

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Radka Dziká

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Radka Dziká

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PNEUMOTHORAXEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiřina Uhrová

Plzeň 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 19. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jiřině Uhrové za odborné vedení mé bakalářské práce, podporu, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ANOTACE	8
ANNOTATION.....	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PLIC	12
2 PATOFYZIOLOGIE.....	14
2.1 Typy pneumothoraxů.....	14
2.1.1 Spontánní pneumothorax.....	14
2.1.2 Traumatický pneumothorax	15
2.1.3 Iatrogenní pneumothorax	15
2.2 Symptomatologie.....	15
2.3 Diagnostika.....	16
2.4 Léčba	17
2.4.1 Konzervativní léčba.....	17
2.4.2 Chirurgická léčba	17
2.4.3 Punkce hrudníku.....	18
2.4.4 Hrudní drenáž.....	18
2.4.5 Videothorakoskopie	20
2.4.6 Thorakotomie	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	21
3.1 Předoperační péče.....	21
3.2 Péče o pacienta s hrudním drénem	22
3.2.1 Asistence sestry při odstranění hrudního drénu	23
3.3 Terapie bolesti	23
3.4 Rehabilitace	24
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	26
4.1 Model Marjory Gordonové.....	27
4.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.....	28

PRAKTICKÁ ČÁST

5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PNEUMOTHORAXEM.	31
5.1	Formulace problému.....	31
5.2	Cíle výzkumu.....	31
5.3	Výzkumné otázky	31
5.4	Druh výzkumu a výběr metodiky	31
	5.4.1 Metodika.....	32
5.5	Výběr případu	32
5.6	Kazuistika	32
	5.6.1 Katamnéza	32
	5.6.2 Anamnéza.....	33
	5.6.3 Průběh hospitalizace.....	35
	5.6.4 Ošetrovatelský proces Marjory Gordonové	42
	5.6.5 Ošetrovatelské diagnózy	45
	5.6.6 Edukační plán.....	51
6	DISKUZE.....	52
	ZÁVĚR	56

LITERATURA A PRAMENY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázky

SEZNAM PŘÍLOH

Povolení ke sběru informací

Informovaný souhlas

ANOTACE

Příjmení a jméno: Dziká Radka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem

Vedoucí práce: Mgr. Jiřina Uhrová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: plíce, pneumothorax, hrudní drenáž, ošetrovatelský proces, edukace

Souhrn:

V této bakalářské práci je popisován ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem. Práce je rozdělena na 2 části - teoretickou a praktickou. V teoretické části je stručně popsána anatomie, fyziologie a patofyziologie plic. Dále jsou popsány typy pneumothoraxu, symptomatologie, diagnostika a léčba. Další kapitola je věnována ošetrovatelské péči o pacienta s hrudním drénem. V praktické části bakalářské práce je popsána jedna kazuistika pacienta s pneumothoraxem. K posouzení pacienta jsem zvolila model M. Gordonové.

ANNOTATION

Surname and name: Dziká Radka

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Nursing process in a patient with a pneumothorax

Consultant: Mgr. Jiřina Uhrová

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered (table, graphs): 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Keywords: lungs, pneumothorax, chest drain, nursing process, education

Summary:

This bachelor work is describing nursing process about patient with pneumothorax. The work is divided into two parts - theoretical and practical. In theoretical part is described anatomy, physiology, and pathophysiology of the lungs. Types of pneumothorax, symptomatology, diagnostics and treatment are described too. The next part is focused on nursing care for the patient with a chest drain. In practical part of the bachelor work is described one case report of a patient with pneumothorax. I chose a nursing model of Marjory Gordon

ÚVOD

Motto:

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

Ke své bakalářské práci jsem si vybrala téma ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem. Hlavním důvodem tohoto tématu je moje práce všeobecné sestry na chirurgické klinice, kde se denně setkávám s pacienty s tímto onemocněním.

Pneumothorax je relativně časté onemocnění, při kterém dochází k patologickému nahromadění vzduchu v pohrudniční dutině a tím, ke kolapsu plíce. Dříve se pneumothorax léčil pouze klidem na lůžku a to mnohdy řadu dnů. Pod vlivem zavádění moderní přístrojové techniky a nových chirurgických postupů, diagnostika a především léčba prošla velkými změnami. (Vodička et al., 2014, s. 28)

Hlavním cílem mé bakalářské práce je vytvořit komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s hrudním drénem a zmapovat specifika ošetrovatelské péče, proto jsem si zvolila kvalitativní výzkum.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se nejprve stručně věnuji anatomii, fyziologii plic a patofyziologii. Podrobněji popisují typy pneumothoraxu, dále se věnuji symptomatologii a diagnostickým metodám. V dalším oddílu je popsána léčba. Podrobněji se zaměřuji na chirurgickou léčbu tj. hrudní drenáž, videothorakoskopie, thorakotomie.

Dále popisují předoperační přípravu pacienta. Další samostatná kapitola je věnovaná ošetrovatelské péči o pacienta s hrudním drénem a asistenci při jeho odstranění. V následující podkapitole se věnuji terapii bolesti, která je důležitou podmínkou úspěšné léčby a rekonvalescence. V poslední kapitole teoretické části práce popisují ošetrovatelský proces a model M. Gordonové.

V praktické části se podrobněji zaměřuji na hrudní drenáž z pohledu pacientových subjektivních pocitů. V této části jsem podrobně popsala jednu kazuistiku. K odběru dat jsem použila model M. Gordonové. S klientem jsem provedla rozhovor, pro který jsem použila otázky pro každou z jedenácti posuzovaných oblastí. Ke kazuistice jsem vypracovala ošetrovatelský a edukační plán.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PLIC

Plíce, pulmo, jsou párový orgán tvaru kužele ležící v pravé a levé pohrudniční dutině. Plíce se skládá z báze plicní (basis), jejíž spodní strana naléhá na bránici, z hrotu plicního (apex) jehož horní část vyčnívá z horního obvodu hrudníku do krajiny krční. Zevní plocha (facies costalis) naléhá na skelet hrudního koše, vnitřní plocha (facies mediastinalis) naléhá na orgány mezihrudního prostoru. Plicní branka (hilus pulmonies) je místo vstupu cév a kmenových bronchů do plic. (Kott et al., 2009, s. 72)

Plíce jsou tvořeny celkem pěti neúplně oddělenými laloky. V plicích se nacházejí větve bronchiálního stromu, které obklopují plicní sklípky, větve plicních artérií a žil a řídké vazivo, ve kterém probíhají nervy a lymfatické cévy. Vzduch je do plic přiváděn a odváděn bronchy, které se v plicích více než dvacetkrát větví. K transportu vzduchu slouží první dvě třetiny bronchiálních větví, terminální třetina slouží k respiraci a obsahuje plicní sklípky. Stěna plicních sklípků a stěna kapilár slouží k výměně O₂ a CO₂ mezi krví a vzduchem. (Grim et al., 2005, s. 78)

Pravá plíce se skládá ze tří laloků (horní, střední, dolní), levou tvoří laloky dva (horní a dolní). Mezilalokové rýhy (fissure interlobares) oddělují jednotlivé laloky od sebe. Levé plicní křídlo dělí jedna mezilaloková šterbina (fissura obliqua), pravé dvě. Fissura obliqua odděluje střední lalok od dolního, fissura horizontalis horní od středního. (Vodička et al., 2007, s. 24) Hmotnost jedné vyvinuté plíce je jen 200 až 400 gramů, ale její objem je asi 2 litry. Pravá plíce je objemnější než levá asi o jednu desetinu. (Grim et al., 2005, s. 79)

Pleura se svou stavbou podobá peritoneu (pobřišnici). Je to lesklá, hladká serózní blána, která je tvořena vrstvou plochých buněk s malým množstvím vaziva. Pleura visceralis (poplicnice) pevně kryje povrch plic, pleura parietalis (pohrudnice) se nachází na stěnách hrudního koše. (Kott et al., 2009, s. 77)

Dýchání je souhrnem pochodů slouží k výměně a metabolismu kyslíku a oxidu uhličitého. Zevním dýcháním nazýváme výměnu dýchacích plynů mezi organismem a zevním prostředím. Vnitřní dýchání neboli tkáňové je využití kyslíku a produkce oxidu uhličitého buňkami a výměna těchto plynů mezi buňkami a tekutinou. Plíce kromě výměny plynů mají i další funkce v udržování acidobazické rovnováhy, v termoregulaci, v hospodaření s vodou a v imunologických pochodech. Jsou

i zásobárnou krví pro systémový oběh při event. potřebě vyrovnání nepoměru mezi žilním návratem a srdečním výdejem. (Vodička et al., 2007, s. 29, 30)

Vdech a výdech je umožněn dýchacími pohyby, kterými jsou zvedání a klesání žeber a bránice. Dýchání se skládá z inspirační a expirační fáze. (Grim et al., 2005, s. 98) Při nádechu (inspirium) dochází ke změnám tvaru hrudníku, žebra se zvedají a plíce se nasáváním vzduchu rozpínají do všech stran.

Nádech zajišťují hlavní a pomocné vdechové svaly. Při výdechu (expirium) je vzduch vypuzován z plic a plíce se vrací do původní polohy. Klidový výdech zajišťuje elastická složka plic. Pouze při intenzivním dýchání se zapojují hlavní a pomocné expirační svaly. Žebra klesají a tím se mění tvar hrudníku. (Kott et al., 2009, s. 80)

U mužů a dětí převažuje brániční dýchání, které zajišťuje celý klidový respirační objem vzduchu (asi 500 ml). Kostální dýchání převažuje u žen a je vývojově původní typ dýchání, při němž se bránice nesnižuje. Při smíšeném typu dýchání se uplatňují oba předchozí typy dýchání, z větší části abdominální, z menší části kostální. (Grim et al., 2005, s. 100)

2 PATOFYZIOLOGIE

„Pneumothorax (PNO) je definován jako patologické nahromadění vzduchu v pleurální dutině. Spontánní pneumothorax (SPNO) představuje přibližně 1–4 % ze všech chirurgických onemocnění, jeho incidence se v našich krajích pohybuje kolem 5–7 případů na 100 tis. obyvatel za rok. Mezi postiženými převažují jednoznačně muži nad ženami a to v poměru 3 - 10 : 1, více je popisováno případů pravostranného postižení. Mortalita v literatuře uvádí kolem 5,5 %, u komplikovaných PNO ale až 33 %.“ (Vodička et al., 2014, s. 28) Pneumothorax můžeme rozdělit podle příčiny vzniku na spontánní, traumatický, iatrogenní. (Vodička et al., 2007, s. 43)

2.1 Typy pneumothoraxů

2.1.1 Spontánní pneumothorax

Spontánní pneumothorax můžeme charakterizovat jako kolaps plicí bez zevního mechanického zásahu. U spontánního pneumothoraxu (SPNO), podle příčiny jeho vzniku, dále rozlišujeme 4 typy kolapsu: primární, sekundární, katameniální, neonatální. (Vodička et al., 2007, s. 43)

Primární SPNO (idiopatický) je onemocnění postihující mladší osoby, převážně vysoké hubené muže, většinou kuřáky. Etiologie onemocnění není přesně známa. U tohoto typu pneumothoraxu pacienti nemají plicní onemocnění. Jednou z možných příčin SPNO je porucha kolagenu, kdy ke kolapsu plicí dochází většinou (v 80 %) v důsledku protržení subpleurálních puchýřů vzduchu (blebs). K ruptuře puchýřů může dojít při kýchnutí a kašli, ale i v naprostém klidu ve spánku.

Sekundární SPNO (symptomatický) je většinou komplikací generalizovaného plicního onemocnění. Většinou postihuje pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí s těžkým emfyzémem, idiopatickou plicní fibrózou či sarkoidózou, plicní infekcí (např. tuberkulóza, bakteriální pneumonie). U sekundárního SPNO je riziko recidivy nižší, ale mnohem závažnější jsou komplikace v podobě respiračního selhání nebo bronchopleurální píštěle. (Vodička et al., 2014, s. 29)

Katameniální SPNO je recidivující plicní kolaps u žen v souvislosti s menstruací. „Postihuje ženy ve 3. a 4. deceniu obvykle 2.–3. den po začátku menses v 90–95 % na pravé straně. Naopak nikdy nebyl zaznamenán v těhotenství, nonovulačním stavu či při užívání hormonálních kontraceptiv. Původních 5 teorií, které vysvětlovaly možné

příčiny vzniku tohoto typu pneumothoraxu, se v současné době zredukovaly na dvě. Prvou je existence vrozených otevřených spojek v bránici s průnikem vzduchu do pleurální dutiny, druhou přítomnost nitrohruční endometriózy.“ (Vodička et al., 2014, s. 29)

Neonatální SPNO patří mezi méně častá onemocnění většinou u nezralých novorozenců s nízkou porodní hmotností nebo resuscitovaných či dlouhodobě ventilovaných. Základní příčinou rozvoje je popraskání stěn plicních sklípků, které jsou nadměrně rozepnuté. (Vodička et al., 2007, s. 70)

2.1.2 Traumatický pneumothorax

Ke vzniku traumatického pneumothoraxu může dojít jak poraněním parietální pleury (penetrující poranění hrudníku), tak porušením viscerální pleury (lacerace plíce, ruptura velkých dýchacích cest). Příčinou poranění nebývají ani tak rány bodné či střelné, jako spíše poranění předměty o větším průměru. (Vodička et al., 2014, s. 71)

