6 g	20,6 g	639,6
18/11	116,9 g	38,9 g	34,9 g	956,1
19/11	216,8 g	60,4 g	52,3 g	1617

- **Fyzioterapie**

*0. pooperační den:* klidový režim na lůžku.

*1. pooperační den a další pooperační dny:* klidový režim s postupnou mobilizací.

## **2.6 Průběh hospitalizace**

Čtrnáctiletá pacientka, K. M., byla přijata na lůžkovou část dětské stomatologické kliniky z důvodu plánované korekční operace prognathie. Pacientka byla vzhledem k základnímu onemocnění surditas totalis bilateralis hospitalizována společně s matkou, kdy bylo pro pacientku velmi výhodné využít i spolupráce matky – překladatelky do znakové řeči.

Dne 16.11.2006 pacientka podstoupila operační výkon, který spočíval maxillectomii v linii Le Fort I a extrakci zubů 14, 24, dále byla provedena osteosyntéza a nasazení dentálních dlah. Dne 17.11. 2006 byla u pacientky v lokální anestézii na zubařském křesle zavedena intermaxilární fixace rigidní křížovou vazbou přes prognátní postavení řezáků. Pooperační období bylo zpočátku komplikováno slabým krvácením z operační rány, které bylo příznivě ovlivněno medikamentózní léčbou (Dicynone).

Bezprostředně po operačním výkonu byla pacientka přeložena na JIP, kde byla sledována po dobu 4 dnů, potom byla přeložena na lůžko standardní péče.

## **3 Ošetrovatelská část**

### **3.1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu**

#### **3.1.1 Subjektivní pohled pacientky na hospitalizaci**

Dle údajů matky Týna nemá špatnou zkušenost s minulými hospitalizacemi. Poprvé byla hospitalizována ve 14 měsících pro bezvědomí a zvracení. Ve dvou letech plánovaná hospitalizace z důvodu CT mozku. V devíti letech Týna podstoupila oční operaci pro strabismus levého oka ve VFN. V minulém roce byla hospitalizovaná na pediatrické klinice ve FN Bulovka pro intermitentní potíže ve smyslu zvýšené únavy, potíže s rovnováhou v dopravních prostředcích a pocitu točení očí.

Týna je ráda v nemocnici. Matka dále uvádí, že hodně záleží na okolí, jak ji vnímá. Pro plánovanou korekční operaci se Týna rozhodla sama. Rodiče o možnosti operačního řešení předkusu hovořili s Týnou již před rokem a půl, tehdy operační výkon odmítala. Měla obavy z bolesti i přesto, že ji rodiče vysvětlovali, že existují léky proti bolesti. Matka i Týna pevně věří, že dojde k úpravě předkusu. Výsledek operace mohly zhlédnout na sádrovém modelu čelistí umístěném v tzv. artikulátoru. Týna vyjadřuje obavy ve smyslu nedorozumění se v případě možného umístění na ARO po operačním výkonu.

#### **3.1.2 Úvodní hodnocení pacientky sestrou**

Týna je neslyšící. Vpravo používá digitální sluchadlo. Při komunikaci odezírá a používá znakovou řeč. Její řeč je nesrozumitelná. Reaguje na jméno, oslovení matkou. Týna je hospitalizována společně s matkou. Komunikace probíhá převážně přes matku. Kontakt s matkou navázán velice rychle. Týna projevuje zájem o všechno dění kolem sebe. Matka souhlasí se spoluprací v rámci ošetrovatelského procesu a průběžně se získanými informacemi seznamuje svou dceru Týnu, která rovněž vyjadřuje souhlas ke spolupráci.

Informovaný souhlas s hospitalizací, s nahlížením do zdravotnické dokumentace a s podáváním informací o zdravotním stavu, matka, jako zákonný zástupce, stvrzuje svým podpisem před přijetím do nemocnice.

Na základě rozhovoru, vlastního pozorování a měřících technik jsem sepsala vstupní ošetrovatelský záznam (s. 1-10), viz Příloha č. 5 – 11.

### 3.1.3 Základní biologické potřeby

- **Potřeba být bez bolesti**

Dle údajů matky je pro Týnu nepříjemné nekontrolovatelné vytékání slin z úst. To jí přináší negativní pocity zvláště pak, pokud se nachází mimo rodinné prostředí, jako je například školní zařízení. Bolest jako takovou v den příjmu nepociťuje, ani dny před tím. Dle vizuální analogové škály Týna označila bolest na přímce 0. stupněm. Pokud bude mít Týna bolesti po operaci vyžaduje přítomnost matky a léky proti bolesti.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna nesignalizuje známky bolesti. Toho času nepozorují, že by docházelo k vytékání slin z dutiny ústní.

Týna má k dispozici dvoulůžkový pokoj společně s matkou. Pokoj je slunný, dobře větratelný, součástí pokoje je samostatné WC a sprcha.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. a 1. pooperační den Týna udává bolesti v oblasti dolní čelisti. Dle VAS hodnotí 3. stupněm, viz Příloha č. 6. Bolest je pro ni nepříjemná.

- **Potřeba dýchání**

Dle údajů matky Týna s dýcháním potíže nemá a nikdy neměla. V poslední době Týna neprodělala žádné respirační onemocnění.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Eupnoické dýchání, dýchání pravidelné, dechová frekvence 21/min, bez dušnosti, bez cyanózy, nekašle, bez sekrece z dutiny nosní, dýchání převážně ústy.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den dechová frekvence 17/min, spontánní, bez dušnosti a cyanózy, sekret v dutině nosní charakteru krevních sraženin, v levém nosním průduchu zavedena nasogastrická sonda, nosní dýchání nemožné, dle ordinace lékaře má Týna zákaz smrkání, v dutině ústní Sauerovy dlahy, Týna si stěžuje na nemožnost dýchání nosem; 1. pooperační den a další pooperační dny rigidní fixace čelistí, zákaz smrkání nadále platí, bez nasogastrické sondy, eupnoické dýchání, dechová frekvence ve fyziologickém rozmezí, bez cyanózy a dušnosti, sekret z dutiny nosní vodnatého charakteru, dýchání ústy.

- **Potřeba hygieny**

Týna je samostatná ve všech samoobslužných činnostech. Matka udává, že doma vyžaduje pomoc při mytí vlasů a při úpravě nehtů na rukách a nohách. Koupe se pravidelně každý večer. Vlasy obvykle myjí jedenkrát za týden, pokud je potřeba tak častěji (febrilní stavy).

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna je upravená, má dlouhé čisté vlasy (bez známek mazu a lupů), které jí sahají až k bederní krajině. Nehty na rukách a nohách jsou zkrácené.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den zaschlá tmavě červená krvavá sekrece v oblasti nosních průduchů, v místě dutiny ústní rovněž patrná zaschlá krevní koagula, Týna se vyprazdňuje na lůžku na podložní míse, má klidový režim; 1. pooperační den a další pooperační dny Týna má klidový režim s postupnou mobilizací.

- **Kůže**

Dle údajů matky má dcera spíše suchou pleť. Po sprchování a po pláči se u Týny objevují červené fleky na kůži obličeje a hrudníku. Po každém koupání si Týna ošetřuje kůži emulzí Excipial U lipolotio. Dále se matka zmiňuje o výskytu červených teček na dlaních, které se objevují u Týny jedenkrát za měsíc. Dle informací matky, které získala od kožního lékaře, se jedná o výskyt způsobený echoviry. Znamky svědění kůže Týna neprojevuje. Na pravé ruce v oblasti palce má Týna starší jizvu. Matka uvádí, že ve 3 letech Týna upadla. Při pádu shodila lampičku a tím si způsobila řeznou ránu, která byla následně chirurgicky ošetřena.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Rty suché, nejsou patrné známky popraskání, kůže má charakter suššího vzhledu, na pravém palci vybledlá jizva cca 5cm dlouhá. Jinak kůže bez hematomů, opruzenin, otoků, bez poruchy integrity kůže a sliznic.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den jsou zavedeny na operačním sále dva periferní žilní katétrů, oba na dorzu pravé ruky, v dutině ústní operační rána a dentální Sauerovy dlahy; 1. pooperační den a další pooperační dny otok obou tváří výraznější vlevo, který se postupně resorbuje, rovněž patrný hematoma na levé straně tváře.

- **Potřeba výživy**

Dle údajů matky Týna jí ráda a s chutí. Nejraději má sladká jídla. Před rokem a půl vážila 62 kg. Týna udává, že nemá ráda polévky ve škole. Doma ale polévky jí, protože je maminka umí vařit. Chrup má Týna stálý, sanovaný. Potíže s chrupem má ve smyslu nakusování spodního rtu. Matka dále udává, že Týna často trpí afty.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Výživa přiměřená, dětské nutriční skóre 1 bod: percentily H/V (56 kg/163 cm) 50-75, OP (24,5 cm/14,5 let) 50-75, viz Příloha č. 7 – 9, není nutná nutriční intervence, Týna je v jídle soběstačná.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den je na sále zavedena nasogastrická sonda přes levý nosní průduch. Zrušena byla ve večerních hodinách z důvodu nauzey a opakovaného zvracení. Dle ordinace ošetřujícího lékaře může Týna přijímat tekutiny per os od 14.30 hodin; 1. pooperační den a další pooperační dny rigidní intermaxilární fixace, Týna má předepsanou mixovanou stravu (dieta ZO – zubní operanti), nutriční skóre 2 body, viz Příloha č. 7, sledována nutriční terapeutkou.

- **Potřeba hydratace**

Dle údajů matky Týna vypije denně cca 3 litry tekutin. Z tekutin ráda pije mléko, ovocné šťávy, ovocný čaj. Nerada pije kyselé šťávy. Do pití tekutin se Týna nemusí nutit.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Příjem tekutin odpovídá váze a věku. Znamky dehydratace nejsou patrné. Sliznice dutiny ústní a jazyka jsou vlhké.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den příjem tekutin per os dle ošetřujícího lékaře od 14.30 hodin; 1. pooperační den a další pooperační dny rigidní intermaxilární fixace.

- **Potřeba vyprazdňování střeva**

Týna se vyprazdňuje jedenkrát za den ráno. Stolice je většinou normální konzistence. Dle údajů matky Týna nikdy nebrala projímadla a s vyprazdňováním stolice neměla v minulosti žádné potíže.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna se vyprazdňuje samostatně na WC. Stolice dle Týny byla naposledy včera, nebyla průjmovitá.



*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. a 1. pooperační den stolice u Týny nebyla; 2. pooperační den a další pooperační dny Týna chodí pravidelně na stolicí, nemá problémy se stolicí.

- **Potřeba vyprázdnování moče**

Dle údajů matky dcera potíže s močením nemá a ani nikdy před tím neměla.

Pro močové infekce se v minulosti neléčila.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna chodí samostatně na WC a nesignalizuje problémy s močením.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den se Týna vyprazdňuje na podložní míse, moč má světle žlutou barvu, bez makroskopických příměsí, při močení nesignalizuje nepříjemné pocity; 1. pooperační den a další pooperační dny se Týna vyprazdňuje na WC za doprovodu, nemá problémy s močením.

- **Lokomotorické funkce**

Dle údajů matky Týna mívá potíže s chůzí, a to ve smyslu zakopávání na nerovném povrchu. Při únavě se přidává ztráta rovnováhy a zakopávání je možné i na rovině. Při nestabilitě pomáhají Týně tak, že ji přidržují za loket. Zakopávání matka připisuje pravostranné hemiparéze.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna při chůzi udržuje stabilitu. Pravý bok se jeví mírně zvýšený. Při chůzi má tendenci šoupat nohama. Na nohách má pantofle. Jemná motorika na pravé ruce vážne. Při psaní používá levou ruku.

Skóre podle tabulky „rizika pádu“ činí dva (viz Příloha č. 11).

- **Smyslové funkce**

Dle údajů matky má Týna potíže se zrakem ve smyslu krátkozrakosti a tupozrakosti. Brýle Týna nenosí. Matka se zmiňuje, že dcera brýle nepoužívá od doby, kdy byla hospitalizována ve FN Bulovka pro meningoencephalitis. Tehdy je nenosila pro zvýšenou únavu (postencefalitický syndrom), čímž si odvykla na jejich nošení. Dále matka podotýká, že dcera vidí dobře i bez brýlí. Vyšetřena očním lékařem Týna nebyla. V 9 letech Týna podstoupila operaci pro strabismus levého oka. Týna

je neslyšící. Na pravé ucho používá digitální sluchadlo. To, že Týna neslyší zjistil dědeček v jejích dvou letech.

