



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



**Ústav ošetřovatelství**

**Ošetřovatelská péče o nemocnou s dg.  
Dilatační kardiomyopatie**

*Nursing Care of the Patient with Dilatation  
cardiomyopathia*

**případová studie**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vintířov, únor 2009**

**Marcela Bokůvková**

**Autor práce:** **Marcela Bokůvková**

**Bakalářský studijní program:** **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Bakalářský studijní obor:** **Zdravotní vědy**

**Vedoucí práce:** **PhDr. Zvoníčková Marie**

**Pracoviště vedoucího práce:** Univerzita Karlova v Praze  
3. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství

**Odborný konzultant:** **MUDr. Pavel Potužník**

**Pracoviště odborného konzultanta:** **Soukromá praxe praktického lékaře**

**Domov pro osoby se zdravotním postižením**

**Rudné č.8, Vysoká Pec**

**Nejdek 362 21**

**Termín obhajoby:** **duben 2009**

## **Prohlášení**

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

Ve Vintířově, 25. února 2009

Marcela Bokůvková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové a lékaři MUDr. Pavlu Potužníkovi za odborné vedení, trpělivost a cenné rady poskytnuté při tvorbě této práce.

# OBSAH

<b>OBSAH.....</b>	<b>5</b>
<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>2 KLINICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE A KREVNÍHO OBĚHU.....	10
2.1.1 Krevní oběh.....	10
2.1.2 Srdce.....	10
2.1.3 Srdce jako sval .....	11
2.1.4 Srdeční dutiny a chlopně.....	13
2.1.5 Převodní systém srdce.....	15
2.1.6 Cévy srdeční.....	16
2.1.7 Řízení srdeční činnosti.....	17
2.1.8 Srdeční revoluce.....	18
2.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	20
2.2.1 Vyšetřovací metody v kardiologii.....	20
2.2.1.1 Fyzikální vyšetření.....	20
2.2.1.2 Měření krevního tlaku.....	22
2.2.1.3 Elektrokardiografie (EKG).....	24
2.2.1.4 RTG srdce.....	28
2.2.1.5 Scintigrafie srdce.....	29
2.2.1.6 Echokardiografie (ECHO).....	29

2.2.1.7	<i>Měření centrálního žilního tlaku</i> .....	30
2.2.1.8	<i>Katetrizace srdce</i> .....	30
2.2.1.9	<i>Koronarografie a angiografie (ventrikulografie)</i> .....	31
2.2.2	Kardiomyopatie – definice, rozdělení.....	32
2.2.3	Dilatační kardiomyopatie.....	33
2.2.3.1	<i>Epidemiologie</i> .....	33
2.2.3.2	<i>Etiologie</i> .....	34
2.2.3.3	<i>Morfologie</i> .....	34
2.2.3.4	<i>Hemodynamika</i> .....	34
2.2.3.5	<i>Klinický obraz</i> .....	34
2.2.3.6	<i>Diagnostika</i> .....	36
2.2.3.7	<i>Diferenciální diagnostika</i> .....	37
2.2.4	Léčba dilatační kardiomyopatie.....	37
2.2.4.1	<i>Životní režim a pohybová aktivita</i> .....	37
2.2.4.2	<i>Výživa</i> .....	38
2.2.4.3	<i>Farmakologická léčba</i> .....	39
2.2.4.4	<i>Oxygenoterapie</i> .....	42
2.2.4.5	<i>Transplantace srdce</i> .....	43
2.3	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ.....	43
2.3.1	Údaje z lékařské dokumentace.....	44
2.3.2	Diagnostické metody .....	45
2.3.3	Průběh onemocnění.....	48
2.3.4	Farmakoterapie nemocné.....	50

<b>3</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....</b>	<b>53</b>
3.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	53
3.2	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIE HENDERSON.....	54
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	55
3.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	61
3.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	62
3.4.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	83
3.5	PSYCHOLOGIE NEMOCNÉ.....	89
3.5.1	Prožívání nemoci.....	89
3.5.2	Postoj k nemoci.....	90
3.5.3	Reakce na pobyt v zařízení.....	91
3.5.4	Hodnocení a zvládání komunikace.....	92
3.5.5	Zvládání stresu, obranné mechanismy.....	95
3.6	SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA.....	97
3.7	PROGNÓZA.....	98
<b>4</b>	<b>EDUKAČNÍ PLÁN</b>	
4.1	EDUKACE – DEFINICE, FÁZE, CHYBY.....	99
4.2	EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉ.....	100
4.2.1	Výživa.....	100
4.2.2	Pohybová aktivita.....	102
4.2.3	Další doporučení.....	102

<b>5</b>	<b>SHRNUTÍ.....</b>	<b>103</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>104</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>107</b>
	<b>SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ.....</b>	<b>109</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>110</b>



# 1 ÚVOD

Téma Ošetrovatelská péče o nemocnou s dg. Dilatační kardiomyopatie jsem si vybrala na základě z toho důvodu, že toto onemocnění patří mezi méně obvyklá onemocnění, není typické pro klienty umístěné v zařízení, ve kterém pracuji.

Chtěla bych zde poukázat, jak složité je získat podstatné a důležité informace ohledně anamnézy, onemocnění od mentálně retardovaných klientů, jak péče o ně samotné je závislá na ošetrujícím personálu, či rodině, jestliže žijí v domácím prostředí.

V klinické části jsou vybrané informace týkající se anatomie a fyziologie srdce a krevního oběhu, používaných vyšetřovacích metod u pacientů s kardiologickým onemocněním. Další navazující částí je charakteristika onemocnění včetně diagnostiky a léčby. Podrobnosti o průběhu onemocnění nemocné uvádím v následující kapitole.

Ošetrovatelská část obsahuje základní údaje o ošetrovatelském procesu, modelu Virginie Hendersonové, dále ošetrovatelskou anamnézu, aktuální a potenciální diagnózy, psychologii nemocné, sociální problematiku a prognózu.

V edukačním plánu je nejprve popsána edukace obecně, později edukační plán nemocné věnovaný výživě, pohybové aktivitě a dalším doporučením.

## 2 KLINICKÁ ČÁST

### 2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE A KREVNÍHO OBĚHU

#### 2.1.1 Krevní oběh

Jednou ze základních vlastností živých organizmů je zachování stálých podmínek ve vnitřním prostředí při různých metabolických nárocích, a to i při měnících se podmínkách okolí. Stálost vnitřního prostředí označujeme pojmem **homeostáza**. Oběhová soustava je jedním z jejích pilířů.

Oběhová soustava umožňuje zásobovat tkáně kyslíkem, živinami a zároveň odstraňuje zplodiny látkové přeměny, pomáhá udržovat stálou koncentraci iontů, acidobazickou rovnováhu, teplotu a zajišťuje předávání informací prostřednictvím aktivních látek (hormonů). Hnací jednotkou tohoto systému je **srdce**.

**Krevní oběh** jsou v zásadě *dva oddělené okruhy*, zařazené za sebou. Každý okruh aktivuje jedna srdeční komora. Tyto dva oběhy nazýváme *malý (plicní) oběh a velký (systémový) oběh*. **Minutový objem srdeční (MO)** – srdeční výdej – je množství krve, které proteče aortou nebo plicnicí za jednu minutu. Je určen *velikostí systolického tepového objemu* (objem krve vypuzené během jedné srdeční kontrakce) a *tepovou frekvencí*. Při normální srdeční akci může být tedy 70 – 80 ml krát 70 tepů za minutu, to je **4900 – 5600 ml**. Plicní a systémový oběh se liší tlakem a odporem. Tlak v plicním oběhu je 4 – 5 krát nižší než v oběhu systémovém.

Celkový objem krve u zdravého člověka je **okolo 70 – 80 ml/kg**. Přibližně 80 % krev se nachází v takzvaném nízkotlakém systému, tedy v žilách, v pravém srdci a v cévách malého oběhu. Díky velké roztažitelnosti a kapacitě slouží nízkotlaký systém jako rezervoár krve.

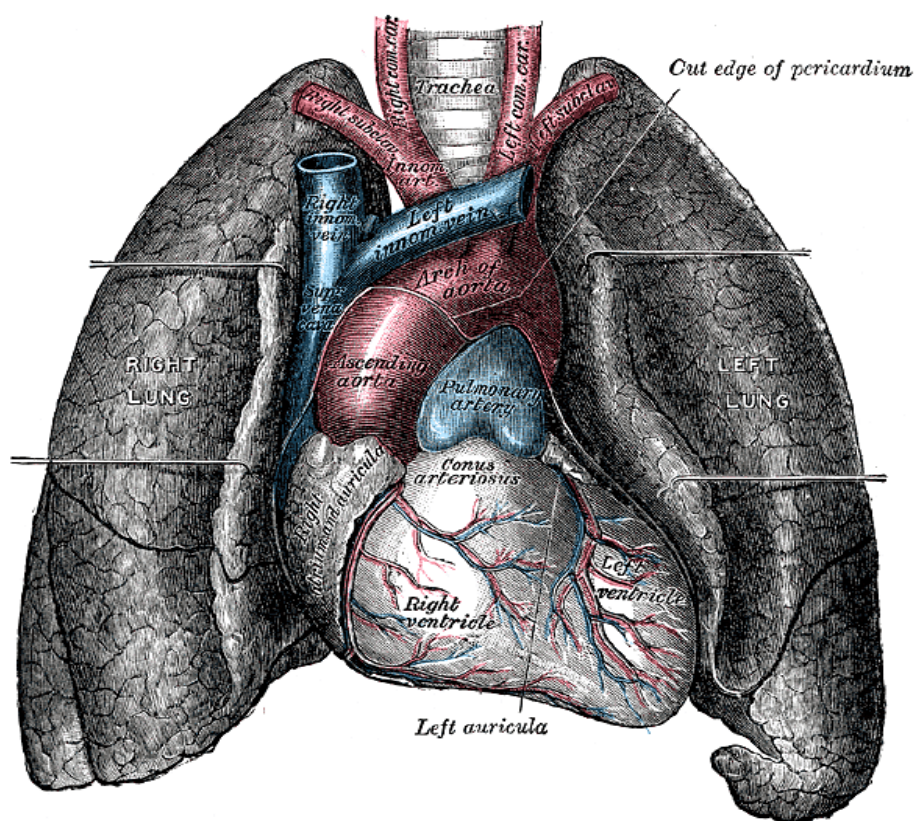
(17)

#### 2.1.2 Srdce

Srdce (*cor*) je dutý sval. Je uloženo ve středním mediastinu v silném vazivovém obalu – **osrdečniku** (*pericardiu*), ve kterém je malé množství tekutiny. Má kuželovitý tvar, váha u dospělého činí **230 – 340 g**. Popisujeme na něm **bazi**

**srdeční** – horní plochu, na které do srdce vstupují nebo do něj vystupují největší cévy, a **hrot** směřující do levého mezižebří. Dalšími částmi jsou přední plocha srdce (*facies sternocostalis*), hledící ke sternu a úponu žeberních chrupavek, a spodní plocha (*facies diafragmatica*), která nasedá na bránici. Povrch srdce je rozdělen na oblasti předsíní a komor **věčným žlábkem** (*sulcus coronarius*) a obě komory ještě dále odděluje mělký **mezikomorový žlábek** na přední i spodní ploše (*sulcus interventricularis anterior et posterior*).

Obrázek 1 Uložení srdce v hrudní dutině



(17, 19, 27)

### 2.1.3 Srdce jako sval

**Srdeční stěna** se skládá ze tří složek:

- vnitřní vrstva – nitroblána srdeční (*endokardium*), která představuje výstelku
- střední svalová vrstva (*myocardium*)
- zevní povrchová vrstva (*epicardium*)

Stěny předsíní jsou asi 2 – 3 mm silné, stěny komor jsou podstatně silnější (pravá asi 1 cm, levá až 3 cm). Srdeční svalovina je z morfologického hlediska

syncytiem (soubuním), neboť jednotlivé buňky jsou propojeny plazmatickými můstky. Buněčná jádra jsou uložena centrálně jako u svalů hladkých, v myofibrilách je patrné příčné pruhování, jako je tomu u svalu kosterního.

K základním fyziologickým vlastnostem srdeční svaloviny patří *automacie, vodivost, dráždivost a stažlivost*.

- **Automacie (chronotropie)** představuje schopnost vytvářet vzruchy. Výsledkem této aktivity je sled pravidelných rytmických srdečních stahů i bez vnějšího podráždění.
- **Vodivost (dromotropie)** vyjadřuje, že se vzruch přenáší na celou srdeční jednotku (síně a komory), čímž je zajištěn synchronní stah všech svalových vláken.
- **Dráždivost (bathmotropie)** je možnost vyvolat svalový stah dostatečně silným, nadprahovým podnětem. Podprahový podnět stah nevyvolá, nadprahový podnět různé intenzity vyvolá stejnou odpověď, pokud se dostaví v období, kdy je svalovina schopna na podnět reagovat.
- **Stažlivost (inotropie)** znamená schopnost svalové kontrakce a její závislost na dalších faktorech, např. na výchozím napětí svalového vlákna. Se zvyšujícím se napětím narůstá i síla kontrakce. Výsledná síla kontrakce je přímo úměrná počátečné délce srdečních vláken. Po překročení optimálního napětí svalových vláken se síla kontrakce opět zmenšuje. Zesílení kontrakce nazýváme pozitivně inotropním vlivem. Měřítkem inotropie je rychlost změny tlaku v komoře vztažená na velikost překonávaného periferního tlaku. Informace o změnách tlaku v komorách se získávají přímým měřením v srdečních dutinách zavedenými katetry. Srdeční svalovina s dobrou kontraktilitou dosahuje dostatečného výkonu pro překonání odporu již při normální počáteční náplni komor. Při zhoršené kontraktilitě je potřebný výkon dosažen teprve po zvětšené náplni komory (zvětšený konečný diastolický objem). Tento mechanismus však při větších nárocích nezajistí rezervu pro zvýšení srdečního objemu.

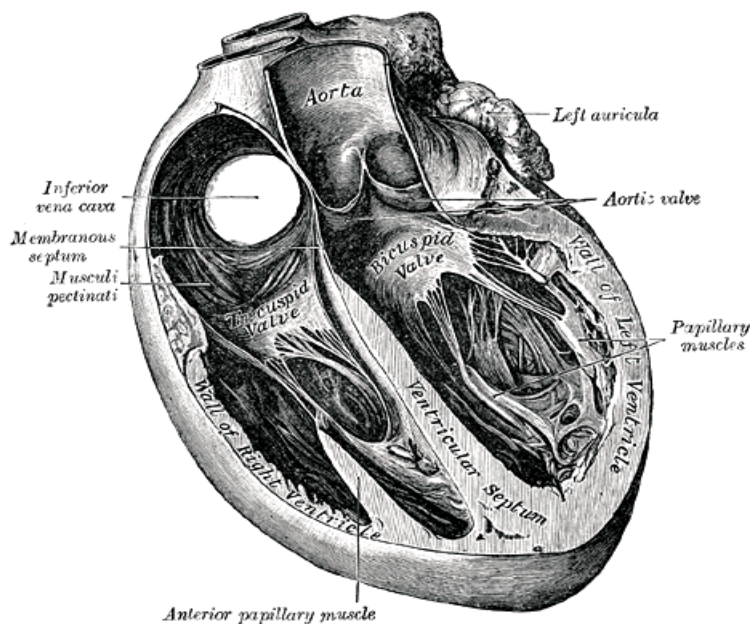
Kromě svalových vláken, jejichž hlavní funkcí je kontrakce, lze v srdečním svalu morfologicky rozlišit i svalovou tkáň specializovanou na tvorbu a přenos

vzruchů. Tento typ vláken nazýváme **převodní systém srdeční** (viz kapitola 2.1.5).

(17)

## 2.1.4 Srdeční dutiny a chlopně

Srdce se skládá ze **čtyř dutin** a to z:



Obrázek 2 Některé srdeční dutiny

➤ **pravé předsíně** (*atrium dextrum*), do které ústí horní a dolní dutá žíla. Vybíhá vpřed v malé **ouško** (*auricula dextra*) a má na své mediální stěně patrnou **oválnou vkleslinu** (*fossa ovalis*). Pod **fossa**

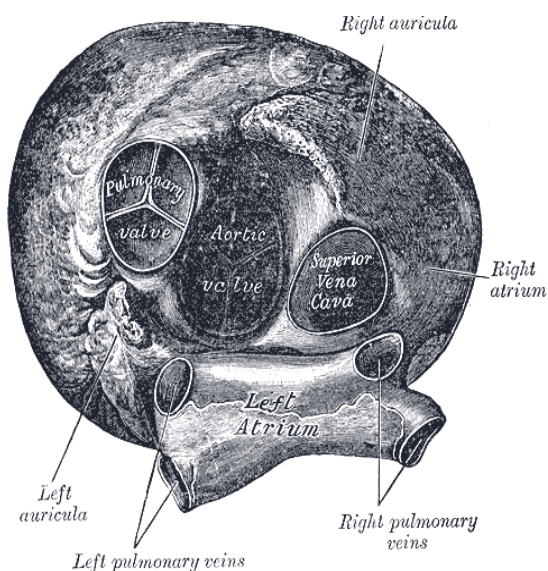
**ovalis** ústí do pravé předsíně největší srdeční žíla – **sinus coronarius**. Z pravé předsíně protéká krev pravým atrioventrikulárním ústím do

➤ **pravé komory** (*ventriculus dexter*). Toto ústí je opatřeno trojcípou chlopní (*valva tricuspidalis*), jejíž cípy jsou pomocí jemných šlašinek ukotveny do malých bradavčitých svalů (*mm. papillares*) ve stěnách pravé komory. Tato chlopeň zabraňuje zpětnému toku krve z pravé komory do pravé předsíně. Z horní mediální části pravé komory vystupuje **kmen plicnice** (*truncus pulmonalis*), obsahující na svém začátku **pulmonální chlopeň** (*valva trunci pulmonalis*), složenou ze tří poloměsíčitých chlopní. Truncus pulmonalis se dělí ve dvě stejně silné větve, **a. pulmonalis dextra et sinistra**, které odvádějí odkysličenou krev do plicního řečiště. Výše uvedený systém je nazýván jako **malý (plicní) oběh**. Odtud se vrací okysličená krev **čtyřmi plicními žilami** (vv. *pulmonales*), které ústí po dvou z každé strany do

- **levé předsíně** (*atrium sinistrum*). Tato předsíň má menší ouško (*auricula sinistra*) a hladší stěnu než předsíň pravá. Kaudálně uložené levé atrioventrikulární ústí je osazeno **dvoucípou chlopní** (*valva bicuspidalis, s. valva mitralis*), která má podobné šlašinky jako chlopeň trojcípá, ale připevněné zejména na dva větší papilární svaly na stěnách
- **levé komory** (*ventriculus dexter*). Tato komora má menší objem a daleko silnější stěnu než komora pravá. Z její horní části vystupuje vzhůru **aorta**. Mezi levou komorou a aortou se nachází **aortální chlopeň** (*valva aortae*), která má stejný vzhled jako valva trunci pulmonalis.

**Chlopně** zajišťují jednosměrný průtok krve v srdci. Působí jako ventily a při poruše jejich funkce se zvyšuje srdeční práce pro dosažení stejného výkonu – minutového objemu. Chlopeň aortální a pulmonální jsou **poloměsíčné** (*semilunární*), oddělují prostor velkých cév, aorty a plicní tepny (*arteria pulmonalis*) od dutin srdečních

Obrázek 4 Srdeční chlopně



Obrázek 3 Srdeční chlopně

komor. Chlopně **atrioventrikulární** (*trikuspidální a bikuspidální*) oddělují prostor srdečních předsíní a komor. Mají větší plochu než chlopně poloměsíčné a při jejich uzavěru při vzestupu tlaku v komorách jsou podporovány šlašinkami a papilárními svaly. Funkcí šlašinek a papilárních svalů je udržení těsnosti chlopně během systoly. Chlopně se uzavírají pasivně působením zvýšeného tlaku v příslušné dutině. Při systole komor se vlivem zvýšeného tlaku v levé a pravé komoře automaticky zavírají chlopně atrioventrikulární, které jsou během diastoly komor otevřeny. Uzavření semilunárních chlopní způsobuje tlak

v arteriálním řečišti. Otevírají se na krátkou dobu při vypuzování krve z komor, kdy tlak v komorách převyší tlak v aortě a plicní tepně.

(17,19, 21, 27)

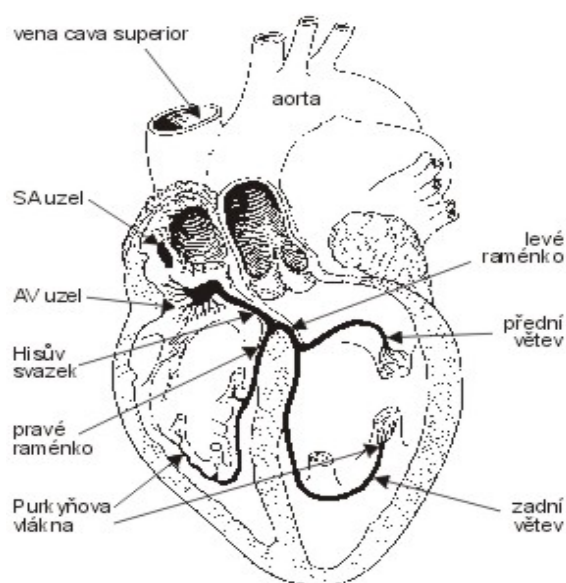
### 2.1.5 Převodní systém srdeční

Převodní systém srdeční je systém svalové tkáně s odlišnou morfologií od ostatní svaloviny předsíní a komor. **Je specializovaný na tvorbu a převod impulzů vyvolávajících kontrakci srdečního svalu.** Veškerá srdeční svalovina je schopna samočinného vzniku vzruchu a následného stahu. Tato vlastnost je označována jako *automacie*. Myokard automacii uplatní pouze za patologických vlastností. Struktura

buněk převodního systému se od běžné buňky myokardu liší nižším obsahem myofibril, vysokým obsahem glykogenu a zejména elektrofyziologickými vlastnostmi.

Převodní systém srdeční  *vyniká vysokou rychlostí šíření vzruchu – depolarizační vlny.* Uzlová část tohoto systému, tj. uzel sinoatriální a atrioventrikulární, má poměrně nízkou rychlost šíření vzruchu, ale naopak vysokou schopnost automacie. Při ústí vena cava superior do pravé předsíně je uložen *nodus sinuatrialis*, který vytváří frekvenci vzruchů okolo 60 - 80 za minutu. Rytmus srdce, který je dán sinoatriálním uzlem, se nazývá *sinusový rytmus*. Jeho aktivita normálně převládá. Rozvádí vzruchy na svalovinu předsíní a na druhý *uzel – atrioventrikulární*, uložený na dolním okraji mediální stěny pravé předsíně. Jeho aktivita je nižší, 40 vzruchů za minutu. Převodní systém srdeční z tohoto uzle pokračuje jako *Hissův svazek* do mezikomorového septa, ve kterém se dělí v *pravé a levé Tawarova raménka*. Ta se nakonec rozpadají v jemná

Obrázek 5 Převodní systém srdeční

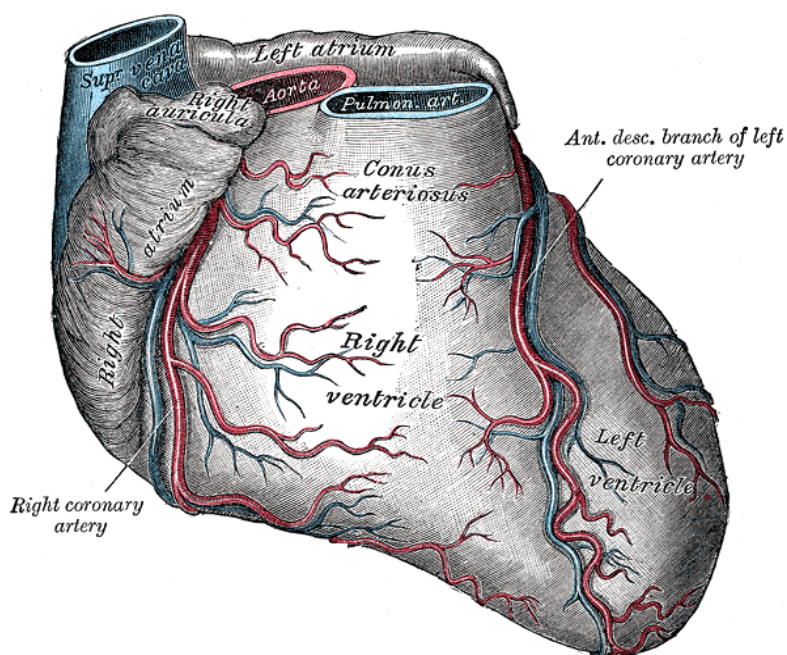


**Purkyňova vlákna**, převádějící vzruchy na svalovinu obou komor. Celý tento systém má velký význam pro souhrn stahů předsíní a komor, jeho poruchy mají za následek různé typy frekvenčních a převodních odchylek (fibrilace, arytmie).

(17, 19, 21, 28)

## 2.1.6 Cévy srdeční

Dělíme je na:

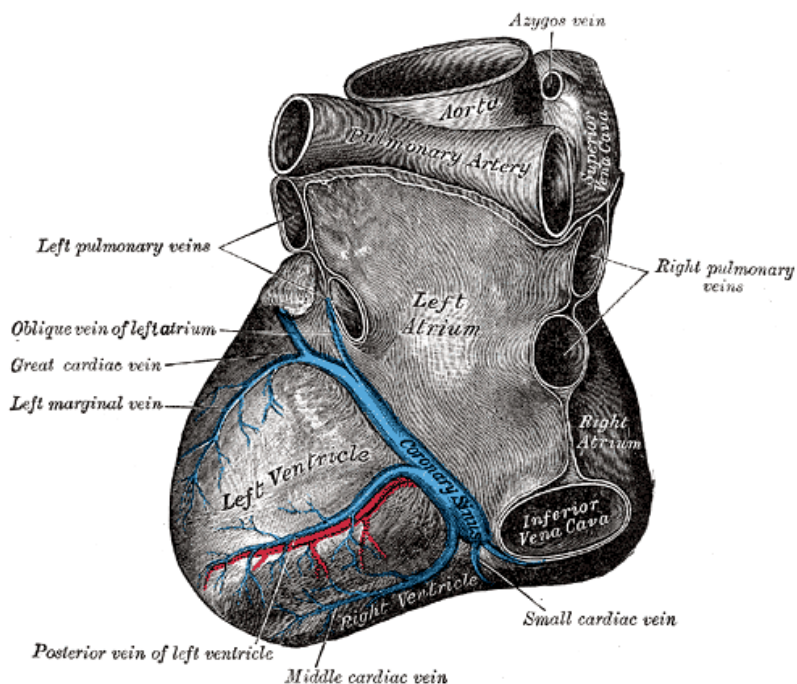


Obrázek 6 Srdeční tepny

- **věňčité tepny pravou a levou** (*a. coronaria dextra et sinistra*), odstupují ze začátku aorty. **Pravá věňčitá tepna** probíhá v pravém věňčitém žlábků dozadu až do zadního mezikomorového

žlábků, je uložena na povrchu myokardu, v tukovém obalu těsně pod epikardem. Zásobuje hlavně stěnu pravé komory a zadní část mezikomorového septa. **Levá věňčitá tepna** má krátký kmen a z něj vysílá silnou větev do předního mezikomorového žlábků a druhou větev k levému obvodu srdce. Zásobuje zejména přední část mezikomorového septa a stěnu levé komory.





Obrázek 7 Srdeční žily

➤ **srdeční žily**, které buď ve formě drobnějších samostatných žilek ústí do všech dutin srdečních nebo čtyř silnějších žil přivádí krev z přední

plochy pravé komory do pravé předsíně. Jedná se o velkou žílu, **sinus coronarius**, uloženou v zadním sulcus coronarius a sbírající silné větve z obou mezikomorových žlábků a z pravého obvodu srdce. Tato žíla odvádí valnou většinu krve do pravé předsíně.

(19, 21, 27)

### 2.1.7 Řízení srdeční činnosti

Dosažení odpovídajícího srdečního výdeje je hlavním cílem srdeční činnosti. Protože srdeční výdej je určen jak systolickým objemem, tak tepovou frekvencí, je řízení srdeční činnosti zaměřeno jednak na změnu síly srdeční kontrakce, jednak na frekvenci srdečního stahů. *Srdeční frekvence je řízena nervově a humorálně.* Nervovou regulaci uskutečňují **sympatikus a parasympatikus, vegetativní nervy.**

➤ Mediátorem parasympatiku je **acetylcholin**, jež je vylučován ze zakončení *X. hlavového nervu (nervu vagu)* v blízkosti sinoatriálního uzlu a přímo ovlivňuje srdeční automacii. Kromě snížení tepové frekvence se stimulace

parasymptiku projeví i v prodloužení převodu vzruchu v atrioventrikulárním uzlu.

➤ Mediátorem sympatiku je **adrenalin a noradrenalin**, sympatické vlivy jsou zprostředkovány *nn. cardiaci*. Dráždění sympatiku zvyšuje srdeční frekvenci a stažlivost, dilatuje koronární tepny. Nervová regulace srdečního rytmu zahrnuje rovněž některé reflexy. **Arteriální barorecepční reflex** je vyvolán podrážděním *mechanoreceptorů v aortě a sinus caroticus*. Reflexní odpověď spočívá v zesílení parasymptického dráždění a oslabení synaptického vazokonstrikčního tonu.

(17)

### 2.1.8 Srdeční revoluce

Srdeční činnost je neustále se opakující, cyklický děj. Jeden cyklus se také nazývá srdeční revoluce. Lze ji rozdělit na **systolu a diastolu**. Kontrakce myokardu je systola, uvolnění myokardu je diastola. Výsledkem změn napětí srdeční svaloviny jsou tlakové změny v srdečních dutinách.