Dále rozlišuje, zda se jedná o pneumothorax uzavřený, při kterém jde většinou o jednorázové proniknutí vzduchu do pleurální dutiny. Při otevřeném komunikuje pleurální dutina přímo s okolní atmosférou. Mezi méně časté patří tenzní PNO, kdy do pleurální dutiny vniká větší množství vzduchu, než může uniknout ven a dochází ke stoupání tlaku v pleurální dutině. (Kolek et al., 2005, s. 63)

Tím dochází ke kolapsu plicního křídla a k přesunu mediastina na opačnou stranu. Výsledkem je snížení průtoku krve plicním řečištěm a pokles srdečního výboje. Tato forma PNO je životu nebezpečná. (Šebová et al., 2013, s. 325)

2.1.3 Iatrogenní pneumothorax

S iatrogenním PNO se můžeme setkat jako s komplikací po punkci plic, pleury, při katetrizaci centrálního žilního systému. Může se projevit ihned nebo s odstupem několika hodin až dne, proto je vhodné vždy po punkci či katetrizaci CŽK provést kontrolní rentgenový snímek plic. Dále se může vyskytnout po operaci hrudní stěny či krku. (Vodička et al., 2014, s. 29)

2.2 Symptomatologie

Mezi nejčastější příznaky patří dušnost, pleuritická bolest a suchý neproduktivní kašel - v různém stupni vyjádření v závislosti na typu pneumothoraxu. U primárních SPNO převažuje bolest na hrudi (80%), která bývá zprvu ostrá, později přechází

v tupou. Při nádechu zesiluje a může se stupňovat a vystřelovat až do epigastria a tak simulovat příznaky náhlé příhody břišní. Mezi druhý nejčastější projev plicního kolapsu řadíme náhle vzniklou dušnost, jejíž charakter a tíže závisí na velikost PNO a na celkovém fyzickém stavu pacienta. Méně často se setkáváme s hemoptýzou, cyanózou případně subfebrilií. (Vodička et al., 2007, s. 79)

Při tenzním pneumothoraxu jsou příznaky daleko dramatičtější. Pacienti mají silné bodavé bolesti na hrudi, rychle se rozvíjí dušnost, jsou neklidní až úzkostní. Přidává se bledost či cyanóza, velmi pomalé, povrchní dýchání a objevují se známky oběhového selhávání - tachykardie, hypotenze, nitkovitý puls, arytmie. Rozvoj tenzního PNO je velmi rychlý a pacient je bezprostředně ohrožen na životě. (Vodička et al., 2007, s. 79)

2.3 Diagnostika

Stanovení diagnózy u pneumothoraxu nebývá problém. Nicméně příznaky (kašel, dušnost) u některých pneumothoraxů mohou být přičítány jiným chorobám a stavům, s nimiž začátek tohoto onemocnění souvisí (respirační infekt, bronchitida). Proto je důležitá podrobná anamnéza, kde pátráme po příčině vzniku pneumothoraxu. Ptáme se na nadměrnou námahu, drobný úraz, záchvat dráždivého kašle a rizikové činnosti (potápění, létání). Rizikovým faktorem je i kuřáctví, které může vést k obstrukční plicní nemoci, jejíž je SPNO velmi častou komplikací. U výskytu pneumothoraxu u žen je důležitá event. souvislost s menstruací zejména při jeho recidivách. (Vodička et al., 2007, s. 82)

Při fyzikálním vyšetření vyšetřujeme hrudník pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Při pohledu si všímáme tvaru hrudníku (zda je symetrický), dýchacích pohybů a mělkých částí. Pohmatem vyšetřujeme hrudník nejčastěji pravou rukou, kterou zlehka přikládáme na stěnu hrudníku a posuzujeme hrudní chvění či pleurální tření. Při vyšetření poklepem používáme tzv. srovnávací poklep, kdy porovnáváme pokleповé zvuky na symetrických místech hrudníku. Poslechem vyšetřujeme plíce při klidném dýchání pacienta s otevřenými ústy v sedě. Vždy hodnotíme hlavní dýchací šelest a vedlejší šelesty. U zdravých plic rozlišujeme čtyři typy dýchacích šelestů: trubicové šelesty, které jsou slyšitelné nad tracheou a objevují se při nádechu a výdechu, dále bronchiální šelesty, které jsou hlasitější, když pacient vydechuje a jsou slyšitelné nad nebo pod klíční kostí. Dále bronchovezikulární šelesty, které jsou slyšitelné nad horní třetinou hrudní kosti a mezi lopatkami. Sklípkové dýchání je měkké a nízké

příčemž zvuky se zkracují v průběhu výdechu a prodlužují v nádechu. (Lippincott Williams, 2007, s. 221)

Rentgenový snímek hrudníku ve většině případů potvrdí diagnózu pneumothoraxu. Na RTG je charakteristický výpadek plicní kresby, ze kterého lze odvodit i velikost pneumothoraxu. Méně často indikujeme CT vyšetření plic a to v případech sporného nálezu na RTG snímku plic. (Vodička et al., 2007, s. 84) Standardně se provádí vyšetření krevních plynů (ASTRUP), kde mohou být známky hypoxemie, resp. hyperkapnie a to u nemocných se základním plicním onemocněním. V běžných laboratorních testech bývá u pneumothoraxu leukocytóza, resp. vzestup počtu neutrofilů, eozinofilů a monocytů. (Vodička et al., 2007, s. 83)

2.4 Léčba

Pneumothorax, bez rozdílu etiologie či rozsahu, patří vždy do péče chirurga. Cílem léčby je dosažení trvalého rozvinutí plíce v plném rozsahu. Jsou v zásadě 2 léčebné postupy - konzervativní a chirurgický. Dále závisí na typu pneumothoraxu, zda se jedná o prvý případ či o recidivu kolapsu, rozdílná je terapie katamenálního a iatrogenního PNO. (Vodička et al., 2014, s. 31)

2.4.1 Konzervativní léčba

Ke konzervativní léčbě jsou indikovány primoataky nekomplikovaných plášťových pneumothoraxů, které nemají klinické projevy a kdy rozsah PNO je do cca 15–20 % objemu pleurální dutiny. (Lukáš et al., 2010, s. 280) Zde je reálný předpoklad, že se nahromaděný vzduch v nepříliš dlouhé době spontánně vstřebá. Pacienty hospitalizujeme na standardním chirurgickém oddělení většinou po dobu jednoho týdne, kde jsou jim podávány expektorancia, dýchají zvlhčený ohřátý vzduch (nebulizace), provádějí dechovou rehabilitaci a jsou jim sledovány hodnoty vitálních funkcí a krevních plynů (ASTRUP). V pravidelných intervalech jsou pacientům prováděny kontrolní skiagramy plic. Při konzervativním postupu je však velké riziko recidivy PNO. (Vodička et al., 2014, s. 32)

2.4.2 Chirurgická léčba

Indikací k chirurgické léčbě je oboustranný PNO, pneumothorax nad 20 % objemu pleurální dutiny, komplikovaný PNO a absolutní indikací je tenzní PNO. Mezi

chirurgické metody využívané při léčbě PNO patří punkce hrudníku, hrudní drenáž, videothorakoskopie a thorakotomie.

2.4.3 Punkce hrudníku

Punkce hrudníku se používá spíše jako urgentní výkon např. u tenzního PNO. Pacienta uložíme do polohy na zádech nebo do mírného polosedu. Punkce se provádí s místním znecitlivěním silnější jehlou do pleurální dutiny. Místem zavedení je 2. či 3. mezižebří v medioklavikulární čáře. Jestliže ponecháme konec jehly otevřený, převedeme zavřený PNO v otevřený. Dále punkci hrudníku můžeme provést za předpokladu, že je již uzavřený defekt v plicním parenchymu a je možnost jeho reexpanze. Jde o metodu s malým zatížením pacienta ale je zde velké riziko recidivy (25-50%). (Zeman et al., 2011, s. 233)

2.4.4 Hrudní drenáž

Hrudní drenáž zůstává „zlatým standardem“ léčby pneumothoraxu. Drenáží obvykle dosáhneme rozvinutí plíce ale je v podstatě léčbou dočasnou, neboť neřešíme příčinu kolapsu plíce. V tomto případě pouze očekáváme, že se defekt poplicnice při rozvinutém plicním křídle zcela zacelí. Drén zavádíme v lokální anestezii buď v 2.–3. mezižebří medioklavikulární čáře (Monaldiho poloha), nebo ve 4.–5. mezižebří v přední či střední axilární čáře příslušného hemithoraxu. (Vodička et al., 2007, s. 113)

Drény jsou vyráběné ze syntetických materiálů a musí splňovat základní podmínky, tzn. ohebnost a pružnost, pevnost proti tlaku hrudní stěny, nesmáčivý povrch a nesmí způsobovat zánětlivé reakce či kožní nekrózy. Drény volíme spíše většího průměru, neboť příliš tenké drény jsou spojené s vyšším výskytem komplikací. Samozřejmě bereme ohled na konstituci a věk nemocného. (Hytych et al., 2013, s. 92) Hrudní drenáž spojujeme s některým ze systémů pasivního či aktivního odsávání.

Pasivní systém využívá jen samotné gravitace. Příkladem pasivního drenážního systému je původní tzv. Bülaouva drenáž, která má princip jednocestného vodního ventilu. Drén od pacienta je sveden do nádoby se sterilní tekutinou, ve které je ponořen pod její hladinu minimálně 2 cm. Hrdlem nádoby vychází ještě jedna trubice, která zajišťuje komunikaci vnitřku láhve s okolní atmosférou a tím umožňuje únik odsátého vzduchu. Rozpínáním plíce je vzduch rovněž vytlačován a vodní ventil brání jeho zpětnému nasávání. Celý systém musí být umístěn pod úroveň těla nemocného. Jiným příkladem pasivního systému je tzv. Heimlichova chlopeň. Jde o průhlednou

plastikovou trubicí, ve které je umístěna gumová chlopeň, která umožňuje pouze jednosměrný průtok. Při výdechu se rozvíjí a tím umožní průchod vzduchu, při nádechu kolabuje a tím brání jeho zpětnému nasávání.

U aktivního systému spojujeme hrudní drenáž se zdrojem, který generuje v systému podtlak, jímž je nasáván vzduch či tekutina z pleurální dutiny do jímacích nádob. Často používaný je aktivní systém o dvou láhvích (obrázek č. 1). V první nádobě je opět sveden drén od pacienta a je ponořen pod hladinu sterilní tekutiny. Tato nádoba slouží ke shromažďování sekretu z pleurální dutiny. Hladina sterilní tekutiny by neměla být příliš vysoká, resp. trubice by neměla být ponořena více než cca 2 cm, jelikož by se snížila účinnost systému. Prvá láhev je spojena hadičkou s druhou nádobou, která má funkci především regulační.

Je naplněna sterilní aquou s dezinfekčním roztokem zhruba ze dvou třetin až tři čtvrtin a je dále napojena na zdroj podtlaku - vývěvu vodní nebo elektrickou. Do této druhé láhve je skrze vzduchotěsný uzávěr, který je samozřejmě i v první láhvi, zasunuta pipeta, která zajišťuje komunikaci s okolní atmosférou. Hloubka ponoření pipety pod hladinu dezinfekčního roztoku určuje velikost sacího podtlaku, který se udává v centimetrech vodního sloupce. Podtlak se obvykle pohybuje mezi -10 až -20 centimetry vodního sloupce, tzn., že pipeta je ponořena 10–20 cm pod hladinu. I u systému aktivního sání platí pravidlo umístění pod úroveň těla pacienta. (Vodička et al., 2007, s. 118,121)

Na stejném principu jako funguje systém o dvou láhvích, pracují i pleurální vaky, které se liší pouze tím, že jednotlivé nádoby nahrazují komory, které jsou integrovány do jediné plastové kazety. Výhodou těchto umělohmotných pleurovaků je snadná manipulaci, která je dána nízkou hmotností a plochému tvaru. (Hytych et al., 2013, s. 95)

Ve fakultní nemocnici Plzeň na chirurgické klinice se dále používá sběrný a odsávací systém Medela od firmy TOPAZ (obrázek č. 2). Jedná se o přenosný odsávací systém, který pacientům přináší velké výhody. Svým malým rozměrem a lehkostí umožňuje lepší mobilitu, a jelikož je téměř nehlučný, pacienta neruší. Obsluha přístroje je velice jednoduchá a nesprávná montáž připojení není možná. Přístroj umožňuje digitální dokumentaci a tím poskytuje důležitá data pro objektivní vyhodnocení průběhu terapie. (www.dnformed.cz)

2.4.5 Videothorakoskopie

Jedná se o moderní miniinvazní metodu ošetření pneumothoraxu s minimální zátěží pacienta a s výbornými výsledky. K videothorakoskopii jsou indikovány všechny recidivy pneumothoraxu, dále komplikované a bilaterální PNO, pacienti s RTG (CT) prokázaným bulózním emfyzémem (především plicního hrotu) a některé případy i při první atace nemoci (např. pacienti s marfanovým syndromem).

