

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

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetřovatelská kazuistika pacientky s diagnózou diabetes mellitus
Nursing casuistry of patient with diagnosis diabetes mellitus

2007/ 2008

Viktória Kavalierová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Pacientka souhlasí s poskytnutím osobních údajů pro použití v této práci.

Ve Slaném 15. 1. 2008

Podpis:

Poděkování:

Děkuji PhDr. Haně Horové za metodickou pomoc, odbornou konzultaci a připomínky při zpracování mé závěrečné práce.

OBSAH

A.	ÚVOD	6
B.	KLINICKÁ ČÁST	7
1.	Diabetes mellitus	7
2.	Základní údaje o nemocném	18
3.	Lékařská anamnéza a diagnózy.....	18
4.	Diagnostický souhrn vyšetření	20
5.	Farmakoterapie.....	23
C.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	24
1.	Ošetrovatelská anamnéza	25
1.1	Subjektivní náhled pacientky	25
1.2	Základní biologické potřeby.....	25
1.3	Psychosociální potřeby	27
1.4	Hodnocení sestrou	28
2.	Ošetrovatelské diagnózy	29
3.	Plán, realizace a hodnocení.....	30
4.	Edukace pacientky.....	37
4.1	Selfmonitoring	37
4.2	Úprava léčebného režimu.....	38
5.	ZÁVĚR	40
D.	Seznam literatury a dalších zdrojů.....	41
	Seznam zkratk.....	42
	Seznam příloh.....	44

A. Úvod

Cílem mé závěrečné práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku J. V. ve věku 26 let, která byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče s diagnózou dekompenzovaný diabetes mellitus 1. typu. Jedná se o první záchyt tohoto onemocnění. Sledovala jsem ji po dobu čtyř dnů. Z jednotky intenzivní péče byla přeložena na interní oddělení.

Při zpracování závěrečné práce jsem uplatnila zkušenosti z výkonu povolání, protože pracuji jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče interního oddělení.

Jedním z důvodů, který ovlivnil mé rozhodnutí při výběru tématu, je vysoký nárůst počtu nemocných s DM. Někteří autoři dokonce hovoří o pandemii. Toto celoživotní onemocnění přináší obrovské medicínské a sociálně-ekonomické problémy.

Dalším neméně závažným důvodem je i to, že mám i já, jako zdravotní sestra široké pole možností podílet se na dobré kompenzaci diabetika. Můžu mu v rámci edukačních aktivit pomáhat při předcházení vzniku akutních a chronických komplikací. Základem je zachovat naprosto individuální přístup k pacientovi a využít již ověřené postupy při léčbě diabetu. Podmínkou realizace léčebného a ošetrovatelského plánu je dobrá spolupráce s diabetikem, která se musí opírat o navození důvěry a rovnoprávného vztahu mezi ním a zdravotníkem.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Diabetes mellitus

1.1 Definice diabetes mellitus

Diabetes mellitus je skupinou chronických onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykémie. Vzniká v důsledku nedostatečného účinku insulinu při jeho absolutním nebo relativním nedostatku a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.⁽¹⁾

1.2 Anatomie a fyziologie slinivky břišní

Slinivka břišní (pankreas) je žláza s vnitřní i zevní sekrecí. Pankreas je velikosti zhruba 13x7x3 cm. Začíná širší hlavou (caput), pokračuje štíhlejším tělem (corpus) a končí úzkým ocasem (cauda). Hlava je uložena v duodenálním oknu, tělo se klade před páteř, obratel L2, ocas dosahuje k hilu sleziny.

Zevně sekretorická část produkuje pankreatickou šťávu, která obsahuje enzymy štěpící cukry (amylázy), bílkoviny (proteázy, trypsin) a tuky (lipázy). Pankreatickou šťávu odvádí do duodena ductus pancreaticus major, ústící spolu s choledochem na papilla Vateri.

Endokrinní složku pankreatu tvoří Langerhansovy ostrůvky, kterých je asi 1 milion a jsou rozesety v celém pankreatu. V každém ostrůvku je asi 3000 endokrinních buněk. Od exokrinní tkáně pankreatu jsou odděleny kolagenním pouzdem. Na základě rozdílné struktury a funkce se v ostrůvku rozeznávají čtyři typy buněk:

- A–buňky produkující glukagon,
- B–buňky produkující inzulín,
- D–buňky produkující somatostatin,
- PP–buňky produkující pankreatický polypeptid⁽¹⁾

Inzulín a glukagon regulují hladinu glykémie tak, aby se udržovala ve fyziologickém rozmezí 3,5 – 5,6 mmol/l.⁽¹⁰⁾

1.3 Sekrece a funkce inzulínu

Inzulín je hormon bílkovinné povahy tvořený dvěma polypeptidovými řetězci A a B, které jsou spojeny disulfidickými můstky. Řetězec A obsahuje 21 a řetězec B 30 aminokyselin. Prvním krokem v syntéze inzulínu je tvorba pre-proinzulínu v ribosomech. Ten se pak přeměňuje v endoplasmatickém retikulu na proinzulín, jenž je tvořen řetězci A a B spojenými spojovacím peptidem. Proinzulín je pak transportován do sekrečních granulí B-buněk, kde se rozštěpí na C peptid a inzulín. Proces biosyntézy inzulínu trvá přibližně 30 – 120 minut. Celková denní produkce inzulínu u zdravého člověka je asi 20 – 40 IU. Z toho polovina připadá na bazální sekreci a druhá polovina na stimulovanou sekreci inzulínu.⁽¹⁾

Hlavní funkcí inzulínu je snížit glykémii a zvýšit využití glukózy.

1. Inzulín snižuje glykémii těmito mechanismy:
 - a) zvyšuje utilizaci glukózy v játrech i ve svalích
 - b) zvyšuje tvorbu glykogenu,
 - c) zvyšuje lipogenezi
2. Snižuje katabolismus tuků a bílkovin
3. Pomáhá transportu kalia do buněk, tím snižuje kalémii a má pozitivní vliv na stabilizaci membrány buněk⁽¹⁰⁾

Klasifikace diabetes mellitus

Na základě nových poznatků v etiopatogenezi diabetu podala Americká diabetologická asociace (ADA) v r. 1997 návrh nové klasifikace a diagnostiky diabetu. Návrh byl později přijat i Mezinárodní diabetologickou federací.

Rozlišujeme:

- I. Diabetes mellitus typ 1
 - A. imunitně podmíněný
 - B. idiopatický
- II. Diabetes mellitus typ 2
- III. Ostatní specifické typy diabetu
- IV. Gestační diabetes mellitus⁽¹⁾

Hraniční poruchy glukózové homeostázy

- I. Zvýšená glykémie nalačno
- II. Porušená glukózová tolerance

Patogeneze diabetes mellitus 1. typu

Morfologickým podkladem diabetu 1. typu je postupný zánik B–buněk Langerhansových ostrůvků, jejichž ostatní endokrinní buňky zůstávají zachovány. Jedná se o autoimunitní onemocnění u predisponovaných jedinců. Dochází k selhání regulačních mechanismů tolerance, kdy vlastní molekuly exprimované na B–buňkách jsou mylně rozpoznávány jako cizí. Markery imunitní destrukce B–buněk jsou autoprotilátka proti ostrůvkům (ICA), autoprotilátka proti inzulinu (IAA), autoprotilátka proti dekarboxyláze kyseliny glutamové (GAD) a autoprotilátka proti tyrozinofosfatázám (IA–2). Tyrozinofosfatázy byly identifikovány jako dominantní cílové autoantigeny diabetiku 1. typu začínajícího náhle v dětství a v mladém věku, kdežto za hlavní autoantigen pomalu progredujícího diabetu 1. typu (LADA) se pokládá dekarboxyláza kyseliny glutamové.

Onemocnění se klinicky projeví teprve tehdy až destrukce B–buněk překročí určitou kritickou mez. Předpokládá se zánik více než 90% ostrůvků. Toto prediabetické stádium může trvat tři i více let. ⁽¹⁾

Etiologie a rizikové faktory vzniku diabetu 1. typu

Genetická predispozice sama nestačí k vyvolání autoimunitní reakce vedoucí k vzniku diabetu 1. typu. Předpokládá se účast nějakého zevního faktoru, který celou reakci spustí.

Nejpravděpodobnější je virová infekce, která má iniciační nebo přímo diabetogenní vliv. Je prokázána souvislost mezi diabetem 1. typu a onemocněním matky rubeolou v průběhu těhotenství. Mezi další viry, jimž se připisuje tento diabetogenní vliv, patří coxackie, herpetické viry, cytomagalovirus a chřipkové viry. Stykem s touto infekcí nebo jinou zevní zátěží dochází k aktivaci imunitního systému proti B–buňkám ostrůvků. Spouští se celý řetězec imunitních reakcí, zahrnujících jak buněčnou, tak látkovou imunitu. ⁽¹⁾

Klinický obraz nemoci

Klinický obraz diabetu je pestrým souborem různou měrou vyjádřených příznaků. Mezi klasické příznaky, které donutí pacienta navštívit lékaře jsou:

- Žízeň
- Polyurie

- Hubnutí při normální chuti k jídlu
- Únavnost, malátnost
- Přechodné poruchy zrakové ostrosti, poruchy vědomí až kóma, dech páchnoucí po acetonu.

Většina pacientů s těmito příznaky přijde k lékaři a diagnóza se stanoví včas. Jsou však i okolnosti, kdy pacient příznaky podcení. Ty pak mohou vést k metabolickému rozvratu. Zvláště nebezpečné jsou horečnaté stavy, průjmy a zvracení, které velkou ztrátou tekutin urychlí metabolický rozvrat dosud nepoznané cukrovky. ⁽¹⁾

Diagnostika diabetes mellitus

Diagnózu diabetu a hraničních poruch glukózové homeostázy stanovujeme na základě glykémie ve venózní plazmě nebo v plné kapilární krvi. Kritéria pro diagnózu diabetu musí být potvrzena nejméně dvakrát v různých dnech. Diabetes mellitus může být diagnostikován třemi různými způsoby:

1. Přítomnost klasických příznaků + náhodná glykémie vyšší než 11,1 mmol/l
2. Glykémie nalačno vyšší než 7 mmol/l
3. Glykémie ve 120. minutě oGTT vyšší než 11,1 mmol/l

Terapie

Cílem komplexní péče o nemocného s diabetem je umožnit nemocnému plnohodnotný aktivní život, který se kvalitativně a kvantitativně blíží co nejvíce normálu.

Dieta patří k základním léčebným prostředkům v léčbě diabetu. Výživová doporučení pro diabetiky jsou shodná s doporučeními racionální stravy pro populaci s vysokým rizikem kardiovaskulárních onemocnění.

Substituční terapie je hlavním léčebným opatřením u DM 1. typu. K dosažení optimální kompenzace je třeba podávat inzulin, a to způsobem, který co nejvíce napodobí endogenní sekreci a který je sladěn s příjmem potravy a mírou fyzické aktivity. Systémy podávání inzulinu dělíme na konvenční a intenzifikované.

Termínem konvenční léčba inzulinem označujeme léčbu, kdy nemocný aplikuje inzulin v jedné nebo ve dvou dávkách denně. Tímto režimem můžeme dosáhnout dobré kompenzace pouze u diabetiků s vlastní sekrecí inzulinu, tj. u

nemocných s diabetem 2. typu a v počátečních stádiích diabetu 1. typu, krátce po manifestaci choroby.

Intenzifikovaná léčba inzulinem znamená podávání inzulinu způsobem, který napodobuje fyziologickou sekreci inzulinu, to znamená, že hraje jeho bazální a prandiální potřebu. Prakticky tento režim znamená podávání inzulinu ve třech a více dávkách denně. To je jediný způsob léčby, který umožní dosáhnout trvale dobrou kompenzaci.

Výhody intenzifikované léčby jsou:

- Normoglykémie dosažená nízkou dávkou inzulinu
- Subjektivní pocit zdraví, bezpečí a dobrého zvládnutí choroby
- Volnější denní režim bez nutnosti úzkostlivě dodržovat pevně stanovené časy pro jídlo a s možností měnit fyzickou aktivitu.

Hlavním nežádoucím jevem intenzifikované léčby inzulinem je častější výskyt hypoglykemií. Jedná se ale o hypoglykémie lehčí a pacient, který je správně edukován a je schopen správně provádět selfmonitoring, je může dobře zvládat.

U nemocných s nevyhovující kompenzací diabetu při intenzifikované léčbě nebo u labilních pacientů, používáme k léčbě inzulinovou pumpu. Inzulinovou pumpou napodobujeme bazální a bolusovou sekreci inzulinu. Inzulin je aplikován kanylou zavedenou do podkoží břicha. Nevýhodou může být pro nemocné určité nepohodlí v souvislosti s nutností trvalého nošení přístroje. Další nevýhodou je i značná ekonomická náročnost tohoto způsobu léčby.

Další možností léčby je transplantace. V medicíně se dnes provádějí u diabetiků nejvíce kombinované alotransplantace ledvin a zatím pouze experimentálně izolovaných Langerhansových ostrůvků.

