

Komplexní ošetrovatelský proces u klienta s meningitidou

Eva Čechová

Bakalářská práce



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva ČECHOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Komplexní ošetrovatelský proces u klienta s meningitidou.**

Zásady pro vypracování:

Shromáždění a prostudování odborné literatury pro teoretickou část práce.

Stanovení a formulování cílů bakalářské práce.

Zpracování teoretické části :

Chrakterizování problematiky tohoto onemocnění, popsání příznaků, diagnostiky, léčby a komplikací.

Zpracování praktické části:

Připravení metodologického výzkumu.

Vyhledání a zkontaktování dvou klientů, které postihla meningitida a provedení rozhovoru.

Zrekonstruování strukturovaného rozhovoru a syntetizování daných poznatků.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

AMBLER, Z.: Neurologie pro studenty lékařských fakult. 4.vydání. Praha : Karolinum, 2002. 399s, ISBN 80-246-0080-3

BERLIT, P.: Memorix neurologie. 1.vydání. Praha : Grada, 2007. 448s, ISBN 978-80-247-1915-3

DUNIEWITZ M., ADAM, P.: Neuroinfekce. Praha : Maxdorf, , 1999, 316s, ISBN 80-85800-72-1

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J.: Neurologie. 1.vydání. Praha : Galén, 2002., 367s, ISBN 80-7262-160-2

WABERŽIK, G.: Základy speciální neurologie. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2006, 397s, ISBN 80-246-1020-5

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Anna Šťastná**

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 14. 2. 2009.....

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce na téma Komplexní ošetrovatelský proces u klienta s meningitidou se zabývá posouzením kvality života u dvou nemocných, kteří toto onemocnění prodělali. V práci je zahrnuta anatomie nervového systému a zasvěcení do problematiky meningitidy. Praktická část se zabývá studiem dvou případů a následným zpracováním kazuistiky. Doplňkovou metodou výzkumu je anketa.

Klíčová slova: meningitida, patogen, infekce, příčina, příznaky, diagnostika, léčba, komplikace, prevence, ošetrovatelský proces, kvalita života, klíčtě.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

Bachelor's thesis on the topic of Comprehensive nursing process for clients with meningitis deals with the assessment of quality of life of two patients who suffered from this disease. This work includes anatomy of the nervous system and initiation into the issue of meningitis. Practical section is concerned with the study of two cases and the subsequent processing of case reports. Additional method of research is public inquiry.

Keywords: meningitis, pathogen, infection, cause, symptoms, diagnostics, treatment, complications, prophylaxis, nursing process, quality of life, tick.

Děkuji Bc. Anně Šťastné, DiS za vedení mé práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při shromažďování informací a materiálů k vytvoření této bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat panu doc. MUDr. Zbyňku Kalitovi, CSc. za umožnění osobního kontaktu s pacienty na neurologickém oddělení v KNTB a.s. ve Zlíně.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala samotným nemocným, kteří se mnou ochotně spolupracovali a také všem dotazovaným za vyplnění ankety.

Velké díky patří rovněž mé rodině a přátelům, za psychickou podporu pro dokončení této práce a za podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ZÁKLADNÍ ANATOMIE-FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY	11
1.1 CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM.....	11
1.1.1 Hřbetní mícha (medula spinalis)	11
1.1.2 Mozek (cerebrum).....	11
1.2 PERIFERNÍ NERVY	12
2 ZÁKLADNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	13
2.1.1 Anamnéza.....	13
2.1.1.1 Skladba anamnézy	13
2.1.2 Fyzikální vyšetření	13
2.1.3 Odběry biologického materiálu.....	13
2.1.3.1 Lumbální punkce	14
2.1.4 Rentgenové vyšetřovací metody	15
2.1.4.1 Prostý snímek lebky a páteře	15
2.1.4.2 Angiografie mozku	15
2.1.4.3 CT (výpočetní tomografie)	16
2.1.4.4 Magnetická rezonance (NMR).....	16
2.1.4.5 Elektroencefalogram (EEG)	16
2.1.4.6 Elektromyelografie	16
2.1.5 Psychologické vyšetření.....	17
3 MENINGITIDA	18
3.1 HISTORIE ONEMOCNĚNÍ.....	18
3.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	19
3.2.1 Etiologie	19
3.2.2 Patogeneze.....	21
3.2.3 Formy onemocnění.....	21
3.2.3.1 Hnisavá purulentní meningitida.....	22
3.2.3.2 Nehnisavá serózní meningitida.....	22
3.2.3.3 Středoevropská klíšťová encefalitida.....	22
3.2.3.4 Hemophilová meningitida.....	23
3.2.3.5 Pneumokoková meningitida	23
3.2.3.6 Bazilární meningitida.....	23
3.2.3.7 Akutní syfilitická meningitida	24
3.2.4 Klinické projevy	24
3.2.5 Diagnostika	25
3.2.6 Léčba meningitidy.....	25
3.2.7 Komplikace	26
3.2.8 Prognóza.....	26
3.2.9 Prevence	27
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S MENINGITIDOU	28
4.1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ JEDNOTKA.....	28
4.2 ZÁKLADNÍ ZNALOSTI SESTRY VEDOUcí KE SPRÁVNÉMU VYTVOŘENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	29
4.2.1 Zhodnocení.....	29

4.2.2	Diagnostika	29
4.2.3	Plánování.....	29
4.2.4	Realizace	30
4.2.5	Vyhodnocení	30
4.3	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	30
4.4	USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB PACIENTA S MENINGITIDOU.....	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
5	VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ	33
5.1	CÍLE A HYPOTÉZY	34
6	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	35
6.1	METODIKA VÝZKUMU	35
6.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	35
6.3	SAMOTNÝ VÝZKUM	36
6.3.1	Kazuistika.....	36
6.3.1.1	Osnova	36
7	ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	37
7.1	KAZUISTIKA.....	37
7.1.1	Kazuistika 1.....	37
7.1.1.1	Anamnéza	39
7.1.1.2	Záznam informací z rozhovoru s pacientem.....	41
7.1.1.3	Vyšetření sestrou.....	45
7.1.1.4	Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.	48
7.1.2	KAZUISTIKA č. II	56
7.1.2.1	Anamnéza	58
7.1.2.2	Záznam informací z rozhovoru s pacientem.....	60
7.1.2.3	Vyšetření sestrou.....	62
7.1.2.4	Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.	66
7.2	SHRNUTÍ A SROVNÁNÍ	75
7.3	ANKETA	79
8	DISKUSE	87
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	95
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM GRAFŮ	99
	SEZNAM OBRÁZKŮ	100

ÚVOD

Motto:

Život je jako šachy, někdy stojíš na černých, jindy na bílých polích, někdy dáváš šach, jindy dostáváš mat, ale nikdy nemůžeš smést všechny figurky ze stolu a říct: „začínám znovu“...!!!

Sourire Angélique

Meningitida patří mezi zánětlivé infekční onemocnění, které postihuje mozkomíšní pleny. Lidský mozek se skládá z několika obalů, které se dělí do tří vrstev. Onemocnění meningitida postihuje měkké mozkové obaly, a proto je velmi nebezpečné. Infekce nervového systému jsou zánětlivé a postihují vždy centrální nebo periferní soustavu. Podle lokalizace ji můžeme dělit na encefalitidy, meningitidy a myelitidy. Často dochází ke spojení onemocnění např. encefalomyelitida nebo meningoencefalitida. Další dělení onemocnění nervového systému dle příčin na virové, bakteriální, mykotické a infekce parazitární. Dle typu infiltrátu je poté můžeme rozdělit na hnisavé, nehnisavé a specifické. Ve většině meningitid je příčinou *Neisseria meningitidis*. Široké rozšíření meningokokové infekce jsou podpořeny sociálními příčinami v zemích rovníkové Afriky, jako jsou neuspokojivé hygienické návyky a všeobecné podmínky, ve kterých většina obyvatel žije. Meningitida je nebezpečné onemocnění, kterému nemocný může i podlehnout, v častých případech na něm také zanechá trvalé následky (např. postihne pohybový systém, intelekt člověka nebo se může projevit jako sekundární infekce). V dnešní době se vyskytuje čím dál častěji a to v kterémkoli věku. Nevybírá si, jestli zasáhne dítě, nebo dospělého jedince, a proto je třeba se proti němu bránit. Příčinou meningitidou jsou také klíšťata, proto je třeba se touto problematikou zabírat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ ANATOMIE-FYZIOLOGIE NERVOVÉ SOUSTAVY

Nervová soustava je nejsložitější soustavou v lidském těle, její základní činností je čítí. Nervová soustava se skládá z centrálního a periferního nervstva. Mezi funkce nervové soustavy patří funkce asociační, senzorká a řídící. Buňky nervové tkáně mají charakter nervový a podpůrný. Nervový: neurony – jsou to základní a funkční jednotky nervové soustavy. Vytvářejí složitou, vzájemně propojenou síť, jejímž úkolem je pracovat jako jeden ucelený, vysoce výkonný celek. Skládají se z těla a z periferních výběžků – dendritů a neuritů. Podpůrným charakterem nervové soustavy jsou tzv. glie, které jsou početněji zastoupené. Tvoří podklad nervové tkáně a podílejí se na výživě a odstraňování odpadních látek z nervové soustavy [9, 14].

1.1 Centrální nervový systém

Centrální nervový systém (CNS) se skládá z mozku a míchy. Nalezneme zde bílou a šedou mozkovou hmotu. Mozek je uložen v dutině lebeční, skládá se ze tří obalů – dura mater, arachnoidea a pia mater. Mezi pia mater a arachnoideou se nachází mozkomíšní mok, který nadnáší a chrání mozek a míchu před nárazy. Pleny tedy slouží k ochraně a výživě CNS [9, 18].

1.1.1 Hřbetní mícha (medula spinalis)

Je vývojově nejstarší a její hlavní funkce je funkce převodní a reflexní. Nervy míchy jsou složeny z motorických vláken, ty tvoří přední míšní kořeny, z vláken senzitivních, ty tvoří zadní míšní kořeny a z vláken vegetativních [9].

1.1.2 Mozek (cerebrum)

Skládá se ze čtyř oddílů:

- zadní mozek (rhombencephalon) – skládá se z prodloužené míchy (medulla oblongata), Varolova mostu (pons Varoli) a mozečku (cerebellum)
- střední mozek (mezenkephalon)

- přední mozek (prosencephalon) – mezimozek (thalamus a hypothalamus)
- koncový mozek (telencephalus) [9].

1.2 Periferní nervy

Jeho vlákna spojují CNS s periferií, ale jeho uložení je mimo CNS. Míšní nervy se skládají z 31 párů. Hlavových nervů je 12 párů:

- N I. – čichový nerv (nervus olfactorius) – receptory jsou bipolární vřetenové buňky rozmístěny v epitelu nosní přepážky. Fylogeneticky je oblast čichového analyzátoru nejstarší částí lidského mozku.
- N II. – zrakový nerv (nervus opticus) – receptory zrakového analyzátoru jsou tyčinky a čípky sítnice, které jsou schopny reagovat na světelné podněty.
- Okohybné nervy: N III. (n. oculomotorius), N IV. (n. trochlearis) a N VI. (n. abducens)
- N V. – trojklanný nerv (nervus trigeminus) – je to převážně senzitivní nerv, který inervuje citlivost obličeje a motoricky inervuje žvýkácí svalstvo.
- N VII. – lící nerv (nervus facialis) – motorický nerv.
- N VIII. – sluchově rovnovážný (n. vestibulocochlearis) – skládá se z nervu sluchového a rovnovážného.
- N IX., N X., N XI. – nervy postranního smíšeného systému
- N XII. – podjazykový nerv (nervus hypoglossus) [6, 9].

2 ZÁKLADNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

2.1.1 Anamnéza

Základním kamenem u každého onemocnění je anamnéza. Zjišťujeme rozhovorem od pacienta veškeré údaje o zdravotním stavu pacienta od narození až po současnost, údaje o onemocněních, které se vyskytly v nejbližším příbuzenstvu a sociální a pracovní situaci vyšetřovaného pacienta [9, 10].

2.1.1.1 Skladba anamnézy

- osobní údaje pacienta
- nynější onemocnění: obtíže, které ho přivádějí k lékaři (příznaky meningitidy, např.: ztuhlá šíje, horečky, bolesti hlavy, závratě, psychomotorický neklid apod....)
- rodinná anamnéza: zdravotní stav nejbližší rodiny
- osobní anamnéza (skládá se z předchorobí a farmakologické léčby)
- pracovní a sociální anamnéza
- alergická anamnéza [9, 10].

2.1.2 Fyzikální vyšetření

Vyšetření za pomoci smyslů: pohled (aspekce), pohmat (palpace), poklep (perkuse), poslech (auskultace), v některých případech onemocnění využíváme i čich. Vyšetřujeme základní fyziologické funkce: stav vědomí, krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu. Měříme bilance tekutin. Provádí se i speciální neurologická a později i psychologická vyšetření [9, 10].

2.1.3 Odběry biologického materiálu

- odběr krve: krevního obrazu + diferenciál, základní biochemické vyšetření krve + CRP, FW, glykemický profil (u diabetiků), koagulace
- odběr moči: moč + sediment

- další odběry: odběr mozkomíšního moku pomocí lumbální punkce [9, 10].

2.1.3.1 Lumbální punkce

Zásadní význam pro určení správné diagnózy má vyšetření mozkomíšního moku, které se provádí za pomoci lumbální punkce. Vždy, ještě před punkcí provedeme vyšetření očního pozadí, aby se zvážilo vyloučení měštnání a možnost vzniku konu. Provádíme laboratorní vyšetření krve - biochemické, bakteriologické a hematologické. Dále vyšetření moči a CT mozku (meningeální příznaky se mohou projevit i u krvácení do CNS, které je třeba nejdříve vyloučit). Může se ještě doplnit angiografií, výtěrem z nosohltanu a dalšími konziliárními vyšetřeními (např. infekční, interní apod.). Vždy je důležité uvědomit si závažnost stavu, ať už s prokázaným nebo neprokázaným meningeálním syndromem [9, 10].

Lumbální punkce je vyšetření, při kterém se provádí odběr mozkomíšního moku ze subarachnoidálního prostoru. Vpíchnutím speciální sterilní jehlou v oblasti bederní páteře, nejčastěji mezi trny obratlů L 4/5, L5/S1 nebo L 3/4 odebereme likvor. Poloha pacienta je buď vsedě nebo vleže naboku. Po výkonu pacient dodržuje klidový režim na lůžku s dostatečným množstvím tekutin, aby se vyhnul postpunkčním následkům (bolest a točení hlavy, zvracení), které by pro něj byly obtížnější jak vlastní punkce. U kojenců získáme likvor odběrem přes velkou fontanelu. V mozkomíšním moku přebývají stovky až desetitisíce leukocytů na mm^3 , z toho tvoří více jak 80% neutrofily. Mozkomíšní mok se podrobí barvení podle Gramma, tato kultivace objasní až 75% neléčených purulentních meningitid. Dále se používá latexaglutinační průkaz antigenů tří nejčastějších původců a PCR k průkazu specifických sekvencí DNA bakterií. Sérologické vyšetření je ale bohužel v případech purulentní meningitidy bezvýznamné [9, 10].

Další možností odběru mozkomíšního moku je tzv. laterocervikální punkce, kdy pacient leží a pod rentgenovou kontrolou se zavádí jehla z laterální strany mezi oblouky krčních obratlů do zadního subarachnoideálního prostoru. Této techniky odběru se využívá převážně na neuroradiologii při krční perimyelografii. Subokcipitální punkce – tohoto způsobu odběru se již skoro nevyužívá, protože hrozí riziko nabodnutí arteria vertebralis. Zde se vede vpich punkční jehlou přesně ve střední čáře přes cisterna magna. Pacient sedí nebo leží.

Lumbální punkce využíváme z diagnostického a terapeutického důvodu. Diagnostika a léčba musí být vždy rychlá! [9, 10, 15].

2.1.3.1.1 Kontraindikace lumbální punkce

- městnání na očním pozadí dvě a více dioptrií
- poruchy hemokoagulace
- expanzivní procesy zadní jámy lební
- při výskytu zánětu v epidurálním prostoru, je zvýšené riziko infekce
- vyskytují-li se záněty kůže podkoží v úseku páteře
- mozkový absces (je zde riziko rozšíření zánětu dále do mozku) [9, 10].

2.1.4 Rentgenové vyšetřovací metody

2.1.4.1 *Prostý snímek lebky a páteře*

U traumat lebky, není nutná žádná speciální příprava. [9, 10].

2.1.4.2 *Angiografie mozku*

Pomocí kontrastní látky vyšetřujeme cévy mozku. Výkon se provádí v lokální nebo celkové anestezii, nebo v neuroleptanalgezii. Kontrast buď přímo vstříkujeme do arteriacarotis communis, nebo se vyšetření provádí pomocí katétru, který se zavádí přes arteria femoralis až do arterie vertebralis nebo arterie catoris communis, což je metoda nepřímá. Provádí se u cerebrovaskulárních onemocnění, diagnóza mozkové smrti. Před vyšetřením pacienta poučíme a fyzicky připravíme (lačný, vyholený, odstranění šperků, protézy, zajištění žilního vstupu, pacient dostává premedikaci a podstoupí laboratorní vyšetření - krevní skupina + Rh faktor, HbsAg, HIV, KO, INR a protrombinový čas). Po výkonu má pacient 24 hodin klid na lůžku, pečujeme o místo vpichu (fixace náplastí, komprese místa vpichu), monitorujeme fyziologické funkce a stav vědomí. Kontrastní látka je u většiny pacientů snášena dobře, ale vždy musíme dávat pozor na možnou alergickou reakci! [9, 10].

2.1.4.3 CT (výpočetní tomografie)

Na základě RTG paprsků se zhotovuje řada snímků vyšetřované metody. Účel této vyšetřovací metody je diagnostický - zjištění lokalizace, velikosti patologického procesu. Pacient je před vyšetřením alespoň 5 hodin lačný (pro eventuální podání kontrastu. Preventivně podáváme Dithiaden (prevence alergické reakce). Ošetření po výkonu není nutné. Před vyšetřením se zajistí žilní vstup [9, 10].

2.1.4.4 Magnetická rezonance (NMR)

Digitální zobrazovací metoda. Kontraindikací jsou: pacienti s kardiostimulátorem a magnetizujícím kovovým materiálem v těle, povoleny jsou materiály z titanu. Vyšetření není vhodné u pacientů s klaustrofobií. Výkon trvá 30-45 minut kdy musí pacient nehybně ležet, takže předchází psychická příprava. Ošetření po výkonu není nutné [9, 10].

2.1.4.5 Elektroencefalogram (EEG)

Pomocí EEG se snímají bioelektrické potenciály mozku, toto vyšetření je nebolestivé a je možné ho provádět i ambulantně. Před vyšetřením si pacient musí umýt vlasy a odstranit všechny sponky. Vyšetření se provádí v místnosti zvukově izolované a to tak, že bioelektrické potenciály mozku se snímají díky 20-40 elektrodám. Poloha pacienta je vsedě nebo vleže. Důležité je, aby byl psychicky i svalově uvolněný. Součástí je Bergerova reakce, což je aktivační metoda, kdy pacient na několik sekund otevře oči. Ošetření po výkonu není nutné. [9, 10].

2.1.4.6 Elektromyografie

Touto vyšetřovací metodou zkoumáme akční potenciály vznikající v příčně pruhované svalovině. Provádí se ambulantně pomocí jehlových nebo kožních elektrod. Před vyšetřením pacientovi vše důkladně vysvětlíme, ošetření po výkonu není nutné [9, 10].

2.1.5 Psychologické vyšetření

Vyšetření psychologem (využití psychologických testů – psychomotorická retardace, poruchy chování a vývoje řeči, degenerativní onemocnění...) [6, 7, 9, 10, 15].

3 MENINGITIDA

Meningitidy patří mezi zánětlivé onemocnění mozkomíšních plen, vznikají primárně nebo jako komplikace jiného onemocnění. Není-li onemocnění včas léčeno, může skončit smrtí nebo způsobit vážné následky. Meningitidy jsou závažným problémem pro veřejné zdraví a vyskytují se ve všech kontinentech. Jsou registrovány ve sto sedmdesáti zemích světa [8].

3.1 Historie onemocnění

Původcem meningitidy je patogen, v naší společnosti se vyskytuje již od dávných dob, byl znám již v hluboké antice, ale první popsané zmínky o něm můžeme nalézt až od 19. století. Historicky první epidemický výskyt meningitidy popsal Gaspard Vieusseaux. Tato epidemie propukla od února do dubna roku 1805 v Ženevě, ale nepostihla jen celou Evropu, rozšířila se až po USA a Kanadu. Ale hlavní původce byl objeven až roku 1884, objevili ho Marchiafa a Celli. Z mozkomíšního moku ho dokázal oddělit a přesně popsat roku 1887 ve Vídni Anton Weichselbaum. Pojmenoval ho *Diplococcus intracellularis meningitidis* a teprve později byl zařazen mezi *Nisseriaceae*. Kiefer roku 1896 a roku 1901 Albrecht a Ghon přišli na to, že zdraví jedinci mohou být přenašeči a že je možné tento druh patogena z nosohltanu izolovat. Roku 1909 Dopter dokázal, že existuje více druhů sérotypů a tím položil základ k léčbě proti meningokokové infekci. V roce 1937 léčba sulfonamidy radikálně ovlivnila léčbu meningitidy. Léčba se stala efektivnější a díky antibiotikům začala klesat úmrtnost. Využitím imunoprevence se tak vyvinuly bezpečné a účinné očkovací látky proti skupinám A, C, Y a Z-135 meningokokové skupiny [3].

