Pacjentka oddziału psychiatrycznego, szpitala specjalistycznego, w miasteczku oddalonym od miejsca zamieszkania kobiety o kilkanaście kilometrów. Wiek pacjentki 29 lat, zawód - nauczycielka w miejskim gimnazjum. Mężatka, dwoje dzieci w wieku sześciu i ośmiu lat. Obecnie pierwszy raz hospitalizowana z powodu utrzymującego się od dłuższego czasu obniżonego nastroju, niepokoju, trudności z ponownym zaśnięciem po wybudzeniu w nocy. W stanach silnego niepokoju zaczęła nadużywać alkoholu. W domu myślała o odebraniu sobie życia, mówiła o tym współpacjentce w sali szpitalnej oraz w wywiadzie z dyżurującą pielęgniarką.Od czterech tygodni leczona trójcyklicznymi lekami p/depresyjnymi oraz elementami psychoterapii poznawczo – behawioralnej. Próby aktywizacji na terapii zajęciowej. Pierwsze rozpoznanie brzmiało: epizod depresyjny. W trakcie leczenia lekami p/depresyjnymi stan pacjentki uległ zmianie. Nastój podwyższył się, zauważono brak dystansu do personelu i pacjentów. Po próbie samowolnego oddalenia się z oddziału i uderzeniu pielęgniarki postanowiono kontynuować leczenie wbrew woli pacjentki. Rozpoznanie zmieniono na CHAD.

20-letnia pacjentka, studentka pielęgniarstwa, drugi raz w ciągu pół roku hospitalizowana z powodu objawów psychozy schizofrenicznej w oddziale psychiatrycznym szpitala miejskiego. Do szpitala przyjęta na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z powodu braku rzeczowego kontaktu z pacjentką. Uważa sanitariuszy za osoby nasłane przez „siły pozaziemskie”, czuje że jest w niebezpieczeństwie. Zaczęła zaniedbywać szkołę, swój wygląd, oddaliła się od rodziny i znajomych. Z wywiadu wiadomo, że nie przyjmowała przepisanych leków p/psychotycznych. Po czterech tygodniach pobytu dziewczyna nadal zaniedbuje swój wygląd i higienę, nie nawiązuje kontaktów z innymi pacjentami na oddziale, izoluje się. Przejawia objawy wytwórcze w postaci omamów imperatywnych, urojeń ksobnych i prześladowczych. Rozpoznanie brzmi: schizofrenia paranoidalna. Mieszka w małym miasteczku z rodzicami, którzy nie godzą się z diagnozą lekarską i koniecznością hospitalizacji.

Nowoprzyjęty dzień wcześniej wieczorem 41 letni pacjent do oddziału psychiatrycznego w niepokoju, agresywny wobec żony i dzieci. Przywieziony przez pogotowie ratunkowe, które wezwała żona. Pacjent nie zgadza się na hospitalizację. W wywiadzie od żony – nadużywa alkoholu od wielu lat, obecnie po dwumiesięcznym ciągu alkoholowym, nie pije od 20 godzin, utracił pracę z powodu częstych absencji i picia podczas pracy. Na oddziale zaczyna przejawiać zachowanie agresywne w formie werbalnej (przeklina, monologizuje) oraz pobudzenia fizycznego (szybko chodzi po korytarzu, nie reaguje na uwagi personelu). Zaczyna uderzać pięściami w ścianę i szklane drzwi. U pacjenta rozwijają się objawy majaczenia alkoholowego. Lekarz zdecydował o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pacjenta pasami bezpieczeństwa.

Pan Jan K. lat 40, od 20 lat leczony psychiatrycznie z rozpoznaniem schizofrenii katatonicznej. Tydzień temu przyjęty do oddziału ogólnopsychiatrycznego, ale pacjent nie był w stanie świadomie wyrazić zgody na przyjęcie do szpitala. Podjęto kroki prawne.

W szpitalu nie chce jeść, pije znikome ilości płynów. Wypróżnienia nieregularne, małe ilości wydalanego moczu. Nie rozmawia z innymi pacjentami w sali, w większości czasu poleguje w łóżku. W kolejnych dniach zahamowanie psychoruchowe osiągnęło znaczny poziom w postaci stuporu, mutyzmu, wzmożonego napięcia mięśni prowadzącego do zjawiska „koła zębatego”. Po położeniu do łóżka można było obserwować objaw tzw. „poduszki powietrznej”.

Kontakt werbalny z pacjentem był niemożliwy, kontakt pozawerbalny bardzo nikły (ruchy gałek ocznych). Pacjent wymagał całkowitej pielęgnacji. Stosowane leki przeciwpsychotyczne nie przynosiły pożądanego efektu. Postanowiono zastosować serię zabiegów EW (elektrowstrząsowych) za zgodą sądu opiekuńczego. Żona pacjenta martwi się o jego stan, nie rozumie potrzeby EW.

Pani Leokadia M. lat 32, mężatka, gospodyni domowa, matka dwojga dzieci w wieku 4 i 6 lat, zgłosiła się do lekarza rodzinnego. Od kilku tygodni czuje się stale nieszczęśliwa i często płacze. Nigdy wcześniej nie chorowała. Trzy lata wcześniej zmieniła miejsce zamieszkania w związku z awansem męża, nie znalazła „bratniej duszy” w nowym otoczeniu. Sama nie pracuje zawodowo, zajmuje się dziećmi i pracami domowymi. Czuje się tym przytłoczona. Nie ma ochoty na kontakty towarzyskie, chociaż wcześniej była bardzo otwartą, towarzyską osobą. Zaczęła odczuwać ciągłe zmęczenie, mimo nie zwiększenia się jej obowiązków domowych. Budzi się 2-3 godziny wcześniej niż zwykle, nie może ponownie zasnąć.

Przytyła 6 kilogramów, bo zaczęła sięgać po jedzenie mimo nie zwiększenia apetytu. Przyznaje, że zaczęła pić alkohol, więcej niż zwykle. Obwinia się o nieudolność, ponieważ czuje się ciągle nieszczęśliwa i zbyt zmęczona, aby opiekować się dziećmi i zajmować domem. Mówi, że jest ciężarem dla męża, czuje się winna z tego powodu. Płacze, mówiąc o swojej małej atrakcyjności i utracie zainteresowania życiem płciowym. Przyznaje, że nic w życiu nie sprawia jej przyjemności. Zapytana przez lekarza, potwierdza, że zaczęła się zastanawiać czy mężowi i dzieciom nie byłoby lepiej bez niej. Lekarz dał skierowanie do szpitala psychiatrycznego na oddział ogólno psychiatryczny.

Do szpitala został przyjęty 9-letni chłopiec chory na hemofilię A, z powodu krwawienia do prawego stawu kolanowego. Jest to już trzeci wylew krwi do tego samego stawu w ciągu ostatnich 6 tygodni. Chłopiec doznał kontuzji podczas gry w piłkę nożną przed czteroma godzinami. Do tego czasu nie zastosowano żadnych zabiegów leczniczych. U dziecka nie stosowano dotychczas leczenia profilaktycznego, w przypadku wystąpienia krwawienia wdrażano tylko leczenie objawowe. Rodzice nie zostali przeszkoleni w zakresie podawania czynnika VIII w domu „na żądanie". Zgłaszali się z synem do szpitala w celu podania koncentratu czynnika krzepnięcia krwi, ilekroć wystąpił wylew do stawu lub mięśnia. Podczas badania klinicznego stwierdzono obrzęk i dużą bolesność prawego stawu kolanowego, nadmierne ucieplenie, znaczne ograniczenie ruchomości. Wyniki wykonanych badań wykazały wydłużony czas kaolinowo-kefalinowy i przedłużony czas krzepnięcia, natomiast czas protrombinowy i stężenie fibrynogenu były prawidłowe. Badanie RTG stawu kolanowego prawego wskazuje na przewlekłe zapalenie błony maziowej i zwyrodnienie chrząstki stawowej. Chłopiec mieszka na wsi, warunki socjalno-materialne rodziny są dobre. Rodzice są troskliwi, ale nadopiekuńczy. Okazują duży niepokój o zdrowie dziecka, stosują nadmierne ograniczenia, nie pozwalają mu bawić się z kolegami. Obawiają się podawania dziecku czynnika krzepnięcia w domu, ale bardzo chcą się nauczyć iniekcji dożylnych.

Chłopiec 16-letni z rozpoznaniem pierwotnego nowotworu kości udowej, przebywa na oddziale szpitalnym od dwóch tygodni. W pierwszym tygodniu pobytu zastosowano chemioterapię wstępną przed-operacyjną, po uprzednim założeniu portu donaczyniowego. Tydzień temu chirurgicznie usunięto zmienioną chorobowo kość i wszczepiono endoprotezę. Nadal prowadzona jest chemioterapia wielolekowa. U chłopca występują objawy uboczne po leczeniu cytostatykami: nudności i wymioty, bóle brzucha i biegunka, utrata apetytu, bardzo znaczne osłabienie, utrata włosów. Ponadto pojawiły się bolesne owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej, suchość w jamie ustnej (tzw. bolesna jama ustna). Z powodu osłabienia ma trudności z czynnościami dnia codziennego. Masa ciała chłopca obniżyła się w ostatnim miesiącu o około 5 kg i obecnie znajduje się poniżej 10. per-centyla. Chłopiec źle sypia, pojawiają się objawy zaburzeń o charakterze depresyjnym (obniżony nastrój, niechęć do kontaktów społecznych, pacjent nie chce spotykać się z rówieśnikami, nie widzi celu i sensu życia. Uczucie niesprecyzowanego lęku pojawiające się napadowo, bez związku z przyczyną. Martwi się, jak zakończy się leczenie, czy wróci do szkoły i nadrobi zaległości w nauce i treningach sportowych (uprawiał koszykówkę w klubie sportowym). Bardzo boi się, że może stracić kończynę. Rodzice są obecni przy synu, starają się go wspierać. Prezentują, postawę nadopiekuńczości. Chłopiec nie ma rodzeństwa. Obydwoje rodzice pracują, mama rozważa urlop bezpłatny lub rezygnację z pracy na czas choroby syna.

Dziewczynka chora na mukowiscydozę, lat 14. Przyjęta na oddział pulmonologiczny z powodu zaostrzenia choroby oskrzelowo-płucnej. Zaobserwowano duszność wdechowo-wydechową, przyspieszony, świszczący oddech - 32oddechy/minutę, przewlekły męczący kaszel z odkrztuszaniem ciągnącej, gęstej plwociny, SpO2 88-92% wartości na pulsoksymetrze, zaleganie wydzieliny ropnej w nozdrzach, trudności w oddychaniu Dziewczynka nie podejmuje aktywności, izoluje się od współpacjentów, chętnie pozostaje w łóżku, przygnębione, zaniepokojone. Jest to trzeci pobyt w szpitalu w tym roku. Dziewczynka nie ma apetytu, posiłki przyjmowała niechętnie, w małych ilościach. Od 3 dni nie oddała stolca, ma zaparcia i wzdęty brzuch. Temperatura ciała od 4 dni utrzymuje się na poziomie 38,5stopnia Celcjusza, tętno 95 ud/min - miarowe, CTK w granicach normy. Powłoki skórne blade, słabo rozwinięta podściółka tłuszczowa, masa ciała: 24 kg (poniżej 3. percentyla), wysokość: 140 cm ( poniżej 3. percentyla). W spirometrii wykazano cechy obturacji, RTG płuc – stan zapalny płuc, OB, CRP, morfologia krwi – podwyższone wskaźniki stanu zapalnego, stężenie elektrolitów we krwi – w normie, gazometria – cechy niedotlenienia, badanie ogólne moczu - w normie, próby wątrobowe - w normie.