Potíže v oblasti čichu, hmatu a chuti Týna neudává, ani matka nepozoruje jakékoliv změny.

*Objektivní hodnocení při příjmu:* Týna je hluchoněmá. Používá digitální sluchadlo na pravé ucho. Reaguje na jméno a jednoslovné výrazy. Používá znakovou řeč. Čte, sleduje TV, pracuje s PC bez optických pomůcek.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 2. pooperační den a další pooperační dny Týna udává parestézie v oblasti nosního křídla vlevo.

- **Potřeba fyzické a psychické aktivity**

Týna je žákyní 7. ročníku ZŠ pro sluchově postižené. Na chalupě jezdí na kole. Hraje míčové hry. Do minulého roku docházela Týna s rodiči na rehabilitaci. Nyní už nedochází pro nevhodné časy rehabilitace. Nabízené časy v dopoledních hodinách byly pro Týnu nevyhovující z důvodu docházky do školy. Cvičí doma na míči. Ve volném čase sleduje TV, internet, věnuje se společenským hrám s maminkou. Týna si ráda maluje, sleduje filmy jako je Pán prstenů, Trója aj. Její oblíbený filmový herec je Orlando Bloom.

*Objektivní hodnocení v den přijetí:* Týna je psychicky a fyzicky dobře komponována.

*Objektivní hodnocení v pooperačních dnech:* 0. pooperační den má Týna klidový režim na lůžku, dle modifikovaného testu soběstačnosti je snižená sebepečce v oblasti hygieny, vyprázdňování a výživy, viz Příloha č. 10; 1. pooperační den a další pooperační dny klidový režim s postupnou mobilizací, na pokoji má Týna k dispozici TV.

- **Potřeba odpočinku a spánku**

Dle údajů matky Týna potřebuje k pocitu vyspání 10 hodin spánku. Obvykle ale spí 8 hodin z důvodu brzkého vstávání do školy. O víkendu spí o něco déle. Přes den nechodí spát. Matka uvádí, že s dcerou mají vytvořený rituál před spaním, který spočívá v tom, že si Týna jde lehnout, matka sundá sluchadlo a následně si řeknou dobrou noc. Dříve Týna vyžadovala přítomnost matčiných peřin, které jí přinášely pocit vědomí, že si maminka k ní přijde určitě lehnout.

*Objektivní hodnocení v den příjmu:* Týna nejeví známky únavy.

*Objektivní hodnocení v pooperační dny:* 0. pooperační den pro nauzeu a zvracení pocit slabosti, je patrná únava, Týna pospává na lůžku během dne, v noci se budí na čaj, dále z důvodu nauzey a zvracení a nutkání na močení; 1. pooperační den je stále patrná únava, Týna pospává během dne; od 2. pooperačního dne a další pooperační dny spí klidně celou noc, dle matky je ale Týna stále unavená, přes den sleduje TV, maluje si a čte komiksy.

- **Sexuální potřeby**

S maminkou Týny jsem hovořily na téma sexuální výchova. Dle údajů matky je dcera informována v otázkách sexuální výchovy, a to přiměřeně k věku a mentálním schopnostem. Menstruace u Týny je od 11 let. Při menses má bolesti břicha, často doprovázené zvracením. Toho času bez menstruace.

### 3.1.4 Psychosociální potřeby

- **Potřeba sebeúcty, sebepojetí**

Týna je 14letá slečna, která navštěvuje ZŠ pro sluchově postižené. Má zřetelný předkus horní čelisti s prominencí horních frontálních zubů. Týna se pro operační řešení předkusu horní čelisti rozhodla sama na základě lékařského doporučení. Týna se chce líbit. Dle údajů matky začíná dcera pokukovat po chlapcích. Ve škole se snaží na sebe upoutat pozornost hlasitým smíchem. Matka udává, že opakovaně byla ve škole kvůli kázeňským přestupkům ve smyslu humorného vyrušování při vyučování. Týna projevuje nespokojenost s předkusem. Dle matky Týna začala ve zvýšené míře vnímat reakce okolí na svou osobu. Negativní reakce jsou pro Týnu velmi nepříjemné. Týna je matkou pozitivně podporována. Obě pevně věří, že operačním zákrokem nastane změna vzhledu u Týny, a že tato změna bude pro Týnu esteticky přijatelná. Matka dodává: „když nám nepomohla příroda, musíme si pomoci samy“.

- **Potřeba jistoty a bezpečí**

Týna je vzhledem k základnímu onemocnění (kongenitální sluchová vada) hospitalizována společně s matkou. Týna dává najevo obavy z nedorozumění, pokud by měla být po operačním výkonu hospitalizována na ARO. Týna je

komunikativní, jak podotýká matka, někdy až velmi. Zároveň se matka zmiňuje o tom, že když byla u dcery diagnostikována sluchová vada, myslela si, že si s ní nikdy nepopovídá tak, jako kdyby byla slyšící. Postupem času, ale tento názor změnila. S dcerou komunikují naprosto o všem. Jak říká matka: „celý den se jí pusa nezavře“. Týna je zvědavá a má zájem o všechno dění kolem sebe.

- **Potřeba důvěry a přátelství**

Dle údajů matky je Týna velmi citlivá na to, jak ji okolí vnímá. Pokud ji okolí bere takovou jaká je, je přátelská a komunikativní. Na chalupě u babičky chodí mezi místní děti, které k ní přistupují velice pozitivně. Matka uvádí, že jsou na Týnu zvyklé od jejího nejtělejšího dětství. Týna má kamarádku ze školy, se kterou se vzájemně navštěvují.

- **Potřeba sounáležitosti**

Týna žije ve společné domácnosti s matkou a otcem. Má nevlastní sestru (22 let) z otcovy strany, která žije v Anglii. Rodina vlastní tři kočky, které žijí s nimi v bytě 3+1. Týna má vlastní pokoj. Otec pracuje jako truhlář u soukromé firmy. Matka je v domácnosti, je vedena jako osoba pečující o osobu blízkou. Rodina nevlastní automobil. Tatínek Týny je toho času v lázních. Kontakt s otcem, po dobu hospitalizace, je telefonický prostřednictvím matky. Tatínek Týny neumí znakovou řeč. Matka uvádí, že vztah mezi nimi je kladný.

### **3.1.5 Spirituální potřeby**

Týna nemá žádné náboženské vyznání. Rodiče Týny jsou sami bez vyznání a Týnu směrem k duchovním potřebám nikdy nevedli.

## **3.2 Přehled ošetrovatelských diagnóz**

### **Předoperační ošetrovatelské diagnózy**

- Porucha verbální komunikace z důvodu kongenitální sluchové vady projevující se nesrozumitelnou řečí, znakovou řečí
- Strach z odloučení od matky z důvodu možné hospitalizace na ARO projevující se vyjádřením „ARO ne“
- Narušené sebepojetí z důvodu předkusu projevující se výrazy „chci se líbit“
- Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiparézy a pádů v anamnéze

### **Pooperační ošetrovatelské diagnózy**

- Pooperační nauzea a zvracení z důvodu spolykané krve projevující se těžkostmi od žaludku, opakovaným zvracením
- Akutní bolest dolní čelisti z důvodu operačního zákroku v orofaciální oblasti projevující se stížnostmi přes matku a gestikulací
- Zhoršené dýchání z důvodu operační rány v orofaciální oblasti projevující se stížnostmi přes matku na neprůchodnost nosu
- Snížená sebepéče při výživě, vyprázdňování a osobní hygieně z důvodu klidového pooperačního režimu na lůžku projevující se neschopností provádět samoobslužné úkony
- Únava z důvodu operačního zákroku projevující se spánkem přes den
- Riziko sníženého příjmu tekutin z důvodu operační rány v orofaciální oblasti
- Riziko sníženého příjmu stravy z důvodu nemožnosti otvírání úst vlivem intermaxilární fixace
- Riziko infekce a krvácení z důvodu operační rány v dutině ústní
- Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru

Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila na základě vlastního uvážení podle naléhavosti ošetrovatelské péče vyplývající z aktuálního zdravotního stavu pacientky. Pacientka i matka byly seznámeny s ošetrovatelským plánem a s navrženým plánem souhlasily, viz Příloha č. 13.

### 3.3 Plán ošetrovatelské péče

- **Porucha verbální komunikace z důvodu kongenitální sluchové vady projevující se nesrozumitelnou řečí, znakovou řečí**

Cíl:

- Pacientka je schopna vyjádřit své potřeby alternativními způsoby komunikace bez zprostředkované komunikace druhými
- Pacientka se dorozumí se svým okolím

Plán:

- Zjistit míru nedoslýchavosti
- Zjistit zda pacientka používá kompenzační pomůcky pro neslyšící a nedoslýchavé
- Zjistit úroveň mentálních funkcí
- Zjistit zda pacientka je schopna psát a číst
- Využít alternativní metody komunikace (signály rukama a očima, tabulky s obrázky a s písmeny)
- Pozorně sledovat verbální a neverbální projevy
- Vést jednoduchou komunikaci (jednoduché otázky, jednoslovné výrazy)
- Při komunikaci stát vždy čelem k pacientce, mluvit pomalu a zřetelně
- Využívat podle potřeby pro komunikaci s pacientkou matku

Realizace:

Dle údajů matky, jsem zjistila, že Týna má praktickou hluchotu. Vlevo má úplnou ztrátu sluchu, vpravo dle audiologického vyšetření jsou nepatrné zbytky sluchu. Vpravo Týna používá nejvýkonnější digitální sluchadlo. Slyší pouze orientačně zvuky, reaguje na jméno. Při komunikaci používá znakovou řeč. Zjistila jsem, že Týna umí psát, číst a používá PC na lůžkovém oddělení. S Týnou jsem komunikovala prostřednictvím maminky, která byla přítomna po celou dobu hospitalizace své dcery. Dále jsem využívala prostředky, jako jsou psaná forma a metody verbální a neverbální komunikace (pantomimika, mimika, gestikulace aj.). Při komunikaci jsem vždy stála k Týně čelem a snažila jsem se o zřetelnou artikulaci. Pozorně jsem sledovala verbální i neverbální projevy. Zpočátku Týna projevovala ostych při komunikaci mezi námi a neustále hledala oporu v matce, což jsem chápala a plně respektovala. Postupně Týna získávala větší odvahu při sdělování svých pocitů a přání, a sama začínala

s komunikací. Čím více času jsem trávila s Týnou, tím i já jsem byla schopna odhadnout některé pocity a přání bez zprostředkované komunikace matkou. Týně jsem rozuměla, když mi sdělovala, že má bolest, necitlivost levého křídla nosu, když měla potřebu na močení, pocit žízně, dále přání používat internet na lůžkovém oddělení aj.

Hodnocení:

Komunikace s Týnou byla navázána. Signalizovala spokojenost s navázanou komunikací. Týna své potřeby vyjadřovala jak prostřednictvím své matky, tak samostatně sama za sebe. Cíle se mi podařilo splnit.

- **Strach z odloučení od matky z důvodu možné hospitalizace na ARO projevující se vyjádřením „ARO ne“**

Cíl:

- Minimalizovat strach z odloučení od matky

Plán:

- Zjistit příčinu strachu
- Sledovat verbální a neverbální projevy strachu
- Edukovat přiměřeně k věku
- Nabídnout vhodné aktivity, které odvedou pozornost od zdroje strachu

Realizace:

V den příjmu jsem zjistila, že Týna má pocit strachu, který sama definovala a opakovala „ARO ne“. Přes matku jsem se dozvěděla, že Týna má největší obavy z toho, že se nedorozumí na ARO, protože na tomto oddělení není možné, aby matka s dcerou ležely společně na jednom pokoji. S touto variantou léčebného plánu se seznámila matka s dcerou v rámci edukačního pohovoru v oblasti předoperační a pooperační terapie s ošetřujícím lékařem. S Týnou jsem navázala kontakt prostřednictvím matky, a snažila jsem se o vytvoření důvěryhodného vztahu mezi námi. Seznamila jsem Týnu a její matku s chodem oddělení a ukázala možnost využití společenské místnosti (televize, počítač s možností připojení na internet). Poukázala jsem na práva pacientů a chartu práv dětí v nemocnici. Představila jsem Týnu a její matku kolegyním a dalším členům ošetrovatelského týmu. Týně i její matce jsem ukázala lůžkový pokoj, který společně využívaly po celou dobu hospitalizace. Týna projevovala spokojenost z pokoje, kde si vybrala lůžko u okna. Zároveň jsem vysvětlila Týně přes matku, že pokud bude

uložena na ARO, bude moci maminka za ní kdykoliv přijít. S touto skutečností návštěv matky na ARO, byla Týna seznámena i anesteziologickým lékařem.

