

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kasuistika nemocného s diagnózou ulcerózní kolitida

(Case report in patient with colitis ulcerosa)

2006/2007

Michaela Hofmanová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová

OBSAH

A. <u>ÚVOD</u>	3
B. <u>KLINICKÁ ČÁST</u>	4
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	4
2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	8
3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY	9
4. DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE	11
4.1 Status praesens	11
4.2 Fyziologické funkce	11
4.3 Laboratorní vyšetření	12
4.3.1 Vyšetření krve	12
4.3.2 Vyšetření moče	13
4.4 Další vyšetření	13
4.5 Terapie	14
4.5.1 Farmakoterapie	14
4.5.2 Zavedené vstupy	17
4.5.3 Dietoterapie	17
4.5.4 Fyzioterapie	18
5. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	19
C. <u>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</u>	20
1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU	20
1.1 Subjektivní náhled nemocného na hospitalizaci	20
1.2 Hodnocení sestry	20
1.3 Základní potřeby nemocného	20
1.4 Psychosociální potřeby nemocného	24
2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	27
3. OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁN PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ	29
4. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR	41
5. EDUKACE	42
D. <u>ZDROJE INFORMACÍ</u>	43
E. <u>POUŽITÁ LITERATURA</u>	44
F. <u>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</u>	45
G. <u>PŘÍLOHY</u>	

A. ÚVOD

Každé onemocnění, které probíhá chronicky, přináší nemocnému člověku v životě mnohá omezení. Stejně tak i ulcerózní kolitida se může stát těžkým až neúnosným břemenem. Zvláště pak, doprovází-li stáří a jde krok co krok s pocitem osamění a přidruženými chorobami. Úkolem rodiny, lidí člověku blízkých i zdravotnického personálu by měla být pomoc toto břemeno nést a ulehčit tak nemocnému tu velkou tíhu.

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala 82-letého muže s diagnózou ulcerózní kolitida, jehož stav byl v průběhu hospitalizace komplikován aspirační bronchopneumonií, protože mám zkušenost s pacienty - seniory a práce s lidmi v tomto období života mi připadá velice potřebná a zajímavá. Také jsem doufala, že můj zájem bude pro ležícího pacienta rozptýlením v běžných všedních dnech.

Péče o ležícího polymorbidního pacienta s velmi omezenou soběstačností pro mě byla výzvou.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida)

Definice

Nespecifický hemoragicko katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronickým průběhem.

Výskyt

Prevalence nemoci je 35 – 70/100 000 obyvatel, v České republice je to 40 – 45.

Etiologie

Příčina nemoci není objasněna. Bylo vysloveno mnoho hypotéz o příčině nemoci, žádná však není přijímána všeobecně. Nejvíce zastánců má představa, že vlivem činitelů zevního prostředí (alergeny z potravy, toxické látky, bakterie viry) se u geneticky disponovaných jedinců rozvine imunopatologická reakce. Jde tedy zřejmě o autoimunitní onemocnění.

Je prokázáno, že aktivní kouření působí projektivně proti vzniku ulcerózní kolitidy. Ochranným faktorem jsou i mastné kyseliny obsažené v rybím tuku.

Klinický obraz

Dominuje průjem často s příměsí krve, hlenu či hnisu. Mohou být tenezmy, bolest rektální i v břiše, nucení na stolicí, úbytek na váze, únava, slabost, subfebrilie až febrilie.

Klasifikace

Nemoc je klasifikována dle rozsahu postižení:

- ▶ Pankolitida – postihuje celý tračník
- ▶ Subtotální forma – po hepatální ohbí
- ▶ Levostranná forma – po lienální ohbí
- ▶ Proktosigmoiditida – postihuje rektum a sigmoideum

► Proktitida – postihuje jen rektum

Průběh

Průběh onemocnění může být chronický kontinuální nebo chronický intermitentní (s remisemi a relapsy). Závažný je průběh fulminantní (velmi rychlý), který může skončit i fatálně. Onemocnění může ale proběhnout jen jako jedna ataka akutní kolitidy.

Diagnostika

Důležitá je anamnéza a vyšetření kolposkopické (úbytek normální kresby, erytém, křehkost – krvácení, exsudát, vředy, pseudopolypy, ztráta haustrace). V histologickém obrazu je nacházen zánětlivý infiltrát, kryptové pseudoabscesy, eroze, ulcerace. Laboratorní vyšetření jsou užívána zejména k hodnocení aktivity nemoci. Je nacházena anémie, leukocytóza a zvýšené hodnoty proteinů v akutní fázi.

Komplikace

Častou komplikací je krvácení. Zhoubná přeměna se vyskytuje častěji než v populaci, ale u nás je zvýšení incidence jen o málo větší a nevyžaduje zvláštní opatření. Nejzávažnější komplikací je toxické rozepětí tračnicku (toxické megakolon), při kterém může dojít k perforaci. Extraintestinální manifestace postihují nejčastěji klouby, oči, játra a žlučový systém. Primární sklerózující cholangitida se vyskytuje zejména u mladých mužů.

Léčba

Základem terapie, zejména lehkého a středně těžkého onemocnění, jsou aminosalicyláty (aplikované lokálně nebo per os), které jsou podávány i v remisi jako léčba udržovací. Při neúspěchu této léčby a u těžšího průběhu jsou přidávány kortikoidy a imunosupresiva. Důležitou součástí léčby těžšího onemocnění jsou antibiotika a parenterální výživa.

Vhodně indikovaný a odborně provedený chirurgický zákrok by měl definitivně zbavit nemocného choroby.

Prognóza

Průběh je individuálně rozdílný. Je nutno počítat s chronicitou onemocnění a s relapsy. Ani při déletrvajícím klidu není nemocný zbaven rizika rozjitření.

U těžce probíhajících pankolitid je prognóza vážná, nelze vyloučit i možnost smrtelného zakončení. (8, 9, 10)

Bronchopneumonie

Definice

Časté akutní onemocnění, charakteristické zánělivými změnami (infiltrací a exudací) v plicní tkáni.

Etiologie

Infekční příčiny:

- a) bakterie
- b) viry
- c) plísně (vzácně)

Neinfekční příčiny:

- a) fyzikálně a chemicky dráždivé látky (např. plyny, páry ...)
- b) aspirace cizího tělesa
- c) metabolické poruchy - při nedostatečnosti ledvin

Klinický obraz

- náhlý začátek
- teplota s třesavkou
- kašel - nejdříve suchý pak expektorace hnisavého sputa
- únava, bolest hlavy, svalů, kloubů - někdy výskyt oparu na rtu

Klasifikace

Nemoc je klasifikována dle:

- vzniku
 - ▶ primární
 - ▶ sekundární

- průběhu
 - ▶ akutní
 - ▶ chronická

- charakteru
 - ▶ infekční
 - ▶ neinfekční
 - ▶ hypostatická
 - ▶ terminální
 - ▶ aspirační
 - ▶ obstrukční
 - ▶ cytostatická

Diagnostika

- fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření - krve KO, FW, ASTRUP
- moč + sediment
- vyšetření sputa
- při febrílii náběr hemokultury 3x po 15 min

Léčba

- na začátku léčby širokospektrá ATB, později po vyšetření citlivosti ATB cíleně
- Antipyretika, Antitusika, Expektorancia, Mukolytika, Analgetika
- vitamíny
- oxygenoterapie
- dostatečná hydratace
- u systémových onemocněních - Kardiotonika

(9, 13)

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: K. O.

Oslovení: Pan K.

Rok narození: 1925

Věk: 82 let

Stav: ženatý

Vyznání: římskokatolické

Adresa: Praha

Pojišťovna: 111

Povolání: starobní důchod, dříve stavební mistr

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Telefon: má

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka, dcera, syn

Datum přijetí: 9. 3. 2007

Pacienta jsem ošetřovala: od 2. 4. 2007 do 6. 4. 2007

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

Osobní anamnéza:

Ulcerózní kolitida na terapii mesalazinem, sledován v místě bydliště, poslední koloskopie 06/2006, dle pacienta stacionární stav, lékaře nevzpomíná.

Stav po opakovaných hlubokých žilních trombózách pravé dolní končetiny, stav po plicní embolii v 1990 dle dokumentace, přechodně antikoagulován.

Stav po bronchopneumonii vpravo v 03/2005.

Parkinsonova choroba, sledován v místě bydliště, lékaře nevzpomíná.