Chłopiec 7 letni z zaawansowaną dystrofią mięśniową pochodzenia nerwowego. Od 1 roku przebywa pod opieką domowego hospicjum. Rodzice zdecydowali, że chcą aby ich syn resztę życia spędził w domu. Zadbali o odpowiednie warunki mieszkaniowe. Dzięki ich staraniom udało się dziecko zakwalifikować do domowej opieki hospicyjnej. Chłopiec trafił do szpitala w 1 roku życia, w stanie ciężkim zaintubowany z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu obustronnego zapalenia płuc. Po 5 miesięcznym pobycie dziecko przeniesiono na oddział pulmonologiczny, gdzie przebywał do wyjścia do domu. Ze względu na zaawansowany stan choroby chłopiec nie oddycha samodzielnie, wymaga ciągłej inwazyjnej wentylacji mechanicznej.

W obecnej chwili jest całkowicie unieruchomiony (stawy łokciowe  przykurcze wyprostne, brak ruchu w stawach nadgarstkowych, w stawach biodrowych i barkowych bierny zakres ruchów, przykurcz wyprostny w stawach kolanowych, stopy w ustawieniu końsko szpotawym utrwalonym), ułożony na materacu zmienno ciśnieniowym. Chłopiec wymaga całkowitej opieki w zakresie pielęgnacji.

Dziewczynka 6 letnia z rozpoznaniem ostrej białaczki szpikowej przyjęta została w dniu wczorajszym do szpitala z powodu nawrotu choroby nowotworowej. Od trzech dni gorączkuje do 39 stopni Celcjusza. W nocy spała z przerwami na skórze liczne wybroczyny krwawe. Nad ranem wystąpiło niewielkie krwawienie z nosa. Dziewczynka zgłasza, że gorzej widzi i boli ją głowa, reaguje płaczem na zmianę pozycji. Leży w łóżku sprawia wrażenie osoby zmęczonej. Ma trudności w oddychaniu; około 44 oddechy na minutę, oddechy płytkie, tętno 110 uderzeń na minutę, nieregularnie. Dziecko jest płaczliwe. Dziewczynka jest z rodziny wielodzietnej, mieszka w małej wsi oddalonej o 100 km od Ośrodka. Rodzice ze względu na swoje obowiązki domowe odwiedzają córkę 1 razy w tygodniu.

W wykonanym badaniu morfologicznym krwi stwierdzono znaczą niedokrwistość, małopłytkowość, hiperleukocytozę (istnieje obawa, że u dziecka może się rozwinąć zespół leukostazy). Rtg klatki piersiowej i kości długich wskazuje na obecność zmian ogniskowych.

W godzinach popołudniowych zostanie przeprowadzone badanie dna oka oraz kaniulacja naczynia centralnego. Zaplanowana jest megachemioterapia oraz radioterapia głowy przy potwierdzeniu w tomografii głowy zmian ogniskowych. Dziewczynka jest nawadniana drogą dożylną, otrzymuje Perfalgan 4 razy n dobę i antybiotyk dwa razy na dobę. Zlecono pędzlowanie jamy ustnej Nystatyną z Anestezyną.

Dwie pielęgniarki zabiegowe pracowały na rzecz dwóch oddziałów zachowawczych i dwóch oddziałów chirurgicznych. Jedna z tych pielęgniarek zabiegowych odeszła z pracy. Dyrektor jednostki podjął decyzję, że zwolniony etat nie zostanie obsadzony. Pielęgniarka naczelna zakładu stwierdziła, że nie ma nadmiaru pracy w gabinecie zabiegowym, a ta jedna zabiegowa daje sobie radę, gdyż szybko pracuje. Pielęgniarka zabiegowa uznaje, że narzucono jej nadmiar obowiązków, że nie jest w stanie wykonać wszystkiego na czas i w związku z tym spotykają ją nieprzyjemności. Jej prośba o podwyżkę wynagrodzenia została również odrzucona.

Pielęgniarka w wyniku postępowania konkursowego została wybrana na stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału internistycznego. Oddział przeznaczony jest do opieki nad 30 pacjentami. Aktualnie zatrudnia 17 pielęgniarek. Przed przystąpieniem do pracy uzyskała informacje, że dotychczasowa praca personelu oddziału nie była zadawalająca, pacjenci wielokrotnie zgłaszali uwagi na niestosowne zachowanie i brak zaangażowania pielęgniarek oddziału. Niezadowolenie rodzin pacjentów dotyczyło także niewystarczających informacji koniecznych do opieki nad chorymi. Pielęgniarka naczelna zakładu ma również wątpliwości dotyczące organizacji pracy oddziału.

Pielęgniarka naczelna zakładu opieki zdrowotnej przyjmuje do pracy nową pielęgniarkę - absolwentkę studiów licencjackich sprzed dwóch lat. Kandydatka dotychczas nie podejmowała pracy, zatem będzie to pierwsze jej zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki. Obecnie w zakładzie wolny jest etat na stanowisku pielęgniarki w oddziale internistycznym, jednak preferencje kandydatki dotyczą zatrudnienia w oddziale chirurgicznym.

Pracujesz w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w mieście X. Jesteś wykładowcą i prowadzisz zajęcia z zakresu pielęgniarstwa internistycznego. Jednak ze względu na absencję chorobową koleżanki masz poprowadzić zajęcia w pracowni pielęgniarskiej i zrealizować temat: "Wstrzyknięcia domięśniowe" dla grupy 6 studentów I roku studiów na kierunku Pielęgniarstwo. Czas przeznaczony na realizację zajęć: 4 godziny lekcyjne.

Pracujesz w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w mieście X. Jesteś wykładowcą i prowadzisz zajęcia z zakresu pielęgniarstwa internistycznego. Jednak ze względu na absencję chorobową koleżanki masz poprowadzić zajęcia w pracowni pielęgniarskiej i zrealizować temat: "Kąpiel noworodka" dla grupy 6 studentów I roku studiów na kierunku Pielęgniarstwo. Czas przeznaczony na realizację zajęć: 4 godziny lekcyjne.

W szpitalu na oddziale opieki paliatywnej przebywa pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową. Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi towarzyszył brat, który jest dla pacjenta jedyną bliską mu osobą. W trakcie jednej z rozmów z pielęgniarką pacjent wyjawił, że od wielu lat nie był w kościele ani nie uczestniczył w innych praktykach religijnych, jednak deklaruje, że chciałby przed śmiercią pojednać się z Bogiem. Z rozmowy wynika, że pacjent kiedyś korzystał z Sakramentów Świętych religii rzymsko- katolickiej. Stan pacjenta nagle pogarsza się i nie jest on w stanie wyrazić swojej woli.

Lucia ma 28 lat i z zawodu jest pielęgniarką. Na Słowacji skąd pochodzi i gdzie ukończyła szkołę pielęgniarską wykonywała zawód pielęgniarki przez ostatnie 3 lata. Matka Luci ma Polskie korzenie i przyjechała do Polski z córką aby uregulować sprawy rodzinne. Lucia chciałaby w tym czasie podjąć pracę w Polsce w zawodzie pielęgniarki na okres nie dłuższy niż 1 rok.

Zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka powinna stale aktualizować swoją wiedzę i umiejętności korzystając z różnych rodzajów kształcenia podyplomowego. Na oddziale urazowo- ortopedycznym pracuje 23- letnia Daria. Daria została przyjęta do pracy zaraz po otrzymaniu dyplomu pielęgniarki. Po 3 miesięcznym okresie próbnym pielęgniarka właśnie została zatrudniona na tym oddziale na kolejne 2 lata. W związku z powyższym Daria rozważa podjęcie kształcenia podyplomowego.

W piątek ok. godziny 13.00 do szpitala zostaje przyjęta 32- letnia kobieta w 40 tygodniu ciąży. Kobieta zgłosiła się do szpitala ponieważ upłynął termin planowanego porodu. Dotychczas ciąża niepowikłana. Przy przyjęciu parametry życiowe w granicach normy: ciśnienie tętnicze krwi 110/80 mmHg, tętno 82 ud/min., temperatura 36,7⁰ C. Dolegliwości nie zgłasza. Kobieta pochodzi z Izraela, nie mówi po Polsku. Ubrana jest w długą, luźną suknie, włosy oraz twarz ma zakryte chustą. Podczas przyjęcia kobiecie towarzyszy ojciec oraz znajoma, która jest też tłumaczem. Z przeprowadzonego wywiadu wynika, że zarówno kobieta jak i jej ojciec są wyznawcami tradycyjnego judaizmu. Ciężarna zostaje przyjęta na oddział patologii ciąży.

Pacjentka lat 66, przyjęta w oddział neurologii. Pacjentka przytomna w stanie ogólnym stabilnym, kontakt słowny zachowany, mowa logiczna, spowolniała. Pacjentka sprawia wrażenie zmęczonej i niechętnie nawiązuje kontakt z pielęgniarką. Chora wymaga częściowej pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Obserwuje się porażenie kończyny lewej górnej, kończyna prawa górna osłabiona. Kończyna lewa dolna unieruchomiona z powodu złamania. Występują przykurcze w stawach kk. górnej prawej i lewej. W okolicy pośladka lewego zaczerwienienie. Skóra sucha, mało elastyczna o zabarwieniu bladym. Masa ciała 51kg wzrost 164cm. Apetyt zachowany, małe pragnienie. Pacjentkę codziennie odwiedza mąż.

Pani B.P., lat 28, przyjęta na oddział neurologiczny z rozpoznaniem SM – stwardnienie rozsiane, jest to drugi rzut choroby. Pacjentka w stanie ogólnym ciężkim, chora leżąca, kontakt słowny logiczny, łatwy do nawiązania, mowa niewyraźna powolna - poprawna, treści wypowiedzi adekwatne do treści rozmowy. Pamięć bez zaburzeń. Pani B.P. większość wolnego czasu spędza w łóżku, narzeka na problemy ze snem w ciągu nocy. Pacjentka obecnie wymaga stałej pomocy w wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego. Okresowo występuje nietrzymanie moczu. Zabarwienie powłok skórnych fizjologiczne. Skóra sucha, dobrze napięta. W skali bólowej VAS w dniu obserwacji pacjentka nie odczuwała bólu, lecz często narzeka na jego występowanie. Wprowadzono dietę wątrobową. Apetyt i pragnienie dobre. Nastrój w dniu obserwacji przygnębiający, chora smutna, przestraszona stanem swojego zdrowia.

