UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ÚSTAV TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

Závěrečná bakalářská práce

OŠETŘOVATELSKÁ KASUISTIKA NEMOCNÉ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Věra Straková

Kombinované bakalářské studium ošetřovatelství

Květen 2006

OSNOVA :

A. ÚVOD 1

B. KLINICKÁ ČÁST 2

B.1. Charakteristika onemocnění 2
B. 2. Základní identifikační údaje 11
B. 3. Lékařská anamnéza a diagnózy 11
B. 4. Přehled provedených dg. významných vyšetření 12
B. 5. Přehled terapie 15
B. 6. Průběh hospitalizace 16

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST 17

C. 1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu 17
C. 1. 1 Biologické potřeby 17
C. 1. 2 Psychosociální potřeby 19
C. 2. Ošetřovatelské problémy 21
C. 3. Plán ošetřovatelské péče 22
C. 4. Edukace 28
C. 5. Závěr a prognóza 29

D. POUŽITÁ LITERATURA 30

E. PŘÍLOHY

A. ÚVOD

Cévní mozkové příhody jsou jednou z nejčastějších příčin smrti a nesoběstačnosti pacientů, nejen u nás ale i v ostatních státech. Jsou významným zdravotnickým a sociálně ekonomickým problémem. Postihují ve vysokém procentu lidi v nejproduktivnější fázi života. Přibližně 50 % pacientů, kteří přežijí, má trvalý neurologický deficit a víc jak 25 % vyžaduje chronickou péči.

I v našem zdravotnickém zařízení převažují pacienti s touto diagnózou. Tři příslušníci mé rodiny zemřeli na centrální mozkovou příhodu, má kolegyně zemřela na tuto nemoc ve věku padesáti jedna let. Těm už jsem pomoci nemohla, průběh nemoci byl velice rychlý.

Vysoce aktuální neustále zůstává hledání nejoptimálnějšího způsobu prevence. Je hlavní příčinou náš styl života, špatná životospráva nebo je CMP jen komplikací hlavních diagnóz jako je hypertenze či diabetes mellitus. Toto vše je neustále předmětem zkoumání. Proto jsem si vybrala pacientku s touto diagnózou. I ona je v produktivním věku, její další onemocnění je hypertenze a diabetes mellitus. Cévní mozková příhoda u ní proběhla po prožití velkého stresu, kdy jako podnikatelka zkrachovala, prožívala velké deprese, ze kterých se léčí dodnes.

B. KLINICKÁ ČÁST

B. 1. CHARAKTERISTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Vymezení pojmu

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala tuto definici:

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní neurologická dysfunkce vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku.

V běžné praxi se používá termín „iktus„ , objevuje se i anglický pojem „stroke„. Centrální mozkové příhody jsou způsobeny jednak krvácením do centrální nervové soustavy, jednak tím, že dojde k náhlé poruše zásobování mozku krví, což má za následek nedostatečný přívod kyslíku k mozkovým buňkám (ischémie). Mozek není schopen tolerovat, tak jako jiné orgány, nedostatek kyslíku a dochází k odumírání mozkových buněk – vzniká infarkt.

Subjektivní a objektivní příznaky se mohou objevit náhle nebo se mohou stupňovat během několika minut, dní, měsíců, let.

(2)

Etiologie

Hlavní příčiny vzniku CMP jsou:

- trombóza
- embolizace
- hemoragie

Ateroskleróza je hlavní faktor, který přispívá ke vzniku cévní mozkové příhody. Ve vaskulárním systému se krev za normálních okolností nesráží. Při ateroskleróze, kdy je stěna cévy nerovná v důsledku přítomnosti aterosklerotických plátů se snáze vytvářejí sraženiny krve. Sraženina krve (trombus) může ucpat část nebo celý průsvit cévy. Embolus obvykle přichází
Ze srdce nebo aorty – jedna z nejčastějších příčin bývá nitrosrdeční trombóza při fibrilaci síní. Riziko vzniku trombu se zvyšuje s přibývajícím věkem, ale hemoragie může vzniknout prakticky

kdykoliv. Krvácení obvykle vzniká, jestliže je stěna cévy stenčená a vzniká výduť (aneurysma). Ta může pod tlakem prasknout a dochází ke krvácení.

Rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku CMP je několik – přibývající věk a tím stárnoucí cévy, hypertenze, obezita a diabetes mellitus.

(2)

B. 1. 2. Klasifikace cévních mozkových příhod.

Cévní mozkové příhody jsou z 80 – 85% podmíněné ischemicky a z 15 – 20% intracerebrálním nebo subarachnoidálním krvácením.Ischemické příhody se mohou projevovat formou tranzitní ischemické ataky, reverzibilního ischemického deficitu nebo trvalým neurologickým výpadkem jako mozkový infarkt. Při tranzitní ischemické atace jde o dočasný deficit cévní etiologie, který vymizí do 24 hodin. Příznaky reverzibilního neurologického deficitu vymizí během sedmi dnů.

(3)

B. 1. 3. Diagnostika centrální mozkové příhody

Diagnostika se stanoví na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření, neurologického vyšetření, přístrojového a laboratorního vyšetření . Nejdůležitější je počítačová tomografie, arteriografie a popřípadě magnetická rezonance. Běžné vyšetření: EKG, ECHO srdce, ultrasonografie karotid, FW,KO, biochemické vyšetření a další.

(3)

B. 1. 4. Terapie

Během akutní fáze je prioritní léčba zachraňující život. Lékaři se snaží o co nejrychlejší rozpoznání, zda jde o mozkové krvácení nebo ischemickou příhodu. Některé typy krvácení se mohou řešit operativně. K medikamentózní léčbě patří léky antitrombické, tedy léky protidestičkové a antikoagulancia. Dále léky s hemoreologickým účinkem, tedy léky snižující viskozitu krve a léky chránící dosud nepoškozené nervové buňky před poškozením, léky zpevňující buněčnou membránu. Jsou to preparáty kyseliny acetylosalicylové, pentoxyfyliny a blokátory kalciových kanálů. Jakmile je pacient z lékařského hlediska stabilizovaný, měla by začít aktivní léčba. Rozhodujícím faktorem ovlivňujícím konečný stav pacienta, bez ohledu na zvolený

terapeutický postup je včasné stanovení diagnózy, intenzivní péče, prevence- léčba komplikací a včasná komplexní rehabilitace.

(3)

B. 1. 5. Účinky cévní mozkové příhody

Protože každá polovina mozku řídí a kontroluje činnost opačné strany těla, jakékoliv poškození jedné strany mozku povede k invaliditě opačné strany těla. U člověka, který utrpěl cévní mozkovou příhodu se mohou objevit následující potíže.

Ztráta normálních kontrolovaných pohybů

Změna životní funkce, kterou trpí všichni pacienti po cévní mozkové příhodě, je ztráta normálního *svalového tonu* na postižené straně. Je-li normální svalový tonus změněn, člověk nemůže provádět normální kontrolované pohyby. Svalový tonus může být zvýšený, snížený, nebo obojí. Když dojde ke zvýšení svalového tonu, hovoříme *o spasticitě* nebo *hypertonu.* Při jeho snížení ho označujeme termínem *chabost* nebo *hypotonie* (*hypotonus*).Ztráta možnosti kontrolovaného pohybu omezuje schopnost člověka provádět každodenní úkony. Může to vést k dalším sekundárním problémům. Jestliže nedojde od samého počátku ke správné léčbě, jako následek mohou vzniknout *proleženiny,* zánětlivé komplikace a zácpa. V dolní končetině může dojít ke vzniku krevních sraženin, které se mohou dostat do plic, kde způsobí plicní embolii.

(1)

Obtíže při polykání (dysfagie)

Obtíže při polykání mohou pramenit z oslabení svalů tváře, čelisti, jazyka a polykacích svalů. Pacient proto nemůže přijímat potravu , následkem bude samozřejmě hlad, oslabení organizmu a riziko aspirace (vdechnutí potravy do plic).

(1)

Inkontinence

Inkontinence močového měchýře a střeva je obvyklým jevem po cévní mozkové příhodě. Kontrola močového měchýře a střeva se zlepší a obvykle se vrátí normální funkce.

