

Alena Šafránková, Marie Nejdlá

Interní ošetřovatelství I



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Mgr. Alena Šafránková
MUDr. Marie Nejedlá

INTERNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ I

Recenze:

Doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.
Mgr. Věra Potužáková
Mgr. Radka Ptáčková

Ilustrace © Eva Beberová, 2006
Fotografie z archivu autorek.
© Grada Publishing, a.s., 2006
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS, 2006

Vydala Grada Publishing, a.s., 2006
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 2585. publikaci
Odpovědná redaktorka Pavla Kovářová
Sazba a zlom Blažena Posekaná
Počet stran 280 + 4 strany barevné přílohy
Vydání 1., Praha 2006
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.,
Husova 1881, Havlíčkův Brod

*Nakladatelství Grada Publishing, a.s., děkuje Nemocnici Na Homolce
za exkluzivní spolupráci a finanční podporu této publikace.*



Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno. Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o léčích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorek. Z jejich praktického uplatnění však pro autorky ani pro nakladatelství nevyplynávají žádné právní důsledky. Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 80-247-1148-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6915-8 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

Obsah k I. dílu

Seznam použitých zkratk	6
Předmluva	11
1 Ošetřování pacientů na interním oddělení	13
1.1 Charakteristika interního oddělení	13
1.2 Souhrn vyšetřovacích metod u interních onemocnění	16
1.3 Souhrn léčebných metod u interních onemocnění	18
1.4 Nejčastější ošetrovatelské problémy (diagnózy) u pacientů s interním onemocněním	18
1.5 Kontrolní test	33
2 Ošetřování pacientů s chorobami dýchacího ústrojí	35
2.1 Vyšetřovací metody u onemocnění dýchacího ústrojí	35
2.2 Ošetrovatelská péče u pacientů se záněty dýchacích cest	42
2.3 Ošetrovatelská péče u pacientů se záněty plic	53
2.4 Ošetrovatelská péče u pacientů s asthma bronchiale	61
2.5 Ošetrovatelská péče u pacientů s TBC plic	68
2.6 Ošetrovatelská péče u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí	75
2.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s respirační insuficiencí	84
2.8 Ošetrovatelská péče u pacientů s nádorovým onemocněním dýchacích cest a plic	89
2.9 Kontrolní test	95
3 Ošetřování pacientů s chorobami oběhového systému	97
3.1 Vyšetřovací metody u onemocnění kardiovaskulárního systému	97
3.2 Ošetrovatelská péče u pacientů s hypertenzí	117
3.3 Ošetrovatelská péče u pacientů s aterosklerózou	126
3.4 Ošetrovatelská péče u pacientů s ischemickou chorobou srdeční – ICHS	133
3.5 Ošetrovatelská péče u pacientů s anginou pectoris	140
3.6 Ošetrovatelská péče u pacientů s infarktem myokardu	144
3.7 Ošetrovatelská péče u pacientů se srdečním selháním	154
3.8 Ošetrovatelská péče u pacientů se záněty srdce a kardiomyopatiemi	163
3.9 Ošetrovatelská péče u pacientů s onemocněním žil, záněty žil a chronickou žilní insuficiencí	175
3.10 Ošetrovatelská péče u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin	193
3.11 Kontrolní test	199
4 Ošetřování pacientů s chorobami trávicího ústrojí	203
4.1 Vyšetřovací metody u onemocnění trávicího ústrojí	203
4.2 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami jícnu	212
4.3 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami žaludku	217
4.4 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami tenkého a tlustého střeva	226
4.5 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami jater	244
4.6 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami žlučníku a žlučových cest	254
4.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s chorobami slinivky břišní	263
4.8 Kontrolní test	273
Seznam použité literatury	275
Rejstřík	276

Seznam použitých zkratk

ABR	acidobazická rovnováha
ACEI	inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, antihypertenziva
ACTH	adrenokortikotropní hormon
ADH	antidiuretický hormon
ADL	activities of daily living (test základních všedních činností)
ALP	alkalická fosfatáza, enzym
ALT	alaninaminotransferáza (enzym zvýšený u hepatopatie)
AP	angina pectoris
APA	antifosfolipidové protilátky
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas (time), test hemokoagulace
ARDS	syndrom akutní dechové tísně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST, dříve SGOT	aspartátaminotransferáza, enzym, zvýšený u hepatopatie a IM
Astrup	vyšetření acidobazické rovnováhy
ATB	antibiotika
AV	atrioventrikulární převod
BACTEC	test rychlé kultivace mykobakterií
BE	base excess (přebytek bází)
BCG	očkovací vakcína proti TBC
BD	base deficit (nedostatek bází)
BDK	bandáže dolních končetin
BK	bacil Kochův, Mycobacterium tuberculosis
BMI	body mass index
BWR	sérologická reakce, průkaz protilátek proti syfilis, také se používá RRR (viz RRR)
CAPD	kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
CCPD	cyklická kontinuální peritoneální dialýza
CEA	karcinoembryonální antigen (nádorový marker)
CK	kreatinkináza
CK-MM	kreatinkináza svalové frakce, zvýšená u poškození kosterních svalů
CK-MB	kreatinkináza srdeční frakce, zvýšená u IM
CK-BB	kreatinkináza mozkové frakce
CMP	cévní mozková příhoda, iktus
CMV	cytomegalovirová infekce
CNS	centrální nervový systém
cps.	kapsle
CRP	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit podobně jako FW

CT	computer tomography (výpočetní tomografie)
CŽK	centrální žilní katétr
CŽT	centrální žilní tlak
D	dech
DC	dýchací cesty
DCD	dolní cesty dýchací
DD	D-dimer (rozpadový produkt fibrinu)
DDAV	adiuretinový koncentrační test
DDŽ	dolní dutá žíla
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus, úplavice cukrová
DNA	deoxyribonukleová kyselina, obsahuje genetickou informaci
DSA	digitální subtrakční angiografie
EBV	Epsteina-Barrové virus
EDTA	kyselina etylendiamonotetraoctová
EEG	elektroencefalografie
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
ELISA	metoda enzymové imunoanalýzy ke stanovení antigenů nebo protilátek
ELFO	elektroforéza bílkovin
EMG	elektromyografie
EP	evokované potenciály
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
ERV	expirační rezervní objem
ESWL	litotrypsie (rozbití konkrementu extrakorporální rázovou vlnou)
F 1/1	fyzilogický roztok, 0,9 % NaCl
FEV ₁	jednosekundová vitální kapacita
FF	fyzilogické funkce
FM	fibrinové monomery
FSH	folikuly stimulující hormon
FVC	usilovný výdech vitální kapacity
FVL	faktor V Leiden (vyšetření trombofilní genetické dispozice)
FW	sedimentace erytrocytů (podle pánů Fohreuse a Westergreena)
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza, enzym, zvýšený u cholestázy
GIT	gastrointestinální trakt, trávicí ústrojí
gtt.	guttae (kapky)
GVHD	graft versus host disease (štěp proti nemocnému)
GVT	graft versus tumor (štěp proti nádoru)
Hb	hemoglobin, krevní barvivo
HBsAg	povrchový antigen viru hepatitidy B, diagnostika hepatitidy B
HCD	horní cesty dýchací
HCT	hydrochlorothiazid