Pani B.P. ma lęki i obawy w związku z chorobą, obawia się o swój stan, o dalsze życie a szczególnie o sprawność fizyczną płacze, martwi się o rodzinę jak podoła obowiązkom żony i matki 4 – letniego synka. Nie wymaga pomocy w prowadzeniu domu. Pracuje w dużej firmie w administracji. Dojeżdża do pracy samochodem w ciągu 10-15 minut.

A. P. – czterdziestosześcioletni pacjent, z zawodu technik mechanik samochodowy, z towarzyszącymi jednostkami chorobowymi takimi jak: zespół depresyjny, zaawansowane zmiany deformacyjno – zwyrodnieniowe odcinka szyjnego. Sprawność ruchowa ciała jest w znacznym stopniu ograniczona. Pacjent porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego siedzącego. Nie jest w stanie samodzielnie zmienić pozycji oraz przemieścić się. Wymaga pomocy osób trzecich podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Pacjent z pomocą osób trzecich zostaje codziennie pionizowany. Badany w ciągu dnia przyjmuje na zmianę dwie pozycje: leżącą na plecach oraz siedzącą na wózku inwalidzkim siedzącym. U chorego problemem są również częste zaparcia. A. P. kontroluje odruchy fizjologiczne. Jest osobą całkowicie sprawną intelektualnie. Chętnie rozmawia. Jest pogodny, spokojny. Chętnie nawiązuje nowe znajomości, lubi towarzystwo innych osób. U pacjenta występują zaburzenia rytmu dobowego. Można zauważyć nadmierną senność w ciągu dnia oraz problemy z zasypianiem w nocy. Mieszka w domu jednorodzinnym z żoną, dwiema córkami oraz z rodzicami. Wszyscy członkowie rodziny opiekują się chorym i spełniają jego potrzeby. Pacjent ma pełną wiedzę na temat swojej choroby. Pacjent jest pozytywnie nastawiony co do leczenia, rehabilitacji, hospitalizacji oraz personelu medycznego.

Kobieta A.B., lat 28, przyjęta na oddział neurologiczny z podejrzeniem SM – stwardnienie rozsiane. Pacjentka w drugiej dobie pobytu, w stanie ogólnym dobrym, chora leżąca, kontakt słowny logiczny, łatwy do nawiązania, mowa wyraźna - poprawna, treści wypowiedzi adekwatne do treści rozmowy. Pamięć bez zaburzeń. Pacjentka zgłosiła się z niedowładem spastycznym obu kończyn dolnych, zaburzeniami czucia palców rąk, zaburzeniami czucia okolicy krocza i nietrzymaniem moczu. Pacjentka obecnie wymaga stałej pomocy w wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego. Apetyt i pragnienie dobre. Nastrój w dniu obserwacji dobry, pacjentka nie jest w pełni świadoma istoty choroby. Ma trzymiesięczną córeczkę i męża. Pacjentka jest atrakcyjną kobietą.Zastosowano dwukrotnie wlew dożylny z Solu –Medrol- nastąpiło nieznaczne zmniejszenie niedowładu kończyn dolnych, pacjentka krępuje się nietrzymania moczu, ma założony wkład absorpcyjny.

72 letnia pacjentka przyjęta do oddziały paliatywnego z owrzodzeniem nowotworowym sutka prawego. Nacieczenie nowotworowe obejmuje całą pierś prawą, pachę przechodząc na plecy w okolicy łopatki. Chora odczuwa ból oraz uporczywy świąd w miejscu owrzodzenia. Rana krwawi przy zmianie opatrunku oraz zmianie pozycji. Wyczuwalny jest nieprzyjemny odór, który powoduje dyskomfort oraz niechęć chorej do kontaktów z odwiedzającymi.

U 36 letniego pacjenta z uszkodzeniem poprzecznym rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym, wystąpiła odleżyna okolicy kości krzyżowej IV stopnia według skali Torrancea. Dno odleżyny pokrywa martwica rozpływna, z dużą ilością wydzieliny cuchnącej surowiczo- ropnej. Występują uchyłki w kierunku bocznym odleżyny. Chory gorączkuje.

82 letnia chora hospitalizowana w oddziale wewnętrznym z powodu zapalenia płuc. Z uwagi na znaczną duszność wysiłkową oraz niesprawność ruchową unieruchomiona w łóżku. Na kończynach dolnych występują żylaki oraz obrzęki. W trzecim dniu hospitalizacji u chorej wystąpił ból, zaczerwienienie oraz obrzęk okolicy prawej łydki. Temperatura skóry podudzia w okolicy zmiany podniesiona. U chorej stwierdzono zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych podudzia prawego.

Pani B. B. lat 46, przyjęta na oddział chirurgii naczyniowej z rozpoznaniem Przewlekła Niewydolność (PNŻ). W klasyfikacji CEAP - C1 Ep As4 PR. Chora w 3 dobie po zabiegu usunięcia żyły odszczałkowej. W wywiadzie chora podaje występowanie żylaków u matki i siostry oraz teleangiektazji u 25 letniej córki. Pacjentka w stanie dobrym, samodzielna, ma stosowaną kompresjoterapie i nie rozumie po co, skoro ma 2 małe rany po zabiegu. Kobieta nie ma podstawowej wiedzy w zakresie przyczyn i profilaktyki PNŻ. Na dzień jutrzejszy planowany jest wypis Pacjentki do domu. Chora otrzyma 2 tygodnie L4. Kobieta pracuje w fabryce czekolady, przy taśmie produkcyjnej (praca siedząca i stojąca).

Kobieta lat 68, zgłosiła się do poradni chirurgii naczyniowej z owrzodzeniem żylnym w okolicy kostki przyśrodkowej kończyn lewej. Chora cierpi na Przewlekłą Niewydolność Żylną od 20 lat. Kobieta jest na emeryturze od 3 lat, od ok. 2 lat na kończynie obecne jest owrzodzenie.

Chora odczuwa dolegliwości bólowe kończyn, oraz dużym problemem jest nieprzyjemny zapach z ramy, co stanowił główną motywację do zgłoszenia się do lekarza. Owrzodzenie o równych brzegach, z duża ilością wydzieliny, obecna martwica rozpływana. Kończyna lewa obrzęknięta, na kończynie prawej obecne żylaki.

Kobieta K.J. lat 44, przyjęta na oddział chirurgii naczyniowej z rozpoznaniem Przewlekła Niewydolność (PNŻ). W klasyfikacji CEAP - C1 Ep As4 PR. Obecnie pacjentka w 1 dobie po zabiegu usunięcia żyły odszczałkowej kończyny prawej. Na kończynie operowanej widoczny niewielki obrzęk kostki i stopy. Na kończynie lewej widoczne teleangiektazje. Pacjentka samodzielna, przygotowywana do wypisu. Kobietę niepokoi obrzęk oraz obecność szwów na operowanej kończynie. Kobieta jest fryzjerką, pracuje we własnym salonie.

Pani Zofia, lat 48 została przyjęta do oddziału pulmonologii w trybie nagłym z powodu silnej duszności o charakterze napadowym. W chwili przyjęcia na oddział kontakt z pacjentką utrudniony ze względu na duszność. Stwierdzono: zwiększenie częstości oddechów do 30 min, uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych, przedłużoną fazę wydechową. Akcja serca miarowa około 110 uderzeń na minutę, temperatura ciała 37,8 o C. Aktualnie duszności utrzymującej się w spoczynku towarzyszy silne uczucie lęku i obawy o własne życie. Podczas oddychania słyszalne są świsty. Pacjentka skarży się na suchy kaszel, który pojawił się wraz z dusznością. Napady duszności o różnym nasileniu występują od około 7 lat, głównie w nocy, zwykle towarzyszy im suchy kaszel. Wspomniane dolegliwości zwykle nasilają się wiosną. Do tej pory leczenie miało charakter doraźny, chora nie pozostawała pod stałą opieka lekarza, jedynie w czasie napadu duszności stosowała leki wziewne. Chora pali papierosy od 30 lat. Mieszka z mężem i dwiema córkami. Z zawodu jest ekonomistką, pracowała w dużym biurze rachunkowym, ale z powodu redukcji etatów została przeniesiona do archiwum. W wywiadzie rodzinnym podaje, że babcia i matka chorowały na astmę oskrzelową.

Mężczyzna w wieku 75 lat przyjęty na oddział pulmonologii z powodu infekcyjnego zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Chory podaje w wywiadzie występujący od kilkunastu dni kaszel z odkrztuszaniem dużej ilości ropnej wydzieliny, gorączka 39 stopni C - 39,5 o C. C oraz nasilającą się duszność początkowo wysiłkową, obecnie także spoczynkową. Występuje brak apetytu, osłabienie, bezsenność. Choroba została zdiagnozowana 15 lat temu. Chory ponad 50 lat pali papierosy. Nie potrafi porzucić nałogu, choć ma świadomość związku palenia papierosów z rozwojem POChP. W wywiadzie stwierdzono ponadto ekspozycję na czynniki szkodliwe w miejscu pracy – chory był górnikiem. Pacjent mieszka z żoną w domu jednorodzinnym, a ich warunki mieszkaniowe są bardzo dobre. W ostatnim roku pacjent był pięciokrotnie hospitalizowany z powodu zaostrzenia choroby. Dotychczas leczony lekami wziewnymi, które zażywa nieregularnie. Pacjent ma trudności z samodzielnym poruszaniem, jest niespokojny, drażliwy, ma obniżony nastrój. Na błonie śluzowej jamy ustnej białawe naloty oraz liczne nadżerki – obraz odpowiadający kandydozie jamy ustnej.

36-letni otyły mężczyzna został skierowany do poradni pulmonologicznej przez lekarza POZ, do którego zgłosił się z powodu głośnego chrapania z długimi przerwami w oddychaniu. Chorego do pójścia do lekarza namówiła żona, która zaobserwowała powyższe objawy, nasilające się po spożyciu alkoholu. Chory skarżył się także na przebudzanie z uczuciem duszności, uczucie zmęczenia, brak energii i senność w ciągu dnia oraz ból głowy, zwłaszcza rano. Dolegliwości te nasiliły się w ciągu ostatniego roku. Wcześniej nie chorował, poza częstymi anginami w dzieciństwie. Leków na stałe nie przyjmuje. Od 16 lat pracuje jako kierowca i kilkakrotnie na krótko zasnął podczas prowadzenia pojazdu. Pali około 20 papierosów na dobę, alkohol pije okazjonalnie 1–2 razy w miesiącu, „zawsze” był otyły, ale w ostatnim czasie utył jeszcze bardziej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono otyłość III° ( BMI), obwód szyi 48 cm, migdałki podniebienne powiększone, bez nalotów, z kryptami po przebytych anginach, ciśnienie tętnicze 160/100 mmHg. W warunkach szpitalnych wykonano badanie poligraficzne – w czasie 8 godzin zapisu nocnego zarejestrowano bezdechy i spłycenia oddychania. Zaburzeniom oddychania towarzyszyło zmniejszenie wysycenia hemoglobiny tlenem, (najmniejsza SaO2 65%). Zarejestrowano nieregularne chrapanie przez większą część nocy.