Hodnocení:

Strach byl minimalizován. Týna zaměřila svou pozornost na internet a pracovní dění na oddělení.

- **Narušené sebepojetí z důvodu předkusu projevující se výrazy „chci se líbit“**

Cíl:

- Pacientka mění postupně názory a pocity o sobě samé

Plán:

- Zjistit od rodinných příslušníků možné příčiny vzniku změny v sebepojetí
- Sledovat neverbální projevy chování
- Podporovat pozitivní stránky osobnosti
- Přístupovat k pacientce s úctou a respektem
- Aktivně pacientku zapojovat do léčebného plánu
- Dát prostor pro vyjadřování svých vlastních pocitů
- Společně hledat silné stránky osobnosti

Realizace:

Přes matku jsem se dozvěděla, že Týna je ve věkovém období, kdy ve zvýšené míře začala vnímat sebe samu a reakce okolí vůči své osobě. Zvláště potom bývá citlivá na reakce opačného pohlaví. To byl také jeden z hlavních důvodů, kdy se Týna sama rozhodla pro operační řešení čelistní anomálie. Po celou dobu hospitalizace jsem Týně poskytovala psychologickou podporu a motivovala ji ke společné spolupráci na ošetrovatelském a léčebném plánu. Poukazovala jsem na to, že Týna umí velice pěkně malovat, že má krásné dlouhé vlasy, které by jí mohl kdekdo závidět. Nárůst sebevědomí u Týny byl evidentní v momentě, kdy sama byla schopna zavřít ústa a mohla zhlédnout výsledek operace v zrcadle, který byl viditelný okamžitě.

Hodnocení:

Dle údajů matky i z vlastního pozorování bylo patrné, že Týna byla velmi spokojená s výsledkem korekční operace. Týna projevovala spokojenost se svým zevnějškem.



- **Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiparézy a pádů v anamnéze**

Cíl:

- Nedojde k pádu pacientky

Plán:

- Zhodnotit riziko pádu
- Pacientku identifikovat červeným náramkem
- Označit lůžko a chorobopis červenou barvou
- Pacientku pravidelně kontrolovat
- Pomáhat pacientce při vstávání z lůžka a při chůzi
- Zjistit zda má pacientka správnou obuv
- Při pádu informovat ošetřujícího lékaře a provést záznam
- Umožnit rodičům kontinuální pobyt (dohled na dětského pacienta)

Realizace:

V den příjmu jsem provedla hodnocení rizika pádu u Týny, viz Příloha č. 11, kdy celkové skóre bylo dva a ve večerních hodinách vzhledem k premedikaci se skóre dostalo na tři. Po operačním výkonu již dosáhlo skóre čtyři. Týna byla ohrožena rizikem pádu. Na prevenci z hlediska pádu Týny jsem se zaměřila již na samém počátku hospitalizace. Poněvadž Týna neměla vyhovující přezůvky, doporučila jsem její matce, zda by nebylo možné Týně zajistit vhodnější obuv, a zároveň jsem poukázala na důvody, které by mohly případný pád podpořit. Maminka Týně zakoupila nové přezůvky s tím, že i tak je měly v plánu koupit. Týnu jsem identifikovala červeným náramkem, označila lůžko a chorobopis červenou barvou dle metodického pokynu „Riziko pádu“. Po operačním výkonu jsem Týně společně s její matkou pomáhala při vstávání z lůžka a poskytla oporu při chůzi. Zajistila jsem, aby Týna veškeré potřebné pomůcky měla na dosah ruky včetně signalizačního zařízení. Její matka byla po celou dobu Týně na blízku, pokud zrovna u Týny nebyla, pravidelně jsem ji kontrolovala.

Hodnocení:

K pádu nedošlo.

- **Pooperační nauzea a zvracení z důvodu spolykané krve projevující se těžkostí od žaludku, opakovaným zvracením**

Cíl:

- Pacientka nepociťuje nevolnost a nezvrací v nejbližších hodinách, je dostatečně hydratována

Plán:

- Zjistit příčinu nevolnosti a zvracení
- Zabránit aspiraci zvratků
- Zaznamenávat počet zvracení
- Sledovat a dokumentovat množství zvratků, charakter, obsah, zbarvení, zápach
- Podávat antiemetika dle ordinace lékaře
- Sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin

Realizace:

0. pooperační den, dle ošetřujícího lékaře, Týna přijímala tekutiny per os od 14.30 hodin. Pocit na zvracení se dostavil ve večerních hodinách, kdy opakovaně zvracela natrávenou krev. Týnu jsem uložila do zvýšené polohy a poskytla emitní misku s buničinou. Po každém zvracení jsem Týně provedla šetrnou očistu dutiny ústní pomocí sterilních tampónů nebo gázy smočené ve fyziologickém roztoku. Zároveň jsem Týnu podporovala psychicky a přes matku vysvětlovala pravděpodobnou příčinu nevolnosti a zvracení (spolykaná krev, dráždění žaludeční sondy v nosohltanu). Týně jsem doporučila pít zvolna a po doušcích v častých intervalech. Doporučila jsem relaxační dechovou techniku (pomalé, rytmické, soustředěné dýchání). Množství a charakter zvratků jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace, a zároveň sledovala příjem a výdej tekutin per os. Svou pozornost jsem zaměřila na intenzitu krvácení z operační rány a v případě potřeby velmi šetrně odsávala vniklou krev z dutiny ústní nebo nosu. Dále jsem informovala ošetřujícího lékaře, a na základě jeho ordinací podávala intravenózně Ringerův roztok a odstranila žaludeční sondu, která byla napojená na sběrný sáček. Dále byl Týně na základě lékařských intervencí aplikován intravenózně Dicynon.

Hodnocení:

1. pooperační den Týna ráno opakovaně zvracela natrávenou krev, od 13.30 hodin již nepociťovala nevolnost a nezvracela, měla sklon ke zvýšenému říhání. Týna byla dostatečně hydratována.

- **Akutní bolest dolní čelisti z důvodu operačního zákroku v orofaciální oblasti projevující se stížnostmi přes matku a gestikulací**

Cíl:

- Zmírnit, eventuálně zcela odstranit bolest

Plán:

- Sledovat verbální a nonverbální projevy bolesti
- Sledovat vegetativní projevy bolesti
- Provést rozbor bolesti
- Zhodnotit intenzitu bolesti pomocí VAS
- Provést záznam na stupnici bolesti
- Vybízet k vyjadřování pocitů souvisejících s bolestí
- Zajistit klidné a bezpečné prostředí
- Informovat lékaře a zajistit jeho ordinace
- Analgetika podávat v pevných časových intervalech, vždy než odezní účinek předchozí dávky

Realizace:

Sledovala jsem verbální i neverbální projevy bolesti. Provedla jsem rozbor bolesti dle VAS, viz Příloha č. 6, a získané informace průběžně zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace. Týna v 0. pooperační den ve večerních hodinách udávala bolest dolní čelisti, kterou po předložení vizuální analogové škály označila skórem tři. 1. pooperační den její hodnocení bolesti bylo rovněž označeno skórem tři. Dle údajů matky byla bolest pro Týnu nepříjemná. Pozornost od bolesti odvracela přítomnost matky. Týně i její matce jsem poskytla informace vztahující se k příčině bolesti (operační bolest, mechanická bolest spojená s nauzeou a zvracením) a seznámila se způsobem tlumení bolesti. Týnu jsem podporovala psychicky, společně jsme vyhledávaly úlevovou polohu, kterou Týna nakonec našla ve zvýšené poloze horní části těla. Přikládala jsem ledové obklady na operovanou oblast obličeje v pooperačních dnech, jednak v souvislosti se zmenšením pooperačního otoku a jednak v souvislosti se snížením bolesti. Sledovala jsem způsob zevního chlazení rány, aby trvalo 15 – 20 minut se zhruba půlhodinovými přestávkami. Zároveň jsem vysvětlila Týně přes matku, že je potřeba, aby se vyhýbala spánku na operované straně s tím, že se tak předejde výraznému otoku a tím i bolestivosti. Průběžně jsem informovala ošetřujícího lékaře a zajišťovala analgetickou terapii dle ordinací. Týně byla aplikována dle anesteziologa,

bezprostředně po operačním výkonu na operačním sále, kontinuální analgezie Morfinu pomocí Surefuseru i.v. na 24 hodin. Poté byl Týně v pravidelných časových intervalech, dle ordinace lékaře, aplikován Novalgin i.v.

Hodnocení:

Týna 1. pooperační den v 15.30 hodin při předložení vizuální analogové škály označila bolest skórem 1. Matka udává, že si Týna spontánně na bolest nestěžuje. Od 2. pooperačního dne Týna bolest nesignalizovala, dle VAS hodnotila stupněm 0.

- **Zhoršené dýchání z důvodu operační rány v orofaciální oblasti projevující se stížnostmi přes matku na neprůchodnost nosu**

Cíl:

- Pacientka si nestěžuje na neprůchodnost nosu, horní cesty dýchací jsou volně průchodné

Plán:

- Zajistit Fowlerovu polohu
- Dle potřeby odsávat HCD
- Dle ordinace lékaře zajistit nebulizaci
- Dle ordinace lékaře zajistit O<sub>2</sub> terapii
- Kontinuálně měřit saturaci O<sub>2</sub>
- Monitorovat vitální funkce
- Sledovat známky dechové nedostatečnosti
- Dle ordinace lékaře aplikovat nosní kapky

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu v celkové anestézii byla Týna uložena na JIP. Při předání z operačního sálu měla Týna mírný záklon hlavy a podložená ramena k zachování průchodnosti dýchacích cest, posléze byla uložena do zvýšené polohy. U pacientky jsem prováděla kontinuální měření fyziologických funkcí včetně měření saturace O<sub>2</sub>. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí jsem průběžně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Dle ošetřujícího lékaře jsem zajistila nebulizaci O<sub>2</sub>. V případě potřeby jsem velmi šetrně odsávala sekret HCD. Zvýšenou péčí jsem věnovala dutině nosní a dutině ústní. Za aseptických podmínek jsem prováděla mechanické odstraňování krevních sraženin, hlenů a krust z dutiny nosní, rovněž v místě dutiny ústní. Věnovala jsem pozornost NGS, která byla zavedena v levém

nosním průduchu. Dle ordinace ošetřujícího lékaře jsem v pravidelných intervalech aplikovala nosní kapky na sliznici nosu. Vzhledem k tomu, že Týna měla zákaz smrkání, dle rozpisu ošetřujícího lékaře, seznámila jsem s touto skutečností matku, která následně informovala dceru. Týna zákaz respektovala a dodržovala. Vysvětlila jsem, že smrkání není možné z důvodu prevence komplikací emfyzému v pooperačním období, které by mělo trvat alespoň po dobu tří týdnů.

Hodnocení:

Nosní dýchání bylo prakticky nemožné, zákaz smrkání nadále trval, pacientka dýchala převážně ústy. Týna dýchá spontánně bez známek respirační tísně.