HDŽ	horní dutá žíla
HIV	human immunodeficiency virus (virus HIV) vyvolávající AIDS
HK	horní končetina
HLA	Human Leukocyte Antigen (hlavní histokompatibilní systém člověka, přítomný na všech buňkách)
HŽT	hluboká žilní trombóza
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
IgA, IgM, IgG, IgD, IgE	imunoglobuliny (protilátky) třídy A, M, G, D, E
IC	inspirační kapacita
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdeční
IDDM	inzulin dependentní diabetes mellitus
IM	infarkt myokardu
INH	isoniazid, antituberkulotikum
INR	protrombinový čas, test hemokoagulace, dříve Quick, norma 0,8–1,2
IRV	inspirační rezervní objem
ISA	vnitřní sympatomimetická aktivita
ISI	International Sensitivity Index
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
LACHE	laparoskopická cholecystektomie
LDH	laktátdehydrogenáza
LDL	lipoprotein s nízkou hustotou
LDN	léčebna pro dlouhodobě nemocné
LE	lupus erythematodes
LH	luteinizační hormon
LSS	levostranné srdeční selhání
MC	medioklavikulární, středem klíční kosti
MCH	střední hmotnost erytrocytu
MCV	střední objem erytrocytu
MK	masné kyseliny
MR (NMR)	magnetická rezonance (nukleární)
MSH	melanostimulující hormon
NIDDM	non inzulin dependentní diabetes mellitus
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NK buňky	natural killers, přirození zabíječi, druh lymfocytů
NO	oxid dusný
NPB	náhlá příhoda břišní
NSA	nesteroidní antiflogistika (protizánětlivé nesteroidní léky)
OGTT	orální glukózo-toleranční test

OJ	ošetřovací jednotka
ORL	otorinolaryngologie, oddělení ušní, nosní, krční
P	pulz
PAD	perorální antidiabetika
PAWP (PCW)	tlak v plicnici
PD	peritoneální dialýza
PE	plicní embolie
PEF	vrcholová výdechová rychlost
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEK	perkutánní extrakce (vytažení) konkrementu
PET	pozitivní emisní tomografie
PK	pravá komora
PNC	penicilin, antibiotikum
PNO	pneumotorax, vzduch v pleurální dutině
PSS	pravostranné srdeční selhání
PTC	perkutánní transhepatická cholangiografie
PTH	parathormon
PTCA, PTA	perkutánní transluminární angioplastika
P + V	příjem a výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
RA	revmatoidní artritida
RAŠ	reflex Achillovy šlachy
RRR	rychlá reaginová reakce
rtg	rentgenové vyšetření
rtg S + P	rtg-nativní vyšetření srdce a plic
RV	reziduální objem
SLE	systémový lupus erythematoses
sol.	solutio (roztok)
spr.	sprej
STH	somatotropin (růstový hormon)
sus.	suspenze
syn.	synonymum
SZO	Světová zdravotnická organizace
TAT	trombin antitrombinové komplexy
tbl.	tabulettae (tableta)
TEE	transesofageální echokardiografie
TNM	klasifikace nádorů TNM (tumor, nodus, metastázy)
TPK	totální plicní kapacita
TTH	tyreotropin
TTE	transtorakální echokardiografie
TEP	totální endoprotéza
T ₃ , T ₄	trijodtyronin, tetrajodtyronin (tyroxin), hormony štítné žlázy
TBC	tuberkulóza
TEN	tromboembolická nemoc

TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TRN	oddělení TBC a respiračních nemocí
TSH	tyreotropní hormon adenohipofýzy
TT	tělesná teplota
URS	ureteroendoskopie
USG, UZ	ultrasonografie, ultrazvukové vyšetření
VC	vitální kapacita
VT	dechový objem
VTS	videotorakoskopie
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZZS	zdravotnická záchranná služba

Předmluva

Budoucí pacient k sestře:

„Až se o mne budeš starat a ošetřovat mě, nikdy nezapomeň, že jsem člověk. Člověk, který ti věří, že mu chceš pomoci, že chceš zmírnit jeho utrpení, že s ním cítíš, jako bys byla pacientem ty sama.“

Milé studentky a studenti,

dostáváte do rukou učebnici, která vám dá nahlédnout do interního lékařství a interního ošetrovatelství. Věříme, že těm z vás, kteří již máte znalosti o základních ošetrovatelských postupech, o historii a teorii ošetrovatelství i potřebách pacientů, pomůže naše učebnice nejen utřídit známé informace, ale poskytne i nové rozvíjející poznatky.

Pro všechny, kteří se setkávají s interním ošetrovatelstvím poprvé, jsme se snažily vytvořit systematickou učebnici, obsahující soubor nejčastějších interních onemocnění s jejich etiologií, patofyziologií a lékařským a ošetrovatelským řešením. Přestože jsme byly vedeny snahou o komplexní vysvětlení daného onemocnění, používejte i jiné zdroje, neboť jedině tak získáte plastický obraz dané choroby.

Knížka je členěna do kapitol podle druhů postižení jednotlivých orgánových celků. K získání ucelené představy onemocnění od počátku vývoje choroby přes diagnostiku, terapii i ošetrovatelství jsou jednotlivé části kapitol pravidelně řazeny v této návaznosti.

K doplnění Vám bude sloužit krátká kazuistika onemocnění, ke kterému se kapitola vztahuje. Bude už na Vás, jak si k této kazuistice přiřadíte a rozvedete další postup diagnostiky, terapie a ošetrovatelství v daném konkrétním případě.

U každé kapitoly uvádíme krátkou informaci, která se k ní váže: „Víte, že...“, jejímž smyslem je pouze zpestit, případně osvěžit vaše vědomosti z oblasti historie a vědeckých poznatků.

Jednotlivá onemocnění doplňují přehledné souhrnné tabulky, ve kterých naleznete návaznost ošetrovatelského procesu na patofyziologii a klinické příznaky onemocnění. Pracujte s učebnicí vždy s tužkou v ruce a poznamenávejte si k onemocnění své konkrétní pacienty. Při opakování vám rychleji „naskočí“ onemocnění.

Naší snahou je, aby pro Vás učebnice byla zajímavá, ucelená a přehledná, s dostatkem současných poznatků z vnitřního lékařství a ošetrovatelství.

Ošetrovatelskou diagnózu nazýváme ošetrovatelský problém, protože nevycházíme z žádného seznamu ošetrovatelských diagnóz (např. NANDA). Nepokládáme za nejdůležitější převzetí názvů ošetrovatelských diagnóz z amerického názvosloví, ale jde nám o pochopení problémů pacientů a jejich správné řešení.

Proto do každých dveří vcházíte s úsměvem a vlídným slovem, neboť jen tak přispějete společně se svou odborností k tomu, aby se pro nemocného pobyt v nemocnici stal snesitelnějším.

