

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DIAGNÓZOU MENINGIOM

Bakalářská práce

MARTA ŽELÍZKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA 5

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Kozler, PhD.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03.31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacientku s diagnózou meningiom. Práce má dvě části, teoretickou a praktickou, kterou doplňují přílohy. V teoretické části se zabývám charakteristikou onemocnění a možnostmi léčby. V praktické části popisuji ošetrovatelský proces o pacientku s touto diagnózou, která byla hospitalizována na naší klinice. Cílem mé práce je poskytnout ucelené informace o problematice meningiomu.

Abstract:

Bachelor thesis is focused on nursing care in patients with intracranial meningiomas. Thesis is composed by two parts: theoretical part covers main knowledge about intracranial meningiomas, primarily about clinical pictures and treatment options. Practical part is focused on nursing care in patient with meningioma at our Department.

The aim of this thesis is to present both treatment and nursing algorithms in patients with meningiomas.

PŘEDMLUVA

Operace nitrolebního meningiomu patří v neurochirurgii k velmi častým a obvykle též velmi obtížným. Jde o nádory, které nevyrůstají z mozkové tkáně, ale tuto mohou utlačovat a díky tomu mají pestrou klinickou symptomatologii.

Patří k jedněm z mála nádorů, které je možné radikálně resekovat a tím pacienta vyléčit. Z tohoto důvodu je nutné detailně pochopit problematiku pooperačního průběhu u pacienta s těmito nádory a zkušenosti využívat v ošetrovatelské péči.

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Doc. MUDr. Petru Kozlerovi, PhD. za odborné vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat asistentce Petře Zajíčkové za technickou pomoc a své rodině za podporu během mého studia.

Seznam použitých zkratk:

Ag - angiografie
ATB - antibiotika
AK - arteriální katétr
BDK - bandáže dolních končetin
CT - Compiuterová tomografie
CŽK - centrální žilní katétr
D - dech
DK - dolní končetiny
EKG - Elektro-kardio grafie
IGO - ionty, glykémie, osmolalita
KO - krevní obraz
LD - lumbální drenáž
MRI - magnetická rezonance
NT - nutriční terapeut
P - pulz
PMK - permanentní močový katétr
poop. - pooperační
P/V - příjem / výdej tekutin

PŽK - periferní žilní katétr
SpO₂ - saturace krve kyslíkem
TEN - tromboembolická nemoc
TK - krevní tlak
TT - tělesná teplota

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 Klinická charakteristika onemocnění – meningiom	7
1.1 Definice, charakteristika	7
1.2 Etiologie, patofyziologie.....	7
1.3 Klinický obraz.....	8
1.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza	8
1.5 Diagnostika	9
1.6 Terapie	9
1.6.1 Chirurgická léčba	9
1.6.2 Konzervativní léčba	10
1.6.3 Prognóza	10
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s meningiome	11
2.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	11
2.2 Sledování nemocných	11
2.3 Možné ošetrovatelské diagnózy	12
2.4 Posouzení stavu pacienta	17
2.4.1 Identifikační údaje	17
2.4.2 Lékařská anamnéza	17
2.4.3 Vyšetření	18
2.4.4 Závěr při příjmu	19
2.5 Terapie	20
2.5.1 Předoperační příprava	20
2.5.2 Fyzikální vyšetření sestrou	21
2.6 Posouzení stavu potřeb klienta (M. Gordonová)	22
2.6.1 Vnímání zdraví	22
2.6.2 Výživa, metabolismus.....	22
2.6.3 Vylučování.....	22
2.6.4 Aktivita, cvičení.....	23
2.6.5 Spánek, odpočinek	23
2.6.6 Vnímání, smysly	23
2.6.7 Sebepojetí.....	23
2.6.8 Role, mezilidské vztahy	24
2.6.9 Sexualita, reprodukční schopnosti	24
2.6.10 Stres, zátěžové situace	24
2.6.11 Víra, životní hodnoty	24
3 Ošetrovatelská péče	25
3.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz-před operačním výkonem	25
3.2 Plán ošetrovatelské péče	25
3.3 Seznam ošetrovatelských diagnóz-po operačním výkonu	32
3.4 Plán ošetrovatelské péče	32
4.3 Technika edukace	45
4.4 Dokumentace edukace	45
Závěr	45
Seznam literatury	46
Seznam příloh.....	47

ÚVOD

Na Neurochirurgické klinice ÚVN jsem pečovala o 54 letou pacientku L.D.s diagnózou meningiomu konvexity frontálně vpravo. Pacientku jsem si vybrala z důvodu zajímavého vývoje onemocnění. Zároveň se mi jevila jako velmi komunikativní, což jsem považovala za velkou výhodu při vypracování mé bakalářské práce.

Cílem mé práce je seznámit čtenáře s tímto onemocněním, s jeho projevy, průběhem, léčbou a problematikou ošetrovatelské péče. Chtěla bych poukázat na možná rizika a komplikace, které mohou během procesu uzdravování nastat. Pacientku jsem sledovala od příjmu až po den propuštění, pozorovala jsem stav a vývoj, pokroky nebo naopak stagnaci při léčbě.

1 Klinická charakteristika onemocnění – meningiom

1.1 Definice, charakteristika

Meningiomy jsou nádory, vyrůstající z buněk arachnoidey. Jsou dosti časté, tvoří přibližně 25% všech intrakraniálních nádorů. V histologickém obraze jsou v naprosté většině benigní, vzácně se vyskytují maligní formy (anaplastické). Některé meningiomy jsou však "klinicky maligní" svojí lokalizací. Onemocnění postihuje především starší pacienty, u mladších jedinců je nádor méně obvyklý. Výskyt meningiomů je vyšší u žen (2 : 1). Úlohu mají ženské pohlavní hormony, pro které jsou na nádorových buňkách ve vysokém procentu přítomny receptory (ve 30% pro estrogény, v 70% pro progesteron). Rovněž statisticky významná koincidence meningiomu s karcinomem prsu svědčí pro spoluúčast hormonů v proliferaci meningiomů. Prakticky se nevyskytují v dětském věku, maximum výskytu je v 6. decenniu.

Meningiomy jsou dobře ohraničené, převážně sférického tvaru. Vyrůstají z arachnoidey (nikoli z tvrdé pleny) - tvrdou plenu sekundárně infiltrují. Mozkovou tkáň utlačují, aniž by do ní prorůstaly. V blízkosti splavů má tendenci vrůstat do nich a obliterovat je. Některé nádory se mohou šířit podél kosti, kterou destruuji, často vzniká nad plošným meningiome hyperostóza. Většinou jsou jednotlivé (solitární), ale existují i mnohočetné meningiomy (meningiomatóza) nebo v kombinaci s oboustranným neurinomem N.VIII.(tzv.NF 2).

Lokalizace meningiomu v intrakraniálním prostoru má zásadní význam, protože určuje klinickou symptomatologii a rozhoduje o osudu nemocného. Lokalizace je definována podle místa, odkud meningiom vyrůstá – tzv. origa.

1.2 Etiologie, patofyziologie

Histologický obraz, jak už bylo řečeno, je většinou benigní. Při bližším zkoumání buněk zjistíme, že mají normální meningoteliální vzhled. Řadí se do pruhů a vírovitých formací. Charakteristickým znakem jsou kalcifikovaná psamomatózní tělíka, jsou sytě bazofilní, sférická, s koncentricky lamelární stavbou. Mohou být velmi početná, patrná i na RTG snímcích. Mikroskopicky lze rozlišit 3 hlavní formy

meningiomu: **Meningoteliomatózní** napodobují hlavně normální meningoteliální buňky. Buňky jsou vřetenovité, řazené v pruhy, noduly a vírovité formace. **Fibroblastické** jsou z vřetenovitých buněk uspořádaných v křížící se pruhy. Mají nápadně protáhlá buněčná jádra. Morfologie **přechodné formy** se nachází mezi uvedenými variantami. Typickým znakem je mimořádně početný výskyt psamomatózních tělísek. V meningiomech jsou běžné degenerativní změny, pseudocysty, xantomatózní přeměna, tvorba kosti, vzácně chrupavky, někdy je nápadná cévnatost. Maligní meningiomy jsou cévnaté, mitoticky aktivní, podobné fibrosarkomu.

1.3 Klinický obraz

Klinické příznaky jsou kombinací ložiskového neurologického nálezu s nitrolební hypertenzí. U *povrchově uložených* (konvexitárních) meningiomů dominují ložiskové příznaky (hemiparéza, fokální epileptické záchvaty). U meningiomů na *lebeční bazi* jsou to vedle ložiskového nálezu (poruch hlavových nervů - zraku, čichu, okohybných nervů, vertiga atd.) často i příznaky nitrolebeční hypertenze. Některé lokalizace mají zcela charakteristické příznaky. Např.: u *frontálně uložených* meningiomů je obvykle organický psychosyndrom. Nemocný si subjektivní obtíže (např. bolesti hlavy) dlouhodobě nepřipouští, nádory jsou pak velmi rozměrné. Jiným příkladem je meningiom v *mostomožekovém úhlu*, který imituje příznaky neurinomu n. VIII. Meningiomy se mohou vyskytovat i v oblasti *páteřního kanálu*, nejčastěji se projeví poruchou hybnosti a cití dolních končetin. Pokud nádor vyrůstá v oblasti krční páteře, mohou být postiženy i horní končetiny.