- **Snížená sebekpéče při výživě, vyprázdnování a osobní hygieně z důvodu klidového pooperačního režimu na lůžku projevující se neschopností provádět samoobslužné úkony**

Cíl:

- V době klidového režimu na lůžku má saturovány základní biologické potřeby
- Pacientka se zapojuje do základních sebeobslužných činností
- Po odeznění klidového režimu je soběstačná v základních sebeobslužných činnostech

Plán:

- Zjistit schopnosti, které pacientka zvládne sama podle modifikovaného testu soběstačnosti
- Využívat aktivit pacientky, edukovat pacientku
- Pomáhat, dohlížet nebo plně převzít realizaci hygienické péče
- Dbát o dostatečné vyprázdnování
- Zajistit dostatečnou výživu a hydrataci
- Respektovat soukromí pacientky
- Zajistit postupnou mobilizaci dle ordinace lékaře

Realizace:

Týna 0. pooperační den měla klidový režim na lůžku a další pooperační dny klidový režim s postupnou mobilizací. U Týny jsem provedla modifikovaný test soběstačnosti a zhodnotila funkční potenciál pro provádění aktivit v jednotlivých oblastech sebekpéče o sebe sama, viz Příloha č. 10. Týna 0. pooperační den potřebovala pomoc při vyprázdnování, v oblasti hygieny a pomoc při příjmu tekutin per os. V další

pooperační dny v oblasti hygieny, a to převážně v oblasti hygieny dutiny ústní, dále vyžadovala pomoc při stravování vzhledem ke ztíženému příjmu stravy vlivem znehybnění čelistí drátěnou vazbou. Rovněž bylo potřeba poskytnout pomoc či oporu při postupné mobilizaci. V 0. pooperační den se Týna vyprázdňovala na podložní míse, v další pooperační dny jsem zajistila Týně doprovod na WC, pokud nebyla její maminka nablízku. V oblasti celkové hygieny byla Týně poskytnuta pomoc matkou. Zpočátku byla hygiena prováděna u umyvadla, později Týna využívala sprchu na pokoji. Sama jsem pak Týně poskytovala zvýšenou péči v oblasti hygieny dutiny ústní, která spočívala ve velmi šetrném a řádném očišťování dlah, mezičelistní fixace, chrupu a sliznice od zbytků potravy, povlaků a krust. 0. pooperační den jsem prováděla u Týny hygienu dutiny ústní pomocí sterilních štětiček smočených v odvaru heřmánku nebo pomocí Pagavit štětiček na lůžku. Od 1. pooperačního dne, kdy byla u Týny zavedena v místním znecitlivění rigidní intermaxilární fixace a začínala s postupnou mobilizací, jsem prováděla u pacientky sprejování dutiny ústní roztokem Kutvirtu s H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> za pomoci speciální tlakové pistole, dle ordinace ošetřujícího lékaře. Při sprejování jsem dbala na to, aby proud vstříkované tekutiny nebyl namířen přímo do sešité operační rány, což by mohlo mít za následek dehiscenci operační rány. Dále jsem Týně vysvětlila přes matku potřebu samostatného šetrného mechanického čištění chrupu měkkým zubním kartáčkem a vyplachování dutiny ústní roztokem heřmánku po každém jídle. Zajistila jsem, aby roztok heřmánku měla Týna trvale k dispozici. Společně s matkou jsme pak dohlížely na to, aby Týna náležitě a sama přispívala k šetrnému a řádnému očištění dutiny ústní. Mezi další ošetřovatelské intervence v rámci hygieny dutiny ústní, patřila péče o rty, kdy jsem u pacientky prováděla krytí rtů sterilní vazelínou Ung. acidi borici 3% nebo mastí Calcium panthotenicum podle ordinace lékaře. V oblasti výživy jsem zajistila Týně stravu k lůžku na pojízdný stolek a pomáhala společně s matkou při alternativním způsobu přijímání stravy Týnou. Týna stravu přijímala pomocí stříkačky, trubičky a později mixovanou stravu srkala mezi zuby za použití lžice.

Hodnocení:

Pacientka v době klidového režimu měla zajištěny základní biologické potřeby a sama se pak aktivně podílela na jejich saturaci. Po odeznění klidového režimu byla soběstačná v základních sebeobslužných činnostech.

- **Únava z důvodu operačního zákroku projevující se spánkem přes den**

Cíl:

- Pacientka udává zvýšenou psychickou i fyzickou kondici v následujících dnech

Plán:

- Zjistit všechny příčiny vyvolávající současný stav
- Zajistit pacientce dostatečný odpočinek a spánek
- Sledovat podmínky zevního prostředí, které ovlivňují únavu
- Minimalizovat rušivé podněty (zima, teplo, světlo ...)
- Sledovat vedlejší účinky podávaných léků

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu byla Týna uložena na JIP, kde byla sledována po dobu čtyř dnů. 0. pooperační den Týna ve večerních hodinách opakovaně zvracela. Nevolnost a pocit na zvracení se dostavil i v nočních hodinách. Dále se Týna v noci budila na toaletu a pro pocit žízně. V případě jakékoliv potřeby jsem byla Týně vždy k dispozici (potřeba jít na toaletu, změna polohy lůžka, zajištění další přikrývky z důvodu pocitu chladu aj.). V rámci farmakologické terapie jsem pátrala po vedlejších účincích podávaných léků a informovala jsem ošetřujícího lékaře. Dbala jsem na to, aby Týna měla čisté a pohodlné lůžko. Veškeré potřebné pomůcky jsem Týně zajistila na dosah ruky včetně signalizačního zařízení. Pokud Týna pospávala v průběhu dne, zbytečně jsem jí nezatěžovala a plně respektovala její čas na odpočinek.

Hodnocení:

4. pooperační den Týna prostřednictvím matky sdělovala nárůst fyzické i psychické energie. Přes den sledovala TV na pokoji a četla komiksy. V noci spala klidně.

- **Riziko sníženého příjmu tekutin z důvodu operační rány v orofaciální oblasti**

Cíl:

- Pacientka je dostatečně hydratována (sliznice vlhké, kožní turgor bez snížení, příjem a výdej tekutin je vyrovnaný, normální fyziologické funkce)
- Pacientka přijme denně cca 2 l tekutin per os
- Pacientka nemá pocit žízně

Plán:

- Vysvětlit význam dodržování pitného režimu
- Zajistit dostatek tekutin k lůžku
- Neustále nabízet tekutiny
- Sledovat ztráty tekutin potem, dechem, zvracením ...
- Sledovat bilanci tekutin a provádět záznam do ošetrovatelské dokumentace
- Sledovat fyziologické funkce a tělesné známky dehydratace
- Informovat pacienta (zákonného zástupce) o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin
- Informovat lékaře v případě nedostatečného příjmu tekutin per os a podle jeho ordinací zajistit intravenózní aplikaci roztoků elektrolytů

Realizace:

Bezprostředně po operačním výkonu byly Týně podle ordinace ošetřujícího lékaře podány tekutiny parenterálně. Od 14.30 hodin přijímala Týna tekutiny per os. K dispozici měla konvici s ovocným čajem. Týně přes matku bylo vysvětleno, že je třeba pít pozvolna a častěji, z důvodu možné nevolnosti a zvracení. Tekutiny per os byly Týně aktivně nabízeny jak ze strany ošetrovatelského personálu, tak ze strany matky. Týně bylo třeba pomoci s příjmem tekutin, protože nebyla schopna pít klasicky ze sklenky pro operační ránu v dutině ústní. Hledaly jsme alternativní cesty příjmu tekutin per os, které by nejvíce vyhovovaly. Tekutiny zpočátku byly nabízeny pomocí injekční stříkačky, později, po ústupu otoku dolního rtu, pomocí brčka. Poukázala jsem na nutnost dostatečného příjmu tekutin, jakož i na důsledky nedostatečného příjmu tekutin. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin a prováděla záznamy do ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem ke zvýšeným ztrátám tekutin zvracením v 0. pooperační den ve večerních hodinách a 1. pooperační den v ranních hodinách byly Týně podle ordinace lékaře aplikovány intravenózně roztoky elektrolytů. Sledovala jsem fyziologické funkce, kožní turgor, stav sliznic a kůže – bez známek dehydratace.

Hodnocení:

Cíl se mi podařilo splnit, pacientka denně přijala 2 l tekutin per os, pocit žízně neměla.



- **Riziko sníženého příjmu stravy z důvodu nemožnosti otvírání úst vlivem intermaxilární fixace**

Cíl:

- Ztráta tělesné hmotnosti při dodržování zásad správné výživy neklesne pod 2 kg výchozí váhy před operací, a to po celou dobu hospitalizace
- Váhový úbytek po dobu intermaxilární fixace neklesne pod 4 kg výchozí hmotnosti před operací

Plán:

- Zjistit stav výživy a zajistit nutriční intervenci
- Zajistit pacientce vhodnou dietu dle ordinace lékaře
- Zaznamenávat hmotnost pacientky
- Sledovat denní příjem stravy a provádět písemné záznamy
- Poskytnout pomoc při hledání alternativního způsobu přijímání stravy
- Vysvětlit význam dietního opatření v souvislosti s rigidní intermaxilární fixací

Realizace:

V rámci ošetřovatelské anamnézy jsem zjistila, že stav výživy dle nutričního skóre pro pediatrického pacienta je přiměřený, viz Příloha č. 7 – 9. Jelikož byla u Týny plánovaná rigidní intermaxilární fixace, vysvětlila jsem v den příjmu význam dietního opatření, které spočívá v tekuté mixované stravě. Takto upravenou stravu je potřeba dodržovat

po celou dobu kostního hojení, tedy po celou dobu mezičelistní fixace. Zároveň jsem upozornila na možný váhový úbytek po operačním zákroku, který může být během prvních čtrnácti dnů až 4 kg s tím, že se v dalších týdnech váhová ztráta bude zmenšovat až se postupně při ukončení léčby tělesná váha upraví do původního stavu. Po operačním zákroku jsem stravu zajistila prostřednictvím dietního nemocničního systému, kdy ošetřující lékař ordinoval dietu „ZO“ (zubní operanti). Na základě skórovacího pediatrického nutričního rizika, kdy vlivem operačního zákroku se nutriční riziko posunulo do skupiny, kdy je nutná nutriční intervence, jsem zajistila Týně po dohodě s ošetřujícím lékařem konzultace nutričním terapeutem. Tím pak byla sledována po celou dobu hospitalizace. V době, kdy Týna přijímala stravu, jsem jí pomáhala společně s její matkou v nalezení nejlepšího způsobu stravování, který by byla schopna akceptovat a později sama používat. Zprvu bylo třeba Týnu zvýšeně psychicky podporovat, neboť během stravování docházelo ke zvýšenému vytékání

stravy z dutiny ústní. Proto jsem kladla důraz na to, aby se na Týnu v průběhu jídla nespěchalo a jednotlivé dávky stravy byly podávány v menším množství a častěji. Stravu jsme Týně nabízely nejprve pomocí injekční stříkačky, vyzkoušely jsme techniku pomocí brčka a nakonec Týna srkala stravu mezi zuby pomocí lžice. Veškerý příjem stravy jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace a získané informace předávala ošetřujícímu lékaři a nutričnímu terapeutovi.

Hodnocení:

Váhový úbytek 3. pooperační den činil 1 kg z výchozí váhy 56 kg. Váhový úbytek po dobu zavedení intermaxilární fixace nelze hodnotit, neboť se jedná o dlouhodobý cíl.

- **Riziko infekce a krvácení z důvodu operační rány v dutině ústní**

Cíl:

- Nedojde ke vzniku infekce a rozpadu operační rány, krvácení z operační rány nenastane

Plán:

- Při ošetřování dutiny ústní používat sterilní pomůcky a nástroje
- Znat místo operační rány, a těmto místům se při sprejování vyhnout
- Edukovat v oblasti hygienických zásad
- Sledovat projevy krvácení z operační rány
- Informovat lékaře v případě nežádoucích změn v oblasti orofaciální
- Spolupracovat s lékařem při vyšetření a ošetření operační rány
- Podávat antibiotika a hemostatika podle ordinace lékaře
- Zajistit ostatní lékařské intervence (antiseptické výplachy dutiny ústní, ledové obklady aj.)

Realizace:

Po příjezdu z operačního sálu byla intenzivně sledována operační rána, která byla lokalizována v horní části vestibula dutiny ústní. Pozornost byla zpočátku zaměřena na pooperační krvácení a účinek podávaných hemostatik podle ordinace lékaře. V rámci lékařských intervencí jsem přikládala na operovanou oblast obličeje ledové obklady, vysvětlila jsem Týně přes matku, jak postupovat při ordinovaných výplachích dutiny ústní pomocí roztoku heřmánku. Při sprejování dutiny ústní antiseptickým roztokem, podle ordinace lékaře, jsem postupovala tak, abych se vyhnula operačnímu šití rány Vicrylem, jako prevence dehiscence rány. Při ošetřování dutiny ústní jsem vždy

používala sterilní pomůcky a nástroje. V rámci preventivních opatření před infekcí jsem poučila Týnu přes matku o dodržování zásad osobní hygieny. Z dalších lékařských preventivních intervencí jsem v pravidelných časových intervalech podávala intravenózně antibiotika a sledovala jejich případný nežádoucí účinek. 1. pooperační den jsem asistovala lékaři při nasazení rigidní intermaxilární fixace na zubařském křesle s použitím sterilních nástrojů a materiálu k drátování.