Nechte se inspirovat nezlomnou energií Florence Nightingalové, která i přes odpor rodičů celý život obětavě pracovala jako ošetřovatelka. Dosáhla tak významného pokroku a rozvoje ošetřovatelství, za něž byla i v roce 1907 vyznamenána britským Řádem za zásluhy. Její práce přiměla Jeana Henri Dunanta k založení Mezinárodního výboru Červeného kříže v roce 1864 v Ženevě.

Přejeme vám hodně úspěchů ve studiu a uplatnění načerpaných vědomostí v praktickém životě všeobecné sestry.

Za cenné připomínky při přípravě knihy děkujeme recenzentům doc. MUDr. Jiřímu Neuwirthovi, CSc., Mgr. Věře Potužákové a Mgr. Radce Ptáčkové.

Zvláštní poděkování patří odborné redaktorce paní Pavle Kovářové a paní Blaženě Posekané za trpělivost a nápady při realizaci knihy.

Autorky

1 Ošetrování pacientů na interním oddělení

Charakteristika interního oddělení – Souhrn vyšetřovacích metod – Souhrn léčebných metod – Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s interním onemocněním – Kontrolní test

1.1 Charakteristika interního oddělení

Interní oddělení patří k základním oddělením nemocniční péče, stejně jako chirurgické, dětské a gynekologicko-porodnické oddělení. Léčí se zde pacienti s onemocněním vnitřních orgánů. Léčba probíhá zpravidla konzervativně, bez chirurgického zákroku.

Základní medicínský obor, který se onemocněním vnitřních orgánů zabývá, se jmenuje **vnitřní lékařství**. Z oboru vnitřního lékařství se postupnou specializací vydělovaly další obory. Lékaři, specialisté v podoborech vnitřního lékařství, jsou schopni poskytnout ve své specializaci odbornější péči než všeobecný internista.

K podoborům interního lékařství patří: **pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, hepatologie, nefrologie, diabetologie**. Onemocnění vnitřních orgánů může postihnout člověka v různém období jeho věku, ale nejvíce onemocnění se vyskytuje ve starším věku a ve stáří. Vědní obor, který se zabývá problematikou stáří, se nazývá **gerontologie**. Dnešními pacienty interních oddělení jsou převážně pacienti vyššího věku, a proto je nutné přihlížet v léčbě i ošetrování ke specifickým příznakům a potřebám těchto pacientů.

Lékaři vnitřního lékařství úzce spolupracují i s ostatními lékaři ostatních oborů medicíny. Na interním oddělení se léčí i nemocní se zhoubnými onemocněními, ale obor zabývající se nádorovým bujením se nazývá **onkologie**. Je to samostatný obor, ale při léčbě i vyšetřování je nutná mezioborová spolupráce. Dále lékaři spolupracují s chirurgií, dermatologií, neurologií, gynekologií, oftalmologií, otorinolaryngologií, aj.

Základními částmi interního oddělení (kliniky vnitřního lékařství, interny) jsou:

- a) ambulance,
- b) vyšetřovací oddělení,
- c) lůžkové oddělení,
- d) lůžka akutní péče (např. JIP, metabolická jednotka, oddělení intermediální péče).

Ad a) Ambulance

Ambulantní část je většinou umístěna v přízemní části budovy. Tvoří ucelený celek s těmito částmi:

- ordinace lékařů,
- čekárna pro pacienty,
- kartotéka,
- ostatní provozní místnosti: skladovací místnost, sociální zařízení, místnost pro pohotovostní službu, personální zázemí aj.

Na ambulanci přichází nemocný na základě **písemného doporučení** praktického lékaře nebo bez doporučení lékaře, jestliže jde o **akutní příhodu** (infarkt myokardu, dekompenzace diabetu, aj.). Pacient je na ambulanci vyšetřen lékařem za spolupráce ambulantní sestry.

Základními vyšetřovacími metodami jsou: anamnéza, zjištění základních fyziologických funkcí (TT – tělesná teplota, P – pulz, TK – tlak krve), fyzikální vyšetření pacienta (pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem), EKG, rtg plic, základní odběry krve a moče, případně další vyšetření dle požadavků lékaře.

Po zhodnocení všech informací rozhodne lékař o léčbě pacienta, zajistí nejnutnější léčbu v prvních okamžicích a rozhodne o tom, zda-li má být pacient hospitalizován či nikoliv.

Sestra založí pacientovi ambulantní kartu, připraví dokumentaci k přijetí nemocného k hospitalizaci (chorobopis s dekursem). Po přijetí k hospitalizaci je pacient odvezen na lůžkové oddělení.

Charakteristika práce sestry na ambulanci

Sestra zajišťuje mnoho různorodých činností:

- reguluje příjem a pořadí pacientů,
- zakládá a vyhledává dokumentaci pacientů v kartotéce,
- asistuje lékařům při vyšetřování,
- měří fyziologické funkce,
- provádí základní vyšetření (odběry krve, moče, natočení EKG, aj.),
- aplikuje léky,
- udržuje čistotu a úklid ordinace a pomůcek v ní,
- komunikuje s pacienty, lékařem, příbuznými a ostatními spolupracovníky celého interního oddělení,
- objednává pacienty na vyšetření,
- provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a do počítače,
- doplňuje zdravotnický materiál.

Na ambulanci dochází k prvnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem. Veškerý zdravotnický personál by si měl uvědomit, že pacient přichází na ambulanci se zdravotními obtížemi a jakékoliv nepříjemné klima a jednání personálu může jeho zdravotní stav a psychiku zhoršit nebo znepríjemnit. Proto je nutné profesionální jednání a komunikace s pacientem. Milý úsměv, vlídné slovo, dostatek informací, příjemné prostředí čekárny i ordinace, ohled na stud pacienta, empatický přístup – to jsou pozitivní momenty pro získání pacientovy důvěry na cestě ke spolupráci se zdravotníky, a tím i k vyléčení pacienta.

Ad b) Vyšetřovací část

K **základním** vyšetřovacím částem oddělení patří: rentgenologické oddělení, ultrazvukové oddělení, endoskopické oddělení a laboratoře k vyšetření biologického materiálu (mohou být i centrální laboratoře pro více oddělení).

Ke **speciálním** vyšetřovacím částem patří: pneumologické pracoviště se spirometrií, ergometrie (viz kap. 2.1), cévní vyšetřovna, aj. Pracují zde lékaři specialisté, techničtí pracovníci, všeobecné sestry, sestry specialistky, laboranti a další zdravotničtí pracovníci nelékařských oborů.

Vyšetřovací část slouží pro pacienty, kteří jsou již na lůžkových odděleních hospitalizováni, pro ambulantní pacienty, kteří přicházejí z domova na doporučení lékaře a jsou již objednáni, nebo pro akutně přijaté nemocné.