(1)

Senzorické problémy

Poškození mozku může způsobit nejen viditelnou fyzickou invaliditu, ale také **potíže vnímání a smyslového rozlišování.** Lidé po cévní mozkové příhodě proto mohou mít potíže s určením polohy končetin a pozice svého těla (například zda je ohnuté nebo vzpřímené).

V závislosti na tom, která část mozku je poškozena, se mohou u pacienta objevit také problémy s hmatem, zrakem, sluchem, řečí, čichem a rovnováhou.

(1)

Komunikační problémy

Existují dva typy komunikačních problémů, které se mohou objevit po cévní mozkové příhodě.

Potíže s používáním jazyka

Jsou důsledkem poškození jazykového centra v mozku, jsou častější u jedinců s pravostrannou hemiplegií.

Objevují se potíže v přemýšlení, mluvení či psaní vhodných slov: pacient chápe co se mu říká, ale nemůže nalézt správná slova, aby mohl komunikovat. Je to nejčastější forma komunikačních potíží. Když se člověk pokouší hovořit, může stále znovu a znovu opakovat jedno slovo nebo stejnou frázi, které postrádají význam. Lidé se slabším poškozením mohou být schopni hovořit a používat při tom samostatná slova nebo krátké fráze, ale občas mohou mít potíže s nalezením správných slov.

Objevují se potíže v chápání slov, která pronášejí či píší ostatní**:** pacient chápe pouze velmi málo z toho, co se mu říká, a proto nemůže logicky hovořit. Může být neschopný nalézt správná slova, nebo může stále opakovat jedno a to samé slovo. Může hovořit a používat slova, která postrádají význam. Toto je nejtěžší komunikační porucha.

Potíže s mluvením

Jsou důsledkem slabosti svalů používaných při mluvení a dýchání. Objevují se potíže s artikulací slov z důvodu ochablých svalů rtů, jazyka, patra a hrdla. Řeč je pomalá, monotónní a rozmazaná. Člověk může vyslovovat nesprávné zvuky nebo slova, nebo se může opakovat. Potíže s mluvením se častěji objevují u jedinců s levostrannou hemiplegií.

(1)

Faciální paréza

U některých jedinců může dojít k motorické ztrátě svalů obličeje na postižené straně. Takový člověk často vypadá zamračeně. Svaly obličeje jsou slabé. Může mít problémy se zavíráním oka, úst, se slintáním a polykáním. Jazyk může být laterálně vybočen zvýšením či snížením svalového tonu.

(1)

Sluchová porucha

Sluchová ztráta často vymizí během prvního či druhého měsíce po mozkové příhodě. Ztráta vnímání zvuků způsobuje, že člověk slyší zkresleně. Člověk nerozumí, mluví-li se na něho z postižené strany.

(1)

Zraková porucha

Z důvodu poruchy vnímání může dojít také ke zrakové poruše. Člověk vidí, ale neumí interpretovat to, co vidí. Pohyb bude na nepostižené straně zachycen a na postižené straně ignorován. Pacienta, který si je vědom tohoto nedostatku, je snadné naučit otáčet hlavu, aby tuto poruchu kompenzoval.

(1)

Psychologické a emociální problémy

Když se člověk po cévní mozkové příhodě učí vyrovnat se situací, mohou se u něho objevit deprese, úzkost či změny nálady. Může mít problémy s kontrolou svých emocí, například se může stát velice citlivým a snadno se rozčílit, rozplakat, rozesmát nebo rozkřičet. Emociální reakce na cévní mozkovou příhodu často znamenají překážku v učení se.

(3)

Problémy s chápáním

Může být postižena paměť, soustředění a prostorové chápání (například dovnitř/ven).

(1)

Sociální následky cévní mozkové příhody

Když člověk onemocní, změní se náhle celý život. Všechny dřívější vztahy se promění, promění se i postavení ve společnosti a rodině. Po cévní mozkové příhodě se mohou objevit menší či větší změny ve vztahu mezi člověkem, který utrpěl cévní mozkovou příhodu, a ostatními členy rodiny. Často také dochází ke snížení rodinných příjmů. Cévní mozková příhoda může vést k izolaci v rámci rodiny a ve společnosti .

(3)

B. 1. 6. Co se děje s člověkem po cévní mozkové příhodě?

Počáteční období mozkového šoku

Období mozkového šoku následuje okamžitě po mozkovém infarktu. Během tohoto období, které může být různě dlouhé, od několika dní až po mnoho týdnů, je svalový tonus člověka ochablý *(hypotonický)* . Pohyb na postižené straně je obtížný, ne-li nemožný. Týká se to pohybů svalů obličeje, jazyka, trupu a končetin. (1)

Fáze zotavování

Po období mozkového šoku následuje začátek fáze zotavování. Obvykle začíná mezi druhým a šestým týdnem po cévní mozkové příhodě. Fáze zotavování může postupovat ve třech různých stadiích. Doba trvání každého stadia je u každého člověka jiná, také není možné pozorovat jeho přesný začátek a konec. Často se stává, že různá místa postižené strany se nacházejí v různých stadiích.

(1)

Stadia fáze zotavování

1. Přetrvávání hypotonu (stadium ochablosti)

U některých lidí může trvat velmi dlouho. V tomto stadiu motorickou ztrátu obvykle doprovází *silná senzorická ztráta.* Paže člověka je chabá, volně visící a není možné ji udržet v prostoru kvůli svalové slabosti a nízkému tonu. Ze všech tří stadií je toto stadium nejvíce deprimující.

Jen málo lidí, kteří utrpěli cévní mozkovou příhodu, zůstane navždy ochablých a téměř vždy se objeví určitý stupeň spasticity.

(1)

2. Vývoj směrem k normálnímu tonu (stadium zotavování)

Končetiny se začínají znovu hýbat, nejprve *distální* části (ruka a paže dříve než rameno, chodidlo a noha dříve než bok). Často dochází dříve k pohybu horní končetiny. Přestože cévní mozková příhoda zničí mnoho mozkových buněk, zbývající buňky jsou schopné převzít činnost a ztracená pohyblivost je znovu obnovena. Ale mírná invalidita obvykle zůstává.

(1)

3. Vývoj směrem k hypertonu (spastické stadium)

Nejčastěji dochází k obnovení motorické funkce s vývojem směrem ke spasticitě. Nejprve dojde k obnovení *proximálních* pohybů končetin (kyčle a ramene).Dříve se objeví u dolní končetiny. Zvýšený tonus vedoucí ke spasticitě pozorujeme u mnoha svalů najednou, především u silnějších svalů těla známých jako „ antigravitační svaly „ (tj. u těch svalů, které slouží ke zvedáni těla a nesení váhy proti gravitaci). Tato vznikající spasticita u antigravitačních svalů spolu s neschopností iniciovat pohyb na postižené straně zodpovídají za asymetrii, ztrátu rotace, absenci adaptace těla na gravitaci, absenci změny pohybu a absenci obranné extenze paže.

U každého konkrétního člověka bude svalový tonus odlišný. Jeho stavem bude podmíněna kvalita pohybu následujícím způsobem:

- **silná spasticita** – pohyby jsou obtížné , ne – li nemožné, z důvodu nepřetržité svalové kontrakce
- **střední spasticita** – pohyby budou pomalé a jsou prováděny s vypětím a abnormální koordinací
- **mírná spasticita** – hrubé pohyby končetin jsou možné, zatímco jemné pohyby ruky jsou obtížné

(1)

4. Ataxie

V některých případech hemiplegie může být postiženo *cerebelum nebo cerebelární systém.* Následkem toho dochází k ataxii. Pohyby člověka se stávají nekontrolovatelné a nepřiměřené. Existují potíže při provádění a udržení přechodných poloh pohybu. Volní pokusy, kterými se pacient snaží tyto problémy řešit , způsobují intenční tremor a dysmetrii.