3.2 Charakteristika onemocnění

Meningitida patří mezi zánětlivé infekční onemocnění, které postihuje mozkomíšní pleny. Lidský mozek se skládá z několika obalů, které se dělí do tří vrstev. Onemocnění meningitida postihuje měkké mozkové obaly, a protože je velmi nebezpečné, může v některých případech zanechat trvalé následky, nebo skončit až smrtelně [8].

3.2.1 Etiologie

Infekce nervového systému jsou zánětlivé a postihují vždy centrální nebo periferní soustavu. Podle lokalizace ji můžeme dělit na encefalitidy, meningitidy a myelitidy. Často dochází ke spojení onemocnění např. encefalomyelitida nebo meningoencefalitida. Další dělení onemocnění nervového systému dle příčin na virové, bakteriální (viz. Tabulka č. 1), mykotické a infekce parazitární. Dle typu infiltrátu je poté můžeme rozdělit na hnisavé, nehnisavé a specifické. Jako příčinou meningitidy ve většině převládá *Neisseria meningitidis*. Patří mezi malé gramnegativní diplokoky, které mají pouzdro, jsou aerobní, neschopní pohybu a velmi citliví na sluneční záření, chlad a na vyschnutí. V některých případech se vyskytují i jiné druhy neisserií, mezi které patří *Neisseria mucosa* nebo *Neisseria subflava*, vzácně lze prokázat i mikroby - *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. Mezi virové meningitidy patří herpetická encefalitida (způsobená virem herpes simplex), výjimečně encefalitida epidemická neboli letargická (Economova) a myalgia epidemica (Bornholmská nemoc, neboli Cocksackie). Široké rozšíření meningokokové infekce jsou podpořeny sociálními příčinami v zemích rovníkové Afriky, jako jsou neuspokojivé hygienické návyky a všeobecné podmínky, ve kterých většina obyvatel žije. Důležitou vlastností epidemie je sezónní výskyt. Z největší části za vznik onemocnění mohou společenské faktory a charakter života mladých lidí (např. služba v armádě, život na ubytovnách, studium ve vzdělávacích zařízeních...) Proto jsou dominantněji zasaženi muži [3, 8, 16].

Tabulka č. 1 Bakteriální meningitida – původce a terapie [4]

Věk	Původce	Terapie
Kojenci	Gramnegativní enterobakterie B-streptokoky Listeria monocytogenes	Cefotaxim + Ampicilin +
Děti *	Haemophilus influenzae typ B Meningokoky ** Pneumokoky Streptokoky	Cefotaxim
Mladiství *	Meningokoky ** Pneumokoky Streptokoky Haemophilus influenzae	Cefotaxim + Ampicilin
Dospělí *	Meningokoky** Pneumokoky Streptokoky Haemophilus influenzae	Cefotaxim + Ampicilin
Snížená obranyschopnost (alkohol, léky, splenektomie)	Pneumokoky Listeria monocytogenes Gramnegativní enterobakterie	Cefotaxim + Gentamicin *** + Ampicilin
Úraz lbi a mozku/ neurochirurgičtí pacienti	Gramnegativní enterobakterie Stafylokoky Pseudomonády Pneumokoky	Cefotaxim + Fosfomycin + Gentamicin ***
* S dávkou antibiotik zpočátku 10mg dexametazomu ** Chemoprophylaxe ošetřujících osob rifampicinem. Povinnost hlášení! *** Jako denní jednotlivá dávka jsou možné aminoglykosidy		

3.2.2 Patogeneze

Vstupní branou infekce jsou sliznice nosohltanu. Některé bakterie mohou přetrvávat v epitelu nosohltanu, to se poté projeví u zdravých jedinců asymptomaticky. Ve vzácných případech mohou vyvolat zánět sliznice horních cest dýchacích, které vedou k nosopharingitidě. Ze sliznice nosohltanu proniká patogen meningitidy dále do krve a do mozkomíšního moku v určitých fázích, děje se to za pomoci činitelů propustnosti, proti kterým bojuje fagocytóza a protilátky. Kapsulární polysacharidy meningokoků patří mezi heterogenní antigeny, vyskytují se v různých sérotypech – A, B, C, D, X, Y, Z, 29 E, W135. Rozdíly můžeme najít v chemickém složení. Např. sérotyp C a A se vykytuje v Africe a vyvolává epidemie, sérotyp Y je schopen vyvolat epidemii pneumonie. U nás se nejčastěji vyskytují sérotypy B, které vyvolávají sporadická onemocnění a sérotyp C, ale bohužel se proti nim zatím nedaří nalézt a připravit vakcínu. U izolovaného meningokoka můžeme určit sérotyp, subtyp a imunotyp. Izolované sérotypy jsou citlivé na penicilín, ale je to u nás jen dočasné tvrzení, protože ve světě jsou tyto sérotypy meningitidy na penicilín již rezistentní [3, 5, 8, 16].

3.2.3 Formy onemocnění

Většina onemocnění probíhá variantou lehké formy, jsou snadno léčitelné jako např. pharyngitida. 10- 15% populace se s meningitidou dochází do styku, aniž by onemocnělo, vzniká u nich tedy asymptomatické nosičství. Existují ovšem i těžší formy, způsobující až perikarditidu nebo osteomyelitidu. Hlavní dělení meningitid je na hnisavé a nehnisavé. Serózní meningitidy dle virové etiologie mohou způsobovat: virus příušnic, herpetické viry, Klíšťovou encefalitidu, Borrelii, alergickou, toxickou a basální meningitidu – tuberkulózní. Purulentní meningitidu může způsobovat dle etiologie: v novorozeneckém věku hlavně streptokok skupiny B, E.coli, v kojeneckém věku – Haemophily, streptococcus pneumonie, Neisseria meningitisa Staphylococcus a v dětství a v dospívání je způsobena převážně Neisserií meningitis A, B, C [2, 6,7, 16, 8, 25].

3.2.3.1 *Hnisavá purulentní meningitida*

Purulentní meningitida je vážné bakteriální onemocnění, které dosahuje až 10% úmrtnosti. Příčinou u starších dětí a dospělých jsou meningokoky, pneumokoky nebo hemofily (*Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* nebo *Haemophilus influenzae*). Meningokokové a Haemophilové meningitidy patří mezi kapénkové infekce, vyskytují se nejčastěji u malých dětí, které se pohybují v uzavřených větších kolektivech. Meningitidy pneumokokové a stafylokokové pochází ze šíření infekce z hnisavých ložisek (např. paranazální dutiny nebo plicní absces) nebo mohou vzniknout z otevřeného poranění. Dosahují velké úmrtnosti 20-30%. U dospělých jedinců onemocnění probíhá rychle, během hodin propukají teploty, zvracení, cefalea a zmatenost, což vede až k poruchám vědomí. Mohou se objevit i petechiální (tečkovité) krvácení, někdy dokonce až poruchy srážlivosti - diseminovaná intravaskulární koagulace (DIC). U kojenců bývá rozvoj onemocnění zpravidla pozvolný. Smrtelnou komplikací je krvácení do kůry nadledvin (Waterhouse-Friderichsenův syndrom). Toto onemocnění téměř vždy zanechá trvalé následky (postižení hybnosti, intelektu nebo sekundární epilepsii) [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.2 *Nehnisavá serózní meningitida*

Nejčastější příčinou je různá řada infekcí, způsobená viry. Zpravidla má dvě fáze – zpočátku zvýšená tělesná teplota, únava, zánět horních cest dýchacích, který se následně zlepší a nastupují opět teploty s meningeálními příznaky. Serózní meningitida může propuknout i v průběhu celkových onemocnění, např. choroby pojivové tkáně, nebo při podráždění mozkových plen. Vzniká tak meningitida aseptická [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.3 *Středoevropská klíšťová encefalitida*

Klíšťová encefalitida = encefalomyelitida = jedná se o zánět mozku a míchy. Většinou je postižena i šedá hmota krční a přední rohy v části krku, kde je zduření. Což vede k obrnám horních končetin. Virové onemocnění, jehož rezervoárem jsou převážně hlodavci, ptáci, zajíci, lišky nebo jiná zvířata. Původcem je flavivirus. Projevuje se od inaparentní infekce přes abortivní formu až po těžkou encefalitidu s neurologickými

následky, výjimečně však i úmrtím. Je to typická nákaza s přírodní ohniskovostí. Přenašečem je klíště, *Ixodes ricinus*. Vyskytuje se hlavně od května do října, souvisí s cyklem množení klíšťat. Typický je dvoufázový průběh onemocnění. I. fáze – viremická (rozmnožení viru v krvi), jsou zde přítomny netypické chřipkové příznaky. II. fáze – vysoká horečka s rozvojem příznaků postižení centrální nervové soustavy (CNS). Klinický obraz se projeví formou meningitidy, meningoencefalitidy, meningoencefalomyelitidy nebo meningoencefaloradikulitidy. V případě meningitidy jsou nejdůležitějšími příznaky bolest hlavy a ztuhnutí šíje. Přenos na člověka se uskutečňuje přisátím infikovaného klíštěte, vzácně však alimentární cestou. Doba inkubace se pohybuje okolo 1-3 týdnů, po této době se objevuje postižení CNS. Nemocní jedinci jsou nevrlí, mrzutí a unavení. To je tzv. Pseudoneurastenické stadium. Rekonvalescence se poté protahuje na měsíce [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.4 *Hemophilová meningitida*

Vyskytuje se u kojenců a dětí do 5 let, způsobuje je *Hemophilus influenzae*. Může se vyskytnout i u dospělých, ale pouze jako sekundární infekce, např. při sinusitidě nebo fraktuře lebeční spodiny [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.5 *Pneumokoková meningitida*

Jedná se o typickou sekundární infekci např. při sinusitidě, otitidě nebo infekcích horních cest dýchacích. Významným faktorem je oslabení organismu při požití nadměrného množství alkoholu. Vyskytuje se v kterémkoliv věku [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.6 *Bazilární meningitida*

Původcem je bakterie *Mycobacterium tuberculosis*. V nejčastějších případech se jedná o chronickou meningitidu. V naší republice je vzácné [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.3.7 *Akutní syfilitická meningitida*

Onemocnění doprovází známky meningeálního syndromu, mnohdy i psychické změny. Vyskytují se teploty, abnormální likvorový nález a v některých případech jsou přítomny parézy mozkových nervů.

Existuje ještě mnoho druhů meningitidy, např. meningitida tuberkulózní, aseptická, kryptokoková, shuntová, novorozenecká, recidivující a enterovirová meningitida a další [2, 6, 7, 8, 16, 25].

3.2.4 **Klinické projevy**

Inkubační doba meningitidy je 1-3 týdny, nejčastěji se pohybuje okolo 1 týdne. Někdy může propuknout již během několika hodin, protože se choroba přenáší kašlem nebo kýcháním, doprovázejí ji necharakteristické příznaky, připomínající respirační onemocnění. Náhle vznikne horečka se silnými bolestmi hlavy, vyskytuje se nauzea nebo dokonce opakované zvracení, důsledkem zvýšeného nitrolebního tlaku. Při lehkém průběhu bývá vědomí zachováno, vyskytne-li se těžší průběh, dochází k jeho poruchám, vzniká somnolence až bezvědomí, často doprovázeno celkovými křečemi, hlavně u dětí. Převážně u meningitidy, vzácně u jiných mikrobů se objevují petechie (tečkovité krvácení). U lehkých forem se objevují ojediněle na břiše, hrudníku a končetinách. U těžkých forem je jejich výskyt již mnohočetný, jsou na celém těle a mohou přecházet až do hemoragií (sufúzí). Často se souběžně vyskytuje i herpes labialis. Může dojít k funkčním poruchám mozkových nervů – nervus facialis, oko-hybných nervů, sluchových nervů. Hlavním projevem onemocnění je meningeální syndrom, jedná se o soubor příznaků, které jsou charakteristické pro dráždění mozkových plen. Nemocný zaujímá polohu připomínající zakřivení kohoutku u lovecké pušky „chien de fusil“ – poloha na boku s hlavou v retroflexi, s pokrčenými dolními končetinami. Ztuhnutá šíje nemocnému nedovolí dát hlavu na sternum. Stupeň ztuhnutí vyjadřujeme počtem prstů, které lze vložit mezi hlavu a hrudník – pasivní antiflexe. Pomocí násilné antiflexe nemocný pokrčí kolena – Brudzinského příznak. Nemocný při posazování sám pokrčí kolena, přidržíme-li mu je v extenzi, když leží, neposadí se. Jedná se o Kerningův příznak. Zdravý člověk při sedu s pokrčenými koleny dokáže políbit ústy kolena, nemocnému s meningeálními příznaky se to nepovede (spine sign). Při sedu se opírá o trup horními končetinami – Amossův příznak trojnožky. Ohýbáme-li nemocnému končetiny, které jsou v kyčlích natažené, nastává

u meningeálního syndromu bolestivá reakce, stupeň odhadujeme podle úhlu osy končetiny k ose podložky – Laségueův příznak (Kerning II.). Nemocní mohou být agresivní, i když mají zachovalé vědomí, jindy mohou být spaví až komatózní.

Občas se stane, že průběh meningitidy je asymptomatický nebo může simulovat až náhlou příhodu břišní (NPB). Může mu taky někdy předcházet nadměrné fyzické vyčerpání, např. přehnaný sport, bujará noční oslava...atd. [4, 5, 6, 7, 11].

3.2.5 Diagnostika

Zásadní význam pro určení správné diagnózy má vyšetření mozkomíšního moku, které se provádí za pomoci lumbální punkce. (viz Kapitola 2.1.3 *Odběry biologického materiálu*)

3.2.6 Léčba meningitidy

V prvních hodinách je pacient ohrožen otokem mozku, ihned se proto zahajuje anti-edematózní léčba, kdy se intravenózně podávají kortikosteroidy (např. Dexamethason). Současně aplikujeme Manitol 20% a antibiotika. Základními druhy jsou Ampicilin (denní dávka je 300 - 400mg) a Chloramfenikol (zvyšuje krevní srážlivost, proto preventivně podáváme malé dávky nízkomolekulárního Heparinu, např. Clexane, Fraxiparin). Nejčastěji podáváme Amoksiklav 1,2 gr po 8 hodinách, 1 – 2 gr Cefotaxinu po 6 hodinách, pokud se jedná o virem způsobené onemocnění, tak podáváme infúze s Multibiontou na místa ATB, nízkomolekulární Heparin se ale podává také z důvodu dodržování přísného klidu na lůžku v rámci prevence TEN. 5. až 6. den opakujeme lumbální punkci – to pro kontrolu úspěšnosti léčby. U novorozeneckých meningitid se podávají cefalosporiny 3. generace. Při septických stavech spolu podezřením na Waterhousův-Friderichsenův syndrom, kdy vzniká DIC, se podávají vysoké dávky kortikosteroidů a antibiotik (Antitrombin III). Po první dávce Atropinu III se další dávkování řídí podle vzorce:

$$\text{dávka Antitrombinu (IU)} = \text{zvýšení aktivity (\%)} \times \frac{\text{tělesná hmotnost}}{2}$$

Při výskytu toxického šoku nebo multiorgánovém selhávání je nutné věnovat zvýšenou pozornost obnově vitálních funkcí. Monitorujeme vnitřní prostředí. Při selhání ledvin je nutné zavést hemoperfúzi nebo hemodialýzu. Opakovaně sledujeme hladinu glukózy v krvi [5, 6, 7, 15].

3.2.7 Komplikace

Komplikace lze rozdělit na časné pozdní. Mezi častou komplikací u primárních meningitid patří postižení hlavových nervů (n. VII., IV., VI., II., a VIII.), dochází k němu často již v prvních hodinách onemocnění, zvláště u n. VIII., může dojít až k úplné hluchotě, je to ale reakce ireverzibilní. Dojde-li k postižení n. II, nastává slepota. Vzácně může onemocnění způsobit i poruchu čichu (n. I). Těžkou komplikací je úplný uzávěr likvorových cest, musí se řešit okamžitě operační cestou. Především u dětí meningitidy zanechá také jiné závažné stopy a to psychomotorickou retardaci, vznik sekundární epilepsie a změny v chování. Následky po prodělané meningitidě se projeví u 15-17% pacientů a podlehnou jí 5-10% pacientů. Zvláštní formou je Waterhousův-Friderichsenův syndrom. Dochází k perakutně probíhající meningokokové septikémii, komplikované šokem s následkem je rozsáhlého krvácení do kůže a ostatních orgánů (např. jater, myokardu, mozku, zvláště však dochází k masivnímu krvácení do nadledvinek). Často se objevuje i DIC. Onemocnění je ohromně rychlé, začíná vysokými horečkami, bolestmi hlavy a zvracením. Na kůži se objeví černé petechie, které se neuvěřitelně rychle, doslova před očima mění na rozsáhlé sufúze. Pacient má celkové křeče, ztrácí vědomí, začíná klesat tlak, zrychluje se pulz a smrt přichází obvykle během 24 až 36 hodin od propuknutí onemocnění.

Mezi další komplikace patří výjimečně i gangréna, většinou akrálních částí těla. Je nezbytná jejich amputace. Díky meningitidě může dojít k mnohočetnému postižení kloubů, nervovým postižením nebo i pneumonie, která je vyvolána sérotypem Y [2, 5, 6, 7].

3.2.8 Prognóza

Nejčastější následky jsou u dětí do 1 roku věku. Vyskytuje se hydrocefalus, psychická retardace, hluchota, slepota nebo obrny VI., VII., a VIII. Nervu, mohou se obje-

vovat i u dospělých jedinců. U nemocných s Waterhousovo-Friderichsenova syndromu je špatná prognóza. K úmrtí většinou dochází během 24-36 hodin od propuknutí nemoci.

Při včasné a správné určení diagnózy a zahájení léčby je prognóza dobrá a k úmrtí dochází jen ojediněle. Onemocnění klíšťovou encefalitidou dlouhodobě zasáhne do života klienta. Je dlouhodobě v pracovní neschopnosti a objevují se neurotické, depresivní až úzkostné poruchy, že je někdy nutná přechodná psychiatrická medikace [2].

3.2.9 Prevence

Očkování v prevenci proti hemofilovým onemocněním se provádí očkovací látkou PoHIBiT v 3., 4., 6. měsíci života a pak 4. dávka ve 14 měsících života. Imunita je 4 až 5 let. Prevence pneumokokovým onemocněním se provádí polyvalentní pneumokokovou vakcínou, imunita je 5 let, je možné přeočkování. Prevence proti meningokokovým nákazám je možná pomocí dvousložkové polysacharidovou vakcínou A + C. Po jedné dávce je imunita 3 roky. Proti onemocnění meningokokem typu B nelze očkovat, protože zatím nebyla vynalezena spolehlivá vakcína [5].

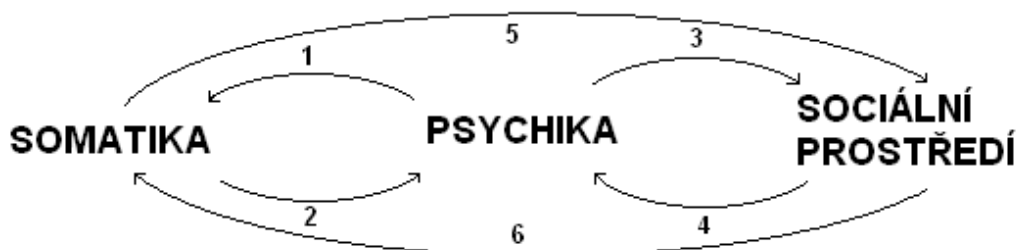
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S MENINGITIDOU

Každá sestra by měla mít určité znalosti, pokud chce dobře a efektivně umět pracovat o pacienta s neurologickým onemocněním. Musí znát anatomii a fyziologii nervového systému, musí ale také umět aplikovat své znalosti do praxe. Měla by znát vyšetřovací metody, umět klienta správně připravit na vyšetření a umět poskytnout správnou a adekvátní péči, až se z vyšetření vrátí. Měla by znát specifika neurologických onemocnění [5].

4.1 Bio-psycho-sociální jednotka

Sestry by se měly člověkem zabývat jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. Ne jen souborem složeného z částí a procesů, protože každá porucha jednotlivé části je poruchou celého organismu. Holistická teorie považuje všechny živé organismy jako jednotlivé celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry mají brát v potaz osobu jako na celek v její bio-psycho-sociální jednotě. Protože porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, až například k poruše celého systému [19].