Ad c) Lůžková část

Základ tvoří **standardní lůžková jednotka** (oddělení). Těchto lůžkových jednotek může být více, záleží na velikosti nemocnice. Ošetrovací jednotku vede vedoucí lékař a staniční sestra, která zodpovídá za organizaci a kvalitu poskytování ošetrovatelské péče zajišťovanou pracovníky zdravotnických nelékařských oborů. Lůžkovou jednotku obvykle tvoří:

- pokoje pro nemocné,
- přípravná a pracovní sester,
- vyšetřovna,
- sociální zařízení včetně koupelny,
- místnost pro čištění pomůcek,
- skladové prostory,
- kuchyňka s jídelnou (jídelna často slouží i jako společenská místnost pro pacienty, pokud ji nemá oddělení samostatnou).

Charakteristika práce sestry na standardním lůžkovém oddělení

Sestry poskytují ošetrovatelskou péči prostřednictvím **ošetrovatelského procesu**. Na interním lůžkovém oddělení pracují převážně **všeobecné sestry v třísměnném provozu**. Pro studium oboru zdravotnická sestra na středních zdravotnických školách byli přijímáni žáci od r. 2004. Od r. 2005 byl obor nahrazen oborem zdravotnický asistent, a všeobecná sestra přesunuta na vyšší či vysoké školy.

Spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky nelékařských povolání: zdravotnickým asistentem, nutričním terapeutem (asistentem), fyzioterapeutem, aj. Mohou se specializovat na ošetrování pacientů v různých oblastech formou dalšího specializačního vzdělávání nebo v rámci specializovaných činností, například v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně a v dalších akreditovaných vzdělávacích zařízeních.

Sestry poskytují pacientům **aktivní a pasivní individualizovanou** ošetrovatelskou péči. Pracují většinou **skupinovým** systémem nebo systémem **primárních sester**.

Náročnost ošetrovatelské péče na interním oddělení je vysoká. Často se zde léčí starší a dlouhodobě chronicky nemocní lidé. Z toho vyplývá i velké pracovní fyzické i psychické zatížení sestry. Starým, chronicky nemocným a ležícím pacientům často sestry zabezpečují komplexní základní ošetrovatelskou péči včetně polohování, péče o inkontinentní, zajištění veškeré obsluhy, a k tomu vykonávají náročnou odbornou činnost. Musí umět získat od pacientů potřebné informace, aby mohly stanovit jeho problémy, naplánovat a uskutečnit ošetrovatelskou péči.

Kromě běžné ošetrovatelské práce jsou pro interní oddělení charakteristické činnosti:

- **diagnostické** – např. odběry biologického materiálu na různá vyšetření (sestra musí znát techniku odběrů), příprava pacientů na vyšetření a jejich ošetření po výkonu (musí znát postupy vyšetřovacích metod, aby dobře pacienta na vyšetření připravila a správně ho informovala),
- **terapeutické** – např. podávání léků per os, injekcemi, inhalacemi aj. (sestra musí znát skupiny léků, jejich účinky a správné podávání), provádění základní rehabilitace (sestra musí mít dostatečné odborné znalosti) aj.,

- **preventivní** – např. výchovně vzdělávací činnost (edukace) při prevenci chorob, nácviku dovedností (např. aplikace inzulínu u diabetiků), poučení o výživě aj. (od sestry se vyžaduje velká trpělivost a také správný pedagogicko-psychologický přístup k pacientům),
- **administrativní** – např. shromažďování informací, záznam do dekursu a ošetrovatelské dokumentace, zakládání výsledků vyšetření, psaní žádanek, objednávání pacientů na vyšetření, aj. Dnes se ve velké míře vyžaduje od sester i dobrá znalost práce s počítačem, protože řada administrativních činností se provádí prostřednictvím výpočetní techniky.

Ad d) Akutní péče

JIP (jednotka intenzivní péče), metabolická jednotka, koronární jednotka, aj. poskytuje odbornou specializovanou péči všem pacientům v ohrožení základních životních funkcí. Může se jednat o náhlou změnu zdravotního stavu nebo plánovaný výkon, při kterém je nutné pacienta pomocí přístrojů sledovat (monitorovat).

Jednotka je vybavena podle toho, na jakou specializaci je zaměřena (koronární jednotka, metabolická jednotka, aj.). Kromě obvyklého zařízení, jaké je na standardní ošetrovací jednotce, je zde **speciální přístrojové vybavení** a pro jeho užívání musí být sestry speciálně vyškolené. Jedná se například o monitorovací zařízení (EKG, P, TK), ventilátory, defibrilátory, kardiostimulátory, centrální rozvod kyslíku, odsávací zařízení, infuzní pumpy, dávkovače léků, speciální přístroje, např. dialyzační přístroj („umělá ledvina“).

Jednotka je vybavena i speciálními polohovatelnými lůžky s množstvím přídavných zařízení, včetně antidekubitárních matrací. Součástí jednotky bývá i malý operační sálek pro provádění invazivních zákroků (např. katetrizace centrální žíly). Pracují zde převážně **sestry specialistiky**, které jsou odborně připraveny pro ošetrování nemocných v intenzivní péči.

1.2 Souhrn vyšetřovacích metod u interních onemocnění

Zde uvádíme jen základní přehled vyšetřovacích metod u interních onemocnění. V dalších kapitolách se seznámíte se speciálními vyšetřovacími metodami u konkrétních onemocnění. Podrobnější informace o vyšetřovacích metodách naleznete v další literatuře.

Stanovení správné lékařské diagnózy je základem pro účelnou a cílenou léčbu onemocnění. Samotné vyšetření pacienta má základní posloupnost a lékař postupuje vždy od metod jednoduchých, snadno proveditelných a nezatěžujících pacienta, až po ty speciální. Nemocný vyhledává lékaře vždy, když má nějaký zdravotní problém. Prvním krokem lékaře je vyznat se na všechny okolnosti, které problém mohly způsobit a jaké má nemocný obtíže. Tento krok se nazývá **anamnéza (předchorobí)**.

1. Anamnéza

Zjišťuje ji lékař rozhovorem s pacientem, popřípadě s příbuznými nemocného.

Získání anamnézy vyžaduje zkušenost, dostatek času a dobrou spolupráci s nemocným. V průběhu hospitalizace může sestra velice přispět k doplnění anamnestických údajů lékaři. Je v kontaktu s pacientem častěji než lékař, a má proto více prostoru pro rozhovor s nemocným a jeho pozorování. Kompletní anamnéza obsahuje:

- základní **osobní údaje** pacienta,
- stručný **zápis o potížích**, které nemocného přivedly k lékaři,
- **osobní anamnézu** (veškeré prodělané onemocnění během života, operace, pobyty v nemocnici a ostatní poruchy; dále současné onemocnění, pro které vyhledal lékaře s objektivními i subjektivními příznaky; informace o dosavadní léčbě, pokud byla podána,
- **rodinnou anamnézu** (zdravotní stav rodičů, sourozenců a dětí),
- **pracovní anamnézu** (případná zdravotní rizika v pracovním prostředí pacienta),
- **sociální anamnézu** (sociální zázemí pacienta, soulad v rodině, způsob života, životospráva aj.).

Osobní anamnéza je doplněna o informace návyků a fyziologických funkcí pacienta (vyprazdňování, stravování, konzumace alkoholu, návykových látek, apod.). U žen se ptáme na **gynekologickou anamnézu** (počet porodů, potratů, menstruace).