Videothorakoskopie (VTS) je operační výkon, kdy skrze malé incize do pleurální dutiny, pomocí speciálních nástrojů a kamery, můžeme přímo ošetřit místo úniku vzduchu na povrchu plíce. Současně lze provést i preventivně léčebný zásah na parietální pleuře, který je rozhodující pro úspěšnost terapie. Výkon na plíci spočívá v klínovité resekci místa úniku vzduchu, pomocí speciálních šicích nástrojů (endostaplerů), nebo slepení emfyzematózní buly tkáňovým lepidlem, což je méně spolehlivé. Smyslem zásahu je docílit její srůst s pleurou viscerální, který zabraňuje opětovnému kolapsu plíce. Provádí se tzv. pleurodéza, kterou porušujeme celistvost nástěnné pleury (pleuroabraze, argonlaserová koagulace) nebo ji úplně odstraňujeme (pleurorektomie). Výkon je vždy ukončen založením hrudní drenáže. Jedinou podmínkou pro vedení VTS je tolerance selektivní plicní ventilace pacienta. (Vodička et al., 2014, s. 33)

2.4.6 Thorakotomie

Thorakotomie je operační přístup do hrudní dutiny, kdy podél žeber, kožním řezem, postupně pronikáme skrze podkoží a svalovou strukturu k žebrům, přetneme mezižeberní svaly a protneme pohrudnici. Rozlišujeme thorakotomii anterolaterální (řez je blíže prsní kosti), laterální (řez je na boku ve střední části mezižebří), poster laterální (řez je veden blíže páteře). (Hanke et al., 2013, s. 24)

Vlastní provedení operace je v zásadě stejné, tj. kombinace chirurgického výkonu na plíci (bulektomie, klínovitá resekce) a na parietální pleuře (mechanická pleurodéza). Thorakotomii provádíme u pacientů k ošetření pneumothoraxu, kteří nemohou, pro intoleranci selektivní plicní ventilace, podstoupit videothorakoskopii. Thorakotomie se provádí přibližně u 8% případů PNO a úspěšnost léčby je shodná s mini invazivními postupy. (Vodička et al., 2014, s. 33)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Cílem předoperační přípravy pacienta je vytvořit optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. (Zeman et al., 2011, s. 126)

3.1 Předoperační péče

Předoperační edukace má mnoho forem a podob. Pacient má být seznámen s celým pobytem v nemocnici, řádem a provozem oddělení, všemi vyšetřovacími i léčebnými postupy také písemně. K tomu slouží systém informovaných souhlasů. Nejdůležitějším úkolem edukace je, aby pacient porozuměl své nemoci, byl seznámen s celým procesem léčby, průběhem operace a pooperačního období. (Hytych et al., 2013, s. 3)

Veškeré informace by měly být podávány srozumitelným jazykem. Samozřejmostí je zajištění kompenzačních pomůcek u pacienta se smyslovým deficitem (např. zrakovým nebo sluchovým) nebo tlumočnicka. Pacient má právo se bez nátlaku rozhodnout, na základě informací, zda plánovaný zákrok podstoupí. U dětí je rozhodnutí na zákonných zástupcích, kteří souhlas podepisují. Dítě však nesmí být z informování vynecháno a lékař by měl sdělované informace přizpůsobit věku. (Janíková et al., 2013, s. 27)

Psychologická příprava musí přihlížet k povahovým rozdílům jednotlivcům a jejím úkolem je ulehčit subjektivním steskům pacienta. Důležité je, aby pacient měl vyhlídky na zlepšení svého stavu a aby našel pochopení, oporu a jistotu. Lékař musí pomoci nemocnému získat důvěru v sebe sama, ve své lékaře a v jejich vysokou odbornou úroveň. Psychický stav pacienta má velký vliv na hojivé procesy. Přílišná lhostejnost, netečnost, stejně jako panika může komplikovat hojení. Nejpriznivějším faktorem je důvěra v operátora a ošetřujícího lékaře, jenž vzniká přívětivým a moudře autoritativním vystupováním. (Hytych et al., 2013, s. 56)

Hlavním úkolem předoperačního vyšetření je posoudit schopnost pacienta podstoupit operační výkon, odhalit možná rizika a předejít komplikacím. Mezi základní předoperační vyšetření patří vyšetření interní (anamnéza + fyzikální vyšetření) se zhotovením EKG křivky, RTG plic a laboratorní screening (biochemický + hematologický). U specifických pacientů se doplňuje echokardiografie, zátěžové EKG a vyšetření krevních plynů podle ASTRUPA a funkční vyšetření plic, které je důležité

u osob obézních, kuřáků, vyššího věku a s chronickým plicním onemocněním. (Vodička et al., 2007, s. 153)

K předoperační přípravě patří také úprava trvalé (chronické) medikace pacienta, tak aby byl na výkon optimálně připravený. Obecně se zavedená medikamentózní léčba ponechává i v den operace což je důležité zvláště u antihypertenzní a antiarytmické terapie. Její přesné dávkování je ponecháno na posouzení premedikujícího anesteziologa. (Vodička et al., s. 2007, s. 153)

Příprava pacienta vrcholí předpremedikací a premedikací. Předpremedikaci podává sestra, dle ordinace anesteziologa, večer před výkonem per orálně. Farmaka zajišťují dobrý spánek s odpočinkem před výkonem. Je důležitá edukace nemocného o nutnosti lačnění nejméně šest hodin před operací. Premedikaci podává sestra dle ordinace, v den výkonu, na vyzvu anesteziologa. Pacient po podání premedikace už nevstává a je poučen o příznacích účinku léku (tachykardie, poruchy akomodace, sucho v ústech). (Zeman et al., 2011, s. 137)

3.2 Péče o pacienta s hrudním drénem

Po převozu pacienta z operačního sálu sledujeme vitální funkce, vyprazdňování močového měchýře a množství odváděného sekretu z hrudního drénu. Pacienta ukládáme do polosedu a dle ordinace lékaře podáváme kyslíkovou terapii. (Zeman et al., 2011, s. 266)

Drén napojíme na aktivní sání a společně se spojovací hadicí je uložíme tak, aby se systém nemohl spontánně rozpojit a aby nebránil nemocnému v pohybu. Drenážní soustava musí být přístupná ošetřujícímu personálu. (Hytych et al., 2013, s. 95)

Průchodnost drénu zjistíme sledováním pohybu tekutiny ve vodním zámku drenážního systému, v hrudním drénu a ve spojovací hadici v závislosti na dýchání. Při velkém pohybu tekutiny můžeme předpokládat, že drén komunikuje s velkým prostorem v pleurální dutině. Neprůchodnost může být způsobena koaguly, fibrinem nebo drtí. Proplach hrudního drénu fyziologickým roztokem se nedoporučuje, z důvodu velkého rizika zanesení infekce do pleurální dutiny, a rizika vzniku empyému.

Průchodnost drénu je možné udržovat opakovaným stlačením kličky drénu nebo spojovací hadice v dlani, nebo prováděním tzv. „milking“, kdy vytváříme podtlak v drénu, kterým jsou koagula posunována směrem do sběrné láhve. (Hytych et al., 2013, s. 98)

Drén musí být pevně fixován ke kůži stehem a zároveň musí být zabráněno přísáváním vzduchu okolím drénu. Drenážní systém musí těsnit a úkolem sestry je pravidelná kontrola těsnosti spoje, zda někde nepřisává vzduch. Dále sestra kontroluje, zda při pohybu pacienta na lůžku nedošlo k zalehnutí a tím uzavřený drénu. (Vytejšková et al., 2015, s. 258)

Dalším úkolem sestry je kontrola okolí drénu a operační rány. Při převazu používáme sterilní materiál a nástroje. Po provedení dezinfekce rány a okolí drénu, nastříháme sterilní čtverec a přikládáme ho z obou stran drénu a obvaz pevně přilepíme náplastí. (Vytejšková et al., 2015, s. 253)

3.2.1 Asistence sestry při odstranění hrudního drénu

Odstranění hrudního drénu je pro pacienta bolestivé a stresující, proto před výkonem je nutné zvážit podání analgetik. (Jeníková et al., 2013, s. 141)

Rozhodnutí o odstranění hrudního drénu, je vždy na zkušeném lékaři. Nejprve hrudní drén uzavíráme peánem, který fixujeme náplastí na dobu 6-8 hodin. Poté provedeme kontrolní RTG vyšetření a v případě, že je plíce plně rozvinutá a není popisována retence tekutiny, může lékař drén odstranit.

Na našem chirurgickém oddělení je zvykem odstraňovat hrudní drén napojený zpět k aktivnímu sání. Úkolem sestry je připravit potřebné pomůcky k vynětí drénu. Mezi pomůcky patří: dezinfekce, sterilní tampóny a čtverce, nůžky, peán, sterilní vazelína alba, rukavice, sterilní špátle, náplast, emitní miska, ústenka a igelitová zástěra. Lékař vysvětlí pacientovi průběh výkonu a vyzve ho ke spolupráci. Při odstraňování drénu vyzve pacienta k maximálnímu nádechu (hluboké expirium po předešlém hlubokém inspirium) a zadržení dechu, současně vytahuje drén a překrývá kanál po drénu sterilním čtvercem s vazelínou. Sestra důkladně přelepí náplastí, aby nedošlo k uvolnění obvazu a tím k nasátí vzduchu do pleurální dutiny. Lékař provede záznam do zdravotnické dokumentace. S odstupem několika hodin provádíme kontrolní RTG plic. (Standard FN Plzeň)

3.3 Terapie bolesti

Bolest můžeme definovat jako nepříjemný smyslový a pocitový zážitek, který je spojen s poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní a existuje vždy, kdykoliv pacient říká, že bolest má. (Stolz et al., 2010, s. 90)

V pooperační péči po drenáži pleurální dutiny klademe velký důraz na dostatečnou analgezii, která je důležitou podmínkou úspěšné léčby a rekonvalescence. Drén je v pleurální dutině, resp. v hrudní stěně cizím tělesem, které působí značné bolesti. Samozřejmě záleží na toleranci pacienta. Velké bolesti nutí pacienta k povrchnímu dýchání, brání efektivnímu odkašlávání a mohou způsobit i atelektázy, v důsledku čehož se objevují plicní záněty. Standardem léčby bolesti po hrudní drenáži je podávání opiátů.

Morphin aplikuje sestra dle ordinace lékaře buď intramuskulárně, nebo kontinuálně intravenózně pomocí lineárního dávkovače a sleduje jeho účinek a reakce pacienta. Dávky lékař s postupem času snižuje a přechází na neopiátová analgetika či nesteroidní antirevmatika. Pacient si většinou během 2–3 dnů zvykne na přítomnost drénu a vcelku dobře ji toleruje. (Vodička et al., 2007, s. 130)

Důležité je pravidelné hodnocení bolesti, které přispívá ke kvalitě komunikace mezi sestrou a pacientem. Bolest je subjektivní, proto ji mohou měřit pouze pacienti. Sestra sleduje bolest u pacienta minimálně 3 dny po operaci a hodnotí stupeň bolesti. V pooperačním období po 2 hodinách nadále alespoň 3x denně. Vyzve pacienta (pokud je to možné), aby sám určil míru své bolesti na stupnici 0 až 10 (měřítko pro bolest VAS), nebo může popsat bolest pomocí verbální škály, např. bolest žádná - mírná - středně silná - silná - nesnesitelná.

Vše zaznamenává do dokumentace a podává analgetika dle ordinace lékaře. U pacienta si všímá všech projevů, které mohou signalizovat bolest (např. bolestivá grimasa, neklid, vyhledávání úlevové polohy, zatajování dechu), dále si všímá lokalizace a charakteru bolesti. (Vorlíček et al., 2006, s. 149)

3.4 Rehabilitace

Před zahájením cvičení je nutná dostatečná analgezie. S dechovou rehabilitací (RHC) by se mělo začít nejpozději do 24 hod po operaci. Hlavním cílem je obnovit správný dechový stereotyp a také rozcvičit celý hrudní koš a pažní pletenec. (Ošťádal et al., 2008, s. 44)

Na našem oddělení je zvykem, že pacient s hrudní drenáží provádí dechovou rehabilitaci denně s pomocí fyzioterapeuta. V pooperačním období pacient cvičí několikrát denně v krátkých desetiminutových intervalech, následně cvičení prodlužujeme na 15 až 20 minut. Jako efektivní v dechové rehabilitaci se osvědčila

pomůcka Tri-Flow (obrázek č. 3), která pracuje na principu motivujícího měření objemové kapacity plic. Podporuje udržení nebo zvýšení objemu vzduchu během nádechu, zlepšuje vykašlávání hlenu a tím zabraňuje plicním komplikacím. Prohloubený nádech podporuje mobilizaci bronchiálních sekretů a zpřístupní části plíce, které mohou být zkolabované. Důležitá a často opomíjená je hydratace pacienta, aby sekret v dýchacích cestách byl dostatečně vodnatý a docházelo k jeho snadnému vykašlávání. (Janíková et al., 2013, s. 144)

Ke snadnějšímu odstranění nadměrné bronchiální sekrece slouží drenážní techniky. Autogenní drenáž můžeme aplikovat v jakékoliv poloze. Technika se skládá z pomalého nádechu (nosem), inspirační pauzy na 3 až 4 sekundy (v této pauze se dostává vzduch za obstrukci způsobenou hlenem) a následuje plynulý co nejdelší výdech otevřenými ústy.

Polohová drenáž využívá různé polohy a postavení hrudníku a zbavuje sekretu jednotlivé plicní segmenty. (Ošťádal et al., 2008, s. 29)

Včasná mobilizace pacienta je důležitá pro prevenci pooperačních komplikací. Již první pooperační den, pokud to stav dovolí, by měl být pacient vertikalizován. Další možností mobilizace je posazování do křesla s postupným prodlužováním času stráveného mimo lůžko. Podpora včasné mobilizace slouží jako prevence tromboembolie a stimulace obnovy střevní peristaltiky. (Janíková et al., 2013, s. 145)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je cyklický a dynamický děj v organizaci ošetřovatelské práce. Je to logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Pacienti jsou chápáni nejen jako objekty péče, ale hlavně jako aktivní účastníci. Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta. (Kelnarová et al., 2009, s. 32)

Ošetřovatelský proces se skládá z několika kroků, které jsou rozděleny do 5 hlavních fází.