1.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

V pooperačním průběhu je pacient ohrožován otokem mozku (mozkovým edémem). Jeho léčba spočívá v podávání manitolu, kortikoidů a eventuelně hyperventilaci. Po částečné resekci tumoru hrozí pooperační krvácení z novotvořených patologických cév. Sledování pooperačního průběhu nemocného s mozkovým nádorem je velmi zodpovědné a vyžaduje dostatečnou zkušenost ošetrovatelského personálu. Při péči o nemocného má sestra nezastupitelnou úlohu. Sleduje životně důležité funkce pacienta, dechovou frekvenci a změny rytmu dýchání. Změny rytmu na EKG monitoru, změny krevního tlaku a popřípadě na některých jednotkách nitrolebního tlaku (ICP) při

zavedeném nitrolebním čidle. Stav vědomí hodnotí pomocí Glasgow Coma stupnice (hodnocení slovní odpovědi, otevření očí a hybnosti končetin), sleduje velikost a reakci zornic, všímá si pohybů končetin a záchvatovitých křečovitých projevů.

1.5 Diagnostika

V diagnostice se na prvním místě uplatňuje **CT** a **MRI**. Meningiomy bývají dobře prokrvené. Zvýšená denzita nádoru po podání kontrastní látky potvrzuje jeho vaskularizaci. Vždy je vhodné provést **angiografické vyšetření**. Meningiom se "nabarví" v kapilární fázi angiografie (na rozdíl od maligních gliomů, které se zobrazí již v arteriální fázi). Pokud lze před operací embolizovat přívodné cévy, významně se zmenší peroperační krvácení.

1.6 Terapie

1.6.1 Chirurgická léčba

Léčba je především chirurgická. Cílem operace je radikální odstranění nádoru včetně infiltrované tvrdé pleny v místě, kde meningiom vyrůstá (tzv. origo). Defekt pleny se nahradí plastikou. Infiltrovaná kost na konvexitě kalvy se zbaví nádoru vyvařením a replantuje se. Radikální výkon však není vždy možný (hlavně u meningiomů na lebeční bazi). Často je vhodnější méně radikální výkon než radikální výkon vedoucí k těžké pooperační morbiditě s trvalými následky nebo dokonce úmrtím. Pro nebezpečí recidivy nádoru je pak indikována pooperační radioterapie zaměřená na lokalizaci rezidua nádoru.

Léčbu meningiomů gama nožem (radiochirurgie) volíme tehdy, není-li pacient schopen podstoupit léčbu operační pro celkový zdravotní stav a splňuje-li kritéria pro léčbu gama nožem. V posledních letech nachází radiochirurgie své místo v léčbě obtížně resekovatelných meningiomů především v oblasti kavernózního splavu.

Po operačním výkonu je nutné podávat kortikoidy intravenózně, aby nedošlo k mozkovému edému, dále Epanutin i.v. jako prevence epileptických záchvatů, Torecan proti zvracení, analgetika a ATB jako prevence infekce, infuzní roztoky na zavodnění.

V den operace klid na lůžku, hlavu zvednutou do 30° , druhý den, pokud to stav pacienta dovolí – vertikalizace.

Záleží na uložení mozkového nádoru, u frontálně uložených nádorů vzniká organický psychosyndrom, potom je psychoterapie na místě.

1.6.2 Konzervativní léčba

V případě náhodného nálezu meningiomu, který je malých rozměrů a pacient nemá žádné obtíže ani klinické příznaky. Je však dispenzarizován a v pravidelných intervalech (cca 6 měsíců) se provádí vyšetření MRI.

1.6.3 Prognóza

Prognóza tohoto nezhoubného novotvaru je dobrá, pokud se neutváří v místech, kde jsou uložena životně důležitá centra. Pacientka musí po půl roce podstoupit vyšetření magnetickou rezonancí, neboť tyto nádory občas recidivují.

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s meningiome

2.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pacient s touto diagnózou přichází k nám na oddělení po předchozí domluvě s neurologickým oddělením daného pracoviště. Přes příjmovou kancelář, kde se zaznamenají veškeré administrativní údaje, přichází pacient na oddělení, standardní nebo intenzivní péče, dle zdravotního stavu. Zde je uložen na pokoj ošetřující sestrou. Pokoj volíme menší, aby měl pacient klid, neboť velmi často tito pacienti trpí bolestmi hlavy. Pacient volí takovou polohu, která mu vyhovuje.

Pacientka byla přijata na standardní oddělení Neurochirurgické kliniky. Zde je seznámena s prostředím ošetrovatelské jednotky, s režimem na oddělení, s právy a povinnostmi pacienta. Lékařem byla edukována o plánovaném postupu při léčbě svého onemocnění. Pacientce byly předloženy k podpisu formuláře s všeobecným souhlasem s hospitalizací, s podáním kontrastní látky při vyšetření CT a MRI a souhlas s angiografickým vyšetřením, kdy jí lékař vysvětlil všechna rizika výkonů. Klientka všemu rozumí a souhlasí.

2.2 Sledování nemocných

U pacientů sledujeme hlavně stav vědomí dle Glasgow coma scale, základní fyziologické funkce, hrozí zde riziko epileptických záchvatů. U pacientů, kteří trpí organickým psychosyndromem, je důležitá neustálá kontrola.

2.3 Možné ošetrovateľské diagnózy

Mozkový nádor :

Bolest (akutní) môže souviset s tlakem nádoru na mozkovou tkáň, projeví se bolestí hlavy, výrazem bolesti v obličeji, zúženým vnímaním a vegetativními příznaky (změny základních fyziologických parametrů).

Myšlení porušené způsobené cirkulační poruchou mozku nebo destrukcí mozkové tkáně. K nejčastějším příznakům patří ztráta paměti, změny osobnosti, porušená schopnost rozhodovat se a zobecňovat a nepřiměřená interpretace prostředí.

Senzorická a percepční porucha bývá důsledkem komprese nebo přesunu mozkové tkáně, k příznakům patří změny zrakové ostrosti, porušení smyslu pro rovnováhu, poruchy chůze a parestezie.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu : rizikovými faktory jsou opakovaná zvracení při dráždění vagových center v prodloužené míše a snížený příjem potravy včetně tekutin.

Péče o sebe sama nedostatečná může souviset se smyslovými nebo neuromuskulárním poškozením znemožňujícím provádění některých úkonů a projevuje se neupraveným, zanedbaným zevněškem, tělesným zápachem a neschopností zastat běžné každodenní činnost.

Operace :

Neznalost (potřeba poučení), o jaký zákrok se jedná a co lze od něj očekávat, neseznámenost s běžnými pooperačními opatřeními / léčbou a potřebné péče ze strany pacienta souvisí s nedostatkem informací / chybnou interpretací. Projeví se obavami, otázkami a mylnými představami.

Úzkost / strach v důsledku situační krize, neznalosti prostředí, změny zdravotního stavu / hrozbou smrti a oddělení od běžných podpůrných systémů. Projeví se zvýšeným napětím, depresivitou, sníženou sebejistotou, obavou z nespecifikovaných důsledků, zaměřením na sebe, aktivací sympatiku a neklidem.

Poškození v souvislosti s operačním výkonem, riziko vzniku : riziko zvyšuje dezorientace, imobilizace, svalová slabost a oteklota / otoky.

Dýchání nedostatečné, riziko vzniku : k rizikovým faktorům patří farmakologicky navozená svalová relaxace, percepční / kognitivní zhoršení a snížená energie.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu : k faktorům zvýšeného rizika patří omezení tekutin před operací, krevní ztráta a výrazné ztráty trávicím traktem (zvracení / odsávání žaludku).

Pooperační období rekonvalescence :

Dýchání nedostatečné může souviset s neuromuskulární a percepčně-kognitivní poruchou, sníženou rozpínavostí plic, nedostatkem energie a tracheobronchiální obstrukcí a projevuje se změnou frekvence i hloubky dýchání, sníženou plicní kapacitou, apnoe, cyanózou a hlasitým dýcháním.

Teplota těla, riziko poruchy : k zvýšenému riziku přispívá vystavení nemocného chladnému prostředí, účinek léků a anestetik, příliš mladý nebo naopak pokročilý věk, nepřiměřeně nízká nebo vysoká hmotnost a dehydratace.

Senzorická a percepční porucha / myšlení porušené jsou důsledkem chemické poruchy (působení farmaceutických přípravků, hypoxie), prostředí omezeného v rámci léčby, nadměrné smyslové stimulace a stresu. Projeví se změněnou odpovědí na běžné podněty, poruchou motorické koordinace, poruchou schopnosti soustředit se, logicky uvažovat a rozhodovat se a dezorientací osobami, místem i časem.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu – viz výše

Bolest akutní může být způsobena porušením kůže a tkání, ztrátou svalové integrity, muskuloskeletárním/kosterním traumatem a přítomností kanyl a drénů. Projeví se stížnostmi, poruchou svalového tonu, bolestivým výrazem v obličeji, rozrušením, antalgickou polohou, zaměřením na vlastní osobu a vegetativními reakcemi.

Kožní / tkáňová integrita porušená vzhledem k mechanickému narušení kůže / tkání, poruše prokrvení, účinkům léků, hromaděním drénované tekutiny a v důsledku metabolických poruch. Projeví se defekty kůže, podkoží i hlouběji uložených tkání.