Základním pilířem léčby je především edukace pacienta, která tvoří nedílnou součást léčby inzulinem a dietou. Edukace je zaměřená na pravidla selfmonitoringu – samostatná kontrola diabetu. Pacient tak přebírá značný díl odpovědnosti za svůj zdravotní stav a stává se partnerem lékaře při léčbě. ⁽¹⁾

Inzulinové přípravky

Inzulinové přípravky určené k léčbě diabetu jsou vysoce čištěné neutrální vodné roztoky inzulinu. Vznikají nekovalentní vazbou inzulinu se zinkem. Kromě látek, které ovlivňují délku účinku inzulinu, obsahují také řadu konzervačních a stabilizujících

přísad. V současné době jsou v České republice k dispozici inzuliny lidské (humánní) a inzulínová analoga. Před nedávnem byly ještě inzuliny ze zvířecích pankreatů.

1. Lidský inzulín je polypeptid, který obsahuje 57 aminokyselin. Označujeme je zkratkou **HM**.

2. Analoga inzulínu jsou biosynteticky připravené molekuly inzulínu.

Podle rychlosti nástupu účinku, vrcholu působení a jeho trvání po s. c. aplikaci dělíme inzulíny na krátce působící a inzulíny s prodlouženou dobou účinku.

Krátce působící inzulíny jsou relativně rozpustné, čiré, neutrální roztoky bez přípravků zpomalujících absorpci. Jsou určeny k nitrožilní, subkutánní a intramuskulární aplikaci. Intravenózně je možno podávat pouze krátce působící inzulíny. Jejich účinek nastupuje za 15 – 30 minut po s. c. podání, vrcholí za 1 – 3 hodiny a trvá obvykle 4 – 6 hodin.

Ke krátce působícím inzulínům na našem trhu patří: Inzulín HMR, Humulín R, Actrapid HM, Insuman Rapid, Velosulín HM, Humalog, Novorapid, Insuman Infusat.

Inzulíny s prodlouženou dobou účinku (depotní inzulíny) jsou zkalené substance určené pouze pro subkutánní a intramuskulární aplikaci. Nelze je aplikovat nitrožilně. Jejich účinek nastupuje za 1 – 2 hodiny po subkutánním podání, vrcholí mezi 4 – 12 hodinou a trvá 12 – 16 hodin.

Patří zde Insulín HM NPH, Humulín N, Isulatard HM, Humulín L.⁽¹⁾

Velmi dlouho působící inzulíny. Začátek jejich působení je za 2 – 3 hodiny, maximální účinek za 10 - 18 hodin. Doba působení 24 – 36 hodin.

Patří zde Lantus, Humulín U, Ultratard HM.

Inhalační inzulíny jsou v současné době ve stádiu posledních klinických zkoušek. Byla prokázána bezpečnost a účinnost léčby inhalačním inzulínem.

Ve stádiu klinických zkoušek je i inzulín vhodný k perorálnímu podání. Přípravek se vstřebává v dutině ústní pod jazykem a z bukalní sliznice.

1.11 Akutní komplikace léčby

1.11.1 Hypoglykémie

Hypoglykemií zpravidla rozumíme patologický stav snížené koncentrace glukózy provázený klinickými, humorálními a biochemickými projevy. Hranice hypoglykémie se udává hodnota 3,3 mmol/l v kapilární plazmě.

Občasná hypoglykémie je prakticky nevyhnutelná u všech diabetiků léčených inzulinem. Je zpravidla asymptomatická nebo mírná a pacient si pomůže sám. Výskyt 1–2krát týdně lze považovat za normální a u diabetiků, kteří netrpí dalšími chorobami, nepředstavuje větší nebezpečí.

Příčinou hypoglykémie u diabetiků bývají nejčastěji zvýšená fyzická zátěž či vynechání pravidelného jídla, nesprávně zvolená dávka inzulinu či požití alkoholu. Hypoglykémie jsou častější u nespolupracujících pacientů, při rozvoji chronické renální insuficience, dále u pacientů při současném podávání betablokátorů a při požívání alkoholu.

Příznaky hypoglykémie jsou dvojího rázu. Porucha oxidačního metabolismu se projeví již při mírném poklesu glykémie sníženou neuropsychickou výkonností, později nevolností, bolestí hlavy, zamlženým viděním, poruchou jemné motoriky, celkovou slabostí, křečemi a později bezvědomím. Druhá skupina projevů je vyvolána aktivací sympatikoadrenálního systému a zvýšenou sekrecí adrenalinu. Dostavuje se třes, pocení, tachykardie, nervozita, hlad. Je-li vznik hypoglykémie náhlý, převládají více příznaky adrenalinové, je-li spíše postupný, jsou v popředí příznaky centrální.

Běžnou epizodu hypoglykémie by měl pacient zvládnout sám požitím 20 g volných sacharidů a v klidu počkat, až projevy ustoupí, případně přívod sacharidů opakovat po 10–15 minutách. Překročení doporučené dávky vede posléze k hyperglykémii a rozkolísání diabetu. Většina případů hypoglykemií se upravuje i bez léčby (je-li pacient sám nebo spí). Příbuzní či přátelé by měli podat koncentrovaný roztok cukru do úst. Jednodušší je aplikovat nitrosvalově 1 mg glukagonu, který by nemocní, trpící častými hypoglykemiemi, měli nosit při sobě. Lékař zpravidla podá asi 50 ml 40% glukózy nitrožilně a nemocného dále sleduje. Před podáním glukózy je vhodné glykémii na místě ověřit.

Základem prevence hypoglykémie je edukace pacienta. ⁽¹⁾

1.11.2 Hyperglykémie

Hyperglykémie sama o sobě, pokud nedosahuje závažných hodnot, nemusí mít žádné klinické příznaky. Je však vždy projevem nedostatečné kompenzace diabetu. Pokračuje-li hyperglykémie dál, přidružuje se metabolická porucha, a to ketoacidóza.
(10)

Diabetická ketoacidóza je akutní metabolickou komplikací u diabetiků 1. typu. Je charakterizována metabolickou acidózou při vzestupu hladiny ketolátek, téměř vždy významnou hyperglykémii a deficitem vody a minerálů. Hyperglykémie je příčinou osmotické diurézy vedoucí až k hypovolémii a dehydrataci nemocného. Podkladem pro vznik metabolické acidózy je zvýšená tvorba ketolátek v játrech. Mastné kyseliny, které tvoří substrát pro ketogenezi, jsou při nedostatku inzulínu zvýšenou měrou uvolňovány z tukové tkáně do krevního oběhu a transportovány do jater. Projeví se vystupňovaným pocitem žízně, polyurií, slabostí, závratí. Prohlubující se ketoacidóza se projevuje nevolností, zvracením, bolestmi břicha, extrémní dušností až poruchou vědomí.

Základ terapie ketoacidózy představuje intravenózní podávání inzulínu. Významnou součástí léčby je také úhrada deficitu tekutin a minerálů. Za nevhodnější roztok je dnes všeobecně považován izotonický roztok chloridu sodného za bedlivé kontroly stavu hydratace a intravaskulárního objemu. Od počátku je rovněž potřeba doplňovat draslík.

Hyperosmolární kóma je akutní komplikací především diabetu 2. typu s velmi vážnou prognózou. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou stavy znemožňující nemocnému dostatečný příjem vody při osmotické diuréze z narůstající hyperglykémie.

1.12 Chronické komplikace

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které po letech trvání vede k ireverzibilním změnám postihujícím v organizmu jednotlivé tkáně, z nichž se nejzávažnější abnormality vyskytují v poživu.

Dlouhodobé komplikace dělíme na specifické, kam patří diabetická mikroangiopatie reprezentovaná retinopatií, nefropatií a neuropatií a na nespecifické, což představuje makroangiopatie zahrnující ischemickou chorobu srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin a cévní mozkové příhody. Ty jsou hlavními příčinami zvýšené morbidity a mortality diabetiků v porovnání s nediabetickou populací.

Patologický proces ve stěně cévní podobně jako ve vazivu kloubů, šlach či kůže je důsledkem dlouhodobého působení změněného metabolismu při diabetu. Uvedené komplikace jsou tedy více pozdními projevy nemoci než komplikacemi v pravém slova smyslu. Proto jejich vznik i vývoj je neoddělitelně spjat s diabetem a souvisí s metabolickými odchylkami.

Primární preventivní metodou jak oddálit nebo zabránit vzniku komplikací je zabránit hyperglykemiím. Rozhodující cestou je tedy snaha o maximální kompenzaci diabetu s ohledem na daného konkrétního jedince, která znamená přiblížit se co nejvíce fyziologickému stavu normoglykémie. ⁽¹⁾

1.12.1 Diabetická nefropatie

Diabetická nefropatie je chronické progredující onemocnění ledvin charakterizované proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí. Proteinurie jako dominující znak diabetické nefropatie. Průběh diabetické nefropatie je záladný v tom, že až do stádia renální insuficience může být bez subjektivních příznaků. S postupem choroby a zvětšující se ztrátou bílkoviny močí, se může postupně rozvíjet nefrotický syndrom ještě před vznikem renální insuficience.

Nefrotický syndrom je charakterizovaný triádou: hypoalbuminémie (způsobená proteinurií), edémy (způsobené snížením onkotického tlaku plazmy) a hyperlipidémie.

Veškerá farmakoterapie musí být vždy přizpůsobena stávající úrovni renálních funkcí. Týká se to především látek vylučovaných ledvinami.

1.12.2 Diabetická retinopatie

Postižení očí patří mezi nejzávažnější komplikace diabetu. Nejobtížnějším problémem je diabetická retinopatie a na ni mnohdy bezprostředně navazující sekundární glaukom.

Průběh diabetické retinopatie dělíme do dvou stádií. Ty na sebe plynule navazují, a to na neproliferativní diabetickou retinopatii, kam patří počínající, středně pokročilá a pokročilá retinopatie, a na proliferativní retinopatie.

Léčba diabetické retinopatie zahrnuje především dobrou kompenzaci diabetu, farmakologickou léčbu, laserovou terapii a v neposlední řadě i vitrektomii. ⁽¹⁾

1.12.3 Diabetická neuropatie

Diabetická neuropatie zahrnuje řadu syndromů, které se dle převažující lokalizace dělí do dvou základních skupin a to na somatickou (periferní) a vegetativní (autonomní) neuropatii.

Periferní neuropatie symetrická distální je častou příčinou diabetické nohy. Postižený si stěžuje na nepříjemné pocity chvění, pálení, mravenčení nebo bolesti, častěji v nohou než v rukou, které se vyskytují hlavně v noci.

Přesvědčivě účinná léčba diabetické neuropatie neexistuje. Základem je metabolická kompenzace diabetu a pak symptomatická léčba, která zahrnuje tricyklická antidepresiva, dobrý efekt mají analgetika tramadolu. ⁽¹⁾

1.12.4 Diabetická makroangiopatie

Diabetická makroangiopatie je souhrnné označení pro aterosklerotické projevy na velkých tepnách diabetiků. Jejich důsledky jsou nejčastější příčinou zvýšené úmrtnosti a nemocnosti těchto pacientů.

Příčinou jsou změny průsvitu až uzávěry tepen. Klinické projevy makroangiopatie jsou velmi pestré a závisí na tom, která oblast tepenného řečiště je aterosklerózou postižena. Postiženy bývají tepny centrálního nervového systému, tepny dolních končetin a koronární tepny. Projevují se pak formou ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin nebo ischemické choroby centrálního nervového systému. ⁽¹⁾

1.13 Edukace

Edukace pochází z latinského slova educatio, což je vychovávání, výchova, pěstování. Jde vlastně o celostní výchovu člověka, která zahrnuje vzdělávání, výchovu a výcvik ve všech etapách celoživotního učení.

Edukací rozumíme výchovu pacienta k samostatnější péči o vlastní onemocnění. Cílem výchovy je, aby nemocný přebíral větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe a aby spolupráce se zdravotním týmem byla co nejlepší.

Význam edukace diabetiků je dán především tím, že:

- diabetes je onemocnění chronické, celoživotní, které vyžaduje, aby byl pacient schopen upravovat léčebný režim i mezi návštěvami lékaře, protože kompenzace se rychle mění v závislosti na vnitřních i zevních podmínkách
- diabetes je typické psychosomatické onemocnění, jehož průběh závisí nejen na faktorech biologických, ale také na psychosociálních, které lépe zvládá dobře edukovaný pacient

V edukačním procesu rozeznáváme tři fáze:

- základní (počáteční) edukace,

- specializovaná komplexní (hloubková) edukace,
- reedukace cílená (pokračující)

Mezi nejobvyklejší formy edukace patří:

- individuální edukace nebo osobní pohovor je ze všech edukací nejdůležitější a nejcennější, uplatňuje se především při zjištění diabetu a při reedukaci.
- skupinová edukace, její výhodou je časová úspora, ale také interakce mezi členy skupiny, která je někdy účinnější než pouhý vztah mezi lékařem a pacienty. ^(1,10)

Podrobněji jsem otázku edukace rozepsala v kapitole o edukaci pacientky.