Chronická atrofická gastritida, bulbitida dle dokumentace.

Stav po cholecystektomii pro litiázu před mnoha lety.

Stav po operaci nefrolitiázy vlevo v 2001.

Abusus: nekuřák asi 12 let, kouřil 30 let asi 10-15 cigaret denně, alkohol nepije.

Rodinná anamnéza:

Matka zemřena v 66 letech na plicní embolii, otec zemřel v 67 letech na infarkt myokardu, bratr žije (85 let) a s ničím závažným se neléčí. Dcera (59 let) a syn (57 let) se také s ničím závažným neléčí.

Alergická anamnéza:

Pacient udává alergii na chloramfenikol, která se projevuje lékovým ekzantémem.

Pracovní a sociální anamnéza:

Pacient je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako stavební mistr. Ženatý, žije s manželkou, pečovatelská služba zajišťuje obědy.

Farmakologická anamnéza:

Pacient dlouhodobě užívá: Salofalk 500 mg tbl. 1-1-1

Isicom tbl. 1-1-1

Anavenol 1-0-0

Kemadrin tbl. 0-0-0-1 (při obtížích)

Nynější onemocnění:

Nemocný s ulcerózní kolitidou odeslán praktickým lékařem k hospitalizaci pro celkové zhoršení stavu, vyšetřen na centrálním příjmu interně nemocných (SPIN) a odeslán na oddělení. Nemocný uvádí frekventovanější stolici, nepozoruje příměs hlenu či krve na stolici, konzistence prý normální až tužší, inkontinence moče prý dlouhodobě . Asi rok pozoruje otoky obou dolních končetin, symetrické, slabost obou dolních končetin, pro kterou nemůže chodit, doma velmi omezená pohyblivost, většinu dne leží na lůžku. Nepozoruje zhoršení třesu v rámci parkinsonismu. Dušnost, stenokardie, palpitace, synkopy neguje.

Lékařské diagnózy: **1. Celkové zhoršení stavu, ulcerózní kolitida**

- (při příjmu)
2. Dehydratace
 3. Hypokineticko-rigidní syndrom
 4. Chronická atrofická gastritida, bulbitida, duodenitida
 5. Stav po plicní embolii a opakovaných hlubokých žilních trombózách pravé dolní končetiny
 6. Stav po cholecystektomii pro litiázu
 7. Stav po operaci nefrolitiázy vlevo
 8. Léková alergie na chloramfenikol

4. DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1 Status praesens: Při příjmu 9. 3. 2007

Pacient je orientovaný, snaží se spolupracovat, bledý, dehydratovaný, hybnost pro slabost výrazně omezená, není schopen sám chodit, výrazný třes obou horních končetin a spodní čelisti a jazyka.

Hlava : palpačně nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, spojivky bledé, jazyk suchý, chrup protetický, výstupy n. V nebolestivé, inervace n. VII nelze.

Krk : vážne předklon, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, lehce zvýšená náplň krčních žil, štítnou žlázu nehmatám.

Hrudník : dýchání klidné čisté, velmi tiché, poklep jasný až hypersonorní, akce srdeční pravidelná, ozvy dvě, šelest neslyším.

Břicho : klidné jizvy po cholecystektomii, břicho je měkké, nebolestivé, poklep diferenciálně bubínkový, peristaltika živá.

DK : oteklé výrazně do ½ bérců, těstovité otoky, zarudlá kůže.

4.2 Fyziologické funkce

9. 3. 07 Při příjmu: Krevní tlak: 110/70

Puls: 63^č

Dýchání: 14/min

Tělesná teplota: 36,2°C

SAO₂: 94%

Vědomí: při vědomí

Výška: 184 cm

Hmotnost: 82 kg

BMI: 24,2 (normální)

Datum	Krevní tlak	Puls	Dýchání	Těl. teplota
2. 4. 07	120/70	70 [°]	13/min	36,3°C
3. 4. 07	115/70	80 [°]	18/min	37,8°C
4. 4. 07	120/75	74 [°]	17/min	37,7°C
5. 4. 07	110/70	77 [°]	17/min	37,8°C

Bilance tekutin

Datum	Příjem (ml)	Výdej (ml)
2. 4. 07	550	2500
3. 4. 07	500	2850
4. 4. 07	600	2750
5. 4. 07	750	2800

V tabulce je uvedený per orální příjem tekutin a je nutno k němu připočítat hodnoty infúzní terapie (viz 3.5.1 Farmakoterapie)

4.3 Laboratorní vyšetření

4.3.1 Vyšetření krve

3. 4. 2007

Biochemické vyšetření:

glykémie: v normě

GMT 1,55 ukat/l (< 0,84)

Albumin 33,9 g/l (35,0 – 53,0)

CRP 424 mg/l (< 7,0)

ostatní v normě

Krevní obraz + diff:

Erytrocyty 3,5 x 10¹²/l (4,0 – 5,9)

Hemoglobin 113 g/l (135 – 172)

Hematokrit	0,339 (0,42 – 0,52)
Neutrofilly	6,1 (0,47 – 0,7)
Lymfocyty	0,5 (0,2 – 0,45)
Monocyty	0,6 (0,02 – 0,1)
Eosinofily	0,4 (0 – 0,07)
ostatní v normě	

Koagulační vyšetření:

INR : v normě

APTT: v normě

4.3.2 Vyšetření moče

21. 3. 2007

Moč chemicky + sediment: v normě

4.4 Další vyšetření

9. 3. 2007

- *EKG:* nenatočeno pro výrazný třes nemocného

14. 3. 2007

- *SONO břicha:* obtížná vyšetřitelnost, nepřínosné vyšetření. Játra ve vyšetřitelném rozsahu bez ložiskových změn, echogenita zvýšena jen mírně. Stav po cholecystektomii. Ledviny bez hrubších změn struktury. Balonek cévky v močovém měchýři.

16. 3. 2007

- *Rtg srdce a plic:* Pravá bránice je výše uložená, poloha levé je obvyklá, brániční úhly jsou ostré. Srdce je lehce rozšířené, v plicích jsou známky žilního městnání. Vpravo basálně jsou spíše jen hypoventilační změny z komprese při elevované bránici

– ta je ale zároveň příčinou zhoršené hodnotitelnosti tamtéž. Jinde infiltrativní ložiska určitě nejsou. Vinutá sklerotická aorta.

20. 3. 2007

• *Rtg srdce a plic:* Proti vyšetření z 16.3. je bránice ještě mírně posunuta nahoru, nad bránicí přetrvávají atelektatické změny. Ustoupilo městnání v malém oběhu, žilní kresba se blíží normálnímu stavu. Rozšíření srdce doleva je nezměněné. Centrální venózní katétr zprava, konec katétru v proximální 1/3 VCS. Bez známek pneumonie.

6. 4. 2007

• *Rtg. srdce a plic:* Trvá elevace pravé brániční klenby. Vlevo splývá obrys bránice se stínem doleva rozšířeného srdce. Vlevo je vzhled plicního křídla vcelku přiměřen poloze při snímkování. Vpravo je překrvení, neostrá až cárovitě prostoupená bronchovaskulární kresba perihilózně a v dolním poli koreluje s podezřením na aspirační bronchopneumonii. Poloha centrálního žilního katétru se nemění.

4.5 Terapie

3.5.1 Farmakoterapie

1) Terapie infúzní

2. 4. – 5. 4. 2007

- A) Nutriflex basal 2000 ml** Na 20 hodin – pak 6 hodin pauza.
+ **Multibiota 1 amp.**
+ **Nutralipid 20% 250 ml**
- B) G5% 500 ml + 10 ml 7,5 KCl** na 12 hodin
F1/1 500 ml na 12 hodin

Infúzní terapie byla podávána do vena jugularis interna dextra.

2) Intravenózní medikace

2. 4. – 5. 4. 2007

Helicid 40mg 1 amp. + 100 ml F1/1 i.v. v 6:00 hod.

- Antacida, antiulceróza
- Omeprazolium natrium
- *Nežádoucí účinky:* bolest hlavy, průjem, zácpa, abdominální bolest, nauzea/ zvracení a plynatost, závratě, parestézie, ospalost, nespavost, vertigo, zvýšené hodnoty jaterních enzymů, svědění, kopřivka

Ambrobene 1 amp. i. v. 6 – 14 – 22 hod.