Hodnocení:

Operační rána se hojila per primam, pooperační krvácení bylo příznivě ovlivněno medikamentózní léčbou podle ordinace lékaře, krvácení z operační rány nebylo silné a Týna nebyla ohrožena ztrátou krve.

- **Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru**

Cíl:

- Během hospitalizace nedojde ke vzniku infekce

Plán:

- Vysvětlit význam zavedení periferního žilního katétru
- Při manipulaci s periferním žilním katétrem postupovat podle zásad bariérové ošetrovatelské péče
- Sledovat subjektivní pocity spojené se zavedením periferního žilního katétru
- Aseptický převaz vstupů dle použitého krytí
- Denně sledovat místní a celkové projevy infekce
- V případě nežádoucích účinků odstranit periferní žilní katétr, zkontrolovat celistvost katétru
- Informovat ošetrujícího lékaře

Realizace:

Týna měla na operačním sále zavedeny dva periferní žilní katétrů na dorsu pravé ruky. Týně jsem vysvětlila přes matku význam zavedení periferních žilních katétrů a pravděpodobnou dobu zavedení. Při manipulaci s PŽK jsem postupovala tak, abych zabránila vstupu a rozvoji infekce v místě jejich zavedení. Sledovala jsem místo vstupu a okolí, rovněž subjektivní pocity spojené se zavedením a s aplikací intravenózních medikamentů, podle ordinace lékaře. Vizuelní kontrolu jsem činila přes sterilní transparentní krytí Euroderm. Denně jsem pak zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace objektivní a subjektivní hodnocení spojené se zavedením PŽK, rovněž

jsem vedla záznam o časové délce zavedených invazivních vstupů. K dalším ošetrovatelským intervencím patřila péče o průchodnost PŽK, kdy jsem zajišťovala průchodnost fyziologickým roztokem, a mezi jednotlivými aplikacemi intravenózních léků, uzávěrem heparinovou zátkou podle daného metodického pokynu .

Hodnocení:

1. pooperační den byl odstraněn jeden PŽK po skončení kontinuální aplikace Morfinu přes Surefuser, místo vpichu bylo bez infekce, katétr byl po dekanylaci celistvý; druhý PŽK byl zaveden po dobu čtyř dnů, po celou dobu byl funkční, bez známek místní infekce, subjektivně PŽK vyhovoval.

### **3.4 Edukace**

Po celou dobu hospitalizace byla Týna a její matka edukována průběžně jak v oblasti ošetrovatelské péče, tak v oblasti diagnostické a terapeutické péče jednotlivými zdravotnickými pracovníky. Pro domácí péči bylo nezbytné edukovat matku o rigidní intermaxilární fixaci u Týny, která byla plánovaná na dobu 6 až 8 týdnů. Edukace spočívala v řádném vysvětlení toho, jak postupovat při zrušení intermaxilární fixace v případě ohrožení života, jako je například zvracení, epileptický záchvat. Ošetřujícím lékařem byla provedena, respektive naznačena ukázka toho, jak a kde provést zrušení drátěné vazby u Týny pomocí štípacích kleští na drát. Tyto štípací kleště měla Týna ve své bezprostřední blízkosti po celou dobu hospitalizace pro případ okamžitého použití. Stejně tak jsem vysvětlila matce, že je nutné mít tyto speciální kleště stále k dispozici i v domácím prostředí, případně kdekoliv jinde. Vzhledem k tomu, že Týna měla předepsanou tekutou mixovanou stravu, kterou bylo třeba dodržovat i v průběhu domácího ošetrování, poskytla jsem matce tištěný materiál s navrženým rámcovým jídelníčkem a poznámkami o přípravě tekuté mixované stravy, viz Příloha č. 12. Zároveň jsem matku informovala o popíjení Nutridrinků jako doplňku tekuté mixované stravy a možnost zvýšení kalorického rázu stravy.

### 3.5 Ošetřovatelský závěr a prognóza

Ošetřovala jsem čtrnáctiletou pacientku, která podstoupila plánovanou korekční operaci čelistní anomálie typu prognathia. Vzhledem k základnímu onemocnění surditas totalis bilateralis (praktická hluchota) byla pacientka hospitalizována společně s matkou. Pacientce jsem poskytla ošetřovatelskou péči v oblasti jak biologických potřeb, tak psychosociálních potřeb. Většinu identifikovaných ošetřovatelských problémů se podařilo vyřešit, kdy nemalý podíl na úspěšném výsledku ošetřovatelské péče měla matka pacientky, která poskytovala své dceři po celou dobu hospitalizace nejen získané informace, ale i pocit bezpečí, jistoty a lásky.

Mezi hlavní ošetřovatelské problémy z pohledu subjektivního i z pohledu objektivního patřila diagnóza „Porucha verbální komunikace z důvodu kongenitální sluchové vady projevující se nesrozumitelnou řečí a znakovou řečí“. Zpočátku pacientka projevovala ostych a strach z toho, že se nedorozumí, ale v poměrně krátkém čase i tato bariéra byla překonána, a to získáním důvěry v nové prostředí a v nové lidi.

Pacientka byla velmi zvědavá a měla zájem na brzké úzdavě, který projevovala spoluprací na ošetřovatelské péči, zvláště pak při péči o dutinu ústní včetně chrupu.

V rámci ošetřovatelských intervencí jsem věnovala pozornost i matce pacientky, a to prostřednictvím komunikace, která byla velmi pozitivní a příjemná.

Prognóza z pohledu ošetřovatelského se jevila příznivě, neboť pacientka měla velký zájem na pozitivním výsledku léčby jak po stránce estetické, tak po stránce funkční. Vzhledem k tomu, že pacientka měla plánovanou rigidní intermaxilární fixaci na dobu 6 až 8 týdnů bylo třeba, aby pacientka zvládala péči o dutinu ústní a alternativní způsob příjmu stravy a tekutin per os, což před propuštěním do domácího prostředí byla schopna činit bez pomoci druhých. Prognosticky významná zde byla rovněž péče o Týnu v domácím prostředí, a to především z pohledu zrušení intermaxilární fixace v případě ohrožení života. V tomto případě nebyl zásadní problém poskytnout pacientce péči v domácím prostředí, neboť zákonný zástupce (v našem případě matka) trvale a celodenně pečovala o osobu blízkou – dceru. Postup zrušení intermaxilární fixace matka chápala a věděla jak postupovat.

## 4 Seznam použitých zkratk

ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
BOP	bariérová ošetrovatelská péče
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
DMO	dětská mozková obrna
F	frontální
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
HCD	horní cesty dýchací
IMF	intermaxilární fixace
JIP	jednotka intenzivní péče
LMD	lehká mozková dysfunkce
MR	magnetická rezonance
n.V	nervus trigeminus
n.VII	nervus facialis
NGS	nasogastrická sonda
NTI	nasotracheální intubace
P	parietální
PC	počítač
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgen
Stp.	stav po
TAT	vakcína proti tetanu
t.č.	toho času
VAS	vizuální analogová škála
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

## 5 Přílohy

Příloha č. 1	Angleova klasifikace mezičelistních anomálií
Příloha č. 2	Profilové typy obličeje a telerengenový snímek hlavy v boční projekci a analýza úhlových parametrů
Příloha č. 3	Intermaxilární fixace drátěnými dlahami podle Sauera
Příloha č. 4	Chirurgická korekce maxilární prognatie
Příloha č. 5	Vstupní ošetřovatelský záznam (s. 1 – 10)
Příloha č. 6	VAS – vizuální analogová škála
Příloha č. 7	Dětské nutriční skóre
Příloha č. 8	Střední obvod paže, dívky, 2-18 r.
Příloha č. 9	Hmotnost k výšce, dívky, 3-14.5 r.
Příloha č. 10	Modifikovaný test soběstačnosti
Příloha č. 11	Tabulka k hodnocení rizika pádu
Příloha č. 12	Rámcový jídelníček pro mixovanou stravu (s. 1 – 2)
Příloha č. 13	Plán ošetřovatelské péče

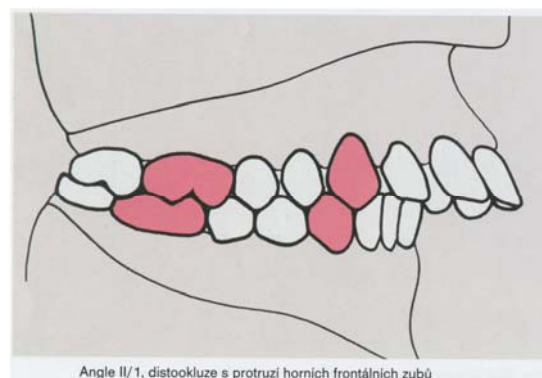
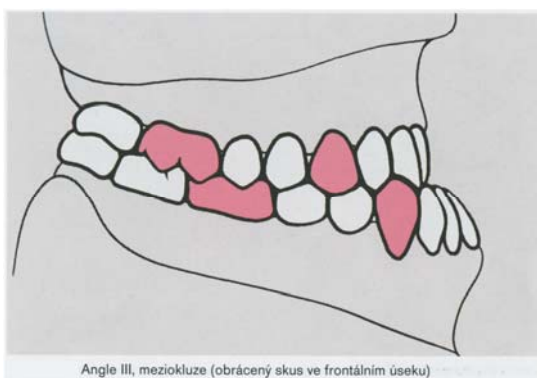
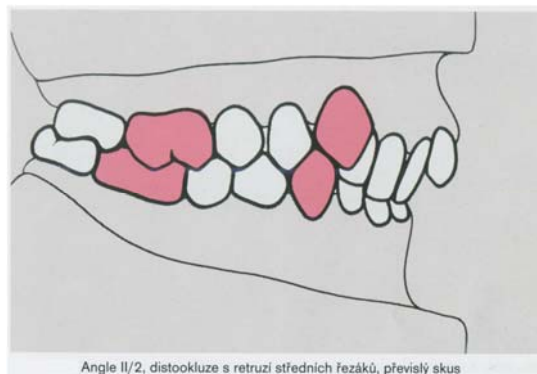
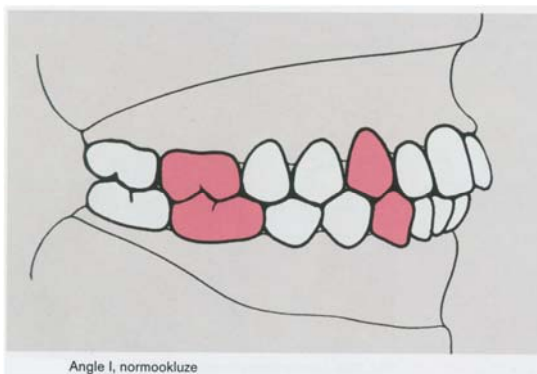
## 6 Použitá literatura

- 1) BULIK, O.; PETR, J. Komplexní ortodonticko-chirurgická terapie čelistních anomálií. *Ortodoncie* [online]. 2001, roč. 10, č. 2 [cit. 2007-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.orthodont-cz.cz/www/casopis/cely/orto0102.pdf>>. ISSN 1210-4272.
- 2) ČERVINKOVÁ, E. a kolektiv. *Ošetrovatelské diagnózy*. 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-303-1.
- 3) DOENGES MARILYNN, E.; MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vydání Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 4) HAVLENOVÁ, K.; KRÝDOVÁ, L. Péče o pacienta po korekční operaci obličejového skeletu. *Sestra*, 2007, roč.17, č. 2, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
- 5) KUFNER, J.; URBAN, F. *Chirurgie čelistních a obličejových anomálií*. 1. vydání Praha: Avicenum, 1981.
- 6) MACHOŇ, V.; BULIK, O.; ČÁSLAVA, T. Zhodnocení výsledků ortognátních operací. *Ortodoncie* [online]. 2003, roč. 12, č. 3 [cit. 2007-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.orthodont-cz.cz/www/casopis/cely/orto0303.pdf>>. ISSN 1210-272.
- 7) MACHYTKOVÁ, G. Velký incizální schůdek. *Ortodoncie* [online]. 2005, roč. 14, č. 1 [cit. 2007-02-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.orthodont-cz.cz/www/casopis/cely/orto0501.pdf>>. ISSN 1210-272.
- 8) MAZÁNEK, J. a kolektiv. *Stomatologie – minimum pro praxi*. 1. vydání Praha: Triton s.r.o., 1999. ISBN 80-7254-032-7.
- 9) MAZÁNEK, J.; URBAN, F. a kolektiv. *Stomatologické repetitorium*. 1. vydání Praha: Grada Publishing a. s., 2003. ISBN 80-7169-824-5.
- 10) MERGLOVÁ, V. a kolektiv. *Stomatologie pro studující bakalářských oborů lékařské fakulty*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0094-3.
- 11) RAMBA, J. *Slavné české lebky. Antropologicko-lékařské nálezy jako pomocníci historie*. 1. vydání Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-325-7.
- 12) SUCHOPÁR, J. a kolektiv. *Remedia compendium*. 2. vydání Praha 2: Panax, 1997. ISBN 80-902126-3-8.
- 13) TOMAN, J. *Ústní a čelistní chirurgie*. 1. vydání Praha: Avicenum, 1972.