Ošetřovatelská anamnéza - jedná se o sběr informací o pacientovi v rámci bio - psycho - sociálních potřeb, včetně problémů ve vztahu k okolnímu prostředí, které souvisejí s nemocí či úrazem, obtížnou životní situací a vyžadují ošetřovatelskou intervenci. Ošetřovatelské posuzování stavu potřeb zahrnuje anamnestické údaje a současný stav (status praesens). Ošetřovatelská diagnostika není zaměřena na určování choroby, a proto se zásadně liší od lékařské. (Špirudová et al., 2009, s. 101)

Ošetřovatelská diagnóza se od lékařské liší formálně, obsahově, i svou proměnlivostí. Liší se podle toho, zda se jedná o aktuální či potenciální problém pacienta. Pro aktuální ošetřovatelské problémy se používá třísložková, pro potenciální dvousložková ošetřovatelská diagnóza. (Špirudová et al., 2006, s. 102)

Plánování je třetí fází ošetřovatelského procesu. Základem je stanovení cílů péče pro jednotlivé ošetřovatelské problémy, které byly zjištěny v první fázi ošetřovatelského procesu. Jsou to vlastně očekávané výsledky péče. Plán nemusí (ale může) být sestaven tak, že na prvním místě stojí nejzásadnější problém pacienta - jeho priorita. Následuje sestavení vhodných ošetřovatelských intervencí. (Špirudová et al., 2006, s. 102)

Realizace ošetřovatelského plánu je konkrétní řešení problému pacienta, na kterém se podílí tým profesionálů. Důležitá je aktivita samotného pacienta a spolupráce s rodinou. Veškeré realizované činnosti a jejich výsledný efekt musí být zaznamenány do dokumentace. (Špirudová et al., 2006, s. 102)

Hodnocení ošetřovatelského procesu můžeme rozdělit na hodnocení výstupní (závěrečné) a průběžné. Hodnocení průběžné je vyhodnocování jednotlivých problémů pacienta, plnění plánu a dosahování cílů v průběhu ošetřovatelské péče. Na základě tohoto hodnocení je možné korigovat a aktualizovat plán ošetřovatelské péče.

Hodnocení výstupní (závěrečné) shrnuje poskytovanou péči, pokroky nebo přetrvávající ošetrovatelské problémy. (Špirudová et al., 2006, s. 103)

4.1 Model Marjory Gordonové

Tento model vznikl na základě výzkumu v 80. letech 20. století v USA a splňuje požadavky standardního modelu. Jedná se o model funkčních typů zdraví, jehož autorkou je profesorka ošetrovatelství Marjory Gordonová. Stav zdraví vyjadřuje bio-psycho-sociální (celostní) interakcí. (Mastiliaková, 2014, s. 64)

Strukturu modelu tvoří 12 oblastí, které jsou označeny jako funkční či dysfunkční vzorce zdraví:

1. Vnímání a udržování zdraví - posuzujeme klientovo vnímání stavu zdraví a postupy jakými své zdraví udržuje.
2. Výživa a metabolismus - sběr dat zaměřujeme na příjem stravy a tekutin a posuzujeme aktuální či potenciální problémy související s trávicím systémem.
3. Vylučování - zde se zaměřujeme na charakter vylučování (střev, močového měchýře a kůže). Zjišťujeme problémy s vylučováním jako je inkontinence, obstipace, průjem či retence moči.
4. Aktiva - cvičení - zjišťujeme aktivity každodenního života klienta, posuzujeme schopnost pohybu, péči o sebe sama a aktivity či cvičení ve volném čase.
5. Spánek - odpočinek - od klienta zjišťujeme kvalitu spánku, jak odpočívá a relaxuje.
6. Vnímání - poznávání - zde se zaměřujeme na smyslové funkce (vědomí, zrak, sluch), schopnost rozumět a využívat informace. Dále hodnotíme vnímání bolesti.
7. Sebepojetí - sebeúcta - zde se zaměřujeme na klientovo vnímání sebe sama, včetně identity, tělesného vzhledu a pocitu vlastní hodnoty.
8. Plnění rolí - mezilidské vztahy - zde posuzujeme osobní role v životě klienta a jeho mezilidské vztahy.
9. Sexualita - reprodukční schopnost - zde zjišťujeme spokojenost či nespokojenost klienta s vlastní sexualitou.
10. Stres - zvládání, tolerance - zde se zaměřujeme, jak klient vnímání a zvládá stres.

11. Víra - životní hodnoty - zjišťujeme životní hodnoty a přesvědčení klienta (včetně duchovních hodnot.

12. Jiné

Model M. Gordonové umožňuje sestřám posoudit rizika pro zdraví a zdravotní stav klienta, analyzovat informace, stanovit aktuální či potenciální ošetřovatelské diagnózy, naplánovat a realizovat ošetřovatelskou péči. (Mastiliaková, 2014, s. 64)

4.2 Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu

Potřeba se projevuje chyběním nebo nedostatkem něčeho a odstranění tohoto nedostatku je pro člověka žádoucí. Je něčím co lidská bytost potřebuje pro svůj vývoj a život. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka např. pozornost, myšlení, emoce.

Každý jedinec uspokojuje potřeby svým způsobem a v průběhu života se jeho potřeby mění z hlediska kvality a kvantity. Potřeby je možné uspokojovat žádoucím či nežádoucím způsobem. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince, neškodí ani nám ani jiným a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak nežádoucí nejsou v souladu se zákonem a škodí dané osobě nebo jiným osobám. (Trachtová et al., 2006, s. 10)

Organismus reaguje na nedostatek něčeho motivačním napětím, což je vlastně proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování. Motivace ve vztahu k lidským potřebám může být vědomá a nevědomá. Vědomá motivace je např. snaha člověka dosáhnout určité kariéry a nevědomá znamená, že si jedinec není vědom příčin svého jednání. (Trachtová et al., 2006, s. 11)

Americký psycholog Abraham H. Maslow lidské potřeby hierarchicky seřadil podle naléhavosti na potřeby vyšší a nižší.

Nižší potřeby jsou potřeby fyziologické, důležité pro život jedince. Patří sem např. potřeba výživy, vyprazdňování, spánku, čistoty, kyslíku. Dále potřeby jistoty a bezpečí tzn. vyvarovat se nebezpečí ohrožení a vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě.

Mezi vyšší potřeby patří potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba milovat a být milován, potřeba uznání, ocenění a sebeúcty. Nejvýše postavené jsou potřeby seberealizace a sebeaktualizace tzn., že jedinec chce být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře a přináší mu uspokojení.

Existuje celá řada faktorů, které znesnadňují, popř. mění způsob uspokojení potřeb jedince. Patří mezi ně např. nemoc, mezilidské vztahy nebo okolnosti, za kterých nemoc vzniká. (Trachtová et al., 2006, s. 14)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PNEUMOTHORAXEM

5.1 Formulace problému

Pneumothorax je definován jako patologické nahromadění vzduchu v pleurální dutině. Jak je již uvedeno v teoretické části mé práce, v léčbě jsou v zásadě možné dva postupy - konzervativní a chirurgický. Péče o pacienta s hrudním drénem je vysoce zodpovědnou činností všeobecné sestry, neboť neznalost principu či nevhodná péče zvyšuje riziko komplikací. (Vytejková et al., 2015, s. 257)

Tento výkon je doprovázen bolestí a výrazným omezením sebeděče pacienta, proto je důležité zajištění kvalitní a kompletní ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra musí znát všechna specifika ošetrovatelské péče u tohoto onemocnění.

5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je vytvořit kompletní ošetrovatelský proces u pacienta s hrudním drénem.

Zmapovat specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb.

Vytvořit edukační plán.

5.3 Výzkumné otázky

Před zahájením výzkumu jsem si položila dvě otázky:

- Jak klienti vnímají hrudní drenáž?
- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klienta s hrudním drénem?

5.4 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Na sběr dat a jejich analýzu je třeba delší časové období. Charakteristické pro kvalitativní výzkum je hloubkový vzhled a zkoumání v přirozených podmínkách. (Hendl et al., 2008, s. 48-51)

5.4.1 Metodika

Výzkum jsem uskutečnila metodou zpracování kazuistiky, tzv. case study (případovou studií), kde se zaměřuji na ošetrovatelské problémy a potřeby pacienta, které se vztahují k tomuto onemocnění.

Použila jsem model M. Gordonové, který je z hlediska holistické filozofie nejkompletnější. Tento model jsem podrobně popsala v teoretické části mé práce. Informace jsem získala z dokumentace, pozorováním a rozhovorem s pacientem. Rozhovor jsem se souhlasem pacienta nahrávala na diktafon a následně jeho odpovědi přepsala. Pacient byl seznámen s mým výzkumem a s tím, že veškerý sběr dat je anonymní a bude použit pouze pro moji bakalářskou práci. Souhlas stvrdil svým podpisem.

5.5 Výběr případu

Výzkumný vzorek v této bakalářské práci tvoří jediný pacient, který byl do Fakultní nemocnice přijat pro traumatický pneumothorax. Výzkum probíhal ve FN Plzeň na chirurgické klinice v době od 14. 12. – 20. 12. 2015.

5.6 Kazuistika

5.6.1 Katamnéza

37 letý muž doposud nijak závažně interně nestonající, bez trvalé medikace, byl přijat dne 14. 12. 2015 na chirurgickou kliniku z důvodu otoku obličeje a krku, dále otok levé horní končetiny, horní poloviny hrudníku a levého varlete. Pacient udává, že 13. 12. 2015 zakopl o koloběžku a upadl. U lékaře nebyl, doma užíval pouze léky proti bolesti. Na ambulanci se dostavil z důvodu zhoršení otoku obličeje a krku.

Pacientovi bylo provedeno CT vyšetření hrudníku, kde byl popsán rozsáhlý podkožní emfyzém v celém rozsahu vyšetření (krk až epi/mezogastrium) oboustranně. Rozsáhlé pneumomediastinum a pneumothorax vlevo, šíře 28 mm s kolapsem větší části horního plicního laloku a fraktura 7. žebra vlevo.

Hlavní dg. stanovená lékařem:

S 2720 Traumatický PNO vlevo, pneumomediastinum

Vedlejší dg.:

St. po operaci levého kyčle (rok 2000)

I 10 Arteriální hypertenze

5.6.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: 58 let, zdravá

Otec: 60 let, kardiak, v roce 2008 prodělal IM

Sourozenci: bratr 34 let, zdrav

Děti: syn 12 let (prokázaný autistický syndrom)

Osobní anamnéza

Pacient prodělal běžné dětské nemoci. V dětství zlomenina levé ruky a operace kyčelního kloubu v roce 2008.

Alergie: neudává

Pracovní anamnéza

Vyučený kuchař, nyní v domácnosti, pečuje o osobu blízkou.

Sociální anamnéza

Svobodný, bydlí s matkou a synem v bytě 3+1, byt suchý, světlý, zvířata nemají.

Abusus: nekuřák, alkohol jen příležitostně

Farmakologická anamnéza

Akutní medikace: Dithiaden 1 ampule intravenózně
Hydrocortizon 100 mg intravenózně ve FR 100 ml
Ambrobene 1 ampule intravenózně
Tralgit 100 mg intramuskulárně
Ringerfundin 1 000 ml intravenózně na 8 h

Chronická medikace: Lozap 50 mg tbl 1x denně
Lussopres 20 mg ½ tbl 1x denně

Medikace po výkonu - hrudní drenáž:

Zibor 2500 j. s. c 1x denně
Neurol 0,25 mg tbl na noc
Morphin 10 mg intramuskulárně - premedikace v den výkonu
Morphin 20 mg + 20 ml FR rychlostí 2 ml za hodinu lineárním dávkovačem
Nolpaza tbl 2x denně (antiulcerózum)
Ketonal 2x jedna ampule intravenózně při bolesti (analgetikum)

Paracetamol 1 000 mg intravenózně při bolesti
(analgetikum, antipyretikum)

Ambrobene sirup 5 ml 3x denně per. os. (mukolytikum)

Amoksiklav 1,2 g intravenózně po 8 hodinách

Lactulosa 5 ml per. os. (laxativum)

Tramal 4x 1 ampule intramuskulárně

Fyzikální vyšetření sestrou (při přijetí dne 14. 12. 2015)

Váha: 75 kg

Výška: 180 cm

BMI: 23

TK: 166/100

P:106'

TT: 36,7

D: 18'

SAT O2 : 96 %

Vědomí: Pacient plně při vědomí, orientovaný časem i místem.

Dýchání: Pacient dýchá volně, klidně.

Sluch: Pacient slyší dobře.

Zrak: Běžně používá brýle pouze na čtení, nyní zhoršený zrak z důvodu otoku obličeje.

Chrup: Má chrup zachovalý, pravidelně chodí na preventivní prohlídky.

Kůže: Pacient má mírný exantém v oblasti obličeje.

Stolice: Při příjmu udává, že doma chodí pravidelně jednou denně bez potíží, projímadla neužívá.

Močení: Doposud bez potíží, nyní udává pocit sníženého močení a pozoroval tmavou moč.

Zvracení: Nezvracel, ani neudává nauzeu.

Mobilita: Omezená z důvodu otoku obličeje a tím zhoršeného vidění.

Bolest: Udává bolesti levé poloviny hrudníku, zhoršující se při pohybu a kašli.

Celkový vzhled: Upravený, čistý.

