

Univerzita Karlova v Praze

3.lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

### **Ošetrovatelská péče o nemocného s diagnózou: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie**

Nursing care of the patient after circulations pledge and  
delirious state etiology obscure

Případová studie

Jana Krouská

bakalářský studijní program: Ošetrovatelství

studijní obor: Všeobecná sestra

Autor práce: Jana Krouská  
Studijní program: Všeobecná sestra  
Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejková  
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK

Odborný konzultant: MUDr. Jiří Karásek  
Pracoviště odborného konzultanta: Kardiologie, III. interní klinika FNKV

Datum a rok obhajoby: červen 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 5.5.2008

.....

Jana Krouská

#### Poděkování

Děkuji paní Mgr. Renatě Vytejškové a MUDr. Jiřímu Karáskovi za velmi cenné a užitečné stylistické a odborné poznámky a doporučení, které byly pro mou práci velkým přínosem.

## Obsah

1. Úvod	7
2. Klinická část	8
2.1 Funkční anatomie srdce	8
2.2 Mechanická činnost srdce	9
2.3 Řízení srdeční činnosti	10
2.4 Funkční anatomie krevního oběhu	11
2.5 Diagnostické metody hodnotící krevní oběh	11
2.6 Zástava oběhu	12
2.7 Stáří	12
2.8 Změny ve stáří	13
2.9 Alkoholismus	15
2.10 Poruchy vědomí	16
2.11 Delirantní syndrom	17
2.12 Paliativní péče	19
2.13 Principy paliativní péče	21
2.14 Potřeby umírajících	22
2.15 Institucionální model umírání	23
2.16 Důstojná smrt	24
2.17 Prognóza zdravotního stavu	25
2.18 Základní informace o nemocném	26
2.19 Ordinace ošetřujícího lékaře	29
2.20 Výsledková listina vyšetření	31
2.21 Závěr klinické části	32
3. Ošetrovatelská část	33
3.1 Ošetrovatelský proces	33
3.2 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordon	34
3.3 Ošetrovatelská anamnéza	36
3.4 Zhodnocení nemocného dle modelu M. G. ze dne 6.11. 2007 (2. den hospitalizace)	38

3.5 Ošetrovatelské diagnózy dne 6.11. 2007 (2. den hospitalizace)	42
3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán	52
3.7 Psychologická a sociální část	54
3.8 Edukace blízké osoby o spoluúčasti na paliativní péči	55
3.9 Závěr ošetrovatelské části	57
4. Shrnutí	58
Seznam použitých zkratk	59
Seznam odborné literatury	61
Seznam příloh	63

## 1. Úvod

Od vzniku oboru intenzivní péče, před více než třiceti lety, byly vytvořeny jednotky a oddělení intenzivní péče v naprosté většině medicínských odvětví. Nejdůležitějším prvkem je komplexnost přístupu k nemocným v bezprostředním ohrožení života, o které zde pečuje speciálně vyškolený personál s použitím nejmodernějšího dostupného vybavení. Zvláště na sestry jsou zde kladeny vysoké nároky v odpovědnosti, manuální zručnosti a trpělivosti. Navíc je zde nutná rozhodnost, rychlá a přesná interpretace údajů složitých přístrojů.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit problematiku ošetrovatelské péče v oboru intenzivní péče ve vnitřním lékařství. Především bych chtěla zdůraznit specifika práce na metabolické jednotce.

Práce se dělí na dvě velké samostatné kapitoly. Část teoretická je věnována anatomii, fyziologii, patofyziologii krevního oběhu. Dále fyziologickým proměnám ve stáří, alkoholismu, poruchám vědomí, paliativní péči a umírání na jednotkách intenzivní péče. V praktické části se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o devětasedmdesátiletého pacienta, který byl hospitalizován na Metabolické jednotce intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady s diagnózou: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie. Pacient byl zanedbaný, osamělý muž, chronický neléčený alkoholik důchodového věku. Nemocného jsem zhodnotila dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon.

Bakalářskou práci jsem vypracovala v rámci studijního oboru Ošetrovatelství na 3. LF UK. Můj vytyčený cíl je rozšíření znalostí v oboru intenzivní péče ve vnitřním lékařství a nahlédnutí do konkrétní diagnózy.

## 2. Klinická část

V úvodu klinické části popisují anatomii a funkci oběhového systému se zaměřením na příčiny náhlé zástavy srdce. Dále zmiňují rizikové faktory: alkoholismus a vysoký věk s rozvojem delirantního syndromu.

V další části se věnují paliativní péči, procesu umírání a celkovou prognózou zdravotního stavu nemocného.

Závěr klinické části doplňují o základní informace o nemocném, s lékařskou anamnézou a medikací.

### 2.1 Funkční anatomie srdce

Srdce je rozděleno na dvě funkčně spojená čerpadla pohánějící krev jedním směrem. Pravá komora a síň pohání nízkotlaký plicní oběh, do kterého přivádí odkysličenou krev. Levá komora a síň přečerpává okysličenou krev z plic do vysokotlakého systémového oběhu.

Čerpací činnost srdce je rytmické střídání relaxace (diastola) a kontrakce (systola) svaloviny komor a síní. Diastola je stav, kdy se síně a komory plní krví. Při systole se krev ze srdce vypuzuje.

Elektrická aktivita srdce je tvořena ve funkčních jednotkách srdeční svaloviny. Typickými vzrušivými elementy jsou srdeční svalová vlákna, která mají schopnost generovat akční potenciál. Odpovídají na elektrický podnět vzruchem, který vedou, nebo jsou schopna si jej v určitých případech vytvořit. Vlákna pracovního myokardu nejsou schopna spontánní tvorby vzruchu, jejich hlavní funkcí je kontrakce.



## 2.2 Mechanická činnost srdce

Elektrické děje v srdci spouští jeho mechanickou činnost. Vzruch je prostřednictvím iontů převeden na kontrakci myokardiálního vlákna, které pomocí chlopní atrioventrikulárních (zabraňujících návratu krve do síní při systole komor) a semilunárních (bránících návratu krve z velkých tepen do komor během diastoly) umožňuje proudění krve jedním směrem.“

Srdeční revoluce neboli fáze srdečního cyklu rozlišujeme v systole i diastole dle tlakových a objemových změn v srdečních dutinách:

- dvě fáze systoly

- fáze izovolumická kontrakce (tlak v komorách roste, ale objem se nemění) trvá asi 60 ms
- fáze ejekční (tlak v komorách je poměrně stálý a objem se zmenšuje) trvá asi 200 ms
- otevírají se semilunární chlopně

- dvě fáze diastoly

- fáze izovolumické relaxace (nitrokomorový tlak klesá a objem se nemění) trvá asi 50 ms
- fáze plnicí (objem komor roste, aniž by se měnil tlak) trvá asi 400 až 500 ms
- otevírají se atrioventrikulární chlopně

### 2.3 Řízení srdeční činnosti

Řízení srdeční činnosti se děje pomocí nervové, humorální a celulární regulace. Všechny v zásadě působí na tyto parametry:

- chronotropie (ovlivnění srdeční frekvence)
- inotropie (ovlivnění srdeční kontrakce)
- dromotropie (ovlivnění síňokomorového převodu)
- bathmotropie (ovlivnění vzrušivosti myokardu)

<b>Nervová regulace</b>	
působení parasympatiku	působení sympatiku
negativně chronotropně (zpomaluje srdeční frekvenci)	pozitivně chronotropně (zrychluje srdeční frekvenci)
negativně inotropně (snižuje sílu srdeční kontrakce)	pozitivně inotropně (zvyšuje sílu srdeční kontrakce)
negativně dromotropně (zpomaluje síňokomorový převod)	pozitivně dromotropně (zrychluje síňokomorový převod)
negativně bathmotropně (snižuje vzrušivost myokardu)	pozitivně bathmotropně (zvyšuje vzrušivost myokardu)

<b>Humorální regulace</b>	
adrenergní receptor	efekt jako u sympatiku
acetylcholinový receptor	efekt jako u parasympatiku
glukagon	pozitivně chronotropní a inotropní účinek
hormony štítné žlázy	pozitivně chronotropní a inotropní účinek
prostaglandiny a pohlavní hormony	-

<b>Celulární regulace</b>
Starlingův zákon (závislost velikosti tepového objemu komory na její diastolické náplni)

## **2.4 Funkční anatomie krevního objemu**

Systémový oběh je složen z řady paralelně zapojených okruhů vyživujících jednotlivé orgány. Je v něm asi 85% krve.

Plicní oběh je poměrně konstantně fungující, určený především k zajištění výměny dýchacích plynů v plicích. Je v něm asi 15% krve.

Lymfatický oběh odvádí z tkání tkáňový mok s vysokomolekulárními látkami, pro které je kapilární stěna málo či zcela nepropustná.

Funkcí arteriální část systémového oběhu je dopravit krev pod tlakem do tkání a přeměnit nárazový tok krve z levé komory na kontinuální.

## **2.5 Diagnostické metody hodnotící krevní oběh**

- krevní tlak
  - měření krevního tlaku proudící krve je výsledkem srdečního výdeje a odporu cév
- puls
  - pulsní vlna je tlakový a objemový puls, šířící se cévním systémem, rychlost je výrazně vyšší než rychlost pohybu krve, závisí na elasticitě cév
- EKG
  - elektrokardiografie snímá elektrickou aktivitu srdce, projevující se změnami elektrického napětí na povrchu těla (EKG natáčíme pomocí elektrokardiografických svodů).

Na EKG křivce hodnotíme:

- vlny (P, T)
- kmity (Q, R, S)
- intervaly (např. P – Q, Q – R – S, Q – T)
- rytmus (např. sinusový)
- akci (např. pravidelná)
- frekvenci (např. 60/min.)

## **2.6 Zástava oběhu**

Srdeční zástava představuje kompletní ztrátu mechanické funkce srdce. Srdce se přestane pravidelně stahovat, obvykle jako důsledek abnormálního srdečního rytmu zvaného komorová fibrilace.

Srdeční zástava se obvykle projeví jako náhlá ztráta vědomí (kolaps) postiženého, který nemá hmatný puls a nedýchá. K záchraně života je nezbytná okamžitá srdeční masáž a umělé dýchání.

Příčiny zástavy oběhu jsou převážně srdeční a oběhové (např. život ohrožující poruchy srdečního rytmu, akutní srdeční infarkt, plicní embolie, srdeční selhání, anafylaktický šok, náhlá ztráta krevního objemu atd.).

## **2.7 Stáří**

Jelikož diagnóza mého pacienta je nejasná, je nutné vzhledem k věku uvažovat i o fyziologické sešlosti věkem. Proto bych chtěla stáří více definovat pro objasnění souvislosti s rizikem náhlé zástavy oběhu.

Stáří je souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu. Dochází ke zvýšené zranitelnosti, poklesu schopností, výkonnosti, regulace tělesných a duševních pochodů.

Objevují se např. degenerativní změny organismu, zpomalení metabolismu, nahrazení funkční tkáně vazivem, odumírání neuronů, snížená odolnost organismu vůči infekcím, zvýšený sklon k výskytu rakoviny, zdlouhavé hojení ran, sklerotizace cév atd. Stárnutí urychlují nemoci prodělané během života, nesprávná životospráva a nadměrná životní zátěž. Pochod stárnutí je geneticky zakódován, pro každý živočišný druh je dána určitá maximální hranice délky života.

## **2.8 Změny ve stáří**

### **• biologické změny ve stáří:**

- úbytek funkčních tkání, např. svalové hmoty (svalová atrofie)
- zpomalování a úbytek funkcí orgánů (příčinou jsou degenerativní změny v organismu a jeho opotřebování), např. zpomalení motoriky, zhoršení sluchu a zraku
- snížení výkonnosti
- větší unavitelnost
- snížená odolnost proti infekcím, delší rekonvalescence po nemoci
- zpomalování metabolismu
- zhoršení regenerativní schopnosti organismu, špatně se hojící poranění
- zpomalení činnosti CNS
- šednutí a vypadávání vlasů
- ztenčování a větší křehkost kůže má za následek častá poranění a podlitiny
- znik onemocnění souvisejících s vysokým věkem

- arterioskleróza, osteoporóza, onemocnění kloubů (revmatoidní artritida, artróza)
- nebezpečí poškození organismu nadměrným užíváním léků
- výskyt více nemocí najednou, častá chronická opakující se onemocnění

• **psychosociální změny ve stáří:**

- pokles životního elánu a vitalita
- zpomalení psychomotorického tempa
- slábnutí tvůrčích schopností
- zhoršování sociability ( navazování nových kontaktů a udržování soc. vztahů)
- zvyšování nedůvěry
- ovlivnitelnost, lehkomyšlnost
- pokles sebedůvěry
- růst nejistoty a úzkosti v cizím prostředí, ale i mezi známými lidmi
- snižování přizpůsobivosti
- oslabování estetického, etického a sociálního cítění
- pokles schopností zapamatování a vybavování
- zhoršování krátkodobé paměti
- rigidní myšlení a jednání – neochota měnit své názory a upívaní na zvycích
- porucha soustředění
- přehnaná starostlivost až úzkostlivost
- sklony ke smutku a depresím
- zvýraznění negativních vlastností
- psychická nedoslýchavost (potřeba delšího času na porozumění mluvenému slovu)
- zachování intelektu
- zlepšování životního nadhledu a úsudku

## 2.9 Alkoholismus

Je důležité zdůraznit, že pacientův stav zhoršila jeho dlouhodobá závislost na tvrdém alkoholu, která samozřejmě také mohla způsobit postižení srdce s náhlou zástavou oběhu, ale více přispěla k nynějšímu delirantnímu stavu pacienta.