(1)

B. 1. 7. Faktory ovlivňující zotavení

Někteří lidé se po cévní mozkové příhodě téměř zcela zotaví, jiní mohou mít závažné potíže ještě po zbytek celého života. Existuje mnoho faktorů, které mohou výsledek ovlivnit. K nim patří:

(1)

Kvalita rehabilitační léčby

Přestože stupeň zotavení závisí na rozsahu a lokaci cévní mozkové příhody, velice ho ovlivňuje léčba poskytovaná v nemocnici a doma. Patří sem prevence a léčba komplikací, které mohou zvýšit poškození způsobené cévní mozkovou příhodou. Klíčové jsou první týdny po cévní mozkové příhodě. Během tohoto období je důležité stimulovat a využívat schopnosti člověka k jeho rehabilitaci.

(1)

Motivace pacienta a jeho rodiny

Motivace jedince a podpora rodiny a přátel také určují stupeň zotavení. Člověk, který je motivován k provádění činností, jako je stravování, oblékání, umývání, používá při těchto činnostech pohyby, které napomohou zotavení. Kvalita péče a povzbuzení od členů rodiny mohou znamenat skutečný rozdíl v přístupu pacienta k léčbě.

(3)

Věk pacienta

Mladí lidé se zotavují většinou lépe než lidé, kterým je více než 60 let. To způsobují další problémy vyskytující se u starších osob (např. srdeční, oběhové, dýchací, psychologické a rodinné).

(3)

Přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby

Tyto skutečnosti negativně ovlivňují zotavení po cévní mozkové příhodě.

B. 1. 8 . Rehabilitace

Základem rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě je směr vývoje kontrolovaného pohybu: od proximálního k distálnímu

Vývojový stupeň rehabilitace: pasivní pohyb
asistovaný aktivní pohyb
aktivní pohyb
rezistenční cviky

sekvence cvičebních postupů

kontrolovaný pohyb

Léčba by měla být sestavena tak, aby brala v úvahu všechny aspekty ztrát člověka, tedy nejen motorické a senzorické ztráty, které jsou viditelnější.Rehabilitační léčba musí být prováděna v průběhu všech aspektů denního života, tak aby se stala součástí každodenní rutiny a nelze ji provádět jako izolovanou činnost dvakrát či třikrát týdně nebo při návštěvě rehabilitačního pracovníka.

(1)

B. 2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: L.S.
Oslovení: paní L.S.
Rodné číslo: -
Věk: 56 let
Vyznání: nemá
Adresa: K.
Osoba, kterou lze kontaktovat. dcera – B.M.
Pojišťovna: VZP
Povolání: prodavačka
Vzdělání: středoškolské
Národnost: česká
Datum přijetí: 9.2. 2006
Hlavní důvod přijetí: rehabilitační péče

(Ve své práci jsem zachytila první čtyři dny od příjmu na naše oddělení – od 9.2 do 12.2. 2006).

(6)

B. 3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Stav při přijetí: Pacientka přijata 9.2. 2006 po akutní cévní mozkové příhodě ischemické etiologie s dysartrií, centrální paresou n. VII a XII vpravo, plegií pravé horní končetiny a těžkou parézou pravé dolní končetiny z neurologického oddělení, kde tato diagnóza byla potvrzena vyšetřením CT a MR. Dle MR ischémie v oblasti pontu a mesencefala vlevo, dle sono a CTAG okluse v terminálním úseku levé a. vertebrális. Pacientka na neurologickém oddělení zaléčena vasoaktivy a rehabilitována. Do naší LDN přeložena pro pokračování aktivní rehabilitační péče.
TK 180/80 P 76 /min. TT 36,8

(6)

RA: otec v 67 tragicky, matka v 54 na embolii po operaci nohy

AA: neudává

GA: 2 porody, v 35 letech hysterectomii po ruptuře extrauterin. gravidity

OA: běžné dětské nemoci

DM II typu na PAD

hypertenze

v září 2005 hospitalizována psychiatrie Kosmonosy, pak Sadská pro těžkou depresi

Úrazy: 0

Operace: St. p. operaci tříselné kýly

St. p. CHE

St. p. HYE

SA: pacientka je rozvedená, ale má přítele, každý žije sám. Bydlí v pronájmu 3 + 1. Syn žije v zahraničí, dcera v místě bydliště matky.

(6)

B. 3. 1. Lékařské diagnózy

CMP s centrální parézou n. VII a XII vpravo, s plegií PHK a těžkou parézou PDK

Hypertenze

DM II typu na PAD

Smíšená hyperlipemie

Depresivní syndrom s psychotickými příznaky

St. p. CHCE

St. p. operaci tříselné kýly

St. p. HYE

(6)

B. 4. DIAGNOSTICKO TERAPEUTICKÁ PÉČE

B. 4. 1. FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

DATUM	TK	P/min	TT
9.2.	180/80	76	36,1 C
10.2.	160/80	74	36,5 C
11.2.	-	-	36,5 C
12.2.	140/80	70	36,1 C

Stav vědomí: pacientka při vědomí, plně orientovaná, spolupracuje dobře.

(6)

B. 4. 2. VYŠETŘENÍ

B. 4. 2. 1. Laboratorní vyšetření

10.2.2006 **norma**

Hematologické vyšetření(hodnoty mimo normu): Erytr. křivka 16,4% (1,6 – 15,2)

Leukocyty, erytrocyty, hemoglobin, hematokrit, differenciál v normě

Koagulační vyšetření: Quick, INR, APTT v normě

Biochemické vyšetření (hodnoty mimo normu): močovina 8,2 mmol/l (2,9 – 7,1)
GGT 3,44 ukat/l (0,12 – 0,63)
ALP 2,78 ukat/l (0,70 – 2,18)
glukóza 7,57 mmol/l (3,80 – 6,10)
cholesterol 6,72 mmol/l (2,70 – 5,20)
HDL 0,71 mmol/l (0,95 – 3,00)
LDH 5,58 mmol/l (2,20 – 3,40)

Index CHOL/HDL 9,461 (3,50)

Minerály, JT, bilirubin, vápník, fosfáty, kreatinin, kyselina močová, albumin, železo - vše v normě

Moč – chemicky, sediment(hodnoty mimo normu): pH 7,0 jedn. (4,5 – 6,0)
bílkovina 3 arb.j.
bilirubin 1 arb.j.
ketony 2 arb.j.
erytrocyty 4 arb.j.
leukocyty 2 arb.j.

(6)

11.2.2006

Biochemické vyšetření (hodnoty mimo normu): glukóza 8,20mmol/l (3,80 – 6,10)

B. 4. 2. 2. Plánované vyšetření

EKG
Glykemický profil (1x týdně)
Moč + sediment 17.2.

(6)

B. 4.2. 3. Rehabilitace

9.2.2006
- LTV na lůžku aktivní a pasivní
- dechová cvičení 2x denně
- polohování v antispastickém vzorci
- nácvik otáčení na lůžku
- nácvik sedu na lůžku
- magnetoterapie na pravé rameno

12.2.2006

- nácvik stoje u lůžka
- nácvik sedu na židli
- nácvik chůze ve vysokém chodítku

(6)

B. 5. FARMAKOTERAPIE

Injekce:

Heparin forte 5 000j. s.c. 2 x denně
(antikoagulancium , heparinum natrikum)
Nežádoucí účinky: kožní projevy, trombocytopenie

Humulin R 3x denně s.c. 14j – 12j – 10j (lidský inzulín)

Léky per os:

Anopyrin 100 mg tbl. (antiagregans, acidum acetylsalicylicum) 0 -1 – 0
Nežádoucí účinky: trávící obtíže, kožní reakce, chudokrevnost

Agen 5mg tbl. (antihypertenzivum, amplodipinum – blokátor kalciového kanálu) 1 – 0 -0
Nežádoucí účinky: únava, nauzea, bolesti hlavy, závratě

Dapril 10mg tbl. (antihypertenzivum, lisinoprilum) 0,5 – 0 – 0,5
Nežádoucí účinky: hypotenze, hypokalémie

Zocor forte 40mg tbl. (hypolipidemikum, simvastatinum) 0 – 0 – 0,5
Nežádoucí účinky: trávící potíže, bolest hlavy,slabost

Rivotril 0,5mg tbl. (antiepileptikum, clonazepamum) 0 – 0 - 1
Nežádoucí účinky: pocit únavy, změny nálady, poruchy vidění a koordinace

Zoloft 100mg tbl. (antidepresivum, sertralinum) 1 – 0,5 - 0
Nežádoucí účinky: zažívací potíže, třes, nespavost

Solian 200mg tbl. (antipsychotikum, amisulpridum) 0,5 – 0,5 - 1
Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, poruchy menstruačního cyklu, spavost

Lactulosa sirup (laxativum, lactulosum) 1lžíce – 0 – 1lžíce
Nežádoucí účinky: meteorismus, plynatost, bolesti v břiše

Augmentin 625mg 1 tbl. á 12 hod.(antibiotikum, amoxicillinum) 1 – 0 - 1
Nežádoucí účinky: kožní projevy zažívací potíže, trombocytopenie

B.6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka byla přijata do naší léčebny dlouhodobě nemocných 9.2.2006
překladem z neurologického oddělení Kolín, kam byla odvezena 30.1.2006 dcerou pro slabost a dysartrii trvající 24 hodin. Na neurologii provedeno CT, kde v úvodu bez jasného ischemického ložiska , SPECT negativní. Během dvou dnů došlo k postupnému dokončení ictu, pravostranné hemiparézy do plégie PHK, těžké parézy PDK. Magnetická rezonance prokázala ischémii v oblasti pontu a mezencefalu vlevo.