Infekce, riziko vzniku : rizikovými faktory jsou kožní defekty, traumatizace tkání, stáza tělesných tekutin, přítomnost patogenů / kontaminujících prvků, vystavení zevnímu prostředí a invazivní vstupy.

Hypertenze :

Neznalost stavu, léčebného režimu a možných komplikací souvisí s nedostatkem informací, neschopnost vybavit si potřebné vědomosti, mylnou interpretací nebo popíráním diagnózy. Projeví se např. nepřesným plněním pokynů, přispívajícím k nedostatečné kontrole krevního tlaku.

Adaptace porušená může vzniknout v důsledku stavu vyžadujícího změnu životního stylu, v důsledku nedostatečné přizpůsobivosti a absence pocitů / popírání nemoci. Je patrná z verbálních projevů neakceptování změny zdravotního stavu a nezájmu o nezávislý přístup k nemoci.

Sexuální dysfunkce, riziko vzniku : k rizikovým faktorům patří případné vedlejší účinky některých léků.

Bolest (akutní) může souviset se zvýšeným cerebrovaskulárním tlakem a projeví se stížnostmi, omezováním pohybů hlavy, vyhýbáním se ostrému světlu a hluku a zvýšeným svalovým napětím.

Obezita :

Výživa nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem potravy v porovnání s metabolickými požadavky. Znamená zvýšení hmotnosti nad hodnotu indexu tělesné hmotnosti (BMI) = 30 a projeví se sedavým způsobem života, uváděnými či zjevnými dysfunkčními stravovacími návyky a objektivně prokazatelným nadměrným množstvím tuku.

Obraz těla porušený souvisí s vlastním obrazem ve srovnání se společenskými hodnotami, podporou přejídání v některých rodinách a menšinách, sebeovládáním, pohlavím a problémy s láskou. Projeví se negativním přístupem k vlastnímu tělu, strachem z odmítavé či jinak nepříznivé reakce okolí, pocity bezradnosti a bezmocnosti a nedostatečnou spoluprací při léčbě.

Aktivita, intolerance má vztah k nerovnováze mezi dodávkou a potřebou kyslíku a sedavým způsobem života a projeví se únavou či slabostí, obtížemi při pohybu a abnormální reakcí tepové frekvence či krevního tlaku na námahu.

Sociální interakce porušená souvisí s popisovanými i zjevnými obtížemi v různých společenských situacích, poruchou při vytváření vlastního životního stylu a projeví se odmítáním účasti na různých společenských akcích, stísněností v přítomnosti dalších lidí, pocitem odmítání a absence podpory ze strany druhých.

2.4 Posouzení stavu pacienta

2.4.1 Identifikační údaje

Iniciály : L.D.
Narozena: 14.7. 1953
Bydliště: Praha 4
Pojišťovna: Všeobecná zdravotní (111)
Rodinný stav: vdaná
Zaměstnání: toho času nezaměstnaná, předtím pekařka

2.4.2 Lékařská anamnéza

RA : otec – zemřel v 78 letech na IM, matka žije – 81 let, prodělala CMP, sestra žije – 55 let, prodělala plicní embolii, syn 33 let – zdrav, dcera 30 let - zdráva

OA : - běžné dětské nemoci, stav po operaci CHCE, stav po operaci umbilikální kýly, hypertenze na medikaci, obezita

FA : Prestarium 4 mg 1 – 0 – 0 , Moduretic ½-0-0

AA : neguje

Abusus : kouří 4 cigarety denně, alkohol příležitostně

NO : Asi 4 měsíce trpěla intenzivní bolestí hlavy. Lokalizace bolesti byla frontálně vpravo. Pacientka se cítila zvýšeně unavená, byla apatická. Občas několikrát za den zvracela. Pociťovala brnění horních končetin a pravé dolní končetiny. Pro dlouhodobě trvající obtíže navštívila svou obvodní lékařku, která pacientku uznala krátkodobě neschopnou výkonu povolání (na 1 měsíc). Naordinovala jí analgetika a relativní klid na lůžku. Tato terapie se však ukázala neúčinnou, proto se nemocná opět vydala k lékařce. Znovu jí řekla o svých neměnicích se potížích. Paní doktorka odpověděla, že už neví, jak jí má pomoci, proto jí nabídla odbornou pomoc, psychiatra. Při našem rozhovoru pacientka popisovala přístup lékařky a okolí k jejím problémům, jako kdyby si je vymýšlela (simulovala). Paní L.D. se po měsíci pracovní neschopnosti vrátila

do pracovního procesu, kde jí zaměstnavatel oznámil, že byla dlouho nemocná a že jejich firma požaduje od svých zaměstnanců plné pracovní nasazení, ona toho prý již není schopna, proto ji už nepotřebují. V tu chvíli se paní L.D. ocitá v těžké životní situaci. Její potíže dále trvaly, proto se pacientka nechává znovu uznat práce neschopnou. Jednou ji navštívila přítelkyně, paní L.D. se jí svěřila se svým zdravotním problémem. Přítelkyně jí poradila, ať se nechá vyšetřit na Neurologické klinice Thomayerovy nemocnice. Hned druhý den (20.1. 06) se pacientka vydala na uvedenou kliniku. Zde ji kompletně laboratorně vyšetřili, provedli CT mozku. Zanedlouho se dozvěděla diagnózu: **OBJEMNÝ EXPANZIVNÍ PROCES (MENINGIOM) FRONTÁLNĚ V PRAVO S KOLATERÁLNÍM EDÉMEM**. Lékař na tamním oddělení jí doporučil chirurgické řešení, pacientka souhlasila. Ještě tentýž den byla přeložena na Neurochirurgickou kliniku ÚVN ve Střešovicích.

2.4.3 Vyšetření

MRI mozku – z důvodu přesného určení lokality nádoru a jeho působení na okolní tkáň

Angiografické vyšetření – vyšetření je nutné pro přesné stanovení vaskularizace nádoru

Interní konzilium – lékař odebral anamnézu od nemocné. Provedl fyzikální vyšetření, posouzení EKG křivky a laboratorních výsledků (biochemické, hematologické, hemokoagulační).

Anesteziologické konzilium – anesteziolog sesbíral informace z dokumentace a od nemocné. Naplánoval průběh anestezie a seznámil s ním klientku. Dále určil léky, k premedikaci na noc a ráno v den operace. Poté oba podepsali souhlas s anestezií. Zavedl centrální žilní katetr do v. subclavia dx.

RTG vyšetření srdce, plic s kontrastní látkou – pro kontrolu správnosti zavedení katetru

2.4.4 Závěr při příjmu

Dle dosavadních vyšetření je pacientka plně indikována k operačnímu řešení.

2.5 Terapie

2.5.1 Předoperační příprava

U pacientky bude proveden operační výkon, proto je nutné provést předoperační přípravu. Ta začíná rozhodnutím pro operační zákrok a končí převozem na operační sál. Předoperační příprava zahrnuje všechny činnosti a úkony, které se týkají somatické, psychické a sociální stránky pacienta s cílem vytvoření optimálních podmínek pro operační výkon, ustálení nebo úpravy odchylek, které by mohly mít komplikující vliv na průběh operace.

Předoperační příprava je dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední. Krátkodobá příprava (od večera) se zabývá dietním režimem, lačněním, péčí o vyprázdnění střev, celkovou hygienou a mytím vlasů speciálním dezinfekčním šamponem, vyčištěním a odlakováním nehtů. Velmi důležitá je psychická příprava pacientky. Spočívá v důkladné edukaci o operačním výkonu včetně edukace sálovou sestrou, která pacientku navštíví odpoledne před plánovaným výkonem. Účelem psychické přípravy je minimalizace strachu z operace.

Bezprostřední příprava, která se provádí ráno v den operace spočívá v přípravě operačního pole, v našem případě mytí vlasů dezinfekčním šamponem, zavedení PMK, důkladné kontrole dokumentace a aplikace premedikace, kterou nám naordinoval anesteziolog (Dolsin 50 mg i.m. + Atropin 0,5 mg i.m.). Premedikace má za úkol minimalizovat strach a úzkost z operace, předejít komplikacím vegetativního nervstva při úvodu do anestezie. Provedeme bandáže DK v rámci prevence TEN, zkontrolujeme fyziologické funkce, vyjmeme zubní protézu a odvážíme pacientku s dokumentací na operační sál.