W.D., kobieta lat 89 ze świeżo rozpoznaną chorobą nowotworową płuc. Pacjentka w przeszłości często chorowała na zapalenia płuc. Pacjentka w 2007 roku przeprowadziła się z Jerozolimy do Nowego Sącza wraz ze swoim mężem oraz najmłodszym synem i jego rodziną. Mieszkają w starej kamienicy, którą rodzina męża straciła podczas II Wojny Światowej i dzięki staraniom odpowiednich służb udało się ją odzyskać. Pomiędzy członkami rodziny panują pozytywne stosunki. Pacjentka orientuje się co do swojego stanu zdrowotnego i przestrzega zaleceń lekarzy. Członkowie rodziny, także mają dobry poziom wiedzy na temat sytuacji zdrowotnej chorej, chętnie angażują się w opiekę. Pacjenta w ciągu trzech ostatnich miesięcy straciła 10% swojej masy ciała. Aktualnie jej BMI wynosi 17,23 kg/m2. Chora uskarża się na częsty, męczący kaszel, a nawet krwioplucie. Czuje się często zmęczona, osłabiona. Ma za sobą kilka incydentów omdleń. Po zastosowaniu chemioterapii uskarża się na nudności, wymioty. Zaobserwowała u siebie także skłonność do wylewów podskórnych i krwawień. Pacjentka samodzielna, choć po zastosowaniu u niej chemioterapii potrzebuje pomocy osób trzecich w codziennych czynnościach takich jak: sprzątanie, gotowanie, pranie itp. Pacjentka pomimo wsparcia rodziny czuje lęk o swój stan zdrowia oraz przebieg leczenia. Pacjentka nosi okulary. Ma także protezę zębową. Chodzi przy pomocy laski. W wolnym czasie dużo czasu spędza na czytaniu książek popularnonaukowych, oglądaniu filmów dokumentalnych, wiadomości. Lubi spędzać czas ze swoimi wnukami. Chętnie dzieli się swoimi dawnymi przeżyciami z innymi. Pacjentka od trzech dni przebywa na oddziale onkologii klinicznej, gdzie została poddana leczeniu chemioterapeutycznemu.

Pacjentka, lat 65, wdowa utrzymująca się z emerytury, mieszka z córką w bloku na 3 piętrze, bez windy. Chora większość część dnia przebywa sama w domu , ponieważ córka pracuje, a duszność wysiłkowa nie pozwala jej na samodzielne opuszczanie mieszkania. W tym czasie pacjentka pozostaje w mieszkaniu, śpi, ogląda telewizję, czyta gazetę, pali papierosy. Rzadko gotuje obiady, w ciągu dnia mało zjada, pije kilka kaw dziennie. Od 10 lat pacjentka jest wdową, mąż zmarł na zawał mięśnia sercowego. Nie może się pogodzić ze śmiercią męża, ma obniżony nastrój, jest smutna, straciła sens życia. Od 10 lat pali ok. 2 paczki dziennie papierosów, jest świadoma konsekwencji wynikających z nałogu, brak jej motywacji do porzucenia palenia papierosów. Chora porusza się samodzielnie bez sprzętu ortopedycznego. Chora ma dobrą pamięć, słuch i wzrok. Pacjentka wychudzona, masa ciała 52 kg, wzrost 170 cm, BMI 18 kg/m², zjada mało, niechętnie, brak apetytu, osłabienie, bezsenność z powodu napadowego nocnego kaszlu. Na błonie śluzowej jamy ustnej widoczne białawe naloty. Córka w miarę możliwości i wolnego czasu spędza z mamą czas i pomaga jej w toalecie całego ciała, jednak chora nie zawsze wykazuje chęci do przestrzegania zasad higieny. Duszność zaostrza się podczas wysiłku fizycznego, oddech jest przyspieszony przez „zasznurowane usta”. Pacjentka przyjmuje nieregularnie leki, szczególnie wziewne. Rodzina odwiedza pacjentkę raz w tygodniu, spędzając z nią kilka godzin w mieszkaniu jej córki.

Studentka – wiek 21 lat – od ośmiu lat chorująca na cukrzycę typu 1, przewlekła palaczka tytoniu, zgłosiła się Poradni Diabetologicznej na kolejną wizytę kontrolną. Kontrolny poziom hemoglobiny glikowanej wynosił 6,7%. Pacjentka stara się przestrzegać diety cukrzycowej. Leczona jest insuliną w roztworze o krótkim czasie działania w trzech iniekcjach na dobę (12j., 8j., 10j.) oraz o godzinie 22.00 insuliną bezszczytową (glargina) w dawce 20j. Studentka zwróciła się do pielęgniarki z zapytaniem czy mogłaby bezpiecznie podróżować ( ma okazję odwiedzić siostrę w USA) biorąc pod uwagę, że jest chora na cukrzycę.

Chora lat 34 leczona z powodu cukrzycy od sześciu lat, z otyłością I stopnia, zgłosiła się do pielęgniarki w Poradni Diabetologicznej. Zwróciła się z pytaniem co ma zrobić aby wprowadzić do leczenia cukrzycy systematyczne ćwiczenia. Pacjentka podejmowała próby wprowadzenia leczenia wysiłkiem fizycznym, ale szybko z tej metody rezygnowała. Kontrolny poziom hemoglobiny glikowanej wynosił 7,1%. Pacjentka stara się przestrzegać diety cukrzycowej. Leczona jest insuliną w roztworze o krótkim czasie działania w trzech iniekcjach na dobę oraz o godzinie 22.00 insuliną bezszczytową.

U 72-letniego mężczyzny cukrzycę typu 2 rozpoznano 10 lat temu. Włączono metforminę i kontynuowano leczenie małymi dawkami insuliny. W wywiadzie odnotowano rozpoznane przed kilku laty nadciśnienie tętnicze, które jest skutecznie kontrolowane lekami. Wartości glikemii mierzone za pomocą glukometru wahały się od 77 do 146 mg/dl (na czczo), a po kolacji 121- 140 mg/dl. Pacjent w ciągu ostatnich 2 lat przytył 9 kg. W badaniu fizykalnym: BMI 29 kg/m2, RR 134/73 mm Hg. W badaniu palpacyjnym : tętno na tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej słabo wyczuwalne. Nie stwierdzono obrzęków. U tego pacjenta stwierdza się także powikłania mikrokrążenia w postaci retinopatii i mikroalbuminurii.

Pacjentka lat 23, studentka ekonomii, zamieszkała w Krakowie. Od roku zaręczona, jej największym marzeniem jest założenie rodziny i posiadanie dzieci. W wywiadzie poliuria, zwiększone pragnienie, ubytek masy ciała około 10 kg przy wzmożonym apetycie. W ostatnim czasie zdarzały się zasłabnięcia, co pacjentka łączy z sesją zaliczeniową i przemęczeniem. Odżywia się nieregularnie, wielokrotnie spożywa jeden duży posiłek na dobę. Stosuje szybkie przekąski, najczęściej batony, popijane coca-colą Nie znajduje czasu na aktywność fizyczną, odczuwa zmęczenie. Na oddziale diabetologicznym przebywa 4 dobę – diagnoza: cukrzyca 1 typu. Pacjentka bardzo zaniepokojona swoim stanem zdrowia, apatyczna, nie przyjmuje odwiedzających, nie chce podejmować samodzielnych działań w zakresie samoopieki. Jest przekonana, że nigdy nie zostanie matką i nie stworzy szczęśliwej rodziny.

Pacjent lat 18, podczas treningu na boisku sportowym nastąpiła utrata przytomności. Z wywiadu ze szkoleniowcem pacjent od kilku tygodni był osłabiony, senny. Matka stwierdziła, że syn znacznie ubył na wadze i pił więcej płynów – wiązała to z faktem intensywnych zajęć sportowych. Pobyt szpitalu zakończył się rozpoznaniem cukrzycy typu1, leczeniem insuliną metodą wielokrotnych wstrzyknięć. Pacjent wystraszony z powodu nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Chory nie ma dziewczyny, pół roku temu stracił ojca, mieszka z matką. Odkąd ojciec zmarł jego relacje z matką znacznie się pogorszyły. Pacjent obawia się o swoją karierę sportową. Nie czuje wsparcia ze strony matki. O pewnego czasu zamyka się w pokoju, nie chce z nikim rozmawiać. Utracił kontakt z przyjaciółmi, odszedł z klubu sportowego.

52-letni mężczyzna sam zgłosił się do poradni, ponieważ uważał, że choruje na cukrzycę. Jego ojciec, dziadek ze strony ojca i czterej wujkowie mieli cukrzycę typu 2. Dwa miesiące przed pierwszą wizytą mężczyzna pożyczył glukometr od ojca i mierzył glikemię na czczo przez pięć kolejnych dni. Poziom glukozy na czczo wynosił 158 mg/dl. Mężczyzna zastosował dietę i schudł ponad 3 kg. Zgłosił się do lekarza, aby potwierdzić rozpoznanie i rozpocząć leczenie cukrzycy. Sześć lat wcześniej miał wykonany test tolerancji glukozy i powiedziano mu, że „ wyniki były na górnej granicy normy”. Poza tym pacjent skarżył się na niewielkie zaburzenia wzwodu. W badaniu fizykalnym: wzrost 185 cm, masa ciała 107 kg, BMI31 kg/m2, RR 148/84 mm Hg. Stwierdzono retinopatię prostą. Wynikibadań laboratoryjnych: HbAlc 7,1%, cholesterol 213, triglicerydy204, HDL-C 43, LDL-C 129 mg/dl. Rozpoznanie cukrzycy typu 2 potwierdza poziom HbA1c wynoszący 8%. Pacjent ma otyłość i dyslipidemię, a wartości ciśnienia tętniczego przekraczają granice normy. Rozpoczęto leczenie metforminą w dawce 1,0 g dwa razy dziennie.