U nás proveden vstupní skrinink, naplánována individuální rehabilitační péče. Pacientka se snažila od prvního dne spolupracovat, dodržovala dietu, aktivně cvičila. První dny byla odkázána na pomoc ošetřovatelského personálu , postupně určité úkony zvládala sama. Rehabilitační pracovnice prováděla cvičení s paní S. dvakrát za dopoledne. Po obědě dostávala pacientka rotoped do lůžka na dvacet minut. Po medikamentózní stránce byla plně kompenzována,

k žádným komplikacím nedošlo. Rodina nemocnou navštěvovala pravidelně, pomáhala nám pacientku edukovat. Nálada nemocné byla většinou optimistická, pochybnosti o uzdravení nebyly v tak velké míře. Daly se zvládnout vysvětlováním a domluvami, poukazováním na ostatní pacienty, kteří byli po centrální mozkové příhodě o něco déle než paní S. a jejich pohyby už byly dokonalejší. To byl pro pacientku velmi dobrý příklad postupného uzdravování se a návratu mezi soběstačné.

Po odstranění permanentního katétru se pozvedlo sebevědomí paní S., neboť to byl další krůček k postupné soběstačnosti. Také odeslaná žádost do Chotěboře byla dobrou motivací pro pacientku. V naší léčebně paní S. vyčerpá nejdelší možnou dobu hospitalizace, aby byla schopna nácviku denních činností v rehabilitačním centru.

(4, 5, 6)

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

C. 1. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

C. 1. 1 Biologické potřeby

Dýchání

Paní S. nemá s dýcháním žádné problémy. Celý život je nekuřačka. Před onemocněním trpěla dušností při velké fyzické námaze, například při chůzi do schodů. V klidu se jí dýchá dobře, dechová frekvence je 18 dechů za minutu. Nos bez sekrece.

(4, 5)

Hydratace

Pacientka je dostatečně hydratovaná, kožní turgor je dobrý, sliznice bez známek dehydratace.Biochemické vyšetření iontů je v normě. Paní S. vypije denně přibližně 2 litry tekutin. Nejraději pije minerálky, čaj a občas mléko. Kávu a alkohol nepije. V souvislosti s onemocněním se perorální příjem tekutin výrazně nezměnil. Pacientka má k dispozici dostatek tekutin a je schopna si je sama podat.

(4, 5)

Výživa

Nemocná má při hospitalizaci dietu č.9 - diabetickou. Doma se snaží také dodržovat diabetickou dietu, ale občas si vezme něco, co nesmí. Má ráda pravou českou kuchyni, vaří si sama. Jí dostatek mléčných výrobků, ovoce i zeleniny, ale dává přednost uzeninám i když ví, že by neměla. Paní S. jí sama zatím jen jednou rukou, dutina ústní je bez poranění, pravý ústní koutek mírně pokleslý, chrup sanován.

Paní S. je obézní, udává tělesnou hmotnost 90 kg a výšku 160 cm . BMI = 35 obezita

(4, 5)

Bolest

Pacientka doma žádné bolesti neměla, nyní si stěžuje na slabost a bolest v pravé horní a dolní končetině. Bolesti se objevují hlavně při polohování na břicho a pravou stranu.

(4, 5)

Osobní hygiena

Pacientka je upoutaná na lůžko a v osobní hygieně zcela závislá na ošetřovatelské péči. Dříve byla plně soběstačná. Nemocná má z domova vlasy i nehty ostříhané na krátko, působí upraveným dojmem. Paní S. má zvýšenou potivost vzhledem ke své tělesné konstituci – pokožku má problémovou, pod prsy a ve tříslech má opruzeniny. Na břiše má strie a jizvy po operacích.

(5)

Vyprazdňování moče

Paní S. se doma vyprazdňovala bez obtíží, neudává potíže při močení. Nyní má desátý den zavedený permanentní močový katétr, moč je čirá bez zápachu.

(4, 5)

Vyprazdňování stolice

Pacientka doma mívá stolici každý druhý den. Projímadla nikdy nepoužívala, vyprazdňuje se bez obtíží. Pocit plnosti neudává.

(4)

Odpočinek a spánek

Paní S. v nemocnici v noci spí dobře i deset hodin. Přesto se odpoledne a vždy po rehabilitačním cvičení cítí unavená a chvílemi pospává. Doma přes den nikdy nespí, v noci spí

dobře, protože bere prášky na spaní. K pocitu vyspání potřebuje 8 hodin spánku, jinak se cítí unavena.

(4, 5)

Tělesná a psychická aktivita

Paní S. je zaměstnaná žena, na kterou velmi dolehly její podnikatelské aktivity, kvůli kterým skončila až na psychiatrii. Když už se vše zdálo v pořádku dolehla na ní další nemoc. Teď má velkou obavu jak vše bude dál, protože pořád nemůže plně hýbat rukou a nohou a je odkázána na péči druhých, což jí velice deprimuje. Před hospitalizací vše zvládala sama. Mezi její záliby patří čtení a sledování televize. V nemocnici si čte nahlas, aby se zlepšila v artikulaci. Ostatním pacientkám to nevadí, naopak – poslouchají. Má s sebou mobilní telefon, který se naučila ovládat levou rukou.

(4, 5)

Teplo a pohodlí

Nemocniční lůžko pacientce vyhovuje délkou i šířkou. Na lůžku má postranice, takže se nebojí, že spadne. Lůžko je vybaveno antidekubitní matrací. Teplo v pokoji je přiměřené, se spolupacientkami si bez problémů vyhovují v otázkách větrání pokoje, ale i přes to trpí paní S. zvýšenou potivostí.

(4, 5)

Sexualita

Paní S. je dvakrát rozvedená, svého druhého bývalého manžela má nyní za přítele, ale každý bydlí samostatně. Vzhledem k psychickému stavu pacientky nebyly další otázky položeny.

(4)

C. 1. 2 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Jistota a bezpečí

Pacientka se v nemocnici cítí dobře, bez obtíží se adaptovala na prostředí. Důvěřuje zdravotnickému personálu a je přesvědčena, že dostává nejlepší možnou péči a její stav se brzy zlepší. Velmi jí pomáhá kvalitní vztah s dcerou, která je pro ní oporou.

Soběstačnost

Paní S. byla před onemocněním plně soběstačná, zvládala se starat o sebe i svou domácnost. Nyní se s pravostrannou hemiparézou stala plně závislá na péči druhých. V hodnocení všedních činností podle Barthela (ADL - viz příloha č.1) získala 20 bodů, je vysoce závislá na pomoci druhých.

První dny hospitalizace byla pacientka upoutána na lůžko, zvládla si podat pití a přivolat zvonkem sestru. V oblasti osobní hygieny, jídla, změně polohy byla závislá na ošetřovatelské péči. Po psychické stránce tuto závislost zvládala dobře, i když jí bylo nepříjemné, že obtěžuje sestřičky. Občas trpěla obavou jak vše zvládne, je – li tato závislost krátkodobého charakteru nebo zůstane na obtíž svému okolí po celý zbytek svého života.