2.5.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena: pacientka je dobře upravená, čistá

Dutina ústní: viditelná dobrá hydratace (sliznice vlhké, jazyk růžový), chrup vlastní,
zuby mírně zažloutlé od kávy a od tabáku

Zrak: bez korekce brýlemi

Oči :spojivky růžové, skléry bílé

Sluch: dobrý (šepot slyší)

Pulz: 82', pravidelný, dobře hmatný

Dýchání: 17-19/ min., pravidelné, čisté, bez vedlejších dýchacích projevů

Krevní tlak: 140/80

Tělesná teplota: 36.7⁰C

Hmotnost: 99kg, obézní, BMI – 39 (objednán nutriční terapeut)

Výška: 162 cm

Stisk ruky: pevný, symetrický

Rozsah pohybu: bez omezení

Svalová pevnost: přiměřená věku

Kůže: růžová, teplá, normální vlhkost

defekty-jizvy po operačních zákrocích na břicho, jinak bez defektů a hematomů

DK : bez otoků, bez varixů

Riziko dekubitů (dle Nortonové)- 34 bodů

GCS : 15 bodů

Chůze: jistá, bez omezení

Soběstačnost: samostatná

Objektivní pozorování v průběhu získávání informací:

Orientace: úplná v čase, místě a prostoru, osobou

Chápe myšlenky a otázky

Řeč: plynulá

Vyjadřování: pravidelné

Oční kontakt: udržuje

Pozornost: dobrá

Nervozita, obavy (škála 1-5): 5

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny: výborná, bezproblémová

2.6 Posouzení stavu potřeb klienta (M. Gordonová)

2.6.1 Vnímání zdraví

Klientka přiznává, že během života o své zdraví příliš nepečovala. Jak sama říká: v dětství zdravý životní styl byl neznámý pojem, tehdejší výchova je k tomu nevedla. A v dnešní době na to nemá čas - zaměstnání, domácnost, rodina, pečovala o své nemocné rodiče. Nikdy vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci. Nynější obtíže jí donutily jít k lékaři, i když se bála výsledku. Po dobu trvání jejích potíží měla čas přemýšlet o svém způsobu života a je odhodlaná jej změnit.

2.6.2 Výživa, metabolismus

V domácnosti absolutně soběstačná, obvykle jí 5x denně. Snaží se vyvarovat tučných pokrmů, má ráda sladká jídla. Za posledních 6 měsíců přibrala skoro 10 kg na váze. Pitný režim příliš nedodržuje (1- 1,5 l/den), nemívá pocit žízně. V nemocnici pomoc při jídle nepotřebuje, dieta redukční, snaží se dodržovat pitný režim (2,5 l/d), jí spíše tekutější stravu (jogurty, puding, kompoty), kterou přináší rodina. Má dostatek vitamínů a vlákniny.

2.6.3 Vylučování

V anamnéze má nepravidelnou stolicí se sklonem k zácpě, jinak formovanou, normálního vzhledu i zápachu, bez příměsí. Laxancia neužívá, stolice 2-3 x týdně. S vyprazdňováním moči nikdy žádné problémy neměla. Samovolným únikem moči netrpí.

V nemocnici je pacientka plně soběstačná, moč má světle žlutou barvu, má charakteristický zápach, bez příměsí. Stolice nadále nepravidelná, má charakteristický zápach, je formovaná, světle hnědé barvy, bez příměsí.

2.6.4 Aktivita, cvičení

Před projevem příznaků pohyb bez omezení. Chodila do zaměstnání, péči o domácnost zvládala bez pomoci druhých. O víkendech ráda vyjížděla s rodinou do přírody. V teplých měsících pracuje na zahradě. Poslední čas byla v pohybu částečně omezena, pro bolest, která se po větší zátěži zvyšovala. Nebyla schopna výkonu povolání a déle trvajících domácích prací.

V nemocnici dodržuje klid na lůžku, pohyb je v závislosti na bolesti hlavy. Čte knihy, časopisy a noviny. Ráda luští křížovky.

2.6.5 Spánek, odpočinek

Obvykle spí 7-8 hodin, ulehá po zhlédnutí hlavního večerního televizního pořadu. Přes den odpočívá nejraději při četbě knihy či novin.

V nemocnici má mírně narušený spánek v důsledku bolesti, léky na spaní odmítá, po obědě spí asi 1 hodinu.

2.6.6 Vnímání, smysly

Pacientka pro bolest užívá analgetika, občas jí pomáhají studené obklady. Pociťuje částečný dyskomfort z důvodu ztráty soukromí. Nadstandardní pokoj si nemůže z finančních důvodů dovolit. Zrak má dobrý, slyší na obě uši dobře.

Po celou dobu našeho rozhovoru udržela pozornost, má dostatek informací o svém onemocnění, chápe danou situaci a je plně odhodlaná podstoupit operaci.

Komunikace probíhá bez problémů, pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. Reaguje přiléhavě.

2.6.7 Sebepojetí

Z anamnézy vyplývá, že pacientka je optimista, věří v brzké uzdravení. Má plnou důvěru v ošetřující personál.

Nyní je psychicky rozladěná, „nestíhá“, vše tak jako dřív, ale plně věří, že po operaci

a následné rekonvalescenci bude vše zvládat jako před onemocněním. Občas je nervózní, pro překonání těchto stavů jí pomáhá procházka. Strach z operace má, je si vědoma všech rizik. Má úzkost z nemocničního prostředí, velmi jí však pomáhá rodina, která nemocnou pravidelně navštěvuje.

2.6.8 Role, mezilidské vztahy

Nemocná žije s manželem se kterým mají hezký, harmonický vztah. Bydlí spolu v rodinném domku, chovají malého psa. Má dceru a syna, se kterými se pravidelně navštěvují. 1x týdně se schází s kamarádkami.

V nemocnici ji navštěvují všichni z rodiny i přítelkyně, pouze domácí mazlíček tam nesmí, po tom se jí stýská.

Zájem rodiny o nemocnou je velký, denně mluví manžel s ošetřujícím lékařem.

2.6.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Menstruaci měla od 14 let, pravidelnou, nyní je v klimakteriu. Byla 2 x těhotná, měla 2 porody. Nikdy nebyla na interrupci, neměla žádný potrat. S manželem sexuálně žije tak 1 x týdně, poslední dobou méně pro pacientčiny bolesti hlavy.

2.6.10 Stres, zátěžové situace

Zátěžové situace zvládá dobře, je optimistka a velmi jí pomáhá rodina. S napětím se vyrovnává rychle. V poslední době jí dělá starost ztráta zaměstnání a obava z operace. Při našem rozhovoru je klidná, vyrovnaná, odhodlaná podstoupit operační výkon.

2.6.11 Víra, životní hodnoty

Pacientka je římsko-katolického vyznání, do kostela nechodí, děti k náboženství nevedla.

3 Ošetrovatelská péče

3.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz-před operačním výkonem

Akutní bolest hlavy v důsledku expanzivního procesu v mozku projevující se verbalizací

Úzkost a strach z důvodu neznalosti pojmu projevující se depresivitou, obavou z nespecifikovaných důsledků

Porucha spánku v důsledku bolesti hlavy a změny prostředí projevující se únavou

Potencionální riziko pádu z důvodu neurologického onemocnění

Potencionální riziko časných komplikací z důvodu invazivního vyšetření (Ag)

Obezita z důvodu nadměrné výživy (BMI 39)

Zácpa z důvodu špatných dietních návyků

3.2 Plán ošetrovatelské péče

Akutní bolest v důsledku expanzivního procesu v mozku projevující se verbalizací

Cíl:

- zmírnění/zvládnutí bolesti (do 1h)
- pacientka bude znát a umět využívat relaxační techniky (1 den)

VK:

- zmírnění bolesti (do 1h)
- pacientka umí hodnotit bolest ve škále bolesti (2 h)
- pacientka zná příčiny bolesti (2h)
- pacientka zná relaxační techniky a umí je využívat (1 den)

Intervence:

- proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, četnosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů

- podej účinnou analgetickou léčbu, dodržuj ordinace lékaře, sleduj odezvu a zachovej intervaly mezi aplikacemi
- vyzuměj lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná
- pomoz najít pacientce úlevovou polohu
- aplikuj ledové obklady
- udržuj pozornost pacientky od bolesti

Realizace :

S pacientkou jsem si o jejím problému promluvila. Poučila jsem ji o tom, aby mi první projevy bolesti nahlásila, aby se soustředila a popsala charakter, lokalizaci, závislost, četnost, nástup a trvání. Tyto informace mi posloužily ke stanovení plánu v ošetřovatelské péči a k nutnosti podání analgetik (zjistila jsem např. jak dlouho léky účinkují). Při nástupu bolesti jsme za pomocí stupnice 0-10 zhodnotily intenzitu bolesti. Podávám analgetika dle ordinace lékaře. Pokouším se odvést pozornost od vnímání bolesti pomocí relaxační techniky – dechová cvičení, poslech rádia, rozhovor s ostatními, podpora návštěv.

Hodnocení :

Pacientka velice dobře spolupracovala. Podařilo se nám bolest zmonitorovat a účinně proti ní zasáhnout. Pacientka se naučila využívat relaxační techniky. Bolest se zmírnila, stala se snesitelnou.

Úzkost a strach z neznalosti pojmu projevující se depresivitou, obavou z nespecifikovaných důsledků

Cíl:

- pacientka si uvědomuje příčiny strachu a úzkosti (do 2h)
- bude mít všechny dostupné informace o daném onemocnění a bude jim rozumět (do 24h)

VK:

- snížení úzkosti na zvládnutelnou míru (do 2h)
- dosáhnout uvolněného vzhledu
- nalézt způsoby, jak si poradit s úzkostí a jak ji vyjádřit
- efektivně využívat všech druhů podpory a pomoci

Intervence:

- akceptuj klientku takovou, jaká je
- vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a respektu
- sleduj vegetativní projevy, např. palpitace, zrychlený puls, opakované pohyby, přecházení,...
- podej pacientce přesnou informaci o situaci a pomoz jí pochopit její reálný základ
- buď k dispozici, naslouchej a hovoř s ní

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila způsob diagnostiky a postup léčby, jež mají za cíl přesně určit druh nádoru, následující lékařské intervence a pooperační péči. Snažila jsem se vzbudit důvěru, aby se mi nemocná se svými problémy a obavami svěřila. Hovořila jsem s rodinou o jejích obavách a zapojila jsem je do realizace pro snížení psychosociálních obav. Pacientku jsem neustále pozorovala, abych zjistila její prožívání nemoci. S lékařem jsem diskutovala o možnosti preskripce psycho-farmakoterapie.