- Expektorancia, mukolytika
- Ambroxoli hydrochloridum
- *Nežádoucí účinky:* slabost, bolest hlavy, žaludeční obtíže, průjem a zvracení, kožní vyrážka

+ **Od 4. 4. 2007**

Unasyn 1,5g i. v. 6 – 12 – 18 – 24 hod.

- Antibiotika, virostatika
- Sultamicillinum
- *Nežádoucí účinky:* bolestivost v místě vpichu injekce, zejména při nitrosvalové aplikaci, flebitida u intravenózní aplikace, anémie, nauzea, zvracení, průjem, abnormální jaterní funkce, anafylaktická reakce, vyrážka, svědění

3) Terapie injekční

2. 4. – 5. 4. 2007

Fraxiparine 0,4 s. c. v 6:00 hod.

- Antikoagulancia, antiagregancia
- Nadroparinum calcicum
- *Nežádoucí účinky:* Krvácivé projevy v různých místech, malé krevní výrony v místě vpichu, Kožní nekrózy obvykle v místě vpichu, generalizované reakce přecitlivělosti včetně angioedému a kožní reakce, zvýšení jaterních testů

4) Terapie p. o.

2. 4. – 5. 4. 2007

Kemadrin tbl. ½ - 0 – 0

- Antiparkinsonika
- Procyclidini hydrochloridum
- *Nežádoucí účinky:* nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem/zácpa, úzkost, neklid, poruchy spánku

Isicom 240 mg tbl 6 – 10 – 14 – 18 – 22

- Antiparkinsonika
- Levodopum, Carbidopum monohydricum
- *Nežádoucí účinky:* zažívací potíže jako nevolnost, zvracení, průjem či zácpa a nechutenství, spojené i se ztrátou na váze, neklid, úzkost spojená s poruchami spánku, zvýšení agresivity, poruchy vnímání a myšlení (bludné myšlenky), depresivní rozlady nebo nadnesená nálada

Neurol 0,25 mg tbl. 1 – 1 – 1

- Anxiolytika
- Alprazolamum
- *Nežádoucí účinky:* ospalost nebo únava, svalová slabost, nejistá chůze či bolesti hlavy, závratě, malátnost, rozmazané vidění, sucho v ústech, či slinění, bolest břicha, zácpa či kožní vyrážky, snížené citové prožívání

Hypnogen tbl. 0 – 0 – 0 – 1 při nespavosti

- Hypnotika, sedativa
- Zolpidemitartras
- *Nežádoucí účinky:* zmatenost, halucinace, noční můry, neklid, zvýšená nespavost, změny libida, nervozita, podrážděnost, agresivita, bludy, zuřivost, poruchy chování (nevhodné chování), náměsíčnost a deprese, točení hlavy, bolesti hlavy a ospalost během dne

5) Inhalační terapie

Nebulizace: 6 – 12 – 18 – 22 hod.

Atrovent 0,5 ml

- Bronchodilatancia, antiastmatika
- Ipratropii bromidum monohydricum
- *Nežádoucí účinky:* epistaxe, bolesti hlavy, nauzea, suchost sliznic

+ **Mucosolvan** 1ml

- Expektorancia, mukolytika
- Ambroxoli hydrochloridum
- *Nežádoucí účinky:* slabost, bolest hlavy, žaludeční obtíže, průjem a zvracení, kožní vyrážka

+ **Aqua** 2,5ml

Oxygenoterapie : 5. 4. 2007

Dle potřeby pacienta podávat O₂ ... 5 l přes kyslíkové brýle

Pacient vyžadoval aplikaci kyslíku od 5⁰⁰ do 10⁰⁰, kdy kyslík odmítá. V 10⁴⁵ pacient opět vyžaduje aplikaci kyslíku a v 11³⁰ chce opět tuto terapii ukončit. Dále již pacient aplikaci kyslíku nevyžaduje.

4.5.2 Zavedené vstupy

Pan K. má zavedeny tyto vstupy:

1) Centrální žilní katetr

Centrální žilní katetr je zaveden zprava do vena jugularis interna dne 20. 3. 2007 na JIP.

2) Permanентní močový katetr

Permanентní močový katetr byl zaveden 18. 3. 2007 .

4.5.3 Dietoterapie

Před hospitalizací pacient nedodržel žádná dietní opatření – jedl klasickou českou kuchyní. Vzhledem ke zdravotnímu stavu byla v nemocnici pacientovi doporučena dieta 1S + 2x Nutridrink + tekutiny. Dieta byla po dobu mého působení u lůžka pacienta beze změny.

4.5.4 Fyzioterapie

Fyzioterapeutka dochází za panem K. pravidelně 2x denně vždy v 9⁰⁰-9³⁰ a ve 13⁰⁰-13³⁰. V rámci rehabilitace jsme prováděli aktivní cvičení horních i dolních končetin na lůžku, nácvik sedu dle Bobath koncepce, reflexní fyzioterapii, nácvik expektorace, kontaktní dýchání, bridging, posilování břišních svalů, stabilita sedu a později i chůze v chodítku.

5. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

82-letý pacient byl přijat pro celkové zhoršení zdravotního stavu (ulcerózní kolitida) dne 9. 3. 2007. Pacient byl klidný, orientovaný, spolupracoval. Pacientovi byl upraven dietní režim, farmakologická terapie, zaveden permanentní močový katetr, a vzhledem k velmi omezené soběstačnosti zahájena fyzioterapie a intenzivní ošetrovatelská péče. V průběhu hospitalizace došlo ke zhoršení zdravotního stavu pacienta v důsledku aspirační bronchopneumonie. Pacient byl dušný, febrilní a obtížně vykašlával hustý žlutohnědý hlen. Po odebrání vzorku sputa na kultivaci a citlivost byla pacientovi naordinována antibiotická léčba, ta však byla bez efektu a stav pacienta vyžadoval intenzivní péči. Pacient byl 20. 3. 2007 přeložen na JIP, kde mu byl zaveden centrální žilní katetr a aplikována parenterální výživa. Dle kultivace a citlivosti byla pacientovi opět podávána antibiotická léčba. Pacientův stav se zlepšil a dne 30. 3. 2007 byl pacient přeložen zpět na oddělení. Zde pokračovala parenterální výživa v kombinaci s enterální výživou, fyzioterapie i intenzivní ošetrovatelská péče. Pacient stále obtížně vykašlával hustý žlutohnědý hlen, byl afebrilní.

V době mého působení u lůžka pacienta jsem zaznamenala velmi časté průjmovité stolice s příměsí krve. Pacient byl dušný, bledý a velmi unavený. Dne 3. 4. 2007 došlo opět k vzestupu tělesné teploty a znovu byla diagnostikována aspirační bronchopneumonie. Od 4. 4. 2007 byla opakovaně pacientovi podávána antibiotická léčba. Dietoterapie byla stejná a stále probíhala fyzioterapie a intenzivní ošetrovatelská péče.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

1.1 Subjektivní náhled nemocného na hospitalizaci

Pacient zná důvod hospitalizace a je dostatečně informován o svém zdravotním stavu. Případá mu, že není dostatečně informován o svém léčebném režimu. Je dostatečně informován o nemocničním režimu. Pacientovi se v nemocnici nelíbí, protože doma je doma, ale s péčí je spokojen.

1.2 Hodnocení sestry

Pacient je orientován v místě, čase a prostoru. Snaží se spolupracovat a ochotně poskytuje informace. Komunikace s nemocným je pro mě obtížnější, není však způsobena pacientem, ale poruchou sluchu z mé strany – pacient prý mluví přiměřeně hlasitě a s přiměřenou rychlostí. Verbální komunikace koresponduje s neverbálními projevy.

1.3 Základní potřeby nemocného

1.3.1 Potřeba dýchání

Pacient je již asi 12 let nekuřák – kouřil 30 let asi 10-15 cigaret/den. Před hospitalizací neměl obtíže s dýcháním.

Nyní obtíže s dýcháním udává – je dušný, obtížně vykašlává hustý žlutohnědý hlen, dýchá hlasitě, dechová frekvence je pravidelná, 13 dechů za min. Rýmu pacient neudává.

Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Celkový počet bodů: (11 – ohrožen)

(12)

1.3.2 Potřeba hydratace

Příjem tekutin per os se u nemocného před hospitalizací a během hospitalizace výrazně nezměnil. Pacient vypije do 1 l tekutin denně. Pocit žízně nemá. Nápoje střídá a pije hlavně čaj a vodu se sirupem. Pacient nepije alkohol a čistou pramenitou vodu.