Pacjent J. K., lat 60, żonaty, dializowany od 3 lat z powodu schyłkowej niewydolności nerek, zgłosił się do Oddziału Hemodializ w celu poddania się planowanemu zabiegowi hemodializy. Waga przed zabiegiem hemodializy 67 kg (przy ustalonej przez lekarza wadze suchej 63 kg), ciśnienie tętnicze krwi przed zabiegiem 180/110 mmHg. Chory jest niezdyscyplinowany, nie przestrzega ograniczenia ilości wypijanych płynów. Trudności w dostępie do naczynia żylnego (pacjent ma wytworzoną przetokę AV na lewym przedramieniu) są powodem opóźnienia w rozpoczęciu zabiegu hemodializy. Z kolei trudności z wkłuciem i związany z tym ból wywołują niepokój u pacjenta, strach przed powtórnym nakłuwaniem naczynia i zabiegiem. Pacjent jest osłabiony, zgłasza złe samopoczucie, uczucie duszności, na kończynach dolnych widoczne obrzęki. Z dokumentacji poprzednich zabiegów hemodializy wynika, iż w trakcie sesji dializacyjnej, kiedy chory ulega stopniowemu odwodnieniu, zdarzają się spadki ciśnienia tętniczego krwi oraz kurcze mięśni nóg.

Pacjent lat 65, żonaty, wielokrotnie hospitalizowany, przyjęty do szpitala do oddziału dializ otrzewnowych z powodu przewodnienia, uogólnionych obrzęków, wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi. Chory leczony jest nerkozastępczo metodą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (CADO), która stosowana jest od ponad roku, po rozpoznaniu u pacjenta schyłkowej niewydolności nerek. Chory samodzielny w zakresie czynności dnia codziennego. W ciągu doby wypija około 1600 ml na dobę, za dużo w stosunku do bilansu płynów i występujących obrzęków. Ciśnienie tętnicze 200/120 mmHg, tętno miarowe, dobrze wyczuwalne, około 68 uderzeń na minutę. Oddech lekko przyspieszony, słyszalny 22 na minutę, temperatura ciała prawidłowa. Stan higieniczny skóry prawidłowy. Skóra dobrze napięta, wilgotna, bladoróżowa, bez sinicy, w okolicy podudzi błyszcząca, zaczerwieniona z powodu ciągle występujących obrzęków. Pacjent otyły w znacznym stopniu, przy wzroście 175 cm waży 115 kg, BMI 37,5 kg/m2. Pacjent oddaje mocz barwy jasnosłomkowej, w ilości ok. 500 ml na dobę. Stan świadomości pełny. Pacjent ma trudności z akceptacją zaistniałej sytuacji zdrowotnej wynikającej z konieczności dializoterapii oraz ograniczenia i utrudnienia funkcjonowania w dotychczasowym środowisku. U pacjenta pojawiają się problemy emocjonalne, wzrost napięcia nerwowego, niepokój, rozdrażnienie, jest negatywnie nastawiony do leczenia, niezdyscyplinowany, nie stosuje się do zaleceń lekarza. To żona wykonuje większość czynności związanych z prowadzeniem dializy. Pamięta o podgrzaniu płynu, często podłącza chorego do dializy, mierzy objętość dializatu, prowadzi dokumentację, kontroluje ciśnienie krwi i waży pacjenta. Po roku prowadzonej dializoterapii za pomocą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej wyniki dalej nie zadawalające: mocznik 22,5mmol/l; kreatynina 843µmol/l. Choremu zaproponowano zmianę formy leczenia nerkozastępczego na hemodializę. Chory odmówił. Aktualne zalecenia dla pacjenta to redukcja masy ciała, ograniczenie płynów do 1000 ml/dobę, dieta z ograniczeniem soli kuchennej oraz podaż białka w ilości 1,2g/kg m.c.

Pacjent J. K., lat 62 w okresie schyłkowej niewydolności nerek został przyjęty do oddziału Dializ Otrzewnowych celem przygotowania pacjenta do dializoterapii metodą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej. Pacjent obecnie jest w trzeciej dobie po zabiegu wszczepienia cewnika do dializy otrzewnowej. Stan pacjenta jest stabilny, podstawowe parametry w normie, brak dolegliwości bólowych. Pacjent w dniu dzisiejszym rozpoczyna szkolenie przygotowujące go do samodzielnego prowadzenia dializ w domu. Pacjent mieszka z żoną w dwupokojowym mieszkaniu w bloku mieszkalnym. Żona jest zaangażowana w proces leczenia i pielęgnacji męża, wykazuje chęć uczestniczenia w programie szkoleniowym. Pacjent jest pozytywnie nastawiony do zaistniałej sytuacji, wykazuje zainteresowanie czekającym go szkoleniem.

Pacjent J. K., lat 70, żonaty, dializowany od 10 lat z powodu schyłkowej niewydolności nerek, zgłosił się do Oddziału Hemodializ w celu poddania się planowanemu zabiegowi hemodializy. Waga przed zabiegiem hemodializy 70 kg (przy ustalonej przez lekarza wadze suchej 65 kg), ciśnienie tętnicze krwi przed zabiegiem 170/100 mmHg. Chory jest niezdyscyplinowany, nie przestrzega ograniczenia ilości wypijanych płynów. Pacjent jest osłabiony, zgłasza złe samopoczucie, uczucie duszności, na kończynach dolnych widoczne obrzęki. Z dokumentacji poprzednich zabiegów hemodializy wynika, iż w trakcie sesji dializacyjnej, kiedy chory ulega stopniowemu odwodnieniu, zdarzają się spadki ciśnienia tętniczego krwi oraz kurcze mięśni nóg. Pacjent jest dializowany za pomocą cewnika permanentnego.

Pacjent lat 72, żonaty, wielokrotnie hospitalizowany, przyjęty do szpitala z powodu przewodnienia, uogólnionych obrzęków, wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi. Chory leczony jest nerkozastępczo metodą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (CADO), która stosowana jest od ponad roku, po rozpoznaniu u pacjenta schyłkowej niewydolności nerek. Chory samodzielny w zakresie czynności dnia codziennego. W ciągu doby wypija około 2000 ml na dobę, za dużo w stosunku do bilansu płynów i występujących obrzęków. Ciśnienie tętnicze 200/120 mmHg, tętno miarowe, dobrze wyczuwalne, około 68 uderzeń na minutę. Oddech lekko przyspieszony, słyszalny 22 na minutę. Skóra dobrze napięta, wilgotna, w okolicy podudzi błyszcząca, zaczerwieniona z powodu występujących znacznych obrzęków. Pacjent oddaje mocz barwy jasnosłomkowej, w ilości ok. 500 ml na dobę. Dobowa ultrafiltracja dializy wynosi 500 ml przy zastosowanym schemacie leczenia 4x2000 ml płynu o stężeniu 1,5%. Aktualne zalecenia dla pacjenta to przede wszystkim ograniczenie płynów do 1000 ml/dobę oraz dieta z ograniczeniem soli kuchennej.

Pacjentka J.J lat 58 została przyjęty do Kliniki Chorób Wewnętrznych z postawioną diagnozą lekarską: Niedokrwistość. Choroba alkoholowa. Objawy występujące przy przyjęciu: duszności, osłabienia, zmęczenia, bladość powłok skórnych. Pacjentka podaje, że nie piję alkoholu od 5 lat. RR przy przyjęciu 70/40 mmHg słabo wyczuwalne. Tętno 54 uderzeń na minutę. Nie stwierdzono odchyleń w badaniu neurologicznym. W trakcie hospitalizacji wykonano badania dodatkowe laboratoryjne i obrazowe celem ustalenia przyczyny niedokrwistości oraz złego samopoczucia pacjentki. W morfologii krwi obserwowano anemię, leukopenię. Pacjentka w kontakcie, ale bardzo osłabiona. Poddenerwowana swoją sytuacją, zaniepokojona o swój stan zdrowia. Chwilami niespokojna. Pretensjonalna. Kobieta od ponad 20 lat jest wdową. Ma jednego syna, który nie interesuje się matką. Od dłuższego czasu nie maja kontaktu. Mieszka sama w małym mieszkaniu. Utrzymuje się z zasiłku i renty. Podejmuje dodatkowo pracę, jako pomoc domowa. Po wykonanych badań, zlecono przetoczenie 2 j KKCz.

Pacjent W.K lat 47, w godzinach rannych trafił na oddział internistyczny z powodu nagłego postępującego osłabienia, u mężczyzny występuje duszność wysiłkowa, powłoki skórne bladoszare z cechami zażółcenia. Chory skarży się na nudności i zaparcia. Występuje stan zapalny w obrębie błony śluzowej jamy ustnej oraz utrata poczucia smaku. Chory skarży się na uczucie drętwienia kończyn, niestabilność chodu i utratę czucia wibracji i pozycji kończyn. Po wykonaniu badań laboratoryjnych i diagnostycznych postawiono diagnozę: Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12. Pacjenta zatrzymano na oddziale w celu wdrożenia leczenia. Pan W.K. w nastroju wyrównanym. Chętnie współpracuje z zespołem terapeutycznym. Chory jest mężem i ojcem trójki dzieci. Pracuje, jako przedstawiciel farmaceutyczny. Ma bardzo dobry kontakt z rodziną, która w każdej chwili wspiera pacjenta i jest zainteresowana jego stanem zdrowia.

Zdrowy 53 – letni mężczyzna zgłosił się do lekarza z powodu narastającego od 4-5 miesięcy osłabienia. Gimnastykuje się codziennie i ostatnio zauważył „ krótki oddech” podczas porannego biegania. Nigdy nie miał duszności, napadowego bezdechu nocnego lub obrzęków wokół kostek. Czasami z powodu bólów stawów zażywał ibuprofen, kupowany bez recepty. Nie ma zaburzeń jelitowych, smolistych stolców ani śladów świeżej krwi z odbytu. Odczuwa bóle brzucha po lewej stronie, bez wyraźnego umiejscowienia, niezależnie od spożywanego pokarmu. Nie ma gorączki, dreszczów, nudności czy wymiotów. Jego masa ciała uległa zmniejszeniu, ponieważ przestrzegał diety stosowanej w tym celu i uprawiał ćwiczenia fizyczne. W badaniu fizykalnym: masa ciała: 93 kg., brak gorączki. Nieco blade spojówki, skóra i dłonie. Nie stwierdzono powiększenia węzłów chłonnych. Brak zmian osłuchowych nad klatką piersiową. Układ krążenia i akcja serca miarowa. Słyszalny szmer skurczowy. Brzuch miękki, niebolesny bez powiększenia wątroby lub śledziony. Perystaltyka słyszalna. Stężenie hemoglobiny 8,2 g/dl. U pacjenta stwierdzono: niedokrwistość z niedoboru żelaza, jako wynik przewlekłej utraty krwi. Pacjent jest osobą samotną. Twierdzi, że nie ma rodziny. Mieszka sam w mieszkaniu, pracuje, jako dyrektor korporacji w dużym mieście.

Pacjentka lat 32. Rok temu rozpoznano u Niej nieziarniczechłoniaki złośliwe. Pacjentka pozostaje pod stałą kontrolą specjalistów. Od paru dni ( po zastosowanej chemioterapii) pacjentka czuje się osłabiona, znużona, traci na masie ciała – występują nudności i wymioty. Z powodu niepokojących objawów pacjentka zgłosiła się do SORu. W badaniu fizykalnym stwierdzono gorączkę do 38,30C, częstość oddechów wynosiła 25/min., ciśnienie tętnicze krwi było prawidłowe. Wykazano niewielką tachykardię, 100/min. Chora jest Świadkiem Jehowy, na oddział przyjechała z mężem. Jest osobą bezdzietną.

