

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2008

Hana Kopalová

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská kazuistika nemocné s cévní
mozkovou příhodou**

Case study of a patient with cerebrovascular accident

2007/2008

Hana Kopalová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Roudnici nad Labem 15. ledna 2008

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky vedoucí mé závěrečné práce PhDr. Haně Horové.

Obsah:

A. ÚVOD	5
B. KLINICKÁ ČÁST	6
1. Patofyziologie onemocnění	6
1.1 Cévní mozková příhoda	6
2. Základní informace o klientce a onemocnění	14
2.1 Identifikační údaje	14
2.2 Nynější onemocnění	14
2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy	14
2.4 Status presens	15
3. Diagnosticko-terapeutická péče	17
3.1 Fyziologické funkce	17
3.2 Laboratorní vyšetření	17
3.3 Ostatní vyšetření	18
3.4 Farmakoterapie	18
3.5 Dietní režim	19
3.6 Rehabilitace	19
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	19
4. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav klientky	19
4.1 Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci	19
4.2 Základní potřeby	19
5. Přehled ošetřovatelských diagnóz	23
6. Plán, realizace, hodnocení	23
7. Edukace	31
8. Ošetřovatelský závěr a prognóza	33
D. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍ ZDROJE	34
E. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	35
F. SEZNAM PŘÍLOH	36

A. ÚVOD

Člověk si nemoc nevybírání, spíše si nemoc vybírá člověka a najednou mění jeho život. Nemoc má mnoho tváří. Někde a nějak vzniká, vyvíjí se, mění. Různý je obraz jejího ukončení, či neukončení.

Moderní technická medicína vytvořila reálné předpoklady prodloužit a zachránit život člověka i v případech, které dříve končily pouze smrtí. Člověk se o to víc musí snažit, aby jeho život byl opět plnohodnotný. A zde se lékař a celý ošetrovatelský tým stává pacientovým spolubojovníkem.

Dobrý zdravotník bývá i psychologem, tím spíše dnes, kdy vědeckotechnická revoluce vstupuje do medicíny a zatlačuje do pozadí lidský faktor. [4]

Jedním z hlavních důvodů, proč jsem zvolila téma péče o pacienta po cévní mozkové příhodě je nedostatečná osvěta obyvatel, neboť si stále myslí, že iktus přichází bez varovných příznaků a nelze se mu bránit či mu předejít.

Jako sestra pracující v léčebně dlouhodobě nemocných se s pacienty po iktech setkávám dennodenně. U nás jsou pacienti s cévní mozkovou příhodou prvotně přijímáni na interní oddělení, i když by to nejspíše mělo být oddělení neurologické, ještě lépe iktová jednotka. Poté následuje rehabilitace. Pro pacienty, převážně geriatrické, je to léčebna dlouhodobě nemocných.

Prožívání pacienta s cévní mozkovou příhodou nejlépe vystihuje citát z knihy Dr Valeryho Feigina:

„Potkalo mě to náhle. Sobotní klidný večer, a já jsem nemohl dosáhnout na rozečtenou knihu. Pokusil jsem se vstát, to jsem však netušil, že pravá část těla a levá část obličeje je ochrnutá, a tak jsem se svalil na zem.

Rychlý převoz do nemocnice. Tam zjistili, že mám ucpanou cévu.

Za všechno si můžeš sám, ten tvůj životní styl, zlobil jsem se na sebe. Teď jsi mrzák a mrzákem zůstaneš, pokud vůbec přežiješ! Jako Lazar budeš připoutaný na lůžko, svým nejbližším na obtíž. Nebylo by lepší to ukončit?

Ale ráno jsem si řekl: A proč by ses s tím nepoprál? Máš dobrou ženu, vnoučata, zdravé syny a dceru - vždyť oni tě potřebují a ty potřebuješ je.“

Ing. Miroslav Kasa [3, str. 20]

Mí pacienti potřebují mnohem více síly, odvahy a chuti k životu, aby se s tímto onemocněním dokázali poprat, neboť již mají málo sil, jsou osamoceni, či nemají příznivé vyhlídky na úplné osamostatnění. A tady stojím já, jako člověk, který se jim snaží vlít energii a chuť se s tím prát.

Zpracovala jsem ošetrovatelskou kazuistiku 71 leté pacientky po cévní mozkové příhodě. Pacientka souhlasí s použitím potřebných údajů.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Patofyziologie onemocnění

1.1 Cévní mozková příhoda

Definice: Ložisková funkční porucha mozku, která trvá déle než 24 hodin a není způsobena jinou příčinou než cévní. [7]

Dělení podle příčiny:

- ischemické infarkty
- hemoragické infarkty
- subarachnoidální krvácení

Dělení podle časového průběhu a stupně závažnosti:

1. TIA - tranzitorní ischemická ataka, trvá méně než 24 hodin
2. PRIND - prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit, trvá déle než 24 hodin
3. Progresivní náhlá ataka - přibývajících symptomatologie
4. Kompletní infarkt - masivní neurologická symptomatologie [9]

Cévní mozkové příhody jsou obrovskou výzvou pro společnost, neboť počet lidí jimi postižených bude v blízké budoucnosti stoupat.

Riziko mozkového infarktu se zvyšuje s věkem. A naše populace progresivně stárne. Tuto situaci však lze řešit. Byly stanoveny dvě hlavní strategie, jak toto riziko snížit:

- zabránit prvním infarktům v celé populaci a opakovaným infarktům mezi osobami přežívajícími svou první mozkovou příhodou - poznáním a potlačením rizikových faktorů, které je vyvolávají
- ošetřit pacienty při poruše mozkového průtoku nejrychleji, jak je to jen možné, aby se optimalizovaly šance na přežití bez trvalého poškození [3]

Jak pozná cévní mozkovou příhodu laik?

1. Požádejte postiženého, aby se usmál. Nedokáže to!
2. Zkuste, aby po vás opakoval jednoduchou větu: Dnes je velmi pěkné počasí. Nedokáže to!
3. Zkuste, aby zdvihl obě ruce vzhůru nad hlavu. Nezdaří se mu to!
4. Poproste, aby vyplázl jazyk. Pohybuje-li s ním jen do stran nebo ho má stočený, je to další důkaz pro počínající CMP!

Mozkový infarkt je na světě číslem jedna, pokud jde o vážné poškození zdraví, a číslem dvě v usmrcování. Mozkové infarkty bývaly pokládány za nepředvídatelnou

poruchu. Nyní víme, že iktus se dá předvídat a dá se mu zabránit až u 85 % osob.
[3]

Mozková příhoda, neboli iktus, je akutní cévní poškození mozku. Toto poškození vzniká zejména embolií, krevní sraženinou, která uzavře cévu. Také může být způsobeno zúžením krevních cév nebo kombinací obou jevů - blokády i zúžení. To vede k nedostatečnému krevnímu zásobení. V závislosti na místě a velikosti poškození se mozková mrtvice může či nemusí projevit klinickými příznaky.

Mezi nejtypičtější neurologické příznaky patří porucha čítí a hybnosti končetin na jedné polovině těla, porucha řeči a zraku. Obtížné polykání a potíže při mluvení nebo rozumění řeči. [3, 8]

O iktu hovoříme tehdy, přetrvává-li některý z takových příznaků 24 hodin a více. Vymizí-li všechny příznaky do 24 hodin, jedná se o přechodný záchvat nedokrvení mozku - krátké průtokové selhání neboli tranzitorní ischemickou ataku.

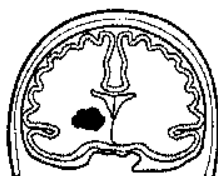
TIA je hlavním rizikovým faktorem pro vznik ischemického iktu. [3]

Varovné příznaky a projevy mozkového iktu a TIA:

- ztráta svalové síly nebo náhlý vznik nemotornosti některé části těla, zejména jednostranně na tváři, horní nebo dolní končetině
- znečitlivění (dotykové otupení)
- úplná nebo částečná ztráta vidění na jedné straně
- neschopnost dobře mluvit nebo rozumět řeči
- ztráta rovnováhy, nejistota nebo nečekaný pád
- náhlé přechodné zhoršení zdravotního stavu, závrať, točení hlavy, polykací obtíže, náhlý vznik zmatenosti nebo poruchy paměti
- neobvykle silná bolest hlavy
- nevysvětlitelný vznik poruchy vědomí nebo křečí [3]



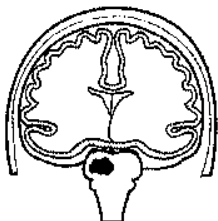
Postižení pravého thalamu



slabost a ztráta čítí na levé straně těla



Postižení pravé poloviny mozkového kmene



slabost a ztráta čítí na levé straně těla a pravé straně obličeje

Ischemický iktus

Až 85 % mozkových mrtvic je způsobeno:

- blokádou krevní sraženinou
- zúžením přívodné mozkové tepny nebo tepen
- emboly uvolněnými ze srdce či z extrakraniální tepny

U lidí nad 65 let mohou být blokáda nebo zúžení tepny způsobeny aterosklerózou.

