

25 Ošetrovatelský proces u pacienta s poraněním míchy

1 Identifikační údaje

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: mužské
Datum narození: 1953	Věk: 61 let
Vzdělání: vyučen	Zaměstnání: elektrikář
Stav: ženatý	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 16. 5. 2013	Zhodnocení provedeno: 16. 5. 2013
Oddělení: Centrum Paraple	Ošetřující lékař: MUDr. X. Z.

Medicínská diagnóza hlavní:

- poranění míchy- tetraplegie

Medicínské diagnózy vedlejší:

- hypertenze, nyní bez terapie

- deprese, nyní bez projevů

- neurogenní dysfunkce dolních močových cest a střeva

- stav po UPV (úplné plicní ventilaci) a tracheostomii

Vitální funkce při přijetí:

TK: 110/60 mmHg	Výška: 180 cm
P: 93 min.	Hmotnost: 90 kg
D: 18 min.	BMI: 27 – mírná nadváha
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: velmi omezená
Stav vědomí: +	Krevní skupina: A Rh+

2 Nynější onemocnění

Dne 22. 5. 2013 byl pacient přivezen rychlou zdravotnickou službou do nemocnice v Benešově s kolapsem nejasné etiologie se zástavou oběhu, pádem a úderem hlavou o obrubník. U pacienta proběhla úspěšná resuscitace. V nemocnici zjištěna fraktura těla axisu (C2) s inkompletní transverzální míšní lézí. Neurologický obraz tetraplegie – ztráta veškerého míšní činnosti distálně od postiženého míšního segmentu (míšní šok). S poruchou funkce všech končetin, trupu, orgánů břicha a pánve. Ventilací nedostatečnost (vitální kapacity plic 5 -10 %, odkašlávání nepřítomno. Následně podpora oběhu katecholaminy. Pacient byl následně převezen na ARO ÚVN, kde byla dne 31. 5. 2013 provedena stabilizace C páteře. Den po stabilizaci páteře byla několikrát epizoda bradykardie s asystolií do 10 s., po cca 10 s. obnova rytmu. Dne 10. 6. 2013 převezen zpět na ARO Benešov, kde byl pacient na UPV s podporou oběhu a diurézy. Postupně odpojován. Přešel posléze na plnou enterální výživu. Od 13. 6. 2013 byl pacient bez ATB, přeléčena uroinfekce. Od 1. 7. 2013 vysazena podpora oběhu katecholaminy. Dne 27. 6. 2013 je již pacient spontánně ventilující, síla odkašlávání je dostatečná. Dne 2. 7. 2013 došlo skokovému zlepšení hybnosti. Pacient je schopen se stabilizací trupu sedět s oporou zad. Přítomen aktivní pohyb ramen, pacient při obsluze vůbec nepomůže. Po stabilizaci stavu byl pacient převezen do Fakultní nemocnice Motol na spinální jednotku. Následoval pobyt v rehabilitačním centru Kladruby.

Nyní od 16. 5. do 25. 5. 2013 je pacient na dobrovolném rehabilitačním pobytu v centru Paraple.

Informační zdroje:

Pacient, ošetrovatelská dokumentace, rodina pacienta, lékař.

3 Anamnéza

Osobní anamnéza a rodinná anamnéza:

Matka: žije, nikdy vážněji nestonala

Otec: zemřel v 79 letech na IM

Sourozenci: žádní

Děti: 1 dcera (20 let) - zdráva, 1 syn (17let) - zdrav

Překonaná a chronická onemocnění:

ICHS, hypertenze, sledován pro depresivní syndrom na psychiatrii

Hospitalizace a operace:

Tříselná kýla v minulosti

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: běžná

Léková anamnéza:

Před úrazem:

Prestarium Neo tbl., 1–0–0, antihypertenzivum

Adjuvin tbl. 150 mg, 1–0–0, antidepresivum

Aktuálně:

Prestarium Neo tbl., 1–0–0, antihypertenzivum

Lexaurin tbl. 1,5 mg, 0–1–1, psychofarmakum

Verospiron tbl. 50 mg, 2x1, diuretikum

Bisacodyl supp. á 2-3 dny

Péče o ránu:

Dekubitus je II. stupně o velikosti 2x3 cm – ošetřován 1x denně (a dle potřeby), oplach Prontosanem, krytím hydrokoloidním krytím- Granuflexem a sterilním krytím.

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřák

Káva: 1x denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: před úrazem pacient bydlel v bytě v 1. patře bez výtahu, nyní bydlí s manželkou v jiném bytě, kde mají k dispozici výtah

Záliby: rodina, knihy, křížovky

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: elektrikář

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: v roce 2013 přidělen invalidní důchod

Vztahy na pracovišti: velmi dobré

Ekonomické podmínky: průměrné

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: nevěřící

4 Utřídění informací podle modelu Virginie Henderson ze dne 16. 5. 2013

1) Pomoci pacientovi normálně dýchat

Objektivně: Frekvence dýchání 18-20 dechů za minutu. Dýchání je povrchní, bez oxygenoterapie. Pacientovi se lépe dýchá ve zvýšené poloze horní části těla. Pacient má k dispozici polohovatelné lůžko, které se mu dle jeho potřeby nastaví. Pacient je bez kašle a sputa.

Subjektivně: „*Ted' už se mi dýchá dobře, ale pořád to není to, co bylo dřív. Krátce po úrazu jsem dýchat nemohl skoro vůbec. Lepší je, když mám zvednutý podhlavník lůžka.*“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

2) Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin

Objektivně: Chuť k jídlu má pacient velmi dobrou. Je nutné hlídat potraviny, které konzumuje, kvůli nedostatku pohybu je velký sklon k nadváze. K příjmu potravy pacient potřebuje asistenci z důvodu základního onemocnění. Není schopen se sám najíst. Krátce po zranění u pacienta došlo k úbytku váhy o 10 kg na 80 kg, nyní je váha v rozmezí podobném jako před zraněním. BMI pacienta je 27. V pacientově stravě se vyskytují potraviny, které podporují peristaltiku střev kvůli složitému vyprazdňování. V den vyprazdňování pacient konzumuje Vincentku, která mu pomáhá.