Hodnocení:

Po důkladné edukaci se mi částečně podařilo zmírnit úzkost a strach. Z důvodu trvajícího tlaku na psychiku nadále pokračuji v plánovaných intervencích. To znamená, že až do propuštění se budu zajímat o to, co pacientka prožívá.

Porucha spánku v důsledku bolesti a změny prostředí projevující se únavou**Cíl:**

- zmírnění nebo odstranění faktorů působící negativně na kvalitu spánku - odstranění bolesti (do 24h)
- pacientka bude spát nejméně 6 hodin bez probuzení (do týdne)

VK:

- pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchu spánku (do 2h)
- mluví o tom, že se cítí po probuzení odpočatá (do týdne)

Ošetřovatelský plán:

- dohodni se s pacientkou o zvyklostech a rituálech, které provádí před spánkem
- dodržuj obvyklou dobu, kdy nemocná chodí spát – zajisti klid na pokoji (na oddělení)

- doporuč stravovací omezení před spaním
- úprav prostředí, lůžko
- nauč pacientku využívat relaxační techniky
- podávej analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj účinek

Realizace:

Dbám na plnění stanovených ošetrovatelských činností. Před spaním jsem připravila příjemné prostředí – noční světlo, zatemnění okna, vyvětrání, klid. Pacientka si před spaním ještě ráda čte, pokud to nevadí spolupacientce, tak jí to umožním. Poučila jsem pacientku o tom, že by neměla před spaním požívat nápoje, které stimulují organismus (káva, tein, kofein, čokoláda). Rodina přinesla přehrávač s příjemnou relaxační hudbou, kterou pacientka poslouchá k navození příjemných myšlenek a vnitřního uvolnění.

Hodnocení:

Pacientka dodržovala všechna má doporučení, ale pozorováním jsem zjistila, že pokud není dostatečně tlumena bolest, není ani kvalitní spánek. Proto se především soustředím na plnění ošetrovatelských intervencí v bodu o bolesti.

Riziko pádu z důvodu neurologického onemocnění

Cíl:

- pacientka neupadne, ani se jinak nezraní (po celou dobu hospitalizace)

VK:

- pacientka je řádně edukována o nebezpečí pádu (do 1h)
- je řádně zabezpečena a má dostatečný dozor (stále)

Intervence:

- pouč nemocnou o nebezpečí pádu/úrazu
- uprav vhodně okolí lůžka
- zajisti pomůcky pro bezpečí
- vysvětlí pacientce jak používat signalizační zařízení
- zajisti doprovod/dohled při chůzi
- doporuč vhodnou obuv
- vysvětlí pacientce, jak má postupovat při vertikalizaci a buď jí nápomocná

Realizace:

Pacientku jsem uložila na pokoj, který je blízko pracovny sester. Lůžko a ošetrovatelskou dokumentaci jsem označila červeným puntíkem, který nám signalizuje nebezpečí pádu. Vysvětlila jsem nebezpečí a důsledky případného pádu. Řádně jsem jí edukovala o vhodné obuvi, signalizačním zařízení a vertikalizaci. Okolí lůžka jsem uspořádala tak, aby pacientka neměla žádné překážky a nemohla se poranit.

Hodnocení:

Pacientka porozuměla stanoveným zásadám pro bezpečnost a snížení rizika pádu. Po dobu pobytu na naší klinice se jimi řídí. Proto nedošlo k žádnému takovému případu.

Prevence časných komplikací z důvodu invazivního vyšetření**Cíl:**

- včasné odhalení možných komplikací (okamžitě)
- pacientka nebude mít žádné komplikace (do 24h)

VK:

- FF budou v normě (do 24h)
- místo vpichu bude klidné, nebude krvácet (do 24h)

Intervence:

- kontroluj místo vpichu – komprese, krvácivé projevy
- zajisti správnou polohu nemocné
- pravidelně kontroluj fyziologické funkce (TK, srdeční rytmus, TT, dýchání, vědomí, nevolnost, zvracení)
- vše pečlivě zaznamenávej do dokumentace

Realizace:

Dle standardu pečuj o místo vpichu: dvě hodiny po výkonu klientka leží pouze na zádech. V místě vpichu – třísele - má náplast'ovou kompresi na 8 hodin, která je zatížená sáčkem s pískem po dobu 2 hodin. Pacientka je srozuměna s tím, že nohu

nesmí krčit. Klid na lůžku musí dodržovat po dobu 8 hodin, pokud je poté stav stabilizovaný může následovat vertikalizace za přítomnosti lékaře a sestry. Neustále jsem kontrolovala místo vpichu, stav vědomí, neurologický stav a zornice. Každých 30 minut jsem zaznamenávala TK a P do dokumentace.

Hodnocení:

Po invazivním výkonu nedošlo k projevu žádné z časných komplikací.

Obezita z důvodu nadměrné výživy

Cíl:

- dojde k úbytku na váze alespoň o 2 kg (do 10 dnů)
- pacientka si osvojí změnu životního stylu a chování, včetně způsobu příjmu potravy, kvantity/kvality stravy a programu cvičení (do 10 dnů)

VK:

- pacientka bude dodržovat zásady správné výživy a předepsanou dietu (po celou dobu hospitalizace)

Intervence:

- domluv se s pacientkou, zda chce prodiskutovat svůj problém s Nutričním terapeutem
- pošli žádanku pro NT

Realizace:

NT jsem poskytla celou dokumentaci pacientky, pro jejich rozhovor jsem zajistila dostatek soukromí. NT doporučil redukční dietu s dostatkem tekutin, ovoce a zeleniny. V dokumentaci jsem změnila dietu a rodinu jsem požádala, aby pacientce nosili větší množství ovoce a zeleniny.

Hodnocení:

Snížení váhy je dlouhodobá záležitost. Pacientka byla ráda, že dostala cenné rady od NT, je rozhodnuta dodržovat všechny instrukce i po propuštění. Po dobu hospitalizace redukční dietu dodržuje, úbytek na váze při propuštění činí 2 kg.

Zácpa z důvodu špatných dietních návyků

Cíl:

- pacientka bude mít stolicí minimálně 1 x za 3 dny (do 3 dnů)
- pacientka nebude trpět zácpou (po dobu hospitalizace)

VK:

- osvojit si změnu životního stylu a způsobu příjmu potravy, kvality stravy (do 10 dnů)
- pochopení fyziologické funkce střev (do 2h)
- nalézt individuálně vhodný způsob vyprazdňování (do 2 dnů)

Intervence:

- domluv se s pacientkou, zda chce prodiskutovat svůj problém s NT
- v případě dalších intervencí pomůže ošetřující lékař

Realizace:

NT jsem poskytla celý chorobopis pacientky, pro jejich rozhovor jsem zajistila dostatek soukromí. Dle doporučení NT jsem změnila dietu a poučila rodinu. Věnovala jsem více pozornosti vyprazdňování pacientky. V případě, že by se pacientka do 3 dnů nevyprázdnila, upozorním lékaře a podám laxativa dle jeho ordinace.

Hodnocení:

Pacientka dodržuje pitný režim, rodina jí nosí ovoce. Zatím dodržuje veškeré rady NT, před propuštěním bude ještě edukována. Částečně došlo k úpravě, po celou dobu hospitalizace netrpěla zácpou, stolice byla vždy do druhého, maximálně třetího dne. Došlo ke zlepšení střevní pasáže, nebylo nutné podávání laxativ.

3.3 Seznam ošetrovateľských diagnóz-po operačnom výkone

Potenciálne riziko časných komplikácií z dôvodu operačného výkonu prejavujúci sa zhoršením stavu

Potenciálne riziko vzniku infekcie z dôvodu invazívnych vstupů (PŽK, CŽK, AK, PMK,LD), operační rány a drénu prejavujúci sa zarudnutím, zvýšenou TT

Akutní bolesť z dôvodu operačného výkonu prejavujúci sa verbálnymi a nonverbálnymi prejavmi

Potencionálne riziko TEN z dôvodu upoutání na lůžko

Porucha sebedpěče z důvodu operačného výkonu

Nevolnosť a zvraceni z důvodu podání celkové anestezie

Porucha močeni z důvodu zavedeni PMK

3.4 Plán ošetrovateľské pēče

Potenciálne riziko časných komplikácií z dôvodu operačného výkonu prejavujúci sa zhoršením stavu

Cíl:

- včasné rozpoznání komplikácií (ihned)
- nedojde k pooperačným komplikáciám (do 48h)

VK:

- pacientka nebude mít žádné pooperační komplikace (do 48h)

Intervence:

- sledování fyziologických funkcí jako je TK (měřený neinvazivní, invazivní metodou), EKG křivka, P, D, SpO₂ měj zobrazené a neustále kontroluj na monitoru
- na monitoru měj nastavené alarmany
- neustále kontroluj stav vědomí, vzhled zornic, hybnost, řeč, TT, event. záchvatovité stavy, nauzeu a zvraceni
- sleduj operační ránu – prosáknutí krví, množství a vzhled tekutiny, kterou odvádí drén
- sleduj průchodnost cévních invazívnych vstupů PŽK, CŽK, AK a PMK

- pozoruj reakci pacientky na medikaci
- sleduj výsledky ordinovaných laboratorních parametrů a informuj lékaře
- při prvním projevu vznikající komplikace okamžitě informuj lékaře

Realizace:

Ihned po příjezdu z operačního sálu jsem pacientku napojila na monitor a neustále sleduji fyziologické funkce. Sleduji barvu kůže, prokrvení akrálních částí těla. S pacientkou se snažím navazovat slovní kontakt, abych zjistila případnou poruchu řeči. Kontroluji stav vědomí dle GCS, každou hodinu vyšetřuji hybnost končetin. Pravidelně kontroluji množství a vzhled tekutiny v drénu. Vše pečlivě zapisuji do dokumentace. Jsem pacientce na blízku při stavu nauzey a zvracení. Uvědomuji si riziko vzniku epileptického záchvatu, proto záměrně sleduji možné záchvatovité projevy.

