

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Radka Hubalová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s obličejovým traumatem

Radka Hubalová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Hubalová**
Osobní číslo: **Z13010**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Specifika ošetřovatelské péče o pacienty s obličejovým traumatem**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

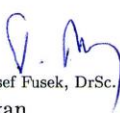
Seznam odborné literatury:

1. JENÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
2. MAZÁNEK, J. Traumatologie orofaciální oblasti. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1444-8.
3. NOVÁKOVÁ, I. Ošetrovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.
4. MAZÁNEK, Jiří. Traumatologie orofaciální oblasti. Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1444-8.
5. C. GANGALE, Debra. Rehabilitace orofaciální oblasti. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 229 s. ISBN 80-247-0534-6.
6. VALENTA, Jiří, et al. Chirurgie: Pro bakalářské studium ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003, 237 s. ISBN 80-246-0644-5.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Pavlína Brothánková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horázková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22.7 2016

Radka Hubalová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Pavlíně Brothánkové Ph.D. za pomoc při vedení bakalářské práce, ochotu a rady, které mi poskytla. Dále bych chtěla poděkovat lékařům a sestřám z oddělení ORL.

ANOTACE

Obsah práce je věnovaný péči o pacienty, kteří prodělali trauma v oblasti obličeje. Popisuje jednotlivé typy poranění, jejich příznaky, diagnostiku a především specifickou ošetrovatelskou péči, kterou tito pacienti potřebují.

KLÍČOVÁ SLOVA

Orofaciální

Trauma

Pacient

Péče

Sestra

TITLE

Nursing care focusing on the specifics care of the patient with facial injuries

ANNOTATION

The contents of bachelor thesis is devoted to the care of patients who have experienced trauma in their faces . It describes the different types of injuries , their symptoms, diagnosis , and especially the specific nursing care these patients needs.

KEYWORDS

Orofacial

Trauma

Patient

Care

Nurse

OBSAH

0 ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE OROFACIÁLNÍ OBLASTI	10
1.1 Kostí lebky	10
1.2 Svaly hlavy	10
1.3 Lymfatické a cévní zásobení.....	11
1.4 Anatomie zubu	11
2 RÁNY	12
3 POŠKOZENÍ MĚKKÝCH TKÁNÍ OBLIČEJE	13
3.1 Klinické rozdělení obličejových ran	13
3.1.1 Rány prosté	13
3.1.2 Rány složité.....	13
3.1.3 Rány komplikované	13
3.2 Poranění jazyka.....	13
3.3 Poranění slinných žláz	14
3.4 Popáleniny obličeje.....	14
3.4.1 Psychické následky vyvolané popálením	14
3.5 Syndrom zhmoždění- Crush syndrom, traumatická toxikóza.....	15
4 PORANĚNÍ ZUBŮ	16
4.1 Zlomeniny zubu	16
4.2 Subluxace zubu	16
4.3 Luxace zubu.....	16

5 ZLOMENINY	17
5.1 Zlomeniny dolní čelisti	17
5.1.1 Zlomeniny v ozubené části	17
5.1.2 Zlomeniny kloubního výběžku	17
5.1.3 Zlomeniny za ozubenou řadou v úhlu dolní čelisti.....	18
5.1.4 Defektní zlomeniny.....	18
5.2 Zlomeniny střední obličejové části	18
5.2.1 Zlomeniny střední části.....	18
5.2.1.1 Zlomeniny alveolárního výběžku	18
5.2.1.2 Zlomeniny nosních kostí.....	19
5.2.1.3 Zlomenina typu Le Fort I.....	19
5.2.1.4 Zlomenina typu Le Fort II.	19
5.2.2 Zlomeniny postranní části střední obličejové třetiny.....	19
5.2.2.1 Zlomeniny lícně-čelistního komplexu	19
5.2.2.2 Zlomeniny lícního oblouku.....	19
5.2.3 Kombinace zlomenin postranní a střední části	20
5.2.3.1 Zlomenina typu Le Fort III.	20
6 VYŠETŘOVACÍ METODY	21
6.1 Anamnéza.....	21
6.2 Fyzikální vyšetření.....	21
6.3 Zobrazovací metody	22
7 PÉČE O PACIENTA S CHIRURGICKOU LÉČBOU V OROFACIÁLNÍ OBLASTI.....	23
7.1 Předoperační příprava	23

7.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava	23
7.1.2 Krátkodobá předoperační příprava	23
7.1.3 Bezprostřední předoperační příprava	24
7.2 Pooperační péče	24
7.2.1 Bezprostřední pooperační péče	24
7.2.2 Péče o bolest	25
7.2.3 Péče o dutinu ústní	25
7.2.4 Péče o operační ránu	25
8 PÉČE O VÝŽIVU PACIENTA S TRAUMATEM V OROFACIÁLNÍM OBLASTI	26
9 KOMUNIKACE S PACIENTEM	28
10 REHABILITACE OROFACIÁLNÍ OBLASTI	29
PRAKTICKÁ ČÁST	30
11 METODIKA	30
Kazuistika č. 1	32
Kazuistika č.2	42
Kazuistika č.3	48
Kazuistika č. 4	54
Kazuistika č.5	59
EDUKAČNÍ MAPA PÉČE U PACIENTŮ S OROFACIÁLNÍM PORANĚNÍM	66
EDUKAČNÍ MAPA PÉČE	67
Návod pro použití edukační mapy péče u pacientů s orofaciálním traumatem pro všeobecné sestry	70
12 DISKUZE	71

13 ZÁVĚR.....	73
14 PŘÍLOHY	77
Příloha A- Zlomeniny typu Le fort (20).....	77
Příloha B- Obrázky použité v edukační mapě péče.....	79
Příloha C- Klasifikace fyzického stavu podle ASA (12)	81
Příloha D- Prohlášení autora.....	82

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1- Zlomenina typu Le fort I.	77
Obrázek 2- Zlomenina typu Le fort II.	78
Obrázek 3- Zlomenina typu Le fort III.	78
Obrázek 4- Periferní žilní katetr (23).....	79
Obrázek 5-Vizuální analogová škála (24).....	79
Obrázek 6- Symbol (25)	79
Obrázek 7- Glycerinové štětičky pro hygienu dutiny ústní (26)	80
Tabulka 1- Klasifikace fyzického stavu podle ASA	81

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Amp.- Ampule

ASA- Schéma Americké společnosti anestezie, které popisuje míru závažnosti zátěže a rizika pro pacienta při anestezii.

BMI- Body Mass Index

cm- Centimetry

CT- Computer tomograph (počítačová tomografie)

D- Dech

EKG- Elektrokardiografie

FR- Fyziologický roztok

g- Gramy

GIT- Gastrointestinální trakt

Gran.- Granulovaný

i.v- Intravenzně

Inj.- Injekčně

kg- Kilogramy

mg- Miligramy

Min.- Minuty

P- Pulz

RTG- Rentgenové

s.c- Subkutánně

Sol- Roztok

Tbl.- Tablety

TEN- Tromboembolická nemoc

TK- Tlak krevní

TT- Tělesná teplota

VAS- Vizuální analogová škála

0 ÚVOD

Obličejové trauma může zásadně ovlivnit životní funkce jako dýchání a příjem potravy. Při poranění obličejové části dochází k poškození tvrdých tkání (zubů, kostí) a měkkých tkání. Oblast hlavy zahrnuje také smyslové funkce- zrak, čich, chuť a sluch. Ovlivněn tak může být nejen estetický vzhled člověka, psychický stav, ale i společenské postavení a komunikace. Péče o pacienta s orofaciálním traumatem vyžaduje multioborovou spolupráci lékařů a sester stomatochirurgie, ORL, neurochirurgie, traumatologie, intenzivní péče a anesteziologicko resuscitačního oddělení. Specializovaná lékařská a ošetrovatelská péče přispěje k překonání kritického období a usnadní návrat nemocného do běžného života. Sestra musí znát specifické postupy ošetrovatelské péče, anatomii, fyziologii orofaciální oblasti a potřeby pacienta. Spolupráce s pacientem je zkomplikována bolestí, kterou má a s omezenými možnostmi komunikace. Pro návrat ke kvalitnímu životu a uplatnění ve společnosti by měla sestra pacienta edukovat o dodržování léčebného režimu, vhodném příjmu potravy, bezpečnostních opatřeních a možnostech plastické a estetické chirurgie.

Cílem bakalářské práce je porozumět problematice a specifickým ošetrovatelským postupům v péči o pacienta s orofaciálním traumatem a na základě získaných znalostí vytvořit edukační mapu péče. Péče o pacienty bude popsána v kazuistikách získaných na stomatochirurgickém oddělení a podle nich budou zpracovány jednotlivé ošetrovatelské procesy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE OROFACIÁLNÍ OBLASTI

1.1 Kostí lebky

Lebka se skládá z části mozkové- neurocranium a části obličejové- splanchnocranium. Splanchnocranium obklopuje začátek trávicí trubice. Kostí neuro a splanchnocrania jsou navzájem spojeny vazivem a chrupavkou. Párový kloub spojující spánkovou kost a dolní čelist se nazývá čelistní kloub- articulatio temporomandibularis a je jediným pohyblivým spojením v této oblasti. (1 s. 13)

Mezi kosti splanchnocrania patří horní čelist- maxilla, dolní čelist- mandibula, kost patrová- os palatinum, kost lící- os zygomaticum, sluchové kůstky: kladívko- malleus, kovadlinka- incus, třmínek- stapes a jazyka- os hyoideum. (1 s.14) Maxilla je kost párová a skládá se z těla a výběžků. Obsahuje rozsáhlou dutinu- sinus maxillaris. Mandibula je nepárová kost obloukovitého tvaru. Ve střední části je zesílena v protuberantia mentalis. Na jejím těle se nacházejí zubní lůžka- alveoly. Os zygomaticum se podílí na tvorbě jařmového oblouku společně s kostí spánkovou, který tvoří kostěný podklad tváře. Os palatinum je párová, tvořena dvěma ploténkami- lamina horizontalis, která vyplňuje patro tvrdé a lamina perpendicularis doplňující laterální část nosní stěny a tvoří horní část nosní přepážky. Os ethmoidale obsahuje labyrinthus ethmoidalis- čichový labyrint ve kterém jsou obsaženy četné pneumatické čichové sklípky. Os hyoideum slouží k úponům svalů, popisujeme na ní corpus a cornua minora- malého rohy a cornua majora – velké rohy. (2 s. 28-29)

1.2 Svaly hlavy

Hlavové svaly se dělí na dvě svalové skupiny: svaly mimické a svaly žvýkácí. Svaly mimické- muscoli faciales určují individuální výraz a charakteristické rysy obličeje. Jejich funkce vyjadřuje aktuální duševní stav člověka. Podle oblastí je rozdělujeme na svaly štěrbiny ústní, kam patří m. orbicularis oris ohraničující štěrbinu ústní. Určuje její tvar a svírá a vysunuje rty dopředu. Další oblast je složena ze svalů v oblasti očních víček. Nejvýznamnějším svalem této skupiny je m. orbicularis oculi, který má za úkol pevné sevření víček. Svaly v oblasti nosu představují m. nasalis, který pokrývá hřbet nosu. Svaly klenby lebni označují soubor svalů m. epicranii. Do vazivové přílby- galea aponeurotica se upíná m. frontalis, který zvedá obočí a tvoří vrásky. V zadní části má svého antagonistu m. occipitalis.

M. buccinator tvoří podklad tváře, je čtyřhranný a patří k hluboké vrstvě mimických svalů. Uplatňuje se při foukání a brání uskříknutí tváře. Mimické svaly jsou inervovány ze sedmého hlavového nervu- nervus facialis. Prostor mezi m. buccinator a m. masseter vyplňuje tukové těleso corpus adiposum buccae. (2 s. 49-50) Svaly žvýkáci- musculi masticatorii slouží ke žvýkání, které je způsobováno jejich kontrakcí a pohybem v temporomandibulárním kloubu. Jsou inervovány z třetí větve nervus trigeminus- n. mandibularis. M.masseter je sval nejmohutnější, vychází z jařmového oblouku a jde k rameni mandibuly. Přitahuje dolní čelist a uplatňuje se při sání kojence. Sval spánkový- m. temporalis jde z jámy spánkové ke svalovému výběžku mandibuly. Další svaly upínající se na mandibulu jsou m. pterygoidei medialis a lateralis. (1 str. 26-27)

1.3 Lymfatické a cévní zásobení

V obličejové části je cévní a lymfatické zásobení velice bohaté, které je příčinou tvorby hematomů a většího krvácení při poranění. V orofaciální oblasti se nachází přibližně 500 mízních uzlin. Obličejová část je zásobena arteriálně větvemi a. carotis externa, která se větví ventrálně na: a.thyreoidea superior, a. lingualis, a. facialis, dorzálně na: a. sternocleidomastoidea, a. occipitalis, a. retroauricularis, mediálně na: a. pharyngica ascendens a na větve konečné: a. maxillaris, a. temporalis superficialis. Odtok krve zajišťují vény: v. jugularis interna a externa. V. ophthalmica superior a inferior slouží jako venózní spojka do sinus cavernosus. (5 s. 18)

1.4 Anatomie zubu

Zuby jsou útvary ústní dutiny podílející se na mechanickém zpracování potravy a na tvorbě řeči. V neposlední řadě významně ovlivňují celkový vzhled člověka. Jsou složeny z tvrdých tkání. Vyčnívají z alveolárních výběžků horní a dolní čelisti. U zubů rozlišujeme tři části: korunku zubu (corona dentis), krček zubu (collum dentis) a kořen zubu (radix dentis). Korunka je funkčně tvarovaná část, která vystupuje z dásně. Je pokryta hladkou sklovinou. Krček zubu vytváří úsek zubu mezi korunkou a kořenem, je pokryt měkkými tkáněmi dásně. Zdravá dásně pevně lne ke krčku. Kořen zubu (Radix dentis) je část zubu uložená v kostěném lůžku čelisti – alveolu, do něhož je připojena systémem pojivové tkáně, zvaným periodontium (ozubice). (19 s. 15-16)

2 RÁNY

Jako ránu označujeme jakékoliv poškození kůže, jejího povrchu, sliznice, nebo orgánu v důsledku zevního násilí. Jedná se o porušení integrity tělesného krytu. Každá rána má tři základní charakteristické jevy: krvácení, ztráta tkáně a bolest. (3 s. 27) Podle mechanismu vzniku dělíme rány na- řezné, sečné, bodné, tržné, střelné a rány způsobené kousnutím. Rány aseptické vznikají pouze na operačním sále, jedná se tedy o rány operační. Stupeň kontaminace ran se dělí na potencionálně bakteriální a intoxikovaný. (4 s. 54-55)

Běžnou komplikací obličejových poranění je krvácení. Měla by být prvním problémem, který začne ošetřující řešit, společně se zajištěnými dýchacími cestami. Správné zajištění a stabilizace oběhu vede k úspěšné následující léčbě. Krvácení v orofaciální oblasti může pacienta ohrozit také aspirací krve a krevních sraženin. Spolykaná krev může u pacienta vyvolat zvracení a další riziko aspirace a celkové zhoršení stavu. Krvácení dělíme dle rozsahu na kapilární, venózní a arteriální. (5 s. 62-63)

3 POŠKOZENÍ MĚKKÝCH TKÁNÍ OBLIČEJE

Oproti poškození ostatních částí těla, má zranění v orofaciální části několik specifických zvláštností. Malá vzdálenost poranění od dýchacích cest, může vést k jejich neprůchodnosti a ohrožení pacienta na životě.