2. Základní údaje o nemocné

Pacientka J. V. byla přijata na jednotku intenzivní péče s diagnózou nový záchyt diabetu mellitu 1. typu s ketoacidózou v úvodu. Pacientku jsem ošetřovala od 16. 10. 2007 do 19. 10. 2007, a to každý den v ranní směně.

Plán ošetrovatelské péče jsem stanovila na první čtyři dny po přijetí pacientky na jednotku intenzivní péče.

2.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.V.

Věk: 26 let

Stav: vdaná

Pojišťovna: 217

Vzdělání: středoškolské

Povolání: pracovnice v administrativě

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Adresa:

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel Z. V., rodiče

Oslovení: paní

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

RA: Otec žije, 50 let, diabetes mellitus v.s. typu LADA od 35 let, dále arteriální hypertenze. Matka žije, 50 let, je zdravá. Mladší sestra 23 let léčena se strumou, užívala asi Carbimazol.

OA: Anémie v dospívání, akutní cystitida s rozvojem akutní pyelonefritidy vpravo v roce 2002, pro kterou byla hospitalizována. Jiná onemocnění nejuje.

AA: Doposud negativní.

PA + SA: Pracuje v administrativě, je vdaná, bezdětná.

Abuzus: Nekouří, příležitostně si dá skleničku vína, dvě kávy denně.

GA: Menstruace od 13 let, porod 0, potraty 0.

FA: Poslední týdny užívala Anacid suspenze 4x1 sáček, občas při bolesti hlavy tabletu Brufenu.

NO: Pacientka J.V. byla přijata na jednotku intenzivní péče 16.10.2007 ve 12.30 hodin. Pacientka byla poslána obvodním lékařem k vyšetření pro progredující dyspepsii horního typu, objevující se asi 2 měsíce a spočívající ve zhoršující se pyróze, zvracení s úlevou, zejména po vínu či ovocných džusech. Zhubla za poslední 2 měsíce 5 kg. Má trvalý pocit žízně a polyurii. Má také pocit dušnosti, dle příbuzných měla cítit aceton z dechu. V příjmové ambulanci je naměřena glykémie 22 mmol/l. Pacientka je pravděpodobně gravidní (dle orientačního těhotenského testu). Poslední menstruace byla 29.8.2007.

Pacientka je při vědomí, plně orientována, spolupracující, chodící, přiměřené hydratace, normální výživy, normostenická, kůže bez eflorescencí, bez ikteru a cyanozy, lehká klidová dyspnoe.

Objektivní nález:

TK: 140/80mmHg, TF: 100/min., výška: 178 cm, hmotnost: 65,5 kg, BMI: 22,6.

Hlava: bez traumatických změn, oční štěrby symetrické, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce ++, skléry bílé, spojivky bledší, inervace n. VII intaktní, uši a nos bez sekrece, jazyk vlhký, nepovleklý, pláží středem, bukalní sliznice hraničně vlhké.

Krk: náplň krčních žil přiměřená, karotidy tepou symetricky bez šelestu, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza symetrická, nezvětšená, šije volná.

Hrudník: symetrický, bez deformit, poklep plný, jasný, v hranicích, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, bez šelestů. Mammy symetrické, bez hmatné rezistence.

Břicho: v rovině hrudníku, klidné, měkké, palpačně nebolestivé, bez rezistence, játra nezvětšená, slezina nehmatná, tapotment negativní oboustranně, ledviny nehmatné, peristaltika poslechově +, genitál bez pozoruhodností.

Končetiny: HK bez patologie, DK bez otoků, pulzace v tříselech a na nohou hmatná, akra teplá.

Neurologický nález: orientační nález bez patologie.

Lékařské diagnózy:

- Nový záchyt diabetu mellitu 1. typu s ketoacidózou, s dyspepsiemi horního typu, polydipsií, polyurií, k zahájení inzulinoterapie
- Anémie mikrocytární anamnesticky

4. Diagnostický souhrn vyšetření

4.1 Přehled hodnot sledovaných funkcí a laboratorních hodnot

16. 10. 2007

	13.00	14.00	16.00	18.00
TK	136/82	117/66	103/69	1183/58
Puls/min	87	94	94	88
Dech	28	26	22	20
Saturace O ₂	96%	97%	98%	98%
TT	37,2 °C		37,2 °C	

Glykémie

16. 10. 2007	13.00	14.00	15.00	20.00
	22 mmol/l (3,3–5,8 mmol/l)	22,1 mmol/l	20,7 mmol/l	18,1 mmol/l
17. 10. 2007	6.00	10.45	16.30	22.00
	6.9 mmol/l	15.9 mmol/l	14.7 mmol/l	11.4 mmol/l

ASTRUP	13.00	20.00
pH	7,002 (7,36 – 7,44)	7,250
pCO ₂	1,88 kPa (4,7 – 5,7)	2,77
pO ₂	9,76 kPa (8 – 13)	14,7
HCO ₃	3,4 mmol/l (20 – 28)	8,9 mmol/l
TCO ₃	-26 mmol/l (0 – 0)	-15,9
Sat. O ₂	79,4 %	96,5 %

Krevní obraz	13.00
Hb	144 g/l (120 – 160)
HT	0,419 (0,360 – 0,460)
Leu	8,7 10 ⁹ /l (4,0 – 10)

Biochemické vyšetření krve	13.00	20.00
Na	128 mmol/l (135 – 140)	128 mmol/l
K	4,4 mmol/l (3,6 – 5,3)	2,6 mmol/l
Cl	101 mmol/l (96 – 107)	105 mmol/l
urea	2,9 mmol/l ((2,5 – 6)	2,3 mmol/l
kreatinin	86 mmol/l (44 – 104)	86 mmol/l
KM	117 umol/l (140 – 350)	
CB	81 g/l (62 – 82)	
albumin	49 g/l (38 – 58)	
bilirubin	12 umol/l (5 – 17)	
ALT	0,32 ukat/l (0,10 – 0,80)	
GMT	0,20 ukat/l (0,10 – 0,50)	
AST	0,21 ukat/l (0,22 – 0,50)	
ALP	2,67 ukat/l (0,62 – 2,40)	
S-AMS	0,51 ukat/l (0,00 – 1,50)	0,67 ukat/l
Cholesterol	5,5 mmol/l (3,5 – 5,2)	
Triacylglyceridy	4,86 mmol/l (0,80 – 1,54)	
CRP	< 5 g/l (0 – 0)	
Laktát	1,7 mmol/l (0,6 – 2,4)	
HCG	<0,10 IU/l (0,10 – 2)	

FT4: 15,12 pmol/l (10 – 22)

TSH: 3,730 mIU/l (0,270 – 4,200)

Anti TG a Anti TPO v mezích normy

Moč chemicky + sediment	
bilkovina	negat.
glukóza	4 arb. j.
aceton	4 arb. j.
pH	5 (6 – 7)
erytrocyty	1 arb. j.

Hodnoty základních vitálních funkcí (TK, P, TT) jsou ve fyziologických mezích. Z biochemických vyšetření přetrvává **hypokalémie (2,8 mmol/l)**, ostatní hodnoty jsou ve fyziologických mezích.

Další pomocná vyšetření:

C peptid nalačno: **63 pmol/l (370 – 1470)**

C peptid po zátěži: **81 pmol/l**

Inzulin: **1,9 mIU/l (1,9 – 23,0)**

Anti IA-2 (tyrozinofosfatáza): **1,21 ku/l**

Anti GAD (dekarboxyláza): **29,4 ku/l**

Mikroalbuminurie: **3,7 mg/l**

B-HbA1c (glykovaný hemoglobin): **13,2 % (2,8 – 4,0)**

4.2 Zobrazovací metody

RTG srdce a plíce

17. 10. 2007

Plíce bez čerstvých ložiskových změn, úhly volné, bránice hladké. Srdce má normální tvar a velikost.

USG břicha a karotid

17. 10. 2007

Játra jsou normální velikosti a echogenity, pankreas je nepřehledný, slezina v normě. Ledviny jsou normálního tvaru a uložení, poměr parenchymu a centrálního sinu je přiměřený. Močový měchýř bez nálezu. Závěr: Nepřehledný pankreas, jinak přiměřený nález.

Oboustranně se zobrazují ACC. ACE, ACI, AV, cévy jsou přiměřeně široké, rychlostní křivky mají normální tvar.

Vyšetření očního pozadí

18.10. 2007

Dia změny neprokazují, Myopia levis bilateralis anamnesticky.

EKG vyšetření

16. 10 2007

Akce srdeční je pravidelná, sinusový rytmus, f 100/min, intervaly v normě, T pozitivní či ploché.

5. Farmakoterapie

Infuze:

16. 10. 2007 – 18. 10 2007

FR 1/1 1000 ml – Fyziologický roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid

FR ½ 500 ml – elektrolytový roztok hypotonický

R1/1 500 ml – Ringerův roztok, elektrolytový roztok, izotonický krystaloid

NaHCO₃ 8,4% 80 ml – 2x, Natrium bikarbonát

KCL 7,45% ml v infuzích – Kalium chloratum, elektrolytový roztok, přidáván do infuzních roztoků dle aktuální kalémie

MgSO₄ 10% 2 ampule v infuzích – Magnesium sulfuricum, myorelaxans, homeostatikum

Inzulin:

16. 10 2007

Inzulin Actrapid HM – krátkodobý krystalický inzulin, 50 j. + FR kontinuálně v lineárním dávkovači dle aktuální glykémie. Od 17. 10. 2007 aplikován s. c. dle profilových glykemií 4x denně.

Insulatard – depotní inzulin, podáván od 17. 10. 2007 na noc.

5.1 Dietoterapie a pohybový režim

5.1.1 Dieta

Od začátku hospitalizace byla pacientce podávána dieta č.9. Hydratace minimálně 2000 ml neslazeného čaje nebo vody.

5.1.2 Pohybový režim

Pacientka může od začátku hospitalizace s doprovodem na toaletu a do sprchy. Nemá zvláštní omezení pohybu.⁽¹³⁾

5.2 Průběh hospitalizace

Pacientka je poslána obvodním lékařem pro dyspepsie horního typu, hubnutí, trvalý pocit žízně a polyurii. Přítomen je acetonový dech. Pacientka je přijata na jednotku intenzivní péče interního oddělení 16.10.2007 ve 12.30. První výsledky potvrzují nový záchyt diabetu mellitu s rozvinutou ketoacidózu s pH 7,002.

Pacientka je léčena kontinuálním podáváním inzulínu, infuzní rehydratací se suplementací kalia. Metabolická acidóza se v průběhu 24 hodin téměř zcela upravuje. Možnost gravidity (dle slov pacientky) byla první den hospitalizace testem HCG vyloučena. Dyspepsie se v průběhu léčby také zcela upravuje.

Pacientku 4. den hospitalizace překládáme na standardní oddělení k nastavení na inzulinoterapii a k další edukaci stran selfomonitoringu.

C. Ošetřovatelská část

Podstata ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces lze charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným. Ošetřovatelský proces se odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav nebo proto, že je signalizovat neumí nebo z různých důvodů nemůže či nechce.

Ošetřovatelský proces je logický systematický přístup k celkové péči o nemocného. Je to způsob řešení praktických ošetřovatelských situací vycházejících z interakce mezi klientem a sestrou, i když zpravidla zahrnuje spolupráci s dalšími osobami, například s členy rodiny, přáteli, ale i s jinými zdravotnickými pracovníky.

Teorie ošetřovatelského procesu určuje systematickou strategii individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. Sestra musí svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se pro správnou strategii jeho ošetřování a nakonec zhodnotit efekt poskytované péče. Souběžně s poskytovanou péčí zjišťuje další informace a modifikuje nejvhodnější způsob přístupu k tomuto nemocnému.⁽¹²⁾

1. Ošetřovatelská anamnéza

Subjektivní náhled pacientky na onemocnění a hospitalizaci

Pacientka navštívila obvodního lékaře kvůli obtížím trvajícím 2 měsíce. Cítila se unavená, zhubla 5 kg. Nejvíce ji způsobovala potíže stále se stupňující pálení žáhy a následné zvracení s přechodnou úlevou. Potíže připisovala i možnému těhotenství, orientační těhotenský test byl pozitivní. Trvalý pocit žízně a časté močení ji nakonec přivádí k lékaři, který ji odesílá do nemocnice.

Je překvapená nově zjištěnou diagnózou diabetu mellitu i následným pobytem na jednotce intenzivní péče. Má strach z prostředí, ve kterém se ocitla, neví jak zvládne ztrátu soukromí. Potřebuje se dovědět co nejvíce informací o nové nemoci. Potřebuje ještě získat informace o chodu oddělení, co bude mít dovoleno a co nesmí. Velmi doufá, že se zbaví obtíží a vše se vrátí do starých kolejí.

Chtěla by, aby za ni mohly návštěvy. Také by se ráda dívala na televizi.

Základní biologické potřeby

1.2.1 Bolest, nepohodlí

Pacientka netrpí žádnými chronickými bolestmi, občas ji bolí hlava. Analgetika neužívá pravidelně, ale při bolesti hlavy si vezme Brufen, asi 1 tabletu týdně. Žádné tablety sebou nemá. Nyní ji nic nebolí, lůžko jí vyhovuje, méně již prostředí, ve kterém se ocitla. Neví, zda si zvykne na ztrátu soukromí a na prostředí intenzivní péče.