(5)

Komunikace

Paní S. byla vděčná, když jsem si s ní povídala, neboť jí čas v nemocnici lépe ubýval. Kontakt jsme spolu navázali snadno a ochotně odpovídala na mé otázky. S pacienty na pokoji si rozuměla a komunikovali mezi sebou dle svých možností.

(5)

Informace

Pacientka je o svém stavu dobře informována. Ví, že léčba je dlouhodobá a bude nutná velká dávka trpělivosti. Rehabilitační léčba bude pokračovat v rehabilitačním ústavu v Chotěboři, kam byla odeslána žádost už 2.2.2006, když ještě byla hospitalizována na neurologii.
Pacientka se těší na další následnou léčbu, věří, že bude opět plně soběstačná.

Rodina a sociální zázemí

Paní S. žije sama ve třetím patře bez výtahu. Má jednu dceru, která už má vlastní rodinu a syna žijícího trvale v cizině. S dcerou i se zetěm má výborný vztah. Oba jí pravidelně navštěvují v nemocnici i syn přijel za maminkou a nabídl finanční pomoc na zakoupení různých rehabilitačních pomůcek, aby veškerá zátěž neležela jenom na jeho vlastní sestře. I do budoucna nabídl finanční výpomoc pro maminku, která by se týkala například úpravy bytu. Financemi chce kompenzovat svoji vzdálenost od maminky a fyzickou nepřítomnost. Přítel paní S. tak často na návštěvy nechodil. Největší oporu má paní S. ve vlastní rodině.

(4, 5)

Duchovní potřeby

Paní S. není věřící. V žebříčku životních hodnot nejvýše řadí rodinu a zdraví.

C. 2. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

- Porucha soběstačnosti z důvodu porušené hybnosti pravostranných končetin projevující se neschopností samostatně se najíst, umýt, obléknout se, aktivně změnit polohu
9.2.2006

- Porucha kožní integrity pod prsy a ve tříslech z důvodu obezity a DM projevující se zarudnutím
9.2.2006

- Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko
9.2.2006

- Dysurické potíže vzhledem k zavedenému permanentnímu katetru
11.2.2006

- Riziko pádu při vstávání z lůžka a při chůzi vzhledem k poruše stability
11.2.2006

- Úzkost, strach z budoucnosti, nesoběstačnosti a závislosti na ostatních
12.2.2006

C. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE – realizace, hodnocení

Ošetřovatelská diagnóza č. 1.

Porucha soběstačnosti z důvodu porušené hybnosti pravostranných končetin projevující se **neschopností** ***samostatně se najíst, umýt, obléknout se, aktivně změnit polohu***

Ošetřovatelský cíl:

- pacientka se sama do týdne nají, umyje u lůžka, posadí
- dle Barthelova testu základních denních činností pacientka získá alespoň o 30 bodů více
- dlouhodobý cíl: pacientka chodí a je částečně soběstačná v základních denních činnostech

Plán ošetřovatelské péče:

- ohodnocení dle Barthelova testu na začátku a po týdnu ošetřování
- aktivizace nemocné, cvičení na lůžku, vertikalizace u lůžka
- spolupráce rehabilitační sestry s rodinou

Realizace

Paní S. jsem ohodnotila dle testu všedních denních činností (viz. příloha č. I) a na začátku mého ošetřování získala 20 bodů, byla tedy vysoce závislá na ošetřovatelské péči. První dva dny jsem jí myla, krmila i polohovala. Při každém kontaktu s pacientkou jsem se ji snažila motivovat k aktivitě a chválit za sebemenší pokrok. Postupně zvládala drobné úkony a byla schopná se sama najíst, umýt a posadit na lůžku. Rehabilitační sestra docházela za paní S. během dopoledne dvakrát a po obědě jednou, to dostávala do lůžka rotoped. Musela na něm šlapat první den deset minut, druhý den dvacet minut a třetí den půl hodiny. Paní S. byla velmi snaživá a dobře spolupracovala i s rehabilitační sestrou. Všechny cviky se snažila dělat velmi pilně a pečlivě. Aktivně cvičila sama na lůžku i během dne. Rehabilitační pracovnice předvedla cviky i rodině, aby mohli maminku povzbuzovat a kontrolovat při správnosti postupu při cvičení.

Hodnocení ošetřovatelské péče

Pacientka po třech dnech jedla sama, umyla se sama, posadila se na lůžku. Postupně se snižuje její závislost na ošetřovatelské péči. S pomocí se postaví u lůžka.

Paní S. byla velmi aktivní v rehabilitaci a postupně se její schopnosti v sebepéči zlepšovaly. Se zlepšováním hybnosti bylo nutné nemocnou více hlídat a nabádat, aby nepřeháněla své aktivity, aby nedošlo k pádu.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Porucha kožní integrity pod prsy a ve tříslech z důvodu obezity a DM projevující se zarudnutím

Ošetřovatelský cíl:

- defekt se do týdne vyhojí
- neporušená kůže, bez defektu
- soubor opatření, jak předcházet defektům

Plán ošetřovatelské péče:

- pravidelné prokládání opruzenin mulem s léčebným roztokem nebo mastí 2x denně při ranní a večerní hygieně, při vyhojení preventivně pudrem
- přikrývka pouze z povlaku

Realizace:

Defekty jsem ošetřovala při ranní hygieně pomocí mulových čtverců a masti Pityol a zaznamenávala do dokumentace průběh hojení. Při večerní hygieně převaz provádí sestra mající službu. Současně jsem se snažila zabránit pocení tím, že jsem jí přikrývala pouze povlakem kapny . Doporučila jsem jí bavlněné noční košile bez příměsi silonu, neboť na základě onemocnění diabetem má sklony ke vzniku mykóz, nejen svou otylostí. Na bolesti si pacientka nestěžovala. Zarudnutí defektů se během mého ošetřování postupně zmenšovalo.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Zarudnutí se postupně zmenšuje, za tři dny mého ošetřování je poloviční. Věřím tomu, že defekty budou do týdne naprosto vyhojené.

Pacientka již dostala informace jak předcházet vzniku těchto defektů, které jsou zbytečnou komplikací při jejím onemocnění.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu upoutání na lůžko

Ošetřovatelský cíl:

- pacientka bez příznaků imobilizačního syndromu

Plán ošetřovatelské péče:

- zjištění rizika vzniku komplikací – riziko vzniku dekubitů
- kůže – kontrola stavu kůže na predilekčních místech vzniku dekubitů, polohování pacienta á 2 hodiny, zabránění macerace kůže, udržování suché kůže
- vyprazdňování – dostatek tekutin, strava s obsahem vlákniny, dostatek ovoce a zeleniny, cvičení v lůžku, břišní dýchání
- dýchání – dechová rehabilitace – nafukování rukavice, Fowlerova poloha
- motorika – cvičení v lůžku, podpora soběstačnosti

Realizace:

U nemocné jsem zhodnotila riziko vzniku komplikací – dekubitů. Je zvýšené riziko komplikací, proto jsem se při ošetřování zaměřila na důslednou prevenci. I přes to, že měla paní S. v lůžku antidekubitní matraci snažila jsem se, aby co nejčastěji měnila polohu, z počátku pasivně s pomoci ošetřovatelského personálu a pak i aktivně sama. Po mytí pacientky jsem dbala na důkladné osušení kůže, aby nedošlo k maceraci.

První tři dny se paní S. v nemocnici nevyprázdnila, čtvrtý den se vyprázdnila na míse na lůžku. Pacientka se doma vyprazdňovala á 2 dny, proto v nemocnici začala užívat pravidelně Laktulozu.

Pacientka během mého ošetřování neměla problémy s vyprazdňováním.

Nemocná prováděla pravidelně dechová cvičení - nafukování rukavice, aby předešla komplikacím v dýchacích cestách.