Obličejová část a dutina ústní má velmi bohaté cévní zásobení, které může doprovázet zranění masivní krvácením. Naopak jeho výhodou je lepší hojivost tkáně. Přítomnost smyslových orgánů a nervové zásobení mohou pacientovy způsobovat velké bolesti a zvýšenou citlivost vůči poranění. V neposlední řadě pacientovu kvalitu života zásadně ovlivňuje estetický vzhled, který bývá tímto poraněním změněn. Poúrazové defekty mohou pacienta traumatizovat. Je třeba ošetřovat úraz tak, aby bylo možné provést rekonstrukci oblasti a vrátit její funkčnost, ale i estetický vzhled. (5 s. 81)

3.1 Klinické rozdělení obličejových ran

3.1.1 Rány prosté

Do kategorie prostých ran řadíme oděrky- povrchové poranění kůže a rány pronikající kůží. (5 s. 83)

3.1.2 Rány složité

Rány složité zasahují kůží, svaly, vazy, ale také nervy, tepny, slzné cesty, slinné žlázy a jejich vývody. (5 s. 83)

3.1.3 Rány komplikované

Jedná se o poškození měkkých tkání spojené s frakturami obličejového skeletu. Rány pronikající do obličejových dutin, defektní rány, rány poškozující lebku a mozek, smyslové orgány, střelné rány a rány s primární a sekundární infekcí. (5 s. 83)

3.2 Poranění jazyka

Poranění jazyka se řadí k poměrně častým. Pacient je ohrožen krvácením z a. lingualis, které vede ke vzniku otoků a hematomů a možnému dušení. Krvácení zastavíme podvazem, nebo opichem cévy v ráně. V případě dušení zachytíme jazyk rukou do mulového čtverce a vytáhneme ho. Pokud není možné jazyk zachytit a vytáhnout, přikročíme k tracheostomii. (5 s. 85)

3.3 Poranění slinných žláz

Ze slinných žláz bývá nejčastěji poškozena příušní žláza. Při jejím poškození je třeba věnovat pozornost jednotlivým větvím lícního nervu. Proveďte se velmi šetrná revize rány a poté následuje nejdůležitější krok ošetření- sutura žlázového pouzdra. Poté se zašije podkoží a kůže, nakonec je přiložen kompresivní obvaz.

Poškozen může být i slinný vývod. Pokud je to možné, provede se primární sutura přes slinný vývod pomocí umělohmotné cévky atraumatickým vstřebatelným materiálem (Vicryl). Pokud tento postup nelze provést, postupujeme tak, že se nad místem kde je slinný vývod poškozen nezašije sliznice v dutině ústní pro možný odtok slin do úst. V případě, že by sliny neodtékaly, mohla by vzniknout kožní píštěl. Sliny by vytékaly zevně, což by pacientovi způsobovalo společenské a funkční potíže.

Při hrubším poškození podjazykové, nebo podjazykové slinné žlázy je lepší žlázu vyjmout. (5 s. 85)

3.4 Popáleniny obličeje

Popáleniny jsou způsobeny vysokou teplotou tekutin, párou, plameny a roztavenými kovy, elektrickým proudem anebo chemickými látkami. Vyznačují se silnou sekrecí. Při popálení hodnotíme rozsah a hloubku postižení, otoky, změny pigmentace, tvorbu jizev, stenóz a ulcerací. Zranění je doprovázeno velkou bolestí a funkčními poruchami.

Léčba popálenin je zahájena přikládáním obkladů s chladným fyziologickým roztokem. Později se mohou nechat volné, nebo se kryjí sterilní vazelínou. Vše probíhá za aseptických podmínek. Hluboké popáleniny se ošetřují volnými kožními transplantáty, nebo xenotransplantáty. Před přiložením transplantátu musí být odstraněna nekróza. (5 s. 86) Jizvy, které jsou následkem popálení, se řeší excizí, nebo speciálními postupy rekonstrukční chirurgie. Dle rozsahu je rozlišujeme na čtyři stupně. (5 s. 86-87)

3.4.1 Psychické následky vyvolané popálením

Hluboké a rozsáhlé popáleniny jsou provázeny velkou bolestí a vyžadují dlouhodobou, náročnou péči, která může člověka velmi ovlivnit po psychické stránce. Péče o jizvy je zdoluhavá a často provází raněného celý život. Oproti ostatním úrazům, popáleniny vyvolávají v okolí spíše odpor, než soucit vůči poškozenému a to proto, že informovanost veřejnosti není taková, jako s jinými handicap. Z psychických poruch nejčastěji pozorujeme nespavost, apatické stavy, pocit bezmoci. (6)

3.5 Syndrom zhmoždění- Crush syndrom, traumatická toxikóza

Nejčastěji vzniká zasypaním. Po rozsáhlém zhmoždění, nebo dlouhodobém útlaku měkkých tkání dochází k výronu krevní plazmy a rozvíjí se oligemický šok. Z rozdrcených svalů se za pomoci cévních spazmů vylučuje myoglobin a toxických látek. Tyto látky poškozují ledviny, organismus se dostává do acidózy a v krevním oběhu je rozvíjena hemolýza. Tento stav může vést k poškození detoxikační funkce, urémii a následné smrti.

Na pacientovi pozorujeme nejdříve příznaky šoku, poškozená část je bledá a chladná. Objevují se otoky, puchýře a nekróza. V další fázi se pacient stává slabším, netečným má žízeň a trpí nespavostí. Barva moči je tmavě červená a obsahuje hemoglobin, proteiny, pigmentové válce. Následuje anurie a uremie. (5 s. 88)

4 PORANĚNÍ ZUBŮ

Často dochází k poranění celé skupiny zubů, nebo jednotlivého zubu. Nejčastěji jsou poškozeny horní frontální zuby, vzhledem k jejich dominantnímu postavení v horní čelisti. Poškození chrupu nastává také v kombinaci s poraněním měkkých tkání a kostí. (7, s. 57)

4.1 Zlomeniny zubu

Fraktura zubu může zasáhnout korunku zubu, nebo jeho kořen. Při podélné zlomenině je indikována extrakce zubu. (7, s. 57)

4.2 Subluxace zubu

Subluxací označujeme stav, kdy je porušen závěsný aparát zubu a zub se posune v lůžku, které zcela neopustí. Při tomto může dojít i ke zlomenině alveolu. Zub je povystouplý, na poklep citlivý a prokazuje různé stupně viklavosti. Okolí může být zhmožděné a potřhané.

Léčba spočívá v dotlačení zubu do zubního lůžka a v tomto postavení je třeba zub fixovat. K fixaci se používá pryskyřičná dlaha, která je vyrobena podle otisku v zubní technice, nebo dlaha z volné ruky z rychle polymerující pryskyřice. Tento postup by měl být prováděn v anestezii. Délka fixace trvá 3-4 týdny. Podmínkou je příjem měkké stravy a zvýšená hygiena dutiny ústní. Podávání antibiotik není u izolovaných poranění zubů třeba. (7, s. 57)

4.3 Luxace zubu

Luxace nastává porušení závěsného aparátu zubu, které zcela opustil lůžko. Okraj alveolu nemusí být poškozený. Často dochází k luxaci u zubů s nedokončeným vývojem kořene. Je nutné zub urychleně reimplantovat. Před reimplantací je třeba zub uchovávat ve vlhkém prostředí, nejlépe ve sterilním fyziologickém roztoku.

V lokální anestezii lékař provede exkochleaci a výplach zubního lůžka. Opláchnutý zub replantujeme do správného postavení. Fixace je stejná jako u subluxace, ale doba je delší přibližně 4-5 týdnů. Antibiotická léčba je vhodná. Po sejmutí fixace pozorujeme vitalitu zubu a provedeme kontrolu pomocí RTG snímků. (7, s. 57)

5 ZLOMENINY

Zlomenina je porucha kontinuity kosti, ke které dochází mechanismem přímým, nebo nepřímým. Většinou se jedná o úrazové zlomeniny- traumatické, ale mohou být i únavové a patologické. Podle počtu úlomků dělíme zlomeniny na dvou úlomkové, tři úlomkové, čtyř úlomkové a tříštivé. Zlomeninu může zkomplikovat dislokace, což je posun úlomků zlomeniny. Dislokaci hodnotíme podle polohy periferního fragmentu oproti centrálnímu fragmentu: dislokace do strany- ad laterus, do délky- ad longitudinem, úhlové dislokace- ad axim a dislokace rotační- ad periferiam. Po provedení repozice mluvíme o zlomeninách reponibilních a stabilních, reponibilních a nestabilních, nebo ireponibilních. (4 s. 39-40)

5.1 Zlomeniny dolní čelisti

Výrazné postavení dolní čelisti z ní vytváří traumaticky rizikovou oblast. Nejčastější příčinou fraktury je přímý náraz předmětu do některého z úseků těla, nebo hrany mandibuly- úder pěstí, kopnutí. Naražením pohybující se hlavy na pevnou překážku může být další z příčin- pád, dopravní nehoda. Někdy přímý náraz na tělo mandibuly frakturu nezpůsobí, ale v zúžení kloubního výběžku k ní dojde. Dispozice k frakturám těla mandibuly má oblast, která je zeslabená uloženými zuby moudrosti anebo délkou kořene. (7 s. 40-41)

5.1.1 Zlomeniny v ozubené části

Ve střední části procházejí zlomeniny spíše šikmo. Postranní fraktury vznikají přímým nárazem v místě působení, nebo nepřímo přenesením síly na druhou stranu čelisti. O dislokaci rozhoduje především tah svalů. Tyto zlomeniny jsou léčeny konzervativně pevnou mezičelistní fixací po dobu 4 týdnů. (7 s. 41) K fixaci je používána Sauerova dlah. Patří mezi základní typy orálních dlah a je vyrobena z měkkého drátu z nízkokorodující oceli. (5 s. 104)

5.1.2 Zlomeniny kloubního výběžku

Jedná se o časté nepřímé zlomeniny. Mandibula je nejslabší v krčku, který slouží jako ochrana. Svým zlomením brání průniku kloubní hlavice do střední jámy lebni. Fraktury bez dislokace léčíme klidem 2-3 týdny. Následuje rehabilitace otevíráním úst. Dislokované zlomeniny a luxační zlomeniny vyžadují chirurgickou repozici a fixaci. Patří k ojedinělým poraněním kloubního výběžku.

5.1.3 Zlomeniny za ozubenou řadou v úhlu dolní čelisti

K těmto frakturám dochází často úderem pěsti na obličej. Jde se o bezzubý úsek, nebo o místo kde je uložena třetí stolička, který je zeslabený.

5.1.4 Defektní zlomeniny

Nejčastěji k nim dochází výbuchem anebo střelným poškozením. Dochází ke ztrátě kosti. Je prováděna rekonstrukce kombinovaným ošetřením. Aplikuje se kostní transplantát, nebo autotransplantát z lopaty kosti kyčelní, žebra, lýtkové kosti, nebo lopatky. Zlomenina se dále fixuje kostními dlahami a šrouby.

5.2 Zlomeniny střední obličejové části

Střední obličejová část se dělí na část střední a část postranní. Fraktury střední části se velmi liší od zlomenin dolní čelisti. Důvodem je odlišená skladba kostí a anatomické uspořádání. Kostra této oblasti je pevně spojena s lebkou. Ojedinele zde dochází k izolovaným zlomeninám. Výjimku tvoří skelet nosu. Často jsou poškozeny celé komplexy kostních struktur, které se ze skeletu vylomí.

Způsob zlomení bývá tříštivého charakteru. Vliv na zranění má hlavně vliv směr a velikosti působící síly. Kostra střední třetiny není odolná vůči nárazu z boku a zepředu. Síla působící zdola nahoru neohrožuje tuto část tolik, vzhledem k tomu, že je vystavena nárazům mandibuly při žvýkání. Většina poranění střední obličejové třetiny jsou otevřené zlomeniny, které ohrožuje infekce z nosních dutin a vedlejších nosních dutin. Výstelka těchto dutin se snadno poraní. Hojení v této části obličeje probíhá rychle, ovšem dislokované úlomky zhojené ve špatné pozici komplikují repozici. Vznikají těžké funkční a kosmetické deformity. (7 s. 43-44)

5.2.1 Zlomeniny střední části

5.2.1.1 Zlomeniny alveolárního výběžku

Tato oblast je více vystavena úrazům, vzhledem k předsunutí kousací hrany horních řezáků. Rozloží-li se větší síla na větší plochu, dojde k odlomení alveolárního výběžku i se zuby bez jejich většího poškození. Působí-li síla do jedné oblasti jednoho zubu, dojde k izolovanému poškození. Dislokovaný úlomek se posouvá k patru, pokud je absolutně uvolněn posune se dolů. (7 s. 45)

5.2.1.2 Zlomeniny nosních kostí

Při izolovaném poškození, na kterém se podílí postavení nosního skeletu, jsou často poškozeny i sousední kosti. Poranění může být také komplexní, kdy se mohou vylomit celé kostní komplexy. Při prudkých nárazech vzniká roztržení skeletu, vpáčení do dutiny nosní a zborcení nosní klenby. Poškozené jsou také slzné kosti a očnicová část kosti čichové. Laterální dislokace vede k nápadnému rozšíření kořene nosu a posunu očních koutků laterálním směrem. (7 s. 45)

5.2.1.3 Zlomenina typu Le Fort I.

Síla působící na větší plochu spodní části střední obličejové třetiny dochází k odlomení. Lomná linie prochází nad vrcholky kořenů zubů se začátkem na okraji spodiny dutiny nosní a postupně sestupuje dolů k hrbolu horní čelisti. Tento typ zlomeniny se většinou vyskytuje po obou stranách. (7 s. 45)

5.2.1.4 Zlomenina typu Le Fort II.

Při působení síly zepředu od horních okrajů očnice směrem k alveolárním výběžkům je možnost odlomení horních čelistí a nosních kůstek po obou stranách. Dislokace probíhá většinou dozadu a klesá směrem dolů. (7 s. 46)

5.2.2 Zlomeniny postranní části střední obličejové třetiny

5.2.2.1 Zlomeniny lícně-čelistního komplexu

Tento typ zlomeniny patří mezi nejčastější ve střední části obličejové třetiny. Mechanismus vzniku je nejčastěji přímý náraz hlavy na překážku, nebo úderem pěstí na tělo lícní kosti. Dislokace postupuje různým směrem podle intenzity síly. Nejčastěji se dislokovaná část posouvá směrem dozadu a dolů. (7 s. 46)

Postavení lícní kosti v lateroventrálním směru vytváří charakteristickou konfiguraci obličeje. Postranní náraz na tuto stranu způsobí izolovanou frakturu lícní kosti. Vzhledem k pevnosti lícní kosti, dochází spíše k vylomení ze spojení s okolními strukturami a jejich poškození. Lomné linie probíhají v místě kostních sutur. (7 s. 46)

5.2.2.2 Zlomeniny lícního oblouku

Izolovaná zlomenina lícního oblouku se vyskytuje velmi zřídka. Častěji se s tímto typem zlomenin setkáváme v lícně-čelistním komplexu. Příčinou je pád na tvarovanou překážku,

nebo přímý úder do oblasti oblouku. Dochází k vylomení části zakřivení s vytvořením fragmentu. Ten bývá vpáčen dovnitř mediálně směrem ke kosti spánkové. (7 s. 46)

5.2.3 Kombinace zlomenin postranní a střední části

5.2.3.1 Zlomenina typu Le Fort III.

Jde o kombinaci zlomenin centrální a laterální části. Celá střední etáž se odtrhává od spodiny lebny. U předchozích typů zlomenin procházela lomná linie pod lícními kostmi, které zůstaly pevné. Posun dislokovaných částí je dozadu a dolů pomocí hmotnosti celého úseku. Dotýkají se pouze zadní stoličky a vzniká nedovíravý skus.