Kompenzační pomůcky: Pacient používá brýle na čtení. Při příjmu byla lékařem ordinována kyslíková terapie pomocí nosních hrotů. Dále jako prevence tromboembolické nemoci, lékař ordinoval kompresní punčochy.

Použité katétry a drény: Periferní žilní katétr v pravé horní končetině (G 20)

Hrudní drén č. 28 F

Permanentní močový katétr č. 14

Použité hodnotící škály: Barthelův test všedních činností:

- při příjmu - 75 bodů (lehká závislost)
- po výkonu - 75 bodů (lehká závislost)
- při propuštění - 100 bodů (nezávislý)

Klasifikace tíže tromboflebitid dle Madonna: V době zavedení PŽK (0-1)

Škála hodnocení vzniku žilní trombózy:

- před výkonem - není ohrožen
- po výkonu - 8 bodů (nebezpečí vzniku trombózy)
- při propuštění - není ohrožen

Hodnocení rizika pádu:

- před výkonem - 3 body (ohrožen rizikem pádu)
- po výkonu - 3 body (ohrožen rizikem pádu)
- při propuštění - 1 bod (bez ohrožení)

Vizuální analogová škála bolesti:

- při příjmu - bolest nepříjemná (stupeň 2)
- po výkonu - bolest silná (stupeň 3)
- při propuštění - bolest mírná (stupeň 1)

5.6.3 Průběh hospitalizace

Den příjmu: 14. 12. 2015

Muž 37 let, byl na oddělení chirurgické kliniky přijat dne 14. 12. 2015 v odpoledních hodinách. Příjem provedl lékař na chirurgické ambulanci, kam byl pacient odeslán z interní příjmové ambulance. Nemocného kompletně vyšetřil a byla mu nabrána krev na základní laboratorní screening. Poté bylo pacientovi provedeno CT vyšetření hrudníku.

Nemocný byl převezen na chirurgické oddělení v doprovodu sanitáře. Zde jsem pacienta převzala i s dokumentací a odvedla na pokoj. Nemocného jsem seznámila s prostředím pokoje a chodem oddělení. Vyplnila jsem potřebnou příjmovou dokumentaci. Pacienta jsem edukovala o manipulaci se signalizačním zařízením, s manipulací s lůžkem, dále o pohybovém režimu a o nutnosti lačnění.

Poté jsem provedla vstupní hodnocení jeho stavu, napojila ho na monitor fyziologických funkcí a vše zaznamenala do dokumentace. Nemocný měl z chirurgické ambulance zavedený periferní žilní katétr na pravé horní končetině. Dle ordinace lékaře jsem podala infuzní roztok Ringerfundin 1000 ml infuzní pumpou na 8 hodin. Dále 1 ampuli Dithiadenu intravenózně a 100 mg Hydrocortizonu ve 100 ml fyziologického roztoku intravenózně. Poté jsem pacientovi podala kyslíkovou terapii pomocí nosních hrotů v množství 3 l za minutu.

Během jedné hodiny přišel nemocného zkontrolovat službu konající lékař. Pacienta vyšetřil a indikoval k neodkladné hrudní drenáži. Pacienta plně informoval o nutnosti zákroku, vysvětlil průběh výkonu a následné omezení týkající se hrudní drenáže. Pacient souhlas s výkonem stvrdil svým podpisem.

Poté jsem nemocnému oholila levou polovinu hrudníku a natáhla kompresní punčochy jako prevenci tromboembolické nemoci. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi aplikovala Morphin 10 mg intramuskulárně a na výzvu anesteziologické sestry jsem nemocného odvezla na operační sál, kde jsem ho i s dokumentací předala sálové sestře.

Na operačním sále jsem si nemocného převzala kolem 16 hodiny. Pacienta jsem uložila do polohy polosedu. Při převzetí jsem hrudní drén napojila na převozní kyslíkovou láhev a zkontrolovala funkčnost. Nemocnému byl výkon proveden v místní anestezii. Při převzetí byl plně při vědomí a orientován.

Bezprostřední péče po výkonu

Po příjezdu na oddělení jsem hrudní drén napojila na vodní vývěvu a zkontrolovala funkčnost systému a odvod z drénu. Poté jsem pacienta napojila na monitor fyziologických funkcí a nastavila měření po jedné hodiny. Krevní tlak se pohyboval okolo 150/90, P 90', SAT O₂ 96%. Dále jsem aplikovala kyslíkovou terapii pomocí nosních hrotů 3 litry za minutu. Dle ordinace lékaře jsem lineárním dávkovačem podala Morphin 20 mg ve 20 ml FR rychlostí 2 ml za hodinu a infuzní terapii Plasmalyte 1000 ml na 8 hodin.

Ve večerních hodinách byl nemocnému proveden kontrolní rentgen plic z důvodu kontroly uložení hrudního drénu. Rentgen byl proveden na lůžku, pomocí pojízdného rentgenového zařízení. Lékař zhodnotil výsledek a dovolil nemocnému pít.

Ve 22:00 byl nemocnému z důvodu nemožnosti se vymočit zaveden permanentní močový katétr č. 14. Po zavedení byl jednorázový odvod moče 600 ml. Dále se diuréza pohybovala kolem 100 ml /h.

Během noci byly pacientovi pravidelně kontrolovány fyziologické funkce a sledoval se odvod drénu. Obvazy kolem drénu neprosakovaly a odvod byl 200 ml. Pacientovi byl aplikován Zibor 2500 j. s. c. a Ambrobene 1 ampule i. v. po 8 hodinách. Bolest nemocný udával stupeň 3-4, proto mu byl lékařem ordinován Ketonal 1 ampule i. v. po 12 hodinách při bolesti.

Druhý den hospitalizace: 15. 12. 2015

Soběstačnost, hygiena, výživa, vylučování

Ráno se pacient posadil na lůžku a s dopomocí sestry provedl ranní hygienu a toaletu dutiny ústní. Nemocný udával, že v noci moc nespál z důvodu nemoci a hluku z drenážního systému. Proto se nyní cítil slabý, unavený. Pacientovi byla ordinována dieta 3 (D3), ale snídani odmítl, vypil pouze 250 ml čaje. Obědu snědl polovinu porce, ale večerel už normálně. Během dne vypil 2 litry tekutin, proto lékař již neordinoval infuzní terapii. Močový katétr byl ponechán a byla měřena diuréza. Moč byla čirá. Stolicí nemocný neměl. Otoky v obličejí a krku mírně ustoupily a pacientovi se zlepšilo vidění.

Hodnocení bolesti

Pacient během dne udává silné bolesti v místě zavedení drénu. Bolesti se zhoršují při odkašlávání a pohybu. Lékař ordinoval pokračovat v zavedené terapii Morphin 20 mg do 20 FR rychlostí 2 ml/hod lineárním dávkovačem, Ketonal 1 ampule i. v. po 12 hodinách pravidelně a Paracetamol 1000 mg i. v. po 8 hodinách.

Fyziologické funkce

Pacientovi byl kontrolován krevní tlak, tepová frekvence, saturace kyslíkem a tělesná teplota po 3 hodinách. Ranní hodnoty byly TK 160/90, P 90', SAT 02 96%. Pacient dle ordinace lékaře užil ranní medikaci Lozap 50 mg tbl., Lussopres 20 mg tbl. Polední naměřené hodnoty krevního tlaku byly již v normě.

Péče o dýchací cesty, dechová rehabilitace (RHC)

Nemocnému byl podáván kyslík pomocí nosních hrotů a pravidelně kontrolována saturace, která se pohybovala v rozmezí 94 - 96 %. Lékařem byl ordinován Ambrobene sirup v dávce 5 ml 3x denně. Pacient byl edukován o dechové rehabilitaci a nutnosti odkašlávání.

Péče o hrudní drény a žilní vstupy

Pravidelně byl sledován odvod hrudního drénu, který byl minimální. Krytí v okolí drénu mírně prosáklo. Za aseptických podmínek jsem ho převázala. Dále jsem zkontrolovala žilní vstup, byl klidný, bez zarudnutí, bez otoku, dle Madonna 0.

Medikace

Pacient užil chronickou medikaci Lozap 50 mg, Lussopres 20 mg ½ tbl. Dále Ambrobene sirup 5 ml, Nolpazu 1 tbl. Na noc byl nemocnému lékařem ordinován Neurol 0,25 mg tbl. V analgezii byl podáván nadále Morphin kontinuálně. Při bolesti byl pacientovi přidáván Ketonal 1 ampule i. v. po 12 hodinách a Paracetamol 1000 mg i. v. po 8 hodinách. 1x denně byl aplikován Zibor 2500 j. s. c.

Třetí den hospitalizace: 16. 12. 2015

Soběstačnost, hygiena, výživa, vylučování

Ranní hygienickou péči zvládl s malou dopomocí v sedě na lůžku. Nemocný se cítí lépe, odpočatý, většinu noci prospal.

Snaží se dodržovat pitný režim, ale nemá příliš chuť k jídlu z důvodu pocitu plnosti. Stolicí neměl, a proto podána Lactulosa 5 ml 3x denně. Dle ordinace lékaře odstraněn močový katétr a měřena diuréza. Pacient se bez potíží vymočil.

Hodnocení bolesti

Nemocný bolest hodnotil podle stupnice VAS v rozmezí 2-3. Dále dle ordinace podáván Morphin kontinuálně a dle potřeby pacienta přidáno další analgetikum.

Fyziologické funkce

TK, P, TT a saturace kyslíkem byla kontrolována 3x denně. Pacient užíval chronickou medikaci a hodnoty krevního tlaku se pohybovaly okolo 140/80. Nemocný měl zvýšenou tělesnou teplotu v rozmezí 37–37,5°C.

Péče o dýchací cesty, dechová rehabilitace (RHC)

Nemocnému byl zvlhčován vzduch pomocí nebulizace. Z důvodu snazšího odkašlávání, lékařem ordinována mikronebulizace 5x denně s inhalačním roztokem Ambrobene.

Za pacientem docházela pravidelně fyzioterapeutka, která mu ukázala základní cviky dechové rehabilitace, aby je mohl v její nepřítomnosti provádět sám.

Péče o hrudní drén a žilní vstupy

Nemocnému byl převázán hrudní drén, který prosakoval a bylo ho nutné převazovat dle potřeby 2x denně. Odvod z drénu za 24 hodin byl 100 ml. Periferní žilní katétr byl bez zarudnutí, otoku, dle Madona 0.

Vyšetření

Nemocnému byla v ranních hodinách nabrána krev na kontrolní krevní obraz, biochemické vyšetření a koagulační screening. Hodnoty laboratorních vyšetření byly v normě. Dále byl lékařem ordinován kontrolní RTG plic na lůžku. Dle RTG byly plíce rozvinuté, ale bylo popsáno mírné zastření vlevo se susp. rozvojem bronchopneumonie. Lékařem naordinován Amoksiklav 1,2 g i. v. po 8 hodinách.

Medikace

Nemocný nadále užíval chronickou medikaci. Dále mu byla podávána Nolpaza 2x denně 1 tbl., Ambrobene sirup 3x denně 5 ml, Lactulosa 3x 5 ml a Zibor 2500 j. s. c. 1x denně. Byla nasazena antibiotika Amoksiklav 1,2 g i. v. po 8 hodinách. Na noc lékařem ordinován Neurol 0,25 mg při nespavosti.

Čtvrtý den hospitalizace: 17. 12. 2015

Soběstačnost, hygiena, výživa, vylučování

Ranní hygienu pacient zvládl zcela sám u umyvadla. Bez potíží se pohyboval kolem lůžka, do vzdálenosti co dovolily hrudní drény. V běžných činnostech byl soběstačný. Dopoledne jsem nemocného doprovodila na toaletu, kde se vyprázdnil. Cítil se dobře, chuť k jídlu se mu vrátila. Během dne popíjel čaj a minerální vodu.

Hodnocení bolesti

Bolest nemocný hodnotil podle stupnice VAS 1-2. Nadále mu byl podáván Morphin kontinuálně, ale množství dle ordinace lékaře bylo sníženo na 1 ml za hodinu. Při potřebě přidáván Ketonol.

Fyziologické funkce

Fyziologické funkce byly u pacienta v normě. Krevní tlak se pohyboval okolo 140/80, pulzy 86[‘] a tělesná teplota kolem 37°C.

Péče o dýchací cesty, dechová rehabilitace (RHC)

Pacient i nadále pokračoval v dechové rehabilitaci s fyzioterapeutkou. Došlo ke zlepšení vykašlávání. 3x denně i nadále inhaloval mikronebulizace s roztokem Ambrobene.

Péče o hrudní drén a žilní vstupy

Hrudní drén byl převazován za aseptických podmínek 2x denně při potřebě. Okolí drénu bylo klidné bez zarudnutí. Odváděl minimální množství tekutiny. Nemocnému jsem přepíchla periferní žilní katétr do levé horní končetiny (G 20).

Medikace

Nemocný nadále užíval chronickou medikaci. Antibiotika snášel dobře, neobjevila se žádná alergická reakce. Dále byl podáván nízkomolekulární heparin, antiulcerózum, mukolytika, laxativa. Morphin byl podáván nadále kontinuálně, ale dávku lékař snížil na 1 ml/hod.

Pátý den hospitalizace: 18. 12. 2015

Soběstačnost, hygiena, výživa, vylučování

Nemocný se ráno cítil odpočínutý. Ranní hygienu provedl samostatně u umyvadla, oholil se a s dopomocí si umyl vlasy. Měl normální chuť k jídlu a dieta č. 3 mu vyhovovala. Stolice se upravila, byla pravidelná. S vyprazdňováním moče problémy neměl.