Na základě těchto anamnestických údajů lékař dále zjišťuje objektivní příznaky nemocného pomocí vyšetřovacích metod.

2. Vyšetření základních fyziologických funkcí:

- vyšetření krevního tlaku (TK),
- vyšetření pulzu (P),
- vyšetření dechu (D),
- vyšetření tělesné teploty (TT),
- vyprazdňování moče a stolice.

3. Fyzikální vyšetření

Provádí lékař za účelem stanovení diagnózy. Používá k tomu našich smyslů a případně základní vyšetřovací pomůcky (např. fonendoskop, tonometr, ústní lopatku, páskový metr, vatovou štětičku, neurologické kladívko, rukavice). Je důležité, aby i sestra dokázala ovládat základní principy fyzikálního vyšetření k rozpoznání patologických stavů. Více se dozvíte v učebnici pro sestry-bakalářky Fyzikální vyšetření od autorky MUDr. Nejedlé.

Fyzikální vyšetření obsahuje vyšetření:

- **pohledem (aspekce),**
- **pohmatem (palpace),**
- **poklepem (perkuse),**
- **poslechem (auskultace),**
- **čichem.**

Při celkovém vyšetření vždy posuzujeme psychický stav, vědomí, stav výživy, polohu nemocného, stoj a chůzi, hlas, řeč, kůži a změny na kůži. Při vyšetřování těla postupujeme vždy od hlavy směrem ke končetinám.

Provádíme vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha a končetin. Vyšetření břicha se zakončuje vyšetřením per rectum.

4. Odběry biologického materiálu

Odběry krve, moče, stolice, zvratků, sputa, mozkomíšního moku, výtěrů, částí tkání a dalších:

- základní a speciální odběry biochemické (minerály, glukóza, tuky, tzv. jaterní testy, aj.),
- hematologické odběry (INR, FW, KO, aj.),
- mikrobiologické odběry (výtěry, odběry stolice, moče, krve, punkce, laváže, aj.).

5. Zobrazovací metody:

- radiodiagnostické metody (rtg vyšetření – skiaskopie, skiografie, tomografie, kontrastní rtg vyšetření, CT, aj.),
 - magnetická rezonance (MR),
 - ultrasonografie (USG, UZ, syn. ultrazvuk, sonografie), echokardiografie (ECHO),
 - radioizotopové metody (scintigrafie, gamagrafie).

6. Bioptické metody (cytologie, histologie)

7. Endoskopie (gastroskopie, rektoskopie, koloskopie, ERCP, bronchoskopie, aj.)

8. Vyšetření EKG (Holter, ergometrie)

9. Invazivní metody (srdeční katetrizace, DSA)

10. Genetické metody

11. Funkční vyšetření (plic, ledvin, aj.)

1.3 Souhrn léčebných metod u interních onemocnění

Ve vnitřním lékařství se používá řada léčebných metod, které nazýváme **konzervativní**. Jsou to metody, které nepoužívají chirurgický zákrok. Podrobněji jsou popsány u konkrétních onemocnění. K nejčastějším patří:

- farmakoterapie,
- léčba krví a krevními deriváty,
- imunoterapie,
- dietoterapie a parenterální výživa,
- oxygenoterapie (léčba kyslíkem),
- fyzikální léčba, rehabilitace a balneoterapie,
- režimová léčba (např. klid na lůžku),
- speciální metody (např. hemodialýza).

1.4 Nejčastější ošetřovatelské problémy (diagnózy) u pacientů s interním onemocněním

U řady interních onemocnění jsou ošetřovatelské problémy (diagnózy) shodné. Uvádíme ty nejčastější a doplňujeme je o cíl ošetřování a plánovanou ošetřovatelskou péči.

1.4.1 Porucha soběstačnosti (sebepéče)

Příčinou mohou být porušené motorické nebo kognitivní funkce (např. onemocnění pohybového, nervového aparátu, metabolické a endokrinní změny, poruchy vidění, poruchy vědomí, imobilita, demence, aj.), a faktory spojené s léčbou, např. permanentní katétr žilní, močový.

Oblasti omezené soběstačnosti:

- neschopnost udržovat tělesnou hygienu,
- neschopnost přijímat potravu,
- neschopnost v oblékání,
- neschopnost ve vyprazdňování,
- neschopnost pohybu na lůžku.

Poruchu soběstačnosti doprovází řada dalších problémů pacienta: např. nechuť k provádění činnosti, nedostatek motivace, bolest, neklid, deprese, stav napětí, úzkost, aj.

Cíle ošetrovatelské péče:

- provádět hygienu samostatně, případně s dopomocí,
- dokázat se sám najíst,
- sám se dokázat obléknout, umět využít vhodné pomůcky,
- dokázat si dojet na toaletu, případně umět použít pomůcky k vyprazdňování,
- zvládat aktivní polohy na lůžku,
- umět si říci o pomoc v případě nevládnutí činnosti,
- prokazovat zvýšený zájem o uvedené aktivity,
- mít pocit pohodlí a spokojenosti ze samostatně prováděné činnosti.

Anamnéza

- **Zhodnocení soběstačnosti pacienta.** Správné a přesné zhodnocení úrovně soběstačnosti je důležitým momentem pro stanovení ošetrovatelského plánu. Špatné stanovení úrovně sebepéče může být příčinou vzniku komplikací (např. imobilizační syndrom). Informace o soběstačnosti nemocného získáváme pomocí pozorování, rozhovorem s nemocným a s ostatními zdravotníky a příbuznými. Můžeme využít různých testů k hodnocení soběstačnosti pacienta. Například **Barthelův test** základních všedních činností, tzv. **ADL** (*activities of daily living*) ukazuje tabulka 1.1, **test ošetrovatelské zátěže** tabulka 1.2 a klasifikace **funkčních úrovní sebepéče** tabulka 1.3.
- **Zhodnocení celkové úpravy a vzhledu nemocného.** Všímáme si celkového vzhledu nemocného, jak je upraven, zda-li má čisté oblečení, upravené vlasy a nehty, čistou kůži, jestli používá nějaké pomůcky, např. k inkontinenci, jak pečuje o zuby nebo protézu, apod.
- **Posouzení stavu kůže.** Všímáme si barvy kůže, turgoru kůže, změn na kůži (vyrážka, zarudnutí, otoky, otlaky, odřeniny, poranění kůže, chronické defekty, jizvy, podlitiny a jiné krevní výrony, apod.) ochlupení, pocení, suchosti kůže, aj.