1.2.2 Dýchání

Nikdy v minulosti potíže s dýcháním neměla, překonala běžná nachlazení, nikdy vážněji nestonala. Nekouří. Posledních pár dní má pocit dušnosti, dýchá zrychleně. Manžel z ní opakovaně cítil aceton. Pacientka má dechovou frekvenci zrychlenou 28–30 dechů za minutu, dech je cítit po acetonu.

1.2.3 Osobní péče

Pacientka je celkově upravená, vkusně oblečená, oblečení je čisté. Vlasy jsou střední délky, promelírované, čisté. Nehty upravené, nalakované bílým lakem, střední délky. Pacientka je v oblasti sebezpeče zcela soběstačná. Dává přednost sprše před koupáním, je zvyklá jít do sprchy ráno a večer.

1.2.4 Kůže

Kůže pacientky je čistá bez eflorescencí, cyanózy, icteru nebo hematomů. Pacientka udává, že má suchý typ kůže a je zvyklá používat po každém sprchování tělové mléko. Vše si sebou přinesla.

1.2.5 Výživa

Pacientka upřednostňuje lehká jídla, těstoviny, jogurty. Nemá ráda vepřové maso a tučná jídla. Občas si dopřála nějakou sladkost, ale nemusela je mít. Stravu přijímá perorálně. Poslední 2 měsíce kvůli nevolnostem přijímá opravdu lehká a netučná jídla. Nemá problémy s chrupem, chrup má sanovaný, chodí na pravidelné prohlídky. Jiné problémy spojené s dutinou ústní neudává. Za poslední 2 měsíce zhubla 5 kg.

Pacientka je i přes náhlý váhový úbytek přiměřené výživy, BMI 22,6. Dodržovat potřebnou dietu jí nebude dělat problém.

1.2.6 Příjem tekutin

V době před hospitalizací pila určitě 1–2 l tekutin denně. Přednost dává nesyčeným, nebo jemně perlivým neslazeným vodám a ovocným džusům. Dává si asi dvě kávy denně, příležitostně jednu, dvě skleničku vína. Tvrdý alkohol nepije. Nemá ráda čaje, coca-colu. Poslední týdny se ale příjem zvýšil na 3–4 l, někdy možná i 5 l tekutin. Kvůli zhoršujícímu se pálení žáhy zcela vynechala ovocné džusy a víno.

Při příjmu je pacientka přiměřeně hydratována. K dispozici má dostatek tekutin.

1.2.7 Vyprazdňování stolice

Stolici má pravidelně 1x denně, obvykle večer nebo odpoledne. Stolica je formována, neudává žádné příměsi. Projímadla nepoužívá. Naposledy byla na stolici večer před hospitalizací.

1.2.8 Vyprazdňování moči

Před hospitalizací pacientka chodila velmi často močit, a to i v noci. V roce 2002 se u ní po akutní cystitidě rozvinula akutní pyelonefritida, takže má strach, aby se nemoc znovu neopakovala.

Moč je světlé barvy, časté močení je pro ni dost omezující. Jiné potíže nemá.

1.2.9 Smyslové funkce

V dubnu 2007 má nově diagnostikovanou krátkozrakost korigovanou brýlemi, které jí zcela vyhovují. Je sledována oční lékařkou. Slyší dobře.

1.2.10 Fyzická a psychická aktivita

Pacientka před hospitalizací spolu s manželem hodně jezdila na kole, občas si zašla zacvičit. Pracuje v kanceláři a pohyb má ráda. Také si ráda přečte hezkou knížku.

V současnosti nemá zvláštní pohybové omezení, byla seznámena s možností pohybu po oddělení. Také ji umožníme sledovat televizi, návštěvy kdykoli a čtení.

1.2.11 Odpočinek a spánek

Obvykle je zvyklá spát 7 – 8 hodin denně, spí dobře, léky na spaní nikdy nebrala. V poslední době se v noci budila kvůli močení. V průběhu dne je aktivní a není zvyklá odpočívat. Spát chodí kolem 22. hodiny, vstává v 6 hodin ráno. Před usnutím si ráda chvíli čte. Tady se bude bát usnout, aby něco neprovedla (napojení na monitor, infúzní léčba).

Pacientka působí unaveným dojmem.

1.2.12 Sexualita

Paní J. V. je vdaná, zatím bezdětná. Menstruaci má od 13 let, pravidelnou, naposledy měla menstruaci 29.8.2007. Antikoncepci neužívá od června 2007, chodí pravidelně ke gynekologovi. Problémy v partnerském životě neměla až na poslední 2 měsíce kvůli nevolnostem. Doufá, že se léčbou v nemocnici vše upraví. Partnera hodnotí jako velmi tolerantního.

1.3 Psychosociální potřeby

1.3.1 Bezpečí a jistota

Paní J.V. má strach z pobytu v nemocnici a hlavně z prostředí jednotky intenzivní péče. Vadí jí ztráta soukromí, není zvyklá na vážně nemocné pacienty a monitory. Má pocit, že je to s ní zlé. Zatím nikdy neměla špatnou zkušenost se zdravotnickým personálem, takže nám nemá důvod nedůvěřovat. Věří, že jí pomůžeme. Nově diagnostikovanou nemocí je zcela zaskočena. Nějaké informace má (otec je diabetik na inzulinoterapii), ale určitě ví, že to nestačí.

1.3.2 Rodina a sociální situace

Bydlí v rodinném domě spolu se svými rodiči. S manželem mají zrekonstruované celé patro s vlastním vchodem. Rodinné vztahy hodnotí jako velmi dobré. Oba s manželem pracují, kvůli hypotéce na bydlení potřebuje co nejdříve nastoupit do práce.

V práci neočekává problémy v souvislosti s jejím novým onemocněním. Svou finanční situaci hodnotí jako uspokojivou.

1.3.3 Sounáležitost, láska

Paní J.V. je 3 roky vdaná, vztah s partnerem hodnotí velmi kladně, taktéž vztahy s rodiči a sestrou. V budoucnu chce mít dvě děti.

1.3.4 Sebepojetí

Pacientka se sama hodnotí jako klidný člověk, k problémům se staví jak sama říká čelem, protože jsou od toho, aby se řešily. Myslí si, že je dobře přizpůsobivá.

Paní J.V. působí vyrovnaným dojmem, je to racionálně uvažující mladá žena.^(14, 15)

1.4 Hodnocení sestrou

Paní J.V. jsem začala ošetřovat již první den hospitalizace a to v denní směně. Je to soběstačná, upravená, dobře spolupracující žena. Na základě krevních odběrů se podle ordinace lékaře začalo s úpravou metabolického rozvratu. Je oběhově i ventilačně stabilizována. V úpravě metabolického rozvratu se pokračuje i další dny. Celkový stav se rychle upravuje a začíná se cítit lépe. První den jsem ji seznámila s režimem na našem oddělení. Dále jsem ji informovala o nutnosti zavedení periferní žilní kanyly, o nutnosti opakovaných odběrů krve v průběhu následujících dnů, a to i v noci. Dále jsem ji informovala o nutnosti monitorace základních životních funkcí.

Paní J.V. se od samého začátku necítí dobře v novém prostředí. Nikdy se nesečkala s vážně nemocnými pacienty, bojí se ztráty soukromí, bojí se vlivu nové nemoci na plánované těhotenství.

Byla ujištěna, že od nás dostane v průběhu pobytu dostatek informací. Informace budou od lékaře o nemoci a průběhu léčebného režimu. Hned jak se bude cítit lépe tak domluvíme pohovor s edukační sestrou. Spolu probereme kam, na koho a kdy se může obrátit v případě potřeby.

2. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelský plán jsem stanovila první den hospitalizace, kdy byla pacientka přijata na naše oddělení.

Při prvním kontaktu jsem s pacientkou provedla rozhovor. Společně s pacientkou jsme stanovily pořadí jejích problémů.

16. 10. 2007

1. Nevolnost z důvodu metabolické poruchy.
2. Porucha dýchání z důvodu metabolické acidózy.
3. Zvýšený pocit žízně z důvodu základního onemocnění
4. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

17. 10. 2007

5. Porucha spánku z důvodu změny prostředí, organizace práce na oddělení a častého močení.
6. Deficit informací v souvislosti s nově vzniklým onemocněním
7. Strach z budoucnosti z důvodu vlivu nové nemoci na plánované těhotenství a riziko vzniku možných komplikací.

3. Plán, realizace a hodnocení

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Nevolnost z důvodu metabolické poruchy

16. 10. 2007

Cíl

1. Minimalizace nevolnosti
2. Pacientka bude bez příznaků do 3 dnů

Plán

- Zajistíme dostatek tekutin k lůžku pacientky
- Informujeme pacientku, aby přijímala tekutiny a stravu v malých dávkách a pravidelných intervalech
- Zajistíme k lůžku pacientky signalizační zařízení
- Zvýšíme dohled u pacientky
- Informujeme pacientku o vhodné zvýšené poloze při potížích
- Podáváme antacida případně antiemetika podle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek.

Realizace

V průběhu služby jsem pacientce vysvětlila význam léčebné polohy v polosedě. K lůžku jsem ji zajistila dostatek tekutin, neslazené a neperlivé vody, pacientka nemá ráda čaje. Vysvětlila jsem ji nutnost přijímání tekutin per os. Stav pacientky jsem opakovaně kontrolovala a ujišťovala se, zda je vše v pořádku. Poté jsem paní J.V. vysvětlila použití signalizačního zařízení. Na stolek u lůžka jsem připravila hygienické pomůcky (emitní miska, buničina). V průběhu odpoledne jsem pacientce podala 1 sáček anacidu. Další podání anacidu již nebylo potřeba ani v dalších dnech.

Hodnocení

První den pacientka odmítala jídlo úplně. Příjem byl hrazen pouze parenterálně. Další dny se stav pacientky výrazně upravil, začala přijímat diabetickou dietu č.9. Denní příjem tekutin činil 2500 ml neslazené vody perorálně a 3500-4000 ml infúzních roztoků. Stav vnitřního prostředí je i nadále upravován parenterálně.

Její zdravotní stav si již nevyžádal další podání antacid případně antiemetik.

Ošetrovatelská diagnóza č.2

Porucha dýchání z důvodu metabolické acidózy, projevující se tachypnoí

16. 10. 2007

Cíl

1. Pacientka nebude mít pocit dušnosti a bude mít normální frekvenci dýchání 16 – 20 dechu/min.

Plán

- Pacientce doporučíme polohu v polosedě
- Sledujeme přítomnost subjektivních obtíží
- Sledujeme frekvenci dýchání, vědomí, oxygenaci
- Podle potřeby podáváme zvlhčený kyslík nosní cévkou
- Sledujeme hodnoty krevních plynů

Realizace

Pacientka byla po přijmutí na naše oddělení uložena na lůžku v polosedě. Po napojení na monitor jsem sledovala stav fyziologických funkcí, včetně saturace O₂. Všechny hodnoty jsem zapisovala do zdravotnické dokumentace. První den jsme podávali zvlhčený kyslík nosním katétrem. Sledovala jsem, zda se cítí dobře, opakovaně jsem se ujišťovala, že nemá pocit dušnosti. V odebraných vzorcích krve jsem sledovala hodnoty krevních plynů.

Hodnocení

Cíl byl splněn. Druhý den již nevyžadovala zvýšenou polohu na lůžku ani podávání kyslíku. Hodnoty krevních plynů v dalších odběrech již byly ve fyziologických mezích. Frekvence dechu se snížila na 16 – 20/min.. Pacientka se cítí subjektivně dobře.

Ošetrovatelská diagnóza č.3

Zvýšený pocit žízně z důvodu základního onemocnění

16. 10. 2007

Cíl

1. Pacientka bude znát příčinu pocitu žízně
2. Bude znát množství a typ tekutin, které má přijímat
3. Příjem a výdej tekutin bude vyrovnaný

Plán

- Pacientka bude mít k dispozici dostatečné množství neslazených tekutin podle vlastního výběru
- Budeme sledovat a zapisovat příjem a výdej tekutin
- Sledujeme subjektivní pocity pacientky
- Budeme sledovat vitální funkce a tělesné známky dehydratace
- Zajistíme dostatek informací o příčině žízně

Realizace

První den hospitalizace jsme jí zajistili dostatek tekutin k lůžku. Neslazené tekutiny jsou dle jejího výběru. Byla poučena o důležitosti měření příjmu a výdeje tekutin. Vysvětlila jsem jí hlavní příčinu stávajícího pocitu žízně. Dále jí opakovaně vybízím ke sdělování subjektivních nepříjemných pocitů. Sledujeme a zapisujeme do zdravotnické dokumentace vitální funkce. Podáváme infúzní roztoky dle ordinace lékaře.

Hodnocení

Plán byl splněn. U pacientky nedošlo k dehydrataci, bilance tekutin byla vyrovnána. Subjektivně se již od druhého dne cítila lépe, spolupracovala. Podle jejích slov se jí vše snášelo lépe po vysvětlení příčin. Věděla, že zlepšením nynějšího stavu dojde brzy i k ústupu pocitu žízně.