Nyní má pacient k dispozici dostatek tekutin, ale je nutné mu tekutiny nabízet - pije hlavně čaj, ale ten mu moc nechutná, ale nechce, aby mu rodina přinesla do nemocnice jiný nápoj, protože se to dá vydržet. Pacient velmi často při příjmu tekutin nápoj aspiroval a následně intenzivně kašlal, proto je pro něj příjem tekutin obtížnější. **Pacient má mírné projevy dehydratace:**

- bulbální sliznice jsou vlhké, jazyk a rty jsou suché
- pohyby očních bulbů jsou normální
- kožní turgor je lehce nižší a náplň krčních žil je normální
- kůže je suchá, ale přiměřeně teplá
- pacient je unavený, spavý, není dezorientovaný

Nejsou přítomny otoky dolních končetin. (2)

1.3.3 Potřeba výživy

Pacient má horní i dolní zubní protézu, se kterou je spokojen – zubního lékaře nenavštěvuje od té doby, co nemá vlastní zuby. Sliznice dutiny úst není porušená, ale je velmi suchá. Před hospitalizací se pacient ve stravování neomezoval – jedl klasická česká jídla. Do jídla se nemusel nutit, ale nikdy nebyl velký jedlík. BMI = 24,2 – v normě (výška = 184 cm, hmotnost = 82 kg). Pacientova hmotnost je stabilní. Pan K. neudává snížení chutě k jídlu. Pacient nejí rajskou polévku.

Nyní je pacientova výživa ovlivněna vlastním onemocněním a hospitalizací (viz 3.5.3 Dietoterapie). (4)

1.3.4 Potřeba vyprazdňování moče

Pacient udává již v době před hospitalizací inkontinenci moče. Inkontinence byla dána neschopností dojít si na toaletu a řešil ji pomocí jednorázových papírových plen, které mu vyměňovala manželka. V současné době není pacient schopen si dojít na WC kvůli slabosti dolních končetin a není ani schopen se vymočit do močové lahve pro intenzivní třes horních končetin. Proto byl pacientovi dne 18. 3. 2007 zaveden permanentní močový katetr. Pacient močí dostatečné množství čiré moče (viz 3.2 Fyziologické funkce – bilance tekutin) normálního zápachu, barvy a bez příměsí krve či hnisu. Jakékoliv obtíže při močení pacient neguje. Vyprazdňování moče pomocí permanentního močového katetru hodnotí velmi pozitivně, protože je v suchu. Pacient nemá problémy s prostatou. (5)

1.3.5 Potřeba vyprazdňování stolice

Pacient se doma vyprazdňuje 4 - 6x/den. Stolice je prý normální až tužší konzistence a bez příměsí. Defekace je bez bolesti. Projímadla neužíval.

V době mého ošetřování se pacient vyprazdňuje přibližně po 2 hodinách. Stolice je vodnatá, normální barvy a s viditelnou přítomností jasně červené krve. Defekace je nebolestivá. Pacient se vyprazdňuje do jednorázových plenkových kalhotek, protože není schopen stolici udržet ani si dojít na toaletu. Průjmovitý charakter stolice je dle lékaře způsoben podáváním vaku s parenterální výživou. I přes četnost stolice je okolí konečníku, oblast hýždí a sakrální krajina klidná a bez příznaků vznikajícího dekubitu. (6)

1.3.6 Potřeba hygieny a stav kůže

S hygienou pacientovi doma pomáhala manželka – pacientovi podala umyvadlo s vodou, připravila mu hygienické potřeby a pomohla mu se umýt každé ráno. 1x za týden měl pan K. zajištěnou pečovatelskou službu a ta mu pomohla s osprchováním. Pacient byl na tento systém hygieny zvyklý, ale raději by se umyl sám.

Při hospitalizaci není pacient schopen se sám umýt pro svalovou slabost, únavu a intenzivní třes horních končetin. Hygienu jsme prováděli každé ráno formou sprchy v koupelně nebo mytím na lůžku (ob den se střídalo). Vlasy jsem na výslovné přání pacienta nemyla. Pacient si zvládl sám umýt obličej, snažil se pomoci při otáčení z boku na bok a vydržel chvíli stát pokud ho někdo pevně podpíral. Ranní hygiena byla pro pacienta poměrně vyčerpávající, ale prý si po ní připadal více jako člověk.

Kůži má pacient velmi suchou a neošetřuje ji doma krémem. Pocení označuje pacient jako přiměřené. Kůže je bledá, bez eflorescencí, hematomů a otoků. Pacient má viditelnou jizvu po cholecystektomii. Jizva je klidná. Hodnocení rizika vzniku dekubitů viz příloha č.1. Pacient má zavedený centrální žilní katetr vpravo do vena jugularis interna, který je průchodný a bez známek infekce. (3)

1.3.7 Potřeba spánku a odpočinku

Doma pacient neměl žádné obtíže se spánkem.

Pacient spí v noci 7-8 hodin a přes den spí občas 2 hodiny. Nyní pacient udává, že se v noci občas probudí a nemůže usnout, obtíže při usínání přičítá změně prostředí. Po probuzení se cítí občas unavený, přestože spal dlouho. Hypnotika neodmítá. Přes den téměř vždy pacient při mém příchodu na pokoj pospával. Pacient prý nemá žádný usínací rituál, ale potřebuje někoho, kdo mu popřeje dobrou noc.

1.3.8 Potřeba pohodlí a být bez bolesti

V době před hospitalizací pacient bolest neguje.

Bolest či jiné nepříjemné pocity nyní pacient neguje.

Lůžko shledává pacient jako pohodlné, pacient má v lůžku umístěnou antidekubitární matraci. Teplota vzduchu v místnosti je podle pacienta vyšší, než na jakou je zvyklý. Pacientovi vyhovovalo, že je na pokoji klid.

1.3.9 Potřeba fyzické a psychické aktivity

Doma pacient trávil téměř celý den na lůžku. Dokud byl ještě soběstačný, bavila ho jeho práce – mistr na stavbě. Také ho velice bavila práce na zahrádce a stavění prolézaček pro děti. Nyní tyto činnosti pan K. nezvládne, protože jeho hybnost a soběstačnost je velmi omezená z důvodu slabosti dolních končetin a intenzivnímu třesu horních končetin. Nyní si rád přečte dobrou knihu (na válečné téma) nebo se dívá na televizi. V nemocnici tyto činnosti pacient vykonávat nechce, protože je velmi unavený. Pacient viděl velký smysl a rozptýlení v zájmu o mou závěrečnou práci a byl nadšen, že jsem si ho vybrala. (7)

1.3.10 Sexuální potřeby

Otázky nebyly položeny.

1.4 Psychosociální potřeby nemocného

Pacient je emocionálně stabilní, dobře se ovládá, snaží se spolupracovat a je přizpůsobivý. Informace uchovává bez zkreslení, ale občas zapomíná a pak si připadá nedostatečně informován o svém léčebném režimu. Pacientova nálada je neutrální – ani pozitivní ani negativní.

1.4.1 Existenciální potřeby

1.4.1.1 Potřeba bezpečí a jistoty

Pacient se necítí ohrožený. Nemocniční prostředí shledává jako bezpečné a zdravotnickému personálu poměrně důvěřuje. Pacient má dobré rodinné i finanční zázemí a neudává obavy z návratu do domácího prostředí.

1.4.1.2 Potřeba zdraví a informací

Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu, ale vzhledem k tomu, že některé informace zapomíná (ptá se opakovaně na stejnou otázku,

přestože mu byla poskytnuta adekvátní odpověď již několikrát) a proto informovanost hodnotí jako nedostatečnou v oblasti svého léčebného režimu. O tom, co se děje v okolním světě, ho informuje rodina.

1.4.1.3 Potřeba soběstačnosti

Pacientova soběstačnost je velice omezena následkem svalové slabosti dolních končetin a intenzivního třesu horních končetin (měření soběstačnosti viz příloha č. 3. Pacient si zvládne omýt obličej, pokud mu žínku podám do ruky, vyndá si a opět nasadí zubní protézu. V ostatních úkonech osobní hygieny je zcela nesoběstačný. Pacient se zvládne napít z dětské lahve, pokud mu ji podám do ruky. Najíst se pacient vůbec nezvládne. Bez intenzivní pomoci si nemocný sám neseďne, neotočí se a ani nepostaví.