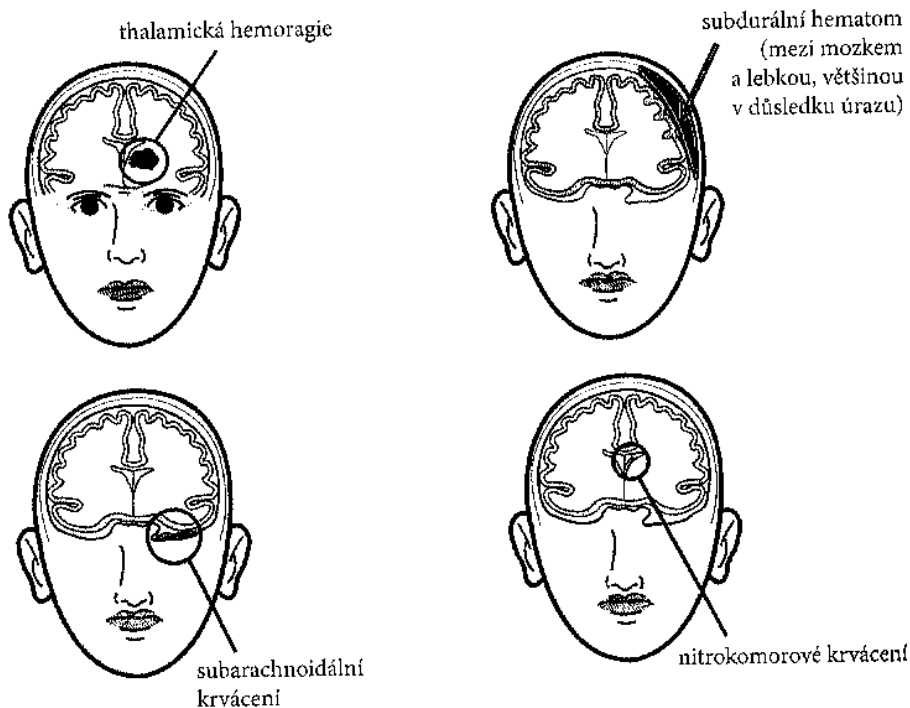
Většina těchto infarktů vzniká v mozkových polokoulích, ale některé vznikají v mozečku nebo v mozkovém kmeni. [3, 7, 8]

Hemoragický iktus

Hemoragický iktus je způsoben krvácením do mozkové tkáně (intracerebrální krvácení nebo mozkový hematom) nebo do prostoru pod pavoučnicí (subarachnoideální krvácení).

Krvácení z tepny uvnitř lebky je obvykle způsobeno prasknutím tepenné výdutě (aneuryzmatu). [3, 7, 8]

Jediným příznakem subarachnoideálního krvácení bývá někdy bolest hlavy. Je velmi silná a pacienti ji popisují: „Jako kdyby mně někdo mlátil do hlavy kladivem, jako kdyby si někdo prorážel cestu mojí hlavou.“ [3, str. 47]



Udává se, že až 85 % cévních mozkových příhod lze předcházet kontrolou ovlivnitelných rizikových faktorů.

Existují i faktory, které změnit nemůžeme. Patří sem stárnutí, dědičné dispozice a rasový původ.

Medicínské rizikové faktory:

- hypertenze
- vysoká hladina tuků (zejména cholesterolu a triacylglycerolů)
- ateroskleróza
- různé srdeční poruchy, jako fibrilace
- diabetes mellitus
- výskyt CMP v rodině
- migrény

Návykové rizikové faktory:

- kouření
- nezdravá strava
- zvýšená konzumace alkoholu
- sedavý způsob života
- užívání antikoncepčních pilulek
- užívání drog
- nadváha
- stres a deprese

Možnost ovlivnění osobních rizik iktu /viz příloha č. 5/

- zabránit rozvoji rizikových faktorů
- vyloučit co nejvíce již přítomných rizikových faktorů
- minimalizovat expozici faktorů, které vyloučit nelze

Nejlepší způsob prevence je zdravý životní styl, zdravá výživa, přiměřená tělesná aktivita a emoční vyrovnanost.

Nejdůležitější ovlivnitelné faktory jsou: kouření, hypertenze, ateroskleróza, onemocnění srdce, diabetes, neprasklé intrakraniální aneurysma, nadměrná konzumace alkoholu, nezdravá strava, obezita, sedavý způsob života, dlouhotrvající stres a deprese.

Mezi neovlivnitelné faktory patří stárnutí, mužské pohlaví, určité etnické skupiny (lidé afrického, asijského původu) a dědičné vlivy. [3, 10]

Principy ošetření akutního iktu

Iktus vede ke smrti postižených mozkových buněk a neexistuje nic, co by bylo možné udělat pro jejich obnovení, pokud již odumřely.

Nicméně ve velmi časných stádiích má až 70 % postižených buněk možnost záchrany. [3]

Přednemocniční neodkladná péče

Spočívá v zajištění a sledování vitálních funkcí, získání co nejdokonalejší anamnézy, zavedení periferního žilního katetru. Podává se Oxyphyllin, MgSO₄, vitamin C, piracetam. Hradí se ztráty tekutin a následuje rychlý transport do nemocnice. [9]

Proč je neodkladná hospitalizace tak důležitá?

Existují účinné druhy léčby, které mohou zachránit mozkové buňky, jímž hrozila smrt způsobená iktem. Může být provedena pouze v prvních hodinách od začátku příznaků iktu.

CMP mohou být způsobeny nedostatečným krevním zásobením mozku nebo krvácením do mozku. Léčebné strategie pro tyto podskupiny CMP jsou velmi odlišné a léčba jednoho typu může být katastrofální, použije-li se na jiný typ. Jediný spolehlivý způsob, jak určit typ iktu, je CT nebo MRI.

Iktus vyžaduje dohled multidisciplinárního týmu se zapojením různých lékařských specialistů, jako jsou neurologové, geriatři, kardiologové, hematologové.

Nejefektivnější složkou léčby je rehabilitace. [3, 8, 10]

Léčba:

Ischemický iktus - rozpuštění sraženiny speciálními trombolytickými léky (nitrožilní altepláza) - léčba musí začít do 3-6 hodin od vzniku prvních příznaků.

Mozkové krvácení - většina se přirozeně vstřebá, chirurgická léčba je možností pro některé osoby s krvácením do mozečku.

Subarachnoideální krvácení - léky na prevenci stahů nitrolebních tepen, operační řešení prasklé výdutě.

Ostatní léčebné strategie:

- udržování normálního dýchání
- řízení příjmu a výdeje tekutin
- ošetření vysokého krevního tlaku
- ošetrovatelská péče (o kůži, vyprazdňování, výživu)
- zvýšení polohy hlavy
- udržování normální tělesné teploty
- prevence komplikací
- symptomatická léčba - léky na bolest, proti zácpě
- léčba přidružených zdravotních potíží
- rehabilitace [3, 8, 10]

Vyšetřovací metody

Nejdůležitější jsou výpočetní tomografie a nukleární magnetická rezonance. Dále se provádí sono karotických tepen, mozková angiografie, lumbální punkce, EKG, echokardiografie, rentgen hrudníku, laboratorní testy krve a moči. [3, 8]

Důsledky CMP

Nejvyšší riziko úmrtí je během prvních třech dnů po iktu.

Dlouhodobá prognóza u lidí po intracerebrálním krvácení do mozkových hemisfér je obvykle lepší než prognóza lidí, které postihla jiná forma intracerebrálního krvácení.

Prognóza je horší u lidí, které během prvního dne postihla ztráta vědomí a u těch, kteří neudrží v důsledku iktu moč a stolicí.

Závažné medicínské komplikace CMP

- otok mozku a jeho následný posun s útlakem životně důležitých mozkových center dýchání a srdeční akce
- aspirační pneumonie
- krevní sraženiny v tepnách srdce a plic
- infekce močového traktu, zápal plic, infekce kůže
- oběhové komplikace - selhání srdce, infarkt myokardu, plicní embolie
- demence [3]

Dodatečné následky CMP

Odumřelé mozkové buňky, popřípadě krevní sraženina, jsou po CMP postupně vstřebány. U ischemické CMP nebo mozkového krvácení jsou nahrazeny cystou vyplněnou mozkomíšním mokem. Většinou je tento přirozený proces ukončen během 3 měsíců po příhodě. Po této době je jedna třetina těch, kteří přežili, nesoběstačná a mívá komplikace.

Následné komplikace po iktu

- 80 % pacientů má dílčí nebo úplnou ztrátu hybnosti a síly paže nebo nohy na jedné straně těla
- 80 - 90 % trpí zmateností, nebo má problémy při myšlení a vzpomínání
- 30 % má problémy při komunikaci s okolím. Mohou být neschopni mluvit nebo rozumět mluvené řeči (afázie, dysfázie). Obtížně volí správná slova nebo nerozumějí psaným textům.
- 30 % osob má problémy s polykáním
- 10 % nedokáže vidět předměty v jedné polovině zorného pole (hemianopie) a 10 % má dvojité vidění (diplopie)
- poruchy koordinace při sezení, stání a chůzi
- problémy s pravou či levou orientací
- poruchy nálady, včetně deprese
- bolest v rameni, bolest hlavy
- epileptické záchvaty, plicní infekce, proleženiny s infekcí, infekce kůže
- špatná schopnost kontroly močového měchýře nebo tlustého střeva, nebo zácpa
- infekce močového ústrojí
- hluboká žilní trombóza, plicní embolie, infarkt myokardu
- deformity kloubů a kontraktury
- pád a riziko zlomeniny krčku stehenní kosti [3]

Asi třetina pacientů s mozkovou příhodou se po iktu plně zotaví a toto číslo by mohlo být vyšší, kdyby se všem pacientům zavčas dostalo adekvátní léčby urgentní i rehabilitační.