6 VYŠETŘOVACÍ METODY

Pečlivé vyšetření tvoří základ pro následující péči, která musí být z důvodu minimalizace rizika ohrožení života provedena co nejrychleji. Prioritou je zajištění funkce dýchacích cest, dýchání a krevního oběhu. Vyšetření se skládá z anamnézy, fyzikálního vyšetření a použití zobrazovacích metod. (8 s. 415)

6.1 Anamnéza

Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje získání informací přímo od něj pomocí rozhovoru, budeme své otázky směřovat na rodinné příslušníky, popřípadě pracovníky záchranného týmu, kteří zajistili transport pacienta. Lze také využít informace ze zdravotní karty. (8 s. 416)

V osobní anamnéze zjišťujeme přítomnost onemocnění, které mohly vést k úrazu- astma, epilepsie, diabetes mellitus. Důležité jsou údaje o protitetanové profylaxi, alergii na léky a jiné látky, epidemiologické údaje a případné těhotenství. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat úrazům kriminálním, pracovním a dopravním nehodám. V případě podezření na požití alkoholu, nebo psychotropních látek je ošetřující lékař povinen na vyžádání orgánů policie odebrat vzorek krve na toxikologickou analýzu. (5 s. 25)

6.2 Fyzikální vyšetření

Mezi základní fyzikální vyšetření patří pohled, pohmat, poslech a poklep. Obličejová poranění jsou doprovázena asymetrií, přítomností otoků a hematomů. Pohmatem zjišťujeme pohyblivost kostních úlomků, podkožní emfyzém a poruchy citlivosti. Dochází ke změnám očních pohybů a zornic, slzení z očí a dvojitému vidění. Toto vyšetření je prováděno lékařem ze stomatochirurgie. Příznakem poškození nervového systému jsou poruchy vědomí, meningismus a výtok likvoru z nosu. Mezi všeobecné příznaky čelistních zlomenin patří bolest, deformace obličeje, poruchy okluze, funkční poruchy, patologická pohyblivost a krepitace úlomků, zápach z úst a oschlý jazyk. (9)

Součástí je vyšetření dutiny ústní, které se provádí po jejím vyčištění od krevních sraženin, hlenu a cizích předmětů. Hodnotíme poranění rtů, ústní předsíně, jazyka, tvrdého a měkkého patra. Pozorujeme také možnou okluzi- střížený skus, otevřený skus, souhyb horní zubního oblouku s pohybem dolní čelisti a poškození jednotlivých zubů, nebo skupiny zubů. (9) Pro vyloučení přidružených poranění je vhodné zajistit konziliární vyšetření. Nejčastěji je nutná spolupráce ORL s očním lékařem, neurologem, neurochirurgem pro vyloučení komoce a krvácení do mozku.

6.3 Zobrazovací metody

K dalším diagnostickým vyšetřením patří zobrazovací metody - rentgenové vyšetření obličeje a CT. Rentgenové vyšetření můžeme provést v různých typech zobrazení, patří mezi ně Waterovo-postaenteriorní zobrazení, které využíváme pro diagnostiku poranění očnicového okraje a dna. Towneovo zobrazení odhaluje problematiku v mandibulárních kondylech. O dutině lebeční, dutinách a stropu očnice nás informuje anteriorní, posteriorní a laterální zobrazení. Anteroposteriorní a laterální šikmé zobrazení odhalí poškození kloubních hrbolů a dolní čelisti. Vyšetření obličejového skeletu a zobrazení pyramid spodiny lební poskytne informace o jařmovém oblouku a spodině lebeční. Před provedením RTG vyšetření, je třeba, aby pacient odložil veškeré kovové předměty, šperky z hlavy a krku. (8 s. 427-428)

CT zobrazení pomáhá diagnostikovat postižení více obličejových struktur. U poranění měkkých tkání je považováno za standartní postup a poskytuje informace při zasažení okolí n. opticus. Zároveň lze získat informace o možném poškození krční páteře. Při orbitálním CT je možnost využití kontrastní látky, která přesně zobrazí tkáň v orbitě a může potvrdit předpokládanou poruchu cévního zásobení nebo, hemangiom. Poskytne nám přesnou diagnózu možných nitrolebních lézí, které ovlivňují vidění. Před injekční aplikací kontrastní látky zjišťujeme přítomnost alergie a informujeme pacienta o možném pálení, pocítění návalu horka, nevolnosti a zvracení. (8 s. 427)

7 PÉČE O PACIENTA S CHIRURGICKOU LÉČBOU V OROFACIÁLNÍ OBLASTI

7.1 Předoperační příprava

Předoperační péče zahrnuje péči o pacienta v období před operačním výkonem. Intervence zdravotnického personálu vycházejí z individuální potřeby pacienta a standardů jednotlivých pracovišť. (10 s. 26) Operační výkony rozdělujeme na plánované, urgentní a neodkladné z vitální indikace. (11 s. 71) Předoperační příprava u neodkladných a urgentních operací je časově omezena. Pacienta nelze důkladně vyšetřit a kompenzovat přidružená onemocnění. Hygienická péče je omezena na odstranění hrubých nečistot, příprava operačního pole je pouze nejnnutnější. Krevní odběry jsou prováděny na STATIM a fyzikální vyšetření by mělo být provedeno rychle, pokud nejsou ohroženy základní životní funkce. Pacienti transportovaní rychlou záchrannou službou jsou napojení na monitor, mají zajištěné invazivní vstupy včetně infuzí. Rentgenové vyšetření a EKG se často zajišťuje až na operačním sále. Příprava GIT je kontraindikována. Nedodržení lačnění je zajištěno intervencemi k prevenci aspirace- intubace. Ani pod časovým tlakem nesmíme zapomínat na kontakt a komunikaci s pacientem, který je vystaven stresu. (10 s. 37)

7.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační péče se odvíjí od celkového stavu pacienta. V případě poranění obličejových struktur se obvykle nejedná o plánovaný zákrok.

7.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava se vztahuje na 24 hodin před výkonem nebo začíná přijetím do nemocnice. Před operačním výkonem je nutné zajistit anesteziologické vyšetření. U neplánovaných operačních zákroků se toto vyšetření může konat při příjmu, nebo až na operačním sále. Anesteziolog se seznámí s indikací k výkonu, chirurgickým nálezem operačním plánem, předepíše druh premedikace, premedikace a podávání dalších léčiv. Hodnotí celkový zdravotní stav pacienta pomocí klasifikace ASA. Pokud je pacient ohrožen větší ztrátou krve, objednává krevní transfuzi. (17 s. 136-137)

Sestra sepisuje sesterskou ošetrovatelskou dokumentaci, seznámí pacienta s provozem, prostředím oddělení a s právy pacientů. (11 s. 72) Mezi potřebné intervence patří příprava operačního pole, hygienická péče, která se odvíjí dle soběstačnosti pacienta. Pacienta

edukujeme o lačnění 6-8 hodin před výkonem. Dle ordinace lékaře sestra zajistí invazivní vstupy- periferní žilní katetr, permanentní močový katetr, nasogastrickou sondu, odběr vzorků krve, moči a podávání antibiotik a premedikaci(10 s. 35)

7.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se vztahuje na časový úsek dvou hodin před operací. Zaměřuje se na kontrolu dostupných výsledků z předchozích částí přípravy, kontrolu dokumentace a aplikaci léků dle ordinace lékaře. Pacienta požádáme o vyjmutí zubní protézky a odstranění šperků. Dle zvyklosti oddělení sepisujeme s pacientem seznam cenností, které ukládáme do trezoru. V rámci prevence TEN přikládáme elastické bandáže a aplikujeme nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře. U pacientů s diabetes mellitus vynecháváme orální antidiabetika a dlouhodobé inzuliny. Místo nich podáváme intravenózně infuze a potřebnou dávkou krátkodobého inzuliny dle ordinace lékaře. Potřebná dávka se určuje dle aktuální hodnoty glykémie. Cílem premedikace je zmírnění úzkosti, sekrece slin, žaludečních šťáv a lepší nástup anestezie. Po její aplikaci musí pacient dodržovat klid na lůžku a být pod dohledem zdravotnického personálu. Bezprostřední předoperační příprava je ukončena předáním pacienta do péče personálu operačního sálu. (10 s. 36)

7.2 Pooperační péče

Po ukončení operačního zákroku pacient zůstává pod dohledem anesteziologa, dokud nejsou stabilizovány životní funkce a pacient je při vědomí. Poté je pacient předán ho můžeme předat na dospávací pokoj, nebo lůžkové oddělení. V případě, že nedojde ke stabilizaci životních funkcí pacient je umístěn na jednotku intenzivní péče, nebo anesteziologicko resuscitační oddělení. (17 s. 192) Pooperační péči dělíme dle časového rozsahu na bezprostřední, krátkodobou a dlouhodobou.

7.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče se vztahuje na 24 hodin po operaci. V tomto období se ukončuje a doznívá anestezie, obnovuje se vědomí, bdělost a vrací se obranné reflexy. Jedná se o velmi rizikové období, kdy je péče zaměřena na sledování životních funkcí, projevů případných pooperačních komplikací a zvládnutí bolesti. (10 s. 47)

7.2.2 Péče o bolest

Bolest je subjektivní prožitek a je projevem patologického nálezu v organismu. Na operačním sále pacient dostává dostatečné množství analgetik, která tlumí bolest při operaci, ale i několik hodin po jejím ukončení. Bolest se ale znovu objeví po jejich odeznění a má různé stupně a charakter, podle velikosti a umístění operační rány. Pro její hodnocení a záznam používáme vizuální analogovou stupnici. Pro snížení bolesti podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Analgetika dělíme na opiátová, nesteroidní antirevmatika a antipyretika. (17 s. 268)

7.2.3 Péče o dutinu ústní

U obličejových poranění, která často zasahují do dutiny ústní, je třeba věnovat této oblasti zvýšenou pozornost. Sekrety a vzniklá koagula z dutiny ústní odvádíme pomocí sterilních cévek a funkční odsávačky dle potřeby. Dutinu ústní čistíme štětičkami s borglycerinem a rty zvlhčujeme pomocí borové vody nebo masti. Po odeznění akutního období je pacient sestrou edukován v péči o dutinu ústní a sám ji provádí. U pacientů s mezičelistní fixací máme po celou dobu hospitalizace uložené štípací kleště, které by přerušily fixaci v případě zvracení, nebo obtížném dýchání. (13 s. 28-30)

7.2.4 Péče o operační ránu

Operační rána je na operačním sále kryta obvazem. V prvních pooperačních hodinách pečlivě kontrolujeme, zda obvaz neprosakuje krví, nebo jinou tekutinou. Pokud by obvaz prosakoval ve větší míře, je nutné ho odstranit a zkontrolovat operační ránu. Z operační rány může vycházet drén, který slouží k odvodu sekretů a krve. U drénu sledujeme jeho průchodnost, charakter a množství odvedené tekutiny. Pokud nejsou přítomny komplikace, první převaz se provádí 24-48 hodin od operace a dochází k odstranění drénů. Při převazu si všímáme charakteru sekretu, popřípadě možné známky výskytu infekce v ráně a jejím okolí. Stehy jsou odstraněny sedmý až desátý den po operaci. V rámci zmírňování otoků a bolesti přikládáme chladné obklady. (17 s. 275-276)

8 PÉČE O VÝŽIVU PACIENTA S TRAUMATEM V OROFACIÁLNÍM OBLASTI

Dostatečná a vhodná strava je u poraněných v oblasti dutiny ústní a obličeje významnou součástí léčby. Zraněný nemůže přijímat běžnou stravu z důvodu poranění čelisti, měkkých tkání, přítomnosti fixačních dlah a mezičelistních dlah. Především je třeba dodat potřebné množství tekutin. Ztráta tekutin se zvyšuje krvácením, výtokem slin, ranou exsudací, dýcháním ústy, horečkou a zrychleným dechem. Dospělému zraněnému je třeba dávat 4-5 litrů tekutin denně. Pokud není možná perorální cesta příjmu, zajistíme parenterální podávání. (5 s. 166)

Pacient začíná přijímat výživu enterální cestou čtyři hodiny po chirurgickém výkonu. Nejprve popíjí čaj brčkem anebo po lžičkách. Následující den může přijímat mixovanou potravu. Strava musí být energeticky přizpůsobena věku a stavu pacienta. Měla by být kvalitní, plnohodnotná po stránce chuťové a vhodně zpracovaná.

Pacient se bude stravovat po menších dávkách, častěji, pomocí brčka, stříkačky a později lžící. Po celou dobu s pacientem komunikujeme, pomáháme a vše pečlivě vysvětlujeme. U pacientů, kteří tento postup neakceptují, je třeba individuální přístup a vhodná konzultace s nutriční terapeutkou. Během stravování na pacienta dohlížíme. Důležité je sledovat hmotnost pacienta pomocí pravidelného vážení a nutričního screeningu. Příjem stravy zaznamenává sestra do dokumentace. Při dlouhodobé konzumaci mixované stravy může dojít k rozvoji nechutenství. Tomu můžeme předejít zajištěním pestré a chutné stravy, kterou pacientovi poskytuje nemocnice. Pokud nemocniční strava pacientovi nevyhovuje, je možné požádat o pomoc rodinu a blízké osoby pacienta. (13)

Dieta by měla být složena z potravin s vhodným poměrem sytících a ochranných složek. Ochrannou složku tvoří minerály a vitamíny. Poměr sytících složek by mě být následující: 100g bílkovin+300g sacharidů+100g tuků. Konzistence potravy je tekutá, nebo kašovitá. U obou typů je složité zachovat chuť, která je pro pacienta důležitá. Nevhodná jsou sladká jídla a silně pikantní koření. Za pomoci mixérů, struhadel, mlýnků můžeme z běžných jídel vytvořit konzistenci vhodnou pro konzumaci pacientem. Při přípravě masa je vhodné maso nejprve tepelně zpracovat, rozemlít a pak mixovat. Z příloh můžeme podávat rýžovou, bramborovou kaši, zeleninové a luštěninové pyré, nebo různé druhy omáček. Součástí diety je také mléko, tvaroh, ovocné šťávy, masové vývary, jogurty, polévky a šlehaná vejce. Většina

poraněných si rychle zvykne na přijímání potravy ústy. Pokud je polykání pro pacienta obtížné, je třeba dopomoci ošetřujícího personálu. Použijeme speciální nádobku s hubicí, která je opatřena gumovou hadičkou, kterou zavedeme za zubní řadu ke kořeni jazyka. Pomocí tlaku prstů na hadičku, se dávkuje požadované množství potravy, které pacient polkne. Pokud pacient nemá mezičelistní fixaci, konzumuje dietu kašovitou. Jedná-li se o těžké poškození patra, jazyka, ústní spodiny a není možné, aby pacient polykal, podáváme farmaceuticky připravené výživné roztoky nasogastrickou nutriční cévkou s pomocí Jeanettovy stříkačky 6x denně. (5 s. 166-167).

9 KOMUNIKACE S PACIENTEM

Dovednost komunikace s pacientem sestra využívá jako další součást profesionálního vybavení. Slouží k navázání a rozvíjení dalšího kontaktu s pacientem. Důležité je správné načasování, dostatek času, soukromí a nerušený prostor. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. (14 s. 11) Je definovaná jako vzájemná výměna informací, která má dospět k zjištění, co pacient potřebuje a co je schopen přijmout, nebo naopak odmítnout. K dosažení oboustranné, kvalitní komunikace je nutné dodržovat požadavky, které ovlivňují pacienta a jeho prožívání současného stavu, ale i úspěšnost léčby. Mezi základní požadavky na sestru při komunikaci patří schopnost naslouchat, být empatická, projevit porozumění, mít k pacientovi úctu a individuální přístup.