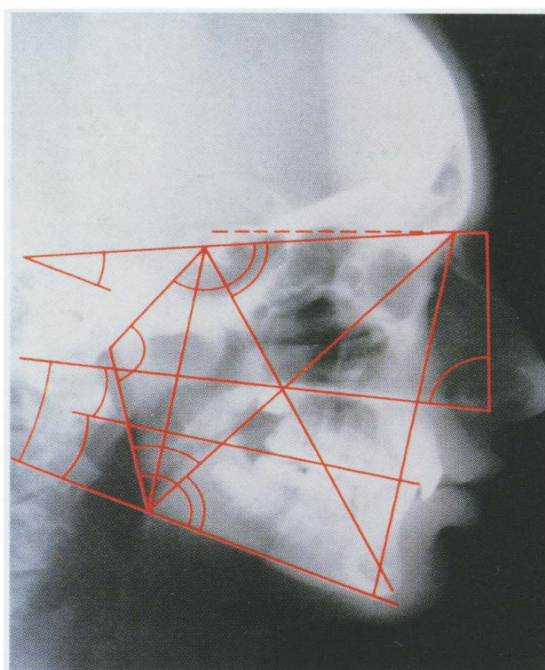
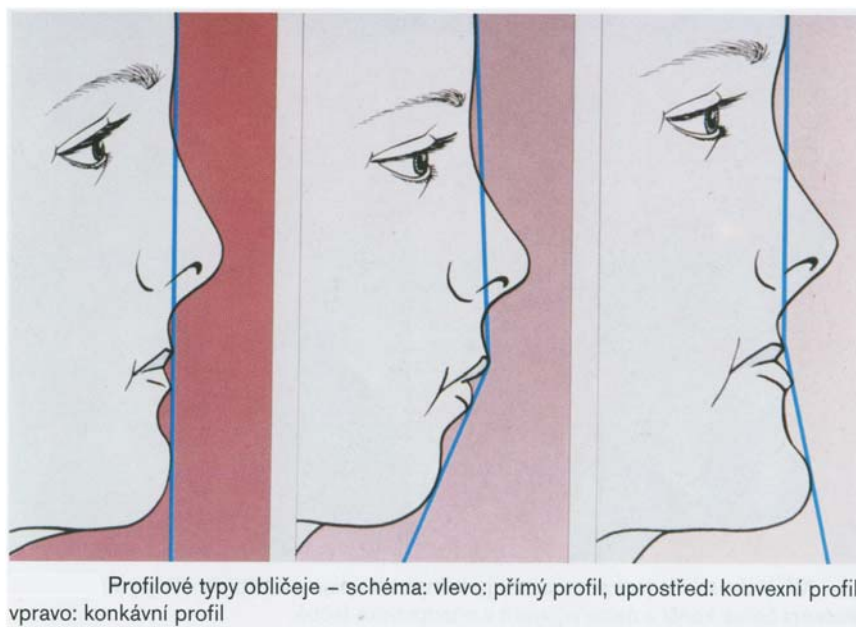


14) ZEMAN, M. a kolektiv. *Speciální chirurgie*. 2. vydání Praha: Galén, 2004.  
ISBN 80-7262-260-9.

## Příloha č. 1 – Angleova klasifikace mezičelistních anomálií



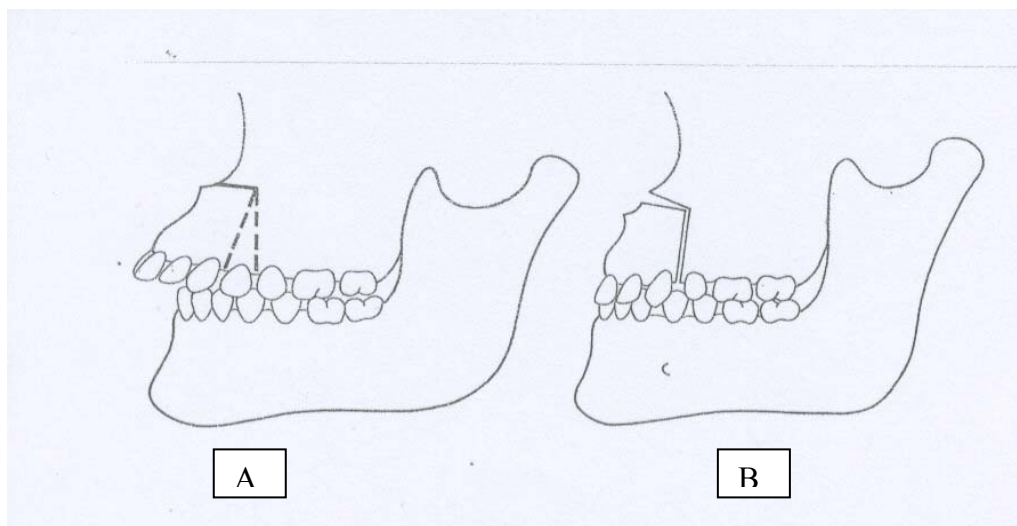
**Příloha č. 2 – Profilové typy obličeje a telerengenový snímek hlavy  
v boční projekci a analýza úhlových parametrů**



**Příloha č. 3 – Intermaxilární fixace drátěnými dlahami podle Sauera**



#### Příloha č. 4 – Chirurgická korekce maxilární prognatie



- A) Čárkovaně je vyznačeno vytěžení kosti
- B) Úprava okluze sklopením mobilizované části

## Příloha č. 5 (s. 1-10) – Vstupní ošetřovatelský záznam

Ústav teorie a praxe ošetravatelství. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

### Vstupní ošetřovatelský záznam

(materiál k nácvičku ošetřovatelského procesu)

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

Oslovení: *Týna*.....Pojišťovna: *111*.....

Rodné číslo.(nevyplňuj): *92 56 29/*.....Povolání: *žákyně*.....

Věk : *14 let* .....Vzdělání: *žákyně 7. ročníku ZŠ pro sluchově postižené*

Vyznání: *ateista*.....

Adresa: *Olšanská 7, Praha 3* .....Telefon: *xxx*.....

Osoba, kterou lze kontaktovat: *matka P. M., otec R. M.*.....

Datum přijetí: *15.11. 2006*

Hlavní důvod přijetí: *Pacientka přijata ke korekční operaci prognathie (maxilectomie v linii le Fort I. a extrakce zubů 14, 24)*

Lékařská diagnóza:

*1 Prognathia maxillae*.....

*2 DMO*.....

*3 LMD*.....

*4 Surditas totalis bilateralis*.....

*5 Strabismus LO – stp. operaci*.....

*6 Stp. meningoencephalitis*.....

*7 Epilepsie (t.č. kompenzovaná, bez léčby)*.....

Jak je nemocný informován o své diagnóze ? *Zákonný zástupce (matka) i pacientka informováni ústně a demonstrací na sádrovém odlitku čelistí*.....

Osobní anamnéza: *Z 1. rizikové gravidity, porod v termínu (3050 g/50 cm), spontánní, záhlavím, nekříšena, očkování dle harmonogramu, 2001 –operace pro strabismus LO, 2002 – zlomená pravá noha, 2005 – hospitalizace pro meningoencephalitis, epileptické záchvaty do 10 let.*.....

Rodinná anamnéza: *Matka migrény, otec po mozkové mrtvici*.....

Vyšetření: *Laboratorní vyšetření (biochemie, KO, KS, Quick, APTT), RTG, sádrové odlitky čelistí, fotodokumentace*

Terapie: *Bez trvalé medikace* .....

Dispenzarizována na neurologii, ORL, FNKV (ortodontie stomatologické kliniky) .....

Nemocný má u sebe tyto léky: *U sebe nemá žádné léky.*

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

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

nikotinismus	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	pokud ano, kolik denně	
alkoholismus	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano		
drogy	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	pokud ano, jaké a jak dlouho	
alergie :	jídlo	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	pokud ano, které
	léky	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	pokud ano, které
	jiné	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano	pokud ano, na co

dekubity (změř) : *bez rizika*

pneumonie (změř): *bez rizika*

Důležité informace o stavu nemocného: *Pacientka neslyšící, na pravém uchu sluchadlo, slyší pouze orientačně zvuky, používá znakovou řeč. Hospitalizace společně s matkou. Komunikace převážně přes matku.*

### **Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:**

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? *Očekává, že už nebude mít předkus. Chce se líbit.*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc ? *Odpovídá matka: „to se někdy stává“.*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života ? Pokud ano, jak ? *Odpovídá matka: „společenský život, reakce okolí, když Týna přicházela ze školy domů měla na chrupu ztvrdlé a špatně odstranitelné jídlo, dále Týnu obtěžuje nekontrolovatelné vytékání slin z úst“.*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane ? *Náprava, schopnost zavření úst.*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici ? *Dle matky Týna je ráda v nemocnici, záleží na okolí jak ji vnímá.*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *10 dnů*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ? *ano*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu ? *ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *Problém s komunikací.*

upřesněte : *Dle matky má Týna obavy z toho, že po operačním výkonu může být přeložena na ARO po dobu nezbytně nutnou, kde nebude mít maminku a ona se bez ní nedomluví. Týna sama reaguje: „ARO ne“.*

**Stupeň soběstačnosti** (je-li porušena, změřte stupeň poruchy): *Modifikovaný test soběstačnosti: Týna je soběstačná ve všech základních sebeobslužných činnostech, v oblasti verbální komunikace je zcela závislá na matce vzhledem k vrozené sluchové vadě (paraktická hluchota).*

### **Komunikace:**

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



## Hodnocení nemocného

### 1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ? *ano*

pokud ano, upřesněte : *Dle údajů matky : „ vytékání slin z úst“...*

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

*ano*

pokud ano, upřesněte „ vytékání slin“ .....

jak dlouho ? *cca 2 roky*

- Na čem je vaše bolest závislá ? .....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? *pravidelné sledování na ortodoncii*

- Kde pociťujete bolest? .....

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

*Dle matky operační výkon . Pokud Týna bude mít bolesti, tak přítomnost matky a léky proti bolesti.*

#### **Objektivní hodnocení sestry :**

*Pocit pohodlí (lůžko, teplo): Týna je na dvoulůžkovém pokoji s maminkou, k dispozici mají samostatné WC a sprchu.*

*Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): Týna na otázku „bolí“ reaguje rukou, že ne. Dle VAS ozanačila stupeň 0. Objektivně toho času Týně sliny z dutiny ústní nevytékají. Nesignalizuje známky bolesti.*

### 2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

*ne*

pokud ano, upřesněte .....

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

*ne*

pokud ano, upřesněte .....

Jak jste je zvládal ?

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

*ne*

pokud ano, co by vám pomohlo ? .....

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

*ne*

pokud ano, zvládnete to ? .....

- Kouříte ?

*ne*

pokud ano, kolik ?