Hodnocení bolesti

Bolest nemocný hodnotil podle stupnice VAS 1. Lékař zrušil kontinuálně Morphin a ordinoval Tramal 4 x denně 1 ampuli i. m. při bolesti a Ketonal 1 ampuli po 12 hodinách intravenózně při bolesti.

Fyziologické funkce

Nemocnému se kontrolovaly fyziologické funkce dvakrát denně. Hodnoty byly v normě. Pacient byl afebrilní.

Péče o dýchací cesty, dechová rehabilitace (RHC)

Nemocný i nadále intenzivně rehabilitoval. Dle ordinace lékaře 3x denně inhaloval mikronebulizace s roztokem Ambrobene a snadno mohl odkašlávat. Vzduch byl pacientovi zvlhčován nebulizací.

Péče o hrudní drén a žilní vstupy

Okolí drénu bylo klidné, bez zarudnutí. Převaz se prováděl dle potřeby dvakrát denně. Venózní kanyla byla bez zarudnutí, otoku, dle Madonna 0.

Medikace

Nemocnému byl nadále podáván nízkomolekulární heparin, mukolytika, antiulcerózum. Chronickou medikaci užil dle zvyklostí. Antibiotikum bylo nadále podáváno intravenózně. Analgetika byla podávána dle potřeby pacienta čtyřikrát denně intramuskulárně.

Šestý den hospitalizace: 19. 12. 2015

Soběstačnost, hygiena, výživa, vylučování

Pacient se ráno po probuzení cítí nevyspalý a unavený. Udává, že moc v noci nespál. Pobyt v nemocnici mu připadá dlouhý a má starosti, jak zvládá matka péči o syna.

Ranní hygienu zvládl samostatně bez potíží. Během dne neměl chuť k jídlu, ale snažil se dodržovat pitný režim.

Hodnocení bolesti

Nemocný bolest i nadále hodnotil podle stupnice VAS 1. Analgetika byla podávána při potřebě pacienta 4x denně intramuskulárně.

Fyziologické funkce

Nemocný byl afebrilní. Hodnoty krevního tlaku, pulzu, dechu a saturace byly v normě, kontrolovány 2x denně.

Péče o dýchací cesty, dechová rehabilitace (RHC)

Nemocný i nadále prováděl dechovou rehabilitaci s fyzioterapeutkou, která docházela jednou denně. Cviky zvládal v její nepřítomnosti zcela samostatně.

Péče o hrudní drén a žilní vstupy

Odvod z hrudního drénu byl minimální. Lékař rozhodl o jeho odstranění. Ráno v 8 hodin jsem hrudní drén uzavřela peánem na dobu pěti hodin. Zvyklým standardem je pouze drén „zaštípnout“ peánem, zastavit odsávací zařízení, ale drén neodpojovat ze systému z důvodu rizika vstupu infekce.

V 13:00 byl proveden kontrolní RTG plic. Dle nálezu plíce rozvinuty, a proto byl drén odstraněn. Další kontrolní rentgen plic byl lékařem ordinován na 20 hodinu. Pravidelně byl kontrolován obvaz po vynětí drénu, neprosakoval. Periferní žilní katétr odstraněn.

Medikace

Nadále pokračováno v podávání nízkomolekulárního heparinu, mukolytik. Podávání antibiotik bylo lékařem změněno na perorální formu. Analgetika byla podávána dle potřeby pacienta.

Sedmý den hospitalizace: 20. 12. 2015

Pacient zcela soběstačný bez omezení. Po ranní vizitě lékařem domluven překlad na plicní kliniku. Pacientovi jsem zkontrolovala obvaz po vynětí hrudního drénu. Byl lehce prosáklý, proto jsem ho za aseptických podmínek převázala.

Bolesti nemocný udával mírné, postačilo podání analgetik v tabletové formě.

Nemocnému bylo doporučeno pokračovat v dechové rehabilitaci. V odpoledních hodinách nemocný odcházel z oddělení v celkově dobrém stavu v doprovodu sanitáře.

5.6.4 Ošetrovatelský proces Marjory Gordonové

U pacienta jsem shromažďovala data dle modelu M. Gordonové. Popisovala jsem každou z jedenácti oblastí z hlediska subjektivního a objektivního.

V subjektivní části jsem informace získala rozhovorem během ošetrovatelské péče, v objektivní části pozorováním a z dokumentace pacienta.

Vnímání a udržování zdraví

Subjektivně - pacient udává, že až doposud se cítil zdravě. Na preventivní prohlídky nechodí pravidelně. Lékaře vyhledává až v případě potíží. Žije aktivně, se synem jezdí na kole a koloběžce, často chodí na pěší výlety. Dříve kouřil, nyní již rok nekuřák. Alkohol pije pouze příležitostně a snaží se o lepší způsob stravování.

Objektivně - pacienta vnímám jako optimistického se snahou zlepšit svůj styl života.

Výživa a metabolismus

Subjektivně - pacient udává, že v jídlu není vybíravý, nejí jen pár jídel. Nemá rád mléčné výrobky a dušenou zeleninu. Pitný režim se snaží dodržovat, pije minerální vodu a čaj.

Během hospitalizace udává krátkodobě sníženou chuť k jídlu z důvodu pocitu plnosti.

Objektivně - pacient má hodnoty BMI v normě. Během hospitalizace mu vyhovovala dieta č. 3. Pitný režim dodržoval, vypil dva litry tekutin denně.

Vylučování

Subjektivně - nemocný udává, že s vyprazdňováním moče nikdy potíže neměl. Během dne močil dostatečně, v noci nutkání na močení neměl.

Stolici měl doposud pravidelnou - jednou denně. Během hospitalizace pocity plnosti, nemožnost vyprázdnění.

Objektivně - během hospitalizace byl pacientovi, z důvodu nemožnosti vyprázdnění močového měchýře, zaveden permanentní močový katétr. Moč byla čirá, množství diurézy 100 ml/h. Dle dokumentace, potíže s vyprazdňováním stolice, proto lékařem ordinována laxativa. Po nich se pacient vyprázdnil.

Aktivita, cvičení

Subjektivně - pacient udává, že dříve působil jako dobrovolný hasič, kdy kondici si udržoval během a kondičním cvičením. Dříve hrál víkendově fotbal a hokej. Nyní svůj volný čas věnuje jízdě na kole, koloběžce a výletům se synem.

Objektivně - nemocný působí aktivně, je energický a v dobrém psychickém stavu. Během hospitalizace se aktivně zapojuje do dechové rehabilitace.

Spánek a odpočinek

Subjektivně - nemocný udává, že doposud problémy s usínáním ani se spánkem neměl. Spát chodí kolem 22 hodiny. V noci se občas vzbudí, ale po chvilce usne. Ráno vstává v 7 hodin. Nikdy neužíval žádné léky na spaní. Po spánku se cítí vyspalý, odpočínutý. Nejraději relaxuje u četby nebo u luštění sudoku.

Objektivně - během hospitalizace měl pacient potíže s usínáním a se spánkem. Ráno po probuzení vypadal unaveně, zíval. Během dne se snažil číst nebo luštit křížovky, občas pospával. Nemocnému lékař na noc ordinoval léky na zklidnění.

Vnímání a poznávání

Subjektivně - pacient udává, že před úrazem viděl dobře, pouze používal brýle na čtení. Nyní zhoršený zrak z důvodu otoku obličeje. Na levé oko udává, že vidí dobře, pravé z důvodu otoku víčka nemůže otevřít. Se sluchem potíže nemá, slyší dobře. Soustředí se bez problémů a nové věci se učí vcelku rychle. O svém zdravotním stavu je plně informován a udává, že rozumí postupu léčby. Během hospitalizace udává nepříjemné bolesti hrudníku zhoršující se při pohybu a kašli.

Objektivně - pacient je orientovaný. Jeho odpovědi jsou adekvátní. Odpovídá stručně, srozumitelně. Výrazný otok obličeje a tím zhoršený zrak.

Nemocný při příjmu zaujímá úlevovou polohu, má bolestivé grimasy v obličeji a držení se za levou polovinu hrudníku. Analgetika dle ordinace podávány kontinuálně intravenózně s dobrým účinkem.

Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně - nemocný sebe hodnotí jako klidného, přátelského a vyrovnaného. Udává, že si dopředu s ničím nedělá starosti a problémy řeší, až když nastanou. Je spokojený se svým způsobem života. Nyní své onemocnění vnímá pozitivně a věří, že se brzy uzdraví. Během hospitalizace udává, že doposud byl plně soběstačný a nyní má problém žádat o pomoc.

Objektivně - pacient působí sebevědomě a vyrovnaně. Na otázky odpovídá klidným hlasem. Během hospitalizace z důvodu omezení soběstačnosti bývá zamlklý, je nutné nabízet pomoc.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně - pacient bydlí se synem a se svou matkou v bytě 3 + 1. Sám vychovává dvanáctiletého syna. O jeho matce nechce hovořit. Dříve pracoval jako kuchař. Práce ho bavila, pracoval v dobrém kolektivu. Z důvodu zdravotního stavu syna zaměstnání opustil a celodenně o něj pečuje. Se svým bratrem má bezproblémový vztah, jsou v častém kontaktu. Nemocný udává, že má pár dobrých přátel, se kterými občas podnikají výlety. Sám o sobě říká, že nemá problémy v mezilidských vztazích a mezi přáteli se cítí dobře.

Objektivně - pacient je komunikativní, přátelský. Matka se synem pravidelně chodí na návštěvy.

Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně - nemocný má jednoho syna. Potíže s prostatou neudává. Na téma sexuality nechce hovořit.

Objektivně - nehodnotím.

Stres - zvládání, tolerance

Subjektivně - pacient udává, že drobné stresy zažívá při péči o syna. Snaží se problémy řešit s nadhledem. Myslí si, že stresové situace zvládá dobře a určitě je neřeší alkoholem nebo cigaretou.

Během hospitalizace za největší stres udává sníženou mobilitu a soběstačnost. Také často přemýšlí nad synem, jak v jeho nepřítomnosti matka zvládá péče o něj.

Objektivně - pacient spolupracuje, je trpělivý, zapojuje se do léčebného režimu.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně - pacient udává, že je nevěřící. Se svou životní situací je spokojený, bere život takový, jaký je. Pevně věří, že si najde přítelkyni, se kterou se budou společně starat o syna.

Objektivně - nehodnotím.

5.6.5 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

00132 Akutní bolest projevující se

Subjektivně: sdělením a označením místa bolesti

Objektivně: bolestivý výraz v obličeji, neklid, vyhledávání úlevové polohy

Očekávané výsledky: pacient slovně vyjádří zmírnění bolesti po podání analgetik do 30 minut

Ošetrovatelské intervence:

- sleduj intenzitu a charakter bolesti
- podávej analgetika dle ordinace lékaře a s přihlédnutím aktuálnímu stavu pacienta
- umožňuj pacientovi kontrolu nad podáváním analgetik
- sleduj účinek analgetik a vše zaznamenej do dokumentace
- sleduj vedlejší účinky léků
- zajisti klidné prostředí
- pečuj o pohodlí pacienta
- pomoz pacientovi se změnou polohy

Hodnocení: Po výkonu pacient udával intenzitu bolesti stupeň 3-4. Parenterálně podáván dle ordinace lékaře Morphin a 2x denně Ketonal. Bolest ustupovala do 30 minut.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

00033 Neefektivní dýchání související s bolestí projevující se

Subjektivně: pacient udává pocit nedostatečného nádechu

Objektivně: pacient dýchá mělce, zrychleně

Očekávané výsledky: pacient bude snadno odkašlávat a bude mu obnoveno účinné dýchání do 24 hodin

Ošetřovatelské intervence:

- udržuj pacienta v polosedu
- dle ordinace lékaře a dle potřeby pacienta podávej kyslík
- dodržuj všechny zásady při podávání kyslíku
- dle ordinace lékaře podávej mukolytika a inhalace 5x denně a sleduj jejich účinek
- pravidelně podávej analgetika, aby bolest nebránila účinné ventilaci
- vysvětli pacientovi důležitost dechových cviků
- vysvětli nutnost zvýšeného příjmu tekutin z důvodu usnadnění odkašlávání
- zajisti nemocnému signalizační zařízení na dosah ruky

Hodnocení: Nemocnému byla podávána pravidelně analgetika a na zlepšení odkašlávání mikronebulizace s roztokem Ambrobene. Pacient dýchal klidně, hluboce a lépe se mu odkašlávalo.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně projevující se

Subjektivně: slovní vyjádření, žádost o pomoc

Objektivně: neschopnost samostatně se umýt a obléci, pacient potřebuje pomoc

Očekávané výsledky: pacient zvládne běžné denní činnosti do 3 dnů od operačního výkonu

Ošetřovatelské intervence:

- hodnot' úroveň sebekpěče
- vypracuj ošetřovatelský plán ve spolupráci s pacientem podle jeho individuální situace
- při úkonech osobní péče dbej na soukromí pacienta
- poskytni pacientovi emociální podporu
- zajisti příslušné pomůcky
- používej motorickou a slovní instrukci při provádění hygienické péče

Hodnocení: Pacient prováděl hygienickou péči s dopomocí sestry. Třetí den hospitalizace zvládl hygienu s malou dopomocí, čtvrtý den zcela samostatně.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