Tab. 1.1 Barthelův test základních všedních činností – ADL

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Hodnocení (body)</i>
Najedení a napití	– samostatně bez pomoci – s pomocí – neprovede	10 5 0
Oblékání	– samostatně bez pomoci – s pomocí – neprovede	10 5 0
Koupání	– samostatně bez pomoci – s pomocí – neprovede	10 5 0
Osobní hygiena	– samostatně nebo s pomocí – neprovede	5 0
Vyprazdňování moče	– plně kontinentní – občas inkontinentní – inkontinentní	10 5 0
Vyprazdňování stolice	– plně kontinentní – občas inkontinentní – inkontinentní	10 5 0
Použití WC	– samostatně bez pomoci – s pomocí – neprovede	10 5 0
Přesun lůžko–židle	– samostatně bez pomoci – s malou pomocí – vydrží sedět – neprovede	15 10 5 0
Chůze po rovině	– samostatně nad 50 m – s pomocí 50 m – na vozíku 50 m – neprovede	15 10 5 0
Chůze po schodech	– samostatně bez pomoci – s pomocí – neprovede	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti:

0–40 bodů: vysoce závislý, **45–60 bodů:** závislost středního stupně, **65–95 bodů:** lehká závislost, **100 bodů:** nezávislost.

Tab. 1.2 Test ošetřovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Hodnocení (body)</i>
1. Pohybová schopnost	– s částečnou pomocí – s podstatnou pomocí – omezený na lůžko, zcela závislý	1 3 5
2. Osobní hygiena	– s částečnou pomocí – s podstatnou pomocí – úplně závislý	1 3 5

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Hodnocení (body)</i>
3. Jídlo	– s částečnou pomocí – s podstatnou pomocí – úplně závislý (krmení, sonda)	1 3 5
4. Inkontinence moče	– občas – stále – permanentní katétr	3 5 2
5. Inkontinence stolice	– občas – stále	3 5
6. Návštěva toalety	– s částečnou pomocí – s podstatnou pomocí – pokojový klozet, podložní mísa	1 5 4
7. Dekubity	– malé – velké	1 4
8. Spolupráce s nemocným	– občas obtížná – velmi obtížná – bezvědomí	2 3 5

Hodnocení: 0 bodů: zcela soběstačný, **38 bodů:** zcela závislý.

Tab. 1.3 Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové

<i>Bod</i>	<i>Hodnocení</i>
0	nezávislý, soběstačný
1	potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností
2	potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50 % činností
3	potřebuje velkou pomoc od druhé osoby nebo přístroje, sám zvládne méně než 25 % činností
4	zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
5	absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat

Při hodnocení úrovně sebeděče zjišťujeme u konkrétního pacienta: celkovou pohyblivost, schopnost najíst se, umýt se, vykoupat se, obléci se, dojít na toaletu, pohybovat se na lůžku, udržovat domácnost, nakoupit si, uvařit si.

Číselné kódy se nesčítají.

- **Identifikace rizikových faktorů (změny ve stavu výživy, vyprazdňování, imobilita, nedostatečná hydratace, změněné smyslové vnímání, aj.).** Všechny anamnestické údaje zjišťujeme pozorováním, z dokumentace a rozhovorem. Zjištěné údaje zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Většina těchto údajů se zaznamenává do ošetrovatelské anamnézy, která se u hospitalizovaných nemocných vyplňuje obvykle do 24 hodin od přijetí.

Plánování a realizace ošetrovatelské péče

- Povzbudit a motivovat nemocného k činnosti.
- Respektovat soukromí nemocného.

- Zajistit bezpečné provádění činností.
- Zajistit všechny potřebné pomůcky.
- Poskytnout radu a případnou pomoc.
- Umožnit nemocnému provádění činností dle jeho zvyklostí.
- Za každé sebemenší zlepšení nemocného chválit a povzbuzovat.
- Zamezit rozptýlení a umožnit soustředění na činnost.
- Projevovat dostatek trpělivosti a času.

1.4.2 Porucha hybnosti (polohy, postoje, chůze a pohybové koordinace)

Příčina: vrozená, získaná – může být rozmanitá.

Další problémy pacienta vztahující se k poruchám hybnosti: snížená výkonnost, vznik imobilizačního syndromu, porucha soběstačnosti, potencionální riziko pádu, bolest, strach, úzkost, porucha sebepojetí, porucha adaptace, snížená schopnost vést domácnost, poruchy sexuálního života, apod.

Cíle ošetřovatelské péče:

- udržet správnou polohu těla v poloze vleže, sedu i v chůzi,
- dodře provádět pohyb při změně polohy nebo při zvedání předmětu,
- obnovit a udržet svalovou aktivitu a přiměřenou kondici,
- pohybovou aktivitu vykonávat bez bolesti a únavy,
- znát faktory zatěžující páteř,
- dokázat správně posazovat na lůžku, vstávat z lůžka, přesunovat se na jiné místo,
- umět používat pomůcky k chůzi (berle, hole, apod.),
- zvládat chůzi bez pomoci po rovině i schodech,
- být schopen sám vykonávat běžné aktivity denního života.

Anamnéza

- **Vyšetření hybnosti pacienta** (požádáme pacienta, aby pohyboval určitými částmi těla), vyšetřujeme pohyb v kloubu vleže nebo vestoje (stupeň pohyblivosti, bolest, otok, změnu barvy, velikost a asymetrii kloubu, toleranci pohybu).
- **Hodnocení soběstačnosti pacienta.**
- **Další dotazy ohledně polohy a pohybové aktivity formou rozhovoru s nemocným** (používání pomůcek k pohybu, bolestivost při pohybu, denní aktivity, sport, úraz, oblíbená poloha, atd.).

Plánování a realizace ošetřovatelské péče

- **Mobilizace pacienta** – pohyb na lůžku (polohování a aktivní pohyb – zvedání, otáčení, posazování), vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze. Postup mobilizace určuje lékař ve spolupráci s fyzioterapeutem. Po delší imobilizaci nacvičujeme pohyb postupně (posazení na okraj lůžka, stoj vedle, sezení v křesle, pomalá chůze kolem lůžka, atd.).
- **Kondiční cvičení** – ve spolupráci s fyzioterapeutem nemocný získává postupně obnovení pohyblivosti kloubů, svalovou sílu, uvolnění spastických skupin, lepší

se plicní ventilace a prokrvení tkání, dochází k zlepšení fyzické kondice a navození pozitivní nálady.

- **Prevence tromboembolických komplikací** – k tomu pomáhají tato opatření: včasné vstávání, změny poloh na lůžku a správná poloha DK na lůžku, podpora svalové pumpy DK (masáž, jízda na kole v leže na lůžku, cvičení na lůžku) a elastická bandáž dolních končetin.

1.4.3 Poruchy výživy

Příčina: snížený příjem potravy, zvýšený příjem potravy, snížený příjem tekutin (dehydratace), zadržování vody v těle a vznik edémů, poruchy polykání (dysfagie), soubor příznaků při onemocnění zažívacího traktu (dyspepsie): říhání, pálení žáhy (pyrosis), pocit na zvracení (nausea), zvracení (vomitus, emesis), plynatost (meteorismus), nadměrné vypuzování plynů (flatulence), zácpa (obstipace), průjem (diarhoe), bolest, poruchy soběstačnosti, poruchy vyprazdňování, chorobné změny na zažívacím ústrojí, nechutenství, nedodržování léčebného režimu, nedostatek pohybu, apod.