Ošetřovatelská diagnóza č. 4

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly

17. 10. 2007

Cíl

1. Pacientka bude bez známek místní a celkové infekce po celou dobu ponechání kanyly

Plán

- Denně provádíme monitoring místa vstupu periferní kanyly
- Zajistíme převaz místa vpichu 1x denně a dále dle potřeby za použití dezinfekce Gutasept forte a sterilního krytí určeného na periferní kanyly
- Dodržujeme přísně aseptické postupy při přípravě léků a infuzí podávaných do kanyly

- Sledujeme výskyt známek celkové infekce (zvýšená TT, třesavka) a ihned budeme informovat lékaře
- Všímáme si subjektivních potíží pacientky, které by mohly mít souvislost s potenciální infekcí
- Všechny pomůcky jsou na jednorázové použití

Realizace

Periferní žilní kanylu jsme převazovali pravidelně 1x denně za použití sterilních tampónů a dezinfekce. Použili jsme sterilní krytí určené přímo pro periferní kanyly. Místo vpichu opakovaně v průběhu dne monitorujeme a zjišťujeme přítomnost nepříjemných subjektivních pocitů, které by souvisely se zavedenou kanylou. Všechny infuze a léky podávané parenterálně jsem připravovala a aplikovala přísně asepticky.

TT jsme kontrolovali 2x denně a kontinuálně jsme monitorovali základní životní funkce (TK, puls, dech, saturace O₂).

Při práci jsme pokaždé používali jednorázové pomůcky.

Hodnocení

Cíl byl splněn. Po dobu pobytu na našem oddělení je místo vpichu periferní žilní kanyly klidné, TT není zvýšená. 4. den hospitalizace je pacientce zavedená nová periferní kanyla a stávající je zrušena (dle místního standardu). Vše je zaznamenáno v dokumentaci.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Porucha spánku v důsledku změny prostředí a organizace práce na oddělení a častého močení

17. 10. 2007

Cíl

1. Pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchu spánku
2. Bude spát minimálně 6 – 8 hodin denně a bude se cítit odpočatá
3. Umožníme pacientce odpočívat i v průběhu dne, podle její potřeby

Plán

- Zjistíme všechny příčiny, které mohou mít vliv na spánek pacientky
- Pozorujeme u pacientky známky únavy
- Zajistíme dostatek aktivit během dne

- Zajistíme tiché a klidné prostředí na oddělení, omezíme rušivé podněty podle potřeby i v průběhu dne
- Zjistíme u pacientky běžné návyky před spaním
- V nutném případě podáme hypnotika podle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek

Realizace

V průběhu dne jsme sledovali fyzickou a psychickou aktivitu pacientky. Pacientka byla informována o možných příčinách, které mohou spánek rušit (zajištění chodu oddělení, doba odběru materiálu na vyšetření, podávání léků apod.). Pacientku jsme druhý den hospitalizace přestěhovali za pomoci přítomného personálu na méně exponované místo jednotky intenzivní péče. Měla možnost sledování televize, čtení i večer. V průběhu dne jsme umožnili vstup návštěvám, kontakt s rodinou a přáteli, i využití mobilního telefonu. Dobře znala svůj léčebný režim a časový harmonogram provozu oddělení. Podle toho si pak řídila odpočinek i v průběhu dne. Ošetřující personál jí umožnil zajistit běžné rituály před spaním, k dispozici měla noční světlo, aby si mohla číst před usnutím.

Hodnocení

První noc spala velmi málo, její stav byl intenzivně sledován, prováděli jsme odběr krve i v noci, takže usnula jen na chvíli. Další den v souvislosti se zlepšením zdravotního stavu, přestěhováním na klidnější část oddělení a redukcí prováděných odběrů krve spala přibližně 6 hodin v celku. V rámci možností byl zajištěn v noci klid na oddělení. Pacientka neměla potřebu podání léků na spaní. Cílů bylo částečně dosaženo. V další realizaci plánu bude nutno pokračovat na standardním oddělení.

Ošetřovatelská diagnóza č.6

Deficit informací v souvislosti s nově vzniklým onemocněním

17. 10. 2007

Cíl

1. Pacientka bude mít dostatek informací, kterým bude rozumět

Plán

- Podáváme dostatek informací tak, aby jim pacientka plně rozuměla
- Po stabilizaci stavu zajistíme co nejdříve pohovor s edukační sestrou

- Aktivizujeme pacientku v dotazování ohledně akutních i chronických komplikací a přijímání informací
- Odpovídáme na otázky pacientky podle její potřeby
- Zhodnotíme schopnost pacientky porozumět instrukcím v plném rozsahu

Realizace

Pacientku jsem v průběhu pobytu na našem oddělení vybízela ke spolupráci, byla informována o příčinách současného zdravotního stavu lékařem. Spolu s edukační sestrou jsem jí zajistila dostatek edukačního materiálu k prostudování a snažily jsme se řešit možné problémy na modelových situacích. Opakovaně jsme hovořily o tom, jak předcházet akutním komplikacím. Jak v budoucnu zabránit vzniku chronických komplikací a které to jsou. Opakovaně jsem se ujistovala, že pacientka rozumí informacím. Velmi ráda jsem se ujistila v tom, že se již nebojí vyptávat a nemá pocit, že by se mohla ztrapnit.

Hodnocení

Cíl byl splněn částečně. Pacientka již chápe současný zdravotní stav a jeho příčiny. Pacientka konzultovala svůj zdravotní stav s lékařem, bude po propuštění sledována v diabetologické poradně. Pacientka prostudovala informační materiál, absolvovala jeden pohovor s edukační sestrou. Dále potřebuje pokračovat v zácvičku při aplikaci inzulínu a dodržování diety. Vše bude kontinuálně zajištěno na standardním oddělení.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Strach z budoucnosti z důvodu vlivu nové nemoci na plánované těhotenství a riziko vzniku akutních a chronických komplikací.

17. 10. 2008

Cíl

1. U pacientky zmírním strach a úzkost v souvislosti s nedostatkem informací o nové nemoci a plánovaným těhotenstvím
2. Pacientka bude znát současné možnosti péče o diabetiky

Plán

- Promluvíme si s pacientkou o jejím strachu a úzkosti
- Zajistíme konzultaci s lékařem

- Společně s edukační sestrou najdeme co nejvíce kontaktů a informací o možnostech léčby a péče o diabetiky
- Umožníme dostatek kontaktů s rodinou a přáteli
- Umožníme dostatek odpočinku

Realizace

V průběhu hospitalizace jsem si našla dostatek času, abych si mohla popovídat s pacientkou. Snažila jsem se získat si její důvěru. Informovala jsem ji o tom, jak a kde hledat informace a kontakty. Na internetu jsem jí ukázala stránky diabetologické ambulance ve FN Motol, která pečuje o diabetičky v průběhu těhotenství a porodu. Dále jsem kontaktovala nemocniční diabetologickou edukační sestru, která pak absolvovala první edukační pohovor. Pohovor měla s diabetoložkou, která si ji po propuštění domů převezme do péče.

Hodnocení

Plán byl z velké části splněn. Pacientka se začala v nově vzniklé životní situaci poměrně dobře orientovat. Strach z budoucnosti je prozatím mnohem menší. Ví, na koho, kdy a jak se může obrátit v případě potřeby. K tomu také přispívá skutečnost, že je zatím bez chronických komplikací.

4. Edukace pacientky

Na edukaci pacientky jsem spolupracovala s edukační sestrou.

Po zhodnocení všech informací od paní J.V. jsem dospěla k závěru, že znalosti týkající se diabetu mellitu jsou jen částečné a do praktického života nedostatečné. Doporučila jsem pacientce, aby do budoucna neustále získávala co nejvíce informací o svém onemocnění, o dietním režimu, jak a kdy provádět selfmonitoring a jak se zachovat při akutních a mimořádných situacích, jako je infekce, průjem, zvracení. Zdrojem informací může být časopis Dia život, ale také organizace Svazu diabetiků. Tato organizace provádí zdravotně – výchovné přednášky, rekondice, cvičení pro diabetiky, regionální výstavy a má dostatek edukačních materiálů.

Jelikož paní J.V. byla přijata do nemocnice jako nový záchyt diabetu mellitu s ketoacidózou v úvodu, zaměřili jsme se spolu s edukační sestrou při edukaci zejména na otázky **selfmonitoringu, úpravy léčebného režimu.**

4.1 Selfmonitoring

Selfmonitoring neboli samostatná kontrola diabetu představuje kontrolu glykemií nebo glykosurií a ketonurií pacientem, ale také pravidelné sledování dalších parametrů, které mají vztah ke sledování hodnot glykovaného hemoglobinu, hmotnosti, denních dávek inzulínu.

Selfmonitoring přispívá k dosažení dobré kompenzace diabetu a dává lékaři obraz o průběhu diabetu mezi jednotlivými návštěvami pacienta. Velice důležitý je přístup ošetřujícího lékaře a edukační sestry, kteří by neměli zapomínat na diskuse s pacientem nad jeho záznamy při každé návštěvě.

Pacientce jsme vysvětlili frekvenci selfmonitoringu glykemií. Ideální je při nově zjištěném diabetu 1. typu provádět selfmonitoring ze začátku více než 3krát týdně alespoň po dobu, než se dosáhne dobré kompenzace. Pacientka si bude kontrolovat glykémie před jídlem a pak hodinu a půl po jídle (před snídaní, po snídaní, před obědem, po obědě, před večeří, po večeří a ve 22 hodin, eventuálně v noci). Všechny glykémie si bude zapisovat do osobního záznamníku, protože pak se dají vyvodit patřičná opatření v úpravě léčebného režimu.

Selfmonitoring glykosurie jsme doporučili pacientce stanovit ve dnech, kdy neměří glykémie, ráno před aplikací inzulínu. V případě vyšší positivity glykosurie je

pak nutné změřit i glykémii. Pacientce jsme zdůraznili, že selfmonitoring glykosurie je pouze doplňkem měření glykémie.

Selfmonitoring ketolátek v moči jsme doporučili provádět v případě, že glykémie je vyšší než 15 – 20 mmol/l, má-li subjektivní příznaky acidózy (nauzea, zvracení, bolesti břicha), nebo jsou přítomné příznaky hyperglykémie (časté močení, žízeň, hubnutí, únava) a pak při infekcích a po velké fyzické námaze. Vysvětlili jsme pacientce, že větší pozitivita ketolátek je vždy indikací ke kontrole glykémie a eventuálně k návštěvě lékaře.

4.2 Úprava léčebného režimu

Úpravy léčebného režimu mohou být jednorázové, které se řídí hodnotami okamžité glykémie a spočívají především v úpravě dávkování inzulínu. Trvalé úpravy léčebného režimu vyplývají ze zjištění příčin nepříznivě ovlivňujících hodnoty glykémie a jejich odstranění. Tzn. nejen změny v dávkování inzulínu, ale především změny v dietě, fyzické aktivitě, odstranění nadměrného stresu, léčbě přidružených onemocnění.

Pacientce jsme vysvětlili, aby předcházela závažnější dekompenzaci diabetu, úpravou léčebného režimu, a to zejména:

- Při známkách hyperglykémie nebo hypoglykémie,
- při všech změnách pravidelného režimu (cestování, neobvyklá strava, dovolená a podobně,
- při neobvyklé fyzické aktivitě,
- při onemocnění, zejména spojené s teplotou, zvracením, průjmami.

Doporučili jsme jí ve všech těchto situacích provádět častější selfmonitoring a při výkyvech glykémie ať vychází z následujících předpokladů:

- 1 IU inzulínu může snížit glykémii asi o 1,5 – 3 mmol/l,
- na 10 g sacharidu v potravě je třeba počítat asi 1 IU inzulínu,
- upravovat by měla především krátkodobý inzulín, a to opatrně v rozmezí 1 – 4 jednotek v závislosti na glykémii i citlivosti na inzulín,
- při opakovaných výkyvech glykémie, ať mění tu dávku inzulínu, která příslušnou glykémii ovlivňuje (například při polední hyperglykémii navýší ranní dávku inzulínu).

Při onemocnění spojeném s teplotou, zvracením a průjmy jsme doporučili:

- Pokračovat v aplikaci inzulínu, nevynechávat dávku inzulínu, i když nemůže jíst,
- sledovat častěji hodnoty glykémie (nejméně 4 krát denně),
- dávky inzulínu volit podle hodnoty glykémie a množství jídla, které sní,
- i když nejí, může se celková dávka inzulínu za den zvýšit, vzhledem k teplotě a stresu ,
- při hyperglykémii aplikovat malé dávky krátce působícího inzulínu a zkontrolovat glykémii za 1 – 2 hodiny,
- snažit se hodně pít,
- když nemůže jíst, pokusit se nahradit potřebu sacharidu džusem nebo sladkým čajem.

Nakonec jsem si ověřila, jestli pacientka všem doporučení rozuměla. Veškerá doporučení dostala pacientka i v písemné formě.