1.4.2 Vztahové potřeby

1.4.2.1 Potřeba komunikace

Pan K. komunikuje bez obtíží. Pacient hovoří velmi rád a těšilo ho, když jsem si s ním povídala. Kontakt jsem navázala velmi rychle, ale z mé strany s menšími obtížemi. Pacient projevil radost z toho, že jsem si pro svou práci vybrala zrovna jeho.

1.4.2.2 Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacient bydlí s manželkou. Nyní ho navštěvuje hlavně syn a dcera, projevují zájem o jeho budoucnost a jsou mu oporou. Kontakt udržují i pomocí mobilního telefonu. Panu K. se po domově a blízkých lidech stýská a chtěl by domů.

1.4.2.3 Potřeba důvěry a přátelství

Pacient mi ochotně sděloval veškeré informace a nezaznamenala jsem projevy nedůvěry. Pacient je v častém kontaktu s rodinou. Hodně se mu po

nich stýská, ale ví, že pobyt v nemocnici je pro něj důležitý – musí tu zůstat. Pacient velmi pozitivně reaguje na dotyky – vždy, když jsem ho uchopila za ruku nebo pohladila, se uvolnil, zklidnilo se jeho dýchání a pacientova nálada se viditelně zlepšila.

1.4.3 Potřeba sebeúcty a seberealizace

1.4.3.1 Potřeba sebeúcty a seberealizace

Pacient neprojevil strach z budoucnosti ani jiné obtíže v této oblasti. Chtěl by domů, ale neví, zda to bude možné. Největší životní hodnotou je pro pana K. zdraví a rodina.

1.4.3.2 Duchovní potřeby

Pan K. vyznává římskokatolické náboženství. Mrzí ho sice, že nemůže pravidelně navštěvovat kostel, ale Bůh mu to prý odpustí, protože ví, že do kostela dojít nezvládne. Kněze si pozvat nepřeje. Bibli má pacient uloženou ve stolečku a to ho prý uklidňuje.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

2.4. 2007

- 1) **Porucha dýchání** z důvodu komplikací v dýchacích cestách projevující se dušností pacienta a obtížným vykašláváním hustého žlutohnědého hlenu

- 2) **Porucha soběstačnosti a tělesné hybnosti** z důvodu svalové slabosti dolních končetin, intenzivního třesu horních končetin a únavy projevující se omezením některých pohybů a výrazným snížením sebepěče.

- 3) **Změna v příjmu potravy** z důvodu dekompenzace zdravotního stavu projevující se podáváním parenterální výživy

- 4) **Změna ve vyprazdňování stolice** z důvodu chronického onemocnění zažívacího traktu pacienta projevující se průjmem, příměsí krve ve stolici a inkontinencí stolice

- 5) **Změna ve vyprazdňování moče** z důvodu zavedení permanentního močového katetru

- 6) **Snížený objem tělesných tekutin** z důvodu průjmu projevující se suchostí sliznice úst, kůže, únavou, sníženou výkonností a snížením kožního turgoru

- 7) **Porucha kožní integrity** z důvodu zavedení centrálního žilního katetru a aplikace Fraxiparinu

- 8) **Riziko vzniku dekubitu** z důvodu celkově špatného zdravotního stavu pacienta, upoutání na lůžko, inkontinence stolice

- 9) **Riziko vzniku komplikací** (krvácení a aspirace) z důvodu celkově špatného zdravotního stavu pacienta, aplikace Fraxiparinu, upoutání na lůžko

3.4. 2007

- 1) **Pocit nedostatečné informovanosti o léčebném režimu** z důvodu zapomínání projevující se opakovaným pokládáním stejných otázek
- 2) **Porucha spánku** z důvodu změny prostředí projevující se probouzením uprostřed noci a obtížemi při opětovném usínání
- 3) **Bolest akutní** v oblasti zad z důvodu dlouhodobého ležení v lůžku projevující se slovním vyjádřením, aktivním vyhledáváním úlevové polohy a bolestivým výrazem v obličeji.
- 4) **Pocit osamělosti** z důvodu nepřítomnosti blízkých lidí projevující se slovním vyjádřením a smutným výrazem ve tváři při hovoru o rodině

(1)

3. OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁN PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ

▲ Porucha dýchání z důvodu komplikací v dýchacích cestách projevující se dušností pacienta a obtížným vykašláváním hustého žlutohnědého hlenu

Cíl: Pacient udává snadnější odkašlávání hlenu

Pacientovi se lépe dýchá

Ošetrovatelské intervence:

- sledování dýchání pacienta
- pomoc nemocnému nalézt polohu, ve které se mu lépe dýchá
- podání mukolytik a expektorancií dle ordinace lékaře a sledování projevů nežádoucí reakce na ně
- podání oxygenoterapie dle ordinace lékaře
- zvlhčování vzduchu
- konzultace vhodných pomocných dýchacích prostředků s rehabilitační sestrou
- pečování o hygienu dutiny ústní a nosní
- naslouchání pacientovi

Realizace plánu:

Sledovala jsem dýchání pacienta, které bylo pravidelné (17 - 18 dechů za minutu), ale hlasité a doprovázené kašlem s expektorací. Pacientovi jsem při polohování v poloze na zádech zvedla podhlavní panel do polohy v polosedě a hlavu a záda jsem mu podložila ještě jedním polštářem - v této poloze jsem také pacientovi podávala jídlo a tekutiny, abych zabránila aspiraci - pacient udal úlevu. Podávala jsem pacientovi mukolytika a expektorancia dle ordinace lékaře – pacient necítí, že by se mu po podávání těchto léků lépe odkašlávalo. Aplikace kyslíku proběhla dle ordinace lékaře 4.4. 2007 dle potřeby pacienta. Vzduch jsem zvlhčovala navlhčeným ručníkem, který jsem po domluvě s pacientem pověsila nad jeho lůžko. Po konzultaci s fyzioterapeutkou jsem u pacienta prováděla kontaktní dýchání, které si pacient velmi pochvaloval a snadněji se

mu odkašlávalo. Pečovala jsem o hygienu dutiny ústní a nosní, tato péče však neměla vliv na kvalitu pacientova dýchání.

Hodnocení:

Pacient udává, že se mu lépe dýchá a odkašlává, ale 3.4. 2007 nastala recidiva aspirační bronchopneumonie a dýchání pacienta se opět zhoršilo a tento ošetřovatelský plán jsem opakovala. 6.4. 2007 došlo opět ke zlepšení dýchání.

- ▲ **Porucha soběstačnosti a tělesné hybnosti** z důvodu svalové slabosti dolních končetin, intenzivního třesu horních končetin a únavy projevující se omezením některých pohybů a výrazným snížením sebepéče.

Cíl: Pacient má všechny pomůcky důležité pro sebeobsluhu a pohyb

Pacient chápe nutnost aktivního pohybu a aktivně spolupracuje

Zajištění péče o pacienta v těch úkonech sebepéče, které sám nezvládne

Ošetřovatelské intervence:

- zjištění stupně soběstačnosti
- pomoc pacientovi v oblasti sebepéče
- podpora pacienta ve snaze v péči o sebe sama
- edukace pacienta o způsobu pohybu a jeho nutnosti při rekonvalescenci
- udržení pacienta v suchu a čistotě
- spolupráce s rehabilitační sestrou

Realizace plánu:

Zjistila jsem stupeň soběstačnosti (viz příloha č. 3) a pacientovi jsem pomohla v péči o sebe sama – pacienta jsem každé ráno omyla či osprchovala, pečovala jsem o jeho vyprazdňování – vyměňovala jsem plenkové kalhotky a pečovala o hygienu po vyprazdňování. Čaj jsem dala pacientovi na stolek na dosah ruky, ale i tak jsem mu podávala čaj přímo do ruky. Edukovala jsem pacienta o důležitosti dodržování pohybového režimu a aktivním pohybu. Aktivně jsem spolupracovala s fyzioterapeutkou. Pacient chápe nutnost vertikalizace jako prevenci vzniku komplikací.

Hodnocení: Soběstačnost i tělesná hybnost nemocného se výrazně zvýšily koncem týdne, kdy se podařilo pacienta vertikalizovat – pacient ušel s podporou asi 10 kroků v chodítku. Pacient spolupracuje.