Hodnocení:

Po dobu trvání rizika časných komplikací se u pacientky žádné projevy neobjevily.

Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, CŽK, AK, PMK, drenáže a operační rány projevující se zarudnutím, zvýšenou TT

Cíl:

- včasné podchycení příznaků možné infekce (okamžitě)
- nedojde k infekčním komplikacím (do 48h)

VK:

- místo invazivního vstupu nebude zarudlé (do 48h)
- TT nebude zvýšená (do 48h)
- laboratorní výsledky nebudou vykazovat známky zánětu (do 48h)

Intervence:

- monitoruj invazivní vstupy, věnuj pozornost místním i celkovým projevům infekce
- prováděj pravidelně asepticky převazy invazivních vstupů a ihned proved' výměnu krytí při znečištění
- ochraňuj všemi dostupnými prostředky nemocnou od rizika infekce (použití rukavic, hygiena rukou)
- sleduj v pravidelných intervalech teplotu a celkové příznaky možné infekce

(4 x denně)

- podle vývoje celkového stavu a příznaků infekce zajisti odběry materiálu na bakteriologické vyšetření, event. odběr krve na hemokultivaci při prudkém zvýšení TT a déletrvajícím stavu vysokých teplot
- event. dle ordinace podávej ATB, antipyretika

Realizace:

Jako ochranu nemocné před infekcí jsem zvolila bariérový přístup ošetřování (individualizace všech pomůcek). Převazy invazivních vstupů a operační rány provádím přísně aseptickým způsobem. Dbám na používání rukavic a přísnou hygienu rukou, protože jsem si vědoma velkého rizika infekce. Vedle tradičních materiálů (sterilní mulové čtverce) používám moderní obvazové materiály (Curapor, Tegaderm, Inadine). Zvýšenou pozornost věnuji manipulaci s infekčním materiálem. Měřím TT, vše zaznamenávám do ošetřovatelské dokumentace a pravidelně hlásím lékaři.

Hodnocení:

Dodržuji stanovené zásady, díky tomu nedošlo ke vzniku infekce, a tím pádem ke komplikaci zdravotního stavu.

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu projevující se verbálními a nonverbálními projevy

Cíl:

- pacientka nebude trpět bolestí větší než 3. st. (do 24h)

VK:

- pacientka nebude trpět bolestí větší než 2. st. ve škále bolesti (po celou dobu hospitalizace)

Intervence:

- proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů
- zaznamenej do dokumentace
- pomoc pacientce zajistit úlevovou polohu a podej podpůrné prostředky
- podej účinnou analgetickou léčbu, dodržuj ordinace lékaře, sleduj odezvu a zachovej

intervaly mezi aplikacemi

- převazy prováděj šetrným způsobem
- vyzuměj lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná
- odváděj pozornost pacientky od bolesti

Realizace :

Sledovala jsem nonverbální projevy pacientky. Při nástupu bolesti jsem se pokusila zhodnotit intenzitu bolesti na škále. Podávala jsem studené obklady a analgetika dle ordinace lékaře. Účinek jsem zaznamenávala do dokumentace. Převazy jsem prováděla šetrným způsobem, abych nezpůsobovala pacientce další bolest.

Hodnocení :

Pacientka netrpěla po operaci bolestí větší než stupeň 3. a po celou dobu hospitalizace bolest nepřesáhla stupeň 2. Aplikovaná dávka analgetik se jevila jako účinná.

Potencionální riziko TEN z důvodu upoutání na lůžko

Cíl:

- u pacientky se neprojeví příznaky TEN (do 48h)

VK:

- pacientka nebude ohrožena komplikacemi (do 48h)

Intervence:

- sleduj příznaky TEN
- přilož BDK a kontroluj jejich funkčnost
- informuj o nezbytnosti cvičení a včasné vertikalizaci
- podávej antikoagulancia dle ordinace lékaře

Realizace:

Kontroluji barvu, prokrvení a případnou bolest končetin. DK má pacientka podložené, zabandážované až do třísel, po hygieně pečuji o kůži, DK promažu a opět přiložím bandáže. Aplikuji antikoagulancia dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientka chápe nutnost přikládání bandáží a plně spolupracuje. Nedošlo k žádnému z projevů TEN.

Porucha sebepéče z důvodu operačního výkonu**Cíl:**

- pacientka bude mít uspokojeny všechny své potřeby (jídlo, pití, vyprazdňování, oblékání, hygiena) – (po celou dobu hospitalizace)

VK:

- má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné činnosti (po celou dobu hospitalizace)

Intervence:

- monitoruj úroveň sebepéče a urči míru pomoci
- připrav všechny potřebné pomůcky nemocné na dosah ruky
- aktivně zapojuj nemocnou do činnosti (např. hygiena) a podporuj její soběstačnost
- uč pacientku k samostatnosti, při drobných sebeobslužných činnostech (úprava vzhledu, obléci se , podání knihy...)
- přizpůsobuj se schopnostem nemocné
- aktivně naslouchej
- aktivně zapojuj rodinu

Realizace:

Hygienu jsem nejprve prováděla sama, později jsem se snažila pacientku aktivně zapojit. Umyvadlo jsem umístila na stolec kam pacientka dobře dosáhne, proto při druhé hygieně vyžadovala jen minimální pomoc. Druhý den byla pacientka schopná s pomocí provést hygienu ve sprše. Po vzájemné domluvě jsem jí na horní desku vyndala předměty, které během dne nejčastěji používá (brýle, knihu...), stoleček jsem jí umístila na místo, na které dobře dosáhne.

Hodnocení:

Pacientka se naučila nejrůznějším postupům, které jí výrazně pomohly v ulehčení sebeobsluhy. V pozdějším období moji pomoc vyžadovala minimálně, což přispělo ke zlepšení její nálady a k úpravě psychického stavu. Po celou dobu má uspokojeny všechny potřeby (jídlo, pití, vyprazdňování, oblékání, hygiena).

Nevolnost a zvracení z důvodu podání anestezie**Cíl:**

- pacientka nezvrací (do 8h)
- pacientka nemá nauzeu (do 24h)

VK:

- pacientka je poučena o tom, že má okamžitě hlásit pocit nauzey

Intervence:

- uvědom si riziko aspirace
- podávej antiemetika dle ordinace lékaře
- kontroluj příjem a výdej tekutin
- sleduj frekvenci, množství a obsah zvratků
- zajisti zvýšenou péči o dutinu ústní

Realizace:

Neustále pacientku kontroluji, jsem nablízku. Dutinu ústní vytírám navlhčenými tampony (Borglycerin a Stopangin). Sleduji účinek podávaných antiemetik. Okamžitě informuji lékaře, když pacientka zvrací. Dle jeho ordinace provádím rehydrataci infuzními roztoky a sleduji příjem a výdej tekutin. Vše pečlivě zapisuji do dokumentace. Nic per os nepodávám.

Hodnocení:

Po odeznění akutního pooperačního stavu (do 6h) ustalo zvracení. Do rána je pacientka bez nauzey.

Porucha močení z důvodu zavedení PMK

Cíl:

- dosažení fyziologického způsobu vyprazdňování (po odstranění PMK)
- zabránění vzniku močové infekce (do týdne)

VK:

- pacientka zná příznaky močové infekce (do 2h)

Intervence :

- dbej na zvýšenou hygienu genitálií
- dodržuj intimitu pacientky
- nezvedej sběrný močový sáček nad úroveň močového měchýře, zabráníš tak zpětnému toku moči
- zapisuj příjem a výdej tekutin
- sleduj TT
- všímej si barvy moči
- případné změny ihned hlas lékaři

Realizace:

Uvědomuji si rizika, která skýtá zavedení PMK, proto k jeho ošetřování přistupuji velmi svědomitě. Kontroluji průchodnost PMK, sleduji množství moči a barvu. Provádím důkladnou hygienu genitálií a dbám přitom na intimitu pacientky.

Hodnocení:

Pacientka měla zavedený PMK pouze 24hodin. Po vytažení PMK začala bez problémů spontánně močit. Do týdne se u pacientky neobjevily žádné příznaky uroinfekce.

