

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Studijní obor: Ošetrovatelství 5341R003



**Marie Skládalová**

**Ošetrovatelská kazuistika pacientky s diagnózou arteriální hypertenze**

*Nurse Case Study on a Patient with the Arterial Hypertension*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Hana Horová

Datum obhájení práce .... / .... / .....

Praha, 2010

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím – ~~Nesouhlasím~~

V Praze, 17. 5. 2010

Marie Skládalová

.....

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Haně Horové za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu a odborné rady, které mi pomohly při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům II. interní kliniky Fakultní Thomayerovy nemocnice za možnost odborné praxe na interním lůžkovém oddělení. Zvláštní poděkování patří i mé rodině a blízkým za podporu při studiu.

Identifikační záznam:

SKLÁDALOVÁ, Marie. *Ošetrovatelská kazuistika pacientky s diagnózou arteriální hypertenze. [Nurse Case Study on a Patient with the Arterial Hypertension]*. Praha, 2010. 40 s., 8 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Horová, Hana.

### **Abstrakt**

Obsahem této práce je zpracování ošetrovatelské kazuistiky u pacientky s diagnózou arteriální hypertenze. V klinické části popisují celkové onemocnění od jeho historie, epidemiologie, etiologie, klinického obrazu, diagnostiky, léčby, prevence a prognózy. Ke klinické části přidávám identifikační údaje, lékařskou anamnézu, lékařské diagnózy a terapii.

V ošetrovatelské části se zabývám subjektivním náhledem na nemoc, hospitalizaci a zhodnocením stavu při převzetí pacientky do péče. Zde jsou identifikovány a řešeny problémy pacientky stanovením cílů a intervencí. V závěru se zabývám edukací a prognózou pacientky.

**Klíčová slova:** arteriální hypertenze, diabetes mellitus, ošetrovatelská kazuistika, ošetrovatelská péče.

### **Abstract**

This work deals with elaboration of nursing casuistry of a patient with Arterial Hypertension Diagnosis. In the clinical part of the work overall illness from its genesis, history, epidemiology, etiology, clinical summary, diagnostics, treatment, prevention and prospects of treatment are described. In the clinical part patient identification, medical case history, medical diagnosis and therapy were included.

The nursing part is focused on subjective view of the illness, hospitalization and evaluation of patient's condition at the time of hospital admittance. Problems of the patient are identified and solved. Targets and therapy were set. In conclusion patient's prospects of treatment, foreknowledge and education of the patient were dealt with.

**Keywords:** Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Nursing Casuistry, Nursing Care.



OBSAH	
1 ÚVOD	6
2 KLINICKÁ ČÁST	7
2.1 Definice hypertenze	7
2.2 Historie hypertenze	7
2.3 Epidemiologie	8
2.4 Etiologie hypertenze a rizikové faktory	9
2.5 Klinický obraz esenciální hypertenze	10
2.6 Diagnostika	11
2.7 Léčba hypertenze	12
2.8 Prevence	13
2.9 Prognóza	14
2.10 Identifikační údaje	14
2.11 Lékařská anamnéza	15
2.12 Lékařské diagnózy	16
2.13 Diagnostické metody	17
2.13.1 Fyziologické funkce	17
2.13.2 Laboratorní vyšetření	17
2.13.3 Další vyšetření	21
2.14 Terapie	22
2.14.1 Farmakoterapie	22
2.14.2 Fyzioterapie, pohybový režim	23
2.14.3 Dietoterapie:	23
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	24
3.1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci	24
3.2 Zhodnocení stavu sestrou při převzetí pacientky do péče	24
3.3 Základní fyziologické potřeby	24
3.4 Psychosociální potřeby	29
3.5 Ošetřovatelské diagnózy	31
3.6 Ošetřovatelské cíle, plány, realizace a hodnocení	31
3.7 Edukace	35
3.8 Ošetřovatelský závěr a prognóza	36
4 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	37
5 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	39
6 PŘÍLOHY	40

## 1 ÚVOD

Arteriální hypertenze je významné onemocnění vzhledem k jeho vysokému výskytu a rizikům kardiovaskulárních komplikací. V časných stádiích se mnohdy neprojevuje žádnými varovnými příznaky, z toho důvodu nebývá odhaleno.

Komplikace arteriální hypertenze bohužel patří mezi významné příčiny invalidity a úmrtí. Choroba je nebezpečná zejména svými důsledky, které mohou být prvním projevem hypertenze. Toto onemocnění se může vyskytnout současně s diabetes mellitus. Vzájemné působení těchto dvou chorob vede k rozvoji onemocnění, jako jsou ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozková příhoda či postižení ledvin.

Toto téma jsem si zvolila proto, že se zajímám o danou problematiku. Cílem mé bakalářské práce je upozornit na závažnost dekompenzované arteriální hypertenze a pokusit se přispět ke zlepšení úrovně poskytované ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. Zpracovala jsem ošetrovatelskou kazuistiku 79leté pacientky s diagnózou arteriální hypertenze.

Zpracováno se souhlasem pacientky.

## 2 KLINICKÁ ČÁST

### 2.1 Definice hypertenze

Za arteriální hypertenzi považujeme opakované zvýšení systolického tlaku  $\geq 140$  mm Hg a/nebo diastolického tlaku  $\leq 90$  mm Hg, zjištěné alespoň ve 2 ze 3 měření krevního tlaku. Diagnostickou a léčebnou pozornost je třeba věnovat i tzv. izolované systolické hypertenzi, která je charakterizována systolickým tlakem  $\geq 140$  mm Hg a diastolickým tlakem  $< 90$  mm Hg. Tento typ hypertenze se objevuje zejména u starších osob.

Podle Evropské společnosti pro hypertenzi (ESH), Evropské kardiologické společnosti (ESC) 2003 a České společnosti pro hypertenzi (ČSH) 2004 je hypertenze definována takto:

Tabulka č. 1 Definice hypertenze

Kategorie	Systolický TK (mm Hg)	Diastolický TK (mm Hg)
Optimální tlak	$< 120$	$< 80$
Normální tlak	120 – 129	80 – 84
Vysoký normální tlak	130 – 139	85 – 89
Mírná hypertenze - hypertenze 1. stupně	140 – 159	90 – 99
Středně závažná hypertenze - hypertenze 2. stupně	160 – 179	100 – 109
Těžká hypertenze - hypertenze 3. stupně	$\geq 180$	$\geq 110$
Izolovaná systolická hypertenze	$\geq 140$ a více	$< 90$

Poznámka: Pokud pacientův systolický a diastolický tlak spadá do různých kategorií, aplikujeme tu vyšší.

(Widimský, 2005)

### 2.2 Historie hypertenze

#### Historie měření krevního tlaku

První měření krevního tlaku krvavou metodou provedl u koně Stephan Hals v roce 1733. Riva Rocci v roce 1896 jako první vyvinul nafukovatelnou gumovou manžetu a změřil tak poprvé palpačně systolický tlak. Nikolaj Sergejevič Korotkov

teprve o 9 let později popsal tzv. Korotkovovy ozvy (auskultační metodu), kterou bylo možné měřit diastolický tlak.

(Widimský, 2001)

### Historie hypertenze

Za mezník pro klinickou medicínu je pokládán Johnsův popis tvrdého pulzu v pokročilém stádiu nefritidy (1868). Ještě dříve, v roce 1827, popsal Richard Bright současný výskyt hypertrofie srdce a apoplexie u nemocných s chronickou nefritidou a při svém rozboru kazuistik popsal, že k hypertrofii srdce vedly buď změny v kvalitě krve, nebo „někde dál v cévním systému“. V roce 1879 F. A. Mahomed zaznamenal tvrdý pulz u nemocných bez onemocnění ledvin a vyslovil domněnku, že zvýšený krevní tlak je příčinou kardiovaskulárních změn popsaných Brightem, a tak vlastně jako první diagnostikoval esenciální hypertenzi, aniž by ji sám popsal.

(Widimský, 2001) (Špinar, 1999)

### Historie léčby hypertenze

Historie léčby hypertenze je daleko kratší. Ve 20. a 30. letech byla léčba hypertenze neúčinná, ani o ni nebyl zájem, protože hypertenze se pokládala za důsledek arteriosklerózy. Počátkem 50. let se objevovala první antihypertenziva. Začala se užívat ganglioplegika, ve druhé polovině 50. let dihydralazin a reserpin. V 60. letech jsou zaváděny do léčby hypertenze diuretika, beta-blokátory a některé centrálně působící alfa-anrenergní látky. Již v roce 1971 popsal Pals účinky saralazinu jako přímého neselektivního blokátoru angiotensinu II a o několik let později byl syntetizován preparát DuP 753, který dostal název Losartan. Osmdesátá a devadesátá léta byla ve znamení důkazů, že snižování krevního tlaku vede ke snížení mortality a to především na cévní mozkové příhody, částečně i ischemickou chorobu srdeční.

(Widimský, 2001) (Špinar, 1999)

## 2.3 Epidemiologie

Hypertenze patří mezi nejčastější kardiovaskulární onemocnění, které v rozvinutých zemích postihuje 20 – 50 % dospělé populace. Vyšší krevní tlak je predisponujícím faktorem pro rozvoj ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, ischemické choroby dolních končetin a srdečního selhání. U hypertoniků je

2 – 3krát častější výskyt aterosklerotických komplikací. Ve věkové skupině 25 – 29 let je krevní tlak zvýšený přibližně u každé desáté ženy a přibližně každého čtvrtého muže. V populaci nad 60 let má normální krevní tlak přibližně každý čtvrtý.

Incidence hypertenze je odhadována na 4 – 8 % ve věku mezi 60. a 70. rokem. Její výskyt zvyšuje nadváha, obezita, konzumace alkoholu, soli a pokles fyzické aktivity. V těhotenství je hypertenze hlavní příčinou mateřské, fetální i novorozenecké morbidity i mortality. V první polovině života je výskyt obvykle vyšší u mužů, v pozdějších letech tomu bývá naopak.

(Cífková, 2008) (Widimský, 2004)

## 2.4 Etiologie hypertenze a rizikové faktory

Hypertenzi dělíme na primární (esenciální) a sekundární. Primární hypertenze vzniká bez známé příčiny, známe sice řadu patogenetických mechanismů, ale neznáme vlastní vyvolávající příčinu. Primární hypertenze se vyskytují v 95 %. Její diagnóza se stanovuje vyloučením hypertenze sekundární. U sekundární hypertenze je zvýšení krevního tlaku způsobeno jiným, přesně definovaným patologickým stavem (renální hypertenze, hypertenze v těhotenství). Léčba sekundární hypertenze spočívá v odstranění příčiny, které může vést k normalizaci krevního tlaku.

