

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

**ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**2007**

**Marie Nettlová**

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

---

**Bakalářské studium ošetřovatelství**

## **ZÁVĚREČNÁ PRÁCE**

**Ošetřovatelská kazuistika pacientky s bronchopneumonií**

**Nursing care of the patient with broncho - alveolitis**

**2006/2007**

**Marie Nettlová**

**Vedoucí práce: PhDr. Hana Horová**

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat staniční sestře Johnové, že mi umožnila praxi na interním oddělení, a dále pak celému ošetřovatelskému týmu za pomoc a spolupráci při psaní závěrečné kazuistiky. Zvláštní poděkování pak patří paní Š., která souhlasila s psaním práce a která ochotně odpovídala na mé otázky. Mé díky patří i PhDr. Haně Horové za pomoc a cenné rady při psaní závěrečné bakalářské práce a poděkovat bych chtěla touto cestou i mé rodině, která mi poskytovala oporu a zázemí po celou dobu mých studií.

Osnova:

<b>A ÚVOD</b>	<b>4</b>
<b>B KLINICKÁ ČÁST</b>	<b>5</b>
<b>1 Pneumonie</b>	<b>5</b>
<b>2 Základní údaje o nemocné</b>	<b>10</b>
2.1 Osobní údaje	10
2.2 Lékařská anamnéza	11
2.3 Lékařská diagnóza	13
2.4 Diagnosticko- terapeutická péče	13
2.4.1 Fyziologické funkce	13
2.4.2 Laboratorní výsledky	13
2.4.3 Ostatní vyšetření	15
2.4.4 Farmakoterapie	16
2.4.5 Dietoterapie	17
2.4.6 Pohybový režim	17
2.4.7 Průběh hospitalizace	18
<b>C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b>	<b>19</b>
<b>1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu</b>	<b>19</b>
1.1 Subjektivní vnímání hospitalizace a nemoci	19
1.2 Hodnocení sestry	19
1.3 Biologické potřeby	19
1.4 Psychosociální potřeby	23
<b>2 Ošetrovatelské diagnózy</b>	<b>26</b>
<b>3 Ošetrovatelský cíl, plán, realizace a zhodnocení</b>	<b>27</b>
<b>4 Edukace pacientky</b>	<b>33</b>
<b>5 Závěr a ošetrovatelská prognóza</b>	<b>34</b>
<b>D POUŽITÁ LITERATURA</b>	<b>35</b>
Seznam použitých zkratk	36
<b>+ Přílohy</b>	<b>37</b>

## A ÚVOD

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala interní oddělení, protože je mi tento obor nejbližší. Pacienti s interním onemocněním bývají většinou dlouhodobě léčeni a ošetrovatelské péči o staré a dlouhodobě nemocné bych se chtěla i nadále v budoucnu věnovat. Každé dlouhodobé onemocnění výrazně handicapuje nemocného. Nejen po stránce fyzické, ale i duševní. Tito lidé bývají často úzkostní, zlostní, melancholičtí, depresivní a samotářští. Dočasná či trvalá sociální izolace je u těchto pacientů velký problém. Jsou mnohdy nuceni odejít ze společenského dění, a to buď z důvodu vlastního onemocnění, kdy je na vině špatný zdravotní stav, a nebo z důvodu nezájmu okolí. Dále tito lidé bývají dlouhodobě hospitalizováni a tudíž vytrženi ze svého denního stereotypu, z domova. Dochází u nich k narušení rodinných, přátelských a pracovních vztahů. V budoucnu bych chtěla pracovat tam, kde bych mohla pomoci nemocným co nejdéle udržet své postavení a vztahy.

*Pro paní Š. jsem se rozhodla ihned, protože se svými ošetrovatelskými problémy představovala dokonalý příklad následků sociální izolace. Má pacientka byla velmi inteligentní žena, od 35 let ochrnutá a plně závislá na pomoci druhých. I přesto se dokázala s tímto životem vyrovnat. Žila v domě s pečovatelskou službou a s pomocí asistentů zvládala žít relativně sama a stýkat se s přáteli s podobným handicapem. Před půl rokem byla pacientce zavedena epicystomie, se kterou se pacientka nedokázala smířit. Byla nucena, pro nezvládnutí pobytu v domě s pečovatelskou službou, odejít do domova důchodců. Přestala se stýkat s přáteli a osobními asistenty, ztratila „domov“, a byla na pokoji s mentálně retardovanou osobou. Pro zdravého jedince by se jednalo o velmi náročnou životní situaci. Jak pak musela být tato situace tíživá pro paní Š? Hledala řešení, bohužel však pro ni, dospěla k pokusu o sebevraždu. Rozhodla se utopit v rybníku nedaleko domova důchodců. Dne 21. 3. vjela elektrickým vozíkem do vody. Včas byla zachráněna. Po vdechnutí vody vznikla těžká aspirační bronchopneumonie.*

## B KLINICKÁ ČÁST

### 1 PNEUMONIE

#### Charakteristika

Pneumonie je akutní zánět respiračních *bronchiolů*, alveolárních struktur a plicního intersticia. Základním kritériem je výskyt čerstvého infiltrátu na skiagramu hrudníku a nejméně dvou klinických příznaků respiračního ústrojí.

#### Dělení

- *dle etiologie* (infekční / neinfekční)
- *dle rtg nálezu* ( bronchopneumonie, lobární, alární, intersticiální a rozpadová pneumonie)
- *dle vzniku a výskytu* (komunitní a nozokomiální)

Pro typické pneumonie jsou charakteristické třesavky s febriliemi, akutní průběh, produktivní kašel, dechové potíže, někdy i bolest pleurálního charakteru.

U atypické pneumonie dominuje subakutní začátek s teplotami bez třesavky, převážně suchým kašlem bez expektorace a mimoplicní symptomatologií (atralgie, myalgie, cefalea).

- *dle průběhu* (vyvolána typickými a atypickými agens)
- *dle závažnosti* (lehké, střední, těžké - léčba ambulantní, nemocniční) (6)

#### Lobulární pneumonie – bronchopneumonie

V tomto případě se patogen dostává na úroveň terminálních a respiračních bronchiolů a zde způsobuje zánětlivý proces. Ten pak postihuje i přilehlé alveoly a šíří se dále Kohnovými póry. Konečným výsledkem je infiltrace lobulů, které leží vedle nepostížených částí plic.

**Klinika:** vzestup teploty, celková změna stavu není tak výrazná jako u lobární pneumonie, dále pak pleurální bolest, kašel, většinou produktivní.

**Fyzikální vyšetření:** poklep může být jasný či infiltrací zkrácený. Dýchání sklípkové, v místě zkráceného poklepu oslabené s vlhkými vedlejšími fenomény.

**Rentgenové vyšetření:** Pro bronchopneumonii svědčí mnohočetná špatně ohraničená ložiska, někdy splývající. (11)

## **Epidemiologie**

Dle údajů WHO je pneumonie třetí nejčastější příčinou smrti, která je vyšší v rozvojovém světě. V ČR ročně onemocní pneumonií mezi 80 000 až 150 000 osob. Častější výskyt onemocnění je v zimních a jarních měsících v období virových epidemií. K pneumoniím častěji dochází v dětském věku, méně často v dospělosti. Incidence a mortalita pak opět stoupají po 50. roce věku. Rizikovou populací jsou obecně lidé se závažným onemocněním, kuřáci, alkoholici, lidé žijící v sociálních zařízeních.

(5)

## **Etiologie**

Nejčastějšími vyvolavateli jsou bakterie. Bakteriální spektrum se liší podle toho, zda se jedná o běžnou, komunitní nebo nozokomiální nákazu. U komunitních pneumonií jsou nejčastějším vyvolatelem *Streptococcus pneumoniae*, *pyogenes*, *aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydie trachomatis*. U nozokomiálních pneumonií je to především *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter*.

(13)

## **Klinický obraz**

Plicní příznaky: dušnost, zrychlené a prohloubené dýchání, kašel (zprvu dráždivý, později produktivní – hlenové, hlenohnisavé sputum), bolest na hrudníku (pleurální

– vázaná na dýchání).

Mimoplicní příznaky: gastrointestinální obtíže (nauzea, zvracení, průjmy) a neurologické (zmatenost, poruchy spánku, bolesti hlavy).

Celkové příznaky: akutní začátek, schvácenost, třesavka s febriliemi, myalgie, artralgie, únava; u těžkých pneumonií septický šok, hypotenze s poruchami vědomí, event. až s rozvojem renálního selhání. Centrální a periferní cyanóza podle stupně závažnosti hypoxémie a sepse.

(6, 13)



## **Diagnostika**

### *Vyšetření*

- fyzikální vyšetření plic (chrupky, konsolidace, krepitus),
- biochemie a EKG (diferenciální diagnostika),
- KO s leukocytózou a posunem doleva,
- ASTRUP,
- skiagram hrudníku (ZP a boční projekce) s nálezem čerstvé infiltrace,
- spirometrie (po těžší pneumonii),
- bronchoskopie (selektivní odběry a diferenciální diagnostika u těžkých stavů)

### **Mikrobiologické testy**

- mikroskopické a kultivační vyšetření sputa,
- kultivace krve
- průkaz antigenů (legionely, pneumokoků),
- PCR (tuberkulóza a chlamydie)
- sérologie (průkaz protilátek u atypického průběhu). (6)

## **Komplikace**

Pleuritida, která může mít charakter suchého nebo exsudativního zánětu (nekomplikovaný parapneumonický výpotek), v některých případech až hnisavého (empyém, nejčastěji anaerobní a smíšená flora, gramnegativní bakterie). Každý pleurální výpotek musí být vyšetřen a empyém musí být vyloučen. Další komplikací pneumonie může být tvorba plicního abcesu nebo pneumotorax při nekrotizujícím procesu, dále je to hematogenní metastatický rozsev – meningitida, peritonitida. V rámci celkového toxického postižení organismu může dojít k projevům poškození myokardu, ledvin, jater, krvetvorby a CNS (v rámci multisystémového orgánového selhání u septického šoku).