Ošetrovatelské problémy (diagnózy):

- *porucha výživy ze sníženého příjmu potravy,*
- *porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy,*
- *porucha hydratace ze sníženého příjmu tekutin (dehydratace,)*
- *porucha hydratace ze zvýšeného objemu tekutin v těle.*

Cíle ošetrovatelské péče:

- upravit tělesnou váhu na přijatelnou normu,
- zabezpečit normální hydrataci organismu,
- přijímat energeticky vyváženou stravu s dostatečným obsahem vitaminů a minerálů,
- přijímat potravu bez následných dyspeptických obtíží,
- mít dostatek informací o správné životosprávě.

Anamnéza

Posouzení stavu výživy je prvním krokem v řešení poruch výživy. Podle **anamnestických** údajů můžeme odhalit problémy ve výživě. Zjišťujeme údaje o příjmu potravy, problémy s přijímáním potravy, dostupnost potravy, pohyblivost, výkyvy v hmotnosti pacienta, současná onemocnění, problémy s příjmem potravy již v minulosti, medikamentózní léčbu, důvody nechutenství, stravovací návyky, apod.

Posouzení stavu výživy provádíme též **orientačně pohledem a při fyzikálním vyšetření pacienta**. Všímáme si celkového vzhledu, ale i určitých klinických příznaků, které mohou signalizovat problémy výživy (stav nehtů a vlasů, sliznic, vyšetření srdečního, trávicího a nervového systému, celkové vitality nemocného).

Pomocí **hmotnostního indexu BMI** (*body mass index*) se posuzuje, zda je hmotnost přiměřená výšce.

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \times \text{výška (m)}}$$

Normou není přesná hodnota, ale určité rozmezí. Rozmezí BMI se u normálních osob pohybuje mezi 20–25. Mírnému zvýšení hmotnosti do 30 se říká nadváha. Obezita 1. stupně se pohybuje v rozmezí BMI 30–35. Obezita 2. stupně, kdy BMI je 35–40 a více, je obezitou těžkou.

Měřením podkožního tuku si údaje můžeme doplnit (měří se tloušťka kožní řasy pomocí kaliperu).

Celkové posouzení se doplní **biochemickým vyšetřením** krve a moče (např. cholesterol, tuky, dusíková bilance, bílkoviny, hemoglobin).

Plánování a realizace ošetřovatelské péče

Po zjištění konkrétního problému ve výživě přistupuje sestra k plánování konkrétní ošetřovatelské péče.

Porucha ze sníženého příjmu potravy:

- pravidelně kontrolujeme tělesnou hmotnost,
- sledujeme příjem a výdej potravy a tekutin, zapisujeme zjištěné údaje do ošetřovatelské dokumentace,
- sledujeme aktivitu nemocného i jeho odpočinek,
- umožníme individuální výběr potravy po domluvě s nutričním terapeutem,
- zajistíme dostatek informací o výživě,
- stravu upravujeme esteticky,
- umožníme nemocnému vhodnou polohu při přijímání potravy a vhodné pomůcky.

Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy:

- pravidelně kontrolujeme tělesnou hmotnost,
- ovlivňujeme motivaci pacienta ke snížení hmotnosti,
- spolupracujeme při tvorbě jídelníčku,
- dbáme na přiměřenou aktivitu nemocného, doporučujeme zvýšený pohybový režim,
- podporujeme pochvalou úspěchy v redukci hmotnosti,
- zajistíme dostatek informací o správné životosprávě.

Porucha hydratace ze sníženého příjmu tekutin (dehydratace):

- pravidelně kontrolujeme a zapisujeme příjem a výdej tekutin (bilanci tekutin),
- sledujeme fyziologické funkce (TK, P),
- kontrolujeme stav kůže a sliznic (snížený turgor kůže, suchost sliznic),
- kontrolujeme laboratorní vyšetření,
- sledujeme psychický stav nemocného (zmatenost, neklid, spavost, apatie),
- aktivně nabízíme tekutiny, zajistíme jejich dostatečné množství a možnost sebeobsluhy,
- ošetřujeme dutinu ústní,
- informujeme pacienta o významu správné hydratace.

Porucha hydratace ze zvýšeného objemu tekutin v těle:

- pravidelně sledujeme hmotnost nemocného, údaje zapisujeme,
- měříme zvýšené objemy výskytu edémů (při ascitu objem břicha, při edému DK objem lýtek a stehen),

- kontrolujeme stav kůže, možnost prosakování, vznik defektů v kůži,
- sledujeme vitální funkce (TK, P, D),
- sledujeme příjem a výdej tekutin (bilanci tekutin),
- sledujeme účinky podávaných léků,
- nemocného dostatečně informujeme o příjmu tekutin, dle ordinace lékaře.

1.4.4 Změny na kůži

Příčina: nedostatečná hygiena, poruchy výživy, poruchy tkáňového prokrvení, mechanické poškození kůže (tlak, tření, vlhkost, změny teplot), poruchy nervového vedení, chemické vlivy, jiné onemocnění, infekce, apod.

Ošetrovatelské problémy (diagnózy):

- *porucha integrity kůže (dekubity, operační rány, kožní eroze),*
- *porucha integrity tkáně (např. sliznice),*
- *porucha sebepojetí.*

Cíle ošetrovatelské péče:

- zahojit defekty v kůži, aby byla kůže neporušená, hladká, dostatečně prokrvená a hydratovaná,
- odstranit nežádoucí projevy (pálení, svědění, bolest, jiné problémy),
- navodit pocit pohodlí a spokojenosti,
- informovat pacienta a následně se přesvědčit, že zná vhodná preventivní opatření zabráňující poškození kůže a že je uplatňuje.

Anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza hodnotí stav kůže a faktory, které mohou způsobit změny na kůži. Rizikové faktory vzniku dekubitů se mohou hodnotit podle různých stupnic (stupnice podle Nortonové, Waterlowova škála, stupnice Bradenové, Knollova stupnice). Uvádíme zde pouze u nás rozšířenou stupnici Nortonové v tabulce 1.4.

Je nutné posoudit stav kůže, stupeň poškození, přítomnost infekce, příčiny vzniku a naplánovat vhodnou ošetrovatelskou péči. Ke správné ošetrovatelské péči o kůži je nutná spolupráce nemocného a celého kolektivu ošetrovatelského personálu, včetně poučení rodinných příslušníků, kteří se o nemocného starají. Proto je důležitý přenos informací pomocí dobrého záznamu do dokumentace a ústní předání dalším ošetřujícím osobám.