76 letni mężczyzna cierpiący od dłuższego czasu na zaparcia, został przyjęty do oddziału chirurgicznego z silnymi bólami brzucha, wzdęciami, wymiotami, brakiem możliwości wypróżnienia. Badania potwierdziły niedrożność mechaniczną jelit. Chorego operowano w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono nowotwór jelita grubego. Wyłoniono kolostomię definitywną.

68- letnia kobieta operowana przed 20 laty z powodu nowotworu jelita grubego. Zabieg zakończył się wyłonieniem kolostomii. Od czasu wyłonienia stomii chora przytyła 15 kilogramów. U chorej występuje przepuklina okołostomijna znacznych rozmiarów z tendencja do powiększania się, która utrudnia chorej zaopatrzenie stomii. Stomia ma wygląd stomii wklęsłej.

Pacjent lat 72 operowany z powodu raka pęcherza moczowego. Zabieg zakończył się wyłonieniem na stałe urostomii. W czasie hospitalizacji zaopatrzenie urostomii wykonywał personel oddziału szpitalnego. Po wypisie chory samodzielnie zaopatrywał urostomię. Po pewnym czasie wystąpiły u chorego objawy skórne w postaci: rumienia na skórze wokół stomii, nadżerek prowadzących do utraty naskórka aż do głębokich owrzodzeń z towarzyszącym pieczeniem i bólem okolicy stomii.

Do oddziału chirurgicznego zgłosiła się 66 letnia chora z owrzodzeniem podudzia prawegow okolicy kostki przyśrodkowej lewej. Owrzodzenie o rozmiarach 3,5 do 5,5 cm, płaskie, kształtu owalnego o nieregularnych brzegach z niewielką ilością wysięku przypominającego osocze. Zmiana trwa około 6 tygodni. Rana ma tendencje do powiększania się. Towarzyszy jej ból i swędzenie Na kończynach dolnych widoczne żylaki. W przeszłości chora wykonywała zawód ekspedientki. Dotychczas leczyła owrzodzenie przy użyciu maści Alantan.

U 56 letniego mężczyzny z otyłością dużego stopnia (BMI-62), występuje czynne owrzodzenie żylne goleni prawej w przebiegu przewlekłej niewydolności żylnej. Owrzodzenie zlokalizowane jest w okolicy kostki przyśrodkowej, ma kształt owalny o nieregularnych kształtach, płaskie, pokryte włóknikiem. Z rany wydobywa się duża ilość wysięku żółtoróżowego. Skóra wokół rany wilgotna, zmacerowana przez wysięk. Wokół rany widoczne zmiany naczyniowe w postaci żylaków, obrzęków, przebarwień, swędzącego wyprysku. Chory odczuwa ból. Ma ogromne trudności z poruszaniem się z powodu otyłości. Nie ma możliwości samodzielnego wykonywania opatrunków. Z chorób współistniejących występuje cukrzyca leczona insuliną, niewydolność krążenia, choroba nadciśnieniowa, niewydolność nerek, bezdech nocny. Chory nie akceptuje ograniczeń dietetycznych.

Pacjentka (60 lat) z żylakami w obrębie żyły odpiszczelowej kończyny dolnej lewej. Badaniem USG,duplex- Dopler stwierdzono refluks w ujściu żyły odpiszczelowej do żyły udowej. Chora nie zgodziła się na proponowany zabieg operacyjny. Zleconą kompresjoterapię źle tolerowała,w efekcie stosowała ją sporadycznie. Leki flebotropowe stosowała niesystematycznie. Chora zauważyła zaczerwienienie i stwardnienie żylaka na kończynie dolnej lewej oraz zaczęła odczuwać bóli rozpieranie w łydce. Zaniepokojona tym faktem udała się do lekarza rodzinnego.

Pan K. J lat 58 w 5 dobie po zabiegu wyłonienia kolostomii z powodu raka. Chory po radioterapii, która przebiegała bez powikłań z dobrym rokowaniem onkologicznym.

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, kontakt łatwy do nawiązania. Chory nie odczuwa bólu. Przebieg okresu okołooperacyjnego bez powikłań. Pacjent ma trudności z zaakceptowaniem wyłonionej kolostomii. Kolostomia żywotna, wklęsła, chory oddaje stolec papkowaty. Pacjent posiłki zjada niechętnie, przyjmuje mała ilość płynów. Pacjent nie uczestniczy w opróżnianiu ani wymianie sprzetustomijnego. Nie wykazuje zainteresowania samoopieką twierdząc, że będzie to wykonywać pielęgniarka z ośrodka. Chorego odwiedza żona oraz dorosły syn.

Pan K. J. pracuje na stanowisku biurowym w dużej firmie. Mieszka z żoną, warunki mieszkaniowe dobre.

Pacjent J.N. lat 72 został przyjęty do oddziału kardiologii inwazyjnej z powodu silnego bólu zamostkowego o charakterze wieńcowym oraz objawów ostrej lewokomorowej niewydolności serca. U pacjenta podejrzewany jest zawał mięśnia sercowego. Pacjent od 15 lat ma zdiagnozowaną cukrzycę typu II oraz pali papierosy (ok. 20 papierosów dziennie). Chory w stanie ogólnym ciężkim, widoczna silna duszność spoczynkowa – chory wykorzystuje dodatkowe mięśnie oddechowe. Okresowo kaszle i odpluwa wydzielinę podbarwioną na kolor różowy. Chory najbardziej komfortowo czuje się w pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami. Kontakt słowny utrudniony, mowa powolna – chory momentami splątany. Do tej pory samodzielny w zakresie czynności życia codziennego, od momentu hospitalizacji chory ma zakaz opuszczania łóżka. Zabarwienie powłok skórnych szare, skóra słabo napięta, chory mocno spocony. Stopień nasilenia bólu w klatce piersiowej w momencie przyjęcia oceniono w skali VAS: 8 pkt. Parametry życiowe - BP: 85/55mmHg, HR: 152/min, temp.: 37,2 oC. Chory splątany, zdenerwowany oraz odczuwa silny niepokój co do swojej przyszłości – boi się śmierci. U chorego wykonano EKG, pobrano krew na badania laboratoryjne oraz przygotowano do inwazyjnej diagnostyki oraz leczenia zawału serca metodą przezskórną.

Pacjentka K.W. lat 52 została przyjęta do oddziału kardiologii inwazyjnej w trybie pilnym po nagłym zatrzymaniu krążenia oraz skutecznej reanimacji. Jako przyczynę zatrzymania krążenia lekarz ZRM podał migotanie komór, poprzedzone napadowym częstoskurczem komorowym. Zaburzenia rytmu serca zostały udokumentowane na wydruku z defibrylatora. W wywiadzie kilkakrotne epizody częstoskurczu komorowego (najpewniej na tle niedokrwiennym) oraz zawał ściany przedniej mięśnia sercowego w 2005 roku powikłany zatrzymaniem krążenia w mechanizmie migotania komór – dostępna pełna dokumentacja oraz zapisy elektrokardiograficzne z tej hospitalizacji oraz wynik badania EKG metodą Holtera, zawierający epizody napadowego częstoskurczu pochodzenia komorowego. U pacjentki zdiagnozowano także cukrzycę typu II (2011), nadciśnienie tętnicze krwi (2001) oraz niewydolność serca w klasie NYHA III/IV (2011). Chora w stanie ogólnym ciężkim, jest przytomna, oddycha samodzielnie – widoczna silna duszność spoczynkowa. Zabarwienie powłok skórnych szare, widoczne zasinienie wokół ust, nawrót kapilarny > 2s, chora mocno spocona. Parametry życiowe - BP: 85/55mmHg, HR: 152/min, temp.: 37,2 0C, oddech: 29/min, SAT: 90%. Chora zgłasza ból w okolicy mostka, nasilający się przy ruchu i ucisku – oceniony w skali VAS na 9 pkt. Dodatkowo – BMI: 31,2. Kontakt słowny utrudniony, mowa powolna – chora momentami splątana. Do tej pory samodzielna w zakresie czynności życia codziennego, wymaga opieki osób trzecich podczas czynności wymagających większego wysiłku (np. zakupy, sprzątanie). Pacjentka mieszka sama w mieszkaniu na trzecim piętrze bloku osiedlowego. Od momentu hospitalizacji ma zakaz opuszczania łóżka. Chora zdenerwowana, odczuwa silny niepokój co do swojej przyszłości – boi się utraty samodzielności oraz śmierci.

Pacjent J.W. lat 64 został przyjęty do oddziału kardiologii inwazyjnej w trybie pilnym z rozpoznaniem STEMI ściany dolnej. Chory w stanie ogólnym ciężkim, jest przytomny, oddycha samodzielnie – widoczna silna duszność spoczynkowa. Zabarwienie powłok skórnych szare, widoczne zasinienie wokół ust, nawrót kapilarny > 2s, chory mocno spocony. Parametry życiowe - BP: 95/60mmHg, HR: 34/min, temp.: 37,1 0C, oddech: 29/min, SAT: 90%. Chory podaje silny ból zamostkowy, niezależny od ruchu i ucisku – oceniony w skali VAS na 8 pkt. BMI: 32,4. Przy przyjęciu w zapisie EKG widoczne cechy bloku przedsionkowo – komorowego IIIo . Po sprawnym wdrożeniu procedur przyjęcia pacjenta wykonano koronarografię z dostępu przez tętnicę udową, w której stwierdzono zmiany przyścienne w lewej tętnicy wieńcowej oraz zamkniętą prawą tętnicę wieńcową w odcinku początkowym (brak unaczynienia układu bodźcotwórczo – przewodzącego). Jednoczasowo wykonano angioplastykę z implantacją stentu powlekanego substancją antymitotyczną (DES) oraz podano leki zgodnie z rekomendacjami leczenia zawału serca oraz lek z grupy inhibitorów glikoproteiny (blokeryIIb/IIIa). Chory po zabiegu niestabilny hemodynamicznie, parametry: BP: 96/54 mmHg, HR: 36/min, SAT: 92%. Po wykonaniu angioplastyki nie stwierdzono powrotu rytmu zatokowego. Chory nie posiada przy sobie żadnej dokumentacji, pamięta że choruje na nadciśnienie tętnicze krwi (1998) oraz że przyjmuje codziennie leki, ale pamięta tylko kilka: Acard 75mg 1-0-0, Amlopin 5mg 1-0-1, Sortis 40mg 0-0-1. Pozostałych leków chory nie pamięta. Skóra palców oraz paznokcie I, II i III palca prawej dłoni mocno zażółcone, z ciemnymi pasmami przy brzegach paznokci. Kontakt słowny utrudniony, mowa powolna. Do tej pory samodzielny w zakresie czynności życia codziennego. Pacjent mieszka z żoną w domu na wsi. Od momentu hospitalizacji ma zakaz opuszczania łóżka. Chory zdenerwowany, odczuwa silny niepokój co do swojej przyszłości – boi się utraty samodzielności oraz śmierci.