Obrázek č. 1 *Bio-psycho-sociální model nemoci*



Ze schématu vyplívá, že:

1. *Dlouhodobá psychická zátěž může být faktorem vyvolávající somatické onemocnění.*
2. *Každé onemocnění, je provázeno negativními emocemi (strach, úzkost).*
3. *Psychické stavy jako strach, napětí, vedou k sociální izolaci.*

4. Sociální izolace může být příčinou vzniku negativních emocí (strach a úzkost).
5. Nemocný člověk žije často sám, opuštěný, v sociální izolaci. Někdy mluvíme až o sociální smrti.
6. Prostředí, ve kterém člověk žije, ovlivňuje zdravotní stav člověka. Je dokázané, že lidé, kteří žijí sami, umírají dříve. [19]

4.2 Základní znalosti sestry vedoucí ke správnému vytvoření ošetřovatelských diagnóz

4.2.1 Zhodnocení

Sestry musí mít znalosti celé lidské jednotky, to znamená celé bio-psycho-sociálního a duchovního systému. Znat potřeby lidí ve vývojových obdobích, patofyziologii a také systém rodiny, pacientovu kulturu a jeho hodnoty. Sestra musí umět systematicky pozorovat a efektivně komunikovat, sestavit anamnézu zdravotního stavu pacienta a správně provést fyzikální vyšetření. Musí si umět vytvořit vztah ochoty pomoci [13].

4.2.2 Diagnostika

Sestra musí znát standardní názvy ošetřovatelských diagnóz, etiologické faktory a charakteristické projevy onemocnění. Znat projevy vitálních funkcí, související faktory a určující znaky a umět rozpoznat i rizikové faktory spojené s potencionálními ošetřovatelskými diagnózami [13].

4.2.3 Plánování

Než se sestra pustí do plánování, musí znát silné a slabé stránky osobnosti pacientovy osobnosti, jeho hodnoty a vlastní názor. Musí umět správně řešit problémy a správně se umět rozhodovat. Tvorba cílů se někdy od cílů pacienta, mohou lišit. Proto je dobré je znát, průběžně zapisovat a hodnotit [13].

4.2.4 Realizace

Sestra bere v potaz: práva pacienta, teorii změny, studium, organizaci práce a management, systematické porozumění a efektivní komunikaci, výkony a procedury. Její péče by měla být vždy laskavá, měla by být pacientovi rádcem, umět systematicky pozorovat a efektivně komunikovat. Plnit ordinace lékaře [13].

4.2.5 Vyhodnocení

Sestra musí umět odhadnout měřitelná kritéria očekávaných výsledků v pacientově stavu, sledovat reakce pacienta na poskytovanou ošetrovatelskou péči a vyvodit závěry z dosažených cílů [13].

4.3 Ošetrovatelský plán

Pokud se u člověka zjistí diagnóza meningitida, tak je dle závažnosti stavu hospitalizován na standardním oddělení nebo na JIP neurologického oddělení, pouze v případě poruchy a selhání základních životní funkcí, bývá přeložen na ARO. Ihned se zahajuje monitorování fyziologických funkcí. Zaměřujeme se hlavně na stav vědomí, tlak, pulz, dech, EKG křivku, saturaci krve O₂, příjem a výdej tekutin, sledování hladiny minerálů, CRP, PCT, glykémie...atd. Z pravidla také hodnotíme celkový zdravotní stav podle škál, např. pomocí Glasgowského skóre (viz. Příloha č. 1), pomocí kterého hodnotíme hloubku vědomí. Sledujeme taky příznaky onemocnění, ať už subjektivní nebo objektivní. Rovněž zaznamenáváme informace od pacientovy rodiny, přátel či od jiných zdravotnických pracovníků. V případě zhoršení stavu, projevy neklidu, zvracení, změny dýchání je nutno ihned informovat lékaře a ihned začít tento problém řešit. Důležitou součástí je podávání medikamentů dle ordinace lékaře, v přesně stanovených intervalech. Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojení individuálních potřeb pacienta a to co nejkvalitnější ošetrovatelskou péčí. Sestra jako prvotní aktivitu zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta, pokud je to možné, tak v jeho spolupráci. Sestaví anamnézu a určí aktuální a potenciální problémy – ošetrovatelské diagnózy. Dále sestaví také individuální ošetrovatelský plán, výsledky, které očekáváme, realizace. Vše zaznamenáváme do dokumentace. Nedílnou součástí je vyhodnocení péče. Pokud pacient není schopen samostatně rozhodovat a spolupracovat, sestra může o pomoc požádat i rodinu nebo přátel [13, 14].

4.4 Uspokojování potřeb pacienta s meningitidou

Uspokojení potřeb je něco, co každá lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Když jedinec prožívá nedostatek potřeb, projeví se to na jeho psychické stránce – jeho pozornost, emoční projevy, volní procesy... Každá lidská bytost vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým způsobem, je to individuální. Tyto potřeby se během života mění, vyvíjejí a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou dané a neměnné. Ošetrovatelských problémů u pacientů s onemocněním meningitis je spousta, ať už za doby hospitalizace nebo v domácí péči. Mezi tyto problémy patří poruchy srdeční činnosti, krevního oběhu, dýchání i vědomí, mají problémy se soběstačností v oblasti hygieny, oblékání a celkové úpravě zevnějšku. Také mají problémy se najíst, napít a v domácím prostředí si uvařit. V častých případech pacienti s meningitidou trpí poruchami spánku, mají bolesti, cítí se v tělesném nepohodlí, zažívají negativní emoce související s onemocněním, léčbou a strachem z budoucnosti. U těchto pacientů může docházet k poruchám poznávání, vnímání a orientace, jsou ve stresu a tak mohou mít potíže s navázáním kontaktů s rodinou nebo přáteli.

Pro pacienty s meningitidou je nejvhodnější ošetrovatelský model dle E. Oremové, kvůli jejich porušené sebepéči. Musíme řešit mnoho ošetrovatelských problémů, aby se pacient mohl co nejdříve vrátit ke svému plnohodnotnému životu [1, 13, 19].

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ

V praktické části jsem se zabývala výzkumem u pacientů s meningitidou. Zpracovala jsem dvě kazuistiky u muže a ženy, kteří onemocnění prodělali. Výzkum jsem provedla v měsíci březnu u pacientů v nemocnici na neurologickém oddělení, KNTB a.s. ve Zlíně. Zaměřila jsme se na ovlivnění kvality jejich života po prodělání tohoto onemocnění. Chtěla jsem zjistit, jak je onemocnění změnilo, jestli se vyskytly v jejich zdravotním stavu nějaké komplikace, které poté narušily kvalitu jejich současného života a jestli kvůli němu museli změnit zaměstnání nebo omezit své koníčky.

Dále jsem provedla anketu, kterou jsem vyvěsila na internet, na stránky www.vyplnto.cz. Tuto formu jsem zvolila proto, že je internet nejrozšířenější komunikační a informační zdroj a může se tak k němu také dostat každý člověk, ať mladý, tak i v letech. Prostě celá široká veřejnost, kterou jsem chtěla pojmout jako výzkumný vzorek. Otázky byly krátké a výstižné, proto jejich vyplnění bylo jednoduché.

5.1 Cíle a hypotézy

Cíle a hypotézy

Kazuistika:

CÍL: Srovnat kvalitu života muže a ženy po prodělání meningitidy.

H1: Domnívám se, že se bude kvalita života u muže a ženy po prodělání onemocnění odvíjet od příčiny jeho vzniku a rychlosti léčby.

Anketa:

CÍL 1: Zjistit postoj veřejnosti k prevenci proti klíšťové encefalitidě.

H1: Domnívám se, že více jak polovina veřejnosti se nijak zvlášť nebojí klíšťové encefalidity a nevyužívá žádné preventivní prostředky proti meningitidě.

H2: Domnívám se, že více jak polovina veřejnosti se klíšťové encefalidity bojí a využívá preventivní prostředky.

CÍL 2: Zjistit, zda je veřejnost informovaná o problematice meningitidy.

H1: Domnívám se, že více jak polovina dotázané veřejnosti nemá dostatek informací o této problematice.

H2: Domnívám se, že více jak polovina dotázané veřejnosti má dostatek informací o problematice meningitidy.

6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

6.1 Metodika výzkumu

Byla provedena triangulace metod – spojení kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Pro kvalitativní výzkum byla použita kazuistika, což znamená rozpracování studie jedné osoby. Je definována jako ucelená a podrobná studii jednoho případu, při kterém se berou ohledy na jeho utříděný celkový pohled. Nechybí u ní základní charakteristiky osobnosti jedince, vývoj příznaků a poruch, včetně významných postojů a zážitků. Použila jsme ji u dvou pacientů, kteří onemocněli meningitidou - jednoho muže a jedné ženy a chtěla srovnat kvalitu jejich života po prodělání jejich onemocnění, což bylo hlavním cílem mé práce.

Jako doplňující metodu jsem zvolila kvantitativní výzkum ve formě ankety. Tento druh výzkumu se velmi často používá při průzkumných šetřeních. Rozsahem je menší než dotazník, ale její výhodou je, že obsahuje většinou uzavřené otázky a tak umožňuje pro respondenty snadnější orientaci v problému a rychlejší odpověď. Máme několik druhů anket: poštovní, předávanou, novinovou, telefonickou, rozhlasovou, aj. Zvolila jsem elektronickou podobu výzkumu [6].

6.2 Charakteristika výzkumu

Jako výzkumné vzorky jsme si zvolila pacienty na neurologickém oddělení v KNTB a.s. ve Zlíně. Jednalo se o pacienty, kteří se zde léčili s meningitidou. Podmínkou bylo najít muže a ženu v produktivním věku. Prvním byl muž s diagnózou meningitida, která se mu projevila po operaci adenomu hypofýzy. Druhou osobou pro zpracování kazuistiky byla pacientka, u které se charakter onemocnění v průběhu hospitalizace měnil a také za sebou zanechal následky. Tyto kazuistiky jsem zpracovala a porovnávala. Zaměřila se na kvalitu života u pacientů, kteří si tímto onemocněním prošli, jak se změnil jejich život. Zajímalo mě, zda se mohli z nemocnice vrátit zpět domů a i nadále žít svým dosavadním plnohodnotným životem, nebo se museli přizpůsobit a již nic už nebylo jako dříve? Na tuto otázku jsem se snažila najít odpověď. Nejprve jsem si kazuistiku připravila, stanovila si cíl a sestavila osnovu pro kazuistiku.

6.3 Samotný výzkum

6.3.1 Kazuistika

Pro kazuistiku jsem si vybrala dva pacienty z neurologického oddělení v KNTB a.s., ve Zlíně. Podmínkou jsem si na začátku práce zvolila, že se musí týkat o muže a ženu v produktivním věku. Nejdříve jsem si připravila osnovu ke kazuistice a vypracovala otázky k anketě, které byly poté vyvěšeny na internetové stránky www.vyplnto.cz.

6.3.1.1 Osnova

1) Anamnéza - informace jsem čerpala jak od pacientů samotných, tak z jejich osobní dokumentace. K nahlédnutí do dokumentace byl samozřejmě nutný souhlas od pacientů a přednosta oddělení Doc. MUDr. Zbyňka Kality, CSc.

2) Katanamnéza – zde bylo účelem popsání celého příběhu pacienta, jeho historie, jak u něj k onemocnění došlo a jak se to vyvíjelo.

3) Analýza - rozbor případu

4) Interpretace (teorie a stanovení diagnóz dle Nandy taxonomie II.)

5) Diskuze (zhodnotit a porovnat kazuistiky a vyvodit důsledky)

6) Závěr (navrhnout řešení, popř. porovnat s již existujícími výsledky)

Doplňkovou metodou mého výzkumu byla anketa. Cílem bylo zjistit, jestli je vůbec veřejnost obeznámena s touto problematikou, jak se k onemocnění staví, jestli bojuje za prevenci, nebo to vzdává bez boje a vše ponechává svému osudu. Anketa se skládala z osmi otázek a byla vyvěšena na web. Určena byla pro širokou veřejnost.

7 ROZBOR A VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Pomocí rozhovorů s pacienty a ruku v ruce se zdravotnickou dokumentací jsem zpracovala dvě kazuistiky. Získané data z ankety jsem graficky znázornila a uspořádala do grafů.

7.1 KAZUISTIKA

7.1.1 Kazuistika 1.

21 letý muž, svobodný, bezdětný. Vyučený malíř/natěrač: 4 roky, aktuálně nezaměstnaný. Psychiatrická přítěž v rodině nebyla zjištěna. Nebyl vážněji tělesně nemocen. V roce 1995 vyšetřen psychiatrem pro suspektní lehkou mozkovou dysfunkci bez projevu dyskalkulie. Pacient byl akutně přijatý v noci dne 3. března 2009 na neurologickou JIP KNTB a.s. ve Zlíně. Před tím pacient hospitalizovaný na neurochirurgické klinice FN Olomouc k vyšetření makroadenomů hypofýzy, kde byly peroperačně odstraněny hleny a polypy z ústí paranazálních dutin. Pooperačně provedeno CT mozku – v místě adenomu objeveno prokrvácené ložisko, což byla neuroinfekční komplikace ze sinusitis.

Závěr: febrilie, meningeální syndrom, sekundární meningoencefalitis. Zdrojem je nejspíše pansinusitis.

1. den. Pacient přijat ve 23 hodin na neurologickou JIP s podezřením na bakteriální meningoencefalitis. Je při vědomí, apatický, orientovaný, cítí se být unavený, ale spolupracuje. Občas ho pobolívalo čelo, narůstá tupá cefalea, hučení v uších a cítil nápiniky na zvracení. Od přijetí byl febrilní s poruchami řeči a hybnosti. Je napojen na monitoring základních životních funkcí (TT 38°C, TK 115/57 mm Hg, P 79'). Měří se CVT, má zavedený CŽK, PŽK na LHK a na PHK, PMK. Bylo provedeno CT mozku, RTG srdce a plic, odebrány odběry biologického materiálu (vyšetření krve na statim, výtěry z nosu, krku, stěr z kůže a vyšetření stolice) a ve 23:40 hodin provedena lumbální punkce. Po zavedení invazivních vstupů zahájena léčba – Cefotaxime 2g + 100ml FR 1/1 i.v. po 8 hodinách, kortikoidy – Dexamed 8mg i.v. po 6 hodinách, od půlnoci podán Plasmalyte 1000ml + 20ml 10% MgSO₄ i.v./24 hodin. Dále má naordinován perorální cestou ve formě kapslí

Helicid 20mg 1-0-1, Ataralgin tbl., p.o. 1-1-1, Hydrocortizon tbl., p.o. 1-¹/₂-¹/₂, Minirin spray 1-1-1, Erdomed tbl., p.o. 0-1-1, Paralen 500mg tbl., p.o.1-1-1, Garasone (gtt. do nosu) 0-1-1. Z důvodu prevence TEN podáván Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1-0-0 a pro snížení bolesti hlavy Tralgit 100mg + 100ml FR 1/1 i.v. ve 20.00 hodin. U pacienta nedochází ke zhoršení stavu. Má přísný klidový režim na lůžku, spolupracuje, zbytek noci spal klidně.

2. den. Pacient má přísný klidový režim na lůžku a základní životní funkce jsou monitorovány (SpO₂ po 4hod., TK po 4 hod., CVT po 6 hod., P po 4 hod., TT po 8hod. + dlp.) TK má 116/52 mm Hg, P 68', TT klesá na 36,8 °C, SpO₂ – 99%. Má naordinovanou dietu č. 9 (z důvodu kortikoterapie), glykémie je 5,7 mmol/l. PMK moč odvádí moč bez známek infekce, vedena bilance tekutin, provedeno vyšetření moči - močový sediment dle Hamburgera, natočeno EKG, konziliární interní a ORL vyšetření. Byl doordinován Ringerův roztok 500ml i.v. od 8.00-24.00 hodin. Pacient je při vědomí, spolupracuje, příjem p.o. je dobrý. U pacienta byla provedena ranní a večerní toaleta na lůžku, převaz PŽK, braunyla z PHK //EX.

3. - 4. den. Stav pacienta je beze změn, má ležící režim s možností posazování k jídlu. Měření fyziologických funkce probíhá po 4 hodinách, provedena ranní a večerní toaleta na lůžku, TK 112/50 mm Hg, P 48', TT 36, 8°C, PMK ex. Plánuje se EEG vyšetření, odběr sekretu z nosu na bakteriologické vyšetření + citlivost a překlad na standardizované oddělení. Léčba je stejná jako předchozí den.

5. den. Pacient byl přeložen z JIP na standartní neurologické oddělení. Režim má ležící s možností posazování k jídlu, bilance tekutin/24hod.: příjem – 4550ml, výdej – 4500ml. Je orientovaný, spolupracuje. Doordinovaný byl Cerebrolsin 50mg + FR 100ml i.v. Stále pokračuje měření BTa kontrola fyziologických funkcí.

6.-7. den. Pacientův stav beze změn. Odebrány kontrolní odběry (CRP, FW, KO, ionty, urea, kreatinin, osmolalita), kontrolní výtěry z nosu a sputum BV+C. Změna v ATB: Zinat 500mg i.v., po 12hodinách, dále doordinován Undeston tbl., p.o.1-0-1 a Euthyrox 100 tbl., p.o. 1-0-0.

8.-19. den. Léky podávány dle ordinace. Pacient se cítí dobře. Je objednan k rehospitalizaci do FN Olomoc za 2 týdny.

Pacient byl 22. března 2009 přeložen na neurochirurgickou kliniku FN Olomouc, z důvodu pokračující léčby adenomu. Hospitalizace na neurologickém oddělení v KNTB a.s. ve Zlíně (včetně JIP) trvala 19 dní.

7.1.1.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka (43 let) zdravá, otec (43 let) zdravý, bratr (23 let) zdravý, pacient děti nemá.

Osobní anamnéza:

Žádné těžké tělesné onemocnění neprodělal. Dne 2.2.1995 provedeno psychiatrické vyšetření – diagnostikována lehká mozková dysfunkce, bez projevů dyskalkulie. Dle pacienta před 1,5 rokem provedeno vyšetření ophtalmologem pro potíže se zrakem – byl diagnostikován infekt v oblasti levého oka. V lednu 2009 diagnostikován makroadenom hypofýzy (42 x 32 x 42 mm) s hyperprolaktémií, v klinickém neurologickém nálezu bitemporální hemianopsie. Dle endokrinologa nelze vyloučit vzhledem k věku mírný hypogonadismus (testosteron je ale v normě).

Alergická anamnéza:

Kolabuje po podání jodové kontrastní látky.

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí v rodinném domě s rodiči a starším bratrem. Je svobodný, bezdětný.

Pracovní anamnéza:

Vyučen jako malíř/natěrač (již 4 roky), aktuálně je nezaměstnaný.

Nynější onemocnění:

Pacient byl od 14.2. - 24.2.2009 hospitalizován na neurochirurgické klinice FN Olomouc. Peroperačně byly odstraněny hleny a polypy z ústí paranazálních dutin.

Po operaci provedeno CT mozku v místě adenomu nalezeno prokrvácené ložisko velikosti 16 mm. CT paranazálních dutin objevilo: patologický stav maxilly, ethmoidů, sphenoidů, frontálních dutin (pansinusitis). HV – acidofilní, eosinofilní adenom. Perimetr (vyšetření zorného pole) prokázal relativní kvadrantopii a heteronymní bitemporální hemianopsie. Provedeno ORL vyšetření – CT nevylučuje krev dutině nebo zánět, diagnostickou punkci zatím nelze provést. Pacient vykouří denně 60 cigaret, alkohol: 0, káva: 0. Polyurie – neví kolik, odhadem vypije 4 litry denně.

Tabulka č. 2 *Laboratorní vyšetření ze dne 11.3.2009 (muž)*

Název	Hodnota	Fyziologická hodnota dle KNTB	Zhodnocení
Na	135 ml/l	(133 – 150 ml/l)	v normě
K	4 ml/l	(3,8 – 5,5 ml/l)	v normě
Cl	102 mmol/l	(97 – 108 mmol/l)	v normě
Osmolalita	271 mosm/kg	(275 – 295 mosm/kg)	snížený
Glukóza	6,1 mmol/l	(2,7-4,4 mmol/l)	zvýšená
Urea	3,7 umol/l	(2- 7,5 umol/l)	v normě
Kreatinin	80 umol/l	(35 – 110 umol/l)	v normě
CRP	74,6 mg/l	(0-10 mg/l)	zvýšený
Leu	$11,1 * 10^9/l$	(4 – $10 * 10^9/l$)	zvýšené
Ery	$3,78 * 10^{12}/l$	(4,5 – $5,0 * 10^{12}/l$)	snížené
Hemoglobin	118 g/l	(120 – 170 g/l)	snížený
HT	0,345	(0, 44 – 0,54)	snížený
Trombocyty	$231 * 10^9/l$	(150 – $350 * 10^9/l$)	v normě
Quick	101, 9 %	(80 – 120 %)	v normě
INR	0,99	(0,8 – 1, 2)	v normě
aPTT	28,7 s	(25 – 39 s)	v normě

Název	Hodnota	Fyziologická hodnota dle KNTB	Zhodnocení
Kyselina močová	367 umol/l	(180 – 420 umol/l)	v normě
Celkový bilirubin	6,2 umol/l	(do 20 umol/l)	v normě
ALT	0,92 ukat/l	(0, 55 – 0.8 ukat/l)	zvýšený
AST	0,29 ukat/l	(0, 55 – 0.8 ukat/l)	snížený
ALP	2,20 ukat/l	(do 2, 75 ukat/l)	v normě
Cholesterol	6,51 mmol/l	(do 5, 2 mmol/l)	zvýšený
Celková bílkovina	75,7 g/l	(65 – 80 g/l)	v normě
Albumin	48,8 g/l	(32 – 45 g/l)	zvýšený
FW	45/90	5/8	zvýšené

7.1.1.2 Záznam informací z rozhovoru s pacientem

Pacient A.M., muž, 21 let, dg. Bakteriální meningoencefalitis, přijat na JIP do KNTB dne 3. března 2009, aktuálně 8. den hospitalizace, přeložen z JIP, nezaměstnaný, vyučen malíř/natěrač, svobodný, bezdětný.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Před onemocněním:

Ve volném čase rád sportuje, jezdí hlavně na kole. Užíval pravidelně léky dle ordinace lékaře, na svůj zdravotní stav se ptá, vyžaduje informace.