Nejrozšířenějším druhem verbální komunikace je organizovaný, záměrný dialog mezi pacientem a sestrou. Pacient, který má poranění čelisti s mezičelistní fixací nemůže otevírat ústa a komunikovat verbálně. Komunikace je omezena a sestra se snaží dorozumět s pacientem jakýmkoliv jiným způsobem. To vyžaduje trpělivost. Komunikovat s pacientem můžeme pomocí tužky a papíru. Na rozdíl od lékaře, sestra tráví s pacientem více času a tím by si měla získat pacientovu důvěru a být mu oporou. (14 s. 131-132)

Verbální komunikace je spojená s řečí těla neboli neverbální komunikací. Pohybem těla, gesty můžeme často vyjádřit emoce a porozumění snadněji než samotným slovem. Chůze, postoj a držení těla vypovídá aktuální náladu a zdravotní stav. Během navazování kontaktu s pacientem by sestra měla udržovat oční kontakt v přibližně stejné výšce, neměla by nad ležícím pacientem stát. U pacientů s orofaciálním traumatem je složité číst jejich emoce z výrazu v obličeji, který je často poškozen. Svým úsměvem však můžeme snadněji navázat kontakt, uklidnit a podpořit pacienta. Pantomima neboli gestikulace rukou nám může pomoci v komunikaci s pacientem. Pro neslyšící osoby se stává hlavním dorozumívacím prostředkem. Mezi součástí každodenní péče o pacienty patří haptika. Haptika je druh tělesného kontaktu, kterým vnímáme chlad, teplo, tlak a bolest. Pro ošetřující personál se jedná o každodenní činnost, ovšem pacientovi některé dotyky mohou být nepříjemné. Naopak někdy chycení za ruku a pohlazení může pacienta uklidnit. (15)

10 REHABILITACE OROFACIÁLNÍ OBLASTI

Prodělaný úraz v obličejové části může zanechat deficit a postihnout specifický lidský projev-mluvenou řeč. Narušení schopnosti mluvit patří k nejkomplicovanějším a nejobtížněji ovladatelným poruchám. Pro zlepšení, nebo úplné obnovení schopnosti mluvit je třeba, aby pacient prováděl doporučená cvičení. Plán rehabilitace je sestavován pro každého pacienta individuálně, protože každý zdravotní stav je jiný a obnáší odlišné potřeby. Na procesu rehabilitace se podílí pacient, rodinní příslušníci, klinický logoped, ergoterapeut a fyzioterapeut. Mnoho pacientů se obává, že jim cvičení způsobí bolest. V průběhu cvičení pacienta informujte o vašem dalším pohybu a o tom, co může očekávat, včetně možné bolesti. Cvičení je možné provádět 1-5x denně každý den. Pacient obdrží sestavený plán s podrobným popisem jednotlivých cviků. První cvičení by mělo probíhat v klidném prostředí, kde pacient nebude ničím rušen. (16 s. 9)

Doteková terapie, masáže a akupresura jsou součástí posilujícího a zotavujícího procesu. Účelem je zlepšit rozsah pohybu, snížit bolest, zpevnit a posílit svalstvo, redukovat otoky a odbourat stres a úzkost. Různé druhy masáží a akupresura se provádí nejlépe, když je pacient stabilizovaný. Lépe tak snáší i hluboký tlak. Pohyb musí být krouživý, malý a v místě bolestivého bodu, který se snažíme rozrušit. Sílu vyvíjíme podle tolerance pacienta a pohyb přerušujeme v krátkých časových intervalech. (16 s. 71-72)

Správného pohybu jazyka a obličejového svalstva docílíme stabilizováním čelisti. Čelist stabilizujeme pomocí kousacího klínu. Dále je možné kousací klín použít u pacientů se silným kousacím reflexem a pro zvětšení rozsahu pohybu čelistního kloubu. Každý pacient by měl z hygienických důvodů mít vlastní klín. Jako kousací klín můžeme použít kartáček na zuby, špátli, žvýkací trubičku, korek anebo srolovanou gázu. Pro získání většího rozevření čelisti pacienta budeme do jeho úst vkládat nejprve velmi úzké předměty a později širší. Před zahájením cvičení požádáme pacienta, aby otevřel ústa nejvíce, jak to jde. Podle toho zjistíme stav rozsahu a zvolíme vhodnou šířku předmětu. Procvičování jazyka provádíme vložením klínu do úst pacienta mezi první horní a dolní řezáky. Požádáme pacienta, aby si o klín zuby opřel, ale nezakusoval. Poté pacient bude jazyk zvedat a pokládat s přestávkami, aby si svalstvo čelisti odpočinulo. (16 s. 121)

PRAKTICKÁ ČÁST

11 METODIKA

Cílem praktické části bakalářské práce bylo seznámit se se specifiky ošetrovatelské péče u obličejových poranění v praxi, získání podrobných informací a vytvoření pěti kazuistik, podle kterých byly vytvořené jednotlivé ošetrovatelské procesy a edukační mapa péče. Kazuistiky byly vypracované u pacientů, kteří prodělali různé typy poranění v obličejové části. Informace o pacientech jsem čerpala z rozhovoru se samotnými pacienty, z ošetrovatelské dokumentace a od zdravotnického a lékařského personálu. Získané informace jsem použila pro zpracování pěti ošetrovatelských procesů, které ukazují konkrétní případy a problémy jednotlivých pacientů s obličejovým poraněním.

Pro vypracování ošetrovatelských procesů jsem zvolila ošetrovatelský model Marjory Gordon. Ošetrovatelský model Marjory Gordon řadíme mezi modely, které vznikají na základě praktických schopností jako výsledek výzkumu a vyhodnocení ošetrovatelských intervencí. Model funkčních vzorců zdraví pomáhá sestře zkvalitnit ošetrovatelskou péči a ukazuje čeho si všímat, co u pacienta a jeho okolí pozorovat a o jakých problémech je třeba přemýšlet. Sestra pacienta chápe jako integrovanou bytost tvořenou bio-psycho-socio-spirituálními složkami. (18 s. 99-100)

Model funkčních vzorců zdraví funguje na základě interakce mezi pacientem a prostředím. Pro vyhodnocení funkční, nebo dysfunkční interakce sestra hodnotí celkem dvanáct jednotlivých oblastí.

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a pohyb
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání a poznávání
7. Sebekoncepce a sebeúcta
8. Plnění rolí a mezilidské vztahy

9. Stres a zátěžové situace

10. Sexualita

11. Víra a životní hodnoty

12. Jiné

Kazuistika č. 1

Zdroj informací: pacient, ošetřovatelská a lékařská dokumentace, zdravotnický personál

Osobní anamnéza

Pohlaví: muž

Věk: 69 let

Stav: ženatý, bydlí sám na chatě

Národnost: česká

Prodělaná onemocnění: hypertenze, jiná onemocnění neguje

Kouření: ne

Alkohol: často

Alergie: Ne

Výška: 184 cm

Váha: 82 kg

BMI: 24

Pracovní anamnéza

V důchodu, dříve pracoval jako dělník

Farmakologická anamnéza

Betaloc 200 mg tbl per os 1-1-1

Tiapridal 100 mg tbl per os 1-0-0

Helicid 20 mg tv. per os 1-0-0

Nynější onemocnění

Pacient byl v noci 12.5 2016 nalezen v bezvědomí u krajnice, po příjezdu RLP byl na místě intubován.. Diagnostikován subdurální hematom (dle kontrolního CT bez progresu) a mnohočetné fraktury obličejového skeletu. Dle vyšetření izolované kraniotrauma, RTG a UZ bez patologického nálezu poranění v dutině břišní a hrudní. Průběh hospitalizace komplikován tachyfibrilací síní, nozokomiální tracheobronchitidou, delirantním stavem. Pacient si nevzpomíná, co se mu stalo, myslí si, že ho srazilo auto. Bolest uvádí VAS 6.

Fyzikální vyšetření provedené lékařem

Pacient je při vědomí, orientovaný osobou a místem, v čase je dezorientovaný, spolupracuje, hydratace přiměřená, výživa zhoršená z důvodů hospitalizace na JIP. Stoj i chůze bez patologického nálezu. Oběhově stabilní, akce srdeční je pravidelná. Bez dušnosti, dýchání alveolární, diferenciální vrzoty a pískání, bilaterální vlhké chropy. Hůře odkašlává. Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé bez rezistence. Dolní končetiny bez otoků a varixů. Laboratorní vyšetření krve- krevní obraz, biochemické vyšetření, hemokoagulační vyšetření. Elektrokardiografické vyšetření a RTG hlavy, srdce a plic provedeno.

Lékařské diagnózy

S0241 Fractura zygomaticomaxilárního komplexu, otevřená

S0200 Fractura lebeční klenby, zavřená

Terapie

Chirurgická: Repozice a rekonstrukce zlomeniny zygomaticomaxilárního komplexu extraorálním přístupem dne 24.5 2016

Konzervativní

Dieta: 0 tekutá

Farmakoterapie:

Ciprofloxacin kabi 400 mg inj ve 100 ml FR 1/1 i.v á 12 hod (antibiotika)

Azepo 2 g inj. ve 100 ml FR 1/1 á 8 hod (antibiotika)

Degan 10mg inj. sol. při nevolnosti max. 3x denně (antiemetika)

Nimesil gran. per os 1-0-1 při VAS 3-5 (analgetika)

Novalgín inj. 1 amp. ve 100 ml FR1/1 i.v při VAS 3-5 á 8 hod (analgetika)

Almiral 3ml amp / 75 mg ve 100 ml FR1/1 i.v při VAS 5-7 á 12 hod (analgetika)

Zibor 2500 IU s.c ve 20:00 hod (antikoagulancia)

Ambroxolol AL sol á 4 ml p.o á 8 hod (mukolytika)

Zolpiden 10 mg tbl před spaním (hypnotika)

Betaloc 200 mg tbl per os 1-1-1 (antihypertenziva)

Tiapridal 100 mg tbl per os 1-0-0 (antipsychotika)

Helicid 20 mg tv. per os 1-0-0 (antacida)

Invazivní vstupy

Periferní žilní katetr: pravá horní končetina, G20, den zavedení 24.5 2016

Centrální žilní katetr: vena subclavia vpravo, od 12.5 do 22.5 2016

Permanentní močový katetr: od 12.5 do 22.5 2016

Nasogastrická sonda: od 12.5 do 22.5 2016

Fyziologické funkce

TK: 152/86

TT: 37,3 °C

P: 81/min.

Saturace: 96%

D: 16/min.

Hodnocení stavu dle škál

Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové: 90 bodů, lehce závislý

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 25 bodů, nízké riziko

Riziko pádu: Nízké riziko pádu

Posouzení současného stavu potřeb podle klasifikace NANDA International

1. Vnímání zdraví

Pacient se léčí s hypertenzí, na kontroly a preventivní prohlídky dochází pravidelně až teď. V průběhu života docházel nepravidelně. Celý život lékařskou pomoc nepotřeboval, až v posledních pěti letech. Svě zdraví nehodnotí jako moc dobré. V současné chvíli dodržuje lékařská opatření a léčebný režim. Pacient je silný kuřák, uvádí, že tento zvyk omezovat nebude. Alkohol konzumuje příležitostně s přáteli, ale i sám doma.

2. Výživa a metabolismus

Pacient chuť k jídlu příliš nemá. Uvádí, že mu nevyhovovala nasogastrická sonda, kterou měl zavedenou na JIP a díky tomu nemá o jídlo příliš velký zájem i po vytažení sondy. Strava podávaná v nemocnici mu nechutná a tekutá konzistence je nevyhovující. Pacient se těší domů, až bude zdravý a bude jíst vše co má rád. Hydratace a pitný režim je dostatečný, pacient pije denně 1,5 litru čaje a 0,5l vody. Druhý pooperační den pil po obědě nealkoholické pivo, které ocenil.

3. Vylučování

Pacient uvádí menší potíže s vylučováním stolice. Pacient měl první tři dny hospitalizace řidší stolice, nyní je to trochu lepší. Během hospitalizace na JIP měl pacient zaveden permanentní močový katetr. Nyní močí spontánně na wc bez obtíží.

4. Aktivita a pohyb

Před proděláním úrazu byl pacient fyzicky aktivní, jezdil na kole a celý život pracoval jako dělník na stavbě. Nyní se cítí omezený, není zvyklý celé dny ležet a odpočívat. Označuje bolest způsobenou úrazem jako faktor, který mu v aktivitě brání.

5. Spánek a odpočinek

Spánek je nedostatečný a pacient se cítí unavený. Omezuje ho bolest způsobená úrazem a neklidné prostředí na oddělení. Po podání hypnotik dle ordinace lékaře usíná do 30 minut. Spánek ale trvá přibližně 3-4 hodiny a pak je zbytek noci vzhůru.

6. Vnímání a poznávání

Pacient vidí a slyší dobře. Je orientovaný v osobě, místě. V čase je dezorientovaný a nepamatuje si, jak se mu úraz stal. Není schopen si vybavit, co dělal celý den předtím, než došlo k traumatu. Vnímání chutě, pachu je zachovalé.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacient je negativně laděný. Zdravotní stav ho omezuje a necítí se dobře v nemocničním prostředí. Situaci hodnotí jako něčí vinu, nechápe, že by se na tom nějak podílel. Myslí si, že ho někdo napadl a že byl okraden.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije sám na chatě. Nedávno se odstěhoval od manželky a dcery, které žijí v Praze. Pacient uvádí, že nemá důvod, proč by s nimi zůstal doma. Má jiné zájmy a potřeby a na chatě se cítí lépe. Manželka je o dvacet let mladší a dceři je osmnáct. Pacient se zmínil, že věkový rozdíl považuje jako bariéru a důvod, proč vztah mezi ním a rodinou nefunguje.

9. Stres a zátěžové situace

Stres je pro pacienta těžko snesitelný. Uvádí, že nikdy neměl žádný důvod se stresovat, až v posledních letech. Doufá, že toto období pomine a bude všechno brzy v pořádku.

10. Sexualita

Pacient má jednu dceru a je ženatý.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient je nevěřící, nevyznává žádné náboženství. Důležité pro něj je být doma a dělat věci, které má rád.

Ošetřovatelský proces č. 1

1. Neefektivní podpora zdraví – 000099

Diagnostická doména- Podpora zdraví

Třída-Management zdraví

Definice- Třída management zdraví nabízí k diagnostickému zvažování standardně pojmenované ošetrovatelské problémy z oblasti udržování zdravého života a pohody. K nim patří problémy s identifikací a kontrolou zdravého života a udržováním zdravého života člověka, nebo skupiny.

Určující znaky: nezvládání zdravotní zátěže, nedostatky v komunikaci, nedostatečné znalosti o zdravotních praktikách, neschopnost řešit problémy.

Rizikové faktory: trauma, nedostatek schopnosti záměrně konat a zhodnotit situaci, neefektivní zvládání zátěže.

Očekávané výsledky: pacient si uvědomuje, co je potřeba pro zachování zdraví, pacient sdílí zájem a kontakt s rodinou, pacient má zájem pečovat o své zdraví.

Ošetrovatelské intervence: komunikuj s pacientem o aktuálním stavu, motivuj pacienta ke změně přístupu ke svému zdraví, vysvětli pacientovi možné postupy, které by vedly ke zlepšení jeho zdraví.

Realizace ošetrovatelského procesu

Vyhodnocení: pacient zná způsoby a možnosti, jak své zdraví posílit. Odmítá je však dodržovat. Komunikace s rodinou neproběhla, pacient nemá zájem s nimi spolupracovat.

2. Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu-00002

Diagnostická doména- Výživa

Třída- Přijímání potravy

Definice- Třída přijímání potravy je určena k ošetrovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti přijímání potravin a živin.

Určující znaky: změněná chuť k jídlu, příjem potravin je menší než doporučená dávka, neschopnost přijímat potravu.

Rizikové faktory: neschopnost přijímat potravu, psychogenní faktory.

Očekávané výsledky: pacient bude přijímat dostatek tekuté výživy, která bude odpovídat potřebě organismu, pacient nebude ubírat na své celkové hmotnosti po celou dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence: pobízej pacient k popíjení tekuté stravy, nabídneš pacientovi možnost zajištění vlastní stravy, která mu chutná více, zajisti klidné a pohodlné prostředí pro konzumaci.

Vyhodnocení: pacient se snaží konzumovat dostatečné množství tekuté stravy. Tekutá výživa mu nechutná. Nemá zájem o zakoupení mléčných výrobků, protože mu nevyhovují. S rodinou v kontaktu není, takže konzumace vlastních potravin není možná.

3. Nedostatek spánku- 00096

Diagnostická doména- Aktivita a odpočinek

Třída- Spánek a odpočinek

Definice- Třída spánek a odpočinek je určena k ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti spánku a odpočinku, uklidnění člověka, nebo udržování jeho energetických zdrojů.

Určující znaky: únava, změny koncentrace, zvýšená citlivost vůči bolesti, ospalost.

Rizikové faktory: bolest, tělesný diskomfort.

Očekávané výsledky: pacient spí alespoň 6 hodin v kuse. Pacient se v noci nebudí. Pacient usíná do 30 minut.

Ošetřovatelské intervence: zajisti pohodlné a klidné prostředí pro spánek, podávej hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře, pozoruj důsledky poruchy spánku.