▲ **Změna v příjmu potravy** z důvodu dekompenzace zdravotního stavu projevující se podáváním parenterální výživy

Cíl: Pacient přijímá výživu o dostatečné energetické hodnotě ve vhodném složení

Pacient chápe nutnost změny v příjmu potravy

Ošetřovatelské intervence:

- zjištění výšky, hmotnosti a BMI pacienta
- zjištění stravovacích návyků pacienta
- pomoc pacientovi s úkony spojenými s příjmem potravy, které pacient nezvládne sám
- dbát na kulturu stolování
- udržní důstojnosti pacienta
- podávání parenterální výživy dle ordinace lékaře
- pečování o hygienu dutiny ústní

Realizace plánu:

Výšku a hmotnost pacienta nebylo možné objektivně změřit – pacient mi sdělil, jakou měl výšku a hmotnost před hospitalizací – pacient se domnívá, že jeho hmotnost je stejná. Z těchto údajů jsem vypočítala BMI (24,2 – v normě). Zjistila jsem stravovací návyky pacienta. Pacient nebyl schopen kvůli intenzivnímu třesu horních končetin se sám najíst, proto jsem ho pokaždé krmila. Pacientovi jsem vždy upravila polohu a podložila záda dalším polštářem, abych zabránila aspiraci. Jídlo jsem držela tak, aby na něj pacient viděl. Dle pacienta mělo vždy vhodnou teplotu. Pokrmy shledával pacient jako přijatelné. Edukovala jsem ho o nutnosti parenterální výživy.

Hodnocení:

Cíl byl splněn a pacient chápe nutnost změny v příjmu potravy.

▲ Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu chronického onemocnění zažívacího traktu pacienta projevující se průjmem, příměsí krve ve stolici a inkontinencí stolice

Cíl: Pacient nemá projevy komplikací při průjmu

Pacient je v suchu a čistotě

Ošetrovatelské intervence:

- monitorování vyprazdňování stolice, všimnout si příměsí
- péče o hygienu vyprazdňování stolice
- předcházení vzniku komplikací z průjmu a krvácení (dekubity, dehydratace, anemie)
- informovat lékaře o frekvenci a povaze stolice
- udržení důstojnosti pacienta

Realizace plánu:

Pacient se vyprazdňoval každé 2 hodiny. Po každé stolici jsem plenkové kalhotky vyměnila, omyla konečník pomocí jednorázové žínky a čistící pěny Menalind a ošetřila jsem okolí konečníku pastou Menalind. Při výměně plenkových kalhotek jsem vždy zatáhla závěs, aby na pacienta nebylo vidět. I přes četnost stolice bylo okolí konečníku, oblast hýždí a sakrální krajina klidná a bez příznaků vznikajícího dekubitu. Přestože bylo nemocnému podáváno dostatečné množství tekutin, jevil mírné známky dehydratace. Pacient byl bledý – anemický. Informovala jsem lékaře o četnosti stolic, jejím průjmovitém charakteru a o příměsí krve na stolici. Dle lékaře je průjem způsobený parenterální výživou – ta je prý však nutná.

Hodnocení:

Pacient je v suchu a čistotě, bez příznaků počínajícího dekubitu. Pacient jeví mírné známky dehydratace. Pacient je bledý – anemický.

▲ Změna ve vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Cíl: Pacient nemá projevy infekce močových cest

Pacient chápe nutnost permanentního močového katétru

Pacient zná možnosti domácí péče při inkontinenci

Katétr je funkční

Ošetřovatelské intervence:

- monitorování výdeje tekutin, všimnout si barvy moče, jejího zápachu a příměsí
- péče o hygienu vyprazdňování moče
- péče o permanentní močový katétr
- edukovat pacienta o nutnosti permanentního močového katétru a o možnosti domácí péče při inkontinenci
- udržení důstojnosti pacienta

Realizace plánu:

Monitorovala jsem výdej tekutin pacienta – pacient močil dostatečně. Moč měl pacient čirou, běžné barvy a bez příměsí. Pacient neudával žádné obtíže při močení. Vždy při ranní hygieně jsem genitál i katétr důkladně omyla. Při manipulaci s katétrem jsem postupovala dle zásad asepse. Při nutném obnažení pacienta jsem zatáhla závěs, aby na něj nebylo vidět. Pacient si chválil vyprazdňování pomocí permanentního močového katétru, protože je neustále v suchu. Pacienta jsem edukovala o nutnosti permanentního močového katétru a o možnostech domácí péče při inkontinenci.

Hodnocení:

Pacient byl bez příznaků infekce močových cest. Chápe nutnost permanentního močového katétru a zná možnosti domácí péče při inkontinenci. Katétr odvádí dostatečné množství moče

▲ **Snížený objem tělesných tekutin** z důvodu průjmu projevující se suchostí sliznice úst, kůže, únavou, sníženou výkonností a snížením kožního turgoru

Cíl: Pacient nejeví známky dehydratace

Ošetrovatelské intervence:

- kontrola hydratace organismu
- nabízení dostatečného množství tekutin
- monitorování příjmu tekutin
- zjištění návyků pacienta v oblasti příjmu tekutin

Realizace plánu:

Pacient má k dispozici dostatek tekutin, je však závislý na tom, kdo mu tekutiny podá a při pití často čaj aspiruje. Proto jsem tekutiny nemocnému podávala v poloze vsedě s podloženými zády. Pacientovi jsem doporučila, aby pil po troškách a častěji. Pití jsem podávala v dětské lahvi, protože brčkem nešlo panu K. vzhledem ke třesu horních končetin pít – nevadilo mu pít z dětské lahve. Pacient již doma pil málo a v nemocnici se jeho příjem per os nezměnil. Pacientovi byly dle ordinace lékaře podávány infuzní roztoky, které zajišťovaly jeho vhodnou hydrataci. I přesto jeví pacient mírné známky dehydratace.

Hodnocení:

I přes veškerou péči a zavodňování pacienta jeví pan K. mírné známky dehydratace.(viz 1.3.2 Potřeba hydratace)

▲ **Porucha kožní integrity** z důvodu zavedení centrálního žilního katetru a aplikace Fraxiparinu

Cíl: Pacient nejeví známky infekce

Ošetrovatelské intervence:

- kontrola celkového stavu pokožky
- sterilní ošetřování invazivních vstupů

- hygiena rukou před a po výkonech
- používání sterilního materiálu
- péče o pokožku
- všímání si projevů místní i celkové infekce

Realizace plánu:

Kůže je v průběhu hospitalizace kontrolována minimálně 1x denně a je velmi suchá, anikterická, bez eflorescencí a otoků. Invazivní vstupy jsem ošetřovala sterilně, používala jsem sterilní materiál a před i po výkonu jsem provedla řádnou hygienu rukou. O pokožku jsem pečovala tělovým mlékem a přípravky značky Menalind.

Hodnocení:

Do 6.4.2007 nebyly zaznamenány komplikace následkem zavedení centrálního žilního katétru a aplikace Fraxiparinu.

- ▲ **Riziko vzniku dekubitu** z důvodu celkově špatného zdravotního stavu pacienta, upoutání na lůžko, inkontinence stolice

Cíl: Pacient nejeví známky počínajícího dekubitu

Ošetřovatelské intervence:

- kontrola celkového stavu pacienta
- polohování pacienta
- kontrolování pokožky v oblastech rizika vzniku dekubitu
- používání antidekubitárních pomůcek
- udržení nemocného v suchu a čistotě
- péče o pokožku
- informování lékaře o případných změnách na kůži

Realizace plánu:

Několikrát denně (při hygieně a polohování) jsem kontrolovala kůži pacienta. Polohovala jsem ho pravidelně každé 2 hodiny – využívala jsem možnosti používat druhý polštář a molitanová kolečka. Pacient měl v lůžku umístěnou antidekubitární matraci. O pokožku jsem pečovala tělovým mlékem a přípravky značky Menalind.

Hodnocení:

Cíl byl splněn - do 6.4.2007 nebyly u nemocného zaznamenány příznaky počínajícího dekubitu.