Nejčastějšími projevy alkoholismu jsou psychické změny. Můžeme sem zahrnout častější deprese, úzkost, snahu o samotu (vyhýbání se společnosti - aby ostatní neviděli, že piják požívá alkohol), verbální agresivita (která se v minulosti nevyskytovala), velmi často obviňování druhých.

Mezi další známky alkoholické změny chování patří duševní unavenost, nezáměr o okolí, snížená vůle k jakékoliv činnosti (hypobulie), ztráta společenského taktu a duševní pohotovosti. Dále směs sentimentality, zhrublosti a otupělosti. Může se dostavit nespavost, žárlivost (důvodem je i to, že u závislých pokulhává schopnost erekce), nespolehlivost, egoismus (myslí jen na sebe), citová labilita, ochudnutí duševního života. Alkoholik zanedbává svou vizáž (neučesaný, neostříhaný), zevnějšek (špinavé šaty), nestará se o stav svého bytu, má v něm nepořádek, který předtím nebyl. Nezvládá výchovu potomků (myšleno pokud jsou v dětském věku), snižuje se u něho mateřské citění, zhoršuje se úsudek a má problém řešit potíže, které normálně v minulosti běžně řešil. Alkoholici mají větší problém naučit se něco nového - např. pracovat s počítačem aj.

Alkoholik často popírá to, že pije (*Alcoholicus semper mendax* - alkoholik vždy lže). Utíká tak od reality.

Alkoholik často opakovaně ztroskotává v partnerských vztazích, a to i vzhledem k nemožnosti plnění základních partnerských funkcí (nejen sexuálních). V extrémních, bohužel však nikoli ojedinělých případech, jsou jimi týrány či zneužívány děti. Není řídkým jevem, kdy alkoholik řeší rozvrat partnerských vztahů s manželkou sexuálním zneužíváním dcery.

Bohužel děti se pak díky tomu, že toto chování přijímají za normu, chovají v dospělosti podobně.

### **2.10 Poruchy vědomí**

Vzhledem k nynějšímu delirantnímu stavu pacienta považuji za důležité všeobecně definovat poruchy vědomí se zaměřením na delirantní stav. Ten může být následkem závislosti na alkoholu nebo akutní zástavou oběhu.

#### **Definice:**

- Vědomí - uvědomování si věcí z okolního prostředí, vlastních vzpomínek, myšlenek, pocitů, schopnost zaměřit na ně svou pozornost a moci jednat podle své vůle.
- Bezvědomí - stav útlumu vědomí a bdělosti různé intenzity. Je vždy obrazem funkčního nebo anatomického poškození mozku a výrazem závažného stavu.

#### **Dělení poruch:**

- Kvantitativní poruchy vědomí - ovlivnění vědomí i bdělosti
- Kvalitativní poruchy vědomí - bdělost zachována, vědomí změněno (např. delirantní stavy, halucinace, zmatenost atd.). Tyto poruchy vyžadují nejčastěji spíše psychiatrickou péči.

#### **Příčiny:**

- Neurogenní (poškození mozku) - poranění mozku a hlavy (autonehody, pády z kola, pády z výšky, sport...), záněty mozkových plen (encephalitis, meningitis), krvácení do mozku úrazové i neúrazové, cévní mozkové příhody, křeče, epilepsie atd.
- Primárně psychogenní (duševní poruchy) - hysterie, katatonie, atd.
- Exogenní (zevní příčiny) - otravy (alkohol, drogy, léky, některé houby, kysličník uhelnatý...)



- Endogenní a metabolické - úplavice cukrová (“cukrovka“), onemocnění jater, ledvin, štítné žlázy atd.
- Kardiovaskulární (onemocnění srdce a cév) - zástava oběhu, poruchy rytmu, akutní infarkt myokardu, šokové stavy atd.
- Respirační nedostatečné dýchání, dušení, plicní onemocnění (chronická obstrukční plicní nemoc, astma, TBC)
- Poruchy vodní, minerálové, tepelné - minerálový rozvrat, dehydratace atd.
- Kombinace výše uvedených příčin

### **2.11 Delirantní syndrom**

#### **Definice:**

Jde o kvalitativní poruchu vědomí a kognitivních funkcí, která vzniká náhle nebo v krátkém časovém úseku. Typický průběh DS je kolísavý, intenzita příznaků se během dne často mění.

#### **Diagnostická vodítka:**

- a) zhoršení vědomí a pozornosti
- b) globální porucha poznávání a chápání (zkreslené vnímání, iluze a halucinace, nejčastěji zrakové)
- c) psychomotorické poruchy (hypo-, hyperreaktivita a nepředvídatelné přesuny z jednoho stavu do druhého)
- d) poruchy cyklu spánek - bdění
- e) emoční poruchy

Jedná se o kvalitativní poruchy vědomí, způsobené selháním mozku při reverzibilní dysfunkci neuronů. U starých pacientů je neobyčejně obtížné odlišit delirium především od demence, protože stavy narušeného vědomí jsou často dočasnou nástavbou demence.

### **Epidemiologie:**

V běžné populaci je výskyt DS velmi vzácný, avšak u starých nemocných zvláště s kognitivními poruchami nebo u starých nemocných s polymorbiditou (více chorob současně) či s nedávnou psychiatrickou anamnézou je riziko rozvoje DS mnohem vyšší. Výskyt a tíže DS pozitivně koreluje s přítomností somatických chorob a jejich závažností. Rizika a příčiny se sčítají, takže u starších osob, kde bývá větší počet rizikových faktorů, může již malá příčina spustit rozvoj DS. Prevalence DS se udává různě, podle rizikovosti populace a podle různých diagnostických kritérií.

Asi 15 % dospělých mladších než 65 let přijímaných pro akutní stav k hospitalizaci trpí delirantním stavem při přijetí a u dalších 5-10 % z nich se vyvine delirantní stav během hospitalizace.

Z nemocných starších 65 let přijatých do akutní péče má 24-28 % známky delirantního syndromu při přijetí a zhruba stejné procento trpí tímto syndromem během hospitalizace.

Prevalence DS se blíží nebo přesahuje 50 % u nemocných léčených v zařízeních typu JIP, ARO, na odděleních popálenin nebo kardiovaskulární chirurgie. DS se vyskytuje až u 85 % nemocných v terminálním stadiu těžkých somatických chorob.

### **Etiologie:**

Zpravidla jde o důsledek některého závažného somatického onemocnění, metabolické poruchy nebo o nežádoucí účinek léků. Jakákoliv situace, která vede k poruše prokrvení mozku, okysličování mozkové tkáně nebo metabolismu mozku, může navodit DS. Multifaktoriální etiologie je přitom téměř pravidlem. Proto etiologická diferenciální diagnostika je u DS velmi široká. Obvykle sem patří:

- infekce, traumata nebo tumory centrálního nervového systému, intoxikace léky nebo vysazení léků ovlivňujících centrální nervový systém, epileptické paroxysmy, ikty

- systémové poruchy, např. infekce močového ústrojí, poruchy elektrolytové rovnováhy, selhání jaterních funkcí, selhání renálních funkcí, urémie, hypoglykémie, hypotenze nebo extrémní hypertenze, hypoxie, podání anticholinergních léčiv (např. klasických spazmolytik, antiparkinsonik), avitaminózy

Příznaky během dne kolísají a zhoršují se v noci. DS může být prohlouben jak nedostatkem, tak přebytkem zevních stimulů. DS se často vyvíjí současně se somatickým onemocněním, i když běžně jde o vícečetnou etiologii.

Intoxikace psychotropními látkami může navodit DS během hodin nebo i minut po požití. U látek s dlouhým biologickým poločasem může být nástup DS pomalejší. Příznaky se zhoršují s tím, jak se choroba či metabolická porucha centrálního nervového systému prohlubuje. K DS z vysazení psychotropní látky může dojít, když se koncentrace látky (nejčastěji alkoholu, sedativ, hypnotik, anxiolytik) sníží po redukci dávek nebo vysazení.

### **2.12 Paliativní péče**

Již první den po přeložení pacienta prohlásil lékař prognózu za infaustní. Postupně se odstoupilo od léčby akutní k paliativnímu přístupu pomáhající léčby. Jelikož takovýto pacient u nás není výjimkou, považujeme paliativní péči za velmi důležitou a věnujeme jí spoustu času a sil. Chtěla bych zdůraznit paliativní péči a spojit ji s termínem „důstojné umírání“.

Paliativní neboli útěšná medicína představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují hospice, a je nutné i možné ji v přiměřené míře včlenit i do stávajícího systému vítězné medicíny. Do péče o umírajícího je třeba opět zapojit rodinu. To bohužel v našem případě nelze, neboť pacient je rozvedený, bezdětný a žije sám, další příbuzné již nemá. Museli jsme se tedy obejít bez nejdůležitějšího prvku pro provedení kvalitní paliativní péče.

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá.

V každém případě je slovo „pallium“ latinského původu a znamená „plášť“ nebo „obal“ (původně katedrální symbol patriarchů a arcibiskupů, též svrchní roucho starých Římanů). Použití slova paliativní v kombinaci s péčí symbolicky znamená, že cílem je poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku.

Podle Světové zdravotnické organizace je pak :“Paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodiny.“.

Důležité je rovněž odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu. V posledních letech převažuje názor, že paliativní péče má být poskytnuta nejen pravidelně v terminálním stádiu, ale také dříve, je-li to vhodné s ohledem na progresi nemoci. V této souvislosti je třeba věnovat pozornost i skutečnosti, že mnozí nemocní se nacházejí v inkurabilním stavu, ačkoliv jim smrt v bezprostředním časovém horizontu nehrozí.

**WHO podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:**

- poskytuje úlevu od bolesti a jiným forem utrpení
- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces

- neusiluje o urychlení ani o zadržování smrti
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče
- nabízí systematickou podporu pacientům, dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti
- nabízí též systematickou podporu rodinám nemocných (vyrovnání s pacientovým onemocněním a vlastním zármutkem)
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů i rodin
- podporuje kvalitu života
- je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčeni, které jsou určeny k prodloužení života

### **2.13 Principy paliativní péče**

Dnes panuje všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a lékaři nejsou povinni takovou léčbu zahajovat, anebo v ní pokračovat. Jinými slovy řečeno, kauzální terapie může být podle okolností ukončena, ale současně nikdy nesmí končit péče. Radikální léčbu je třeba vystřídat léčbou paliativní, případně symptomatickou a posléze i terminální. Indikační pole jednotlivých strategií léčby musí být přesně stanoveno a musí se důsledně opírat o konkrétní potřeby jednotlivých umírajících a jejich rodin. Protože kurativní léčba je redukována, nebo zcela chybí, je paliativní péče koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma. Nezbytná je promyšlená návaznost jednotlivých služeb. Vzhledem k vysoké potřebě psychologické, sociální i duchovní pomoci mohou o umírající pečovat i dobrovolníci. Všechny odborné i laické iniciativy koordinuje lékař.

## 2.14 Potřeby umírajících

Přiměřené materiální podmínky a kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče jsou nezbytným předpokladem pro naplňování psychických a spirituálních potřeb umírajících, do kterých se zahrnují:

- potřeba nezůstat sám, komunikovat s druhými
- potřeba soukromí a intimity
- potřeba hovořit o své situaci pravdivě, ale s nadějí
- potřeba hovořit o smyslu svého dosavadního života
- potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu (obavy z umírání)
- potřeba vyjádřit svou úzkost, bolest i beznaděj
- potřeba hledání odpovědí na otázku, zda má utrpení smysl
- potřeba hovořit o své „vině“ na vzniku a rozvoji mé nemoci
- potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty
- potřeba zaplakat si, truchlit
- potřeba připravit se na vlastní smrt, vnitřně se nebránit
- potřeba rituálů (rozloučení, modlitby)
- potřeba ujištění, že smrt „nebude bolet“
- ponechání přiměřené kontroly dění a spolurozhodování o formách ošetřování
- usilování o „oživení života“
- zajištění jistoty kontaktu v případech náhlé nouze (např. pádu)
- zajištění citlivého a empatického naslouchání
- akceptování umírajícího takového, jaký je
- napomáhání pozitivnímu hodnocení života
- napomáhání kontinuitě životního příběhu, který končí smrtí

### 2.15 Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejprve bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umísťováni do azylových domů (chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ve velkých pokojích bývalo mnoho postelí, mezi kterými byly pouze úzké prázdné uličky a později jednoduché noční stolky. Pro rychlou orientaci ošetřujících bývala v záhlaví lůžka černá tabule, na kterou se psalo jméno nemocného, rok narození a případně i diagnóza. Tuto praxi později nahradily podrobnější údaje zachycené písemnou formou na jednotlivých listech papíru.