Nejvyšší riziko opakování mozkové příhody je během prvních 6-12 měsíců po překonaném iktu.

Ošetrovatelská a léčebná péče po iktu

Pasivní rehabilitace by měla být zahájena ihned. Jakmile to stav pacienta umožní začneme s aktivní rehabilitací. Někdy je to možné po 24 hodinách, jindy po několika dnech či týdnech. Začíná v nemocnici a pokračuje po propuštění.

Cílem je obnovit soběstačnost nebo do nejvyšší možné míry zmenšit závislost postižené osoby.

Na tom se podílí tým specialistů, který je tvořen z lékařů, zdravotních sester, logopeda, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, dietní sestry, sociálního pracovníka, popřípadě geriatra.

Všichni tito specialisté se také podílejí na poučení pacienta a jeho rodiny nebo pečovatелů o nemoci, léčbě a rehabilitaci.

Záleží na řadě faktorů, zda je pacient z nemocnice propuštěn domů nebo přeložen do zařízení následné péče, popřípadě jiného zařízení. [3]

Prognóza

Zotavování po mozkové příhodě je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. Větší část procesu probíhá již během prvních 2-3 let, především pak v prvních 2-6 měsících.

Přibližně jedna třetina pacientů s iktem získá zpět ztracené schopnosti a navrátí se během prvního roku ke svým předchozím aktivitám a životnímu stylu. Kolem 50 % pacientů mladších 65 let je schopno vrátit se do práce. Téměř 70 % těch, kteří přežili jeden rok po iktu, je nezávislých v aktivitách denního života a asi dvě třetiny z těch, kteří přečkali 20 let, se plně uzdraví.

Doba uzdravování závisí na typu mozkového iktu (lepší je u hemoragického iktu), doprovodných zdravotních problémech, věku, ale i ztrátě vědomí během prvního dne po iktu, srdečním selhání, demenci, prodělaných iktech v minulosti.

Čím dříve se objeví známky zlepšování zdravotního stavu, tím větší je šance na komplexní zotavení. [3]

Edukace

Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě a jeho rodiny zasahuje do mnoha oblastí.

1. Polohování na lůžku a fyzioterapie

Polohování každé 2-3 hodiny a to i v noci má zásadní význam pro prevenci komplikací, jako je tvorba krevních sraženin, proleženin, zápalu plic, kloubních kontraktur a bolestí ramene. Masáž ochrnuté končetiny a jemný pohyb klouby má význam pro zlepšení celkové hybnosti. Důležité je podepírat postižené končetiny polštáři a spolupracovat s fyzioterapeutem. Naučit se používat pomůcky ke snadnějšímu pohybu a zajistit bezpečné prostředí doma i v nemocnici.

2. Sebepéče

Pacient musí chtít znovu dělat věci, které ho baví. Musí věřit v uzdravení. Při potížích s oblékáním mu lze mimo jiné pořídit boty bez tkaniček či košili na suchý zip.

Při koupání použít do vany stoličku, koupelnu vybavit madly. Pro snadnější hygienu používat elektrický zubní kartáček, elektrický holicí strojek. Spolupracovat s ergoterapeutem.

3. Polykání a příjem potravy

Strava by měla být chutná, vyvážená, v přiměřeném množství a s dostatkem tekutin (2 litry a více). Pro prevenci zaskočení stravy jíst vsedě. Zajistit vhodnou konzistenci jídel. Při polykacích potížích se vyhnout tvrdým a drobným jídlům. Potraviny lze zahustit. Mléko přidáním banánů, polévku rozmačkanými brambory či zeleninou. Používat talíře s vysokým okrajem. Spolupracovat s dietní sestrou.

4. Komunikace

Zapojit rodinu, vysvětlit příčiny emoční lability, podporovat optimismus, chválit každý pokrok. Spolupracovat s logopedem. Poskytovat čas na odpověď. Rehabilitace řeči - poslouchat hovory druhých, snažit se komunikovat, psát, kreslit, odpovídat ano/ne, používat gesta, oční kontakt. Pomáhá diskuze o rodinných záležitostech, popisování fotografií, povídání o přátelích, opakování slov a vět.

5. Inkontinence

Naučit používat pomůcky pro inkontinentní, vysvětlit menší riziko vzniku infekce než u použití permanentního močového katetru. Vysvětlit důležitost příjmu tekutin. Vyprazdňování stolice by mělo být pravidelné, alespoň jednou za 2-3 dny. Důležitá je vyvážená strava, dostatek tekutin a vlákniny (ovoce, zelenina). Omezit příjem černého čaje. Lze použít laxativa, čípky.

6. Péče o kůži

Pečlivé ošetření kůže je důležitou prevencí vzniku proleženin. Informovat o důležitosti čistého a suchého lůžka a oblečení, ochraně predilekčních míst (lokty, lopatky, křížová krajina, paty) podkládáním molitanem a ošetřováním speciálními prostředky.

Dutinu ústní zvlhčovat, zubní protézu na noc vyndávat a pravidelně čistit.

7. Problémy se smysly

Upozornit na ztrátu citu a možnost poranění. Při ztrátě poloviny zorného pole hrozí narážení do objektů. Nevšímání si věcí na jedné straně, pacient sní jídlo jen z jedné poloviny talíře. Informovat rodinu, že nejde o rozmary pacienta. Pomocí zrcadla může pacient vidět postiženou stranu těla, noční stolek postavit k postižené straně těla, dotýkat se oslabené strany těla.

8. Bolest

Prevence bolesti polohováním, podkládáním, nepřepínáním. Vyvarovat se svěšení oslabené ruky dolů, přidržovat ji nebo zavěsit do šátkového obvazu. Používat relaxační techniky. Masírovat postižená místa mentolovou mastí.

9. Emoční problémy

Jde o normální fyziologickou reakci. Vybízet pacienta, aby o svých obavách mluvil. Musí cítit, že je cenným členem rodiny. Zapojit ho do aktivit, jako je čtení, procházky, vaření. Umožnit mu popovídat si s lidmi, kteří prodělali mozkovou příhodu. Informovat o existenci klubů sdružujících pacienty po cévní mozkové příhodě. [3]

2. Základní informace o klientce a onemocnění

2.1 Identifikační údaje

Klientka byla přeložena z interního oddělení do léčebny dlouhodobě nemocných k rehabilitaci po cévní mozkové příhodě.

Jméno a příjmení : V. N.
Rok narození: 1936
Věk: 71 let
Vzdělání: vyučena
Povolání: důchodce
Národnost: česká
Pojišťovna: 111 (VZP)
Oslovení: paní
Telefon:
Adresa:
Osoba, kterou lze kontaktovat: syn [11, 13]

Datum hospitalizace: 30. 11. 2007 překlad z interního oddělení. Klientku jsem přijala a dále ošetřovala po celou dobu hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných, a to dle rozpisu mých služeb. Plán ošetřovatelské péče je stanoven na první tři dny od přeložení z interního oddělení.

2.2 Nynější onemocnění

Klientka přeložena 30. 11. 2007 z interního oddělení k následné rehabilitaci po CMP.

2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy

Osobní anamnéza

Pacientka přivezena dne 12. 11. 2007 rychlou záchrannou službou a přijata na interní oddělení pro cévní mozkovou příhodu s levostrannou symptomatikou. Nalezena neteří doma v posteli, bez kontaktu, pomočena. Přes 20 let se léčí pro diabetes mellitus II. typu a užívá perorální antidiabetika, již dlouhou dobu má vysoký krevní tlak, prodělala běžné dětské nemoci a appendektomii v období dospívání, nekouří, alkohol nepije, dříve příležitostně, káva 2x denně, drogy neužívá. [11, 13]

Rodinná anamnéza

Rodiče zemřeli ve vysokém věku. Nebyli nijak nemocní. Má jednoho bratra. Bratr žije ve vedlejší vesnici. Jeho dcera žije ve stejné vesnici a často klientku navštěvuje a pomáhá jí .

Klientka má jednoho syna, který žije se svou rodinou v Praze. Má dvě vnoučata a jedno pravnouče. [11]

Alergická anamnéza

Negativní. [11, 13]

Sociální anamnéza

Starobní důchodce, vdova, bydlí sama, pracovala jako kuchařka v závodní jídelně. [11]

Gynekologická anamnéza

1 porod, 0 potratů, bez gynekologických problémů, poslední vyšetření asi před 10 lety.

[11, 13]

Farmakologická anamnéza

Geratam 1200 mg	1 - 1 - 0
Anopyrin 100 mg	0 - 1 - 0
Agapurin R 400 mg	1 - 0 - 1
Agen 5mg	1 - 0 - 0
Lozap 50mg	1 - 0 - 0
Zocor 20mg	0 - 0 - 1
Citalec 20mg	1 - 0 - 0
Metformin 500mg	1 - 0 - 1
Heparin forte 5000j	a 12 hodin s.c. [13]

Lékařské diagnózy

CMP ischemické etiologie s levostrannou symptomatologií

DM II. typu na PAD

Arteriální hypertenze WHO II

Dyslipoproteinémie

Stav po apendektomii

Gonartróza [13]

2.4 Status presens

Mírná dezorientace, snaží se spolupracovat, stoj a chůze nelze, levostranná hemiplegie, ameningeální, eupnoe, malhygienická, přiměřené výživy, hypohydratovaná, bez icteru a cyanosy.