Na pitný režim pacient dbá, pije často. Nejčastěji pacient pije slazené čaje či čistou vodu. Jeho denní příjem je běžně 2-3 litry. Tekutiny pacient přijímá s asistencí. V nočních hodinách má pacient dlouhé brčko, ze kterého může přijímat tekutiny sám.

Subjektivně: „*Jídlo mi chutná, rád bych jedl víc, ale vím, že to nejde, abych nebyl tlustý. Potřebuju krmít, dříve mi to bylo dost nepříjemné, ale nyní už jsem si zvykl. Doma mi dávala jídlo a pití manželka, ve vašem zařízení se o mne v téhle oblasti starají sestřičky nebo sanitáři.*“

Měřicí technika: BMI 27 (hodnoty v rozmezí 25-29,9 značí nadváhu, zdravotní riziko je nízké).

Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost v oblasti přijímání jídla a pití, nadváha-nízké zdravotní riziko.

3) Pomoc pacientovi při vylučování

Objektivně: Pacient se vyprazdňuje na lůžku s asistencí sester, sanitářů či manželky. K vyprázdnění dochází jednou za 2-3 dny po zavedení Bisacodilových čípků. Poslední stolice byla 15. 5. 2013. Pacientovi trvá vyprázdnění obvykle 2 hodiny, kdy leží na boku, bohužel se někdy vyprázdnění nepovede a tak je nutné digitální vybavení stolice či následné zavedení dalšího čípku. Stolica je formovaná, bez viditelných příměsí, fyziologického zbarvení. Vylučování moče - pacient má zavedený Tiemanův PMK na spád. Pacient trpí urologickými infekcemi, během léčby byly diagnostikovány opakovaně. Nyní bez obtíží. Moč je fyziologicky zbarvená, mírně zapáchající. Pacientovi je pravidelně vyprazdňován sáček s močí ve dne i přes noc. Pocení je fyziologické. Pokožka je suchá s rizikem vzniku dekubitu.

Subjektivně: „Dříve mi bylo vyprazdňování s pomocí nepříjemné, úplně se mi to přičilo, teď už je to lepší. Člověk si asi zvykne časem na všechno. Doma mi vylučování s manželkou nevadí, ale u vás se zatím stydím. Bez čípků bych se nevyprázdnil. Na čůrání mám sáček, který se plní močí a pak se vypouští.“

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: zácpa, riziko infekce, stud

4) Pomoc pacientovi při udržování, optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)

Objektivně: Pacient má antidekubitní lůžko, polohování probíhá ve 22,00, kdy se pacient otáčí na levý bok, ve 24,00 následuje otočení na záda a ve 4,00 na pravý bok kvůli odlehčování již vzniklého dekubitu a prevenci výskytu dalších proleženin a otlaků. Přes den je pacient na elektrickém invalidním vozíku, který ovládá ústy. Po obědě je pacient na dvě hodiny uložen do lůžka k odpočinku. Přesun provádí dva sanitáři. Pacient je při změnách polohy zcela závislý na péči a pomoci druhých. Pacient je v centru Paraple na rehabilitačním pobytu, každý den tedy absolvuje cvičení s fyzioterapeutem a spoustu dalších aktivit.

Subjektivně: „Sám se nikam nepřesunu, ani si nic neudělám, takže potřebuju pomoc. Naštěstí mám elektrický vozík, který dokážu obsluhovat sám. Tady v Parapleti hodně cvičím, což mi pomáhá.“

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost v jakémkoliv pohybu, riziko pádu

5) Pomoc pacientovi při spánku odpočinku

Objektivně: Pacient se spánkem potíže nemá. Každé čtyři hodiny musí být v noci buzen kvůli polohování, poté mu nedělá problém znovu usnout. V centru Paraple má hodně aktivit a tak se cítí unavenější než v domácím prostředí. Odpoledne odpočívá dvě hodiny v lůžku, pokud mu tento odpočinek nestačí, vynechá po domluvě nějaké cvičení. Doma odpočívá pacient více, rád poslouchá klidnou muziku či relaxuje při puštěné televizi.

Subjektivně: „Usínám většinou hned, polohování mi potíže nedělá, usnu pak zase hned. Přes den se doma unavený necítím, ale tady u vás trochu jo, je tu více aktivit. Není naštěstí problém si jít na chvíli lehnout.“

Měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

6) Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání

Objektivně: Pacient není schopen se samostatně obléknout ani svléknout. K těmto úkonům potřebuje asistenci. Doma ho obléká i svléká manželka, v centru Paraple sanitáři či sestry. Každé ráno si pacient po domluvě vybere oblečení, pokud přes den potřebuje přobleknout nebo naopak svléknout, přijede si říct. Pacientovi bývá často zima, a tak je zapotřebí většinou více vrstev oblečení. Pacient i v letních měsících nosí mikiny.

Subjektivně: „Nezvládám se sám obléknout, potřebuju pomoct. Rád nosím volné oblečení. Co jsem po úraze, je mi často zima, takže často nosím více vrstev oblečení.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost v oblasti oblékání a svlékání

7) Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)

Objektivně: Pacientovi je často zima, má k dispozici dvě deky, které občas využije. Tělesná teplota se u pacienta neměří, pouze na vyžádání, nebo pokud se necítí dobře. Pacient má tělesnou teplotu v normě 36-36,9 °C.