(13)

## **Terapie**

V první fázi, kdy neznáme ve většině případů bakteriální agens, přistupujeme k léčbě vycházející z předešlých zkušeností a volíme antibiotikum s předpokládanou citlivostí k vyvolavateli pneumonie. Dále pak léčbu upravujeme dle výsledků citlivosti k jednotlivým ATB. Perorální nebo parenterální aplikace ATB v monoterapii nebo kombinaci antibiotik. Léčba je dle stavu ambulantní nebo nemocniční. Základem jsou antibiotika penicilinové, tetracyklinové a makrolidové řady. (13)

### **Prognóza**

Prognóza onemocnění při nekomplikovaném průběhu je příznivá. Ohroženi jsou pacienti s přidruženým jiným závažným onemocněním – kardiaci, nemocní s chronickým selháním ledvin, diabetem, CHOPN, nádorovým onemocněním, imunodeficientní stavy, staré osoby a nemocní po splenektomii. Prognóza je vždy zhoršena komplikovaným průběhem.

(5)

### **ASPIRAČNÍ PNEUMONIE**

*Aspirační pneumonie* je vyvolána aspirací žaludečního obsahu, cizích těles a tekutin, živočišných a minerálních olejů. Při aspiraci je zánět často lokalizován v pravém dolním laloku (pravý hlavní bronchus odstupuje z trachey v menším úhlu – 25° od osy trachey – než levý, proto aspirát snadněji vnikne do pravé plíce). Průběh může být komplikován při anaerobní infekci vznikem plicního abscesu, gangrény a empyému.

*Léčba* spočívá v bronchoskopickém odsátí aspirátu (v případě, že to lze provést ihned), oxygenoterapii, aplikaci širokospektrých ATB a případně mechanické ventilaci. Při aspiraci cizího tělesa menší velikosti dochází ke granulomatózní reakci v okolí tělesa, stenóze bronchu a posléze ke vzniku pneumonie za stenózou. RTG nález může připomínat maligní nález. Vdechnutí cizího tělesa vede k dušení. Léčba vychází z bronchoskopické extrakce tělesa a podání ATB v případě infekčních komplikací.

Aspirací minerálních a živočišných olejů (nosní kapky, laxativa) vzniká tzv. lipoidní pneumonie. Rentgenologický obraz má charakter retikulace až miliárního rozsevu. Při hojení dochází ke vzniku plicní fibrózy. (13)

## **Tonutí**

### *Patofyziologie tonutí*

Počáteční apnoe po ponoření do vody je ukončena nedobrovolným nádechem spuštěným na základě nárůstu hyperkapnie a hypoxie. Voda se dostává do plic a následují lapavé vdechy (vlhké tonutí). Zvýší se odpor dýchacích cest, nastoupí reflexní plicní vazokonstrikce. Klesá množství surfaktantu, snižuje se plicní poddajnost. Voda přechází z alveolů do oběhu. Časté je polykání vody, zvracení a aspirace zvratků. Následuje sekundární apnoe, poté opět lapavé dechy a ztráta vědomí. Zástava dechu a srdeční arytmie se objevují po několika minutách a jsou předzvěstí smrti. U některých lidí dojde k laryngospazmu, takže se do plic nedostane tekutina (suché tonutí).

Při tonutí ve sladké vodě dochází k rychlému vstřebání vody do oběhu, v extrémním případě se může objevit hemolýza. Průměrné množství aspirované vody se odhaduje na 10ml/kg. Plicní surfaktant je poškozen, vznikají rychlé atelektázy. Elektrolytové změny jsou přechodné. Vidáme například diluční hypokalémii. Bez ohledu na typ média, v němž došlo k tonutí, vedou výše uvedené změny k nárůstu rezistence dýchacích cest, rozsáhlým atelektázám, edému plic, rozvoji výrazných plicních zkratů s ventilačně-perfuzním nepoměrem, ke zvýšení plicní vazokonstrikce, snížení plicní poddajnosti a výrazné hypoxémii. Poškození surfaktantu se může projevit do 72 hodin jako sekundární tonutí.

### *První pomoc při tonutí*

- 1) obnovení adekvátní oxygenace
- 2) obnovení krevního oběhu

Okamžité zahájení kardiopulmonální resuscitace na místě je nejdůležitějším faktorem dobré prognózy. Provedení Heimlichova manévru je kontroverzní. Je spojeno s rizikem zvracení. Během RES i následujících opatření je nutné myslet na možné poranění hlavy a krční páteře. Jakmile je to možné, je nutné podávat kyslík, a to i během transportu do nemocnice. V indikovaných případech provádíme tracheální intubaci. Neustále bráníme ztrátám tepla.

(11)

## 2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

### 2.1 OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: Š. M.

Věk: 55

Pohlaví: žena

Oslovení: paní Š.

Povolání: asistentka na pedagogické fakultě, nyní 18 let v invalidním důchodu

Vzdělání: vysokoškolské

Vyznání: bez vyznání

Pojišťovna: VZP

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: sestra Alžběta

Tel: mobil sestra +420...

Datum přijetí: 29. 03.

Hlavní důvod přijetí: st. p. tentamen suicidii (topení v rybníku), aspirační  
bronchopneumonie

Ošetřovala jsem: 02. 04.– 05. 04. 2007

## 2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

### Osobní anamnéza:

- běžné dětské nemoci, častěji angíny
- v roce 1962 tonsilektomie
- 1/ 1988 – Ischemická CMP na podkladě trombózy a. basilaris, porucha řeči, pravostranná hemiparéza, několik dní po dimisi recidiva CMP, bezvědomí, řízená ventilace, neurologická spastická quadruparéza, paréza n. VII. a VI. l. sin, bulbární syndrom, postupné zlepšení hybnosti a řeči
- v roce 2001 –arteriální hypertenze, t. č. bez terapie
- anxiózně depresivní syndrom
- 9/ 2006 – hospitalizována pro suspekci na diabetes incipidus, kompletní DI nepotvrzen, parciální forma nedovyřešena

### Rodinná anamnéza:

- otec 74 let - zdrav, matka zemřela v 84 letech na ICHS, 4 sourozenci, 1 bratr ICHS, 2 dcery, zdravý

### Pracovní anamnéza:

- v invalidním důchodu od roku 1989, dříve asistentka na pedagogické fakultě

### Sociální anamnéza:

- dříve bydlela sama v domově s pečovatelskou službou, před 3 měsíci přeložena do domova důchodců, rozvedená

### Gynekologická anamnéza

- menopauza od 48 let, 2 spontánní porody, UPT: 2x, spontánní potrat 0, gynekologické operace 0

### Alergická anamnéza:

- alergie na náplasti (leukoplast)

### Farmakologická anamnéza:

- Helicid 20g tbl 1- 0- 0, Seropram, 20 g tbl 1- 1- 1, Ganaton tbl 1- 1 –1, Hypnogen 1 tbl na noc, Kalormin tbl 1- 1- 1, Bisacodyl supp. při zácpě, Mykoseptin mast 3x denně, Ferronat ret tbl 1- 0- 0
- Fraxiparine 0,4 s.c., á 24 hod.
- Suprax 200g 1 tbl, á 12 hod. (6 – 18 hod.)

Abusus:

- v mládí kuřačka, nyní již dlouhé roky nekouří, alkohol příležitostně

Nynější onemocnění:

- Pacientka nalezena dne 21. 03. v 8 hod., topící se v rybníku, po vytažení v bezvědomí, spontánně ventilující, zachována srdeční akce, lékařem RZP napojena na UPV, přijata na KAR. Po přijetí hypotermie, fibrilace síní s akcí komor kolem 130/min, známky incipientního plicního edému, CT mozku bez čerstvých ischemických změn či hemoragie, elevace zánětlivých parametrů (CRP 235), infiltrát na plicích vpravo – aspirace do plic, v.s. recidivující infiltrát na hemiparetické straně, ATB dle citlivosti. Dne 24. 03. převezena na spádovou JIMP, doléčena pneumonie, obnoven příjem p.o., rehabilitace. Na standardní interní oddělení přijata 29. 03. 07.