Vyhodnocení: pacient se stále v noci budí a cítí se unavený. Vadí mu nemocniční prostředí a neklidná atmosféra. Ocenil by vlastní pokoj. Po podání hypnotik usíná přibližně za dvacet minut.

4. Poškozená paměť-00131

Diagnostická doména-Vnímání a poznávání

Třída- Poznávání

Definice- Třída poznávání je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti učení, užívání paměti, úsudku, vhledu, myšlení, řešení problému, intelektuální kapacity a oblasti sdělovacích prostředků člověka.

Určující znaky: neschopnost vybavit si nedávné události, pocit dezorientace.

Rizikové faktory: neurologické poruchy, věk.

Očekávané výsledky: pacient zná příčiny poruch paměti, pacient najde způsob, jak si vzpomenout na nejdůležitější (základní) věci, pacient akceptuje omezení v důsledku svého zdravotního stavu.

Ošetřovatelské intervence: zhodnot' psychický stav pacienta a jeho možnosti pracovat s pamětí, pomoz pacientovi posilovat paměť, komunikuj s pacientem o tom, co dělal před proděláním úrazu.

Vyhodnocení: pacient si vybavil některé situace, které se odehrávaly v den, kdy úraz prodělal, na mechanismus úrazu si nevzpomněl. Aktuální stav paměti je dobrý, pamatuje si, co dělal.

5. Stresové přetížení-00177

Diagnostická doména- Zvládání zátěže- odolnost vůči stresu

Třída- Reakce na zvládání zátěže

Definice- Třída reakce na zvládání zátěže je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti zvládání stresu, který souvisí s okolím člověka.

Určující znaky: nadměrný stres, pocit tlaku, narušené rozhodování, napětí.

Rizikové faktory: stresory- úraz, hospitalizace, narušené vztahy v rodině.

Očekávané výsledky: pacient zná relaxační techniky pro uvolnění napětí, pacient se snaží být pozitivní, pacient se cítí v bezpečí.

Ošetřovatelské intervence: motivuj pacienta k pozitivním myšlenkám, komunikuj s pacientem, zajisti klidné prostředí.

Vyhodnocení: pacient byl celou dobu hospitalizace negativní a necítil se moc dobře. Při navázání komunikace si většinou stěžoval a byl nervózní. Uvádí, že doma se bude určitě cítit lépe.

6. Akutní bolest-00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Definice- Třída tělesný komfort je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti pohody, neklidu a přítomnosti bolesti.

Určující znaky: označení bolesti, snížená chuť k jídlu, bolestivý výraz v obličeji, úzkost.

Rizikové faktory: trauma- napadení.

Očekávané výsledky: pacient udává snížení bolesti z VAS 5 na VAS 3 do jedné hodiny, pacient zná techniky pro zmírnění bolesti.

Ošetrovatelské intervence: zhodnot' charakter, intenzitu, trvání bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti klidné prostředí a dostatečný komfort pacienta, přikládej ledové obklady na bolestivé místo.

Vyhodnocení: po podání analgetik dle ordinace lékaře bolest klesla z VAS 5 na VAS 3 do hodiny. O dva dny později pacient uváděl před podáním analgetik VAS 2 a po podání byla bolest minimální. Ledové obklady pacient toleroval a vyhovovaly mu.

7. Dysfunkční vztahy v rodině-00063

Diagnostická doména- Vztahy

Třída- Rodinné vztahy

Definice- Třída rodinné vztahy je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti společného života lidí biologicky, nebo vlastní volbou spřízněných.

Určující znaky: označení nefungujících vztahů v rodině pacientem, žádná komunikace mezi pacientem a rodinou, nezájem pacienta o zlepšení vztahů.

Rizikové faktory: rozdílné názory, odlišné místo bydlení.

Očekávané výsledky: pacient se snaží navázat vztah s rodinou, pacient komunikuje s rodinou, pacientova rodina má zájem o kontakt s nemocným

Ošetrovatelské intervence: komunikuj s pacientem o jeho pocitech a názorech, pokus se spojit s rodinou a nabídnout jim možnost návštěvy, zajisti klidné a vhodné prostředí pro rozhovor.

Vyhodnocení: s rodinou pacienta se lékař spojil a informoval je o možnosti návštěv, rodina však neprojevila zájem, pacient svůj přístup a názor na situaci nezměnil a sám od sebe rodinu nekontaktoval.

8. Porušená tkáňová integrita- 00044

Diagnostická doména-Bezpečnost a ochrana

Třída- Tělesné poškození

Definice- Třída tělesné postižení je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti tělesného poškození, nebo poranění.

Určující znaky: poškozená tkáň, bolest.

Rizikové faktory: traumatická rána.

Očekávané výsledky: pacientova tkáň je dostatečně vyživována a hydratována, poškozená tkáň se hojí dle očekávání a bez komplikací, pacient nepocítuje bolest spojenou s tkáňovým poraněním.

Ošetrovatelské intervence: zhodnot' aktuální stav tkáňového poškození, udržuj ránu v čistotě a dbej na aseptické postupy, pečuj o ránu dle ordinace lékaře.

Vyhodnocení: operační rána se hojí dle očekávaných výsledků, bez známek infekce, tkáň je dostatečně vyživována a hydratována a pacient neudává bolest spojenou s tkáňovým poškozením.

9. Riziko infekce- 00004

Diagnostická doména-Bezpečnost a ochrana

Třída-Infekce

Definice-Třída infekce je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti reagování člověka na vstup patogenů do těla.

Určující znaky: invazivní procedury, trauma, poškozená tkáň

Rizikové faktory: invazivní vstupy, operační rána

Očekávané výsledky: pacient nejeví žádnou ze známek infekce po celou dobu hospitalizace, pacient zná způsoby jak předcházet infekci, pacient dodržuje léčebný režim, který zamezuje vzniku infekce

Ošetřovatelské intervence: Zhodnot' rizikové faktory pro vznik riziko infekce, edukuj pacienta o způsobech zamezujících vznik a šíření infekce, pečuj o invazivní vstupy aseptickým způsobem

Vyhodnocení: pacient nejevil žádnou ze známek infekce po celou dobu hospitalizace, pacient zná způsoby, které brání vzniku infekci

Kazuistika č.2

Zdroj informací: pacient, ošetřovatelská a lékařská dokumentace, zdravotnický personál

Osobní anamnéza

Pohlaví: muž

Věk: 29 let

Národnost: česká

Stav: svobodný, žije s přítelkyní

Prodělaná onemocnění: před 20 lety kýla, jiná onemocnění nejuje

Kouření: minimálně

Alkohol: příležitostně

Alergie: Ne

Očkování: Proti tetanu ano, ale neví kdy

Výška: 193 cm

Váha: 98 kg

BMI: 25

Pracovní anamnéza

Zaměstnaní: plánovač výroby neuvádějte informace, které by mohly vést k identifikaci pacienta

Farmakologická anamnéza

Pravidelně neužívá žádné léky

Nynější onemocnění

Dne 13.3 2016 byl v noci napaden známou osobou. Byl opakovaně udeřen pěstmi do dolní čelisti, dále také kopanec do obličeje. V bezvědomí nebyl. Pacient pociťuje bolestivost v dolní čelisti vlevo. VAS udává 3. Vyšetřen v nemocnici, odkud byl odeslán na oddělení. Na doporučení lékaře byla indikována repozice, osteosyntéza fraktury mandibuly duplex v celkové anestezii.

Fyzikální vyšetření

Pacient je orientovaný, normostenik, spolupracuje, hydratace a výživa přiměřená, bez váhového úbytku v posledních dvou měsících. Stoj i chůze bez patologického nálezu. Bez dušnosti, dýchání sklípkovité, hrudník je souměrný a srdeční ozvy ohraničené. Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé bez vyklenutí. Dolní končetiny bez otoků a varixů.

Status extraoralis: Kožní kryt bez patologie. Výstupy nervus vagus klidné, palpačně nebolestivé. Inervace V. a VII. hlavového nervu fyziologické. Uši, oči a nos bez patologického výtoku. Zornice izokorické, fotoreakce, visus orientovaný, fyziologický.

Status intraoralis: chrup stálý, kompletní, patologická pohyblivost mezi 41,31, malokluze. Slinné žlázy klidné. Sliny čiré. Pvlaky jazyka fyziologický, plazí se ve střední čáře. Oropharynx klidný. Patrové oblouky symetrické.

Lékařské diagnózy

S0261 Fractura mandibulae duplex, otevřená

Terapie

Chirurgická: Repozice a osteosyntéza mandibuly dne 14.3 2016

Konzervativní

Dieta: 0 tekutá

Farmakoterapie:

Curacam 625 mg tbl. per os á 8 hod.(antibiotika)

Degan 10mg inj. sol. při nevolnosti max. 3x denně (antiemetika)

Nimesil gran. per os 1-0-1 při VAS 3-5 (analgetika)

Novalgín inj. 1 amp. ve 100 ml FR1/1 i.v při VAS nad 5 (analgetika)

Výplach dutiny ústní Chlorhexidinum 0,1 % 3x denně

Invazivní vstupy

Periferní žilní katetr: pravá horní končetina, G20, den zavedení 15.3 2016

Fyziologické funkce

TK: 135/80

TT: 36,9 °C

P: 72/min.

Saturace: 98%

D: 16/min.

Hodnocení stavu dle škál

Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové: 100 bodů, plně soběstačný

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 34 bodů, žádné riziko

Oblasti uspokojování potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacient doposud lékařskou pomoc nevyžadoval a své zdraví hodnotí jako dobré. Alkohol pije příležitostně, ale lituje, že byl opilý v době, kdy se mu úraz stal. Na preventivní kontroly v posledních pěti letech nebyl. Nepřipadá mu nutné navštěvovat lékaře, když nepocítuje žádné obtíže. V současné situaci chce dodržovat veškerá opatření a doporučení od lékaře, aby se brzy a správně uzdravil.

2. Výživa a metabolismus

Pacient k jídlu nemá chuť, pocítuje bolest v čelisti. Ústa neotevře, protože má fixovanou čelist, takže přichází v úvahu pouze tekutá strava. Různá sladká mléka a nutridrinky mu příliš nechutnají a nezasytí ho, ale až bude doma tak má v plánu mixovat si ovoce a zeleninu a proteinové nápoje. Tekutiny doplňuje v podobě čaje a vody.

3. Vylučování

V oblasti vylučování moči a stolice neudává žádné obtíže. Pacient močí spontánně na wc, v den chirurgického výkonu močil do bažanta. To mu bylo trochu nepříjemné. Uvádí, že se v nemocničním zařízení trochu více potí, než je zvykem.

4. Aktivita a pohyb

Pacient uvádí, že než se mu stal tento úraz tak se žádnému sportu, nebo jiné fyzické aktivitě nevěnoval a v zaměstnání sedí u počítače. V současné chvíli nemá na pohyb energii a náladu a ani ho nevyžaduje.

5. Spánek a odpočinek

Spánek je nedostatečný a pacient se cítí unavený. Omezuje ho bolest způsobená úrazem a nepříjemný pocit v ústech, který mu brání spát v klidu celou noc. Občas pocítuje, že se mu trochu hůře dýchá, vzhledem k fixované čelisti.

6. Vnímání a poznávání

Pacient vidí a slyší dobře. Potíže s pamětí nemá a je orientovaný v osobě, místě a čase. V tuto chvíli, je omezen v oblasti vnímání chutě potravin a nápojů, protože některé věci, které rád konzumuje, si dopřát nemůže.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacient je situací zklamaný, mrzí ho, co se stalo. Uvádí, že příště se bude vyhýbat řešení konfliktů fyzickým násilím a pokusí se problémy řešit jinak a bez konzumace alkoholu.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí s přítelkyní, uvádí že vztah je bezproblémový. Přítelkyně o něj měla strach, ale teď se asi trochu zlobí. S rodiči vychází dobře, ale nevidají se příliš často.

9. Stres a zátěžové situace

Pacient je trochu uzavřený do sebe, uvádí, že až bude doma bude se cítit líp. V nemocnici se necítí pohodlně. Těší se, až bude moct otevřít ústa a mluvit pořádně.

10. Sexualita

Pacient je bezdětný, má stálou partnerku čtyři roky.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient je nevěřící, nevyznává žádné náboženství. Uvádí, že by jednoho dne chtěl založit rodinu, ale teď je nejdůležitější, aby se uzdravil.

Ošetřovatelský proces č. 2

1. Akutní bolest-00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Definice- Třída tělesný komfort je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti pohody, neklidu a přítomnosti bolesti.

Určující znaky: Označení bolesti, snížená chuť k jídlu, bolestivý výraz v obličeji, úzkost

Rizikové faktory: Trauma- napadení

Očekávané výsledky: Pacient udává snížení bolesti z VAS 3 na VAS 1 do jedné hodiny

Ošetřovatelské intervence: Zhodnot' charakter, intenzitu, trvání bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti klidné prostředí a dostatečný komfort pacienta, přikládej ledové obklady na bolestivé místo

Vyhodnocení: Po podání analgetik dle ordinace lékaře bolest klesla z VAS 3 na VAS 2 do 30 minut. O dva dny později pacient uváděl před podáním analgetik VAS 2 a po podání byla bolest minimální. Ledové obklady pacient toleroval a vyhovovaly mu.

2. Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu-00002

Diagnostická doména- Výživa

Třída- Přijímání potravy

Definice- Třída přijímání potravy je určena k ošetřovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti přijímání potravin a živin.

Určující znaky: Změněná chuť k jídlu, příjem potravin je menší než doporučená dávka, neschopnost přijímat potravu

Rizikové faktory: Neschopnost přijímat potravu, psychogenní faktory

Očekávané výsledky: Pacient bude přijímat dostatek tekuté výživy během doby, kdy bude čelist fixovaná

Ošetřovatelské intervence: Pobízej pacient k popíjení tekuté stravy, nabídní pacientovi možnost zajištění vlastní stravy, která mu chutná více, zajisti klidné a pohodlné prostředí pro konzumaci

Vyhodnocení: Pacient si v areálu nemocnice zakoupil sladké nápoje a mléčné výrobky, které mu vyhovují. Domluvil se s rodinou, aby mu do nemocnice donesli co má rád a bude vhodné jako tekutá strava. Nutridrinky příliš nechce a celkově mu tekutá strava nevyhovuje, cítí se hladový.

3. Poškozená ústní sliznice-00045

Diagnostická doména- Bezpečnost-ochrana

Třída-Tělesné postižení

Definice- Třída tělesné postižení je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti tělesného poškození, nebo poranění.

Určující znaky: Nepříjemný pocit v dutině ústní, označení bolesti, obtížná řeč, edém

Rizikové faktory: Trauma

Očekávané výsledky: U pacienta dojde k zmenšení rozsahu poškození jednoho týdne

Ošetrovatelské intervence: Zhodnot' stav poškozené tkáně, podávej pacientovi nedráždivou a vhodnou stravu a tekutiny, prováděj výplachy dutiny ústní, zajisti dostatečnou hydrataci pacienta

Vyhodnocení: Poškození sliznice se za dobu hospitalizace zmenšilo a není již tolik bolestivé při konzumaci tekuté stravy. Pacient již není tolik oteklý, ale vzhledem k čelistí fixaci není možné přehodnotit stav uvnitř dutiny ústní.

Kazuistika č.3

Zdroj informací: pacient, ošetrovatelská a lékařská dokumentace, zdravotnický personál

Osobní anamnéza

Pohlaví: žena

Věk: 39

Stav: vdaná, žije s rodinou

Národnost: česká

Prodělaná onemocnění: Hypertenze, Leidenská mutace, Flebotrombóza, odstranění pupeční kýly, odstranění cysty levého vaječníku, v dětství otřes mozku

Kouření: 10 cigaret denně

Alkohol: příležitostně

Alergie: Ne

Výška: 164 cm

Váha: 70 kg

BMI: 26

Pracovní anamnéza

Zaměstnaní: státní úřednice

Farmakologická anamnéza

Cipralex 10 mg tbl 1-0-0, Tobradex gtt. 5x denně do pravého oka, Tezeo 80 mg tbl 1-0-0

Nynější onemocnění

V neděli 13.3 2016 zakopla o doma o křeslo a pravým okem se udeřila o hranu pohovky. Teploty neguje, pociťuje bolest hlavy, která neustává ani v úlevové poloze, VAS udává 4, pod pravým okem hematom. Pacientka uvádí, že ji tento stav velmi omezuje. Diplopii neguje. Čich v normě. Blow out fraktura spodiny pravé očnice. Pneumoorbita vpravo.