00095 Porucha spánku související se změnou prostředí projevující se

Subjektivně: stížností na potíže s usínáním a spánkem

Objektivně: pacient unavený, zívá, pospává během dne

Očekávané výsledky: u nemocného dojde ke zlepšení spánku do 3 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- podávej léky proti bolesti podle ordinace lékaře hodinu před spánkem
- připrav pacienta ke spánku z hlediska osobního pohodlí a fyzického komfortu
- vyptávej se na každou okolnost, která spánek ruší
- zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej
- eliminuj konzumaci stimulujících nápojů před spánkem
- dokumentuj délku spánku
- doporuč pomůcky k omezení rušivých podnětů (zátky do uší)
- podávej léky k podpoře spánku dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek

Hodnocení: Pacient na začátku hospitalizace udával potíže se spánkem. Ráno se cítil nevyspalý, unavený. Lékařem ordinován Neurool 0,25 mg tbl na noc. Po užití medikace pacient většinu noci spal.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

00093 Únava související s porušeným spánkem projevující se

Subjektivně: pacient udává únavu, vyčerpání

Objektivně: ospalý, nesoustředěný

Očekávané výsledky: pacient si uvědomí nutnost střídání spánku a bdění, bude v denních činnostech soběstačný do 3 dnů

Ošetrovatelské intervence:

- vyslechni pacienta, jak sám vnímá příčiny únavy
- posuď vliv medikace na únavu pacienta
- posuď stupeň poruchy spánku
- měř fyziologické funkce a porovnávej je v souvislosti s aktivitou
- sleduj rozložení energie během dne
- zajímej se o celkový stav pacienta (stav výživy, hydratace)
- pomoz pacientovi s činnostmi, které ho vyčerpávají

Hodnocení: Pacient byl v průběhu 3 dnů soběstačný v běžných denních činnostech a upravil se mu denní a noční režim odpočinku.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

00085 Zhoršená pohyblivost pro bolest projevující se

Subjektivně: pacient se odmítá pohybovat, stěžuje si na bolest

Objektivně: závislost na pomoci, omezený rozsah pohybu

Očekávané výsledky: pacient se do dvou dnů zapojí do běžných denních činností

Ošetrovatelské intervence:

- monitoruj bolest pacienta
- podávej medikaci dle ordinace ke zmírnění bolesti
- edukuj pacienta o nutnosti přiměřeného pohybu (obnova fyziologického vyprazdňování, prevence TEN)
- nauč pacienta správné techniky vhodného pohybu při vstávání z lůžka

Hodnocení: Pacient se druhý hospitalizace zapojil do denních činností.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

00023 Retence moči projevující se

Subjektivně: pacient udává pocit plného močového měchýře a nemůže se vymočit

Objektivně: Pacient nemočil 6 hodin po výkonu. Palpačně zjistitelný přeplněný močový měchýř.

Očekávané výsledky: v době snížené pohyblivosti bude pacient močit pomocí PMK

Ošetrovatelské intervence:

- informuj pacienta o změněných podmínkách při močení během hospitalizace (upoutání na lůžko)
- zajisti soukromí pacienta s ohledem na stud
- při ohrožení akutní retence zaveď permanentní močový katétr
- při zavádění PMK dodržuj aseptický postup
- dodržuj zásady aseptického postupu během manipulace s PMK
- vysvětli pacientovi význam dostatečného příjmu tekutin
- kontroluj diurézu

Hodnocení: Pacientovi byl, z důvodu nemožnosti se vymočit, zaveden permanentní močový katétr. Třetí den hospitalizace se zlepšila pohyblivost pacienta, proto byl PMK

odstraněn. Pacient se sám vymočil do 6 hodin po jeho odstranění a nadále močil bez potíží. Kontrolována diuréza.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

00046 Porušená integrita kůže související se zavedením hrudního drénu projevující se

Subjektivně: pacient udává bolest v okolí drénu

Objektivně: pacient má porušenou integritu kůže v souvislosti se zavedeným hrudním drénem

Očekávané výsledky: pacient v pooperačním období nebude pociťovat bolest v okolí hrudního drénu

Ošetrovatelské intervence:

- sleduj proces hojení v okolí drénu
- kontroluj krytí drénu
- převazuj drén podle potřeby za aseptických podmínek
- kontroluj dostatečnou fixaci drénu, aby nedocházelo k jeho zalomení
- podávej analgetika a sleduj jejich účinek

Hodnocení: Hrudní drén byl převazován 2x denně při potřebě. Okolí drénu bylo klidné, bez zarudnutí. Podáváním dostatečné analgezie pacient nepociťoval větší bolesti v okolí drénu.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

0004 Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy

Očekávané výsledky: u pacienta nedojde ke vzniku infekce v žádné oblasti (PŽK, PMK)

Ošetrovatelské intervence:

- kontroluj několikrát denně i. v. vstup a hodnot' podle stupnice Madonna
- v intervalech dle standardu přepíchni PŽK
- upozorni pacienta na projevy nefunkčnosti PŽK
- vysvětli nutnost zvýšené hygieny v okolí PMK
- dodržuj zásady aseptického postupu během manipulace s PMK
- prováděj prevenci nozokomiálních nákaz
- všímej si místních i celkových projevů infekce (horečka, třesavka, pocení), pozitivní hemokultivace

Hodnocení: Během hospitalizace u pacienta nedošlo v souvislosti s invazivními vstupy, ke vzniku infekce

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

00155 Riziko pádu související s pooperačním stavem (kontinuální podávání opiátů, přítomnost hrudního drénu)

Očekávané výsledky: pacient během hospitalizace neupadne ani se nezraní

Ošetrovatelské intervence:

- zhodnot' možné riziko pádu
- kontroluj stav vědomí pacienta v souvislosti s užíváním opiátů
- zajisti bezpečnost pacienta při všech léčebných a ošetrovatelských výkonech
- zajisti dohled nad pacientem
- nabízej pomoc při běžných denních činnostech
- edukuj pacienta jak bezpečně vstávat z lůžka a o nebezpečí zakopnutí o drenážní systém

Hodnocení: během hospitalizace u nemocného nedošlo k pádu ani ke zranění.

Ošetrovatelská diagnóza č. 11

00015 Riziko zácpy

Očekávané výsledky: pacient se bude pravidelně vyprazdňovat alespoň 1x za dva dny, nebude mít pocit plnosti

Ošetrovatelské intervence:

- zdůrazni dostatečný příjem tekutin
- doporuč vhodnou stravu bohatou na vlákninu
- doporuč dostatek pohybu v rámci možností pacienta
- dle ordinace lékaře podávej laxativa
- zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění
- pokud to dovolí zdravotní stav pacienta, doprovod' ho na toaletu

Hodnocení: Během hospitalizace pacient udával pocit plnosti a nemožnosti se vyprázdnit. Lékařem ordinována Lactulosa 3x denně 5 ml, poté došlo k úpravě vyprazdňování stolice.

5.6.6 Edukační plán

Tab.1

Účel	Poskytnout pacientovi s hrudním drénem základy dechové rehabilitace a vysvětlit její význam
Cíl	Poskytnout základní znalosti a dovednosti v oblasti dechové rehabilitace

Pomůcky	Výuková metoda
Nebulizace, mikronebulizace, Tri-Flow	Výklad, praktická ukázka

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
K	P pochopí důležitost dechové rehabilitace její správnou techniku	Poskytni P informace o správné technice dechové rehabilitace	10 min	P pochopil důležitost dechové rehabilitace a má dostatek informací
A	P projeví zájem o dechovou rehabilitaci	Poskytni P informace o nutnosti dechové rehabilitace, vysvětlí možné komplikace	10 min	P má dostatek znalostí a dovedností o dechové rehabilitaci a zná možné komplikace
P-M	P bude v rámci svých možností provádět dechovou rehabilitaci	P bude cvičit v pravidelných intervalech a k dechové rehabilitaci bude používat určené pomůcky	10 min	P provádí dechovou rehabilitaci pravidelně a intenzivně

K - kognitivní cíle, A - afektivní cíle, P-M- psychomotorické cíle

U tohoto pacienta jsem k edukaci zvolila téma dechové rehabilitace, která je nedílnou součástí péče u pacientů s pneumothoraxem.

6 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu Ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem. Vzhledem k tomu, že pracuji, jako všeobecná sestra na oddělení hrudní chirurgie se s tímto onemocněním setkávám velice často. U operačního řešení tohoto onemocnění, kdy je nemocnému zavedena hrudní drenáž, je důležitá kvalitní ošetrovatelská péče. Je nutné, aby všeobecná sestra měla nejen dostatek teoretických znalostí, ale získala i dovednosti praktické. Musí vědět jak nemocného ošetřovat, čeho si všímat a jaké ošetrovatelské problémy mohou vzniknout.

V této diskuzi bych chtěla demonstrovat informace, které jsem během svého šetření zjistila. Mým cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s hrudním drénem. K vytvoření ošetrovatelského procesu jsem si zvolila model M. Gordonové, který je z hlediska holistické filozofie nejkompletnější. Potřebné informace jsem získala z dokumentace, pozorováním a rozhovorem s nemocným. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na aktuální ošetrovatelské problémy, kterými byly bolest, neefektivní dýchání, deficit sebek péče, porucha spánku a s ní spojená únava, zhoršená pohyblivost, retence moči a porušená integrita kůže. Jako rizikové diagnózy jsem u nemocného stanovila riziko vzniku infekce, riziko pádu a zácpy. V oblasti edukace jsem se zaměřila na oblast dechové rehabilitace, která je u pacientů s tímto onemocněním velice důležitá.

V pooperační péči se hlavním problémem jevila **bolest**. Stolz et al., (2010, s. 90) uvádí ve své knize, že bolest můžeme definovat jako nepříjemný smyslový a pocitový zážitek, který je spojen s poškozením tkání. Bolest je vždy subjektivní a existuje vždy, kdykoli pacient říká, že bolest má. V hodnocení bolesti je důležitá zkušenost sestry, která si musí všímat i neverbálních projevů bolesti. Pacient v pooperačním období udával bolest VAS 3-4. Byl mu podáván Morphin intravenózně v kombinaci s Ketonalem a Paracetamolem. Na tuto analgezii reagoval nemocný dobře, subjektivně se cítil lépe. Bolest hodnotil VAS 1-2.

V souvislosti s bolestí se objevilo **neefektivní dýchání**. V pooperačním období je léčba bolesti důležitá. Vodička et al., (2007, s. 129) ve své knize uvádí, že hrudní drén je v pleurální dutině cizím tělesem, které působí značné bolesti. Bolest nutí nemocného k povrchnímu dýchání a brání efektivnímu odkašlávání, v důsledku čehož se mohou objevit plicní záněty. S dechovou rehabilitací by se mělo začít nejpozději do 24 hodin po operaci. Ošťádal et al., (2008, s. 44) ve své knize uvádí, že hlavním cílem

rehabilitace je rozcvičit celý hrudní koš, pažní pletenec a také obnovit správný dechový stereotyp. Nemocný zpočátku dýchal povrchně z důvodu bolesti. Po podání analgetik se bolesti zmírnily a došlo k úpravě dýchání. Pacientovi byl nejprve podáván kyslík pomocí nosních hrotů, později byl vzduch zvlhčován nebulizací. K usnadnění vykašlávání nemocný inhaloval pomocí mikronebulizace 5x denně inhalační roztok Ambrobene. S pomocí fyzioterapeutky se naučil základní cviky dechové rehabilitace.

Dalším ošetrovatelským problémem se projevila **zhoršená pohyblivost** a s ní spjatý **deficit sepeče a riziko pádu**. Deficit sepeče a zhoršenou pohyblivost nemocný udával jako největší problém. Podle jeho slov mu drén překážel a stěžoval si na omezenou možnost pohybu. V prvních dnech po operačním výkonu pacient prováděl hygienu vsedě na lůžku s pomocí sestry. Deficit sepeče se podařilo s pomocí intervencí a snahy nemocného zvládnout do 3 dnů. Riziko pádu trvalo po celou dobu podávání opiátů a přítomnosti hrudního drénu. Pacient byl edukován o používání signalizačního zařízení a chodil v doprovodu sestry.

Dalším problémem v pooperačním období se objevila **porucha spánku a únava**. Nemocný udával, že nemohl spát nejen z důvodu bolesti hlavně kvůli hluku z drenážního systému. Dle ordinace lékaře pacient užíval na noc Neurol a podle jeho slov pak spal lépe. Hluk řešil poslechem hudby ze sluchátek a během hospitalizace udával, že si na probublávání láhví hrudního sání zvykl. Z praxe mám zkušenost s používáním odsávacího přístroje Medela. Je zcela nehlučný a svým malým rozměrem a lehkostí umožňuje lepší mobilitu. Většinou se používá u spontánního pneumothoraxu z důvodu předpokladu nízkého odvodu sekretu z hrudního drénu.

V časném pooperačním období se objevila **retence moči**. Nemocnému byl zaveden permanentní močový katétr. Třetí den hospitalizace se zlepšila pohyblivost pacienta, proto byl PMK odstraněn. Nemocný se sám vymočil do 6 hodin po jeho odstranění a nadále močil bez potíží.

K porušení **kožní integrity** dochází po každém chirurgickém výkonu a často hrozí riziko vzniku infekce. U nemocného byl hrudní drén převazován za aseptických podmínek dvakrát denně při potřebě. Okolí drénu bylo klidné bez zarudnutí.

Další stanovenou ošetrovatelskou diagnózou bylo **riziko zácpy**. Při příjmu nemocný udával, že s vyprazdňováním stolice nikdy potíže neměl. Stolicí měl pravidelně jednou denně. Během hospitalizace udával pocity plnosti a nemožnosti se vyprázdnit. Jelínková et al., (2014, s. 59), ve své knize uvádí, že riziko zácpy se často objevuje u pacientů, kteří nemají z důvodu operačního výkonu dostatek pohybu, vlákniny, tekutina pestré

stravy. Nemocný byl edukován o dostatečném příjmu tekutin. Lékařem ordinována laxativa, po kterých došlo k úpravě vyprazdňování stolice.