Ošetřovatelské výkony měly především laický charakter opíraly se o bohatou zkušenost. Ani řádové sestry zpravidla neměly odborné vzdělání v dnešním slova smyslu, i když tradiční ošetřovatelské techniky ovládaly.

Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla věnována z hlediska odborného ošetřovatelství speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí odpovídalo hodnotě lůžka, které se nacházelo mezi ostatními pacienty.

Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří by měli být uchráněni asistenci umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Ta se začala běžně používat až na počátku 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledu na umírajícího. Jak se zlepšovala ekonomická situace jednotlivých zemí, docházelo k vyčlenění jednoho zvláštního pokoje pro umírající. Transportem na „samotku“ však netušící umírající pochopil, že „teď nastává konec“ a bude se odehrávat v osamění. K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající. A tak v době, kdy člověk rodinu potřeboval, byla mu odepřena.

Velmi diskutabilní byla i existence tzv. propustek. Lékař mohl dle svého uvážení vystavit mimořádné propustky, které opravňovaly nejbližší příbuzné k denním návštěvám. Ti se ovšem zcela správně začali obávat a propadali zoufalství.

Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že moderní medicína zabráni smrti nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se medicína snaží „za každou cenu“, tedy i za cenu distanzie. V tom druhém selhává. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče.

### **2.16 Důstojná smrt**

Důstojnost má odpovídající hodnotu vážnosti chování. Důstojná smrt je považována za vážnou chvíli a právě ona vážnost má mít doprovodné a empatické prvky.

S úctou jsou vzpomínáni ti, kteří zemřeli náhle, v rozkvětu sil. Tito lidé šokovali a zarmoutili své blízké náhlým skolem, ale umožnili jim romantickou interpretaci „krásné smrti“. Hovoříme-li o důstojné smrti člověka, pak máme na mysli především estetickou stránku procesu umírání. Jestliže někdo není schopen ani sebeobsluhy, pak je jeho svízelná situace hodnocena jako „pád pod lidskou důstojnost“.

Důstojnost smrti bychom snad mohli spatřit v důsledném a obětavém ošetřování člověka, který naši profesionální i laickou péči potřebuje. Měli bychom přijímat fyziologické projevy strádání, kachexie a nemohoucnosti. Syndrom bezmoci a beznaděje nám nesmí zabránit vidět umírajícího takového, jaký býval, tedy v plné síle a duševní pohodě.

Možná právě to, naučit se vidět v ubohém postavení i někdejší kvalitní stránky jeho osobnosti, umožní respektovat jeho důstojnost.



Fyziologická tvář smrti není lidem známa, a možná proto ji pokládají za nepatřičnou a „ošklivou“.

Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a smrti je osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl sám umírat. Přítomnost druhých lidí činí z procesu zrodu i skonu sociální akt.

Ten spolu se znalostmi základního rituálu srdečného doprovodu pak skutečně může vytvořit reálný předpoklad pro důstojný rámec umírání a smrti.

### **2.17 Prognóza zdravotního stavu**

Při náhlé zástavě oběhu se první pomoc i následná péče odvozuje od příčiny. Mezi všeobecné procedurální parametry první pomoci patří rychlost ochlazování postiženého, reakce hemodynamických parametrů a výskyt přednemocničních komplikací během ošetření.

Prognóza nebývá často příznivá. Za nejrizikovější dobu se považuje prvních šest měsíců od náhlé příhody. Může dojít k trvalým následkům nejen v oblasti kardiovaskulárního systému, ale i k neurologickému postižení. V nejtěžších případech dochází k úmrtí. Vždy následuje dlouhodobá symptomatická léčba s dodržováním režimových opatření.

Všeobecně záleží nejen na příčině náhlé zástavy oběhu, rychlosti poskytnuté první pomoci, nemocniční péči, ale hlavně na spolupráci a vůli samotného pacienta.

**2.18 Základní informace o nemocném**

**Iniciály:** J. S.

**Pohlaví:** muž

**Datum narození:** 10.4. 1938

**Věk:** 69 let

**Národnost:** česká

**Rodinný stav:** rozvedený

**Zaměstnání:** důchodce

**Duchovní směr:** bez vyznání

**Kontaktní osoba:** bývalá manželka M. S. (kontakt po telefonu)

**Datum přijetí:** 5.11. 2007

**Čas:** 11:30 hodin

**Příjem:** plánovaný

**Pacient přeložen z:** II. kardiologická klinika VFN

**Hospitalizace:** opakovaná

**Diagnóza:** Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie

Stav po kardiopulmonální resuscitaci

Chronická jaterní cirhóza

Suspektní ethylická encefalopatie

Delirium tremens

**Lékařská anamnéza:** zpracována 5. 11. 2007 v 11:30 hodin při příjmu klienta na oddělení (vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta vypracována s pomocí bývalé manželky nemocného a dokumentace z předešlého oddělení)

**Osobní anamnéza:** Pacient pochází z rozvrácené rodiny. Matka zemřela ve dvaosmdesáti letech stářím a otec v pětapadesáti letech spáchal sebevraždu. Sourozence pacient nemá. Prodělal běžné dětské choroby. V patnácti letech byl operován pro apendicitis. Jinak pacient netrpěl vážnými poruchami zdraví. Posledních dvacet let se u něho prohlubuje alkoholismus.

**Rodinná anamnéza:** Pacient byl ženatý od devatenácti let s nynější bývalou manželkou. Mají spolu jednoho syna, se kterým se pacient nestýká. Nyní jsou již jedenáct let rozvedeni z důvodu alkoholismu a objevující se agresivity nemocného. Pacient žije sám v garsoniére na Praze 10.

**Farmakologická anamnéza:** Pacient pravidelně žádné léky neužívá. Ojediněle při nespavosti užívá antidepresiva (Neurol 0,25 mg tbl.).

**Pracovní anamnéza:** Pacient je vyučený truhlář a během života vystřídal spoustu zaměstnání dělnického zaměření. Nyní je v důchodu.

**Abusus:** alkoholismus (tvrdý alkohol), nikotinismus ( asi 5 cigaret denně)

**Alergie:** neguje

**Nynější onemocnění:** 1.11.2007 byl pacient J.S. nalezen bývalou manželkou v garáži, pmočený a neschopen vstát. Není jasné, jak dlouho se v tomto stavu nacházel. Přivolaná posádka RZP ještě s pacientem komunikovala, docházelo k postupnému zhoršování vědomí, byl přivolán lékař RLP. Po jeho příjezdu byl pacient bradykardický až došlo k asystolii a zástavě dechu. Posádka zahájila kardiopulmonální resuscitaci a pacienta zaintubovala, po deseti minutách byla obnovena hemodynamicky účinná srdeční akce. Při zásahu byla rovněž zjištěna hypoglykémie (2,6 mmol/l), hypokalémie (2,5 μmol/l) a hypotermie (35,1°C). Na levé dolní a horní končetině nalezeny značné hematomy. K hospitalizaci byl pacient převezen na II. kardiochirurgickou kliniku VFN a 1. LF UK. Dne 5.11. 2007 byl pacient po dohodě vedoucích lékařů přeložen na Metabolickou jednotku I. interní kliniky FNKV.

**Lékařský nález:** (zpracován 5. 11. 2007 v 11:30 hodin při příjmu klienta na oddělení) Na počítačové tomografii (CT) dominuje hypotrofie mozku. Nativní rentgenový snímek bez známek traumatu. Pacient vykazuje známky těžké malnutrice a toxického postižení alkoholem. 4.11.2007 pacient extubován, kardiopulmonálně stabilní, nadále dezorientovaný a spavý. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů. Břicho hůře hmatatelné, palpance nebolestivá, peristaltika klidná. Pacient má otoky na bocích a kolem kotníků.

**Puls:** 105/min. pravidelný

**Tlak krevní:** 145/85 mmHg

**Tělesná teplota:** 36,2 °C

**Saturace kyslíkem:** 96% spontánně

## 2.19 Ordinace ošetřujícího lékaře

**Režim:** A (ležící)

**Dieta:** 0s (čajová)

**Monitorace:** TK, P, SpO<sub>2</sub>, á 1 hodina, TT á 6 hodin, CŽT denně v 6:00 hodin, diuréza á 3 hodiny, bilance tekutin za 24 hodin

**Medikace:**

- Oliclinomel N<sub>4</sub> 2000 ml (tří komorový vak, směs lipidů, roztok aminokyselin a elektrolytů, roztok glukózy s kalciumem)
- + 1 amp. Addamel (směs stopových prvků pro parenterální výživu)
- + 1 amp. Thiabene (vitamin)
- + 1 amp. Neurobene (vitamin)
- + 1 amp. Pyridoxin (Vitamin)
- + 20 ml 7,5% KCl (koncentrát kaliumchlorid) na 24 hodin i.v.
- Glukosa 20% (500 ml) + 6 j. HMR (krátkodobý inzulín) na 6 hodin (8:00-14:00) i.v.
- Plasmalyte (1000 ml) na 6 hodin (14:00-20:00) i.v.
- Tiapridal inj. (2 ml) á 4 hodiny (neuroleptikum)
- Degan inj. (2 ml) á 12 hodin (prokinetikum, antiemetikum)
- Clexane 0,6 ml s.c. v 6:00 (antitrombotikum, antikoagulans)

**Nebulizace:** I. Atrovent 1 ml + Fyziologický roztok 2 ml á 4 hodiny

II. Mucosolvan 1 ml + Fyziologický roztok 2 ml á 4 hodiny

**Převazy:** denně převaz CŽK, kontrola PMK a výměna sběrného sáčku á 24 hodin, péče o hematomy na končetinách (Heparoid ung., dermatologikum, venofarmakum) a o počínající sakrální dekubit

**Vyšetření:** krevní obraz, jaterní testy (urea, kreatinin, bilirubin, cholesterol, amylasa, ALT, ASP, ALP), ionty (Na, K, Cl), glykémie 2x denně, při tělesné teplotě nad 38°C odběr hemokultury

## 2.20 Výsledková listina vyšetření

<b>Krevní obraz</b>		
parametry	naměřené hodnoty	fyziologické hodnoty
Leukocyty	6,3 x 10 <sup>9</sup> / l	3,9 - 11 x 10 <sup>9</sup> / l
Erytrocyty	3,3 x 10 <sup>12</sup> / l	3,6 - 5 x 10 <sup>12</sup> / l
Trombocyty	200 x 10 <sup>9</sup> / l	120 - 400 x 10 <sup>9</sup> / l
Hemoglobin	120 g / l	111 - 153 g / l
Hematokrit	0,34	0,34 - 0,46

<b>Jaterní testy</b>		
parametry	naměřené hodnoty	fyziologické hodnoty
Urea	2 μ mol / l	1,8 - 8,0 μ mol / l
Kreatinin	60 μ kat / l	44 - 104 μ kat / l
Bilirubin	10 μ mol / l	2 - 21 μ mol / l
Cholesterol	4,5 μ mol / l	3,4 - 5,0 μ mol / l
Amylasa	0,2 μ kat / l	0,1 - 3,67 μ kat / l
ALT	0,25 μ kat / l	0,15 - 0,60 μ kat / l
ASP	35 μ kat / l	<50 μ kat / l
ALP	1,2 μ kat / l	0,7 - 2,10 μ kat / l

<b>Krevní ionty</b>		
parametry	naměřené hodnoty	fyziologické hodnoty
Natrium	130 μ mol / l	133 - 150 μ mol / l
Kalium	4 μ mol / l	3,8 - 5,2 μ mol / l
Chloridy	100 μ mol / l	96 - 108 μ mol / l

### 2.21 Závěr klinické části

Pacient J. S. byl přijat na Jednotku intenzivní metabolické péče I. interní kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady s diagnózou: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie dne 5. 11. 2007. Důvodem jeho přijetí bylo plánované přeložení vzhledem k metabolické problematice chronického alkoholismu a delirantního stavu klienta.

V celé klinické části mé bakalářské práce jsem se věnovala nejen samostatné problematice náhlé zástavy oběhu, ale i rizikovým faktorům, které přispěly k nynějšímu delirantnímu stavu pacienta. Vše jsem obohatila věcnými fakty z lékařské dokumentace.

Věřím, že rozsah klinické části je dostačující a že svůj cíl jsem splnila.



### **3. Ošetrovatelská část**

Cílem ošetrovatelské části mé bakalářské práce je popsat problematiku ošetrovatelské péče o nemocného s diagnózou: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie. Zaměřuji se na základní anamnestické údaje a hodnotím nemocného dle modelu Marjory Gordon. Zdůrazním důležité ošetrovatelské diagnózy, od kterých se bude odvíjet moje celková ošetrovatelská péče.

V závěru ošetrovatelské části se zaměřím na psychosociální oblast nemocného a edukaci jeho blízké osoby.

#### **3.1 Ošetrovatelský proces**

Aktivní ošetrovatelská péče vychází z teorie ošetrovatelského procesu. Slovo „proces“ je míněno jako systematický způsob práce s nemocným a způsob přístupu k individualizované ošetrovatelské péči.

Teorie ošetrovatelského procesu je založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých a jejich plánovitým uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativní „nabízené“ ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský proces chápeme jako sérii vzájemně propojených ošetrovatelských činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného, popř. za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.

Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, stanovila její cíle, mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl a tak zhodnotit účinnost ošetrovatelské péče. (9.)

Ošetřovatelství a medicína jsou velmi úzce spjaté. Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým.

V současném ošetřovatelství stále hrozí nebezpečí preferování techniky před ošetřovatelskou péčí, která respektuje biologické, psychologické, sociální a duchovní faktory vzniku onemocnění.

Ošetřovatelský proces vychází z představy individualizované a diferenciované péče o nemocného.

### **3.2 „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordon**

„Model fungujícího zdraví“ neboli funkční vzorce zdraví Marjory Gordon je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto rámce může sestra zhodnotit nejen stav nemocného, ale i zdravého člověka.

Při použití tohoto modelu získá sestra informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, poté stanoví aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy a může efektivně naplánovat a realizovat svou péči.

Zdravotní stav pacienta se dělí na funkční nebo dysfunkční. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Dysfunkční typ zdraví je charakteristický pro konkrétní chorobné stavy a je zaměřen na prevenci.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka:

- 1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví** ( jak klient vnímá svůj zdravotní stav a jakým způsobem pečuje o své zdraví)
- 2. výživa a metabolismus** (způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu klienta)
- 3. vylučování** (způsob vylučování tlustého střeva, močového měchýře a kůže klienta)
- 4. aktivita, cvičení** (jak klient udržuje tělesnou kondici a tráví svůj volný čas)
- 5. spánek, odpočinek** (způsob spánku, odpočinku a relaxace klienta)
- 6. vnímání, poznávání** (popisuje smyslové vnímání a poznávání klienta)
- 7. sebekoncepce, sebeúcta** (klientův emoční stav a vnímání sebe samotného)
- 8. plnění rolí, mezilidské vztahy** (popisuje plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů klienta)
- 9. sexualita, reprodukční schopnost** (popisuje spokojenost v sexuálním životě klienta)
- 10. stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance** (celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací klienta)
- 11. víra, přesvědčení, životní hodnoty** (popisuje vnímání životních hodnot a cílů klienta včetně náboženské víry)
- 12. jiné** (tato oblast je určena pro dosud neuvedené důležité informace)

(15.)

Osobně si myslím, že tento model je nejen komplexní, ale především v pracovním procesu dobře použitelný pro svou jednoduchost a věcnost. Díky anamnestickým údajům můžeme odvodit jak aktuální, tak i potencionální diagnózy a následný ošetřovatelský plán. Tento model hodnotím velice kladně.

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza**

**Iniciály:** J. S.

**Pohlaví:** muž

**Datum narození:** 10.4. 1938

**Věk:** 69 let

**Národnost:** česká

**Rodinný stav:** rozvedený

**Zaměstnání:** důchodce

**Duchovní směr:** bez vyznání

**Kontaktní osoba:** bývalá manželka M. S. (kontakt po telefonu)

**Datum přijetí:** 5.11. 2007

**Čas:** 11:30 hodin

**Příjem:** plánovaný

**Pacient přeložen z:** II. kardiochirurgická klinika VFN

**Hospitalizace:** opakovaná

**Diagnóza:** Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie

Stav po kardiopulmonální resuscitaci

Chronická jaterní cirhóza

Suspektní ethylická encefalopatie

Delirium tremens

**Ošetřovatelská anamnéza:** (zpracována 5. 11. 2007 ve 12:00 hodin při příjmu klienta na oddělení). Pacient J. S. byl přijat 5.11.2007 s primární diagnózou: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie jako překlad z II. kardiochirurgické kliniky VFN. Pacient byl zde již několikrát hospitalizovaný pro intoxikaci alkoholem. Rodina informována ( kontakt na bývalou manželku). Nemocný dýchá spontánně kyslíkovou maskou se zvlhčeným kyslíkem ( 5l/min) z důvodu snížené saturace pod 90%.

Má velmi omezenou soběstačnost, výživa je zajištěna parenterálně pomocí centrálního žilního katétru ( trojcestný nutriční od 1.11.2007). Hydratace pacienta je snižená, kůži má suchou s počínajícím zarudnutím v sakrální části zad, poúrazové hematomy již částečně zhojené. Nemocný močí pomocí permanentního močového katétru (č. 18 od 1.11.2007), stolice odchází kontinuálně pomocí rektální rourky (po příjmu na naše oddělení byla rourka odstraněna, nemocný se vyprazdňuje do plenkových kalhotek). Pacient se nachází v delirantním stavu, neorientuje se v místě ani čase, nekomunikuje, kontakt ztížený. Viz. příloha č. 1.

**Glasgow coma scale:** 13 bodů (10-15 bodů mírně oblužené vědomí)

Viz. příloha č. 3.

**Barthelův test (ADL):** 10 bodů (0-45 bodů vysoce závislý klient)

Viz. příloha č. 6

**Riziko dekubitů (Nortonová):** 18 bodů (25 bodů a méně riziko vzniku dekubitů) Viz. příloha č. 3

**Riziko pádu:** 5 bodů (prevence vzniku pádu od 3 bodů a výše)

Viz. příloha č. 5

### **3.4 Zhodnocení nemocného dle modelu M. G. ze dne 6.11. 2007 (2. den hospitalizace)**

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

Pacient nebyl nikdy vážně nemocný, žádné léky pravidelně neužíval. Po rozhovoru s bývalou manželkou usuzují, že pacient na své zdraví příliš nedbal a díky svému životnímu stylu hazardoval se zdravím. Vzhledem ke svému nynějšímu stavu, není pacient schopen sám posoudit svou situaci a zvládnout rizika spojená s delirantním syndromem.

#### **2. Výživa a metabolismus**

Dle vyprávění bývalé pacientovy manželky byl pan J. S. vysoký muž, zdatné postavy (obvyklá váha 85 kg při výšce 190cm, nyní 67 kg s BMI 18,5). Měl rád domácí vařená jídla, stravoval se pravidelně (pacient má dolní i horní snímatelnou zubní protézu) . Denní příjem tekutin asi 2000 ml. Vše se změnilo při zhoršení sociální situace pacienta, která vyústila v alkoholismus.

Nyní má pacient známky snížené hydratace a výživy (suchá, šupinatá kůže a snížený kožní turgor). Enterální strava je nahrazena stravou parenterální Oliclinomel N4 na 24 hodin i.v. (dieta 0s).

Vzhledem ke krátkodobé intubaci na předchozím oddělení, dlouhodobě vynechanou per orální stravou a chronickému dráždění dutiny ústní alkoholem má pacient značně povleklou sliznici s tvořícími se afty a suchými olupujícími se rty.

Pacient má v sakrální oblasti zad narušenou kožní integritu (zarudlá kůže s tvořícími se puchýřky, o průměru 7 cm).

Z invazivních vstupů má klient trojcestný nutriční centrální žilní katétr (od 1.11. 2007) dále permanentní močový katétr číslo 18 (od 1.11. 2007) .

### **3. Vylučování**

Vylučování stolice a moči bylo v domácím prostředí, dle slov bývalé manželky klienta, bez obtíží.

Během hospitalizace je moč pacienta odváděná permanentním močovým katétrem (č.18), moč je čirá bez makroskopicky viditelného patologického nálezu. Vyprazdňování tlustého střeva je nepravidelné, několikrát denně v rámci lůžka do plenkových kalhotek. Nemocný má tmavou, vodnatou zapáchající stolici, plyny mu odcházejí. Pacient není nadměrně opocený.

### **4. Aktivita, cvičení**

Pacient se nikdy aktivně žádným sportům nevěnoval, ve volném čase rád pracoval na zahrádce, chodil na ryby a procházel se přírodou. Díky závislosti na alkoholu pacient ztratil zájem o veškeré své aktivity. Nyní je připoután na lůžko (režim A, ležící). Každé dvě hodiny pacienta pasivně polohujeme, střídáme oba boky a záda. Pravidelně k němu dochází rehabilitační pracovník, který pasivně cvičí s dolními a horními končetinami, posazuje a prodýchává klienta.

## **5. Spánek a odpočinek**

Bývalá manželka vzpomíná, že pacient často v noci trpěl nespavostí a sám říkal, že trpí vnitřním neklidem. Proto často usínal za pomoci užití medikamentů (Neurol 0,25 mg tbl., anxiolytikum antidepresivum). Nyní je pacient permanentě spavý, a to nejen díky delirantnímu stavu, ale i pravidelné aplikaci neuroleptik.

## **6. Vnímání, poznávání**

Nemocný má kvalitativní poruchu vědomí, je dezorientovaný, v rámci smyslového poznávání pouze fixuje pohledem. Komunikace je ztížená až nemožná. Pacient hůře vidí na dálku (kompenzace brýlemi) a je nedoslýchavý. Celková úroveň mentálních funkcí je snížena díky ethylické encefalopatii. Subjektivně pacient bolest neprojevuje.

## **7. Sebekoncepce, sebeúcta**

Z vyprávění bývalé manželky se dá usuzovat, že pacient začal mít existenční problémy kolem šedesátého roku života, při odchodu do penze. Narušené sebepojetí nám ukazuje řešení krizové situace alkoholem. Nyní nelze posoudit kvůli progredujícímu zdravotnímu stavu, soustředíme se pouze na nonverbální projevy (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas, mimika, ...).



## **8. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Pacient je již jedenáct let rozvedený, žije sám v garsoniére na Praze 10. Stýká se pouze se svými vrstevníky, kteří jsou zřejmě také závislí na alkoholu. Občas ho navštíví bývalá manželka, se synem se neviděl od rozvodu. Nemocný byl vždy spíše lehkovážný, odpovědnost za plnění rolí nezvládal. Na návštěvu zatím nikdo za pacientem nepřišel.

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

Nemocný má jednoho syna, dle sdělení bývalé manželky nebyl sexuální život jeho prioritou. Více nelze zhodnotit vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance**

Ze získaných anamnestických údajů se domnívám, že pacient špatně toleroval a zvládal náročné životní situace. Především časté změny zaměstnání, sklon k alkoholismu a agresivitě, odchod do důchodu, rozvod, osamocení a izolace od rodiny a blízkého okolí. Nemocný má narušenou vlastní rovnováhu a sebeovládání. Nyní vše změněné tíhou progredujícího zdravotního stavu.

## **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nemocný se vždy rád věnoval svým koníčkům a zálibám, ale po nakupení stresových situací postupně ztrácí smysl životních hodnot a cílů. Pacient je chronický osamělý alkoholik, kterému zřejmě chybí naděje na lepší zítřky. Věřící není.

## 12. Jiné

Nakonec bych ráda zdůraznila, že lékař pacientovu prognózu určil již od překladu jako infaustní, proto se při léčbě upustilo od akutní medicíny a přešlo se k paliativní péči.