Hlava:

normocefalická, pokleповě nebolestivá, výstupy V. hlavového nervu klidné, pokleslý levý ústní koutek, spojivky růžové, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé bez nystagmu, skléry bílé, zornice okrouhlé, reagují fyziologicky na osvit i korvengenci, nos a uši bez výtoků, jazyk suchý, nepovleklý, plazí ve střední čáře

Krk:

krční žíly bez zvýšené náplně, puls karotid souměrný bez šelestu, thyreoidea a uzliny nezvětšeny, šíje volná

Hrudník:

souměrný, axily volné

Plíce:

plný jasný poklep, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů

Srdce:

srdeční akce klidná, pravidelná, 2 ozvy, ohraničené

Břicho:

v úrovni hrudníku, souměrné, měkké, dobře prohmatné, poklep je diferencovaný bubínkový, palpačně nebolestivé, bez rezistence, játra s dolním okrajem žeber, slezina nezvětšena, tapottement bilaterálně negativní

Končetiny:

bez otoků a známek zánětu, pulsace hmatná na arteria poplitea bilaterálně, palpace lýtek nebolestivá, Homansovo znamení negativní, nález na kloubech a svalech odpovídá věku

[12, 13, 16]

3. Diagnosticko-terapeutická péče

3.1 Fyziologické funkce při přijetí

Klientka je při vědomí, mírně desorientovaná místem a časem. Osobou je orientovaná. TK 155/95, puls 84/min., pravidelný, tělesná teplota - 36,6 °C, glykémie měřená glukometrem 7,2 mmol/l. [11, 12, 13]

3.2 Laboratorní vyšetření

Při příjmu klientky provedena tato vyšetření:

FW - 4/18 (hodnota v normě)

KO + diferenciál - veškeré hodnoty v normě

Hemokoagulace - APTT - 23,8 s (hodnota snížena)
- ostatní hodnoty v normě [13, 16]

Biochemické vyšetření - 30. 11.

Požadované vyšetření	Naměřená hodnota	Referenční meze
Na	142,600	134 - 144 mmol/l
K	4,660	3,80 - 5,4 mmol/l
Cl	118,000	97 - 108 mmol/l
Urea	10,080	1,7 - 8,3 mmol/l
Kreatinin	100,000	58 - 96 umol/l
Kyselina močová	353,000	140 - 350 umol/l
Bilirubin přímí	0,900	0,0 - 5,1 umol/l
Bilirubin celkový	5,000	5,0 - 17,0 umol/l
ALT	0,260	0,20 - 0,60 ukat/l
AST	0,260	0,17 - 0,60 ukat/l
GMT	0,160	0,15 - 0,65 ukat/l
Alkalická fosfatáza	1,700	0,62 - 2,40 ukat/l
CRP	4,100	0,0 - 5,0 mg/l
Albumin	32,300	32,0 - 52,0 g/l
Celková bílkovina	63,400	62,0 - 85,0 g/l
A/G	1,531	0,80 - 2,00 poměr
Glukóza	8,100	3,900 - 6,100 mmol/l
HbsAg	negativní	negativní
CK	2,080	0,2 - 2,5 ukat/l
CK-MB	0,610	0,2 - 0,40 ukat/l
Myoglobin	220,000	12 - 76 ug/l
Troponin	0,100	do 1,0 ug/l
Cholesterol	5,50	3,50 - 5,20 mmol/l
HDL - cholesterol	1,20	1,45 - 3,0 mmol/l
LDL - cholesterol	3,65	1,2 - 3,4 mmol/l
Triacylglyceroly	1,55	0,8 - 2,2 mmol/l

Moč + sediment - 30. 11.

Požadované vyšetření	Naměřená hodnota	Referenční meze
pH	5,0	4,5 - 8,5 pH
bílkovina	0	do 0,1 g/den
glukóza	0	do 1,7 mmol/l
ketolátky	1	negativní
ulobirinogen	0	negativní
bilirubin	0	negativní
nitrity	0	negativní
krev	3	negativní
leukocyty	0 - 4	max 0 - 5
erytrocyty	plné pole	max 1 - 2
krystaly kyseliny močové	2	negativní

3.3 Ostatní vyšetření

CT mozku:

bez hemoragie, leukoaraiosa, suspektní ischemické změny v pontu

Rtg S+P:

rozšířené srdce, jinak věku přiměřený nález

Neurologické vyšetření:

topicky t.č. bez lateralizace susp. paleocerebell sy s posturální instabilitou, ameningeální

Sono karotid:

vlevo v ACC ztlustění intimy na 1.2 mm, vpravo dtto 0.9 mm, bez jiných morfologických změn, průtokové rychlosti v normě [13, 16]

3.4 Farmakoterapie

Geratam 1200mg, tbl., p.o., 1-1-0, Piracetamum 1200mg, (nootropikum)

Anopyrin 100mg, tbl., p.o., 0-1-0, Acidum acetylsalicylicum 100mg, (antiagregancium)

Agapurin R 400mg, tbl., p.o., 1-0-1, Pentoxyphillin 400mg, (vazodilatancium)

Agen 5mg, tbl., p.o., 1-0-0, Amlodipini besilas 5mg, (antihypertenzivum, blokátor kalciových kanálů)

Lozap 50mg, tbl., p.o., 1-0-0, Losartanum kalicum 50mg (antagonista angiotensinu II)

Zocor 20mg, tbl., p.o., 0-0-1, Simvastatinum 20mg, (inhibitor HMG-CoA reduktázy)

Citalec 20mg, tbl., p.o., 1-0-0, Citaloprami hydrobromidum 24,99mg (antidepresivum)

Metformin 500mg, tbl., p.o., 1 - 0 - 1, Metformini hydrochloridum 500mg, (PAD,
derivát biquanidu)

Heparin forte, injekční roztok, s.c., 5000j a 12 hodin, Heparinum natricum 25 000
m.j. v 1 ml injekčního roztoku, (antikoagulans) [13, 16]

3.5 Dietní režim

Dieta č. 9 - diabetická. Klientka má již přes 20 let diagnostikovaný diabetes mellitus 2. typu, proto dodržuje diabetickou dietu, která byla zvolena i při hospitalizaci. Jiná omezení nejsou nutná. [11, 13, 16]

3.6 Rehabilitace

Při překladau přetrvává levostranná hemiparéza, proto zahájena rehabilitace levostranných končetin pasivní i aktivní, polohování na lůžku, nácvik sedu, stoje a chůze. Doporučena ergoterapie a vířivka na levostranné končetiny. [11, 13]

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav klientky

4.1 Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci

Paní V. N. byla do nemocnice přivezena sanitou (RZP). Mnoho si nepamatuje, jen to, že byla unavená a šla si lehnout. Není si jistá tím, co způsobilo její nemoc. Myslí si, že neměla nosit tolik uhlí. Měla více odpočívat.

Její život se změnil, neboť nemůže ovládat končetiny na levé polovině těla a musí být hospitalizována v nemocnici. Klientka očekává, že se vrátí domů nebo zemře.

Pobyt v nemocnici je pro ni nepříjemný, neboť nikdy nestonala. Vzhledem k předchozí hospitalizaci na interním oddělení si začíná zvykat. Nedovede odhadnout, kolik času zde stráví. Nemá ani dostatek informací o léčebném režimu, ví jen, že musí cvičit.

S nemocničním řádem LDN se seznamuje. Neudává žádné specifické problémy týkající se jejího pobytu v nemocnici. [11, 12]

4.2 Základní potřeby

Dýchání

Klientka nikdy neměla potíže s dýcháním. Nikdy nekouřila. Nyní také žádné subjektivní potíže nepocituje. Objektivně nejeví známky dušnosti. Dech je 16 dechů / minutu, klidný, pravidelný, bez vedlejších fenoménů. Nemá rýmu ani kašel. [12, 13]

Výživa / Příjem tekutin

Klientka je přiměřené postavy. Při výšce 165 cm, váží 65 kg. Údaje jsou převzaté od klientky. V současnosti nelze váhu zjistit. Objektivně se jeví jako odpovídající. Její BMI dle udaných hodnot = 23,87, což je normální hodnota. Možná trochu zhubla, tak 1-2 kg. Zpočátku hospitalizace na interním oddělení neměla chuť k jídlu. Habitus normostenický. Doma jí málo a často. Sní téměř vše, není vybíravá. Již přes 20 let drží diabetickou dietu a také omezuje solení z důvodu vysokého tlaku. Používá horní i dolní zubní protézu. Sní tudíž bez potíží tuhou stravu. Je schopna se sama najíst, je však nutné stravu připravit, nakrájet. Nyní jí už více chutná, potíže s polykáním

nemá. Sliznice dutiny ústní jsou růžové bez patologického povlaku. V průběhu hospitalizace zvolena diabetická dieta, číslo 9.