(Widimský, 2004)

Rizikové faktory pro esenciální hypertenzi

Exogenní faktory

- *věk/pohlaví*: u mužů od 45 let, u žen od 55 let a tato věková hranice se snižuje u žen s předčasným klimakteriem bez současné hormonální léčby.
- *genetická zátěž*: výskyt onemocnění nebo úmrtí na ischemickou chorobu srdeční u příbuzných (rodiče, sourozenci)
- *dyslipidemie*: je stěžujícím faktorem aterosklerózy, spolu s hypertenzí se riziko kardiovaskulárního onemocnění značně zvyšuje
- *stres*
- *kouření*: kuřáci mají 2krát větší pravděpodobnost onemocnění, po vykouření cigarety je prokázán bezprostřední vzestup krevního tlaku

- *diabetes mellitus*: výskyt arteriální hypertenze se odhaduje u 50 % těchto nemocných, je 2krát vyšší než u osob bez diabetu
- *obezita*: příčinou je nepoměr mezi energetickým příjmem ve formě potravy a energetickým výdejem, který závisí hlavně na pohybové aktivitě. Je z velké části determinována geneticky, ale zásadní roli na jejím vzniku hrají faktory prostředí. Jsou to zejména sedavý způsob života a vysoce kalorická strava.
- *nízká fyzická aktivita*: podílí se hlavně na vzniku obezity, horší kompenzaci cukrovky, snížené kardiovaskulární výkonnosti, je také spojena s nižší hodnotou HDL cholesterolu
- *kuchyňská sůl*: příjem přesahující potřeby organismu
- *alkohol*: nadměrná spotřeba alkoholu

Endogenní faktory

- *dysfunkce autonomního nervového systému*: zvýšená aktivita sympatického nervového systému
- *vazoaktivní vlivy*: systémové a tkáňové účinky ovlivňující hemodynamiku, průtok krve tkáněmi a periferní cévní rezistenci
- *elektronové transportní mechanismy*: odchylky v elektronových transportních mechanismech

(Klener, 2006) (Štejska, 2007)

## 2.5 Klinický obraz esenciální hypertenze

Hypertenze může probíhat zcela asymptomaticky. Příznaky závisí na výši TK, postižení cílových orgánů a stadiu hypertenze. Dle výše krevního tlaku dělíme hypertenzi na mírnou, středně závažnou a těžkou (viz výše).

Podle závažnosti orgánových komplikací dělíme hypertenzi do následujících stádií:

*I. stadium*: je charakterizováno zvýšením krevního tlaku bez orgánových změn. Pacient je bez obtíží, nebo se mohou objevit bolesti hlavy, závratě, únava, nervozita.

*II. stadium*: jsou přítomny orgánové změny bez poruchy jejich funkce, mezi které patří hypertrofie levé komory srdeční, nefrosklerosa, mikroalbuminurie, kalcifikace aorty,

průkaz aterosklerotických plátů na velkých tepnách při ultrasonografii, na očním pozadí hypertenzní angiopatie, až angioskleróza

*III. stadium:* je charakterizováno těžkými orgánovými změnami s poruchou jejich funkce. Sem se řadí kardiovaskulární dekompenzace v oblastech:

- srdce a cév: levostranné srdeční selhání, urychlení koronární aterosklerózy s projevy ischemické choroby srdeční, disekce aorty, aneuryzmata
- mozku: cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka
- ledvin: renální insuficience až selhání
- očního pozadí: retinopatie až neuropatie.

*IV. stadium:* maligní hypertenze se vyskytuje u neléčené, nebo nedostatečně kontrolované hypertenze. Dochází k vzestupu krevního tlaku často na hodnoty vyšší než 230/130 mm Hg, k orgánovým změnám, až jejich selhání.

(Štejf, 2007)

## 2.6 Diagnostika

Tabulka č. 2 Doporučená vyšetření u arteriální hypertenze

<i>Nutná u všech hypertoniků</i>	<i>Vhodná u některých skupin</i>
Anamnéza včetně rodinné a gynekologické	Echokardiografie
Fyzikální vyšetření včetně palpitace a auskultace periferních tepen	Ultrazvukové vyšetření karotických tepen
Krevní tlak na obou horních končetinách, při prvním vyšetření TK vestoje	Mikroalbuminurie u diabetu
Vyšetření moče a močového sedimentu	Proteinurie kvantitativně v případě positivity vyšetření testovacími proužky
Elektrokardiografie	RTG hrudníku
Na, K, kreatinin, kyselina močová v séru při léčbě diuretiky, glykemie	Oční pozadí u závažné hypertenze
Vyšetření lipidového spektra (celkový cholesterol, HDL-CH, TAG, LDL-CH)	

(Widimský, 2004) (Štejf, 2007)

## 2.7 Léčba hypertenze

Cílem léčby je dosáhnout normalizace krevního tlaku. Nejde jen o pouhé snížení TK, ale také o zpomalení rozvoje případně regrese orgánových změn a ovlivnění dalšího průběhu vaskulárních a renálních komplikací. U izolované hypertenze starších osob je cílem dosažení systolického TK <140 mm Hg, krevní tlak je nutné snižovat pozvolna za použití nižších dávek antihypertenziv.

### Nefarmakologická léčba

- je součástí léčby všech nemocných s hypertenzí

### Nefarmakologická opatření v léčbě hypertenze

- snížení tělesné hmotnosti ( BMI < 25)
- zanechání kouření
- snížení konzumace alkoholu (u mužů max. 30ml/den, u žen polovina)
- omezení přívodu sodíku (do 5-6 g za den)
- dietní změny (↑ konzumace ovoce a zeleniny, ↓ příjmu sacharidů a nasycených tuků)
- dostatečná fyzická aktivita upravená dle věku nemocného
- relaxační terapie (dostatek spánku)
- omezení léků zvyšující krevní tlak  
(nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, sympatomimetika)

### Farmakologická léčba

U všech nemocných se systolickým TK  $\geq 180$  mm Hg nebo diastolickým TK  $\geq 110$  mm Hg, se farmakologická léčba zahajuje ihned bez ohledu na kardiovaskulární riziko nebo přítomnost poškození cílových orgánů. Správná a efektivní léčba zabraňuje nebo oddálí poškození důležitých orgánů, snižuje morbiditu a mortalitu pacientů. V současné době je k dispozici velké množství antihypertenziv.

V první linii jsou to *diuretika*, *beta-blokátory*, *ACE-inhibitory*, dlouhodobě působící *blokátory kalciových kanálů* a *sartany*. V druhé linii jsou *alfa-blokátory*,



*centrálně působící látky a antihypertenziva s přímým vazodilatačním účinkem, které jsou užívány pouze pro kombinaci.*

Léčbu hypertenze lze zahájit monoterapií, obvykle v nízké dávce, nebo kombinací dvou léků v nízké dávce. Úspěšnost léčby je u 30 – 40 % nemocných. Upřednostňujeme léky s dlouhodobým působením, které účinkují 24 hodin.

Krevní tlak je nutno snižovat pomalu. Nevhodné je snížení více než o 10 mm Hg za měsíc. Samovolné vysazování léků je naprosto nežádoucí. Následkem je náhlý vzestup tlaku s jeho neblahými účinky na již zmíněné orgány. Zásadně nekombinujeme antihypertenziva téže třídy. Dobré antihypertenzivum by mělo nejen snižovat krevní tlak, ale mělo by být pacienty dobře tolerované, neboť hypertenze je onemocnění celoživotní. Pro posouzení, zda dané antihypertenzivum snižuje TK, je rozhodující efekt, který lze posoudit po jedno – až dvouměsíční terapii.

(Widimský, 2004) (Štejska, 2007)

Tabulka č. 3 Indikace a kontraindikace hlavních skupin antihypertenziv

(viz příloha č. 2)

## 2.8 Prevence

V rámci primární prevence se doporučují následná opatření:

- snížit příjem soli
- redukovat konzumaci minerálek
- omezit konzumaci masa (zejména červeného, vhodnější je maso bílé)
- používat rostlinné oleje
- omezit alkohol
- snížit celkový příjem potravy (většina hypertoniků trpí obezitou, nebo mají nadváhu)
- konzumovat vlákninu
- posoudit index tělesné hmotnosti BMI
- doporučit rychlou chůzi nebo izotonickou aktivitu
- omezit vystavování se stresu
- nekouřit (kouření vede ke zvýšení krevního tlaku)

Sekundární prevence spočívá v časném odhalení nemocných s hypertenzí, měřením TK při každé návštěvě ordinace lékaře a měřením u rizikových skupin nemocných.

(Kužela, 2003) (Klener, 2006)

## 2.9 Prognóza

Prognóza arteriální hypertenze je dána vznikem a vývojem orgánových změn a cévních komplikací tohoto oběhového onemocnění. Jde zejména o srdeční selhání, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, ledvinové komplikace. Účinná kontrola vysokého krevního tlaku je tedy základním požadavkem příznivého ovlivnění prognózy tohoto onemocnění. Mezi hlavní problémy úspěšné kontroly ohrožených a nemocných osob patří jejich dlouhodobé sledování a trvalá, dostatečně účinná léčba.

(Štejfa, 2007)

## 2.10 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. B.

Oslovení: paní A.