Subjektivně: „Je mi zima skoro pořád, i když takhle v létě je to samozřejmě trošku lepší.“

Měřicí technika: digitální teploměr

Ošetrovatelský problém: porucha termoregulace

8) Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Objektivně: Pacientovi je hygienická péče prováděna na lůžku denně a to ráno. Zahrnuje umytí intimních partií, jejich následné promazání ochranným krémem Menalindem. Každé ráno je pacientovi proveden převaz dekubitu, jehož lokalizace je na sedacím hrbole. Dekubitus je II. stupně o velikosti 2x3 cm - ošetřován 1x denně oplachem Prontosanem, hydrokoloidním – Granuflexem a sterilním krytím. V koupelně jsou pacientovi sanitářem či sestrou vyčištěny zuby, omyt obličej a učesány vlasy. Večer se tyto procedury opakují. Jednou za 3 dny (po vyprazdňování stolice) je pacient odvezen na koupacím vozíku do koupelny, kde je asistentem vysprchován. Následně je promazáno celé tělo krémem (včetně predilačních míst), intimní partie Menalindem. Nehty má pacient čisté a krátké. Střih vlasů je také krátký, kvůli snadnému udržování. Pacient má vlastní hygienické pomůcky.

Subjektivně: „Vždycky jsem se o sebe staral sám, to mytí od cizích mi trošku vadí, ale sprchování je příjemný, to mi dělá dobře. Jen to zabere dost času, jak mě musí přesouvat více lidí na vozík a pak do postele.“

Měřicí technika: škála dle Nortonové- 19 bodů (riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně). Barthelové test základních všedních činností (ADL) - 20 bodů (hodnoty 0-40 značí vysokou závislost).

Ošetrovatelský problém: nesoběstačnost při udržování čistoty, úpravy těla a ochraně pokožky, dekubitus II. stupně, hodnocení dle Northenové 19 bodů

9) Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých

Objektivně: Pacient má na lůžku z obou stran zábrany, které se zvedají v noci na žádost pacienta. Léky má pacient na sesterně, jsou mu pravidelně vydávány. V okolí postele nemá pacient žádné nástrahy, které by mu mohly ublížit.

Subjektivně: „Nejsem si tu jistý, trochu se bojím cizího prostředí. Vždycky mi déle trvá si zvyknout. Jinak se ale nebojím, že by mi tu někdo měl ublížit.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: strach z neznámého prostředí

10) Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Objektivně: Pacientovi komunikace nedělá žádné potíže, je velmi otevřený. Často vyžaduje kontakt se sestrami a ostatními zaměstnanci Paraplete. Pacient má na pokoji spolubydlícího, s kterým se velmi spřátelil, hodně si povídají, koukají spolu na sportovní kanály v televizi. Pacient si každý den telefonuje s manželkou, které vypráví, co se ten den dělo.

Subjektivně: „Rád si s ostatními povídám, jenom nerad mluvím o svých problémech, připadá mi, že obtěžuju.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

11) Pomoc pacientovi při vyznání jeho víry

Pacient ani jeho rodina nejsou věřící.

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

12) Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Objektivně: Pacient není po úraze schopen dále vykonávat svou profesi, ani provádět koníčky, které dříve měl. K veškeré činnosti potřebuje asistenci. Manželka se doma snaží co nejvíce manžela zapojovat do pracovních činností, i když jeho pomoc může být pouze verbální. V centru Paraple má pacient spoustu sezení s ergoterapeuty, kteří s ním soběstačnost v rámci jeho stavu nacvičují. Každý den se pacientovi věnuje také fyzioterapeut, se kterým cvičí.

Subjektivně: „Dost mi vadí, že už nemůžu pracovat, doma jsou dny dlouhé. Tady to utíká mnohem lépe, když mám spoustu aktivit a činností.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: celková nesoběstačnost

13) Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Objektivně: Pacient rád relaxuje, nejčastěji si nechává pouštět muziku, jeho nejoblíbenější žánr je jazz. Často si také předčítá knihy, obvykle detektivky. U čtení knih potřebuje asistenci při obracení stránek. V televizi rád sleduje dokumentární pořady či sportovní přenosy různých sportů – všech disciplín.

Subjektivně: „Rád si pouštím muziku, při ní zapomenu na chvíli na ty svoje problémy nebo čtu knihy, ale to mi trochu vadí, že obtěžuju s obracením stránek.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

14) Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti (což vede k normálnímu vývoji a zdraví)

Objektivně: Pacientovi bylo po úraze podáno již mnoho informací, musel se naučit žít jinak a nově. Nemůže dělat věci tak, jak byl zvyklý před úrazem. Ke všem činnostem potřebuje asistenci, které už je schopen vše vysvětlit a poučit jí.

Subjektivně: „Myslím, že už můžu říct, že se spoustou věcí jsem se už naučil žít, i když je to hodně těžký.“

Měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

5 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: 0

Konzervativní léčba: Ortézy na ruce

Dieta: 3

Pohybový režim: Polohování v noci à 4 hodiny pomocí polohovacích polštářů a klínu, na noc ortézy na ruce.

Péče o ránu:

Dekubitus je II. stupně o velikosti 2x3 cm – ošetřován 1x denně (a dle potřeby), oplach Prontosanem, hydrokoloidním krytím – Granuflexem a sterilním krytím.

6 Situační analýza

Dne 22. 5. 2012 byl pacient přivezen rychlou zdravotnickou službou do nemocnice v Benešově s kolapsem nejasné etiologie se zástavou oběhu, pádem a úderem hlavou o obrubník. U pacienta proběhla úspěšná resuscitace. V nemocnici zjištěna fraktura těla axisu (C2) s inkompletní transverzální míšní lézí.