Plánování a realizace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči poskytujeme jednak léčebnou a jednak preventivní:

- denně kontrolujeme kůži a všímáme si všech vzniklých změn, údaje zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace, zvýšenou pozornost věnujeme kůži nad výběžky kostí (tzv. predilekční místa),
- pravidelně provádíme převazy rány (frekvence převazů se řídí druhem použitého převazového materiálu a stavem rány), postupujeme sterilně za dodržování všech zásad převazování,
- pečujeme o pravidelnou výměnu osobního a ložního prádla,

Tab. 1.4 Rozšířená stupnice podle Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobry	dobry	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anemie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

- používáme dostupné antidekubitární pomůcky,
- dbáme na řádnou hygienu kůže a její větrání (viz obr. 1.1, 1.2 v bar. příloze),
- nesoběstačné nemocné vhodně a pravidelně polohujeme (dle polohovacího plánu), využíváme vhodné polohovací pomůcky (pěnové klíny, matrace, polštáře, atd.), používáme správné techniky při polohování, otáčení, zvedání a přemisťování pacienta,
- snažíme se nemocné aktivizovat a nabádat k častým změnám polohy,
- nepoužíváme neprodyšné materiály (gumové podložky),
- zajistíme vhodnou výživu nemocného,
- z infikovaných ran odebíráme vzorky na mikrobiologické vyšetření,
- při provádění hygieny zbytečně kůži nevysušujeme častým používáním mýdla, naopak suchou kůži promastíme vhodným krémem,
- minimalizujeme kontakt kůže s vlhkem způsobeným inkontinencí,
- u pacientů s **vysokým rizikem poškození kůže** (vysoký věk, smyslová porucha, nedostatečná výživa a hydratace, nesoběstačnost, výskyt modřin, snížená pohyblivost, používání podpůrných pomůcek, užívání velkého množství léků a porucha kognitivních funkcí) sestra dále dbá na dodržování **preventivních opatření proti vzniku kožních erozí**:
 - dbá na to, aby si nemocný chránil kůži oblečením s dlouhým rukávem a dlouhými nohaviciemi,
 - obalí měkkým materiálem postranice u lůžka a opěrky u křesla, případně u dalších pomůcek,
 - na křehkou kůži používá nepřilnavé krycí materiály, obvazy a náplasti sundává opatrně, aby se předešlo poranění kůže,
 - k fixaci raději používá pruban, gázové obinadlo nebo jinou fixační pomůcku, která kůži nepoškodí, v nutném případě náplasti používá pouze papírové,
 - osušuje kůži opatrně, netře ji hrubým ručníkem,

- suchou kůži promazává hydratačními krémy a mléky,
- nepoužívá alkoholové přípravky na kůži, zváží používání mycích přípravků, které kůži vysušují,
- svěšené končetiny podepře a měkce podloží příkrývkou nebo polštářem,
- při přesouvání pacienta netáhá za předloktí a po podložce, ale uchopí jej v podpaží a používá vhodné pomůcky k přesouvání (podložka, speciální pás apod.),
- snaží se zabránit pádům pacientů vhodnými pomůckami, dobrým osvětlením a úpravou okolního prostředí,
- snaží se zabránit poškození (škrábnutí) kůže pacienta nehty, hodinkami a šperky ošetřujícího personálu.

1.4.5 Poruchy vyprazdňování

Poruchy vyprazdňování stolice

Příčina: psychický stres, onemocnění tlustého střeva, nevhodná strava, nedostatek tekutin, potravinové i jiné alergie, nežádoucí účinky léků (ATB), nesprávné defekační návyky, oslabený svalový tonus, nedostatečná fyzická aktivita, aj.

Poruchy vyprazdňování moče

Příčina: infekce močových cest, oslabený svalový tonus, operační výkony, poruchy vodního hospodářství, psychické faktory, neurologické onemocnění.

Ošetrovatelské problémy (diagnózy):

- *zácpa,*
- *průjem,*
- *inkontinence,*
- *retence moče.*

Cíle ošetrovatelské péče:

- upravit patologické vyprazdňování na fyziologické,
- zbavit nemocného provázejících obtíží,
- při inkontinenci naučit nemocného používat vhodné pomůcky,
- mít dostatek informací o vlivu potravin na vyprazdňování,
- zajistit dostatek pohybové aktivity,
- zajistit rovnováhu mezi výdejem moče a příjmem tekutin,
- zabezpečit vhodnou hygienickou péči po vyprázdnění.

Anamnéza

Z anamnestických údajů zjištěných rozhovorem (četnost vyprazdňování, problémy s vyprazdňováním, návyky), fyzikálním vyšetřením břicha a konečníku a posouzením vzhledu stolice a moče, odvozujeme možné problémy s vyprazdňováním. Je nutné vzít v úvahu i soběstačnost nemocného v oblasti vyprazdňování.

Plánování a realizace ošetrovatelské péče

Vyprazdňování stolice:

- podporujeme pravidelné vyprazdňování zajištěním soukromí, dostatečným množstvím tekutin, pohybovou aktivitou a nezadržováním pocitů nucení k vyprazdňování,

- zajistíme obvyklý způsob vyprazdňování, včetně polohy,
- zajistíme stravu, která podporuje pravidelné vyprazdňování,
- sledujeme množství, vzhled, konzistenci a četnost vyprazdňování, údaje zaznamenáváme do dekursu,
- nemocnému předáme dostatek informací o faktorech ovlivňujících vyprazdňování,
- u inkontinentních nemocných zajistíme vhodné používání pomůcek,
- pravidelně kontrolujeme po vyprazdňování vzhled kůže v okolí konečníku a zajistíme dostatečnou hygienickou péči.

Vyprazdňování moče:

- podporujeme pravidelné vyprazdňování zajištěním soukromí, dostatečným množstvím tekutin, nezadržováním pocitů nucení k močení, dostatkem času na močení,
- zajistíme obvyklý způsob vyprazdňování, včetně polohy,
- sledujeme množství, vzhled, četnost vyprazdňování, údaje zaznamenáváme do dekursu,
- u inkontinentních nemocných zajistíme vhodné používání pomůcek (katetrizaci močového měchýře volíme jen v nejnutnějším případě),
- pravidelně kontrolujeme po vyprazdňování vzhled kůže v okolí konečníku a zajistíme hygienickou péči,
- inkontinentním poskytneme psychickou podporu.

1.4.6 Poruchy dýchání

Příčina: infekční onemocnění, onemocnění dýchacích cest a plic, onemocnění srdce, poruchy krevetvorby, otravy, alergie, úrazy, cizí tělesa v dýchacích cestách, apod.

Cíle ošetřovatelské péče:

- navodit fyziologické dýchání s dechovou frekvencí 12–20 vdechů u dospělého,
- odstranit dušnost a cyanózu,
- navodit normální hodnoty krevních plynů,
- umožnit nemocnému vykonávat běžné denní aktivity,
- informovat nemocného o správném používání léků,
- odstranit kašel a bolest při dýchání,
- usnadnit odkašlávání,
- umět využívat dechovou rehabilitaci,
- u kuřáků přestat kouřit.

Anamnéza

Zhodnotíme frekvenci dýchání, charakter, přítomnost kašle, barvu kůže, vykašlávání, charakter sputa, bolesti při dýchání, rizikové faktory (kouření), používání léků ovlivňujících dech a další faktory, které mohou ovlivnit dýchání.

Plánování a realizace ošetřovatelské péče

Nemocného se snažíme naučit **správně dýchat**. Správné dýchání se lze naučit pomocí dechových cvičení, která by měla být součástí kondičního cvičení. Správné dýchání též pomáhá při odstraňování strachu a napětí a podporuje v organismu rovnováhu. Při