Pan W.K. lat 40 przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii z rozpoznaniem wstrząsu hipowolemicznego ( upadek z wysokości powyżej 3 metrów). Pacjent w stanie ogólnym ciężkim, niespokojny, zlany zimnym potem, kończyny zimne, tętno przyśpieszone powyżej 100u/min. Pacjent niespokojny występuje niepokój o swoje zdrowie, lokalizuje ból w nadbrzuszu po lewej stronie. Pacjent wymaga prowadzenia karty ścisłej obserwacji, prowadzenia diurezy godzinowej. Zabarwienie powłok skórnych-blade oraz sine, zimne.Diureza godzinowa 60 ml/godz. Pan W.K.- ma lęk i obawy w związku z wystąpieniem dolegliwości bólowych, obawy o swój obecny stan oraz obawa o przebieg zabiegu operacyjnego. Pan W.K. jest pracownikiem firmy budowlanej obecnie pracujący na delegacji jest jedynym żywicielem rodziny ,żona nie pracuje zajmuje się dziećmi w wieku 2 lat i 4.

Pan Z.B. lat 56- przyjęty na Oddział Intensywnej Terapii z rozpoznaniem Ostrej Niewydolności Oddechowej (Konieczność zastosowania okresowo wentylacji mechanicznej).Pacjent w stanie ogólnym ciężkim, z dusznością znaczny wysiłek oddechowy ,niepokój psycho-ruchowy, pobudzony. Pomimo zastosowania tlenoterapii przepływ tlenu 6 l/min nie uzyskano poprawy w SaO2 (saturacja 90%). Pan Z.B. choruje od 10 lat na POCHP obecnie zaostrzenie choroby spowodowane infekcją dróg oddechowych. Pacjent niespokojny, znaczna duszność spoczynkowa. Zabarwienie powłok skórnych –skóra szara, sinica wokół ust. Nastrój chorego niespokojny, pobudzony znaczny lek o swoje zdrowie. Pan Z.B. obecnie jest rencistą mieszka z żoną obawia się czy o swój stan zdrowia oraz o dalsze życie sprawność fizyczną możliwość dalszego funkcjonowania w domu. Chętnie zajmował się pracami ogrodniczymi uprawa warzyw i drzew owocowych.

Pacjent J.K. wiek 32 lata przyjęty do Oddziału Intensywnej Terapii po zatruciu lekami psychotropowymi /próba samobójcza/,nieprzytomny w skali GCS 8 punktów nie przytomny wymagający podłączenia do respiratora, oddech wspomagany, parametry krążeniowe RR 100/60 ,tętno 94 uderzenia na minutę, saturacja 94%, duże zaleganie w drzewie oskrzelowym. Reaguje na bodźce: bólowy, odsysanie z dróg oddechowych. Prowadzona diureza dobowa 4000ml, karmiony przez zgłębnik 200ml Nutrison co 4 godziny. Założone wkłucie centralne , stan skóry bez zmian patologicznych, temperatura ciała 36,9 stopni. Kategorii opieki pielęgniarskiej IV stopień.

Pacjentka W. M., wiek 92 lata przyjęta do Oddziału Intensywnej Terapii po zatrzymaniu krążenia, po reanimacji. Utrzymywana w sedacji Midanium 2ml/godz. Zachowana reakcja na bodziec bólowy i odsysania z dróg oddechowych. Diureza wspomagana Furosemid /20 mg 3xdz/. Obecnie na dobę 2000 ml moczu. Karmiona przez zgłębnik 200 ml. Dieta przemysłowa Diason/ 5x na dziennie oraz 50 ml 10 % glukozy/.Założone wkłucie centralne, stan skóry bez zmian patologicznych. Temperatura ciała 37 o C. Kategoria opieki IV.

Pacjent W.T. wiek 40 lat przyjęty z powodu infekcji dróg oddechowych i pogłębiającym deficytem oddechowym, oraz ostrą niewydolnością oddechową znaczny deficyt w zakresie budowy ciała od urodzenia zniekształcenie górnej połowy ciała, klatka piersiowa zniekształcona, skrzywienie boczne kręgosłupa ponad 50%, brak kończyn górnych. Obecnie zaintubowany podłączony do respiratora na oddechu wspomaganym utrzymywany w sedacji. Duże zaleganie w drzewie oskrzelowym, diureza prawidłowa, karmiony przez zgłębnik. Dieta przemysłowa Nutrison 250 ml 5xna dziennie. Temperatura ciała 37,8 o C. Kategoria opieki IV.

Na oddziale pediatrycznym u trojga pacjentów leczonych z powodu infekcji układu oddechowego w czwartej oraz szóstej dobie pobytu wystąpiły następujące objawy: podwyższona temperatura w granicach 38,3° C- 39,5° C, brak apetytu, luźne stolce w ilości 5-8/dobę, jedno dziecko dodatkowo wymiotuje. Stolce z domieszką śluzu. W trakcie oddawania stolca dzieci płaczą co sugeruje ból brzuszka. Dwoje dzieci rozdrażnione, płaczliwe. U jednego z dzieci (2mc-e) widoczne zapadnięte ciemiączko, nieelastyczna skóra - ujęta w dwa palce i puszczona nie wraca natychmiast na swoje miejsce. Suche wargi, język i błona śluzowa jamy ustnej. Dziecko apatyczne. Wszystkie dzieci w wieku niemowlęcym karmione mlekiem matki. Z powodu odwodnienia u dwu pacjentów włączono dożylne nawadnianie. Matki dzieci mocno zaniepokojone zaistniałą sytuacją. Jedna z mam reaguje agresją słowną w stosunku do personelu.

Pacjent 35 letni przyjęty do szpitala z powodu występującej od trzech dni biegunki- oddaje po kilka płynnych stolców dziennie. Stolce o barwie zielonkawej, mocno cuchnące z domieszką krwi. Jednocześnie pacjent uskarża się na skurczowe bóle brzucha. Z wywiadu uzyskanego od pacjenta wiadomo, iż wprowadził ścisłą dietę- pije tylko wodę w małych ilościach. Skóra sucha, język i śluzówki jamy ustnej suche, usta spierzchnięte. Pacjent ma podwyższoną temperaturę ok. 38-38,5°C. W wywiadzie Pacjent podaje, iż 2 tygodnie wstecz zakończył leczenie antybiotykiem Dalacin C (Clindamycinum) z powodu usunięcia zęba powiązanego z ropniem okołozębowym. Wykonane badania biochemiczne wskazują na odwodnienie. W wykonanej morfologi krwi stwierdzono leukocytozę. W badaniach serologicznych wykazano obecność toksyn oraz antygenu Clostridium difficile. W otoczeniu domowym z chorym przebywała żona oraz dwoje dzieci w wieku 10 i 12 lat. Żona pacjenta zaniepokojona jego stanem zdrowia oraz ryzykiem przeniesienia zakażenia na dzieci.

Na oddział gruźlicy i chorób płuc przyjęto pacjenta w wieku 55 lat z utrzymującym się kaszlem- obecnie wilgotny z odksztuszaniem plwociny (w wywiadzie od dwóch miesięcy kaszel suchy, od tygodnia wilgotny, produktywny). Kaszel stopniowo się nasila. Pacjent osłabiony, zgłasza łatwą męczliwość, senność, temperatura lekko podwyższona. W okresie ostatnich trzech miesięcy zauważył nieuzasadniony spadek wagi (około 6 kg), nocne poty, bóle w klatce piersiowej. W badaniu fizykalnym stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych. Na podstawie stwierdzonych w badaniu objawów lekarz zlecił RTG płuc, badanie mikrobiologiczne plwociny wraz z rozmazem w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy oraz T spot TB. Pacjent wykazuje duży niepokój związany z koniecznością pozostania w szpitalu oraz możliwością zakażenia pozostałych członków rodziny wspólnie z nim zamieszkujących.

Na oddziale pediatrycznym przebywa dziecko lat 6 z rozpoznaniem: Nawracające zapalenia dolnych dróg oddechowych. W 5 dobie pobytu na skórze głowy oraz tułowia matka zaobserwowała pojawienie się wysypki pęcherzykowej. Dziecko niespokojne, rozdrażnione, rozdrapuje swędzące krosty. Temperatura ciała dziecka podwyższona w granicach 38.3- 39,2o C. Lekarz rozpoznał ospę wietrzną. Na sali z dzieckiem przebywało jeszcze dwoje dzieci. Rodzice pozostałych pacjentów zaniepokojeni ryzykiem przeniesienia zakażenia na ich dzieci.

Została Pani powołana na stanowisko dyrektora nowo uruchamianej niepublicznej placówki ochrony zdrowia: NZOZ Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczo – Rehabilitacyjny „Zorza”. Jednostka ma podjąć działalność natychmiast po zakupie sprzętu i wyposażenia. Stan obecny – to budynek specjalnie zaprojektowany do prowadzenia wskazanej działalności, jest wykończony i oddany do użytku.

Pielęgniarka naczelna zakładu opieki zdrowotnej przyjmuje do pracy nową pielęgniarkę - absolwentkę studiów licencjackich sprzed dwóch lat. Kandydatka dotychczas nie podejmowała pracy, zatem będzie to pierwsze jej zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki. Obecnie w zakładzie wolny jest etat na stanowisku pielęgniarki w oddziale internistycznym, jednak preferencje kandydatki dotyczą zatrudnienia w oddziale chirurgicznym.

Pierwsze siniaki pojawiły się u Adama, gdy miał 9 miesięcy. Po wstępnej diagnozie w szpitalu powiatowym odesłano dziecko do Kliniki Hematologii, gdzie postawiono diagnozę – ciężka postać hemofili A. Gdy Adam miał 2 lata, zdiagnozowano u niego inhibitor. Podawany po wylewach czynnik VIII przestał działać. Lekarze zaproponowali rodzicom wejście do programu wywoływania immunotolerancji. W związku z tym założono dziecku vascuport, przez który w czasie 3 lat codziennie podawano 1500 jednostek VIII czynnika krzepnięcia. Rodzice stopniowo opanowali umiejętność pielęgnacji i podawania czynnika przez vascuport, tak, że po roku terapii uzyskali zgodę od lekarza na samodzielne podawanie czynnika. Po tym czasie przeciwciała spadły i utrzymywały się na niskim poziomie, lekarze zalecili więc, by stopniowo zmniejszać ilość podań - z siedmiu do sześciu w tygodniu, potem do pięciu, czterech, trzech. Zmniejszono też ilość jednostek czynnika. Dopiero po roku poziom inhibitora spadł poniżej 0,5 j.B (Bethesda). Immunotolerancja się udała, choć wszystko trwało kilka lat. Adam ma pewne ograniczenia: nie gra w piłkę nożną, nie jeździ na rolkach, ale w domu ma hantle, chodzi też na basen. Gra w szachy - był mistrzem Polski młodzików, jest w kadrze wojewódzkiej, ma stypendium sportowe z urzędu miasta. Chętnie uczestniczy w konkursach matematyczno-przyrodniczych, na których odnosi sukcesy.