Nyní 16. 5. 2013 je pacient rok po svém úrazu, cítí se po fyzické stránce lépe. Pacient má dlouhodobě zaveden PMK 3 týdny, je tedy plánována výměna cévky z důvodu rizika infekce. Na sedacím hrbolu má pacient dekubitus II. stupně o rozměrech 2x3 cm, o který nebylo doposud dostatečně pečováno. Rána se každý den čistila pouze Betadinovým roztokem a sterilně kryla. V centru Paraple se bude věnovat dekubitu zvýšená pozornost, Nortonova škála je u pacienta 17 (pacient má riziko vzniku dekubitu). Nově je použita technika vlhkého hojení ran (Prontosan oplach, hydrokoloidním krytím Granuflexem, sterilní krytí). Celkově se cítí v neznámém prostředí nejistý, ale je to pro něho změna, kterou vítá. Pacientova hybnost se zatím nepovedla obnovit a šance na zlepšení hybnosti jsou omezené - Barthelové test základních všedních činností ADL je 20 - vysoce závislý. Potřebuje tedy asistenci při hygieně, příjmu potravy, mytí, oblékání a úpravě zevnějšku. Je nutné dbát zvýšené opatrnosti při manipulaci s pacientem a při polohování à 4 hodiny (na noc používá ortézy). Je mu často zima, jeho oblečení je více vrstevnaté. Trpí mírnou nadváhou má BMI index 27. Po úraze je pacient v invalidním důchodu, spolupráce s manželkou je dobrá. Za celý rok byl v domácím prostředí pouze 1 měsíc. Teď je na pobytu (od 16. 5. – 20. 5. 2013) v centru Paraple.

7 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle priorit ke dni 16. 5. 2013

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz pro pacienta byla použita didaktická pomůcka NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014.

1) Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- poškozená tkáň (kůže, podkoží)
- zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické faktory (tlak, střížné síly, tření)

Priorita: střední

2) Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny
- neschopnost usušit si tělo
- neschopnost opatřit si potřeby ke koupání
- neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození
- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

3) Deficit sebepéče při stravování (00102)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Určující znaky:

- neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům
- neschopnost zacházet s příborem
- neschopnost přijímat jídlo bezpečně
- neschopnost otevírat nádoby (obaly)
- neschopnost uchopit hrnek nebo sklenici
- neschopnost polykat jídlo
- neschopnost používat pomocná zařízení/pomůcky

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození

- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

4) Deficit sebeděže při oblékání (00109)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděže

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost obléknout si potřebné části oděvu
- neschopnost zvolit oblečení
- neschopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození
- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

5) Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- uvádí obavy
- uvádí sníženou sebejistotu
- uvádí zvýšené napětí

Související faktory:

- přirozené (ztráta fyzické podpory)
- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. pobyt, nemocniční procedury)
- neobeznámenost s prostředím

Priorita: střední

6) Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování/výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřené tuhé, suché stolice.

Určující znaky:

- změny ve vzorci vyprazdňování
- snížená frekvence stolice
- snížený objem stolice
- pociťování tlaku v rektu
- tvrdá, formovaná stolice
- námaha při defekaci

Související faktory:

- funkční
- nedostatečné vyprazdňování (chybí načasování, pozice pro vyprazdňování, soukromí)
- nedostatečná fyzická aktivita
- nepravidelné defekační návyky
- nedávné změny prostředí

Priorita: střední

7) Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

nedostatečná primární obrana (porušená kůže – katetrizace PMK)
prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

8 Rozpracované ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče

16. 5. - 20. 5. 2013

8.1 Narušená integrita tkáně (00044)**Narušená integrita tkáně (00044)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- poškozená tkáň (kůže, podkoží)
- zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické faktory (tlak, střížné síly, tření)

Cíl dlouhodobý: Pacient má plně zhojený dekubit - do půl roku.

Cíl krátkodobý: Pacient má částečně zhojený dekubitus (z velikosti 2x3 cm – se zmenší na 1x1 cm) - do tří měsíců.

Očekávané výsledky:

- Pacientovi je známa nutnost specifické péče o dekubitus - do jednoho dne.
- Pacient ví, že léčba dekubitu je dlouhá - do jednoho dne.
- Pacient ví, jaké pomůcky se mají používat při převazu - do dvou dnů.
- Pacient dodržuje péči o dekubit (např. spolupracuje při polohování) - každý den.
- Pacient v noci odlehčuje místo s dekubitem - každou noc.
- Pacient umí vysvětlit ostatním, jak se o dekubit starat - do týdne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Vysvětlí pacientovi, které pomůcky používá - všeobecná sestra, vždy při převazu.

2. Zajisti při převazu dostatek soukromí a dodržuj postup dle standardu pracoviště, proved' záznam do lékařské a ošetrovatelské dokumentace a zhodnot' ránu ve formuláři „péče o ránu“ - všeobecná sestra, 1xdenně a dle potřeby.
3. Použivej při převazu ochranné rukavice a dodržuj aspekty bariérové ošetrovatelské péče - všeobecná sestra, vždy.
4. Postupuj při převazu asepticky - všeobecná sestra, vždy.
5. Ukaž pacientovi a jeho manželce správnou techniku převazu - všeobecná sestra, při převazu do 2 dnů.
6. Zapisuj vývoj dekubitu do dokumentace (včetně fotodokumentace) - všeobecná sestra, denně.

Realizace 16. 5. - 20. 5. 2013:

Pacientovi jsme při příjmu zkontrolovali a vyfotografovali dekubitus o velikosti 2x3 cm. Každé ráno je pacientovi rána převazována, nejprve se odstraní použité krytí, rána je očištěna Prontosanem, následně se na ránu přiloží hydrokoloidní krytí Granuflex, začervenalé okolí dekubitu se ošetří Menalindem, vše je nakonec překryto fólií na kterou se dále přikládají sterilní čtverce a Omni fix. V průběhu převazu má sestra nasazeny ochranné rukavice a k dispozici má emitní misku, do které je ukládán infekční odpad. Dne 18. 5. je pacient sprchován, rána je ve sprše odrytá, sestra dává pozor, aby se do rány nedostalo mýdlo a jiné dráždivé látky. Po sprše je pacient přesunut na lůžko, kde je rána důkladně očištěna Prontosanem a následně osušena sterilním čtvercem, v převazu se dále pokračuje jako v předchozích dnech. Sestra po celou dobu převazu s pacientem komunikuje, třetí den se převazu účastnila manželka. Pacientovi je popisován postup převazu tak, aby mohl koordinovat manželku, která bude převazy vykonávat v domácím prostředí. Při převazu je pacient na pokoji sám se sestrou, pro zachování soukromí. Při odpoledním odpočinku na lůžku, je pacientovi krytí dekubitu kontrolováno. Pokud krytí dostatečně nedrží či je znečištěno, provede se převaz opakovaně. Při večerní hygieně je omyto okolí převazu, v případě znečištění, je rána opět převázána. Je uložen na bok, aby sedací kost byla odlehčena. Každou noc je prováděno polohování ve 22,00 na levý bok, 24,00 na záda, 4,00 na pravý bok.