Na počátku srdeční revoluce v diastole jsou tlaky v komorách a předsíních téměř vyrovnané a nízké, blíží se hodnotám atmosférického tlaku. Tlak při ústí trikuspidální chlopně v pravé předsíni je považován za nulový tlak v oběhové soustavě. Atrioventrikulární chlopně jsou otevřené a je umožněna komunikace mezi komorami a předsíněmi. Vlivem setrvačnosti krevního proudu a pozitivního tlaku v předsíních proudí krev z předsíni do komor. Toto období se nazývá **období rychlého plnění komor** a trvá 1/3 celkové doby plnění. V další fázi, v **období pomalého plnění komor**, je objem přesunuté krve z předsíni do komor menší a v poslední fázi se komory plní v důsledku aktivní kontrakce síní. Při klidové srdeční frekvenci trvá období plnění komor 350 ms. Objem komor na konci komorové diastoly je největší a dosahuje za klidových podmínek hodnot 120 – 140 ml. Je to konečný diastolický objem. Po uplynutí doby, během níž vznikne vzruch v sinoatriálním uzlu a postupuje vodivou soustavou na svalovinu komor, se vlákna komor začínají stahovat. Tlak v komorách se zvyšuje, uzavřou se atrioventrikulární chlopně. **Začíná aktivní fáze srdeční revoluce** – systola komor. V první fázi komorové systoly se zvyšuje nitrokomorový tlak, avšak objem komor

se nemění. Tato část revoluce se nazývá **fáze izovolumická**. Trvá 50 ms, její délka je konstantní i při různých hodnotách tepové frekvence. Při dosažení tlaku v komorách vyššího, než je tlak v arteriích (120 mm Hg v aortě, 35 mm Hg v plicní tepně), se otevírají semilunární chlopně a krev pod vlivem tlakového gradientu začíná proudit do velkých cév – **ejekční fáze**. Počáteční období ejekční fáze se nazývá **období rychlého vypuzování**. Tlak v komorách a velkých arteriích má téměř stejnou hodnotu, která se označuje jako systolický tlak. Tlak vypuzované krve postupně klesá, kontrakce některých částí svaloviny ustává, tlak v komorách začíná klesat – **období pomalého vypuzování**. Při dalším poklesu tlaku v komorách se uzavřou semilunární chlopně vlivem tlakového rozdílu mezi velkými cévami (aortou a plicnicí) a komorami. Fáze rychlého vypuzování představuje 1/3 celkového trvání vypuzování (ejekční fáze), 2/3 náleží fázi pomalého vypuzování. Celková doba systoly při klidové srdeční frekvenci je 250 – 300 ms. Tlak v komorách dále klesá a blíží se nulovým hodnotám v období diastoly – fáze **izovolumické relaxace**: nitrokomorový tlak prudce klesá, ale délka svalových vláken se nemění.

Poměr mezi systolickým objemem a konečným diastolickým objemem se označuje jako **ejekční frakce** a udává se v procentech. Ejekční frakce u zdravého člověka je 60 %.

V předsíních na konci komorové systoly i na začátku diastoly tlak mírně stoupá, takže záhy po začátku diastoly převyšuje tlak v relaxovaných komorách. Proto se otevírají atrioventrikulární chlopně a začínají se plnit komory. Následná aktivní kontrakce předsíní ještě zvýší komorovou náplň. Podíl aktivity předsíní na plnění komor je různý, zvyšuje se při vyšších tepových frekvencích. Systola předsíní trvá 100 ms a diastola komor při klidové tepové frekvenci 500 ms.

(3,17)

**Tabulka 1 Vybrané hemodynamické hodnoty**

ZKRATKA	VÝZNAM	NORMÁLNÍ HODNOTA	JEDNOTKY
TO	tepový objem (objem krve vypouzené během jedné srdeční kontrakce)	70 – 80	ml
MO	minutový objem srdeční, také srdeční výdej (množství krve, které proteče aortou nebo plicnicí za jednu minutu, je určen velikostí systolického tepového objemu a tepovou frekvencí)	4,5 – 5,5	l/min
EF	ejekční frakce (poměr mezi systolickým objemem a konečným diastolickým objemem)	60	%
CŽT	centrální žilní tlak (tlak naměřený v horní duté žíle informující o množství krve, přitékající k srdci)	6 - 8	mmHg
RVP	Tlak v pravé komoře	20 – 25/2 - 8	mm Hg
PAP	Tlak v plicnici	20 – 25/8 - 12	mm Hg
MPAP	Střední tlak v plicnici	9 - 16	mm Hg
PAOP	Tlak zaklínění v plicnici	8 - 12	mm Hg
SvO <sub>2</sub>	Saturace smíšené krve	70 - 75	%

(7, 17, 18)

## 2.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

### 2.2.1 Vyšetřovací metody v kardiologii

#### 2.2.1.1 Fyzikální vyšetření

##### Pohled

Všímáme si celkového vzhledu nemocného, a poté pozorujeme nemocného postupně od hlavy směrem dolů:

- celkový vzhled nemocného je typický pro řadu onemocnění, která provázejí kardiální komplikace,
- poloha nemocného typická pro onemocnění srdce je ortopnoická u jednostranného srdečního selhání nebo nehybně sedící pacient s pěstmi přitisknutými na hrudník u anginy pectoris,
- hlava a obličej – pozorujeme mitrální tvář nebo otok v obličejí při jednostranném srdečním selhání,
- náplň krčních žil – vyšetřuje se u ležícího nemocného s podložením horní poloviny těla na 45 °. Může být nezvýšená nebo zvýšená, případně zvýšená při tlaku na játra, tzv. hepatojugulární reflux, který je přítomný u jednostranného srdečního selhávání,
- kůže a sliznice – cyanóza, ikterus u hepatomegalie, barva kůže bílé kávy u bakteriální endokarditidy,
- končetiny:
  - bledé nebo fialové konečky prstů (Raynaudův syndrom, akrocyanóza)
  - paličkovité prsty a nehty jako hodinová sklíčka u cyanotických srdečních vad a infekční endokarditidy
  - Oslerovy uzlíky (světle červené uzlíky velikosti čočky na bříškách prstů) u bakteriální endokarditidy,
  - třísky za nehty – krátké, tmavě hnědé čárky pod nehty u/nebo prodělané bakteriální endokarditidy.

##### Pohmat

Pohmatem vyšetřujeme:

- pulzaci karotid, která je zvýšená u hypertenze nebo aortální insuficience
- zvedavý úder hrotu u hypertrofie nebo dilatace LK,
- pulz na arteriích – a. radialis, a. karotis, a. femoralis, a. brachialis, a. poplitea, a. dorsalis pedis, a. tibialis posteriori vždy oboustranně. U pulzu hodnotíme tepovou frekvenci – fyziologická, tachykardie, bradykardie; rytmus – pravidelný, nepravidelný, hmatný nebo nehmatný.

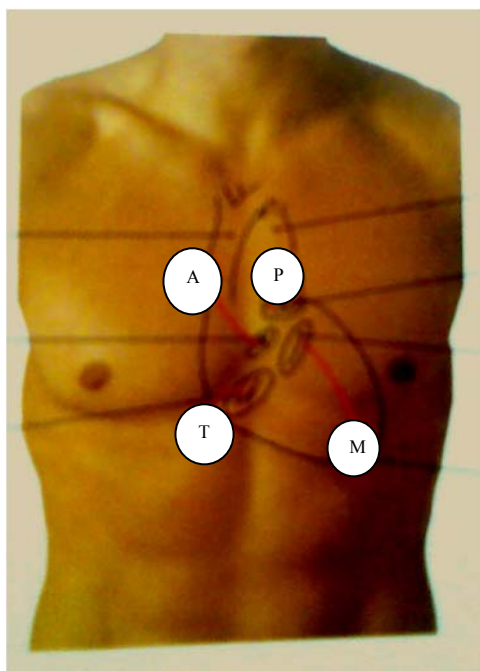
### **Poklep**

Jedná se pouze o orientační vyšetření, kterým můžeme určit podezření na zvětšení srdce nebo výpotek v osrdečníku.

### **Poslech**

Provádí se fonendoskopem, v případě srdce se jedná o nepřínosnější vyšetření.

Srdce se vyšetřuje především na 4 poslechových místech, ale je možné i jinde na hrudníku (možnost situs viscerum inversus – stranově obrácené uložení orgánů).



**Obrázek 8** Poslechová místa jednotlivých chlopní

Poslechová místa:

- aortální chlopeň – 2. mezižebří parasternálně vpravo,
- pulmonální chlopeň – 2. mezižebří parasternálně vlevo,
- trikuspidální chlopeň – 4. mezižebří parasternálně vpravo,
- mitrální chlopeň – 5. Mezižebří vlevo, na srdečním hrotu.

Při poslechu srdce zjišťujeme srdeční frekvenci, rytmus a poslechové fenomény (počet srdečních ozev, jejich změny a šelesty).

(11,19)

Obrázek

### **2.2.1.2 Měření krevního tlaku**

Měření krevního tlaku (TK) je základní metodou kontroly stavu krevního oběhu pacienta. Je možné jej měřit **přímo** v tepně (intraarteriálně) pomocí srdečního katétru – tzv. krvavá metoda měření TK (využívaná během operačních výkonů na srdci a cévách a u těžkých stavů), nebo **nepřímo** pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu, tzn. stetoskopicky neboli poslechem nebo digitálním tonometrem.

Stetoskopická metoda měření TK pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu je založena na poslechu nástupu a vymizení tepu (tzv. Korotkových fenoménů) fonendoskopem, přiloženým obvykle na a. brachialis.

#### **Postup**

Měření by mělo být prováděno v poloze vsedě, po 10 minutách v klidu, na paži s volně podloženým předloktím ve výši srdce. Dolní okraj manžety má být 2,5 sm nad loketní jamkou. Po přiložení a upevnění manžety nafoukneme tonometr na hodnotu o 20 mm Hg vyšší, než při které vymizí tep na a. radialis (v praxi většinou o 20 mm Hg, než předpokládáme hodnotu systolického TK). Vymizení tepu je důkazem stlačení pažní tepny, kterou neprotéká krev. Fonendoskop položíme nad a. brachialis do loketní jamky a pomalu vypouštíme vzduch z manžety. Hodnotu systolického tlaku stanovíme ve chvíli, kdy slyšíme první arteriální ozvy. Krevní průtok přes pažní tepnu se obnovil. O obnovení průtoku tepnami horní končetiny je možné také se orientačně informovat palpací pulzu na a. radialis – nástup pulzu odpovídá hodnotě systolického TK. Hodnota diastolického TK se odečítá po vymizení ozev, obě hodnoty se odečítají s přesností na 2 mm Hg. Při prvním vyšetření je nezbytné změřit TK na obou pažích. Celé vyšetření opakujeme třikrát a řídíme se průměrem ze 2. a 3. měření.

Za hranici hypertenze je považována hodnota 140/90 mmHg. V případě zvýšených hodnot je třeba vyšetření opakovat v několikadenních intervalech (úzkost pacienta z nemocničního prostředí TK zvyšuje – tzv. syndrom bílého pláště). Při první kontrole měříme TK na obou pažích, při dalších kontrolách na paži s vyšším krevním tlakem. U léčených pacientů se měří TK na konci

dávkového intervalu léku, u diabetiků a starších nemocných můžeme měřit i vestoje k vyloučení ortostatické hypotenze.

**Měření TK** se dělí na:

- ambulantní – jednorázové,
- 24 hodinové (pacient nosí na těle 24 hodiny malý přístroj k měření TK, v intervalech 10 – 20 minut, v noci 30 – 60 minut je automaticky měřen jeho TK),
- self-monitoring – měření TK pacientem v domácím prostředí, pacient musí být edukován o způsobu měření,
- ergometrie – zátěžové měření při rostoucí lehké až středně těžké zátěži.

Jednou ze základních vlastností TK je cirkadiální kolísání s poklesem v nočních a vzestupem v denních hodinách. Nejnižší hodnoty se objevují mezi 3. a 4. hodinou ranní, kdy u normotoničtů klesá TK až na 80/60 mm Hg, nejvyšší hodnoty jsou mezi 6. a 10. hodinou dopoledne a mezi 16. a 18. hodinou odpoledne. Kolísání TK je závislé na individuálním biorytmu, aktivitě vegetativního systému, fyzické zátěži i psychické aktivitě.

(11)

### **2.2.1.3 Elektrokardiografie (EKG)**

EKG je vyšetřovací metoda, která zaznamenává elektrickou aktivitu srdečního svalu, tzn. vznik a šíření akčního proudu (biopotenciálu) převodním systémem srdečním a buňkami myokardu. Přístroj pro měření elektrické aktivity srdce se nazývá *elektrokardiograf*, křivka, vzniklá zápisem biopotenciálů na papír nebo obrazovku *elektrokardiogram*. Biopotenciály, snímané prostřednictvím elektrod přiložených na kůži, můžeme zaznamenávat na speciální papír (rastr) nebo pozorovat na obrazovce počítače, který data pouze monitoruje (ambulantně nebo na oddělení) nebo vytiskne, nebo ukládá na disk a umožňuje tak porovnávat záznamy při opakovaném vyšetření.

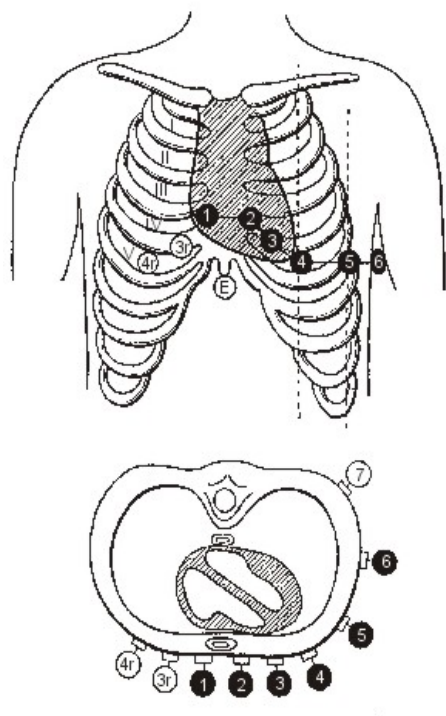
Elektrody, které snímají elektrické potenciály, se přikládají na vyšetřované osobě na hrudník a končetiny nebo jen na hrudník. Kably končetinových elektrod (běžně se přikládají i na hrudník – např. u ergometrie vždy, neboť pohyb



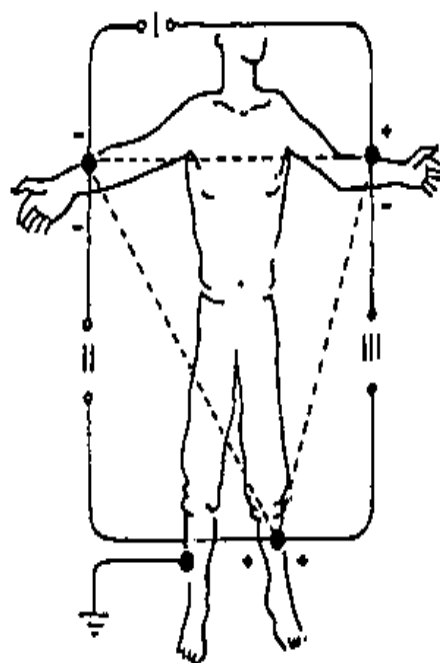
končetin by rušil snímání) jsou značené barevně, kabely hrudních elektrod jsou bílé s barevnými koncovkami nebo značené čísly 1 – 6. Jedna elektroda slouží vždy jako uzemnění.

Snímání elektrického potenciálu z jedné elektrody se nazývá *unipolární* svod, snímání rozdílu potenciálů dvou elektrod *bipolární* svod. Podle místa připevnění elektrod se svody rozlišují na:

- končetinové – bipolární – I,II,III a unipolární – aVR, aVL,aVF,
- hrudní – unipolární – V1,V2,V3,V4,V5 a V6.



Obrázek 9 Umístění hrudních svodů



Obrázek 10 Končetinové svody

### Dělení EKG:

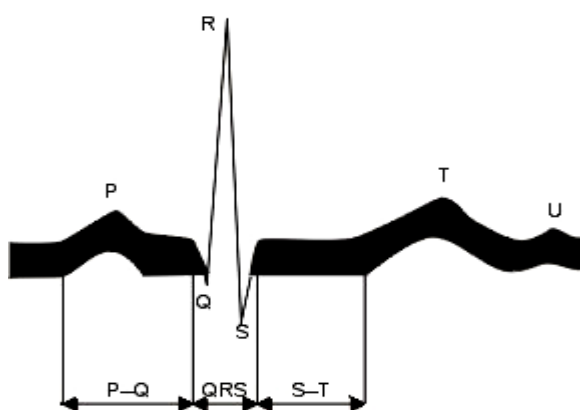
- Jednorázové:
  - klidové – standardní (12 svodové, 10 elektrod)
  - zátěžové – ergometrie (12 svodové, 10 elektrod)
- Monitorování:
  - ambulantní (2 svody, 5 elektrod)

- nemocniční (1 svod, 3 elektrody)

### Jednorázové klidové EKG, standardní

Zápis EKG se provádí vleže v klidu s rukama volně položenýma podél těla. Ve vyšetřovně nesmí být zima, nemocný by neměl mít strach (svalový třes ruší záznam). Na předloktí a na bérce umístíme končetinové elektrody, na hrudní stěnu hrudní elektrody (kabely elektrod se nesmí křížit), před přiložením kůži potřeme speciální EKG vodivou pastou, která zlepší zápis křivky. Je důležité potřít pastou pouze okrsky pod elektrodami, ne souvislé plochy (u hrudních elektrod). U mužů někdy musí být oholen hrudník, aby bylo možné elektrody přichytit. Záznam se provádí na speciální papír, který se posunuje stejnou rychlostí, obvykle 25 mm/s. Pozor na rušivé vlivy ostatních elektrospotřebičů zapojených do sítě ( i v sousední místnosti).

Obrázek 11 Fyziologická křivka EKG



Standardní i zátěžové EKG může být doplněno provokačním testem na vyvolání vazospazmu. Jako provokační stimul se používá 5minutová hyperventilace, následkem které vznikne respirační alkalóza. Tím na postižené tepně dojde

k vazospasmu, který se projeví na EKG okamžitě jako ischemie.

Tabulka 2 Popis fyziologické elektrokardiografické křivky

ČÁST KŘIVKY	POPIS	HODNOTA (s)
Vlna P	Odpovídá depolarizaci, která se šíří od sinusového uzlu do pravé a levé síně. Normálně je vlna pozitivní, nebývá větší než 2,5 mm.	Netrvá déle než 0,11 s.
Interval P-Q	Měří se od začátku vlny P k začátku kmitu Q nebo R,	0,12 – 0,20 s

	<p>pokud Q není vytvořeno.</p> <p>Odpovídá vzniku depolarizaci síní a nástupu depolarizace komor.</p>	
Komplex QRS	<p>Je to soubor po sobě jdoucích kmitů, které jsou vyvolány postupnou depolarizací obou srdečních komor. Kmit Q je prvním negativním kmitem, kmit R je prvním pozitivním kmitem a kmit S je druhým negativním kmitem.</p>	<p>Netrvá déle než 0,10 s.</p>
Interval S-T	<p>Měří se od konce kmitu S do začátku vlny T. Průběh tohoto intervalu je normálně shodný s izoelektrickou rovinou.</p> <p>Představuje konec depolarizace a rychlý nástup depolarizace komor.</p>	<p>Není konstantní.</p>
Vlna T	<p>Vzniká jako pomalá výchylka provázející ústup depolarizace komor. Negativní vlna T se nachází i u zdravých lidí některých svodech.</p>	
Vlna U	<p>Nepříliš výrazná pozitivní nebo negativní oblá vlna.</p>	
Interval Q-T	<p>Interval Q-T se měří od začátku kmitu Q ke konci vlny T. Trvání tohoto intervalu se mění s rychlostí činnosti srdce – čím pomalejší, tím delší a naopak.</p>	<p>Trvá 0,35 s.</p>

### **Zátěžové EKG, ergometrie**

Ergometrie je vyšetřovací metoda, která umožňuje sledovat vliv stupňované zátěže na krevní oběh, a tím vyloučit nebo potvrdit koronární nemoc, zjišťovat

účinnost léčby nebo sledovat výkonnost vyšetřované osoby po skončeném infarktu myokardu, angioplastice a nebo bypassu.

Je používán bicyklový ergometr nebo pohyblivý pás a EKG přístroj. Pracovní zátěž se měří ve watttech, např. šlapání nastavené na 50 wattů odpovídá zátěži při klidné chůzi po rovině. Chůze po schodech do třetího patra odpovídá zátěži 100 watt. Hodnotí se tepová frekvence, minutový objem, spotřeba kyslíku, změny na EKG). Pro jednotlivý věk a pohlaví jsou uvedeny hodnoty v tabulkách. Cílem vyšetření je dosažení alespoň 75 % tabulkové hodnoty tepové frekvence, pokud se dříve neobjeví stenokardie, dušnost, kolísání TK nebo abnormální EKG, což je důvodem k přerušení vyšetření. Zdravý jedinec může dosáhnout srdeční frekvence 200/min při výkonu 250 W. Na tomto pracovišti musí být k dispozici pomůcky pro okamžitou resuscitaci.

Indikací k ergometrii jsou diagnostika bolestí na hrudi a palpitací při klidovém EKG bez nálezu, hodnocení výkonnosti srdce u stabilní anginy pectoris nebo po skončeném infarktu myokardu nebo hodnocení účinnosti farmakologické léčby, angioplastik, bypassů. Absolutní kontraindikací jsou akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, vážné arytmie, myokarditida a horečka.

### **Ambulantní monitorování EKG (Holterovo)**

Holterovo monitorování je vyšetřovací metoda, která umožňuje 24 – 48 hodiny zaznamenávat EKG vyšetřované osoby při její obvyklé denní činnosti mimo nemocniční zařízení. Indikace jsou stejné jako u ergometrie. Zařízení tvoří elektrody s kabely, Holterova monitorovací jednotka (přípevněná na opasku) a počítač se specializovaným programem. Pacientovi se připevní pět samolepicích elektrod na přední stěnu hrudníku, čímž se získají dva hrudní bipolární svody V1 a V5.

(7, 11, 28)

### **2.2.1.4 RTG srdce**

Je jednou z neinvazivních vyšetřovacích metod. Nativní snímek hrudníku zůstává pro svou jednoduchost a spolehlivost nejčastější diagnostickou metodou na

interních odděleních. Dokáže zobrazit městnání v plicích u selhání LK dříve, než se objeví klinické příznaky. K dalším nálezům u jednostranného srdečního selhání patří zvětšení srdečního stínu (u chronické insuficience), pohrudniční výpotek a rozšíření plicnice v důsledku přetlaku.

(11)

#### **2.2.1.5 Scintigrafie srdce**

Scintigrafie srdce představuje neinvazivní vyšetřovací metodu s minimální radiační zátěží, která dokáže rozpoznat poruchu prokrvení myokardu. Vyšetření je založeno na poznatku, že i.v. podané radiofarmakum (např. thalium –  $^{201}\text{Tl}$  nebo technecium –  $^{99\text{mTc}}$ ) je vychytáváno pouze metabolicky aktivními, tedy zdravými buňkami myokardu, nikoli nekrotickými. Scintilační kamera, umístěná nad srdeční krajinu, detekuje ionizační záření radiofarmaka, které se vychytalo ve zdravém myokardu. Výpadek ionizačního záření v části myokardu svědčí pro ischemické ložisko či jizvu.

#### **2.2.1.6 Echokardiografie (ECHO)**

Je nejdůležitější neinvazivní diagnostická metoda v kardiologii. Prostřednictvím ultrazvukového vlnění o frekvenci 2,5 až 10 MHz zobrazuje nejen srdce a velké cévy, ale i směr proudění a množství krve v srdečních dutinách. Echokardiografická sonda přiložená na hrudník vysílá ultrazvukový signál, který proniká tkáněmi. Na tkáňových rozhraních (tkáň – krev) se signál odrazí zpátky a je stejnou sondou přijat a zpracován do výsledného obrazu na monitoru přístroje. K odstranění vzduchu mezi sondou a kůží se nanáší na sondu před přiložením gel.

Indikacemi k provedení tohoto vyšetření jsou infekční endokarditida, chlopenní vady, vrozené srdeční vady – změny na chlopních, proudění krve, dále kardiomyopatie – hypertrofie nebo dilatace komor, srdeční arytmie, aneurysma aorty – dilatace síně u mitrální stenózy, poruchy kontraktility po infarktu myokardu.

Podle způsobu zobrazení se echokardiografie dělí na:

- **jednorozměrnou**, kdy srdeční struktury, kterými prochází signál, se zobrazují jako černobílé křivky pohybujících se částí srdce. Slouží ke zjištění tloušťky srdečních stěn, velikosti srdečních dutin a jejich objemů po infarktu myokardu nebo při chlopenních vadách,
- **dvojměrnou**, kdy výsledný černobílý D obraz je anatomický řez srdcem ve výseči o vrcholovém úhlu 90 °. Slouží ke zjištění směru a rychlosti proudění krve při chlopenních vadách,
- **dopplerovskou** (barevné dopplerovské mapování): umožňuje vyšetřit proudění krve v srdečních oddílech a jeho charakter – laminární, turbulentní, jeho rychlost a směr. Výsledný barevný obraz je anatomický řez srdcem ve výseči o vrcholovém úhlu 90 °, na kterém se zobrazí krevní proud směřující k sondě červeně a opačný modře. Prokáží se tak zkratová proudění při chlopenních vadách.

(11)

#### **2.2.1.7 Měření centrálního žilního tlaku**

Měření žilního tlaku v horní duté žíle informuje o množství krve, přitékající k srdci. Provádí se cévkou zavedenou přes v. subclavia, v. jugularis nebo v. cupitalis do horní duté žíly. Norma CŽT je 4 – 6 mm Hg, zvýšený je při pravostranném srdečním selhávání, hypervolemii, snížený při hypovolemii.

(11)

#### **2.2.1.8 Katetrizace**

Srdeční katetrizace je invazivní vyšetřovací metoda, která umožňuje posoudit rozsah srdečních vad, funkci komor nebo zvýšení tlaku v LK a plicnici při plicní hypertenzi. Může být doplněna endomyokardiální biopsií k průkazu myokarditidy u kardiomyopatií. Je využívána i terapeuticky, např. při perkutánní transluminární angioplastice (PTCA), kdy se rozšiřuje koronární tepna speciálním balonkem).

Typy katetrizace podle cílového místa katétru:

- **pravostranná** – vyšetření se nemusí provádět pro rtg kontrolou. Proveďte se punkce žíly (v. subclavia, jugularis interna, femoralis) jehlou, jejímž

průsvitem se zavede speciální vodič (drát) s měkkým koncem, aby neporanil cévu. Po něm se zavede zavaděč, kterým se protáhne katétr. Nejčastěji se používá trojcestný plovoucí *Swanův-Ganzův katétr*. *Jedna část* umožňuje nafouknutí balonku na konci katétru, čímž je unášen krevním proudem až do plicnice. *Druhá část* katétru umožňuje měřit tlak v plicnici (tlak, měřený s nafouknutým balonkem se nazývá tlak v zaklínění). *Třetí část* končí o 30 cm dříve než předchozí a umožňuje měřit TK a aplikovat léky v pravé síni,

- **levostranná** – vyšetření je nutné provádět pod RTG kontrolou. Po punkci tepny a. femoralis se postupuje aortou proti směru krevního proudu (retrográdně) do levé komory. Po zavaděči se zavádí speciální TRG-contrastní katétr, tzv. *pig tail* (jeho konec je zatočený jako „prasečí ocásek“),
- **transseptální** – provedení pod RTG kontrolou je stejné jako u pravostranné katetrizace, z pravé síně probodnutím mezisíňové přepážky pronikne do levé síně.

Při katetrizaci jsou měřeny tyto hodnoty:

- tlak v zaklínění – tlak v plicnici, je totožný s tlakem v plicních kapilárách i levé síni
- minutový objem srdeční podle plicního tlaku levé a pravé komory
- saturace kyslíkem (oxygenometrie) v odebraných vzorcích krve z jednotlivých srdečních oddílů (průkaz míšení okysličené a odkysličené krve v důsledku zkratu),
- intrakardiální EKG

(11)

### **2.2.1.9 Koronarografie a angiografie (ventrikulografie)**

Koronarografie je invazivní katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen, při které se tepny po nástřiku kontrastní látkou rentgenograficky zobrazí. Umožňuje zobrazení vrozených anomálií, aterosklerotickým stenóz, uzávěrů koronárních tepen, kolaterálního oběhu, spasmů koronárních tepen. Na základě

výsledků koronarografie se indikuje trombolytická léčba, revaskularizace balonkovou angioplastikou (PTA). Jestliže se provádí pouze nástřík srdečních dutin, nazývá se metoda angiografie nebo ventrikulografie, nástřík levé komory se také nazývá levografie.

Indikace koronarografie: ICHS, chlopenní vady, srdeční selhání, arytmie, kardiomyopatie.

Po skončení vyšetření se provádí komprese tepny (a. femoralis) po dobu 10 – 15 minut. Pacient zůstává 24 hodin na lůžku s kompresí tepny tlakovým obvazem a na 6 – 8 hodin s přiloženým vakem s pískem. Nesmí končetinou pohybovat, napínat břišní svaly. Sestra sleduje pravidelně krvácení v místě vpichu, krevní tlak a tepovou frekvenci (nejprve po půl hodině, poté dle stavu). Do doby uplynutí 24 hodiny po zákroku sestra zajistí plnou pomoc při plnění základních potřeb nemocného.

(7, 12, 11)

### **2.2.2 Kardiomyopatie – definice, rozdělení**

**Kardiomyopatie** (KMP) jsou velkou skupinou srdečních onemocnění, která jsou definována podle Světové zdravotnické organizace (SZO) jako onemocnění myokardu se srdeční dysfunkcí. Je to trvalé, tedy chronické poškození myokardu, při kterém vzniká zvětšené srdce, tzv. kardiomegalie až na 500 – 600 g (to je více, než dvojnásobek normální hmotnosti srdce) a jsou přítomné poruchy rytmu, které mají za následek zhoršený srdeční výdej, a tedy kardiální dekompenzaci.

#### ***Klasifikace KMP podle SZO, 1995:***

- **dilatační** – převládá porucha systolické funkce, dilatace LK nebo obou komor,
- **hypertrofická** – porucha diastolické funkce se supranormální kontraktilitou, asymetrická hypertrofie LK anebo PK, postižení septa, malé objemy komor, diastolická dysfunkce s hyperkontrakcí,



- **restriktivní** – převládá porucha diastolické funkce, omezené plnění a malé diastolické objemy jedné nebo obou komor, téměř normální systolická funkce,
- **arytmogenní kardiomyopatie pravé komory** – vazivově tuková ložisková až celková přeměna PK s možným postižením LK,
- **neklasifikované kardiomyopatie** – znaky více typů s arytmiemi a poruchami převodu,
- **specifická kardiomyopatie** (většinou dilatační typ, např. zánětlivá, metabolická, hypertenzní, svalové dystrofie a nervosvalové poruchy...).

(22)

### 2.2.3 Dilatační kardiomyopatie

Dilatační kardiomyopatie je onemocnění srdečního svalu charakterizované dilatací a dysfunkcí levé komory nebo obou komor.



Obrázek 12 Dilatační kardiomyopatie (ECHO)

### ***2.2.3.1 Epidemiologie***

Prevalence dilatační KMP činí necelá 2% (Kardio, s.613). Roční incidence se pohybuje mezi 5 až 8 případy na 100 000 obyvatel. Skutečná incidence může být ještě vyšší, protože určitá část asymptomatických případů zůstává nedagnostikována.