Příjem tekutin se pohybuje mezi 1000-1500 ml za den. Pije obyčejnou vodu, čaj, mělto. Kávu pije 1-2x denně. Znamky dehydratace nejsou patrné. Kožní turgor přiměřený. Tekutiny si podává ze stolečku. Pije brčkem nebo má láhev s pítkem. [11, 12, 13]

Vylučování

Vyprazdňování střeva

Klientka nikdy neměla potíže s vyprazdňováním. Na stolici chodila pravidelně 1x denně, většinou po obědě. Stolice bývala normální konzistence, bez příměsí hlenu, krve. Nepoužívala žádné podpůrné vyprazdňovací prostředky, snad jen sklenici vody nalačno. Zpočátku hospitalizace na interním oddělení inkontinence stolice. Nyní se již 2. den nemůže vyprázdnit. Dle interní překládové zprávy poslední stolice 28. 11.

[11, 13]

Močení

Klientka neměla potíže s močením. Nyní je inkontinentní. Na interním oddělení měla zavedený PMK, který v den propuštění zrušen. V léčebně bude používat inkontinentní pomůcky a podložní mísu. [11, 13]

Pohyb / Udržování tělesné pohody

Lokomotorické funkce

Před přijetím do nemocnice klientka k chůzi používala hůl. Občas ji bolela kolena. Nyní není schopna chůze. Neovládá levou polovinu těla. Neví, jak to bude, snad bude ještě chodit. Na lůžku se moc pohybovat nemůže, nejde jí to. K tomu, aby se dostala do požadované polohy, potřebuje pomoc sestry. [11, 12]

Smyslové funkce

Klientka používá dioptrické brýle na čtení i na dálku. Nepamatuje si, kdy byla naposledy na oční kontrole. Slyší dobře. Klientka je rozrušená. Smyslové funkce jsou přiměřené věku. [11, 12]

Bolest / Nepohodlí / Udržování tělesné teploty

Před hospitalizací klientku občas bolela kolena. Nyní má bolest levostranných končetin, která je závislá na pohybu a poloze těla. Bolest je tupá, snesitelná, ale ví o ní. Občas se vystupňuje.

Na škále bolesti od 0 do 10 ji hodnotí číslem 3-4, při vzestupu bolesti číslem 5-6.

Lůžko jí přináší dostatečné pohodlí, dá se polohovat.

Zimu ani horko nepocítuje. Má ráda čerstvý vzduch. Tělesná teplota měřená v axile je 36,6 °C. [11, 12, 15]

Odpočinek / Spánek

Doma chodila spát kolem deváté hodiny a vstává mezi šestou a sedmou hodinou. Cítí se odpočatá. Občas si jde odpočinout i přes den, většinou po obědě.

V nemocnici se cítí být stále unavená, takže odpočívá často i přes den. V noci se občas probudí, pokud něco potřebují spolupacienti nebo je velký ruch na oddělení. Na spaní žádné léky neužívá. Většinou kouká před spaním na televizi. [11]

Udržování tělesné hygieny

Osobní péče / soběstačnost

Před hospitalizací se klientka cítila soběstačná. Potřebovala pomoci s těžšími pracemi. Drobný úklid domácnosti a vaření lehkých jídel zvládla sama. Každý den se u ní stavila neteř a pomohla jí, s čím potřebovala.

Každý víkend jí navštěvoval syn nebo vnoučata, kteří zajistili nákup potravin a ostatních věcí, větší úklid, práce kolem domu, pomohli jí vykoupat se ve vaně. Sama se do vany nedostala, umývala se v umyvadle.

Nyní je závislá na pomoci jiných. Bez pomoci zdravotnického personálu se neumyje, nevyčistí si zubní protézy, neoblékne se, což v ní vyvolává smutnou náladu.

Je schopna se sama najíst, stravu však musí mít připravenou.

Objektivně klientka působí neupraveně. Svému zevnějšku velkou váhu nepřikládá. Souhlasí s potřebou kadeřníka a celkové koupele v koupelně.

Nyní je klientka oblečena do noční košile.

V Barthelovém testu soběstačnosti (ADL) v den přijetí dosahuje 10 bodů /viz příloha č. 1/. Všechny potřebné věci a pomůcky jsou v dosahu klientky. [11, 12, 15]

Kůže

Kůže má neporušenou celistvost, v sakrální oblasti je již patrné zarudnutí z důvodů zhoršené mobility. Na ostatních částech těla je kůže spíše bledá a suchá. Na dolních končetinách se tvoří šupinky. V oblasti břicha jsou patrné malé hematomy, zřejmě následek aplikace Heparinu. V pravém podbřišku jizva po apendektomii. Dolní končetiny jsou bez otoků. Klientka nemá žádnou vyrážku ani opruzeniny. Svalový tonus je snížený na levé polovině těla.

Zhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle Waterlowovy škály /viz příloha č. 3/. Vypracováno 30. 11. 2007 v den přijetí. [12, 15, 16]

Vyvarování se nebezpečí

Klientka je plně při vědomí. Orientovaná osobou, mírně dezorientovaná časem a místem. Provedeno hodnocení pomocí MMSE (úroveň orientačně-informativních funkcí) počet bodů 19 /viz příloha č. 2/. Vypracováno 30. 11. 2007 v den přijetí.

Na noc je klientka chráněna postranicemi proti možnému pádu z lůžka. V dosažitelné vzdálenosti má umístěno signalizační zařízení.

Klientka souhlasí s postranicemi a sama se cítí bezpečněji. [11, 12, 15]

Komunikace / Vědomí

Klientka je plně při vědomí. Pouze mírná zmatenost a úzkost vzhledem k nedostatečné informovanosti.

Přes počáteční nedůvěřivost kontakt navázán rychle. Klientka je rozrušená, neboť neví kde je a co se s ní bude dít. Klientka je ráda, že se o ní někdo zajímá /viz příloha č. 6/.

[11, 12]

Duchovní potřeby / Životní hodnoty

Klientka je vyznání církve českobratrské-evangelické. Do kostela již několik let nechodí.

V současné době je pro ni nejdůležitější, aby byla opět zdravá a samostatná. Chtěla by se vrátit domů.

Další životní hodnotou je pro ní rodina, hlavně pravnouče, ze kterého se velmi raduje.

[11]

Práce na něčem / Hry nebo účast v různých formách rekreace

Fyzická a psychická aktivita

Nyní je klientka v důchodu. Dříve vařila v závodní jídelně, takže se musela otáčet. Doma má pejska, voříška. Spolu hospodařili a bylo jim dobře.

Má kamarádku, se kterou se navštěvuje. Ostatní vrstevníci jsou těžce nemocní nebo zemřeli.

Ve volném čase ráda čte, kouká na televizi, poslouchá rádio. V létě se ještě trochu starala o zahrádku.

Nyní je její pohyblivost velmi omezena. Nemá moc náladu na nějaké aktivity, snad by si poslechla rádio. Cítí se ale dost unavená, proto mnoho času odpočívá.

V oblasti psychiky je klientka úzkostná a neví jestli vše, vzhledem ke svému věku, zvládne. Cítí se být stará. Na druhou stranu tu má rodinu, na které velmi lpí. [11, 12]

Rodina / Sociální situace

Klientka žije v rodinném domě na vesnici. Má jednoho syna a dvě vnoučata. Má také jedno pravnouče.

Syn a vnoučata se střídají v návštěvách a přijíždějí vždy o víkend, neboť chodí do práce a žijí asi 50 km od klientky. Nyní se musejí postarat o pejska a dům, proto sem jezdí častěji a vždy ji navštíví v nemocnici. [11, 12]

Sociální situace

Klientka by se ráda vrátila do svého domu za svým pejskem. Neví, jestli to bude vůbec ještě možné.

Rodina jí pomáhá jak může, ale všichni chodí do práce.

Nikoho jiného nemá. [11, 12]

Učení

Klientka je hůře adaptabilní, neboť je to pro ni nová situace. Nikdy vážněji nestonala. Přes počáteční nedůvěru se však snaží spolupracovat. [11, 12]

Sexuální potřeby

Klientka prodělala 1 porod, 0 potratů a nemá žádné gynekologické problémy, Poslední vyšetření podstoupila asi před deseti lety. Nemoc nezpůsobila žádné změny v jejím partnerském vztahu, neboť je vdova a partnera nehledá. [11, 13]

Hodnocení sestrou

Mírně úzkostná a vystrašená klientka s počáteční dezorientací z důvodu nedostatečné informovanosti.

V průběhu rozhovoru odstraněna počáteční nedůvěra a klientka je ráda, že se o ní někdo zajímá.

Je vystrašená, neboť neví jak vše bude dál a zda to má vzhledem k jejímu věku ještě smysl. Není jí příjemné být v nemocnici, je to pro ní nová situace a také nerada někoho obtěžuje.

V současné době je zcela závislá na péči zdravotníků. Chybí jí domácí prostředí a klid, který doma má.