Objektivní nález:

- váha 52 kg, výška 173 cm
- TK130/70, P 84 pravidelný, TT 36, 9, hydratace v normě
- klientka při vědomí, zcela orientována, dysarthrie
- kvadruparéza s těžším postižením pravostranných končetin
- centrální paréza VII. l. sin., strabismus, na krku jizva po tracheostomii, klidná
- dýchání vlevo čisté, vpravo basálně oslabené
- zornice isokorické, hlava a krk v normě
- kůže je suchá, normální kožní řasa, bez známek cyanózy či ikteru, v křížové oblasti dekubit velikost 1,0x 1,5cm, 0,5 cm hluboký, hojící se, granulující, okolí mírně zarudlé
- břicho měkké, prohmatné bez známek rezistence, suprapubicky epicystostomie odvádí čistou moč, okolí bez známek infekce
- dolní končetiny bez otoků a známek flebitidy, spasticita flexorů

### 2.3 LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

- st. p. tentamen suicidii, aspirační bronchopneumonie
- st. p. recidivující ischemické CMP při trombóze a. basilaris, centrální paresa n. VII. l. sin., n.VI. l.sin., bulbární syndrom, kvadruparéza
- mírná hyperprolaktinémie, v.s. farmakologicky indukovaná
- arteriální hypertenze, t. č. bez terapie
- anxiózně depresivní syndrom
- neurogenní porucha močového měchýře, recidivující uroinfekce

### 2.4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

#### 2.4.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE (2. – 5. 4. 2007)

TK 100/ 70 mmHg	P 86	TT 36,7
TK 110/ 75 mmHg	P 102	TT 36,5
TK 120/ 80 mmHg	P 78	TT 36, 6
TK 115/ 75 mmHg	P 105	TT 36,7

Vědomí - kontakt navázán, horší slovní artikulace, orientovaná místem, časem a osobou

#### 2.4.2. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Biologický materiál:

Moč (odběr 29. 3.):

Moč – chemicky:

pH 7,0	5,0 – 7,0
Specifická hustota 1.006	1.01 – 1.02 kg/m <sup>3</sup>
bílkovina, glukóza, ketolátky, bilirubin, urobilinogen, krev, leukocyty, nitrity	negativní

Moč sediment:

ery, leu, epitelie ploché, kulaté, bakterie, krystaly	v rozmezí normálních hodnot
---	-----------------------------



Venózní krev (odběr 2. 4. 07):

Krevní obraz:

Leu	5,62	4.00 – 10.7 10 <sup>9</sup> /l
Ery	3,97	3.54 – 5.18 10 <sup>9</sup> /l
HB	119	116 – 163 g/l
HTC	0.354	0.33 – 0.47
MCV	89.3	82.3 – 100
MCH	30,1	28.1 – 35.6
MCHC	337	330 – 363 g/l
RDW	14,6	11.9 – 16.3 %
PLT	465	131 – 364 10 <sup>9</sup> /l
MPV	10,3	7.1 – 10.4 fl
PCT	0.476 ↑	0.117 – 0.305 l
PDW	16,5	15.3 – 17.9 %

Dif. stroj. relativní:

Neutrofily	71,3	50.0 – 75.0 %
Lymfocyty	13.2	25.0 – 40.0 %
Monocyty	12,1 ↑	3.0 – 8.0 %
Eozinofily	1.9	1.0 – 3.0 %
Basofily	0,2	0 – 1.0 %

Dif.stroj. absolutní:

Ne	4,0	1.80 – 7.00 10 <sup>9</sup> /l
Ly	1.10	1.00 – 4.00 10 <sup>9</sup> /l
Mo	0,7	3.0 – 8.0 10 <sup>9</sup> /l
Eo	0,1	0.00 – 0.45 10 <sup>9</sup> /l
Ba	0	0.00 – 0.20 10 <sup>9</sup> /l

Biochemie:

Na	136	137 – 146 mmol/l
K	4,7	3.8 – 5.0 umol/l

Cl	100	97 – 108 mmol/l
Urea	1,4↓	2.0 – 6.7 mmol/l
Kretinin	66,0	44 – 104 umol/l
CRP	8,4	0 - 8
Transferin receptor:	2,5 mg	1.9 – 4.4 mg/l
Fe	5,4↓	6.6 – 28.0 umol/l

### 2.4.3 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

25. 3. 07 – *Kontrolní EKG* – normální nález

26. 3. 07 – *RHB konsilium*

Hybnost dle pacientky zhoršena po recentním tentamen suicidii. Pomůcky, tj. elektrický vozík, polohovací lůžko – obě t. č. nefunkční, madla v koupelně, jiné pomůcky nemá. Soběstačnost velmi limitována, měla osobní asistenci, cílená fyzioterapie v poslední době méně. Aktivní hybnost pravostranných končetin nulová, elevuje rameno v minimálním rozsahu, vyšší tonus ve smyslu spasticity, na HK flekční, DK stáčí do inverse, pasivní hybnost v normálním rozsahu. LDK aktivně flexe do cca 90°, pasivně rozsah v normě, LHK hybnost aktivně i pasivně v normě, svalová síla slabší, funkčně dostatečná, nepřetočí se, neposadí. Stoj a chůze nelze, mobilita dosud na elektrickém vozíku. Doporučeno pokračovat ve fyzioterapii zaměřené na zlepšení dovedností a využití limitovaného potenciálu, ergoterapeutické vyšetření a terapie zaměřena na PHK spasticitu a vybavení pomůckami, samostatné cvičení dle instrukcí.

27. 3. 07 – *Psychiatrické konsilium*

Lucidní, plně orientovaná, bulbární syndrom, projev na cílené dotazy kohorentní, dysartrický, bez psychotických fenoménů, forie depresivní v důsledku složité sociální situace, suspektní je organicita.

Doporučení: Pokračovat v podávání Seropramu, zvýšit dávku na 20mg 1- 1- 0, dlouhodobě, při úzkosti Rivotril 0,5mg tbl, Hypnogen při nespavosti. V popředí je složitá životní situace.

Kontaktovat rodinu a s ní dohodnout další péči o nemocnou po dimisi, ve spolupráci se sociální pracovníci. Pokud se nepodaří vyřešit sociální situaci doporučuji překlady do psychiatrické léčebny, pokud pacientka odmítne, pak dimise s podpisem negativního reversu, k čemuž je pacientka t. č. kompetentní, ambulantní léčba v místě bydliště.

### 27. 3. 07 - RTG srdce a plíce – Snímek hrudníku vleže

Hrudní páteř je sinistroskoliotická,. Srdce je nezvětšené. Cévní kresba je v plicích zmnožená, trochu více vpravo. Vpravo v dolním poli je hrubě skvrnitě syté zastření. V souladu s nálezem klinickým je hodnotím jako bronchopneumonii. Může být spolu přítomna i nějaká větší dysatelektáza např. dorsálně, protože pravá bránice je velmi výrazně elevována. Poloha levé je normální. Oboustranně jsou brániční úhly ostré.

### 3. 4. 07 - RTG srdce a plíce – Snímek hrudníku vsedě

Pravá bránice poklesla a je teď jen lehce elevovaná, úhly zůstávají oboustranné a ostré. Srdce je nezvětšené. Vzhled levého plicní ho křídla je přiměřený. Zastření vpravo v dolním poli prořídlo a ubylo, struktura tu ale ještě zůstává značně zhrubělá. Hily a mediastinum bez patologických změn.

### 4. 4. 07 – Kožní konzilium

Spastická pacientka, asi týden v tříslech a na vulvě svědivý exantém, zatím Menalind krém. Objektivně v tříslech a na vulvě erytém, poměrně ostře ohraničený. Výtok nepřítomen. Závěr: Intertrigo v.s. candid. Doporučeno mytí bez mýdla, důkladně osušit, lokálně Imazol krém nebo Canesten krém, mulové záložky. Kožní konzilium dle potřeby.

## 2.4.4 FARMAKOTERAPIE

Perorální terapie:

Tab. 3

Název léku	Generický název	Dávkování	Léková skupina	Nežádoucí účinky
Seropram 20g	citalopram	1- 1- 1	antidepresivum	serotoninový syndrom (1)
Ganaton tbl	itopridi hydrochloridum	1- 1- 1	prokinetikum	průjem, bolest hlavy poruchy

				spánku
Helicid 20g tbl	omeprazol	1- 0- 1	antiulcerózum	dyspeptické potíže, bolesti hlavy, alergie

Hypnogen	zolpidem	na noc ve 22.h	hypnotikum	točení, bolest hlavy, ospalost, průjem, nauzea
Kalormin tbl	kalium chloratum	1- 1- 1	kaliový přípravek	dráždění GIT, krvácení a vznik vředů
Ferronat ret tbl	síran železnatý	1- 0- 0	antianemikum	dráždění GIT, nauzea, průjem

(1) Serotoninový syndrom, s GIT příznaky (bolesti břicha, nadýmání, průjem), neurologickými (třes, dysartrie, ataxie), psychiatrickými (zrychlené myšlení až zmatenost), kardiovaskulárními (tachykardie, hypertenze)aj.

Injekční terapie:

Fraxiparine 0,4	nadroparin	s.c. á 24 hodin	antikolagulans	zvýšená krvácivost
-----------------	------------	-----------------	----------------	--------------------

Antibiotika:

Suprax 200g tbl	cefixim	á 12 hod (6-18)	cefalosporinové ATB	alergie, poruchy ledvin, dráždění CNS, dysmikrobie
-----------------	---------	-----------------	---------------------	--

Léky ke kožní aplikaci:

Mykoseptol ung	kyselina undecylenová	3x denně třísla	kožní antimykotikum	podráždění kůže (zčervenání), reakce z přecitlivělosti
----------------	-----------------------	-----------------	---------------------	--

#### 2.4.5 DIETOTERAPIE

*Dieta číslo 2- šetřící/ žaludeční, (energetický obsah 12 000 kJ), poměr hlavních živin nezměněn, 2x denně potravinový doplněk – Nutridrink (vanilkový, čokoládový).*

#### 2.4.6 POHYBOVÝ REŽIM

Dvakrát denně cvičení dle Bobath konceptu s fyzioterapeutem. Pacientka levou rukou procvičuje samostatně pasivní pohyby v kloubech pravé ruky a v zápěstí. Pravidelné polohování v průběhu dne.

#### 2.4.7 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

55letá pacientka po ischemické CMP s pravostrannou hemiplegií a těžkou levostrannou hemiparézou byla přeložena na JIMP dle spádu z KAR po tentamen suicidii (topení v rybníku). Tam byla 3 dny ventilována, léčena pro pravostrannou aspirační bronchopneumonii, ATB. Dne 23. 3. odpojena od ventilátoru. Na JIMP doléčena pneumonie, obnoven příjem p. o., rehabilitace. 28. 3. odstraněn centrální žilní katétr a pacientka byla převedena na p.o. medikaci. Dne 29. 3. 07 je přeložena na standardní oddělení. Na plicích přetrvává ustupující infiltrát vpravo bazálně. Sulperazon i.v. změněn na Suprax tbl. Pokračování v rehabilitaci a obnovení per orálního příjmu. Denně prováděn převaz dekubitu v křížové oblasti Actisorb + Nu –gel, od 3. 4. převaz Inadine + sterilní krytí. Zhoršení intertriga v tříselech, dle ordinace zahájena léčba Mykoseptol ung. Epicystostomie v suprapubické oblasti, denně Inadine a sterilní krytí. Dne 3. 4. kontrolní RTG srdce+ plíce bez významných patologických změn. Od začátku hospitalizace sociální řízení, týkající se složité sociální situace pacientky. Dne 5. 4. 07 je zajištěn, se souhlasem pacientky, převoz do psychiatrické léčebny.

## C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SOUČASNÝ STAV NEMOCNÉ

#### 1.1 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ NEMOCI A HOSPITALIZACE

Pacientka nerada hovořila o subjektivních pocitech a okolnostech, které vedly k hospitalizaci. Jakékoliv snahy zahájit rozhovor na téma, příčiny a důvody svého suicidního pokusu, pacientka negovala a nebo se snažila přesunout téma hovoru. Přesto přiznala, že svého činu lituje a označila ho za hloupost. S pobytem v nemocnici je smířena. Pacientka má dostatek informací o svém zdravotním stavu i dalším léčebném režimu. Je spokojena s přístupem personálu.

#### 1.2 HODNOCENÍ SESTRY

Pacientka je orientovaná, velmi inteligentní, s projevy depresivní nálady – bezradná, neví, jak dál řešit svou životní situaci. Smyslové vnímání - pacientka rozumí, ale pro horší slovní artikulaci jí není někdy rozumět a pacientka musí opakovat svůj požadavek, než porozumím. Zrak a sluch v pořádku. Pacientka je eupnoická. Poloha na lůžku pasivní na pravém boku. Pacientka se bez pomoci není schopna otáčet na lůžku. Pokud je posazena do invalidního vozíku, dokáže se ve vozíku udržet. Pacientka si vyčistí zuby, nají, napije, ale jen tehdy, je-li vše připraveno blízko LHK, která je pohyblivá v normálním rozsahu, ale s oslabenou svalovou silou. Kůže pacientky je suchá, teplá, bledá, s normálním kožním turgorem. Na PHK na předloktí drobný hematom, větší hematom na PDK v oblasti kolene. V sakrální oblasti hojící se dekubit. Jizva na krku po tracheostomii a na bradě po úrazu v dětství. Kožní adnexa bez zjevných patologií. V suprapubické oblasti epicystomie, okolí klidné bez zarudnutí, nebolestivé, odvádí čistou moč. Pacientka je astenické konstituce, s levostrannou skoliózou, s malým množstvím podkožního tuku. Dolní končetiny nepohyblivé, PHK ve flexi v loketním kloubu a předloktí, prsty pravé ruky vtočeny do dlaně, vyšší svalový tonus.

#### 1.3 BIOLOGICKÉ POTŘEBY

##### Dýchání

Pacientka udává, že před hospitalizací se objevovaly stavy spojené se subjektivním nedostatkem vzduchu, které popisuje jako náhlé stažení dýchacích cest bez možnosti se nadechnout – lapavé dechy, tyto stavy jí pomohl zvládnout Diazepam, kdy účinek



nastoupil do 15 minut, a podle vlastních slov jí pomáhá též zvládnout tyto stavy spánek. „Všeho nechat a jít se z toho vyspat.“ Za příčinu těchto stavů považuje zvýšenou nervovou citlivost. Pacientka byla v mládí kuřačka, nyní již dlouhá léta nekouří a ani se nepohybuje v zakouřeném prostředí. V posledních 6 měsících před hospitalizací neproděla žádné plicní infekční onemocnění. Nikdy se neléčila s plicní nebo kardiovaskulární chorobou. V roce 1988 byla přechodnou dobu napojena na UPV a měla zavedenu tracheostomii. Pacientka dýchá pravidelně 16 – 18 dechů za minutu, bez obtíží a bez slyšitelných patologických šelestů, dýchání je mělké. Při dýchání nejsou patrné patologické pohyby hrudníku, tvar hrudníku je skoliotický. Proveden test pro hodnocení rizika vzniku komplikací v dýchacích cestách (celkový počet bodů – 11), viz příloha 2.

### Hydratace

Pacientka doma dbá na svůj pitný režim a vypije zhruba 2 – 3 litry tekutin v průběhu dne. Kávu nepije, alkohol opravdu jen příležitostně. Nikdy neužívala léky, které by ovlivnily příjem a výdej tekutin (diuretika, hormony). Pacientka má vlhké sliznice, kůže je teplá, suchá, bledá, normální kožní turgor, viditelná žilní kresba, náplň krčních žil normální. Pacientka má na dosah ruky tekutiny a je schopna sama pít. Vypije 2- 3 l čaje a ovocné šťávy denně.

### Výživa

Pacientka před hospitalizací nedodržovala žádný dietní režim. Nemá žádná oblíbená jídla a netrpí potravinovou alergií. Občas problémy s pálením žáhy, užívala Omeprazol, který jí předepsal praktický lékař. Pacientka měla vlastní byt v domě s pečovatelskou službou, kam bylo jídlo dováženo. Osobní asistent pak pomohl jídlo připravit tak, aby se pacientka mohla sama najíst. V domově důchodců pravidelná strava. O pobytu v domově důchodců pacientka nehovoří. Pacientka má dietu číslo 2 - šetřící + 2x denně potravinový doplněk Nutridrink. Pacientka jí velmi málo. K snídani pouze např. půl rohlíku s máslem a hrníček čaje, v poledne trochu polévky, druhé jídlo 2 brambory nebo knedlíky a maso, večer pak chleba nebo trochu rýže podle toho, co jí donesou. Pacientka jí pomalu, ale neudává problémy s polykáním. Dutina ústní bez defektů, vlastní chrup sanovaný. Pacientka váží 53kg a měří 172 cm, BMI= 17. Pacientka měla malou chuť k jídlu již před hospitalizací, kdy jedla asi tak stejné množství jídla v průběhu dne.

## Vyprazdňování

### Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací pacientka trpěla těžkou formou zácpy, na záchod chodila jen 2x týdně po použití Bisacodyl čípků, k vyprázdnění došlo zhruba do 2 hodin. Dále zkoušela různé druhy kompotů, pomáhal především švestkový kompot, který má pacientka i v nemocnici, přinesla jí ho dcera, kdyby byl potřeba. Pacientka se v nemocnici vyprazdňuje 1- 2krát denně spíše ve večerních hodinách. Stolica je mírně řídká, bez příměsí. Pacientka dostává lék k ovlivnění střevní peristaltiky - Ganaton (digestivum, prokinetikum), ATB a další řadu léků, které by eventuálně mohly ovlivnit charakter vyprazdňování stolice.

### Vyprazdňování moče

Před půl rokem byla pacientce zavedena na urologické klinice epicystostomie pro opakující se záněty dolních močových cest a močového měchýře. Podle pacientky poslední zánět močových cest proběhl v srpnu 2006, léčen ATB. Pacientka byla hospitalizována 9/ 2006 pro podezření na úplavici močovou, nepotvrzena. Moč je kontinuálně odváděna přes epicystostomii. Moč je čirá, bez příměsí.

### Tělesná a psychická aktivita

Před hospitalizací měla pacientka pestrý seznam koníčků, i přes své postižení. Byla členkou sdružení pro pacienty po CMP. V průběhu roku se 3 – 4krát účastnila psychorehabilitačních pobytů, které trvaly dva až tři týdny. Sdružení pořádalo i další kulturní a společenské akce. Pacientka se pohybovala na elektrickém vozíku, ale cestovat v MHD mohla opět jen v doprovodu asistentky. Dokud pacientka bydlela v domově s pečovatelskou službou, měla zajištěnou pravidelnou rehabilitace, alespoň 1x – 2x týdně. Další RHB si pak pacientka hradila sama. Po přeložení do domova důchodců, dle slov pacientky, rehabilitace úplně ustala. V nemocnici dochází za pacientkou 2x denně fyzioterapeut. Pacientka se v nemocnici věnuje občas četbě, převážnou část dne však leží na lůžku a nemá snahu ani vlastní iniciativu k aktivitě. Leží na postiženém boku zády ke zdi a má zamyšlený a velmi úzkostný obličej.

### Spánek a odpočinek

Doma pacientka pravidelně brala léky na spaní. Bez nich nemohla usnout, často se budila a znovu špatně usínala, vzhůru pak bývala již brzy ráno. Byla zvyklá si vzít

polovinu prášku před ulehnutím ke spánku. Pak spala 2 – 3 hodiny, a když se vzbudila, vzala si druhou polovinu prášku a spala do čtyř hodin do rána. Kromě léků na spaní vyzkoušela všechno možné: relaxační dýchání, autogenní trénink, uklidňující hudbu, čaje a kapky z meduňky, ale vše bez významně lepšího účinku. V nemocnici pacientka dostává na noc v deset hodin Hypnogen, spí bez přerušení zhruba asi 5 hodin. Objektivně pacientka vypadá unaveně, mírné kruhy pod očima. Cítí se unavená, ale není to „tak hrozné“, během dne nespí.

### Teplo a pohodlí

Doma měla elektrické lůžko, které v současné době nefunguje, protože ho zničila kočka. Překousala přívodní dráty k lůžku. Pohodlné elektrické křeslo nyní také nemá, protože je zničené (utopené v rybníku), je na policii v policejním skladu jako důkazní materiál k přezkoumání. Pacientka je uložena v polohovacím lůžku s antidekubitární matrací. Leží u okna, což jí vyhovuje, protože má raději chladnější prostředí a to hlavně v noci, protože lépe usíná. Pohodlná poloha je na pravém boku. Nevýhodou je, že pacientka pak leží zády do místnosti a obličej směřuje do zdi. Při rozhovoru musí natáčet hlavu.

### Bolest

Pacientka netrpěla před hospitalizací žádnou chronickou bolestí. Občas ji bolela hlava nebo záda, většinou při výrazné změně počasí, nedostatečném přísunu tekutin nebo při únavě a rozrušení. Když bylo potřeba, vzala si jednu tabletu Ibuprofenu, který pomohl zhruba do 30 minut. Nyní pacientka neudává žádnou bolest.

### Hygienická péče

V domě s pečovatelskou službou se pacientka myla ob den, vždy s pomocí asistenta a zpravidla večer. V domově důchodců se myla denně na lůžku a jednou za dva dny na speciálním lůžku ve sprše. Pacientka se v nemocnici koupe ráno na sedačce a večer na lůžku. Pacientka je schopna se učesat, vyčistit zuby a umýt PHK, hrudník a břicho.

Všechno, ale musí být připraveno v rozsahu LHK. Pacientka používá vlastní sprchové gely, krém proti vráskám a mléko pro péči o pokožku celého těla. Neudává alergii na žádné kosmetické přípravky. Na přání pacientky se myjí vlasy. V nemocnici má pacientka i během dne nemocniční košili. Snaží se působit co nejupraveněji i přes svůj tělesný handicap. Kůže je teplá, bledá s normálním kožním turgorem, bez otoků, hematom na pravém zápěstí a pravém kolenu. Dekubit v křížové krajině (1 cm x 1,5 cm, hloubka 0,5 cm) opruzeniny v tříselech. Proveden test pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové (výsledný počet bodů – 21), viz příloha 3.

### Sexualita

Pacientka má dvě dcery, dva spontánní porody. Dvakrát podstoupila umělé přerušování těhotenství. Menopauza okolo 48. roku, nepoužívala žádné hormonální přípravky. Poslední preventivní prohlídka u gynekologa zhruba před třemi roky. Pacientka je rozvedená. Jiné otázky nebyly položeny.

## 1.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

### Jistota a bezpečí

Před třemi měsíci přeložena z vlastního bytu do domova důchodců, což ohrozilo jednu ze základních potřeb bezpečí a to jistotu vlastního domova. Do domova důchodců pak přestali docházet osobní asistenti a nebyla prováděna pravidelná rehabilitace, jak byla pacientka doposud zvyklá a jak by si přála. Pacientka o sobě říká, že až doposud se dokázala vyrovnat s mnoha náročnými životními situacemi. Většinou se dokáže ovládnout, ale někdy jedná až příliš emotivně a zbrkle. Problémy řešila různými způsoby s pomocí rodiny či osobní asistence. Nemá žádné podpůrné techniky ke zvládnutí obtížné životní situace. Pacientka působí nedůvěřivým, úzkostným dojmem. Podle svých slov je dostatečně informována o průběhu léčby a hospitalizace.

### Soběstačnost

Pacientka měla doma osobní asistenci, protože se však situace stala nezvladatelnou, byla přijata do domova důchodců. Pacientka je plně odkázána na pomoc druhé osoby. Zvládne se najíst, napít, telefonovat, psát, ale pouze tehdy je-li vše po ruce a je-li položena nebo posazena do vhodné polohy. Pacientka se nedokáže sama otočit na lůžku. Stoj a

chůze není možná. Potřebuje asistenci při sebemenším přesunu. Pacientka se snaží pomáhat a spolupracuje. Má strach z toho, jak to bude po propuštění, protože nemá k dispozici svůj elektrický vozík. K vyhodnocení stupně závislosti, proveden Barthelův test základních všedních činností (výsledný počet bodů – 35 bodů) a Test instrumentálních všedních činností (výsledný počet bodů – 30), viz přílohy 4, 5.

### Komunikace

Pacientka měla možnost doma používat internet. Na internetu trávila poměrně hodně času. Byl to její kontakt ze zevním světem a přáteli. S pacientkou je kontakt navázán rychle. Pacientka je plně orientována. I když je zde mírná komunikační bariéra ze strany pacientky – dysartrie. Dokáže psát levou rukou, písmo je kostrbaté a hůře čitelné.

### Informovanost

Pacientka je lékařem informována o svém zdravotním stavu, způsobu léčby a o dalším vývoji onemocnění. Já informuji pacientku o režimu oddělení a o výkonech, které budu provádět. Pacientka je vyzvána, aby se kdykoliv a na cokoliv zeptala.

### Rodina a sociální zázemí

Pacientka žila sama se zajištěnou asistenční službou. Před 3 měsíci přeložena do domova důchodců. Má dvě dcery. Jedna bydlí sama a pracuje jako ošetřovatelka, druhá studuje a žije s rodiči bývalého manžela, kterým je kolem 80let. Pacientka má čtyři sourozence, tři sestry a mladšího bratra. Bratr a starší sestra žijí ve stejném městě, ale mají své rodiny a práci. Pacientka je v telefonickém kontaktu s rodinou. Denně chodí do nemocnice člen rodiny na návštěvu. Rodina (sourozenci a dcery) se snaží pomáhat a spolupracovat se zdravotním personálem.

### Duchovní potřeby

Pacientka je bez vyznání. Svou budoucnost hodnotí velmi negativně a beznadějně, nemá žádné plány, přání ani sny, které by se týkaly budoucnosti. Neví o ničem, co by ji hnalo kupředu.

## Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacientka je již mnoho let rozvedená. Pro pacientku je obtížné se s někým seznámit z důvodu tělesného handicapu a horšího slovního vyjadřování, kdy jí lidé mnohdy nerozumí a ona musí vše opakovat i několikrát. Má několik přátel, většinou lidí se stejným handicapem a jednu dobrou přítelkyni, která pracovala jako její osobní asistentka a je stejně stará jako pacientka. Vztahy v rodině jsou relativně dobré. S pacientkou je kontakt navázán rychle. Pacientka je zprvu nedůvěřivá a vystrašená, hned ze začátku mě upozorní, že se bojí a nechce mluvit o „tom, co jsem udělala“.

## Afiliační a self potřeby

Sama sebe vidí pacientka jako „zbytky toho, čím kdysi bývala“, dříve se cítila silnější, a i přes handicap odhodlaná se „porvat se životem“. Myslí, že zlom přišel po té, co jí byla zavedena epicystostomie. „Od té doby jde všechno s kopce.“ Močová cévka ji hodně zlobí. Poslední pomyslnou kapkou pak bylo přemístění do domova důchodců bez možnosti komunikace se spolupacientkou. Po sebevražedném pokusu se zhoršila i hybnost. Provedeno hodnocení psychického zdraví (Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993), výsledný počet bodů – 8, viz příloha 6.

## 2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

02. 04. 2007

1. *Strach a obavy z budoucnosti z důvodu ztráty životních jistot (převoz do domova důchodců, ztráta el.vozíku) projevující se verbálním sdělením a vystupňovanou nejistotou*
2. Sociální izolace v důsledku změny prostředí a poruchy řeči (porušená artikulace a tichý hlas)
3. Porucha tělesné hybnosti z důvodu ischemického poškození centrální nervové soustavy projevující se sníženou schopností sebeobsluhy
4. Porušení celistvosti kůže z mechanických příčin (imobilita, tlak, zvýšená vlhkost) a z důvodu epicystostomie projevující se proleženinou v křížové krajině a opruzeninami v tříslech
5. Porucha spánku z důvodu psychického stresu projevující se opakovanými stížnostmi na potíže s usínáním, na přerušovaný spánek a časně probouzení
6. Porucha výživy z důvodu nechutenství projevující se nízkou hmotností

04.04. 2007

7. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vedlejšího účinku léčiv projevující se průjemem.



### 3. OŠETŘOVATELSKÝ CÍL, PLÁN, REALIZACE A ZHODNOCENÍ

02. 04. 07

1. *Strach a obavy z budoucnosti z důvodu ztráty životních jistot (převoz do domova důchodců, ztráta elektrického vozíku,...) projevující se verbálním sdělením a vystupňovanou nejistotou*

cíl - pacientka zhodnotí reálně danou situaci  
pacientka umí verbálně označit a definovat příčiny svého strachu  
pacientka udá zmírnění strachu a napětí  
pacientka dokáže ventilovat své emoce

plán - sledovat verbální a neverbální reakce pacientky na strach  
hovořit s pacientkou o strachu a vyvolávajících faktorech  
pomocí identifikovat vyvolávající faktory a odstranit je  
zjistit stupeň deprese u pacientky

realizace – Při rozhovoru s pacientkou sleduji mimiku a gestikulaci pacientky. Snažím se mluvit o budoucnosti a strachu z ní. Nemocná má obavy, kam půjde a jak se bude schopna pohybovat, když nemá svůj elektrický vozík. Mluví o domě s pečovatelskou službou, do domova důchodců se vrátit nechce. Při rozhovoru pátrám po dalších důvodech strachu. Kontaktuji sociální pracovníci a společně hledáme řešení těžké sociální situace pacientky. Provedu test hodnocení psychického zdraví.

zhodnocení – Pacientka se nejvíce bála návratu do domova důchodců a ztráty částečné soběstačnosti, kterou jí poskytovalo elektrické křeslo. Přes sociální pracovníci byla kontaktována rodina, které byl dán kontakt na organizaci poskytující asistenční služby – Hever a Comunion a zajištěn sociální příspěvek na péči. S pomocí rodiny se pak podařilo zajistit prototyp elektrického vozíku od firmy Meyra. U pacientky došlo ke zmírnění strachu.

2. Sociální izolace v důsledku změny prostředí a poruchy řeči (porušená artikulace a tichý hlas)

cíl – krátkodobý - pacientka se zapojuje do denních aktivit  
pacientka bez obav komunikuje se zdravotnickým personálem a ostatními pacienty

dlouhodobý – pacientka je efektivně zapojena do společnosti

plán - motivovat pacientku ke komunikaci

navázat důvěryhodný vztah s pacientkou

dát pacientce dostatek času a prostoru vyjádřit své pocity

zapojit pacientku do rozhovoru s ostatními pacientkami

umožnit kontakt s rodinou

spolupracovat se sociální pracovníci při hledání nového podpůrného programu

realizace – Od začátku hospitalizace jsem s pacientkou v neustálém kontaktu.

Zapojuji pacientku do všech činností dle jejich schopností. Dávám pacientce při rozhovoru čas se vyjádřit, neskáču do řeči, neopravuji chyby v řeči a podporuji pacientku v pokračování dalšími otázkami. Snažím se vést rozhovor se spolupacientkou a zapojit i mou pacientku. Kontaktuji sociální pracovníci, která dá rodině kontakt na organizace poskytující služby osobních asistentů, kteří by mohli pomoci pacientce vrátit se ke svým předchozím zájmům a vztahům.

zhodnoceni – krátkodobý - Cíl byl splněn.

dlouhodobý – Nelze hodnotit.

3. *Porucha tělesné hybnosti z důvodu ischemického postižení centrální nervové soustavy projevující se sníženou schopností sebeobsluhy*

cíl - krátkodobý - pacientka maximálně využívá svůj osobní potenciál  
nedojde k rozvoji imobilizačního syndromu

dlouhodobý – rozsah sebeobsluhy se vrátí do stavu před tonutím

plán - určit rozsah imobility  
zapojit a motivovat pacientku ke spolupráci  
provádět pasivní cvičení se spastickými končetinami  
koordinovat svou činnost s prací fyzioterapeuta

realizace - Zjišťuji rozsah hybnosti pacientky na lůžku a vozíku. Snažím se pacientku aktivně zapojovat při hygieně, při jídle, abych co nejvíce využila její schopnosti. Konzultuji s fyzioterapeutkou, co mohu udělat pro mou pacientku. Pravidelně polohuji pacientku, cvičím s prsty ruky na PHK, snažím se z PHK hýbat ve fyziologickém rozsahu kloubů, ne přes sílu. DK střídavě pokrčuji a natahuji.

zhodnocení – krátkodobý – Cíl byl splněn.

dlouhodobý – Nelze k relativně krátké době ošetřování zhodnotit.

4. *Porušení celistvosti kůže z mechanických příčin (imobilita, tlak, zvýšená vlhkost) a z důvodu epicystostomie projevující se proleženinou v křížové krajině a opruzeninami v tříselech*

cíl - krátkodobý – pacientka udá do 2 dnů subjektivnímu zmírnění projevů  
(snížení pálení a svědění v oblasti třísla)  
do 2 dnů dojde ke zmírnění zarudnutí, zmenšení rozsahu opruzenin a bude pokračovat granulace a epitelizace spodiny dekubitu

dlouhodobý – okolí epicystostomie bez známek zánětu  
dojde k obnovení celistvosti kůže

plán – popsat a zhodnotit kožní lézi  
kontrolovat denně kůži pacientky a hlavně oblast predilekčních míst  
udržet oblast opruzenin a dekubitu v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů, koupelí a větráním  
pravidelně polohovat pacientku a používat vhodné antidekubitární pomůcky  
provádět pravidelnou výměnu osobního i ložního prádla  
zajistit dostatečnou výživu pacientky obohacenou o bílkoviny a hydrataci

realizace - opruzeniny – Provádím aplikaci Mycosptinu ung dle ordinace lékaře 2x v průběhu dopoledne a 1x oplach vlažnou vodou. Mezi třísla a genitál vkládám mulové čtverce. V poloze na boku vkládám mezi pokrčené končetiny polštář, aby docházelo k lepší cirkulaci vzduchu.

dekubit – Denně převazuji obvaz dle ordinace Actisorb + Nu – gel, od 3. 4. aplikuji dle ordinace Inadine + strilní krytí. Pacientku pravidelně polohuji.

Denně provádím výměnu ložního prádla. Do dokumentace je denně zaznamenán vzhled a rozsah dekubitu a opruzenin. Pacientce dle ordinace dávám potravinový doplněk Nutridrink.

zhodnocení – krátkodobý – Došlo ke zmenšení dekubitu na velikost 0,5 cm x 0,5 cm. Byl kontaktován kožní lékař, protože došlo ke zhoršení opruzenin, které se rozšířily z oblasti tříselského otvoru na anální otvor. Lékař zahájil léčbu Imazol krémem.

dlouhodobý – V průběhu mého ošetřování se neobjevily známky zánětu v okolí epicycystomie. Druhý cíl nelze hodnotit.

5. Porucha spánku z důvodu psychického stresu projevující se opakovanými stížnostmi na potíže s usínáním, na přerušovaný spánek a časně probouzení

cíl - pacientka spí 6 hodin bez přerušení  
pacientka se v průběhu dne necítí unavená

plán - zjistit průměrnou délku spánku pacientky  
zjistit a eliminovat rušivé faktory spánku  
podávat léky dle ordinace lékaře  
hovořit s pacientkou o strachu a obavách

realizace – S pacientkou si v průběhu dne povídám o problémech se spánkem a zjišťuji jak jí mohu pomoci. Hledáme společně možné způsoby, jak zlepšit kvalitu spánku (vhodné polohy, uklidňující hudba, vyvětrání,...).

O pacientku jsem se starala v průběhu týdne při ranních službách. Informovala jsem tudíž odpolední sestru, jaké má pacientka problémy se spánkem. Sestra pak dle ordinace podala pacientce lék na spaní – Hypnogen

zhodnocení – Cíl byl částečně splněn. Pacientka spala 5 hodin.

6. Porucha výživy z důvodu nechutenství projevující se nízkou tělesnou hmotností

cíl - krátkodobý – pacientka zvýší svůj denní příjem jídla

pacientka zná rizika nízkého příjmu

dlouhodobý – pacientka získá optimální tělesnou hmotnost

pacientka si osvojí správné stravovací návyky

plán - zjistit stravovací návyky pacientky

zhodnotit stav výživy pacientky (tělesnou hmotnost, BMI, kožní řasu, množství a rozložení podkožního tuku)

doporučit pacientce úpravu stravovacích návyků

informovat pacientku o významu dodržování optimálního příjmu živin

spolupracovat s lékařem, popřípadě nutričním terapeutem

realizace – Při rozhovoru zjišťuji, jakou má pacientka chuť k jídlu. Kolik jídla sní v průběhu dne. Zjistím váhu pacientky (52 kg), vypočítám BMI (17), Změřím obvod svalu ramene na LHK (24 cm). Vysvětluji pacientce vliv optimální výživy na celkový zdravotní stav (hojení ran, imunitu, svalovou sílu, stav kůže a sliznic,...). Dle ordinace lékaře dávám pacientce 2 x denně Nutridrink. Kontroluji kolik toho pacientka sní v průběhu dopoledne.

zhodnocení – krátkodobý – Pacientka jedla více, jen když jsem ji povzbuzovala a kontrolovala. Bez dohledu snědla sotva polovinu porce.

dlouhodobý – Nelze hodnotit.

## 04. 04. 07

### 7. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vedlejšího účinku léčiv projevující se průjmem

*cíl - krátkodobý – pacientka nemá více než 2 stolice denně*

*pacientka je hydratovaná*

*dlouhodobý – pacientka se pravidelně vyprazdňuje*

*plán - informovat lékaře*

*zjistit frekvenci, konzistenci, barvu, zápach a množství stolice*

*zjistit přidružené projevy (křečovitě bolesti břicha, zvýšená teplota,...)*

*sledovat příjem a výdej tekutin*

*omezit příjem nestravitelné potravy (s vysokým obsahem vlákniny, masné jídlo,...)*

*zvýšit hygienu kolem konečníku a ošetřit vhodnými přípravky*

*realizace – Informuji lékaře. Hodnotím charakter vyprazdňování a stolice (pacientka se vyprazdňuje 4 – 5krát denně, stolice je kašovitě konzistence, světle hnědé barvy, bez patologických příměsí, normálního zápachu). Sleduji příjem tekutin u pacientky (1, 5l během dopoledne).*

*Informuji pacientku, aby vyloučila ze svého jídelníčku špatně stravitelné potraviny ( masné, omáčky, ovoce, mléko, ...). Po každé stolici řádně ošetřím okolí anu. Ptám se pacientky na přidružené projevy (neudává).*

*zhodnocení – Cíle nelze zhodnotit. Pacientka byla přeložena do psychiatrické léčebny, v době kdy průjem přetrvával.*

#### 4. EDUKACE PACIENTKY

Pacientku jsem podrobně informovala o průběhu všech vyšetření a výkonů, které u ní byly prováděny. V edukaci jsem se zaměřila především na výživu.

##### *Edukace pacientky na téma správné výživy (03. 04 07)*

Po stanovení problému neadekvátního příjmu potravin sděluji pacientce rizika spojená s malnutricí a karentními stavy, např. oslabení imunitního systému – sklon k infekcím, snížení psychické a fyzické výkonnosti, zpomalení hojení ran, zpomalení střevní peristaltiky – zácpa, sklon ke komplikacím – proleženiny, trombózy, infekce, prodloužená rekonvalescence. Vysvětluji pacientce, že je nutné zlepšit příjem potravin nejen po stránce kvantitativní, ale i po stránce kvalitativní. Doporučím pacientce, aby zkusila jíst pestrou stravu 5- 6x denně v malých porcích. Při výběru potravin, aby volila jídla s vyšším obsahem kvalitních rostlinných a živočišných bílkovin, aby neomezovala tuky, ale volila především potraviny s vyšším obsahem nenasycených (esenciálních) mastných kyselin (rostlinné oleje, rybí tuk, různé druhy ořechů,...), při jejichž nedostatku je porušen růst a vývoj a je snížena celková odolnost a adaptabilita organismu. Nezbytnou složkou potravy jsou též cukry. Zde jsem pacientce doporučila, aby volila spíše cukr nerafinovaný. Zmínila jsem i vliv stravovacích návyků na vyprazdňování, kdy jsem doporučila obohatit denní jídelníček o vlákninu, a to v podobě zeleniny, ovoce, ovocných kompotů, cereálií,... Pacientku jsem upozornila, že není důležité jen co jíme, ale i kdy jíme – pravidelně v průběhu celého dne. Na stravování má vliv i psychický stav. Nechutenství u mé pacientky bylo částečně způsobeno i depresí.

## 5. ZÁVĚR A OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA

Pacientka byla propuštěna 5. 4. 07., kdy stále nebyla dořešena její sociální situace. Jednalo se především o to, zda se vrátí do domova důchodců nebo do domu s pečovatelskou službou, kdyby ambulantně navštěvovala psychiatra, a nebo půjde na určitou dobu do psychiatrické léčebny. Nakonec se rozhodla, po konzultaci s lékařem, že nejlepší bude dočasná hospitalizace v psychiatrické léčebně. Doufala, že se do té doby vyřeší i problém s asistenční službou, která je nezbytná k pobytu v domově s pečovatelskou službou. Pacientka bude i do budoucna plně závislá na pomoci druhých. Nelze očekávat výrazné zlepšení fyzického stavu. Jedná se především o to, aby se nemocná dostala do lepší psychické pohody. Dle mého názoru bude zapotřebí intenzivní psychiatrická léčba s následnými ambulantními sezeními a pokračování v medikamentózní léčbě depresí. Důležitou úlohu bude hrát i resocializace pacientky i přes její handicap. Zapojení do společenského dění, se jistě pozitivně odrazí na jejím duševním zdraví. Vhodným řešením by byla jistě změna spolubydlící a zajištění asistenční služby i v domově důchodců.



## D POUŽITÁ LITERATURA

### Použité zdroje:

1. Rozhovor s klientkou
2. Pozorování klientky
3. Zdravotnická dokumentace
4. Ošetřovatelský zdravotní tým
5. Fyzioterapeut
6. Sociální pracovnice
7. Spolupacientka

### Použitá literatura:

1. Archalousová A. a kol.: Ošetřovatelská péče, Úvod do oboru ošetřovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství. Praha : Karolinum, Univerzita Karlova, 2006. ISBN 80-246-1113-9
2. Červinková, E. a kol.: Ošetřovatelské diagnózy. Brno : NCO NZO, 2006. ISBN 80 – 7013-443-7
3. Doenges, E., Moorhouse, M., F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha : Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 80-247-0242-8
4. Hynie S.: Farmakologie v kostce. Praha : Tritin, 2001. ISBN 80-7254-181-1
5. Kolek V. a kol.: Pneumologie pro magistry a bakaláře. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1175-X
6. Klener P. a kol.: Vnitřní lékařství Díl II. Praha : Karolinum, Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7184-046-7
7. Klusoňová E., Pitnerová J.: Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti, Brno : NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-423-2
8. Marková, E. a kol.: Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6
9. Nejedlá, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8
10. Staňková M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno, NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-323-6
11. Ševčík, J. a kol.: Intenzivní medicína. Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-203-X
12. Trachtová. E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno, NCO NZO v Brně, 2002. ISBN 80-7013-324-8
13. Zatloukal P. a kol. Pneumologie, Vnitřní lékařství díl IIIa. Praha, Karolinum, Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-246-0242-3

## Seznam použitých zkratek:

AMB - ambulance

ATB – antibiotika

BMI – body mass index

CMP – centrální mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

DK – dolní končetiny

EKG - elektrokardiograf

GIT – gastrointestinální trakt

HK – horní končetiny

CHOPN – chronická obstrukční pulmonální nemoc

ICHS – ischemická choroba srdeční

JIMP – jednotka intenzivní metabolické péče

KAR – klinika anesteziologicko resuscitační

KO – krevní obraz

LDK – levá dolní končetina

LHK – levá horní končetina

MHD – městská hromadná doprava

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

PCR – polymerázová řetězová reakce

P - puls

PDK – dolní pravá končetina

PHK – pravá horní končetina

RES - resuscitace

RHB – rehabilitace

RTG – rentgen

RZP – rychlá záchranná služba

supp - suppositoria

t.č. – toho času

tbl – tablety

TK – krevní tlak, TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušování těhotenství

UPV – umělá plicní ventilace

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization

ZP – zadopřední projekce

## **PŘÍLOHY:**

Příloha 1, Vstupní ošetřovatelský záznam + plán ošetřovatelské péče

Příloha 2, Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

Příloha 3, Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Příloha 4, Barthelův test základních všedních činností

Příloha 5, Test instrumentální všedních činností

Příloha 6, Stupnice hodnocení psychického zdraví

Příloha 7, Rehabilitační prostředky v sesterské praxi

### Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách

<b>Kritéria</b>	<b>Počet bodů 0 - 3</b>
ochota spolupracovat	0
současné plicní onemocnění	3
prodělané plicní onemocnění	2
oslabení imunity	1
orotracheální manipulace	0
kuřák/pasivní kuřák	0
bolest	0
poruchy polykání	0
pohybové omezení	2
povolání ohrožující plíce	0
umělé dýchání	3
stav vědomí	0
hloubka dechu	0
léky tlumící dýchání	0
dechová frekvence	0
<b><i>Celkový počet bodů</i></b>	<b>11 bodů</b>

0 – 6 bodů – žádné ohrožení

**7 – 15 – ohrožen**

15 – 45 – vysoce ohrožen

(17)

*Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové*

Schopnost spolupráce	Tělesný stav	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	dobrý	do 10	normální	žádné	dobrý	úplná	není	chodí
malá	zhoršený	Do 30	alergie	+	apatický	část. omezená	občas	doprovod
částečná	špatný	Do 60	vlhká		zamtený	velmi omezená	převážně močová	sedačka
žádná	velmi špatný	60 a více	suchá	St.p. CMP, ↓TH	bez - vědomí	žádná	stolice i moč	upoután na lůžko

+ diabetes, anémie, horečka, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom, atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod.

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím větší riziko!).

Jméno: paní Š.

Celkové bodové ohodnocení: **21** bodů

Datum: 2. 4. 07

(17)

**Barthelův test základních všedních činností**

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
	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 metrů	15
	s pomocí 50 metrů	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

**Výsledný počet bodů : 35 bodů**

**0 – 40 bodů – vysoce závislý**

45 – 60 – závislost středního stupně

65 – 95 – lehká závislost

96 – 100 – nezávislost

(17)

**Test instrumentálních všedních činností**

1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	<b>10</b>
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je – li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	<b>0</b>
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	<b>0</b>
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	<b>0</b>
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práci	5
	potřebuje pomoc při většině prací a nebo není schopen	<b>0</b>
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	<b>0</b>
7. užívání léků	samostatně, určenou dávku v určeném čase	<b>10</b>
	užívá, jsou – li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	<b>10</b>
	potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci	0

**Výsledný počet bodů – 30 bodů****0 – 40 – bodů – závislý**

41 – 75 – částečně závislý

76 – 80 – nezávislý

(17)



## Stupnice hodnocení psychického zdraví

(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:	Skórovaná odpověď:
1. Cítíte se většinu času dobře?	NE
2. Máte často obavy o své zdraví?	ano
3. Trpíte často bolestmi hlavy?	ano
4. Měl jste v poslední době závratě?	ano
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	ano
6. Míváte záškuby ve svalech?	ano
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	ne
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	ano
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	NE
10. Je váš spánek povrchní, přerušovaný nebo jinak narušený?	ANO
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	NE
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	NE
13. Často Vás něco trápí?	ANO
14. Jste často plný elánu (energie)?	NE
15. Cítíte se často neúčinný?	ANO

8 odpovědí

*Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají.*

*Skóre 6 a více (souhlasí s odpovědí v testu) svědčí pro poruchu psychického zdraví.*

## Příloha 7

### Rehabilitační prostředky v sesterské praxi

#### 1. *Polohování,*

je správné uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin.

Změny poloh – střídání lehu na zádech, na boku, na břiše, na druhém boku a v mezipolohách. Od 6 hodin od rána se mění poloha co 3 hodiny, od půlnoci co 3 hodiny. Poloha na břiše se vynechává u pacientů s respiračními potížemi, nebo jinými nepříjemným problémy. Plán polohování je vhodné upravit dle denního režimu. Dále je důležité používat při polohování antidekubitární podložky. Do polohování patří i vysazování, dle individuálních možností zdravotního stavu.

Ukládání končetin má mnoho variant. V poloze na zádech a na břiše jsou voleny polohy extenční, s nepatrným podložením kolen nebo bérců, aby koleno bylo v mírné flexi. Noha je v nulové poloze (90°), zajištěna polštáři. Plegické končetina se ukládají do mírné abdukce a zevní rotace v ramenních kloubech, loket je nepatrně flektován, předloktí v supinaci, zápěstí v mírné dorzální flexi, prsty jsou uvolněny a nataženy.

V lehu na bocích jsou končetiny ukládány do flekčních poloh. Dolní končetina na volné straně musí být podložena polštářem, aby nedocházelo k přetahování svalů kyčlí a k přepadávání končetiny do addukce a vnitřní rotace.

Polohování nesmí vyvolat bolest. Při problémech s jakýmkoliv nepříjemným pocitem je nutná konzultace s fyzioterapeutkou.

Druhy polohování:

- *Preventivní polohování*, to jsou změny poloh, které provádí sestra, aby zabránila vzniku nežádoucích změn.
- *Korekční polohování* je prováděno rehabilitační pracovníci tam, kde již nežádoucí změny vznikají.
- Protiboletivé polohování zaujímá pacient většinou sám ke zmírnění bolesti, sestra ji může zpříjemnit podložením, podepřením,...

Polohovací pomůcky: polštáře, molitanové přřezy, měkký válec, popruhy, antidekubitární podložky, molitanová kolečka,...

## 2. *Pasivní pohyby,*

jsou pohyby prováděné druhou osobou nebo přístrojem. Jejich hlavní význam tkví v tom, že udržují fyziologickou délku svalů, hybnost kloubů a podporují propriorecepci. Mají být prováděny v plném rozsahu fyziologického pohybu, do mírné bolesti nebo pocitu tahu. Pohyb je veden pomalu, v ose pohybu a bez přirážení nebo pérování, ne přes dva klouby, důležitá je správná fixace. Cviky se opakují 5 - 7 x. Sestry provádějí pasivní polohování při každé manipulaci s pacientem v rámci polohování nebo osobní hygieny.

Viz obrázky

### **Vleže na zádech**

- dolní končetina

- trojflexe (ohnutí kyčle, kolena, zvednutí nohy)
- abdukce v kyčelním kloubu (unožení)
- felxe v kyčli, extenze kolenního kloubu (ohnutí v kyčli s nataženým kolenem)
- pokrčení dolní končetiny opřeny o chodidla, rozevření kolen od sebe
- válení dolních končetin do zevní a vnitřní rotace v kyčelním kloubu
- protahování Achilovy šlachy



Obr. č. 1 Pasivní pohyb do flexe v kyčelním a kolenním kloubu.



Obr. č. 2 Pasivní pohyb do flexe v kyčelním, kolenním a hlezenném kloubu.



Obr. č. 3 Správné držení a fixace pánve při pasivním pohybu do abdukce v kyčelním kloubu.



Obr. č. 4 Pasivní pohyb do flexe v kyčelním kloubu s nataženým kolenem vydatně protahuje flexory kolenního kloubu.



Obr. č. 5 Pasivní pohyb do vnitřní rotace v kyčelním kloubu.



Obr. č. 6 Pasivní pohyb v kyčelním kloubu do zevní rotace.



Obr. č. 7 Pasivní pohyb do dorzální flexe v helzenném kloubu protahuje lýtkové svaly.

- horní končetina

- anteflexe v ramenním kloubu (vzpažení)
- abdukce v ramenním kloubu (upažení)
- zevní a vnitřní rotace v ramenním kloubu (svícen)
- flexe (ohnutí), extenze (natažení) loketního kloubu
- supinace-pronace předloktí
- zakroužení zápěstím
- ohnutí prstů, palce do pěsti, natažení a rozevření prstů, palce



Obr. č. 8. Pasivní pohyb v ramenním kloubu do flexe.



Obr. č. 9 Pasivní pohyb v ramenním kloubu do abdukce.



Obr. č 10 Držení a fixace při pasivním pohybu do zevní a vnitřní rotace v ramenním kloubu.



Obr. č. 11 Pasivní pohyb v loketním kloubu do flexe a extenze.



Obr. č. 12 Pasivní otáčivý pohyb předloktí do pronace(dlaň dolů) a do supinace (dlaň nahoru).



Obr. č. 13 Pasivní pohyb v zápěstí, flexe, extenze, radiální a ulnární dukce, kroužení.

## Vleže na břiše

- dolní končetina
  - extenze (zanožení) v kyčelním kloubu
  - flexe (ohnutí), extenze (natažení) kolenního kloubu

➤ protažení Achillovy šlachy, koleno v 90° ohnutí

- horní končetina

➤ extenze v ramenním kloubu (zapažení)

➤ zevní a vnitřní rotace v rameni



Obr. č. 14 Pasivní pohyb do extenze v kyčelním kloubu. Fixace pánve je velmi důležitá.



Obr. č. 15 Pasivním pohyb v kolenním kloubu do flexe.



Obr. č. 16 Pasivní pohyb do dorzální flexe v hlezenném kloubu s flektovaným kolenem protahuje část lýtkových svalů.



Obr. č. 17 Pasivní pohyb do extenze v ramenním kloubu.

### 3. *Kondiční cvičení,*

je zaměřeno na cvičení zdravých nebo částečně hybných částí je zaměřeno na celkovou aktivitu pacienta, na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Je preventivním opatřením proti vzniku komplikací a sekundárních změn. Cílem je udržení stávajícího stavu pacienta, pohyblivost kloubů, svalové funkce, svalového tonu, správné funkce vnitřních orgánů a nervosvalové koordinace. Tyto cviky většinou provádí fyzioterapeut nebo dobře školená sestra.

### 4. *Aktivní cvičení*

Pacient vykonává pohyb vlastní vůlí. Pacient dostává úkoly od fyzioterapeutky. Bývají to jednoduché pohyby, kterých je pacient sám schopen. Aktivní cviky mohou být prováděny i s náčiním, s využitím hrazdičky a jiných předmětů (hračky). Každý nepatrný pohyb při těžkém postižení, je nesmírně cenný. Sestra má být fyzioterapeutem informována, aby mohla pacienta motivovat a kontrolovat.



*Aktivní pohyby:*

- *kyvadlové* – opakující se pohyby, jejichž účelem je navození uvolněného pohybu v kloubu
- *švihové* – rychlé pohyby v maximálních exkurzích s cílem zvětšení rozsahu v kloubech, protažení svalů a aktivace pacienta
- *tahové* – pohyby pomalé prováděné v maximální kontrakci, při těchto pohybech získáváme svalovou sílu a zlepšujeme koordinaci
- *asistované* – s dopomocí fyzioterapeuta
- *proti odporu* – sval překonává tíhu závaží nebo odpor rukou terapeuta

## **5. Dechová cvičení**

Imobilita vede ke snížení plicní ventilace. Dechová cvičení mají proto důležitý preventivní význam.

*Aktivní dynamická dechová cvičení* jsou cviky končetina a trupu, které jsou doprovázeny z koordinovaným dýcháním ve správném rytmu. Když se končetiny od trupu vzdalují, jsou provázeny vdechem, a přiblížení končetin k trupu je provázeno výdechem.

Pro sesterskou praxi se nejlépe uplatní statické dýchání, které je časově nenáročné. Při větrání pokojů vyzve sestra pacienty k prohloubenému dýchání. Efektivní je také dýchání proti odporu, vydechování se syčením, bublání hadičkou do větší láhve s vodou. Voda musí být denně vyměňována a láhev dezinfikována.

(7)