5. Závěr

Diabetes mellitus je chronické, nevyлéčitelné, progredující onemocnění, které často způsobuje invaliditu a které nemocného omezuje v řadě jeho aktivit a především vyžaduje dodržování různých zásad a pravidel. Zdravotníci na druhé straně od nemocného očekávají, že pacient – diabetik bude žít „normální“ život. Je jasné, že tyto požadavky jsou protichůdné a jejich sladění je celoživotním úkolem pacientky, která by se měla naučit, jak i s danou nemocí žít plnohodnotný život.

Problémy, které vyplývají z diabetu, mohou zhoršovat kompenzaci cukrovky, buď přímo stresovými reakcemi nebo nepřímo narušením spolupráce nemocného se zdravotnickým personálem.

Po rozhovoru s paní J.V. visela ve vzduchu otázka: „Proč právě já?“ Opakovaně se ptala, zda se nespletli v diagnóze. I když má její otec diabetes, nikdy ji ani nenapadlo, že i ona.

V období hospitalizace se u pacientky střídají chvíle úzkosti a relativní pohody. Úzkost je neurčitá, zaměřená do budoucnosti. Je mladá, v budoucnu chce mít děti a cítí, že to bude spojeno s určitými komplikacemi. Zatím si nedokáže přesně uvědomit ani představit, co všechno ji čeká. Tím, že je pacientka v období bez komplikací, tak je ve fázi relativní pohody a plné funkční aktivity. A zde je problém, jak udržet motivaci pacientky, aby dodržovala léčebný režim. Je jasné, že motivem nemohou být jenom laboratorní výsledky, i když odrážejí dobrou kompenzaci diabetu, nebo obava z komplikací. Pacientce jsem vysvětlila, že čísla by neměla být smyslem jejího života, že jde především o kvalitu života. Snažila jsem se pacientce doporučit, aby se zaměřila na sebe, protože každá stresová situace ji v budoucnosti bude diabetes dekompenzovat.

Pacientku čeká v průběhu roku komplexní lázeňská léčba. V případě těhotenství bude sledována v diabetologické poradně pro těhotné ve FN Motol.

Poslední informace o paní J. V. mám z února 2008. Na naší poslední schůzce působila velmi spokojeně. Daří se jí DM kompenzovat, diabetoložka je s ní velmi spokojena. Na květen má plánované lázně v Luhačovicích. Možná, že již od září bude sledována v diabetologické poradně pro těhotné v Motole.

D. Seznam literatury a dalších zdrojů

1. **Bartoš, V., Pelikánová, T. a kolektiv:** *Praktická diabetologie*, Maxdorf – Jessenius, Praha, 2000. ISBN 80-85912-17-1
2. **Červinková, E. a kolektiv:** *Ošetrovatelské diagnózy*, IDVPZ, Brno, 2002. ISBN 80-7013-358-9
3. **Fiala, P., Valenta, J. :** *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, Nakladatelství Karolinum, Praha 2004. ISBN 80-246-0804-9
4. **Doenges, M, Moorhouse, F.:** *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Grada, Praha, 1996. ISBN 80-7169-294-8
5. **Jobánková, M. a kolektiv:** *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, IDVZP, Brno, 1992. ISBN 80-7013-127-6
6. **Křivohlavý, J.:** *Rozhovor lékaře s pacientem*, IDVPZ, Brno, 1995. ISBN 80-7013-187-X
7. **Křivohlavý, J.:** *Psychologie nemoci*, Grada, Praha, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
8. **Lemon. 1. díl**, IDVPZ, Brno, 1997, ISBN 80-7013-234-5
9. **Podroužková, B.:** *Diabetologie – vybrané kapitoly z diagnostiky, kontroly a léčby diabetu*, IDVPZ, Brno, 1994. ISBN 80-7013-166-7
10. **Rokyta, R. a kolektiv:** *Fyziologie*, ISV, Praha, 2000. ISBN 80-85866-45-5
11. **Staňková, M.:** *Základy teorie ošetrovatelství*, Karolinum, Praha, 1996. ISBN 80-7184-243-5
12. **Trachtová, E. a kolektiv.:** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, IDVPZ, Brno, 1999. ISBN 80-70713-285-X

Další zdroje:

13. Zdravotnická dokumentace
14. Rozhovor s pacientkou
15. Vlastní pozorování

Seznam zkratek

- ABR - acidobazická rovnováha
- ADA - Americká diabetická asociace
- BMI - Body mass index
- Bpn. – bez patologického nálezu
- CMP - cévní mozková příhoda
- DK - dolní končetiny
- DM - diabetes mellitus
- GIT - gastrointestinální trakt
- HbA1c - glykovaný hemoglobin, ukazatel dlouhodobé kompenzace diabetu
- IM - infarkt myokardu
- IU - mezinárodní jednotky
- JIP - jednotka intenzivní péče
- LADA - pomalu probíhající DM 1. typu v dospělosti
- OGTT - orální glukózový toleranční test
- OL - obvodní lékař
- s. c. - subkutánní
- TK - krevní tlak
- TF - tepová frekvence

Seznam příloh

- 1. Vstupní ošetřovatelský záznam**
- 2. Plán ošetřovatelské péče**
- 3. Ošetřovatelská anamnéza**
- 4. Záznam glykemických profilů**

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: *V. V.*

Olovení: *1701*

Pořísťoma: *219*

Ročné číslo: *26.10.19*

Povolání: *ošetřovatelka*

Věk: *26.10.19*

Vzdání: *ošetřovatelské*

Uplatnění: *ošetřovatelka*

Národnost: *česká*

Adresa: *-----*

Osoba, kterou lze kontaktovat: *matka, 2. v. p. 11006*

Datum příjezdu: *16.10.2007*

Hlavní důvod příjezdu: *epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat*

Lékařská diagnóza:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

řádně, má potřebnou informaci

Osobní anamnéza:

ro. ep. záchvaty o první. ro. pr. záchvaty v. 4. 2002

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Rodinná anamnéza:

matka - 50 let, epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Vysvětlení:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Terapie:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Nemocný má u sebe tyto léky:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Je poučen, jak je má brát?

ano, má potřebnou informaci

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Obecná fyzika:

nikotismus	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, kolik denně:
alkoholismus	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, jaké a jak dlouho:
drogy	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, které:
alergie	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, které:
diabetes	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, na co:
jiné	<input type="radio"/> ano	<input type="radio"/> pokud ano, na co:

dekabity
pneumonie

ne

Důležitější informace o stavu nemocného:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, zněte stupeň poruchy):

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

epileptický záchvat, epileptický záchvat, epileptický záchvat

HODNOCENÍ NEMOCNĚHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepřijemného?
pokud ano, upřesněte: *nečekaně* (ano) ne
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepřijemné pocity už před příchodem do nemocnice?
pokud ano, upřesněte: *ne* (ano) ne
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá?
pokud ano, upřesněte: *konvulzivní křeče, bolesti jak dlouho? 2 dny z mokrých* (ano) ne
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtěž)? *žvýkačky, paracetamol, tablety*
- ✓ Kde pociťujete bolest?
Pokud budete mít u nás bolesti/obtěž, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?
Relaxační cvičení

Objektivní hodnocení sestry:

počet pohodů (tuzko, teplo): *22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100*
 charakter, lokalizace, intenzita bolesti (zaměří): *NEJEN*

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?
pokud ano, upřesněte: *ne* (ne) ano
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?
pokud ano, upřesněte: *ne* (ne) ano
- ✓ Jak jste je zvládal?
pokud ano, upřesněte: *ne* (ano) ne
- ✓ Měl jste nyní potíže s dýcháním?
pokud ano, co by vám pomohlo?
Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?
nevim (ano) ne
- ✓ Pokud ano, zvládnete to?
Kouříte?
pokud ano, kolik?
ne (ne) ano

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rytm, kašel, sputum, a.d.: *22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100*

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám?
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí?
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů?
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? *16:30-17:00*

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanechávost a.d.: *ne*
 4. Kůže

- ✓ Rozpozníte změny na kůži?
Máte obvyklou kůži?
Pokud máge problémy, jak si ošetřujete doma, pleť?
Svých vás kůže?
ne (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry:

celistnost, vyrážka, hematomy, opuzeniny, rány, jizvy a.d.: *ne*

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
Máte zubní protězu?
Dělá vám snav vašeho chrupu při jídle potíže?
Máte rozbolavělá ústa?
pokud ano, máš vás to při jídle?
Myslitc, že máte tělesnou váhu
Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral?
Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
Co obvykle jíte?
Je něco co nejíte? Proč?
Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?
pokud ano, upřesněte:
Měl jste nějaké problémy s jídelm, než jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte:
co by mohlo problém vyřešit?
Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry:

stav výživy, energetičtí výživa, dieta, porušení výživy, soběstačnost: *ne*
 4

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněli?
změnil **nezměnil**
- ✓ Co rád pijete? *mléko, jogurt, ovocné, mléko*
- ✓ Co nepijete rád? *čaj, káva, víno*
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? *1,5-2 litry*
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? **ano**

Objektivní hodnocení sestry:

projevy dehydratace: *sušička, žízeň, tmavá moč, suché sliznice, snížený objem*

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na toaletu? *1 x denně*
- ✓ Máte obvykle *normální stolice* **zácpu**
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? *příjem*
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprazdnil? *průjem*
- ✓ Berete si projímadlo? *nikdy* **příležitostně** často **pravidelně**
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ne*
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ne*
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: *pravidelná, žlutá, měkká, bez příměsí*

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, upřesněte: *potíže s močením*
- ✓ jak jste je zvládal? *čaj, mléko*
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? *čaj, mléko*
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: *diuréza, žlutá, měkká, bez příměsí*

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, upřesněte: *potíže s chůzí*
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před příchodem? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, upřesněte: *potíže s chůzí*
- ✓ Řekl vám zle v nemocnici někdo, abyste nechodl? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, upřesněte: *potíže s chůzí*
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? *nevim*

Objektivní hodnocení sestry:

potíže s chůzí

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, upřesněte: *potíže se zrakem*
- ✓ Nosíte brýle? **ano** **ne**
- ✓ pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? **ano** **ne**
- ✓ Slyšíte dobře? **ano** **ne**
- ✓ pokud ne, užíváte naslouchadlo? **ano** **ne**
- ✓ jak jinak si pomáháte, abyste rozuměli? *potíže s sluchem*

Objektivní hodnocení sestry:

potíže se zrakem, potíže s sluchem

11. Fyzická a psychologická aktivity

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *nepracuji*
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? **ano** **ne**
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: *ne*
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? **ano** **ne**
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? *čtení, procházky*
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *čtení, procházky*
- ✓ Můžeme něco učelat v jejích uskutečnění? *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

potíže s chůzí, potíže s chůzí, potíže s chůzí

12. Odbočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? ... *okolo 8-10 hodín*
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ... *ANO*
- ✓ Pokud ano, upřesněte: ... *Problémy s usnutím, probouzení, budí mě, budí se, budím se*
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? ... *8 hodín*
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ... *NE*
- ✓ Budíte se příliš brzo? ... *NE*
- ✓ Pokud ano, upřesněte: ...
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? ... *Problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se*
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ... *ANO*
- ✓ Berete doma léky na spánek? ... *NE*
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? ... *Někdy krátce*
- ✓ Pokud ano, které: ...