### ***2.2.3.2 Etiologie***

Genetický přenos dilatační KMP je v poslední době prokazován asi u 25 – 30% nemocných. Familiárně dilatační kardiomyopatie je geneticky heterogenní onemocnění, nejčastěji autozomálně dominantní.

### ***2.2.3.3 Morfologie***

Objevuje se dilatace srdečních dutin, nejčastěji dominující u levé komory. Často pozorujeme kulovitou levou komoru, dilataci anulů AV chlopní, ztlustění endokardu a nástěnné tromby. Histologicky je možné nalézt myocytolýzu, disperzní ložiska intersticiální a perivaskulární fibrózy a hypertrofii zbylých kardiocytů.

### ***2.2.3.4 Hemodynamika***

Typické je zvětšení objemů, snížení parametrů kontraktility (EF), zvýšení plicních tlaků a snížení průtoků (MV, TO). U části nemocných jsou i známky diastolické dysfunkce.

### ***2.2.3.5 Klinický obraz***

Nemocný může být dlouho bez příznaků. Asymptomatický interval bývá individuálně velmi rozdílný. Obzvláště u mladých pacientů může mít nemoc rychlou progresi, nejčastěji po myokarditidách.

Postupně se objevují známky levostranného a/nebo pravostranného srdečního selhání. Mezi časté symptomy patří únava, dušnost a otoky. Mohou se také vyskytnout poruchy rytmu nebo tromboembolické příhody, náhlá smrt.

Chronické srdeční selhání se projeví obvykle na základě určitého vyvolávajícího faktoru nebo jejich kombinací, které negativně zasáhnou do bludného kruhu patogeneze a vyvolají tak dekompenzaci. Hlavními příznaky „selhávání dopředu“ jsou únava, svalová slabost, snížená pracovní tolerance, oligurie, nykturie, pocení.

V pokročilé fázi dochází k chronické hypotenzi, ke změně osobnosti, kardiální kachexii. „Selhání dozadu“ – plicní městnání, vede ke kardiální dušnosti. V klidu nejsou zprvu žádné potíže. Pozvolna se objevuje námahová dušnost, neúměrná fyzické zátěži. Vzniká při stále menší zátěži, stává se trvalou. Stupňuje se pohybem. Klidová dušnost vleže v noci je pro selhávání LK typická. Provází ji ortopnoe – nutí nemocného k posazení a zapojení pomocných dýchacích svalů. Zjišťujeme, kolik polštářů si musí nemocný dávat na noc pod hlavu. Dušnost je rozdělena podle funkčního omezení do čtyř stupňů, koncepčně je velmi jednoduchá, má ale velkou variabilitu mezi různými hodnotiteli a tak se často liší hodnocení funkčního stavu pacientem a jeho lékařem. Funkční klasifikace byla vytvořena New York Heart Association (NYHA).

**Tabulka 3 Funkční klasifikace podle New York Heart Association (NYHA), modifikace z roku 1994**

NYHA	Definice	Činnost
Třída I	Bez omezení tělesné aktivity. Běžná tělesná aktivita nepůsobí pocit dušnosti, vyčerpání, palpitací nebo anginy.	Nemocní zvládnou práci, jako je shrabování sněhu, rekreační hra odbíjená či lyžování, běh rychlostí 8 km/hod.
Třída II	Mírné omezení tělesné aktivity. Již nevelká námaha vede k dušnosti, únavě, palpitacím nebo angině. V klidu jsou nemocní bez obtíží.	Nemocní zvládnou práci na zahradě, sexuální život bez omezení, chůzi rychlostí 6 km/hod.
Třída III	Značné omezení tělesné činnosti, již nevelká	Nemocní zvládnou základní

	námaha vede k dušnosti, únavě, palpitačním nebo angině. V klidu jsou nemocní bez obtíží.	domácí práce, obléknou se bez obtíží, zvládnou chůzi o rychlosti 4 km/hod. Bez zastavení vyjdou nejvíce do druhého poschodí nebo obejdou blok domů.
Třída IV	Obtíže při jakékoliv tělesné činnosti, invalidizace. Dušnost, palpitace nebo angina se objevují i v klidu.	Nemocní mají klidové potíže a nejsou schopni samostatného života.

Auskultačně můžeme na plicích zjistit vlhké nepřízvučné chrůpky, které nemizejí po odkašlání. Později se dekompenzace levého srdce může přenést vlivem plicní hypertenze na pravé srdce, objeví se pak žilní otok a sníží se překrvení plic i dušnost. Vzniká tak oboustranné srdeční selhání, které je řazeno do skupiny NYHA IV.

### 2.2.3.6 Diagnostika

**Při fyzikálním vyšetření** na srdci můžeme slyšet III., eventuálně IV. Ozvu. Tento nálezn hodnotíme jako cval. Velmi často slyšíme systolický šelest na hrotě při mitrální regurgitaci a pod mečíkem v případě trikuspidální regurgitace. Někdy je možné vidět zvedavý úder hrotu. Mezi projevy srdečního selhání patří nepřízvučné chrůpky při poslechu plic, zvýšená náplň krčních žil, otoky dolních končetin, hepatomegalie, v pokročilejším stavu i ascites. Pulsus alternans může být přítomen i ve stadiu těžšího srdečního selhání.

**V laboratorních výsledcích** pozorujeme u pokročilejších forem srdečního selhání hyponatremii a hyperurikemii. Hyponatremie je spojena s horší prognózou.

Na **RTG** bývá zvětšené srdce a plicní venostáza až známky alveolárního plicního edému, na **EKG** zatížení obou síní, patologické kmity Q, hypertrofie LK, blokády ramének, sinusová tachykardie, často fibrilace síní nebo komplexní komorová tachykardie.

**Echokardiografie** je nejdůležitější metodou v diagnostice dilatační kardiomyopatie. Typický obraz tvoří dilatace levé komory i jiných oddílů, malé ztluštění stěny komor, difuzní hypokineze, častá mitrální nebo trikuspidální regurgitace, nízká ejekční frakce. V dilatovaných hypokinetických dutinách se mohou tvořit tromby. K invazivním metodám, které bychom mohli použít k diagnostice dilatační KMP, patří **srdeční katetrizace s koronarografií a endomyokardiální biopsie**.

#### **2.2.3.7 Diferenciální diagnóza**

K odlišení dilatační kardiomyopatie od ischemické choroby srdeční je nutná koronarografie. K vyloučení některých specifických kardiomyopatií nebo myokarditidy může být provedena endomyokardiální biopsie.

(22)

#### **2.2.4 Léčba dilatační kardiomyopatie**

V praxi v podstatě odpovídá léčbě chronického srdečního selhání – režimová, dietní, farmakologická a chirurgická.

##### **2.2.4.1 Životní režim a pohybová aktivita**

Spočívá zejména v edukaci a motivaci nemocného. Musí být opakovaně vysvětlena podstata nemoci a jejího léčení:

- Důležitá je abstinence kouření.
- Pravidelné vážení ihned po probuzení – náhlý přírůstek 2 – 3 kg tělesné hmotnosti signalizuje zhoršení
- V důsledku nemoci si musí nemocný zvyknout na trvale omezenou aktivitu. Je ale nutné zabránit jeho psychické, tělesné i sociální izolaci. Omezení zátěže má být úměrné závažnosti onemocnění. Klid na lůžku pouze u těžkých stavů na omezenou dobu.

**Pohybová aktivita, individuální domácí vytrvalostní trénink** je velmi důležitý. U stabilizovaných nemocných je vhodný kondiční trénink, jehož základem je 3x až 5x týdně aerobní zátěž v době trvání 20 – 30 minut. Trénink

vede ke zlepšení subjektivního cítění, tolerance zátěže, ke zlepšení třídy NYHA, zvýšení ejekční frakce o několik procent. Nejčastěji doporučované aktivity jsou vedle chůze, která představuje nejbezpečnější fyzickou aktivitu, jízda na kole nebo rotopedu, plavání, běh.

**Tabulka 4 Individuální domácí trénink**

<i>Týden</i>	<i>Vzdálenost</i>	<i>Čas</i>	<i>Poznámka</i>
1.	400 m	5 minut (klidná chůze)	dvakrát denně
2.	800 m	10 minut (klidná chůze)	dvakrát denně
3.	1200 m	20 minut chůze – 5 minut přestávka, opakovat	jednou denně
4.	1500 m	20 minut	jednou denně
5.	2000 m	30 min	dvakrát denně
6.	3000	35 – 40 minut	jednou denně

#### **Základní principy racionálního tréninku u nemocných se chronickým srdečním selháváním**

- Bezpečnost (dbát na klinické projevy potíží).
- Pravidelnost (vysazení pravidelného cvičení vede rychle ke ztrátě získaného efektu).
- Aerobní trénink – nejvhodnější je trénink na rotopedu, umožňuje přesně dávkovat a kontrolovat zátěž.
- Zahřívací a relaxační část – před vlastním aerobním cvičením je počáteční zahřátí pěti až desetiminutovou zátěží menší intenzity a závěrečné relaxační cvičení.
- Silový trénink, zařazovat dvakrát týdně.
- Intenzita zátěže – podle procent maximální tepové frekvence a subjektivního vnímání námahy.
- Trvání a frekvence zátěže – záleží na výchozím funkčním stavu nemocného.

(22)

#### 2.2.4.2 Výživa

Dieta má být lehká, nedráždivá, nenadýmavá, s dostatkem všech živin, vlákniny, draslíku, magnezia a vitaminů (C, E, B- komplex), měla by být rozdělena do pěti až šesti dávek. Při otylosti je nutná redukční dieta. Neslaná dieta je doporučována u symptomatického chronického srdečního selhávání. Příjem kuchyňské soli omezujeme na 5 g NaCl za den, což značí příjem sodíku cca 2,3 g za den. Jsou doporučovány tyto zásady:

- Nepoužívat při vaření slané suroviny, např. konzervy, uzeniny, solené ryby a sýry, nepodávat bílé pečivo, minerálky.
- Vařit bez použití soli.
- Na stole nemá být solnička.

**Tabulka 5 Kategorie obezity a zdravotních rizik podle SZO**

BMI (kg m <sup>-2</sup> )	KATEGORIE OBEZITY	ZDRAVOTNÍ RIZIKA
18,5 – 24,9	normální hmotnost	
25,0 – 29,9 do 27,0 do 29,9	nadváha	nízká lehce zvýšená
30,0 – 34,9	obezita I. stupně	vysoká
35,0 – 39,9	obezita II. stupně	vysoká
více jak 40	obezita III. stupně	velmi vysoká

**Příjem tekutin** při restrikci soli může být 1,5 l vody denně, u dekompenzovaných nemocných může být přísun tekutin snížen, alkohol je vyloučen, dva šálky kávy jsou povoleny, měly by být prováděny kontroly iontů

(22, 18)

#### 2.2.4.3 Farmakologická léčba

Základem farmakologické léčby dilatační kardiomyopatie, a tedy chronického srdečního selhání jsou ACE inhibitory, inhibitory receptorů AT1, betablokátory, diuretika, kardiotonika, malé dávky blokátoru aldosteronu, antiagregační látky, antikoagulancia,

- **ACE inhibitory** (kaptopril, enalapril, ramipril..) se staly základním lékem v léčbě srdečního selhání. Inhibitory angiotensin I konvertujícího enzymu, mají periferní vazodilatační účinek, tím, že blokují tvorbu angiotensinu II, který vyvolává vazokonstrikci. Dále zpomalují odbourávání oxidu dusného (NO) a stimulují fibrinolýzu. Dělí se na krátkodobé (kaptopril), střednědobé (enalapril) a dlouhodobé (perindopril, ramipril). Léčbu zahajujeme nízkou dávkou, kterou postupně zvyšujeme. Je nutno kontrolovat hodnoty minerálů v séru a ledvinné funkce. Nejčastějším nežádoucím účinkem je kašel.
  
- **Inhibitory receptorů AT 1** (losartan, valsartan) mají méně nežádoucích účinků než ACE inhibitory. Je potvrzen jejich účinek na snížení mortality a morbidity.
  
- **Betablokátory** se staly základním preparátem v léčbě chronického srdečního selhání (pozor, jsou kontraindikovány při akutním srdečním selhání!). Snížením tepové frekvence myokardu, a tím poklesem krevního TK, zlepšují prokrvení myokardu v diastole a snižují jeho metabolické nároky. Dělí se podle účinků na srdce kardioselektivní (tenolol, betaxolol, acebutol) a neselektivní (karvedilol). Nevýhodou neselektivních betablokátorů je riziko bronchokonstrikce, vazokonstrikce a hyperlipidemie. Zahájení léčby provádíme za postupné monitorace pacienta, zprvu podávání nízkou dávkou, kterou postupně zvyšujeme.
  
- **Diuretika** zvyšují exkreci elektrolytů a vody z těla, způsobují vazodilataci. Základní rozdělení:
  - **diuretika kličková** (furosemid) působící v Henleově kličce nežádoucí účinky, které se po jejich podání vyskytují jsou hypokalémie, deplece hořčíku, hyperurikemie, ototoxicita.
  - **thiazidová** (hydrochlorothiazid), která působí v distálním tubulu a blokuje reabsorpci NaCl, zvyšují aktivní reabsorpci vápníku. Kromě



renálních účinků mají i účinky extrarenální, způsobují vazodilataci, pokles periferní rezistence. Nežádoucí účinky – hyperurikémie, hyperglykémie, hypokalémie, hyponatrémie, hypomagnesemie, hyperlipidémie.

- **kalium šetřící** (verospiron) diuretika působí ve sběrných kanálcích. Snižují reabsorpci natria inhibicí funkce aldosteronu v distálním tubulu a sběrném kanálku. Mezi nežádoucí účinky patří hyperkalémie, gynekomastie.

Při podávání diuretik musíme kontrolovat hladiny minerálů v séru a diurézu. Užívají se u pacientů s retencí vody a sodíku při městnavé srdeční slabosti srdeční (otoky, dušnost). Nástup účinku mají pozvolný, nevedou k ortostatické hypotenzi. V kombinacích potencují účinky antihypertenziv.

- **Kardiotonika** zvyšují stažlivost myokardu (dioxin), zpomalují srdeční frekvenci (aktivují n. vagus), zpomalují rychlost veden zejména v AV uzlu s rizikem AV blokády. Jsou nositeli proarytmogenního rizika (supraventrikulární a komorové tachykardie). Mohou způsobovat také zvracení, průjmy, nechutenství, eventuálně vzácné žlutozelené vidění. Podáváme u pacientů s fibrilací síní s rychlou odpovědí komor.
- Malou dávku **blokátoru aldosteronu** nemocným ve funkčním stadiu NYHA II spojenou s hypokalémií, dále u NYHA III a IV.
- **Antiagregans** – kyselina acetylsalicylová (ASA), snižují agregaci trombocytů, a tím riziko vzniku krevní sraženiny. Mezi základní nežádoucí účinky patří krvácení zejména po invazivních výkonech.
- **Antikoagulační léčba** je indikována u nemocných s fibrilací síní a/nebo po systémové embolizaci, nebo velmi výrazné dilataci komor, prokázaném nitrosrdečním trombu. Perorální antikoagulanci kumarinového typu zasahují do zevního systému srážení krve závislého na vitamínu K, dávka se stanovuje

podle cílové hodnoty INR okolo 2 – 3. INR vyjadřuje poměr mezi tromboplastinovým časem léčeného ku tromboplastinovému času normální plazmy (směsný vzorek plazy odebraný od zdravých, warfarinem neléčených subjektů).

(10, 11, 18, 22)

#### **2.2.4.4 Oxygenoterapie**

V případě, že je omezená nabídka kyslíku tkáním a orgánům nemocného, zavádí se *kyslíková terapie*. Kyslík může být aplikován prostřednictvím:

- **kyslíkových brýlí**, které se používají při dlouhodobější aplikaci kyslíku. Krátké katétry se zavádějí do nosních otvorů, výhodou je přirozené zvlhčování kyslíku a minimální obtěžování pacienta. Nevýhodou je poměrně nízká účinnost léčby, při podávání kyslíku 5 – 6 l/min je jeho koncentrace v dýchací směsi zhruba 30%.
- **kyslíkové masky** – používá se u akutních stavů při krátkodobé aplikaci kyslíku. Je vyrobená z průhledného plastu, který dobře přiléhá k obličeji. Mezi výhody patří poměrně vysoká účinnost, při dávkování kyslíku 7 l/min je jeho koncentrace 70% u masek s rezervoárem a 60% u masek bez rezervoáru. Masky se nepoužívají u pacientů, kteří zvrací a u neklidných nemocných, kde přítomnost masky zvyšuje jejich neklid.
- **Venti masky**, což je kyslíková maska, na kterou je napojena speciální spojka umožňující nastavení koncentrace podávaného kyslíku. Tato spojka může být vyrobena na aplikaci pouze jedné koncentrace nebo může být vyrobena tak, aby se koncentrace aplikovaného kyslíku dala měnit. Využívá se u spontánně ventilujících pacientů, kteří potřebují vyšší koncentraci kyslíku, u pacientů po extubaci nebo dekantaci.
- **Ayerovo T** představuje speciální systém, kterým je do blízkosti dýchacích cest pacienta nebo přímo do tracheostomické kanyly přiváděn vzduch s různě nastavitelnou koncentrací kyslíku. Je využíván u nemocných, kteří mají zachovanou spontánní dechovou aktivitu, ale je stále ještě nutné o dýchací cesty pečovat, nebo pacientům, kteří procházejí odvykáním od umělé plicní ventilace.

Kyslík přiváděný do dýchacích cest musí být vždy *zvlhčován*, aby nevysušoval sliznice. Ve skleněné baňce pod průtokoměrem, jímž se dá regulovat množství kyslíku přiváděného k nemocnému, musí být vždy dostatečná hladina sterilní vody, přes kterou podávaný kyslík probublává.

(7)

#### **2.2.4.5 Transplantace srdce**

V situaci, kdy srdce již přestává plnit svou funkci a hrozí dekompenzace onemocnění je indikována transplantace srdce. Bohužel ve spoustě případů není možné tento krok uskutečnit. Je nutné zvážit rizika tohoto výkonu včetně možných komplikací a celkový přínos pro daného pacienta včetně aktuálního zdravotního stavu.

(7, 10, 12, 18)

### **2.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ**

**Jméno:** X. Y.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 53 let

**Bydliště:** Domov pro osoby se zdravotním postižením

**Národnost:** Česká

**Stav:** svobodná

**Zaměstnání:** plný invalidní důchod

**Právní způsobilost:** zcela omezená

**Opatrovník:** sestra

**Datum přijetí:** 28. 12. 1989

Slečna X. Y. byla přijata v roce 1989 do Domova pro osoby se zdravotním postižením, který byl a je doposud určen pro cílovou skupinu mentálně retardovaných žen ve věku od 18 let a výše, pro diagnózu Středně těžká mentální retardace. V roce 2008 zjištěna Dilatační kardiomyopatie.

### **2.3.1 Údaje z lékařské dokumentace**

**Rodinná anamnéza:** je z dvojčat, sestra zdravá. Tři starší sourozenci byli v péči otce. Otec zemřel na infarkt myokardu, sestra i jeden z bratrů také prodělali infarkt myokardu. Matka zemřela, léčila se v psychiatrické léčebně.

**Osobní anamnéza:** v dětství časté záněty středouší, horních cest dýchacích, léčena pro Epilepsii. Již od mládí sledována psychiatrickým lékařem pro poruchy chování, autoagresivitu. Strabismus, dysfázie. Od roku 2006 léčena na arteriální hypertenzi. Středně těžká mentální retardace.

**Pracovní anamnéza:** vychodila dvě třídy základní školy, potéž osvobozena od školní docházky, nikdy nepracovala, plný invalidní důchod.

**Sociální anamnéza:** od 10 let pobyt v ústavech, z rodinných příslušníků žije už pouze její sestra, která je také jejím opatrovníkem. Zbavena způsobilosti k právním úkonům.

**Alergie:** dle dokumentace žádná

**Abusus:** káva 2x denně, ostatní 0

**Nynější onemocnění:** pro námahovou dušnost, akrální cyanózu, bolest na hrudi, která se objevovala při společných vycházkách, byla klientka odeslána ošetřujícím lékařem na sonografické vyšetření srdce, kde zjištěna výrazná dilatace LS a LK, EF 40 %. Proto ošetřujícím kardiologem klientka odeslána na SKG vyšetření při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení k vyloučení ischemické příčiny. Po tomto vyšetření stanovena diagnóza Dilatační kardiomyopatie nejasné etiologie.

### **2.3.2 Diagnostické metody**

**EKG srdce** provedené v průběhu roku 2007 (jeden rok před dalšími vyšetřeními):  
Sinus 67/min, blok levého Tawarova raménka (LBBB) PQ 0,18 QRS 0,16

**Sonografické vyšetření srdce** absolvovala klientka v březnu 2008:

Zjištěna výrazná dilatace LS i LK, bez hypertrofie, kulovité remodelace. Akineza hrotu, výrazná hypokineza celého IVS, EF 40%. Chlopenní aparát bez morfologických abnormalit.

Dopplerův signál – MIR II, AoR I - II, trikuspidální a pulmonální ústí bez známek významných patologických proudění. Perikard bez separace, bez výpotku, plicní hypertenze nezjištěna, nitrosrdeční útvary nezachyceny.

**Doporučení lékaře:** změna medikace – redukce betablokátorů, přidat kyselinu acetylsalicylovou s malými dávkami diuretik současně s inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu.

**Fyzikální vyšetření** v době nástupu k hospitalizaci, v den SKG vyšetření:

*Objektivně:* TK 167/74, lucidní, eupnoe, afebrilní, přiměřené hydratace, koloritu, mírná obezita.

*Hlava:* bulby strabismus, spojivky růžové, bez sekrece.

*Krk:* karotidy bez šelestu, tepou symetricky, štítná žláza a lymfatické uzliny hehmatné.

*Hrudník:* poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, AS regg, bez šelestů.

*Břicho:* měkké, prohmatné, peristaltika +, játra a slezina nehmatné, tapotement bilaterálně negativní.

*Dolní končetiny:* bez otoků a známek flebotrombózy, pulsace do periferie zachovaná.

**Laboratorní vyšetření** v den nástupu k SKG vyšetření:

V den hospitalizace bylo klientce provedeno základní laboratorní vyšetření krve: krevní obraz, biochemické vyšetření, koagulační vyšetření. Byla zjištěna hypokalémie – 3,16 mmol/l, ostatní výsledky vyšetření se pohybovaly v daných referenčních rozmezích.

**Tabulka 6 Výsledky laboratorního vyšetření krve nemocné**

UKAZATEL	VÝSLEDEK	REF. ROZMEZÍ	UKAZATEL	VÝSLEDEK	REF. ROZMEZÍ
<b>bilirubin</b>	7,0 umol/l	3,4-17,1	<b>LDL</b>	3,41 mmol/l	0,20-3,37
<b>ALT</b>	0,23 ukat/l	0,10-0,73	<b>Leukocyty</b>	5,12x10 <sup>9</sup> /l	3,90-9,40
<b>AST</b>	0,27 ukat/l	0,10-0,67	<b>Erytrocty</b>	4,77x10 <sup>12</sup> /l	3,90-5,10
<b>ALP</b>	0,76 ukat/l	0,66-2.20	<b>Hemoglobin</b>	127 g/l	120-162
<b>GMT</b>	0,23 ukat/l	0,10-1,10	<b>Hematokrit</b>	0,439 „1“	0,370-0,470
<b>CRP</b>	6,00 mg/l	≥ 10	<b>MCV</b>	88,4 fl	84-98
<b>Kreatinin</b>	76,0 umol/l	53-97	<b>MCH</b>	31,2 pg	28-34
<b>Urea</b>	4.2 mmol/l	2,5-6,4	<b>MCHC</b>	353,00 g/l	320-360

<b>Kys. močová</b>	271 mmol/l	150-350	<b>Trombocyty</b>	199x10 <sup>9</sup> /l	149-409
<b>Na</b>	137,6	134-145	<b>Neutrofilly</b>	0,647 „1“	0,480-0,700
<b>K</b>	<b>3,16</b>	3,8-5,3	<b>Lymfocyty</b>	0,240 „1“	0,230-0,450
<b>Cl</b>	102	96-106	<b>Monocyty</b>	0,086 „1“	0,020-0,110
<b>Ca</b>	2,34	2,1 – 2,6	<b>Eosinofily</b>	0,023 „1“	0,010-0,040
<b>Glukosa</b>	4.27 mmol/l	3,88-5,83	<b>Basofily</b>	0,004 „1“	0,000-0,014
<b>Cholesterol</b>	5.10 mmol/l	3,50-5,17	<b>APTT</b>	<b>40,9</b>	25 - 39
<b>Triacylglyceroly</b>	0,93 mmol/l	0,17-1,54	<b>INR</b>	<b>1,36</b>	0,8 - 1,2
<b>HDL</b>	1,27 mmol/l	1,60-3,00			

### ***Selektivní koronarografie (SKG) a levografie (LVG):***

V lokální anestezii cestou arteria radialis l. sinistra byla provedena SKG a LVG. Na základě tohoto vyšetření byla vyloučena ischemická příčina těžké dysfunkce LK (40%) se závěrem Dilatační kardiomyopatie nejasné etiologie. Odebrána serologie myokarditid v rámci vyšetření. Pro zjištěnou hypokalémii byla nasazena per orální substituce. Po výkonu rozvoj velkého hematomu 3x3 cm nad místem punkce levé arterie radialis – bez šelestu.

*Doporučení lékaře:* sledování kardiologem jak zavedeno, kontroly iontogramu do normalizace kalémie denně, serologii myokarditid možno vytelefonovat v příštím týdnu.

### **2.3.3 Průběh onemocnění**

***Do roku 2006*** byla klientka naprosto bez somatických potíží. V uvedeném roce byla zjištěna arteriální hypertenze, pro kterou byla klientka později léčena.

***Asi o rok později*** byla u klientky zjištěna na návštěvě u své sestry bolest na hrudi, cyanóza, pro kterou vyšetřena na tamější klinice. Závěr z EKG vyšetření: blok levého Tawarova raménka (LBBB).

*V březnu roku 2008* se u klientky objevily při vycházce námahová dušnost, akrální cyanóza, bolest na hrudi. Z tohoto důvodu objednána na sonografické vyšetření srdce. Medikace podávaná klientce před sonografickým vyšetřením srdce: Tisercin tbl 1-1-1, Prothiaden 25 mg tbl 1-1-1, Cisordinol 10 mg tbl 0-0-1, Vasocardin SR 200 mg tbl 0,5-0-0. Jednou denně kontrolován TK, P, D, sledována dušnost, bolest na hrudi, potíže. Klientka dodržovala režim se sníženou fyzickou zátěží. Průběh bez potíží.

*Sonografie srdce* byla u klientky provedena deset dní před plánovanou hospitalizací a vyšetřením SKG. Na základě výsledného vyšetření a doporučení kardiologa byla klientce změněna ošetřujícím lékařem stávající medikace. Vasocardin SR 200 mg ex, přidán Hartil H 2,5/12,5 mg tbl 1-0-0, Egilok 25 mg tbl 1-0-1, Anopyrin 10 mg tbl 0-1-0, psychiatrická medikace nadále stejná. Nadále sledovány fyziologické funkce, projev potíží souvisejících s onemocněním.

*0. den - v den plánované hospitalizace k SKG* vyšetření, byla ráno v 6.30 hodin klientka vzbuzena, pod dohledem pracovníka sociální péče provedla ranní hygienu, oblékla se. Změřeny fyziologické funkce, podána ranní medikace a v 7.00 hodin v doprovodu zaměstnance byla odvezena ústavním dopravním prostředkem do zdravotnického zařízení na interní oddělení. Sloužící zdravotnický personál převzal sesterskou překládovou zprávu, zprávu o soběstačnosti klienta, anamnézu do zdravotnické dokumentace a kopii sonografického vyšetření provedeného u klientky. Dále byly předány léky chronické medikace v množství na tři dny. V tamním zařízení provedeno vstupní fyzikální a laboratorní vyšetření.

*1. den po SKG vyšetření* byla u klientky ukončena hospitalizace, na základě domluvy se zdravotnickým zařízením opět během odpoledního převezena zpět do našeho zařízení. Na základě hypokalémie nasazen Kalnormin 1-1-1, na hematom na levém zápěstí doporučen Heparoid ung jednou denně. TK, P, D sledovány jednou denně.



**2. den** byl kontaktován ošetřující lékař o výsledku SKG vyšetření. Klientce byl proveden odběr krve na kontrolu iontogramu – 3,61 mmol/l, dále podáván Kalnormin tbl a ostatní naordinované léky. Hematom na levém zápěstí byl jednou denně ošetřen Heparoidem ung. Monitorace fyziologických funkcí nadále stejná. Klientka bez potíží. Tento den byl vypracován Plán aktivit a Edukační plán klientky, s nimiž byli seznámeni klientka a pracovníci sociální péče.

**3. den** opět proveden odběr krve ke kontrole hladiny kalia v krvi – 3,85 mmol/l, na základě konzultace s ošetřujícím lékařem úprava medikace - Kalnormin tbl 1-0-1. Hematom již místy žluté barvy, menší velikosti, Heparoid ung. dále. Monitorace fyziologických funkcí v domácím prostředí stejná. Klientka bez potíží. Zatím režim s omezením zátěže, vynechat vycházky, pouze pohyb po budově, ve které klientka bydlí nebo v areálu zařízení v doprovodu s ohledem na pocity klientky.

**4. den** na základě výsledků krevních odběrů na hladinu draslíku zůstává medikace stejná, hematom již téměř vstřebán, mast dnes aplikována naposledy. Monitorovány TK, P, D, vlhkost sliznic, dušnost, bolest. Na základě žádosti pečujících pracovníků sociální péče bylo opět zorganizováno sezení, kde jsme prodiskutovali podrobnosti ohledně onemocnění, projevy, léčebný režim, prevenci a projev komplikací. Klientka si na nic nestěžuje, ráda polehává přes den na lůžku.

**5. den** provedeny opět odběry na hladinu kalia v krvi, která byla 4,21 mmol/l. Tento výsledek konzultován s ošetřujícím lékařem, medikace zůstává.

Tento den byly také u klientky monitorovány fyziologické funkce při fyzické zátěži stanovené podle Plánu aktivit v Edukačním plánu nemocné. Klientce byly před plánovanou fyzickou aktivitou - chůzí změřeny před zahájením, bezprostředně po skončení aktivity a půl hodiny po ukončení aktivity fyziologické funkce (viz tabulka č. 5).

**6. den** – jednou denně monitorovány fyziologické funkce, které byly v normě, dnes kalémie 4,3 mmol/l, dle ordinace lékaře Kalnormin tbl ještě dva dny, poté ex. Klientka také absolvovala plánované kontrolní psychiatrické vyšetření, na jehož základě došlo ke změně medikace – stávající při zjištěném onemocnění nevhodná: Prothiaden 25 mg tbl, Tisercin tbl, Cisordinol 10 mg tbl ex, místo těchto léků nasazen Kventiax 100 mg tbl 1-0-1, Asentra 50 mg tbl 1-0-0.