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

*Dýchání ústy, bez dušnosti, dechová frekvence 21/min, dýchání pravidelné, bez cyanózy, nekašle, bez sekrece z dutiny nosní.*

### 3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? *ano*
- Potřebujete pomoc při mytí ? *ano (doma vyžaduje pomoc při mytí vlasů)*
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? *ne*
- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? *ne*
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete ?  
*ráno*  
*odpoledne*  
*večer*  
*kdykoliv*

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

*Týna je upravená , má dlouhé vlasy, které jí sahají až k bederní krajině. Nehty na rukách a nohách jsou zkráceny. Týna je soběstačná v osobní hygieně.*

### 4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži ?..... *ne*
- Máte obvykle kůži *suchou* *mastnou* *normální*
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť ? *Excipiál U lipolotio po každém koupání.*
- Svědí vás kůže ? ..... *ne*

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

*Sliznice rtů suší, nejsou patrné známky popraskání. Kůže má charakter suššího vzhledu. Jizva na pravé ruce v oblasti palce, vybledlá, velikosti cca 5cm. Jinak bez hematomů, opruzenin, otoků, bez operační rány.*

### 5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup ? *chrup stálý, sanovaný*
  - Máte zubní protézu ? *bez zubní protézy*
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže ? *ano*  
*pokud ano, upřesněte nakusování spodního rtu*
  - Máte rozbolavělá ústa ? *ne*  
*pokud ano, ruší vás to při jídle ?* *ne*
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *přiměřenou*
- c) Změnila se vaše váha v poslední době ?  
*vyšší (o kolik ?)....*  
*..... ne*



## 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? *1x denně*
- Máte obvykle normální stolicí
  - zácpu
  - průjem
- Kdy se obvykle vyprázdňujete? *ráno*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ..... *ne*
  - pokud ano, co to je ?.....
- Berete si projímadlo ? nikdy
  - priležitostně
  - často
  - pravidelně
  
- Máte nyní problémy se stolicí ? ..... *ne*
  - pokud ano, jak by se daly řešit ? .....

Objektivní hodnocení sestry: *Týna se vyprazdňuje samostatně na WC. Stolice dle Týny byla naposledy včera, nebyla řídká (průjmovitá).*

## 8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ? ..... *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? ..... *ne*
  - pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: *Týna chodí samostatně na WC. Nemá bolest ani jiné nepříjemné pocity spojené s močením. Dle údajů matky nepozoruje, že by chodila Týna častěji na toaletu, v noci se nebudí.*

## 9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ?..... *ano*
  - pokud ano, upřesněte *pravostranná hemiparéza, zakopává*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ..... *ano*
  - pokud ano, upřesněte *při únavě zhoršená rovnováha , zakopává i na rovině*.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?..... *ne*
  - pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ..... *ne*

pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: *Týna při chůzi udržuje stabilitu. Pravý bok se jeví mírně zvýšený. Při chůzi má tendenci šoupat nohama. Na nohách má pantofle. Jemná motorika na pravé ruce vážne. Při psaní používá levou ruku. Skóre podle tabulky „rizika pádu“ činí dva.*

## 10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ..... *ano*  
pokud ano, upřesněte ..... *krátkozrakost, tupozrakost*  
*(strabismus LO , 9 letech*  
*operace na oční klinice VFN)*
- Nosíte brýle ? ..... *ne*  
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? ..... *ne (praktická hluchota)*  
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ..... *ano*  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ? *znaková řeč, odezírání, komunikace přes*  
*matku* .....

Objektivní hodnocení sestry: *Týna je hluchoněmá. Používá digitální sluchadlo na pravé ucho. Reaguje na jméno, na jednoslovné výrazy, odpoví i bez odezírání. Slovní projevy jsou nesrozumitelné. Používá znakovou řeč. Čte, sleduje TV, pracuje s PC bez optických pomůcek.*

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *Týna navštěvuje ZŠ pro sluchově postižené.*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ..... *ne*
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ..... *ano*  
pokud ano, upřesněte ..... *cviky na míči*
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ..... *ano*
- Co děláte rád ve volném čase ? *TV, PC, společenské hry s maminkou*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *TV, PC, čtení komiksů, kreslení, dle matky Týna ráda sleduje filmy jako je Pán prstenů, Trója aj.*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *TV na pokoji*

Objektivní hodnocení sestry: *Týna je psychicky i fyzicky dobře komponována.*

## 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? ..... *10 hodin*
- Máte doma potíže se spánkem ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte .....
- Kolik hodin obvykle spíte? ..... *8 hodin*
- Usínáte obvykle těžko ? ..... *ne*



## 15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete ? *s matkou a otcem*.....
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk ? *maminka* .....
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *matka, otec* ....
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu ? .....
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat ? *rodiče, prarodiče*.....
- Je na vás někdo závislý ? .....
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit ? *Dle matky očekávají problémy s příjmem stravy z důvodu plánované rigidní fixace čelistí*.....
- Kdo se o vás může postarat ? *Starat se o Týnu bude maminka, která je v domácnosti (péče o osobu blízkou)*.....

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..). *Týna žije ve společné domácnosti s matkou a otcem. Má nevlastní sestru (22 let) z otcovy strany, která žije v Anglii. Rodina vlastní tři kočky, které žijí s nimi v bytě 3+1. Týna má vlastní pokoj. Otec pracuje jako truhlář u soukromé firmy. Rodina nevládní automobil. Tatínek toho času v lázních. Kontakt s otcem, po dobu hospitalizace, telefonický prostřednictvím matky. Tatínek Týny neumí znakovou řeč.*

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

### Souhrnné hodnocení

**Shrnutí závěrů** důležitých pro ošetrovatelskou péči

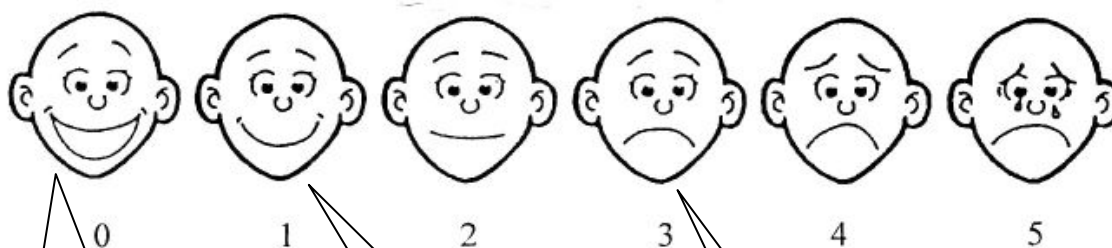
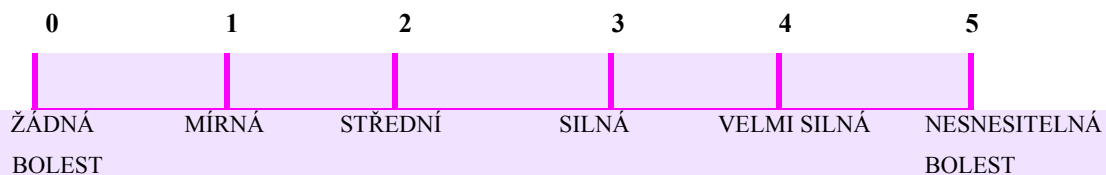
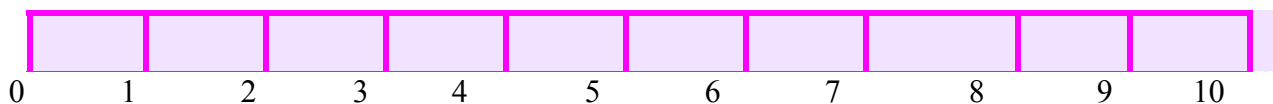
- *Porucha verbální komunikace z důvodu kongenitální sluchové vady projevující se nesrozumitelnou řečí, znakovou řečí*
- *Strach z odloučení od matky z důvodu možné hospitalizace na ARO projevující se vyjádřením „ARO ne“*
- *Narušené sebepojetí z důvodu předkusu projevující se výrazy „chci se libit“*
- *Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiparézy a pádů v anamnéze*

## Příloha č. 6 – Vizuální analogová škála

VAS

VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA

→ SMĚR ZVYŠOVÁNÍ INTENZITY BOLESTI



15/11 2006  
09.30 hod. – hodnocení  
bolesti v den příjmu  
18/11, 19/11 2006  
Týna vybrala tvář, která  
nejlépe popisovala, jak se  
cítila.

17/11 2006  
15.30 hod. – Týna udává  
pokles intenzity bolesti

16/11 2006  
18.30 hod. – Týna udává  
bolest dolní čelisti  
17/11 2006  
10.00 hod. – Týna udává  
bolest spíše oteklého dolního  
rtu



## Příloha č. 7 – Dětské nutriční skóre

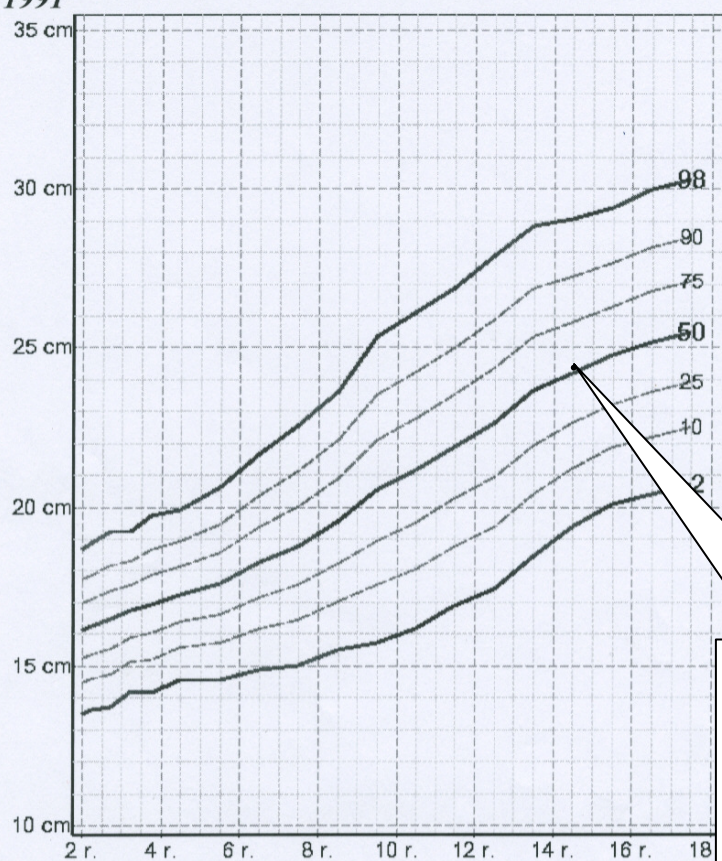
<b>DĚTSKÉ NUTRIČNÍ skóre</b>	
<b>ZÁVAŽNOST ONEMOCNĚNÍ</b>	
<input type="checkbox"/> 0 b. MALÁ	pacient přijatý ke kontrolnímu vyšetření, malý chirurgický výkon, mírná infekce
<input checked="" type="checkbox"/> 1 b. STŘEDNÍ	chronické nedekompenzované onemocnění, středně závažný chirurgický výkon, fraktura, zánětlivé onemocnění střeva
<input type="checkbox"/> 3 b. VELKÁ	akutní dekompenzace chronického onemocnění, větší chirurgické viscerální výkony, výkony na srdci, polytrauma, rozsáhlé popáleniny, závažné infekce, maligní onemocnění, těžké deprese
<b>ZÁTĚŽOVÝ FAKTOR</b>	
<input type="checkbox"/> 0 b. ŽÁDNÝ	
<input type="checkbox"/> 1 b. STŘEDNÍ	nebo INTENZIVNÍ BOLEST nebo MÉNĚ NEŽ POLOVIČNÍ PŘÍJEM POTRAVY PŘED HOSPITALIZACÍ
<input type="checkbox"/> 1 b.	hodnota percentilů OP nebo H/V < 10 nebo > 90 / H = hmotnost; V = výška; OP = střední obvod nedominantní paže
<b>NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ ZÁVAŽNOST ONEMOCNĚNÍ + ZÁTĚŽOVÝ FAKTOR /</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 0 – 1 b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE
<input type="checkbox"/> 2 – 3 b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU
<input type="checkbox"/> 4 – 5 b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE ( nutriční terapeutkou nebo nutričním lékařem )

Hodnocení nutričního rizika v den příjmu (15.11.2006) – „1 b.“

Hodnocení nutričního rizika 0. pooperační den (16.11.2006) – „2 b.“ (operační rána v dutině ústní, bolest, od 1. pooperačního dne zavedena intermaxilární fixace)