Pacientka každý den dopoledne cvičila s rehabilitační sestrou a během odpoledne cvičila aktivně sama na lůžku, aby se co nejdříve obnovila hybnost končetin a ona mohla opustit lůžko.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacientka je bez příznaků imobilizačního syndromu.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Dysurické potíže z důvodu zavedeného permanentního močového katétru

Ošetřovatelský cíl:

- nemocná bez infekce močových cest

Plán ošetřovatelské péče:

- sledování objektivních a subjektivních příznaků nemocné
- co nejdříve obnovit fyziologické vyprazdňování moče
- podávání medikace dle ordinace lékaře
- odběr moče

Realizace:

Třetí den pobytu v našem zařízení měla pacientka potíže, stěžovala si na bolest a pálení při močení. Moč odcházela permanentním katetrem v dostatečném množství, barvy čiré, bez zápachu. Laboratorní vyšetření moče provedeno druhý den hospitalizace, dle výsledků proběhla infekce, která byla přeléčena antibiotiky, pacientka dostávala urologický čaj

Pro znovuobnovení fyziologického vylučování moče a proběhlý infekt močových cest byl pacientce čtvrtý den hospitalizace PMK odstraněn. Po dobrání antibiotik bude proveden kontrolní odběr moče.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacientka je bez dysurických bolestí a pálení při močení, příčina uroinfekce odstraněna – permanentní katétr, moč na laboratorní vyšetření bude odebrána až za tři dny.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5

Riziko pádu při vstávání z lůžka a při chůzi vzhledem k poruše stability

Ošetřovatelský cíl:

- nemocná neupadne
- nemocná chápe nutnost doprovodu

Plán ošetřovatelské péče:

- upozornit pacientku na možné riziko pádu a na nutnost přítomnosti ošetřovatelského personálu při vstávání z lůžka
- dohled a pomoc při vstávání, chůzi

Realizace:

Nemocnou jsem upozornila na nebezpečí pádu a opakovaně jsem jí upozorňovala aby nevstávala z lůžka sama. Pomáhala jsem jí při posazování na židli vedle lůžka a postavování u lůžka. Chůze kolem lůžka byla stále velmi nejistá.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Pacientka neupadla a uvědomuje si nutnost doprovodu při chůzi

Ošetřovatelská diagnóza č. 6

Úzkost, strach z nesoběstačnosti, budoucnosti a závislosti na ostatních

Ošetřovatelský cíl:

- zmírnění pocitu úzkosti a strachu

Plán ošetřovatelské péče:

- komunikace s nemocnou
- dostatek informací
- do psychické podpory zapojit i rodinu

Realizace:

Při vstupu na pokoj jsem se snažila co nejvíce komunikovat s pacientkou S., abych zmírnila její obavy o nejbližší budoucnost. Měla strach jestli se naučí znovu naprosté soběstačnosti, jestli vyjde schody až do třetího patra, zda bude moci znova pracovat. A tak jsem jí při každé příležitosti trpělivě podávala neustále informace a chválila ji za každý její pokrok v rehabilitaci. abych jí uklidnila. Poprosila jsem o spolupráci i rodinu, která slíbila si vzít maminku na víkend domů.

Hodnocení ošetřovatelské péče:

Na splnění tohoto plánu bude potřeba více času i ve spolupráci s lékařkou psychiatrie, ke které pacientka dochází už od roku 2005, neboť pani S. trpěla depresivním syndromem už před onemocněním cévní mozkovou příhodou. Tyto deprese jsou u ní léčeny medikamentózně.

C. 4 EDUKACE

Je velmi důležité stimulovat pacienta k provádění všech každodenních činností, aby se stal co nejvíce soběstačný. Člověk se musí naučit oblékat, svlékat, jíst, být soběstačný při osobní hygieně a podobně. Člověk by měl dosáhnout stupně funkční soběstačnosti nejen na chráněných místech, jako je nemocnice, ale především doma a ve společnosti.

Edukace rodiny:

Je nutné vyhnout se frustraci z nezdaru. Jakýkoliv postup v programu musí být proveden v rámci možnosti člověka. Ten by se například měl naučit nejprve udržet rovnováhu nebo být stabilní v dané poloze, než ho požádáme, aby se z této polohy pohnul. K pacientovi po cévní mozkové příhodě přistupujeme vždy z postižené strany, veškerá ošetřovatelská a pečovatelská činnost se musí odehrávat také z této strany. Při rehabilitaci po cévní mozkové příhodě je nutné používat různé stimuly (sluchové, zrakové, dotykové). Pokyny musí být krátké, funkční a podávané ze správného místa. Nekřičte na člověka. Příkazy musí být srozumitelné, pacient musí mít dostatek času na jejich pochopení. Při provádění těchto činností si osvojí normální pohybové vzory. Navíc jsou tyto činnosti důležité také pro znovunabytí smyslové ztráty. Někteří lidé potom, co utrpěli cévní mozkovou příhodu, nejsou schopni provádět jednoduché úkoly. Může se stát, že člověk není schopen vytvořit plán správné posloupnosti provedení úkolu, přestože je schopen provést jeden krok tohoto úkolu. Musíte opakovat několik kroků tohoto úkolu ve správném pořadí, dokud člověk není schopen sám je v tomto pořadí provádět. Pokaždé, když je schopen provést několik kroků ve správném pořadí , přidáme jeden krok navíc, až bude proveden celý úkol. Na prvním místě u pacientů po cévní mozkové příhodě je trpělivost a psychická podpora.

Je velmi důležité vyvarovat se frustraci ze selhání, proto jakýkoliv postup vpřed v rehabilitačním programu musí být proveden v rámci schopností pacienta. Do edukace se zapojuje rodina, přátelé, ale i skupiny se stejným postižením. Obvykle je velmi prospěšné, když člověk, který právě utrpěl cévní mozkovou příhodu, je v kontaktu s někým, kdo utrpěl cévní mozkovou příhodu před určitou dobou a je již mnohem dále v rehabilitaci a procesu zotavování.

C. 5 ZÁVĚR A PROGNÓZA

S paní S. jsem během své péče navázala velmi dobrý kontakt, nebála se mi svěřit se svými problémy. Pacientka byla velmi snaživá a přátelská. Její největší problémy spojené s poruchou hybnosti a následnou nesoběstačností se během hospitalizace výrazně změnily. Po čtyřech dnech byla schopna se sama najíst, umýt u lůžka a s pomocí se umýt v koupelně, samostatného sedu na židli u lůžka, chůze ve vysokém chodítku s doprovodem. Paní S. měla ještě problémy s udržením stability, ale snažila se vše si udělat sama a rychle, někdy až zbrkle, proto bude v následné péči velmi důležité se vyhnout pádu. Paní S. se velmi těšila do rehabilitačního centra v Chotěboři na nacvičování denních aktivit. Občas musela být ujišťována, že vše zvládne, a proto jsem jí při každém sebemenším pokroku chválila, aby nabyla jistoty a věřila, že se její stav upraví a ona se bude pohybovat s jistotou, jako před onemocněním.

Mohla se spolehnout na vlastní rodinu, která slíbila veškerou pomoc. Podle častých návštěv bych soudila, že se paní S. na vlastní děti opravdu může spolehnout.

Stav paní S. se během prvních čtyř dnů hospitalizace výrazně zlepšil. Oproti úplné závislosti na ošetřovatelské péči na začátku hospitalizace byla pacientka schopna se o sebe postarat v rámci lůžka s menší dopomocí okolí. Vzhledem k této skutečnosti je velmi pravděpodobné, že pacientka bude v budoucnu schopna se o sebe opět bez problémů starat sama. Měla by zůstat nadále pilná a snaživá.