Ráda by se domů vrátila. Na svou rodinu nedá dopustit, všichni jí moc pomáhají. Těší se ze svého pravnoučete. [11, 12, 13, 15]

5. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Aktuální diagnózy

30. 11. 2007

1. Nedostatek informací z důvodu jejich neposkytnutí zdravotníky
2. Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení
3. Bolest z důvodu svalového spazmu
4. Úzkost z důvodu neznámého prostředí
5. Reflexní inkontinence z důvodu základního onemocnění
6. Deficit sebepečce v hygieně a oblékání z důvodu nervosvalového postižení

1. 12. 2007

7. Strach z důvodu nesoběstačnosti

2. 12. 2007

8. Zácpa z důvodu zhoršené mobility

Potencionální diagnózy

9. Porucha kožní integrity z důvodu snížené mobility a inkontinence

6. Plán, realizace a hodnocení

Ošetřovatelská diagnóza

1. Nedostatek informací z důvodu jejich neposkytnutí zdravotníky

Cíl

Klientka bude orientovaná

Klientka bude znát svou nemoc, prognózu, léčebný a ošetřovatelský plán, důvod hospitalizace, práva pacientů a režim oddělení

Klientka se bude aktivně účastnit léčebného a ošetřovatelského procesu

Plán

Zjistit jak je klientka orientovaná, podat informace
Povzbuzovat klientku v kladení dotazů
Vysvětlit léčebné, ošetřovatelské a rehabilitační postupy
Zapojit rodinu do aktivní spolupráce
Naslouchat klientce trpělivě
Provádět pravidelné hodnocení pokroků
Pochválit klientku za každý pokrok
Informovat členy ošetřovatelského týmu
Umožnit maximální aktivní účast na ošetřovatelských postupech

Realizace

30. 11. 2007 Zjistila jsem orientovanost klientky a doplnila jsem potřebné informace. Hovořím klidně, pomalu a srozumitelně. Jsem trpělivá a podporuji klientku v kladení dotazů. Vytvořila jsem klidnou atmosféru a zajistila, aby nás nikdo nerušil. Seznámím ji s právy pacientů a s režimem na oddělení. Provedu hodnocení psychického stavu dle MMSE.

1. 12. 2007 Informuji ostatní členy ošetřovatelského týmu. Lékař informuje klientku o důvodu hospitalizace a dalších léčebných postupech. Stále povzbuzuji klientku ke kladení dotazů a k povídání o její rodině, o tom co ráda dělá. Se členy ošetřovatelského týmu se snažíme klientku aktivně zapojovat do ošetřovatelské péče a to jak v oblasti rehabilitace, vyprazdňování, výživy, hygieny, vše jí vysvětlujeme. Klientku chválíme a povzbuzujeme.

1. 12. 2007 Hodnotíme s klientkou dosavadní pokroky. Při návštěvě rodiny informuji rodinu o povaze onemocnění a důležitosti spolupráce. Seznámím rodinu s režimem oddělení.

Hodnocení

Cíl částečně splněn. Počáteční dezorientace a nedůvěra byla odstraněna. Klientka pozitivně vnímá zájem o svou osobu. MMSE vykazuje poruchu středního stupně. Klientka se začíná ptát a sama aktivně zapojovat do ošetřovatelského procesu. Zná důvod hospitalizace, práva pacientů a režim oddělení. Začíná vidět malé pokroky a je ráda. Rodina je také edukována a jeví zájem o spolupráci. [1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

Ošetřovatelská diagnóza

2. Zhoršená mobilita z důvodu nervosvalového postižení

Cíl

Klientka se do tří dnů posadí na lůžku s dolními končetinami z lůžka

Klientka i rodina se podílí na rehabilitaci

Plán

Získat klientku ke spolupráci

Zahájit pasivní aktivizaci a po dohodě s fyzioterapeutem zahájit aktivní rehabilitaci

Podkládat postižené končetiny polštáři

Masírovat ochrnuté končetiny

Pohybovat klouby pomalým pohybem

Posazovat klientku v lůžku

Kontrolovat bolest

Noční stolek přistavit k postižené straně klientky, aby byla schopna sebeobsluhy zdravou rukou

K lůžku dát pomůcky usnadňující pohyb

Zapojit rodinu do rehabilitačního programu

Realizace

30. 11. 2007 S klientkou jsem navázala kontakt. Vysvětlila jsem jí nutnost spolupráce a význam rehabilitace. Zjistily jsme stav závislosti podle Gordonové. Je hodnocen číslem 3 - potřebuje pomoc / dohled druhé osoby i pomůcky. Seznámila jsem ji s funkcemi jejího lůžka a možnostmi samostatného polohování. Lůžko jsem vybavila hrazdičkou a žebříčkem. Ukázala jsem klientce signalizační zařízení. Stolek jsem umístila k postižené straně. Zjistila jsem stav bolesti a společně s klientkou jsme určily intenzitu bolesti na číselné škále v rozmezí od 0-10. Založila jsem polohovací plán a informovala ostatní členy týmu.

1. 12. 2007 Kontaktovala jsem rehabilitační lékařku a fyzioterapeuta. Se členy týmu plníme plán polohování a polohujeme klientku každé 3 hodiny, podkládáme postižené končetiny polštáři. Provádím pasivní rehabilitaci, masíruji ochrnuté končetiny a pohybuji postiženými klouby. Fyzioterapeut zahájil aktivní rehabilitaci. Po dohodě s lékařem byla naordinována analgetika 1/2 hodiny před rehabilitací a při bolesti (Korylan 1tbl. p.o.). Při jídle klientka sedí v lůžku.

2. 12. 2007 Pokračuje polohování každé 3 hodiny, sed v lůžku a pasivní rehabilitace. Podávání analgetik dle ordinace lékaře. Fyzioterapeut posazuje klientku na lůžku s dolními končetinami z lůžka. Při návštěvě edukována rodina a zapojena do rehabilitačního programu.

Hodnocení

Cíl byl splněn. Klientka je po požití analgetik téměř bez bolesti. Je ochotná spolupracovat. Třetí den sedí na lůžku s dolními končetinami spuštěnými z lůžka. Vydrží bez opory 10 minut, poté se cítí unavená a chce si odpočinout. Má dobrý pocit z úspěchu. Rodina má snahu se zapojit. [1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

Ošetřovatelská diagnóza

3. Bolest z důvodu svalového spazmu

Cíl

Klientka sdělí, že je bolest mírná nebo ustoupila

Plán

Zhodnotit bolest

Zahájit včasnou analgetickou léčbu ve spolupráci s lékařem

Zahájit včasnou rehabilitaci ve spolupráci s fyzioterapeutem

Kontrolovat bolest a její intenzitu

Kontrolovat bolest před rehabilitací, jídlom, vyšetřením a podat včas analgetika

Zajistit pohodlí v lůžku

Používat polštáře a podkládat postižené končetiny

Realizace

30. 11. 2007 Zhodnotila jsem bolest a spolu s klientkou jsme ji zařadily na stupnici od 0-10 číslem 3-4, při pohybu, nevhodné poloze číslem 5-6. Zjistila jsem vyvolávající příčinu. Informovala jsem klientku o možnosti užití analgetik. Klientce jsem důvěřovala a jednala s pochopením. Zjistila jsem vliv bolesti na spánek a tělesné činnosti. Podložila jsem postižené končetiny. Informuji lékaře o bolesti.

1. 12. 2007 Se členy ošetřovatelského týmu zajišťujeme pohodlí klientky v lůžku, plníme plán polohování, provádíme pasivní rehabilitaci. Naučím klientku ovládat lůžko pomocí elektrického ovladače. Kontaktuji rehabilitační lékařku a fyzioterapeuta. Dle ordinace lékaře podávám analgetika (Korylan tbl.). Analgetikum podám 1/2 hodiny před rehabilitací. Kontroluji jeho účinnost.

2. 12. 2007 Pokračuje podávání analgetik před rehabilitací, kontrola bolesti a její zařazení na stupnici od 0-10. Pokračuje polohování klienty. Snažím se o rozptýlení klientky a po domluvě s klientkou žádáme rodinu o donesení rádia.

Hodnocení

Cíl splněn. Klientka je po podání analgetik zcela bez bolesti. Na stupnici ji hodnotí číslem 1. V lůžku se cítí dobře a při nepohodlí použije signalizaci, po úpravě polohy, dochází i k úpravě bolesti. Analgetikum žádá před rehabilitací a jen 1x si žádala před spaním. Souhlasí s donesením rádia. [1, 2, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

Ošetřovatelská diagnóza

4. Úzkost z důvodu neznámého prostředí

Cíl

Klientka je schopna verbalizovat příčiny své úzkosti

Klientka projevuje zvýšené sebevědomí a chuť do života

Plán

Zjistit příčiny úzkosti od klientky i rodiny

Mluvit klidně, nespěchat, naslouchat se zájmem

Zjistit stupeň úzkosti a sledovat její projevy

Informovat klientku o léčebném režimu a nutnosti spolupráce

Podávat léky dle ordinace lékaře

Zapojit klientku do různých aktivit

Realizace

30. 11. 2007 S klientkou vedu rozhovor, vyplňuji vstupní dotazník a zjišťuji příčiny úzkosti. Mluvím klidně, nespěchám, klientku povzbuzuji k rozhovoru a otevřenosti. Používám i neverbální komunikační techniky, dotyk, pohlazení. Zjišťuji mírný stupeň úzkosti, který plyne z obavy z neznámého. Ze subjektivního hlediska má klientka pocit nejistoty, je utrápená, bezradná, neví co bude dál. Objektivně zvýšená ostražitost, uhýbání pohledem, opakované dotazy, napjatý výraz v obličeji. Dle ordinace lékaře nasazena antidepresiva (Citalec tbl.). Kontrolovány fyziologické funkce (TK, P). Klientka seznámena s režimem na oddělení.