**7. den včetně následujících** dnů byly u klientky pravidelně monitorovány fyziologické funkce, podávány léky dle ordinace lékaře, sledovány potíže, které se vyskytly v minimální míře.

**8. den** na základě iontogramu naposledy Kalnormin tbl (kalémie 4,82 mmol/l). Fyziologické funkce monitorovány, odpovídající fyzická zátěž.

**10. den** po SKG vyšetření zjištěn výsledek serologie myokarditid. Nález byl pozitivní (Coxsackie B).

### **2.3.4 Farmakoterapie nemocné**

#### **Před onemocněním:**

**TISERCIN drg** – sedativní antipsychotikum (levomepromazin), užívá se u psychotických onemocnění, nejčastějšími nežádoucími účinky jsou a) extrapyramidové (parkinsonský syndrom charakteristický svalovou rigiditou, tremorem a bradykinezi, v psychice snížením pozornosti, apatií, okulogyrální krizí (stáčení bulbů vzhůru, akatizii /syndrom neklidných nohou, vnitřní neklid, tardivní dyskinezi (opakované mimovolní nezvyklé pohyby končetin, tremor horního rtu, rytmické vyplazování jazyka) a b) kardiovaskulární – elektrická nestabilita myokardu vyplývající z prodloužení QT – intervalu, které mohou vyústit v komorovou tachyarytmii a objevují se tak synkopální stavy, z ostatních nežádoucích účinků lze vyjmenovat snížení prahu pro vyvolání křečí, ukládání komplexu léčiva a menlaninu do kůže zejména při slunění, do rohovky a čočky. Po zjištění onemocnění srdce ex.

**PROTHIADEN 25 mg tbl** – antidepresivum (dosulepin), podává se při depresivních stavech různého původu, úzkostných neurózách a stavech spojenými s těžšími trvalými bolestmi. Nesmí být podáván u zeleného zákalu, při těžších srdečních onemocněních. Vedlejší účinky mohou být únava, ospalost, závratě, bušení srdce, zácpa, sucho v ústech. Po zjištění onemocnění srdce ex.

**CISORDINOL 10 mg tbl** – neuroleptikum (zuclopentixol), je určen k léčbě akutních a chronických schizofrenií, psychóz, které se projevují poruchami myšlení, halucinacemi a bludy, dále duševní zaostalosti spojené s nepřiměřeně vysokou psychickou a pohybovou činností, neklidem, poruchami chování. Nežádoucí účinky extrapyramidové příznaky, bolesti hlavy, závratě, zvýšení tělesné hmotnosti, bušení srdce, zvýšená tvorba slin. Po zjištění onemocnění srdce ex.

**VASOCARDIN SR 200 mg tbl** – selektivní betablokátor (metoprolol) naordinován ošetřujícím lékařem v době, kdy byla u klientky zjištěna arteriální hypertenze, po sonografickém vyšetření srdce ex.

**Po zjištění dilatační KMP:**

**HARTIL H 12,5/2,5 mg tbl** - ACE inhibitor kombinovaný (ramipril) s thiazidovým diuretikem (hydrochlorthiazid), účinky jsou popsány v kapitole 2.2.4.3, naordinován na základě výsledků sonografického vyšetření.

**EGILOK 25 mg tbl** – betablokátor (selektivní, účinky popsány v kapitole 2.2.4.3), naordinován na základě sonografického vyšetření.

**ANOPYRIN 100 mg tbl** – antiagregans (kyselina acetylsalicylová), též naordinován v den sonografického vyšetření srdce, podrobnosti v kapitole 2.2.4.3.

**KALNORMIN tbl** - chlorid draselný, suplementace draslíku, mezi nežádoucí účinky patří zvracení, nevolnost, nechutenství, bolesti v nadbřišku, u porušené funkce ledvin nebezpečí zvýšení hladiny draslíku v krvi. Naordinován v 0. den hospitalizace ve zdravotnickém zařízení k SKG vyšetření, po doplnění hladiny kalia v krvi ex.

**KVENTIAX 100 mg tbl** – atypické antipsychotikum (quetiapin), ovlivňuje pozitivní, negativní, afektivní a kognitivní příznaky schizofrenie a rezistentních forem onemocnění. Zvýšený antipsychotický účinek, snížená extrapyramidální symptomatologie ve srovnání s klasickými neuroleptiky. Nežádoucí účinky – sedace a únava, posturální hypotenze, tachykardie, zvýšená glukózová tolerance, zvyšování hmotnosti.

**ASENTRA 50 mg tbl** – antidepresivum (sertralin), patří do skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), nežádoucí účinky jsou akatázie (druh vnitřního jemného motorického neklidu) a serotoninový syndrom. Antidepresivum bylo naordinováno při posledním kontrolním psychiatrickém vyšetření.

(10, 12, 18, 22)

## 3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je způsob poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelský proces poskytuje myšlenkový rámec pro celkovou systematickou individualizovanou péči o pacienta, nabízí způsob, jak řešit problémy pacienta a uspokojovat jeho potřeby, systematicky plánovat, poskytovat a hodnotit ošetřovatelskou péči.

Výše uvedený proces má pět fází, které na sebe navazují, navzájem se prolínají:

- **První fází je posouzení** pacienta, sběr informací týkajících se tělesných, psychických, kognitivních, sociálních a spirituálních potřeb. Pro tento účel používáme metody jako jsou rozhovor, fyzikální vyšetření, pozorování, konzultace s dalšími odborníky, studium zdravotnické dokumentace.
- **Druhou fází je stanovení ošetřovatelské diagnózy**, kterou stanovujeme na základě analýzy získaných informací. Stanovená diagnóza je formulací aktuálního nebo potenciálního problému pacienta, který je reakcí na změnu ve zdravotním stavu.
- Následuje **třetí fáze – plánování**. Stanovíme cíle a naplánujeme ošetřovatelské intervence. Do plánování se snažíme zapojit i pacienta a jeho rodinu podle jejich možností.
- **Čtvrtá fáze se nazývá realizace** čili provádění naplánovaných ošetřovatelských intervencí. Zahrnuje přípravu pacienta, prostředí a pomůcek.

- **Poslední fází** ošetrovatelského procesu je **hodnocení ošetrovatelské péče**, kdy hodnotíme, zda a nakolik byly stanovené cíle splněny. Jestliže cíle splněny byly, proces ukončíme, jestliže ne, systematicky přehodnotíme plán a celý proces zopakujeme.

V současné době je v ošetrovatelském procesu očekáváno více aktivity ze strany pacienta, vztah mezi zdravotníky a pacientem se mění z paternalistického na partnerský, nemocný má možnost spolupodílet se na rozhodování o své péči. Ošetrovatelská péče má být individualizovaná, stejně tak má být zajištěna kontinuita péče.

Výhody, které vyplývají z ošetrovatelského procesu pro sestru jsou, že usnadňuje její každodenní rozhodování, její práce dostává určitý systematický rámec, který může použít při řešení problémů, má možnost uplatnit svou kreativitu, své znalosti.

(15, 20)

### **3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIE HENDERSON**

Pro svou případovou studii jsem si vybrala model Virginie Avenell Hendersonové. Autorka tohoto modelu definuje jedince jako celistvou bytost tvořenou čtyřmi základními složkami: biologickou, psychickou, sociální a duchovní. Svě potřeby si jedinec uspokojuje individuálním způsobem. Zdraví autorka nedefinuje, ztotožňuje se soběstačností, samostatností a nezávislostí jedince. Zdraví vnímá spíše jako schopnost jedince vykonávat bez pomoci 14 komponent péče:

- 1) Normální dýchání
- 2) Dostatečný příjem potravy a tekutin
- 3) Vylučování
- 4) Pohyb a udržování vhodné polohy
- 5) Spánek a odpočinek
- 6) Vhodné oblečení, oblékání, svlékání
- 7) Udržování fyziologické tělesné teploty
- 8) Udržování úpravy a tělesné čistoty

- 9) Odstraňování rizik ze životního prostředí a prevence poškození sebe nebo okolí
- 10) Komunikace s jinými lidmi s vyjadřováním emocí, potřeb, obav, názorů
- 11) Vyznávání své víry
- 12) Smysluplná práce
- 13) Hra nebo účast na jiných formách oddechu a rekreace
- 14) Učení se, objevování nového, zvědavost vedoucí ke zdravému vývoji, využívání dostupných zdravotnických zařízení

Základní ošetrovatelská péče spočívá v poskytnutí pomoci člověku, u kterého dojde k potížím s uspokojováním základních potřeb. Potíže se mohou objevit v některých životních obdobích (dětství, stáří, těhotenství) nebo v době nemoci. Základní ošetrovatelská péče je nutná bez ohledu na medicínskou diagnózu, je odvozená z individuálních potřeb nemocného, je ovlivněna podmínkami (věk, kultura, schopnosti) a patologickým procesem (symptomy onemocnění). Nejsou stejní nemocní, přestože mají stejné medicínské diagnózy! Komponenty základní ošetrovatelské péče jsou tedy odvozeny ze základních čtrnácti základních potřeb jedince, cílem je zajistit maximální soběstačnost pacienta.

(14)

### **3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA**

Ošetrovatelskou anamnézu této pacientky jsem zpracovávala v době, kdy byla u klientky stanovena diagnóza Dilatační kardiomyopatie, tedy devatenáctý rok pobytu, první den po absolvování SKG vyšetření. Vzhledem k mentálnímu onemocnění a omezené schopnosti komunikace s klientkou jsem část informací pro ošetrovatelskou anamnézu získala od pečujících pracovníků v sociálních službách. Způsob získávání informací (zejména relevantních) od klientů s mentální retardací je velice obtížný. Často se vyskytují problémy porozumění řeči klienta, riziko nepochopení či nesprávného pochopení kladeného dotazu, nepřiměřené chování jedince (je vhodné, když je osobě mentálně retardovaná vyšetřovaná v přítomnosti osoby, které důvěřuje), neschopnost posoudit a popsat svůj momentální zdravotní stav, potíže a změny s ním související. Získané

informace, mají-li sloužit ke stanovení ošetrovatelského problému, je vždy praktické ověřit právě od pečující osoby.

(14)

### **1. Pomoc pacientovi normálně dýchat**

Klientka je spontánně dýchající. V posledních době si stěžuje na potíže s dechem na vycházkách. Podle sdělení doprovázejících pracovníků sociální péče (PSP) po chůzi asi 250 m ráznějšího tempa je klientka dušná, akrocyanotická, sedá si do dřepu, odmítá jít dál. Po chvíli odpočinku je nutné vrátit se s klientkou do zařízení, protože další chůzi rezolutně odmítá.

### **2. Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin**

Stravu i tekutiny přijímá klientka samostatně. Uvědomuje si, že má nadváhu, takže se snaží jíst menší porce jídla. Někdy jídlo zcela odmítne, protože ji „spolubydlící zlobí“ a ona to špatně snáší. Stále ji poučují jak a kolik toho má sníst, když je „obézní“. Při výšce klientky 166 cm a výchozí váze 80,5 kg bylo BMI klientky 29,2 kg/m<sup>2</sup>, což je na hranici nadváhy a obezity 1. stupně.

### **3. Pomoc pacientovi při vylučování**

Vyprazdňování zvládá klientka bez potíží. Pouze je nutný dohled pečujícího personálu nad provedením hygieny po vyprázdnění, protože klientka neustále na tento úkon zapomíná. Na stolici chodívá dle sdělení PSP pravidelně většinou každý druhý den po snídani. Stolice je normální konzistence, barvy, bez příměsí. Pocení se u klientky objevuje v situacích, kdy je nadměrně oblečená, což korigují PSP a v době vycházek, po fyzické námaze jako součást nově vzniklých potíží. Ustává při snížení námahy a při úpravě množství oblečení. Klientce jsou podávána diuretika, je nutné sledovat hydrataci jejího organismu.

### **4. Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy**



Optimální polohu si zajišťuje klientka sama. Je chodící, dokáže zaujmout polohu, která jí vyhovuje naprosto samostatně. Bohužel od vzniku současných zdravotních potíží má klientka tendenci trávit většinu dne na lůžku. Při zvýšené fyzické námahy, zejména na vycházkách, zaujímá v době vzplanutí potíží – dušnost, bolest na hrudi, úlevovou polohu – nachází si jakoukoli oporu v podobě stromů, sloupů, zdí domů, stojí v předklonu, ustává ve fyzické aktivitě, sedá si do dřepu. Po ústupu potíží opět pokračuje v činnosti bez úlevové polohy.

### ***5. Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku, bolesti***

Klientka je zvyklá usínat mezi šestou a sedmou hodinou, vstávat kolem půl osmé. Potíže s usínáním nemá, ani při pravidelných kontrolách prováděných v noci v zařízení se nebudí. Přes den po obědě ráda polehává asi hodinu v posteli. V souvislosti se sníženým srdečním výdejem trpí klientka při zvýšené fyzické námaze bolestí na hrudi a v zádech. V době odebírané anamnézy, nepřiměřeně zvýšené fyzické aktivity udávala stupeň bolesti podle VAŠ č.8.

### ***6. Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu při oblékání a svlékání***

V oblékání a svlékání je klientka soběstačná. Pouze má tendenci i při pokojové teplotě si oblékat několik vrstev oblečení – košilka, triko, košile, teplý svetr, proto je nutný dohled PSP, vzhledem k tomu, že se v tomto nepřiměřeném oblečení potí.

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

Jak jsem již uvedla výše, je nutná korekce ze strany PSP ohledně přiměřeného vrstvení oblečení. Stejně tak prostředí jejího pokojíčku – klientka nerada větrá, neustále zavírá okna, reguluje topení tak, že jej vždy pouští naplno. Bývá neustále přetopený, je v něm těžký, vydýchaný vzduch. Zde nezbývá ošetřujícímu personálu, než dostatek trpělivosti, několikrát během dne, večer před ulehnutím a po usnutí klientce vyvětrat, ztlumit topení, přestože klientka udělá pravý opak.

## ***8. Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky***

Klientka je po fyzické stránce schopna udržovat tělesnou čistotu, ale vzhledem k duševnímu onemocnění nezvládá úkon provést správným způsobem. Hygienu provádí pod dohledem PSP, je nutné ji někdy k tomuto úkonu nutit, neboť nemá potřebu dbát o tělesnou čistotu. Co se týká upravenosti – klientka se velice ráda zdobí, každý den má na sobě několikery korále, umělohmotné náramky a prsteny. Má dlouhé nepoddajné kudrnaté vlasy, které se špatně češou, a tak je nutné ji přesvědčit, popřípadě ji učesat. Péči o nehty HK provádí PSP, nehty DK má v péči pedikér, který navštěvuje naše zařízení. V současné době má pokožku čistou bez defektů, občas se jí objeví ekzém na lýtkách. Vždy při jeho objevení navštěvuje kožního lékaře. Hojení tohoto defektu trvá vždy velice dlouho, protože klientka nedodrží léčebný režim (defekt si drásá, občas se jí podaří zanést do něj infekci).

V současné době má na levém zápěstí po návratu z hospitalizace hematom o velikosti asi třikrát tři centimetry. Dle doporučení lékaře je na hematom aplikován Heparoid unguentum jedenkrát denně. Celkově pokožka čistá, bez defektů.

## ***9. Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých***

Po stránce sluchu a zraku je klientka v pořádku. Její vědomí je jasné, orientována je osobou, místem (ale nedokáže přesně uvést název), časem orientovaná není.

Po budově, ve které klientka bydlí, stejně tak v komplexu celého zařízení, se orientuje velice dobře. Riziko úrazu vzniká vždy, když klientka přechází přes silnici, která vede napříč komplexem budov našeho zařízení. Byla poučena o nutnosti vždy před přecházením se rozhlédnout na obě strany, snaží se toto pravidlo dodržovat. Pouze když zahlédne někoho známého, kterého ráda vidí, bezhlavě se vrhá do silnice bez ohledu na hrozící nebezpečí. Klientka je také vedena k povinnosti oblékat si na veškeré vycházky vestu s výstražným zabarvením, což dodrží jen, když si vzpomene. Svůj odchod z budovy musí

sloužící směně nahlásit. Vycházky, výlety či dovolenou absolvuje klientka pouze v doprovodu pečujícího personálu.

Velkým problémem u klientky je výskyt autoagresivního chování. Dříve často v důsledku nějakého rozrušení tloukla hlavou o zeď, trhala si vlasy, křičela. Tento projev jejích chování se v posledních dvou letech podařilo snížit na minimum. Příčinou bylo neohledupné chování spolubydlících klientek, které využívaly své mentální převahy a její snížené schopnosti obrany k nucení do všelijakých činností. Spolubydlícím je soustavně pečujícím personálem vysvětlován důvod odlišného chování klientky, jsou vedeny k ohleduplnému a vstřícnému jednání s touto klientkou, je jí poskytnuta ochrana ze strany PSP.

S ohledem na dřívější poruchy chování a sebepoškozování dochází klientka na pravidelné kontrolní vyšetření ke svému lékaři psychiatrie. Medikace je podávána zdravotnickým pracovníkem, protože klientka z důvodu mentálního postižení není schopna jednotlivé léky rozeznat, dodržovat dobu podání a dávkování

#### ***10. Pomoc pacientovi v komunikaci s ostatními, při vyjádření potřeb, emocí, pocitů a obav***

Řeč klientky je setřelá, huhňavá. K porozumění je třeba strávit s klientkou notnou dávku času. V komunikaci s lidmi je aktivní. Její mentální handicap jí neumožňuje správným a včasným způsobem vyjádřit své pocity, emoce či obavy. V této oblasti je nutné vyvinout aktivitu ze strany pečujícího personálu. Je nutné klientku na základě pozorování a vzájemné interakce, jejích odpovědí a projevů chování, poznat. Poté jí poskytnout potřebnou oporu, často nahrazovat tlumočnicka při komunikaci s ostatními klienty či jinými osobami. Podle sdělení pracovníků sociální péče klientka také zažívá v poslední době pocit strachu, který se objevuje v souvislosti s dušností a bolestí na hrudi, způsobenými onemocněním srdce.

#### ***11. Pomoc pacientovi při vyznání jeho víry***

Klientka nedokáže uvést, zda je pro ni nějaký druh víry v životě podstatný.

### ***12. Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti***

Na základě středně těžké až těžké mentální retardace je klientka již od mládí v plném invalidním důchodu. Z dokumentace je patrné, že jako děvče pomáhala pečovat v ústavu sociální péče, kde také byla umístěna, o těžce nemocné děti. Později se u ní vyvinula porucha chování, utíkala ze zařízení, a tak bylo od tohoto zaměstnání upuštěno. Jediné zaměstnání, které během dne v posledních letech vykonávala je snaha o úklid jejího pokoje za pomoci PSP a úklid chodby v budově, ve které bydlí. V současné době chodbu neuklízí, z důvodu změny zdravotního stavu a razantního odmítání byla od této činnosti osvobozena.

### ***13. Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách***

Zde je nutné klientce činnosti nabízet, vytvořit jí plnohodnotný režim, jinak by zejména v současné době spoustu času trávila na lůžku. Dříve absolvovala téměř každý den vycházky. Stejně tak si ráda kreslila, hrála jednoduché společenské hry. Psaní a čtení jí nikdy moc nešlo, přesto se občas zapojila. Velice ji baví procvičovat jemnou motoriku – navlékat korálky, vytvářet bižuterii. Nyní se veškerým aktivitám spíše vyhýbá, chce být ve svém pokojíčku v posteli, kde poslouchá rádio nebo sleduje televizi. Podle dokumentace dvakrát do roka jezdívá na návštěvy domů, pravidelně jednou do roka absolvuje rekreaci v rámci našeho zařízení, dále různé akce v rámci podobných sociálních zařízení, jednodenní poznávací výlety po kraji či návštěvu restaurací, cukráren apod. Vše probíhá v doprovodu PSP nebo sociální pracovnice.

### ***14. Pomoc pacientovi při učení, objevování, uspokojování zvědavosti***

Klientka absolvovala snad dvě třídy ZŠ, poté osvobozena od školní docházky. V zařízení je klientce poskytováno dostatečné množství podnětů s ohledem na její mentální postižení. Formou jednoduchého výkladu či názorného předvedení je opakovaně vedena k slušnému chování ve společnosti, k nácvičku soběstačnosti v oblastech hygieny, oblékání, výživy, k asertivnímu jednání zejména se spolubydlícími. Klientka je nesmírně zvědavá, často poslouchá rozhovor či pozoruje jednání druhých osob. Jakýkoli výklad, ať je pro ni pochopitelný nebo

není, poslouchá se zaujetím zejména ve chvílích, kdy je pozornost pečujícího personálu obrácena na ni. Aktivity, kterými je podporován u klientky rozvoj jemné či hrubé motoriky, vedena k nácviku soběstačnosti, fixování získaných dovedností a schopností, jsou uvedeny v bodě 13.

V oblasti sociální má tvořený velice pozitivní, až závislý vztah k jedné spolubydlící. Tato je její nejlepší přítelkyně, pomáhá jí s jednotlivými problémy, dokáže jí naslouchat, bránit ji. Klientka ví, že se na ni může kdykoliv obrátit s prosbou o radu nebo pomoc.

### **3.4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

Pro svou případovou studii jsem si vybrala *devatenáctý rok pobytu klientky* v našem zařízení, ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny *1. den po diagnostikování onemocnění Dilatační kardiomyopatie* (po provedeném SKG vyšetření).

Vzhledem k typu onemocnění a typu zařízení, ve kterém je klientka umístěna, jsem si vybrala ke stanovení, realizaci a hodnocení ošetrovatelských diagnóz *období jednoho týdne, tj. první až sedmý den po zjištění onemocnění.*

#### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

1. Snížení srdečního výdeje z důvodu dilatační kardiomyopatie
2. Dušnost v důsledku onemocnění srdce
3. Akutní bolest v zádech a na hrudi v době zvýšené námahy v důsledku onemocnění srdce
4. Strach z ohrožení života vznikající jako důsledek bolesti a potíží s dýcháním
5. Snížená aktivita z důvodu onemocnění srdce a nesnášenlivosti kolektivu
6. Nedostatečná sebeobsluha v oblasti příjmu potravy, osobní hygieny, oblékání a úpravy zevnějšku z důvodu kombinace snížené aktivity a mentálního deficitu
7. Společenská interakce porušená z důvodu poruchy řeči a mentálního deficitu

### **Potenciální ošetrovatelské diagnózy**

8. Riziko náhodné intoxikace medikací z důvodu mentálního postižení
9. Riziko deficitu tělesných tekutin v důsledku léčby diuretiky
10. Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu základního onemocnění a omezené aktivity

### **3.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

#### **1. Snížení srdečního výdeje z důvodu dilatační kardiomyopatie**

projevující se únavou, dušností, bolestí na hrudi, synkopou, výkyvy krevního tlaku, změnou barvy kůže a sliznic (cyanóza), chladnou, lepkavou kůží, zvýšenou srdeční frekvencí, arytmií, oligurií, anurií, kašlem, zpěněným sputem, neklidem, tachypnoí, užívání pomocných dýchacích svalů

#### ***Cíle:***

- klientka bude během týdne hodnoty fyziologických funkcí (FF) – TK v rozmezí 110/60 do 139/89 mm Hg, P 60 -90/min, pravidelný, D 15 - 20/min, pravidelný, 4 – 6x během dne bude močit, barva kůže růžová, bez cyanózy, neobjeví se přírůstek váhy během týdne vyšší než 2- 3 kg
- po ukončení pohybové aktivity nebudou hodnoty P zvýšeny více než o 15/min, hodnoty TK o více jak 10 mm Hg ve vztahu k hodnotám naměřeným před zahájením zátěže, nevyskytne se stenokardie
- klientka bude dodržovat během týdne doporučený léčebný režim (podání medikace dle ordinace lékaře, dieta s omezením soli, fyzická aktivita podle individuální tolerance, rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem, omezení stresových situací)
- u klientky budou včas rozpoznány příznaky srdeční dekompenzace a zajištěna v případě potřeby včasná lékařská pomoc

### ***Plán péče:***

- podávejte klientce pravidelně léky dle ordinace lékaře, kontrolujte jejich užití
- určete výchozí základní fyziologické parametry, srovnávejte je s nově naměřenými
- pátrejte po příznacích hrozícího selhávání
- upravte vliv příčinných faktorů, které by mohly vyvolat dekompenzaci onemocnění
- hodnotěte odpověď na léčbu včetně nežádoucích účinků léků
- zvyšte úroveň aktivity nakolik je to individuálně možné
- zajistěte odpovídající dietní stravu, množství tekutin dle doporučení lékaře
- zaměřte se na rizikové faktory (nadváha, stres, nevhodná aktivita)
- prodiskutujte s klientkou a pracovníky sociální péče důležité i subjektivní příznaky, které je třeba hlásit sloužící sestře
- zvláště zdůrazněte „varovné signály“ vyžadující okamžité vyrozumění sloužícího zdravotnického personálu
- vysvětlete klientce, pracovníkovi sociální péče, jak sledovat váhu
- monitorujte pravidelně krevní tlak, pulz, dech, barvu kůže, frekvenci vyprazdňování moče, aby mohly být včas zachyceny změny a zahájena léčba
- v případě potřeby informujte ošetřujícího lékaře, volejte LSPP
- dbejte, aby pracovníci sociální péče vytvářeli na oddělení harmonické prostředí

(4, 11, 18, 12)

### ***Realizace:***

Klientce jsem podávala léky dle ordinace lékaře, zkontrolovala jsem vždy, zda je klientka požila.

Dle ordinace lékaře jsem měřila 1xdenně TK, P, D, kontrolovala jsem barvu obličeje, zda se vyskytuje klidová dušnost, bolest na hrudi, příznaky signalizující zhoršení zdravotního stavu. Pracovníci sociální péče byli poučeni o frekvenci vyprazdňování moče (u výskytu nižší frekvence o nutnosti zkontrolovat barvu, přibližné množství). Naměřené hodnoty jsou uvedené v tabulce č. 5.

Vzhledem k naměřeným hodnotám a stavu klientky se během týdne neobjevily příznaky srdečního selhávání, odpověď na léčbu podávanými léky byla pozitivní. Vedlejší účinky léků byly zaznamenány u diuretik, kdy na základě doporučení byla prováděna dle ordinace lékaře suplementace kalia, denně prováděny hematologické odběry na sledování hladiny kalia v krvi.

Na základě stanovené diagnózy nutriční terapeut navrhl a vypracoval odpovídající dietu – racionální s omezením solení, klientce bylo doporučeno nepít minerální vody, pracovníci sociální péče zajistily nákup čajů, ovocných šťáv, byli požádáni o dohled při příjmu tekutin ( maximálně 1,5 litru denně, vhodná obyčejná voda, neslazené čaje, neslazené ovocné šťávy). Dále bylo klientce doporučeno netrávit celý den na lůžku, vykonávat v pomalém tempu běžné denní aktivity, individuálně absolvovat vycházky s pracovníkem sociální péče, zapojit se do společenských aktivit konaných v rámci oddělení (kreslení, ruční práce, sledování TV, rozhovory s pracovníkem sociální péče, edukace v oblasti společenského chování apod.). S tímto postupem byli také seznámeni pracovníci sociální péče a zároveň byli požádáni o vhodnou nabídku činnosti pro klientku, tvorbu vhodných stimulů a pozitivní motivace.

Pečující personál byl také písemně seznámen s projevy zhoršujícího se onemocnění, byly zdůrazněny “varovné signály“, kdy je nutné volat sloužícího zdravotnického pracovníka.

PSP byli poučeni o monitoraci váhy klientky a požádáni o provedení, ihned po probuzení ji zvážit, hmotnost hlásit sloužící sestře. Váha během týdne se nezvýšila ani o 2 kg.

V oblasti psychiky klientky byli pracovníci sociální péče požádáni o vytváření harmonického prostředí na oddělení, o korekci chování spolubydlících klientek, které mají tendenci nemocné určovat režim dne, posmívat se jejímu způsobu vyjadřování nebo kritizovat jakoukoli činnost vykonanou samotnou klientkou nebo její vzhled (špatný úklid, nepřiměřené oblečení, neustálé připomínání její silnější postavy, ozdoby na krku, ve vlasech...).

### ***Hodnocení***

***Cíle splněny:***



- klientka měla během týdne naměřeny hodnoty FF – TK v rozmezí 110/60 do 139/89 mm Hg, P 60 - 90/min, pravidelný, D 15 - 20/min, pravidelný, 4 – 6x během dne močila, barva kůže byla růžová, bez cyanózy, neobjevil se přírůstek váhy během týdne vyšší než 2- 3 kg
- po ukončení pohybové aktivity nebyly hodnoty P zvýšeny více než o 15/min, hodnoty TK o více jak 10 mm Hg ve vztahu k hodnotám naměřeným před zahájením zátěže, nevyskytla se stenokardie
- klientka dodržovala během týdne doporučený léčebný režim (podání medikace dle ordinace lékaře, fyzická aktivita podle individuální tolerance, rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem, omezení stresových situací)

***Cíl nelze hodnotit, neboť se problém během týdne nevyskytl:***

- u klientky budou včas rozpoznány příznaky srdeční dekompenzace a zajištěna v případě potřeby včasná lékařská pomoc

**2. Dušnost v důsledku onemocnění srdce**

projevující při zvýšené námaze hlasitým, ztíženým, inspiračním, zrychleným dýcháním, zapojováním pomocných dýchacích svalů, neochotou pokračovat v dané aktivitě

***Cíle:***

- klientka bude vědět, že potíže s dechem se u ní vyskytují při zvýšené námaze, pochopení dá najevo verbálně, kývnutím dodržováním doporučené fyzické zátěže
- u klientky se do týdne přestane vyskytovat po skončení navržené fyzické aktivity námahová dušnost, v klidu bude bez dušnosti

***Plán péče:***

- zjistěte, po jakém množství vykonané námahy nebo při jakém druhu aktivity je klientka dušná
- ověřte stupeň námahové dušnosti, určený lékaři při vyšetření

- upravte množství pohybové aktivity tak, aby odpovídala individuální toleranci organismu klientky
- seznamte klientku a současně pracovníka sociální péče s odpovídajícím plánem pohybové aktivity
- 3x denně v rámci podávání léků na oddělení zkontrolujte orientačně aktuální stav klientky – dech, barvu kůže, dušnost, polohu
- 1x denně se zeptejte klientky, jak se cítí či cítila během dne, její odpověď upřesněte dotazem na pracovníka sociální péče
- poučte klientku a PSP o situaci, kdy je nutné informovat sloužící sestru
- v případě potřeby informujte ošetřujícího lékaře, volejte LSPP

(13, 11, 23)

### **Realizace:**

Na základě rozhovoru s klientkou a pracovníci sociální péče jsem zjistila, že dušnost se projevuje zejména při zvýšené fyzické aktivitě (klientka se zadýchá při chůzi do druhého, někdy prvního poschodí, při společných vycházkách), občas při vykonávání běžných denních činností rychlejším tempem. Stupeň námahové dušnosti NYHA (New York Heart Association) č. 2 – 3, který byl určen lékaři při vyšetření, nadále trvá.