Fyzikální vyšetření

Pacientka je orientovaná, normostenická, spolupracuje, hydratace a výživa přiměřená, bez váhového úbytku v posledních dvou měsících. Acyanotická, bez ikteru. Stoj i chůze bez patalogického nálezu. Otok obou víček pravého oka, pod pravým okem hematom. Pohyb bulbu volný ve všech směrech. Boltec fyziologický, nos bez deformit. Sliznice růžové, vlhké, hladké. Bez dušnosti, dýchání sklípkovité, hrudník je souměrný a srdeční ozvy ohraničené. Břicho měkké, prohmatné, játra nezvětšena, palpačně nebolestivé bez vyklenutí. Dolní končetiny prokrvené,

Lékařské diagnózy

Blow-out fraktura spodiny pravé očnice

Terapie

Chirurgická: Repozice zlomeniny očnice vpravo

Konzervativní

Dieta: 3 racionální

Farmakoterapie:

Cipralex tbl per os 1-0-0 (antidepresiva)

Tezeo 80 mg tbl per os 1-0-0 (antihypertenziva)

Lexaurin 3mg tbl per os 0-0-1 (anxiolytika)

Nimesil pulv.100mg každých 12 hodin per os 1-0-1 při VAS 1-5 (analgetika)

Amoksiklav 1,2 g + 100 ml FR 1/1 i.v á 8 hod (antibiotika)

Clexane 0,4 ml inj v 21:00 hod s.c (antikoagulancia)

Elastické punčochy

Časné vstávání

Dorsální a plantární flexe na lůžku

Invazivní vstupy

Periferní žilní katetr: levá horní končetina, G20, den zavedení 14.3 2016

Fyziologické funkce

TK: 154/110

TT: 36,5 °C

P: 79/min.

Saturace: 95%

D: 18/min.

Hodnocení stavu dle škál

Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové: 100 bodů, plně soběstačný

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 32 bodů, žádné riziko

Oblasti uspokojování potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacientka během svého života zdravotní obtíže měla, včetně úrazu v dětství, kdy jí na hlavu spadla taška ze střechy a způsobila otřes mozku. Svě zdraví nehodnotí jako úplně dobré. Na pravidelné kontroly dochází. Doporučení lékařů se snaží dodržovat. Chtěla by přestat kouřit.

2. Výživa a metabolismus

Příjem potravy a tekutin odpovídá požadavkům metabolismu. Pacientka chuť k jídlu má. Stravuje se většinou 3x denně a občas mezi jídly svačí. Denně vypije kolem 2 litrů vody, čaje. Kávu pije dvakrát denně.

3. Vylučování

V oblasti vylučování moči a stolice neudává žádné obtíže. Na stolici chodí každý druhý den.

4. Aktivita a pohyb

Pacientka je omezená ve sportovních aktivitách aktuálním zdravotním stavem. Má strach, že by mohla mít poškozené oko a zrak. Bolest způsobená úrazem je nepříjemná a pacientka se cítí unavená. Do práce jezdí na kole a nebo chodí pěšky.

5. Spánek a odpočinek

Spánek je nedostatečný a pacientka se cítí unavená. Uvádí, že nemůže najít úlevovou polohu, ve které by bolest byla menší a ona mohla usnout a spát.

6. Vnímání a poznávání

Pacientka je orientovaná v osobě, místě a čase. Paměť je neporušená a moment kdy se úraz stal, si vybavuje. Všimá si změn a deformit v obličeji, které ji nevyhovují.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacientka je smířená s aktuálním zdravotním stavem a situací. V prvních okamžicích měla největší strach, že by mohla o oko přijít, nebo ho mít poškozené. Teď doufá, že bude vše v pořádku bez trvalých následků.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdaná a bydlí s manželem a dcerou. Uvádí, že je pro ni rodina důležitá.

9. Stres a zátěžové situace

Stres pacientka zvládá dobře, nejvíce byla ovlivněna strachem o oko. Uvádí, že nejdříve myslela, že má obličej pouze naražený a určitě nebude muset na operaci. Po pár minutách cítila v oku tlak a tekutinu v nose. Šla se vysmrkat a tím začala nesnesitelná bolest. Hodně se lekla a jela do nemocnice.

10. Sexualita

Pacient má jednu dceru a je vdaná deset let. S partnerem si rozumí.

11. Víra a životní hodnoty

Pacientka je nevěřící. Nejdůležitější je pro ni její dcera.

Ošetrovatelský proces č. 3

1. Akutní bolest-00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Definice- Třída tělesný komfort je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti pohody, neklidu a přítomnosti bolesti

Určující znaky: Označení bolesti, bolestivý výraz v obličejí, úzkost

Rizikové faktory: Úraz

Očekávané výsledky: Pacient udává snížení bolesti z VAS 4 na VAS 2 do jedné hodiny

Ošetrovatelské intervence: Zhodnot' charakter, intenzitu, trvání bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti klidné prostředí a dostatečný komfort pacienta, přikládej hojivé masti a ledové obklady dle ordinace lékaře

Vyhodnocení: Po podání analgetik dle ordinace lékaře bolest klesla z VAS 4 na VAS 2 do 60 minut. Na hematom pod pravým okem byl aplikován Heparoid mast 3x denně. Ledové obklady byly přikládány pouze první pooperační den, pacientce nevyhovovaly.

2. Narušený obraz těla-00118

Diagnostická doména- Vnímání sebe sama

Třída-Tělesný obraz

Definice- Třída tělesný obraz je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti mentálního obrazu o svém vlastním těle.

Určující znaky: Aktuální změna vzhledu v obličeji, vyjádření nepříjemného pocitu ze svého vzhledu, strach

Rizikové faktory: Emoční stav pacienta, společenský život

Očekávané výsledky: Pacient akceptuje svůj vzhled v dané situaci

Ošetrovatelské intervence: Vyslechni pacientovy obavy a konverzuj s ním o jeho pocitech, povzbuzuj pacienta, pomoz pacientovi zařadit se do běžných aktivit

Vyhodnocení: Pacientka akceptuje změnu svého vzhledu v dané situaci, hematom pod pravým okem je méně viditelný. Pacientka uvádí, že se doma bude líčit, aby defekt zakryla, a věří, že časem nebude nic poznat.

3. Nedostatek spánku- 00096

Diagnostická doména- Aktivita a odpočinek

Třída- Spánek a odpočinek

Definice- Třída spánek a odpočinek je určena k ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti spánku a odpočinku, uklidnění člověka, nebo udržování jeho energetických zdrojů.

Určující znaky: Únava, změny koncentrace, zvýšená citlivost vůči bolesti, ospalost

Rizikové faktory: Bolest, tělesný dis komfort

Očekávané výsledky: Pacientka spí alespoň 6 hodin v kuse celou noc

Ošetřovatelské intervence: Zajisti pohodlné a klidné prostředí pro spánek, podávej hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře, pozoruj důsledky poruchy spánku

Vyhodnocení: Pacientka se stále v noci budí a cítí se unavená. Spánek v nemocnici ji nevyhovuje, ale přes den usíná po obědě. Bolest v místě úrazu ustupuje a pacientka nachází úlevovou polohu, ve které odpočívá a usíná.

Kazuistika č. 4

Zdroj informací: pacient, ošetřovatelská a lékařská dokumentace, zdravotnický personál

Osobní anamnéza

Pohlaví: žena

Věk: 52 let

Stav: vdaná, žije s manželem a dcerou

Prodělaná onemocnění: fraktura levé dolní končetiny v dětství, appendektomie, vyjmutí zánětlivé gynekologické cysty

Kouření: 5 cigaret denně

Alkohol: příležitostně

Alergie: Ne

Výška: 153 cm

Váha: 72 kg

BMI: 30

Pracovní anamnéza

Zaměstnaní: mobilní operátorka

Farmakologická anamnéza

Tenoloc 200 mg tbl 0-0-1, Prestarium Neo combi 5 mg tbl 1-0-0

Nynější onemocnění

Dne 2.3.2016 dobíhala autobus, zakopla a upadla na chodník. Přivodila si otevřenou dislokovanou zlomeninu kosti nosních, kontuzi kolene a předních zubů s částečným uvolněním. Byla provedena sutura rány, repozice nosních kostí. Deformita nosu trvá. Pacienta je indikovaná k re-repozici nosních kostí v celkové anestezii.

Fyzikální vyšetření

Pacientka je při vědomí, je orientovaná, spolupracující, hydratace a výživa přiměřená. Bez ikteru a cyanózy. Pod dolními očními víčky odstupující hematomy. Bez otoků. Na hřbetu nosu klidná rána ošetřena suturou. Drobné otoky na nose a v jeho okolí. Nosní sliznice bez patologického sekretu. Dýchání je čisté, sklípkovité bez patologického nálezu. Břicho měkké, prohmatané, játra nezvětšena. Dolní končetiny prokrvené, pulz hmatný, kontuze levého kolene.

Lékařské diagnózy

S0220 Fractura nosních kostí zavřená, dislokovaná

Terapie

Chirurgická: Zavřená re-repozice fraktury nosních kostí

Konzervativní

Dieta: 3 racionální

Farmakoterapie:

Tenoloc 200 mg tbl 0-0-1 (antihypertenziva)

Prestarium Neo combi 5 mg tbl 1-0-0 (antihypertenziva)

Novalgín inj. 1 amp. ve 100 ml FR1/1 i.v při VAS 6-10 (analgetika)

Invazivní vstupy

Periferní žilní katetr: pravá horní končetina, G20, den zavedení 3.3.2016

Fyziologické funkce

TK: 166/88

TT: 36,5 °C

P: 70/min.

Saturace: 96%

D: 18/min.

Hodnocení stavu dle škál

Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové: 100 bodů, plně soběstačný

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 34 bodů, žádné riziko

Oblasti uspokojování potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacientka hodnotí své zdraví jako dobré. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně. Kouření se nesnaží omezovat, kouří od mládí. Alkohol pije příležitostně.

2. Výživa a metabolismus

Chuť k jídlu je zachovalá, pacientka konzumuje jídlo 3x denně. Poškozený chrup pádem na obličej omezuje pacientku ve výběru potravin. Konzumuje měkké a kašovitě potraviny. Uvádí, že nejvíce jí večer když přijde z práce. Současný zdravotní stav ji v konzumaci jídla příliš neomezuje. Uvádí, že občas při polknutí cítí tlak na horní patro. Denně vypije přibližně 1,5l minerální vody a dvě kávy. Občas si dá pivo, nebo víno.

3. Vylučování

V oblasti vylučování moči a stolice neuvádí žádné problémy.

4. Aktivita a pohyb

Pacientka není omezena v aktivitě a pohybu. Během úrazu si pohmoždila koleno, ale v současné chvíli je pacientka na lůžku a tak neuvádí bolest, nebo omezení v rozsahu pohybu. Ve volném čase se žádnému sportu nevěnuje.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka spí dobře celou noc. Usíná do půlhodiny. Léky na spaní neužívá. Po prodělání úrazu se jí hůře dýchá, když se položí na rovné lůžko.

6. Vnímání a poznávání

Pacientka je orientovaná v osobě, místě a čase. Vidí a slyší dobře. Poruchy vědomí a paměti neuvádí. Aktuálně je omezena v oblasti čichu. Otok v dutinách nosních ji zabraňuje cítit pach a volně dýchat nosem.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacientka bere úraz jako negativní zážitek, očekávala, že primární ošetření a sutura rány postačí k uzdravení. Nečekala, že bude nutný chirurgický výkon v celkové anestezii.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Vztahy v rodině a s manželem hodnotí pacientka jako dobré. Není jí příjemné, že na pár dní musela nechat manžela s dcerou doma samotné.

9. Stres a zátěžové situace

Současný zdravotní stav pacientku stresuje a považuje ho za zbytečnou komplikaci. Zmiňuje se, že kdyby autobus nedobíhala tak by se nic nestalo. Byla to úplná zbytečnost a nestálo to za to.

10. Sexualita

Pacientka je vdaná a má jednu dceru.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient je nevěřící, nejdůležitější je pro ní rodina a zdraví.

Ošetrovatelský proces č. 4

1. Poškozená dentice-00048

Diagnostická doména- Bezpečnost-ochrana

Třída- Tělesné postižení

Definice- Třída tělesné postižení je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti tělesného poškození, nebo poranění.

Určující znaky: Traumatické poškození chrupu, bolest zubů

Rizikové faktory: Traumatické poranění

Očekávané výsledky: Pacient přijímá dostatek vhodných potravin a tekutin

Ošetřovatelské intervence: Podávej pacientovi vhodnou stravu ke konzumaci, dbej na omezenou schopnost žvýkat, pomoz pacientovi při hygieně chrupu a dutiny ústní, všímej si přítomnosti a absence chrupu

Vyhodnocení: Pacientka konzumuje kašovitě a měkké potraviny, které umožní hojení chrupu a opakovaně ho nepoškodí. Snídá, obědvá a večeří. Mezi obědem a večeří si dá jogurt, nebo přesnídávku dle chuti.

2. Stresové přetížení-00177

Diagnostická doména- Zvládání zátěže- odolnost vůči stresu

Třída- Reakce na zvládání zátěže

Definice- Třída reakce na zvládání zátěže je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti zvládání stresu, který souvisí s okolím člověka.

Určující znaky: Nadměrný stres, pocit tlaku, narušené rozhodování, napětí

Rizikové faktory: Stresory- úraz, hospitalizace

Očekávané výsledky: Pacient bude přijímat dostatek tekuté výživy během doby, kdy bude čelist fixovaná

Ošetřovatelské intervence: Motivuj pacienta k pozitivním myšlenkám, komunikuj s pacientem, umožni rodině navštěvovat pacienta

Vyhodnocení: Pacientka byla celou dobu hospitalizace netrpělivá a nervózní. Dcera chodila matku navštěvovat každý den, což pacientku těšilo a během návštěv byla klidná. Komunikace s pacientkou byla spíše pasivní, nechtěla příliš konverzovat.

3. Narušený obraz těla-00118

Diagnostická doména- Vnímání sebe sama

Třída-Tělesný obraz

Definice- Třída tělesný obraz je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti mentálního obrazu o svém vlastním těle.

Určující znaky: Vyjádření pocítěné změny svého vzhledu, zabývání se aktuální změnou

Rizikové faktory: Trauma

Očekávané výsledky: Pacientka nebude stresována změnou vzhledu po dobu hojení úrazu

Ošetřovatelské intervence: Komunikuj s pacientem o aktuálních změnách své vizáže, motivuj pacienta k pozitivnímu myšlení, pečuj o rány dle ordinace lékaře, aby došlo ke správnému a včasnému hojení

Vyhodnocení: Po dobu hospitalizace se rána hojila dle očekávání, bez známek infekce a komplikací. Otoky a hematomy se zredukovaly. Pacientka je méně ve stresu z poranění a vnímá svojí vizáž přiměřeně svému zdravotnímu stavu.

Kazuistika č.5

Zdroj informací: pacient, ošetřovatelská a lékařská dokumentace, zdravotnický personál

Osobní anamnéza

Pohlaví: muž

Věk: 22 let

Stav: svobodný, žije s rodiči

Národnost: česká

Prodělaná onemocnění: žádná

Kouření: 10 cigaret denně

Alkohol: příležitostně

Alergie: pyly, prach

Očkování: Proti tetanu ano, ve čtrnácti letech

Výška: 176 cm

Váha: 83 kg

BMI: 27

Pracovní anamnéza

Zaměstnaní: obsluha u lisu

Farmakologická anamnéza

Pravidelně neužívá žádné léky

Nynější onemocnění

Dne 16.4 2016 byl napaden v brzkých ranních hodinách třemi známými útočníky. V bezvědomí nebyl, celý incident si pamatuje. Byl udeřen opakovaně pěstmi do obličeje. Nezvracel, bolesti hlavy udává. O incidentu byla informována Policie ČR. Pro neustávající bolesti hlavy a čelisti vyhledal 17.4 lékařskou pomoc ve Svitavské nemocnici. Dle CT byla diagnostikována fraktura mandibulae duplex I. sinus a processus articularis I. sinus. VAS udává 5. Na doporučení lékaře byla indikována repozice, osteosyntéza fraktury mandibuly duplex v celkové anestezii.

Fyzikální vyšetření

Pacient je orientovaný, normostenik, spolupracuje, hydratace a výživa přiměřená, bez váhového úbytku v posledních dvou měsících. Stoj i chůze bez patalogického nálezu. Hematomy dolních víček oboustranně. Bez dušnosti, dýchání sklípkovité, hrudník je souměrný a srdeční ozvy ohraničené. Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé bez vyklenutí. Dolní končetiny bez otoků a varixů.

Status extraoralis: Kožní kryt s přítomností premandibulárního otoku, preartikulárně otok vlevo. Výstupy nervus vagus palpačně nebolestivé. Inervace V3 vpravo udává zvýšenou bolestivost při palpaci. Inervace V a VII fyziologická. Uši, oči a nos bez patologického výtoku. Zornice izokorické, fotoreakce, visus orientovaný, fyziologický. Spojivkový hematom OP.

Status intraoralis: Chrup parc. sanovovaný stálý. Zub 13 s frakturou korunky komplikovanou. Zub 21 s uštíplou sklovinou. Slinné žlázy klidné. Sliny čiré. Povlaky jazyka fyziologický, plazí se ve střední čáře. Oropharynx klidný. Patrové oblouky symetrické.

Lékařské diagnózy

S0261 Fractura corporosus mandibulae duplex + processus articularis, I sin

Terapie

Chirurgická: Repozice a osteosyntéza mandibuly

Konzervativní

Dieta: 0 tekutá

Farmakoterapie:

Amoksiklav 1,2 g inj. i.v ve 100 ml F1/1 á 8 hod

Nimesil gran. per os 1-0-1 při VAS 3-5

Novalgín inj. 1 amp. ve 100 ml FR1/1 i.v při VAS nad 5

Lexaurin 1,5 mg tbl. 0-0-1

Výplach dutiny ústní Chlorhexidinum 0,1 % 3x denně

Invazivní vstupy

Periferní žilní katetr: levá horní končetina, G20, den zavedení 18.4 2016

Fyziologické funkce

TK: 128/76

TT: 37,0 °C

P: 69/min.

Saturace: 97%

D: 15/min.

Hodnocení stavu dle škál

Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové: 100 bodů, plně soběstačný

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 34 bodů, žádné riziko

Oblasti uspokojování potřeb

1. Vnímání zdraví

Pacient neměl žádné zdravotní obtíže během svého života. Svě zdraví hodnotí jako dobré. Alkohol pije příležitostně a kouří přibližně deset cigaret denně. Jiné návykové látky neužívá. V době prodělání úrazu byl pod vlivem alkoholu. Na preventivní kontroly nedochází, uvádí, že pokud ho nic nebolí, lékaře nevyhledává. V současné situaci chce dodržovat veškerá opatření a doporučení od lékaře, aby došlo k brzkému uzdravení.

2. Výživa a metabolismus

Pacient k jídlu nemá chuť, uvádí špatnou citlivost dolního rtu a čelisti vlevo. Ústa neotevře, protože má fixovanou čelist, takže přichází v úvahu pouze tekutá strava. Během dne popíjí nutridrinky a zakoupil si tekuté mléčné nápoje. Jejich chuť ale moc nevnímá, ale pociťuje hlad každé dvě hodiny. Před proděláním úrazu stravoval se 5-6x denně, často ve fastfoodech. Tekutiny doplňuje v podobě čaje, vody, které mu nechutnají. Je zvyklý pít spíše slazené a perlivé minerálky.

3. Vylučování

V oblasti vylučování moči a stolice neudává žádné obtíže. Pacient močí spontánně na wc, v den chirurgického výkonu močil do bažanta.

4. Aktivita a pohyb

Pacientova aktivita a fyzická činnost jsou omezeny bolestí vzniklou poškozením obličejové části. Pacient je unavený a raději odpočívá na lůžku.

5. Spánek a odpočinek

Spánek je nedostatečný a pacient se cítí unavený. Omezuje ho bolest způsobená úrazem, která mu brání spát v klidu celou noc.

6. Vnímání a poznávání

Pacient vidí a slyší dobře. Potíže s pamětí nemá a je orientovaný v osobě, místě a čase. V tuto chvíli, je omezen v oblasti vnímání chutě potravin a nápojů, protože některé věci, které rád konzumuje, si dopřát nemůže. Zmiňuje se o necitlivosti spodního rtu a čelisti, když pije brčkem tak se mu s ním špatně manipuluje a hůře nasává tekutina.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacient je smířený s aktuálním zdravotním stavem a omezením, které úraz přináší. Doufá, že útočníci budou potrestáni.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí s rodiči, ti za nim byli na návštěvě první pooperační den. Uvádí, že vztahy mají dobré.

9. Stres a zátěžové situace

Stres pacient zvládá dobře, neuvádí, že by měl nějaké problémy se zvládáním zátěže.

10. Sexualita

Pacient je bezdětný, stálou partnerku nemá.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient je nevěřící, nevyznává žádné náboženství.

Ošetřovatelský proces č. 5

1. Akutní bolest-00132

Diagnostická doména- Komfort

Třída- Tělesný komfort

Definice- Třída tělesný komfort je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti pohody, neklidu a přítomnosti bolesti.

Určující znaky: Označení bolesti, snížená chuť k jídlu, bolestivý výraz v obličeji, únava

Rizikové faktory: Trauma- napadení

Očekávané výsledky: Pacient udává snížení bolesti z VAS 5 na VAS 2 do jedné hodiny

Ošetrovatelské intervence: Zhodnot' charakter, intenzitu, trvání bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, zajisti klidné prostředí a dostatečný komfort pacienta, přikládej ledové obklady na bolestivé místo

Vyhodnocení: Po podání analgetik dle ordinace lékaře bolest klesla z VAS 5 na VAS 3 do 30 minut. O den později pacient uváděl před podáním analgetik VAS 4 a po podání byla bolest na stupnici VAS 2. Ledové obklady pacient toleroval a vyhovovaly mu.

2. Nevyvážená výživa, méně než je potřeba organismu-00002

Diagnostická doména- Výživa

Třída- Přijímání potravy

Definice- Třída přijímání potravy je určena k ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti přijímání potravin a živin.

Určující znaky: Příjem potravin je menší než doporučená dávka, neschopnost přijímat potravu na kterou je zvyklý

Rizikové faktory: Neschopnost přijímat potravu, psychogenní faktory

Očekávané výsledky: Pacient bude přijímat dostatek tekuté výživy během doby, kdy bude čelist fixovaná

Ošetrovatelské intervence: Pobízej pacient k popíjení tekuté stravy, nabídní pacientovi možnost zajištění vlastní stravy, která mu chutná více, zajisti klidné a pohodlné prostředí pro konzumaci

Vyhodnocení: Pacient si v areálu nemocnice zakoupil sladké nápoje a mléčné výrobky, které mu vyhovují. Pocit hladu ale stále přetrvává. Pacient byl informován o možnosti konzumace proteinových a sacharidových doplňků, které si může po propuštění z nemocnice zakoupit.

3. Nedostatek spánku- 00096

Diagnostická doména- Aktivita a odpočinek

Třída- Spánek a odpočinek

Definice- Třída spánek a odpočinek je určena k ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelských problémů v oblasti spánku a odpočinku, uklidnění člověka, nebo udržování jeho energetických zdrojů.

Určující znaky: Únava, zvýšená citlivost vůči bolesti, ospalost

Rizikové faktory: Bolest, tělesný dis komfort

Očekávané výsledky: Pacient usíná do půlhodiny od ulehnutí do lůžka

Ošetrovatelské intervence: Zajisti pohodlné a klidné prostředí pro spánek, podávej hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře, pozoruj důsledky poruchy spánku


Vyhodnocení: Pacient usíná za půl hodiny po podání hypnotik a analgetik. Přes den se cítí stále unavený a zesláblý.

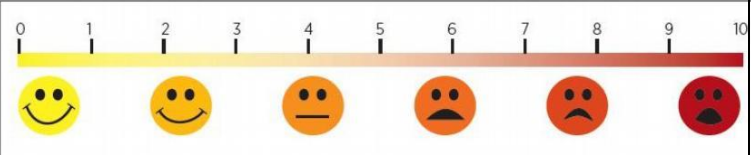

EDUKAČNÍ MAPA PÉČE U PACIENTŮ S OROFACIÁLNÍM PORANĚNÍM


Edukační mapa péče slouží pacientům, kteří prodělali poranění v obličeji k seznámení s ošetrovatelskou péčí, která jim bude poskytována všeobecnými sestrami dle ordinace lékaře. V den příjmu bude pacientovi předložena tabulka, ve které bude předběžně navrhnutá ošetrovatelská péče. Pacient bude edukován a seznámen s jednotlivými kategoriemi ošetrovatelské péče všeobecnou sestrou, která bude s mapou pracovat dle návodu. Oblasti, kterým je třeba věnovat specifickou ošetrovatelskou péči, a pozornost jsou: komunikace, invazivní vstupy, péče o bolest, péče o ránu, péče o dutinu ústní, výživa a hydratace, poloha, riziko vzniku infekce a antibiotika.

Mapa péče je vytvořena na základě získaných kazuistik a ošetrovatelských procesů, ve kterých jsou popsány ošetrovatelské intervence a cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout. Ke správnému použití mapy péče je vytvořen návod, který je určen všeobecným sestram.

EDUKAČNÍ MAPA PÉČE

	1. den Příjem pacienta na oddělení	2. den Operační den	3.den Pooperační den
<i>Komunikace</i>	V den příjmu budete komunikovat tak, jak Vám dovolí Váš zdravotní stav.	Po operaci nebudete moci otevírat ústa a mluvit z důvodů čelistní fixace a bolesti. Pro komunikaci budeme používat tužku a papír, kam budete psát vše, co budete chtít sdělit	První den po operaci budete stále omezen ve verbální komunikaci.
<i>Invazivní vstupy</i>	Do žíly na horní končetině Vám bude zaveden periferní žilní katetr, kterému se říká kanyla. Slouží k podání léků do žilního oběhu. Kanyla by Vám neměla v ničem překážet, Pokud by Vás místo vpichu páliło, nebo bylo jakkoliv nepříjemné, oznamte to zdravotnímu personálu. 	Po celou dobu hospitalizace pozorujte, zda není místo vpichu, nebo okolí kanyly oteklé, bolestivé a zarudlé. V případě, že Vás bude horní končetina bolet z důvodu přítomnosti kanyly, oznamte to personálu.	Periferní žilní katetr Vám bude třetí den odstraněn, nebo vyměněn za novou kanylu z důvodu rizika infekce.

<p>Péče o bolest</p>	<p>Pro zmírnění bolesti Vám budou po celou dobu hospitalizace podávána analgetika. Po každém podání, sdělte zdravotnickému personálu, zda se bolest snížila. Po celou dobu budeme hodnotit Vaší bolest na stupnici VAS od 1 do 10.</p> 	<p>V den operace Vám budou podána opiátová analgetika a premedikace.. Po podání premedikace a opiátů je nutné, abyste dodržoval klidový režim na lůžku a nevstával.</p>	<p>Po operaci Vám budou podávány analgetika dle ordinace lékaře a zhodnocení stupně, charakteru a intenzity bolesti.</p>
<p>Péče o ránu</p>	<p>Během hospitalizace bude o ránu pečováno aseptickým přístupem, což znamená, že budeme užívat sterilní pomůcky a materiál, tak abychom zamezili vzniku infekce. Je třeba udržovat v čistotě ránu, ale také její okolí.</p>	<p>V den operace se rána převazovat nebude, pouze pokud by prosakoval krycí obvaz. Hematomy a otoky, budeme regulovat ledovými obklady dle Vašeho uvážení a potřeby.</p>	<p>První den po operaci lékař sejme krycí obvaz a ránu zhodnotí. Stehy se budou vyndávat sedmý den po výkonu.</p>
<p>Péče o dutinu ústní</p>	<p>V době příjmu je čelist provizorně fixovaná gumičkami a je třeba, abyste udržoval místo poranění v klidu dokud nebude ošetřeno při operaci.</p> 	<p>Mezičelistní fixace Vám zabrání v otevírání úst a budete omezen v rámci hygieny. Dutinu ústní si budete vyplachovat chlorhexidinem. Vnější stranu chrupu budete moci čistit štětičkami, které Vám poskytneme.</p>	<p>Po celou dobu co budete mít fixovanou čelist, je vhodné provádět výplachy dutiny ústní a vytírat ústa štětičkami pro udržení čistoty v dutině ústní.</p>

Výživa/hydratace	<p>Stravu a tekutiny konzumujte tak, jak Vám dovolí Váš zdravotní stav. 6-8 hodin před operačním výkonem nebudete jíst a pít.</p> 	<p>Před operačním výkonem je nutné být lačný. Po výkonu se budete moci napít přibližně za 4-6 hodin. Stravovat se budete večer, nebo až druhý den-dle Vašeho zdravotního stavu.</p>	<p>První pooperační den budete konzumovat tekutou stravu. Je nutné přijímat dostatek tekutin (2-3l/ den). Další dny po výkonu je možné přejít na dietu kašovitou.</p>
Poloha	<p>Zvýšená. Dle zdravotního stavu a komfortu pacienta.</p>	<p>Po operačním výkonu je nutné ležet na rovné podložce.</p>	<p>Dle zdravotního stavu a komfortu pacienta.</p>
Riziko vzniku infekce	<p>Zdravotní stav spojený s hospitalizací a operačním výkonem je spojen s možností vzniku infekce. Pokud by infekce propukla mohly by nastat komplikace, které by Váš stav zhoršily, a je nutné dodržovat jistá hygienická opatření.</p>	<p>V den operačního výkonu Vám budou nasazena antibiotika, která budou předcházet vzniku infekce.</p>	<p>Stejně jako v den operačního výkonu.</p>
Antibiotika	<p>V rámci prevenci vzniku infekce Vám budou podávána antibiotika dle ordinace lékaře. Antibiotika budou aplikována do periferního žilního katetru a také per orálně. Antibiotika mohou mít nežádoucí účinky, o kterých Vás informuje lékař, nebo si můžete přečíst příbalový leták, který Vám poskytne zdravotnický personál.</p>	<p>Dle ordinace lékaře a zdravotního stavu.</p>	<p>Dle ordinace lékaře a zdravotního stavu.</p>

Návod pro použití edukační mapy péče u pacientů s orofaciálním traumatem pro všeobecné sestry

Edukační mapa péče slouží k edukaci pacienta, který prodělal poškození v oblasti obličeje. Pro přehlednou a podrobnou edukaci je možné použít vytvořenou tabulku, která pomůže pacientovi orientovat se a pochopit ošetrovatelskou péči, která mu bude v následujících dnech poskytována.

Postup při použití edukační mapy péče:

1. Pacient je přijat na oddělení dle zvyklostí.
2. Předjte pacientovi mapu péče a seznamte ho s každou oblastí ošetrovatelské péče, které je třeba věnovat zvýšenou pozornost a péči během hospitalizace. S pacientem komunikujte srozumitelně tak, aby problematice rozuměl. Typ komunikace zvolte dle závažnosti pacientova poranění.
3. Pokud je pacient dostatečně informovaný, ponechejte mu tabulku po celou dobu hospitalizace k nahlédnutí.
4. Sdělte pacientovi, že pokud by něčemu nerozuměl, nebo by potřeboval znovu vysvětlit některou oblast, může se na Vás obrátit.
5. Během hospitalizace si všímejte, zda pacient rozumí informacím, které mu byly poskytnuty. Pokud je třeba doplnit nejasnosti, poskytněte pacientovi dostatek informací pro lepší pochopení.