Objektivní hodnocení sestry:

únava, dení a noční spánek apod.: *pacientka je v dobrém zdravotním stavu*

13. Sexualita (otázky zvlášť na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ... *ANO*
- ✓ Pokud ano, upřesněte: ... *Problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se*
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ... *ANO*
- ✓ Pokud ano, upřesněte: ... *Problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se*

- Pacienti o sexuální nečestce hovoří - otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- emocionálna (stabilita)
- autoregulace (dobře se ovládá)
- adaptabilita (přizpůsobivý)
- příjem a uchovávaní informací (bez zkrácení)
- orientace (orientován)
- celkové ladění (úzkostlivý, uklidněný)
- spíše stabilní
- hůře se ovládá
- nepřizpůsobivý
- zkrácené (neuplně)
- dezorientován
- smutný
- apatický
- labilní
- rozložbený

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? ... *Samotně*
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší člověk)? ... *Manželka, děti*
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? ... *Manželka, děti*
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ... *Problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se*
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ... *ANO*
- ✓ Je na vás někdo závislý? ... *ANO*
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ... *ANO*
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ... *Manželka, děti*

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

Manželka, děti, samostatně, v dobrém zdravotním stavu, problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se

Chcete mi ještě něco říct, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

Manželka, děti, samostatně, v dobrém zdravotním stavu

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

Manželka, děti, samostatně, v dobrém zdravotním stavu, problémy s usnutím, probouzení, budím se, budím se, budím se

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich náležitosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče efekt (ve vztahu k cílům)	podpis primární sestry
16.10. 2007	NEVLIVNOST Z OÚTROU METRABOLICKÉ PROBLÉMY	- MINIMALIZACE NEVLIVNOSTI - PŘIEMENTRA BUDE BEZ PŘÍZVUKU DO 3 DŮBŮ	- ZAJISTIT NEJSTŘEDNĚ PŘIEMENTRU K LŮŽKU PŘIEMENTRY - INFORMOVAT PŘIEMENTRU, AŽ PŘIEMENTRA TELIVNŮ K STRANĚ V HALĚCH OÚTROU A PŘIEMENTRŮCH INTERVENE - ZAJISTIT K LŮŽKU PŘIEMENTRY SPECIALIZOVANÍ ZPŮSOBY - ZUKVĚNE OÚTROU K PŘIEMENTRY - INFORMOVAT PŘIEMENTRU O ÚROVNI ZUKVĚNE PŮLOZE PŘIEMENTRU - PŘIEMENTRA PŘIEMENTRA PŘIEMENTRU EMETIKA POOLE OÚTROU LŮŽKĚ A SLE OÚTROU VĚKŮCH ÚČINNĚ	CÍL BYL SPLNĚN J. OÚTROU HOSPITALIZACE NEVLIVNOST ZUKVĚ PŘIEMENTRA, PŘIEMENTRA PŘIEMENTRA OÚTROU TELIVNŮ PŘIEMENTRU JINĚTRŮCH OÚTROU MEJENÍ ZUKVĚ DETERMINACE	M. M. 2007
16.10. 2007	PŮLNOHA OÚTROU Z OÚTROU METRABOLICKÉ PROBLÉMY, PŘIEMENTRU SE TRÁHY OÚTROU	- PŘIEMENTRA NEBUDE HŮT NŮT OÚTROU A BUDE HŮT OÚTROU PŘIEMENTRU OÚTROU V 16-20 OÚTROU ZA HŮT	- PŘIEMENTRU OÚTROU PŘIEMENTRU V PŮLOZE - SLE OÚTROU PŘIEMENTRU PŮLNOHA - SLE OÚTROU PŘIEMENTRU, OÚTROU, OÚTROU - PŮLNOHA PŘIEMENTRU PŮLNOHA PŮLNOHA OÚTROU - SLE OÚTROU PŘIEMENTRU PŮLNOHA	CÍL BYL SPLNĚN J. OÚTROU VĚKŮCH ZUKVĚNE PŮLNOHA OÚTROU PŮLNOHA OÚTROU PŮLNOHA OÚTROU PŮLNOHA OÚTROU OÚTROU VĚKŮCH VE PŘIEMENTRU PŘIEMENTRU OÚTROU VĚKŮCH 16-20 HŮT	M. M. 2007


Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb spojené v poradí jejich náležitosti	Ciele ošetrovateľskej péče časové vymedzené a merateľné ciele	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestier zaisťujúcej dosaženie cieľu	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vzťahu k cieľom)	podpis primárni sestry
16.10. 2007	Zvýšený prítok žilovej krvi z obojstranného základového obehového systému	- PRÁVIDLA BUDE ZVŔTŤ PRÍJEMNOSŤ PRÁVIDLA ŽILNÉ - BUDE ZVŔTŤ HUŠŤAVOSŤ A TYP TELURITU, KŤEĽ MA PRŮJEMNOSŤ - PŮJEMNOSŤ A VÝŽIVA TELURITU BUDE PŮJEMNOSŤ	- PRÁVIDLA BUDE HŮTĚ K DISPOZICI UMŤATEĽNÉ HUŠŤAVOSŤ, NEZABUDNŮVŤ TELURITU PŮJEMNOSŤ VŮJEMNOSŤ - BUDE NE SLEDNŮVŤ A ZAPŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ A VÝŽIVA TELURITU - SLEDNŮVŤ SUBIEKTIVNŮV PŮJEMNOSŤ - BUDE NE SLEDNŮVŤ VITÁLNU FUNKCE A ŽILNŮV ZEMNŮV DEMONSTRACE - ZAVŮJEMNOSŤ DOSTATEĽNŮV INFORMACI O PŮJEMNOSŤ ŽILNŮV	UJL BYL SPŮJEMNOSŤ U PRÁVIDELNŮV NEJEMNOSŤ K DEMONSTRACI NEPŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ ŽILNŮV USTOJĽIVŮV.	<i>[Signature]</i>
16.10. 2007	Prítok krvi periférnych častí tela	- PRÁVIDLA BUDE ŽEŽ ZEMNŮV HŮJEMNOSŤ A CELKOVŮV INFERCE PO CELNŮV NŮVŠI PRŮJEMNOSŤ KŮVŮV	- DEJNŮV PŮJEMNOSŤ NŮVŠI HŮJEMNOSŤ HŮJEMNOSŤ VŮJEMNOSŤ PERIFERŮV, KŮVŮV - ZAPŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ HŮJEMNOSŤ VŮJEMNOSŤ - KŮVŮV DEJNŮV A OJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ A OLE HŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ - OJEMNOSŤ ZEMNŮV A ŽEŽ PŮJEMNOSŤ PRŮJEMNOSŤ ŽILNŮV A HŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ O PERIFERŮV KŮVŮV - SLEDNŮVŤ PŮJEMNOSŤ ŽILNŮV HŮJEMNOSŤ A CELKOVŮV PŮJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ - UJEMNOSŤ KŮVŮV SUBIEKTIVNŮV PŮJEMNOSŤ KŮVŮV BY NŮVŠI HŮJEMNOSŤ S PŮJEMNOSŤ VŮJEMNOSŤ - UJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ ŽILNŮV A NEJEMNOSŤ PŮJEMNOSŤ	UJL VE SPŮJEMNOSŤ PRŮJEMNOSŤ ŽILNŮV PO ŽILNŮV ŽILNŮV PŮJEMNOSŤ PERIFERŮV KŮVŮV 362 KŮVŮV	<i>[Signature]</i>

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojení potrieb serázané v poradí jejich náležitosti	Ciele ošetrovateľskej péče časové vymezované a merateľné ciele	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestier zajišťujúcej dosahujúcu	Hodnocení poskytnutú péče	
				efekt (ve vzťahu k cieľom)	podpis primárnej sestry
14.10. 2007	POPUCHA SRDČÍKY V DŮLEDŽLI ZÁVY PRŮSTŘEDÍ A ORGANOZEM PÁPE NA DOVĚLEZI	- PŘEVEDLA BUDE HÍT ÚSTA- VĚZE, ZAKRÝVÁNÍ PRÁVOCY ZPRA- - BUDE SÁTÍ HUIVÁLUK G-S MOUČ DĚLUK A BUDE SE BÍTIT VOPRÁPE - UHOVŮJE PŘEVĚTRĚ KOJNÁMÍ I PPRŮBĚHU ÚJE, PÁOLE VĚJÍ PÁTRĚBY	- Z VYSTIHNĚ KĚCHVY PŘÍČOVY, KĚZA MOROU HÍT ÚLVU NA SPÁNEK PŘEDVĚDY - PŘEZVLKĚTE U PŘEVĚTRĚ ZVÁNKY U KAVY - ZAVIŠTNĚ NÁSTRĚL AKTIVIT BĚHNĚ JNE - ZAVIŠTNĚ TIGHE A LLIONĚ, PÁSTRĚDY A DNEŽNĚ RUCNĚ KAVY - ZAVIŠTNĚ U PÁNEKŮ BĚŽE NÁVYKY PŘEKO SPÁVÍH - U VUTRĚH PŘÍHĚVĚ JINÁHĚ HPOVĚZ PÁOLE OROVNÁME LĚLÁŽE, A SLEVNĚ- HE VEIUGH NŮVĚL	BUĹ JE SÁNEV ČÁSTEČNĚ PÁVĚTRĚA EPÍ, MO G MOUČ V BĚZKY VĚHLEDEH K CHMAR- TEZU DOVĚLEZI, LEZE PŘEVĚTRĚVAT V PLNĚVÍ, ÚJE PĚZ NA STRÁVĚVĚHĚ NŮVĚLEZI.	<i>[Signature]</i>
14.10. 2007	DEFICIT INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S ÚVĚVĚ VZDĚLVÁH ŮVĚHOVĚVĚHĚH	- PŘEVĚTRĚA BUDE HÍT ÚSTA- TEL ŮVĚHĚVĚVĚHĚH BUDE PŮZÁHĚT	- PŮOVĚVĚHĚ DĚSTĚTEL ŮVĚHĚVĚVĚHĚH TEL, PĚV VĚH PĚVĚTRĚA PĚVĚ RĚVĚVĚHĚA - PŮ STABILIZÁCI STÁHU ZAVIŠTNĚ PĚVĚVĚHĚ S EOVĚVĚVĚHĚH - AKTIVIZOVĚTE PĚVĚVĚVĚHĚH V ODRĚZÁ VĚVĚHĚH A PĚVĚVĚVĚHĚH ŮVĚHĚVĚHĚH - OVMŮVĚVĚHĚ NA OTRĚZĚVĚHĚH PÁOLE VĚVĚVĚHĚH - ZAVIŠTNĚ GĚVĚVĚVĚHĚH PĚVĚVĚHĚH PĚVĚVĚHĚH ŮVĚHĚVĚHĚH V PĚVĚHĚH PŮZÁHĚH	ČĹL JE SÁNEV ČÁSTEČNĚ V OVMŮVĚHĚH, EOVĚVĚVĚHĚH A NĚVĚVĚHĚH PĚVĚVĚHĚH ŮVĚHĚVĚHĚH BUDE PĚVĚVĚHĚH NA KĚVĚVĚVĚHĚH ŮVĚVĚ- LEZI.	<i>[Signature]</i>

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy <small>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</small>	Cíle ošetrovateľské péče <small>časově vymezené a měřitelné cíle</small>	Plánované ošetrovateľské aktivity <small>činnosti sestry zajišťující dosažení cílů</small>	Hodnocení poskytnuté péče <small>efekt (ve vztahu k cílům)</small>	podpis přímá sestra
14.10. 2007	STŘEHA Z ZDRAVOTNOSTI S OŠETŘENÍM KLIMA Kůže, NEVNOCI NA PŘÍJEMNÉ, TĚHOTNOSTI, A PŘÍTEL VEZIKULY, AKUTNÍCH A CHRONICKÝCH KŮŽNÍCH.	- ZAVIJEŠTE STRAŠU A ÚZKOST V SOUVISLOSTI S NEVNOCI INFORMACE O KŮŽI, NEVNOCI A PŘÍJEMNÝCH TĚHOTNOSTI - ZAVIJEŠTE JAKÉ ŽIVIT NĚJAKÝ SOUVISLÝ PÉČE O OŠETŘENÍ	- ZAVIJEŠTE SI S ZDRAVOTNÍKEM O VEDLÍK STRAŠU A ÚZKOSTI - ZAVIJEŠTE KŮŽNÍM S LEŽÁKEM, - SÁLEČNĚ S EDUKOVANÍ SESTROU INFORMACE O NEVNOCI KŮŽNÍM A INFORMACE O HODNOSTECH PÉČE O OŠETŘENÍ - ZAVIJEŠTE SI TĚHOTNOSTI S ŽENOU A PŘÍTELEM - ZAVIJEŠTE SI TĚHOTNOSTI	PLÁN BYL ZPLNĚN KŮŽNĚ MÁLSÍ INFORMACE A ZAVIJEŠTE 3000 ZDRAVOTNÍ V PŘÍJEMNÝCH KŮŽNÍM TĚHOTNOSTI, MÁLSÍ POMOCNÝCH S EDU- KOVANÍM SESTROU A LEŽÁKEM, MÁLSÍ TĚHOTNOSTI, OŠETŘENÍ	

antidekubitní lůžka	
1	HIMBUS 3 v.č. 15102675 inv.č. 2562
2	HIMBUS 3 v.č. 15162693 inv.č. 2562
3	HIMBUS 3 v.č. 15104693 inv.č. 234719
infusomaty	
1	INFUSOMAT ARGUS v.č. 2567343 inv.č. 2606
2	INFUSOMAT ARGUS v.č. 515722 inv.č. 2606
3	INFUSOMAT BRAUN P v.č. 25671 inv.č. 242693
4	INFUSOMAT BRAUN Fm v.č. 25669 inv.č. 228433
5	INFUSOMAT BRAUN Fm v.č. 12482 inv.č. 242634
6	INFUSOMAT BRAUN Fm v.č. 02962 inv.č. 229533
7	INFUSOMAT BRAUN Fm v.č. 12485 inv.č. 242734
8	INFUSOMAT BRAUN Fm v.č. 12390 inv.č. 242736
9	INFUSOMAT HICA ST v.č. 55349710 inv.č. 24609
10	INFUSOMAT BRAUN P v.č. 32169 inv.č. 39726294
11	INFUSOMAT BRAUN P v.č. 33356 inv.č. 39726295
12	INFUSOMAT BRAUN P v.č. 33112 inv.č. 39726293
injekční dávkovače	
1	PERFUSOR ARGUS v.č. 6236342 inv.č. 39700620
2	PERFUSOR ARGUS v.č. 2916414 inv.č. 39726521
3	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 29443 inv.č. 39700612
4	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 2944 inv.č. 3970061
5	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 96178 inv.č. 39725521
6	PREFUSOR SECURA (BRAUN) v.č. 00849 inv.č. 224193
7	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20 v.č. 101674 inv.č. 245296
8	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20 v.č. 2741824 inv.č. 226633
9	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20/60 v.č. 10025 inv.č. 227936
10	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20/60 v.č. 60261 inv.č. 245136
11	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20/60 v.č. 11189 inv.č. 245236
12	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20 v.č. 10093 inv.č. 227934
13	LINEÁRNÍ DÁVKOVAČ ID 20 v.č. 02517 inv.č. 226533
14	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 10249 inv.č. 3970061211
15	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 10245 inv.č. 3970061219
16	PERFUSOR COMPACT 50ml (BRAUN) v.č. 10465 inv.č. 397006127
ostatní přístroje	
PŘÍSTROJ PRO KONTINUÁLNÍ METODU EDWARDS BM - 25 v.č. 91611 inv.č. 3973962	
DEFIBRILATOR CODE MASTER Model 1722 B v.č. v03010331 inv.č. 25199	
EKG ELI 250 v.č. 8N1063998163 inv.č. 269637	
ECHO SONOS 5500 v.č. US379270 inv.č. repair.2021	
1 EXTERNÍ STIMULÁTOR EFG-10 v.č. 051	
2 EXTERNÍ STIMULÁTOR EFG-10 v.č. 054 inv.č. 397006272	