Nyní:

Pacient celkově svůj zdravotní stav vnímá jako dočasně zhoršený. Dle jeho vlastních slov nikdy neležel v nemocnici, až teď poslední dobou.

Výživa a metabolismus

Před onemocněním:

Pacient sdělil, že nechutenstvím v poslední době netrpěl, má rád všechna jídla, kromě rajské omáčky a špenátu. Hodně má rád i sladké, ale musí se omezovat.

Nyní:

Při hospitalizaci má dietu č. 9 (diabetická – z důvodu kortikoterapie). Pije čaje, rozředěné džusy. Poslední dobou pocítil váhový přírůstek, kolik přesně neví, protože má ležící režim a nemůže vstát z postele, ale dává to za vinu hormonům, které bere. Denní bilance tekutin: příjem - 4550ml, výdej – 4500ml tekutin, nadměrně se nepotí. Turgor kožní je v normě - sliznice prokrvené, bez patologických eflorescencí.

Vylučování

Před onemocněním:

Nemocný s vyprazdňování moči a stolice v domácím prostředí neměl problémy. Na stolici chodil pravidelně, laxancia nikdy neužíval.

Nyní:

Do 4. dne hospitalizace zaveden PMK. Nyní je močení spontánní, bez pálení a řezání. Barva světle žlutá bez patologických příměsí. Vyprazdňování stolice je pravidelné, stolice zhruba každý druhý den ráno, bez krve, hlenu a dalších patologických příměsí, stolice je světle hnědé barvy, měkké konzistence, při vyprazdňování necítí bolesti.

Aktivita, cvičení

Před onemocněním:

Pacient rád sportuje, nejraději jezdí na kole. Ve volném čase jezdí s kamarády na výlety.

Nyní:

V nemocnici má režim ležící, pouze k jídlu se posazuje. Stěžuje si, že je upoutaný na lůžko, rád by už chtěl vstát a chodit. Na lůžku se polohuje sám, pasivní RHB.

Spánek, odpočinek*Před onemocněním:*

Doma chodívá spát kolem 23. hodiny, dívá se obvykle na televizi. Spává dobře celou noc, budí se až k ránu, noční můry nemívá. Nejraději odpočívá u nějaké dobré knížky, doma si pustí zajímavý film nebo jde ven s přáteli.

Nyní:

V nemocnici udává problémy se spánkem, je nekvalitní, protože mu vadí nemocniční prostředí a navíc se v noci často budí kvůli nucení na močení. Odpočívá při čtení nějaké dobré knihy.

Vnímání, poznávání*Před onemocněním:*

Slyší dobře, vadu sluchu nemá, nosí brýle na čtení, sledování televize a řízení motorového vozidla. Jiné pomůcky nevyužívá.

Nyní:

Pacient je orientován místem, časem, osobou a se zdravotnickým personálem spolupracuje.

Sebepojetí, vnímání sebe sama*Před onemocněním:*

Nemocný se vnímá jako sangvinik, je spíše introvert.

Nyní:

Sebepojetí, sebeúcta - při přijetí je orientovaný, apatický, má zavřené oči. Je klidný, o nemoci je informován lékařem, kontakt sám nenavazuje, je málomluvný. Nemocný čeká na den, až už půjde domů, těší se - pobyt v nemocnici ho stresuje. Je odkázán na cizí pomoc (myslí hygienu a odnos podložní mísy), je mu to nepříjemné.

Role, mezilidské vztahy*Před onemocněním:*

Bydlí v rodinném domě spolu s bratrem a rodiči. Vyučil se jako malíř/natěrač, ale momentálně je nezaměstnaný, což ho trápí. Pacient žil i dva roky v Anglii, přemýšlí, že pokud bude mít opět problémy najít práci, odjede tam znovu.

Nyní:

Nemocný si se svou rodinou pravidelně telefonuje, každý den za ním chodí na návštěvu maminka nebo bratr. Těší se už domů.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Na otázky ohledně sexuality odpovídá stydlivě, problémy v této oblasti neudává.

Stres, zátěžové situace*Před onemocněním:*

Léky dle ordinace lékaře pravidelně užívá, alkohol pije příležitostně. Doma vykouří až 60 cigaret za den. Nemocný uvádí: „Kouření mi pomáhá od stresu, jsem nezaměstnaný a to mě hodně trápí. Vím, že kouřím hodně, chtěl bych přestat, ale nedaří se to“.

Nyní:

Co ho teď hodně stresuje je pobyt v nemocnici. Nemůže chodit kouřit, protože má naordinovaný klidový režim na lůžku.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

V žádné náboženství nevěří. Neříká, že by byl ateista, ale do kostela nechodí.

7.1.1.3 Vyšetření sestrou

- provedla Eva Čechová 8. den hospitalizace

Záznam fyzikálního vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprav: *čistý, upravený, oholený*

Zuby: *vlastní chrup, udržovaný*

Slyší šepot: *slyší velmi dobře*

Přečte novinové písmo: *ano, potřebuje brýle*

Má brýle: *ano (na čtení, sledování televize a řízení motorového vozidla)*

Pulz/počet: *68/minutu*

Pravidelnost: *ano*

Jakost/síla: *hmatný*

Dýchání: *17/minutu*

Pravidelnost: *ano*

Hloubka: *plné*

Krevní tlak: *112/50 mm Hg*

Stisk ruky: *přiměřená síla*

Může zvednout tužku: *ano*

Rozsah pohybu kloubů: *přiměřený*

Svalová tuhost/pevnost: *přiměřená*

Kůže: *turgor v normě, sliznice prokrvené bez patologických eflorescencí*

Barva kůže: *fyzilogická*

Kožní léze: *bez patologických eflorescencí*

Riziko dekubitů (dle Nortonové): *29bodů*

(Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25bodech a méně)

Chůze: *režim ležící, nelze hodnotit*

Držení těla: *nelze hodnotit*

Chybění části těla: *0*

Test základních všedních činností dle Barthelové: *50 bodů – závislost středního stupně*

Kanyly intravenózní: na LHK i.v. flexila, místo vpichu klidné, denně převaz

Hmotnost (při příjmu): 82 kg

Výška: 182 cm

BMI : 24,75

Tělesná teplota: 36,9°C

Projevy (verbální a nonverbální) během rozhovoru

Orientace: *zachována*

Rozumí otázkám: *ano*

Hlas a způsob řeči: *klidný*

Úroveň slovní zásoby: *dobrá*

Oční kontakt: *těkavý*

Rozsah pozornost: *soustředěný*

Nervozita: *ano, místy*

Asertivní: *ano*

Analýza získaných informací

- Muž

- 21 let

- nezaměstnaný

- svobodný

- aktuálně 8. hospitalizace

- přeložen z JIP neurologického oddělení

DG: bakteriální meningoencefalitis

Tabulka č. 3 *Terapie (muž)*

Název léku, gramáž	Způsob podání	Léková skupina
Cefotaxime 2g + 100ml FR	intravenózně	<i>antibiotikum</i>
Zinat 500mg	intravenózně	<i>antibiotikum</i>
Dexamed 8g	intravenózně	<i>hormon ze skupiny kortikoidů</i>

Název léku, gramáž	Způsob podání	Léková skupina
Tralgit 100mg + 100ml FR $\frac{1}{1}$	intravenózně	<i>anodynum</i>
Ringerův roztok 500ml	intravenózně	<i>infúzní přípravek</i>
Cerebrolysin 50mg + FR 100ml $\frac{1}{1}$	intravenózně	<i>ATC skupina, aminoacida</i>
Plasmalyte 1000ml + 20ml 10% MgSO ₄	intravenózně	<i>elektrolyty + magnesium sulfate</i>
Fraxiparine 0,3 ml	subkutánně	<i>antikoagulancia</i>
Minirin spray	intranasálně	<i>antidiuretikum</i>
Erdomed tbl.	perorálně	<i>mukolytikum</i>
Undestor tbl.	perorálně	<i>mužský pohlavní hormon</i>
Paralen 500mg tbl.	perorálně	<i>analgetika, antipyretika</i>
Garasone gtt.	nosní kapky	<i>otorinolaryngologikum, kombinace kortikosteroidu a ATB.</i>
Hydrocortizon tbl.	perorálně	<i>glukokortikoid</i>
Helicid 20mg tbl.	perorálně	<i>antiulcerózní látky - inhibi- tor vodíkové pumpy</i>
Ataralgin tbl.	perorálně	<i>analgetikum, antipyretikum</i>
Euthyrox 100mg tbl.	perorálně	<i>hormon štítné žlázy</i>

Monitoring (naordinován lékařem)

- FF (TT, TK, P – po 8 hod.)
- Bilance tekutin za 24 hodin
- péče o PŽK

Zjištěné problémy a nepohodlí pacienta:

- Nemocný vnímá zhoršení svého zdravotního stavu.
- Nemocný nemá dostatek informací o svém zdravotním stavu.
- Pohodlí nemocného je zatíženo podáváním infúzí.
- Nemocný má zaveden PŽK.
- Nemocný spolupracuje na sledování bilancí tekutin.
- Pacientovi se podává subkutánně Fraxiparin.
- Nemocný má ležící režim, s možností posazování k jídlu, ale nemůže vstát z lůžka.
- Nemocný se musí vyprazdňovat na podložní mísu.
- Nemocný má nepříjemné pocity, kvůli pobytu v nemocnici.
- Nemocný se přeje být soběstačný a vrátit se domů.

7.1.1.4 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.**1. Doména: Podpora zdraví****Management zdraví - Ochota ke zlepšení léčebného režimu - 00162*****Určující znaky:***

- Nemocný si přeje lépe zvládat léčbu onemocnění a prevenci komplikací
- Nemocný volí denní činnosti na podporu léčby nebo prevence onemocnění přiměřeně
- Hovoří o drobných obtížích se zvládnutím léčby onemocnění nebo s prevencí komplikací
- U nemocného nedochází k neočekávané akceleraci symptomů onemocnění

Související faktory:

- Nespokojenost s léčebným režim (upoutání na lůžko)

Cíl:

- C1: Nemocný lépe zvládá léčebný režim.

Intervence:

- Podporovat pacienta v rozhodování a aktivní účasti na plánování a realizaci léčebného režimu a prevenci komplikací.
- Pomocť pacientovi najít způsob, jak sledovat probíhající léčebný režim; cílem je včasné rozpoznání změn, umožňující na ně rychle reagovat.
- Mobilizovat podpůrné systémy, včetně rodiny, nepříbuzných blízkých osob, sociálních a finančních zdrojů.
- Ověřit si, zda pacient všemu rozumí.
- Přítomnost ochoty ke zlepšení léčebného režimu zaznamenat do dokumentace.

2. Doména: Výživa

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

3. Doména: Vylučování a výměna

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

4. Doména: Aktivita – odpočinek

Spánek – odpočinek: ***Porušený spánek – 00095***

Sebepéče: ***Deficit sebepéče při vyprazdňování - 00110***

Deficit sebepéče při koupání a hygieně - 00108

Spánek – odpočinek: ***Porušený spánek – 00095***

Určující znaky:

- Nespokojenost se spánkem
- K/P si stěžuje, že si spaním dostatečně neodpočine
- Ze spánku se K/P probouzí o hodně dříve nebo o hodně později, než je optimální
- Snížená funkční schopnost K/P, snížená motivace K/P k denním činnostem

- Nadměrná spavost během dne
- Usínání K/P trvá déle než 30 minut
- Insomnie

Související faktory:

Psychogenní:

- Přemítání, vtíravé myšlenky před spaním
- Přemýšlení o domově
- Nepřiměřená spánková hygiena
- Osamělost, oddělení od blízkých osob
- Nuda, nevytíženost

Vlivy prostředí:

- Hluk
- Osvětlení
- Neznámé zařízení místa ke spánku
- Nedostatek soukromí ke spánku, přítomnost dalších osob v místnosti, kde má K/P spát
- Rušení terapií, odběry materiálu k laboratorním testům atd.
- Přítomnost dalších osob v místnosti, kde má K/P spát

Tělesné vlivy:

- Nevhodná poloha
- Naléhavost potřeby vymočit se

Cíl:

- C1: Slovně vyjádří pochopení poruchy spánku
- C2: Klient se cítí odpočatý, je schopný usínat v rámci svých možností.

Intervence:

- I 1: Zhodnotit spolu s pacientem kvalitu jeho spánku a společně najít příčinu jeho problému.

- I 2: Zjistit od klienta spánkové návyky v domácím prostředí.
- Sledovat průměrnou délku a kvalitu spánku.
- Nerušit zbytečně spánek klienta a udržovat tiché a klidné prostředí.
- Odstranit rušivé elementy, které mohou narušit klidný spánek.
- Doporučit pacientovi, aby co nejvíce tekutin vypil přes den, ne večer a noci.
- Upravit lůžko před spánkem a dle potřeby vyměnit ložní prádlo. Vyvětrat místnost, kde pacient spí. Umožnit nemocnému před spaním činnost, na kterou je zvyklý.
- Informovat nemocného o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek.

- Seběpěče: **Deficit seběpěče při vyprazdňování - 00110**

Určující znaky:

Neschopnost:

- Přemístit se na toaletu či pojízdný klozet
- Posadit se na toaletu, či pojízdný klozet a nebo následovně vstát
- Dodržovat správnou hygienu při vyprazdňování

Související faktory:

- Zhoršená schopnost se přemístit
- Neuromuskulární poškození

Cíl:

- C1: Nemocný provádí péči o sebe sama na úrovni svých schopností.

Intervence:

- Zhodnotit celkový stav pacienta.
- Zajistit dostupnost signalizačního zařízení pro pacienta.
- Zajistit dostatek pomůcek k vyprazdňování.
- Dát pacientovi dostatek času na vyprázdnění a chránit co nejvíce jeho soukromí.

- Brát ohledy na stud pacienta a vyhovit mu v jeho potřebách.
- Zaznamenávat frekvenci a charakter stolice.
- Dbát o zvýšenou hygienu kůže, pečovat o čistotu pokožky a bojovat proti možnému vzniku opruzenin.
- Zajistit správnou výživu nemocného (např. dostatek vlákniny, zeleniny, ovoce, vyvážená strava apod.).

5. Doména: Vnímání – poznávání

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetřovatelské diagnózy*

6. Doména: Vnímání sebe sama

- Sebeúcta: **Situační snížená sebeúcta - 00120**

Určující znaky:

- Sebe-negující slovní vyjádření, negativně se hodnotí
- Vyjadřuje bezmocnost a neprospěšnost
- Sděluje, že současný stav zhoršuje jeho sebehodnocení

Související faktory:

- Strach (z následků svého onemocnění)
- Ztráta zaměstnání
- Změna sociální role

Cíl:

C1: Pacient slovně vyjadřuje zvýšený smysl pro sebeúctu ve vztahu k současné situaci, pozitivní sebe-ocenění.

Intervence:

- Posoudit obsah negativního vnitřního dialogu, povšimnout si, jak se nemocný domnívá, že na něho pohlížejí druzí.

- Zdůraznit nevhodnost srovnávání s ostatními, vézt nemocného k zaměření se na ty aspekty jeho osobnosti, které mohou být oceněny.
- Doporučit nemocnému, aby si vypracoval seznam současných a minulých úspěchů, a silných stránek.
- Pomocť nemocnému se vyrovnat s pocitem bezmoci.
- Připravit pacienta na očekávané události, změny.
- Doporučit poradce povolání a zdroje edukace. Podat nemocnému co nejvíc informací.
- Věnovat nemocnému dostatečné množství času. Dát pacientovi čas i na jeho otázky.
- Zabavit nemocného, aby neustále nemyslel na své problémy.
- Zajistit kontakt s rodinou.

7. Doména: Vztahy

- k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy

8. Doména: Sexualita

- k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy

9. Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy

10. Doména: Životní princip

k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy

11. Doména: Bezpečnost - ochrana

- Tělesné poškození: **Riziko infekce – 00004**

Rizikové faktory:

- Invazivní procedury (PŽK)
- Nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů
- Prostředí zvýšeně vystavené patogenům
- Nedostatečný sekundární ochranný systém

Cíl:

- C1: U nemocného nejsou patrné známky infekce, odstranění rizik vzniku infekce

Intervence:

- Sledovat místo možného vzniku infekce. Sledovat místní i celkové známky zánětu.
- Přistupovat aseptickým způsobem při převazu PŽK. Dodržovat dobu zavedení PŽK.
- Při aplikaci subkutánních injekcí obměňovat místa vpichu.
- Ošetřovat místo brány infekce.
- Zaznamenat přítomnost rizika infekce do ošetřovatelské dokumentace.

12. Doména: Komfort

- Sociální komfort: **Sociální izolace - 00053**

Určující znaky:

Objektivní:

- Nepřítomnost blízké podporující osoby nebo osob (rodiny, přátel)
- Nemocný je zaměstnán svými myšlenkami
- Nemocný je stažený do sebe, duchem nepřítomný, nekomunikativní
- Smutek, zasmušilé emoční reakce

Subjektivní:

- Pocity osamění navozené jinými osobami
- Pociťuje svou rozdílnost od jiných osob (vrstevníci)

Související faktory:

- Změny stavu zdraví a sociální pohody
- Změny mentálního stavu
- Neschopnost dosáhnout spokojenosti v osobních vztazích (K/P bez partnera, sám)
- Neadekvátní osobní zabezpečení (K/P bez zaměstnání)

Cíl:

- C1: K/P vyjádří vyšší sebe-ocňování.
- C2: Nalezení příčin izolace a způsobů, jak jí zabránit.

Intervence:

- I 1: Spolu s nemocným pomocí rozhovoru nalézt příčin pocitů osamění.
- Zhodnotit a sledovat celkový stav nemocného (tělesný i psychický).
- Promluvit si s pacientem a snažit se získat jeho důvěru.
- I 2: Zkontaktuj rodinu
- Umožnit pacientovi přijímat návštěvy, i mimo návštěvní hodinu.
- Zabavit nemocného přes den nějakou činností a odvrát jeho pozornost od zasmušilých myšlenek
- Zapojit nemocného do řešení problému.
- Být empatická a trpělivá.
- Doporučit nemocnému návštěvu psychologa.

13. Doména: Růst/vývoj

- k dané doméně jsem neshledala žádné ošetřovatelské diagnózy

Závěr:

Pacient A.M. byl na neurologickém oddělení hospitalizován celkem 19dní. Od 22. března 2009 přeložen na neurochirurgickou kliniku FN Olomouc, k rehospitalizaci a dořešení základní diagnózy – onemocnění (adenom hypofýzy). Po absolvovaných vyšetřeních je prognóza zdravotního stavu pacienta dobrá.

7.1.2 KAZUISTIKA č. II

38letá žena, vdaná, jedno dítě. Pracuje ve skladě v hypermarketu jako manažerka, doma žije sama. Pacientka přijata dne 16. 2. 2009 na JIP neurologického oddělení pro amentní stav, v úvodu epileptický paroxysmus, febrilie, meningeální syndrom. Byla přivezena RZP, prakticky žádné informace od ní samotné nebyly sděleny, byla zmatená, febrilní. Dle CT mozku zvažován absces nebo tumor. Laboratorní vyšetření neprokázalo leukocytózu, CRP a FW v normě. Naordinovány ATB empiricky, antiedematózní léčba. Pacientka je při příjmu somnolentní, amentní, nespolupracuje, má horkou kůži, TK 120/80, P 75', ventilace je spontánní, zornice jsou izokorické, bez okohybných pohybů, jazyk nelze vyšetřit kvůli nespolupráci pacientky. Vyšetření šije je na 3 prsty. Pohyby jsou souměrné, HK nelze vyšetřit pro nespolupráci, hyperflexie L2/S2 bilat., Lasegue.

Závěr: febrilie, amentní stav, meningeální syndrom, frustisimní centrální monoparéza. LDK – etiologická meningoencefalitis HSV 1, dominuje organický inhib. psychosyndrom.