1. 12. 2007 Informuji klientku o léčebném režimu a nutnosti spolupráce. Snažím se zjistit z čeho úzkost pramení. Podávám léky dle ordinace. Měřím TK, P a zapisuji do dekursu. Zapojuji členy týmu do dostatečného poskytování informací.

2. 12. 2007 Kontaktuji rodinné příslušníky a informuji je o nutnosti jejich podpory. Důležitosti častých návštěv a povzbuzování klientky. Hledáme s klientkou kladné motivy pro zvládnutí situace. Podávám léky dle ordinace lékaře. Měřím TK, P. Zapojuji klientku i do zájmových aktivit, poslech rádia.

Hodnocení

Cíl částečně splněn. Klientka hovoří o své úzkosti, bojí se, že to nezvládne, vzhledem ke svému věku. Neví kde je a proč tu je. Nezná další léčbu a možnosti. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí (TK 155/95, 145/80, 150/90, P 84', 76', 74') nepřekračují hraniční mez.

Po průběžných rozhovorech klientka získává pozitivní ladění, způsobené zájmem o její osobu. Začíná mluvit o věcech na kterých jí záleží. Je to především rodina a pejsek. Začíná se zajímat o dění kolem sebe a souhlasí s donesením rádia. Je ráda, když ji příbuzní navštíví. [1, 2, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

Ošetrovatelská diagnóza

5. Reflexní inkontinence z důvodu základního onemocnění

Cíl

Klientka bude umět používat pomůcky pro inkontinentní

Bude schopna kontrolovat močení

Plán

Používat pomůcky pro inkontinentní a seznámit s nimi klientku

Zajistit příjem tekutin 1500-2000 ml denně, pravidelně po 2 hodinách

Omezit příjem tekutin po 20 hodině

Zachovat intimitu při vyprazdňování

Upravit polohu při vyprazdňování

Zavést schéma vyprazdňování moče každé 3 hodiny na podložní mísu

Vést klientku, aby si uvědomovala pocity plnosti v nadbřišku

Naučit klientku používat signalizaci

Mobilizovat klientku

Udržovat dobrý stav kůže

Umožnit hygienu

Realizace

30. 11. 2007 Klientku jsem seznámila s pomůckami pro inkontinentní a použila jsem kalhotky pro inkontinentní. Vysvětlila jsem klientce nutnost dostatečného příjmu tekutin přes den a omezení na noc.

1. 12. 2007 Požádala jsem klientku, aby sledovala pocit plnosti v nadbřišku a v případě potřeby zazvonila. Mimo to jsme se členy ošetrovatelského týmu klientce podkládali podložní mísu každé 3 hodiny. Vždy byla zajištěna intimita, vhodná poloha (polosed na lůžku) a hygiena. Pro pocit jistoty měla klientka vložnou plenu. Zajistila jsem, aby lůžko i kůže klientky byly udržovány v suchu a v čistotě.

2. 12. 2007 Pokračujeme s klientkou v podkládání podložní mísy na její žádost. Mimoto používám pomůcky pro inkontinentní (přes den vložná plena, na noc inkontinentní kalhotky) a Menalind krém na ochranu kůže. Připomínám klientce důležitost pitného režimu.

Hodnocení

Cíl byl splněn částečně. Klientka zná pomůcky pro inkontinentní. Vyhovují jí více než permanentní katétr. Umí používat signalizaci při pocitu plnosti v nadbřišku a ví o důležitosti pitného režimu. Klientka 3x zazvoní při pocitu plnosti močového měchýře, vymočí se, 2x je pomočena. Na noc používá kalhotky pro inkontinentní. Močení kontroluje jen z části. [1, 2, 11, 12, 13, 15, 16]

Ošetrovatelská diagnóza

6. Deficit sebekpéče v hygieně a oblékání z důvodu nervosvalového postižení

Cíl krátkodobý

Klientka se bude cítit čistá, upravená, spokojená

Klientka se bude aktivně podílet péči o sebe

Cíl dlouhodobý

Závislost se sníží o 1 stupeň

Plán

Zjistit stav soběstačnosti a sebekpéče

Naplánovat a provádět osobní hygienu

Podporovat soběstačnost

Udržovat intimitu

Kontrolovat stav kůže

Používat podpůrné prostředky - madla

Dodržovat přiměřenou teplotu v místnosti i teplotu vody

Ponechat klientce dostatek času

Realizace

30. 11. 2007 Provedla jsem hodnocení stavu soběstačnosti a sebekpéče dle testu ADL. Test vykazuje 10 bodů. Získávám klientku ke spolupráci a naplánujeme celkovou hygienu v koupelně na následující den. Zhodnotila jsem stav kůže. Za pomoci členů ošetrovatelského týmu je provedena ranní hygiena - mytí obličeje, čištění zubních protéz, česání. Vše v lůžku. Na záda používáme masážní krém a na zarudlá místa Menalind krém. Snažíme se o dodržení intimity.

1. 12. 2007 Byla provedena celková koupel na pojízdné vaně v koupelně. Umyty vlasy. Do budoucna naplánován kadeřník. Klientka je podporována, aby se zapojila a nepostiženou končetinou pomáhala v omývání, česání, oblékání. Jsme trpěliví, nespěcháme. Dbáme na teplotu vody i teplotu v místnosti. Kůže je opět ošetřena. Nehty ostříhány.

2. 12. 2007 S klientkou jsem provedla ranní hygienu na lůžku. Podávám klientce žínku a podporuji ji v samostatném mytí. Hůře dostupné části těla omývám sama. Podám klientce hřeben a zubní kartáček. Kontroluji stav kůže. Dbám na intimitu. Pomohu s obléknutím noční košile.

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl splněn. Klientka se cítí lépe, má i lepší náladu. Snaží se zapojovat při péči o sebe, bohužel jí to jde jen velmi málo, a opět propadá úzkosti. Hodnocení soběstačnosti a sebeděče dle testu ADL je 10 bodů, což vykazuje vysokou závislost. Dlouhodobý cíl nelze hodnotit. Třetí den je ADL 15 bodů, došlo k navýšení o pět bodů, což ukazuje na malý pokrok. [1, 2, 6, 11, 12, 13, 15]

Ošetřovatelská diagnóza

7. Strach z důvodu nesoběstačnosti

Cíl

Zmírnění strachu

Klientka bude znát možnosti další pomoci a řešení situace

Plán

Odstranit negativní stimuly - bolest, inkontinenci

Zahájit včasnou rehabilitaci a ergoterapii

Pozitivně motivovat ke spolupráci

Chválit

Kontaktovat sociální pracovníci

Edukovat rodinu

Realizace

1. 12. 2007 Klientku jsem rozhovorem uklidnila a poskytla jí dostatek informací. Problém bolesti a inkontinence je již řešen. Klientka začala rehabilitovat. Podala jsem jí zevrubné informace o existenci sociálních služeb a možnosti jejich využití. Slíbila jsem jí kontaktovat sociální pracovníci. Hledali jsme pozitiva, pro která stojí za to žít.

2. 12. 2007 Probíhá rehabilitace. Klientku jsem informovala i o možnostech ergoterapie. Edukovala jsem rodinu a nabídla jim možnost setkání se sociální pracovníci. Tu jsem následně kontaktovala a domluvila společnou schůzku. Klientku jsem za každý výkon chválila.

Hodnocení

Cíl nesplněn. Klientka ještě nezná další možnosti řešení situace. Sociální pracovníce se dostaví během týdne. Strach je však zmírněn. Klientka má snahu spolupracovat, je klidnější. Obrací se na svou rodinu, která je jí velkou oporou. Má zájem o setkání se sociální pracovníci. [1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 16]

Ošetřovatelská diagnóza

8. Zácpa z důvodu zhoršené mobility

Cíl

Klientka se bude vyprazdňovat 1x denně

Plán

Informovat klientku o vhodných jídlech a tekutinách
Dokumentovat frekvenci vyprazdňování
Podporovat střevní peristaltiku
Dbát na intimitu
Při nedostatečném vyprázdnění použít šetrná laxativa

Realizace

2. 12. 2007 Poučila jsem klientku a rodinu o vhodných jídlech a tekutinách. Podávala jsem klientce převážně jogurty, mléčné zakysané výrobky, kompoty a zbytkovou stravu. Klientka má u lůžka signalizaci. Vzhledem k tomu, že již čtvrtý den nedošlo k vyprázdnění, domluvím se s klientkou a začnu s podáváním sirupu Lactulosity 3xdenně. Na zítřejší den jsme se domluvily na podání sklenice vody nalačno. Budeme pokračovat v podávání Lactulosity, popřípadě po konzultaci s lékařem doplníme další laxativa. Vše jsem zaznamenala do dekursu a informovala ostatní členy ošetřovatelského týmu.

Hodnocení

Cíl nebyl splněn. K vyprázdnění klientky nedošlo. Klientka byla poučena. Přistoupilo se k nasazení sirupu Lactulosity. Ošetřovatelský tým byl s problémem seznámen.

[1, 2, 11, 12, 13, 14, 15]

Potencionální ošetřovatelská diagnóza

9. Porucha kožní integrity z důvodu snížené mobility a inkontinence

Cíl

Nedojde k poruše integrity kůže

Plán

Zjistit stav kůže

Zjistit úroveň spolupráce a mobility

Zjistit úroveň inkontinence

Založit polohovací plán

Používat antidekubitární pomůcky

Kontrolovat a ošetřovat predilekční místa

Snižovat faktory přispívající k rozvoji kožních lézí

Realizace

30. 11. 2007 Dle Waterlowovy škály jsem zhodnotila rizikové faktory u nemocných ohrožených vznikem dekubitů. Test vykazuje 18 bodů, jedná se tedy o velmi vysoké

riziko vzniku dekubitů. Založila jsem polohovací plán a klientku jsme polohovali každé 3 hodiny.