EUPHYLLIN CR

Denní záznam ošetrovatelské péče

Jméno pacienta: EUPHYLLIN CR N 400
Rodné číslo: VIKTÓRIA KVALIEROVÁ
Hlášení sestry: JANA ŠTĚPÁNKOVÁ
řadící podpis

Datum: 11.11.2021
Den hospitalizace: 11.11.2021
 denno
 nočno

Stav vědomí: bez vědomí tlumení relaxace kontinuálně v bolusaci při vědomí

reakce na bolest a nepříjemné podmínky
 klidný neklidný desorientovaný nereaguje (epileptický syndrom) apaticky

Apkace O₂ brýle maska /min. /min.
Ventilace spontánní řízená podpůrná

Zajištění dýchacích cest vzdychod endotracheální k. tracheostomická k.

Odsávání 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6

Laváže 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6

Pohyblivost (soběstačnost) imobilní nespolupracující sedící s pomocí imobilní spolupracující sedící samostatně soběstačný isoběstačný

Výživa krměn p. o. díla enterální nepolyká schopen s pomocí NGS PEG soběstačný parenterální pouze tekutiny pouze kašovitou stravou bez obtíží s obtížemi

Vyprazdňování močení spontánní permanentní katétr formovaná kolostomie naposledy dne průjmovitá ileostomie s příměsí jejunostomie

Invizivní vstupy periferní v subclavia 1 dk. katétr v jugulárním 1 sin. dvojitý v femorální t. a. vstup trojitý dialyzační výměna linek dne externí stimulace S-G

převaz dne: 11.11.2021

17

17 217

UCIT APL. INZULIN

Jméno: EUPHYLLIN CR / EUPHYLLIN CR 400 Adresa: _____ Rok narození: _____		Druh léčby: _____ Intenz. léčba od: _____ Technické prostředky: _____											
Datum	Inzulín (event. PAD)	Glykémie										Prům. glyk. GKI	
		6.00	7.30	9.00	10.45	13.00	16.30	18.30	22.00	01	04	G	GKI
16/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				13,70 32/100	11,00 24/100	15,00 35/100	10,00 20/100	11,1 22/100	11,1 22/100	11,1 22/100	11,1 22/100	
17/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				15,9		14,7		11,4				
18/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				16,5		15,6		9,1				
19/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				12,7		12,7						
20/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				13,1		8,9						
21/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				11,7		11,5						
22/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				6,3		5,7	vidice	2,9	11-2	5,9	6,8	
23/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				7,5	13,00	8,2						
24/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR				9,2		11,0						
25/10	ACTRAPID 50j do 50ml FR												

Tiskárna Kodka Slany - 1261 04

Záznamy směn
 denní *14. 11. 2014* *15. 11. 2014* *16. 11. 2014*
17. 11. 2014 *18. 11. 2014* *19. 11. 2014*
20. 11. 2014 *21. 11. 2014* *22. 11. 2014*
23. 11. 2014 *24. 11. 2014* *25. 11. 2014*
26. 11. 2014 *27. 11. 2014* *28. 11. 2014*
29. 11. 2014 *30. 11. 2014* *1. 12. 2014*
 noční *14. 11. 2014* *15. 11. 2014* *16. 11. 2014*
17. 11. 2014 *18. 11. 2014* *19. 11. 2014*
20. 11. 2014 *21. 11. 2014* *22. 11. 2014*
23. 11. 2014 *24. 11. 2014* *25. 11. 2014*
26. 11. 2014 *27. 11. 2014* *28. 11. 2014*
29. 11. 2014 *30. 11. 2014* *1. 12. 2014*

podpis **VICTORIA KAVLIEROVÁ**
 podpis **JANA ŠTĚPÁNKOVÁ**

Bilance stravy
 snídaně
 dopol svačina
 oběd
 odpolední svačina
 večeře

K diagnostice a léčbě jsou použity tyto přístroje:

monitory	
1	CENTRALNÍ MONITOR PHILIPS V.č. 4513A02746 inv.č. 2658105
2	MONITOR PHILIPS V24E M1205A V.č. 5N4008A20269 inv.č. 2604103
3	MONITOR PHILIPS V24E M1205A V.č. 5N4008A20269 inv.č. 2604103
4	MONITOR HP 783.52C V.č. 357K320143 inv.č. 245656
5	MONITOR HP OMNISCARE CMS 24 V.č. 3508A08412 inv.č. 245796
6	MONITOR PHILIPS MP20 M 8001A V.č. 0E50A04722 inv.č. 265395
7	MONITOR HP OMNISCARE CMS 24 V.č. 5N5341106261 inv.č. 243824
8	MONITOR PHILIPS M 801 A V.č. 0E50A04731 inv.č. 265395
9	MONITOR PHILIPS V24E M1205A V.č. 5N4008A20143 inv.č. 2604103
ventilátory	
	VENTILÁTOR CHIROLOGI SIMV V.č. 0086 inv.č. 224882
	VENTILÁTOR SIEMENS-ELEMA SV-900C V.č. 5N4E2746 S11 inv.č. 248158
	VENTILÁTOR RAPHAEL HAMILTON V.č. 01E1710 serie 3024 inv.č. 252853
	VENTILÁTOR SERVO-S MAGNET V.č. 1739 inv.č. 2692405
odsávačky	
1	ODSAVAČKA CHOA V.č. BZ11 inv.č. 224882
2	ODSAVAČKA VICTORIA V.č. 1017 inv.č. 38103821
3	ODSAVAČKA ADELA V.č. 0K967 inv.č. 247858
4	ODSAVAČKA VICTORIA THORAX V.č. 09020151 inv.č. 2684
5	ODSAVAČKA VICTORIA VERSA V.č. 0511341 inv.č. 267606

Drény
 hrudní na sání zaštipnutý
 jiné

Hygienická péče
 zajištěna personálem soběstačný schopen s pomocí
 na lůžku mytí vlasů naposledy dne
 ve sprše střihání nehtů naposledy dne
 holení tváře naposledy dne

Rehabilitace
 sámy aktivní pasivní
 na lůžku s pomocí antidekubitní lůžko
 okolo lůžka stoj u lůžka po oddělení molitan

Polohování
 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6
 LB - levý bok PR - pravý bok Z - záda K - kleno

Psychická stimulace
 TV rádio walkman čtení mobil návštěva (kdo) návštěva (kdo)

Ošetření očí
 O-septonex gtl. R P V
 O-septonex ung. P L
 jiné medikace

nos Mukoseptonex R P V

ústní dutina
 Tantum verde 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6
 Boraxglycerin
 jiné

tracheostomie
 Septonex spray R P V
 jiné změna potřeby R V

prsa
 Menalind pasta Menalind pasta
 Bepanten Bepanten
 Canesten Canesten
 jiné

tríska
 Menalind pasta Menalind pasta
 Bepanten Bepanten
 Canesten Canesten
 jiné

rectum
 Menalind pasta Menalind pasta
 Bepanten Bepanten
 Avrit H Avrit H
 jiné

záda
 Kalrové mazání Kalrové mazání
 jiné

podpaží
 Menalind pasta Menalind pasta
 Bepanten Bepanten
 Canesten Canesten
 jiné

gluteální rýha
 Menalind pasta Menalind pasta
 Bepanten Bepanten
 Betadine Betadine
 jiné

paty, plošky
 Salicyl. vazelína Salicyl. vazelína
 jiné

celé tělo
 piercové mléko piercové mléko
 jiné

Ošetřovatelská anamnéza

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

<p>Příjem</p> <p>datum přijetí: <u>16.10.18</u> čas: <u>17:00</u></p> <p>opakované přijetí <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Vizitace / hodnota při přijetí</p> <p>TK: <u>100/72</u> P: <u>72</u> TT: <u>36,2</u> D: <u>28</u></p> <p>hypertenze v anamnéze <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Vědomí</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> bez omezení</p> <p><input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztižený</p> <p><input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p>Psychický stav</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> plně orientován</p> <p><input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> dezorientovaný</p> <p><input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> místem</p> <p><input type="checkbox"/> časem</p> <p><input type="checkbox"/> osobou</p> <p>Alergie</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Alergen: <u> </u></p> <p>Bolus</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne intenzita 1 - 10</p>	<p>Výživa/hydratace</p> <p>Váha / výška: <u>69,5 / 1,77</u> BMI: <u>22,6</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> parenterální</p> <p>kanyla zavedena dne: <u> </u></p> <p><input type="checkbox"/> enterální</p> <p>sonda zavedena dne: <u> </u></p> <p><input type="checkbox"/> diabetik: defekt nohou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>obezita (BMI 30 a výše): <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Vyprazdňování</p> <p>problém s močením <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání</p> <p><input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>moč. katétr zaveden dne: <u> </u></p> <p>problém se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> stomie</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>Významné příznaky / problémy</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy se zrakem <input checked="" type="checkbox"/> brýle/čochy <input type="checkbox"/> berle/hůl</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy se sluchem <input checked="" type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> protéza</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> vozík</p> <p><input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> jiné</p> <p><input type="checkbox"/> ochrnutí <input type="checkbox"/> žlutý kov <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> bílý kov <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Kůže</p> <p>změny na kůži <input type="checkbox"/> zakreslit</p> <p><input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> otoky</p> <p><input type="checkbox"/> jiné rány <input type="checkbox"/> dekubity</p> <p>stupeň:</p> <p>1. zčervenání</p> <p>2. tvorba puchýřů</p> <p>3. hluboké poškození kůže a tkáně</p> <p>4. dekubitus na kost - nekroza</p>	<p>Spánek</p> <p>narušený <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>hypnotika <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Dýchání</p> <p>potiže <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>kuřák <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová</p> <p><input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> námahová</p> <p><input type="checkbox"/> cyanóza</p> <p>Kasa</p> <p><input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý</p> <p><input type="checkbox"/> s expektorací</p> <p>Alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> přilžitostně <u>0/100</u></p> <p>Soběstačnost / pohyblivost</p> <p><input type="checkbox"/> nesoběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný s pomocí</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> soběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> při chůzi</p> <p><input type="checkbox"/> při hygieně</p> <p><input type="checkbox"/> při oblékání</p> <p>hodnocení stupně závislosti</p> <p><input type="checkbox"/> 0-40 výsoce závislý</p> <p><input type="checkbox"/> 45-60 závislost střední</p> <p><input type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 100 nezávislý</p> <p>Rizika</p> <p><input type="checkbox"/> pádu <input type="checkbox"/> skóre:</p> <p><input type="checkbox"/> dekubitů <input type="checkbox"/> N skóre:</p> <p>Schopnost rodiny</p> <p>nemocný <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>rodina <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Práce</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>téma/viz. edukační záznam</p>	<p>Cennosti</p> <p><u>5 praporek na stěně pokoj</u></p> <p><u>průhled - 916 - 100</u></p> <p>celkový vzhled pacienta</p> <p><u>čistá, čistota, 1</u></p> <p><u>komplikace, dobře</u></p> <p><u>Hygieny</u></p> <p>Kontaktující osoby</p> <p><u>manuální žuvačka, bytůk alle</u></p> <p><u>Ymcau 18</u></p> <p>Planování propuštění</p> <p>býdlí doma sám/a <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>je v péči <input type="checkbox"/> domov důchodců</p> <p><input type="checkbox"/> domácí péče</p> <p><input type="checkbox"/> pečovatelské služby</p> <p>kdo se bude starat o nem. po propuštění:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> rodina</p> <p><input type="checkbox"/> pečovatelská služba</p> <p><input type="checkbox"/> domácí péče</p> <p><input type="checkbox"/> následná oš. péče</p> <p><input type="checkbox"/> domov důchodců</p> <p>Kontakt s sociálním pracovníkem</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>podpis a razítko sestry <u>VIKTORIE KVALEČKOVÁ</u></p> <p>datum: <u>16.10.18</u> čas: <u>18:00</u></p> <p>podpis a razítko lékaře: <u> </u></p>
--	---	---	---