Věk: 79 let

Vyznání: ateistka

Vzdělání: SŠ

Povolání: důchodce, dříve odborná pracovnice akademie věd

Pojišťovna: VoZP (201)

Národnost: česká

Adresa: Praha

Stav: vdaná

Datum přijetí: 6. 2. 2010

Důvod přijetí: dekompenzace arteriální hypertenze II. stupně dle WHO  
s neurovegetativním doprovodem

Ošetřovala jsem: 9. – 12. 2. 2010

## 2.11 Lékařská anamnéza

*Osobní anamnéza* - recidivující levostranná kardiální insuficience při fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor, medikamentózní verze na SR a akcelerované hypertenzní chorobě (7/2009), arteriální hypertenze II. stupně dle WHO na terapii (od 40 let věku), v dispenzarizaci, stav po myokarditidě (1974), diabetes mellitus 2. typu na PAD (11 let pouze dieta, nyní 3 roky PAD), v dispenzarizaci, hyperurikemie na terapii, sledována s mírnou renální insuficiencí, úzkostná porucha v anamnéze, stav po cholecystektomii pro litiázu (1971), stav po operaci bazaliomu (1990), katarakta bilateralis, hypoacusis, korekce naslouchadlem. (17)

*Rodinná anamnéza* – matka – hypertenze, diabetes mellitus † 84 let, otec – srdeční zástava † 68 let. (17)

*Alergická anamnéza* – neguje. (16a, 17)

*Abusus* - bez škodlivých návyků, alkohol nepije, nekouří, drogy nebere. (16a, 17)

### *Farmakologická anamnéza*

– chronická medikace

Glucophage 500 mg drg. 0 – 0 – 2

Diaprel MR tbl. 2 – 0 – 0

Tarka 240/4 mg drg. 1 – 0 – 0

Tenaxum 1mg tbl. 1 – 0 – 1

Furon 40 mg tbl. 1 – 0 – 0 (obden)

Doxazosin Retard. 4 mg tbl. 1 – 0 – 0

Kalium chlorátum 500 mg drg. 1 – 0 – 1

Digoxin 0,125 mg tbl. 1 – 0 – 0

Milurit 100 mg tbl. 1 – 0 – 0

Prothiaden 25 mg drg. 1 – 0 – 1

Ascorutin drg. 1 – 1 – 1

Flavobion cps. 1 – 0 – 0 (16a, 17)

*Sociální anamnéza* – vdaná, žije s manželem v bytě 2 + 1, 2. patro, s výtahem. (16a, 17)

*Nynější onemocnění* – pacientka přivezena RZS, kterou si zavolala pro akceleraci arteriální hypertenze s neurovegetativním doprovodem. Pacientka neguje vertigo, cefaleu, bolesti na hrudi a palpitace, dýchá se jí dobře, od dnešního rána postupné

zvyšování TK 180/70...235/120 mmHg, proto zavolána RZS. Lékařem RZS naměřena tenze 220/110 mmHg, podáno 12,5 mg Tensiominu p.o., 5mg Diazepamu p.o., poté TK 200/100 mmHg, proto podána tbl. Cordipinu Retard, po další hodině TK v ambulanci 180/70 mmHg. Teploty a kašel nejuje, moči bez dysurií, stolice pravidelná. Glykemie glukometrem: 6,2 mmol/l. (16a, 17)

Somatický nález při přijetí

TK 225/110, TF 80/min., afebrilní, orientovaná, spolupracující, bez lateralizace a fatické poruchy, bez meningeální symptomatiky, normální kolorit a turgor kůže, eupnoe, hydratace přiměřená, výživa přiměřená, hlava a krk s přiměřeným nálezem.

Hrudník – dýchání čisté, sklípkové, poklep plný, jasný, ozvy srdeční 2, ohraničené, AS pravidelná, klidná.

Břicho – v niveau, peristaltika +, klidná, měkké, prohmatné, nebolestivé, rezistence 0, poklep diferencovaný, bubínkový, klidná a pevná jizva po CHCE, játra a slezina nezvětšeny, tapottement 0 oboustranně, bedra a sakrální oblast bez prosaků.

Dolní končetiny-bez otoků a známek zánětu, bez známek HŽT, lýtka měkká, volná, nebolestivá, pulsy hmatné do periférie, trofické změny 0.

hmotnost 72 kg, výška 164 cm, přiměřená výživa (*neodpovídá údajům při příjmu na oddělení, pravděpodobně odhad*) (17)

## 2.12 Lékařské diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza

- Dekompenzace arteriální hypertenze II. stupně dle WHO s neurovegetativním doprovodem

Ostatní lékařské diagnózy

- Esenciální (primární) hypertenze
- Diabetes mellitus 2. typu kompenzovaný PAD, v dispenzarizaci
- Hyperurikémie bez zánětlivé artritidy a tofů
- Smíšená úzkostlivá a depresivní porucha
- Katarakta bilateralis nespecifická
- Nedoslýchavost, ztráta sluchu nespecifická

- Stav po myokarditidě
- Stav po CHCE pro litiázu
- Stav po operaci bazaliomu

(17)

## 2.13 Diagnostické metody

### 2.13.1 Fyziologické funkce

Tabulka č. 4

datum	TK			P			D	TT
	R	P	V	R	P	V	1xd	1xd
09. 02. 2010	<b>140/80</b>	135/90	<b>170/80</b>	68	72	70	16	36, 4
10. 02. 2010	<b>160/70</b>	130/85	<b>145/55</b>	70	72	74	16	36, 4
11. 02. 2010	<b>145/80</b>	<b>140/90</b>	<b>155/60</b>	69	76	82	18	36, 5
12. 02. 2010	<b>150/70</b>	130/70	<b>140/70</b>	73	75	80	17	36, 4

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou.

Antropometrické údaje:

Hmotnost: 70 kg

Výška: 169 cm

BMI: 24, 51

### 2.13.2 Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 5 Hematologie

Vyšetření	6. 2. 2010 příjem	Referenční hodnoty 1hod./2hod.
<b>Sedimentace erytrocytů</b>	7/20	10/20

Tabulka č. 6 Krevní obraz

Vyšetření	6. 2. 2010 příjem	9. 2. 2010 4. den hospitalizace	Referenční hodnoty
Leukocyty	7, 2	7, 4	3, 9 – 10, 0 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	4, 27	4, 89	3, 60 – 5, 00 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	132	149,0	120 – 160 g/l
Hematokrit	0, 385	0,434	0, 340 – 0, 460 l/l
Objem erytrocytů	90, 1	88, 8	84, 0 – 105, 0 fl
Hemoglobin erytrocytů	31	30	27 – 34 pg
Hemoglobinová koncentrace	0, 34	0, 34	0, 30 – 0, 37
Trombocyty	↓ 134	↓ 139	150 – 400 10 <sup>9</sup> /l
Anisocytosa erytrocytů	12, 0	13, 9	10, 0 – 15, 2
Trombocytový hematokrit	0, 296	0, 130	0, 120 – 0, 360
Objem trombocytů	8, 5	9, 4	7, 8 – 11, 0 fl
Anisocytosa trombocytů	15, 7	17, 2	12,0 – 18, 0
Normoblast	0/ 100	0/ 100	0
Myeloblast	0, 00	0, 00	0, 00
Promyeloblast	0, 00	0, 00	0, 00
Myelocyt	0, 00	0, 00	0, 00
Metamyelocyt	0, 00	0, 00	0, 00
Neutrofilní tyče	0, 00	0, 00	0, 00 – 0, 05
Neutrofil segmentovaný	0,51	0, 64	0, 40 – 0, 70
Eosinofilní granulocyty	0, 01	0, 03	0, 01 – 0, 05
Basofil	0, 00	0, 00	0, 00 – 0, 01
Monocyt	0, 07	0, 06	0, 01 – 0, 10
Lymfocyt	0, 39	0, 26	0, 20 – 0,40
Atypické lymfocyty	0,00	0, 00	0, 00
Plasmatické buňky	0,00	0, 00	0, 00

Tabulka č. 7 Biochemie

Vyšetření	6. 2. 2010 přjem	9. 2. 2010 4. den hospitalizace	Referenční hodnoty
<b>IONTY</b>			
<b>Nátrium</b>	139	142	137 – 144 mmol/l
<b>Kálium</b>	↓ <b>3,2</b>	↓ <b>3,5</b>	3,6 – 4,9 mmol/l
<b>Chloridy</b>	105	103	97 – 108 mmol/l
<b>METABOLITY</b>			
<b>Urea</b>	↓ <b>2,9</b>	3,8	3,0 – 8,7 mmol/l
<b>Kreatinin</b>	67	82	42 – 95 μmol/l
<b>ENZYMY</b>			
<b>AST</b>	-	↑ <b>0,95</b>	0,20 – 0,55 ukat/l
<b>ALT</b>	-	↑ <b>1,03</b>	0,20 – 0,50 ukat/l
<b>ALP</b>	-	1,9	0,6 – 2,7 ukat/l
<b>LIPIDY, LIPOPROTEINY</b>			
<b>Cholesterol</b>	-	3,9	3,6 – 5,0 mmol/l
<b>Triglyceridy</b>	-	1,6	0,7 – 2,1 mmol/l
<b>GMT</b>	-	↓ <b>0,82</b>	0,10 – 0,70 ukat/l
<b>HDL - cholesterol</b>	-	↓ <b>0,79</b>	1,13 – 1,85 mmol/l
<b>LDL - cholesterol</b>	-	2,42	2,00 – 3,00 mmol/l
<b>SACHARIDY</b>			
<b>Glukóza</b>	↑ <b>6,2</b>	↑ <b>7,0</b>	3,7 – 5,6 mmol/l
<b>BÍLKOVINY</b>			
<b>C reaktivní protein</b>	↑ <b>8,3</b>	↑ <b>6,1</b>	0,0 – 5,6 mmol/l
<b>ŠTÍTNÁ ŽLÁZA</b>			
<b>TSH</b>	-	1,26	0,40 – 4,00 mU/l
<b>T<sub>4</sub> volný</b>	-	15,35	9,10 – 19,00 pmol/l
<b>T<sub>3</sub> volný</b>	-	3,83	2,63 – 5,70 pmol/l

Tabulka č. 8 Vyšetření moče

<b>Moč chemicky</b>	6. 2. 2010 příjem	Referenční hodnoty
Glukoza	<b>1</b>	0 – 0,8 mmol/l
Bílkovina	<b>1</b>	0 – 0,15 g/l
Ketolátky	1	0 – 1,5 mmol/l
pH moče	5,0	5 – 7
Urobilinogen	Negativní	0 – 17 µmol/l
Krev	Negativní	Negativní
Bilirubin	Negativní	Negativní
Leukocyty	Negativní	Negativní
<b>Močový sediment</b>		
Erytrocyty	2	0 – 15 el/ul
Leukocyty	8	0 – 25 el/ul
Válce nepatologické	0	0 – 5 el/ul
Válce patologické	0	0 – 5 el/ul
Bakterie	přítomny +	0 – 3500
Kvasinky	0	0 arb. j
Epitelie dlaždicovité	7	0 – 30 el/ul
Epitelie kulaté	0	0 – 5 el/ul



### 2.13.3 Další vyšetření

Tabulka č. 9 Tlakový Holter ze dne 10. – 11. 2. 2010

Čas	Hodnota TK	Hodnota P	MIN/MAX hodnoty
19:16	223/ 93	72	maximální systola
12:56	122/ 56	54	minimální systola
18:59	212/ 109	73	maximální diastola
09:59	136/55	53	minimální diastola

#### 8. 2. 2010 – Echokardiologické vyšetření

ejekční frakce: 65%

Závěr: Normální velikost, kinetika i funkce LK. Hypertrofie intraventrikulárního septa. Stopová mitrální regurgitace.