Používáme polohovací a antidekubitární pomůcky, polštáře, podložní kolečka a antidekubitární bačkory. Informuji se o dalších onemocněních zhoršující stav kůže a hojení ran.

1. 12. 2007 Pokračujeme v polohování. Postiženou kůži ošetřujeme krémem Menalind. Lůžko udržujeme v suchu a čistotě. Klientka rehabilituje, používá inkontinentní pomůcky a začíná s vysazováním na podložní mísu. Sleduji glykemický profil pomocí glukometru a hodnoty zapisuji do karty diabetika.

2. 12. 2007 Kontroluji a hodnotím stav kůže na predilekčních místech. Polohujeme, rehabilitujeme, pokračujeme v nácviku vyprazdňovacích dovedností.

Hodnocení

Cíl splněn. Nedošlo k porušení integrity kůže. Kůže v sakrální oblasti zůstává zarudlá. Kůže na ostatních částech těla je prokrvená, spíše bledá. Hodnoty glykémie nepřesahují 10 mmol/l. [1, 2, 6, 11, 12, 13, 15, 16]

7. Edukace

Seznámit klientku s právy pacientů.

Informovat ji a její rodinu o režimu a chodu oddělení.

Ukázat klientce signalizaci a společně ji vyzkoušet.

Nabídnout možnost používání erárního oblečení a praní v prádelně léčebny.

Informovat o možnosti donesení vlastní televize, rádia či jiných věcí klientce blízkých.

Zdůraznit potřebu trpělivosti, neboť se jedná o dlouhodobou léčbu.

Vysvětlit důležitost rehabilitace.

Seznámit klientku s možností polohování lůžka.

Informovat ji o důležitosti polohování z důvodu prevence proleženin, kloubních kontraktur a jiných komplikací.

Sdělit klientce jméno rehabilitačního lékaře a fyzioterapeuta.

Vysvětlit klientce k čemu slouží hrazdička a žebříček v lůžku a jak je používat.

Naučit pacientku i rodinu správnému polohování, zejména končetin (podkládání polštáři).

Seznámit klientku a rodinu s důležitostí spolupráce s fyzioterapeutem a možností aktivně se podílet na rehabilitaci.

Naučit klientku používat pomůcky pro inkontinentní.

Vysvětlit jí výhody těchto pomůcek - lepší pohyblivost, menší riziko infekce.

Naučit klientku vyprazdňování močového měchýře.

Informovat ji o důležitosti pitného režimu (alespoň 2 litry denně) a omezení tekutin na noc.

Seznámit rodinu i klientku s existencí sociálních služeb a s možností kontaktovat sociální pracovníci.

Seznámit je s existencí klubů a sdružení pacientů po cévní mozkové příhodě.

Zdůraznit potřebu pitného režimu nejen z důvodu vyprazdňování močového měchýře, ale také jako prevence zácpy.

Poučit o vhodné stravě - mléčné zakysané výrobky, ovoce, zelenina, celozrnné pečivo.

Poučit o vhodných tekutinách - minerální voda, mléko, kefir, ovocný čaj, omezit čaj černý.

Zdůraznit důležitost čistého a suchého prádla a to jak ložního, tak civilního z důvodu prevence porušení integrity kůže.

Naučit klientku i rodinu používat vhodné ochranné prostředky na kůži.

Vysvětlit klientce i rodině význam pomoci v udržování hygieny.

Ukázat antidekubitární pomůcky a naučit se je používat.

Vysvětlit, že v případě zhoršující se bolesti je potřeba informovat ošetřovatelský personál.

Poučit klientku o možnostech řešení bolesti - úprava polohy, promasírování končetiny, podání analgetik.

Informovat o možnosti rozptýlení a lepší snesitelnosti bolesti - zapojit se do denního ruchu, číst si, poslouchat rádio, sledovat televizi.

Ujistit klientku, ale i rodinu, že úzkost je normální.

Rodinu informovat o důležitosti pomoci, snažit se klientku zapojit do drobných rozhodnutí, ale neunavovat jí přemírou informací.

Vysvětlit rodině jak je důležité, aby se klientka cítila stále potřebná a součástí rodiny.

8. Ošetrovatelský závěr a prognóza

S klientkou, která byla z počátku úzkostná a nedůvěřivá jsem navázala vcelku dobrý vztah. Začaly jsme pracovat na plánu ošetrovatelské péče a já měla pocit, že mi začíná důvěřovat. Bylo vidět, že chce věřit v lepší zítřek.

Spolu s klientkou jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a ve spolupráci s ostatními členy týmu jsme pracovali na jejich řešení.

Naším cílem je naučit klientku co největší míře soběstačnosti a navrátit ji do domácího prostředí.

Klientku i rodinu jsme seznámili s tím, že jsme na začátku dlouhé cesty. Avšak v prvních dnech nám tuto cestu stěžovaly strach a úzkost.

Obě strany jsme podporovali v trpělivosti a snažili se je získat pro spolupráci.

Nešetřilo se slovy chvály a podpory. Zaznamenával se každý, byť sebemenší pokrok.

Snažili jsme se dosáhnout toho, aby se naše klientka chtěla uzdravit a vrátit do plnohodnotného života a měla zase pro co žít a mohla se radovat z každého dne.

Myslím si, že v tomto případě jsme v počáteční fázi uspěli a klientka má reálnou šanci vše zvládnout.

Samozřejmě, že došlo i na informace o dalších možnostech a alternativách pomoci a řešení. Proto byla kontaktována sociální pracovnice. A pro klientku to byl další člověk, který tu je pro to, aby jí pomohl.

Prognóza

Navrácení klientky do domácího prostředí bude záviset na míře dosažené soběstačnosti.

Spolupráce s rodinou se jeví velmi dobře, avšak vzhledem k pracovním povinnostem a padesátikilometrové vzdálenosti si nejsem jista, zda budou schopni poskytnout klientce potřebnou pomoc.

V současné době je klientka stále v léčebně dlouhodobě nemocných. Na prostředí si zvykla. Považuje ho za své domácí a podle toho si ho také zdobí různými výtvary z ergoterapie, kam pravidelně dochází. Rodina jí donesla slíbené rádio a také televizor.

S kolegyní na pokoji si velmi rozumí, takže zde získala ještě kamarádku.

V rehabilitaci udělala velký pokrok, přejde chodbu pomocí chodítka.

Vyprazdňuje se na pokojový klozet. Úroveň soběstačnosti dle ADL testu s odstupem dvou měsíců je 60 bodů (závislost středního stupně).

Naše úzkostná klientka je nyní veselou, milou a stále se usmívající společnicí.

V současné době má podanou žádost do domova důchodců ve vesnici, ze které pochází.

Raduje se ze své rodiny, vnoučat i pravnoučete a je ráda, že ten nelehký boj nevdala.

D. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍ ZDROJE

- [1] Červenková, E. a kolektiv autorů. Ošetrovatelské diagnózy. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-332-5
- [2] Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-294-8
- [3] Feigin, V. Cévní mozková příhoda. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
- [4] Haškovcová, H. Spoutaný život. Praha: Panorama, 1985.
- [5] Kalvach, Z., Onderková, A. Stáří. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
- [6] Marečková, J. Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1399-3
- [7] Nejedlá, M., Svobodová, H., Šafránková, A. Ošetrovatelství IV/1. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-032-6
- [8] Tyrlíková, I. Neurologie pro sestry. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-287-6
- [9] *Cévní mozkové příhody v PNP* [online]. Dostupné z <<http://www.zzs.cz/odbtem/cmp.htm>>. Staženo 9. 12. 2007.
- [10] KALITA, Zbyněk. *Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod* [online]. Dostupné z <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=106>>. Staženo 7. 3. 2008.
- [11] klientka - rozhovor
- [12] klientka - pozorování
- [12] dokumentace
- [14] rodina
- [15] členové ošetrovatelského týmu
- [16] lékař

E. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACC	Arteria carotis communis
ADL	Activity daily living (Barthelův test základních všedních činností)
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
BMI	Body Mass Index
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Computerised tomography
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini-mental-state-exam (Test kognitivních funkcí)
MRI	Magnetická rezonance
P	Pulz
p. o.	Perorální (podávaný ústy)
PAD	Perorální antidiabetika
PMK	Permanentní močový katetr
PRIND	Prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG S+P	Rentgenový snímek srdce a plic
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
s.c.	Subkutánní (podkožní)
sy	Syndrom
susp.	Suspektní (podezřelý)
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
tbl.	Tableta
TK	Tlak krve

F. SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Barthelův test všedních činností /ADL/
- Příloha 2 Mini mental state exam /MMSE/
- Příloha 3 Waterlowova škála - hodnocení rizikových faktorů u nemocných ohrožených vznikem dekubitů
- Příloha 4 Karta diabetika
- Příloha 5 Osobní riziko iktu [3]
- Příloha 6 Desatero komunikace se seniory [5]
- Příloha 7 Vstupní ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče