

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Gabriela JAKLOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Gabriela JAKLOVÁ

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PORUCHY VĚDOMÍ POHLEDEM SESTRY
STANDARDNÍHO INTERNÍHO ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Petra NATHANSKÁ

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Petře Nathanské, za její pomoc, trpělivost, rady a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a kolektivu zdravotnického personálu mého oddělení za trpělivost podporu při mém studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: JAKLOVÁ Gabriela

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Poruchy vědomí pohledem sestry standardního interního oddělení

Vedoucí práce: MUDr. Petra NATHANSKÁ

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 0

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: vědomí – poruchy vědomí – kvalitativní poruchy – kvantitativní poruchy –
vyšetřovací metody – skórovací systém

Souhrn:

Cílem bakalářské práce byl pohled sestry standardního interního oddělení na poruchy vědomí a ošetrovatelskou péči o tyto pacienty.

Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií centrálního nervového systému. Dále se zabývá tím, co je to vědomí, jaké jsou poruchy vědomí a jak je dělíme. Popisuje též vyšetřovací metody a skórovací škály vědomí.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na kazuistiky dvou pacientů s poruchami vědomí. Je zde popsán model ošetrovatelské péče podle M. Gordonové a ošetrovatelské diagnózy podle tohoto modelu.

Annotation**Surname and name:** JAKLOVÁ Gabriela**Department:** Department of Nursing and Midwifery**Title of thesis:** Consciousness disorders from the perspective of a nurse standard internal
medicine department**Consultant:** MUDr. Petra NATHANSKÁ**Number of pages – numbered:** 59**Number of pages – unnumbered (tables, graphs):** 0**Number of appendices:** 0**Number of literature items used:** 27**Keywords:** consciousness – consciousness disorders – disorders of quantitative –
qualitative disorders – investigative methods – scoring system**Summary:**

The aim of the thesis was the sight of a standard internal department nurses to consciousness disorders and nursing care for these patients.

The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the central nervous system. It also deals with what it is consciousness, which are disorders of consciousness and how it is divided. Also describes methods of investigation and a scoring scale of consciousness.

The practical part is focused on two case reports of patients with disorders of consciousness. There is described a model of nursing care by M. Gordon and nursing diagnosis according to this model.

OBSAH

ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ANATATOMIE A FYZIOLOGIE CENTRÁLNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU	14
1.1 Neuron	14
1.1.1 Buněčné tělo	14
1.1.2 Dendrity	15
1.1.3 Axon	15
1.2 Gliové buňky	15
2 VĚDOMÍ	16
3 PORUCHY VĚDOMÍ	17
3.1 Etiologie poruch vědomí	17
4 DĚLENÍ PORUCH VĚDOMÍ	18
4.1 Klasifikace poruch vědomí	18
4.2 Kvantitativní poruchy	18
4.2.1 Somnolence	18
4.2.2 Sopor	18
4.2.3 Kóma	19
4.3 Kvalitativní poruchy	19
4.3.1 Delirium	19
4.3.2 Demence	20
4.3.3 Halucinace	21
4.3.4 Amentní stav	21

4.3.5	Obnubilace	21
4.4	Záchvatovité poruchy vědomí	22
4.4.1	Synkopa	22
4.4.2	Locked-in syndrom	23
4.4.3	Vegetativní stav	23
5	VYŠETŘIVACÍ METODY A SKÓROVACÍ SYSTÉM PŘI PORUCHÁCH	
	VĚDOMÍ	24
5.1	Glasgow Coma Scale	24
5.2	Mini-Mental states Examinations	25
5.3	Jiné testy	25
5.3.1	Wechslerova škála paměti	25
5.3.2	Bender-Gestaltův test	25
5.3.3	Stroopův test	25
5.4	Objektivní interní vyšetření při změně vědomí	25
	PRAKTICKÁ ČÁST	27
6	FORMULACE PROBLÉMU	27
7	CÍL PRÁCE	27
8	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	28
9	METODA SBĚRU DAT	28
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	28
11	KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1	29
11.1	ANAMNÉZA	29
11.2	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	31

11.3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1	33
11.3.1	Sběr informací dle modelu M. Gordonové	33
11.3.2	Plán ošetrovatelské péče a hodnocení pacienta č. 1	36
11.4	Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacienta č. 1	37
11.5	Hodnocení kazuistiky u pacienta č. 1	41
12	KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2	42
12.1	ANAMNÉZA	42
12.2	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	44
12.3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2	46
12.3.1	Sběr informací dle modelu M. Gordonové	46
12.3.2	Plán ošetrovatelské péče a hodnocení pacienta č. 2	49
12.4	Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacienta č. 2	50
12.5	Hodnocení kazuistiky pacienta č. 2	57
	DISKUZE	60
	ZÁVĚR	62
	LITERATURA A PRAMENY	63
	SEZNAM ZKRATEK	66
	SEZNAM TABULEK	68

ÚVOD

Vědomí je fascinující a obtížně definovatelný pojem. Velmi stručně a zjednodušeně lze lidské vědomí kvalifikovat jako stav plného uvědomování si vlastního ega i okolí, včetně adekvátních reakcí na vnitřní i vnější podněty.“ (Kaňovský, 2007, str.123).

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami vědomí, její téma zní „Poruchy vědomí pohledem sestry standardního interního oddělení.“

Pracuji na standardním interním oddělení s neselektovaným příjmem pacientů s interními i neurologickými diagnózami. Pacienti mohou být pro poruchu vědomí buď již přijati, a nebo k poruše vědomí může dojít v průběhu jejich hospitalizace. Již v době přijetí na oddělení dochází k prvotnímu kontaktu s pacientem, při kterém sestra získá vstupní náhled na daného pacienta. Při pečlivém odběru informací do sesterské anamnézy zjistí, jak se nemocný vyjadřuje, jak se chová, jak reaguje.

Je pak velmi důležité, aby sestra dokázala rychle rozpoznat, že dochází ke změně vědomí, ať už pozvolné či náhlé. Včasný zásah a včasná diferenciální diagnostika poruchy vědomí je klíčová pro další management a osud pacienta a může hodně pomoci.

K popisu stavu vědomí slouží různé skórovací škály a vyšetření. Je žádoucí, aby alespoň základní z nich sestra znala, protože jednotné a správné zhodnocení stavu vědomí pacienta slouží jako srozumitelná komunikační forma mezi zdravotníky.

Teoretická část práce je zaměřena na definici pojmu vědomí, na poruchy vědomí, dále se zabývá klasifikací poruch vědomí a hodnotícími vyšetřovacími metodami. Praktická část se zabývá ošetrovatelskou péčí, ošetrovatelským plánem. Je zde kazuistika nemocného s poruchou vědomí, dále jsou zde ošetrovatelské diagnózy a jsou zde uvedeny příklady poruch vědomí s hodnotícími škálami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CENTRÁLNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU

Nervový systém společně s endokrinním a imunitním systémem zabezpečující výměnu informací uvnitř mnohobuněčných živočichů mezi jejich vnitřním a vnějším prostředím a zajišťuje stálost vnitřního prostředí organismu, **homeostázu**.

V nervovém systému rozlišujeme centrální nervový systém a periferní nervový systém. Centrální nervový systém zahrnuje encefalon (mozek) uložený v dutině lebni a medulla spinalis (hřbetní mícha) nacházející se v páteřním kanále. Periferní nervový systém je tvořen nervovými vlákny a neurony v periferních gangliích, pleteních a nervech.

Nervová tkáň je tvořena dvěma základními typy buněk, neurony a gliovými buňkami. (Grim M.,2014, str. 11)

1.1 Neuron

Neuron je základní stavební a funkční jednotkou nervové tkáně. Je to buňka specializovaná pro příjem , šíření a zpracování informací. Neuron se skládá z buněčného těla a funkčně diferencovaných výběžků. (Grim M., 2014, str. 11)

1.1.1 Buněčné tělo

Buněčná těla neuronů mají různou velikost a tvar. Velikost buněčného těla neuronu kolísá. Na povrchu neuronu je buněčná membrána, která přechází do povrchové membrány výběžků neuronu (dendrity a axon). Buněčná membrána neuronů je v kontaktu s výběžky gliových buněk a její specializované úseky vytvářející synaptické kontakty. Buněčná membrána dále obsahuje velké množství různých typů receptorů glykoproteinového charakteru. (Grim M., 2014, str. 11)

1.1.2 Dendrity

Z těla neuronu vystupuje zpravidla několik kmenových dendritů, které směrem se směrem do periferie zužují a opakovaně větví. Povrch dendritů je pokryt synaptickými kontakty a výběžky glie. Některé neurony mají na povrchu dendritů výběžky – dendritické trny, které zvětšují jejich synaptický povrch. (Grim M., 2014, str. 13)

1.1.3 Axon

Neuron má většinou jeden výběžek označovaný jako axon vystupující z malé vyvýšeniny, z axonového hrbolku. Navazující počáteční úsek axonu je iniciální segment. Podle délky axonu se neurony dělí na krátkoaxonové a na dlouhoaxonové. Některé axony dosahují délky 1 m a více. (Grim M., 2014, str. 13)

1.2 Gliové buňky

Významnou stavební součástí CNS a převažujícím elementem jsou gliové buňky. Poměr neuronů a gliových buněk je 1:10. Gliové buňky zaujímají polovinu objemu CNS, mají mnoho funkcí a reagují na různé patologické stavy. Gliové buňky CNS se dělí na makroglie, které pochází z neuroektodermu, a mikroglie, jež do CNS migruje z krevního řečiště. (Grim M., 2014, str. 17-18)

2 VĚDOMÍ

Definovat pojem vědomí je velmi nesnadné, neboť má mnoho významů. Užívá se pro označení stavu, jehož opakem je bezvědomí, spánek nebo hypnóza, ale také dění, které bychom nazvali pracovní pamětí nebo zaměřenou pozorností, také jej však chápeme ve smyslu sebeuvědomování.

Vzhledem ke složitosti samotnému pojmu vědomí je třeba stanovit přesná kritéria pro hodnocení jeho poruch, což není jednoduché. Existují dvě možnosti, jak hodnotit poruchy vědomí, a to prostřednictvím GLASGOW COMA SCALE nebo dělení poruch vědomí na kvalitativní a kvantitativní, obě metody lze kombinovat. (Nejedlá, 2015, str. 32-33)

3 PORUCHY VĚDOMÍ

Pro stav plného vědomí je základním anatomickým předpokladem funkční mozková kůra a ascendentní aktivační systém mozkového kmene a thalamu. Nezbytnými předpoklady pro udržení normálního stavu vědomí jsou:

- dostatečný přívod kyslíku do mozku a do organismu
- dostatek energetického zdroje ve formě glukózy
- pH mozkové tkáně a mozkového moku ve fyziologických mezích
- odpovídající nitrolební tlak
- fyziologická perfúze krve mozkem (Ambler, 2006, str. 64)

3.1 Etiologie poruch vědomí

- *Strukturální poruchy*

tyto poruchy mohou být lokalizovány buď přímo v mozkovém kmeni, nebo jsou lokalizovány mimo oblast mozkového kmene supratentoriálně či infratentoriálně a poškodí aktivační retikulární formaci tlakem. (Ambler, 2006, str. 63)

- *Metabolické a toxické poruchy*

bývají difúznější, způsobují difúzní oboustrannou kortikální lézi. Hlavní význam zde mají poruchy energetického metabolismu a krevního oběhu. (Ambler, 2006, str. 63)

4 DĚLENÍ PORUCH VĚDOMÍ

4.1 Klasifikace poruch vědomí

Základní poruchy vědomí jsou poruchy kvalitativní a kvantitativní. Poruchou vědomí není spánek, který je fyziologickým stavem organismu a může být charakterizován pouze jako jiný stav vědomí.

Kvalitativními poruchami vědomí jsou dezorientace, obnubilace, halucinace sluchové, zrakové i senzitivní, bludy, dále amentní stav, delirium a demence.

Kvantitativní poruchy vědomí jsou takové, kdy vědomí obrazně řečeno spíše „ubývá“, než že se mění jeho obsah. Ke klasickému dělení kvantitativních poruch vědomí jsou nadále používány 3 stupně poruch. Jsou to somnolence, sopor a kóma. (Kaňovský, 2007, str. 123-124)

4.2 Kvantitativní poruchy

Kvantitativní poruchy vědomí postihují bdělý stav, představují snížení bdělosti různého stupně, od ospalosti po lehčí psychomotorický útlum, až po hluboké bezvědomí. Podle intenzity útlumu lze tyto poruchy vědomí dělit na různé stupně. (Ambler, 2006, str. 64)

4.2.1 Somnolence (letargie)

Pacient je ospalý nebo spí, ale je možné jej probudit ze spánku, nevýrazným podnětem, jako je dotek, oslovení, změna okolní teploty (odkrytí). Není-li stimulován podobnými podněty, opět upadá do stavu připomínajícího spánek. Na otázky odpovídá přiléhavě, i když pomaleji. Reflexy jsou zachovány. (Nejedlá, 2015, str. 35; Kaňovský, 2007, str. 124)

4.2.2 Sopor (stupor)

Střední stupeň poruchy, nemocný reaguje jen na silné, mnohdy jen bolestivé podněty z vnějšího prostředí. Nereaguje většinou na oslovení či hlasitý povel. Je schopen jednoduchých obranných pohybů, které jsou pro poruchu exterocepce a propiocepce necílené. Většinou je přítomna porucha polykacího reflexu, kašlací reflex zůstává zachován a přítomna porucha funkce sfinkterů. (Kaňovský, 2007, str. 124)

4.2.3 Kóma (bezvědomí)

Kóma je nejtěžší stupeň poruchy. Nemocný prakticky vůbec nereaguje na žádné vnější podněty. Je přítomna porucha sfinkterů, není přítomen polykací ani kašlací reflex (může dojít snadno k aspiraci). (Kaňovský, 2007, str. 124)

Kóma dělíme:

- *Mělké* – reflexy jsou zachovány, zejména obranné na bolestivé podněty, ale k vědomí se nemocný neprobere ani na bolestivý podnět.
- *Hluboké* – reflexy jsou vyhaslé, jsou zachovány pouze fyziologické funkce, ale mohou být poruchy dechu a oběhu, nemocný je inkontinentní (neudrží stolicí a moč). (Nejedlá, 2015, str.35)

4.3 Kvalitativní poruchy

Kvalitativní poruchy vědomí (můžeme jej označit jako obluzené vědomí) nepostihují úroveň bdělosti, ale obsah vědomí, zejména kognitivní a afektivní funkce. Projevují se poruchou orientace (osobou, místem nebo časem), myšlení a jednání, které je neadekvátní. (Ambler, 2006, str.63)

Klinicky se projevuje delirantními a amentními stavy, které provází poruchy psychomotoriky a dezorientace, poruchy vnímání s iluzemi a halucinacemi, deficitem pozornosti, poruchami myšlení s produkcí bludů, poruchami chování, emočními reakcemi a náladami, zmatený inherentní slovní projev s konfabulací, změnami reaktivity vegetativního systému a následnou amnézií. Dle množství příznaků se může tento stav projevat lehkou, snadno přehlédnutelnou formou poruchy až po závažnou zmatenost, nezřídka v závislosti na denní době. Podle převládající symptomatologie se delirantní stavy rozlišují na stavy spojené s psychomotorickým neklidem až agitovaností a akutní konfúzní stavy doprovázené sníženou psychomotorickou aktivitou. (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2002, str.5)

4.3.1 Delirium

Delirium ředíme mezi kvalitativní poruchy vědomí a chování charakterizovaná akutní změnou psychického stavu a poruchou pozornosti. Jedná se o nespecifickou psychopatologickou reakci na podkladě globální dysfunkce mozku. Delirium se může rozvinout během několika hodin až dnů příznaky během dne kolísají. V průběhu mohou

být epizody téměř plné lucidity, zejména během dne (což může vést k přehlédnutí poruchy), v noci dochází typicky ke zhoršení. Nemocní nejsou schopni zaměřit, udržet nebo přesunout pozornost k vnějším podnětům. Tento stav je provázen dezorientací v čase, později i v místě, myšlení je inkoherentní (zmatenost). Dochází k poruše spánkového cyklu, často k útlumu a ke spavosti během dne, zatím co v noci je nemocný zmatený neklidný. Delirium se může manifestovat i pouze v noci, mohou být poruchy percepce – iluze a halucinace, nejčastěji z oblasti zrakové. Halucinace nemají reálný podklad, není vnější podnět (například nemocný vidí na pokrývce brouky, kteří neexistují). (Ambler, 2006, str. 63-64)

Porucha psychomotorické aktivity má dva subtypy. Hypoaktivní typ je charakterizován zpomalením psychomotorické aktivity a současně i sníženou bdělostí. Hyperaktivní typ se manifestuje zvýšenou bdělostí, agitovaností a častěji je provázen percepčními poruchami (iluzemi a halucinacemi). Nejčastější je ale smíšená forma se střídáním obou typů. U nemocných se vyskytuje úplná či ostrůvková amnézie na proběhlé delirium. (Ambler, 2006, str. 64)

4.3.2 Demence

Při slově demence se nám vybaví člověk postižený poruchami paměti, poznání, jednání. Je to porucha, která se projevuje sníženou úrovní paměti a dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce patří vnímání, pozornost, schopnost tvorby a porozumění řeči, výkonné funkce – schopnost být motivován k jisté činnosti, funkce zajišťující účelné jednání a další. Mimo postižení poznávacích funkcí jsou popisovány poruchy afektů, nálad, chování, spánku, bdění a aktivit denního života. Demence je syndrom, charakterizovaný souborem příznaků, který může mít různé příčiny. Některé nemoci jsou vždy spojené s rozvojem demencí (Alzheimerova choroba) a u dalších se demence může rozvinout pouze někdy (AIDS). Demence je velmi často zaměňovaná za delirantní stav. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 11-21)

Demence se stává jednou z nejčastějších chorob, v současnosti převyšuje výskyt cévních mozkových příhod a cukrovky. Toto onemocnění s sebou přináší zdravotní, sociální a ekonomické problémy. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 11-21)

4.3.3 Halucinace

Halucinace jsou smyslové vjemy, které jsou klamné. Vznikají, bez patřičného podnětu. I když nejsou reálné, je halucinující jedinec o jejich realitě přesvědčen. Halucinace zrakové, sluchové, čichové, komplexní, někdy bývají spojené s bludy se vyskytují nejčastěji. Typické bývají halucinace cizích osob v bytě, které nemocného okrádají, často halucinující vidí osoby, které si o něm povídají. Při halucinacích je lépe projevit účast s nemocným a snažit se odvést pozornost k něčemu jinému, než halucinace dotyčnému vyvracet nebo ho v nich podporovat. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 16-17)

Akustické (sluchové) halucinace jsou typické pro nemocné trpící schizofrenií. Nejčastěji se objevují i taktilní (hmatové) halucinace. U organicky podmíněných chorob jako např. u intoxikací alkoholem a drogami se objevují optické halucinace. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 16-17)

Halucinace se však mohou vyskytovat i u zdravých lidí v důsledku velkého psychického a fyzického vypětí. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str.76)

4.3.4 Amentní stav

Amentní stav se vyznačuje zejména dezorganizací myšlení, dochází k narušení toku myšlenek a vjemů. Typickým příznakem je porucha paměti a dezorientace. Chybí poruchy vnímání charakteru halucinací či psychomotorický neklid. Spektrum příčin amentních stavů a delirií je obdobné a u téhož nemocného stav osciluje mezi klidnou zmateností a neklidem s agresivitou a halucinacemi. Je řazen pod termín delirium. (Ambler, 2006, str.64)

4.3.5 Obnubilace

Obnubilace (mráкотný stav) je kvalitativní porucha vědomí, pro kterou je charakteristický náhlý začátek a konec a úplná amnézie na tuto epizodu. Trvání tohoto stavu je velmi variabilní, může trvat sekundu nebo až dny. Obnubilaci můžeme řadit do skupiny delirií. Hlavní příčinou manifestujících se obnubilací jsou různé psychické poruchy, ale také některé nekonvulzivní epileptické záchvaty a úrazy.

Delirantní stavy jsou časté zejména ve vyšším věku, kdy v důsledku různé zátěže (infekce, dehydratace) dojde k dekompenzaci mozkové perfúze a k mozkové hypoxii. (Ambler, 2009, str.64)

4.4 Záchvatovité poruchy vědomí

Je to skupina poruch vědomí, kterou charakterizuje náhlý začátek, s krátkým trváním a spontánní kompletní úpravou. Nejčastěji se jedná o synkopu nebo epileptický záchvat. Porucha vědomí provází i některá metabolická onemocnění (hypoglykemie).

4.4.1 Synkopa

Je to náhlá ztráta vědomí se ztrátou posturálního tonu, způsobená přechodnou poruchou mozkového prokrvení. Synkopa je následkem snížené dodávky kyslíku nebo metabolických substancí do mozku. Vznikají většinou náhle, neočekávaně, a pokud je nemocný bez opory, padá na zem. Vědomí se vrací rychle, nebývá provázeno dezorientací ani bolestí hlavy. U prosté mdloby a posturální hypotenze mohou být prodromální příznaky jako pocit slabosti. (Ambler, 2006, str.199)

Příčiny synkop:

- *Neurogenně zprostředkované synkopy* s poruchou regulace krevního tlaku – *vazovagální* (mdloba, kolaps). Mohou vznikat reflexně, při bolesti, po afektu, z psychických příčin (strach, pohled na krev). U těchto synkop se může vyskytnout nauzea, pocení, bledost, bývá hypotenze a bradykardie. U mužů se může vyskytnout mikční synkopa, před nebo po vymočení. (Ambler, 2006, str. 199)
- *Ortostatická hypotenze* vzniká typicky ve vertikální poloze po dlouhém stání, někdy po prudším postavení po předešlém ležení (spánku). (Ambler, 2006, str.199)
- *Cerebrovaskulární příčiny* – cirkulační poruchy ve vertebrobazilárním povodí. Vyvolávajícím momentem je často záklon nebo rotace hlavy, které komprimují arterie vertebralis. Může docházet k náhlým pádům, někdy i bez ztráty vědomí. (Ambler, 2006, str.199)
- *Kardiální příčiny* – poruchy srdečního rytmu, tachy- i bradyarytmie, chlopňové vady, aortální stenóza, ICHS, akutní IM, embolie do plicnice. (Ambler, 2006, str.200)
- *Valsalvův mechanismus* – při něm se zvyšuje intrathorakální tlak a tím se zmenší venózní návrat k srdci. Tímto mechanismem vzniká synkopa při kašli, většinou u chronických bronchitiků. (Ambler, 2006, str.200)
- *Psychogenní příčiny* – vyskytují se hlavně po afektu, při hysterii, někdy při hypoventilační tetanii (Ambler, 2006, str.200)

4.4.2 Locked-in syndrom

Je to porucha , která vzniká na základě léze střední a dolní části mozkového kmene. Je důsledkem cévní mozkové příhody. Nemocný je bledý, ale kvadruplegický a je postižena i hybnost v oblasti kausálních hlavových nervů. Nemocný je schopen na slovní nebo psaný podnět otevírat a zavírat oči a pohybovat očima vertikálně. Tímto způsobem je schopen komunikovat. (Ambler, 2006, srt.66)

4.4.3 Vegetativní stav

Je charakterizován funkční dekortikací, zatímco vegetativní funkce řízené z kmenových struktur jsou zachovány (srdeční akce, krevní tlak). Způsoben je oboustranným těžkým postižením kůry či subkortikální bílé hmoty s relativním ušetřením mozkového kmene (těžká traumata, anoxie mozku po srdeční zástavě, dušení apod.). Z části je zachován spánkový cyklus. Nemocný je schopen spontánní ventilace, nikoli však žvýkání a polykání, je-li zajištěn příjem potravy, může nemocný přežívat po dlouhou dobu. Tuto diagnózu můžeme s jistotou stanovit, přetrvává-li po dobu 3 měsíců.V některých případech však jde o přechodné stádium úpravy komatózního stavu s příznivou prognózou, kdy je vhodnější označení apalický syndrom. (Ambler, 2006, str.66-67)

5 VYŠETŘOVACÍ MERODY A SKÓROVACÍ SYSTÉMY PŘI PORUCHÁCH VĚDOMÍ

Aby mohla sestra nemocného dobře ošetřovat, aby mohla poskytovat skutečně individualizovanou péči, potřebuje ho dostatečně z různých stránek poznat. Nestačí znát nemocného po somatické stránce, ale je důležité znát nemocného po psychické stránce. Důležité je, aby věděla, jakého má člověka před sebou, jak reaguje, co ho trápí, jak kvalitní jsou jeho psychické procesy, do jaké míry je schopen komunikovat.

V kontaktu s nemocným sestra potřebuje tyto informace získat, co nejdříve a co nejrychleji. Nestačí spoléhat na zkušenosti a sestřerskou intuici, mnohem spolehlivější je použít některé měřicí techniky orientované na psychiku nemocného.

V ošetrovatelství sestra používá orientační skórovací metody. Budou následovat rozbor dvou nejznámějších skórovacích metod Glasgow Coma Scale a Mini-Mental states Examinations. (Staňková, 2001, str.26)

5.1 Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow Coma Scale je nejznámější a pro praxi nejvýhodnější skórovací systém. Je to nejvíce používaná škála pro rychlé a jednoduché zhodnocení hloubky poruch vědomí. V podstatě jde o aplikaci podnětů, jednak verbálních, jednak bolestivých a sledování odpovědi nemocného, která je buď verbální nebo neverbální. (Ambler, 2006, str.121)

15 bodů je nejvyšší počet a odpovídá stavu plného vědomí (spontánně otevře oči, normální volní hybnost, adekvátní slovní projev). 3 body jsou nejnižší počet a odpovídá naopak hlubokému kómatu, jedinec nereaguje na slovní ani silné podněty (tlak na sternum, mandibulu, nehtová lůžka). Lehká porucha vědomí má 13 a více bodů, střední porucha vědomí 9 – 12 bodů a těžká porucha vědomí méně než 8 bodů (viz. tabulka č. 3). (Adams, Harold, 1999, str.464)

U nestabilních pacientů je třeba vyšetřovat vědomí každých 5-10 minut, stabilizaci každé 4 hodiny. U stabilních pacientů sledujte doporučení lékaře. (Nejedlá, 2015, str.39)

5.2 Mini-Mental states Examinations (MMSE)

Tato metoda testuje, jak nemocný je orientován, místem a časem, zda si dokáže zapamatovat tři slova – hned a po jisté latenci. Nemocný počítá – odečítá od stovky sedmičku, pojmenovává předměty. V testu je též plnění daných úkolů a překreslování obrázku, opakuje věty (viz. tabulka č. 4). (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str.27)

5.3 Jiné testy

5.3.1 Wechslerova škála paměti

Poskytuje drální informace o slovní a zrakové paměti, zvláště testuje okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojce slov a tváří, seznam slov, zrakovou reprodukci, uspořádání čísel a písmen. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str.27)

5.3.2 Bender-Gestaltův test

Tento test testuje schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str.28)

5.3.3 Stroopův test

Vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. U nemocných demencí hodnotíme i nekognitivní projevy, jako je chování, míra demence (Hamiltonova škála), stupeň celkové integrity (škála ADL – aktivity denního života) (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str.28)

5.4 Objektivní interní vyšetření změně vědomí

Vyšetřování nemocného s poruchou vědomí má svá specifika a je odlišné od vyšetření jedince v bdělém stavu. Primárně musí být vždy posouzeny vitální funkce a případně provedena jejich stabilizace. Součástí vyšetření je také objektivní anamnéza a somatické vyšetření (barva kůže, stav výživy, projevy krvácení, známky traumatu, otoky, vpichy a podobně), vyšetření dutiny ústní, fyzikální vyšetření srdce a plic, vyšetření břicha, zhodnocení stavu dolních končetin. Vyšetření jsou zaměřena na hodnocení stavu vědomí, typu dýchání, svalového tonu, hybnosti. Veškerá vyšetření musí být vždy provedena

s nejmenší časovou prodlevou, neboť porucha vědomí většinou signalizuje závažný klinický stav. (Špinar, 2008, různé stránky)

Je třeba odlišit ložiskovou strukturální mozkovou poruchu (např. nitrolební krvácení, trauma) od difúzní metabolické léze.

Na hlavě sledujeme postavení očních bulbů, tvar a reakci zornic. Sledujeme symetrii obličeje v klidu a grimasu při bolestivé reakci zornic. Sledujeme symetrii obličeje v klidu a grimasu při bolestivé reakci. Jako bolestivý podnět používáme tlak pod úhlem mandibuly.

Na horních a dolních končetinách sledujeme spontánní i provokovanou hybnost, svalový tonus, rychlost poklesu nebo pádu končetiny po jejím zvednutí, ze spastických jevů především reflex Babinského.

Za pomocných vyšetření je důležitý akutní biochemický screening, toxikologické vyšetření, ze speciálních neurologických metod CT, MR, ev. vyšetření likvoru. (Ambler, 2006, str.122)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se budu věnovat nemocným s poruchami vědomí, kazuistikám jejich případů a následnému vytváření ošetrovatelského plánu. Plán ošetrovatelské péče jsem sestavila na podkladě modelu M. Gordonové. Ten by měl být postaven na vzájemné důvěře, stanovení dosažitelných cílů a komunikaci. Vše je přizpůsobené bio – psycho – sociální individualitě pacienta.

6 FORMULACE PROBLÉMU

Poruchy vědomí jsou velmi častou diagnózou ve zdravotnictví. S různými druhy poruch vědomí se setkávají sestry nejen na specializovaných odděleních jako jsou ARO či JIP, s poruchami vědomí se často setkávají sestry i na standardních interních odděleních. Je nutností, aby sestry pracující s těmito pacienty používaly správné komunikační techniky a správnou ošetrovatelskou péči

Poruchy vědomí se vyskytují v různých formách, u pacientů s odlišnými diagnózami. Někdo může poruchy vědomí bagatelizovat. Poruchy vědomí nám však ukazují, na co se zaměřit. Co bychom neměli přehlížet. Jsou mezi námi lidé, kteří ani svému lékaři nesdělí, že se u nich vyskytla porucha vědomí, většinou je to ze strachu.

Důležité je nepodceňovat poruchy vědomí. Je potřeba porozumět poruše vědomí, při které situaci či onemocnění vznikla.

7 CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je aplikovat ošetrovatelský proces podle M. Gordonové na ošetrovatelskou péči u pacientů s poruchami vědomí.

Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy na základě zjištěných problémů u pacientů v určité oblasti. Dále následuje stanovení cílů, ošetrovatelské intervence a jejich dopad na pacienta a na závěr uvedení vyhodnocení, jestli došlo ke splnění očekávaných výsledků či nikoliv.

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem si vybrala dva pacienty s poruchou vědomí, jsou to dva muži, kteří byli hospitalizováni na interním oddělení v Městské nemocnici v Plzni.

Každý z pacientů měl rozdílnou poruchu vědomí. U obou pacientů byl ústní souhlas s provedením kazuistiky.

9 METODA SBĚRU DAT

Výzkumné šetření jsem prováděla kvalitativní metodou, formou případové studie – kazuistiky. Základem byl odběr informací z dokumentace pacienta, případně získané informace od pacienta.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v rámci interního oddělení Městské nemocnice v Plzni, ve které pracuji. Výzkum probíhal v různých časových obdobích.

11 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 1

Muž ve věku 97 let byl přijat k opakované hospitalizaci na interní oddělení bez doporučení lékaře. Přivezen byl vlastní rodinou z Domova pro seniory sv. Jiří Plzeň, kde pacient žije..

Pacienta jsem ošetřovala po dobu 12 dnů během jeho hospitalizace na interním oddělení B. Hospitalizován od 7. 8. 2016.

11.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacient prodělal běžné dětské choroby, léčí se pro ICHS. 3/2010 prodělal akutní IM a byl mu implantován stent. Dále se léčí na hyperplazii prostaty a má zaveden permanentní močový katétr. Pacient trpí diabetes mellitus II. typu na PAD a dietě. Během života neprodělal žádnou operaci ani úraz.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Rodiče již zemřeli. Matka zemřela ve věku 45 let na srdeční problémy. Otec zemřel ve věku 75 let na ca žaludku. Dva bratři také již zemřeli. První bratr zemřel ve věku 20 let tragicky při nehodě v práci, druhý bratr zemřel ve věku 70 let na generalizaci ca rekta. Má dva syny, první syn zemřel předčasně pár dní po porodu, druhý syn zdrav.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient má stálou medikaci, která se nemění, nezměnila se během hospitalizace a nezměnila se ani po hospitalizaci.

Během hospitalizace:

- Apo – Ome 20 mg 1-0-1 (per os)
- Euthyrox 50 mg 1-0-0 (per os před jídlem)
- Kinito 1-1-1 (per os před jídlem)
- Godasal 100 mg 0-1-0 (per os)

- Uro Vaxom 1-0-0 (per os)
- Hylak F 2-2-2 ml (per os)
- Glimepirid 1-0-0 (per os)
- Megamox 1g 1-1-1 (per os po 8 hod. po dobu 10 dní)

ABÚZUS

Pacient nepije a nekouří. Alkohol pouze příležitostně, jen když něco rodina oslavuje.

ALERGOLIGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient alergii neguje. Dle dokumentace však alergie na antibiotika Zinat a Augmentin.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Bydlí s manželkou v Domově pro seniory sv. Jiří v Plzni. Zde je v péči zdravotnického personálu, který zde pracuje. Bydlí v pokoji ve druhém patře. Domov má výtah. Má zde zajištěn veškerý komfort. S ubytováním je spokojený.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacient je nyní ve starobním důchodu. Vyučil se strojařem a v tomto oboru pracoval až do odchodu do důchodu.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: plně při vědomí, orientován místem i časem

Stav soběstačnosti: v rámci lůžka soběstačný, při chůzi používal hůl

Hmotnost: 68 kg

Výška: 171 cm

BMI: 23,5

Krevní tlak: 190/100 mmHg

Pulz: 76/min

Dechová frekvence: 18/min

Tělesná teplota: 36,4 °C

Saturace O2: 96%

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient pozoruje poslední měsíc a půl sníženou chuť k jídlu, po pozření stravy se mu ihned udělá nevolno, začne říhat a potravu vyzvrátí. Zvratky jsou nenatrávené, bez patologické příměsi. Postupně odmítal tuhou stravu, jedl jenom polévky a pil tekutiny. Poslední dny nezvládá ani příjem tekutin, ihned vše vyzvrátí. Bolesti v krku ani pocit tlaku během dne v krku nemá, sliny polkne bez problémů. Stolice den před přijetím normální bez patologické příměsi. Váhový úbytek u pacienta za poslední měsíc se odhaduje cca na 5-7 kg. Bolesti na hrudi a v epigastriu pacient neguje, taktéž dušnost a kašel neguje.

11.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

1. den

Nemocný přijat 7. 8. 2015 na interní oddělení pro protrahované dyspeptické potíže, intermitentní zvracení při jídle, nechutenství, intolerance tuhé stravy. Pacient již ambulantně vyšetřován na gastroenterologii vč. provedeno EGDF, kde prokázána gastritis, fixovaná hiátová hernie, jinak normální nález.

2. – 7. den

Stav nemocného stále stejný. Neustále si stěžuje na nauzeu, nechutenství. Má problémy s jídlem. Špatně se mu polyká. Příjem tekutin je nedostatečný. Při užívání antibiotické léčby pacient cítí pachut' v ústech. Pro nižší příjem jídla a tekutin jsou vysazena antidiabetika.

8. den

7,05 hodin

Zhoršení stavu. U pacienta se objevila středně těžká pravostranná hemiparéza, pokleslý pravý koutek, syndrom dýmky, dysartrie. Pacient při vědomí, zornice izokorické. Provedeno CT vyšetření mozku a neurologické vyšetření. Při dalších vyšetřeních zjištěna glykemie 1,9 mmol/l. Podáno 10 ml 40% glukosy a 500 ml 10% glukosy, stav zlepšen. Pacient se cítí lépe, odeznívá pravostranná hemiparéza, vytrácí se syndrom dýmky a dysartrie.

8,30 hodin

Stav zlepšen. Pacient se cítí lépe, odeznívá pravostranná hemiparéza, vytrácí se syndrom dýmky a dysartrie. Naměřena glykemie 4,6 mmol/l. Další glykemie mezi 9,30 – 12,30 hod. 4,3; 5,6; 7,6; 8,5 mmol/l.

9. den

Pacient se cítí dobře, na nic se nestěžuje. Končetiny bez parézy. Glykemie dnes měřena 3x denně. Hodnoty 5,4; 8,7; 7,9 mmol/l.

10. – 11. den

Pacient si ještě trochu stěžuje na nechutenství, nauzeu již nemá. Bylo naplánováno RTG polykací akt, ale vzhledem k nebezpečí aspirace a po domluvě bylo zrušeno.

12. den

Pacient se cítí dobře. Po domluvě s rodinou je dimitován. Sanitkou odvezen do DD sanitkou a předán do péče manželky.

11.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1

11.3.1 Sběr informací dle modelu M. Gordonové u pacienta č.1

Data na sestavení ošetřovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientem. Dále jsem využívala ošetřovatelskou dokumentaci a informace od ošetřujícího personálu podle modelu M. Gordonové.

Příjem potravy a tekutin

Pacient pokud nemá žádné zažívací problémy, se stravuje dle svých chutí a své diagnózy diabetes mellitus. Vzhledem k tomu, že pacient žije v domově důchodců. Má pravidelnou a kaloricky vyváženou stravu. Příjem tekutin je dle manželky dostatečný. Dietní chybu si neuvědomují. Nikdy nebyly problémy. Na našem oddělení má dietu dle své diagnózy. Pacient se snaží přijímat dle svých možností, ale protože se stále objevuje nauzea a nechut' k jídlu, přijímá pouze tekutiny v malém množství.

Vylučování

Pacient, když nemá zdravotní problémy, nemá s vylučováním potíže.. Vyprazdňování je pravidelné. Vzhledem ke stavu a poruše vědomí, která u pacienta proběhla, bylo nutné udělat ošetřovatelská opatření. U pacienta v průběhu poruchy vědomí bylo zajištěno, aby byl pacient v čistotě. Po odeznění zhoršeného stavu se pacient vrátil do normálu. Opět využívá WC, na které si dojde s pomocí hůlky.

Spánek a odpočinek

Se spánkem nemá problémy. Někdy použije prášek na spaní. Usíná okolo dvacáté druhé hodiny. Ráno vstává okolo půl sedmé. Pravidelně odpočívá po obědě, pokud nemají program nebo nepřijede do domova za nimi návštěva.

Vnímání zdraví

Pacient se nyní necítí moc dobře. Chtěl by, aby to bylo lepší. Omlouvá to věkem, ale k takovému vnímání zdraví přispívá i jeho nynější zdravotní stav. Po změně léčby diabetu se pacient cítí lépe, ale stále udává nauzeu při přijímání stravy.

Aktivita a cvičení

Pacient chodí s hůlkou. Svůj čas moc aktivně netráví. Rád se však projde v zahradě domova v doprovodu manželky. Rád jede na výlet pořádaný domovem. Více však odpočívá a když může rád si přečte nějaký časopis či noviny a dívá se na televizi.

Vnímání

Pacient hůře slyší, na čtení požívá brýle. S pamětí nemá problémy. Dlouhodobou paměť hodně užívá, když vypráví. Všechny nejbližší a pracovníky v domově si dobře pamatuje podle jmen.

Sebepojetí

Pacient se popisuje spíše jako prudká povaha, Když se k něčemu rozhodne, musí se to tak udělat. Manželka ho popisuje, jako hodného, ale tvrdohlavého. Cizí lidi moc nevnímá a nebaví se s nimi. To byl trochu problém se spoluprací, například na našem oddělení, moc nám nedůvěřoval, i když to nebyla první hospitalizace. S klidným a vlídným přístupem zdravotnického personálu spolupracuje.

Mezilidské vztahy

Má raději klid a okolo sebe lidi, které zná. Nemá rád, když se mu něco vnucuje. Je hrozně rád, když přijede syn, vnoučata a ty přivezou sebou pravnoučata. Z těch má největší radost. Má pocit, že při nich mládne. V domově má dva kamarády ve stejném věku. Na

chodbě domova mají takový koutek, kde si sednou a povídají si. S manželkou mají hezký vztah. Manželka o něj pečuje.

Stres

Pacient působí neklidně, důvodu svého onemocnění. Když mu nic není tak se chová klidně. Ač má svá pravnoučata rád a pookřeje v jejich společnosti. Je rád, když odjedou, jsou to velmi živé děti a on se těší na svůj klid. Líbí se mu, když o něj někdo pečuje. Manželku ani personál DD však nezneužívá. Má někdy chuť dokazovat, že všechno zvládne sám.

Sexualita.

Žije v harmonickém a klidném manželství. Pacient udává, že mají takové ty normální manželské neshody. Vzhledem k věku a zdravotnímu stavu jsem se na podrobnosti navypyptávala.

Životní hodnoty, víra

Pacient udává, je rád se svojí rodinou, na kterou se může spolehnout. Radost mu dělají pravnoučata. Do kostela nikdy nechodil. V domově navštěvuje kapli, bera to jako společenskou událost.

11.3.2 Plán ošetrovateľskej péče a hodnotení pacienta č. 1

Cílem ošetrovateľského plánu bylo, aby pacient spolupracoval v základních ošetrovateľských úkonech. U pacienta byl problém ve spolupráci s ošetrovateľským personálem. Jak vyplynulo ze sběru informací podle M. Gordonové pacient nemá moc rád okolo sebe cizí lidi. Takže trochu déle trvalo než si zvykl na ošetrující personál. Ve spolupráci s rodinou se to však podařilo. Spolupráce s pacientem byla uspokojující.

Při zlepšení stavu byl s pacientem vyplněn dotazník:

- **Barrhelův test** základních všedních činností – vyšel se 75 body, čili pacientova závislost je středního stupně.

11.4 Souhrn ošetřovatelských diagnóz u pacienta č. 1

V této praktické části budu zhodnocovat a hledat problém v dané oblasti dle modelu M. Gordonové.

Tabulka č.1

HODNOCENÁ OBLAST	OŠETŘOVATELTSKÉ DIAGNÓZY
Příjem potravy a tekutin	00134 Nauzea
Vylučování	00019 Inkontinence moči
Spánek a odpočinek	00095 Porušený spánek
Vnímání zdraví	Problém nezjištěn
Aktivita a cvičení	Problém nezjištěn
Vnímání	00051 Zhoršená verbální komunikace
Sebepojetí	Problém nezjištěn
Mezilidské vztahy	Problém nezjištěn
Stres	00146 Úzkost
Sexualita	Problém nezjištěn
Životní hodnoty	Problém nezjištěn

Ošetrovatelská diagnóza k Příjmu potravy a tekutin

00134 – Nauzea související s drážděním žaludku, které způsobili léky a psychické faktory.

Subjektivně: stěžuje si na „pocit na zvracení“

občas bolest břicha

Objektivně: averze k jídlu

říhání

dehydratace

dávení a zvracení

Očekávané výsledky: K/P přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací

K/P nepociťuje nevolnost a nucení na zvracení

K/P je dostatečně hydratován

Ošetrovatelské intervence: zjistit příčiny, které u K/P vyvolávají nevolnost

a zvracení

podávání léků, které zamezují nevolnosti a sledovat jejich účinky

informuj K/P, aby jídlo a pití konzumoval v malých dávkách a krátkých intervalech

Hodnocení efektivity péče: K/P se zlepšil chuť k jídlu

doporučené informace se snaží dodržovat

Ošetrovatelská diagnóza k Vylučování

00019 – Inkontinence moči související s akutním onemocněním projevující se únikem moči při zhoršení stavu.

Subjektivně: nekontrolované močení při zhoršení stavu

není schopný udržet moč, neuvědomuje si to

Objektivně: mokré prádlo

zápach

Očekávané výsledky: K/P bude suchý a v čistotě

Ošetrovatelské intervence: zajistíme pomůcky používané při inkontinenci
při zlepšení stavu vysvětlíme K/P, proč má na sobě
pomůcky při inkontinenci (pleny, či zavedený permanentní
močový katér)

Hodnocení efektivity péče: K/P se cítí dobře, nemá pocit mokra a postupně se při
zlepšení stavu zbavuje pomůcek pro inkontinenci

Ošetrovatelská diagnóza ke Spánku a odpočinku

00095 – Porušený spánek související s neznámým prostředím a s přítomností dalších osob
v místnosti, kde má K/P spát

Subjektivně: nespavost

dlouhá doba usínání

Objektivně: stížnosti na potíže s usínáním

kratší celková délka spánku oproti délce odpovídající věku

Očekávané výsledky: K/P slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku
u K/P došlo ke zlepšení spánku a odpočinku

Ošetrovatelské intervence: posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku
posoudit souvislost poruchy se základním onemocněním
zajisti spánkové rituály K/P

K/P podle potřeby podáváme léky na spaní

Hodnocení efektivity péče: K/P je vyspalý, není unavený. K/P snaží nepoužívat léky
na spaní a usínat bez nich. Obnovuje si své rituály, které
používá před spaním.

Ošetrovatelská diagnóza k Vnímání

00051 – Zhoršení verbální komunikace související s hypoglykemií, která u K/P nastala.

Subjektivně: pociťování stresu z obtížného vyjadřování se

Objektivně: neschopnost mluvit, špatná výslovnost

obtíže při tvoření slov nebo vět – např. afázie

Očekávané výsledky: zhodnotit stav K/P

zhodnotit schopnost K/P mluvit, slyšet

Ošetrovatelské intervence: vysvětlí K/P, proč nemůže mluvit

mluv pomalu, zřetelně, klidně a s ohledem na K/P

povzbuzuj K/P, aby se pokoušel nějakým způsobem

vyjadřoval, aby poskytl informace a svých potřebách

Hodnocení efektivity péče: K/P se snaží komunikovat, např. psaním, či kartičkami.

jeho stav se zlepšil po odeznění hypoglykemie, K/P začíná normálně mluvit.

Ošetrovatelská diagnóza ke Stresu

00146 – Úzkost související s hypoglykemií a se změnou prostředí.

Subjektivně: znepokojení

změny stavu (pocení, bušení srdce, nauzea, zvracení)

Objektivně: neklid

neschopnost soustředit se

úzkost ze špatného vyjadřování

Očekávané výsledky: K/P má dostatek informací, je uklidněný a spolupracuje

K/P se snaží vyjádřit své pocity

Ošetrovatelské intervence: zjistí stupeň úzkosti (mírná, střední, silná)

sleduj u pacienta projevy úzkosti

Hodnocení efektivity péče: K/P po podaných informacích se uklidňuje, Snaží se

soustředit na jiné věci. Hodně mu pomáhají návštěvy
rodinných příslušníků. Po odeznění hypoglykemie se dostává
K/P stav do normálu.

11.5 Hodnocení kazuistiky pacienta č. 1

Na příkladu poruchy vědomí u tohoto pacienta je vidět, že musíme myslet i na způsob léčby. Jak již vyplynulo z kapitoly průběhu hospitalizace, bylo odebráno pacientovu z terapie antidiabetikum. Bylo to z důvodu nízkého příjmu tekutin a stravy. I když bylo antidiabetikum odebráno z léčby, dobíhající hladina sulfonamidu může způsobit, že u pacienta dochází ke změně vědomí. Tato změna může probíhat pod obrazem cévní mozkové příhody nebo se může jevit jako probíhající iktus.

Je tedy velmi důležité myslet i na tuto možnost, mělo by to být pro nás poučením.

12 KAZUISTIKA PACIENTA Č. 2

Muž ve věku 53 let přijat k opakované hospitalizaci na interní oddělení, doporučil lékař Rychlé záchraně pomoci. Pacient přivezen z domácnosti jeho přítelkyně, kde nyní žije.

Pacienta jsem ošetřovala po dobu 9 dnů, z toho pacient byl přeložen na 3 dny oddělení JIP. K hospitalizaci byl přijat 27.10. 2016 na interní oddělení B.

12.1 ANAMNÉZA

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Léčí se z chronického etylismu. V roce 2000 prodělal odvykací terapii v Olomouci. Roku 2006 prodělal kolaps, který následoval po epileptickém záchvatu. Trpí arteriální hypertenzí, má sklon k pyroze. V 17 letech prodělal operaci cysty v oblasti konečnicků. Měl úraz bederní páteře, který byl řešen operací – nyní VAS LS páteře.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Oba rodiče žijí. Matka se léčí na hypertenzi, otec je zdravý. Pacient má jednoho bratra, ten je zdravý. Dvě dcery, první dcera je zdravá, druhá dcera trpí diabetes mellitus, aplikuje si inzulín.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Dle informací pacienta užíval pouze Betaloc tbl. 2x denně, sílu tohoto léku nemocný neví. Za hospitalizace mu byla nasazená nová medikace.

- Amprilan 5 mg 1-0-0 (per os)
- Egilok 25 mg 1-0-1 (per os)
- Algifen gtt. 20-20-20 (per os)
- Helicid 20 mg 1-0-0 (per os)
- Enterol 1-0-1 (per os)
- Heminevrin 300 mg á 4 hod. 2 cps (per os)

Po zhoršení stavu byla farmakologická medikace upravena.

- Nolpaza 40 mg 1-0-1 (per os)
- Enterol 1-0-1 (per os)
- Magnosolv sáčky 1-0-0

ABÚZUS

Klient nekouří, alkohol dle pacienta, někdy 3 piva a 1 panák destilátu, někdy nic nepije, týden před hospitalizací prý nepil. 1x denně pije kávu, návykové látky neguje.

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Alergii neudává.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

V Luhačovicích, kde má trvalé bydliště, žije s rodiči v třípokojovém bytě. Je rozvedený. Nyní je u své přítelkyně v Plzni, bydlí s ní v bytě panelového domu s výtahem. Do Plzně za přítelkyni přijel pro neshody se svými rodiči, kteří mu vyčítají, že nepracuje a užívá alkohol.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Pacient vystudoval vojenskou školu, pracoval, jako voják z povolání. Při reorganizaci armády byl propuštěn. Nyní je nezaměstnaný, je hlášený na Úřadě práce. 1.11. 2016 má nastoupit do nového zaměstnání.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Stav vědomí: při plném vědomí, spolupracuje, komunikuje bez problémů

Stav soběstačnosti: plně soběstačný dle Barthelova testu základních všedních denních činností

Hmotnost: 70 kg

Výška: 174 cm

BMI: 23,5

Krevní tlak: 150/100 mmHg

Pulz: 81/min

Dechová frekvence: 16/min

Tělesná teplota: 37,2 °C

Saturace O₂: 97%

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Týden abstinující etylik, byl přivezen RZP po epileptickém záchvatu při průjmovém onemocnění a abstinenci alkoholu. Vstupně vyšetřen neurologem včetně CT vyšetření. Pro výraznou hypokalémii ponechán k dehydrataci a substituci iontů. Pacient udává týden trvající kašovitě až vodnaté stolice 3x denně světlé barvy, bez zvracení, bez bolestí břicha, bez stenokardií, palpitací, dušnosti.

12.2 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

1.den

Pacient přijat 27.10.2016 na interní oddělení pro proběhlý epileptický záchvat. Pacient je alkoholik a zde již vyšetřován pro gastroenteritis. Je při vědomí a spolupracuje.

2. den

Stav pacienta byl celý den nezměněn. Na nic si nestěžoval. Ve večerních hodinách začaly změny v chování a vědomí pacienta.

21,30 hod.

Pacient zmatený, dezorientovaný, neklidný, nutná kurtace a tlumení farmaky.

3. den

0,30 hod.

Velmi agresivní, vulgární, kope, kouše, křičí, nezvladatelný, přes tlumící léky dostane se z kurtů, těžce halucinuje, vidí hady, pumy, vraždí ho.

3,00 hod.

Stále velmi agresivní, vulgární, kope, kouše, křičí, nezvladatelný a stále přes tlumící léky se dokáže dostat z kurtů, velmi těžké halucinace, utíká.

5,00 hod.

Stav nezměněn, křičí, kouše, kope, utíká, tlumící terapie neúčinná, silné halucinace pokračují → stále vidí hady a někdo ho chce zavraždit. Kurtace. Chce nás udeřit.

8, 45 hod.

Lékařem diagnostikováno delirium tremens. Vidiny, slyšiny, nebezpečný. Nutná stála kurtace. Agresivita, neklid, tlumící terapie.

4. den

Klidný, při vědomí, na nic si nestěžuje. Ve večerních hodinách opět se stav změnil, agresivní, neklidný, nutná kurtace.

5. den

Cítí se dobře, na nic si nestěžuje. Objednané psychiatrické konsilium.

Psychiatrické konsilium: Lékař doporučil Heminevrin 300 mg á 4 hod. 2 tbl., při nezvladatelnosti přidat Haloperidol a Apaurin. Dle stavu snižovat.

18,00 hod.

Zhoršení stavu. Pacient somnolentní, probuditelný na oslovení. Dnes v laboratoři rozvoj akutního renálního selhání, při nedostatečném příjmu tekutin v rámci již uvedeného Pacient je oligurický, hypotenzní. Domluven překlad na JIP.

6. den

Stav nezměněn, Stále somnolentní až soporózní. Obnovena alespoň diuréza. Krevní tlak v normě.

7. den

Stav zlepšen po volumové podpoře se vzestupem TK, obnovení diurézy, při postupném vysazení Heminevrin. Zlepšení úrovně vědomí, t.č. pacient klidný, kooperuje. Laboratorní výsledky i renální funkce se normalizují. Dnes přeložen na standardní interní oddělení.

8. den

Stav pacienta natolik zlepšen, že se cítí dobře, na nic si nestěžuje. Hodnoty krevního tlaku v normě. Diuréza je vyrovnaná.

9. den

Stav a laboratorní výsledky zlepšeny na tolik, že mohl být pacient propuštěn do domácího ošetřování. Pacientovi bylo doporučeno, aby absolvoval odvykací léčbu. Tuto možnost opět odmítnul. Tato léčba mu již byla doporučena při poslední hospitalizaci.

12.3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2

12.3.1 Sběr informací dle modelu M. Gordonové

Data na sestavení ošetrovatelského plánu jsem sbírala pomocí rozhovoru s pacientem, pokud jeho zdravotní stav dovolil. Dále jsem využívala ošetrovatelské dokumentace, informací přítelkyně, která za pacientem docházela a informací ošetrovatelského personálu podle M. Gordonové.

Příjem potravy a tekutin

Pacient pokud nemá žádné zažívací problémy se stravuje dle svých chutí, není omezen dietou. Příjem tekutin je dostačující. Má větší problém s nadměrným příjmem

alkoholu. Nyní v době hospitalizace z důvodu poruchy vědomí, které způsobilo delirium tremens, je odkázán na intravenózní podávání tekutin. Pevnou stravu odmítá.

Vylučování

S vylučováním nemá problémy. V současné době je však odkázán na inkontinentní pomůcky (pleny). Byl též zaveden permanentní močový katétr. Po úpravě zdravotního stavu byl odstraněn a pacient si sám došel na WC.

Spánek a odpočinek

Pacient nemá se spánkem žádné problémy a neužívá léky na spaní. Sám přiznává, že při větší konzumaci alkoholu většinu času prospí. Dříve než začal konzumovat alkohol, moc neodpočíval. Byl hodně vytížený svým zaměstnáním.

Vnímání zdraví

O svém zdraví pacient nehovoří moc pozitivně. Uvědomuje si, že konzumuje větší množství alkoholu, což mu nedělá dobře. Občas mívá zažívací problémy. Ty ustoupí, když přestane pít. Pak má na nějakou dobu od těchto problémů klid. Jer si vědom, že by měl podstoupit odvykací léčbu. Tu však stále odmítá a tvrdí, že to zvládá.

Aktivita a cvičení

Svůj volný čas aktivně netráví. Když pracoval jako voják z povolání, měl aktivity dostatek. Od té doby, co je bez práce, žádnou aktivitu ani cvičení nevyvíjí.

Vnímání

Pacient nemá žádné problémy s vnímáním. Vidí dobře i slyší dobře. V době hospitalizace měl v průběhu poruchy vědomí, sluchové i zrakové halucinace. Ty s odezněním poruchy vědomí zmizely.

Sebepojetí

Pacient se popisuje jako klidný a vyrovnaný. Pokud je u rodičů, se kterými žije ve společné domácnosti. Cítí se být úzkostný a přiznává strach z otce. Raději ustupuje a vlastní názor si nechává pro sebe. Matce se dokáže svěřit. Když je opilý tak si nepamatuje jak se chová. Přiznává, že je slabý přestat užívat alkohol, ale pomocnou ruku odmítá. Alkohol začal pít po propuštění ze zaměstnání, před tím vůbec nepil.

Mezilidské vztahy

Pacient má rád klid, nerad se dostává do konfliktů. S otcem si nerozumí, stále mu něco vyčítá. S ním má největší konflikty. Vyhýbá se mu a nekomunikují moc spolu. Matka je na něj hodná, snaží se jej omlouvat. Rád tráví svůj čas se svojí přítelkyní zde v Plzni. Snaží si tu najít práci. Dobré vztahy má se svými dvěma dcerami, i když se spolu moc nestýkají.

Stres

Pacient nyní působí velmi neklidně, vystresovaně. Halucinuje. Nesnese ve svém okolí nikoho. Má pocit, že mu chceme ublížit či dokonce zabít. Když je v pořádku tak má strach pouze ze svého otce.

Sexualita

Je rozvedený, stýká se pouze se svojí přítelkyní. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu jsem se na podrobnosti vyptávala.

Životní hodnoty, víra

Svůj život dělí na život před konzumací alkoholu a na život s alkoholem. Sám by chtěl vrátit vše do doby před. Když měl zaměstnání. Hezkou rodinu a zdravé děti. S přítelkyní si rozumí, mají hezký vztah, ale kazí to ten jeho alkohol. I ona si prý přeje, aby

šel na odvykací léčbu. Důležité jsou pro něj jeho dcery, které studují. Dělaví jí mu prý radost. Věřící není, ale jak říká kdy byl možná by démona alkohol zvládl.

12.3.2 Plán ošetřovatelské péče a hodnocení pacienta č. 2

Ošetřovatelský plán byl sestaven na základě modelu M. Gordonové. Cílem ošetřovatelského plánu bylo uvědomění si pacientovi choroby, ale hlavně jeho problémů s alkoholem.

U pacienta byl největším problémem, že si neuvědomuje jeho problém s alkoholem, který vznikl na základě rodinných a pracovních problémů, které přetrvávají do současnosti. Opakovaně mu byla nabízena protialkoholní léčba, kterou neustále odmítá.

Na začátku hospitalizace si nechtěl připustit, že nějaké problémy má. Prý abstinuje. Na konci hospitalizace je situace stejná.

S pacientem byl, stejně jako u předchozího pacienta vyplněn dotazník:

- **Barthelův test základních všedních činností** – vyšel se 100 body, čili pacient Je nezávislý. Je schopen o sebe pečovat sám, pokud nebude mít problémy s alkoholem.

12.4 Souhrn ošetrovatelských diagnóz u pacienta č. 2

V této praktické části budu zhodnocovat a vyhledávat problém v dané oblasti dle modelu M. Gordonové.

Tabulka č. 2

HODNOCENÁ OBLAST	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
Příjem potravy a tekutin	Problém nezjištěn
Vylučování	00019 Inkontinence moči
Spánek a odpočinek	00095 Porušený spánek
Vnímání zdraví	00162 Ochota ke zlepšení léčeb. režimu
Aktivita a cvičení	00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování
Vnímání	00051 Zhoršení verbální komunikace
Sebepojetí	00124 Beznaděj
Mezilidské vztahy	00063 Dysfunkční život rodiny s alkoholismem
Stres	00146 Úzkost
Sexualita	Problém nezjištěn
Životní hodnoty	00083 Konflikt v rozhodování

Ošetřovatelská diagnóza k Vylučování

00019 – Inkontinence moči související s akutním onemocněním projevující se únikem moči při zhoršení stavu.

Subjektivně: nekontrolované močení při zhoršení stavu
není schopný udržet moč, neuvědomuje si to

Objektivně: mokré prádlo
zápach

Očekávané výsledky: K/P bude suchý a v čistotě

Ošetřovatelské intervence: zajistíme pomůcky používané při inkontinenci
při zlepšení stavu vysvětlíme K/P, proč má na sobě
pomůcky při inkontinenci (pleny, či zavedený permanentní
močový katér)

Hodnocení efektivity péče: K/P se cítí dobře, nemá pocit mokra a postupně se při
zlepšení stavu zbavuje pomůcek pro inkontinenci

Ošetřovatelská diagnóza Spánek a odpočinek

00095 – Porušený spánek související s neznámým prostředím a s přítomností dalších osob
v místnosti, kde má K/P spát

Subjektivně: nespavost
dlouhá doba usínání

Objektivně: stížnosti na potíže s usínáním
kratší celková délka spánku oproti délce odpovídající věku

Očekávané výsledky: K/P slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku
u K/P došlo ke zlepšení spánku a odpočinku

Ošetřovatelské intervence: posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku
posoudit souvislost poruchy se základním onemocněním
zajisti spánkové rituály K/P

K/P podle potřeby podáváme léky na spaní

Hodnocení efektivity péče: K/P je vyspalý, není unavený. K/P snaží nepoužívat léky na spaní a usínat bez nich. Obnovuje si své rituály, které používá před spaním.

Ošetrovatelská diagnóza k Vnímání zdraví

00162 – Ochota ke zlepšení léčebného režimu související s aktuálním stavem K/P
(alkoholismus)

Subjektivní: K/P si přeje lépe zvládat léčbu

Objektivní: K/P volí přiměřené denní činnosti na podporu léčby

K/P hovoří o drobných obtížích se zvládnutím léčby

u K/P nedochází k neočekávané akceleraci symptomů onemocnění

Očekávané výsledky: K/P pochopí léčebný režim

K/P dosáhne efektivního začlenění léčebného režimu do životního stylu

K/P nalezne a využívá dostupné zdroje

Ošetrovatelské intervence: sledujeme dodržování léčebného režimu

všímáme si obtíží K/P

podporujeme K/P v rozhodování a aktivní účasti na plánování a realizaci léčebného režimu

mobilizujeme podpůrné systémy, včetně rodiny

ověřujeme si zda K/P rozumí všem informacím a opatřením

Hodnocení efektivity péče: K/P schopen po podaných informacích pochopit léčebný režim a spolupracovat na své léčbě. Je důležité, aby se do léčebného režimu začlenila i rodina K/P. K/P dokáže hovořit o svém problému, a jak efektivně spolupracovat na léčbě.

Ošetřovatelská diagnóza k Aktivitě a cvičení

00110 – Deficit sebeděče při vyprazdňování související se stavem K/P a jeho vyčerpáním.

Subjektivní: úzkost K/P

pocit studu K/P

Objektivní: neschopnost provádět řádnou hygienu při a po vyprazdňování

neudržení stolice

neschopnost vhodně zacházet s oblečením během vyprazdňování

Očekávané výsledky: sestra, ošetřovatelka rozpozná individuální slabiny, potřeby K/P

K/P provádí péči o vyprazdňování na úrovni svých schopností

K/P zná svoji situaci, příčiny a principy léčby i bezpečnostní

opatření, které je nutno dodržovat

Ošetřovatelské intervence: najít příčinu poklesu K/P zájmu pečovat o sebe sama

zjistit další zdravotní problémy, které mohou mít vliv na péči

zhodnotit, zda se jedná o postižení trvalé, dočasné či

prograduující

zajistit příslušné pomůcky

zajistit a dbát na soukromí K/P

Hodnocení efektivity péče: Byla nalezena příčina poruchy sebere. Porucha sebeděče je v neschopnosti snažit se léčit si svůj problém s alkoholismem. I když se K/P snaží je to nad jeho síly. S jeho problémem mu pomáhá rodina i ošetřující personál.

Ošetřovatelská diagnóza k Vnímání

00051 – Zhoršení verbální komunikace související s stavem K/P (delirium tremens)

Subjektivně: pocíťování stresu z obtížného vyjadřování se

Objektivně: neschopnost mluvit, špatná výslovnost

obtíže při tvoření slov nebo vět – např. afázie

Očekávané výsledky: zhodnotit stav K/P

zhodnotit schopnost K/P mluvit, slyšet

Ošetrovatelské intervence: vysvětlí K/P, proč nemůže mluvit

mluv pomalu, zřetelně, klidně a s ohledem na K/P

povzbuzuj K/P, aby se pokoušel nějakým způsobem

vyjadřoval, aby poskytl informace a svých potřebách

Hodnocení efektivity péče: K/P se snaží komunikovat, např. psaním, či kartičkami.

jeho stav se zlepšil po odeznění deliria tremens, K/P začíná normálně mluvit.

Ošetrovatelská diagnóza k Sebepojetí

00124 – Beznaděj související s úpadkem a zhoršením fyziologického stavu.

Subjektivní: pocity prázdného a nesmyslného života

slovní vyjádření pocitu beznaděje

Objektivní: pasivita málomluvnost

chybějící iniciativa

neschopnost udržet oční kontakt

nedostatek zájmu o blízké osoby

Očekávané výsledky: K/P rozpozná a vyjádří své pocity

K/P si osvojí způsoby, jak čelit pocitům beznaděje

K/P projevuje pozitivní očekávání do budoucnosti

K/P projevuje samostatnost v rozhodování a řešení problémů

Ošetrovatelské intervence: upřesnit rodinnou a sociální anamnézu

posezení okolnosti vzniku a vývoje problémů

všímáme si projevů beznaděje v jednání K/P

všímáme si rodinných vztahů

povzbuzujeme K/P k vyjádření pocitů a dojmů

snaž se předejít situacím, které mohou vést k pocitům izolace

Hodnocení efektivity péče: Beznaděj se u K/P zmírní. Zlepší se jeho tělesná aktivita. K/P projevuje samostatnost v rozhodování a snaží se spolupracovat i rodina, která se snaží pomáhat.

Ošetřovatelská diagnóza k Mezilidským vztahům

00063 – Dysfunkční život rodiny s alkoholismem související se stavem K/P.

Subjektivní: úzkost, napětí, snížená sebeúcta

pocit bezcennosti

emoční izolace, osamělost, nejistota, opuštěnost

porucha naplňování rolí, narušení rodičovského fungování

Objektivní: snížená schopnost členů rodiny vzájemně se podporovat v růstu a vyžívání

obtíže v intimních vztazích

neefektivní řešení problémů

neschopnost naplňovat citové potřeby členů rodiny

Očekávané výsledky: K/P je schopen vyjádřit pochopení dynamiky závislosti

K/P rozpozná neefektivní způsob chování a jeho následky

K/P projeví potřebu nutné změny životního stylu

Ošetřovatelské intervence: posouzení současnou úroveň fungování rodiny

přesvědčíme se, že rodina chápe současnou situaci

snažíme se o maximální vyjádření toho, co se očekává

prodiskutujeme současné o minulé způsoby zvládání

problémů a řešení úkolů

Hodnocení efektivity péče: K/P i rodina si uvědomují a začínají pracovat na zvládnutí

Dané situace. Snaží se společně spolupracovat a hovořit

mezi sebou o daných problémech a úkolech, které

je čekají.

Ošetrovatelská diagnóza ke Sresu

00146 – Úzkost související s zdravotním stavem (deliriu tremens) a uměnou prostředí.

Subjektivně: znepokojení

změny stavu (pocení, bušení srdce, nauzea, zvracení)

Objektivně: neklid

neschopnost soustředit se

úzkost ze špatného vyjadřování

Očekávané výsledky: K/P má dostatek informací, je uklidněný a spolupracuje

K/P se snaží vyjádřit své pocity

Ošetrovatelské intervence: zjistí stupeň úzkosti (mírná, střední, silná)

sleduj u K/P projevy úzkosti

Hodnocení efektivity péče: K/P po podaných informacích se uklidňuje, Snaží se

soustředit na jiné věci. Hodně mu pomáhají návštěvy

rodinných příslušníků. Po odeznění deliria tremens se dostává

K/P stav do normálu.

Ošetrovatelská diagnóza k Životním hodnotám

00083 – Konflikt v rozhodování související se stavem nejistoty člověka, který se rozhoduje o způsobu řešení situací.

Subjektivně: pochybnosti o zvolených rozhodnutích

váhání mezi možnými volbami

opožděné rozhodování

pocity úzkosti, strachu, citového rozrušení při rozhodování

zaměření na sebe

Objektivně: tělesné známky úzkosti, strachu nebo citového rozrušení (zvýšená srdeční

frekvence, zvýšené svalové napětí, zrychlené dýchání)

dotazy na osobní hodnoty a přesvědčení jiných osob

Očekávané výsledky: K/P si uvědomuje pozitivní i negativní aspekty výběru

K/P je schopen prožívat pocit uspokojení, radosti

K/P nevykazuje známky úzkosti, strachu, napětí

K/P má přiměřené sebevědomí a sebehodnocení

Ošetrovatelské intervence: sleduj pacientovi tělesné a psychické projevy úzkosti, strachu

a zvýšené psychické tenze

vytvoř prostředí důvěry a porozumění

vyslechni K/P pocity

vybízej K/P k hledání různých řešení

podporuj K/P v určitých rozhodnutích, zejména

v neočekávaných situacích

doporuč K/P účast na edukaci, jak mírnit stres, chovat se

asertivně

Hodnocení efektivity péče: K/P je schopen zvládat a řešit situace, do kterých se dostává.

Je schopen vyrovnat se z úzkostí a strachem. Jeho sebevědomí

a sebehodnocení získává na kvalitě.

12.5 Hodnocení kazuistiky pacienta č. 2

V této kazuistice je zobrazena ošetrovatelská péče o pacienty, u kterých se objeví porucha vědomí v podobě deliria tremens. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je náročná nejen psychicky, ale i fyzicky. Výše popsaný pacient po zvládnutí této poruchy vědomí spolupracoval. Jediným problémem tohoto pacienta je, že však odmítá podstoupit ústavní odvykací léčbu. Stále tvrdí, že to zvládne sám.

Tabulka č. 3 Glasgow Coma Scale

Odpověď	Podnět	Body
<i>otevírání očí</i>	Spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	neotevře	1
<i>nejlepší slovní odpověď</i>	Orientován	5
	zmatený	4
	nepřiléhavá slova	3
	nesrozumitelné zvuky	2
	žádná odpověď	1
<i>nejlepší motorická odpověď</i>	vykoná pohyb na příkaz	6
	cílená flexe na bolest	5
	necílená flexe na bolest	4
	patologická flexe (při dekortikaci mozku)	3
	extenze na bolest (při decerebraci mozku)	2
	žádná odpověď	1
celkové skóre		3 – 15

Zdroj : Nejdla M.. Fyzikální vyšetření pro sestry, 2015, str.39

Tabulka č. 4 Folsteinův test kognitivních funkcí

**Mini-Mental-State test (MMS) (modifikace Topinková, Mellanová,
(1993)**

		<i>maximální počet bodů</i>
Orientace	Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
	Kde nyní jste – země, oblast, město, ulice, č. domu, ev. v nemocnici – podlaží, číslo pokoje <i>Za každou správnou odpověď získá nemocný 1 bod</i>	5
Paměť	Vyšetřující jmenuje 3 předměty během 3 vteřin např. strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby opakoval <i>Správná odpověď – každý předmět 1 bod</i>	3
Pozornost a počítání	Odečítejte 7 od 100 <i>Ukončit po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod</i>	5
Krátkodobá paměť	Vyberte si a jmenujte 3 dříve uvedené předměty	3
Jazyk	Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinky)	2
	A vyzve pacienta, aby je pojmenoval	1
	Opakujte následující: „ale, však, a přece“:	1
	Proveďte po sobě tyto úkony: „vezměte papír do pravé ruky – přeložte jej na polovinu A položte na stůl“	3
	Přečtěte a proveďte tento příkaz (nemocný dostane Postupně lístky s výzvami): „zavřete oči“ „napište větu, obsahují podnět a přísudek“ „namalujte podle předlohy tento obrazec“	1 1 1
Celkem		
Hodnocení	0 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů kognitivní porucha středního stupně 21 – 23 bodů lehká porucha	

Zdroj: Staňková.M. , *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*, 2001, str.30

DISKUSE

V bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o dva pacienty s různými poruchami vědomí. Péče o pacienty s poruchami vědomí by měla být postavena individuálně. Velmi důležitý je přístup sestry k pacientovi a podpora ze strany ošetrovatelského personálu. Jedním ze dvou pacientů, o které jsem pečoval byl pacient poruchou vědomí při hypoglykémii a u druhého pacienta probíhal delirantní stav s těžkými halucinacemi a s renální poruchou.

První pacient byl starší muž ve věku 97 let, který na počátku svého onemocnění trpěl nechutenstvím a nauzeou. Nemocný je diabetik, který užíval antidiabetika. V průběhu hospitalizace mu byla antidiabetika vysazena. Přesto však při dobíhání hladina sulfonamidů, které ještě v těle pacienta přetrvávaly. U pacienta se zhoršilo vědomí pod obrazem CMP při hypoglykémii, která nastala.

Je důležité na tuto možnost myslet a sledovat při stav pacienta při vysazení antidiabetik. Při zlepšení stavu a zvýšení hodnot glykemie, se pacientovi viditelně ulevilo. Začal lépe přijímat tekutiny a stravu. Přestal trpět nauzeou. Jeho spolupráce s ošetrovatelským personálem byla zlepšena. Pacient při zlepšeném stavu byl propuštěn do domácího ošetření.

Druhý pacient byl mladší muž ve věku 53 let. Byl přijat k hospitalizaci po epileptickém záchvatu. Tento pacient však byl též zároveň dlouhodobým uživatelem alkoholu. Při přijetí pacient tvrdil, že již týden abstinguje. To jeho stavu odpovídalo, protože pacient začal halucinovat. Jeho halucinace byly velmi těžké a sebevražedné. U pacienta se objevila porucha vědomí delirium tremens. Je stav byl velmi vážný. Vzhledem k tomu, že špatně přijímal tekutiny. Došlo u pacienta k renálnímu selhání a k somnolentnímu stavu. Musel být pacient přeložen na Jednotku intenzivní péče. Zde se stav pacienta upravil na tolik, že mohl být přeložen po několika dne zpět na standardní interní oddělení. Zde se stav pacienta stále lepšil, až mohl být propuštěn do domácího ošetřování. S pacientem bylo několikrát hovořeno na téma ústavní odvykací léčby. Toto téma však pacient stále odmítal a tvrdil, že to zvládne sám. Jenže to bude pro něj velmi těžké, protože již několikrát odvykání začínal a nikdy nevydržel. Pacient má sice motivaci ve svých dvou dcerách, které má moc rád a chtěl by kvůli nim dokázat.

U obou pacientů jsem použila model ošetrovatelské péče podle M. Gordonové. Péče je rozdělena do jedenácti ošetrovatelských bodů, které se zabývají vylučováním, přijímání potravy a tekutin, spánkem a odpočinkem, vnímáním zdraví, aktivitou a cvičením, vnímáním, sebepojetím, mezilidskými vtahy, stresem, sexualitou a životními hodnotami. U každého pacienta byl sběr informací rozdílný a byly stanoveny podle těchto informací ošetrovatelské diagnózy.

V kapitole, kde jsou shrnuty ošetrovatelské diagnózy jsem se snažila ke každému z jedenácti ošetrovatelských bodů přiřadit ošetrovatelskou diagnózu. K některým byla ošetrovatelská diagnóza přiřazena. U některých bodů se však ošetrovatelská diagnóza nedala stanovit, neboť nebyl nalezen problém.

Ošetrovatelské diagnózy jsou rozdílné u mých sledovaných dvou poruch vědomí. U první poruchy vědomí způsobené hypoglykemií byly: Nauzea (00134), Inkontinence moče (00019), Porušený spánek (00095), Zhoršená verbální komunikace (00051), Úzkost (00146). Toto jsou aktuální ošetrovatelské diagnózy, které byly stanoveny za hospitalizace pacienta.

U druhého pacienta v průběhu hospitalizace, při rozhovoru a jiného sběru dat byly stanoveny tyto aktuální ošetrovatelské diagnózy: Inkontinence moče (00019), Porušený spánek (00095), Ochota ke zlepšení léčebného režimu (00162), Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110), Zhoršení verbální komunikace (00051), Beznaděj (00124), Dysfunkční život rodiny s alkoholismem (00063), Úzkost (00146), Konflikt v rozhodování (00083).

U obou pacientů došlo ke splnění stanovených cílů. Oba pacienti se našli přistupovat aktivně ke spolupráci v průběhu léčebného režimu a projevovali snahu zlepšit svůj současný stav. Využili k tomu nejen mé pomoci, ale i ošetrovatelského personálu. U druhého pacienta, který je závislý na alkoholu, jsme však nedosáhli toho, aby se přihlásil do programu ústavní odvykací léčby.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat problematiku poruch vědomí, které se mohou vyskytnout, u pacientů standardního interního oddělení. Dalším cílem mé práce bylo aplikovat na jednotlivé poruchy vědomí model ošetrovatelské péče podle M. Gordonové a stanovit ošetrovatelské diagnózy na jednotlivé problémy pacientů

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce „Poruchy vědomí pohledem sestry standardního interního oddělení“ bylo zmapovat poruchy vědomí u nemocných. Vytyčený cíl byl splněn.

Bakalářská práce má dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části je uvedena anatomie a fyziologie centrálního nervového systému. Zabývá se též rozdělením poruch vědomí do dvou skupin a to na kvalitativní a kvantitativní. Dále jsou zde popsány druhy poruch vědomí, vyšetřovací metody a skórovací škály.

Praktická část je zaměřena na kazuistiky, které popisují dvě odlišné poruchy vědomí u nemocných. Dále jsou zde uvedeny ošetrovatelské plány podle Majorie Gordonové a ošetrovatelské diagnózy.

Poruchy vědomí jsou specifické na ošetrovatelskou péči. U nemocných s poruchami vědomí je ošetrovatelská péče rozdílná. Jinak se staráme o nemocného v bezvědomí a jinak o nemocného s demencí či deliriem. Je velmi důležitá profesionalita a správný kontakt s nemocným. První kontakt je vždy velmi důležitý a od něj se odvíjí naše další pozorování. Je důležité ujednocené hodnocení vědomí pro další komunikace mezi zdravotnickým personálem, pro správnou diferenciální diagnostiku.

Toto všechno by měla znát a umět každá sestra standardního interního oddělení a ne jen sestra specializovaného oddělení ARO či JIP.

LITERATURA A PRAMENY

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Obecná neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1663-2.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.

HEJNAROVÁ, Eva a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-433-4.

LAUREYS, Steven a Giulio TONONI. *The neurology of consciousness: cognitive neuroscience and neuropathology*. 1st ed. Boston: Elsevier/Academic Press, 2009, xiv, 423 p. ISBN 0123741688.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

Vnitřní lékařství. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, xliv, 805 s. ISBN 9788021054189.

KRHUT, Jan. *Neuroulogie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, xiii, 141 s. ISBN 8072623605.

ŽÁK, Aleš a Jan PETRÁŠEK. *Základy vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, xxxviii, 523 s. Zubní lékařství. ISBN 978-80-7262-697-7.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-246-0502-3.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.

WILHELM, Zdeněk. *Stručný přehled fyziologie člověka pro bakalářské studijní programy*. 4. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5283-3.

Učebnice obecné neurologie. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3309-6.

KADAŇKA, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Naděžda MECOVÁ. *Učebnice obecné neurologie*. Brno: Masarykova univerzita, 1993. ISBN 80-210-0639-0.

HAROLD, C. E. a B. ADAMS (eds.). *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-893-8.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

TEPLAN, Vladimír. *Nefrologie vyššího věku*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015, 358 stran. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3521-7.

STEFFEN, Hans-Michael. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, xxii, 391 s. ISBN 978-80-247-2780-6.

MUMENTHALER, Marco, Claudio L BASSETTI a Christof J DAETWYLER. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

ŠPINAR, Jindřich. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1749-4.

SEZNAM ZKRATEK

ICHS – Ischemická choroba srdeční

IM – Infarkt myokardu

CNS – Centrální nervový systém

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)

GCS – Glasgow coma scale

MMSE – Mini-Mental-States examinations

CT – počítačová tomografie

MR – Magnetická rezonance

PAD – Perorální antidiabetika

PMK – Permanentní močová katetr

DD – Domov důchodců

EGDF – Esofagogastroduodenoskopie

RZP – Rychlá záchranná pomoc

RTG – Rentgen

BMI – Body mass index

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

K/P – Klient/pacient

VAS – Vertebrogenní algický syndrom

tbl. – tablety

mg – miligramm

gtt – kapky

cps – kapsle

hod. – hodina

cm – centimetr

kg – kilogram

min – minuta

ml – mililitr

mmol - milimol

sv. – svatý

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacienta č. 1

Tabulka č. 2: Soubor ošetrovatelských diagnóz u pacienta č. 2

Tabulka č. 3: Glasgow Coma Scale

Tabulka č. 4: Folsteinův test kognitivních funkcí (MMS)