### 3.5 Ošetrovatelské diagnózy ze dne 6.11. 2007 (2. den hospitalizace)

Viz. příloha č. 2

Ošetrovatelské diagnózy jsem vypracovala ke druhému dni hospitalizace pana J. S. na Metabolické jednotce intenzivní péče ve FNKV. Informace jsem získala pozorováním klienta, z rozhovoru s bývalou manželkou a z lékařské dokumentace. Nemocného jsem zhodnotila dle modelu Marjory Gordon ze kterého vyplynuly následující ošetrovatelské diagnózy, jejichž cíl si stanovuji na dvanáct hodin:

- **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**
  1. Porucha vědomí z důvodu základního onemocnění
  2. Imobilizační syndrom z důvodu poruchy vědomí a dlouhodobého upoutání na lůžko
  3. Porušená integrita sliznice dutiny ústní z důvodu multifaktoriálních příčin
  4. Deficit sebeděče z důvodu rozvoje delirantního syndromu
  5. Změny kognitivních funkcí z důvodu rozvoje delirantního syndromu
  6. Změněná výživa z důvodu progredujícího zdravotního stavu
  7. Inkontinence stolice z důvodu rozvoje delirantního syndromu
  8. Porušená kožní integrita z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko

- **Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

9. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu dlouhodobého užívání alkoholu
10. Riziko pádu z důvodu progredujícího zdravotního stavu
11. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru a centrálního žilního katétru
12. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko

1. **Porucha vědomí z důvodu základního onemocnění**

**Cíl:** - aktivizovat pacienta, komunikovat s ním dle jeho možností a snažit se zabránit zhoršení poruchy vědomí a následných komplikací

**Plán:** - informovat se o specifické poruše vědomí klienta  
- přizpůsobit se úrovni poruchy vědomí a poskytnout pacientovi dostatečnou péči  
- aktivizovat klienta a komunikovat s ním dle jeho možností  
- zabránit hrozícímu riziku pádu klienta

**Realizace:** - dostatečně se informuji o specifické poruše vědomí klienta, nejen od ošetroujícího lékaře, ale i z vlastních informačních zdrojů (pacient trpí kvalitativní poruchou vědomí, pravděpodobně způsobenou dlouhodobým požíváním alkoholu, specificky pojmenováno jako delirium tremens)  
- za pomoci pozorování, kontaktu s pacientem a informací z lékařské dokumentace jsem si vyhledala oblasti péče, které klient neovládá a plně jejich vykonávání zastupuji (oblast výživy, vyprazdňování, hygieny a plnění individuálních potřeb)  
- během péče pacienta aktivizuji, komunikuji s ním a motivuji ho ke spolupráci

- pomocí preventivních opatření zabraňuji hrozícímu riziku pádu klienta (viz. oše. dg. č. 10)

**Hodnocení:** - v průběhu dvanácti hodinové směny zastávám oblasti, které pacient díky své poruše vědomí nezvládá a po celou dobu se snažím klienta aktivizovat, aby nedocházelo k progresi zdravotního stavu

## **2. Imobilizační syndrom z důvodu poruchy vědomí a dlouhodobého upoutání na lůžko**

**Cíl:** - snaha o zlepšení celkového stavu a zabránění další progresi imobilizačního syndromu

**Plán:** - pečovat o klienta v oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny  
- zajistit bezpečné prostředí a pomůcky k lůžku nemocného  
- polohovat pacienta pravidelně po dvou hodinách (pacient uložen na aktivní antidekubitární matraci)  
- používat antidekubitární pomůcky (podkládání polštáři)  
- motivovat a aktivovat klienta  
- spolupracovat s fyzioterapeutem

**Realizace:** - zajišťuji péči v oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny  
- zajišťuji bezpečné prostředí a provádím preventivní opatření rizika pádu  
- pacienta pravidelně polohuji a nabádám ke spolupráci  
- spolupracuji s fyzioterapeutem (pasivní cvičení s končetinami a prodýchávání pacienta na lůžku)

**Hodnocení:** - během dvanácti hodinové směny zabraňuji progresi imobilizačního syndromu pomocí mých preventivních intervencí

- 6.11.2007 nemocný jeví tyto známky imobilizačního syndromu: ležící bez aktivního zájmu o spolupráci, nekomunikuje, pouze fixuje pohledem, není schopen provádět základní sebekpěči

### **3. Porušená integrita sliznice dutiny ústní z důvodu multifaktoriálních příčin**

**Cíl:** - zhojení sliznice pacientovy dutiny ústní a zabránění vzniku dalších komplikací

**Plán:** - eliminovat poškození a pravidelně pečovat o sliznici dutiny ústní dle ordinace lékaře a potřeb pacienta

**Realizace:**

- dutinu ústní pravidelně vyplachuji Stopanginem po dvou hodinách
- sliznici potírám Borglycerinem nebo Pagavit štětičkami dle potřeby nemocného
- rty klienta promazávám vazelínou
- nabádám pacienta k per orálnímu přijímání tekutin
- podávaný kyslík zvlhčuji destilovanou vodou, aby nedocházelo k vysušování sliznic
- pravidelná péče o zubní protézu

**Hodnocení:**

- během dvanácti hodinové směny pravidelně pečuji o sliznici dutiny ústní, ale bohužel k rapidnímu zlepšení nedošlo
- tento plán je realizovatelný v rámci déletrvající péče

### **4. Deficit sebekpěče z důvodu rozvoje delirantního syndromu**

**Cíl:** - pacient má zajištěny všechny potřeby v oblasti výživy, vyprazdňování a hygieny

- Plán:** - zjistit úroveň sebeděče
- nahradit deficit v sebeděči klienta vlastní ošetrovatelskou intervencí
  - aktivizovat klienta dle jeho možností
  - zapojit rodinu pacienta
- Realizace:** - za pomoci pozorování, kontaktu s pacientem a informací z lékařské dokumentace vyhodnocuji oblasti, ve kterých musím plně zastoupit sebeděči klienta (oblast výživy, vyprazdňování, hygieny a plnění individuálních potřeb)
- během všech výkonů udržuji kontakt s nemocným a snažím se ho nabádat ke spolupráci
- Hodnocení:** - v průběhu dvanácti hodinové směny zastávám oblasti, které pacient díky své poruše vědomí nezvládá a po celou dobu se snažím klienta aktivizovat, aby nedocházelo k progresi zdravotního stavu (pacient má během výkonů otevřené oči, fixuje pohledem a na výzvu provede požadovaný pohyb)
- po kontaktování bývalé manželky je rodina nadále bez zájmu o nemocného

##### **5. Změny kognitivních funkcí z důvodu rozvoje delirantního syndromu**

- Cíl:** - informovat se o úrovni kognitivních funkcí u specifické poruchy vědomí a přizpůsobit svou péči mentální úrovni klienta, tak abych nemocného aktivizovala a jeho zdravotní stav se nezhoršoval
- Plán:** - vyhledat si informace o úrovni kognitivních funkcí nemocného
- přizpůsobit se mentální úrovni klienta a zastávat deficit v jeho sebeděči
  - aktivizovat pacienta dle jeho možností
  - spolupracovat s lékařem

- Realizace:** - díky spolupráci s ošetřujícím lékařem se informuji o úrovni kognitivních funkcí  
- dle získaných informací určuji oblasti, ve kterých musím zastoupit sebekpéči nemocného (oblast výživy, vyprazdňování, hygieny a plnění individuálních potřeb)  
- během veškerých výkonů klienta edukuji, aktivizuji a aktivně s ním komunikuji
- Hodnocení:** - pomocí získaných informací jsem lépe pochopila stav, ve kterém se klient nachází a mohla jsem efektivněji poskytnout péči, kterou klient vyžaduje (podařilo se mi navázat lepší spolupráci s nemocným)

## 6. Změněná výživa z důvodu progredujícího zdravotního stavu

- Cíl:** - zajistit podmínky pro správnou výživu a hydrataci klienta
- Plán:** - pečovat o pravidelný přísun výživy a tekutin dle ordinace lékaře  
- sledovat následnou bilanci tekutin za 24 hodin  
- sledovat BMI
- Realizace:** - dle ordinace lékaře podávám parenterální výživu doplněnou infúzní terapií a aktivně nabízím tekutiny per orálně  
- pravidelně sleduji a zaznamenávám bilanci tekutin a BMI z hlediska dlouhodobé péče
- Hodnocení:** - 6.11. 2007 BMI 18,5  
- 6.11. 2007 příjem tekutin parenterálně za dvanáct hodin 3500 ml, per orálně 50 ml a výdej tekutin za dvanáct hodin 2550 ml

## **7. Inkontinence stolice z důvodu rozvoje delirantního syndromu**

- Cíl:** - zajištění důkladné hygieny, suchého a čistého lůžka nemocného
- Plán:** - při vykonání potřeby klienta zajistit intimitu, důkladnou hygienu, čisté a suché lůžko
- pečovat o pokožku těla pacienta
  - zaznamenávat četnost, konzistenci stolice a sledovat bilanci tekutin
- Realizace:** - pravidelně kontroluji plenkové kalhotky pacienta
- zajišťuji intimitu, důkladnou hygienu, suché a čisté lůžko
  - zaznamenávám četnost a konzistenci stolic
  - sleduji bilanci tekutin
- Hodnocení:** - během dvanácti hodinové směny průběžně kontroluji plenkové kalhotky klienta a zajišťuji intimitu, důkladnou hygienu, suché a čisté lůžko
- 6.11. 2007 pacientovi odešla dvakrát řídká a zapáchající stolice, pokožka ošetřena Menalind pastou

## **8. Porušená kožní integrita z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko**

- Cíl:** - péče o narušenou pokožku pacienta dle ordinace lékaře a snaha o zhojení defektu bez komplikací
- Plán:** - zhodnotit stupeň a lokalizovat postižení pokožky
- pravidelně pečovat o postiženou pokožku dle ordinací lékaře
  - pečovat o hygienu, výživu a hydrataci nemocného
  - udržovat suché a čisté lůžko
  - polohovat pacienta každé dvě hodiny dle ordinací lékaře
  - založit záznam o chronické ráně
  - spolupracovat s fyzioterapeutem



- Realizace:** - pečuji o pokožku v sakrální oblasti zad klienta (zarudlá kůže s tvorbou puchýřků o průměru 7 cm)  
- dle ordinace lékaře denně převazuji a zaznamenávám do Protokolu o chronické ráně  
- pečuji o výživu, vyprazdňování, hygienu klienta  
- udržuji suché, čisté lůžko a pravidelně polohuji nemocného
- Hodnocení:** - 6.11. 2007, 8:00 kontrola a převaz defektu (ošetřeno roztokem Betadine, přiloženo Inadine a sterilní krytí) dle ordinace lékaře (viz. příloha č. 4)  
- v průběhu dvanácti hodinové směny pravidelně pečuji o hygienu, výživu, vyprazdňování a pravidelně polohuji nemocného po dvou hodinách

#### **9. Riziko vzniku sociální izolace z důvodu dlouhodobého užívání alkoholu**

- Cíl:** - snažit se zajistit návštěvy nejbližších příbuzných a přátel, aby se klient necítil sám
- Plán:** - kontaktovat bývalou manželku nemocného  
- snaha udržet psychickou pohodu
- Realizace:** - kontaktuji bývalou manželku pacienta a informuji ji o důležitosti spoluúčasti na paliativní péči  
- k pacientovi promlouvám a snažím se navodit psychický klid
- Hodnocení:** - vzhledem ke specifické poruše vědomí klienta nemohu plně zhodnotit výsledek mých intervencí  
- 6.11.2007 bývalá manželka se během návštěv nedostavila

## **10. Riziko pádu z důvodu progredujícího zdravotního stavu**

- Cíl:** - snažit se zabránit úrazu nemocného, zajistit bezpečné prostředí
- Plán:** - zhodnotit nemocného dle stupnice Rizika pádu
- upravit vhodně okolí lůžka
  - zajistit pomůcky pro pacienta (signalizační zařízení)
  - spolupracovat s fyzioterapeutem
- Realizace:** - na stupnici Rizika pádu má pacient 5 bodů (nad 3 body prevence vzniku pádu)
- upravuji okolí lůžka a signalizační zařízení příkládám k pacientovi
  - zabezpečuji lůžko zábranami a podložím nemocného polštáři
  - spolupracuji s fyzioterapeutem
- Hodnocení:** - pacienta jsem označila za rizikového a provedla jsem opatření prevence vzniku pádu
- 6.11.2007 nedošlo k úrazu

## **11. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru a centrálního žilního katétru**

- Cíl:** - zamezit vzniku infekce a rozvoji komplikací z invazivních vstupů pacienta
- Plán:** - kontrolovat a převazovat CŽK 1x denně
- převazovat za přísně aseptických podmínek
  - sledovat místní známky infekce
  - měnit systém infúzních hadiček a sběrný močový sáček 1x denně
  - sledovat množství moče, barvu a eventuelní příměsi
  - důkladně pečovat o hygienu genitálu

- Realizace:** - kontroluji známky infekce u obou invazivních vstupů  
- převazy a výměny materiálu provádím asepticky dle ordinace lékaře  
- sleduji subjektivní projevy klienta
- Hodnocení:** - 6.11.2007 8:30 kontrola a převaz CŽK (místo vpichu zarudlé, dezinfikováno roztokem Betadine, přiloženo Inadine a sterilní krytí) výměna infúzních hadiček  
- u PMK výměna sběrného sáčku (moč čirá, bez příměsí)  
- u pacienta nepozoruji projevy dyskomfortu

## **12. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko**

- Cíl:** - zamezit vzniku a následným komplikacím tromboembolické nemoci a aktivně sledovat subjektivní projevy nemocného
- Plán:** - bandážovat a elevovat dolní končetiny  
- plnit ordinace lékaře  
- spolupracovat s fyzioterapeutem  
- sledovat subjektivní projevy dyskomfortu a fyziologické funkce klienta
- Realizace:** - zabandážuji a mírně elevuji dolní končetiny  
- sleduji subjektivní projevy klienta (pomocí nonverbálních projevů)  
- pravidelně měřím a zapisuji fyziologické funkce (TK, P, D, TT)  
- plním ordinace lékaře  
- spolupracuji s fyzioterapeutem

- Hodnocení:**
- noční sestra mi předala, že pacientovi v 6:00 podala Clexane 0,6 ml s. c. dle ordinace lékaře
  - po ranní hygieně nemocnému bandážuji a mírně elevuji dolní končetiny
  - v podvečer bandáže uvolňuji a lůžko nemocného vracím do vertikální polohy
  - pravidelně měřím fyziologické funkce nemocného a sleduji jeho subjektivní projevy
  - pacient během dne pasivně cvičí s fyzioterapeutem
  - 6.11.2007 nedošlo u pacienta ke tromboembolickým komplikacím, fyziologické funkce v normě (TK 115/80, P 86', D 15', TT 36,7 °C) a objektivně klient nejevil známky dyskomfortu

### **3.6 Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Pan J. S. byl hospitalizován na Metabolické jednotce intenzivní péče od 5.11.2007 do 14.11.2007 Primární diagnóza zněla: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav nejasné etiologie. Sekundární diagnózy byly převážně zapříčiněny chronickou závislostí klienta na alkoholu.

Ošetřující lékař, již po přijetí klienta označil prognózu za infaustní, čili nepříznivou. Přistoupilo se tedy k péči paliativní.

Nemocný měl již od příjmu obluzené vědomí i smyslové vnímání. Byl dezorientovaný, nekomunikoval, nespolupracoval a hrozil u něj rozvoj imobilizačního syndromu, od čehož se odvozovaly základní ošetrovatelské diagnózy. Nejvíce jsem se věnovala kontaktu s nemocným. Snažila jsem se hovořit s klientovou bývalou manželkou o spoluúčasti na jeho léčbě.

Pacient strávil na oddělení celkem deset dní. Vzhledem k závažné diagnóze se stav klienta den ode dne zhoršoval. Souhrn ošetřovatelských diagnóz se v zásadě neměnil, pouze jejich pořadí a intervence směřovaly ke klidnému a bezbolestnému dožití. Péče celého zdravotnického týmu byla intenzivnější a odezva nemocného byla stále slabší.

Specifická porucha vědomí nemocného se neustále prohlubovala (nemocný již neotevřel oči ani na bolestivý podnět, jeho motorická i slovní odpověď nebyla žádná). Oblast sebepéče musel v plném rozsahu zastoupit zdravotnický tým ve všech oblastech každodenních činností. Nedařilo se nemocného motivovat ke spolupráci. Mentální úroveň nebyla zhodnotitelná z důvodu prohlubující se poruchy vědomí (pacienta jsme nepřiměli k žádné aktivitě ani komunikaci). Výživa zůstala stále parenterální, per orální příjem tekutin nebylo možno uskutečnit.

Pacientovi začaly selhávat funkce ledvin a následně docházelo k zadržování moči (moč byla tmavá a hustá). Defekt v sakrální části zad neprogredoval. Stav sliznice dutiny ústní se zlepšil (došlo ke zhojení aftů). Komplexní vyhojení dutiny ústní se nám nezdařilo. Pokožka nemocného byla opocená a tělesná teplota se postupně zvyšovala. Během celé hospitalizace bylo zajištěno bezpečné prostředí nemocného, k pádu ani následnému úrazu nedošlo. Rozvoji komplikací imobilizačního syndromu jsme zabránit nedokázali.

Stav nemocného se postupně zhoršoval a bohužel v osamocení. Bývalá manželka se po mé důrazné edukaci rozhodla nemocného navštívit až 13.11.2007. Druhý den klient umírá.

### 3.7 Psychologická a sociální část

Každý člověk, každá osobnost se liší od ostatních nejen ve schopnostech, temperamentu a dalších psychických vlastnostech, ale také ve způsobu vnímání a myšlení, v tom, co a jak dlouho si pamatuje, v citových projevech, obecně v psychických procesech a stavech.

Psychologickou stránku pana J. S. by správně popsal a definoval jen odborník. Jelikož se na tuto oblast nespécializují uvedu obecnou charakteristiku psychického stavu nemocného.

Všechny psychické procesy klienta jsou ovlivněny jeho kvalitativní poruchou vědomí. Z poznávacích procesů je nejvíce obluženo vnímání reality. Řeč pacienta je neadekvátní, není schopen smysluplné slovní odpovědi. Fantazii a představy nelze posoudit, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Taktéž nelze posoudit procesy paměti. Není možné s pacientem navázat komunikaci, a proto nemohu zhodnotit jak proces zapamatování, uchování tak vybavení. U motivačních procesů mohou rozvést emoční i volní. Člověk poznává věci a události, ale také je hodnotí jako příjemné – nepříjemné, dobré – špatné. Vzhledem k dlouhodobému alkoholismu má pan J. S. tyto poznávací procesy narušené.

Můj pacient byl celý život velice lehkovážný a nikdy svého vysněného cíle nedosáhl, říká jeho bývalá manželka. Možná proto nedokázal čelit stresovým situacím a podlehl chorobné závislosti. V rovině sociálních citů byl klient velice společenský, ale vlivem závislosti byl osamocen a izolován. Změnil se jeho celkový pohled na realitu.

V části sociální mohou polemizovat o poruše socializace. Která byla především vyvolána z nezdravého uvědomění si vlastního já. Vlastní identita je podmínkou pro osvojení si společenských rolí a hodnoty životních cílů.

Klient byl jednou ženatý a vychoval s manželkou syna. V ostatních oblastech tolik úspěšný nebyl, střídal zaměstnání i přátele. Vše se prohlubovalo v počínající agresi a završilo se chronickou závislostí na tvrdém alkoholu. Nyní pacient trpí těžkou poruchou vědomí a umírá na oddělení plném cizích lidí a „úplně sám“.

### **3.8 Edukace blízké osoby o spoluúčasti na paliativní péči**

Edukace neboli výchova, vzdělávání. Jednoduše řečeno je edukace vyučování myšlenek, dovedností, principů atd. Cílem edukce je přenos myšlenek z jedné osoby na druhou.

K edukaci jsem si vybrala, vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného, jeho bývalou manželku. Jako společný cíl jsme si uložily „lidsky“ definovat paliativní péči. Samozřejmě s mojí nabídkou zodpovězení případných dotazů edukované. Na závěr jsem neopomněla princip zpětné vazby, abych se přesvědčila, že edukovaná mému výkladu porozuměla.

Vše jsem krátce shrnula do několika odstavců.

#### Co je paliativní péče?

Paliativní péče se orientuje na celkovou kvalitu života. Zaměřuje se na pacienty v terminálním stádiu a nemocné trpící nevléčitelnou chorobou. Cílem je zmírnit bolest, duševní a tělesné strádání. Zachovat důstojnost lidského života a poskytnout podporu blízkých.

#### Doteky?

Často by chtěl umírající člověk cítit lehký dotek, pociťovat tělesnou blízkost jiného člověka. Jindy mohou doteky působit rušivě. Pokusme se vcítit a uvědomme si, že umírajícího můžeme „doprovázet“ jak zblízka tak i někdy více z povzdáli.

### Jídlo a pití?

„Vždyť zemře, když nebude jíst?“ nebo „Takhle bez jídla to půjde ještě rychleji, musí přece bojovat!“ Postavme se těmto pochybnostem a uvědomme si, že v tomto období života je zcela přirozené nejíst už nic. Tělesné energie, kterou dostáváme prostřednictvím jídla, už není potřebná. Pokud už nemůže nemocný polykat ani tekutiny, je mu například příjemné alespoň zvlhčovat ústa.

### Komunikace?

Umírající člověk spí stále víc. Ztrácí pojem o čase a často nerozezná blízké osoby. Nejedná se však o známky odmítání, ale nýbrž o to, že nemocný ztrácí spojení s naší realitou. Těžkým úkolem „doprovázejícího“ je nepodlehnout pokušení, rozhodovat za nemocného. Teď spíše nastává čas pravdivě spolu projít a prožít chvíle, které nám zbývají.

### Rozloučení?

V posledních chvílích se snažme věci uzavřít, vztahy završit a rozloučit se. Někdy umírající opravdu potřebuje abychom jej „propustili“, dovolili mu odejít. Nestrachujme se říct, že to bez něj zvládneme, přinese to pokoj nám i jemu. Umírající se uklidní a snáze se mu odchází.



### **3.9 Závěr ošetrovatelské části**

Celou ošetrovatelskou část jsem věnovala hlavnímu poslání sesterského povolání – péči o nemocné.

Do ošetrovatelského procesu jsem se snažila zařadit prvky moderního ošetrovatelství – uspokojení biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. U pacienta jsem nejprve získala anamnézu, zhodnotila jsem ho dle modelu Marjory Gordon a následně jsem si vytyčila priority ošetrovatelské péče a sestavila ošetrovatelské diagnózy. Celý ošetrovatelský proces jsem realizovala a cíle, stanovené v rámci ošetrovatelského plánu, se mi většinou podařilo splnit.

Na závěr jsme připojila psychosociální oblast s edukačním plánem, na který se často v praxi zapomíná. Věřím, že rozsah ošetrovatelské části je dostačující.

#### 4. Shrnutí

V úvodu mé bakalářské práce jsme si dala za cíl, více informovat o ošetrovatelské péči na intenzivních jednotkách. Zaměřit se na specifika paliativní péče na metabolické jednotce FNKV.

Myslím, že se mi můj vytyčený cíl podařilo splnit, a to hlavně díky panu J. S. , kterého jsem delší dobu ošetřovala. Věnovala jsem se nejen péči intenzivní, ale i paliativní. Nastínila jsem jinou stránku péče a sama jsem se naučila komunikovat a starat se o umírající.

*„Život zemřelých je uložen v paměti žijících.“*

*Marcus Tullius Cicero*

### Seznam použitých zkratek

**amp.** – ampule

**ARO** – anesteziologicko resuscitační oddělení

**BMI** – Body Mass Index

**cm** – centimetr

**CNS** – centrální nervový systém

**CT** – počítačová tomografie

**CŽK** – centrální žilní katétr

**CŽT** – centrální žilní tlak

**DS** – delirantní syndrom

**EKG** –elektrokardiografie

**FNKV** – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

**inj.** – injekční aplikace

**i. v.** – intra venózně

**j.** – jednotka

**JIP** – jednotka intenzivní péče

**kg** – kilogram

**M. G.** – Marjory Gordon

**mg** – miligram

**min.** – minuta

**mmol/l** – milimol/litr

**mmHg** – milimetr rtuťového sloupce

**ml** – mililitr

**ms** – milisekunda

**P** – puls

**PMK** – permanentní močový katétr

**RLP** – rychlá lékařská pomoc

**RZP** – rychlá záchranná pomoc

**s. c.** – sub cutaně

**SpO<sub>2</sub>** – saturace kyslíkem

**TBC** – tuberkulóza

**tbl.** – tableta

**TK** – krevní tlak

**TT** – tělesná teplota

**VFN** – Všeobecná fakultní nemocnice

**WHO** – Světová zdravotnická organizace

**μkat/l** – mikrokattel/litr

**μmol/l** – mikromoll/litr

**°C** – stupeň Celsia

### Seznam odborné literatury

1. Čechová, V., Rozsypalová, M.: Obecná psychologie. Brno: IDVPZ, 1998. s. 64-94. ISBN 80-7013-268-X
2. Dylevský, I.: Somatologie. Olomouc: Epava, 2000. s. 120-135. ISBN-10: 80-86297-05-5
3. Haškovcová, H.: Thanatologie. Praha: Galén, 2007. s.22-49. ISBN-13: 978-80-7262-471-3
4. Kapounová, G.: Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 19-44. ISBN 978-80-247-1830-9
5. Marečková, J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 17-39. ISBN 80-247-1399-3
6. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 99-102. ISBN 80-247-1211-3
7. Pejznochová, I. : Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné. Veverská Bítýšká: Hartmann – Rico, 2003. s.12-25. ISBN 80-238-9971-6
8. Rokyta, R. a kol.: Fyziologie. Praha: ISV nakladatelství, 2000. s. 105-128. ISBN 80-85866-45-5
9. Rozsypalová, M., Staňková, M. a kol.: Ošetřovatelství I/2. Praha: Informatorium, 1996. s. 183-189. ISBN 80-85427-94-X

10. Sklenčková, M.: Péče o umírající. *Sestra*, 2005, roč. XV, č. 2, s. 13. ISSN 1210-0404
11. Stříteský, J., Halberstad, P.: *Patologie 2*. Praha: Scientia Medica, 1995. s. 7-29. ISBN 80-85526-47-6
12. Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003. s. 15-50.
13. Šafránková, A., Nejedlá, M.: *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 97-198. ISBN 80-247-1148-6
14. Topinková, E., Neuwirth, J.: *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. s. 78-87. ISBN 80-7169-099-6
15. Trachtová, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. s. 95-109. ISBN 80-7013-324-4

### **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2 - Plán a hodnocení ošetřovatelské péče

Příloha č. 3 - Denní dekurs

Příloha č. 4 - Protokol chronické rány

Ošetrovatelský záznam

- 1 -

INICIALY NEM. J.S.