D. POUŽITÁ LITERATURA

1. LORENZO CARRERO, *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě.* Grada – Avicenum, 2002. ISBN 80-247–0592-3

2. MÁDLOVÁ, I. a kol. *Příručka pro ošetřování pacienta.* Praha,ČAS,1994

3. ORSZÁGH, J., KÁŠ, S. *Cévní příhody mozkové.* Praha,1995. ISBN 80-901783-8-3

4. rozhovor s pacientkou

5. pozorování

6. zdravotnická dokumentace

P Ř Í L O H Y

Léčebna dlouhodobě nemocných na Vojkově
K nemocnici 83, Mukařov 251 62

Test bazálních všedních činností (ADL)
Upraveno podle Barthela

Položka	Hodnocení, počet bodů
1. Najedení, napití	sám ... 10, s pomocí X 5, neprovede ... 0
2. Oblékání	sám ... 10, s pomocí ... 5, neprovede X 0
3. Osobní hygiena	sám ... 10, s pomocí X 5, neprovede ... 0
4. Koupání	sám ... 10, s pomocí ... 5, neprovede X 0
5. Kontingence moči	kontinentní ... 10, občas inkontinentní ... 5, trvale inkontinentní X 0
6. Kontinence stolice	kontinentní ... 10, občas inkontinentní X 5 trvale inkontinentní ... 0
7. Použití WC	sám ... 10, s pomocí ...5, neprovede X 0
8. Chůze po schodech	sám ... 10, s pomocí ... 5, neprovede X 0
9. Přesun lůžko – židle nebo vozík	sám ... 15, s malou pomocí ... 10, s dopomocí, vydrží sedět X 5 neprovede ... 0
10. Chůze po rovině	více než 50m ... 15, s pomocí ... 10, na vozíku ... 5 neprovede X 0

20 327

Hodnocení

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
45 - 80 bodů závislý
nad 80 bodů závislost lehčího stupně

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetřovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetřovatelského procesu)

Jméno a příjmení *(vyplň iniciály)* L. S.

Oslovení PANÍ — Pojišťovna 111
Rodné číslo *(nevyplňuj)* — Povolání PRODAVAČKA
Věk 56 LET — Vzdělání STŘEDOŠKOLSKÉ
Vyznání ø — Národnost ČR
Adresa: KOSTELEC Č. L. — Telefon: ø
Osoba, kterou lze kontaktovat DCERA - J. H.

Datum přijetí: 9. 1. 2006
Hlavní důvod přijetí: RHB

Lékařská diagnóza:

1. AKUTNÍ CMP
2. HYPERTENZE III. st. WHO
3. DM II. TYPU NA PAD
4. SMÍŠENÁ HYPERLIPEMIE, DEPRESIVNÍ SY S PSYCHOTICKÝMI PŘÍZNAKY

Jak je nemocný informován o své diagnóze ?
Osobní anamnéza: St. p. CMP, DM II. TYPU NA PAD, OPERACE TŘ. KÝLY
2 PORODY, VE 35 L. HYSTERECTOMIE, V ZÁŘÍ 2005 - HOSP. PSYCHIATRIE
Rodinná anamnéza OTEC - +67 TRAGICKY
MATKA - +54 EMBOLIE PO OPER. NOHY

Vyšetření NEUROL. - CT, MR
ODBĚR - KO, BIOCH, MTS

Terapie HEPARIN F. 2x5000, AGEN 5 mg 1-0-0
ZOLOFT 100 mg 1-0,5-0, DAPRIL 10 mg 0,5-0-0,5
SOLIAN 200 mg 0,5-0,5-1, ZOCOR F. 20 mg 0-0-0,5
DIAPREL 30 MR 1-0-0, RIVOTRIL 0,5 mg 0-0-1
AUGMENTIN 625 mg á 12 hod, LACTULOSA 2x 1 lžíce

Nemocný má u sebe tyto léky ø

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

Obecná rizika *(zatrhni, je-li u nemocného v anamnéze)*

nikotinismus		ne	ano	pokud ano, kolik denně......................
alkoholismus		ne	ano	
drogy		ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.............
alergie :	jídlo	ne	ano	pokud ano, které................................
	léky	ne	ano	pokud ano, které................................
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co...............................

/dekubity *(změř)*
pneumonie *(změř)*

Důležité informace o stavu nemocného:...
....

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? NA ZHB, RYCHLE SE ZHORŠILA
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc ? ASI TEN VYSOKÝ TLAK
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života ? Pokud ano, jak ? ANO, NEJSEM ODKÁZANÁ NA JIN
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane ? CHCI ZASE CHODIT, HÝBAT RUKOU, BÝT
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici ? TĚŽKÉ, NAJEDNOU JE VŠE JINÉ
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? TO NEVÍM, ALE HODNĚ
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu ? SNAD ANO
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu ? ANO, MÁM TO TADY VE STOLKU
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici ? NE

upřesněte...

Stupeň soběstačnosti *(je-li porušena, změřte stupeň poruchy)*

Komunikace:

- stav vědomí	/při vědomí	somnolence	koma
- kontakt navázán	/rychle	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	/bez problémů	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	/snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

  /ano ne

  pokud ano, upřesněte........SLABOST - ŠPATNÁ SÍLA, BOLEST PHK A PDK
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

  /ano ne

  pokud ano, upřesněte........NO TA SLABOST, HŮŘ SEM [illegible]

  jak dlouho ? NEŽ JSEM UPADLA
- Na čem je vaše bolest závislá ?..........0..........
- Co jste dělal pro úlevu bolestí (obtíží) ?........0..........
- Kde pociťujete bolest?..........0..........
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?..........DÁT MI NĚCO - PRÁŠEK, INJEKCI.

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) LŮŽKO VYBAVENO ANTIDEK. MATRACÍ, PACIENTKA SPOKOJENÁ - [illegible] VÝPLŇ [illegible]

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): 0

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

  ano /ne JEN PŘI CHŮZI DO [illegible]

  pokud ano, upřesněte..........
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

  ano /ne

  pokud ano, upřesněte..........

  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 ?..........

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

DECH PRAVIDELNÝ, NOS BEZ SEKRECE

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ? ano /ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? /ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? /ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete ? ráno
  odpoledne
  večer
  kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*
PANI S. = ODKAZANA NA POMOC DRUHE OSOBY, ADL - 0 BODU
USTA, UPRAVENA

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži ? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť ? KREMETY
- Svědí vás kůže ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*
NA BŘIŠE STRIE, JIZVY - PO GYN. OPERACI CHE.
OPRUZENINY - V TŘÍSLECH A POD PRSY

5. 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.....
- Máte rozbolavělá ústa ? ano ne
  pokud ano, ruší vás to při jídle ? ano ne

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou
vyšší (o kolik ?) ASI 2 20 kg
nižší (o kolik ?).....

c) Změnila se vaše váha v poslední době ? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....

d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu ? ano ne
- Co obvykle jíte ? TO NA CO MAM CHUT, RŮZNO
- Je něco, co nejíte ? ano ne
  pokud ano, co a proč ? DUŠ. HRACH - NECHUTNA MI
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován ? ano ne
  pokud ano, upřesněte.... DIABETICKOU - OMEZENI SLADKEHO
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice ? NE
  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? ANO

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.* PACIENTKA VELMI OBEZNA, NEVYHOVUJICI V DIAB. DIETE
PORUSOVALA JI. NYNI ODKAZANA POUZE NA STRAVU NE
NICNI. JSEM POUCENA O DULEZITOSTI DIETY

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ? NEVÍM, ASI NE
  zvýšil snížil /nezměnil
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy ASI JSEM PILA CELKOVĚ MÁLO, V LÉTĚ VÍC
  kávu /čaj /nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? MLÉKO
- Kolik tekutin denně vypijete ? NEVÍM – ASI 1 L.
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? /ano ne SESTRY MĚ NUTÍ P.

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

PANI S. POBÍŽENA K HYDRATACI, PRAVIDELNĚ DOPLŇOVÁNY TEKUTINY OVOCNÝ ČAJ, OD DCERY MINERÁLNÍ VODY

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolici ? 1 x za 2 dny
- Máte obvykle /normální stolici
  zácpu
  průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? VEČER
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano /ne
  pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? /nikdy
  příležitostně
  často
  pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano /ne
  pokud ano, jak by se daly řešit ?

Objektivní hodnocení sestry:

PAC. SI ZAZVONÍ PŘI POTŘEBĚ VYPRÁZDNĚNÍ STOLICE
nepostel ?

8. 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
  pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

INKONTINENCE MOČOVÁ – ZAVEDEN PMK, CO NEJDŘÍVE EX., ABY DOŠLO K OBNOVĚ FYZIOLOG. VYPRAZDŇOVÁNÍ

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
  pokud ano, upřesněte.....NEJDE MI TO, NEPOSLOUCHÁ MĚ P. NOHA
- 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.....SMÍM CHODIT JEN S RHB SESTROU
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ?
  ano ne nevím
  pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ? ASI BUDU KULHAT, [illegible]

Objektivní hodnocení sestry: NEMŮŽU OVLÁDAT
PACIENTKA SE UDRŽÍ V SEDĚ NA LŮŽKU. POSTUPNÝ NÁCVIK [illegible] U LŮŽKA, STOJE U LŮŽKA ATD.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
  pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? ano ne
  Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? ano ne
  pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
  jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?...............