1. den. Pacientka přivezena v 10 hodin RZP na JIP neurologického oddělení. Je somnolentní, amentní, nespolupracuje, TT 38°C, TK 120/80, P 75'. Je napojena na monitoring základních životních funkcí. Byl zaveden CŽK, PŽK na LHK a PMK. Provedeny odběry biologického materiálu (na statim vstupní biochemické vyšetření krve, KO+diff., koagulace, dále pak výtěry z nosu, krku, stěr z kůže a vyšetření stolice). Provedeno RTG srdce a plic a pokus o LP byl neúspěšný (pacientka má voperovány kovové dlahy podél páteře od cca 16 let). Byly naordinovány: Neurotop 300mg tbl., p.o. 1-0-1, Helicid 20mg kapsle, p.o. 1-0-1, Fortecortin tbl., p.o. ½-½- ½-½, Tiapridal tbl., p.o. ½-½-1, Pevaryl na opruzeniny 3x denně, Fraxiparin 0,3ml s.c., Paralen 500mg tbl., p.o., Cavinton 5mg tbl.,

p.o. 2-2-2, Plasmalyte 1000ml i.v. + 10 ml MgSO₄ 10% i.v., Hemolus 10% 500ml i.v., NaCl 10% i.v. po 12 hod..

2. den. Ordinovaná medikace se nezměnila. Po podání antipyretik dnes již pacientka afebrilní. Měření CVT po 6 hod. Příjem tekutin 3500ml. Pacientka částečně spolupracuje.

3. den. Dochází k postupnému zhoršení stavu, výrazně poklesla hladina Na, chloridů, dochází ke hypokalcémii, proto podán Ringerův roztok 500ml i.v. + 10ml 7,5% KCl i.v. Pacientka opět febrilní – TT 38 °C, provedeno EEG, což prokázalo abnormální záznam s intermitentní aktivitou nad předními kvadranty, zánětlivé markery byly bez dynamiky. Zvažována možnost expanze, neuroinfekce nelze vyloučit vzhledem ke špatným anatomickým poměrům. Léčba herpesinem empiricky (Herpesin 750mg i.v. + FR ¹/₁ 100ml i.v. po 8. hod.).

4. den. Objevila se výrazná polyurie, hyposmolalita, jedná se o SIADH centrální etiologie. Proveden úspěšný pokus LP (v likvoru CB 1, 05, 56 lymfocyty, 4 monocyt, aktivní PCR HSV, v cytologii monocytární oligocytóza, která může za vznik aseptické herpetické meningoencefalitidě).

5.den. Zdravotní stav stále zhoršený. Postupně se ale zlepšuje vnitřní prostředí, probíhá antiedematózní léčba. Provedeno MRI mozku, které ukázalo, že se prokazují vícečetná ložiska encefalitis s edémy FTP 1.dx. Přechodně zavedena výživa nasogastrickou sondou s kombinovanou parenterální výživou.

6. den. Dochází k vývoji – zdravotní stav se stabilizoval, pacientka ventiluje spontánně, obnoven příjem p.o., provedena kontrolní LP (s CB 1,34, 9 lymfocytů, PCR na HSV negativní). Levostranná centrální paréza regreduje i spolu s meningeálními syndromem. Hospitalismus zkomplikován mykotickou dermatits – podány lokální mykotika, provedeno CT mozku, které prokazuje rezistentní edém mozku.

7.den. Pacientčin stav se mírně zlepšil, pořád ale převládá vůči zdravotnickému personálu nespolupráce, při komunikaci je místy jakoby mimo realitu. Má režim: ležící, k jídlu možno posazovat. Kožní mykóza se nelepší, proto zvýšená péče o pokožku. Dnes přeložena na standartní neurologické oddělení.

8 - 9. den. Pacientka moc nespolupracuje, žije jakoby v jiném světě, ale stav se pozvolna lepší., vede se u ní záznam bilance tekutin: příjem – 3450ml, výdej – 3400ml,

péče o invazivní vstupy, PMK ex. Ordinované léky zůstávají stejné. Kožní mykóza stále přetrvává.

10.-20. den. Pacientčin stav se nemění, ordinované léky byly podány, ranní a večerní hygiena provedena, zvýšená péče o kůži a sledování mykózy. Pacientka stále nespolupracuje.

25. den hospitalizace bylo provedeno psychologické vyšetření (za pomoci pozorování, rozhovoru, Baum testem Wais-R), jehož závěrem bylo, že u pacientky došlo k průkazným poruchám kognitivních funkcí (dlouhodobá a krátkodobá ztráta paměti - vizuální, sluchové i logické. Pacientka si dokáže vybavit jen hluboce vštípenou látku. Intelektové schopnosti se aktivně nacházejí v pásmu lehké mozkové retardace. Schopnost udržet pozornost je krátkodobá).

34. den pacientka propuštěna do domácího léčení. Bude se o ni starat přítel, který se k ní spolu s dcerou stěhuje.

7.1.2.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka i otec zdraví, sestra zdráva, má jednu dceru - taky zdráva.

Osobní anamnéza:

Skolióza páteře, v 16ti letech operace, lumbální punkce v minulosti pro skoliózu, více informací nelze zjistit.

Alergická anamnéza:

Neguje

Abusus: alkohol: 0, cigarety: 0, káva: 3

Pracovní anamnéza:

Pracuje v hypermarketu ve Zlíně jako manažerka, vystudovala gymnázium a ekonomickou nástavbu, nyní dodělává vysokou školu ekonomickou na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Rodinná anamnéza:

Matka zdravá, otec zdravý, sestra i dcera zdravý, je rozvedená, má přítele, žije sama v bytě v Otrokovicích. Dcera má 18 let, letos maturuje, většinou bydlí u bývalého manžela.

Gynekologická anamnéza:

1 porod – dcera (v roce 1990), gynekologicky v pořádku.

Nynější onemocnění:

Asi týden má febrilie (39 – 40°C), bolesti hlavy, byla u obvodního lékaře, diagnostikována byla suspektní viróza. Dnes ale rozvoj zmatenosti, obvodním lékařem odeslána na interní oddělení nemocnice ATLAS, odtud akutně odeslána na neurologické oddělení KNTB a.s.. Za hospitalizace na interním oddělení popisovány 1x generalizované křeče, zmatenost, somnolence, krutá bolest hlavy, 1x zvracela, bloudivé pohyby bulbů, popis i lehké anizokorie – lateralizace neudána. Přijata na JIP neurologického oddělení, do KNTB a.s. ve Zlíně dne 16. 2. 2009 v 10. hodin.

Tabulka č. 4 *Laboratorní vyšetření ze dne 4.3.2009 (žena)*

Název	Hodnota	Fyziologická hodnota dle KNTB	Zhodnocení
Na	132 mmol/l	(135-145 ml/l)	snížený
K	4 ml/l	(3,8 – 5,1 ml/l)	v normě
Chloridy	99 mmol/l	(120-130 mmol/l)	sníženy
Osmolalita	265 mosm/kg	(275-295 mosm/kg)	snížená

Název	Hodnota	Fyziologická hodnota dle KNTB	Zhodnocení
Glukóza	3,6 mmol/l	(2,7-4,4 mmol/l)	v normě
Urea	3,8	(2 – 7,5 mmol/l)	v normě
Kreatinin	85 ml/l	(35-110 ml/l)	v normě
CRP	72,8 mg/l	(0-10 mg/l)	zvýšený
Celková bílkovina	2,17 g/l	(0,20-0,40 g/l)	zvýšená
Laktát	1,8	(1,20-2,20)	snížený
FW	45 / 90	(8 / 12)	zvýšený

7.1.2.2 Záznam informací z rozhovoru s pacientem

(Rozhovor s pacientkou byl proveden v rámci její možnosti, většina informací proto čerpána z chorobopisu a ošetrovatelské dokumentace. Zaznamenat kvalitu života před a po onemocnění nelze, proto je hodnocen jen dosavadní zdravotní stav).

Pacientka L.T., 38 let, dg. suspektní aseptická encefalitis, aktuálně 18.den hospitalizace, přeložena z JIP neurologického oddělení, pracuje jako manažerka ve skladě v hypermarketu, vystudovala gymnázium a ekonomickou nástavbu, nyní dodělává vysokou školu ekonomickou na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, je rozvedená, má 18letou dceru.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka si nemůže vzpomenout, proč ji přijali do nemocnice, uvádí, že nejspíše je v nemocnici kvůli bolesti zad. Usmívá se, pozornost kolísá, uvádí místy protichůdné informace. Pacientka ve svém volném čase chodí ráda na procházky do blízkého lesíka v blízkosti bydliště.

Výživa a metabolismus

Pacientka má v nemocnici dietu číslo 2 (šetřící). Nechutenstvím netrpí, sní všechna jídla. Pije čaje a minerální vody, co jí nosí rodina. Denní bilance tekutin: příjem - 3550 ml, výdej – 3500 ml tekutin, nadměrně se nepotí. Turgor kožní je v normě - sliznice prokrvené, bez patologických eflorescencí.

Vylučování

Pacientka nemá v oblasti vyprazdňování potíže. Barva moči je světle žlutá, bez patologických příměsí. Vyprazdňování stolice je pravidelné, stolice zhruba každý druhý den ráno, bez patologických příměsí, laxancia neužívá.

Aktivita, cvičení

Pacientka ráda chodí ve volném čase na procházky. Má dceru, se kterou jezdí každým rokem na dovolenou. V nemocnici má režim ležící, pouze s možností posazování k jídlu. Na lůžku se polohuje sama, pasivní RHB.

Spánek, odpočinek

V nemocnici pacientka spí dobře, občas si stěžuje, že se v noci budívá, vadí jí hluk na chodbě. Většinu dne pacientka odpočívá, buď se dívají se spolu-pacientkou na televizi, nebo spí. Užívá na noc antipsychotika (Tiapridal).

Vnímání, poznávání

Pacientka je částečně orientována místem, časem, osobou, ale vážne její spolupráce se zdravotnickým personálem. Slyší dobře, vadu sluchu nemá, používá brýle.

Sebepojetí, vnímání sebe sama

Sebepojetí, sebeúcta - při přijetí je dezorientovaná, v amentním stavu. Je usměvavá, ale v polovině rozhovoru si ztěžuje, že je unavená a potřebuje spát. O nemoci je ona

i rodina informována lékařem, pořád se na něco ptá, protože si není jistá tím, kde je. Těší se domů.

Role, mezilidské vztahy

Na otázku kolik jí je let a s kým bydlí, odpovídá: „Je mi 31, ale nejsem si jistá...“ Dále uvádí, že před půl rokem otěhotněla a před třemi měsíci porodila, dítě je u nějakých známých, že jen čeká, až ji propustí domů, aby se o něj mohla sama starat. Ve skutečnosti je jí 38 let a má osmnáctiletou dceru, která letos maturuje. Je rozvedená, dcera bydlí u bývalého manžela.

Sexualita, reprodukční schopnosti

Má 18tiletou dceru, je rozvedená, aktuálně má dva roky přítele, který ji chodí pravidelně navštěvovat do nemocnice.

Stres, zátěžové situace

Léky dle ordinace lékaře pravidelně užívá, má ráda slabou kávu s mlékem a bez cukru, nekouří. Stresovým obdobím pro ni byl rozvod, chodila i na psychologické sezení.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka je věřící, uvádí, že spolu s dcerou chodí i každou neděli do kostela.

7.1.2.3 Vyšetření sestrou

- provedla Eva Čechová 18. den hospitalizace

Záznam fyzikálního vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprav: *čistá, upravená*

Zuby: *vlastní chrup, udržovaný*

Slyší šepot: *slyší velmi dobře*

Přečte novinové písmo: *ano*

Má brýle: *ano*

Pulz/počet: *66/minutu*

Pravidelnost: *ano*

Jakost/síla: *hmatný*

Dýchání: *19/minutu*

Pravidelnost: *ano*

Hloubka: *plné*

Krevní tlak: *103/68 mm Hg*

Stisk ruky: *slabý stisk*

Může zvednout tužku: *ano*

Rozsah pohybu kloubů: *přiměřený*

Svalová tuhost/pevnost: *přiměřená*

Kůže: *turgor v normě, sliznice prokrvené bez patologických eflorescencí*

Barva kůže: *fyzilogická*

Kožní léze: *bez patologických eflorescencí*

Riziko dekubitů (dle Nortonové): *22 (Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně)*

Chůze: *režim ležící, nelze hodnotit*

Držení těla: *nelze hodnotit*

Chybění části těla: *0*

Test základních všedních činností dle Barthelové: *40 bodů – vysoká závislost*

Kanyly intravenózní: *na LHK i.v. flexila, místo vpichu klidné, denně převaz*

Hmotnost (při příjmu): *68 kg*

Výška: *168 cm*

Tělesná teplota: *36,5°C*

Projevy (verbální a nonverbální) během rozhovoru

Orientace: *místy dezorientovaná*

Hlas a způsob řeči: *tichý a klidný*

Oční kontakt: *těkavý*

Nervozita: *ano, místy*

Rozumí otázkám: *ano*

Úroveň slovní zásoby: *na některé otázky odpovídá jednoslovně*

Rozsah pozornost: *soustředěný*

Asertivní: *ano*

Analýza získaných informací

- Žena, 38 let
- zaměstnána v hypermarketu ve skladu, jako manažerka
- rozvedená
- přeložena z JIP neurologického oddělení
- aktuálně 18. den hospitalizace

DG: *suspektní aseptická encefalitis*

Tabulka č. 5 *Terapie (žena)*

Název léku, gramáž	Způsob podání	Léková skupina
Ringerův roztok 500ml + 10ml 7,5% KCl	intravenózně	<i>infúzní přípravek (infundabilia)</i>
Plasmalyte 1000ml + 1amp MgSO ₄ 10%	intravenózně	<i>elektrolyty + magnesium sulfate</i>
NaCl 10%	intravenózně	<i>infundabilium</i>
Herpesin 750mg + FR 1/1 100ml	intravenózně	<i>virostatikum</i>
Fraxiparin 0,3ml	subkutánně	<i>antikoagulancia</i>
Helicid 20mg 1-0-1	perorálně	<i>antiulcerózní látky – inhibitor vodíkové pumpy</i>

Název léku, gramáž	Způsob podání	Léková skupina
Fortecortin ½-½- ½-½ tbl.	perorálně	<i>antiastmaticum</i>
Tiapridal ½-½-1 tbl.	perorálně	<i>neuroleptikum</i>
Paralen 500mg tbl.	perorálně	<i>analgetikum</i>
Cavinton 5mg 2-2-2 tbl.	perorálně	<i>psychostimulans, nootropikum, vazodilatans</i>
Neurotop 300mg 1-0-1 tb	perorálně	<i>antiepileptikum</i>
Pevaryl (1-1-1)	kožní pasta	<i>antimykotikum</i>

Monitoring (naordinován lékařem)

- FF (TT, TK, P po 8. hod.)
- Bilance tekutin za 24 hodin
- péče o invazivní vstupy: PŽK, CŽK

Zjištěné problémy a nepohodlí pacienta:

- U pacientky je potřeba sledování bilancí tekutin.
- Pacientka má zavedený PŽK, CŽK a jsou jí podávány infúzní roztoky.
- Pacientce se subkutánně podává Fraxiparin.
- Nemocná má režim ležící s možností posazování k jídlu.
- Pacientka se musí vyprazdňovat na podložní mísu.
- Pobyt v nemocnici v pacientce vzbuzuje nepříjemné pocity.
- Pacientka si přeje být soběstačná a vrátit se domů.

7.1.2.4 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II.

1. Doména: Podpora zdraví

Management zdraví – Neefektivní léčebný režim - 00078

Určující znaky:

- Nemocná má potíže sladit preventivní opatření s léčbou a s projevy svého onemocnění
- Nemocná odmítá léčebný režim, není spokojena ve zdravotnickém zařízení

Související faktory:

- Jakékoliv překážky bránící dodržování léčebného režimu
- Nedůvěra k léčebným či ošetrovatelským opatřením nebo ke zdravotnickému personálu
- Složitost léčebných opatření

Cíl:

- C 1: Pacientka pochopí nutnost dodržování nařízeného léčebného režimu.

Intervence:

- Zhodnotit celkový stav pacientky, včetně stupně spolupráce.
- Zapojit pacientku do plánování a realizaci léčebného režimu a prevenci komplikací.
- Pomocť pacientce najít způsob, jak sledovat probíhající léčebný režim; cílem je včasné rozpoznání změn, umožňující na ně rychle reagovat.
- Edukovat pacientku o jejím zdravotním stavu a vysvětlit, proč je důležité, aby spolupracovala.
- Mobilizovat podpůrné systémy, včetně rodiny, nepříbuzných blízkých osob, sociálních a finančních zdrojů.
- Ověřit si, zda nemocná všemu rozumí.
- Zaznamenat přítomnost neefektivního léčebného režimu do ošetrovatelské dokumentace.

2. Doména: Výživa

- Přijímání potravy: *Nedostatečná výživa - 00002*

3. Doména: Vylučování a výměna

- Vyprazdňování moči: *Porušené vyprazdňování moči - 00016*

4. Doména: Aktivita – odpočinek

Spánek – odpočinek: *Porušený spánek – 00095*

Sebepéče: *Deficit sebepéče při vyprazdňování - 00110*

Deficit sebepéče při koupání a hygieně - 00108

Nedostatek zájmových aktivit – 00097

Riziko intolerance aktivit – 00094

Spánek – odpočinek: *Porušený spánek – 00095*

Určující znaky:

- Insomnie
- Ze spánku se probouzí o hodně dříve nebo o hodně později, než je optimální
- Snížená funkční schopnost nemocné
- Nespokojenost se spánkem
- Usínání nemocné trvá déle než 30 minut

Související faktory:

Psychogenní faktory:

- Přemítání (vtíravé myšlenky) před spaním
- Přemýšlení o domově
- Nepřiměřená spánková hygiena
- Deprese, osamělost, oddělení od blízkých osob, zármutek, úzkost

Vlivy prostředí:

- Hluk, osvětlení
- Nedostatek soukromí ke spánku
- Neznámé zařízení místa ke spánku
- Rušení terapií, monitorováním, odběry materiálu k laboratorním testům atd.
- Přítomnost dalších osob v místnosti, kde má nemocná spát

Tělesné vlivy:

- Naléhavost potřeby vymočit se, inkontinence

Cíl:

- C1: U pacientky došlo k zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti.

Intervence:

- Zhodnotit spolu s pacientkou kvalitu jejího spánku a společně najít příčinu jejího problému.
- Zjistit od klientky spánkové návyky v domácím prostředí.
- Sledovat průměrnou délku a kvalitu spánku.
- Nerušit zbytečně spánek klientky a udržovat tiché a klidné prostředí.
- Odstranit rušivé elementy, které mohou narušit klidný spánek.
- Doporučit pacientce, aby co nejvíce tekutin vypila přes den, ne večer.
- Zaměstnat pacientku přes den, aby nepospávala (popovídat si, nabídnout knihu, apod.).
- Upravit lůžko před spánkem a dle potřeby obměňovat ložní prádlo. Vytvářet místnost, kde pacientka spí. Umožnit klientce před spaním činnost, na kterou je zvyklá.
- Informovat klientku o rovnováze mezi aktivitou a odpočinkem v průběhu dne.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek.

- Sebepečce: *Deficit sebepečce při vyprazdňování - 00110*

Určující znaky:

Neschopnost:

- Přemístit se na toaletu či pojízdný klozet
- Posadit se na toaletu či pojízdný klozet a nebo následovně vstát
- Dodržovat správnou hygienu při vyprazdňování

Související faktory:

- Zhoršená pohyblivost (upoutání na lůžko v rámci léčebného režimu)
- Zhoršená schopnost se přemístit
- Vyčerpanost nebo únavnost
- Percepční nebo kognitivní poruchy

Cíl:

C1: Pacientka nalezne individuální vhodné postupy, aby měla uspokojenou potřebu vyprazdňování.

Intervence:

- Zhodnotit celkový stav pacientky.
- Zajistit dostupnost signalizačního zařízení pro pacientku.
- Zajistit dostatek pomůcek.
- Dát pacientce dostatek času na vyprázdnění a chránit co nejvíce její soukromí.
- Brát ohledy na stud pacientky a vyhovit jí v jejích potřebách.
- Zaznamenávat frekvenci a charakter stolice.
- Dbát o zvýšenou hygienu kůže, pečovat o čistotu pokožky a bojovat proti možnému vzniku opruzenin.

- Seběpěče: *Deficit seběpěče při koupání a hygieně – 00108*

Určující znaky:

Neschopnost:

- Opatřit si a udržet zdroj vody
- Zaopatřit si pomůcky ke koupání
- Osušit se
- Umýt si celé tělo nebo jeho části

Související faktory:

- Neuromuskulární postižení
- Silná úzkost
- Percepční nebo kognitivní poruchy
- Vyčerpanost nebo únavnost

Cíl:

- C1: Pacientka pochopí důležitost hygienické péče o sebe sama a bude ji zvládat dle aktuálního zdravotního stavu.

Intervence:

- Zhodnotit úroveň seběpěče pacientky.
- Zajistit dostatečné množství pomůcek a ložního prádla.
- Podporovat pacientku, aby byla sama co nejvíce aktivní.
- Umožnit pacientce, aby svou hygienickou péči prováděla dle svých zvyklostí a domácích rituálů.
- Chránit soukromí pacientky a dbát na její možný stud.
- Věnovat pacientce dostatečné množství času.
- Nabízet svou pomoc.

5. Doména: Vnímání - poznávání

- Poznávání – *Poškozená paměť* – 00131
 - *Chronická zmatenost* – 00129
 - *Porušené myšlení* – 00130
- Komunikace - *Zhoršená verbální komunikace* – 00051

- Poznávání – *Poškozená paměť* – 00131

Určující znaky:

- Poskytnuté informace si nevybavuje přesně
- Nevybavuje si nedávné události nebo události z minulosti
- Nemocná není schopna určit, zda činnost provedla.
- Není schopna se naučit nebo si zapamatovat nové dovednosti (nebo informace).

Související faktory:

- Neurologická poškození

Cíl :

- C1: Vytvořit metody na pomoc zapamatování si nejdůležitějších věcí. Akceptovat omezení v důsledku stavu a účinné využívání zdrojů.

Intervence :

- Určit faktory související s poruchou paměti.
- Zhodnotit psychický stav pacientky a úroveň schopností pečovat (postarat se) o sebe.
- Zjistit, jaký je názor pacientky a jeho blízkých na problém.
- Posilovat paměť pacientky pomocí používání kalendáře, diáře, zápisků, křížovek, her, které kladou zvýšené nároky na paměť.
- Zajistit, aby pacientka dostatečně odpočívala.
- Naučit pacientku techniky ke zmírnění stresu.
- Pomáhat pacientce překonávat pocity frustrace, bezradnosti.

- Sledovat chování pacientky.
- Pomocť pacientce dosahovat maximální možnou nezávislost.
- Sledovat účinky léků podávaných pro zlepšení pozornosti, koncentrace, paměti.
- Informovat pacientku o významu přiměřeného trénování paměti.
- Informovat pacientku a její rodinu o kompenzačních opatřeních proti zapomínání (písemné seznamy, rozvrh denních činností).
- Zaznamenat přítomnost poškozené paměti do ošetrovatelské dokumentace.

6. Doména: Vnímání sebe sama

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

7. Doména: Vztahy

- Rodinné vztahy: **Zhoršená rodičovská role – 00056**

8. Doména: Sexualita

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

9. Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

10. Doména: Životní princip

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetrovatelské diagnózy*

11. Doména: Bezpečnost - ochrana

- Tělesné poškození: **Riziko infekce - 00004**

Rizikové faktory:

- Invazivní procedury (PŽK, CŽK)
- Nedostatečné znalosti o zamezení vlivu patogenů
- Prostředí zvýšeně vystavené patogenům
- Nedostatečný sekundární ochranný systém

Cíl:

- C1: Najít způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku.

Intervence:

- Sledovat místo možného vzniku infekce.
- Sledovat místní a celkové i místní známky zánětu.
- Přistupovat aseptickým způsobem.
- Dodržovat dobu zavedení PŽK a CŽK.
- Při aplikaci subkutánních injekcí obměňovat místa vpichu.
- Ošetřovat místo brány infekce.

- Tělesné poškození: **Riziko pádu – 00155**

Rizikové faktory:**Tělesné:**

- Akutní onemocnění
- Nespavost, slabost
- Porušená tělesná mobilita

Kognitivní:

- Oslabený mentální stav (zmatenost, porucha reálného hodnocení)

Medikace:

- Neuroleptika

Cíl:

- C1: Odstranit rizika možného vzniku pádu.

Intervence:

- Zajistit vhodné umístění pomůcek, a to v co největší blízkosti pacientky.
- Zajistit dostupné signalizační zařízení a poučit ho o jeho používání.
- Zajistit zabrzdění koleček u lůžka i u stolečku.

12. Doména: Komfort

- Sociální komfort: ***Sociální izolace - 00053***

Určující znaky:Objektivní:

- Nepřítomnost blízké podporující osoby nebo osob (rodiny, přátel)
- Nemocná je zamětnána svými myšlenkami
- Neudrhuje žádný oční kontakt
- Smutek, zasmušilé emoční reakce

Subjektivní:

- Pocity osamocení vyvolané jinými osobami
- Neschopnost plnit požadavky jiných
- Pociťuje odmítnutí

Související faktory:

- Změny mentálního stavu
- Změny stavu zdraví a sociální pohody

Cíl:

- C1: Nalezení individuální obtíže a způsobu, jak si poradit.

Intervence:

- Zhodnotit celkový stav pacientky (tělesný i psychický).
- Promluvit si s pacientkou a snažit se získat se její důvěru.
- Umožnit pacientce kontakt s rodinou, i mimo návštěvní hodinu.
- Snažit se být empatická a trpělivá.

13. Doména: Růst/vývoj

- *k dané doméně jsem neshledala žádné ošetřovatelské diagnózy*

Závěr:

Pacientka L.T. byla na neurologickém oddělení hospitalizována 34 dní. Dne 21. 3. 2009 propuštěna do domácího léčení. Nicméně její další rekonvalescence bude ještě dlouhá, neboť meningitida na pacientce zanechala následky, hlavně v oblasti psychiky. Jsou zde do jisté míry narušeny kognitivní funkce. Prognóza do budoucna v rámci následků není dobrá.

7.2 SHRNU TÍ A SROVNÁNÍ

Pacient 21 letý muž, svobodný, bezdětný, byl akutně přijatý v noci dne 3. března 2009 na neurologickou JIP, s diagnózou sekundární meningoencefalitis. Byl přeložen z neurochirurgické kliniky FN Olomouc, kde byl operativně řešen jako makroadenom hypofýzy, z které pravděpodobně vznikla neuroinfekční komplikace ze sinusitis. Při přijetí na JIP se pacient cítil relativně dobře. Ale od přijetí byl febrilní s poruchami řeči a hybnosti. Byl apatický, orientovaný, skoro celou dobu měl zavřené oči, vyšetření šije na 3 prsty, občas ho pobolívalo čelo, narůstala tupá cefalea, měl pocit hučení v uších a cítil nápin ky na zvracení. Bylo mu provedeno CT mozku, RTG srdce a plic, odběry biologického materiálu. Ještě v noci byla provedena lumbální punkce a nasazena ATB + kortikoterapie a naordinován klidový režim. Jeho hospitalizace v KNTB a.s. ve Zlíně trvala celkem 19 dní. Propuštěn byl 22. března 2009 jako překlad zpět do FN Olomouc na neurochirurgickou kliniku k dořešení adenomu. Hospitalizace probíhala v klidu, jeho zdravotní stav

se nezhoršil, ba naopak. Proto je prognóza jeho zdravotního stavu dobrá, onemocnění ho nijak zásadně nezasáhlo a nezanechalo na něm ani žádné vážnější následky.

Za pobytu v nemocnici byly vyzorovány tyto problémy a nepohodlí pacienta: vnímá zhoršení svého stavu a o svém zdravotním stavu není plně informován. Jsou mu podávány infúzní přípravky, má zavedený PŽK, PMK a je potřeba sledování bilancí tekutin. Podává se subkutánně Fraxiparin, má režim ležící, s možností posazení k jídlu, díky kterému nemůže vstát z lůžka a tudíž se vyprazdňuje na podložní mísu. Pobyt v nemocnici v něm vzbuzuje nepříjemné pocity, přeje si být soběstačný a vrátit se domů.

Diagnózy, vztahující se k jejímu zdravotnímu stavu, v 8. den hospitalizace jsou:

- Ochota ke zlepšení léčebného režimu - 00162
- Porušený spánek – 00095
- Deficit sebeděče při vyprazdňování - 00110
- Deficit sebeděče při koupání a hygieně - 00108
- Situační snížená sebeúcta - 00120
- Riziko infekce – 00004
- Sociální izolace – 00053

Druhou pacientkou byla 38letá žena, která byla přivezena RZP dne 16. 2. 2009 na JIP neurologického oddělení, pro amentní stav, v úvodu epileptický paroxysmus, febrilie a meningeální syndrom. Pacientka byla somnolentní a nespolupracovala. Bylo u ní provedeno CT mozku, z jehož výsledku byl nejprve zvažován absces nebo tumor. Laboratorní vyšetření neprokázalo leukocytózu, CRP a FW v normě. Naordinovány ATB empiricky, antiedematózní léčba. Třetí den hospitalizace u ní začalo docházet k postupnému zhoršení jejího stavu, výrazně poklesla hladina Na, Cl, K a pacientka byla opět febrilní – TT 38 °C. Zvažována možnost expanze, neuroinfekce nešla vyloučit vzhledem ke špatným anatomickým poměrům. Stav se začal lepšit 6. den hospitalizace. Hospitalizace trvala celkem 34 dní. Po měsíci hospitalizace bylo provedeno psychologické vyšetření, jehož závěrem bylo, že díky onemocnění u pacientky došlo k průkazným poruchám kognitivních funkcí.

Za pobytu v nemocnici byly vyzorovány tyto problémy a nepohodlí pacienta: podávání léků intravenózní cestou, potřeba sledování bilancí tekutin, subkutánní podávání Fraxiparinu, ležící režim a pocit, že nemůže vstát z lůžka a že se musí vyprazdňovat na podložní mísu. Celkově v ní pobyt v nemocnici vzbuzoval nepříjemné pocity, přála si být soběstačná a vrátit se domů.

Diagnózy, vztahující se k jejímu zdravotnímu stavu v 18. dni hospitalizace jsou:

- Neefektivní léčebný režim - 00078
- Nedostatečná výživa - 00002
- Porušené vyprazdňování moči - 00016
- Porušený spánek – 00095
- Deficit sebepéče při vyprazdňování - 00110
- Deficit sebepéče při koupání a hygieně - 00108
- Nedostatek zájmových aktivit – 00097
- Riziko intolerance aktivit – 00094
- Poškozená paměť – 00131
- Chronická zmatenost – 00129
- Porušené myšlení – 00130
- Zhoršená verbální komunikace – 00051
- Riziko osamělosti - 00054
- Riziko infekce - 00004
- Riziko pádu - 00155
- Sociální izolace – 00053

Pomocí zpracování těchto kazuistik bych chtěla poukázat na hlavního činitele, který člověku ovlivňuje kvalitu života po prodělání meningitidy. A tím je samotné onemocnění. Protože vždy záleží na samotné příčině, která ho vyvolá, za jakých okolností onemocnění vznikne apod. Pro ověření jsem tedy tyto dvě kazuistiky vytvořila. Jedná se o mladé lidi v produktivním věku, muže a ženu, kteří byli tímto onemocněním zasaženi.

Muž měl lehkou formu, která po přeléčení antibiotiky odezněla. Poté byl opět v plné síle, když tedy opomeneme ještě jeho následnou hospitalizaci FN Olomouc, pro dořešení adenomu. Oproti tomu žena v druhé kazuistice, u které se zdravotní stav zhoršil a i do budoucna ji onemocnění značně ovlivnilo, za sebou zanechalo i psychické následky. Jednalo se hlavně o změny kognitivních funkcí, které se projevovaly poruchami myšlení a paměti.

Poslední otázka, kterou jsem oběma nemocným položila, byla:

Jak budete spokojeni se svým zdravím až Vás propustí domů?

M: „Myslím, že mě onemocnění neovlivní, těším se už domů a na léto, jak spolu s kamarády pojedeme sjíždět vodu“.

Ž: „Ano, těším se domů, na své miminko, mohli by mě už propustit, abych se o něj mohla starat sama. Mám ho nyní u známých, kteří se o něj zatím starají“.

Zkoumaný muž se z onemocnění „dostane“ lehce a po ukončení léčby adenomu bude zcela v pořádku. Pokud se u něj vydaří další plánovaný výkon v Olomouci, tak již žádné další odborné konzultace v souvislosti s meningitidou potřebovat nebude. Onemocnění na něm žádné následky nezanechalo. Myslím tedy, že spokojený se svým zdravotním stavem v rámci tohoto onemocnění bude. Oproti tomu žena, na které onemocnění zanechalo následky, už tak spokojená nebude a pokud ano, tak to bude tím, že jí onemocnění ovlivnilo její kognitivní funkce. Určitou dobu bude s jistotou navštěvovat psychologickou ambulanci. Je zde teď zapotřebí pomoci a ochoty rodiny, jí se vším pomáhat a podporovat její paměť.

Meningitida je nemoc individuální, samozřejmě jako každá nemoc. Vždy záleží na příčině, která ho vyvolá a taky na celém následujícím průběhu tohoto onemocnění.

7.3 Anketa

Otázka č. 1: Myslíte si, že žijete v lokalitě s vysokým výskytem nakažených klíšťat?

Graf č. 1 Myslíte si, že žijete v lokalitě s vysokým výskytem nakažených klíšťat?



Komentář:

V průzkumu jsem zjistila, že na položenou otázku: Myslíte si, že žijete v lokalitě s vysokým výskytem nakažených klíšťat?, respondenti odpověděli v 39%, že ne, v 28%, že ano, 27% respondentů neví a 6% se o toto téma nezajímá.

Otázka č. 2: Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě?

Graf č. 2 Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě?



Komentář:

Z otázky č. 2: Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě?, jsem se dověděla, že 59% respondentů se nijak na riziko klíšťové encefalidity nepřipravuje, což potvrdilo mou hypotézu. Domnívala jsem se, že veřejnost se nijak zvlášť nebojí klíšťové encefalidity a nevyužívá žádné preventivní prostředky proti meningitidě. 23% dotázaných odpovědělo, že využívá ochranných prostředků, repelenty, spreje, ochrannou oděv a preventivně se kontrolují, 14% respondentů podstoupilo očkování a zbylé 4% se plánují nechat očkovat.

Otázka č. 3: Myslíte si, že se na Vás klíště přisaje snadněji než na ostatní lidi?

Graf č. 3 Myslíte si, že se na Vás klíště přisaje snadněji, než na ostatní lidi?



Komentář:

V průzkumu jsem zjistila, že 66% respondentů si myslí, že se na ně klíště nepřisaje častěji jak na ostatní lidi, 24% dotázaných neví, a 10% uvedlo, že se na ně klíšťata přisávají často a ve velkém množství.

Otázka č. 4: Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?

Graf č. 4 Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?



Komentář:

Na otázku: Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?, 60% respondentů odpovědělo, že nevyužívá možnosti prevence a očkování nepodstupuje a zbylých 22% odpovídajících uvedlo, že očkování zvažují. Pouze 18% dotázaných se preventivně očkuje.

Otázka č. 5: Kolik korun jste ochotni investovat do preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?

Graf č. 5 Kolik korun jste ochotni investovat do preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?



Komentář:

V průzkumu jsem zjistila, že 55% dotázaných by využila nebo využívá preventivního očkování do částky 1000Kč, 25% uvedlo, že preventivního očkování nevyužívá vůbec, 16% respondentů by bylo ochotno za preventivní očkování utratit 1500-3000kč a 4% by bylo ochotno do preventivního očkování investovat i 3500Kč a víc.

Otázka č. 6: Myslíte si, že meningitida (zánět mozkových blan) postihuje častěji děti než dospělé?

Graf č. 6 Myslíte si, že meningitida postihuje častěji děti než dospělé?



Komentář:

V otázce č. 6 jsem zjistila, že 38% respondentů neví, zda-li meningitida postihuje častěji děti než dospělé, 32% dotázaných uvedlo, že si nemyslí, že meningitida postihuje častěji děti než dospělé a 30% uvedlo opak.

Otázka č. 7: Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změní i kvalita jeho dosavadního života?

Graf č. 7 Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změní kvalita jeho dosavadního života?



Komentář:

V otázce č. 7: Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změní i kvalita jeho dosavadního života?, 41% dotázaných odpovědělo nevím, 28% si myslelo, že se jejich kvalita dosavadního života nezmění, 14% uvedlo, že člověk po proděláním meningitidy bude mít celkové poškození, 11% respondentů uvedlo, že onemocnění zanechá známky na kvalitě života po proděláním této choroby, 3% uvedli, že zůstanou neurologické následky a 2% si myslí, že u nemocných hrozí i úmrtí.

Otázka č. 8: Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o problematice meningitidy?

Graf č. 8 Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o problematice meningitidy?



Komentář:

Touto otázkou jsem se chtěla od respondentů dovědět jejich názor na informovanost veřejnosti na problematiku meningitidy. Výsledkem bylo, že 42% z nich uvedlo, že by to mohlo být i lepší, což bylo nejčastější odpověď. 40% dotázaných uvedlo, že „ne“. Že je veřejnost dostatečně informována, uvedlo 11% a 7% respondentů na tuto otázku neznalo odpověď a uvedlo možnost „nevím“.

8 DISKUSE

Můj výzkum jsem se rozhodla řešit kvalitativní metodou. Rozhodla jsem se nezpracovávat dotazník a zjišťovat jím, jak zdravotní sestry pohlídají na kvalitu života člověka, který prodělal meningitidu, protože si myslím, že sestry jsou v tomto období zasypané nepřehledným množstvím dotazníků od studentů, a tak by výzkum nemusel být dostatečně objektivním. Proto, jsem se rozhodla, pro formu kazuistiky. Přesněji řečeno zpracování dvou kazuistik, které se budou týkat lidí, kteří prodělali meningitidu a zaměření se na kvalitu jejich života po prodělání nemoci.

Nejprve jsem si zvolila dva pacienty, kteří prodělali meningitidu, díky mé vedoucí práce, která na neurologii pracuje, jsem dostala doporučení na dva klienty, kteří byli na neurologickém oddělení právě hospitalizováni. Dlouhou dobu tam žádný nemocný přímo s meningitidou hospitalizován nebyl. Až v půli února byla přijata mladá paní s podezřením na meningoencefalitidu. Její zdravotní stav se neustále po dobu hospitalizace měnil. Od začátku nebylo jisté, zdali se z toho úplně dostane a zase se uzdraví. Celkem byla na neurologickém oddělení KNTB a.s. (včetně neurologické JIP) hospitalizována 34 dní. Druhým mým kandidátem pro kazuistiku byl jednadvacetiletý muž, který byl do nemocnice přijat začátkem března. Měl na rozdíl od první pacientky meningitidu způsobenou sekundární infekcí, z operace paranazálních dutin. Jeho hospitalizace proběhla v poklidu a žádné vážné následky na něm onemocnění nezanechalo.

Spolupráce se zdravotnickým personálem byla dobrá, umožnili mi přístup k pacientům k provedení rozhovoru i nahlédnutí do zdravotnické dokumentace. Údaje jsem si předběžně připravovala na oddělení a doma je poté zpracovávala do kazuistik. Neurologické oddělení jsem navštívila celkem čtyřikrát. Největší práci mi dalo sepsání všech potřebných informací a konečné zformulování výzkumu. Nemohu také opomenout samotný rozhovor s pacienty. Rozhovor s mladým mužem proběhl bez problémů, byl celkem i výřečný, rozpovídal se mi i o Anglii, kde dva roky žil a pracoval. Horší to ale bylo u druhé pacientky. Byla místy zmatená a její odpovědi mnohdy ani nebyly správné a nesouhlasily se skutečností, např. na otázku kolik jí je let odpověděla: „31 let, ale nejsem si jistá“. Ve skutečnosti jí ale bylo 38 let. Nebo se zmínila o svém nedávném těhotenství: „Před půl rokem jsem otěhotněla a před třemi měsíci porodila, dítě mám u jedněch známých, čekám jen, až mě propustí domů, abych se o něj mohla sama starat“. Ve skutečnosti měla již osmnáctiletou dceru, která letos tohoto času maturuje.

Aby byl výzkum plnohodnotný, rozhodla jsem pro triangulaci metod, to znamená, že jsem pro úplnost výzkumu ke kazuistikám rovněž vytvořila anketu. Anketu jsem vyvěsila na internet, na stránky www.vyplnto.cz, skládala se z osmi jednoduchých otázek, proto její vyplnění nezabralo tolik času jako dotazník. Internetovou cestu k vyplnění jsem zvolila proto, že si myslím, že je to v dnešní moderní době nejpoužívanější a nejrozšířenější zdroj informací pro každého člověka. Chtěla jsem znát názor všech, ne jen mladých lidí, tak ani ne jen lidí staršího věku, byla určena pro celou širokou veřejnost. Otázky byly uzavřené a vždy bylo možno odpovědět jen jednou možností. Výjimku tvořila pouze jedna otázka, která byla polo-uzavřená a šlo na ni odpovědět i doplňující možností „Jiné“. Otázky byly krátké a výstižné, proto jejich vyplnění bylo jednoduché.

V únoru jsem vypracovala pilotní studii a anketu jsem zkušebně odeslala deseti lidem. Nesrovnalosti byly v otázce číslo sedm, respondenti ji nechápali, tak jsem ji musela přeformulovat. Dále byla v otázce číslo dvě, kvůli pozdějšímu snadnějšímu vyhodnocení, doplněna odpověď: „Spoléhám se na ochranný oděv, repelenty, apod.“, protože se mi v možné odpovědi „Jiné“ většina respondentů rozepisovala, že se chrání různou formou sprejů, použitím ochranných oděvů apod. Poslední úpravou byla otázka číslo pět. Byla doplněna možná odpověď: „Nevyužívám preventivního očkování“).

Tímto výzkumem jsem došla k závěru, že meningitida je onemocněním individuálním. Vždy záleží na příčině, která se poté podílí na dalším průběhu nemoci. Dalším důležitým faktorem je včasné odhalení a správné diagnostikování nemoci a je-li onemocnění nevhodně léčeno, je to již poté problém sám o sobě.

Anketa

V průzkumu pomocí ankety jsem chtěla zjistit dvě věci: 1) Zjistit postoj veřejnosti k prevenci proti klíšťové encefalitidě a 2) Zjistit, zda je veřejnost informovaná o problematice meningitidy. Tyto cíle měly svůj důvod. Myslím si, že proti každému onemocnění je nejlépe bojovat prevencí, proto jsem se zaměřila hlavně na tuto problematiku. Na každý cíl jsem si udělala dvě hypotézy. Cíl č. 1 - Zjistit postoj veřejnosti k prevenci proti klíšťové encefalitidě, jsem si připravila dvě hypotézy: H1 - Domnívám se, že více jak polovina veřejnosti se nijak zvlášť nebojí klíšťové encefalitidy a nevyužívá žádné preventivní prostředky proti meningitidě. K této hypotéze jsem vytvořila otázku č. 1, 2, 3, 4, 5. A H2 - Domnívám se, že se více jak polovina veřejnosti se klíšťové encefalitidy bojí a využívá preventivní prostředky. Cíl č. 2 - Zjistit, zda je veřejnost informovaná o proble-

matice meningitidy, měl hypotézy: H1 - Domnívám se, že více jak polovina veřejnosti nemá o této problematice dostatek informací. K této hypotéze jsem vytvořila otázky č. 6, 7, 8. A H2 - Domnívám se, že více jak polovina dotázané veřejnosti má dostatek informací o problematice meningitidy. Celkem mou anketu vyplnilo 100 respondentů.

Otázka č. 1

V otázce č. 1: Myslíte si, že žijete v lokalitě s vysokým výskytem nakažených klíšťat? Zajímalo mě názor lidí, co si myslí o svém okolí, jestli si myslí, že je výskyt klíšťat velký, malý, jestli se o tuto problematiku zajímají nebo o ní mají málo informací a neví. Nejvíce respondentů (39) mi odpovědělo, že si myslí, že se jejich okolí nevyznačuje vysokým výskytem klíšťat. Opak si myslelo 28 lidí. 27 odpovídajících mělo málo informací a nevědělo, zda ano nebo ne, a pouze 6 lidí se o tuto problematiku nezajímalo.

Touto otázkou se mi tedy potvrdila hypotéza: Domnívám se že, více jak polovina respondentů nebude mít obavu z nákazy od klíšťat. Z téhle otázky vyplývá, že lidé se klíšťat vyskytujících v jejich prostředí tolik nebojí a také si myslí, že se klíšťata v jejich okolí vyskytují v menším množství, než v jiných lokalitách.

Otázka č. 2

V otázce č. 2: Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě? Jsem se chtěla dovědět, zdali dotázaní lidé používají nějaké ochranné pomůcky v boji proti klíšťatům, jestli se preventivně očkují/přeočkovávají, nebo vše nechávají osudu a danou situaci řeší, až nastane. Nejvíce dotázaných (59) se vyjádřilo k odpovědi „Nepřipravuji se“. Pouze 23 lidí se chrání za pomoci sprejů, repelentů a jiných ochranných prostředků, 14 lidí využívá preventivního očkování a 4 respondenti uvedli, že se plánují do budoucna nechat očkovat. Touto otázkou se mi opět potvrdila hypotéza: Domnívám se, že více jak polovina respondentů nebude mít obavu z nákazy od klíšťat, protože se největší část dotázaných, rozhodlo proti klíšťové encefalitidě nebojovat a nepřipravují se.

Otázka č. 3

Touto otázkou jsem opět zjistila, že lidé se klíšťové encefalidity nebojí, protože si 66 z nich myslí, že se na ně klíšťata nepřisají častěji než na ostatní lidi. 24 dotázaných nevědělo, zdali jsou na tom lépe, jak ostatní lidé a pouze deset z dotázaných odpovědělo, že: „Ano, klíšťata se na mě přisávají často a ve velkém množství“.

Otázka č. 4

Na otázku: Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě? Mi 60 respondentů odpovědělo, že ne, 18 lidí že ano a 22 respondentů to zvažuje. Touto otázkou se mi opět potvrdila má hypotéza: Domnívám se, že veřejnost se nijak zvlášť nebojí klíšťové encefalidity a nevyužívá žádné preventivní prostředky proti meningitidě.

Otázka č. 5

Kolik korun jste ochotni investovat do preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě? Zde jsem čekala největší četnost odpovědí u možnosti „Nevyužívám“, ale nejvíce lidí uvedlo, že jsou ochotni za preventivní očkování ochotni utratit částku do 1000 Kč, možnosti očkovat se nevyužívá 25 dotázaných, 16 lidí je ochotno za očkování zaplatit 1500-3000 Kč a 4 z odpovídajících i částku 3500Kč a více.

Otázka č. 6

V otázce č. 6 jsem zjistila, že 38% respondentů neví, zdali meningitida postihuje častěji děti než dospělé, 32% dotázaných uvedlo, že si nemyslí, že meningitida postihuje ve větším množství děti než dospělé a 30% uvedlo opak. Čímž se mi potvrdila hypotéza o informovanosti veřejnosti ohledně této problematiky: Domnívám se, že má veřejnost o této problematice nedostatek informací, neví, co onemocnění vůbec znamená a neví, jestli může nějak ovlivnit kvalitu života člověka, který ji prodělá.

Otázka č. 7

V otázce č. 7: Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změní i kvalita jeho dosavadního života?, 41% dotázaných odpovědělo neví, 28% si myslelo, že se jejich kvalita dosavadního života nezmění, 14% uvedlo, že člověk po prodělání meningitidy bude mít celkové poškození, 11% respondentů uvedlo, že si myslí, že se onemocnění zanechá známky na kvalitě života po prodělání onemocnění, 3% uvedli, že zůstanou neurologické následky a 2% si myslí, že hrozí i úmrtí. Tato otázka dokazuje, že veřejnost není dostatečně informována o této problematice a neškodilo by je do této problematiky ještě zasvětit.

Otázka č. 8

Otázka č. 8: Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o problematice meningitidy? Zde jsem se chtěla od respondentů dovědět jejich osobní názor, cosi myslí o informovanosti veřejnosti o meningitidě. Výsledkem bylo, že 42% z nich uvedlo,

že by to mohlo být i lepší, což bylo nejčastější odpověď. 40% dotázaných uvedlo, že „ne“. Že je veřejnost dostatečně informována, uvedlo 11% a 7% respondentů na tuto otázku neznalo odpověď a uvedlo možnost „nevím“. Zde byla opět potvrzena má hypotéza: Domnívám se, že má veřejnost o této problematice nedostatek informací, neví, co onemocnění vůbec znamená a neví, jestli může nějak ovlivnit kvalitu života člověka, který ji prodělá.

Zhodnocení ankety: všechny hypotézy se mi potvrdily.

ZÁVĚR

Meningitidy jsou poslední dobou velmi aktuálním tématem. Mnoho lidí meningitidou onemocní a nejedná se pouze o malé děti nebo dospělé jedince. Onemocnění si nevybírání a může postihnout každého. I když je smrtelné riziko nízké, je třeba se touto problematikou zabývat. Myslím si, že by nebylo na škodu, kdyby se pro veřejnost do budoucna udělala nějaká osvěta na toto téma, protože vycházíme-li ze získaných informací z průzkumné ankety, zjistíme, že většina lidí ani neví co je to meningitida. V častých případech ji také zaměňují za onemocnění způsobené meningokokem, což má na rozdíl od meningitidy fatálnější následky. Také bych se zaměřila na preventivní opatření proti klíšťatům. Když budeme opět vycházet z ankety, zjistíme, že většina respondentů, kteří mi anketu vyplnili, prostě klíšťata neřeší. To je ovšem chyba, protože výskyt klíšťat ve volném prostředí stále stoupá a tudíž se zvyšuje i riziko nákazy. Lidé preventivní očkování nevyužívají. Když už se zapojí do prevence, tak použijí maximálně nějaké ochranné prostředky, jimiž jsou spreje a různé repelenty. Ale to je škoda, protože lidský život má větší cenu jak obětování dvou tisíc za očkování, které stejně jinak člověk utratí za hloupost. Proč se tedy nenaočkovat a zachránit si tím život sobě nebo svým blízkým, nebo alespoň zamezit případným možným následkům?

Mým výzkumem jsem došla k závěru, že meningitida je onemocněním individuálním. Vždy záleží na příčině, která se poté podílí na dalším průběhu nemoci. Dalším důležitým faktorem je včasné odhalení a správné diagnostikování nemoci a je-li onemocnění nevhodně léčeno, je to již poté problém sám o sobě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z.: *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nukleus HK, 2005, 108s. ISBN: 80-86225-63-1
- [2] BEDNAŘÍK, J.: *Učebnice speciální neurologie*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 1999. 286s. ISBN: 80-210-2125-X
- [3] BERAN, J., HAVLÍK, J. VONKA, V.: *Očkování: minulost, přítomnost, budoucnost*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 348s. ISBN: 80-7262-361-3.
- [4] BERLIT, P.: *Memorix. Neurologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 464s. ISBN 978-80-247-1915-3.
- [5] DUNIEWITZ, M., ADAM, P.: *Neuroinfekce*. Praha: Maxdorf, 1999, 316s. ISBN 80-85800-72-1.
- [6] FARKAŠOVÁ, D.: *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006, 87s. ISBN 80-8063-229-4.
- [7] HAVLÍK, J., *Infektologie*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1990, 377s. ISBN: 80-201-0062-8.
- [8] HORAŽDOVSKÝ, J.: *Přenosné choroby*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001. 82s. ISBN: 80-7040-496-5.
- [9] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J.: *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001, 174s.
- [10] JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V.: *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999, 226s.
- [11] MACEK, Z. a kol.: *Neurologie praktického lékaře*. 4. doplněné vydání. Praha: Avicenum, 1970, 376s.
- [12] MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. [s.l.] : Grada publishing, 2006. 263 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [13] MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003, 188s. ISBN: 80-246-0429-9
- [14] MOUREK, J., *Fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 204s. ISBN: 80-247-1190-7.

- [15] NEURWIRTH, J., FIFERNOVÁ, G. : *Ošetřovatelství II*. 3. vydání. Praha: Informatorium, 1996, 206s, ISBN 80-85427-88-5.
- [16] SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 363s. ISBN: 80-247-0623-7.
- [17] ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, 284s. ISBN: 80-247-1148-6.
- [18] ŠMARDA, J., *Biologie pro psychology a pedagogy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004, 424s. ISBN: 80-7178-924-0.
- [19] TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocných v ošetřovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 186s. ISBN: 80-7013-324-4.
- [20] TYRLÍKOVÁ, I. A KOL.: *Neurologie pro sestry*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 287s. ISBN 80-7013-287-6
- [21] WABERŽIK, G., KUBÍČKOVÁ, D.: *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum, 2006, 397s. ISBN 80-246-1020-5
- [22] NEČASOVÁ, M. *Péče o pacientku s meningokokovou infekcí*. Florence 4/2008, roč. IV. ISSN 1801-464x.
- [23] CHUDÁ, R.: *Kazuistika pacienta s komplikovanou klíšťovou meningocefalitou*, Sestra 4/2009, ISSN 1210-04-04.
- [24] JEDLIČKOVÁ, E.: *Problematika ošetřovatelské péče u pacientů s meningitidou*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Bakalářská práce. 2008.

Internetové zdroje:

- [25] Meningitidy [online], [cit. 2009.3.9.]. Dostupný z WWW:
<http://skola.czechian.net/III.r/choroby_cns.html#_Meningitidy>
- [26] Kapesní průvodce pro zdravotní sestry [online], [cit. 2009.4.4.]. Dostupný z WWW:
<https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_6864.html>
- [27] 24. VĚSTNÍK MZ ČR ČÁSTKA 7 [online], [cit. 2009.4.5.]. Dostupný z WWW:
<http://www.khszlin.cz/Aktuality/EPI_KENC.doc>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
°C	stupeň Celsia, jednotka teploty
ALP	alkalická fosfatáza, enzym
ALT	alkalická fosfatáza, enzym
amp	ampule
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas (time), test hemokoagulace
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	asparátaminotransferáza, enzym, zvýšený u hepatopatie a IM
ATB	antibiotikum
CB	celková bílkovina
Cl	Chlor
cm	centimetr
CNS	centrální nervová soustava
CRP	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit podobně jako FW
CT	computer tomography (výpočetní tomografie)
CVT	centrální venózní tlak
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
DD	denní dávka
DG	diagnostika, diagnóza
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulace
EEG	elektroencefalopatie
EKG	elektrokardiografie

Ery	erytrocyty
ex	vysazení léku
FF	fyziologické funkce
FN	fakultní nemocnice
FR ¹ / ₁	fyziologický roztok, 0,9 % NaCl
FW	sedimentace erytrocytů (podle pánů Fohreuse a Westergreena)
g	gram
gtt.	guttae (kapky)
HIV	human immunodeficiency virus (virus HIV) vyvolávající AIDS
HK	horní končetina
Htc	hematokrit
i.v.	intravenózní cesta podání medikamentu
INR	protrombinový čas, test hemokoagulace, dříve Quick, norma 0,8-1,2
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
KCl	chlorid draselný
kg	kilogram, jednotka hmotnosti
KNTB a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, akciová společnost
KO	krvní obraz, vyšetření krve
LDK	levá dolní končetina
Leu	leukocyty
LHK	levá horní končetina
LP	lumbální punkce
mg	miligram
ml	mililitr
mm Hg	jednotka tlaku (konv. mm rtuťového sloupce)

MRI	Magnetic Resonance Imaging
Na	natrium (sodík)
O ₂	kyslík
ORL	OtoRhinoLaryngologie
P	phosphorus (fosfor)
p.o.	perorální cesta podání medikamentu
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
RHB	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
s.c.	subkutánní cesta podání medikamentu
SpO ₂	pulzní oxymetrie
tbl.	tabbulettae (tableta)
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 <i>Bakteriální meningitida – původce a terapie</i> [4]	20
Tabulka č. 2 <i>Laboratorní vyšetření ze dne 11.3.2009 (muž)</i>	40
Tabulka č. 3 <i>Terapie (muž)</i>	46
Tabulka č. 4 <i>Laboratorní vyšetření ze dne 4.3.2009 (žena)</i>	59
Tabulka č. 5 <i>Terapie (žena)</i>	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Myslíte si, že žijete v lokalitě s vysokým výskytem nakažených klíšťat?	79
Graf č. 2	Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě?	80
Graf č. 3	Myslíte si, že se na Vás klíště přisaje snadněji, než na ostatní lidi?.....	81
Graf č. 4	Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?	82
Graf č. 5	Kolik korun jste ochotni investovat do preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?	83
Graf č. 6	Myslíte si, že meningitida postihuje častěji děti než dospělé?	84
Graf č. 7	Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změnil kvalita jeho dosavadního života?	85
Graf č. 8	Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o problematice meningitidy?.....	86

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 <i>Bio-psycho-sociální model nemoci</i>	28
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

P I Vyšetření klienta v bezvědomí Glasgow Coma Score

P II Test základních denních činností dle Barthelové

P III Věstník

P IV Rozhovor s klientem

P V Anketa

P VI Stupnice dle Nortonové

P VII Souhlasy k vyšetření

**PŘÍLOHA P I: VYŠETŘENÍ KLIENTA V BEZVĚDOMÍ GLASGOW
COMA SCORE**

Oči	Otevře spontánně	4
	Otevře na oslovení	3
	Otevře na bolest	2
	nereaguje	1
Motorická odpověď (na oslovení, na bolest)	Vykonává pohyb	6
	Lokalizuje bolest	5
	Flexe obranná	4
	Flexe patologická	3
	Extenze patologická	2
	Nereaguje	1
Slovní odpo- věd'	Orientován a konverzuje	5
	Neorientován	4
	Konverzuje nepřiléhavá slova	3
	Nesrozumitelné zvyky	2
	Nereaguje	1

PŘÍLOHA P II: TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ DLE BARTHELOVÉ

Provedeno u muže 8. den hospitalizace na neurologickém oddělení v KNTB a.s. ve Zlíně.

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Příjem potravy	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko-židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10

	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové hodnocení		50 bodů – závislost středního stupně

Provedeno u ženy 18. den hospitalizace na neurologickém oddělení v KNTB a.s. ve Zlíně.

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Příjem potravy	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5

	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko-židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové hodnocení		40 bodů – závislost středního stupně

PŘÍLOHA P III: VĚSTNÍK

24 VĚSTNÍK MZ ČR ČÁSTKA 7

5.

SURVEILLANCE KLÍŠŤOVÉ ENCEFALITIDY

Klíšťová encefalitida (dále KE) je závažná akutní neuroinfekce vyvolaná RNA virem ze skupiny klíšťových encefalitid (rod Flavivirus, čeleď Flaviviridae); na našem území jde o evropský subtyp tohoto viru, jehož hlavním přenašečem je klíště obecné Ixodes ricinus. Původce nákazy patří do ekologické skupiny arbovirů, tj. virů přenášených členovci. Klíšťová encefalitida (shodně jako ostatní nákazy přenášené klíšťaty) je zoonóza – nákaza volně žijících zvířat kolující prostřednictvím přenašeče v přírodě nezávisle na lidech, avšak přenosná na člověka. Nákaza virem KE byla až dosud prokázána u 18 druhů volně žijících savců (od drobných zemních savců až po vysokou lovnou zvěř, 8 druhů ptáků (z řádu pěvců), dále u pasených koz, ovcí, krav a také u psů. U pasených laktujících zvířat infikovaných virem KE může dojít k jeho vylučování mlékem. Při konzumaci tepelně nezpracovaného mléka těchto zvířat nebo mléčných produktů může dojít k infekci člověka alimentární cestou. Klíště I. ricinus má tři aktivní vývojová stadia, z nichž každé saje krev jen jednou. Virus KE přechází mezi vývojovými stadii (trans stadiální přenos) ale též mezi generacemi klíšťat transovariálním přenosem. Člověk může být napaden všemi třemi aktivními stadii klíštěte (larva, nymfa, dospělá samice), a všemi může být také infikován virem KE. Jejich přisátí nemusí být pacientem zpozorováno. Vývoj klíštěte je dlouhodobý, u nás obvykle trvá 1,5 - 2 roky.

Čl. 1

Klinická definice onemocnění

Onemocnění může probíhat ve dvou fázích. První příznaky se objeví obvykle po inkubační době 7 -14 dní (3 - 28 dní). V prvním období trvajícím 2 -7 dní má nemoc chřipkového charakter (zvýšená teplota, únava, slabost, bolesti kloubů a svalů, bolest hlavy - tzv. abortivní forma - s negativním likvorovým nálezem). První fáze může někdy chybět. Po několika denním odeznění prvních příznaků (zhruba za 4 - 10 dnů) může dojít k druhé fázi onemocnění, při níž je zasažena centrální nervová soustava. Podle závažnosti a klinického

obrazu jde v této druhé fázi o formu meningitickou (zánět mozkových blan), meningoencefalitickou (s postižením šedé a bílé hmoty mozkové) a meningo-encefalomyelitickou (s postižením předních míšních rohů). Průběh u dětí bývá mírnější na rozdíl od dospělých a starších osob. Zejména u starších pacientů bývají zvýšené obtíže během akutního průběhu onemocnění, vyžadující větší počet dnů léčení na jednotce intenzivní péče, potřebu řízeného dýchání apod. Nejzávažnější je forma bulbocervikální (jsou postiženy segmenty krční páteře a prodloužené míchy), kdy může dojít k selhání životně důležitých center a bez intenzivní terapie může onemocnění skončit úmrtím. U starších osob bývá závažnější průběh akutního onemocnění. Pro onemocnění bývá příznačná dlouhodobá rekonvalescence a následky neurologického charakteru.

Čl. 2

Laboratorní diagnostika

Stanovení IgM protilátek v séru nebo likvoru pomocí ELISA, případně NIF (nepřímá imuno-*u*oescence), nebo průkaz sérokonverze či signifikantního vzestupu hladiny protilátek třídy IgG, nebo celkových protilátek pomocí ELISA, NIF nebo KFR. U pacientů recentně očkovaných proti KE, žluté zimnici, Japonské encefalitidě a u osob navrátilých ze z endemických oblastí těchto virů, horečky dengue a viru West Nile nutno sérologické výsledky potvrdit virusneutralizačním testem.

Čl. 3

Epidemiologická kritéria

Alespoň jedna z následujících epidemiologických souvislostí (během posledních 4 týdnů před objevením se prvních příznaků onemocnění):

- Potvrzené přisátí klíštěte během posledních 28 dnů.
- Konzumace nepasterizovaného mléka, sýra, jogurtu či jiných výrobků zejména z kozího a ovčího mléka.
- Pobyt v oblasti výskytu klíšťat.
- Riziková manipulace s klíštětem - např. vytahování klíštěte psovi, kdy došlo k přímému kontaktu kůže pacienta (zejm. porušené).

Čl. 4

Klasifikace onemocnění

Možný: Příklad, který splňuje definici klinického případu.

Pravděpodobný: Příklad, který splňuje definici klinického případu a je v epidemiologické souvislosti s potvrzeným prisátím klíštěte, konzumací nepasterizovaných mléčných výrobků nebo činností podle čl. 3.

Potvrzený: Příklad klinicky manifestní potvrzený výsledkem laboratorního vyšetření

Čl. 5

Shromažďování údajů a jejich hlášení

Osoba poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění KE (čl. 1, 2, 3), hlásí potvrzené, pravděpodobné i možné onemocnění (čl. 4) nebo úmrtí na toto onemocnění příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Čl. 6

Epidemiologické šetření při podezření na výskyt KE

Lékař, který vyslovil podezření na KE provede odběr biologického materiálu k laboratornímu průkazu etiologie a zajistí jeho transport do vyšetřující laboratoře. Vyšetřující laboratoř ohlásí výsledky lékaři. Dále se postupuje podle platné legislativy. Odd. protiepidemické OOVZ zajistí epidemiologické šetření, při kterém mimo standardně zjišťované skutečnosti včetně očkování eviduje i klinickou formu onemocnění a případně úmrtí. Zjišťuje okolnosti napadení nemocného klíštětem, zejména pokud možno datum akvirace a co nejpřesnější určení místa, kde k akviraci došlo. Dále zjišťuje, zda nemocný nekonzumoval tepelně nezpracované mléko či výrobky z něj.

Čl. 7

Protiepidemická opatření v ohnisku onemocnění KE

Odd. protiepidemické OOVZ v oblasti své působnosti eviduje ohniska výskytu KE a doporučuje jejich návštěvníkům dodržování preventivních opatření vedoucích ke snížení rizika

napadení klíšťaty. OOVZ ve spolupráci se ZÚ a SZÚ zajišťuje zdravotně osvětové akce zvyšující informovanost obyvatel o nesespecifických preventivních opatřeních a zejména o možnosti očkování proti KE. Dále organizují regionální a podílí se na celostátních akcích, mapujících výskyt klíšťat v přírodním prostředí a jejich promořenost infekčními agens, která přenášejí. V případě zjištění možného alimentárního přenosu OOVZ zajistí protiepidemická opatření a to zákaz konzumace susp. vehikula (jak mléka tak i nepasterizovaných výrobků z tohoto mléka), provede aktivní vyhledání všech exponovaných osob a zajištění jejich klinického a sérologického vyšetření na KE. Je nutné zajištění léčby osob s klinickými příznaky. Rovněž je třeba zajistit sledování osob s pozitivní akutní sérologií (IgM pozitivní) ovšem bez klinických příznaků po dobu 28 dní od poslední možné expozice předpokládanému vehikulu. Osobám s negativní sérologií (IgG negativní a IgM negativní) je doporučeno očkování proti KE. Ve spolupráci s veterináři a NRL pro arboviry ZÚ Ostrava zajistí vyšetření susp. zdrojových zvířat– jejich mléka na přítomnost viru KE a jejich séra na přítomnost protilátek proti KE a vyšetření případných rezervoárových zvířat.

SZÚ v Praze ve spolupráci s ČHMÚ během sezóny provádí tzv. předpověď aktivity klíšťat, která je jako orientační údaj pro občany umístěna na webových stránkách MZ, SZÚ a OOVZ.

PŘÍLOHA PIV: ROZHOVOR S KLIENTEM

Otázky kladené klientovi/tce

- 1) Kdy se u Vás meningitida objevila?
- 2) Víte, jaká byla příčina Vašeho onemocnění?
- 3) Víte, jakým druhem meningitidy jste onemocněl/a?
- 4) Zaznamenal/a jste, že by na Vás mohlo zanechat toto onemocnění nějaké následky? Pokud ano, jaké?
- 5) Myslíte se, že se změní Váš dosavadní život? (např. zvyklosti, návyky?) Pokud ano, jakým způsobem?
- 6) Jak toto onemocnění prožívá Vaše rodina? Chodí za Vámi na návštěvu?
- 7) Myslíte si, že do budoucna ovlivní tato nemoc Vaše povolání? (např. budete muset změnit práci?)
- 8) Jak vnímáte svůj zdravotní stav, děláte nějaké aktivity k jeho udržení?
- 9) Pociťujete nějaké změny ve svém jídelníčku? Trpíte nechutenstvím? Popř. váhový úbytek/přírůstek?
- 10) Máte nějaké problémy s vylučováním moče nebo stolice? Pokud ano, jaké?
- 11) Jaké aktivity děláte rád ve svém volném čase? Máte nějaké koníčky? Sportujete?
- 12) Máte kvalitní spánek? Nebo máte potíže? (např. usínání, buzení, divoké sny, nespavost, prášky na spaní...)
- 13) Jak byste svou osobu charakterizoval/a? (cholerik, sangvinik...aktivní, pasivní, nervózní...)
- 14) Jakou roli ve své rodině plníte?
- 15) Prodělal/a jste v poslední době nějakou stresovou situaci? Jak jste ji zvládnul/a? Jaké používáte techniky pro její zvládnutí?
- 16) Relaxujete? (dovolená, hudba, koupel...)
- 17) Jaké máte životní hodnoty? Věříte v nějaké náboženství?
- 18) Cítíte se poslední dobou častěji unavený, v souvislosti s onemocněním?

PŘÍLOHA P V: ANKETA

Anketa byla vyvěšena na www.vyplnto.cz

1) **Myslíte si, že žijete v lokalitě, s vysokým výskytem nakažených klíšťat?**

- ano
- ne
- nevím
- nezajímám se o to

2) **Jak jste letos připraveni proti klíšťové encefalitidě?**

- jsem očkovaný/á, přeočkovaný/á
- používám ochranné prostředky (spreje, repelenty, ochranná oděv...)
- plánuji v nejbližší době podstoupit očkování
- nepřipravuji se

3) **Myslíte si, že se na Vás klíště přisaje snadněji než na ostatní lidi?**

- ano, klíšťata se na mě přisávají často a ve velkém množství
- ne
- nevím

4) **Využíváte možnosti preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?**

- ano
- ne
- zvažuji to

5) **Kolik korun jste ochotni investovat do preventivního očkování proti klíšťové encefalitidě?**

- do 1000Kč
- 1500 – 3000Kč
- 3500Kč i více
- nevyužívám

6) Myslíte si, že meningitida (zánět mozkových blan) postihuje častěji děti?

- ano
- ne
- nevím

7) Myslíte si, že se člověku, který prodělal meningitidu, poté změnil kvalita jeho dosavadního života?

- nevím
- myslím, že ne
- ano, prosím vypište jaký.....

8) Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o problematice meningitidy?

- ne
- ano
- nevím
- mohlo by to být i lepší

PŘÍLOHA VI: STUPNICE DLE NORTONOVÉ

- Slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů.
- Nebezpečí vzniku dekubitů je při 25 bodech a méně.

Hodnoceno u muže 8. den hospitalizace na neurologickém oddělení, KNTB a.s. ve Zlíně

Činnost	Schopnost vykonání	Počet bodů
Schopnost spolupráce	úplná	4
	malá	3
	částečná	2
	žádná	1
Věk	< 10	4
	< 30	3
	< 60	2
	> 60	1
Stav pokožky	normální	4
	alergie	3
	vlhká	2
	suchá	1
Další onemocnění	žádné	4
	DM, anemie	3
	kachexie, ucpávání tepe n	2
	obezita, karcinom	1
Fyzický stav	dobry	4
	zhoršený	3
	špatný	2
	velmi špatný	1
Stav vědomí	dobry	4
	apatický	3
	zmatený	2
	bezvědomí	1
Aktivita	chodící	4
	doprovod	3
	vozik	2
	leží	1
Pohyblivost	úplná	4
	část.omezená	3
	velmi omezená	2
	žádná	1
Inkontinence	není	4
	občas	3
	převážně moč	2
	moč + stolice	1

Celkem 29 bodů

Hodnoceno u ženy 18. den hospitalizace na neurologickém oddělení, KNTB a.s. ve Zlíně

Činnost	Schopnost vykonání	Počet bodů
Schopnost spolupráce	úplná 4 malá 3 částečná 2 žádná 1	3
Věk	< 10 4 < 30 3 < 60 2 > 60 1	2
Stav pokožky	normální 4 alergie 3 vlhká 2 suchá 1	1
Další onemocnění	žádné 4 DM, anemie 3 kachexie, ucpávání tepen 2 obezita, karcinom 1	4
Fyzický stav	dobry 4 zhoršený 3 špatný 2 velmi špatný 1	3
Stav vědomí	dobry 4 apatický 3 zmatený 2 bezvědomí 1	2
Aktivita	chodící 4 doprovod 3 vozík 2 leží 1	1
Pohyblivost	úplná 4 část.omezená 3 velmi omezená 2 žádná 1	3
Inkontinence	není 4 občas 3 převážně moč 2 moč + stolice 1	3

Celkem 22 bodů

PŘÍLOHA P VII: SOUHLASY K VYŠETŘENÍ

 KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI a.s.

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
Zapsána v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Brně, oddíl B, vložka 4437
IČ: 27661989, DIČ: CZ27661989
bankovní spojení: KB Zlín, číslo účtu: 35-4292470247/0100

: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz

Neurologické oddělení, tel.:

Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:

Příloha k Informovanému souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotní péče pro zdravotní výkon:

Elektromyografické vyšetření (vyšetření rychlosti vedení nervů, jehlové vyšetření svalů)

Jméno pacienta:

r.č.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Diagnostika onemocnění periferních nervů popř. svalů.

Postup výkonu:

1.vyšetření rychlosti vedení periferním nervem elektrostimulací:

- nalepení snímacích elektrod na odmaštěnou kůži do přesně definovaných míst
- elektrostimulace nervu vzestupnou intenzitou (maximum do 99 mA). Počet vyšetřovaných nervů a počet stimulací určuje vyšetřující lékař.

2.vyšetření svalů jehlovou elektrodou:

- vpich jehlovou elektrodou do svalu lékařem (po dezinfekci) a snímání svalových potenciálů v klidu a při aktivitě svalu. Počet a druh vyšetřovaných svalů určuje vyšetřující lékař.

3.kombinace výše uvedených vyšetření

Komplikace:

Tímto vyšetřením není pacient nijak zdravotně omezen a nedodrží žádná zvláštní režimová opatření. Při vyšetření vedení nervu i při jehlovém vyšetření může pacient pociťovat mírnou bolest. event. se po vpichu se může objevit drobné krvácení, které spontánně ustane.

Alternativa doporučeného výkonu:

Uvedená vyšetření nemají alternativu.

Rizika odmítnutí vyšetření:

Znemožnění diagnostiky onemocnění periferního nervového systému či svalového onemocnění a cílené léčby.

Prohlášení pacienta:

MUDr. _____ se mnou vedl/a/ pohovor o účelu a povaze výše popsaného vyšetření, při kterém jsem mohl položit všechny otázky, které mne zajímají.

Ve Zlíně dne:

Podpis pacienta

Podpis lékaře

Krajská nemocnice T. Bati a.s.

Havlíčkovo náměstí 600, 762 75 Zlín, tel.: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz
IČ: 27661989

Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:

Záznam o informovaném souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotní péče
(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu)

Vážená paní, vážený pane,

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučeno provedení níže popsaných zdravotních výkonů. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze Vašeho onemocnění či zranění o předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného zdravotního výkonu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého výkonu udělíte souhlas.

Pokud nechcete být o plánovaném výkonu informován/a, podepište, prosím, níže uvedené prohlášení a odevzdejte informační list svému ošetřujícímu lékaři.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce nebo opatrovník: _____

Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Aplikace jodové kontrastní látky nitrožilně pro účely vyšetření – CT, vylučovací urografie, flebografie

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Účelem aplikace jodové kontrastní látky je změna pohlcování RTG záření tkáněmi či tekutinami v lidském těle, která umožní vyšetření daného orgánu nebo zvýší výtěžnost některých CT vyšetření.

Průběh zdravotního výkonu:

Nejčastěji se provádí punkce (vpich) žíly v loketní jamce, na předloktí nebo na ruce. V případě nutnosti lze zvolit i jiné místo. Při flebografii dolní končetiny se punktuje žíla na noze.

Po naložení škrtidla a cvičení končetinou se provede desinfekce místa vpichu. Poté je do žíly zavedena jehla nebo speciální flexibilní kanyla a její poloha je zajištěna náplastí. Zavedenou jehlou nebo kanylou se do žíly aplikuje kontrastní látka.

Možná alternativa místo navrhovaného výkonu:

Byl/a jsem poučen/a, že alternativa aplikace kontrastní látky nitrožilně při zvoleném typu vyšetření neexistuje, není jiný typ látky s požadovanými vlastnostmi a bez její aplikace je vyšetření diagnosticky neúplné nebo vůbec nemá smysl jej provádět.

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem doporučený postup má následující rizika a komplikace:

Aplikace jodové kontrastní látky do žíly může mít některé nežádoucí účinky:

1. Poškození funkce ledvin (kontrastní nefropatie). Většinou jde o přechodnou poruchu funkce, ale zcela výjimečně může jít i o trvalou poruchu funkce. U zdravých jedinců je pravděpodobnost poškození ledvin minimální, zvyšuje se při některých onemocněních a chorobných stavech, proto je nutno Vašeho ošetřujícího lékaře upozornit na všechna Vaše onemocnění.
2. Poškození jiných orgánů (srdce, játra) je zcela výjimečné a nevýznamné.
3. Podání jodové kontrastní látky při zvýšené funkci štítné žlázy může vést ke zhoršení onemocnění. Proto je nutno na onemocnění štítné žlázy upozornit lékaře indikujícího i vyšetřujícího.
4. Aplikace jodové kontrastní látky může mít za následek projevy nesnášenlivosti. Při aplikaci moderních kontrastních látek jsou v dnešní době tyto projevy velmi vzácné. Mírné projevy nesnášenlivosti se manifestují jako kýchání, kašel, dušnost, nucení na zvracení nebo zvracení, návaly tepla, bolesti hlavy, zarudnutí kůže, svědění, vyrážka, kopřivka. Mezi závažné projevy nesnášenlivosti patří především anafylaktický šok, který může vést i k zástavě dechu a srdeční činnosti a nutnosti resuscitace, dle křeč, otok mozku s bezvědomím, otok hrtanu s dušením. Závažné reakce jsou velmi vzácné. Vyšetřovna je vybavena všemi prostředky k léčbě těchto komplikací.
5. Nechtěné podání kontrastní látky mimo žílu ve větším množství může mít za následek místní bolestivost a zánětlivou reakci, zcela výjimečně odumření kůže v místě aplikace a okolí. Tyto nežádoucí účinky se projeví jen při podání většího množství kontrastní látky mimo žílu a k tomu může dojít jen při CT vyšetření a při podání kontrastní látky automatickým injektorem.
6. Někteří pacienti mají kontaktní alergii na běžnou náplast, kterou se zajišťuje poloha jehly nebo kanyly. Proto informujte o této případné alergii ošetřujícího i vyšetřujícího lékaře.

PROHLÁŠENÍ O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Podpisem tohoto záznamu potvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které lékař úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsaného zdravotního výkonu: *(zde uvést prováděné výkony)*

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas kdykoli odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně jeho života nebo zdraví, nejde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepiši negativní revers.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis svědka (svědků) v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.

Neurologické oddělení, tel.:

Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:

Příloha k Informovanému souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotní péče
pro zdravotní výkon:

Lumbální punkce

méno pacienta:

č.

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Získat vzorek mozkomíšni tekutiny k biochemickému vyšetření a posouzení možnosti
zánětlivé povahy onemocnění, krvácení nebo jiných změn probíhajících v nervovém systému.

Postup výkonu:

Tento výkon se provádí za hospitalizace, v poloze vsedě, ojedinele vleže na boku. Po
desinfekci místa vpichu, zavede lékař do meziobratlového prostoru bederní páteře jehlu
v místech, kde je vyloučena možnost postižení míchy. Při pronikání jehly měkkými tkáněmi
můžete cítit nepříjemný tlak.

Po odběru vzorku tekutiny budete ležet v lůžku po dobu 24 hodin, prvních 30 minut vleže na
břiše, poté je možno se otáčet. Je důležitý dostatečný přívod tekutin (2-2,5 l/d).

Lumbální punkci lze také provést tzv. atraumatickou jehlou, kdy není nutné dodržovat klidový
režim po vyšetření a vyšetření je možné provést i ambulantně.

V případě pokročilých degenerativních změn páteře nemusí být lumbální punkce proveditelná

Alternativa:

nelze nahradit jiným vyšetřením

Komplikace:

Můžete přechodně cítit v místě vpichu bolest, event. drobné krvácení, které spontánně ustává.
V prvních dnech po výkonu se mohou objevit, většinou u nespolupracujících pacientů,
postpunkční potíže (závrať, bolest hlavy, celkovou slabost, pocit na zvracení až zvracení).
Dodržením klidového režimu po výkonu a dostatečnou hydratací lze těmto málo častým
potížím předcházet. Do několika dnů tyto potíže, které neohrožují zdraví vyšetřovaného,
spontánně ustoupí.

Rizika odmítnutí léčby:

Zpoždění diagnostiky základního onemocnění a nemožnost zahájení adekvátní terapie.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Nutný klid na lůžku po dobu 24 hodin po výkonu s pobytem v nemocnici (odpadá při použití
atraumatické jehly).

Prohlášení pacienta:

Neurologické oddělení, tel.:
Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:

Příloha k Informovanému souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotní péče pro
zdravotní výkon:

Lumbální radikulografie

Jméno pacienta:

r.č.:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

odběr mozkomíšní tekutiny za účelem jejího podrobného vyšetření následovaný aplikací kontrastní látky a rentgenovým vyšetřením páteře. Lékař tak vedle rozboru mozkomíšní tekutiny (moku), který objasní možné jiné příčiny potíží (zánět a jiné změny), získá navíc informace o útlaku míšních kořenů, šíři páteřního kanálu a dalších změnách.

Postup výkonu:

Tento výkon se provádí za hospitalizace provedením lumbální punkce (zavedením jehly do meziobratlového prostoru bederní páteře v místech, kde je vyloučena možnost postižení míchy). Při pronikání jehly měkkými tkáněmi můžete cítit nepříjemný tlak. Po odběru mozkomíšní tekutiny následuje aplikace kontrastní látky (jde o látku speciálně určenou pro vyšetření nervových struktur), kterou můžete vnímat jako tlak v bederní krajině a budete uložen na vyšetřovací stůl rtg přístroje. Následuje provádění rentgenových snímků v různých polohách těla.

Po výkonu budete ležet v lůžku po dobu 24 hodin, prvních 30 minut vleže na břiše, poté je možno se otáčet. Je důležitý dostatečný přívod tekutin (2-2,5 l/d).

V případě pokročilých degenerativních změn páteře nemusí být lumbální punkce a tím celé vyšetření proveditelné.

Alternativa:

Lumbální radikulografii lze částečně nahradit vyšetřením CT nebo MRI, ovšem tato vyšetření nevyloučí možnou zánětlivou a jinou příčinu Vašich zdravotních potíží.

Komplikace:

Můžete v místě vpichu přechodně cítit bolest, event. se v místě vpichu vyskytne drobné krvácení, které spontánně ustává. V prvních dnech po výkonu se mohou objevit, většinou u nespolupracujících pacientů, postpunkční potíže (závrať, bolest hlavy, celkovou slabost, pocit na zvracení až zvracení). Dodržením klidového režimu po výkonu a dostatečnou hydratací lze této komplikaci předcházet. Do několika dnů tato zcela nezávažná komplikace spontánně ustupuje.

Neurologické oddělení, tel.:
Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:

Příloha k Informovanému souhlasu pacienta s poskytnutím zdravotní péče pro
zdravotní výkon:

Kořenový obstřik

Jméno pacienta:
r.č.:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Aplikace léčivé/vých látky/tek do blízkosti míšního kořene vycházejícího z páteřního kanálu k ztišení bolestí, ovlivnění vnímání bolestí poškozenými nervovými vlákny případně podání látek tlumících zánět v postižených nervových vláknech míšního kořene.

Postup výkonu:

Provádí se ambulantně i za hospitalizace zpravidla vleže na břiše. Po desinfekci místa vpichu, zavede lékař do přesně specifikovaných míst jehlu k příslušnému nervovému kořeni. Při pronikání jehly měkkými tkáněmi můžete cítit nepříjemný tlak. Následně aplikuje analgetizující látku event. směs látek i s protizánětlivým účinkem.

Alternativa:

Nelze nahradit jiným ošetřením.

Komplikace:

V místě vpichu můžete přechodně cítit mírnou bolest, event. drobné krvácení, které spontánně ustává.

Rizika odmítnutí:

Snížení účinnosti a prodloužení léčby

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon je spojen se srovnatelnými pocity, jaké může doprovázet aplikace léčiva nitrosvalovou injekcí a nebudete omezen v aktuálním způsobu života.

Prohlášení pacienta:

MUDr. _____ se mnou vedl/a/ pohovor o účelu a povaze výše popsaného vyšetření, při kterém jsem mohl položit všechny otázky, které mne zajímají.

Ve Zlíně dne:

Podpis pacienta

Podpis lékaře