Hodnocení: 20. 5. 2013

Cíl splněn částečně. Okraje rány jsou klidnější, méně podrážděné. V léčbě dekubitu se nadále musí pokračovat. Pacient ví, jak o dekubitus pečovat. Zvládne vysvětlit, jak se převaz provádí. Dále pokračují intervence číslo 1, 2, 3, 4, 5 a 6.

8.2 Deficit sebepéče při koupání (00108)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepečce

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny

- neschopnost usušit si tělo
- neschopnost opatřit si potřeby ke koupání
- neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození
- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je maximálně soběstačný v oblasti koupání a hygieny - po dobu pobytu v centru Paraple.

Cíl krátkodobý: Pacient je smířený s nutností pomoci ostatních při péči v oblasti koupání a hygieny - do týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, jak při péči o sebe sama pomáhat při koupání a hygieně - do jednoho dne.
- Pacient se verbálně podílí na péči o sebe sama v oblasti hygieny a koupání - denně.
- Pacient sděluje své potřeby v oblasti koupání a hygieny ošetřovatelskému týmu - do dvou dnů.
- Pacient má při koupání a hygieně, dostatek soukromí - denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot pacientovu soběstačnost dle Bartelové skóre základních každodenních činností - všeobecná sestra, do dvou hodin.
2. Zjistěte, zda je poškození trvalé v oblasti hygieny a koupání nebo zda je možnost zlepšení - všeobecná sestra, do jednoho dne.
3. Zhodnot pacientův psychický stav při péči o něj - všeobecná sestra, do dvou dnů.
4. Dej pacientovi dostatek času k vyjádření svých názorů a připomínek k péči o sebe sama v oblasti koupání a hygieny - ošetřovatelský tým, všeobecná sestra, ošetřovatelka, při každé asistenci.
5. Vybuduj si u pacienta dostatečnou důvěru - ošetřovatelský tým, do tří dnů.
6. Při úkonech osobní péče v oblasti hygieny a koupání zajisti pacientovi dostatek soukromí - ošetřovatelský tým, vždy.
7. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a přání pacienta - všeobecná sestra, vždy.
8. Spolupracuj při péči o pacienta s jeho rodinou - všeobecná sestra, denně.

Realizace od 16. 5. – 20. 5. 2013:

Nejprve je seznámen s chodem centra. Následuje rozhovor se všeobecnou sestrou, která zhodnotila jeho stav pomocí Barthelové skóre (20 bodů – vysoce závislí), jeho soběstačnost se v průběhu péče nezměnila - hodnota Barthelové testu zůstala konstantní. Všeobecná sestra vyslechne jeho požadavky a prosby. Vše důkladně zaznamená do dokumentace a předá ostatním členům ošetřovatelského týmu. Pacient se sestře zmíní, že mu je péče od cizích lidí nepříjemná. K pacientovi se snaží chodit jen omezené množství

ošetřovatelského týmu z důvodu studu při osobní hygieně. Pacientovi je každé ráno prováděna hygiena na lůžku, kdy je zajištěno soukromí zástěnami mezi lůžky. V koupelně je provedena péče o dutinu ústní a vlasy. Při večerní hygieně je opět dbáno na soukromí a stud pacienta.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně. Pacientovi byly splněny všechny jeho potřeby v rámci možností pracoviště. Pacient neměl žádné přehnané nároky v oblasti koupání a hygieny. Hodnota Barthelové testu zůstala konstantní. Pacient si na ošetřovatele, kteří mu asistovali, zvykl. Byl ochotný si nechat asistovat i od ostatních členů týmu. Věděl, že jsou v zařízení všichni profesionálové a svou práci vykonávají ohleduplně. Dále pokračují intervence číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8.

8.3 Deficit sebepéče při stravování (00102)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepečce

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Určující znaky:

- neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům
- neschopnost zacházet s příborem
- neschopnost přijímat jídlo bezpečně
- neschopnost otevírat nádoby (obaly)
- neschopnost uchopit hrnek nebo sklenici
- neschopnost polykat jídlo
- neschopnost používat pomocná zařízení/pomůcky

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození
- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je maximálně soběstačný v oblasti výživy - po dobu pobytu v centru Paraple.

Cíl krátkodobý: Pacient je smířený s nutností pomoci ostatních při péči o výživu - do týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, jak při péči o sebe sama pomáhat při příjmu potravy - do jednoho dne.
- Pacient se verbálně podílí na péči o sebe sama v oblasti výživy - denně.
- Pacient sděluje své potřeby v oblasti výživy ošetřovatelskému týmu - do dvou dnů.
- Pacient má při jídle a pití dostatek soukromí - denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' pacientovu soběstačnost dle Bartelové skóre základních každodenních činností - všeobecná sestra, do dvou hodin.
2. Zjistěte, zda je poškození trvalé v oblasti výživy nebo zda je možnost zlepšení - všeobecná sestra, do jednoho dne.
3. Zhodnot' pacientův psychický stav při péči o něj - všeobecná sestra, do dvou dnů.
4. Dej pacientovi dostatek času k vyjádření svých názorů a připomínek k péči o sebe sama v oblasti výživy - ošetřovatelský tým, při každé asistenci.
5. Vybuduj si u pacienta dostatečnou důvěru, ošetřovatelský tým, do tří dnů.
6. Při úkonech osobní péče v oblasti výživy zajisti pacientovi dostatek soukromí - ošetřovatelský tým, vždy.
7. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a přání pacienta - všeobecná sestra, vždy.
8. Spolupracuj při péči o pacienta s jeho rodinou - všeobecná sestra, denně.

Realizace od 16. 5. – 20. 5. 2013:

16. 5. 2013 Pacient je přijat k pobytu v centru Paraple. Nejprve je seznámen s chodem centra. Následuje rozhovor se sestrou, která zhodnotí jeho stav pomocí Barthelové skóre, pacient je vysoce závislý (20 bodů). Vyslechne jeho požadavky a prosby. Vše důkladně zaznamená do dokumentace a předá ostatním členům ošetřovatelského týmu. Pacient se sestře zmíní, že mu je péče od cizích lidí nepříjemná.

17. 5. – 20. 5. 2014 K pacientovi se snaží chodit jen omezené množství ošetřovatelského týmu z důvodu studu při výživě a podávání stravy. Pacient se dle stavu v rámci možností přesune do jídelny, kde je sanitářem či sestrou obslužen. Sám si vybere, co si k snídani přeje. Pokud má během dne pacient nějaké potřeby, přijede si říci. Jedná se o potřebu napít se pomocí speciálního hrnečku a brčka. Při obědě má pacient objednané jídlo, které si sám vybral s přihlédnutím na zácpu, kterou trpí. Sanitář či všeobecná sestra pacientovi podávají stravu.

Hodnocení:

Cíle splněny částečně. Pacient v rámci svých možností maximálně spolupracoval při výživě. Barthelové skóre, zůstává stejné, je neustále vysoce závislý (20 bodů). Splněny mu byly všechny jeho potřeby v rámci možností pracoviště v oblasti výživy. Pacient neměl žádné přehnané nároky při příjmu stravy. Pacient si na ošetřovatele, kteří mu asistovali, zvykl. Byl ochotný si nechat asistovat i od ostatních členů týmu. Věděl, že jsou v zařízení všichni profesionálové a svou práci vykonávají ohleduplně. Dále pokračují intervence číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8.

8.4 Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Určující znaky:

- zhoršená schopnost obléknout si potřebné části oděvu
- neschopnost zvolit oblečení
- neschopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni

Související faktory:

- muskuloskeletární poškození
- neuromuskulární poškození
- bolest
- slabost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je maximálně soběstačný v oblasti oblékání - po dobu pobytu v centru Paraple.

Cíl krátkodobý: Pacient je smířený s nutností pomoci ostatních při péči o oblékání - do týdne.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, jak při péči o sebe sama pomáhat v oblasti oblékání - do jednoho dne.
- Pacient se verbálně podílí na péči o sebe sama v oblasti oblékání - každý den.
- Pacient sděluje své potřeby v oblasti oblékání ošetřovatelskému týmu - do dvou dnů.
- Pacient má při oblékání dostatek soukromí - každý den.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' pacientovu soběstačnost dle Bartelové skóre základních každodenních činností - všeobecná sestra, do dvou hodin.
2. Zjistěte, zda je poškození trvalé v oblasti oblékání nebo zda je možnost zlepšení - všeobecná sestra, do jednoho dne.
3. Zhodnot' pacientův psychický stav při péči o něj - všeobecná sestra, do dvou dnů.
4. Dej pacientovi dostatek času k vyjádření svých názorů a připomínek k péči o sebe sama v oblasti oblékání - ošetřovatelský tým, při každé asistenci.
5. Vybuduj si u pacienta dostatečnou důvěru - ošetřovatelský tým, do tří dnů.
6. Při úkonech osobní péče v oblasti oblékání zajisti pacientovi dostatek soukromí - ošetřovatelský tým, vždy.
7. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a přání pacienta (ohledně výběru oblečení, akceptuj jeho potřebu více vrstevnatého teplejšího oblečení) - všeobecná sestra, vždy.
8. Spolupracuj při péči o oblečení pacienta s jeho rodinou - všeobecná sestra.

Realizace od 16. 5. – 20. 5. 2013:

K pacientovi se snaží chodit jen omezené množství ošetřovatelského týmu z důvodu studu při oblékání. Pacient si poté vybere oblečení, ve kterém se bude přes den cítit dobře. Má u sebe oblečení, které má rád. Často trpí zimou, je nutné akceptovat jeho potřebu každodenně. Pacient se cítí pozitivně a upraveně.

Hodnocení:

Cíle splněny částečně. Pacientovi byly splněny všechny jeho potřeby v rámci možností pracoviště v oblasti oblékání. Neměl žádné přehnané nároky v oblasti oblékání a v péči o zevnějšek. Pacient si na ošetřovatele, kteří mu asistovali, zvykl. Byl ochotný si nechat asistovat i od ostatních členů týmu. Věděl, že jsou v zařízení všichni profesionálové a svou práci vykonávají ohleduplně. Dále pokračují intervence číslo 4, 5, 6, 7 a 8.

8.5 Strach (00148)

Strach (00148)

Doména 9: Zvládnutí/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnutí zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- uvádí obavy
- uvádí sníženou sebejistotu
- uvádí zvýšené napětí

Související faktory:

- přirozené (ztráta fyzické podpory)
- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (např. pobyt, nemocniční procedury)
- neobeznámenost s prostředím

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá strach - do 2 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacient má dostatek informací - do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacient je ubytován na svém pokoji - do půl hodiny
- Pacient zná zásady centra Paraple - do jedné hodiny.
- Pacient zná ošetřovatelský tým - do jedné hodiny.
- Pacient ví, že se může kdykoliv na vše zeptat ošetřovatelského týmu - do jedné hodiny.
- Pacient cítí úlevu po seznámení se s ošetřovatelským týmem - do dvou hodin.
- Pacient se orientuje po centru Paraple - do dvou hodin.

Ošetřovatelské intervence:

1. Ubytujte pacienta na pokoji - ošetřovatelský tým, do půl hodiny.
2. Vysvětlete pacientovi zásady centra Paraple - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
3. Představte pacientovi ošetřovatelský tým - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
4. Proveďte pacienta po centru Paraple - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
5. Poskytněte pacientovi informační leták pro nové členy centra Paraple - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
6. Ochotně vyslechněte pacientovy dotazy - všeobecná sestra, vždy.
7. Podporujte pacienta v seznamování s ostatními pacienty centra Paraple - vždy.

8. Podávej léky dle ordinace lékaře dle standardu pracoviště a sleduj efekt léků na zlepšení psychiky - všeobecná sestra, denně.

Realizace od 16. 5. – 18. 5. 2013

Pacient je po příjezdu do centra Paraple v devět hodin ráno přivítán všeobecnou sestrou, je na něm vidět velká nervozita z neznámého prostředí. Pacient je odveden na pokoj, kde si může nechat své věci, následně je pozván do pracovny sestry, kde s ním je sepsána ošetrovatelská dokumentace obsahující informace o jeho soběstačnosti, požadavcích, fyzickém i psychickém stavu. Všeobecná sestra trpělivě vyslechne a zodpoví pacientovy otázky. Léky na psychiku pacient přijímá bez obtíží, vyžaduje jejich podání. Následně je pacient proveden po centru Paraple, sestra ukazuje všechna důležitá místa, na která se bude muset pacient při pobytu dostavovat. Pacient je poté ponechán na pokoji k odpočinku a pročtení informačního letáčku. V odpoledních hodinách se koná první schůzka všech pacientů, při ní jsou informováni od specializovaných ergoterapeutů, fyzioterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků o průběhu jejich pobytu. Při této schůzce se pacienti vzájemně seznamují. Pacient se po zařízení orientuje bez problému. Kontakt se svým spolubydlícím, který je v centru Paraple opakovaně, pacient navázal. Veškeré zbylé dotazy směřoval na něj. Pacient již není nervózní.

Hodnocení: 18. 5. 2014

Cíle splněny částečně: Pacient nemá strach. Všechny jeho pochybnosti pominuly, když poznal ošetrovatelský tým a svého spolubydlícího. Farmakoterapie účinná. Pacient má dostatek informací. Všechny jeho dotazy byly zodpovězeny. Dále pokračují intervence číslo 6, 7 a 8.

8.6 Zácpa (00011)

Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování/výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

Určující znaky:

- změny ve vzorci vyprazdňování
- snížená frekvence stolice
- snížený objem stolice
- pociťování tlaku v rektu
- tvrdá, formovaná stolice
- námaha při defekaci

Související faktory:

- funkční
- nedostatečné vyprazdňování (chybí načasování, pozice pro vyprazdňování, soukromí)
- nedostatečná fyzická aktivita
- nepravidelné defekační návyky
- nedávné změny prostředí

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se pravidelně (à 3 dny) vyprazdňuje - do půl roku.

Cíl krátkodobý: Pacient zná zásady, které je nutné dodržovat pro zlepšení vyprazdňování - do dvou dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe nutnost asistence při vyprazdňování - do jednoho dne.
- Pacient konzumuje potraviny podporující peristaltiku střev - každý den.
- Pacient dodržuje pravidelnost vyprazdňování pomocí dvou Bisacodylových čípků - každý den.
- Pacient má při vyprazdňování dostatek soukromí - vždy.
- Pacient při nedostatečném vyprázdnění využívá další Bisacodylový čípek - vždy v případě obtíží.
- Pacient se stravuje 4x denně po malých dávkách - do 1 dne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta v oblasti výživy - všeobecná sestra, do dvou hodin.
2. Zajisti při vyprazdňování dostatek soukromí - všeobecná sestra, sanitář.
3. Zaveď pacientovi dva Bisacodylové čípky - všeobecná sestra, každé tři dny pokud se sám nevyprázdní.
4. Při nedostatečné defekaci se pokus pacienta vyprázdnit pomocí digitální stimulace konečníku - lékař s asistencí všeobecné sestry, dle potřeby.
5. Sleduj množství, barvu, konzistenci, příměsí a zápach stolice, prováděj pravidelný záznam - všeobecná sestra, denně
6. Proveď pacientovi po vyprázdnění důkladnou hygienu - všeobecná sestra, vždy.
7. Informuj v oblasti defekace rodinu - všeobecná sestra, do týdne.

Realizace 16. 5. – 20. 5. 2013

Pacient si stěžuje na problémy s defekací. Nedochozí k pravidelnému vyprazdňování, pacient se cítí nadmutý, ale stolice občas ani po zavedení Bisacodylových čípků neodchází. Pacient je poučen o nutnosti dodržovat správné stravovací návyky. Je nutné do jídelníčku zapojovat vlákninu, kompoty, ovocné šťávy s dužinou, dostatek tekutin. Pacientovi je doporučeno vyprazdňovat se pravidelně, nejprve po dvou dnech. Pokud stolice odcházet nebude, prodloužit interval defekace na tři dny. K vyprazdňování by mělo docházet ve stejnou denní dobu.

17. 5. 2013 Pacient má na dnešní den naplánovanou defekaci. Ráno k snídani je mu podán kefír. Pacient má v deset hodin svačinu, ve dvanáct hodin oběd a odpolední svačina se podává ve čtyři hodiny. Po svačině je pacient přesunut na lůžko, kde vyprazdňování probíhá. Pacientovi jsou zavedeny dva Bisacodylové čípky. Do lůžka je vložena ochranná podložka a buněčná vata, jako ochrana proti možnému znečištění. Pacient je v soukromí ponechán na pokoji. Za dvě hodiny je pacient zkontrolován, k vyprázdnění nedošlo. Je tedy přistoupeno k digitální stimulaci konečníku. Pacient je opět ponechán na lůžku po stimulaci ještě dalších 15 minut. Pacient se vyprázdní, je umyt a se sanitářem se přesunul do koupelny k osprchování. Na noc je pacientovi ponechána na lůžku podložka, kvůli možnému nekontrolovanému odchodu stolice. Pacient se

stravuje pravidelně, každý den má vyváženou stravu obsahující vlákninu, ovoce, mléčný výrobek. K defekaci v těchto dnech nedošlo.