Po operaci, která trvala od 8.00 do 12.40, byla pacientka předána z péče anesteziologa a anesteziologické sestry do péče zdravotnického týmu Neurochirurgické kliniky, pooperačního oddělení.

V akutní pooperační péči je důležité sledování fyziologických funkcí, proto je pacientka napojena na monitor, který zobrazuje EKG křivku (pravidelnost akce srdeční), srdeční a dechovou frekvenci, saturaci krve kyslíkem, krevní tlak manžetový (metoda nepřímá) a arteriální (metoda přímá, invazivní). Pravidelně zjišťuji stav vědomí, které hodnotím dle Glasgow Coma Scale (viz příloha), velikost a symetrii zornic, TT, hybnost a citlivost. Nesmím zapomenout kontrolovat odvod drénů (funkčnost drénu, množství a charakter obsahu), stav operační rány a reakci pacientky na bolest. V případě zvracení monitoruji frekvenci, množství a charakter zvratků. Po šesti hodinách vypočítávám diurézu a měřím hodnotu CVP. Všechny hodnoty zaznamenávám pečlivě každou hodinu do dokumentace. Nastane-li nějaká odchylka od normy, okamžitě informuji lékaře. Pokud si lékař žádá vědět laboratorní hodnoty (většinou KO, IGO), provedu odběr a informuji ho o výsledku.

Stav paní L.D. je po celou dobu akutní pooperační péče stabilní. Je při vědomí, spolupracující, komunikující přiléhavě, orientovaná plně. Zornice izokorické, reagující na osvit. Hybnost všech končetin bez oslabení a svalová síla přiměřená. Oběhově je pacientka v normě, afebrilní. Bolesti hlavy popisuje jako silné, podávám analgetika (dle ordinace lékaře). Krytí rány je mírně prosáklé, na pohmat je okolí řezu bez fluktuace. Drenáž z místa operační rány je odváděna spádově. Obsah v láhvi má tmavě červenou barvu. Za krátký časový úsek drenáž odvádí velké množství tekutiny, proto informuji lékaře. Všechny invazivní vstupy jako je CŽK, 2x PŽK, arteriální katétr v a.radialis a PMK jsou funkční. Podat tekutiny per os smím až po dvou hodinách od extubace, neboť je zde riziko aspirace, proto při pocitu sucha v ústech pečuji o dutinu ústní a rty navlhčenými tampony. V pooperační době pacientka udává nauzeu, občas zvrací, proto podávám antiemetika dle ordinace lékaře. Klid na lůžku dodržuje do druhého dne do rána, z toho důvodu má na DK bandáže – prevence TEN. Při poskytování zdravotní péče nemocné je nutná vzájemná komunikace, pacientka má právo vědět, co se sní zamýšlí dělat, proto je o všem náležitě edukována.

Dle zvyklostí pracoviště si naplánuji harmonogram podání medikace, kterou předepsal lékař do dekurzu a v určitých časových intervalech léky podávám. Při tom současně pozoruji reakci na podávané léky, protože si uvědomuji hrozící riziko vzniku nežádoucích účinků.

Medikace :

Dexamed 4-4-4-4mg i.v. á 6h
Epanutin 1-1-1amp.i.v. á 8h
Fraxiparin 0,3 ml 1-0-1 s.c.
Ranital 1-1-1amp.i.v.
Lendacin 1-0-1 g ve 100ml FR á 12h
Algifen 1-1-1amp. i.v. při bolesti, max. po 8 hod
Torecan 1-1-1-1amp.i.v., při zvracení, max. po 6 hod.
Plasma-Lyte 1000ml, kapat 8 hod.
Glukosa 5% 500ml, kapat 8 hod.

1. pooperační den

Ráno je pacientka odpojena od monitoru, musí mít řádně zabezpečeny invazivní vstupy. V další fázi může nastat vertikalizace, nejlépe s rehabilitačním pracovníkem (do tohoto procesu sestra příliš nezasahuje, pouze je nápomocna v případě potřeby). Pacientka má dostatek sil, sestra ji doprovodí do koupelny, kde provede hygienu ve sprše. Vzhledem k tomu, že nauzea již odezněla, může se pacientka nasnídat.

Po snídani podáme ranní medikaci, uděláme převaz operační rány, CŽK, dle ordinace lékaře odstraníme PŽK, arteriální katetr a PMK. Prevence TEN trvá, proto byly opět zabandážovány DK.

První pooperační den monitorujeme TK, P á hodinu. Sledujeme stav vědomí, event. záchvatovité stavy, intenzitu bolesti, příjem tekutin, operační ránu a likvoreu.. Dále vyhodnocujeme laboratorní výsledky (při odchylce z normy informujeme lékaře). Dle plánu podáváme léky:

Medikace:

Moduretic	1-0-0 tbl.p.o.
Prestarium 4mg	1-0-0 tbl. p.o.
Dexamed	4-4-4-4 mg, i.v. á 6h
Epanutin	1-1-1amp., i.v. á 8h
Fraxiparin 0,3 ml	1-0-1 s.c.
Ranital	1-0-1amp., i.v.
Lendacin	1-0-1 g, i.v. ve 100 ml FR á 12h
Algifen	1-1-1amp.i.v., při bolesti, max. po 8 hod
Torecan	1-1-1-1amp.i.v., při zvracení, max. po 6 hod.

Pacientka se cítí relativně dobře. Má občasné bolesti hlavy, ale dobře reaguje na analgetika. Velice dobře zvládla vertikalizaci. Pouze při chůzi je nutný dohled, občas má závratě. Oběhově je mírně hypertenzní, afebrilní. Rána již příliš nesákne, ale v okolí řezu se tvoří zatím mírná fluktuace. O vzhledu rány je informován lékař, který indikuje kompresi. Pravidelně kontrolujeme, zda nekrvácí vpich po arteriálním katétru – zatím bez prosáknutí. Po vytažení PMK močí pacientka bez obtíží. Příjem tekutin dostatečný. Pacientka pooperační průběh prožívá dobře, je na ni znatelná psychická úleva.

2.pooperační den

Neurologický a oběhový stav beze změn. Pacientka je soběstačná, chůze jistá, již není potřeba dohled. Bolesti hlavy občasné, stále dobře reagující na analgetika. Kompresie rány trvá – fluktuace se zvětšila.. Lékař provedl punkci rány – odčerpal přibližně 30 ml sangvinolentní tekutiny. Likvoreu pacientka nemá. Z důvodu komprese rány klientce oteklo víčko pravého oka, proto byla poučena o účinku Borové vody, kterou si na postižené místo přikládá. CŽK funkční, lze z něho odtahovat krev.

Medikace: Moduretic 1-0-0 tbl. p.o.
 Prestarium 4mg 1-0-0 tbl. p.o.
 Dexamed 4-2-4-2 mg, i.v. á 6h
 Epanutin 1-0-0amp., i.v.
 Ranital 1-0-1amp., i.v.
 Lendacin 1-0-1 g, i.v ve 100 ml FR á 12h
 Algifen 1-1-1amp. i.v., při bol., max. po 8 hod
 Fraxiparin 0.3ml 1-0-1 s.c.

3. pooperační den

Nálada pacientky se zhoršila, je smutná a negativistická. Špatnou náladu přisuzují vzniklým komplikacím v uzdravení. Tlakově v normě, afebrilní. Bolesti hlavy častější, ale po analgetikách dočasná úleva. Fluktuace rány trvá, opět přiložena komprese. Otok oka se zmenšil. Medikace beze změn.

4. pooperační den

Pacientka stále v depresivní náladě. Velice špatně snáší pomalé uzdravování. Stýská se jí po domově, je plačtivá. Oběhově v normě, bez teploty. Bolesti občasně. Fluktuace v ráně se zmenšila – komprese je odstraněna. Otok pravého oka ustoupil. CŽK funkční, CVP stále v normě. V noci pacientka udává řídký výtok z nosu, objevila se likvorea, lékař informován. Medikace nezměněna.

5. pooperační den

Z důvodu trvající likvoriei zavedena ráno lumbální drenáž. Výkon proběhl bez komplikací, na první pokus. LD odvádí nažloutlý mozkomíšní mok. Dle ordinace lékaře posílám mozkomíšní mok na cytologické, biochemické a bakteriologické vyšetření. Pacientka edukována o riziku komplikací při vstávání při otevřené drenáži, proto vždy vyčká uzavření. Při ošetřování LD postupuji přísně asepticky! CŽK vytažen, z důvodu zachování žilního přístupu zaveden PŽK. Nemocná se drží tlakově v normě, mírně subfebrilní. Bolesti hlavy se snížily. Pacientka se po psychické stránce cítí lépe, doufá v brzké uzdravení. Podávaná medikace zůstává beze změn.

6. – 9. pooperační den

Stav pacientky beze změn. Cítí se dobře (fyzicky i psychicky). Bolesti mírné, snesitelné. Oběhově v normě, bez teploty. PŽK i LD funkční. LD byla uzavřena na 24 hodin a sledovalo se, zda se znovu neobjeví opětovné potíže, jako byla likvorea a fluktuace v ráně. Pacientka je afebrilní, cítí se dobře.

10. – 12. pooperační den

Rána klidná, bez fluktuace. Pacientka neudává sekreci z nosu. Cítí se dobře. Proto mohla být LD vytažena. Díky tomu se snížilo riziko vzniku infekce, z toho důvodu se již nepodávají ATB. PŽK vytažen.