Věk 69 let

Povolání dýchodce

Vyznání bez vyznání

Národnost česká

Adresa: nevyplňovat

Telefon: /

Osoba, kterou lze kontaktovat tyvalá manželka

Oslovení pan

Datum přijetí: 5. 11. 2007

Hlavní důvod přijetí: Stav po zástavě oběhu a delirantní stav  
Datum a kam propuštěn: / nejasné etiologie

Lékařská diagnóza:

1. Stav po kardiopulmonální resuscitaci
2. Chronická jaterní cirhóza
3. Suspektní ethylem encefalopatie
4. Delirium tremens

Jak je nemocný informován o své diagnóze? nelze zhodnotit

Osobní anamnéza: Pacient pochází z rozvrácené rodiny. Matka zemřela v 82 letech stará, otec v 155 letech spáchal sebevraždu. Současné klin. nemá, vážnými

Rodinná anamnéza: poruchami zdraví nemocný nezpůsobil.

Pacient je 71 let rozvedený, žije sám v garsonižce v PH 10. Se synem

Vyšetření: - monitorace TK, P, SpO<sub>2</sub> a tlak, TT a 6hod, ČST v 6<sup>h</sup> se neslyká.

- KO, JT, iony ze séra, glykémie 2xd, hemokultura při Terapie - Oliclinortel N<sub>2</sub> 200mg TT had 38°C + lamp: Addamel + lamp: Thiabene + lamp: Neurobene + lamp: Pyridoxim + 20ml 15% KCl ve 2l hadim i.v.

- G 20% 500ml + G HMA (8<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>) i.v. - Plasmalyte 1000ml (14<sup>00</sup>-20<sup>00</sup>) - Tiapridal 2mg a 4hod. - Segan 2mg a 12hod. i.v. - Clexane 0,6ml s.c. v 6<sup>00</sup>

Důležité informace o stavu nemocného:

Pacient má kvalitativní poruchu vědomí, komunikace s ním je sražená. Celkový fyzický stav je zhodnocen s rozvojem imobilizačního syndromu.

Alergie: jídlo  ne  ano pokud ano, které.....  
léky  ne  ano pokud ano, které.....  
jiné  ne  ano pokud ano, na co.....



Nemocný má u sebe tyto léky : Pacient u sebe nemá žádné léky.

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

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) Pan J. S. má kvalitativní poruchu vědomí, je dezorientovaný, v rámci smyslového vnímání pouze fixuje pohledem. Komunikace je ztížená. Celková úroveň mentálních funkcí je snížena díky etryetické encefalopatii.  
Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci.)

Nemocný žije sám již 11 let v garsoniére na Praze 10. Se svým jediným synem se od rozvodu neslyká, bývalá manželka ho občas navštěvuje.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?  
Náhla srdeční příhoda (klieul nalezen tývalou)
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?  
Nejasné etiologie. manželkou
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?  
Nelze zhodnotit.
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?  
Nelze zhodnotit.
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici?  
Nelze zhodnotit.
6. Jak dlouho tu podle vás budete?  
Nelze zhodnotit.
7. S kým doma žijete? Je na vás někdo závislý?  
klieul žije sám.
8. Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?  
Nelze zhodnotit.
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?  
Tývalá manželka žalim zaujímá negativní přístup.
10. Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?  
Nelze zhodnotit.
11. Co děláte rád ve volném čase?  
Nelze zhodnotit.
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?  
Nelze zhodnotit (býmí vše ovlivněno chronickou závislostí na alkoholu)

## II. Specifické základní potřeby

### 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí *Nelze zhodnotit*

- Pocítíte bolest nebo něco nepříjemného?

ano ne

pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?

ano ne

pokud ano, upřesněte.....

jak dlouho?

- Na čem je vaše bolest závislá?.....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)?

- Došlo po naší léčbě k úlevě?

úplně částečně ne

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

Hodnocení sestry: *Tuto oblast nelze zhodnotit. Komunikace s klientem je sližená až nemožná. Subjektívni projevy bolesti hodnotím z nonverbálních komunikačních projevů nemocného.*

b) Odpočinek / spánek

- Máte nějaké potíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? ano ne

pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže i doma?

- Usínáte obvykle těžko? ano ne

- Budíte se příliš brzy? ano ne

pokud ano, upřesněte.....

- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *Nelze zhodnotit*

- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?

- Berete doma léky na spaní? ano ne

pokud ano, které... *Neural 0,25 mg tl.*

- Zdrámnete si i během dne? Jak často a jak dlouho?

Hodnocení sestry: *Oblast ODPOČINEK / SPÁNEK jsem zhodnotila částečně pomocí rozhovoru s bývalou manželkou klienta. Nyní je pacient samostatný.*

### 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ano ne

- Potřebujete pomoc při mytí? ano ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne

- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální

*Nelze zhodnotit*

- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma plet' ?
- Potřebujete pomoc při koupání ? ano  ne
- Kdy se obvykle koupete ? ráno - odpoledne - večer - je to jedno

Hodnocení sestry : Oblast nebezpečí v hygieně pletě zastupuje ošetrovatelský personál

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce Nelze zhodnotit.

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
- ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
- ano ne nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem ? ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle ? ano  ne
- Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? NACIENI

#### c) sluch

- Slyšíte dobře ? ano  ne
- pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?

Hodnocení sestry : Oblast lokomotorických funkcí nelze zhodnotit, pacient je ležící, pohyb požadovaný pohyb vykoná, Etili slyší dobře. Pacient nosí brýle na čtení.

### 4. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup ? dobrý  vadný
- Máte zubní protézu ? horní  dolní  žádnou
- Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže ? ano ne
- pokud ano, upřesněte..... Nelze zhodnotit.
- Máte rozbolavělá ústa ? ano  ne
- pokud ano, ruší vás to při jídle ?

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik ?)..... nižší (o kolik ?).....
- Nelze zhodnotit.

- Nelze zhodnotit, ale usuzuji, že vzhledem k
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne chronické
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral..... záupestoše
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne alkohol,
- Co obvykle jíte? klient rapidně
- Je něco, co nejíte? ano zhubl. BMI
- pokud ano, co a proč?..... 18,5
- Máte zvláštní dietu? ano ne (hranice
- pokud ano, jakou?..... podvýživy)
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
- pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo váš problém vyřešit?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?
- ano ne
- pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?

Hodnocení sestry: Pacient má horní i dolní zubní protézou. Dubinnu křivku má klient povleklou sliznicí s afly a olupujícími se rty. Strava je nahrazena parenterální stravou. Nežine se v postupnou revidelizaci a rehydrataci.

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl? zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád?.....
- Kolik tekutin denně vypijete?.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Hodnocení sestry: klient je chronicky závislý na alkoholu. Bohužel děle nelze zhodnotit. Strava nemocný vypil až 1000ml nealkoholických nápojů denně. ale vyprávění bývalé manželky.

6. Vyprazdňování  
a) střeva

- Máte obvykle normální stolicí zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? Nelze zhodnotit.
- Kdy se obvykle vyprazdňujete?
- Berete si projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ano ne
- pokud ano, co to je?.....
- Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
- kontinuální oděhod řídké a zápachající stolice.

pokud ano, jak by se daly řešit ?.....

b) močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?

ano

ne ✓

pokud ano, upřesněte .....

Jak jste je zvládal ?.....

- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?.....

- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?

ano

ne

Nelze  
zhodnotit.

pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Hodnocení sestry:

Moc nemocného je odváděna PMK  
č. 18, stolice odlehčí soustinně, řídké  
a zápachy. Pacient se nadměrně nepoh  
7. Dýchání a plyný oddech. Sledujeme bilanci  
- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

ano

ne

pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

ano

ne

pokud ano, upřesněte..... Nelze zhodnotit.

Jak jste je zvládal ?

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

ano

ne

pokud ano, co by vám pomohlo ?.....

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

ano

ne

nevím

pokud ano, zvládnete to ?.....

- Kouříte ?

ano

ne

pokud ano, kolik ? = 5 cigaret denně

Hodnocení sestry:

Subjektivní potíže s dýcháním  
během neprojevuje. Oddechová a plicní  
má dýchání a vedlejších fenoménů.  
Nyní sledujeme leukocytose po 2 hodinách.

8. Kůže

- pozorujete změny na kůži ?

ano ✓

ne

- Svědí vás kůže ?

ano

ne

Hodnocení sestry:

Pacient má porušenou sliznici  
dubiny ústní. Dále má defekt se zarudlou  
kůží a tvořícími se puchýřky v sakrální  
oblasti zad o průměru 7cm (2. sledím  
dekurvitu). Založen protokol o chronické ráže.

9. Aktivita / cvičení/ záliby

Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? DUCHODCE  
 Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne  
 Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne  
 pokud ano, upřesněte.....  
 Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ?..ano ne A  
 Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? (čtení)

Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ?

Hodnocení sestry : Pacient byl vždy velice aktivní a pracovitý. Nyní je plně upoután na lůžko a většinu oblasť sebepečení vykonává zdravot. tým.

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

SEXUALITA NENÍ KLIENTOVOU PRIORITY.  
 - Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem pohlavním životě ?  
 ano ne Více už se rozhodl.  
 pokud ano, upřesněte.....  
 - Očekáváte, že se váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?  
 ano ne  
 pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry : Oblast sexuality jsem částečně zhodnotil, dle vyprávění bývalé manželky pacienta.

III. Různé

- Jakou školu jste ukončil ? Střední odborné učiliště  
 - Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy ? Než se rozhodl.  
 ano ne  
 pokud ano, upřesněte.....  
 - Jak velká je vaše rodina ? Než se rozhodl.  
 - S kým společně žijete ? Pacient žije sám.  
 - Kdo se o vás může postarat ? Než se rozhodl.  
 - V jakém bytě žijete ? Garsoniéra ve PH 10.  
 - Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ? ano ne  
 - Máte dostatek informací o nemocničním režimu ? ano Než se rozhodl.  
 - Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici ?  
Než se rozhodl.  
 - Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči ?

Hodnocení sestry: Pacient již 11 let žije sám, pouze jeho bývalá manželka ho občas navštěvuje. Než přesně říci, kdo by o pana J. S. mohl starat v rámci dlouhodobé péči. Prolo kontakty sociální sestru.

#### IV. Jak sestra nemocného souhrnně vidí:

##### 1. Pacient je:

snadno odpovídá  
odpovídá váhavě  
neptá se ✓  
mlčenlivý ✓  
hovorný  
spolupracuje ~~ČÁSTEČNĚ~~  
úzkostlivý  
vyděšený  
nejistý ✓  
nedůvěřivý  
rozzlobený

smutný  
rychle chápe  
pomalou chápě ✓  
nechápatý ✓  
aktivní  
přizpůsobivý  
nepřizpůsobivý  
psychicky stabilní  
psychicky labilní  
dobře se ovládá  
špatně se ovládá

##### 2. Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči.....

Pacient má kvalitativní poruchu vědomí, komunikace s ním je sřížená až nemožná. Očekává vyčerpání vyprazdňování a hygieny plně nahrazených za klienta zdravotnickým týmem a plněním individuálních potřeb klienta. U klienta se rozvíjí imobilizační syndrom. Lékař usiluje o postupné progresi zdravotního stavu, proto prohlásil prognózu nemocného za infantilní. Odložilo se tedy od léčby intenzivní a přestoupilo se k léčbě paliativní.