Klientce a PSP jsem navrhla, ať při vycházce přizpůsobí tempo požadavkům klientky (tedy bude nutné s klientkou chodit na vycházky samostatně), v případě potřeby je nutné ji nechat odpočinout. Zpočátku denně zkusit absolvovat pravidelně chůzi v areálu zařízení pomalým tempem v době trvání 5 minut, délky chůze 400 m zatím jednou denně první týden, v případě kladné odpovědi tuto aktivitu provádět dvakrát denně. Podle reakce klientky bude fyzická aktivita zvyšována po 10 dnech podle schématu uvedeného v tabulce č. 3. Doba pěti minut byla změřena, na cestě byl stanoven mezník, se kterým byla klientka seznámena (kostel). Bylo jí tak názorně ukázáno, kam až může jít, aniž by se musely projevit těžší potíže s dechem. PSP jsem poučila o nutnosti sledovat v době vykonávání pohybové aktivity u klientky způsob dýchání, barvu obličeje, rtů, kašel, výraz v obličeji, vědomí, bolest a v případě vzniku jakýchkoli potíží okamžitě volat sloužící sestru, která zajistí další postup dle stavu klientky. První

den prováděla klientka aktivitu pod dohledem zdravotnického pracovníka, byly monitorovány FF před, bezprostředně po zátěži a půl hodiny po skončení zátěže. První tři dny se po při ukončování chůze u klientky objevila mírná dušnost, která do týdne vymizela. Na základě těchto hodnot byla zátěž zhodnocena jako přiměřená.

Dále byli pracovníci sociální péče a klientka poučeni o vhodnosti provádění běžných denních aktivit samostatně, pod dohledem, volnějším tempem. Pečující personál má občas tendenci z lítosti vykonávat tyto aktivity za klientku, raději ji nechat na lůžku ze strachu dekompenzace onemocnění.

V rámci podávání léků jsem 3x denně orientačně zkontrolovala stav klientky. Dušnost se v klidu nevyskytovala, barva kůže v obličeji normální. Polohu zaujímal při každém setkání uvolněnou. Výraz obličeje uvolněný, usměvavá. Dle sdělení sloužícího PSP klientka absolvuje každý den uvedenou vycházku bez větších potíží, mírná dušnost je přítomna při ukončování vycházky. Klientka již zmíněnou pohybovou aktivitu neodmítá. Na dotaz jak se klientka cítí, odpovídala vždy, že dobře.

Pracovníci sociální péče dostali v rámci Edukačního plánu písemně zpracované projevy dekompenzace onemocnění, při kterých je nutné ihned uvědomit sloužící sestru.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl splněn:***

- klientka pochopila, že potíže s dechem se u ní vyskytují při zvýšené námaze, což dala najevo verbálně, kývnutím, dodržováním doporučené fyzické zátěže
- u klientky se do týdne přestala vyskytovat po skončení navržené fyzické aktivity námahová dušnost, v klidu byla bez dušnosti

### **3. Akutní bolest v zádech a na hrudi v době zvýšené námahy v důsledku onemocnění srdce**

projevující se nešťastným výrazem v obličeji, přikládáním horních končetin na místo bolesti, úlevovým postojem, polohou v předklonu, opíráním se o předměty, které jsou v dosahu, neochotou pokračovat v chůzi.

***Cíle:***

- klientka bude během týdne bez bolesti
- klientka bude do týdne vědět, jakým způsobem předcházet vzniku bolesti, což potvrdí kývnutím, přiměřenou mírou fyzické zátěže
- klientka bude znát, jakým způsobem zmírnit již vzniklou bolest, tím že při pocitu bolesti sníží fyzickou aktivitu, bude odpočívat

***Plán péče:***

- zjistěte, kdy a za jakých okolností se bolest objevuje
- zhodnoťte intenzitu bolesti
- poučte klientku a PSP o nutnosti vyloučit vyvolávající faktory bolesti
- vysvětlíte klientce, jakým způsobem se zachovat v případě vzniku bolesti
- poučte klientku a PSP o stavu, kdy je nutné informovat sloužící sestru
- 3x denně v rámci podávání léků na oddělení zkontrolujte orientačně stav klientky, zaměřte se na výraz v obličeji, dušnost, bolest, psychický stav, popř. úlevovou polohu
- v případě potřeby podávejte dle ordinace lékaře léky na zmírnění bolesti
- denně se zeptejte klientky, jak se cítí, informaci, kterou vám poskytne klientka, ověřte u sloužícího pracovníka sociální péče, od kterého také zjistěte další podrobnosti
- naplánujte sezení se spolubydlícími včetně pečujícího personálu, kterým vysvětlíte onemocnění vzniklé u klientky, způsob předcházení potíží a vzniku komplikací
- v případě potřeby informujte ošetřujícího lékaře, volejte LSPP

(13, 23)

***Realizace:***

Vzhledem k tomu, že bolest na hrudi a v zádech se u klientky projevuje v době zvýšené námahy současně s dušností (viz ošetřovatelská diagnóza č.2), plán péče uvedený výše bude platit i pro následující diagnózu.

Podle vizuální analogové škály uvedla v době zjišťování anamnézy klientka při vykonávání fyzické činnosti stupeň bolesti č. 8, což vyjadřuje bolest, která již významně ovlivňuje pozornost klientky a nedovoluje plně se soustředit na dění okolo sebe. V době bolesti zaujímá úlevovou polohu, je v předklonu, opírá se o blízké předměty, odpočívá. Bolest je lokalizována na přední straně hrudníku, někdy v hrudní oblasti páteře, pod lopatkami. Trvá asi 10 minut, ustupuje při zmírnění fyzické aktivity. Výjimečně si stěžuje klientka na mírnou bolest již ráno.

Dále je nutné také u klientky vyloučit nebo omezit stresové situace, které mohou onemocnění srdce zhoršit, způsobit dekompenzaci a vyvolat tak bolest stresového původu. Proto jsme společně se s spolubydlícími klientkami včetně jí absolvovali sezení, kde jsem všem poskytla informace o nemoci klientky s ohledem na možnosti jejich chápání a popsala vhodný způsob chování k ní, který není vždy z jejich strany ohleduplný. Ostatní klientky přislíbily, že se již ke klientce budou chovat hezky, dokonce jí pomáhat.

Klientce jsem v přítomnosti pracovníka sociální péče vysvětlila, že bolest se objevuje zejména v době, kdy je její organismus vystaven vyšší zátěži (zejména při rychlé chůzi či chůzi do schodů), proto je důležité zvolit při chůzi volnější tempo. V případě, že se bolest dostaví, tak si klientka odpočine, dokud bolest nepomine. Na dotaz, zda porozuměla, klientka kývla. Pracovníci sociální péče byli poučeni, že v případě, kdy se u klientky objeví mírná bolest již ráno nebo během dne, tak ji nebudou ten den nutit do aktivit. Jestliže bolest do 10 - 15 minut neustoupí, nebo se bude stupňovat, informují sloužící sestru.

Dále jsem poučila PSP sloužící na tomto oddělení o nutnosti obrany klientky v případě potřeby a nenutit ji do aktivit typu výlety, dovolená apod. ve dnech, kdy se necítí nejlépe a v situacích, kdy je klientka viditelně rozrušená. Stejně tak je nutné z jejich strany dohlédnout na chování ostatních klientek.

Tříkrát denně během týdne jsem měla možnost při podávání léků zkontrolovat klientčino chování, kdy bylo jasně viditelné, že klientka je v klidu bez bolesti. Během týdne bolest klientka i ošetřující personál negovali.

Léky proti bolesti podávány být nemusely.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl splněn:***

- klientka byla během týdne bez bolesti
- klientka věděla, jakým způsobem předcházet vzniku bolesti, což potvrdila kývnutím, dodržováním přiměřené míry fyzické zátěže

#### ***Cíl nelze hodnotit, neboť situace se během týdne nevyskytla***

- klientka bude znát, jakým způsobem zmírnit již vzniklou bolest, tím že při pocitu bolesti bude odpočívat

## **4. Strach z ohrožení života vznikající jako důsledek bolesti a potíží s dýcháním**

projevující se zvýšenou nervozitou, nesoustředěností, neochotou komunikovat, snížením výkonnosti, zvýšenou tepovou frekvencí, bledostí, zrychleným dýcháním, pocením, široce otevřenýma očima, soustředěnost zejména nebo pouze na příčinu strachu

### ***Cíle:***

- klientka bude do týdne znát alespoň dva faktory, které vyvolávají strach, dokáže je vyjmenovat a vyhýbat se jim (zejména již výše zvýšená fyzická zátěž)
- klientka bude vědět do týdne, koho žádat o pomoc v případě potřeby pomoci, uvede jména zaměstnanců, požádá je o pomoc
- klientka nebude dávat najevo panickou míru strachu a emocí při vzniku potíží

### ***Plán péče:***

- ověřte, zda vyvolávajícím činitelem strachu je skutečně bolest a potíže s dýcháním
- dle vhodnosti vysvětlíte vztah mezi nemocí a příznaky

- určete míru strachu vlastním pozorováním či dotazy na klientku, PSP
- v případě panického chování či možnosti vzniku zdravotních potíží nebo komplikací z důvodu strachu, zajistěte klientce psychiatrické vyšetření a následné podávání ordinovaných léků proti úzkosti
- poučte klientku a pracovníka sociální péče, jakým způsobem zvládat strach
- srovnajte verbální a neverbální reakci klientky v době strachu, zda se shodují a nedochází k mylnému pohledu na situaci
- vyšetřete základní fyziologické parametry, jestliže dojde k projevům strachu
- ujistěte klientku, že vždy bude v její blízkosti člověk, který jí poskytne podporu a pomůže tuto situaci zvládnout

(23, 24)

### ***Realizace:***

Strach se u klientky objevuje pouze v době zhoršení zdravotních potíží, jak mi klientka kývnutím potvrdila. Proto jsem jí vysvětlila, že když se nám podaří odhadnout míru fyzické zátěže, která je příčinou strachu, dojde k vymizení tohoto problému. To se nám během týdne podařilo.

Dle popisu pracovníků sociální péče strach, který klientka cítí, se jeví s ohledem na potíže, ve kterých vzniká jako přiměřený, slovní projevy odpovídají neverbálním projevům. Není nutné zajišťovat z tohoto důvodu psychiatrické vyšetření.

Dále jsem klientce vysvětlila, že když bude mít velký strach, mohla by to být předzvěst, že se zhoršuje její zdravotní stav, a proto tento stav musí neprodleně ohlásit sloužícímu PSP, který jí podpoří a pomůže strach zvládnout. Pochopení dala najevo kývnutím, vyjmenováním jmen zaměstnanců.

Pracovník sociální péče byl poučen, že v době vzniklého stavu názorně klientku povede k hlubokému, klidnému dýchání, pomocí klidného tónu hlasu ji bude ujišťovat, že tuto situaci spolu zvládnou, pomůže jí odstranit vyvolávající faktory zdravotních potíží, které strach způsobují, popřípadě zaujmout úlevovou polohu, která zmírní obtíže. Jestliže obtíže neustoupí do několika minut a strach u klientky se bude stupňovat, okamžitě informuje sloužící zdravotní sestru, která

zajistí další postup. Zdravotnický personál informuje samozřejmě i v situaci, kdy si sám není jistý svým postupem nebo zdravotním stavem klientky.

Základní fyziologické parametry mimo ordinaci lékaře vyšetřeny nebyly, neboť strach ze zhoršení zdravotního stavu se po celý týden neobjevil.

***Hodnocení:***

***Cíl splněn***

- klientka dokázala vyjmenovat jako příčinu strachu bolest, rychlou chůzi, a dodržuje stanovenou přiměřenou fyzickou zátěž
- klientka vyjmenovala všechny zaměstnance včetně její oblíbené spolubydlící, ví, že je může požádat o pomoc v případě potřeby

***Cíl nelze hodnotit, neboť během týdne se nevyskytl důvod k projevům panického strachu***

- klientka nebude dávat najevo panickou míru strachu a emocí při vzniku potíží

**5. Snížená aktivita z důvodu onemocnění srdce a nesnášenlivosti kolektivu**

projevující se únavou, nadměrným poleháváním v lůžku během dne, neochotou vstát a věnovat se jiným, nabízeným činnostem, vyhýbáním se kolektivu

***Cíle:***

- klientka bude do týdne znát faktory, ovlivňující negativně množství její vykonávané aktivity, dokáže alespoň dva vyjmenovat
- klientka bude do týdne vědět, jakým způsobem je možné ovlivnit negativní faktory, vyjmenuje alespoň jeden způsob
- klientka bude znát zhruba sled denních činností, vypracovaný zdravotnickým pracovníkem ve spolupráci s ní a pracovníkem sociální péče v Plánu aktivit



- klientka projeví během týdne pochopení, že v důsledku nadměrné inaktivity může dojít ke zhoršení jejího zdravotního stavu, kývnutím, plněním Plánu aktivit

***Plán péče:***

- všimněte si faktorů podílejících se na únavě
- posuďte aktuální omezení/stupeň deficitu ve srovnání s výchozím stavem
- posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů (parametry naměřené před námahou, během ní o po jejím skončení), všimněte si zhoršující se nebo narůstající únavy
- porovnejte skutečnou potřebu pohybu a přání klientky
- posuďte psychické faktory, které mají vliv na současnou situaci
- všimněte si faktorů souvisejících s léčbou, např. vedlejších účinků léků nebo jejich interakcí
- upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného, sniž intenzitu činnosti nebo přerušujte aktivity, způsobující nežádoucí fyziologické změny
- při plánování péče dbejte, aby mezi činnosti byl čas na odpočinek zmírňující únavu
- podporujte psychicky klientku, za každou snahu ji pochvalte
- povzbuzujte klientku, aby v maximální možné míře vyjádřila pocity, které přispívají k jeho stavu nebo jsou jím vyvolány
- zapojte do plánování pracovníky sociální péče na příslušném oddělení
- dle indikace využijte konzultace s odborníky (rehabilitace, psycholog, psychiatr)
- poučte klientku a pečující personál, jak sledovat odpověď na aktivitu či námahu a rozpoznat příznaky, ukazující na nutnost snížení aktivity
- plánujte postupné zvyšování aktivity podle tolerance klientky
- informujte ji pravidelně o míře pokroků, pochvalou ji pozitivně motivujte
- povzbuzujte ji k účasti na rekreačních či společenských aktivitách, končících přiměřených situací
- poučte klientku o vlivu životního stylu a obecných zdravotních faktorů na toleranci aktivity (výživa, tekutiny, pohyb, pozitivní přístup k životu)

(23)

**Realizace:**

Faktory, které by se mohly podílet na snížené aktivitě, jsou únava, nadměrná fyzická či psychická zátěž, dekompenzace onemocnění, nechut' trávit čas mezi spolubydlíci. Klientka byla schopna uvést, že „je unavená a nemá ráda holky“. Proto byl u klientky vypracován Plán aktivit, se kterými byli seznámeni pracovníci sociální péče, klientka a zdravotničtí pracovníci.

Je nutné přizpůsobit dobu fyzické námahy, přizpůsobit tempo projevům potíží, subjektivnímu pocitu klientky. V důsledku výskytu těchto potíží nyní klientka odmítá jakoukoli jinou aktivitu a raději tráví většinu času na lůžku. Zde jsem klientce a ošetřujícímu personálu vysvětlila, že v důsledku nadměrné inaktivity může dojít ke zhoršení celkového stavu klientky, jak fyzického tak psychického, ke snížení úrovně dosažené soběstačnosti, hrozí rizika vyplývající z nedostatku pohybu.

Klientka tedy byla během týdne vedena ke vstávání z lůžka, trávení času mimo svůj pokoj, zapojení se do aktivit nabízených pracovníky sociální péče (kreslení, prohlížení obrázkových knížek, úklid svého pokojíčku, příprava pomůcek ke stolování, sledování TV, individuální vycházka). Při vykonávání těchto činností byl u klientky přítomen vždy zaměstnanec, který zároveň korigoval chování ostatních spolubydlících, sledoval stav klientky, poskytoval jí svou přítomností psychickou oporu. Dokázala sdělit, že se zapojí do činností pouze v přítomnosti sloužícího zaměstnance, možná ještě její jediné oblíbené přítelkyně (spolubydlící na pokoji).

V oblasti psychiatrické medikace se během týdne neobjevily žádné nežádoucí účinky jako útlum, zpomalené psychomotorické tempo.

Klientka se během týdne snažila zapojit do aktivit nabídnutých ve vytvořeném plánu, za každý projev snahy byla pochválena, což ji velice motivuje snažit se nadále. Průběh dne dokázala na konci týdne popsat, odpovídal stanovenému Plánu aktivit.

Nebylo zapotřebí během týdne konzultace s odborníky, klientka pravidelně v doprovodu pracovníků sociální péče za asistence zdravotní sestry absolvuje

psychiatrická vyšetření, kde je možné v případě potřeby využít odbornou konzultaci ústavního psychiatra.

S klientkou a pečujícími zaměstnanci jsme prodiskutovali vliv životního stylu a obecných zdravotních faktorů na celkový stav nemocné, se základními zásadami byli seznámeni také písemně.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl splněn:***

- klientka dokázala do týdne vyjmenovat dva faktory, ovlivňující negativně množství její vykonávané aktivity
- klientka bude do týdne vědět, jakým způsobem je možné ovlivnit negativní faktory, uvedla vycházku
- klientka uvedla zhruba sled denních činností, vypracovaný zdravotnickým pracovníkem ve spolupráci s ní a pracovníkem sociální péče v Plánu aktivit
- klientka projevila během týdne pochopení, že v důsledku nadměrné inaktivity může dojít ke zhoršení jejího zdravotního stavu, kývnutím, plněním Plánu aktivit

### **6. Nedostatečná sebeobsluha v oblasti příjmu potravy, osobní hygieny, oblékání a úpravy zevnějšku z důvodu kombinace snížené aktivity a mentálního deficitu**

- a) v oblasti výživy projevující se neschopností připravit si samostatně a bezpečně vhodnou stravu, poradit si s vybavením kuchyně
- b) v oblasti osobní hygieny projevující se neschopností provést osobní hygienu správným způsobem, sníženou potřebou mýt se
- c) v oblasti oblékání a úpravy zevnějšku projevující se neschopností odhadnout potřebné množství oblečení na základě počasí, teploty v domácím prostředí, oblečení si správným způsobem obléci, udržet vzhled na přijatelné úrovni

### ***Cíle ad a)***

- klientka dostane každý den stravu připravenou v zařízení na základě pokynů nutričního terapeuta tak, aby odpovídala dietním požadavkům
- klientka bude každodenně zapojená alespoň do přípravy pomůcek ke správnému stolování pod dohledem pracovníka sociální péče

### ***Cíle ad b)***

- klientka bude každý den provádět osobní hygienu správným způsobem pod dohledem pracovníka sociální péče
- klientka bude znát s ohledem na její mentální deficit pravidla hygienické péče (dobu, frekvenci, způsob)

### ***Cíl ad c)***

- klientka bude každý den i během dne přiměřeně oblečena (počasí, teplota v domácím prostředí)

### ***Plán péče:***

- zjistěte příčinu deficitu sebepéče v daných oblastech
- povšimněte si přidružených zdravotních problémů, které mohou mít vliv na deficit sebepéče
- posuďte, zda klientce něco nebrání vykonávat péči o sebe sama správným způsobem
- posuďte stupeň funkční úrovně klientky
- posuďte vývojovou úroveň klientky
- povšimněte si, zda je deficit trvalý nebo dočasný
- s níže uvedeným plánem péče seznámte také pracovníky sociální péče, kteří jsou mnohem častěji v kontaktu s klientkou při vykonávání těchto činností než vy
- podporujte účast klientky na provádění jednotlivých úkonů, vždy trpělivě názorně ukazujte, vysvětľujte
- za každý správně provedený úkon klientku pochvalte, pochvalte ji, i když se úkon nezdaří, jestliže bude ze strany klientky snaha o jeho provedení

- vždy dbejte o maximální možnou míru samostatnosti klientky, neprovádějte jednotlivé úkony, které zvládá za ni, byť by to bylo rychlejší a klientka by si to přála (neplatí v případech zhoršení jejího zdravotního stavu)
- při úkonech osobní péče dbejte na dostatek soukromí a intimitu
- poskytněte klientce dostatek času na provádění jednotlivých úkonů, aby mohla dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností, vyhněte se nepotřebné konverzaci, přerušením
- pomozte klientce s adaptací na běžné každodenní aktivity, začínejte se snazšími a známými úkoly
- dle potřeby obstarajte potřebné pomůcky
- kontrolujte bezpečnost, upravte prostředí, činnost tak, aby se snížilo riziko poranění
- podávejte instrukce pečujícímu personálu, pravidelně je obnovujte dle schopností klientky
- ved'te klientku k uvědomění si svých vlastních práv a povinností ohledně péče o své zdraví (správná výživa, redukce nadváhy, dostatek pohybu, nutnost osobní hygieny, právo na odpočinek, soukromí apod.)

(4, 23, 24)

### **Realizace:**

Hlavní příčinou deficitu sebek péče v daných oblastech je středně těžká až těžká mentální retardace. To znamená, že deficit bude trvalý, vzhledem k přidruženému onemocnění srdce s tendencí ke zhoršování.

Funkční úroveň byla změřena formou testu Péče o vlastní osobu (převedené ADL) a Soběstačnosti (převedené IADL) obsažených v Záznamu z ošetřovatelského vyšetření. Z těchto vyplynul pro pečující zaměstnance stupeň závislosti, který by měl odpovídat výši příspěvku na péči a také, jakým způsobem provádí klientka jednotlivé úkony. Tyto testy slouží jako pomůcka, podle které poskytují jednotně zaměstnanci odpovídající péči v jednotlivých oblastech, k úpravě výše příspěvku na péči.

Stravu, jednotlivé pokrmy dostává klientka připravené v ústavní kuchyni na základě pokynů nutričního terapeuta. Klientka je zapojená do přípravy pomůcek

k podávání stravy na oddělení, vedena ke správnému způsobu stolování. Dostala za úkol připravit na jednotlivé stoly před podáváním stravy prostírání, příbory, hrnečky. Vždy je pochválena za provedený úkon, začíná již půl hodiny před podáváním stravy, aby ji nestresoval dostatek času. Samotnou stravu porcují a vydávají pracovníci sociální péče.

K nutnosti provádět osobní hygienu je nutno vyvinout aktivitu ze strany pracovníků sociální péče. Každé ráno klientce připomenout potřebu osobní hygieny, zkontrolovat její provedení, stejně tak úpravu zevnějšku. Po vydání pokynu klientka úkon provede bez protestů. Večerní hygiena – mytí celého těla je prováděna s pomocí pečujících zaměstnanců. Řádné umytí genitálií, zad, podpaždí a nohou musí provést sami pracovníci sociální péče, neboť klientka tyto úkony neprovádí v dostatečné kvalitě. Pokaždé při provádění hygieny jsou jednotlivé úkony slovně popisovány, aby došlo k zafixování správného způsobu. Zatím neúspěšně. Na základě rozhovoru jsem zjistila, že klientka je schopna na dotazy ohledně hygienické péče odpovědět tímto způsobem: mýt se ráno, večer, ráno se učesat, vyčistit zuby ráno a večer, umýt si ruce po vyprázdnění.

Při provádění hygieny je ze strany personálu dbáno na dostatek soukromí a intimity. Klientka netrpí pocitem studu, je schopna procházet se nahá, nechat si otevřené dveře do koupelny, v kolektivu navzájem se rušit v koupelnách při hygieně. Každý den trpělivě vysvětlují klientce, že má právo na soukromí a intimitu, stejně tak spolubydlící či návštěvy nemusí být svědky provádění její osobní hygieny. Přesto všechno, zdá se, že tyto záležitosti příliš klientku neznepokojují, takže dochází ke korekci ze strany samotných pracovníků.

V oblasti oblékání dohlíží zaměstnanci na množství oblečení, zda je přiměřené teplotě prostředí, ročnímu období. V případě potřeby doporučí klientce vhodně oblečení přidat či ubrat. Jak jsem již řekla, klientka chodí ráda nadměrně oblečená, takže několikrát za den je upozorněna na nutnost přiměřeného oblékání. Klientka si oblečení vhodně upraví, ale jakmile zjistí, že pracovník sociální péče se zabývá něčím důležitějším nebo není chvíli přítomen, okamžitě si oblečení navlékne zpátky na sebe. Je nutná trpělivost ze strany pečujících zaměstnanců. Také s úpravou je nutné klientce dopomoci, např. vytáhnout límeček, upozornit na

špatně zapnuté knoflíky, vytaženou košili či triko z kalhot apod. Jestliže je klientka zkontrolována, její vzhled poté budí dojem upravenosti.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl ad a)***

##### ***splněn:***

- klientka dostala každý den stravu připravenou v zařízení na základě pokynů nutričního terapeuta tak, aby odpovídala dietním požadavkům
- klientka byla každodenně zapojená alespoň do přípravy pomůcek ke správnému stolování pod dohledem pracovníka sociální péče

#### ***Cíl ad b)***

##### ***splněn:***

- klientka prováděla každý den osobní hygienu správným způsobem pod dohledem pracovníka sociální péče

##### ***splněn částečně:***

- klientka bude znát s ohledem na její mentální deficit pravidla hygienické péče
  - klientka je schopna popsat alespoň základy hygienické péče, dobu, frekvenci, způsob – zde zapoměla na mýdlo, ošetření a řádné osušení pokožky

#### ***Cíl ad c)***

##### ***splněn:***

- klientka byla každý den i během dne přiměřeně oblečena (počasí, teplota v domácím prostředí)

## **7. Společenská interakce porušená z důvodu poruchy řeči a mentálního deficitu**

projevující se neschopností srozumitelně vyjádřit své potřeby, emoce, vhodným způsobem reagovat při vzájemné interakci s ostatními spolubydlíci, dysfunkční interakcí s dalšími klientkami, nesprávným chápáním situací v komunikaci s jinými lidmi, autoagresivním chováním, odmítáním nabídky trávit více času mezi spolubydlíci

***Cíle:***

- klientka bude schopna během tohoto týdne uvědomit si faktory, které vyvolávají porušenou společenskou interakci, uvede aspoň dva
- klientka bude vědět do týdne, na koho se má obrátit v případě potřeby opory, interpretace – vyjmenuje konkrétní jména
- klientka bude během týdne každý den trávit ve společnosti svých spolubydlících alespoň dvě hodiny denně
- klientka se bude do konce tohoto týdne cítit ve společnosti spolubydlících příjemně, což se projeví uvolněným výrazem v obličeji, pobytem mezi klientkami bez pobízení

***Plán péče:***

- odeberte sociální anamnézu klientky, všimněte si počátků změn ve společenském chování klientky
- zjistěte osobní anamnézu z hlediska stresujících záležitostí, somatického nebo duševního onemocnění
- povšimněte si vztahů a společenského chování ve skupině klientek na daném oddělení
- pobízejte klientku k vyjádření obtíží ve společenských situacích a s nimi souvisejících pocitů
- pobízejte klientku k formulování problémů a svého názoru na důvody jejich vzniku
- sledujte a popište interpersonální chování v objektivních termínech
- určete pacientovy schopnosti poradit si s problémy a jeho obranné mechanismy



- posuďte schopnost pacienta být obětí a projevit destrukční chování vůči sobě či druhým
- promluvte si s pracovníky sociální péče z odpovídajícího oddělení a zjistí, zda a jaké změny v chování klientky pozorují
- vytvořte pozitivní vztah s využitím důvěry, aktivního naslouchání
- pobízejte klientku k výčtu situací způsobující potíže
- zjistěte, nakolik je reálný pohled klientky na skutečnost
- pomozte jí dokázat změnu v chování, zapojte do této činnosti pracovníky sociální péče
- po dosažení výsledků podporujte klientku v její snaze o další zlepšení sociálního chování a společenských interakcí
- dle indikace doporučte psychiatrické vyšetření klientky, zajistěte pravidelné kontroly u psychiatra, jestliže se u něj léčí
- při komunikaci se spolubydlicími nebo jinými lidmi v případě potřeby nahrazujte funkci tlumočnicka, interpretujte vhodným a srozumitelným způsobem sdělení klientky

(4, 9, 16)

**Realizace:**

Na základě odebrané sociální anamnézy klientky jsme zjistila, že již od útlého dětství vyrůstala v zařízeních institucionálního typu. Podle vyjádření tamějšího psychiatra se u klientky již v dětství vyskytovaly projevy autoagresivního chování. Od mala má klientka potíže s vyjadřováním svých pocitů, řečí. Autoagresivní chování byla a je zřejmě reakce na pocity a situace, ve kterých si neví rady, jakým způsobem je řešit. Také se objevovalo, jestliže byla ze strany zdravotnického personálu nucena provádět nějaké činnosti, když se jí v tu chvíli nechtělo. Někdy mívala období, kdy se vyhýbala kolektivu, zřejmě z nedorozumění vzniklých při komunikaci s ostatními dětmi. Klientka je mentálně retardovaná, řeč je setřelá a huhňavá, proto je nutné jí v komunikaci s ostatními klientkami podporovat, pomáhat, popřípadě plnit funkci tlumočnicka, což se pracovníkům sociální péče dařilo již dříve.

Sloužící personál na základě již dřívější monitorace zjistil, že příčinou jejího autoagresivního chování a vyhýbání se kolektivu je důsledkem neohleduplného chování ostatních spolubydlících. Vzhledem k tomu, že autoagresivní projevy chování se během posledních dvou let objevily maximálně dvakrát do roka (rok předtím asi dvakrát až třikrát do měsíce), lze toto považovat za významný pokrok v této oblasti.

Je nutné dále pracovat na prodloužení doby, kterou by mohla klientka trávit mezi ostatními spolubydlícími. Pracovníkům sociální péče jsem doporučila být na daném oddělení co nejvíce k dispozici všem klientkám, korigovat jejich vzájemné interakce, vést je k ohleduplnému chování, v případě nevhodného chování zasáhnout, slabšího jednice bránit. Vždy při každé příležitosti jim trpělivě vysvětlovat a popisovat projevy jejich chování, pokusit se vést je k vyjádření svých pocitů nahlas před ostatními, pomoci jim je vhodně a srozumitelně zformulovat. Klientka byla průběžně vedena k možnosti vyjádřit své pocity, ze strany pečujících zaměstnanců jí byla průběžně poskytována podpora. Klientka dokáže požádat sloužícího pracovníka sociální péče o pomoc v případě nouze.

Pracovníci se dále snaží nabízet klientce aktivity v kolektivu, které ji baví, Zejména kreslení, společenské hry, čtení pohádek, vyprávění, navlékání korálků, sledování televize. Klientka tak během týdne trávila každodenně po částech včetně společného stolování asi tři hodiny, ale pouze v přítomnosti PSP.

Klientce byla pravidelně zdravotnickým pracovníkem podávána psychiatrická medikace dle ordinace lékaře, další kontrolní vyšetření bude absolvovat v průběhu tohoto týdne.

### ***Hodnocení***

***Cíl splněn částečně, klientka udává, že hlavním faktorem je neohleduplné jednání ze strany spolubydlících:***

- klientka byla schopna během tohoto týdne uvědomit si faktory, které vyvolávají porušenou společenskou interakci, uvedla pouze jeden faktor

***Cíl splněn:***

- klientka věděla do týdne, na koho se má obrátit v případě potřeby opory, vyjmenovala konkrétní jména
- klientka během týdne každý den trávila ve společnosti svých spolubydlících alespoň dvě hodiny denně

***Cíl nesplněn, klientka musela být pobízena, byla nutná přítomnost pracovníka sociální péče:***

- klientka se bude do konce tohoto týdne cítit ve společnosti spolubydlících příjemně, což se projeví uvolněným výrazem v obličeji, pobytem mezi klientkami bez pobízení

### **3.4.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy**

#### **8. Riziko náhodné intoxikace medikací z důvodu mentálního postižení**

projevující se neschopností číst, rozlišit jednotlivé léky a jejich počet, rozeznat dobu vhodnou k podání léku

***Cíl:***

- nedojde k intoxikaci klientky

***Plán péče:***

- posuďte úroveň kognitivních schopností klientky
- podle stavu klientky připravujte a podávejte léky dle ordinace lékaře sama
- po podání vždy léky uschovejte v uzamykatelné místnosti určené ke skladování léků
- nikdy nenechávejte léky na dosah klientce (možnost záměny s bonbóny..)

(5)

***Realizace:***

Úroveň mentálních schopností klientky se pohybuje v pásmu středně těžké mentální retardace, neumí číst, psát, není schopna rozpoznat jednotlivé druhy léků a rizika, která mohou při nesprávném užití léků nastat.

Léky jsem vždy před podáním připravila, zkontrolovala pohledem do rozpisu medikace v dokumentaci. Příprava léků probíhala v místnosti k tomu určené, do které nemají klientky přístup. Před podáním jsem zkontrolovala totožnost klientky, orientačně opět připravenou medikaci a během podání jejich užití. Ihned po podání jsme zbývající léky uložila opět do uzamykatelné místnosti, kam mají přístup pouze zdravotničtí zaměstnanci. Léky jsem podávala dle ordinace lékaře. Po podání léků jsem provedla zápis do dokumentace.

Stejným způsobem postupovaly i mé kolegyně v době mé nepřítomnosti.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl splněn:***

- intoxikaci klientky nedošlo

### **9. Riziko deficitu tělesných tekutin v důsledku léčby diuretiky**

projevující se zvýšeným výdejem moči, později poklesem diurézy, žízní, poklesem tělesné hmotnosti, žilní náplně, hypotenzí, zrychlení pulzu, snížení TK, snížení kožního turgoru, psychickými změnami, suchostí kůže a sliznic, hemokoncentrací

#### ***Cíl:***

- klientka nebude trpět sníženým objemem tekutin (sledování fyziologických funkcí v rozmezí uvedeném v ošetřovatelské diagnóze č. 1, turgoru kožního, vlhkosti sliznic, nebude zmatená, dezorientovaná, spavá)

#### ***Plán péče:***

- všimněte si nemocí, léčby, která může být spojena s deficitem tekutin

- požádejte PSP o každodenní monitoraci váhy klientky (ihned po probuzení, váhu zapisovat, hlásit sloužící zdravotní sestře), přírůstek váhy by neměl být během několika dnů vyšší než 2 – 3 kg
- zhodnoťte věk klientky, nutriční stav, současný příjem tekutin
- požádejte PSP o orientační sledování vyprazdňování moči u klientky, poučte je, jaký vzhled má koncentrovaná moč a v případě pocitu snížení diurézy o nutnosti informovat sloužícího zdravotnického pracovníka
- pravidelně monitorujete v rámci podávání léků projevy vznikající při dehydrataci organismu, při podezření na deficit tekutin zhodnoťte základní fyziologické parametry (TK, P, dále turgor kožní, vlhkost sliznic, psychický stav) a informujte ošetřujícího lékaře
- poučte klientku, pracovníky sociální péče o projevech deficitu tekutin jako důsledku léčby diuretiky
- vysvětlete klientce a pracovníkům sociální péče, jaké množství tekutin má klientka během dne vypít
- podávejte léky dle ordinace lékaře, provádějte kontrolní odběry na hodnotu minerálů v séru, krevního obrazu dle ordinace lékaře nebo zaříd'te odborné vyšetření ve zdravotnickém zařízení

(4, 12, 18)

**Realizace:**

Klientka je léčena diuretiky, po nutriční stránce má nadváhu, tekutiny přijímá bez potíží v množství 1,5 litru denně, byly vyloučeny minerální vody.

Při pravidelné monitoraci klientky dle ordinace lékaře jsem hodnotila TK, P, psychický stav, orientačně vlhkost sliznic, kožní turgor, dotazem na pracovníky sociální péče jsem ověřila množství tekutin, které klientka během dne vypila. Pracovníci sociální péče byli ústně poučeni o frekvenci vyprazdňování moče klientky, o vzhledu koncentrované moči, a požádání o orientační sledování výdeje tekutin. Každé ráno byla klientka vážena, váha se pohybovala v rozmezí od 80,3 do 80,6 kg (viz tabulka č. 5). Vzhledem k naměřeným hodnotám fyziologických parametrů a každodennímu přijímanému množství tekutin k projevům deficitu

tekutin nedošlo. Klientce jsem názorně ukázala, kolik hrníčků má přes den vypít, ale vzhledem k tomu, že neumí počítat, stejně tak rozeznat vhodný typ tekutiny, je nutný dohled zaměstnanců.

Během týdne byly prováděny každý den odběry krve na stanovení hladiny kalia v séru dle ordinace lékaře. Výsledky vyšetření byly s lékařem každý den konzultovány. Kalium bylo po celý týden klientce podáváno podle doporučení lékaře.

K deficitu tekutin podle všech naměřených hodnot během týdne tedy nedošlo.

### ***Hodnocení***

#### ***Cíl splněn:***

- klientka netrpěla sníženým objemem tekutin

### **10. Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu základního onemocnění a omezené aktivity**

projevující se při utržení trombu z dolních končetin bolestí v lýtku a chodidle (spontánní – při došlápnutí, kašli, flexi v kolenním kloubu – tzv. Homansovo znamení, palpační – při pohmatu lýtka, krutá klidová bolest s edémem, mramorováním a vznikem puchýřů – tzv. flegmasia coerulea dolens, což je vystupňovaná hluboká flebotrombóza s ischemií žilního původu a následnou gangrénou), otokem, napjatou, bledou nebo cyanotickou kůží, teplejší (městnání), mramorováním nebo bez příznaků. Při embolizace do plic projevy náhlé dušnosti, neklidu, úzkosti, pocení, tachykardie, tachypnoe, poruchy vědomí, zmatenosti, kašle, další projevy dle embolizovaného místa (CMP, IM...)

#### ***Cíl:***

- ke vzniku TEN u klientky nedojde

#### ***Plán péče:***

- podávejte antiagregancia dle ordinace lékaře
- dbejte na opatření, která podporují periferní prokrvení, zvyšují venózní návrat

- vysvětlíte klientce a pracovníkovi sociální péče, z jakého důvodu je důležitý každodenní přiměřený pohyb
- požádejte pracovníka sociální péče, aby dbal u klientky na omezení doby, kterou tráví na lůžku
- doporučte klientce pohyb podle Plánu aktivity, který jste pro ni vytvořila, požádejte pečující zaměstnance o jeho provádění
- zajistěte klientce vhodnou stravu s dostatkem vlákniny a dostatečným množstvím tekutin (prevence vzniku zácpy)
- upozorněte pracovníky sociální péče na možné příznaky, které signalizují vznik TEN a nutnost volat sloužící zdravotnický personál (zpracujte jako součást Edukačního plánu nemocné)
- všimněte si příznaků, které mohou signalizovat vznik TEN (otoky, bolestivost, barvu DK, celkový psychický a fyzický stav, ostatní příznaky uvedené výše), v případě potřeby informujte ošetřujícího lékaře, volejte LSPP

(11)

### **Realizace:**

Klientce byla pravidelně podávána antiagregancia dle ordinace lékaře.

V rámci sezení, kde jsem s klientkou a sloužícími pracovníky sociální péče prodiskutovali vznik a projevy nově diagnostikovaného onemocnění, také jsme hovořili i o prevenci a možných komplikacích, které by se mohly u klientky objevit. Informace byly zpracovány písemně v Edukačním plánu, se kterým byli zaměstnanci i klientka seznámeni. Klientka při sezení reagovala velice pozitivně, verbálně odsouhlasila navržený postup, přesto je nutné ze strany pracovníků sociální péče ji pozitivně každý k daným činnostem motivovat, klientka má tendenci bez pomoci léčebný režim nedodržovat.

Vhodná strava byla zajištěna nutričním terapeutem zařízení, pracovníci sociální péče včetně klientky byli seznámeni s podrobnostmi ohledně vhodné stravy (dostatek vlákniny), probiotika, adekvátní příjem tekutin.

Sloužící zaměstnanci se snažili po celý týden plnit společně s klientkou Plán aktivit, což se dařilo. Příznaky signalizující vznik TEN se během týdne neobjevily.

### **Hodnocení**

#### **Cíl splněn:**

- ke vzniku TEN u klientky nedošlo

**Tabulka 7 Naměřené hodnoty sledovaných parametrů u nemocné**

<b>DEN</b> <b>ČAS</b>	<b>TK mm</b> <b>Hg</b>	<b>P/</b> <b>min</b>	<b>D/</b> <b>min</b>	<b>DUŠNOST</b>	<b>STENOKARDIE</b>	<b>SLIZNICE</b> <b>BARVA KŮŽE</b>
<b>0.</b> <b>6.30 hod</b>	160/90	88 prav.	22	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>1.</b> <b>16.00</b> <b>hod</b>	135/84	78 prav.	16	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>2.</b> <b>9.00 hod</b>	130/75	76 prav.	16	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>3.</b> <b>9.00 hod</b>	135/80	72 prav.	18	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>4.</b> <b>9.00 hod</b>	134/85	78 prav.	16	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>5.</b> <b>10.00</b> <b>hod</b>		76 prav.				
<b>10.07</b> <b>hod</b>	130/72	89 prav.	16	nebyla		
<b>10.30</b>	140/83	78 prav.	20	mírná	nebyla	vlhké, růžová
	132/70	78 prav.	16	nebyla		



<i>hod</i>						
<b>6.</b> <i>9.00 hod</i>	132/75	80 prav.	16	nebyla	nebyla	vlhké, růžová
<b>7.</b> <i>9.00 hod</i>	130/70	76 prav.	16	nebyla	nebyla	vlhké, růžová

<i>DEN</i>	<i>KALEMIE</i> <i>mmol/l</i>	<i>MEDIKACE</i>	<i>VÁHA</i>	<i>OTOKY</i> <i>DK</i>	<i>POZNÁMKA</i>
<b>0.</b>		CISORDINOL 10 MG 0-0-1 PROTHIADEN 25 MG 1-1-1 TISERCIN 1-1-1 HARTIL H 2,5/12,5 MG 1-0-0 ANOPYRIN 100 MG 0-1-0 EGILOK 25 MG 1-0-1	80,3 kg	nebyly	Hospitalizace
<b>1.</b>		+ KALNORMIN 1-1-1	80,5 kg	nebyly	Příjezd v 15.30 hod
<b>2.</b>	3,61		80,5 kg	nebyly	Vypracován Edukační plán
<b>3.</b>	3,82	KALNORMIN 1-0-1	80,3 kg	nebyly	
<b>4.</b>	3,92		80,6 kg	nebyly	
<b>5.</b>	4,21		80,5 kg	nebyly	Zahájena pohybová aktivita 1x denně  400 m, 5 minut
<b>6.</b>	4,32	CISORDINOL 10 MG EX PROTHIADEN 25 MG EX TISERCIN EX + ASENTRA 50 MG 1-0-1	80,4 kg	nebyly	Kontrolní psychiatrické vyšetření – změna medikace

		+ KVENTIAX 100 MG 1-0-1			
7.	4,56		80,4 kg	nebyly	
8.		KALNORMIN EX	80,4 kg	nebyly	

### 3.5 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉ

#### 3.5.1 Prožívání nemoci

Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví. Nemoc je tedy stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Nemoc přináší potíže, dochází k poruše schopnosti plnit očekávané úkoly a role, k neuspokojování celé řady potřeb.

*Prožívání nemoci* je závislé na faktorech působících na osobnost nemocného:

- *situačně psychologický faktor* – míra, v jaké pacient prožívá závažnost své situace jako celku i jednotlivých stránek nemoci
- *samostatný chorobný proces* – některé nemoci, jejich průběh a následky mohou vyvolat přímo osobnostní změny
- *sekundární vlastnosti onemocnění* – jedná se o délku nemoci, chemický průběh, bolestivost, následky operačních zásahů, ohrožení života,

na *premorbidní osobnosti* nemocného, což je osobnost před začátkem nemoci a její vlastnosti. Každý člověk přistupuje k nemoci s jinými vnitřními osobnostními předpoklady. Do této kategorie můžeme zahrnout:

- citové reakce nemocného před onemocněním
- temperament (citová reaktivita), což je způsob vyrovnávání se s novými životními situacemi, zvládání strachu, úzkosti
- vztah ke společenskému okolí (chování ve společnosti druhých lidí, výhody nebo ztráty vyplývající z onemocnění)
- zdravotní uvědomění
- úroveň inteligence nemocného

- vzdělání a kulturní rozhled
- interpersonální vlastnosti osobnosti, tj. tendence se chovat určitým způsobem vůči druhým lidem v jistých sociálních situacích (dominance, submitivita, závislost, agresivita...),

**na skupinových vlastnostech, věku** – typické například pro určité pohlaví, věk, sociální či kulturní prostředí

a **na dalších rysech psychiky nemocného** – například rysy, které se mohou projevit v průběhu onemocnění a výrazně tak ovlivnit jeho průběh. Také projev pacienta navenek může být naprosto odlišný od vnitřního prožívání. Na základě výše uvedené situace může dojít k náhlému překvapivému chování. Z takové příhody lze usuzovat na slabý kontakt mezi zdravotníkem a nemocným, nebo nedostatečném psychologickém posouzení prožitků nemocného.

(6)

### 3.5.2 Postoj k nemoci

Pacientem se zpravidla nerodíme (což bohužel nemohu potvrdit u většiny klientů našeho zařízení), ale stáváme se jím. Termín „pacient“ je odvozeno od latinského slova „patiens“ – trpělivý, trpící od „patior“ – trpět. Chování nemocného lze charakterizovat podle Zolova modelu pěti momentů:

1. Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něho objevil.
2. Jaké povahy a kvality je tento příznak.
3. Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s tzv. primární skupinou lidí (rodina, zaměstnání, přátelé).
4. Do jaké míry překáží objevení se zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti (dovolená, výlety, dokončení práce).
5. Jaká sociální sankce stojí v pozadí situace – např. propuštění ze zaměstnání, rozvod, nižší finanční příjmy v souvislosti s nemocí).

Podle toho, jakou hodnotu má choroba pro nemocného, můžeme postoje k nemoci rozdělit do několika skupin.

U klientky není jednoduché určit její postoj k nemoci. Vzhledem k mentálnímu deficitu nikdy nepracovala, vždy byl v její blízkosti člověk, který jí pomáhal

s péčí o sebe sama, o domácnost. Klientka je velice hrubě orientovaná časem, její dlouhodobé cíle jsou spojeny s příjemnými okamžiky, pochopí maximálně v rozmezí jednoho roku, kdy je nutné jeho splnění odkazovat ve spojitosti s mimořádnými chvílemi, které v životě člověka v průběhu roku nastávají (vánoce, velikonoce, dovolená u příbuzných, pravidelné akce v zařízení a mimo spojené s ročním obdobím). Sociální sankce, které pro ni mohou být hrozbou, je zejména omezení účasti na výletech, akcích, soutěžích. Přestože podle mého názoru je *postoj k nemoci u klientky normální* s ohledem na úroveň jejího chápání, může klientce vyhovovat zvýšená pozornost ze strany personálu, zvýšený ohled ze strany spolubydlících, klientce jsou odpouštěny některé povinnosti, a lze tak usuzovat do budoucna o vývoji k *nozofilnímu postoji*.

(6, 8)

### **3.5.3 Reakce na pobyt v zařízení**

Klientka v našem zařízení pobývá již téměř dvacet let, průběh adaptace po nástupu nemohu osobně posoudit.

U těchto klientů většinou několik let trvá, než si na prostředí plně zvyknou. Musí přijmout jakýsi režim panující v zařízení, seznámit se svými spolubydlícími, poznat je, naučit se s nimi vycházet. V současné době je tendence v těchto zařízeních dřívější veliké kolektivy drobit do komunit menších. Snažíme se klientky soustředit v počtu maximálně osmi až devíti, vytvořit tak „vícečlennou rodinu“, což již svá pozitiva během dvou posledních let ukázalo.

Režim je také mnohem více uvolněný, ze strany poskytovatelů služeb se projevuje snaha vést život v těchto zařízeních směrem podobajícímu se co nejvíce klasickým domácnostem (péče o své prostředí, domácnost, příprava, výdej stravy a možnost jejího výběru, doby konzumace, možnost mít domácí zvířata, vstávat a uléhat v dobu, která vyhovuje klientovi, zrušení uniformního oblékání, individuální nákup pomůcek pro osobní hygienu či zařizování jednotlivých pokojíčků s ohledem na přání a finance klientů...).

Přestože tento stav nikdy nebude ideální, v této oblasti je vidět pokrok a to zejména na psychickém stavu a chování jednotlivých klientů. Také v souvislosti se vznikem nového Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách došlo

k výraznému omezení použití restriktivních opatření mezi která patří podávání neklidové medikace, ať už per orálně nebo injekčně (tato může být v sociálních zařízeních podávána pouze za přítomnosti lékaře, pravidla pro její použití jsou velice přísná), nebo použití ochranných lůžek. Tato opatření jsou považována za opatření omezující pohyb osob a tudíž za formu omezování osobní svobody. Přestože se na počátku tento problém jevil velice komplikovaně, ve spojení s výše uvedenými změnami probíhajícími v zařízení, nedošlo k žádné katastrofě. Lidé pracující v této pomáhající sféře byli a jsou i nadále nuceni změnit svůj přístup k těmto klientům, jsou jim vysvětlovány příčiny vzniku konfliktních situací, agresivních projevů chování a způsob, jak těmto projevům předejít či zmírnit.

Díky všem těmto uvedeným faktorům jsou klienti mnohem lépe v sociálních zařízeních adaptováni, lépe spolupracují, snižuje se u nich výskyt konfliktů a autoagresivních či heteroagresivních projevů chování. Více komunikují se zaměstnanci, jsou schopni vyjádřit své potřeby, pocity, i když často velice svérázným způsobem. Množství předepisované psychiatrické medikace v našem zařízení se nezvýšilo, ba mírně kleslo (což je ale velice nejistý ukazatel, vezmeme-li v úvahu množství klientů s mentální retardací kombinovanou s psychiatrickou diagnózou, jejich věk, počet klientů, psychické onemocnění nově přijatých apod.).

Celkově mohu říci, že klientka reaguje zejména v posledních letech na pobyt v našem sociálním zařízení spokojeně. Pro ni představuje domov, který nikdy neměla.

(2, 25)

#### **3.5.4 Hodnocení a zvládání komunikace**

Vzhledem k tomu, že nemocná trpí středně těžkou mentální retardací, nejprve uvedu pár podrobností o tomto onemocnění, a poté zdůrazním důležité zásady komunikace s mentálně retardovanými jedinci.

*Mentální retardace je stav zastaveného či nedovršeného duševního vývoje. Je charakterizována narušením dovedností, poznávacích, řečových a sociálních schopností přispívajících společně k povšechné úrovni inteligence. Projevuje se*

již od počátku života, čímž se liší od demence, tedy postupného intelektuálního úpadku z dříve dosažené úrovně.

Mentální retardace lze rozdělit na základě testových metod podle dosaženého inteligenčního kvocientu (IQ) do několika skupin:

- **Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)** - jedinci lehce mentálně retardovaní si opožděně osvojují řeč, bývají nezávislí v oblasti sebepečce, jsou schopni zastat jednoduchou nekvalifikovanou práci. Jsou vzdělatelní, část je schopna výchovy v normálních školách, někteří absolvují zvláštní školu.
- **Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)** – zde je již charakteristické omezené užívání řeči, zúžené chápání. Narušena je i schopnost sebeobsluhy. V dospělosti tito jedinci jsou schopni zastat jednoduchou manuální práci, avšak pouze pod dohledem. Nejsou schopni samostatného života. Často se vyskytuje doprovodná epilepsie, široká škála neurologických a tělesných handicapů.
- **Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)** – klinický obraz je podobný předchozímu, objevují se ale výrazné poruchy motoriky a jiné přidružené defekty související s výrazným poškozením nebo chybným vývojem centrální nervové soustavy. V sebeobsluze jsou již mnohem více závislí na péči druhé osoby, jsou schopni vykonávat velice jednoduché úkony ve formě pokynů pečující osoby pouze pod dohledem.
- **Hluboká mentální retardace (IQ pod 20 bodů)** – jedinec postižený hlubokou mentální retardací bývají většinou imobilní, inkontinentní, neschopni používat a porozumět řeči. Minimální schopnost pečovat o své základní potřeby, tito lidé vyžadují stálou pomoc a dohled.

**V komunikaci s mentálně retardovanými lidmi** uplatňujeme zejména možnost nemocného osobně poznávat, pozitivní vztah mezi jedincem a pečujícím pracovníkem. Vždy se snažíme přistupovat individuálně, chovat se profesionálně, taktně, tolerantně, trpělivě, s porozuměním a úctou. Komunikaci směřujeme k získání důvěry a vytvoření příznivého emočního klimatu, nevyhýbáme se nepříjemným tématům, klienta oslovujeme tak, jak je zvyklý (je nutné respektovat, že klient je dospělý, přesto může nastat situace, kdy slyší pouze na křestní jméno v závislosti na úrovni mentální retardace). Nemocného trpělivě

vyslechneme, projevíme pochopení a porozumění bez litování. Upřednostňujeme nedirektivní přístup – přátelský vztah a empatii. Snažíme se vytvářet vhodné podmínky k rozvoji osobnosti handicapovaného člověka. Vhodnou motivací podporujeme aktivity nemocného s důrazem na sebeobsluhu, soběstačnost a zájmové činnosti.

Podle druhu postižení využíváme verbální i neverbální komunikaci. V komunikaci uplatňujeme klidný tón hlasu, trpělivost, volíme jednoduché výrazy, které raději několikrát zopakujeme. Nepoužíváme infantilní výrazy. Jednotlivé úkony provedené klientem vždy raději kontrolujeme.

K problémovým pacientům přistupujeme na profesionální úrovni, s agresivními klienty jednáme klidně, nedirektivně, snažíme se plout po proudu, jestli můžeme, klientovi vyhovíme. Dbáme na řeč těla, vždy necháme klientovi i sobě možnost úniku.

*V oblasti komunikace s nemocnou* vyslovuji své požadavky srozumitelně, pomalu, dávám klientce dostatek času na pochopení a odpověď. Oceňuji snahu, za každý pokus provést správně požadovaný úkon klientku pochválím. Někdy je nutné požadavky či sdělení zopakovat, názorně ukázat či použít jednodušší výrazy. Správné pochopení ze strany klientky lze usuzovat z přitakání, správného provedení požadovaného úkonu. Často je nutné jednotlivé úkony, jestliže jsou podstatné, provést ještě jednou správným způsobem za klientku.

Často se u klientky vyskytuje potřeba sounáležitosti, lásky, takže často se bez rozmyslu vrhá na pečujícího zaměstnance, objímá je, lze ji jen těžko odtrhnout. Je nutné počkat, až se klientka tohoto pocitu nasytí. Je vhodné ji také v odpovídající situaci pohládit, dát jí najevo náš zájem.

Klientka také ráda „bafá“ na zaměstnance. Schová se za roh, a vybafne, nebo napodobuje vojáka, který střílí ze samopalu. Když se jí podaří některou osobu vylekat, srdečně se této situaci zasměje. Jestliže však zpozoruje, že leknutí bylo příliš velké, omluví se.

Klientky řeč je setřelá, huhňavá, proto jí těžko porozumí lidé, kteří s ní nejsou delší dobu v přímém kontaktu. Pozorně jí naslouchám, sleduji neverbální projevy jako jsou výraz tváře, gestikulace, postoj. Někdy ji musím požádat, aby mi své sdělení zopakovala, což klientka bez potíží provede, pro jistotu také klientky

výrok zopakují nebo i názorně předvedu pro jistotu správného pochopení z mé strany. Při pobytu mezi cizími lidmi doprovázející personál plní roli tlumočnicka. Cizí kolektiv snáší bez potíží, je – li v přítomnosti známé osoby.

*(1, 6, 16)*

### **3.5.5 Zvládání stresu, obranné mechanismy**

Základní tendencí osobnosti je udržovat vnitřní rovnováhu, která může být narušena například vznikem negativních zážitků jako reakcí na selhání, neúspěch, obecně v situacích frustrace. Během života často nastávají svízelné situace, na které každý jedinec reaguje vlastním způsobem, který je mu blízký. Odolnost k náročným životním situacím je závislá na:

- vrozených vlastnostech organismu
- věku
- intelektu
- životních zkušenostech
- akutním stavu organismu
- společenských okolnostech
- pracovní činnosti.

Stresové situace bývají většinou vyvolány svízelnou situací, která působí na organismus, znesnadňuje mu uspokojovat potřeby, plnit úkoly a nevede k dosažení cíle.

V průběhu života používají jedinci ke zvládnutí náročných situací obranné mechanismy, které mohou být využívány i v běžném životě. Pomáhají udržovat duševní rovnováhu, redukci psychického napětí a mohou být vhodnou formou adaptace.

Avšak v okamžiku, kdy se stávají dominujícími způsoby řešení náročných, stresujících situací, ukazují na špatné přizpůsobení osobnosti, maladaptibilitu.

U klientky lze zpozorovat z obranných reakcí organismu agresi, přesněji autoagresi, únik, rezignace, riziko regrese.



*Autoagrese*, kdy klientka přenáší zlobu na sebe sama a projevuje se tlčením hlavy do zdi, bušením pěstmi či trháním vlasů, se již u ní vyskytuje velice výjimečně, podle dokumentace za poslední dva roky maximálně dvakrát do roka a dokonce v takové míře, že ji bylo možno uklidnit rozhovorem iniciovaným ze strany pracovníka sociální péče nebo zdravotní sestry. Dlouhodobým pozorováním bylo zjištěno, že vyvolávající příčinou u klientky je neohleduplné chování spolubydlících klientek, které ji popichují, posmívají se jí, kritizují ji, nutí ji do činností, které klientka odmítá vykonávat nebo je prostě vykonat nedokáže tak, jak si tyto osoby představují. Protože se klientka neumí bránit, je nutná ze strany zaměstnanců korekce chování zejména spolubydlících. Dále je klientka sama vedena k asertivnímu jednání, které probíhá za podpory pracovníků sociální péče. Myslím, že došlo k velikému posunu v této oblasti.

*Únik* lze pozorovat u klientky stále ve velké míře, kdy v nepřítomnosti pečujících zaměstnanců pobývá raději v pokoji, kolektivu se vyhýbá. Opět je nutná podpora zejména ze strany pracovníků sociální péče, svou přítomností poskytnout klientce pocit bezpečí a zázemí, všimnout si jednání ostatních klientek a nevhodné chování u nich potlačovat, trpělivě vysvětlovat, popřípadě názorně demonstrovat.

*Rezignace* vyjadřuje stav člověka, který je provázen lhostejností, pasivitou, apatií, depresivními pocity a bezmocí. Tento obranný mechanismus se u klientky vyskytoval v době, kdy byla z důvodu častých sebepoškozujících raptů přemístěna do budovy, kde je poskytována péče jedincům s těžkou mentální retardací. Klientka přestala vycházet z pokoje, odmítala jakoukoli nabízenou činnost i v přítomnosti pracovníka sociální péče, jakoby se zapomněla smát, neměla zájem o dění okolo sebe, chovala se jako tělo bez duše. Na kladené otázky krčila rameny, na nabídky odpovídala, že jí to je jedno. Myslím, že kdybychom nechali klientku umístěnou delší dobu, mohla by se u ní projevit *regrese*, což je v podstatě návrat k projevům dřívějšího vývojového období, k vývojově primitivnějšímu chování. Z tohoto důvodu byla opět si po čtyřech měsících opět přestěhována zpátky mezi klientky lehce až středně těžce mentálně retardované.

Tyto obranné mechanismy se u klientky zřejmě vyvinuly zejména během dětství, lze tak usoudit z dokumentace. Podle mého názoru trpěla klientka v raném

dětství deprivací (nedostatečná saturace psychických potřeb) zejména z důvodu dlouhodobého pobytu v sociálních institucích, kde i při sebelepší péči není možné nahradit funkci rodiny či lásku, zájem pečujících rodičů.

(6,8)

### **3.6 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA**

Klientka je umístěna v pobytovém zařízení sociálních služeb. V institucionálních typech zařízení bydlí již od svých deseti let, takže zřejmě klasický rodinný život jako takový poznala pouze v útlém věku, a to zřejmě ne za zcela příznivých okolností.

Matka a otec již nežijí. Sourozence nikdy neviděla. Má vytvořený velice pozitivní vztah ke své sestře, která je zároveň jejím dvojčetem. Dvakrát do roka k ní jezdí na návštěvu, v době letních prázdnin asi na měsíc, v době vánoc na dobu jednoho týdne. Vždy se velice těší. Návrat do zařízení jí žádné potíže nedělá, ví, že se sestrou opět setkají.

V zařízení bydlí v pokoji s klientkou, kterou si velice oblíbila. V době, kdy tato byla hospitalizovaná, jí velice chyběla, což se u ní projevovalo ztrátou zájmu o okolní dění, smutkem a neochotou komunikovat.

Ve společnosti se klientka chová přijatelným způsobem. Pobývá ráda ve společnosti lidí, ke kterým má pozitivní vztah. V kontaktu s cizími lidmi, zejména v doprovodu zaměstnanců, je přátelská, usměvavá, ochotně plní jednoduché pokyny, když má dobrou náladu. V průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (zmíněné SKG vyšetření) spolupracovala, nekonfliktní. Vyhýbá se kolektivu spolubydlících z důvodů, které jsem uvedla již dříve.

### **3.7 PROGNOZA**

Dilatační kardiomyopatie je chronické onemocnění srdce, kde lze do budoucna předpokládat zhoršování zdravotního stavu nemocné. U klientky je nutné zajistit změnu životního stylu s ohledem na ráz onemocnění, aktuálního zdravotního

stavu, dbát na dodržování diety, pohybové aktivity, pravidelný režim jako je relaxace, dostatek spánku, omezení přílišné fyzické a psychické zátěže, absolvovat pravidelná kontrolní vyšetření u kardiologa, pravidelně brát naordinované léky, monitorovat příznaky dekompenzace onemocnění. Všechny výše uvedené aspekty ovlivní kvalitu života klientky a dobu projevů dekompenzace onemocnění.

V pozdějším stádiu onemocnění, kdy již srdce pomalu přestane plnit svou základní funkci, je jediným možným řešením transplantace srdce. Transplantace srdce s sebou přináší mnohá rizika, je nutné zohlednit aktuální stav včetně spolupráce pacienta, míru přínosu a rizik spojených s tímto zákrokem. Dalším problémem je také dostupnost orgánů vhodných k transplantaci a pořadník čekatelů na orgán. Z tohoto důvodu se spousta čekatelů tohoto zákroku nedočká a umírají tak na selhání srdce.

(18,22)

## **4 EDUKAČNÍ PLÁN**

### **4.1 EDUKACE – DEFINICE, FÁZE, CHYBY**

Edukace je celoživotní proces – řízený proces učení, který probíhá za účasti lidského subjektu. Tento proces probíhá cíleně, plánovaně, subjekt se za působení jiného subjektu vzdělává. Tvoří významnou část ošetrovatelského procesu.

***Základními principy*** edukace v oblasti ošetrovatelství jsou:

- nepřetržitý kontakt zdravotnického pracovníka a nemocného
- informace podávat nemocnému jasně, stručně, zřetelně, bez časové tísně
- informace, dosažené znalosti stále upevňovat
- nemocného nezahlcovat nepodstatnými informacemi
- dodržovat jednotlivé fáze edukace.

*Do jednotlivých fází edukace* řadíme:

**1. Projektování** – kdo, koho, jak, za jakých podmínek, efekt, cíl, znalost předchozích znalostí a zkušeností nemocného, zručnost, poddajnost, názory nemocného, téma edukace, motivace (návrat do zaměstnání, plnění rolí, zdraví, vliv psychiky).

**Edukační plán má být** přiměřený, vědecký, přesvědčivý, soustavný, taktní, vytvořen od jednoduchého ke složitějšímu, vyvolat zájem, působit na vůli, city. Je ovlivněn schopnosti nemocného, zdravotnického pracovníka, obsahem látky, cílem, podmínkami.

**2. Realizace** – motivace, expozice, fixace, aplikace, reakce na chyby nemocného, podpora, motivace a vůle nemocného, reakce na změny, plánované a neplánované, komunikace, upřesnění informací, ovzduší důvěry, podpory, zdůraznit pozitivní změny, upozornit na následky odmítnutí změny. V průběhu realizace průběžně hodnotíme plán (únava, zájem, denní doba, pomůcky), jednotlivé informace opakujeme, nepoužíváme zkratky, cizí slova, můžeme uzavřít s nemocným smlouvu, čímž posílíme jeho odpovědnost, posilujeme pochvalou, upozorňujeme na chyby, motivujeme rodinu, pečující ke spolupráci.

**3. Hodnocení** – posuzujeme výsledky, podle výsledného hodnocení provádíme změny v edukaci, dbáme na dostatečný čas a prostor k hodnocení. Hodnotíme průběžně i závěrečně, do hodnocení zapojujeme také nemocného, rodinu. Porovnáváme skutečný a dosažený cíl, zjišťujeme důvod, proč nebylo cíle dosaženo. Fázi hodnocení provádíme pozorováním, rozhovorem.

**V případě nedosažení cíle, mohou figurovat tyto příčiny:** špatná diagnostika potřeb nemocného, nereálný cíl, nevhodná strategie, špatné časové naplánování, malá motivace, chyby v komunikaci, přetížení nemocného. Dále rozdílné očekávání zdravotnického pracovníka a pacienta, nepřihlednutí ke vnímání či stavu smyslů, etnice, jazykové způsobilosti, nepřihlednutí k únavě nemocného, nevyhodnocení dosaženého cíle, přílišné zasahování do autonomie pacienta.

(26)

## 4.2 EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉ

Edukační plán jsem písemně zpracovala, seznámila jsem s ním pracovníky sociální péče a samozřejmě také klientku, které bylo nutné vše vysvětlit velice zjednodušeným způsobem za použití názorného předvedení. Veškeré doporučené postupy provádí klientka pod dohledem pracovníků sociální péče, všeobecných sester a nutričního terapeuta. Edukace proběhla dvakrát cíleně, z toho jednou na žádost pracovníků sociální péče, v případě potřeby je soustavně prováděna v rámci návštěvy klientky při provádění ordinací formou rozhovoru, názorného předvedení a následné kontroly, pozorováním nebo dotazem na klientku, informace je poté ověřena u sloužícího personálu. Edukační plán nemocné se sestává ze **tří částí**, a to **Plánu aktivit**, který obsahuje informace o doporučeném režimu a pohybové aktivitě klientky, **Výživa nemocné** a **Projevy dekompenzace a komplikací nemocnění**.

#### 4.2.1 Výživa

V oblasti výživy má být u pacientů s onemocněním srdce dodržována racionální strava se **sníženým množstvím používání kuchyňské soli**. U nemocné při stravování v zařízení zajišťuje nutriční terapeut, v případě pobytu mimo zařízení doprovodný personál, který byl s informacemi seznámen v Edukačním plánu v části Výživa, která je uvedena v příloze.

Příjem celkové stravy má být vyvážený, příjem a výdej energie v rovnováze. V celkové stravě by mělo být 50 – 55% sacharidů, 18 – 20% bílkovin, 30 – 35% tuků. Optimální tělesnou kondici udržovat v rozmezí BMI 20 – 25 (dělíme hmotnost v kg výškou v metrech<sup>2</sup>).

Zásady správného stravování pacienta s onemocněním srdce lze shrnout do těchto bodů:

- snížit příjem živočišných tuků, které jsou obsaženy zejména v másle, šlehačce, tučných sýrech a tučném masu,
- zvýšit podíl rostlinných tuků a olejů,
- zvýšit spotřebu luštěnin a výrobků z obilovin s vyšším podílem celého zrna,
- výrazně zvýšit spotřebu ryb a rybích výrobků,
- snížit spotřebu vajec, nejvýše na čtyři kusy týdně,

- snížit množství soli, u pacientů s onemocněním srdce omezit solení, vynechat potraviny, které obsahují skrytou sůl (uzeniny, sýry, nakládané potraviny),
- zajistit dostatečný pitný režim,
- alkoholické nápoje raději nekonzumovat
- nekouřit

U obézních pacientů je základem diety **omezení kalorické hodnoty potravin**, která vede k redukci hmotnosti, a tím i ke snížení nároků na práci srdce.

### ***Pitný režim***

Z celkové hmotnosti dospělého člověka představuje přibližně 60% voda. V důsledku nedostatku tekutin vzniká mnoho zdravotních potíží, které obvykle nebývají s nedostatečným příjmem tekutin spojovány, zde můžeme uvést například dna, revmatické potíže, močové kameny, močová infekce, únava, bolesti hlavy, podrážděnost, zmatenost apod.

U pacientů s onemocněním srdce při omezení solení je možné přijímat během dne 1,5 l tekutin, někdy může lékař doporučit příjem tekutin snížit. Pokud se pohybuje nemocný v teplém prostředí, sportuje, trpí horečkou, průjmy, příjem tekutin by měl ještě zvýšit. Vhodnými nápoji jsou bylinkové čaje, přírodní ovocné šťávy, nízkostupňové pivo, voda. Nápoje, které obsahuje kofein, silné kakao, silný ruský čaj nebo colové nápoje, mají diuretické účinky, proto je k zavodnění organismu nelze doporučit. Nevhodné jsou také různé limonády, které obsahují vysoké množství cukru, různých barviv. U pacientů s onemocněním srdce vyloučíme pití minerálních vod, které obsahují vysoké množství minerálů.

(7, 18, 22)

### **4.2.2 Pohybová aktivita**

U nemocné byl vypracován Plán aktivit, který tvoří část Edukačního plánu nemocné, ve kterém je doporučeno množství a forma pohybové aktivity během prvního až dvou týdnů. Obecně je prokázán **pozitivní vliv aktivní pohybové intervence** na závažnost a prognózu srdečního selhání. Pohybová aktivita je prováděna vždy s ohledem na základní chorobu a aktuální stav pacienta. Je

součástí nefarmakologické léčby kardiaka. Příznivý efekt byl prokázán na obezitu, vysoký krevní tlak, vysokou hladinu tuků v krvi, diabetes. Jsou doporučována cvičení se zapojením více svalových skupin (chůze, jízda na kole, plavání, běh na lyžích, trenažéry), což je tzv. aerobní cvičení. Mělo by být prováděno 4 – 5krát týdně po dobu 20 – 30 minut nebo 3krát týdně po dobu 60 minut.

(7, 18, 22)

#### **4.2.3 Další doporučení**

Kromě již zmíněných doporučení ohledně výživy, pohybové aktivity, je pro klientku také důležitý pravidelný denní režim, dostatek spánku a odpočinku, střídání období fyzické aktivity s odpočinkem, pravidelnost v provádění pohybové aktivity, při které by měl být brán zřetel na subjektivní pocity klientky, vyhýbání se stresovým situacím.

Nedílnou součástí je pravidelné podávání naordinované medikace, kontroly u ošetřujícího lékaře a kardiologa, sledování stavu klientky ošetřujícími zaměstnanci, včasné a objektivní předávání informací ošetřujícímu lékaři.

## **5 SHRNU TÍ**

V této práci byla zpracována případová studie Ošetřovatelská péče o nemocnou s dg. Dilatační kardiomyopatie.

Práce se skládá z pěti částí, krátkého úvodu, klinické části, ošetřovatelské části, edukačního plánu a závěru.

V klinické části jsem se zabývala anatomii a fyziologií srdce a krevního oběhu, charakteristikou onemocnění, jsou zde také uvedené základní údaje o nemocné.

Ošetřovatelská část navazuje na předchozí klinickou, popisuje ošetřovatelskou péči poskytnutou nemocné v sociálním zařízení, její psychologickou stránku a sociální problematiku.

Jako předposlední část je zařazen Edukační plán, ve kterém jsou shrnuty základní informace týkající se edukace obecně a konkrétního edukačního plánu vypracovaného pro nemocnou.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### ODBORNÁ LITERATURA

1. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 173 s. ISBN 80-7013-386-4
2. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. a kol.: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003, 111 s. ISBN 80-86552-66-7
3. DESPOPOULOS, A., STILBERNAGL, S.: *Atlas fyziologie člověka*. Praha, Grada Publishing a. s., 2004, 448 s. ISBN 80-247-0630-X



4. **DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F.:** *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing s. r. o., 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8
5. **FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., MIKŠOVÁ Z., ZAJÍČKOVÁ, M.:** *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6
6. **HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., ZACHAROVÁ, E.:** *Zdravotnická psychologie*. Praha, Grada Publishing a. s., 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
7. **KAPOUNOVÁ, G.:** *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha, Grada Publishing a.s., 2007, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
8. **KŘIVOHLAVÝ, J.:** *Psychologie nemoci*. Praha, Grada Publishing s. r. o., 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
9. **MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M.:** *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006, 144 s. ISBN 80-247-1662-8
10. **MARTÍNKOVÁ, J. a kol.:** *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha, Grada Publishing a. s., 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4
11. **NAVRÁTIL, L. a kol.:** *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha, Grada Publishing a. s., 2008, 424 s. ISBN 987-80-247-2319-8
12. **NEJEDLÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A.:** *Interní ošetrovatelství I*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6
13. **NEJEDLÁ, M.:** *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006, 248 s. ISBN 80-247-1150-8
14. **PAVLÍKOVÁ, S.:** *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha, Grada Publishing a. s., 2006, 152 s. ISBN 80-247-1211-3
15. **POCHYLÁ, K.:** *České ošetrovatelství I*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8
16. **PRAŠKO, J. a kol.:** *Psychiatrie*. Praha, Informatorium, 2003, 192 s. ISBN 80-7333-002-4
17. **ROKYTA, R. a kol.:** *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha, ISV nakladatelství, 2000, 358 s. ISBN 80-85866-45-5

18. **ŘEHOŘOVÁ, J., SOVOVÁ, E.:** *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha, Grada Publishing a. s., 2004, 156 s. ISBN 80-247-1009-9
19. **SOBOTTA, J.:** *Atlas anatomie člověka*. Díl 2. Praha, Grada Publishing a. s., 2007, 408 s. ISBN 978-80-247-1870-5
20. **STAŇKOVÁ, M.:** *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha, Univerzita Karlova, Karolinum, 1996, 193 s. ISBN 80-7184-243-5
21. **STINGL, J.:** *Základy anatomie pro bakalářské studium*. Praha, Univerzita Karlova, 3. Lékařská fakulta, Anatomický ústav, 2001
22. **ŠTEJFA, M.:** *Kardiologie*. Praha, Grada Publishing a.s., 2007, 760 s. ISBN 978-80-247-1385-4
23. **TRACHTOVÁ, E. a kol.:** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4
24. **VYMĚTAL, J.:** *Lékařská psychologie*. Praha, Portál s.r.o., 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X

#### **PRÁVNÍ PŘEDPISY**

24. **VYHLÁŠKA č. 505** ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
25. **ZÁKON č. 108** ze dne 13. března 2006 o sociálních službách

#### **PŘEDNÁŠKY**

26. **HOLUBOVÁ, J.:** *Základy pedagogiky*. Univerzita Karlova, Praha, 3. lékařská fakulta, listopad 2008

#### **INTERNETOVÉ ZDROJE**

27. <http://www.bartleby.com/bookstore/107.html>
28. [http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zesk/3141\\_6763.html](http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zesk/3141_6763.html)

## SEZNAM ZKRATEK

ACE I	inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu
ADL	activities of daily living (test základních všedních činností)
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AoR	aortální regurgitace
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA	kyselina acetylsalicylová
AST	aspartátaminotransferáza
AT 1	angiotensin 1

AV	atrioventrikulární
BMI	body mass index
CRP	C-reaktivní protein
CŽT	centrální žilní tlak
D	dech
DK	dolní končetiny
DRG	dražé
EF	ejekční frakce
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
FF	fyziologické funkce
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza
HDL	lipoproteiny o vysoké hustotě
IADL	test instrumentálních všedních činností
INR	protrombinový čas, dříve Quick
IQ	intelligenční kvocient
IVS	interventrikulární septum
KMP	kardiomyopatie
LB33	blok levého Tawarovo raménka
LDL	lipoprotein s nízkou hustotou
LK	levá komora
LSPP	lékařská služba první pomoci
LVG	levografie (levostranná ventrikulografie)
MCH	střední hmotnost erytrocytu
MCV	střední objem erytrocytu
MCHC	střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytech
MiR	mitrální regurgitace
MO	minutový objem
MPAP	střední tlak v plicnici
MV	minutový srdeční výdej
NYHA	New York Heart Association
P	puls

PAOP	tlak zaklínění v plicnici
PAP	tlak v plicnici
PK	pravá komora
PSP	pracovník sociální péče
RTG	rentgenové vyšetření
RVP	tlak v pravé komoře
SKG	selektivní koronarografie
SZO	Světová zdravotnická organizace
TBL	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TO	tepový objem
VASĚ	visuální analogová škála

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	<i>Vybrané hemodynamické hodnoty</i> .....	str. 20
Tabulka č. 2	<i>Popis fyziologické elektrokardiografické křivky</i> .....	str. 26
Tabulka č. 3	<i>Funkční klasifikace New York Heart Association</i> .....	str. 35
Tabulka č. 4	<i>Individuální domácí trénink</i> .....	str. 38
Tabulka č. 5	<i>Kategorie obezity a zdravotních rizik podle SZO</i> .....	str. 39
Tabulka č. 6	<i>Výsledky laboratorního vyšetření krve nemocné</i> .....	str. 46
Tabulka č. 7	<i>Naměřené hodnoty sledovaných parametrů u nemocné</i> .....	str. 88

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1	Uložení srdce v hrudní dutině.....	str. 11
-----------	------------------------------------	---------

Obr. č. 2 Některé srdeční dutiny.....	str. 13
Obr. č. 3 Srdeční chlopně.....	str. 14
Obr. č. 4 Srdeční chlopně.....	str. 14
Obr. č. 5 Převodní systém srdeční.....	str. 15
Obr. č. 6 Srdeční tepny.....	str. 16
Obr. č. 7 Srdeční žíly.....	str. 17
Obr. č. 8 Poslechová místa jednotlivých chlopní.....	str. 22
Obr. č. 9 Umístění hrudních svodů.....	str. 25
Obr. č. 10 Umístění končetinových svodů.....	str. 25
Obr. č. 11 Fyziologická křivka EKG.....	str. 26
Obr. č. 12 Dilatační kardiomyopatie (ECHO).....	str. 33

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Edukační plán (1. strana)*

Příloha č. 2: *Edukační plán (2. strana)*

Příloha č. 3: *Edukační plán (3. strana)*

Příloha č. 4: *Edukační plán (4. strana)*

Příloha č. 5: *Edukační plán (5. strana)*

Příloha č. 6: *Edukační plán (6. strana)*

Příloha č. 7: *Záznam z ošetrovatelského vyšetření (1. strana)*

Příloha č. 8: *Záznam z ošetrovatelského vyšetření (2. strana)*

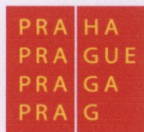
Příloha č. 9: *Sesterská překladová zpráva*

Příloha č. 10: *Zpráva o úrovni soběstačnosti uživatele*

Příloha č. 11: *Denní záznam o poskytnuté péči uživateli (1. strana)*

Příloha č. 12: *Denní záznam o poskytnuté péči uživateli (2. strana)*

## Příloha č.1 Edukační plán (1. strana)



Domov pro osoby se zdravotním postižením

Rudné u Nejdku č.8,362 21 Nejdek

Zřizovatel Hlavní město Praha

### EDUKAČNÍ PLÁN PRO PRACOVNÍKY SOCIÁLNÍ PÉČE A NÍŽE UVEDENÉHO UŽIVATELE

Jméno, příjmení uživatele: **Kopřivová Tamara**

U klientky byla na základě lékařského vyšetření diagnostikována **DILATAČNÍ KARDIOMYOPATIE, což je onemocnění srdeční svaloviny charakterizované sníženou výkonností srdce.** Pacient bývá dušný, někdy udává bolest na hrudi, může být unavený, mohou se vyskytnout otoky dolních končetin. Fyzická výkonnost je omezená, je nutno respektovat individuální toleranci k zátěži. Ze strany pečujícího personálu zajistit pravidelný denní režim, dostatek odpočinku, adekvátní fyzickou aktivitu s ohledem na aktuální stav klientky, omezit situace, které navozují u nemocné psychické rozrušení, podávat vhodnou stravu a tekutiny, doporučené nutričním terapeutem zařízení.

## 1. PLÁN AKTIVIT

**N**íže uvedený plán obsahuje přibližný režim dne vhodný během prvních dvou týdnů, výše pohybové aktivity bude následující dny upravena podle aktuálního zdravotního stavu a individuální snášenlivosti fyzické zátěže.

<b>7.30 – 8.00 hod</b> postupné vstávání, nácvik a fixace sebeděže, provedení ranní hygieny v koupelně pod dohledem pracovníka sociální péče, úprava zevnějšku, monitorace fyziologických funkcí, aktuální zdravotního stavu sloužící sestrou dle ordinace lékaře
<b>8.00 – 8.30 hod</b> zaměstnání klientky v podobě přípravy pomůcek ke stolování (hrníčky, přebory, talíře, prostírání)



## Příloha č.2 Edukační plán (2. strana)

<b>8.30 – 9.00 hod</b> podávání snídaně, tekutin, léků, orientační hodnocení stavu klientky
<b>9.00 – 9.30 hod</b> úklid pomůcek po snídani, vhodné za pomoci další klientky
<b>9.30 – 10.00 hod</b> úprava lůžka, vedení klientky k úklidu jejího pokojíku
<b>10.00 – 10.30 hod</b> příprava na vycházku, oblékání přiměřeného oblečeného aktuálního počasí, vycházka zatím v <b>trvání asi 5 minut pozvolného tempa 400 m</b> (cesta tam i zpátky, maximálně ke kostelu, sledovat dušnost, bolest, zmodrání na rtech, v obličeji, úlevovou pozici, chuť klientky do chůze, slovní a mimoslovní projevy potíží. V případě vzniku potíží zvolnit tempo, odpočinek, pomalý návrat zpátky do budovy. Jestliže potíže ani přes odpočinek neustoupí do 10ti minut nebo se budou stupňovat, volat sloužícího zdravotnického pracovníka. Toto tempo dodržovat deset dní, jestliže se nevyskytnou potíže, opakovat tuto aktivitu odpoledne.
<b>10.30 – 11.30 hod</b> navrhnout klientce činnost, pokusit se ji začlenit do kolektivu, zájmové aktivity (společenské hry, rozhovor, prohlížení obrázkových knížek, zpěv), zdokonalování jemné motoriky (kreslení, navlékání korálků..)
<b>11.30 – 12.00 hod</b> příprava ke stolování
<b>12.30 – 13.00 hod</b> podávání oběda, tekutin, léků orientační hodnocení zdravotního stavu klientky
<b>13.00 – 13.30 hod</b> úklid použitých pomůcek po obědě za pomoci dalších spolubydlících

### Příloha č.3 Edukační plán (3. strana)

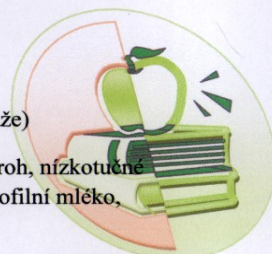
<b>13.30 – 15.00 hod</b> polední klid, pobyt na pokojíčcích v obývací místnosti
<b>15.00 – 15.30 hod</b> společné posezení u kávy (pro klientku káva bez kofeinu), svačina, doplnění tekutin
<b>15.30 – 17.00 hod</b> v době vycházky ostatních spolubydlících individuální práce s klientkou (péče o psa, vyrábění bižuterie, procvičování paměti, poznávacích schopností – prohlížení, identifikace obrázků a vztahů souvisejících s obrázky), podle domluvy se sloužící sestrou možnost masáže, protahování jednotlivých svalových skupin v místnosti rehabilitace, relaxace za poslechu meditační hudby, možno i s dalšími klientkami podle zájmu)
<b>17.00 – 17.30 hod</b> příprava pomůcek, jídelny k večeři
<b>17.30 – 18.00 hod</b> podávání večeře, tekutin, medikace, orientační hodnocení zdravotního stavu klientky
<b>18.00 – 18.30 hod</b> nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny pod dohledem a kontrolou pracovníka sociální péče, názorné ukazování správného provádění, slovní opakování postupu, ověřovat pochopení klientky dotazy, pozorováním, dopomoc v oblastech, které klientka nezvládá
<b>18.30 – 19.00 hod</b> postupné ukládání klientky ke spánku, před spánkem vyvětrat pokojík, ztlumit topení (po usnutí klientky znovu), v případě zájmu klientky ponechat ji večer sledovat televizi, poslouchat uklidňující hudbu

## Příloha č.4 Edukační plán (4. strana)

### 2. VÝŽIVA

#### DOPORUČENÉ POTRAVINY

- ✚ **Tuky:** snížit spotřebu všech tuků, rostlinné, zvláště olivový, řepkový
- ✚ **Ryby:** všechny druhy netučných mořských a sladkovodních ryb
- ✚ **Maso:** kuře, krůta, holoubě, králík, zvěřina, telecí, jehněčí (vše bez kůže)
- ✚ **Mléčné výrobky:** netučné podmáslo, nízkotučný (zeleně značený) tvaroh, nízkotučné sýry (do 30% tuku v sušině), nízkotučné jogurty (1,5 – 3% tuku), acidofilní mléko, biokys, odtučněné mléko
- ✚ **Vejsce:** vaječné bílky v neomezeném množství
- ✚ **Zelenina:** všechna čerstvá, mražená i sušená, v různých úpravách (nesmažená), brambory
- ✚ **Luštěniny a obilniny:** hrách, fazole, čočka, sója, krupky, pohanka, rýže, ovesné vločky, musli výrobky, vlákninové křupky, nízkovaječné těstoviny
- ✚ **Pečivo:** tmavý chléb, celozrnné výrobky, dalaňky, pečivo z tmavé mouky



#### POTRAVINY V OMEZENÉM MNOŽSTVÍ

- ✚ **Tuky:** rostlinné tuky, oleje
- ✚ **Maso:** zcela očištěné hovězí a vepřové (kýta), drůbeží šunka
- ✚ **Vejsce:** 1 – 2 vejce týdně (nezapomínat na skrytá vejce v těstovinách, pečivu...)
- ✚ **Ovoce:** kompoty připravované za pomoci přírodních nekalorických sladidel, dia kompoty, sirupy, dia džemy
- ✚ **Pečivo:** netučné rohlíky, netučné pečivo slazené přírodním nekalorickým sladidlem



#### NEVHODNÉ POTRAVINY

- ✚ **Tuky:** máslo, sádlo, lůj, vypečený tuk, margaríny, oleje neznámého složení
- ✚ **Ryby:** rybí vnitřnosti, smažené ryby, kaviár
- ✚ **Maso:** viditelný tuk na mase, kachna, husa s kůží, slepice, tučné vepřové, vnitřnosti, skopové, prejty, uzená masa, paštiky, konzervy, veškeré uzenářské výroby, mletá masa

## Příloha č.5 Edukační plán (5. strana)

- ✚ **Mléčné výrobky:** plnotučné mléko, tučný tvaroh, smetana do kávy, smetana 12%, šlehačka, sušené tučné a kondenzované mléko, smetanový jogurt nad 5%, smetanové zmrzliny, tučné sýry nad 30 % tuku v sušině, tučné tvrdé sýry
- ✚ **Vejce:** vaječné žloutky více jak 2 týdně, majonézy
- ✚ **Zelenina:** smažená
- ✚ **Ovoce:** kandované, fíky, datle, kompoty a marmelády s cukrem
- ✚ **Pečivo:** cukrovinky, sladké pečivo, moučníky s krémy, čokoláda, máslové výrobky
- ✚ **Sůl:** veškeré slané výrobky, uzenářské výrobky, sýry, při přípravě pokrmů solení omezit !!!

**Pozor na kupované polotovary, hamburgery, párky v rohlíku, smažená jídla, smažené brambůrky a jiné!**

### VHODNÉ TEKUTINY

- ✚ **Voda:** obyčejná, stolní, neperlivá
- ✚ **Šťávy, džusy:** ovocné, přírodní, ochucovadlo do vody
- ✚ **Čaje:** bylinkové, ovocné
- ✚ **Denně 1,5 – 2 l** během dopoledne a dne nejvíce, množství vypitých tekutin před uléháním ke spánku postupně snižovat

### NEVHODNÉ TEKUTINY

- ✚ **LIMONÁDY** (obsahují velké množství cukru, barviv)
- ✚ **NÁPOJE OBSAHUJÍCÍ KOFEIN:** colové nápoje, káva (odvádí tekutiny z těla)

### ZAKÁZANÉ TEKUTINY

- ✚ **VEŠKERÉ MINERÁLNÍ VODY**

### 3. PROJEVY DEKOMPENZACE A KOMPLIKACÍ ONEMOCNĚNÍ

**Za projevy dekompenzace či vzniku komplikací onemocnění považujte:**

- Dechová tíseň zejména provázená úzkostí, která vznikla náhle nebo pozvolna a neustupují do 10 – 15 minut odpočinku, výrazné potíže s dechem, poloha nemocné v sedě opírající se o parapet, stůl apod.
- Bolest na hrudi, která se objevila v klidu, nebo při námaze a neustupuje do deseti minut, výrazná bolest na hrudi
- Zmodrání v oblasti rtů, ušních lalůčků, v obličeji
- Bledá kůže pokrytá studeným lepkavým potem
- Kašel, nejprve suchý, možnost vykašlávání zpěněného hlenu s obsahem žilek krve, růžové či červené barvy
- Otoky dolních končetin
- Krutá bolest v dolní končetině, zejména je-li provázena změnou barvy, teploty končetiny
- Zmatenost, dezorientace, neklid, panická úzkost nebo apatie

**Při objevení se výše uvedených příznaků okamžitě informuj sloužící zdravotní sestru!!!**

Vypracovala dne: 11.4. 2008

Bokůvková Marcela

Seznámeni PSP (datum, podpis):

Vítková Naděžda

KUSFL K-FI

Kasičová Petra

VALACHOVÁ Valachová  
KOPIDLOVÁ Kopylová

Škachová Michaela

Schlosserová Magdaléna

# Příloha 7 Záznam z ošetrovatelského vyšetření (1. strana)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Rudné u Nejdku, 362 21 Jméno a příjmení klienta: X.X

## ZÁZNAM Z OŠETŘOVATELSKÉHO VYŠETŘENÍ

vstupní průběžná kontrola zdrav. stavu

---

### Ošetrovatelská anamnéza dle Virginie Henderson

#### 1. DYCHÁNÍ

Dušnost: ANO (NE) klidová námahová, specifickou: *oyselka nářez*  
 Kouření (druh, počet.): NE ANO jak dlouho/let *kaňka (2004)*

Kašel: ANO (NE) KDY: Charakter:  
 Sputum: ANO (NE) Barva:  
 Léky na dýchání: ANO (NE) Název, dávkování:  
 Léčba kyslíkem: ANO (NE)

#### 2. VÝŽIVA, HYDRATACE

Stav výživ: změna váhy v posl. době ↓ o ↑ o *střiky*  
 Chut' k jídlu: dobrá nechutenství *nadměrná*  
 Stav výživy: přiměřený podvýživa *obezita*  
 Příjem stravy: per. os. sonda stomie  
 Forma stravy: celá kašovitá sipping tekutá  
 Porucha polykání: ANO (NE) Stav chrupu: dobrý *karčizní*  
 Potíže: *NE* nauzea zvracení pálení žáhy jiné:  
 Složení stravy: Dieta: *bez soli*  
 Frekvence: *4-5* x d Poučen o dietě: ANO (NE)  
 Schopnost sám se najíst: viz Bartel test  
 Dostatek tekutin k dispozici: ANO (NE) Za 24 hod: do 0,5 l - 0,5 - 1 l  
 Příjem tekutin: sám - podávat - nutit *1-1,5 l 1,5-2 l nad 2 l*  
 Pocit sucha v ústech: ANO (NE) Defekt v ústech: ANO (NE) Ošetřován čim:  
 Oblíbené nápoje: *čokoládová minerálka čaj rovoč stávy jiné: káva s cukrem*

#### 3. VYLUCOVÁNÍ MOČE, STOLICE, POTU

Mikce: bez potíží - problematická  
 Změna v poslední době: ANO (NE) Od kdy:  
 Vyprazdňování: viz Bartel test  
 Obtíže: pálení řezání v noci v menším množství bolestivé  
 retence *urostomie/den moč Katetr/den* Příměsí:  
 Stoolice: *pravidelná/den: 2* zácpa ... x v týdnu průjem ... x denně  
 Schopnost vypr.: viz ADL test Barva, příměsí:  
 Změna v poslední době: Jak dlouho: *nevyprázdnění oblékad*  
 Vyprazdňovací návyky: (NE) ANO, jaké:  
 Pcení: NE (ANO) v jakou dobu: *odpoledne 17:00-18:00, 20:00-21:00, ráno 6:00-7:00*

#### 4. POHYB

Pocit dostatečné síly a životní energie: ANO (NE)  
 Chybějící části těla: Komp. Pomůcky:  
 Úroveň soběstačnosti: Viz Bartel test  
 Riziko vzniku dekubitů: Viz Norton skóre  
 Prevence imobilizačního sy:

#### 5. SPÁNEK A ODPOČINEK, BOLEST

Bez potíží potíže s usínáním brzké vstávání ... hod. Časté buzení se v noci: ... x  
 Spí přes den, kolik hod.: *1* Medikace: (NE) ANO  
 Cítí se: odpočatý nevy spalý rušivé faktory:  
 Bolest: *napětí na hrudi*  
 Vnímání bolesti: přiměřeně - zvýšeně  
 Podrobnosti: viz Hodnocení bolesti

#### 6. OBLEKÁNÍ

Vzhled: upraven (neupraven)  
 Schopnost oblékání: Viz Bartel test

#### 7. REGULACE TĚLESNÉ TEPLOTY, IMUNITNÍ SYSTÉM

Změny TT: ANO (NE) Potíže se: hnis. Ložiska na kůži  
 Potíže se: zuby gynecolog jiné defekty  
 Raději prostředí: chladné - teplé Spánek: *vyteplé* - chladném prostř.  
 Alergie: (NE) ANO:

#### 8. HYGIENA

Sprcha: častá jiné: frekvence: *1x denně*  
 Vyžaduje pomoc viz Bartel test Oblíbená teplota vody: teplá - studená vlažná  
 Hygienické, kosm. přípravky:  
 Vlasy: *2* x/tyd Fén: ANO - NE Vousy: ... x/tyd Nehty HK: *1* dnů  
 Chrupu: *2* x/den Typ: vlastní protěza pomůcky: *OK - pedikér*  
 Změny na kůži: viz Screening, vyš. sestrou

#### 9. OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

Informovanost dostatečná - nedostatečná, upřesni: *neaktívni, nechtějí*  
 Adaptace na změnu prostředí: dobrá porušená, popis:  
 Závistost: na druhé osobě - nářko na této osobě domácí zvíře - jiné:  
 Informace mají být sdělovány: (ANO - NE, komu: *opatrovník*)  
 Nejbližší osoba: *sestra* Návštěvy: Ne ANO - Občas, kdo: *sestra*  
 Obavy z budoucnosti: Ne - ANO, upřesni: *nechce se odcházet*  
 Autoagrese: NE (ANO) v jaké situaci: *meslečím prachem*  
 Způsob předcházení: *nechce se odcházet*  
 Heteroagrese: NE (ANO) v jaké situaci:  
 Způsob předcházení: *nechce se odcházet*  
 Vědomí jasné - zastižené - somnolence - bezvědomí  
 Sluch: dobrý - zhoršený P - L ucho neslyšící P - L ucho naslouchadlo  
 Zrak: dobrý - zhoršený LO - PO - OO - nevidomý LO - PO - OO  
 Skóre rizika pádu: viz Zjištění rizika pádu *střídání*

#### 10. KOMUNIKACE, KONTAKT

Komunikace přiměřená komun. bariéry, uved': *střídání*  
 Řeč srozumitelná - nesrozumitelná - němý - jiné:  
 Uduje kontakt: otevřený - spíše uzavřený - odmítá - jiné:  
 Orientace: plně orientován - částečně dezorientace - osobou - místem časem  
 Psychický stav: klidný - euforický - agresivní - smutný - plačtivý úzkostlivý  
 labilní - mani-deprese - schizofrenie  
 Důležité informace k psychickému stavu:

#### 11. VÍRA

Důležitost víry v zařízení: ANO (NE) Jaka:  
 Omezení vyplývající z víry pacienta:  
 Osobní zájem o: návštěvu kaple návštěvu duchovního jiné:

#### 12. ZAMĚSTNÁNÍ

Zaměstnání dřívější: ANO (NE) Profese:  
 Důchod: starobní - invalidní - částečný - úplný ZTP: ANO (NE)  
 Souč. zaměstnání: sedavé - psychicky náročné - fyzicky náročné - stereotypní  
 Pracovní terapie v zařízení, frekvence:  
 Jiná terapie/dílky: *lečení na domoboku*  
 Zaměstnání mimo zařízení:  
 Celková spokojenost v zaměstnání: ANO - NE, proč:  
 Relaxace: jak často:

#### 13. AKTIVITY, ZAJÍMY

Doporučené aktivity: (NE) ANO, kým:  
 Individuální návrh:  
 četba poslech hudby TV hry malování ergoterapie  
 ruční práce: jiné: *malování*  
 Fyzická aktivita: denně - nikdy - někdy  
 Bydlení/oddělení: přeje si 1 lůžk. Pokoj 2 lůžk. Pokoj - 3 a více více

#### 14. VZDĚLÁNÍ, SCHOPNOST UČIT SE

Dosažené vzdělání: *2. st. 28 c* Skóre Minimental test: *4*  
 Role, mezilidské vztahy: vdaná/zemřelá svobodná/y vdova/vpř.  
 rozvedená/y Děti:  
 Partner: ANO (NE) Antikoncepce:  
 Léčebný režim: (NE) ANO Dodržuje: ANO - NE, proč:  
 Seznámen: s Právy pacientů s Domácím řádem s Službami v zařízení jiné:  
 Zná: svého os. Lékaře - svou os. Sestru - svého klíčového pracovníka  
 Edukační potřeba v oblasti: *1 2 3 4 5* 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11  
 12 - 13 - 14.  
 Edukace zaměřena: nové informace k onem. - jednorázové vzděl. - průběžná  
 informace k ukončení/změně léčby - redukce - jiné:

	PÉČE O VLASTNÍ OSOBU (především ADL)		Nerozpozná potřebu	Neprovede úkon obvykl. způsobem	Nezkončuje úkon	Skóre
	Modifikace MUDr. Iva Holmerová, PhD. Gerontologické centru	úkon				
a) příprava stravy (rozlšení, výběr, vybalení, otevření)			X			1
b) podávání, porcování stravy			X			1
c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu			X			1
d) mytí těla			X			1
e) koupání nebo sprchování			X			1
f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení			X			1
g) výkon fyziolog. potřeby včetně hygieny			X			1
h) vstávání z lůžka, ulehání, změna poloha			X			1
i) sezení, schopnost vydržet vsedě			X			1
j) stání, schopnost vydržet stát			X			1
k) přemísťování předmětů denní potřeby			X			1
l) chůze po rovině			X			1
m) chůze po schodech nahoru a dolů			X			1
n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení			X			1
o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání			X			1
p) orientace v přirozeném prostředí			X			1
q) schopnost provést si jednoduché ošetření			X			1
r) dodržování léčebného režimu			X			1

#### SOBĚSTAČNOST (především AIDL)

a) komunikace slovní, písemná, neverbální			X			1
b) orientace osobou, časem i v cizím prostředí			X			1
c) nakládání s penězi či jinými cennostmi			X			1
d) obstarávání osobních záležitostí			X			1
e) uspořádání času, plánování života			X			1
f) zapojení do adekvátních sociálních aktivit			X			1
g) nakupování			X			1
h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla			X			1
i) mytí nádobí			X			1
j) běžný úklid v domácnosti			X			1
k) péče o prádlo			X			1
l) přeprání drobného prádla			X			1
m) péče o lůžko			X			1
n) obsluha běžných domácích spotřebičů			X			1
o) manipulace s kohouty a vypínači			X			1
p) otevírání a zavírání zámků, oken a dveří			X			1
q) udržování pořádku, nakládání s odpady			X			1
r) další jednoduché úkony spojené s chodem domácn.			X			1

I. Lehká závislost: 13-18 III. Těžká závislost: 25-30  
 II. Středně těžká záv.: 19-24 IV. Úplná závislost: 31 a více CELKEM: *29*

Způsob hodnocení:  
 nezvládnutou část úkonu označí v přísluš. poli 'X'  
 všechna prázdná pole v řádku úkonu hodnotíme bodem 0  
 alespoň 1 - 3 políčka zatřena v řádku úkonu hodnotíme 1  
 Hodnota celkem v jednotlivých řádcích nabývá hodnoty 0 nebo 1, nikdy více  
 Zkontroluji výši PNP, v případě změny informuji sociální pracovníci,  
 opatrovníka, zajisti lékařské vyšetření ANO (NE)

# Příloha č. 8 Záznam z ošetřovatelského vyšetření (druhá strana)

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Injedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
5. kontinence	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci, dohled neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
Hodnocení testu: 0-40 b - vysoká závislost, 45-60 b závisl. střed. stupně 65-95 b - lehká závislost, 100 b - nezávislost 0-60 b informuj lékaře, fyzioterapeuta, zhodnot' umístění na vhodné oddělení či úpravu oddělení		Celkem: 90 Hodnocení: Lehká 2.

HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU				
	0 bodů	1 bod	2 body	Hodnocení
BMI				
klient mladší než 70 let	nad 20,5	18,5-20,5	do 18,5	
klient starší než 70 let	nad 22	20-22	do 20	1
Nechtěné zhubnutí či ztloustnutí v posl. 3-6 měsících	do 5 kg	5-10 kg	nad 10 kg	0
Celk. příjem stravy za den /zlomkem/	do 1,25 porce nad 3/4	1,25 násobek 1/4-3/4	nad 1,5 násobek 0-1/4	0
Součet bodů je celkové skóre nutričního stavu. Skóre 2 body a více kontaktuj nutričního terapeuta. ANO - NE lékaře ANO - NE				

**VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA PRO BOLEST**

Lokalizace bolesti: *HRUDNÍK PŘI ZMĚNĚ POZICÍ*  
 Popis bolesti (charakter, frekvence, doba.): *NAPRAZDĚ*  
 Co klientovi pomáhá zvládnout bolest: *ODPOČINEK, POZOROVÁNÍ TEMPA*

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové									
Spolu práce	Věk	Stav pokožky	Další nemoc	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Body
úplná	do 10	normální	žádná	dobry	dobry	úplná	chodí	není	4
malá	do 30	alergie	DM, TI	horší	spasit' s pomoci	částečná	občas		3
částečná	do 60	vlhká	obezita	špatný	zmurení	sedáčka	omezená	močí	2
žádná	nad 60	suchá	nádor	zlý	bezvědí	leží	žádná	oboje	1
Skóre: _____									

Hodnocení - 25 a méně bodů riziko vzniku dekubitu  
 Skóre 25 b a méně, založ samostatný tiskopis, zajisti odpovídající péči

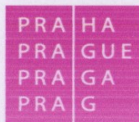
  

Screeningové fyzikální vyšetření sestrou (proved' hned při nástupu):	
TK 139/84 P 82 mm. D 80 TT 36,7°C	Váha: 80,8 BMI: 29,3
Výška: 166 cm	Hlava, krk: <i>br. minimal</i>
Hrudník, záda: <i>br. minimal</i>	Postoj, chůze: <i>br. normal</i>
Břicho: <i>br. minimal</i>	Stisk ruky: <i>perif.</i>
HK, DK končetiny: <i>br. ok</i>	Udrží tužku, podepíše se: <i>perif. psáp</i>

MINI - MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, M.F. et al: The ...)	
<b>1. ORIENTACE</b>	
a) řekněte nynějš: rok roční období dnešní datum den v týdnu měsíc	1 bod 1 bod 1 bod 1 bod 1 bod
b) kde jsme: stát kraj město objekt oddělení, patro	1 bod 1 bod 1 bod 1 bod 1 bod
<b>2. VNÍMÁNÍ</b>	
c) opakuje názvy 3 předmětů: <i>brýle-kniha-kolo</i> a 1 sekunda za každou správnou odpověď 1 b. Požádejte klienta, at' si výrazy zapamatuje. Na odpověď ponechte 20 sec. body se přidávají za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Opakujte nejvíce 5x.	1 bod 1 bod 1 bod 1 bod 1 bod
<b>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</b> Max 3 b	
d) řikejte řadu sedmi (7-14-21-28-...) za každou správnou odpověď 1 bod. Po pěti odpočtech skončete. Pokud se nemocný zmých a další výsledky jsou posunuty, počítá se jako 1 chyba. Alternativa: říkat pozpátku písmena slova LÁHEV	1 bod 1 bod 1 bod 1 bod 1 bod
<b>4. VÝBAVNOST</b>	
e) vyjmenujte znova 3 předměty, naučené v bodě 3 za každou správnou odpověď 1 bod	Max 3 b
<b>5. JAZYK</b>	
f) Ukažte na tužku a hodinky a vyzvěte výš., aby předměty pojmenoval 'Co to je?' za každou správnou odpověď 1 bod	Max 2 b
g) Opakujte prosím po mně: <i>Zádná kdyby anebo ale.</i> Ponechte 10 sec, 1 bod za celou úspěšně zopakovanou větu na první pokus	1 bod Max 1 b
h) Až domluvíme, proved'te mé pokyny: <i>Veźm'te papír do prave ruky, přeložte ho na polovinu, a položte papír na zem.</i> Vložte klientovi do ruky kus čistého papíru, dejte příkaz viz výše, ponechte na provedení 30 sec, za každý úkon 1 bod	1 bod Max 3 b
i) Přečtete pokyn napsaný na kartě, který Vám ukáže: <i>Zavřete oči.</i> Nechte 10 sec, opakovat max. 3x	1 bod Max 1 b
j) Napište jednu z vět podle vlastní volby: (nehodnot'te gramatické chyby) <i>Věta musí mít smysl, obsahovat podmět i přísudek.</i> Ponechte nejdéle 30 sec.	1 bod Max 1 b
k) Překreslete předtisknutý obrázek (délka stran 1-5 cm). Pokud jsou zachovány všechny strany a úhly a protínající se strany tvoří čtyřúhelník: ponechte alespoň 1 min., rozřesenost ani rotace obrázků nevadí.	1 bod
Hodnocení testu: 27-30 bodů normální stav 6-9 bodů středně těžká až těžká porucha 25-26 bodů možnost poruchy kognitivity méně než 6 bodů - těžká porucha 10 - 24 bodů mírná až střední porucha kognitivity kognitivity	
Při skóre 24 a méně bodů zajisti neurologické, psychologické, psychiatrické vyšetření, jestliže klient nebyl vyšetřen dříve nebo došlo k významné změně stavu klienta	
Druh vyšetření vyber s ohledem na příčinu vzniku onemocnění	

## Příloha č. 9 Sesterská překládová zpráva



**Domov pro osoby se zdravotním postižením**  
Rudné u Nejdu č.8,362 21 Nejdek, Zřizovatel Hlavní město Praha 1

### SESTERSKÁ PŘEKLAĐOVÁ ZPRÁVA

DATUM PŘEKLAĐU : 10.4.09		NA MÍSTO: V. VARY NEH. INTERN. ODD		POJ.: 111
JMÉNO A PŘÍJMENÍ: X. Y.		RODNÉ ČÍSLO:		
ALERGIE: NE	DISPENZARIZACE: KARDIO	INTERVAL: 3 měsíce POSLEDNÍ:		
VÁHA: 80,3 KG	DIETA: ZACIOVAČNÍ	V: 166 cm		
SOUHRN DIAGNOZ: VIZ PŘILOŽENÁ ANAMNÉZA DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE				
<b>MEDIKACE:</b> HARTIL H 2,5/12,5 mg 1-0-0 EGILOK 25mg 1-0-1 ANOPYRIN 100mg 0-1-0 TISEREN 1-1-1 PROTHIADEN 25mg 1-1-1 LISORDINOL 100mg 0-0-1 POSLEDNÍ PODANÉ LÉKY P.O.: R - O - V - N		<b>KATETR:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <span style="float: right;">č:</span> INTERVAL VÝMĚNY: POSLEDNÍ ZAVEDENÍ: <b>STAV KŮŽE</b> <input checked="" type="checkbox"/> DLE SDĚLENÍ PSP <span style="float: right;">SESTRA</span> <input checked="" type="checkbox"/> ČISTÁ <input type="checkbox"/> PRURITUS <input type="checkbox"/> OTOKY <input type="checkbox"/> MODŘINY <input type="checkbox"/> PERGAMENOVÁ <input type="checkbox"/> EKZÉM SUCHÁ <input type="checkbox"/> <b>LOKALIZACE, OŠETŘENÍ:</b> VYRÁŽKA OPRUZENÍ <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>DEKUBITUS:</b> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 1ST. 2.ST. 3.ST. 4.ST. <b>BĚRCOVÝ VŘED:</b> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <b>GANGRÉNA:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <b>RÁNA:</b> INFIKOVANÁ ČISTÁ NEKROZA: SUCHÁ VLHKÁ GRANULUJÍCÍ EPITELIZUJÍCÍ <b>SEKRET:</b> BÍLÝ ŽLUTÝ ZELENÝ <b>LOKALIZACE, VELIKOST:</b> <b>OŠETŘENÍ, DATUM A MÍSTO POSL. PŘEVAZU, PLÁN. KO U LÉKAŘE:</b>		<b>STAV VĚDOMÍ:</b> <input checked="" type="checkbox"/> PLNĚ <input type="checkbox"/> SOMNOLENTNÍ REAGUJE POUZE NA BOLEST.PODNĚTY <input type="checkbox"/> NEREAGUJE <b>DŮVOD PŘEKLAĐU:</b> NÁHLÉ ZHORŠENÍ ZDR. STAVU <b>LÉKAŘ. VYŠETŘENÍ</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>OBJEDNÁNÍ K ZÁKROKU, OŠETŘ.:</b> <b>NA ZÁKL. DOPOR. LÉKAŘE:</b> MUDR. PAVEL POTUŽNÍK TELEF. DOMLUVA - JINÝ LÉKAŘ: DR. POKLÉK OBJEDNÁNA SANITA, PŘEDÁN PŘEVOZ. PŘÍKAZ <input checked="" type="checkbox"/> ÚSTAVNÍ DOPR. PROSTŘEDEK		
<b>DODRŽENÝ POSTUP PŘED VYŠETŘENÍM /DLE DOMLUVY SE ZAŘÍZENÍM/:</b>				
LAČNĚNÍ OD 24 <sup>00</sup> HOD <input type="checkbox"/> PODÁNÍ ROZTOKU <input checked="" type="checkbox"/> PODÁNÍ TEKUTIN /MNOŽSTVÍ/ <input checked="" type="checkbox"/> JINÉ: <input checked="" type="checkbox"/>				
OSTATNÍ DŮLEŽITÁ SDĚLENÍ, JINDE ZDE NEUVEDENÉ, PRO LÉKAŘE A SESTRY: FF pod odjezdem TK 160/90, P-88mer, D-22/km				
<b>PŘEDÁN:</b> <input checked="" type="checkbox"/> PRŮKAZ ZP <input checked="" type="checkbox"/> PRŮKAZ ZTP/P <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> LÉKY NA 3 DNI PODLE CHRONICKÉ MEDIKACE JINÁ LÉČIVA /NE CHRONICKÁ MEDIKACE/ : <b>SEPSALA SESTRA:</b> Borková <b>DATUM:</b> 10.4.09 <b>PŘEDALA SESTRA:</b> Borková <b>DATUM:</b> 10.4.09 <b>TELEFONNÍ SPOJENÍ DO DOZF RUDNĚ:</b> SESTERNA: 724 157 218 <span style="margin-left: 100px;">V. SESTRA: 606 607 275</span> <span style="margin-left: 100px;">PEVNÁ LINKA: 353 825 188</span>				



# Příloha č. 10 Zpráva o úrovni soběstačnosti uživatele



## Domov pro osoby se zdravotním postižením

Rudné u Nejdku č.8,362 21 Nejdeč 1

Zřizovatel Hlavní město Praha

### ZPRÁVA O ÚROVNI SOBĚSTAČNOSTI UŽIVATELE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: <i>X.Y.</i>		DATUM PŘEKLADU: <i>10.8.09</i>	
STRAVA: <i>SÁM</i> DOHLED ČÁSTEČNÁ POMOC ÚPLNÁ POMOC POTÍŽE S POLYKÁNÍM NECHUTENSTVÍ JINÉ:	TEKUTINY: <i>PŘIJÍMÁ DOSTATEČNĚ SÁM/A/</i> ČÁSTEČNÁ POMOC NA VÝZVU NUTNO PODÁVAT TEKUTINY ODMÍTÁ, PIJE POUZE:	HYGIENA: <i>SÁM</i> DOHLED ČÁSTEČNÁ POMOC ÚPLNÁ POMOC	
OBLÉKÁNÍ: <i>SÁM</i> DOHLED <i>úprava oblečení</i> ČÁSTEČNÁ POMOC ÚPLNÁ POMOC	POHYB: <i>SÁM</i> S OPOROU, HŮL, CHODÍTKO POMOCÍ VOZÍKU POUZE NA LŮŽKU POUZE LEŽÍ - NUTNO POLOHOVAT	POUŽITÍ WC: <i>SÁM</i> DOHLED <i>po prov. v 80 let</i> ČÁSTEČNÁ POMOC ÚPLNÁ POMOC /PODL.MÍSA/ TOALETNÍ KŘESLO U LŮŽKA <b>NEPOUŽÍVÁ</b>	
VYPRAZDŇOVÁNÍ: MOČ: <i>BEZ POTÍŽÍ</i> ČASTÉ MOČENÍ PÁLENÍ PŘI MOČENÍ	STOLICE: <i>PRAVIDELNÁ a 2 dny</i> NEPRAVIDELNÁ ZÁCPA ŘÍDKÁ STOLICE	INKONTINENCE: INK. POMŮCKY: VLOŽKA VLOŽNÁ PLENA NATAHOVACÍ KALHOTKY MOBI KLASICKÉ PLENK. KALHOTKY	
ZRAK: DOBRÝ BRÝLE NEVIDÍ JINÉ: <i>STABILNĚ</i>	SLUCH: <i>DOBŘÍ</i> ČÁSTĚ. NEDOSLYCHAVOST NEDOSLYCHAVOST P UCHO - L UCHO	ŘEČ: SROZUMITELNÁ ČÁSTEČNĚ SROZUMITELNÁ NEMLUVÍ POUZE NEARTIKULOVANÉ ZVUKY <i>NESROZUMITELNÁ</i>	KOMUNIKACE: ROZUMÍ VŠEMU <i>VÝHOVÍ JEDNODUCHÉ VÝZVĚ</i> NEROZUMÍ
CHARAKTERISTICKÉ PROJEVY CHOVÁNÍ: VÝBUŠNÁ ÚZKOSTLIVÁ BOJÁCNÁ VESELÁ MELANCHOLICKÁ	ČASTO PLÁČE PŘÁTELSKÁ HAŠTEŘIVÁ <i>SAMOTÁŘ</i> VYROVNANÁ	ZÁLIBY, ZVLÁŠTNÍ KONÍČKY: <i>MUDBA, NAVŠTĚVY VORÁŽEK, KRESLENÍ</i> CO KLIENTKU MŮŽE ROZRUŠIT: <i>EDIK, NEODKLEPÁNÍ, CHOCÁKI</i> CO KLIENTKU UKLIDŇUJE: <i>VLIŠNĚ SUCO, POHLAŽENÍ</i>	
SEPSAL PRACOVNÍK SOCIÁLNÍ PÉČE: <i>Vondrouš</i>	<i>U</i>	DATUM: <i>10.8.09</i>	
PŘEDAL PRACOVNÍK SOCIÁLNÍ PÉČE: <i>Lipková</i>	<i>Lipková</i>	DATUM: <i>10.8.09</i>	

Příloha č. 11 Denní záznam o péči poskytnuté uživateli (1. strana)

PRAHA PRAHA PRAHA PRAHA		DENNÍ ZÁZNAM O PÉČI POSKYTNUTÉ UŽIVATELI		Oddělení: FARA																													
		Domov pro osoby se zdravotním postižením		Měsíc/Rok: DUBEN 18																													
		Rudné u Nejdku č. 8, 362 21																															
PŘÍJMENÍ A JMÉNO: X. Y.		DLOUHODOBÝ CÍL: RACIONÁLNÍ		DIETA:																													
KRÁTKODOBÝ CÍL: NÁCVIK SEBEPEČE AKTIVACE		ALTERNATIVNÍ OSOBNÍ A V KOLEKTIVY ZNAKA DENNÍHO RYTMU																															
PŘÍJEM TEKUTIN: SÁM/NA VÝZVU NUTNO PODÁVAT		INKONTINENCE MOČ STOLICE OBOJÍ																															
		INKONT. POMŮCKY: VLOŽNÁ PL MOBI PLENK. KALHOTKY NOC - DEN																															
PSYCHIKA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
DOBŘÁ NÁLADA	X											X																					
BEZE ZMĚN		X	X	X					X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
APATIE		X			X	X	X																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
DEPRESE																																	
NEKLID																																	
AGRESE																																	
STRAVA :	1-2-3-4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
SNIDANĚ	VŠE	X	X	X								X																					
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X				X	X																											
	NIC																																
OBĚD	VŠE		X	X	X	X	X																										
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X	X	X						X	X																							
	NIC																																
SVAČINA	VŠE	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X																																
	NIC																																
VEČERE	VŠE	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X	X																															
	NIC																																
PRÍDAVKY	VŠE																																
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X																																
	NIC																																
KUCHYŇE	Jiná /NA Z. STRANU CO/																																
Z. VEČERE DIA	VŠE																																
ODMÍTNUTÍ ČÁSTI STRAVY	I PŮL X																																
	NIC																																
PITNÝ REŽIM		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
MINIM. 8 HRNKŮ /TJ. 2 LITRY/	X																																
MĚNĚ - POČET HRNKŮ		6	7		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
HYGIENA :	1-2-3-4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CELKOVÁ KOUPEL	X	X						X																									
SPRCHA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
HYGIENA NA LŮŽKU																																	
MASÁŽNÍ VANA																																	
MYTÍ HLAVY			X				X						X									X	X		X				X				
STRÍHÁNÍ NEHTŮ		X					X							X								X								X			
HOLENÍ																																	
OŠETR. POKOŽKY TĚLA MLÉKEM,																																	
OŠETR. JINÉ ČÁSTI TĚLA																																	
OŠETŘENÍ OČÍ																																	
ČIŠTĚNÍ ZUBŮ, OŠET. DUTINY ÚSTNÍ		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
VYPRAZDŇOVÁNÍ	1-2-3-4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
VÝMĚNA INKONT. POMŮCKY	I DEN																																
VÝMĚNA INKONT. POMŮCKY	I NOC																																
STOLICE - ANO I NE -																																	
PRŮJEM /řídka stol. více jak 3x/den/																																	
POHYB AKTIVITA	1-2-3-4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CHŮZE PO CHODBĚ, ODD SÁM - PSP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
CHŮZE V AREÁLU DOMOVA SÁM - PSP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
VYCHÁZKA VESNICE SÁM - PSP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
VYCHÁZKA MĚSTO SÁM - PSP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
SPÍŠE SEDÍ, NUTNO NUTIT DO POHYBU		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
POSAZOVÁNÍ DO KŘESLA - IMOBILNÍ		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
LEŽÍ /I DOČ. ONEMOCNĚNÍ/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
POHYB. AKTIVITA V RHB MÍSTNOSTI		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

Příloha č.12 Denní záznam o poskytnuté péči uživateli (2. strana)

SLUŽBY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
HOLIC										H																								
PEDIKURA			/							S																								
SPÁNEK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
ULÉHÁNÍ KE SPÁNKU PO VEČEŘI	/	/	/	/	/	/	/	/	/	H	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
ULÉHÁNÍ MEZI 21.- 22. hod										S																								
ČASTÉ BUZENÍ /více jak 3x/																																		
AKTIVITY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
JEMNÁ MOTORIKA	/	/								H																								
NÁCVIK SEBEOBSLUHY	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
DOMÁČÍ PRÁCE	/									S																								
SLEDOVÁNÍ TV										S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
ROZHOVOR	/	/			/	/	/	/	/	/																								
VÝTVARNÁ ČINNOST			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
VÁŘENÍ																																		
TANEC																																		
ZPĚV																																		
POSLECH HUDBY	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																								
ČTENÍ																																		
PISEMÝ PROJEV	/			/	/	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
POČÍTÁNÍ																																		

Datum	Záznam /průběh plánu, co se daří a co ne, změna plánu, problém se stravou, zdr. stav, událost.../	Podpis PSP
1.	spíše lež, odpočinek, psychický klidový režim	kon
2.	klidový režim	kon
3.	klidový režim	kon
4.	-4-	kon
5.	-4-	kon
6.	-4-	Lipka
7.	-4-	Lipka
8.	-4-	Lipka
9.	-4-	Lipka
10.	Meditace	20,36 kon
11.	meditace v 15.30 hod. engh. sled	20,56 kon
12.	plav. hodiny, relaxační & edukativní plavby 20,59	kon
13.	spánek v pokoji	20,36 kon
14.	spánek s 30 min. odpočinkem	20,66 kon
15.	2x hodiny fyzické aktivy 400 m (kolem) / 5 min. odpočinkem	
16.	-11- FA, psychomotorické uplatnění	20,14 kon
17.	-11- FA	20,19 kon
18.	FA	20,46 kon
19.	FA	20,76 kon
20.	FA	20,96 kon
21.	FA	20,66 kon
22.	FA	20,86 kon
23.	FA	20,56 kon
24.	FA	20,56 kon
25.	FA	20,56 kon
26.	FA - 2x DFNUS, 1 odpočinek	20,66 kon
27.	FA 2x	20,66 kon
28.	FA 2x	20,46 kon
29.	FA 2x	20,46 kon
30.	FA 2x	20,66 kon
31.	FA 2x	20,56 kon