Objektivní hodnocení sestry:
SMYSLOVÉ FUNKCE BEZ POSTIŽENÍ

11. Fyzická a psychická aktivita

Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ?...VE VÝROBNĚ LAHŮDEK-P[illegible]
Máte potíže pohybovat se v domácnosti ?. ano ne
Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte....ROTOPED DO LŮŽKA, NÁCVIK [illegible]
Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
Co děláte rád ve volném čase ? ČTU, SLEDUJI TV
Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
...............TELEVIZE, ČASOPISY, KNIHY,
Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ?.......ČÍST - NAHLAS

Objektivní hodnocení sestry:
PACIENTKA JE ÚZKOSTNÁ, DOBŘE SPOLUPRACUJE. DLE POKYNŮ RHB PRA[illegible] OPRAVDU ČTE - Z ČASOPISŮ NAHLAS. SNAŽÍ SE I CVIČIT NA LŮŽKU. K DISPOZICI MÁ: ČINKU, JEŽKA, ROTOPED DO LŮŽKA

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?.....6-8
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
  pokud ano, upřesněte.....NEKDY - KDYŽ MÁM DEPRESE
- Kolik hodin obvykle spíte?..TADY ASI 10
- Usínáte obvykle těžko ? ano ne
- Budíte se příliš brzy ? ano ne
  pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže ?....STRACH, ÚZKOST CO BUDE DÁL
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát ?.....
- Berete doma léky na spaní ? ano ne
  pokud ano, které.....TEĎ SI NEVZPOMENU NA NÁZEV
- Zdřimnete si i během dne ? Jak často a jak dlouho ?....PO OBĚDĚ ASI 0,5 HOD.

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

PANI S. V NOCI SPÍ DOBŘE - BERE DLOHODOBĚ LÉKY NA SPANÍ
PŘES DEN SI OBČAS ZDŘÍMNE PO OBĚDĚ, NEŽ PŘIJDE PRÁCE

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu ?
  ano ne
  pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
  ano ne
  pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení *(podtrhni charakteristiku)*

- emocionalita	stabilní	spíše stabilní	labilní
- autoregulace	dobře se ovládá	hůře se ovládá	
- adaptabilita	přizpůsobivý	nepřizpůsobivý	
- příjem a uchování informací:	bez zkreslení	zkresleně (neúplně)	
- orientace (časem, osobou, místem)	orientován	dezorientován	
- celkové ladění	úzkostlivý / smutný / sklíčený / apatický	rozzlobený	

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete ?......SAMA
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk ?......DĚTI
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu?......DCEŘI
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu ?......JSOU SMUTNÍ, [illegible]
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat ?......ANO – DCERA
- Je na vás někdo závislý ?......UŽ NE, ALE JÁ NA DĚTECH
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit ?......TO JE TO, CO NEVÍM
- Kdo se o vás může postarat ?......JENOM DCERA, SYN ŽIJE V CIZINĚ

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

PANÍ S. BYDLÍ SAMA, [illegible] DO KLS CENTRA [illegible], PAK SE POSTARÁ DCERA – ZAJISTÍ DALŠÍ NEZBYTNOU PÉČI SPOLU S BRATREM, KTERÝ POSKYTNE HLAVNĚ FINANCE

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetřovatelské péči ......NEVÍM, ASI NE

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetřovatelskou péči

PACIENTKA JE SNAŽIVÁ, ALE OBČAS PESIMISTICKÁ, PROTOŽE [illegible] JAK RYCHLE ZOPEVNÍ RUKU A NOHU. MÁ OBAVY O BUDOUCNOST, ŽE ZŮSTANE NA OSTATNÍCH DĚTECH. STRAŠNĚ MOC SI PŘEJE [illegible], ABY MOHLA SAMA CHODIT NA WC, DO K[illegible] A UVAŘIT SI.

MÁ EXISTENČNÍ OBAVY – BUDE-LI MOCI PRACOVAT, VYJDE [illegible] AŽ DO TŘETÍHO PATRA ?

DCERA NAVŠTĚVUJE MAMINKU PRAVIDELNĚ I S MANŽELEM, JSOU [illegible] TAKÉ A SLÍBILI FINANČNÍ POMOC PRO MAMINKU.

OPRUDOVÁNÍ SE DOBŘE HOJÍ, [illegible]

Plán ošetřovatelské péče

datum	Ošetřovatelské diagnózy *aktuální a potenciální ošetřovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti*	Cíle ošetřovatelské péče *časově vymezené a měřitelné cíle*	Plánované ošetřovatelské aktivity *činnosti sester zajišťující dosažení cílů*	Hodnocení poskytnuté péče efekt *(ve vztahu k cílům)*	Datum	podpis primární sestry
9.2.	(1) DEFICIT SEBEPÉČE – z důvodu onem.	– uspokojení biopsychosociálních potřeb – pacientka se do týdne sama myje, ustýlá lůžko, posadí – za týden ošetřování získá pacientka alespoň o 10 bodů více – dlouhodobý cíl: pacientka chodí a je plně soběstačná v rozsahu domácích čin.	– hodnocení dle ADL na začátku a po týdnu ošetřování – aktivizace nemocné; pomůcky na RHB na dosah ruky – aktivní cvičení v lůžku + s RHB pracovnicí – slovní povzbuzování, pochvala za pokroky	– pacientka dle testu ADL získala 10 bodů – pacientka sama jí a umyje se, sama se staví na lůžku	9.2. 11.2.	Stl' Stl'
9.2.	(2) PORUCHA KOŽNÍ INTEGRITY – v oblasti pod prsy a ve tříslech – z důvodu obezity	– opruzy se do týdne vyhojí – dlouhodobý cíl: předcházení vzniku dalších a zabránit opruzeninám (fyziolog. stav kůže)	– větší hygiena 2x denně + léčebné masti nebo zásypy – edukace pacientky – bavlněné košile, suchá kůže	– po 3 dnech ošetřování je znatelné zlepšení	12.2.	Stl'
9.2.	(3) RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU z důvodu upoutání na lůžko – riziko vzniku dekubitů – – " – – " zácpy – – " – – " – poruchy dýchání – – " – – " – " – kontraktury	– pacientka bez příznaků imobilizačního syndromu – fyziolog. stav kůže – pac. bez projevů zácpy – fyziolog. dýchání – podpora soběstačnosti	– důkladná hygiena, kontroly stavu kůže na predilekčních místech, suchá kůže – používat antidekubitní pomůcky, polohování – dostatek tekutin, vlákniny, cvičení v lůžku – dechová RHB, vykašlávání, nakašlávání, dostatek tekutin.	– pacientka bez dekubitů – čtvrtý den hospitalizace se vyprázdnila – dechové komplikace nenastaly – pacientka aktivně cvičí	12.2.	Stl'
11.2.	(4) INFEKCE M. CEST – z důvodu zavedení PMK	– bez infekce – lab. výsledky v normě	– kolopeč do lůžka – sledování obj. + subj. příznaků nemocné – obnovit fyziolog. vyprazdňování moči – kontrola odtoku moči na zjišť. prů. polohy	– PMK odstraněn, užívala ATB		
11.2.	(5) RIZIKO PÁDU – z důvodu porušené stability	– zabránit úrazu	– dohled a pomoc ošetř. personálu při vstávání a chůzi – upozornit na možné riziko pádu bez pomoci ošetř. personálu	– pacientka užívá holi – pacientka nespadla, stále nutnost dohledu	12.2. 12.2.	Stl' Stl'
9.2.	(6) ÚZKOST A STRACH – z důvodu změny zdravotního stavu	– pacientka bez úzkosti a strachu – pacientka je vyrovnaná	– vysvětlivky, komunikace, pravidelná edukace	– efekt pouze částečný – obavy přetrvávají	12.2.	Stl'