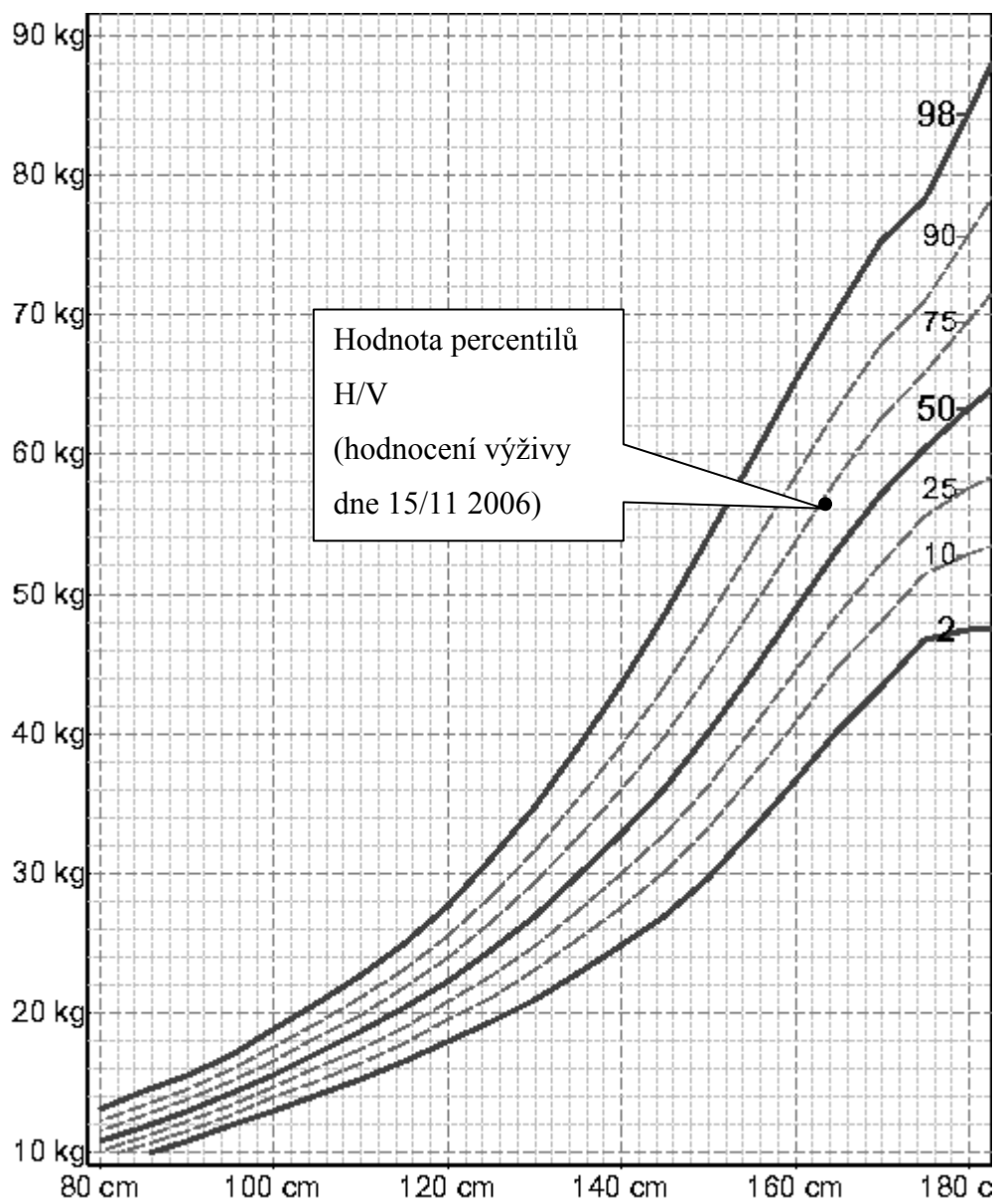
## Příloha č. 8 – Střední obvod paže, dívky, 2 – 18 r.

Střední obvod paže, dívky, 2 - 18 r.  
CAV 1991

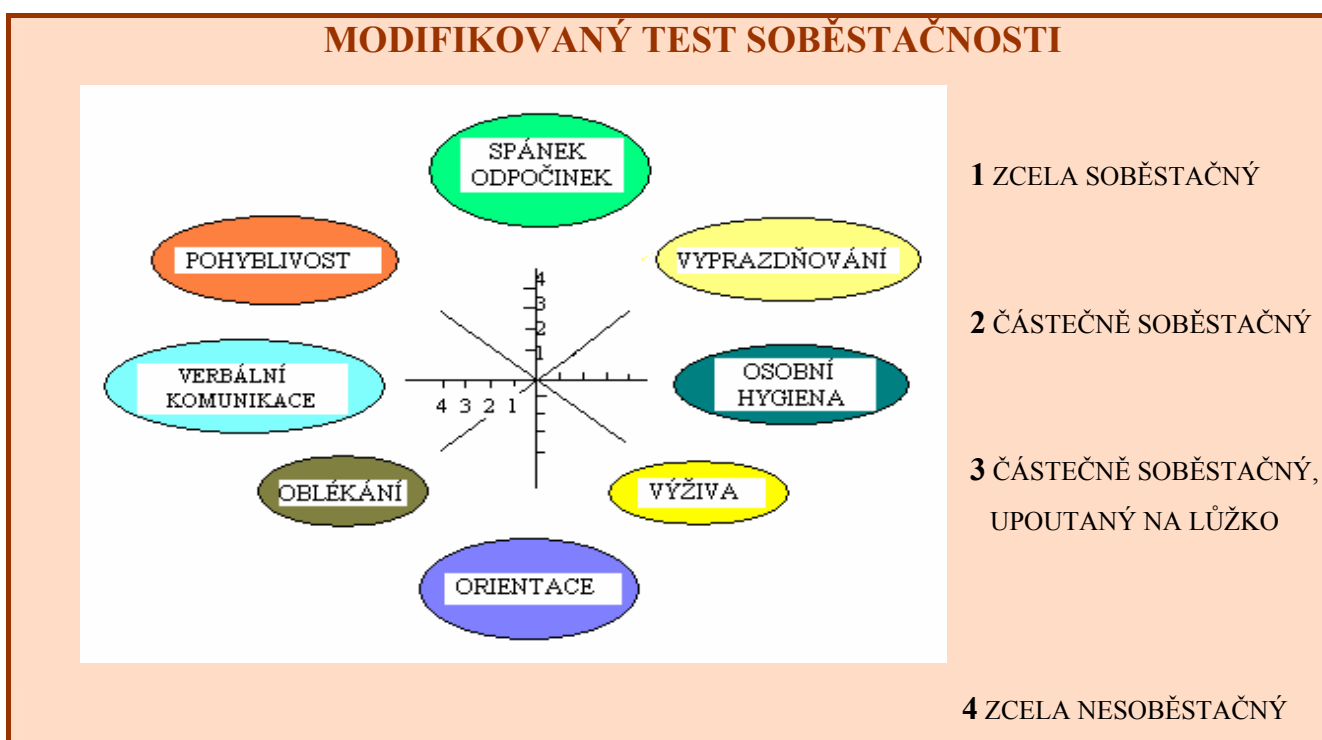


Hodnota percentilů  
OP  
(hodnocení výživy  
dne 15/11 2006)

### Příloha č. 9 – Hmotnost k výšce, dívky, 3 – 14.5 r.



## Příloha č. 10 – Modifikovaný test soběstačnosti



15/11 2006 – Týna je soběstačná v základních sebeobslužných činnostech kromě verbální komunikace, kde prokazuje závislost na matce.

16/11 2006 – Týna je částečně soběstačná v oblasti výživy, osobní hygieny a vyprázdnování vzhledem ke klidovému pooperačnímu režimu na lůžku.

19/11 2006 – Týna je zcela soběstačná v sebeobslužných činnostech, v oblasti verbální komunikace je závislá na matce.

### Příloha č. 11 – Tabulka k hodnocení rizika pádu

POHYB	<i>Neomezený</i>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	SMYSLOVÉ PORUCHY	<i>Žádné</i>	0
	<i>Používá pomůcky</i>	2		<i>Vizuální, smyslové, Smyslový deficit</i>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Potřebuje pomoc k pohybu</i>	1	MENTÁLNÍ STATUS	<i>Orientován</i>	0
	<i>Neschopen přesunu</i>	1		<i>Občasná noční dezorientace</i>	1
VYPRÁZDŇOVÁNÍ	<i>Nevyžaduje pomoc</i>	0 <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Dřívější dezorientace/demence</i>	1
	<i>Nykturie / inkontinence</i>	1	VĚK	<i>18 - 75</i>	0
	<i>Vyžaduje pomoc</i>	1	<i>75 a vyšší</i>	1	
MEDIKACE	<i>Neužívá rizikové léky</i>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	PÁD V ANAMNÉZE		1 <input checked="" type="checkbox"/>
	<i>Užívá následující léky:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Diuretika</i></li> <li>■ <i>Antiepileptika</i></li> <li>■ <i>Antiparkinsonika</i></li> <li>■ <i>Antihyperteziva</i></li> <li>■ <i>Psychotropní látky</i></li> <li>■ <i>Benzodiazepiny</i></li> </ul>	1	CELKOVÉ SKÓRE:  2	Skóre 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Riziko pádu“	

15/11 2006 – Hodnocení rizika pádu v den příjmu v 09.30 hodin, celkové skóre: „2“.

15/11 2006 – Hodnocení rizika pádu v 17.00 hodin vzhledem k večerní premedikaci (benzodiazepiny, smyslová porucha, pád v anamnéze), celkové skóre: „3“.

16/11 2006 – Hodnocení rizika pádu v 17.00 hodin (potřebuje pomoc k pohybu a při vyprázdnování, smyslová porucha, pád v anamnéze), celkové skóre: „4“.

## **Příloha č. 12 (s. 1 – 2) – Rámcový jídelníček pro mixovanou stravu**

Věk:	do 18 roků
SN:	250 ml bílá káva (mléko, kakao) 70 g piškoty (80 g rohlík, 80 g veka, 100g vánočka, 100g loupák, 70 g bábovka)
PŘ:	100g termix (100g ovocný tvaroh, pacholík, bobík, puding, jogurt, 100 g tav. sýr, žerve, lučina) + 100 ml mléka (smetana) (200 g kompot + 60 g piškoty)
OB:	250 ml polévka 70 – 80 g maso (hovězí, vepřové, telecí, kuře, králík, krůta), 10 g tuk (másló, olej) 5 – 10 g mouka na zahuštění 250 g příloha (bramborová kaše, dušená rýže, vařené těstoviny) 200 – 250 ml tekutiny na rozmixování (vývar, mléko) do jídla může být použito 50 – 100 g vařené zeleniny
SV:	100 – 150 g jogurt + 100 g ovocná přesnídávka (podle chuti přisladit) (100 g pacholík + 50 g banán + 100 ml mléko) (100 g tav. sýr + 100 ml mléko)
VE:	stejné množství a kombinace jako u oběda (500 ml sladká instantní kaše řidší, aby prošla mezi zuby)

## **Dieta mixovaná po stomatologických zákrocích**

Jídlo připravujeme jemně rozmixované, hustota se řídí podle možnosti příjmu potravy. Aby jídlo neulpívalo mezi zuby, nesmí v mixované stravě zůstat žádné kousky. Někdy je lépe jídlo propasírovat přes síto.

K rozmixování tuhých potravin používáme mléko, bílou kávu, kakao, smetanu, šlehačku, čaj, vývar z masa nebo zeleniny.

*Pečivo* volíme jemné – piškoty, piškotové bábovky, vánočku, střídku z rohlíku, večky – nemělo by být sypané mákem, kmínem a jinými semeny.

*Mléčné výrobky* – sladké (jogurty, tvarohové krémy, pudinky), slané (tavené sýry, tvaroh, žerve, lučina).

Sladké výrobky můžeme mixovat s ovocem, kompotem, ovocnou přesnídkou, mlékem, šlehačkou apod.

Slané výrobky mixujeme s mlékem, šlehačkou, bílým jogurtem, biokysem, podmáslím apod.

*Masa* – používáme všechny druhy kromě ryb, které obsahují kosti. Všechny druhy mas zbavíme šlach, dobře uvaříme, udusíme nebo upečeme, rozemeleme a pak namixujeme se zahuštěnou šťávou z masa, s různými omáčkami, vývary z masa nebo zeleniny.

*Příkrmy* – dobře uvařené brambory umixujeme s mlékem nebo smetanou. Rozmixovat lze i měkkou rýži nebo těstoviny.

*Ovoce* – používáme měkké (banány), kompoty z ovoce bez slupek a zrníček, ovocné přesnídky, rozvařená jablka. Mixujeme s mlékem, smetanou, šlehačkou, na zvýšení energetické hodnoty můžeme přidat cukr a sušené mléko.

*Zelenina* – vždy dobře vařená (kořenová zelenina, špenát, květák, brokolice apod.). Mixujeme s vývary z masa či zeleniny.

Je možné použít i hotovou tekutou výživu od různých firem, kterou schvaluje lékař.