#### 8. 2. 2010 – Skiografie hrudníku

Ve srovnání s nálezem ze dne 10. 7. 2009 v plicním parenchymu čerstvé ložiskové změny nejsou patrné, kresba plicní i hilová přiměřená, bránice hladká, kostrofrenické úhly volné, stín srdce hraniční velikosti

Závěr: Normální velikost, kinetika i funkce levé komory. Stopová mitrální regurgitace. Hypertrofie intraventrikulárního septa.

#### 8. 2. 2010 - Oční pozadí

Závěr: Angisclerosis bilateralis, bez známek diabetické retinopatie

#### 9. 2. 2010 – Abdominální ultrasonografie

Závěr: Obraz difusní léze jaterního parenchymu charakteru steatosy, nižší echogenita

I. quadratus – v. s. oblast non steatosy, stacionární nález ve srovnání s popisem předchozího vyšetření, drobná cysta hilu jater, stav po CHCE. (17)

## 2.14 Terapie

### 2.14.1 Farmakoterapie

Léky per os – dosavadní chronická medikace upravena v den příjmu

6. – 8. 2. 2010

Tabulka č. 10

Název léku	Dávkování	Způsob podání	Léková skupina	Generický název	Nežádoucí účinky
<b>Glucophage 500 mg, drg.</b>	0 – 0 – 2	per os	antidiabetika	metformini	nauzea, vomitus, diarea
<b>Diaprel MR, tbl.</b>	2 – 0 – 0	per os	antidiabetika	gliklazidum	hypo- glykémie
<b>Tarka 240/4 mg, drg.</b>	1 – 0 – 0	per os	hypotenziva	Verapamili hydrochloridum, trandolaprilum	zácpa, kašel, bolest hlavy, nauzea
<b>Tenaxum 1mg, tbl.</b>	1 – 0 – 1	per os	hypotenziva	rilménidinum	slabost, palpitace, nespavost
<b>Furon 40 mg, tbl.</b>	1/2 - 0 - 0	per os	diuretika	furosemidum	nevolnost, vomitus, diarea
<b>Ebrantil 30 mg, cps.</b>	1 – 0 – 1	per os	hypotenziva	urapidilum	vertigo, nauzea, bolest hlavy
<b>KCL 500 mg, drg.</b>	0 – 1 – 0	per os	solí a ionty	kalií chloridum	nauzea, vomitus, meteorismus
<b>Godasal 100 mg, tbl.</b>	0 – 1 – 0	per os	anti- koagulancia	acidum acetylsalicylicum, glycinum	nauzea, vomitus
<b>Digoxin 0, 125 mg, tbl.</b>	1 – 0 - 0	per os	kardiaka, antiarytmika	digoxinum	nauzea, vomitus, diarea
<b>Milurit 100 mg, tbl.</b>	0 – 1 – 0	per os	antirevmatika, antiuratika, antiflogistika	allopurinolum	edémy rtů, úst a hrdla
<b>Prothiaden 25 mg, drg.</b>	1 – 0 – 1	per os	antidepresiva	dosulepinum	hypotenze, poruchy krvetočvorby
<b>Diazepam 5mg d.p., tbl.</b>	0 – 0 – 0 – 1	per os	anxiolytika	diazepamum	spavost, únava, vertigo

## Léky per os

9. 2. – 12. 2. 2010

Léky, které v medikaci zůstaly stejné: Glucophage 500 mg, Diaprel MR, Furon 40 mg, KCL 500mg, Godosal 100 mg, Digoxin 0, 125 mg, Milurit 100 mg, Prothiaden 25 mg, Diazepam 5 mg d. p, hypotenziva byla vysazena a nahrazena.

Tabulka č. 11

Název léku	Dávkování	Způsob podání	Léková skupina	Generický název	Nežádoucí účinky
<b>Concor 5 mg, drg.</b>	1 – 0 – 0	per os	kardiaka	bisoprololi	únava, vertigo, bolest hlavy
<b>Gopten 4 mg, cps.</b>	1 – 0 – 0	per os	hypotenziva	trandolaprilum	bolest hlavy, kašel, slabost, palpitace
<b>Zorem 10 mg, tbl.</b>	1 – 0 – 0	per os	vazodilatancia	amlodipinum	bolest hlavy, edémy kotníků, slabost
<b>Cynt 0, 4 mg, drg.</b>	1 – 0 – 0	per os	hypotenziva	moxonidinum	bolest hlavy, sucho v ústech, slabost
<b>Doxazosin Merck 4 mg, tbl.</b>	0 – 0 – 1	per os	hypotenziva	doxazosini	sucho v ústech, bolest v zádech, bolest svalů, palpitace

### 2.14.2 Fyzioterapie, pohybový režim

Paní A. má pohybový režim volný, péče fyzioterapeuta není nutná.

### 2.14.3 Dietoterapie:

- dieta č. 9/ 225 g S

### Průběh hospitalizace

79letá pacientka se od čtyřiceti let věku léčí na hypertenzi, má diabetes mellitus 2. typu, nyní na PAD, (11 let dieta, + 3 roky PAD) v dispenzarizaci, hyperurikemii na terapii, sledována s mírnou renální insuficiencí. Pacientka přivezena 6. 2. 2010 RZS pro dekompenzovanou arteriální hypertenzi II. stupně dle WHO. 4. den změna

medikace antihypertenziv. Ve dnech 10. – 11. 2. 2010 vyšetřena metodou dle Holtera. Tlak se normalizuje, plánuje se propuštění 15. 2. 2010. Pacientka je orientovaná místem, časem, i osobou. Komunikuje ochotně, kontakt navázán rychle.

### 3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pro zpracování informací o pacientce A. B. vycházím z modifikovaného ošetřovatelského modelu Virginie Henderson.

#### 3.1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci

Byla přijata „kvůli vysokému tlaku“. Neví, co nemoc způsobilo. Očekává, že bude v nemocnici vyléčena, i když připouští limitaci věkem. Pacientka pobyt v nemocnici hodnotí jako příjemný. Jak sama říká: „Jsem v péči lidí, kteří tomu rozumí, mě to uklidní. Já odsud neutíkám, vždyť je to pro mě. Co bych si doma počala?“ Pacientka má dostatek informací o léčebném režimu. (16 a, 18)

#### 3.2 Zhodnocení stavu sestrou při převzetí pacientky do péče

Pacientka je orientovaná místem, čase, i osobou. Komunikuje ochotně, kontakt navázán rychle. Rozhovor vítá, ráda si povídá. Pacientka je optimistická. Dle Barthelova testu je pacientka soběstačná. Dobře spolupracuje s celým zdravotnickým týmem. Pacientka je plně informovaná o své diagnóze. (16 a,b, 17)

#### 3.3 Základní fyziologické potřeby

##### **Bolest/nepohodlí**

Pacientka netrpěla žádnými chronickými bolestmi, pravidelně žádná analgetika neužívala. Pokud se někdy bolest vyskytla, řešila ji paní A. Ibalginem. Při hypertenzi dne 6. 2. měla pocity tlaku na prsou, třes, bušení srdce a dušnost. Tyto příznaky ji velmi omezovaly. Doma se nesnažila tlak kompenzovat léky. (16 a)

Současný stav:

V době sbírání anamnézy pacientka bez bolesti. (16 a, b)

## **Dýchání**

Před touto příhodou potíže s dýcháním neměla. Nikdy nekouřila. V zakouřeném prostředí se nepohybuje. V dětství netrpěla na žádné nemoci respiračního traktu. Dne 6. 2. 2010 pociťovala dušnost při hypertenzi. Doma si měřila tlak vlastním tonometrem, při stále se zhoršujících hodnotách volala RZS. Byla přijata pro dekompenzovanou arteriální hypertenzi. Pacientka udává, že nyní nepociťuje žádné potíže s dýcháním. (16 a)

Současný stav:

Pacientka bez známek námahové či klidové dušnosti. Dechová frekvence je 16/min. Dýchání je pravidelné, klidné. Nekašle, rýmu nemá. Dnes nasazena nová medikamentózní léčba. (16 a, 17)

## **Osobní hygiena**

Paní A. je plně soběstačná. Říká, že o svůj zevnějšek vždy dbala. Doma se sprchovala každý den, většinou večer. V nemocnici se sprchuje každý den ráno. Nehty na ruku i nohu si ostříhá sama. K holiči chodila pravidelně 1krát za měsíc. Vlasy si umývá 1krát za týden. Má úplnou horní a částečnou dolní zubní protézu, na kterou používá zubní kartáček a pastu. Kůži na obličeji si doma ošetřovala pleťovou vodou bez alkoholu, pleťovým mlékem, krémy vyživujícími a zvláčňujícími. Pokožku rukou krémem na ruce. Svoji kůži hodnotí jako normální. Doma žádné změny na kůži nepozorovala. (16 a)

Současný stav:

Paní A. je upravená, čistá, nehty na ruku i nohu jsou krátce zastřižené. Vlasy bez lupů, barvené, krátké. Při hygieně nevyžaduje dopomoc. Kůže pacientky je čistá, bez otoků. Je patrná jizva na nose, stav po operaci bazaliomu (1990). Dále patrná jizva po cholecystektomii pro litiázu (1971). Zhojena per primam. Exémy a alergiemi na kosmetické přípravky netrpí. Kožní turgor dobrý. Žádné vyrážky nebo alergické reakce na kůži nemá. Čerstvé operační rány také ne. Podle hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, pacientka není ohrožena vznikem (viz příloha č. 7). (16 a, b, 17)

## **Hydratace**

Paní A. nejraději pije čaje s mlékem a vodu s bublinkami, do ní si vymačkává ovoce. Alkohol nepije. Má doporučeno od svého kardiologa nepít příliš mnoho minerálních vod, maximálně 2 dcl denně. Doma vypila kolem 1,5 litru tekutin za den. Nikdy se nijak výrazně nepotila, ani při práci. Svoji pokožku hodnotí jako normální.

(16 a)

Současný stav:

Kůže pacientky je normální. Nemá projevy dehydratace. Je soběstačná při příjmu tekutin. V nemocnici se její příjem tekutin nezměnil. Otoky na dolních končetinách ani jiných částech těla nejsou. Dezorientovaná není, orientace časem, místem i osobou. Hlídá si příjem tekutin.

(16 a, b)

## **Výživa**

Paní A. již 14 let dodržuje diabetickou dietu. Nechutenstvím netrpí. Nikdy nejedla velké porce. Má ráda zeleninu, ovoce, které si vypěstuje na zahrádce. Jako její nejoblíbenější jídlo uvádí hrášek, fazolky a libové maso. Má úplnou horní a částečnou dolní zubní protézu. Chrup jí při jídle nedělá žádné potíže. Alergie na žádné jídlo nemá. Po odchodu z nemocnice neočekává změnu diety. Dieta je závislá na kompenzaci diabetu. Za posledního půl roku výrazně nezhubla, ani nepřibrala.

(16 a, 17)

Současný stav:

Pacientka váží 70 kg a měří 169 cm její BMI 24,51, což je přiměřená výživa (norma). Stravu přijímá sama, bez obtíží. V dutině ústní nejsou žádné změny. Dietu má diabetickou 9/ 225 g S + omezení při hypertenzi (viz edukace). Stav výživy je podle hodnotící škály dobrý. (viz. příloha č. 3).

(16 a, b, 17)

## **Vyprazdňování střev**

Paní A. má pravidelnou stolici. Je pro ni fyziologické vyprazdňovat se jednou za den, obvykle ráno. Nepozoruje žádné příměsi ve stolici. Stolice je normální konzistence. Průjmem ani zácpou netrpí. Nikdy žádná projímadla neužívala. Poslední stolice byla 9. 2. 2010.

(16 a)

Současný stav:

Pacientka se vyprazdňuje na WC. Stolicí objektivně hodnotit nemohu. (16 b)

### **Vyprazdňování moči**

Před příchodem, ani v nemocnici žádné problémy s močením neměla. Inkontinencí netrpí. Pro hyperurikémii na terapii s mírnou renální insuficiencí jedenkrát za půl roku navštěvuje nefrologa. (16 a, b)

Současný stav:

Pacientka se vyprazdňuje na WC. Diuréza se neměří. Užívá diuretika Furon 40 mg ½ - 0 - 0. Dlouhodobá medikace, pacientka nepozoruje zvýšenou potřebu močení.

(16 b, 17)

### **Tělesná a duševní aktivita**

#### Tělesná aktivita

Před hospitalizací žádné problémy s chůzí neměla, při pohybu odpočívat nemusela. Žádné kompenzační pomůcky nemá. Paní A. je v důchodu, dříve pracovala jako odborná pracovníce akademie věd. Moc ráda chodí na dlouhé procházky v okolí své chaty. Po propuštění neočekává žádné potíže. V lůžku má pocit pohodlí. (16 a)

Pacientka chodí sama bez pomoci. (16 b)

#### Duševní aktivita

Pacientka ráda čte knihy s historickou tematikou a životopisy slavných osobností. Manžel jí do nemocnice nosí noviny. Říká, že už se těší, až bude doma sledovat olympiádu. (16 a, b)

V nemocnici čte knihu. Dlouhou chvíli si krátí povídkám s ostatními spolupacientkami. (16 b)

### **Spánek a odpočinek**

Pacientka se spánkem problémy nikdy neměla. Jak doma tak v nemocnici si někdy ráda na hodinu po obědě zdřímne. Doma žádné léky na spaní neužívala. Před

spaním má ráda sklenici vody a vyvětraný pokoj. Pravidelně doma spala 8 hodin od 22 – 6 hodin (ranní ptáče). (16 a)

Současný stav:

Pacientka je uložena na třílůžkovém pokoji, s pacientkami si rozumí velmi dobře. V nemocnici spí pacientka dobře, má naordinované léky na usínání dle potřeby, které ale neužívá. Ráno je vyspaná a odpočatá. Během odpoledne si hodinu zdřímne. Únavou netrpí. (16 b)

### **Teplo a pohodlí**

Doma se pacientka cítila pohodlně a příjemně. Má raději teplo než chladnější prostředí. Žije v městském bytě s výtahem. Paní A. vyhovuje teplota na pokoji. (16 a)

Současný stav:

Pacientka leží na třílůžkovém pokoji na lůžku u dveří. Pokojová teplota je přiměřená. Paní A. je afebrilní. (16 b)

### **Sexualita**

Pacientka porodila dvě zdravé děti. Přejít přibližně v 50 letech. Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí 1krát ročně. Jak sama říká: „S manželem spolu budeme v prosinci 60 let a to myslím mluví za vše.“ (16 a)

### **Smyslové funkce**

Paní A. trpí krátkozrakostí i dalekozrakostí, používá brýle, které jí vyhovují. Oboje má s sebou. Má šedý zákal, na který používá Betoptic gtt. Do každého oka jednu kapku denně. Pacientka trpí nedoslýchavostí. (16 a, b, 17, 18)

Současný stav:

Pacientka při srozumitelné řeči slyší dobře, má naslouchadla, která nepoužívá. (16 b)



### 3.4 Psychosociální potřeby

Paní A. je 79 let, nejvíce jí trápí nynější problémy s tlakem. Pacientka působí v nemocnici po psychické stránce vyrovnaně, žádné problémy v rodině nemá. Ale má obavu o svůj zdravotní stav. Bere antidepresiva Prothiaden 25mg 1 – 0 – 0. Bere je po dohodě s obvodním lékařem, který jí řekl: „Vy si na nic nestěžujete, ale váš nervový systém je už unavený.“ Stav kognitivních funkcí je dle Mini-mental testu normální (viz příloha č. 6). (16 a, b)

#### Bezpečí a jistota

Tuto potřebu má pacientka doma saturovánu. Bydlí v městském bytě s manželem. V nemocnici ji navštěvuje manžel každý den a několikrát po dobu dosavadní hospitalizace i děti. Na jejich návštěvy se těší, mají spolu dobré vztahy. Je ekonomicky zajištěná, pobírá starobní důchod. Pacientka se necítí osamělá, ani opuštěná.

V nemocnici se cítí bezpečně a jistě, ví, že je o ni dobře postaráno. Pacientka důvěřuje zdravotnickému personálu, jeho spolehlivosti, jistotě a pomoci. Má obavy ze své nemoci. Ví, že doma by jí nikdo nepomohl. Říká, že pobyt v nemocnici ji uklidní, protože je v péči odborníků. Se spolupacientkami vychází dobře. Hodně si povídají.

(16 a, b)

#### Zdraví

Vnímání a udržování zdraví je zcela odpovídající věku a zdravotnímu stavu pacientky. Je informovaná o své diagnóze a dalším průběhu hospitalizace. Až na nynější problémy s hypertenzí se pacientka cítí spokojená. Má diabetes mellitus 2. typu kompenzovaný perorálními antidiabetiky a diabetickou dietou, heperurikémii bez zánětlivé artritidy a tofů, kataraktu bilateralis a nedoslýchavost.

Dobře se adaptovala na nemocniční prostředí. (16 a, b,17)

#### Soběstačnost

Pacientka je plně soběstačná v základních všedních činnostech (stravování, vyprazdňování, hygiena). Byla již několikrát hospitalizována. Po propuštění z nemocnice se o ni postará manžel.

K 1. dni ošetřování pacientka soběstačná. Výsledek Barthelova testu je 100 bodů, což znamená, že je pacientka nezávislá. Pacientka je nedoslýchavá, má naslouchadla, která nepoužívá. Poruchu zraku v důsledku stáří a v důsledku katarakty má kompenzovanu brýlemi. (16 a,b)

#### Důvěra a komunikace:

Komunikace a důvěra byla navázána velmi rychle a bez problémů. Komunikace nebyla ztížena bariérami (poruchy komunikace, neschopnost komunikovat). Paní A. je nedoslýchavá, ale při srozumitelné řeči není v komunikaci problém. Komunikuje ochotně. (16 a, b)

#### Rodina:

Pacientka je vdaná. S manželem mají harmonické manželství a v prosinci oslaví 60. výročí svatby. Mají spolu dvě děti, dceru a syna. Má dvě vnoučata. (16 a, b)

#### Sebeúcta a sebepojetí:

Pacientka nemá pocit zbytečnosti a marnosti. Má velice ráda svoji rodinu, ví, že má pro koho žít. Vystudovala střední školu, pracovala jako odborná pracovníce v akademii věd. Svoji práci měla ráda, byla v každodenním styku s mladými lidmi. Nyní je v důchodu. Pacientka na mě působila velmi pozitivně, ráda si povídá s mladými lidmi. (16 a, b)

#### Duchovní potřeby:

Pacientka není věřící, do kostela nechodí. V nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. (16 a, 17)

### 3.5 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě informací, které jsem získala z lékařské dokumentace, pozorováním a rozhovorem s nemocnou, rozhovorem s lékařem a sestrami. Následující ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila společně s pacientkou a seřadila jsem je podle naléhavosti.

9. 2. 2010

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Nedostatek informací z důvodu změny medikace a nedoslýchavosti, projevující se opakovanými dotazy
2. Strach z důvodu dalšího vývoje onemocnění

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

3. Riziko diabetických komplikací vzhledem k diagnóze diabetes mellitus
4. Riziko pádu z důvodu nové medikace

10. 2. 2010

5. Akutní bolest hlavy z neznámých příčin, projevující se verbálně i neverbálně

### 3.6 Ošetrovatelské cíle, plány, realizace a hodnocení

9. 2. 2010

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Nedostatek informací z důvodu změny medikace a nedoslýchavosti

Cíl: - pacientka má dostatek informací o své nemoci a léčbě, informacím rozumí

Plán:

- určit schopnost pacientky získat nové informace a učit se
- edukovat o možných vedlejších účincích léčby
- brát ohled na nedoslýchavost pacientky
- motivovat pacientku
- aktivně pacientku zapojit do spolupráce

Realizace: Vzhledem k tomu, že pacientka byla vzdělaná, mohla jsem poskytnout informace o nízkém i vysokém tlaku a jeho projevech. Pacientku jsem edukovala, že vedlejšími nežádoucími účinky mohou být příznaky točení hlavy, pocit na zvracení, zvracení, průjem, bušení srdce. Upozornila jsem ji, aby při kterémkoliv projevu vedlejších účinků informovala zdravotnický personál. Paní A. je nedoslýchavá, ale při jasné a srozumitelné řeči poskytnutým informacím rozumí. Informace o dalším ošetrovatelském postupu byly vysvětleny sestrou. O změně medikace a dalším léčebném postupu informace poskytnuty lékařkou. Pacientka byla sama motivována zlepšujícím se stavem. Aktivně se zapojovala do spolupráce.

Hodnocení: Cíl splněn.

## 2. Strach z důvodu dalšího vývoje onemocnění

Cíl: - zmírnit strach

Plán:

- zjistit od pacientky možné příčiny strachu
- umožnit pacientce popsat pocity, které v minulosti vyvolaly strach
- mluvit s pacientkou klidně, nespěchat
- podávat léky podle ordinace lékaře, sledovat vedlejší účinky
- zapojit pacientku do nejrůznějších aktivit – čtení, sledování televize, tělesná aktivita – chůze, návštěva příbuzných

Realizace: Po zkušenostech s poslední příhodou má pacientka strach, že se může podobná situace opakovat. Poučila jsem pacientku, že v případě zhoršení stavu, může opět zavolat lékaře. S pacientkou jsem mluvila klidně, nespěchala jsem. Léky jsem podávala dle ordinace. Ke zklidnění pacientky přispívaly návštěvy rodiny a vyplnění volného času četbou, sledováním televize, chůzí po chodbě.

Hodnocení: Strach z nemoci se snížil, paní A. vidí zlepšení stavu. Sama říká: „Jsem v péči oborníků, a to mě vždycky uklidní.“

## Potencionální ošetrovatelské diagnózy

### 3. Riziko diabetických komplikací vzhledem k diagnóze diabetes mellitus

Cíl: - pacientka zná diabetické komplikace a možnosti jejich prevence  
- nedojde k akutním komplikacím

Plán:

- edukovat pacientku
- kontrolovat glykémii
- dodržovat dietní režim
- podávat léky dle ordinace

Realizace: Po rozhovoru jsem zjistila, že pacientka nezná příznaky hyperglykémie a hypoglykémie. Ví, že o tom byla už mnohokrát informovaná, ale ráda si to zopakuje. Paní A. jsem edukovala o časných i pozdních diabetických komplikacích a možnostech prevence (viz edukace). Po dobu hospitalizace byla několikrát provedena kontrola glykémie s výsledkem mírného zvýšení hladiny. Pacientka má v nemocnici dietu 9/225 g S. Léky jsem podávala dle ordinace.

Hodnocení: Pacientka zná diabetické komplikace a ví, jak jim předcházet. Akutní komplikace nevznikly.

### 4. Riziko pádu z důvodu nové medikace

Cíl: - pacientka zná rizika hypotenze  
- pacientka neupadne

Plán:

- zhodnotit riziko pádu
- edukovat o nebezpečí pádu
- pravidelně sledovat a kontrolovat pacientku
- upravit vhodně okolí lůžka
- zajistit signalizaci

Realizace: Dle hodnotícího testu je pacientka ohrožena rizikem pádu (viz příloha č. 5). Pacientku jsem informovala o nebezpečí pádu z důvodu změny medikace, aby vstávala pomalu z lůžka. Pokud by cítila nejistotu v chůzi, aby si raději zavolala sestru. Stolek

byl uzpůsoben tak, aby pacientce vyhovoval. Paní A. je soběstačná, signalizaci má na dosah, ví, jak má přivolat sestru.

Hodnocení: Pacientku zná rizika hypotenze. Pacientka neupadla.

10. 2. 2010

#### 5. Akutní bolest hlavy z neznámých příčin

Cíl: - pacientka bez bolesti.

Plán:

- edukovat pacientku
- včas diagnostikovat bolest
- sledovat základní fyziologické parametry
- zjistit lokalizaci, charakter, trvání
- zjistit faktory zhoršující bolest
- informovat o úlevové poloze, která povede ke snížení bolesti
- podat analgetika dle potřeb pacientky
- sledovat účinnost ordinovaných léků a změny hlásit lékaři
- zajistit pohodlí na pokoji

Realizace: Pacientce jsem byla k dispozici, naslouchala jsem jí a hovořila s ní. Ptala jsem se pacientky na bolest, měřila jsem krevní tlak. Pacientka bolest popisuje jako pulzující, v oblasti okcipitálního laloku. Intenzitu bolesti na Randalově stupnici (0-10) hodnotila číslem 3. Bolest se projevovala hlavně při změně polohy v lůžku a při chůzi. Pacientku jsem informovala o úlevové poloze. Nejvíce jí vyhovuje poloha na pravém boku. Pacientka neměla naordinovaná žádná analgetika, o této situaci jsem informovala ošetřující lékařku. Analgetika byla jednorázově doordinována, Novalgin 2 ml i.m. Po podání analgetik úplný ústup bolesti do 30 minut. Další dny pacientka bez bolesti.

Hodnocení: Cíl splněn.

### 3.7 Edukace

Edukace je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Vzhledem k tomu, že pacientka byla vzdělaná a orientovaná, mohla jsem poskytnout širokou míru informací. Pacientku jsem edukovala v oblasti doporučení při hypertenzi. Věděla, že při hypertenzi má mít snížený příjem soli, ale nevěděla, že ten příjem by se měl omezit na 5 – 6 g, což odpovídá jedné kávové lžičce. Vysvětlila jsem jí, že kuchyňská sůl obsahuje sodík, který je sice nezbytnou minerální látkou, ale v nadměrném množství působí na rozvoj vysokého krevního tlaku. Upozornila jsem, že k zvýraznění chuti pokrmů mohou přispět bylinky. Dobré je zvýšit příjem draslíku v potravinách. Mezi zdroje draslíku patří např. ovoce a zelenina, luštěniny, ořechy a mléko.

S redukcí soli souvisí i konzumace minerálek. Pacientka měla od svého kardiologa doporučený denní příjem maximálně 2 dcl. Věděla, že součástí diety je omezení konzumace masa. Poučila jsem ji, že nejvhodnější je konzumace bílého masa a to především ryb, které jsou vhodné pro obsah omega 3 mastných kyselin. Paní A. již 14 let dodržuje diabetickou dietu, a proto pro ni není problém omezit sladká jídla, tučná masa a salámy. Alkohol paní A. vůbec nekonzumuje, nekouří. V oblasti fyzické aktivity se pacientka věnuje procházkám. Doporučila jsem jí, aby vykonávala fyzickou aktivitu 2 – 3 týdně po dobu 30 – 45 minut. Zdůraznila jsem, že fyzická aktivita přináší mnoho změn, které pozitivně působí na kardiovaskulární systém.

Pacientku jsem dále edukovala v oblasti diabetických komplikací a jejich prevence. Paní A. je přímo neznala, ale věděla opatření při diabetes mellitus, která dodržuje. Pacientce jsem vysvětlila, že diabetické komplikace dělíme na akutní, mezi které patří hypoglykemie a hyperglykemie a popsala jsem příznaky. Zdůraznila jsem, že hlavním účelem léčby diabetu je předcházení pozdním komplikacím. Ty se projevují v cévách a orgánech. Jednou z prvních komplikací je postižení cév všech velikostí aterosklerózou, ostatní vznikají v důsledku této komplikace. Paní A. navštěvuje nefrologa, čímž je také zajištěna kontrola postižení kapilár glomerulů. Další komplikací je postižení sítnice oka, proto je důležitou prevencí kontrola očního pozadí. Mezi komplikace patří i postižení periferních nervů. Nejvíce informací měla pacientka o „diabetické noze“. Věděla, že musí pečovat o hygienu nohou, nosit bavlněné ponožky

a obuv, která netlačí. Vysvětlila jsem jí, že je to z toho důvodu, že je ohrožena častými infekcemi, zejména mykózami. Pacientka měla zájem o nové informace.

### 3.8 Ošetrovatelský závěr a prognóza

Pacientku jsem ošetřovala ve dnech 9. – 12. 2. 2010. Byla přivezena RZS 6. 2. 2010, poté hospitalizována na interním oddělení. S diagnózou dekompenzace arteriální hypertenze II. stupně dle WHO s neurovegetativním doprovodem. S hypertenzí se léčí již 39 let. K 1. dni mého ošetřování byla nasazena nová medikace antihypertenziv. Pacientku jsem informovala o možných nežádoucích účincích. Po dohodě s pacientkou jsme identifikovaly několik ošetrovatelských problémů a snažily jsme se o jejich řešení. Stanovily jsme si cíle, které se nám podařilo dosáhnout. Problémům, které byly pouhým rizikem, jsme se snažily předejít.

Pacienti s touto diagnózou musí dodržovat stanovený dietní režim, fyzické omezení, pravidelné kontroly a především pravidelné užívání léků. Naučila jsem se lépe a individuálně komunikovat s pacienty, zpracovat ošetrovatelské diagnózy k danému pacientovi. Vím, co jsou pro mě důležité informace, jak je získat a proč. Všechny tyto informace jsem si spojila do souvislostí. Ošetrovatelská kazuistika mi přinesla nové poznatky.

Vzhledem k tomu, že je pacientka soběstačná, orientovaná, dostatečně poučená a s dobrým zázemím, nedá se předpokládat, že by nastaly další ošetrovatelské problémy. Má funkční rodinu, která je schopna jí poskytnout pomoc. Následná profesionální ošetrovatelská péče není v současné době nutná.



#### 4 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

- 1) ČERVINKOVÁ, Eliška, et al. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 2003. 106 s. ISBN 80-7013-358-9.
- 2) DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 3) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 4) KLENER, Pavel, et al. *Vnitřní lékařství*. Vyd. 3. Praha: Galén, 2006. 555 s. ISBN 80-7262-431-8.
- 5) KUŽELA, Lubomír; PATLEJCHOVÁ, Eva. *Dieta při hypertenzi*. Vyd. 2. Praha : Triton, 2003. 75 s. ISBN 80-7254-411-X.
- 6) SOVOVÁ, Eliška, et al. *Hypertenze pro praxi: pro lékaře, sestry, pacienty*. Vyd. 1. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 118 s. ISBN 978-80-244-1968-8.
- 7) ŠTEJFA, Miloš, et al. *Kardiologie*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 776 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
- 8) ŠPINAR, Jindřich, et al. *Hypertenze: Diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 228 s. ISBN 80-7169-736-2.
- 9) TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 10) WIDIMSKÝ, Jiří. *50 let historie léčby*. Praha: Triton, 2001. 159 s. ISBN 80-7254-176-5.
- 11) WIDIMSKÝ, Jiří, et al. *Hypertenze*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2004. 590 s. ISBN 80-7254-515-9.
- 12) WIDIMSKÝ, Jiří; WIDIMSKÝ, Jiří jr. *Esenciální a sekundární hypertenze pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 247 s. ISBN 80-7254-711-9.
- 13) *Medical tribune pharmindeX breviř 2007*. 16. vyd. Praha: Medical Tribune, 2007. ISBN 978-80-903708-7-6

Další zdroje informací:

14) CÍFKOVÁ, Renata. *Zdravotnické noviny* [online]. 2008-07-04 [cit. 2010-05-05]. Hypertenze u žen. Dostupné z WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/hypertenze-u-zen-360483>>.

15) KOUKALOVÁ, Světlana. <http://www.vnl.xf.cz/index-ose.php> [online]. 2006-29-03 [cit. 2010-20-02]. VNL.XF.CZ. Dostupné z WWW: <<http://www.vnl.xf.cz/index-ose.php>>.

16) pacientka a) rozhovor

b) pozorování

17) dokumentace

18) zdravotnický personál

## 5 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM – akutní infarkt myokardu

AS – akce srdeční

BMI – Body Mass Index

cps. – kapsle

d – denně

D – dech

d. p. – dle potřeby

drg. – dražé

EKG – elektrokardiografie

HCD – horní cesty dýchací

HDL – high-density lipoprotein

HŽT – hluboká žilní trombóza

CH – cholesterol

CHCE – cholecystektomie

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.m. – intramuskulární aplikace

K – draslík

LDL – low-density lipoprotein

LK – levá komora

Na – sodík

P – pulz

PAD – perorální antidiabetika

p. o. – per os

RZS – rychlá záchranná služba

SŠ – střední škola

SR – sinusový rytmus

TAG – triacylglycerol

tbl. – tableta

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

VoZP – vojenská zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization

## 6 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2 Indikace a kontraindikace hlavních skupin antihypertenziv

Příloha č. 3 Škála hodnocení stavu výživy

Příloha č. 4 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 5 Hodnocení rizika pádu

Příloha č. 6 Mini-mental test

Příloha č. 7 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha č. 8 Plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1 Vstupní ošetřovatelský záznam

Datum: 9. 2. 2010

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
v Praze

## VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: A. B.

Oslovení: paní A.

Rodné číslo: xxxxx

Věk: 79 let

Stav: vdaná

Adresa: Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel

Pojišťovna: VoZP

Povolání: důchodce

Vzdělání: SŠ

Národnost: česká

Vyznání: ateistka

Datum přijetí: 6. 2. 2010

Hlavní důvod přijetí: dekompenzace arteriální hypertenze

### Lékařská diagnóza:

Dekompenzace arteriální hypertenze II. stupně dle WHO

↓ neurovegetativním doprovodem

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Ano.

**Osobní anamnéza:** recidivující levostranná kardiální insuficience při fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor, medikamentózní verze na SR

a akcelerované hypertenzní choroby, arteriální hypertenze II. stupně dle WHO na terapii, v dispenzarizaci, stav po myokarditidě,

diabetes mellitus 2. typu na PAD, v dispenzarizaci, hyperurikemie na terapii, sledována s mírnou renální insuficiencí, úzkostná

porucha v anamnéze, stav po CHCE pro lithidzu, stav po operaci bažalnomu, katarakta bilateralis, hypoaúsis, korekce naslouchadlem

**Rodinná anamnéza:** matka - hypertenze, Di4 t 84 let, otec - srdeční zástava 84 let

**Vyšetření:** laboratorní vyšetření - hematologie, biochemie, vyř. moče;

tlakový Holter, Echo, Skiografie hrudníku, odní pozadí,

abdominální ultra sonografie

**Terapie:** farmakoterapie - léky per, 9. 2. změna medikace

Nemocný má u sebe tyto léky:

Paní A. léky dostává, má u sebe pouze gtt. Betoptic

Je poučen, jak je má brát?

**Obecná rizika:**

- nikotismus  ano pokud ano, kolik denně:
- alkoholismus  ano
- drogy  ano pokud ano, jaké a jak dlouho:
- alergie jídlo  ano pokud ano, které:
- léky  ano pokud ano, které:
- jiné  ano pokud ano, na co:

dekubity die Nortonové celkem 32 bodů - tzn. bez zvýšeného nebezpečí pneumonie

**Důležité informace o stavu nemocného:**

Pacientka přivezena RZS 6.2.2010, kterou si zavolala pro akceleraci arteriální hypertenze s neurovegetativním doprovodem.

**Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:**

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *kvůli vysokému věku*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Nemám tušení ve 40ti letech*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *první diagnostikováno, doporučena přísná dieta, která za půl roku kontrola*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *Všobec ne*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Očekávám, že budu vyřešena. (smích) člověka někdy ta pout skončí*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *úplně normální, být v nemocnici mě vždy uklidní, jsem v péči lidí, kteří tomu rozumí*
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *Asi do pondělka, já odšed neutíkám, vždyť je to pro mě*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *Myslím, že ano, lékařské zprávy pak dostávám do ruky*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: *Ano, je to i na vývesce, nešetkala jsem se s ničím negativním*

**Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):**

**Komunikace:**

- stav vědomí  při vědomí
- kontakt navázán  rychle
- komunikace  bez problémů
- spolupráce  snaha spolupracovat
- spolupráci  somnolence
- s obtížemi
- bariéry *hypocousis*
- nedůvěřivost
- kóma
- nenavázán
- nekomunikuje
- odmítá

## HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

### 1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano  ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?  
pokud ano, upřesněte:  ano ne  
jak dlouho? ..... "Tlak na prsou, třes, bušení srdce a dušnost."  
"V průběhu dne se to zhoršovalo."
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? .....
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? ..... "Zavolala jsem rychlou"
- ✓ Kde pociťujete bolest? .....
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ..... "Teď mě nic nebolí."

#### Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo) ..... "V nemocnici má pocit pohodlí. Je hospita-  
"i zvala na na tří-lůžkovém pokoji. Teplota v místnosti hodnota"  
"jako optimální"  
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):  
"V době sbírání anamnézy pacientka bez bolesti."

### 2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?  ano ne  
pokud ano, upřesněte: ..... "Při vysokém tlaku."
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?  ano ne  
pokud ano, upřesněte: ..... "Spatně se mi dýchalo."  
jak jste je zvládal? ..... "Zavolala jsem si rychlou"
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano  ne  
pokud ano, co by vám pomohlo? .....
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? nevím ano  ne  
pokud ano, zvládnete to? ano  ne
- ✓ Kouříte? ano  ne  
pokud ano, kolik? .....

#### Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: ..... "Pacientka bez  
"žněmek na mrahové sí. klidové dušnosti. Dechová frekvence,  
"je 16/min. Dýchání je pravidelné, klidné. Nekáše, rýmu nemá."



### 3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? *„Sprchuji se obvykle večer...“*

#### Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: *Paní A. je upravená, čistá, nehty na rukou i nohou jsou krátce zastřižené. Vlasy bez lupů, barvené, křátkové. Při hygieně nevyžaduje dopomoc.*

### 4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano ne
- ✓ Máte obvykle kůži? suchou mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *„Problémy nemám, ale pleť ošetřuji pleťovou vodou bez alkoholu, pleťovým mlékem a krémy.“*
- ✓ Svědí vás kůže? ano ne

#### Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: *kůže pacientky je čistá, suchá, bez otoků. Je patrná jizva na nose po operaci bazaliomu. Dále patrná jizva po CHCE pro lithiázu, zhojena per primam. Exémy a alergie na kosmetické přípravky netrpí.*

### 5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? částecina dobrý úplná vadný
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano dolní horní žádnou
  - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
  - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
  - Pokud ano, upřesněte: *„přiměřenou“*
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *„přiměřenou“* vyšší (o kolik) ano nižší (o kolik) ne
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? *„zeleminy, ovoce, brambory, fazole, libové maso.“*
  - Je něco co nejíte? Proč? *„Nejím jídla, kterými bych porušila dietu.“*
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
  - Pokud ano, upřesněte: *„Mám diabetickou dietu a omezení.“*
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? *„k hypertenzi.“*
  - Pokud ano, upřesněte: *„co by mohlo problém vyřešit?“*
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? *„Zůstane stejná.“*
  - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *„Nedělá mi to potíže.“*



### Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: *Pacientka*  
...váží 70 kg a měří 169 cm. Její BMI je 24,57, což je průměrná výživa.  
...stravu přijímá sama, bez obtíží. V dutině ústní nejsou žádné  
změny. Dieta má 9/225g S + omezení při hypertenzi.

### 6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?  
zvýšil snížil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? .. *černý čaj s dobrým mlékem, vodu s bublinkami*
- ✓ Co nepijete rád? .. *Alkohol nepiji, ani nemuzu*
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? .. *1,5 l / den*
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? .. ano ne

### Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu): *Nemá*  
...projevy dehydratace. Je soběstačná při příjmu tekutin.  
...v nemocnici se její příjem tekutin nezměnil. Bez otoků.  
...dezorientovaná není, orientace časem, místem i osobou.

### 7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? .. *1x za den*
- ✓ Máte obvykle normální stolice  
zácpu  
průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? .. *ráno*
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? .. *Nemám tyto problémy*
- ✓ Berete si projímadlo? nikdy příležitostně často pravidelně  
.. *Ani nevím jak to vypadá*
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí?  
pokud ano, jak by se daly vyřešit? .. ano ne

### Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi, atd. *Pacientka se vyprazdňuje*  
...na WC. Stolicí objektivně hodnotit nemohu.

### 8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? .. ano ne  
pokud ano, upřesněte: ..
- ✓ jak jste je zvládal? ..
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? ..
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? .. ano ne  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete? ..



## 12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? „8 hodin mi stačí.“
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? „od 22 - 6 hodin.“
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ano ne
- ✓ Budíte se příliš brzo? ano ne  
pokud ano, upřesněte .....
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? .....
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? „Dám si sklenici vody.“
- ✓ Berete doma léky na spaní? ano ne  
pokud ano, které: .....
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? „Ano, odpoledne hodinku.“

### Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: *Pacientka je uložena na příložkovém polo-*  
*ží, s pacientkami si rozumí velmi dobře. V nemocnici spí pacient-*  
*ka dobře, má naordinované léky na usínání dle potřeby,*  
*kteřá ale neužívá. Ráno je vyspala a odpočatá. Únavou netrpí.*

## 13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ano ne  
pokud ano, upřesněte: .....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

*Pacientka porodila dvě zdravé děti. Přechod přibližně v 50 letech.*  
*Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí krát ročně.*

## 14. Psychologické hodnocení

- |  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
| • <b>emocionalita</b>                  | stabilní   | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">spíše stabilní</span> | labilní                |
| • <b>autoregulace</b>                  | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">dobře se ovládá</span>        | hůře se ovládá   |                        |
| • <b>adaptabilita</b>                  | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">přizpůsobivý</span>           | nepřizpůsobivý   |                        |
| • <b>příjem a uchovávání informací</b> | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">bez zkreslení</span>          | zkresleně (neúplně)  |                        |
| • <b>orientace</b>                     | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">orientován</span>             | dezorientován  |                        |
| • <b>celkové ladění</b>                | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">úzkostlivý</span><br>sklíčený | smutný   | rozzlobený<br>apatický |

## 15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? ..*s manželem.* ..
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? ..*Manžel, děti.* ..
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? ..*Manželovi, i dětem.* ..
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ..*Manželovi je smutno.* ..
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ..*Ano navštěvují mě.* ..
- ✓ Je na vás někdo závislý? ..*Ne.* ..
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ..*To víte že ano.* ..
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ..*Určitě manžel a děti.* ..

**Sociální situace** (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

*Pacientka je vdána s manželem mají harmonické manželství a v prosinci otloví 60té výročí svatby. Mají spolu dvě děti, dceru a syna. Má dvě vnoučata. S manželem žije v městském bytě, s dětmi jsou v kontaktu, navštěvují se. Mají spolu dobré vztahy. Na jejich návštěvu v nemocnici se vždy těší.*

**Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:**

.....

## 16. Souhrnné hodnocení nemocného

**Shrnutí závěru** důležitých pro ošetrovatelskou péči

- 1. Nedostatek informací z důvodu změny medikace a nedostupnosti, projevující se opakovanými dotazy.*
- 2. Přích z důvodu dalšího vývoje nemoci.*
- 3. Riziko diabetických komplikací vzhledem k diagnóze diabetes mellitus.*
- 4. Riziko pádu z důvodu nové medikace.*
- 5. Akutní bolest hlavy z neznámých příčin, projevující se verbálně i neverbálně.*



## Příloha č. 2

Tabulka č. 3 Indikace a kontraindikace hlavních skupin antihypertenziv

<b>Antihypertenzivum</b>		<b>Kontraindikace</b>
Diuretika	srdeční selhání, chronické selhávání ledvin, černá rasa	dna, těhotenství, metabolický syndrom, porucha glukózové tolerance
Beta blokátory	stav po AIM, migréna, těhotenství, glaukom	ICHS, srdeční selhání, asthma bronchiale
Blokátory Ca kanálů	angina pectoris, ICHDK, černá rasa	tachyarytmie, srdeční selhání
ACE inhibitory	srdeční selhání, proteinurie, fibrilace síní	bilaterální stenóza reálních tepen
Alfa1 blokátory	benigní hypertrofie prostaty	ortostatická hypotenze, srdeční selhání

(Sovová, 2008)

### Příloha č. 3 – Škála pro hodnocení stavu výživy

Datum: 9. 2. 2010

Mini-Nutritional Assessment - Short Form

	Položky	Body
A	Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)? ano, výrazně jen mírně ne	0 1 <u>2</u>
B	Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce: více než 3 kg není přesný údaj 1 – 3 kg nebyl úbytek hmotnosti	0 1 2 <u>3</u>
C	Pohyblivost/mobilita: upoután na lůžko/vozík pohyb jen po místnosti vychází z bytu	0 1 <u>2</u>
D	Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? ano ne	0 <u>2</u>
E	Psychický stav: těžká demence nebo deprese mírná demence nebo deprese normální stav bez psychické poruchy	0 1 <u>2</u>
F	BMI (Body Mass Index): BMI < 19 BMI 19 až < 21 BMI 21 až < 23 BMI 23 nebo více hmotnost (kg) 70 tělesná výška (cm) 169	0 1 2 <u>3</u>
	Celkové skóre:	<u>14</u>

Celkové hodnocení:

12 – 14 bodů – stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření

11 bodů a méně – možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

(Kapounová, 2007)

#### Příloha č. 4 – Bartelův test běžných denních činností

Datum: 9. 2. 2010

- autor: Mahoney, F. L., Barthel, D. W., 1965

Činnost	Provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	<u>5</u>
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	<u>10</u>
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	<u>10</u>
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	<u>15</u>
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	<u>15</u>
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	<u>10</u>
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0 – 40 bodů            vysoce závislý  
45 – 60 bodů        závislost středního stupně  
65 – 95 bodů        lehká závislost  
100 bodů            nezávislý

(Koukalová, 2006)

## **Příloha č. 5 – Hodnocení rizika pádu**

Datum: 9. 2. 2010

- Pohyb
  - **0 - neomezený**
  - 2 - používá pomůcky
  - 1 - potřebuje pomoc k pobyhu
  - 1 - neschopen přesunu
- Vyprazdňování
  - **0 - nevyžaduje pomoc**
  - 1 - nykturie / inkontinence
  - 1 - vyžaduje pomoc
- Medikace
  - 0 - neužívá rizikové léky
  - **1 - Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny**
- Smyslové poruchy
  - 0 - žádné
  - **1 - vizuální, smyslový deficit**
- Mentální status
  - **0 - orientován**
  - 1 - občasná noční dezorientace
  - 1 - dřívější dezorientace / demence
- Věk
  - 0 - 18 až 75 let
  - **1 - nad 75 let**
- Pád v anamnéze
  - 1 - ano
- Vyhodnocení:
  - zaškrtneme a sečteme body
  - **skóre 2 a vyšší = pacientka je ohrožen rizikem pádu**

(Koukalová, 2006)



## **Příloha č. 6 Mini – mental test**

Datum: 9. 2. 2010

### **1. Orientace**

Položte nemocnému následující otázky:

- "Které je roční období?"
- "Který máme nyní rok?"
- "Kolikátého je dnes?"
- "Který den v týdnu je dnes?"
- "Který je měsíc?"
- "Ve kterém jsme městě?"
- "Ve kterém jsme okrese?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

### **2. Opakování a paměť**

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť: "Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

### **3. Pozornost a počítání**

"Nyní odečtete od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

- 93  86  79  72  65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

- M  R  K  O  P

#### 4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

- LOPATA
- ŠÁTEK
- VÁZA

#### 5. Poznání předmětů

- "Co je to?"  Ukažte hodinky.
- "Co je to?"  Ukažte tužku.

#### 6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

- "První pražská paroplavba."

#### 7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír. "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

- 1. stupeň:  uchopení papíru do pravé ruky
- 2. stupeň:  přeložení papíru na polovinu
- 3. stupeň:  položení papíru na podlahu

#### 8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI". Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

## 9. Psaní

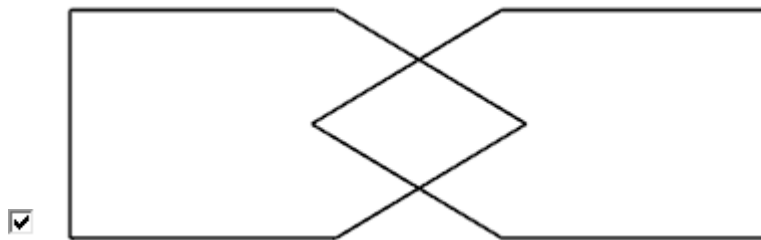
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

## 10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

**Hodnocení: paní A. získala celkem 30 bodů.**

### 30-27 bodů (Normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

### 26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

### 24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

### 9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

### 5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka. (Koukalová, 2006)

### Příloha č. 7 - Rozšířená stupnice dle Nortonové

Datum: 9. 2. 2010

Vyhodnocení stavu na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezena	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezen	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60 +	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 Stolice i moč	1 upoután/a na lůžko

\* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom, atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod.  
Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko

Jméno: paní A. Celkové bodové hodnocení: 32 bodů Datum: 9. 2. 2010

## Příloha č. 8 Plán ošetřovatelské péče

Datum: 9. 2. 2010 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plán ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
Nedostatek informací z důvodu změny medikace a nedoslýchavosti, projevující se opakovanými dotazy	- pacientka má dostatek informací o své nemoci a léčbě, informacím rozumí	- určit schopnost pacientky získat nové informace a učít se - edukovat o možných vedlejších účincích léčby - brát ohled na nedoslýchavost pacientky - motivovat pacientku - aktivně pacientku zapojit do spolupráce	Cíl splněn.
Strach z důvodu dalšího vývoje onemocnění	- zmírnit strach	- zjistit od pacientky možné příčiny strachu - umožnit pacientce popsat pocity, které v minulosti vyvolaly strach - mluvit s pacientkou klidně, nespěchat - podávat léky podle ordinace lékaře, sledovat vedlejší účinky - zapojit pacientku do nejrůznějších aktivit – čtení, sledování televize, tělesná aktivita – chůze, návštěva příbuzných	Strach z nemoci se snížil, paní A. vidí zlepšení stavu. Sama říká: „Jsem v péči odborníků, a to mě vždycky uklidní.“

Datum: 9. 2. 2010 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
Riziko diabetických komplikací vzhledem k diagnóze diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientka zná diabetické komplikace a možnosti jejich prevence</li> <li>- nedojde k akutním komplikacím</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edukovat pacientku</li> <li>- kontrolovat glykémii</li> <li>- dodržovat dietní režim</li> <li>- podávat léky dle ordinace</li> </ul>	Pacientka zná diabetické komplikace a ví, jak jim předcházet. Akutní komplikace nevznikly.
Riziko pádu z důvodu nové medikace	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientka zná rizika hypotenze</li> <li>- pacientka neupadne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnotit riziko pádu</li> <li>- edukovat o nebezpečí pádu</li> <li>- pravidelně sledovat a kontrolovat pacientku</li> <li>- upravit vhodné okolí lůžka</li> <li>- zajistit signalizaci</li> </ul>	Pacientku zná rizika hypotenze. Pacientka neupadla.

Datum: 10. 2. 2010

Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče
Akutní bolest hlavy z neznámých příčin, projevující se verbálně i neverbálně	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edukovat pacientku</li> <li>- včas diagnostikovat bolest</li> <li>- zjistit lokalizaci, charakter, trvání</li> <li>- zjistit faktory zhoršující bolest</li> <li>- informovat o úlevové poloze, která povede ke snížení bolesti</li> <li>- podat analgetika dle potřeb pacientky</li> <li>- sledovat účinnost ordinovaných léků a změny hlásit lékaři</li> <li>- zajistit pohodlí na pokoji</li> </ul>	Cíl splněn.