- ▲ **Riziko vzniku komplikací** (krvácení a aspirace) z důvodu celkově špatného zdravotního stavu pacienta, aplikace Fraxiparinu, upoutání na lůžko

Cíl: Pacient nejeví známky vzniku komplikací

Ošetrovatelské intervence:

- kontrola celkového stavu pacienta
- sterilní ošetřování invazivních vstupů
- hygiena rukou před a po výkonech
- používání sterilního materiálu
- péče o pokožku
- kontrola vpichů
- všímání si příměsí krve na stolici
- informování lékaře o případných projevech komplikací

Realizace plánu:

Kůže byla v průběhu hospitalizace kontrolována minimálně 1x denně a byla velmi suchá, anikterická, bez eflorescencí, hematomů a otoků. Invazivní vstupy jsem ošetřovala sterilně, používala jsem sterilní materiál a před i po výkonu jsem provedla řádnou hygienu rukou. O pokožku jsem pečovala tělovým mlékem a přípravky značky Menalind. Při činnostech v oblasti sebepéče jsem pacientovi

pomáhala s úkony, které sám nezvládl a vždy jsem ho uložila do polohy vhodné k té dané činnosti

Hodnocení:

Do 6.4.2007 nebyly zaznamenány komplikace následkem zavedení centrálního žilního katetru a aplikace Fraxiparinu. Pacientův stav byl zkomplikován 3.4. 2007 recidivou aspirační bronchopneumonie.

- ▲ **Pocit nedostatečné informovanosti o léčebném režimu** z důvodu zapomínání projevující se opakovaným pokládáním stejných otázek

Cíl: Pacient je dostatečně informován o léčebném režimu, informace chápe a dokáže je uchovat

Ošetrovatelské intervence:

- zajištění dostatečného přísunu informací přiměřených věku a stavu pacienta
- přesvědčení se, zda pacient vše chápe
- kompenzování obtíží při uchování informací
- vyslechnutí pacienta
- dle kompetence zodpovězení případných dotazů pacientovi nebo informování lékaře

Realizace plánu:

Pacientovi byl podáván dostatek informací, ale některé si pacient nepamatoval. Po domluvě přinesl syn panu K. blok a já jsem mu zapisovala do bloku informace, které mu byly řečeny. Pacient toto řešení viděl jako ideální a přestal si připadat neinformovaný.

Hodnocení:

Pacient si připadal dostatečně informován o léčebném režimu.

▲ **Porucha spánku** z důvodu změny prostředí projevující se probouzením uprostřed noci a obtížemi při opětovném usínání

Cíl: Pacient usíná snadněji a po probuzení se cítí odpočatý

Ošetrovatelské intervence:

- zjištění usínacích návyků muže a jejich zajištění
- vyvětrání v pokoji před spánkem
- udržení klidu na oddělení v době spánku
- úprava lůžka
- využití volného času pacienta během dne přiměřeně jeho zdravotnímu stavu

Realizace plánu:

Pacient je zvyklý spát 8-9 hodin denně – někdy i přes den. Před spaním je zvyklý, že mu manželka popřeje dobrou noc - lépe pak usíná. Nebyla jsem přítomna na oddělení v době příprav na spánek, proto jsem sestru poprosila, zda by mohla na pokoji před spánkem vyvětrat. Na oddělení je prý v době spánku poměrně klid. Při nespavosti byla pacientovi podávána hypnotika, která prý pomáhala. Lůžko pacientovi připadalo pohodlné. Pacientovi vadila změna prostředí – není doma – a s tím mu prý nikdo nepomůže.

Hodnocení:

Pacient se střídavě jednu noc budí a další zase spí bez problému celou. Obtíže přičítá změně prostředí a věří, že po návratu domů se to zase upraví.

▲ **Bolest akutní** v oblasti zad z důvodu dlouhodobého ležení v lůžku projevující se slovním vyjádřením, aktivním vyhledáváním úlevové polohy a bolestivým výrazem v obličeji.

Cíl: Nemocný udává odstranění bolesti zad do 24 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- sledování a monitorování bolesti

- pomoci nemocnému nalézt úlevovou polohu
- podání analgetik dle ordinace lékaře a sledování projevů nežádoucích příznaků na ně
- šetrné zacházení při polohování pacienta
- edukace pacienta o monitorování bolesti a možnostech aktivní spolupráce při odstranění bolesti
- konzultace pohybového režimu s rehabilitační sestrou
- namazání a masáž zad
- naslouchání pacientovi

Realizace plánu:

Bolest pacient pociťuje jako mírnou a nepříjemnou. Domnívá se, že je způsobena ležením v lůžku. Nemocný bolest charakterizuje jako tupou a nikam se nešíří. Lokalizace viz příloha č. 2. Bolest poměrně rychle odezněla vždy po jemné masáži mentolovou mastí. Účinné bylo polohování pacienta. Za pomoci fyzioterapeutky jsme se pana K. pokusily vertikalizovat – pokus o vertikalizaci sice nebyl úspěšný hned napoprvé, ale bolest zad odezněla. Léčba bolesti se obešla bez podání analgetik. Bolest jiné části těla pacient nekuje.

Hodnocení: Pacient udává úplné odstranění bolesti již po napolohování a masáži zad.

- ▲ **Pocit osamělosti** z důvodu nepřítomnosti blízkých lidí projevující se slovním vyjádřením a smutným výrazem ve tváři při hovoru o rodině

Cíl: Zredukovat pocit osamělosti

Ošetřovatelské intervence:

- seznámení se s anamnézou pacienta
- vytvoření důvěryhodného vztahu
- naslouchání pacientovi, komunikování o pocitu osamělosti
- umožnění přístupu návštěv kdykoli během dne
- být pacientovi nablízku

Realizace plánu:

Zjistila jsem rodinné poměry a přátelské vztahy pacienta. Navázala jsem s pacientem důvěryhodný vztah - pacient se mnou rád hovořil a k hovoru využil každé chvíle, kdy jsem byla u jeho lůžka. Pacientovi jsem naslouchala. Seznámila jsem pacienta i jeho rodinu s dobou návštěv a že se případně mohou domluvit se sestrami na individuální době návštěvy. Snažila jsem se u pacienta trávit dostatek času.

Hodnocení: Dle pacienta došlo ke zmírnění pocitu osamělosti – pomohla má slovní podpora (pacient byl rád, že jsem si s ním povídala), návštěvy rodiny a komunikace s personálem.

4. OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR

Pan K. byl přijat na interní oddělení 9. 3. 2007 pro dekompenzaci stavu (ulcerózní kolitida). V průběhu hospitalizace došlo ke zhoršení zdravotního stavu v důsledku aspirační bronchopneumonie. Pacient byl dušný, febrilní a obtížně vykašlával hustý žlutohnědý hlen. Pacientovi byla naordinována antibiotická léčba, ta však byla bez efektu a stav pacienta vyžadoval intenzivní péči. Pacient byl 20. 3. 2007 přeložen na JIP, kde mu byl zaveden centrální žilní katétr a aplikována parenterální výživa. Dle kultivace a citlivosti byla pacientovi opět podávána antibiotická léčba. Pacientův stav se zlepšil a dne 30. 3. 2007 byl pacient přeložen zpět na oddělení. Pacient byl zcela nesoběstačný – potřeboval poměrně velkou pomoc při téměř všech úkonech sebek péče.

Pan K. byl orientovaný, komunikativní, na otázky odpovídal ochotně a důkladně si odpověď rozmyslel, aby ji správně formuloval. Spolupracoval.

Pacient mi důvěřoval již od prvního kontaktu, protože mu prý připomínám pravnučku.

Pan K. byl rád, že jsem si pro svou práci vybrala jeho.

Pan K. bude nadále hospitalizován dokud se jeho stav nezlepší natolik, aby mohl být propuštěn. Pacient nebude po propuštění schopen se sám o sebe postarat a jeho manželka není v takové kondici, aby se o něj postarala, proto byla podána žádost do zařízení pro seniory v Praze. Pacient s překladem do tohoto zařízení souhlasí – ví, že je to potřeba, ale raději by byl doma.

5. EDUKACE

Pacienta jsem v průběhu hospitalizace edukovala:

> o tělesné aktivitě

Na edukaci pacienta o pohybovém režimu, tělesné aktivitě a její důležitosti jsem se podílela spolu s fyzioterapeutkou. Doporučily jsme panu K. cviky, které jsou pro něj vhodné a on si je pod naším dohledem zkusil zacvičit (včetně dechové RHB). Také jsme mu vysvětlily důvody, proč je tak důležité, aby se správně aktivizoval. Pacientovi jsme zodpověděly všechny jeho otázky. Pro pana K. byla RHB zpestřením a velice ji vítal.

> o stravě

Pacienta jsem edukovala o pro něj vhodných potravinách a pokrmech, jak velké by měly být porce a jak často by měl během dne jíst. Dále jsem ho informovala o množství tekutin, které by měl za den vypít a o vhodném výběru nápojů. Pacienta jsem edukovala ústně a informace jsem nejprve konzultovala s ošetřujícím lékařem pana K. Pacientovi jsem zodpověděla jeho otázky.