Hodnocení:

Cíle splněny částečně. Pacient se na problém vyprazdňování zaměřil a snaží se ho v rámci svých možností odstranit. Za dobu pobytu byl pacient vyprázdněn bez nutnosti aplikovat další čípek, s pomocí stimulace konečníku.

V intervencích je nutné nadále pokračovat. Pacient se na stravu zaměřil, po dobu pobytu v centru Paraple na správné stravování dbá. Dále pokračují intervence číslo 2, 3, 4, 5, 6 a 7.

8.7 Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

nedostatečná primární obrana (porušená kůže – katetrizace PMK)
prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá infekci - po dobu zavedení PMK.

Cíl krátkodobý: Pacient zná péči o PMK - do jednoho dne.

Očekávané výsledky:

- Pacient ví, že PMK je u něj dlouhodobá záležitost - do jedné hodiny.
- Pacient rozpozná příznaky infekce močových cest - do dvou hodin.
- Pacient ví, jak často se bude měnit PMK - do 12 hodin.
- Pacient dodržuje dostatečnou hygienu - každý den.
- Pacient vypije 2-3 litry tekutin - denně.
- Pacient preventivně užívá brusinkové přípravky - denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Edukuj pacienta o nutnosti výměny PMK - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
2. Edukuj pacient v péči o PMK - všeobecná sestra, před zavedením.
3. Zajisti při výměně katétru soukromí - všeobecná sestra, vždy.
4. Připrav si vhodné pomůcky k výkonu - před výkonem, všeobecná sestra.
5. Použij při výkonu sterilní ochranné rukavice - všeobecná sestra, vždy.
6. Přistupuj k výkonu asepticky a dle standardu pracoviště - všeobecná sestra, vždy.
7. Pravidelně vyměňuj močový sáček dle standardu pracoviště - všeobecná sestra, á 24 hodin.
8. Sleduj barvu a zápach moče při vylévání močového sáčku - všeobecná sestra, denně.
9. Dbej na hygienu okolí močového katétru, dvakrát denně a v případě potřeby - všeobecná sestra.

10. Podávej léky (diuretika) a sleduj efekt léčby dle standardu pracoviště - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře denně.

Realizace od 16. 5. 2013 – 20. 5. 2014:

Každé ráno je při hygieně pacientovi ošetřeno okolí vstupu i samotný vstup Menalind pěnou. Je mu nasazena z důvodu možného úniku stolice inkontinentní plena. Pacient dostává každé ráno brusinky, kvůli prevenci infekce močových cest. Má 16. 5. 2013 zavedený PMK tři týdny, je nutná výměna. Pacient byl edukován o nutnosti výměny PMK. Byly připraveny pomůcky, které jsou k tomuto výkonu potřeba. Je mu zajištěno na pokoji soukromí, druhý pacient je požádán o opuštění pokoje. Byl odstraněn dosavadní katétr pomocí infekční stříkačky, do které byl nasát vzduch z balónku umístěného uvnitř močového měchýře. Následně byl asepticky zaveden nový katétr lékařem, nafouknut balónek a připojen močový sáček. Pacientovi moč v pořádku odchází. Je recyklován odpad z výměny močového katétru. Po čtyřech hodinách byl sáček vypuštěn. Při vypouštění je sledována barva moči, koncentrace a zápach moči. Každé dvě hodiny či na žádost jsou mu podány tekutiny kvůli dostatečnému zavodnění. Pacientovi jsou podány informace o příznacích infekce močových cest. Edukována je též rodina, která o něj pečuje v domácím prostředí. Pacientovi je opakovaně zdůrazněno, jak je důležité dodržovat pitný režim a hygienu. Opakovaně si o tekutiny žádá dle potřeby, není potřeba stálý dohled.

Hodnocení:

Cíle splněny částečně. Pacient má PMK zaveden dlouhodobě, po dobu pobytu v centru Paraple nenastaly u pacienta žádné obtíže spojené se zavedením PMK. Pacient ví, jak o PMK pečovat. Sám si říká, co je třeba poskytnout za péči. Dále pokračují intervence číslo 7, 8, 9 a 10.

9 Závěrečné zhodnocení

Pacient byl po dobu pobytu od 16. 5. – 20. 5. 2013 komplexně ošetřován zdravotnickým a ošetřovatelským týmem. V centru Paraple byl poprvé, při přijetí měl velké obavy z neznámého prostředí, které díky péči celého týmu pracovníků do dvou dnů zmizely. Při pobytu se cítil velmi příjemně, nevznikly žádné komplikace. Infekce močových cest z důvodu PMK se nerozvinula díky péči, kterou mu ošetřovatelský tým věnoval. Pacient je plně závislý na péči ostatních, což bohužel nelze napravit, avšak zapracovali jsme na důvěře, kterou zpočátku neměl. Nejprve mu asistovali stále stejní pracovníci, třetí den už pacient neměl tak velký pocit studu, následující den, nám bylo sděleno, že bude rád, když se seznámí i s ostatními členy ošetřovatelského týmu. Vybudoval si důvěru, personál jí neustále podporoval. Pacientovi byly doporučeny postupy ke snadnějšímu vyprazdňování stolice, které se po dobu hospitalizace dodržovaly. Slíbil, že bude doporučení dodržovat i v domácím prostředí. Naplánovaný individuální plán ošetřovatelské péče byl efektivní, ošetřovatelské problémy přetrvávají v důsledku tetraplegie. Spolupráce s rodinou byla po dobu pobytu pacienta velmi dobrá, rodina byla vstřícná a o jeho stav měla zájem. Manželka se o specifika péče zajímala, jelikož v domácím prostředí bude většina úkonů na ní.



Evropský sociální fond

Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetrovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.

Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPFA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/opfa.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>).