# PLÁN A HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Priloha č. 2

Dat.	Pořadí potřeb (ošetř. diagnóza)	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetř. péče	Efekt poskytnuté péče	Dat.	Podpis sestry
6.M. 2007	1. PORUŠENÁ VĚDOMÍ Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivizovat klienta</li> <li>- Komunikovat dle možností</li> <li>- Zpracovat zhoršené celkové stavu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informovat se o specif. poruše vědomí nemocného</li> <li>- Přizpůsobit se úrovni poruchy a poskytnout nemocnému dostatečnou péči</li> <li>- Zpracovat vzniklému pádu</li> <li>- Perené aktivizovat</li> <li>- Komunikovat dle jeho možností</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Po celou dobu 12-16 hodin v rámci zvláštního oddělení vyšetřovacího</li> <li>- Specializovanými zdravotními pracovníky z oddělení spolupráce</li> </ul>	6.M. 2007	Krouská
6.M. 2007	2. MOBILIZAČNÍ STUPNĚ Z DŮVODU PORUCHY VĚDOMÍ A KOUKOBORÉHO UPOUTÁNÍ NA LŮŽKO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Snažit se zlepšit celkový stav a zabránit progresi</li> <li>- Pomoci syndromu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Používat autoterapeutické pomůcky</li> <li>- Polohovat klienta zvlášť</li> <li>- Vytvářet bezpečného prostředí</li> <li>- Péče o individuální potřeby klienta</li> <li>- Motivace klientů</li> <li>- Spolupráce s fyzioterapeutem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pomoci v rámci svých pracovních úkolů</li> <li>- Interaktivní zbraně</li> <li>- Progresi zdravotní stavu nemocného (zvlášť sezení, spolupráce)</li> </ul>	6.M. 2007	Krouská
6.M. 2007	3. PORUŠENÁ INTEGRITA SLIZNICE DŮ Z DŮVODU MULTIFAZIOVÝCH PŮVIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zhojit sliznici dŮ a zabránit vzniku komplikací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vpřevést Stoppangem z dŮ</li> <li>- Polévat sliznici dŮ</li> <li>- Vypracování X Pagalet</li> <li>- Růž. promazáváním vazelínou</li> <li>- Pravidelné vyšetření péče o dŮ (i průdušky)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pravidelně péči o sliznici dŮ</li> <li>- dle ordinace lékaře</li> <li>- Potřeb zvlášť (z vnitřním zlepšení vedlost)</li> </ul>	6.M. 2007	Krouská
6.M. 2007	4. DEFICIT SEBE PÉČE Z DŮVODU ROVOSE NEURANTNÍHO SYNDROMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pracovat na zapojení všechy potřeb v rámci oddělení</li> <li>- Vyšetřovací vyšetřovací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vhodným oblečením</li> <li>- Zpečit místní péči</li> <li>- Zpracovat sebestačnou nemocného</li> <li>- Aktivně klienta</li> <li>- Vytvářet spolupráci</li> <li>- Pêche o zapojení rodiny nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- V praxi</li> <li>- 12-16 hodin v rámci zvláštního oddělení vyšetřovacího</li> <li>- Vypracování vyšetřovací ze zvlášť</li> <li>- Zvlášť v rámci provedení požadovaných pohybů, jiné zvlášť spolupráce</li> </ul>	6.M. 2007	Krouská







ČINNOST		ČAS							POZN.
HYGIENA DUTINY ÚSTNÍ		HOD.	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	
- myplach			X		X		X		
Stopangin gll.		HOD.	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	
- Boroglycophin			X		X				
X Povidon (LEMON)		HOD.	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	01 <sup>00</sup>	02 <sup>00</sup>	03 <sup>00</sup>	
		HOD.	04 <sup>00</sup>	05 <sup>00</sup>	06 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup>	
ODSÁVÁNÍ DUTINY ÚSTNÍ		HOD.	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	
dle potřeby		HOD.	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	
		HOD.	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	01 <sup>00</sup>	02 <sup>00</sup>	03 <sup>00</sup>	
		HOD.	04 <sup>00</sup>	05 <sup>00</sup>	06 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup>	
ODSÁVÁNÍ TS, ETK		HOD.	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	
/		HOD.	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	
		HOD.	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	01 <sup>00</sup>	02 <sup>00</sup>	03 <sup>00</sup>	
		HOD.	04 <sup>00</sup>	05 <sup>00</sup>	06 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup>	
PÉČE O OČI		HOD.	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	
LACRYSIU gll.					X				
dle potřeby		HOD.	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	
		HOD.	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	01 <sup>00</sup>	02 <sup>00</sup>	03 <sup>00</sup>	
		HOD.	04 <sup>00</sup>	05 <sup>00</sup>	06 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup>	

ČINNOST		POLOHOVÁNÍ - ČAS							POZN.
POLOHOVÁNÍ		HOD.	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	
	POLOHA		LB		Z		PB		
		HOD.	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	
AKTIVNÍ ANTIDEKUBITARNÍ MATRACE	POLOHA		Z		LB				
		HOD.	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	01 <sup>00</sup>	02 <sup>00</sup>	03 <sup>00</sup>	
	POLOHA								
		HOD.	04 <sup>00</sup>	05 <sup>00</sup>	06 <sup>00</sup>	07 <sup>00</sup>	08 <sup>00</sup>	09 <sup>00</sup>	
	POLOHA								

PN : LIST č. : 2  
 číslo účtu : 49 poj. : ANO  NE

Příjmení : Jméno : Rodné číslo :  
 /

DATUM 2. 11. 2007

**PREVAZY :**

Ošetřeno Betadine (I)  
 přiloženo Tuacine + sterilní Dryft  
 Ošetřeno Betadine (I)  
 přiloženo Tuacine + sterilní Dryft

**HYGIENA :**  
 V celkové hygieně na čistota +  
 péče o pokožku  
 upravena teplota (zaškrtněte příslušný stupeň)

**PŘEPRAČOVANÁ STUPNICE NORTONOVÉ NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ**

SCHOPNOST SPOLUPRÁCE	VĚK	STAV POKOŽKY	KÁŽDÉ DALŠÍ ONEMOCNĚNÍ	FYZICKÝ STAV	STAV VĚDOMÍ	AKTIVITA	POHYBLIVOST	INKONTINENCE	SOUČET
ÚPLNÁ 4	< 10 4	NORM. 4	ŽÁDNÁ 4	DOBŘÍ 4	DOBŘÍ 4	CHODÍ 4	ÚPLNÁ 4	NEMÍ 4	
MALÁ 3	< 30 3	ALERGIE 3	DM, TT ANEM 3	ZHORŠENÝ 3	APATICKÝ 3	S DOPR. 3	ČÁST. OM. 3	ORĚAS 3	
ČÁSTĚNÁ 2	< 60 2	VLHKÁ 2	TROMB. OBEZ. 2	ŠPATNÝ 2	ZMÄTENÝ 2	SEDAČKA 2	VELMI OM. 2	PŘEVÁŽ. M. 2	
ŽÁDNÁ 1	> 60 1	SUCHÁ 1	KARCINOM 1	VELMI ŠP. 1	BEZVĚDOMÍ 1	LEŽE 1	ŽÁDNÁ 1	MOČ+ST. 1	18/6

**GLASGOW COMA SCALE ( GCS )**

OČI	- OTEVŘE	- SPONTÁNNĚ	4
	- NA SLOVNÍ VÝZVU	- NA SLOVNÍ VÝZVU	3
	- NA BOLESTIVÝ PODNĚT	- NA BOLESTIVÝ PODNĚT	2
	- NEOTEVŘE	- NEOTEVŘE	1
NEJLEPŠÍ MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	- NA SLOVNÍ VÝZVU PROVEDE	- ŽÁDANÝ POHYB	6
	- NA BOLESTIVÝ PODNĚT	- LOKALIZUJE BOLEST	5
		- CÍLEVNÝ ÚMĚRNÝ MANĚVR	4
		- FLEKČNÍ ODPOVĚĎ	3
		- EXTENČNÍ ODPOVĚĎ	2
		- ŽÁDNÁ ODPOVĚĎ	1
NEJLEPŠÍ SLOVNÍ ODPOVĚĎ	- ORIENTOVÁN A KONVERZUJE	- ORIENTOVÁN A KONVERZUJE	5
	- DEZORIENTOVÁN A KONVERZUJE	- DEZORIENTOVÁN A KONVERZUJE	4
	- NEADEKVÁTNÍ VÝRAZY A SLOVA	- NEADEKVÁTNÍ VÝRAZY A SLOVA	3
	- NESROZUMITELNÉ ZVUKY	- NESROZUMITELNÉ ZVUKY	2
	- ŽÁDNÁ ODPOVĚĎ	- ŽÁDNÁ ODPOVĚĎ	1
CELKEM (3-15)			13/5

DENNÍ DEKURS  
 Příloha č. 3

2.10.2021

<b>STOLICE</b> kontinental atleciaci roba zapečovaný stolica	<b>PERIF.KATETR OD:</b>	<b>CENTR.KATETR OD:</b> (3-cestný nutričný čín) Oct 1.11.2007 (k. j. j. k. v. c. k.)	<b>KRYTY CK :</b> 3x ČLAVE (oct 5=11.2007) 2. den	<b>ARTER.KATETR OD:</b>
<b>HMOTNOST</b> BMI 18,5	<b>OKRUHY UPV :</b>	<b>ETK OD :</b>	<b>TSK OD:</b>	<b>BALONEK :</b>
<b>OBV.BŘICHA</b>	<b>NGS OD:</b>	<b>PEG OD:</b>	<b>DRÉN OD:</b>	<b>MOČ.KATETR OD.:</b> PMK č. 18 (oct 1.11.2007)

<b>SESTRA</b> :	<b>D:</b> Kroučková Jana	<b>N:</b>
--------------------	-----------------------------	-----------

ČAS					
10 <sup>00</sup>					
11 <sup>00</sup>					
12 <sup>00</sup>					
13 <sup>00</sup>					
14 <sup>00</sup>					
15 <sup>00</sup>					
16 <sup>00</sup>					
17 <sup>00</sup>					
18 <sup>00</sup>					
19 <sup>00</sup>					
20 <sup>00</sup>					
21 <sup>00</sup>					
22 <sup>00</sup>					
23 <sup>00</sup>					
24 <sup>00</sup>					
01 <sup>00</sup>					
02 <sup>00</sup>					
03 <sup>00</sup>					
04 <sup>00</sup>					
05 <sup>00</sup>					
06 <sup>00</sup>					
07 <sup>00</sup>					
08 <sup>00</sup>					
09 <sup>00</sup>					

+500ml +750ml

čas	TK	P	SpO <sub>2</sub> pO <sub>2</sub> a p <sub>a</sub> O <sub>2</sub>	CVP	°C	PER OS	INFUZE	TRANSFUZE	MOČ	SONDY / DRÉN
10 <sup>00</sup>	130/80	69'	96%							
11 <sup>00</sup>	125/75	72'	95%							
12 <sup>00</sup>	129/69	78'	97%		36,8°C	25ml			550ml	
13 <sup>00</sup>	129/85	82'	98%							
14 <sup>00</sup>	115/70	79'	96%			10ml	+1000ml			
15 <sup>00</sup>	120/69	80'	94%						550ml	
16 <sup>00</sup>	125/88	86'	97%							
17 <sup>00</sup>	130/80	83'	98%							
18 <sup>00</sup>	135/85	70'	98%		36,7°C	15ml			700ml	
19 <sup>00</sup>	132/79	79'	97%							
20 <sup>00</sup>										
21 <sup>00</sup>										
22 <sup>00</sup>										
23 <sup>00</sup>										
24 <sup>00</sup>										
01 <sup>00</sup>										
02 <sup>00</sup>										
03 <sup>00</sup>										
04 <sup>00</sup>										
05 <sup>00</sup>										
06 <sup>00</sup>										
<b>CELKEM :</b>						<b>PŘÍJEM</b>		<b>VÝDEJ</b>		
07 <sup>00</sup>										
08 <sup>00</sup>										
09 <sup>00</sup>										

9-1





AKTIVITA:	SKÓRE:
Neomezený pohyb	0
Při pohybu používá pomůcky	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1
Neschopen přesunu	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1
Neužívá rizikové léky	0
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.	1

AKTIVITA	SKÓRE:
Žádné smyslové poruchy	0
Smyslový deficit, vizuální/sluchový:	1
Mentální status – orientován	0
Občasná/noční desorientace	1
Desorientace/demence	1
Věk 18 – 75 let	0
Věk 75 let a výše	1
Pád v anamnéze	1
<b>Celkové skóre:</b>	<b>5.</b>

**Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná!**

Příloha č. 5  
 Stupnice  
 Rizika Pádu

# Příloha č. 6

## BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

### Příjem potravy a tekutin:

Samostatně bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0

### Oblékání:

Samostatně bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0

### Koupání:

Samostatně nebo s pomocí	5
Neprovede	0

### Osobní hygiena:

Samostatně nebo s pomocí	5
Neprovede	0

### Kontinence moči:

Plně kontinentní	10
Občas inkontinentní	5
Trvale inkontinentní	0

### Kontinence stolice:

Plně kontinentní	10
Občas inkontinentní	5
Trvale inkontinentní	0

### Použití WC:

Samostatně bez pomoci:	10
S pomocí	5
Neprovede	0

### Přesun na lůžko – židli:

Samostatně bez pomoci	15
S malou pomocí	10
Vydrží sedět	5
Neprovede	0

### Chůze po rovině:

Samostatně nad 50m	15
S pomocí 50m	10
Na vozíku	5
Neprovede	0

### Chůze po schodech:

Samostatná bez pomoci	10
S pomocí	5
Neprovede	0

**CELKEM:**

106.

**Hodnocení stupně závislosti pacienta:**

- 0-45 vysoce závislý  
 46 – 60 závislost středního stupně  
 61 – 95 lehká závislost  
 96 a více nezávislý