> o bolesti

Pacienta jsem edukovala o způsobu monitorování bolesti a o možnostech jejího odstranění. Dále jsem mu podala informace o prevenci opětovného vzniku bolesti a důležitosti aktivní spolupráce v boji s ní. Edukovala jsem ústně a jako názornou pomůcku jsem použila stupnici bolesti (přímkou) od 0 do 5. Pacientovi jsem zodpověděla jeho otázky.

> o možnostech při inkontinenci moče a stolice

Pacienta jsem informovala o vhodných pomůckách používaných při inkontinenci moče a stolice. Dále jsem mu podala informace o důležitosti péče o hygienu po vyprázdnění moče a stolice a o péči o okolí genitálu, okolí konečníku a sakrální krajiny. Sdělila jsem mu, které přípravky jsou pro hygienu vhodné a ty, které byly dostupné na oddělení, jsem mu ukázala. Pacienta jsem edukovala ústně a použila jsem dříve zmíněné názorné pomůcky.

D. ZDROJE INFORMACÍ

- pacient – rozhovorem
- příbuzní
- vlastní pozorování
- lékař
- sestry
- zdravotnická dokumentace

E. POUŽITÁ LITERATURA

- (1) Doenges, M. E., Moorhouse, F. M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha, Grada, 2001, ISBN 80-247-0242-8
- (2) Chloubová, H.: Potřeba hydratace (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 2.11. 2004
- (3) Chloubová, H.: Potřeba hygieny (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 25.11. 2004
- (4) Chloubová, H.: Potřeba výživy (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 9.11. 2004
- (5) Chloubová, H.: Potřeba močení (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 16.11. 2004
- (6) Chloubová, H.: Potřeba vyprazdňování stolice (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 23.11.2004
- (7) Chloubová, H.: Potřeba aktivity (přednáška), Praha, UK, 1.LF, 7.12. 2004
- (8) Jirásek, V., Brodanová, M., Mareček, Z.: Gastroenterologie, Hematologie, Praha, Galén, 2002, ISBN 80-7262-139-4
- (9) Juřeníková, P., Hůsková, J., Petrová, V., Tománková, D.: Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 2. část, Uherské Hradiště, Středisko služeb školám, 1999
- (10) Lukáš, K., Žák, A. a kolektiv: Gastroenterologie a hematologie - učebnice, Praha, Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1787-6
- (11) Rozsypalová, M., Staňková, M. a kol.: Ošetřovatelství I/2 pro Střední zdravotnické školy, Praha, Informatorium, 1999, ISBN 80-86073-40-8
- (12) Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004, ISBN 80-7013-324-4
- (13) <http://sweb.cz/otazkyzmediciny/HTML/Interna/>, dne 7. 5. 2007
- (14) <http://www.zentiva.cz/> , dne 15. 4. 2007

F. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – body mass index

CRP – C reaktivní protein

diff. - diferenciál

DKK – dolní končetiny

F1/1 – fyziologický roztok

G5% - 5% glukóza

HKK – horní končetiny

HŽT – hluboká žilní trombóza

i. v. - intravenózní

IM – infarkt myocardu

JIP – jednotka intenzivní péče

KO – krevní obraz

max. - maximálně

n. - nervus

p. o. – per os

PDK – pravá dolní končetina

PE – plicní embolie

s. c. - subcutánní

SD – starobní důchod

tbl. - tableta

VCS – vena cava superior

vyš. - vyšetření

G. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha č. 2: Mapa bolesti

Příloha č. 3: Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 4: Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Příloha č. 5: Minimal – mental - state

Příloha č. 6: Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 7: Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1

2.4. 2007

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhl méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko).

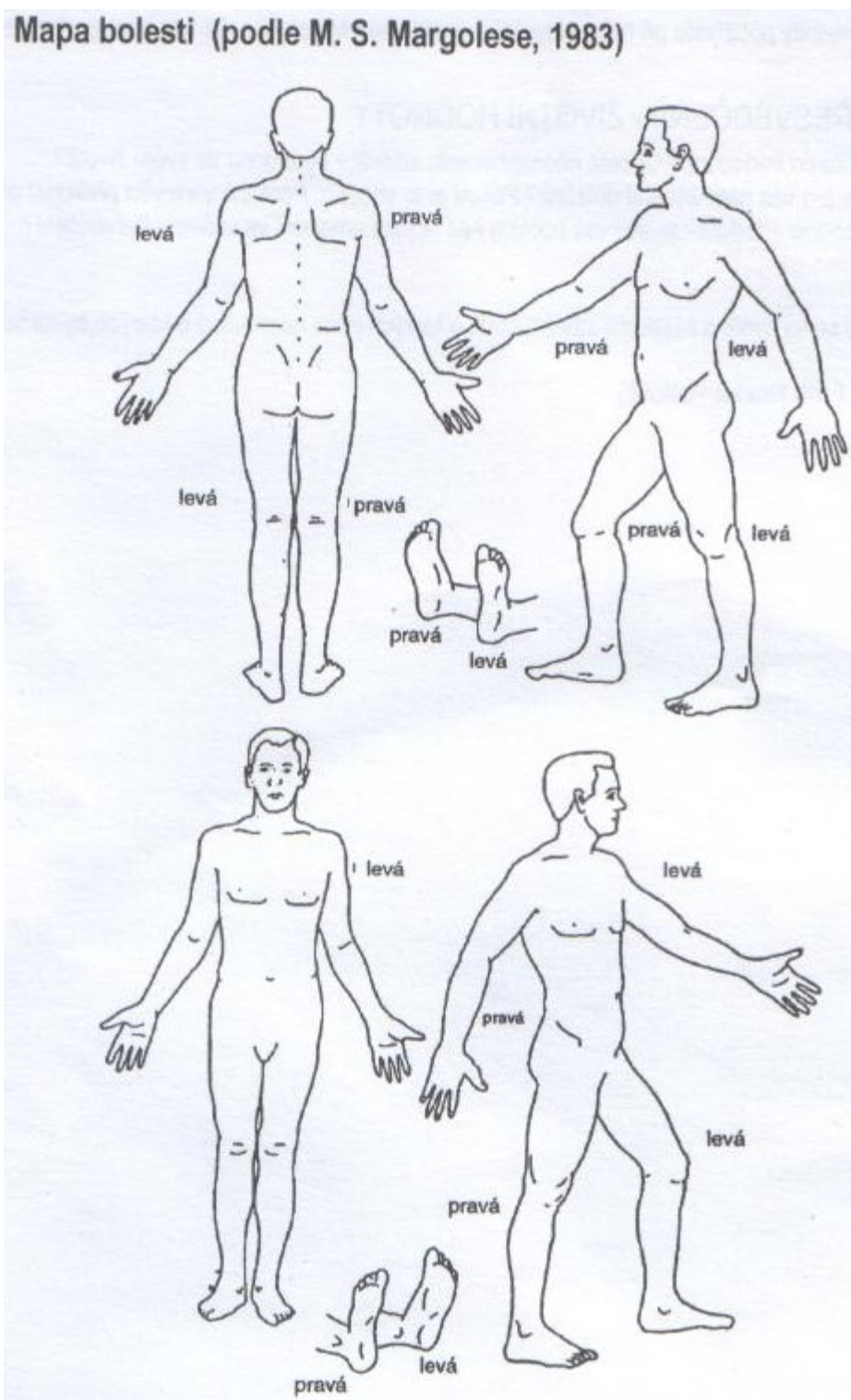
Jméno:

Celkové bodové hodnocení:

Datum:

Příloha č. 2

3.4. 2007



Příloha č. 3

3.4. 2007

Barthelův test základních všedních činností
(ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů

vysoce závislý

45 – 60 bodů

závislost středního stupně

65 – 95 bodů

lehká závislost

96 – 100 bodů

nezávislý

Příloha č. 4

3.4. 2007

Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Kritéria	počet bodů 0-3
ochota spolupracovat	
současné plicní onemocnění	
prodělané plicní onemocnění	
oslabení imunity	
orotracheální manipulace	
kuřák/pasivní kuřák	
bolest	
poruchy polykání	
pohybové omezení	
povolání ohrožující plíce	
umělé dýchání	
stav vědomí	
hloubka dechu	
léky tlumící dýchání	
dechová frekvence	
Celkový počet bodů	

0 – 6 bodů – žádné ohrožení

7 – 15 bodů – ohrožen

15 – 45 bodů – vysoce ohrožen