12 DISKUZE

Během zpracovávání bakalářské práce jsem čerpala informace z odborné literatury a z poznatků z praxe na oddělení ORL. Účelem bylo poznání a seznámení se s problematikou obličejových úrazů a vypracování pěti kazuistik, ošetrovatelských procesů a mapy péče.

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s obličejových poranění jsou v literatuře (5) převážně zaměřená na samotné zranění a odbornou ošetrovatelskou péči o něj. Během vypracovávání kazuistik kdy jsem přišla do styku s pacienty, kteří prodělali trauma v obličeji, jsem nabyla dojmu, že velmi významnou roli hraje také komunikace, stravování, psychické a sociální rozpoložení pacienta. Tři pacienti z pěti byli zranění na základě fyzického násilí a konfliktu. Čtvrtý pacient si nepamatuje, jak úraz vznikl, ale možnost, že se na mechanismu úrazu podílelo násilí, existuje. Všech pět pacientů, bylo pod vlivem alkoholu v době, kdy došlo k poškození. Ve třech případech se skutečností zabývala Policie ČR. Toto mě vede k zamyšlení, že pacienti mají nejen fyzické poranění, které je může ohrozit na životě, ale nejspíš budou mít potíže ve svém osobním životě. Pokud se dostanou do zdravotnického zařízení, jsou ve stresu kvůli vzniklému úrazu, ale také kvůli příčinám, které vedly ke vzniku traumatu. Stres má významný vliv na léčbu a celkový zdravotní stav. Pokud je pacient stresovaný, nesoustředěný, a nemá zájem dodržovat léčebná opatření, není vždy možné dosáhnout úspěšných ošetrovatelských cílů, které jsem si při zpracovávání ošetrovatelských procesů stanovila.

Komunikace s pacienty, kteří nemohou otevírat ústa a mluvit, nebo komunikují verbálně omezeným způsobem je časově náročnější. Sestry nemají vždy dostatek času na komunikaci pomocí jiných sdělovacích prostředků, jako je papír a tužka. Mnohdy tedy pacient nesdělí to, co by chtěl a potřeboval. Občas byl důvodem nedorozumění nedostatek trpělivosti ze strany sestry i pacienta.

Dalším problémem, který jsem zaznamenala, byl v oblasti stravování. Čtyři pacienti z pěti byli omezení ve výběru stravy a museli konzumovat tekutou a kašovitou stravu. Tento druh stravování jim nevyhovoval, pokrmy nebyly příliš chutné a tři pacienti z pěti zmínili, že raději nebudou moc jíst. V případě, že pacient odmítá přijímat potravu, nebo jeho příjem nepokryje energetické požadavky organismu, může vzniknout další onemocnění, které zhorší celkový zdravotní stav. Důležitou roli hraje také časový rámec, kdy pacient odmítá přijímat stravu. Mohou to být pouze dva dny po operačním výkonu, ale také několik dní a týdnů a to by ho mohlo závažně poškodit. Napadlo mě, že na odděleních ORL a stomatochirurgie, kde se často vyskytují pacienti, kteří nemohou konzumovat stravu v běžné formě, by mohla být

kuchyňka s mixérem a lednicí. Pokud by měl pacient zájem, rodina, blízcí nebo on sám by si zajistil potraviny, které má rád. Měl by možnost nachystat si stravu, která uspokojí jeho potřeby. Samozřejmě by potraviny musely být podepsané, označené datumem do kdy se zkonsumují a vše by bylo dle hygienických požadavků a po konzultaci lékařem a sestrou.

Pokud bych se v budoucnu měla zabývat problematikou obličejových úrazů a rozšířit tuto bakalářskou práci, zaměřila bych se právě na stravování a vliv alkoholu na vznik úrazů. Poškození hlavy se u intoxikovaných vyskytuje často. U mužů do věku 35 let dochází k úmrtí nejčastěji právě při poranění obličeje a hlavy (22). Stravování je v bakalářské práci zmíněno pouze okrajově, ale je to velmi rozsáhlá kapitola a u orofaciálního poranění velmi důležitá. Požití alkoholu a jiných návykových látek pozorujeme u pacientů čím dál tím častěji, a to nejen v případě obličejových úrazů. Tento problém by se dal zkoumat zvlášť v podobě vytvoření statistického výzkumu.

13 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo porozumět problematice a specifickým ošetrovatelským postupům v péči o pacienta s orofaciálním traumatem. Péče o pacienty byla popsána v kazuistikách, které jsem získala. Zpracování a péče o pacienty byla podložena teoretickými znalostmi, které jsem čerpala vypracováním teoretické části bakalářské práce a v neposlední řadě konzultací s lékaři a zdravotnickým personálem na oddělení.

Poškození v oblasti obličeje, je pro pacienta velmi stresující, bolestivé a omezující ve spoustě běžných denních aktivit. Pacient nemůže přijímat stravu, na kterou je zvyklý, nemůže komunikovat verbálním způsobem a má potíže s vyjádřením svých požadavků. Všechna zmíněná omezení se mohou významně podepsat na jeho psychickém stavu. Ošetrovatelská péče a intervence prováděné pro brzké a správné zotavení, musí být prováděna pečlivě. Pacient musí být edukován lékařem i sestrou o svém zdravotním stavu a poučen o dodržování léčebného režimu. Je nutné, aby sestra věnovala pacientovi dostatek času a trpělivosti, nechávala prostor pro vyjádření pacientových požadavků. Správně probíhající komunikace a porozumění vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, která je v případě obličejového poranění velmi specifická.

ZDROJE

- 1) FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, 2.vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2009, 173 s., ISBN 978-80-246-1491-5
- 2) HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*, dotisk 3.vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 140 s. ISBN 80- 244-0495-8
- 3) VALENTA, J, a kol. *Chirurgie: Pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 237 s. ISBN 80-246-0644-5
- 4) POKORNÝ, V, a kol. *Traumatologie*, 1. vyd.Triton, 2002. Praha. 307 s. ISBN 80-7254-277-X
- 5) MAZÁNEK, J., 2007 *Traumatologie orofaciální oblasti*, 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing,180 s. ISBN 978-80-247-1444-8
- 6) ŠENKERÍKOVÁ, P., SNOPEK, P. Psychický dopad popáleninového traumatu, *Zdravotnické noviny*, [online] 2015 9 (21) [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychicky-dopad-popaleninoveho-traumatu-479925>
- 7) BULIK, O., a kol. *Perioperační péče o pacienta ve stomatochirurgii*, 1. vyd. Brno 2013, 109 s. ISBN 978-80-7013-556-3
- 8) KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. Vyd. Praha. Grada Publishing, 2008, 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2
- 9) MAZÁNEK, J., *Poranění v maxilofaciální oblasti*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.[online].[cit.16.1.2016] Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/r096.rtf
- 10) JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ R., *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Grada Publishing, a.s., 2013.256 s. ISBN 978-80-247-4412-4
- 11) SLEZÁKOVÁ, L., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II: Pediatrie, chirurgie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1.

- 12) NICHOLLS, A., WILSON, I. *Perioperační medicína*. 1. České vyd. Praha 2006, Galén, 372 s. ISBN 80-7262-320-6.
- 13) HAVLENOVÁ, K., KRÝDLOVÁ, L., Péče o pacienta po korekční operaci obličejového skeletu. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 28-30. ISSN 1210-0404
- 14) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006.144 s. ISBN 80-247-1262-8
- 15) TUTKOVÁ, J., Komunikace sestra-pacient. *Sestra*,[online], 2007, roč. 17. č. 1,[cit 22. 1. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-sestra-pacient-285309>
- 16) GANGALE, D. C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*,. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. 232 s. ISBN 80-247-0534-6
- 17) ZEMAN, M., KRŠKA, Z., *Chirurgická propedeutika*, Praha: Grada Publishing, 3. Vyd.,2011, 512 s., ISBN 978-80-247-3770-6
- 18) PAVLÍKOVÁ, S., *Ošetrovatelské modely v kostce*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006, 160 s., ISBN 978-80-247-1211-6
- 19) ČIHÁK, R. *Anatomie 2.*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing.2002, 512 s. ISBN 80-247-0143-X
- 20) WIKISKRIPTA, *Zlomeniny obličejového skeletu*[online].[cit. 5.3 2016]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Zlomeniny_obli%C4%8Dejov%C3%A9ho_skeletu
- 21) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, 1. vyd, Grada Publishing. 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 22) NEŠPOR, K. Úrazy hlavy a alkohol. *České pracovní lékařství*,[online], 2005, č. 3,[cit 8. 7. 2016]Dostupné:http://www.tigis.cz/images/stories/CESKE_PRACOVNI_LEKARSTVI/3_2005/15_zpravy1_cpl_3_05_web_zabezp.pdf
- 23) BRAUNOVINY, *Nové instravenózní kanyly* [online],[cit. 8.7 2016]. Dostupné z: <http://braunoviny.bb Braun.cz/nove-intravenozni-bezpecnostni-kanyly>

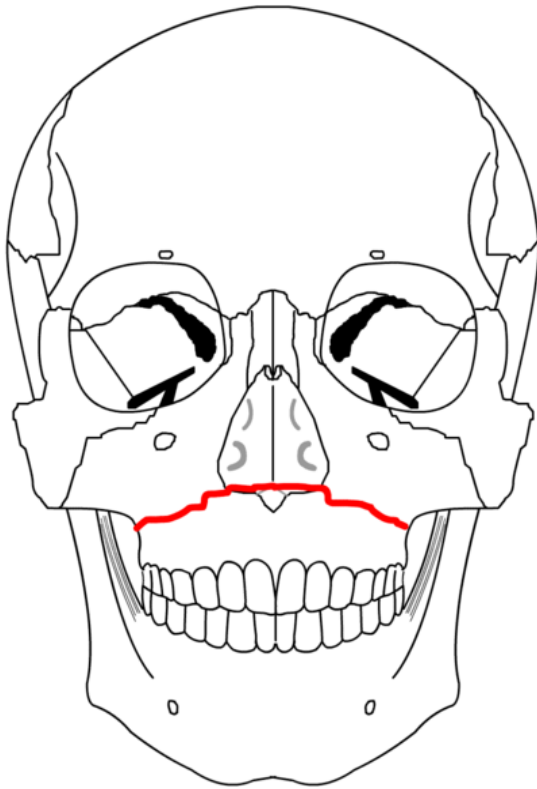
24) POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA, *Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti* [online].[cit. 8.7 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>

25) SAFETYSHOP, *Katalog zboží*, Dostupné z : <http://www.safetyshop.cz/p632-zakaz-jidla-a-piti>

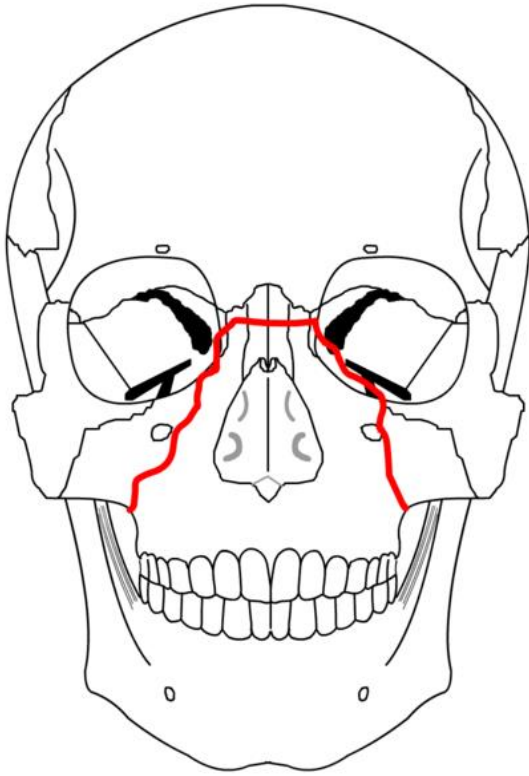
26) DAHLNHAUSEN, *Katalog zboží* [online].[cit. 8.7 2016]. Dostupné z: <http://www.dahlhausen.cz/katalog/zdravotnicky-material/tycinky-na-hygienu-dutiny-ustni-774/>

14 PŘÍLOHY

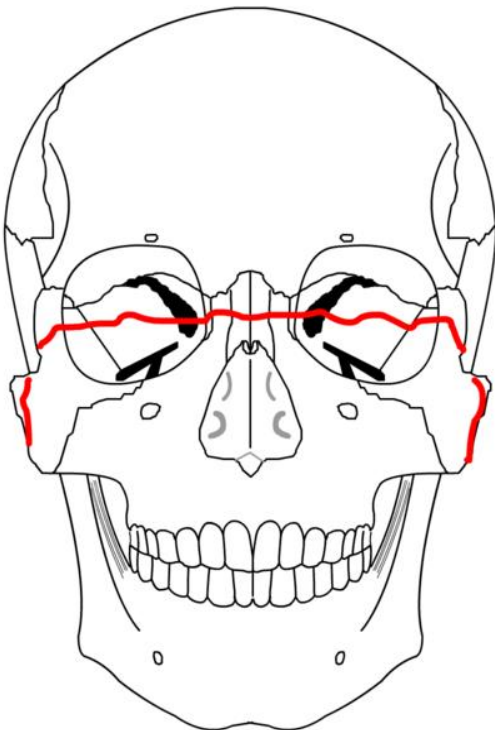
Příloha A- Zlomeniny typu Le fort (20)



Obrázek 1- Zlomenina typu Le fort I.



Obrázek 2- Zlomenina typu Le fort II.

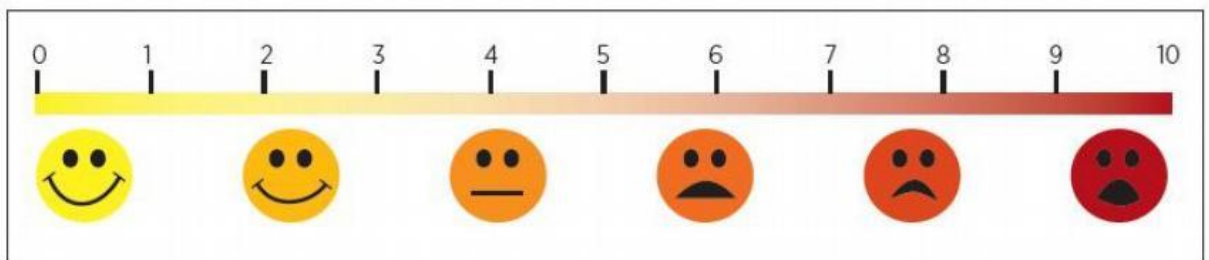


Obrázek 3- Zlomenina typu Le fort III.

Příloha B- Obrázky použité v edukační mapě péče



Obrázek 4- Periferní žilní katetr (23)



Obrázek 5-Vizuální analogová škála (24)



Obrázek 6- Symbol (25)



Obrázek 7- Glycerinové štětčičky pro hygienu dutiny ústní (26)

Příloha C- Klasifikace fyzického stavu podle ASA (12)

Tabulka 1- Klasifikace fyzického stavu podle ASA

Skupina		Fyzický stav s příkladem	Stupeň rizika
I	Zdravý pacient	Zdravotně zdatný pacient s tříselnou kýlou	Běžné riziko
II	Pacient s lehkou systémovou nemocí	Esenciální hypertenze, lehký diabetes mellitus	Mírně zvýšené riziko
III	Pacient se závažnou systémovou nemocí, která není dekompenzovaná	Angina pectoris, středně závažná až těžká respirační insuficience	Středně zvýšené riziko
IV	Pacient s dekompenzovanou nemocí, která znamená neustálé ohrožení života	Pokročilá onemocnění plic, srdeční selhání	Vysoké riziko
V	Moribundní pacient, u něhož nelze- ať už bude operován či nikoliv- očekávat přežití 24 hodin	Ruptura aneuryzmatu aorty, masivní plicní embolie	Velmi vysoké riziko
VI	Akutní pacient skupiny I-II		Zvýšené riziko
VII	Akutní pacient skupiny III-V		Vysoké až velmi vysoké riziko

Příloha D- Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22.7 2016

Radka Hubalová