K.J- pielęgniarka z 24 letnim stażem pracy, od 4 lat pracująca na oddziale pediatrycznym. Pielęgniarka podczas zakładania wkłucia obwodowego na prawym przedramieniu, u 7 letniej dziewczynki nie zdezynfekowała miejsca wkłucia. Fakt ten zaobserwowała matka dziewczynki. W drugiej dobie od założenia wkłucia, w obrębie założonego wkłucia u dziewczynki zaobserwowano cechy stanu zapalnego: miejscowe ocieplenie, zaczerwienienie, obrzęk, ból. Wkłucie obwodowe usunięto. Matka dziecka podjęła czynności prawne w zakresie odpowiedzialności zawodowej w stosunku do pielęgniarki zakładającej wkłucie.

Pan Paweł P. lat 43, choruje na schizofrenię paranoidalną od 20 lat. Nie pracuje. Pozostaje na rencie. Wielokrotnie hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym, remisje między zaostrzeniami choroby często spowodowane są rezygnacją z przyjmowania leków p/psychotycznych. Ambulatoryjnie leczony Decaldolem depot podawanym co 3 tygodnie w dawce 50mg. Obecnie przyjęty do szpitala z objawami pobudzenia psychicznego i ruchowego, z niepokojem, pobudzeniem, podnieceniem ruchowym i agresywnością. W oddziale zastosowano Haloperidol 3xdz. 1 amp. czyli 5mg. oraz leki uspokajające i normotymiki. Po zastosowaniu leczenia pacjent doświadczył ostrych dyskinez w postaci napadowych, połączonych z usztywnieniem i ruchami mimowolnymi skurczami szyi, języka, krtani – którym towarzyszy lęk i dolegliwości bólowe. Zastosowano Pridinol 3x1 tbl. Pacjent zaniedbuje wygląd, nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w ciągu dnia ( ma problemy z ubieraniem się, komunikacją z innymi pacjentami itp.). Wydaje się konieczna kontynuacja leczenia po opuszczeniu szpitala w oddziale dziennym lub Środowiskowym Domu Samopomocy w celu rehabilitacji późnej i treningów umiejętności społecznych.

Chłopiec, 8 lat z ostrą białaczką limfoblastyczną. Przyjęty na oddział w trybie nagłym z powodu utrzymującego się od kilku dni stanu podgorączkowego. Pacjent przytomny, w średnim stanie zdrowia w logicznym kontakcie słownym, w nastroju obniżonym niechętnie nawiązuje kontakt z innymi dziećmi jak również z personelem medycznym. Dziecko wymaga częściowej pomocy w czynnościach dnia codziennego w związku z osłabieniem i szybką męczliwością. Matka zauważyła, iż chłopiec jest osłabiony, niechętny do zabawy, apatyczny, nie miał apetytu, mówił, że boli go noga. Chłopiec na kolejnym etapie chemioterapii. 5 dni temu zakończył leczenie w związku z zapaleniem dróg oddechowych. Ma założony centralny dostęp żylny. Dziecko skarży się na nudności będące efektem ubocznym chemioterapii, niechętnie spożywa posiłki. Powłoki skórne zabarwione na różowo, suche, dobrze ocieplone, na kończynach dolnych widoczne sińce i krwiaki podskórne, na prawej kończynie dolnej w obrębie kolana widoczny obrzęk. Tkanka podskórna dobrze rozwinięta. Parametry życiowe: CTK 105 /60 mmHg, tętno 78/min, temp 37,9 C. W czasie dyżuru pacjent nie oddał stolca. Mocz oddaje do kaczki w związku z prowadzonym bilansem płynów, oddał 700 ml moczu barwy słomkowej. Leki podawano zgodnie z indywidualna karta zleceń. Do badań i leczenia wdrożony.

Pacjentka KM w wieku 48 lat, od 12 lat choruje na stwardnienie rozsiane. Podstawowe parametry życiowe: ciśnienie (155/80 mmHg), tętno (80 u/min) i temperatura (36,8) i 16 oddechów/min. W ciągu ostatnich dni występują zaburzenia, w postaci nietrzymania moczu napadowych bólów głowy oraz krztuszenie się podczas jedzenia zwłaszcza szybkiego. Od roku stosuje dietę bogatą w wielonienasyceniowe kwasy tłuszczowe.Układ ruchu chorej funkcjonuje w ograniczonym zakresie- występuje niedowład spastyczny kończyn dolnych oraz zachwianie równowagi, trudności w wykonywaniu skoordynowanych ruchów, a także drżenie rąk. Chora przemieszcza się przy pomocy kul. Pacjentka cierpi także na zaburzenia widzenia: osłabienie widzenia i podwójne widzenie. Okresowo występuje nietrzymanie moczu i zaparcia stolca. W rozmowie zaobserwowano, że stosunek pacjentki do choroby jest negatywny. Pacjentka odczuwa żal, bezradność. Rok temu była leczona lekami przeciwdepresyjnymi. Od dwóch lat z powodu nasileniu się objawów nie pracuje, jest na rencie. Chora może liczyć na wsparcie swojej rodziny (męża i dwójki studiujących dzieci ). W miarę możliwości utrzymuje ona kontakt z dalszą rodziną i innymi chorymi na stwardnienie rozsiane. Pacjentka od 5 lat jest członkiem stowarzyszenia osób chorych na stwardnienie rozsiane. Przyjmowane leki:

-Cavinton 5mg 3x1tabl

-Dexamethason 1mg 2 x1tabl przez 6 dni

-Magne B6 3x1tabl.

-Diazepam 5mg- na noc

Chory lat 55, przyjęty do szpitala z powodu utraty przytomności. Chory podaje, że wcześniej kilkakrotnie miał zawroty głowy i robiło mu się słabo. W wykonanej na SOR TK głowy nie ma zmian chorobowych. W wykonanym EKG akcja serca - 48 ud/min., wyniki badań laboratoryjnych w normie. Chorego przyjęto na oddział kardiologii. W wykonanym badaniu EKG metodą Holtera uwidoczniono okresowe zaburzenia rytmu o typie bloku AV II (typ 2). Chory równolegle leczony z powodu nadciśnienia tętniczego oraz przerostu prostaty - na okres ok. tygodnia odstawiono stosowany przez chorego metoprolol i powtórzono badanie EKG metodą Holtera - wynik jest porównywalny do pierwszego badania. W trybie pilnym został zakwalifikowany do leczenia zabiegowego. Zabieg odbył się wczoraj.

62 letni mężczyzna operowany przed 3-ma z powodu nowotworu jelita grubego. Zabieg zakończył się wyłonieniem kolostomii. U chorego występuje przepuklina w okołostomijna znacznych rozmiarów. Stomia ma średnicę 60 mm i ma charakter stomii wklęsłej. Skóra wokół stomii podrażniona. Chory otyły BMI 30. Powodem obecnej hospitalizacji chorego jest niedrożność kałowa stomii.

40 letni pacjent przyjęty do oddziału chirurgicznego z owrzodzeniem nowotworowym szyi po stronie prawej. Nacieczenie nowotworowe ma charakter guza grzybiastego, z martwicą rozpływną, z dużą ilością cuchnącej wydzieliny. Nieprzyjemny odór powoduje dyskomfort chorego oraz niechęć do kontaktów społecznych. Chory odczuwa ból zlokalizowany w miejscu owrzodzenia. Rana krwawi przy zmianie opatrunku oraz zmianie pozycji. Z uwagi na ograniczony zakres ruchu w obrębie szyi występuje trudność w zaopatrzeniu rany.

70 letnia chora ze stwierdzoną wcześniej przez angiologa niewydolnością żylną kończyn dolnych stopnia IV (według klinicznej klasyfikacji ) zgłosiła się do poradni chirurgicznej z powodu powiększających się obrzęków, intensywniejszych przebarwień, wzmożonej bolesności kończyn, oraz powstania rany w okolicy kostki przyśrodkowej prawej kończyny. Leczenie farmakologiczne zlecone wcześniej kontynuowała, natomiast kompresjoterapię zleconą przez angiologa zaniechała z powodu trudności w samodzielnym zakładaniu pończoch uciskowych.

Pełniąc dyżur na oddziale internistycznym pielęgniarka wykonywała procedurę założenia kaniuli dożylnej. Podczas tej czynności doszło do ekspozycji zawodowej polegającej na zakłuciu. Pielęgniarka zaniepokojona możliwością przeniesienia zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi.

Pacjent lat 60, żonaty, wielokrotnie hospitalizowany, przyjęty do szpitala z powodu przewodnienia, uogólnionych obrzęków, wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi. Chory leczony jest nerkozastępczo metodą Automatycznej Dializy Otrzewnowej (ADO), która stosowana jest od ponad roku, po rozpoznaniu u pacjenta schyłkowej niewydolności nerek. Chory samodzielny w zakresie czynności dnia codziennego. W ciągu doby wypija około 2000 ml na dobę, za dużo w stosunku do bilansu płynów i występujących obrzęków. Ciśnienie tętnicze 180/100 mmHg, tętno miarowe, dobrze wyczuwalne, około 72 uderzeń na minutę. Oddech lekko przyspieszony, słyszalny 22 na minutę. Skóra dobrze napięta, wilgotna, w okolicy podudzi błyszcząca, zaczerwieniona z powodu występujących znacznych obrzęków. Pacjent oddaje mocz barwy jasnosłomkowej, w ilości ok. 400 ml na dobę. Dobowa ultrafiltracja dializy wynosi 500 ml przy zastosowanym schemacie leczenia 5x2000 ml płynu o stężeniu 1,5% w ciągu nocnej dializy za pomocą cyklera (parametry do programowania cyklera: liczba wymian 5, objętość płynu 2000 ml, czas zalegania płynu 1h). Aktualne zalecenia dla pacjenta to przede wszystkim ograniczenie płynów do 1000 ml/dobę oraz dieta z ograniczeniem soli kuchennej.

Pacjent J.K. wiek 40 lat przyjęty do Oddziału po zatruciu lekami psychotropowymi (próba samobójcza), w skali GCS 8 punktów, nie przytomny wymagający podłączenia do respiratora, oddech wspomagany, parametry krążeniowe RR 90/45, tętno 110 uderzenia na minutę. Saturacja 88%, duże zaleganie w drzewie oskrzelowym. Reaguje na bodźce: bólowy, odsysanie z drógoddechowych. Prowadzona diureza dobowa 4000ml,karmiony przez zgłębnik 200ml Nutrison co 4 godziny. Założone wkłucie centralne , stan skóry bez zmian patologicznych, temperatura ciała 37,2. Kategorii opieki pielęgniarskiej IV stopień.