Jsou vyndány stehy z operační rány. Pacientka se cítí dobře. Neurologicky i oběhově beze změn. Medikace ponechána.

Bylo provedeno kontrolní vyšetření MRI, kde byl zjištěn minimální otok v okolí výkonu s minimální destrukcí okolních tkání. Stav pacientky je stabilní, analgetické tlumení bolesti vyžaduje minimálně.

13. pooperační den

Pacientka je přeložena na Neurologickou kliniku Thomayerovy nemocnice k doléčení a rehabilitaci. Obdržela od nás lékařskou překladovou a ošetrovatelskou zprávu. Byla poučena o pravidelných kontrolách na naší klinice. Jejich součástí je i vyšetření MRI. Pacientka je odvážena sanitním vozem bez doprovodu.

4 Edukace

Edukace(výchova) je cílevědomé, záměrné, soustavné a organizované působení na člověka. Jde o komunikační proces, který sníží nebo eliminuje úzkosti a obavy pacienta a podporuje proces uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Cílem edukace je podpora nemocné, podání srozumitelných informací, znalost problematiky onemocnění, zdůraznění prevence a pochopení zodpovědnosti za své zdraví.

4.1 Edukační plán

Edukační plán je zaměřen na pacientku trpící obezitou. Cílem edukace je poskytnout informace o základních nutričních principech, jako je kalorická hodnota potravy a praktické metody změny stravovacích návyků. Poučit ji o zdravotních komplikacích souvisejících s obezitou, o prevenci komplikací a o možnosti snižování nadváhy.

4.2 Význam edukace

Snižováním tělesné hmotnosti předejdeme řadě komplikací spojených s obezitou (srdečně cévní onemocnění, onemocnění kloubů, dýchací problémy aj.), upravíme životní styl formou zdravé výživy a pravidelným cvičením. Pacientka se jistě bude cítit lépe.

4.3 Technika edukace

Pacientku poučíme verbálně, předáme letáčky s ukázkami zdravého jídelníčku, formou videa poučíme o možných komplikacích spojených s obezitou.

4.4 Dokumentace edukace

Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje kontinuitu, informovanost a chrání před trestným stíháním.

Pokud pacient odmítne edukaci je nutné provést o tomto záznam.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila podat základní informace o onemocnění a přiblížit tak problematiku léčení meningiomu.

Po celou dobu hospitalizace byla pacientka velmi spolupracující, komunikativní. Dodržovala léčebný režim, dbala všech pokynů a rad veškerého ošetřovatelského personálu.

Rodina se snažila velmi pomáhat, manžel se zúčastnil i edukace ohledně redukce hmotnosti. Přislíbil svoji pomoc.

Snažila jsem se popsat ošetřovatelský proces, který trval 15 dní hospitalizace.

S pacientkou byla výborná spolupráce. Dle mého názoru jsem stanovené cíle splnila.

Z pohledu lékařů má pacientka velmi dobrou prognózu, musí ale pravidelně docházet na kontroly MRI, aby se předešlo recidivě nádoru. Domnívám se, že pacientka byla s péčí na naší klinice velmi spokojená.

Seznam literatury

1. Doengers M.E., Moorhouse M.F., Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8
2. Trachtová E. a kol., Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, NCONZO Brno, 1999, ISBN 80-7013-285-X
3. Marečková J., Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1399-3
4. Kolierová B., Ošetrovatel'stvo, Oveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0
5. Archalousová A., Ošetrovatelská péče, Karolinum, 2006, ISBN 80-246-1113-9
6. Světová zdrav. organizace, Lemon 1., NCONZO Brno, 1996, ISBN 80-7013-234-5
7. Pavlíková S., Modely ošetrovatelství v kostce, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211-3
8. Nejedlá M., Fyzikální vyšetření pro sestry, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1150-8
9. Zeman M. et al., Speciální chirurgie, Galén, 2004, ISBN 80-7262-260-9
10. Kozler P. et al., Intrakraniální nádory, Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-452-2

Seznam příloh

Příloha č. 1 Tabulka č.1 - Klasifikace obezity a jejich rizik podle BMI	48
Příloha č. 2 Tabulka č. 2 - Glasgow Coma Scale	48
Příloha č. 3 Tabulka č. 3 - Barthelův test základních všedních činností /ADL-activity daily living)	49
Příloha č. 4 Tabulka č. 4 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů (Nortonová)	50
Příloha č. 5 Obrázek č.1 – Edukační záznam	51
Příloha č. 6 Obrázek č. 2 – Zobrazení meningiomu na AG	52
Příloha č. 7 - Postup při zaškolování pacienta, kontrolní testy	53

Tabulka č. 1

Klasifikace:	BMI	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená váha	≤ 25,00	
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I.stupně	30,0 – 34,9	Středně zvýšené
Obezita II.stupně	35,0 – 39,9	Velmi zvýšené
Obezita III.stupně	≥ 40,0	Vysoké

Tabulka č. 2

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neadekvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
	CELKEM:	

Tabulka č. 3

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Tabulka č. 4

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	XI.30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Obrázek č. 1

Příjmení: _____
 Jméno: _____
 R.č.: _____

Edukační záznam

Věstaň pacientů (a: zdravotní zařízení)

 hospitovaní pacient
 ambulantní pacient
 jiné

Komunikační bariera

 slyšková
 fyzická
 jazyk
 psychická
 kognitivní
 nerozpoznání lidí

Odstředění

Téma edukace

výživa
 sebezdraví
 užívání léků
 dijeta
 mobilizace
 péče o prsty
 péče o svaly
 akompenzace
 prevence ICHS (bulžim-dělení
 nevěta + fyzická + udržit)
 prevence TDM

péče o chod. náru
 příčný náru
 náru
 bezpečná koupel
 průhled
 edukace hypertenzí
 udržování péče v terénu
 příprava před vyhozen
 edukace ož. sezení
 edukace akce péče

Téma edukace

 jiné

Použití metody

 ústně
 audio
 audio, video, TV
 jiné
 přímou
 náru

Edukace v průběhu hospitalizace

Datum	Slovní popis <small>(zahrnuté všechny nemocnice, včetně výuku, praktické zkušenosti, nutno uvést, přič. se, není vhodné podrobit a jiné)</small>	Podpis <small>(Ano, zvlášť)</small>	Podpis <small>(Ano, zvlášť informace)</small>

ÚVN Štábovna

Edukace v průběhu hospitalizace

Datum	Slovní popis <small>(zahrnuté všechny nemocnice, včetně výuku, praktické zkušenosti, nutno uvést, přič. se, není vhodné podrobit a jiné)</small>	Podpis <small>(Ano, zvlášť)</small>	Podpis <small>(Ano, zvlášť informace)</small>

Propuštění

Restruční obdržel:

 lékařskou propuštění zprávu
 ošetrovatelskou předávací zprávu
 pohrzení FN
 poukaz o domácí péči
 lékařská recepty (viz: propuštění zprávu)
 průkaz o tvání PN
 poukaz na ortopedické pomůcky
 ortopedické pomůcky
 poukaz na stomické pomůcky
 stomické pomůcky
 pomůcky k aplikaci inzultu
 dokumentaci z jiného pracoviště, RTG, C.T, MR
 lékařskou předávací zprávu

Zajištění dopravy:

 vlastní
 sanitním vozem
 s doprovodem
 bez doprovodu

Předán do péče:

 praktického lékaře
 AOP
 pečovatelská služba
 Charita
 domova důchodců
 jiného zdr. zařízení
 jiné

Výše uvedené skutečnosti jsem zřídil na vědomí.
 Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou zrozumitelné.
 Podpis nemocného (zákoněného zástupce)

Podpis sestry _____ Datum: _____

Jiné sdělení: _____

ÚVN Štábovna

Obrázek č. 2



Postup při zaškolování pacienta

- snažíme se mluvit s pacientkou nenuceně, bez rozpaků
- nastavíme realistické cíle
- zjistíme zkušenosti a odhodlání pacientky ke snižování tělesné hmotnosti
- zmíníme důležitost zdravého stravování a pravidelného zvyšování pohybové aktivity
- doporučíme pacientce obezitologickou poradnu a možnosti léčby

Kontrolní test pro sestru :

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Pro jaké pacienty je určena edukace k redukci hmotnosti?	Pro pacienty s obezitou, při hodnotách BMI nad 30.
2. Jaké jsou možné choroby spojené s obezitou?	ICHS, diabetes mellitus, CMP, bolesti kloubů a další...
3. Co je důležité při komunikaci s obézním pacientem?	Mluvit s ním nenuceně, bez rozpaků, získat si jeho důvěru, vždy začít rozhovor aj.
4. Jakých druhů potravin se obézní pacient musí vyvarovat?	Hlavně tuků a cukrů.

Kontrolní test pro pacienta :

Kontrolní otázky :	Správné odpovědi :
1.Proč je pro vás důležité snížení váhy?	Obezita způsobuje řadu chorob.
2.Jaké jsou možné choroby související s obezitou?	ICHS,cukrovka,bolesti kloubů,CMP a další...
3. Jaké druhy potravin musíte nejvíce omezit?	Hlavně cukry a tuky.
4.Jaké u vás budou změny ve stravování?	Menší porce v kratším intervalu, jídlo servírovat na malý talíř, jíst pomalu, zapisovat si příjem jídla aj..