V pooperační péči jsem dále stanovila **riziko vzniku infekce** po zavedení PŽK a PMK. U nemocného byl kontrolován i.v. vstup několikrát denně. Místo vpichu bylo bez zarudnutí a bez otoku. Při manipulaci s PMK byly dodržovány zásady aseptického postupu. Pacient byl edukován o nutnosti zvýšené hygieny v okolí PMK. U pacienta během hospitalizace nedošlo v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy ke vzniku infekce.

Před zahájením výzkumu jsem si položila dvě otázky.

Jak klienti vnímají hrudní drenáž?

U nemocného, u kterého jsem výzkum prováděla, uváděl jako největší problém sníženou sebekpěči a mobilitu. Doposud byl plně soběstačný a nyní mu dělalo problém říci si o pomoc. Bylo nutné mu pomoc nabízet. Uváděl diskomfort, podle jeho slov mu drenážní systém překážel v pohybu a hlučnost probublávání láhve hrudního sání ho rušila při spánku.

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s hrudním drénem?

Jedním ze specifíků ošetrovatelské péče je péče o hrudní drén. Všeobecná sestra se stará nejen o aseptické převazy drénu, ale i o celý drenážní systém. Drenážní soustava musí být uložena tak, aby nemocnému nebránila v pohybu a aby se nemohla spontánně rozpojit. Musí být dobře přístupná ošetřujícímu personálu. Sestra dále sleduje funkčnost drénu a těsnost systému. Dále kontroluje, aby nedošlo k zalehnutí a k tím uzavření drénu. Kontroluje odvod z hrudního drénu a vše zapisuje do dokumentace.

Na závěr diskuze bych chtěla zhodnotit, zda byl přístup k nemocnému holistický a zda byly uspokojovány bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Celá ošetrovatelská péče byla zaměřena na biologické potřeby a nemocný je vnímal jako uspokojené. Co se týče psychosociálních potřeb, nemocného pravidelně navštěvovala matka se synem, která poskytovala nemocnému psychickou podporu. Spirituální potřeby představují jakési uspokojování potřeb věřících. Nemocný věřící není, je realistický a je spokojený se svým životním stylem.

V ošetrovatelské péči je nutné nemocného vnímat jako celek, protože jednotlivé potřeby jsou ve vzájemné interakci a narušení jedné oblasti se projeví neuspokojením potřeb v oblasti jiné.

Závěr

Na závěr práce bych chtěla shrnout celou ošetrovatelskou péči o pacienta s hrudním drénem.

V pooperační péči hlavním problémem byla bolest a s ní spojená zhoršená pohyblivost a deficit sebekpěče. Následovaly potíže s vyprazdňováním, které se brzy upravily po užívání laxativ. Poruchy spánku byly způsobené i z důvodu hlučnosti drenážního systému. Z praxe mám zkušenost s odsávacím zařízením Medela, který je zcela nehluký, a proto nemocní nespavostí z důvodu hluku netrpí. Pacient velmi špatně snášel omezenou možnost pohybu a dělalo mu velký problém požádat o pomoc. Zde je důležitá komunikace se sestrou, která si musí všimnout možných problémů a nabízet svou pomoc. Právě kvalitní komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem pomáhá nemocnému lépe zvládat změněnou životní situaci. Pacient, který byl doposud plně soběstačný, se najednou ocitá v situaci, kdy sám není schopen zvládat běžné denní činnosti. Každá nemoc nebo úraz je pro člověka těžkou životní situací a právě sestra, která o nemocného pečuje, se stává jakýmsi „průvodcem“ tímto náročným obdobím.

Myslím si, že sestra starající se o nemocné s hrudním drénem musí mít teoretické znalosti a praktické dovednosti a tím se tato péče pro ni stává zajímavou a pro nemocného prospěšnou. Je důležité, aby poskytovaná péče byla prováděna pečlivě, přesně a svědomitě.

Při propuštění pacienta mě zajímal jeho názor na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Nemocný udával, že byl spokojený s poskytovanou péčí. Podle jeho slov měl od lékaře dostatek informací o své nemoci a o způsobu léčby. S poskytovanou péčí sester i pomocného personálu byl spokojen.

Celá tato práce byla zaměřená na ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem, který byl řešen operativně. Zpracovaná kazuistika by mohla sloužit jako vzorová pro studenty, kteří vykonávají praxi na oddělení hrudní chirurgie, nebo pro nově nastupující nelékařský personál. Navazující bakalářskou prací by mohl být výzkum zaměřený na informovanost pacientů ohledně hrudní drenáže a s ní spojených pohybových omezení.

ZÁVĚR

Na závěr práce bych chtěla shrnout celou ošetrovatelskou péči o pacienta s hrudním drénem.

V pooperační péči hlavním problémem byla bolest a s ním spjatá zhoršená pohyblivost a deficit sebedpěče. Následovaly potíže s vyprazdňováním, které se brzy upravily po užívání laxativ. Poruchy spánku byly způsobené i z důvodu hlučnosti drenážního systému. Z praxe mám zkušenost s odsávacím zařízením Medela, který je zcela nehlučný, a proto nemocní nespavostí z důvodu hluku netrpí. Pacient velmi špatně snášel omezenou možnost pohybu a dělalo mu velký problém požádat o pomoc. Zde je důležitá komunikace se sestrou, která si musí všimnout možných problémů a nabízet svou pomoc. Právě kvalitní komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem pomáhá nemocnému lépe zvládat změněnou životní situaci. Pacient, který byl doposud plně soběstačný, se najednou ocitá v situaci, kdy sám není schopen zvládat běžné denní činnosti. Každá nemoc nebo úraz je pro člověka těžkou životní situací a právě sestra, která o nemocného pečuje, se stává jakýmsi „průvodcem“ tímto náročným obdobím.

Myslím si, že sestra starající se o nemocné s hrudním drénem musí mít teoretické znalosti a praktické dovednosti a tím se tato péče pro ni stává zajímavou a pro nemocného prospěšnou. Je důležité, aby poskytovaná péče byla prováděna pečlivě, přesně a svědomitě.

Při propuštění pacienta mě zajímal jeho názor na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Nemocný udával, že byl spokojený s poskytovanou péčí. Podle jeho slov měl od lékaře dostatek informací o své nemoci a o způsobu léčby. S poskytovanou péčí sester i pomocného personálu byl spokojen.

Celá tato práce byla zaměřená na ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem, který byl řešen operativně. Zpracovaná kazuistika by mohla sloužit jako vzorová pro studenty, kteří vykonávají praxi na oddělení hrudní chirurgie, nebo pro nově nastupující nelékařský personál. Navazující diplomovou prací by mohl být výzkum zaměřený na informovanost pacientů ohledně hrudní drenáže a s ní spojených pohybových omezení.

LITERATURA A PRAMENY

1. DOENGES, Marilyn E. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. Emergency nursing made incredibly easy!. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2007, viii, 532 p. Incredibly easy (Philadelphia, Pa.). ISBN 9781582554648.
3. FARKAŠOVÁ, Dana. Ošetrovatel'stvo - teória. Martin: Osveta, c2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
4. GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA. Základy anatomie. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014, 173 s. ISBN 978-80-7492-156-8.
5. HANKE, Ivo. Perioperační péče o pacienta v hrudní chirurgii. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 139 s. ISBN 978-80-7013-554-9.
6. HERDMAN, T (ed.). Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
7. HYTYCH, Vladislav. Minimum z plicní chirurgie: krok za krokem. Praha: Maxdorf, c2013, 303 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-347-3.
8. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 9788024744124.
9. JELÍNKOVÁ, Ilona. Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.
10. KELNAROVÁ, Jarmila. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s., [4] s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2830-8.
11. KOTT, Otto a Iveta PETŘÍKOVÁ. Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009, 86 s. ISBN 978-80-7043-796-4.
12. KOLEK, Vítězslav. Pneumologie pro magistry a bakaláře. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 82 s. ISBN 80-244-1175-x.
13. LARSSON, Michael. Www.dnformed.cz. In: Www.dnformed.cz: Profesoinální odsávací systémy [online]. 2011. vyd. 2011, 2011 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.dnformed.cz/pdf/medela-katalog-odsavacky-2011.pdf>
14. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 519 s. ISBN 978-80-247-2764-6.

15. MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
17. NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 9788024723198.
18. OŠŤÁDAL, Oldřich, Kateřina NEUMANNOVÁ a Eva ZDAŘILOVÁ. Léčebná rehabilitace a fyzioterapie v pneumologii: (stručný přehled). 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 54 s. ISBN 978-80-244-1909-1.
19. SNL/DOS/SOP/032/VERZE 03 Standard: Asistence při odstranění hrudního drénu, Plzeň: Fakultní nemocnice, 2013
20. STOLZ, Alan J a Pavel PAFKO. Komplikace v plicní chirurgii. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 237 s. ISBN 978-80-247-3586-3.
21. ŠAFRÁNKOVÁ ALENA, Nejedlá Marie. Interní ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4711-485.
22. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.
23. ŠPINAR, Jindřich. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
24. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetrovatelství II. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-x.
25. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. VODIČKA, Josef. Speciální chirurgie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 313 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1101-5.
27. VODIČKA, Josef. Spontánní pneumotorax: [etiopatogeneze, diagnostika, léčba]. Praha: Maxdorf, c2007, 264 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-126-4.
28. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
29. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 303 stran, iv strany obrazových příloh. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.
30. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Chirurgická propedeutika. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

SEZNAM ZKRATEK

CT	počítačová tomografie
D	dechová frekvence
EKG	elektrokardiografie
i. m.	intramuskulárně
i. v.	intravenózně
P	srdeční frekvence
PMK	permanentní močový katétr
PNO	pneumothorax
PŽK	periferní žilní katétr
RHC	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
SAT O2	saturace hemoglobinu kyslíkem
SPNO	spontánní pneumothorax
TT	tělesná teplota
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krevní
VTS	videothorakoskopie

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Edukační plán

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Systém dvou láhví

Obrázek č. 2 - Mobilní odsávací souprava Medela

Obrázek č. 3 - Dechový trenažer Tri-Flow

Obrázky

Obrázek č. 1 - Systém dvou láhví



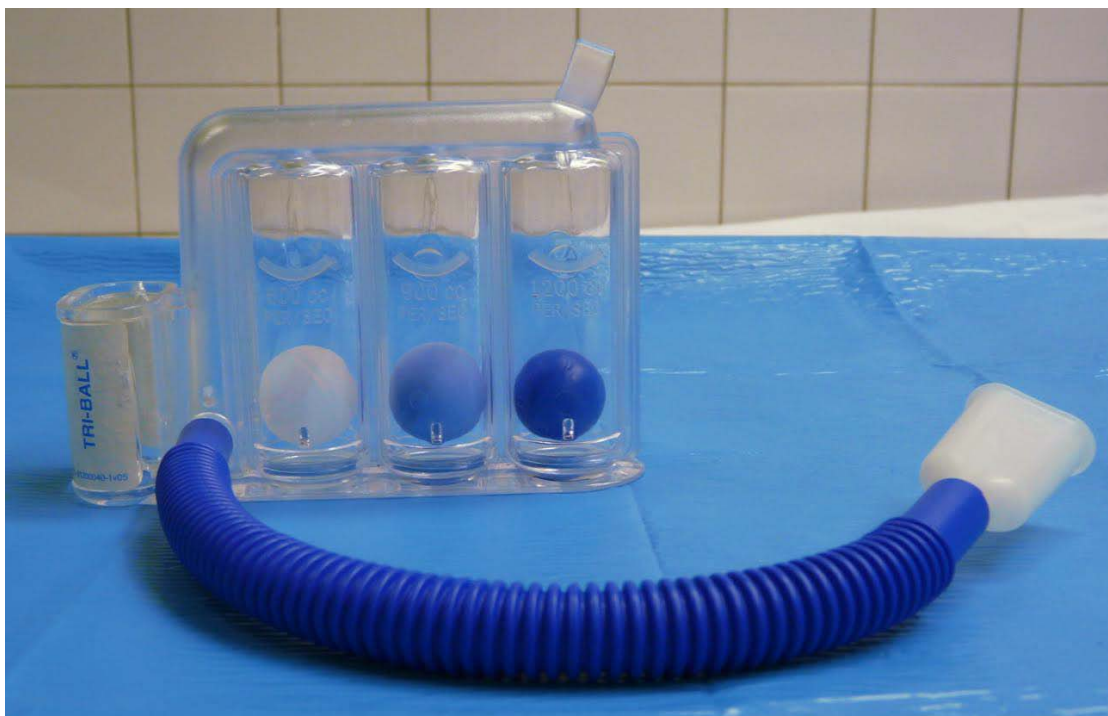
Zdroj: vlastní

Obrázek č. 2 - Mobilní odsávací souprava Medela



Zdroj: vlastní

Obrázek č. 3 - Dechový trenažer Tri-Flow



Zdroj: vlastní

SEZNAM PŘÍLOH

povolení ke sběru informací

informovaný souhlas

Povolení ke sběru informací



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Radka Dziká

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o ošetrovatelských postupech, používaných u pacientů *Chirurgické kliniky (CHK)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacienta s pneumothoraxem*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *CHK* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod přímým vedením paní Jaroslavy Cingrošové, staniční sestry CHK.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzeň.cz

16. 6. 2015

Informovaný souhlas

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon.

Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum: