

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství
ID studijního oboru: 5341R003

Jana Hovorková

Název závěrečné práce

Ošetrovatelská kazuistika u pacientky s komplikovanou diabetickou
retinopatií

Nurse treatment of a patient with a complicated diabetic retinopathy

Bakalářská závěrečná práce

**Vedoucí závěrečné práce:
Mgr. Jana Novotná**

**Datum práce
Slaný, 11.05.2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

.....
Jana Hovorková

Ve Slaném, 11.05.2009

Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Janě Novotné za připomínky, vedení a cenné rady, které mi pomohly při sestavování mé bakalářské práce.

Ve Slaném, 11.05.2009

Obsah

A. Úvod

B. Klinická část	6
1. Charakteristika onemocnění	11
2. Identifikační údaje	15
3. Lékařská anamnéza a diagnózy	16
3.1 Lékařská anamnéza	16
3.2 Lékařské diagnózy	18
4. Diagnosticko - terapeutická péče	20
4.1 Diagnostika	20
4.2 Terapeutická péče	23
C. Ošetrovatelská část	27
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky	27
1.1 Subjektivní náhled na hospitalizaci	27
1.2 Základní somatické potřeby	27
1.3 Psychosociální potřeby	32
2. Ošetrovatelské diagnózy	36
3. Cíl, Plán, realizace, hodnocení	38
4. Edukace	47
5. Ošetrovatelský závěr a prognóza	49
D. Informační zdroje	50
Přehled použitých zkratk	
Přílohy	

A. Úvod

Oko patří mezi smyslové orgány. Hlavní funkcí je zprostředkovat lidskému organismu vnímání vizuálních a optických informací ze zevního prostředí. Tento orgán umožňuje vnímání světla a barev a slouží rovněž i k orientaci v prostoru. Zrak je tedy pro člověka nesmírně důležitý a jeho poškození či ztráta a následná slepota znamená pro člověka značný handicap.

Velmi mě zaujala praxe na oční klinice, pro svou precizní mikroskopickou chirurgii, předoperační a pooperační péči.

Klientku s komplikovanou diabetickou retinopatií jsem si zvolila protože, diabetická retinopatie (dále jen DR) je hlavním důvodem poškození zraku v průmyslových zemích. DR je nejčastější příčinou slepoty mezi 20. – 65. rokem života. Postihuje 80 – 100% nemocných s diabetem I. typu a více než 60% nemocných s diabetem II. typu s trváním déle než 20 let. (6)

(6) RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2007. ISBN 978-80-247-1671-8 (str. 91)

B. Klinická část

1. Anatomie a fyziologie oka a přídatných orgánů

Nejdůležitější součástí zrakového orgánu je oční koule (*bulbus oculi*), která představuje vlastní smyslový orgán pro vnímání obrazové informace. Ze zadní části bulbu vystupuje zrakový nerv, který zachycenou informaci odvádí do zrakové dráhy a centra. Funkci a ochranu oka zabezpečují přídatné orgány (*adnexa*). Zrakový orgán s výjimka vyšších zrakových drah a center je umístěn v kostní schránce, očníci. (11)

1.1 Očnice (orbita)

Očnice má tvar čtyřboké pyramidy se zaoblenými hranami, jejíž vrchol směřuje nazad k optickému kanálu.

Schránku očnice tvoří orbitální plochy sedmi lebečních kostí nestejně tloušťky. V hrotu očnice se nachází *canalis opticus*, který zrakový nerv prostupuje do lebeční dutiny. Cévy a nervy vstupují do očnice skrz protáhlé štěrbinu, *fissura orbitalis superior et inferior*. Kostěný povrch očnice je vystlán periorbitou, jemným periostem, který v okolí optického kanálu přechází v periostální list tvrdé pleny mozkové. Očnice dále obsahuje fascie a vazivový aparát. Prostor mezi svaly a oční koulí vyplňuje corpus adiposum orbitae. Mezi Tenonovým pouzdem a sklérou se nachází episklerální prostor vyplnění řídkým kolagenním vazivem. Celý systém stabilizuje oko, omezuje jeho hybnost, přičemž současně jeho pohybům neklade odpor. (11)

(11) ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5 (str.25)

1.2 Oční koule (*bulbus oculi*)

Stěna oční koule je tvořena třemi koncentrickými vrstvami.

Zevní vrstva (*tunica fibrosa*) se diferencuje v bělimu a rohovku. Bělíma (*sclera*) zaujímá zadních 5/6 povrchu, rohovka (*cornea*) zaujímá zbylou přední 1/6. Skléra je stavebněji i funkčně podpůrnou tkání, udržuje tvar bulbu a poskytuje mu i mechanickou ochranu. V oblasti limbu přechází skléra v rohovku. Rohovka (*cornea*) tvoří průhledný přední oddíl a je vyklenuta dopředu. (11) Je nejsilnější čočkou optického aparátu oka (43 dioptrií). (13) Větším zakřivením rohovky vzniká mezi rohovkou a bělimou cirkulární rýha, *sulcus sclerae*. Skléra je v zadní části perforovaná prostupem vláken zrakového nervu (*lamina cribrosa*) a kolem n. opticus prorážejí skléru zadní krátké ciliární arterie a nervy. Střední vrstvu stěny bulbus oculi tvoří živnatka (*uvea*). Jedná se o vrstvu tvořenou řídkým kolagenním vazivem obsahující četné cévy a melanocyty. Tyto pigmentové buňky spolu s pigmentovým epitelem sítnice vytvářejí černou komoru, která uvnitř oka zabraňuje odrazu světla.

Část živnatky od výstupu zrakového nervu k oblasti *ora serrata* se označuje jako cévnatka (*choroidea*). Kapiláry cévnatky se kladnou k optické části sítnice a zprostředkují její výživu. Přední část živnatky je přeměněna v řasnaté těleso (*corpus ciliare*) a duhovku (*iris*).

Na podélném řezu okem se živnatka v oblasti řasnatého tělesa rozšiřuje a získává trojúhelníkovitý tvar, což je podmíněno přítomností hladkého svalu, *m. ciliaris*. Kontrakce ciliárního svalu uvolňuje tah závěsného aparátu čočky, která se tak vyklene a akomoduje na vidění do blízka. Povrch řasnatého tělesa kryje slepá část sítnice (*pars ciliaris retinae*), tvořená dvěma vrstvami buněk; zevní vrstva přilehlá k řasnatému tělesu odpovídá pigmentovému epitelu, zatímco vnitřní vrstva je bez pigmentu. Zadní povrch řasnatého tělesa je plochý (*pars plana*), zatímco řasnaté výběžky, *processus ciliares*, se nacházejí v přední *pars plica*. Výběžky jsou bohatě vaskularizovány; ultrafixací, transportem iontů a tekutiny sekreční činností nepigmentovaného epitelu vzniká komorový mok, který slouží k výživě bezcévných struktur oka, odsunu katabolitů a udržení tvaru bulbu (řasnaté těleso je vychlípenou exokrinní žlázou).

(13) KRAUS, H. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 1997.

ISBN 80-7169-079-1 (str.89)

Přední část živnatky odstupující z *corpus ciliare* s odpoutává od skléry a vytváří duhovku (*iris*). Duhovka má vzhled tenké cirkulární ploténky s kruhovým otvorem uprostřed (*pupilla*).

Ve vnitřní vrstvě bulbus oculi, *tunica nervosa*, se rozprostírá sítnice (*retina*). Její přední část kryjící řasnaté těleso a zadní povrch duhovky je rovněž dvouvrstevná a označuje se jako *pars caeca retinae*, neboť postrádá fotoreceptory a nervové buňky. *Pars optica retinae*, která se rozprostírá od *ora serrata* až po *papilla nervi optici*, je složena z deseti vrstev. Vrstvy jsou uspořádány tak, že zevní, tj. k cévnatce přivrácený povrch kryje pigmentový epitel a ten je v kontaktu se zevními segmenty tyčinek a čípků. Těla fotoreceptorů, stejně jako další vrstvy sítnice, s nimiž jsou tyto buňky v kontaktu, jsou uspořádány směrem k vnitřnímu prostředí oka vyplněného sklivcem.

Funkčně nejdůležitější komponentou světločivé sítnice je trojice neuronů zrakové dráhy. První neuron je modifikován na zrakové buňky, tyčinky a čípky. Vzruch vzniklý dopadem fotonů je axonem předáván na bipolární neurony, které již značně zpracovaný signál předávají unipolárním neuronům (gangliovým buňkám). Vertikální propojení tří neuronů slouží k částečnému zpracování obrazové informace již na úrovni sítnice a současně redukuje zhruba stonásobně počet axonů odvádějících informaci z oka do CNS. Neurony uvnitř sítnice jsou vzájemně propojeny rovněž horizontálně prostřednictvím horizontálních a amakrinních buněk. Část sítnice, která leží v zorné ose oka, je předurčena pro nejostřejší vidění. Tato oblast sítnice je lehce žlutozeleně zbarvena, a proto se označuje jako žlutá skvrna (*makula lutea*).

Sítnice vzniká ze dvou samostatných vrstev (nalehnutím vnitřního listu očního pohárku na zevní list), jejichž spojení se realizuje zasunutím segmentů fotosenzitivních buněk mezi apikální výběžky pigmentového epitelu. Spojení těchto cytoplazmatických výběžků je přidržováno tlakem nitroočního obsahu;

pevněji je sítnice připojena k bulbus oculi pouze v oblasti papily zrakového nervu a v oblasti ora serrata. Nemyelinizované axony gangliových buněk se sbírají ze všech částí optické sítnice a směřují k papillae nervi optici. Obraz, který sem dopadá, nemůže být vnímán, protože tato oblast sítnice postrádá fotoreceptory (slepá skvrna). Zde se všechna nervová vlákna gangliových buněk sbíhají, společně pronikají stěnou očního bulbu a vytvářejí zrakový nerv (*nervus opticus*). Terminální úsek zrakového nervu obsahuje centrálně uložené cévy *arteria et vena centralis retinae*, které pronikají od nervu z mediální strany zhruba centimetr před bulbem. Zrakový nerv probíhá skrz *canalis nervi*

optici a před infundibulem hypofýzy se větší část nervových vláken (62%) kříží a tvoří *chiasma opticum*.

Světelné záření, které přináší do oka obrazovou informaci, musí dříve než dorazí k fotoreceptorům projít přes lomivá prostředí oka. Obraz, který je vrhán na sítnici, je obrácený. Největší lomivý účinek vykazuje rohovka.

Transparence rohovky je zajištěna *propria cornea*), které je tvořeno speciálním uspořádáním hustým vazivem a je avaskulární. Průzračnost rohovky dále zajišťuje činnost iontových kanálů zadního epitelu rohovky, který udržuje vazivo *substantia propria corneae* v relativně dehydratovaném stavu.

Prostor mezi rohovkou a přední plochou duhovky, přední komora oční (*camera anterior bulbi*), je vyplněn komorovou vodou (*humor aquosus*). Ta se vstřebává především trámčinou iridokorneálního úhlu do *sinus venosus sclerae* (Schlemmův kanál), který funguje jako okružní sběrné řečiště pro komorovou vodu. Ze Schlemmova kanálu se *humor aquosus* odvádí do *venae sclerales et episclerales*. Přední komora oční komunikuje zorničkou se zadní komorou oční rozprostírající se od *iris* a *corpus ciliare* k přední ploše sklivce. Celkový objem komorového moku v obou komorách činí 0,2 – 0,3 ml.

Čočka (*lens cristallina*) je bikonvexní těleso připojené pomocí závěsného aparátu (*zonula ciliaris Zinii*) k povrchu *corpus ciliare*. Vlákénka závěsného aparátu od bazální laminy *pars ciliaris retinae* a upínají se na pouzdro okraje čočky (*equator lentis*), jakož i na přední a zadní část okraje čočky. Čočka je tvořena čočkovými vlákny a celá její struktura je avaskulární.

Prostor za čočkou vyplňuje sklivce (*corpus vitreum*). Huspeninovitá konzistence mezibuněčné hmoty sklivce je dána vysokým obsahem kyseliny hyaluronové. Jemná vlákna se na povrchu sklivce zahušťují a tvoří *membrana vitrea*. *Corpus vitreum* je bezcévné; uvnitř se nachází pouze *canalis hyaloideus Cloqueti* sahající od *discus n. optici* k zadní ploše čočky, který však v živém oku není výrazně patrný. Od povrchu sítnice je sklivce oddělen bazální laminou *pars nervosa retinae*. (11)

(11) ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5 (str. 26)

1.3 Přídatné orgány oka (*organa oculi accessoria*)

Přední část oka je kryta dvěma kožními řasami, víčky (*palpebra superior et inferior*). Víčko je zpevněno tarzální ploténkou z hustého kolagenního vaziva, které obsahuje složenou mazovou žlázu (*glandulae tarsales Meibomi*). K tarzálním ploténkám se upíná Müllerův hladký sval *m. tarsalis superior et inferior*, podráždění sympatiku vede k exoftalmu a rozšíření oční štěrbinu. Víčka dále obsahují kosterní sval *m. orbicularis oculi*, resp. jeho palpebrální část. Svěrač víček uzavírá oční štěrbinu periodicky při mrkání. Mrkací reflex slouží k ochraně rohovky. Do horního víčka se upíná zdvihač víčka (*m. levator palpebrae superioris*), který inervuje *n. oculomotorius*. Vnější povrch víček je kryt jemnou posunlivou kůží, vnitřní konkávní plochu kryje spojivka (*tunica conjunctiva*). Senzitivní inervaci spojivky obstarává *n. trigeminus*. Na přechodu obou ploch víčka je intermarginální ploška, v níž jsou zepředu ve 3-4 řadách zasazeny řasy (*cilia*). Za řasami ústí v jedné řadě Meibomovy žlázy, jejichž sekret zabraňuje přetékání slz na tvář. Slzná žláza (*glandula lacrimalis*) je uložena v zevním horním kvadrantu očníce a průběhem šlachy zdvihače horního víčka je rozdělena na víčkovou a očnicovou část. Vývody žlázy ústí laterálně do horního fornixu a slzná tekutina stéká po bulbu do *lacus lacrimalis*, vklesliny ve vnitřním očním koutku vedle *caruncula lacrimalis*. Činností víček omývá slzná tekutina rohovku a spojivku a odstraňuje prachové částice. Z *lacus lacrimalis* se slzy drénují dvěma *puncta lacrimalia* do slzných kanálků (*canaliculi lacrimales*) a z nich do slzného vaku (*saccus lacrimalis*), odkud prostřednictvím slzovodu (*ductus nasolacrimalis*) odtékají do dolní části nosní dutiny. Inervaci slzné žlázy obstarává lící nerv, trojklanný nerv a sympaticus.

K přídatným orgánům oka se dále řadí obočí a okohybné svaly. Obočí (*supercilium*) tvoří kartáčovitě uspořádané chlupy při horním okraji očníce; funkcí je zajištění mechanické ochrany oka např. před stékajícím potem. K okohybným svalům patří čtyři přímé a dva šikmé kosterní svaly. (11)

(11) ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5 (str. 29)

2. Onemocnění sítnice

2.1 Vaskulární onemocnění sítnice

Vaskulární onemocnění sítnice v posledních desetiletích nabývají na stále větším významu. V souvislosti se zkvalitněním zdravotnické péče, prodloužením délky života významně roste incidence některých chorob, zvláště diabetické retinopatie a makulopatie a tento sociálně – zdravotnický problém postupně nabývá globálního významu. (11)

2.2 Retinopatie

Retinopatie je označení pro patologické změny sítnice a jejích cév, které vznikají v souvislosti s celkovými chorobami. Pokud jsou postiženy pouze cévy, bez ložiskových změn na sítnici, pak mluvíme o vaskulopatii. Sítnice je jediným místem v organismu, kde lze přímo pozorovat cévy. Posouzení stavu cév sítnice je významné nejen pro oftalmologa, ale také pro jiné obory (interna, neurologie, neurochirurgie a další), protože lze předpokládat obdobné změny na cévách jiných orgánů, zejména mozku, srdce a ledvin. Úroveň postižení cév sítnice a jiných orgánů se mohou někdy významně lišit. Pro přesné posouzení retinopatie je nutné vyšetřovat oční pozadí v arteficiální mydriáze. (11)

2.2.1 Diabetická retinopatie

2.2.1.1 Charakteristika onemocnění

Diabetická retinopatie je onemocnění, které primárně postihuje cévy sítnice u pacientů s diabetem. Jde o typickou mikrovaskulární komplikaci diabetu, která vzniká na podkladně specifických morfologických změn, jež jsou důsledkem metabolické poruchy u diabetického syndromu. Je tedy typickou mikrovaskulární komplikací jak u diabetika I. tak u diabetika II. typu. DR je v současnosti nejčastější příčinou slepoty v západních zemích u osob ve věku 20 – 74 let. Riziko oslepnutí u diabetika je 10 – 20x vyšší než u nediabetika. Oslepnutí nemusí být způsobené jen diabetickou retinopatií, ale i dalším postižením oka. U nemocného cukrovkou ve vyšším věku to bývá bezprostředně

(11) ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5 (str. 244)

navazující na sekundární glaukom, věkem podmíněná degenerace makuly, ale i jiné onemocnění oka. V Evropě byla přijata Saintvincentská deklarace, jejímž cílem je snížení výskytu očních komplikací diabetu. Je namístě připomenout, že tak závažná komplikace, jakou je DR, je ze všech diabetických mikroangiopatií nejlépe přístupná objektivnímu vyšetření. (6)

2.2.1.2 Patogeneze

Jde o mikroangiopatii postihující sítnicové prekapilární arterioly, kapiláry a venuly. Rovněž mohou být postiženy větší cévy. Dochází k mikrovaskulární okluzi a prosakování (hyperpermeabilitě).

Mikrovaskulární okluze: kapilární změny spočívají ve ztluštění bazální membrány, zničením endoteliálních buněk a proliferaci. Deformace erytrocytů vede ke sníženému transportu kyslíku, změny trombocytů k jejich zvýšené agregaci. Všechny tyto změny způsobují retinální ischemii a hypoxii, což má za následek vytvoření arteriovenózních zkratů a vznik neovaskularizací v důsledku produkce růstových faktorů ischemickou sítnicí (především vaskulární endoteliální růstový faktor).

Hyperpermeabilita: u diabetických pacientů je snížené množství pericytů, které jsou zodpovědné za integritu cévní stěny. Předpokládá se, že to vede k rozšíření cévní stěny, zhroucení hemato – retinální bariéry a úniku plazmy do sítnice. Mikroaneuryzmata vznikají distenzí kapilární stěny a mohou být trombotizované nebo mohou prosakovat. V důsledku toho vznikají intraretinální hemoragie a edém, který může být difúzní nebo fokální. To vede k tvorbě tvrdých ložisek z lipoproteinů a makrofágů vyplněných lipidy na rozhraní normální a edematózní sítnice. (12)

(6) RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2007. ISBN 978-80-247-1671-8 (str.91)

(12) CIHELKOVÁ, I. SOUČEK, P. *Atlas makulárních chorob*. Praha: Galén a Karolinum 2006 ISBN 80-7262-370-2 a ISBN 80-246-1130-9 (str.268)

2.2.1.3 Klasifikace diabetické retinopatie

1. **Neproliferativní** diabetická retinopatie (NPDR), která se dále dělí na počínající, středně pokročilou a pokročilou.
2. **Proliferativní** diabetická retinopatie již diabetika akutně ohrožuje na ztrátě vidění. (11)

2.2.1.4 Léčba

Prevence a léčba diabetické retinopatie je založena na normalizaci glykémie, krevního tlaku a terapii dyslipidemie.⁽⁶⁾ Dále na úzké spolupráci diabetologa a oftalmologa a na pravidelných kontrolách očního pozadí v arteficiální mydriáze.⁽¹³⁾ Optimální metabolická kontrola DM jednoznačně snižuje riziko vzniku a progresu DR.

A. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba klinicky rozvinuté DR není známa. Dosud neexistují dlouhodobé klinické kontrolované studie, které by dokazovaly jednoznačně účinnost jakýchkoli farmak. Proto podávání látek, jako jsou vazodilatancia, antiagregancia, vitaminy a další farmaka, z hlediska prevence či léčby DR není opodstatněné.

B. Fotokoagulace – laserová koagulace sítnice

Jde o jedinou účinnou symptomatologickou léčbu DR. Je to terapie preventivní, která již ztracenou zrakovou ostrost nemůže vrátit. Laserová koagulace může být fokální, kvadrantová nebo panretinální.

(11) ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5 (str. 245)

(13) KRAUS, H. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 1997. ISBN 80-7169-079-1 (str. 143)

C. Chirurgická léčba

Pars plana vitrektomie je indikována při neresorbujícím se hemoftalmu, trakčním odchlípení sítnice, pokročilé fibrovaskulární proliferaci, makulárním edému a dalších závažných komplikací. (6) Je to metoda nitooční sklivcové (vitrektomie) a sítnicové chirurgie, při které se nástroje do oka zavádějí sklerálními otvory v tzv. pars plana oblasti řasnatého tělesa. (8)

(6) RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2007. ISBN 978-80-247-1671-8 (str. 95)

(8) VALEŠOVÁ, L. HYNCL, J. *Diabetická retinopatie*. Praha: Triton 2002. ISBN 80-7254-230-3 (str. 91)

2. Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: J. G.

Oslovení: paní G.

Věk: 65 let

Rodné číslo: 445103/0000

Rodinný stav: vdaná

Vzdělání: středoškolské s maturitou, sociální pracovnice

Dřívější povolání: sociální pracovnice v psychiatrické léčebně v Bohnicích

Povolání nyní: v důchodu

Adresa: Praha 9

Národnost: Česká

Pojišťovna: 111, VZP

Vyznání: ateista

Kontaktní osoby: manžel (mobilní telefon)

Telefon: má u sebe

Hlavní důvod hospitalizace: Klientka udává zhoršené vidění na obou očích, přijata k plánovanému operačnímu výkonu (pars plana vitrectomia (dále jen PPV) pravého oka (dále jen PO) + fako+IOL).

Datum přijetí: 6. 4. 2009

Datum operačního výkonu: 7. 4. 2009

Klientku jsem ošetřovala v den přijetí 6.4, v den operace 7.4 a 1 pooperační den 8.4.

3. Lékařská anamnéza a diagnózy:

3.1. Lékařská anamnéza:

Oční anamnéza: V dětství viděla dobře, brýle nenosila, presbyop. korekce od 50 let

Úrazy 0, záněty 0, glaukom 0

Laserové ošetření PO, LO

Operace: FAKO + IOL LO 10/2008

Objektivní nález:

TK 125/70 mmHg, P 80', DF 17', TT 36, 2 °C

váha: 62 kg, výška: 163 cm, BMI: 23.3

VPO 2/60 nat dkn

VLO 0,1 nat dkn

NOT bilat. V normě

OO klidné, bulby ve středním postavení, motilita volná, spojivky klidné, bez sekrece.

PO bulbus klidný, rohovka hladká, lesklá, transparentní, PK čirá, přiměřené hloubky, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, čočka s kort. nukl. kataraktou, sklivec rozvl. se zákalky.

Na pozadí papila okrouhlá, ohraničená, s centr. fyz. exkavací, aterosklerotické změny, podél horní temp. arkády, v CKL drůzy drobné nesplývavé, MA, difúzní edém, nález ojedinělých drobných retinovitrealních proliferací v oblasti větvení horních temporálních arkád, ve střední periferii klidné nesplývavé stopy po laseru, sítnice leží.

LO bulbus klidný, rohovka hladká, lesklá, transparentní, PK čirá, přiměřené hloubky, duhovka klidná, zornice okrouhlá, volná, reaguje, IOL centrovaná v kapsule, na IOL nachytán difúzně pigment, sklivec BPN.

Na pozadí papila okrouhlá, ohraničená, s centr. fyz. exkavací, na cévách sklerotické změny, v CK přesuny pigmentu, MA a NV, difúzní edém, podél cév MA a NV a

ojedinele drobné retinovit, proliferace, při horní temporální arkádě a mezi nasálními měkké exsudáty, v periferii četné MA, sítnice leží.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, CMP 0, onkologické onemocnění 0, revmatologické onemocnění 0, TBC + krvác. choroby + sex. přenosné onem. neguje

ICHS chronická, kardiostimulátor implantovaný 2.3.2009, Arteriální hypertenze na terapii

Diabetes mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách (dále jen PAD)

Nefrotický syndrom v péči nefrologa, CHRI II. stupně

Operace: stp. implantace kardiostimulátoru

stp. HYE + AE

stp. CHCE

stp. FAKO + IOL LO

Alergická anamnéza: Neguje

Farmakologická anamnéza:

Per os:

Micardis 80mg tbl.	1-0-0
Furon 40mg tbl.	1-0-0
Tenaxum tbl.	1-0-1
Orcal 10mg tbl.	0-0-1
Vasocardin 50mg tbl.	1-0-1
Tritace 2,5mg tbl.	1-0-1
Triglyx 10mg tbl.	0-0-1
Zoxon 2mg tbl.	1-0-0
Kalnormin tbl.	1-0-0
Glukophage 850mg tbl.	0-1-1
Glymexan 2mg tbl.	1-0-0

Abusus: nekouří, alkohol nepije, drogy ani jiné návykové látky neužívá, nevystavuje se rizikovému chování.

Pracovní anamnéza: Klientka pracovala jako sociální pracovníce v psychiatrické léčebně Bohnice. Nyní je ve starobním důchodu.

Rodinná anamnéza: Z oftalmologického hlediska nevýznamná.

Nynější onemocnění: Klientka přijata k plánované operaci PPV+FAKO+IOL PO.

3. 2. Lékařské diagnózy:

3.2.1 Základní lékařská diagnóza

H353 Degenerace makuly a zadního pólu

3.2.2 Vedlejší lékařské diagnózy

Cataracta sen. cort. nucl. 1. dx.

Artefakia oc. sin.

Retinopathia diabet. prolif. utr.

Opacitates in corp. Vitrei 1. dx.

Hypermetropia utr.

Angioscler. retin. utr.

Diabetes mellitus II. typu na perorálních antidiabetikách (dále jen PAD)

ICHS chronická

Kardiostimulátor implantovaný 2.3.2009

Arteriální hypertenze na terapii

Nefrotický syndrom v péči nefrologa

CHRI II. stupně

Operace: stp. implantace kardiostimulátoru

stp. HYE + AE

stp. CHCE

stp. FAKO + IOL LO

(2)

4. Diagnosticko-terapeutická péče

4.1. Diagnostika

4.1.1. Fyziologické funkce

6. 4.2009 (den příjmu)

	Tlak mmHg	Puls /min	Dechová frekvence /min	Glykémie mmo/l	Tělesná teplota	NOT PO/LO mmHg
9:00	125/70	80'	17'	9,6	36,2 °C	18/17

Vědomí- pacientka je plně při vědomí, plně orientován časem, místem a osobou.

7.4.2009 (den operace)

	Tlak mmHg	Puls /min	Dechová frekvence /min	Glykémie mmol/l	Tělesná teplota	NOT PO/LO mmHg
7:00	160/90	87'	19'	6,7	36,6°C	19/16

Vědomí- pacientka je přivezena ve spánku, doznívají účinky anestézie. Dále reaguje přiměřeně vzhledem k doznívající anestézii.

8.4.2009 (den propuštění)

	Tlak mmHg	Puls /min	Dechová frekvence /min	Glykémie mmol/l	Tělesná teplota	NOT PO/LO mmHg
7:00	130/80	69'	18'	7,1	36,8°C	25/17

Vědomí- pacientka je plně při vědomí, komunikuje.

FF z 7.4. – příloha 1

Glykemická křivka z 6.4. – příloha 2

Glykemická křivka z 7.4. – příloha 3

Antropometrické údaje:

Váha: 62 kg

Výška: 163 cm

BMI: 23,3 (v normě)

4.1.2. Laboratorní vyšetření

červeně zvýrazněny – zvýšené laboratorní hodnoty

Krevní obraz

	Hodnoty z 30.3	Referenční hodnoty
Leukocyty	7,8 x 10 ⁹ /l	4 – 11,10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,60 x 10 ¹² /l	4,2 – 5,4 ¹² /l
Hemoglobin	131 g/l	120 – 160 g/l
Hematokrit	0,372 g/l	0,340 – 0,460 g/l
Destičky	250 x 10 ⁹ /l	130 – 450 10 ⁹ /l

Srážlivost

	Hodnoty z 30.3
APTT	29,9s
QUICK	1,02

Biochemie

	Hodnoty z 30.3	Referenční hodnoty
Kreatinin	123 umol/l	60 – 115 umol/l
Urea	10,6 mmol/l	2,5 – 8,3 mmol/l
Na	145,3 mmol/l	135 – 146 mmol/l
K	4,03 mmol/l	3,6 – 5,3 mmol/l

Cl	105,9 mmol/l	95 – 107 mmol/l
AST	0,40 ukat/l	0,1 – 0,65 ukat/l
ALT	0,47 ukat/l	0,1 – 0,7 ukat/l
bilirubin	9,3 umol/l	3 – 22 umol/l
ALP	1,55 ukat/l	0,4- 2,5 ukat/l
GMT	0,82 ukat/l	0,05 – 1 ukat/l
FW	30/hod	10 – 20/hod
Kys. močová	447 umol/l	120 – 380 umol/l
BWR	negativní	
HbSAg	negativní	

Moč chemicky + sediment

Moč chemicky	30.3	Moč sediment	30.3.
Glukosa	Norm.	Erytrocyty	0 – 4/uL
Krev	0	Leukocyty	0 – 4/ uL
Leukocyty	Negat.	Dlážděcový epitel	1 – 4/uL
PH	5,5	Válce	1/uL

4.1.3. Další diagnostická vyšetření

EKG

4.3.2009 – pravostranná komorová stimulace spouštěná síněmi, frekvence 72'

ECHO

4.3.2009 – LK norm. vel., bez poruch kinetiky, EF 60%, porucha diastol. Plnění, lehká Mi reg. do nedilat. LS, pravostr. oddíly nezv.

RTG S+P

19. 2. 2009 – přiměřený nález na nitrohručních orgánech

(2)

4. 2. Terapeutická péče

4.2.1. Chirurgická terapie

4.2.1.1 Operační protokol

V celkové anestezii byla provedena operace PO - PPV+FAKO+IOL.

Průběh operace: peritomie horní poloviny, zavedení infuze, roho. řez, CCC, FAKO, měkká IOL do kapsuly, PPV, odstranění sklivce, peeling MLI z makuly a preretinálních membrán, endolaserkoagulace sítnice, výměna za 5ml 20% SF6, sutura, kryo, triam, plastika spojivky, zadní kapsulotomie.

Polohovat na břiše.

Délka operace: 1,5 hod

(2)

4.2.1.2. Předoperační péče

6.4.2009 Paní G. Byla plánovaně přijata na oční kliniku Ústřední vojenské nemocnice v Praze dne 6.4.2009. Na druhý den byla naplánovaná operace PPV + FAKO + IOL PO z důvodu diabetického makulárního edému.

Při příjmu byla provedena verifikace údajů, klientka byla seznámena s chodem oddělení, poté byly klientce rozkapány oči (viz edukace) k vyšetření lékařem, dále ošetřujícím lékařem a sálovými sestrami o průběhu operace a péče na sále (viz edukace).

Klientka je diabetička na PAD a byla tedy převáděna na inzulín, v poledne už jí nebyla podána PAD, ale byl jí aplikován inzulín Humulin R 6j.

V pozdějších odpoledních hodinách ji navštívil anesteziolog a informoval jí o typu a průběhu anestézie a o večerní a ranní medikaci (viz edukace). Na noc tedy dostala dle ordinací Diazepam 5mg tbl.

7.4.2009 Ráno provedla klientka nezbytnou hygienu, byla edukována o prevenci TEN a PŽK (viz edukace), byli jí udělány bandáže DK a zaveden PŽK růžové barvy na PHK.

Došla si na toaletu, v 7:00 byla napojena infúze 500ml 10% glukózy + 12j Actrapidu + 10ml 7,5% KCl a kapala 100ml/hod, do PO bylo nakapáno Mydrum gtt. a Tobradex gtt. a byla premedikována dle ordinace v 9:45 a odvezena na sál.

(2, 1a, 1b, 3)

Farmakoterapie – viz příloha 4

(2)

Dietoterapie:

6.4.2009 Klientka byla přijata dopoledne, byla jí stanovena dieta č. 9/225 (diabetická s omezeným přísunem cukru na 225g na den). Od půlnoci nic per os.

7.4.2009 Ráno v den operace nic per os.

(2)

Invazivní vstupy:

PŽK- periferní žilní katétr růžové barvy byl zaveden 7.4. na PHK, místo zavedení bez známek infekce, katétr je průchodný.

(2, 1b, 3)

Pohybový režim:

6.4.2009 Volný pohybový režim

7.4.2009 Ráno nezbytná hygiena, toaleta, po premedikaci omezena jen na pohyb v lůžku

(3, 1a)

4.2.1.3 Pooperační péče

7.4.2009 V 11:45 byla klientka přivezena ze sálu na dospávací pokoj. Operace proběhla v celkové anestézii, trvala 1,5 hodiny. Ze sálu byla přivezena s infuzí 800ml Plazmalytu a 200ml 10% glukózy + 12j. Actrapidu + 10ml 7,5% KCl. Na dospávacím pokoji byla dvě hodiny monitorovány FF po 15 minutách. Operační rána byla kryta, neprosakovala. PŽK průchodný, bez známek infekce. Klientka spavá, ale reaguje. Po dvou hodinách převezena na lůžkové oddělení, plně při vědomí, orientovaná časem, místem a osobou. S doprovodem si došla na toaletu a byla edukovaná o nutnosti polohování hlavou dolů (viz edukace).

1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování

2. Dokumentace

3. Zdravotnický personál

K ruce jí bylo přiloženo signalizační zařízení. Klientka neudávala bolesti ani nevolnost. Večer jí byli sundány BDK, DK bez otoků, nebolestivé, bez známek TEN. Po celou noc klientka polohovala, operační rána kryta, neprosakovala.

8.4.2009 Ráno byla klientce operační rána odkryta a oko bylo vypláchnuto fyziologickým roztokem. Operační rána bez známek infekce, bez zarudnutí, nebolestivá s mírným otokem. Paní G. Byla odvedena na vyšetřovnu k ranní vizitě, kde bylo vše v pořádku a klientka byla propuštěna do domácí péče. Před odchodem jí byl vyndán PŽK, místo vpichu bylo bez známek infekce, dále dostala propouštěcí zprávu (viz příloha č. 7), recepty a byla poučena o dalším léčebném režimu (viz edukace). Oko bylo před opuštěním oddělení ošetřeno Maxitrolem ung. a bylo sterilně kryto. Kontrola v Ústřední vojenské nemocnici v Praze byla naplánována na 17.4.2009 v dopoledních hodinách. Na oddělení si pro klientku přišel manžel a doprovodil jí k autu.

(1a, 1b, 2, 3)

Farmakoterapie – viz příloha 4

Oxygenoterapie

Na sále : na sále byla klientka zaintubována ústy kanylou č. 7,5

Na dospávacím pokoji a na lůžkovém oddělení : klientka nebyla ani na dospávacím pokoji ani na lůžkovém oddělení připojena na kyslík

(2, 3)

Invazivní vstupy:

PŽK – 7.4.2009 na dospávacím pokoji spádově kapali dvě infuze, kanyla nebolestivá, místo vpichu bez známek infekce. Po dokapání infuzí, zaveden mandrén růžové barvy a kanyla fixována na PHK.

– 8.4.2009 po vizitě kanyla odstraněna, místo vpichu nebolestivé, bez zarudnutí, ošetřeno dezinfekcí a přelepeno.

(2, 1b, 3)

1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování

2. Dokumentace

3. Zdravotnický personál

Dietoterapie:

7.4.2009 D: 9/225 (diabetická s omezeným přísunem cukru na 225g na den),
k obědu dostala klientka polévku, večerela již normálně

8.4.2009 D: 9/225 (diabetická s omezeným přísunem cukru na 225g na den),
dostala snídani, poté propuštěna do domácí péče

(2, 3)

Pohybový režim:

7.4.2009 Po operaci klid na lůžku, chůze na toaletu s doprovodem

8.4.2009 Volný pohybový režim, dle potřeby doprovod

(1a, 3)

-
1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování
 2. Dokumentace
 3. Zdravotnický personál

B. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav dne 6. 4.- 8. 4.2009

Zpracováno dle modelu „dům potřeb“ dle PhDr. Heleny Chloubové

1.1 Subjektivní náhled klientky na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

Klientka již dříve vážně stonala. Zhoršování vizu si všimla již v říjnu 2008. Vyhledala lékařskou pomoc. Lékaři došli k závěru, že je nutná operace. Závěr lékařů ji nikterak nezaskočil, bohužel s touto prognózou počítala. Je ráda, že může operaci podstoupit a že se zrak snad aspoň trochulepší. S péčí v nemocnici je velice spokojená, nemyslela si, že k ní budou všichni tak vstřícní. Je si vědoma toho, že k nemoci mohl přispět styl života a po propuštění chce odpočívat, věnovat se více sama sobě, dětem a vnoučatům. Chce nastolit ve svém životě trochu pravidelnosti jak ve spánku a odpočinku, tak i ve stravě.

Klientka má náhled na svůj zdravotní stav: je plně informována o nálezů a jeho klinických dopadech. Poučena o možnostech a limitacích výkonu.

(1a)

1.2 Základní somatické potřeby

1.2.1 Dýchání

Před operací: Klientka neměla problémy s dýcháním, netrpí dušností. Klientka nikdy nekouřila.

Po operaci: Klientka je po příjezdu ze sálu napojena na monitor, na kterém jsou sledovány dvě hodiny fyziologické funkce. Dýchá spontánně, fyziologicky.

Po operaci je dýchání bez větších obtíží, pacientka není zahleněná a nemá problém odkašlat si.

Objektivně: Frekvence dechu je pravidelná, 17 dechů/min. Dýchání je převážně hrudní. Dušná není. U pacientky není riziko vzniku pneumonie. Je bez známek zánětu horních a dolních cest dýchacích.

(1a, b, 2, 3)

1.2.2 Hydratace

Před operací: Doma pacientka pila dostatečně, zhruba 2 l tekutin denně. Nejraději pije neperlivou vodu a čaj. Nemá ráda mléko, bílou a černou kávu.

Po operaci: Po příjezdu ze sálu je hydratace zajišťována infúzemi na dospávacím pokoji (viz pooperační péče). Dvě hodiny po operaci mohla klientka pít. Subjektivně neudává pocity žízně.

Objektivně: Klientka byla dostatečně hydratována. Neměla oschlé sliznice, kožní turgor dobrý. Známky hyperhydratace nejsou přítomny, DK bez otoků.

(1a, b, 2, 3)

1.2.3 Výživa

Před operací: Klientka je diabetička na PAD (perorální antidiabetika), je zvyklá dodržovat diabetickou dietu, ale přiznává že doma dělá někdy dietní chyby (občas si dá něco sladkého). Klientka neudává potravinové alergie. V jídlu není vybíravá, nemá ráda Olomoucké sirečky a sýr Romadur, kvůli zápachu. Nechutenstvím netrpí. Za poslední rok nebyla ani výrazně nepřibyla na váze. Uvědomuje si, že její styl života mohl ovlivnit vznik jejího onemocnění. Klientka měla zubní náhrady, horní i dolní. Jsou snímatelné. Je zvyklá je používat. Jejich nošení jí nedělá problém.

Po operaci: Při přijetí byla tedy stanovena dieta 9/225 (diabetická s omezeným přísunem cukru na 225g na den). (viz pooperační péče)

Objektivně: BMI index klientky je 23,3 – v normě.

(1a, b, 2, 3)

1.2.4 Vyprazdňování stolice

Před operací: Klientka neměla potíže s vyprazdňováním stolice. Doma chodí na stolicí pravidelně 1-2x denně, většinou ráno. Nikdy nepoužila projímadla. Při změně prostředí má potíže s vyprazdňováním stolice, trpí zácpou. Během hospitalizace tyto obtíže předpokládá i vzhledem k omezenému pohybovému režimu. Chtěla by je řešit zvětšeným příjmem ovoce, jak je zvyklá z předešlých hospitalizací a z domova. Klientka byla naposled na stolici 6.4.2009, neudává meteorismus.

Po operaci: Nyní vzhledem k pooperačnímu období k vyprázdnění zatím nedošlo. Plyny odcházejí. U Klientky nedošlo k těžké zácpě, Vyprázdnila se 8.4.2009.

(1a, 2)

Vyprazdňování moči

Před operací: Paní G. neměla před operací potíže s vyprazdňováním moče.

Po operaci: Potíže s močením nejuje.

(1a)

1.2.5 Spánek a odpočinek

Před operací: Klientka denně spí 7 hodin i více. Někdy si přes den 1 hodinku zdřímne. Na noční spánek a usínání to nemá vliv. Ale vždy v cizím prostředí trpí nespavostí, nemůže usnout nebo se v průběhu noci budí.

První den si žádala hypnotika, která jí byla podána jako součást premedikace.

Po operaci: Po příjezdu ze sálu byla klientka spavá, reagovala. Vzhledem k náročnosti výkonu jsme se snažili klientku nerušit a nechat v klidu bez jakéhokoli pohybu. Na noc si hypnotika nežádala, ale ráno byla unavená. Nespala v noci, protože celý den prospala a polohování hlavou dolů jí nebylo moc příjemné.

(1a, b, 2, 3)

1.2.6 Teplota a pohodlí

Před operací: Klientka má raději spíše teplejší prostředí. Doma si udržuje teplotu v pokoji kolem 25 °C teplota. Bydlí s manželem, takže není moc zvyklá na samotu, ale

přesto má ráda když má občas svoje soukromí a klid. Postel jí vyhovuje s tvrdší matrací. Manžel doma hodně větrá a jí to bylo velice nepříjemné, zde v nemocnici je teplo, cítí se pohodlně.

Paní G. byla umístěna na dvoulůžkovém pokoji. Postel si vybrala u dveří, aby jí nebyla zima od okna.

Po operaci: Po příjezdu ze sálu ležela klientka ve vodorovné poloze. Poloha na zádech pro ni byla značně nepohodlná. Po přeložení na lůžkové oddělení musela klientka polohovat hlavou dolů, což jí tolik nevadilo, ale úplně příjemné jí to nebylo.

Tělesná teplota- Tělesná teplota dosahovala u klientky fyziologických hodnot.

(1a, b, 2, 3)

1.2.7 Bolest

Před operací: Je zvyklá při případných bolestech žaludku si uvařit heřmánkový čaj a poté se dostaví úleva. Moc zkušeností s bolestí nemá, nikdy prý netrpěla bolestmi s delší intenzitou trvání. Analgetika neužívá.

Po operaci: Po operaci byla u klientky dle ošetrovatelských standardů ÚVN pravidelně sledována intenzita bolesti, klientka bolesti neudává.

(1a, b, 2, 3)

1.2.8 Osobní hygiena, stav kůže a sliznic

Před operací: Klientka byla zcela soběstačná. Nejraději se sprchovala každý den, vanu si napustila jen občas. Nejčastěji se sprchovala večer, ale pokud musela někam odcestovat, přizpůsobila se situaci. Má ráda, když je čistá a navoněná. Vždy po koupání používá tělový a pleťový krém, deodorant a parfém.

Po operaci: V operační den provedla klientka sama nezbytnou hygienu. Po operaci byla klientka v oblasti hygieny naprosto soběstačná.

Stav kůže a sliznic: Před operací měla klientka kůži a sliznice hydratované. Bez defektů, udávala, že při poranění kůže je doba hojení delší vzhledem k DM. Po operaci se stav

kůže a sliznic nezměnil. U klientky se neobjevily na kůži opruzeniny, dekubity ani otoky, ale byla porušena integrita kůže. Konkrétně se jednalo o invazivní vstup (PŽK) na PHK a také byli patrné drobné ranky na bříšcích prstů rukou po vpiších pro kontrolu glykémie.

(1a, b, 2, 3)

1.2.9 Tělesná a duševní aktivita

Před operací: Paní G. je ve starobním důchodu. Doma ráda pracuje na zahrádce. Je zvyklá starat se o domácnost, manžela a vnoučata. Ráda chodí na procházky, hlavně do přírody. Neustále se snaží vzdělávat, pokud něco neví, nastuduje si literaturu. Neprovádí žádná speciální cvičení.

Po operaci: Klientka si ráda povídala. Poslouchala rádio a byla se podívat na zprávy v TV. Po propuštění se hodlá věnovat sobě, manželovy a vnoučatům.

(1a, 3)

1.2.10 Sexuální potřeby

Před operací: Klientce nebyli položeny otázky týkající se přímo sexuality.

Klientka chodí pravidelně na kontroly ke svému gynekologovi 1x ročně, menopauza nastala v 51 letech.

(1a)

-
1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování
 2. Dokumentace
 3. Zdravotnický personál

1.3 Psychosociální potřeby

Existenciální

1.3.1 Bezpečí a jistota

Klientka má narušený pocit bezpečí a jistoty, má strach ze své budoucnosti, je si vědoma, že prognóza není příznivá. Sama udává, že je ráda, jak se o ni zdravotníci starají a že si s ní i povídají. Byla přijata k plánované operaci, vše měla pečlivě nastudováno a byla plně informována o svém zdravotním stavu a výkonu, který jí čeká.

(1a)

1.3.2 Zdraví

Před operací: Klientka je polymorbidní, trvale se léčí s DM II. typu, korigovaným dietním opatřením a PAD. Dále se léčí s diabetickou retinopatií, arteriální hypertenzí, ICHS, CHRI 2 stupně. Je si vědoma závažností všech diagnóz. Klientka před operací žila aktivním životem, starala se o vnoučata, s manželem chodila na procházky a starala se o domácnost. V jejím životě se nenašel čas ani na pravidelné cvičení, ale i přesto netrpěla nadváhou. Od začátku si přála být o prognóze, operaci i případných komplikacích informována, a přála si, aby byl informován kdokoli z rodiny, hlavně manžel.

Po operaci: Závažnost onemocnění si uvědomuje, ví, že je třeba trpělivosti a dodržování pokynů zdravotnického personálu a doufá, že se zrak zlepší. Ví, že nebude vidět úplně dobře. Ráda by po propuštění odpočívala a ulevila tak svému zdravotnímu stavu a rozhodně se pokusí o zdravější životní styl.

(1a, 2)

1.3.3 Soběstačnost

Před operací: Klientka byla před operací zcela soběstačná, zhoršení vizu měla korigováno brýlemi. Nikdy nepotřebovala pomoc druhé osoby, nebyla nikdy na nikom závislá.

Po operaci: Po operaci byla klientka první dvě hodiny na dospávacím pokoji upoutána na lůžko a zcela odkázána na pomoc zdravotnického personálu. Po převozu na standardní oddělení už si vše obstarávala sama i když jí byla nabízena pomoc od zdravotnického personálu.

Barthelův test základních všedních činností ADL – příloha 6

(1a, b, 2, 3)

1.3.4 Sociální a ekonomické jistoty

Klientka s manželem neměli nikdy problémy s financemi. Koupili si byt v panelovém domě. Klientka má velmi kladný vztah k dětem, které se o své rodiče chtějí postarat, prozatím to ale nebylo nutné. Neví, jak bude do budoucna vše pokračovat, ale věří, že společně s manželem a dětmi vše zvládnou bez větších obtíží.

(1a)

1.3.5 Adaptace na prostředí a nemoc

Klientka se dobře adaptovala na nemocniční prostředí. Nejsm si zcela jistá, zda se již smířila se svým zdravotním stavem, ale snažila se ho brát tak, že se nemůže divit vzhledem ke svým diagnózám a 22 let trvajícím diabetu mellitu. Je ráda, že má dostatek informací a že se může v případě zájmu kohokoli zeptat.

(1a, b, 3)

-
1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování
 2. Dokumentace
 3. Zdravotnický personál

Afiliční – sociální

1.3.6 Potřeba lásky

Před operací: Klientce velice chybí starší dcera. Ta po porodu trpí schizofrenií, žije ve Francii a paní G. jí nemůže pomoci, neboť dcera o to nestojí. Manžel doprovodil klientku do nemocnice. Věří v to, že své děti dobře vychovala a může se na svou druhou mladší dceru spolehnout.

Po operaci: Během prvního dne po operaci ji ve večerních hodinách na krátkou chvíli navštívil manžel po dohodě s lékařem. S dcerou komunikovala prostřednictvím mobilního telefonu, který měla neustále při sobě.

(1a, b, 3)

1.3.7 Potřeba sounáležitosti

Klientka dlouho povídala o rodině a o přátelích. Nejbližší vztah má s manželem a rodinou mladší dcery. Je velmi ráda za vstřícné vztahy v rodině.

(1a)

1.3.8 Sebeúcta a sebepojetí

Klientka je velice vstřícná a milá, nezdá se, že by došlo k poruše její sebeúcty. I přes závažný stav byla adaptovaná a smířená se svým stavem. Samozřejmě bylo cítit, že má strach z toho, zda se vše vydaří jak má, ale snažila se to nedávat najevo.

(1a, b)

1.3.9 Seberealizace

Klientka před hospitalizací velice ráda četla, chodili s manželem na procházky a občas hlídala vnoučata. Doma byla soběstačná. Měla pocit užitečnosti. Když potřebovala klid, ukryla se ve svém pokoji.

Nyní si bohužel nemůže nic přečíst a nemůže jít na procházku. Těší se na návrat domů a na to, jak si bude užívat konečně důchodu a vnoučat a zbytku rodiny.

(1a)

1.3.10 Duchovní potřeby

Klientka je ateistka. Největší hodnotu má pro ni rodina.

(1a)

1.3.11 Psychosociální hodnocení

Paní G. je při vědomí, orientovaná místem, časem a osobou. Je přátelská a vstřícná vůči zdravotnickému personálu. Po emocionální stránce je spíše stabilní, přizpůsobivá, dobře se adaptovala na nynější situaci. Je spíše extrovertní. Působí velice vyrovnaným dojmem.

(1b, 3)

1. Klientka a) rozhovor, b) pozorování
3. Zdravotnický personál

2. Ošetrovatelské diagnózy

2.1. Ošetrovatelské diagnózy ze dne 6. 4. – 18. 4. 2009

řazeny dle časnosti vzniku

Před operací:

- 1. Porucha zrakové ostrosti** v souvislosti se základním onemocněním projevující se neschopností číst text.
- 2. Strach** v souvislosti s hospitalizací, s neznámým prostředím a zdravotnickým personálem, z důvodu nejasné budoucnosti projevující se mírným neklidem, nespavostí a častým dotazováním na svůj stav.
- 3. Poruchy spánku** v souvislosti se změnou prostředí strachem z operace projevující se únavou, častým zíváním, stížností na pocit nedostatečného odpočinku.
- 4. Porušená kožní integrita** z důvodu zavedení periferního žilního katétru PHK s rizikem komplikací vniknutí infekce.
- 5. Riziko vzniku infekce** v souvislosti s invazivním vstupem (PŽK) projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začervenáním, otokem.
- 6. Prevence vzniku TEN** v souvislosti s operačním výkonem projevující se otokem, bolestivostí DK.
- 7. Riziko vzniku pádu/úrazu** v souvislosti se sníženou zrakovou ostrostití.

Po operaci:

- 8. Porušená kožní integrita** z důvodu operačního zákroku PO s rizikem komplikací krvácení a vniknutí infekce.
- 9. Změna ve vyprazdňování stolice** z důvodu změny výživy, nedostatečného pohybu a změny prostředí projevující se nepravidelným vyprazdňováním.

10. Riziko vzniku časných pooperačních komplikací v souvislosti s operací PO projevující se otokem a částečným zhoršením průhlednosti rohovky, zánětem v oku různého stupně, přechodným zvýšeným nitroočním tlakem, větším pooperačním hematomem.

11. Riziko vzniku infekce v souvislosti s operačním výkonem, s invazivním vstupem (PŽK) projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začervenáním, otokem, zvláště kolem PŽK.

3. Cíl, plán, realizace, hodnocení

Před operací

3.1. Diagnóza: Porucha zrakové ostrosti v souvislosti se základním onemocněním projevující se neschopností číst text.

Cíle:

- úprava, kompenzace zrakových poruch
- přiměřená adaptace vzhledem k míře poškození zraku

Plán:

- zjistit zrakovou ostrost klientky
- věnovat zvýšenou pozornost klientce
- informovat klientku o každé činnosti, kterou u ní, s ní, na ní budeme provádět
- pečlivě seznámit klientku s novým prostředím a zajistit jí signalizaci k truce
- nabízet jí doprovod
- zabránit vzniku pádu

Realizace:

Klientku jsem při příjmu provedla celým oddělením, seznámila jsem jí s pokojem, ukázala jsem jí toaletu. Dále jsem jí naučila používat signalizační zařízení a upozornila jsem jí na riziko pádu a možnosti doprovodu od zdravotnického personálu.

Hodnocení:

Klientka uvítala mé informace o oddělení a pokoji, vše si důkladně prošla a vyzkoušela. Po chvíli se výtečně orientovala. K pádu během hospitalizace nedošlo.

3.2. Diagnóza: Strach v souvislosti s hospitalizací, s neznámým prostředím a zdravotnickým personálem, z důvodu nejasné budoucnosti projevující se mírným neklidem, nespavostí a častým dotazováním na svůj stav.

Cíle:

- klientka bude dostatečně informován o své nemoci, terapii a prognóze
- klientka bude otevřeně mluvit o svých obavách
- klientka bude mít snížený pocit strachu

Plán:

- zajistit dostatečnou informovanost klientky
- poskytnout informace klientce, které jsou v mé kompetenci a zajistit, v případě požádání klientky, ošetřujícího lékaře
- vhodně motivovat a povzbuzovat
- věnovat klientce dostatek času
- pozorně naslouchat a reagovat na potřeby klientky

Realizace:

Při prvním kontaktu byla klientka mírně nervózní, ale díky dostatečnému času, který jsem mohla věnovat pouze jí se mi povedlo s ní navázat dobrý kontakt. klientka se ptala na podrobnosti o chodu oddělení a hospitalizaci, nemoci a informace, které jsem jí poskytla ji velice zajímaly.

Hodnocení:

Klientka je dostatečně informována. Zdá se, že má klientka snížený pocit strachu, klientka zatím není schopna o svých obavách otevřeně hovořit.

3.3. Diagnóza: Poruchy spánku v souvislosti se změnou prostředí strachem z operace projevující se únavou, častým zíváním, stížností na pocit nedostatečného odpočinku.

Cíle:

- klientka bude konstatovat zlepšení svého nočního spánku
- klientka bude méně pospává přes den

Plán:

- zjistí rizikové faktory poruchy spánku
- zjistí přiměřenou délku spánku klientky
- udržovat klidné a tiché prostředí a omezit množství rušivých podnětů z okolí
- umožnit klientce před spaním činnosti na které je zvyklá

Realizace:

Klientce bylo doporučeno vyvětrat si před spaním v pokoji a snažit se nespát přes den. Dále jí byla dána možnost říci si o hypnotika.

Hodnocení:

První noc spala klientka dobře, byla jí podána večerní premedikace, druhou noc klientka spala špatně, hypnotika nechtěla, nemohla usnout, polohování na hlavou dolů jí nebyla příliš příjemné a vzbudila se brzy ráno.

8.4.2009 měla mírné kruhy pod očima, občasně zývala a udávala pocity únavy.

3.4. Diagnóza: Porušená kožní integrita z důvodu zavedení periferního žilního katétru s rizikem komplikací vniknutí infekce.

Cíle:

- u klientky nevzniknou komplikace - infekce

Plán:

- aseptické a šetrné převazování PŽK, volba vhodného materiálu
- pravidelná kontrola místa vstupu periferního žilního katétru
- aplikace vhodných infuzních roztoků
- sledování FF a vědomí

Realizace:

Klientce byly každý den prováděny kontroly a převazy místa vstupu periferního žilního katétru. Dle ordinací lékaře jsme aplikovali infuzní roztoky do PŽK.

Hodnocení:

U klientky nedošlo k infekci místa vstupu PŽK ani k jiným komplikacím.

3.5. Diagnóza: Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivním vstupem (PŽK) projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začervenáním, otokem.

Cíl:

- klientka zná způsoby prevence a ví, jak předcházet dalším infekcím

Plán:

- informovat klientku o důležitosti dodržování hygienických návyků
- sledovat denně místo vstupu PŽK

Realizace:

Klientka byla informována o nutnosti dodržovat hygienické návyky, místo vstupu PŽK bylo kontrolováno a převazováno denně.

Hodnocení:

Místo vstupu PŽK bylo bez známek infekce, bez začervenání či bolestivosti.

3.6. Diagnóza: Prevence vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem projevující se otokem, bolestivostí DK.

Cíl:

- nedojde ke vzniku TEN

Plán:

- bandáže DK
- časná mobilizace

Realizace:

V den operace byli klientce udělány vysoké bandáže DK. Po operaci byla časně mobilizována.

Hodnocení:

U klientky nedošlo v projevům TEN. DK byli bez otoků, nebolestivé.

3.7. Diagnóza: Riziko vzniku pádu/úrazu v souvislosti se sníženou zrakovou ostrostí.**Cíl:**

- nedojde k pádu/úrazu

Plán:

- podrobně seznámit klientku s prostředím lůžkového oddělení a jejího pokoje
- ukázat a popsat klientce umístění lůžka, koupelny, toalety a signalizačního zařízení na pokoji
- manuální nácvik používání signalizačního zařízení
- dle potřeby klientku doprovázet na sesternu, vyšetřovny
- snídani, oběd, večeři podávej klientce na pokoji

Realizace:

Klientka byla při přijetí podrobně seznámena s lůžkovým oddělení a svým pokojem. Názorně jsem jí ukázala používání signalizačního zařízení. Paní G. si to sama vyzkoušela. Byl jí nabízen doprovod z vyšetřovny na pokoj, či z pokoje na sesternu. Jídlo bylo klientce podáváno na pokoj, kde již znala prostředí a umístění stolu a židlí.

Hodnocení:

Nedošlo k pádu/úrazu. Klientka se rychle adaptovala na prostředí lůžkového oddělení.

Po operaci

3.8. Diagnóza: Porušená kožní integrita z důvodu operačního zákroku s rizikem komplikací krvácení a vniknutí infekce.

Cíle:

- u klientky nevzniknou pooperační komplikace – krvácení, infekce
- klientka bude vhodně motivována a bude sama kontrolovat ránu

Plán:

- aseptické a šetrné ošetřování PO
- pravidelná kontrola PO
- sledování FF a vědomí

Realizace:

Po operaci bylo PO sterilně kryto. Lékař každý den kontroloval operační ránu. Byla prováděna aseptická péče o oko (výplach, aplikace gtt., ung., sterilní krytí).

Hodnocení:

U klientky nedošlo k infekci operační rány ani k jiným komplikacím.

3.9. Diagnóza: Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu změny výživy, nedostatečného pohybu a změny prostředí projevující se nepravidelným vyprazdňováním.

Cíle:

- klientka zná příčiny a prevenci nepravidelného vyprazdňování
- vypije dostatečné množství tekutin
- nepocítuje meteorismus, nadměrnou flatulenci a vyprázdní se
- je schopna zhodnotit reálně danou situaci i všechny okolnosti

Plán:

- zjistit příčiny nepravidelného vyprazdňování

- zjistit způsob, kterým se klientka vyprazdňuje doma
- zjistit dobu trvání obtíží s vyprazdňováním
- zjistit konzistenci, barvu, množství a frekvenci vyprazdňování stolice
- zajistit soukromí při defekaci klientky
- zajistit dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění
- naučit klientku břišnímu dýchání
- aktivně nabízet tekutiny, doporučit vhodné potraviny (kompoty apod.)
- dle ordinace lékaře podat laxativa
- zajisti dostatečný pohyb klientky jak v lůžku tak po pokoji

Realizace:

Klientka byla poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, o dostatečném pohybu a o vhodných potravinách. Vedla jsem s klientkou rozhovor týkající se jejího vyprazdňování a zjistila jsem potřebné informace. Odmítla veškerá laxantiva či glycerinový čípek. Nacvičovali jsme břišní dýchání.

Hodnocení:

Klientka byla na stolici naposledy 6.4.2009, i přes všechny splněné plány byla klientka na stolici až 8.4.2009. Klientka si na meteorismus a přílišnou flatulenci nestěžuje.

3.10. Diagnóza: Riziko vzniku časných pooperačních komplikací v souvislosti s operací PO projevující se otokem a částečným zhoršením průhlednosti rohovky, zánětem v oku různého stupně, přechodným zvýšeným nitroočním tlakem, větším pooperačním hematomem.

Cíl:

- nedojde ke vzniku pooperačních komplikací

Plán:

- sledovat denně operační ránu
- kontrolovat NOT

Realizace:

NOT byl měřen každý den ráno. Operační ránu kontroloval každé ráno lékař, během dne sestry.

Hodnocení:

Nedošlo k časným pooperačním komplikacím. NOT byl po operaci mírně zvýšen, vzhledem k nahrazení sklivce plynem.

3.11. Diagnóza: Riziko vzniku infekce v souvislosti s operačním výkonem projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začervenáním, bolestivostí, sekrecí oka.

Cíl:

- klientka zná způsoby prevence a ví, jak předcházet dalším infekcím

Plán:

- informovat klientku o důležitosti dodržování hygienických návyků
- sledovat denně operační ránu
- informovat klientku o péči o oko

Realizace:

Klientka byla informována o péči o oko, operační rána byla denně kontrolována.

Hodnocení:

PO bylo nebolestivé, mírně zarudlé, bez sekrece. Bez známek infekce.

4. Edukace

6.4.2009 Klientka byla při přijetí edukována o režimu oddělení, dietním režimu – vzhledem k diabetu mellitu, byla stanovena klientce dieta 9/225 (diabetická s omezeným přísunem cukru na 225g na den), medikaci – že po dobu hospitalizace jí budou léky podávány od sester, riziku pádu z důvodu rozkapání OO a snížené zrakové ostrosti a možnosti doprovodu, signalizačním zařízením + nácvik používání, polohovatelné posteli + nácvik používání, identifikačním náramku – který byl umístěn na PHK, z důvodu možné kontroly identifikace zdravotnickým personálem, o výkonu v CA – klientka nesmí od půlnoci jíst, pít, kouřit, ráno bude provedena nezbytná hygiena, dojdete si na toaletu a poté jí budou dány BDK a jednorázový empír, po premedikaci nesmí vstávat z lůžka a bude převezena na sál i s lůžkem, tam si ji převezmou sálové sestry, po výkonu bude převezena na dospávací pokoj, kde bude dvě hodiny monitorována a poté převezena na lůžkové oddělení. Dále jí byla ukázána sesterna, vyšetřovny, podrobně byla seznámena s pokojem, sprchou a toaletou.

Ošetřující lékař seznámil paní G. s nálezem a edukoval jí o operačním výkonu a rizicích s tím spojených a dal jí podepsat souhlas s operací. Dále byla edukována o nutnosti převedení z PAD na inzulin.

Odpoledne klientku navštívily sálové sestry a byla seznámena s ošetrovatelskou péčí a předoperační přípravou na sále.

Ve večerních hodinách jí navštívil anesteziolog a edukoval klientku o premedikaci a celkové anestézii.

Sestra na noční, klientku ještě jednou edukovala, že nesmí od půlnoci jíst, pít, kouřit.

7.4.2009 V operační den byla klientka ráno edukována o tom, že nesmí jíst, pít, kouřit, o prevenci TEN a nutnosti BDK. O PŽK a premedikaci, která bude aplikována v 9:45 i.m. a o tom, že po premedikaci nesmí vstát z lůžka.

Na sále jí sálové sestry, anesteziolog a ošetřující lékař znovu informovali o postupech na operačním sále.

Po převezení na dospávací pokoj byla klientka spavá, ale reagovala, byla informována o infuzích, PŽK a oxymetru na PHK a o manžetě na měření tlaku na LHK, dále byla informována o zdvižených postranicích a zalepeném PO. Také jí bylo sděleno ať odpočívá a leží na zádech.

Na lůžkovém oddělení dvě hodiny po operaci byla klientka edukována o nutnosti polohování hlavou dolů. Bylo jí názorně ukázáno jak sedět u stolu s hlavou dolů, či ležet na břiše. K ruce jí bylo dáno signalizační zařízení a byla poučena o tom, že kdyby měla bolesti, nevolnosti, potřebovala něco podat či doprovodit na toaletu ať zazvoní na sestru a ta hned přijde, ať sama nevstává. Dále byla seznámena s programem na zítřejší den, že jí bude ráno odlepeno oko a vypláchnuto, poté proběhne vizita.

8.4.2009 1. pooperační den a zároveň den propuštění. Na vizitě jí lékaři informovali o následující kontrole 17.4.2009 na ambulanci Ústřední vojenské nemocnice v dopoledních hodinách. Sestrou byla edukována při propouštění o péči o oko – nesmí se ohýbat a zvedat těžké věci, chránit se před prашným prostředím, nevyplachovat oko vodou, ale Ophtalem, dávat pozor ať se do oka nedostane šampón či mýdlo, nestrkat si prsty do oka a nemnout ho, o aplikaci masti s názornou ukázkou, o nutnosti polohování hlavou dolů další tři týdny. Také o tom, že kdyby oko začalo bolet, zčervenalo, svědělo, oteklo ať se hned dostaví na lůžkové oddělení oční kliniky Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

(1a, 2, 3)

-
1. Klientka a) rozhovor
 2. Dokumentace
 3. Zdravotnický personál

5. Ošetrovatelský závěr a prognóza

- klientka spolupracuje, při vědomí, orientovaná osobou, místem, časem
- periferní žilní katétr byl vyndán 8.4.2009
- klientka je bez bolestí
- kontrola je naplánovaná na 17.4.2009

Prognóza:

Klientka byla hospitalizována z důvodu zhoršování vizu pro komplikovanou diabetickou retinopatii. Nyní je po operaci PPV + FAKO + IOL PO. Bohužel není velký předpoklad pro zlepšování stavu klientku, ale je naděje pro zpomalení či zastavení zhoršujících se komplikací diabetické retinopatie.

Sebereflexe:

Péče o tuto klientku pro mě byla velkým přínosem. Podařilo se nám během krátkého časového úseku navázat velmi dobrý vztah. Klientka byla velice otevřená a velice upřímná. Nejtěžší pro mě bylo navázat první kontakt, ale paní G. mi svým jednáním vše usnadnila. Díky této zkušenosti jsem se naučila, jak navázat kontakt s takto nemocným klientem. Naučila jsem se také obsluhovat nové přístroje a dozvěděla jsem spousty nových teoretických znalostí v oboru očního lékařství a operativy. Obdivuji na ní, jakou sílu měla a jak se se svou situací vyrovnala.

D. Informační zdroje

1. Klientka a) rozhovor
b) pozorování
2. Dokumentace
3. Zdravotnický personál
4. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno NCONZO 2005. ISBN 80-7013-324-4
5. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCONZO 2004. ISBN 80-7013-323-6
6. RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2007. ISBN 978-80-247-1671-8
7. SVAČINA, Š. *Cévní komplikace diabetu*. Praha: Galén 2005. ISBN 0-7262-335-4
8. VALEŠOVÁ, L. HYNCL, J. *Diabetická retinopatie*. Praha: Triton 2002. ISBN 80-7254-230-3
9. PERUŠIČOVÁ, J. *Diabetická makroangiopatie a mikroangiopatie*. Praha: Galén 2003. ISBN 80-7262-187-4
10. KUCHYNKA, P. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 2007. ISBN 978-80-247-1163-8
11. ROZSÍVAL, P. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum 2006. ISBN 80-7262-404-0 a ISBN 80-246-1213-5

12. CIHELKOVÁ, I. SOUČEK, P. *Atlas makulárních chorob*. Praha: Galén a Karolinum 2006 ISBN 80-7262-370-2 a ISBN 80-246-1130-9
13. KRAUS, H. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. 1997. ISBN 80-7169-079-1
14. MARILYNN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-0242-8

Seznam zkratek

P – puls

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

SO₂ – saturace kyslíku

OO – obě oči

PO – pravé oko

LO – levé oko

l.sin. et dex. – lokalizováno vpravo a vlevo

utr. - oboustranně

FF – fyziologické funkce

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

amp.- ampule

i.m. – intramuskulární podání léků

i.v. – intravenózní podání léků

s.c. – subkutánní podání léků

gtt. – kapky

ung. – mast

DR – diabetická retinopatie

DM – diabetes mellitus

PPV – pars plana vitrectomia

FAKO + IOL – operace katarakty a implantace čočky

VPO – visus pravého oka

VLO – visus levého oka

NOT – nitrooční tlak

TEN – tromboembolická nemoc

DK – dolní končetiny

PAD – perorální antidiabetika

PŽK – permanentní žilní katetr

ICHS – ischemická choroba strdeční

CHRI – chronická renální insuficience

Přílohy

Příloha č.1

7.4.2009 První dvě hodiny byly fyziologické funkce sledovány po 15 minutách, dále pak v 18⁰⁰

	<u>Tlak</u> <u>mmHg</u>	<u>Puls</u> <u>/min</u>	<u>SpO₂</u> <u>%</u>	<u>Teplota</u> <u>°C</u>	<u>Vědomí</u>
11 ¹⁵	165/70	77'	95	36,6	Spavá
11 ³⁰	170/80	79'	96		Reaguje
11 ⁴⁵	160/75	75'	96		
12 ⁰⁰	150/75	82'	96		
12 ¹⁵	150/73	81'	95		Při vědomí
12 ³⁰	150/70	72'	96		
12 ⁴⁵	150/70	70'	95		
13 ⁰⁰	155/75	68'	95		Plně při
13 ¹⁵	160/80	58'	96		vědomí,
18 ⁰⁰	150/80	62'	98	36,5	orientovaná

Příloha č.2

Glykemická křivka – měřeno glukometrem

Červeně zvýrazněné – zvýšené hodnoty

6.4.2009

	<u>Hodnota glykémie</u>	<u>Referenční hodnoty</u>
13 ⁰⁰	9,9 mmol/l	3,3 – 6,1 mmol/l
15 ³⁰	13,4 mmol/l	
17 ⁰⁰	7,2 mmol/l	
20 ³⁰	9,4 mmol/l	

Příloha č.3

Glykemická křivka – měřeno glukometrem

Červeně zvýrazněné – zvýšené hodnoty

7.4.2009

	<u>Hodnota glykémie</u>	<u>Referenční hodnoty</u>
6 ⁰⁰	6,7 mmol/l	3,3 – 6,1 mmol/l
11 ⁰⁰	9,6 mmol/l	
13 ⁰⁰	11,8 mmol/l	
17 ⁰⁰	14,8 mmol/l	

Příloha č.4

1. Chronická farmakoterapie

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
Micardis 80mg	tablety	1 – 0 – 0	Antihypertenzivum
Furon 40mg	tablety	1 – 0 – 0	Diuretikum
Tenaxum	tablety	1 – 0 – 1	Antihypertenzivum
Orcal 10mg	tablety	0 – 0 – 1	Antihypertenzivum Vazodilatans
Tritace 2,5mg	tablety	1 – 0 – 1	Antihypertenzivum
Triglyx 10mg	tablety	0 – 0 – 1	Hypolipidemikum
Zoxon 2mg	tablety	1 – 0 – 0	Antihypertenzivum
Vasocardin 50mg	tablety	1 – 0 – 1	Antihypertenzivum
Kalnormin	tablety	1 – 0 – 0 nepodáván	Minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem
Glukophage 850mg	tablety	0 – 1 – 1	Perorální antidiabetikum
Glymexan 2mg	tablety	1 – 0 – 0	Perorální antidiabetikum

Od 6.4 2009 nepodáván Glukophage 850mg tbl. – znovu nasazen 7.4

Glymexan 2mg tbl. – znovu nasazen 8.4

7.4 (den operace): ráno podán pouze Micardis 80mg tbl. a Vasocardin 50mg tbl.´´

2. Farmakoterapie

Lokální terapie

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
Mydrum	gtt.	á 10 min. 1 hod.	Oftalmologikum (mydriatikum)
Neosynephrin-POS 10%	gtt.	á 10 min. 1 hod.	Oftalmologikum, alfa-sympatomimetikum
Tobradex	gtt.	1 – 1 – 1	Oftalmologikum, antibiotikum
Maxitrol	ung.	1-1-1-1-1	Oftalmologikum, Glukokortikoidy+antibiotika

6.4.2009 OO Mydrum gtt. + Neosynephrin-POS 10% gtt á 10 min. 1 hodinu k vizitě

PO Tobradex gtt. 1 – 1 – 1

7.4.2009 PO Tobradex gtt á 2 hod do operace

Mydrum gtt k operaci

8.4.2009 PO Maxitrol ung

Injekce s.c.

7.4.2009. ve 13:00 aplikováno 6j. Humulinu R

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
Humulin R	inj. roztok	viz výše	Antidiabetikum

Premedikace

6.4.2009 Diazepam 5mg tbl p.o. před spaním

7.4.2009 Dormicum 3mg i.m v 9:45

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
Diazepam 5 mg	tablety	viz výše	Anxiolitikum
Dormicum 3mg	inj. roztok	viz výše	Hypnotikum, sedativum

Infúzní terapie – spádově do PZK na PHK

7.4.2009 v 7:00 500ml 10% glukózy + 12 j. Actrapidu + 10ml 7,5% KCl (kapat 100ml/hod)

Na sále vykapalo 1200 ml Plazmalytu

Ze sálu byla pacientka přivezena s 800 ml Plazmalytu a 200 ml 10% glukózy s 12j Actrapidu a 10 ml 7,5% KCl

Po vykapání Plasmalytu a 10% glukózy a 12j Actrapidu a 10ml 7,5% KCl nebyla klientce podána žádná další infuze.

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina
Actrapid	inj. roztok	viz výše	Antidiabetikum

Indikace, složení, nežádoucí účinky

Micardis 80mg tbl.

Složení: Telmisartan 80mg

Skupina: Antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: bolesti břicha, kloubů a zad, svalové křeče, průjem, trávicí potíže...

Furon 40mg tbl.

Složení: Furosemidum 40mg

Skupina: Diuretikum

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, závratě poruchy zraku...

Tenaxum tbl.

Složení: Rilmenidin dihydrogenophosphas 1,544mg

Skupina: Antihypertanzivum

Nežádoucí účinky: tělesná slabota, palpitace, nespavost, ospalost, sucho v ústech, průjem...

Orcal 10mg tbl.

Složení: Vinpocetinum 5 mg .

Skupina: Antihypertenzivum, vasodilatans, blokátor kalciového kanálu

Nežádoucí účinky: otoky dolních končetin, bolesti hlavy, návaly horka, únava, slabost, nevolnost, pocit na zvracení...

Tritace 2,5mg tbl.

Složení: Ramiprilum 2,5mg v 1 tabletě

Skupina: Antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: točení hlavy, slabost až závratě, suchý dráždivý kašel, kožní a alergické reakce...

Triglyx 10mg tbl.

Složení: Atorvastatinum 10,36mg v 1 tabletě

Skupina: Hypolipidemikum

Nežádoucí účinky: zácpa, nadýmání, nevolnost, bolesti hlavy a břicha, průjem, nespavost...

Zoxon 2mg tbl.

Složení: doxazosini mesilas 2,425mg v 1 tabletě

Skupina: Antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: závratě, bolesti hlavy, ospalost, pocity na zvracení, únava, celková slabost...

Vasocardin 50mg tbl.

Složení: Metoprololi tartas 50mg v 1 tabletě

Skupina: Antihypertanzivum

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, sucho v ústech, , únava, slabost, malátnost, svědění...

Kalnormin tbl.

Složení: kalii chloridum v 1 tabletě

Skupina: Minerál, draselná sůl s acidifikačním účinkem

Nežádoucí účinky: mechutenství, nevolnost, zvracení...

Glukophage 850mg tbl.

Složení: metformini hydrochloridum 850mg v 1 tabletě

Skupina: Antidiabetikum perorální

Nežádoucí účinky: nevonost, zvracení, průjem, bolesti břicha...

Glymexan 2mg tbl.

Složení: Glimepiridum 2mg v 1 tabletě

Skupina: Antidiabetikum perorální, derivát sulfonylmočoviny

Nežádoucí účinky: hypoglykémie – bolest hlavy, vlí hlad, nevolnost, pocit na zvracení, zvracení, ospalost...

Mydrum gtt.

Složení: Tropicamidum 5,0mg v 1ml vodného roztoku

Skupina: Oftalmologikum (mydriatikum, cykloplegikum)

Nežádoucí účinky: pálení očí, bodání v očích, poruchy zaostřování, suchost v ústech...

Neosynephrin-POS 10% gtt.

Složení: Phenylephrini hydrochloridum 100mg v 1ml

Skupina: Oftalmologikum, alfa-sympatomimetikum

Nežádoucí účinky: překrvení spojivek, zčervenání oka a pocit pálení v oku...

Tobradex gtt.

Složení: Tobramycinum 3mg, dexamethasonum 1mg v 1 ml

Skupina: Oftalmologikum, antibiotikum

Nežádoucí účinky: přecitlivělost a lokální oční toxicita-otak a svědění víček a zarudnutí spojivek...

Maxitrol ung.

Složení: Neomycini sulfas 3500 m.j., Polymyxini B sulfas 6000 m.j., Dexamethasonum 1mg v 1g sterilní oční masti

Skupina: Oftalmologikum, kombinace glukokortikoidu a antibiotik

Nežádoucí účinky: svědění, řezání a zarudnutí víček...

Humulin R

Složení: Insulinum humanum biosyntheticum 100m.j/ml

Skupina: Antidiabetikum

Nežádoucí účinky: hypoglykémie – zmatenost, bušení srdce, bolesti hlavy, pocení, zvracení...

Diazepam 5 mg tbl.

Složení: Diazepamum 5mg v 1 tableť

Skupina: Anxiolytikum

Nežádoucí účinky: spavost, únava, porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace, bolest hlavy, porucha zraku, porucha řeči, alergické kožní projevy,...

Dormikum 3mg inj. roztok

Složení: Midazolamum 5mg v 1ml

Skupina: Hypnotikum, sedativum

Nežádoucí účinky: kožní vyrážka, kopřivka, svědění, ospalost, pokles ostražitosti, zmatenost, bolesti hlavy...

Actrapid

Složení: Insulinum humanum 100m.j v 1ml

Skupina: Antidiabetikum

Nežádoucí účinky: hypoglykémie, poruchy zraku...

Příloha č.5

Riziko vzniku dekubitů – hodnoceno 1.4.2008 (2)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

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 omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

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

Jméno: J.G. Celkové bodové hodnocení: 32 Datum: 6.4.

Příloha č.6

Soběstačnost

Barthelův test základních všedních činností ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre		
		6.4.	7.4.	8.4.
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	10	<u>10</u>
	s pomoci	5	<u>5</u>	5
	neprovede	0	0	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	10	<u>10</u>
	s pomoci	5	<u>5</u>	5
	neprovede	0	0	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	10	<u>10</u>
	s pomoci	5	<u>5</u>	5
	neprovede	0	0	<u>0</u>
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	<u>5</u>	5	5
	neprovede	0	0	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5	5	5
	inkontinentní	0	0	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5	5	5
	inkontinentní	0	0	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	10	<u>10</u>
	s pomoci	5	<u>5</u>	5
	neprovede	0	0	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	<u>15</u>	15	<u>15</u>
	s malou pomoci	10	<u>10</u>	10
	vydrží sedět	5	5	5

	neprovede	0	0	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	<u>15</u>	15	<u>15</u>
	s pomocí 50 m	10	<u>10</u>	10
	na vozíku 50 m	5	5	5
	neprovede	0	0	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	10	<u>10</u>
	s pomocí	5	<u>5</u>	5
	neprovede	0	0	0

6.4. Celkem bodů: 100 b

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

7.4. Celkem bodů: 75 b

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

8.4. Celkem bodů: 100 b

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

Příloha č. 7

Lékařská propouštěcí zpráva

Hospitalizace: 06.04.2009 do 08.04.2009

Oční dg.: DME 1 utr.
Catarakta sen. cort. nucl. 1. dx.
Artefakia oc. sin.
Retinopatia diabet. prolif. 1. dx.
Opacitates in corp. Vitrei 1. dx.
Hypermetropia 1. utr.
Angioscler. retin. 1. utr.

Ostatní dg.: ICHS
Stp. implantaci KS
Arteriální hypertenze
DM II. typu
CHRI 2 stupně
Stp. HYE + AE
Stp. CHCE

Pacientka přijata k plánované operaci PPV + FAKO + IOL PO pro DME.

Operace: Dne 7.4.2009 byla provedena v celkové anestézii operace na PO – peritomie horní poloviny, zavedení infuze, rohovkový řez, FAKO, měkká IOL (7011C, +24.0D) do kapsuly, PPV, odstranění sklivce, peeling MLI z makuly a peretinálních membrán, endolaserkoagulace sítnice, výměna za 5ml 20% SF6, sutura, kryo, triam, plastika spojivky, zadní kapsulotomie.

Operatér: MUDr. J. E., PhD

Operace i pooperační období bez komplikací.

Při propuštění: PO: přim. Pooperační nález, sklér. Stehy in situ, rohovka transparentní, PK čirá, duhovka klidná, IOL centrovaná, ve sklivcovém prostoru bublina plynu, ne pozadí sítnice leží.

VPO: prsty před okem, certa NOT=Tn

VLO: nález jako při přijetí NOT=Tn

Dop.: Do PO: Maxitrol ung. 5x denně

Chronická celková medikace nezměněna.

Kontrola na naší ambulanci ve vitreoretinální poradně u MUDr. E. v pátek dne 17.4.2009 dopoledne, při potížích ihned.

Klidový režim, polohovat na břiše. Pacientka byla poučena.(2)

Příloha č. 8

Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Ošetrovatelský cíl	Plán ošetrovatelské péče	Hodnocení	podpis
6.4. 2009	Porucha zrakové ostrosti v souvislosti se základním onemocněním projevující se neschopností číst text.	-úprava, kompenzace zrakových poruch -přiměřená adaptace vzhledem k míře poškození zraku	-zjistit zrakovou ostrost klientky -věnovat zvýšenou pozornost klientce -informovat klientku o každé činnosti, kterou u ní, s ní, na ní budeme provádět -pečlivě seznámit klientku s novým prostředím a zajistit jí signalizaci k truce -nabízet jí doprovod -zabránit vzniku pádu	Klientka uvítala mé informace o oddělení a pokoji, vše si důkladně prošla a vyzkoušela. Po chvíli se výtečně orientovala. K pádu během hospitalizace nedošlo.	Jana Hovorková
6.4. 2009	Strach v souvislosti s hospitalizací, s neznámým prostředím a zdravotnickým personálem, z důvodu nejasné budoucnosti projevující se mírným neklidem, nespavostí a častým dotazováním na svůj stav.	-klientka bude dostatečně informována o své nemoci, terapii a prognóze -klientka bude otevřeně mluvit o svých obavách klientka bude mít snížený pocit strachu	-zajistit dostatečnou informovanost klientky -poskytnout informace klientce, které jsou v mé kompetenci a zajistit, v případě požádání klientky, ošetřujícího lékaře -vhodně motivovat a povzbuzovat klientce -věnovat klientce dostatek času pozorně naslouchat a reagovat na potřeby klientky	Klientka je dostatečně informována. Zdá se, že má klientka snížený pocit strachu, klientka zatím není schopna o svých obavách otevřeně hovořit.	Jana Hovorková
6.4. 2009	Poruchy spánku v souvislosti se změnou prostředí strachem z operace projevující se únavou, častým zíváním, stížnostmi na pocit nedostatečného odpočinku.	-klientka bude konstatovat zlepšení svého nočního spánku -klientka bude méně ospává přes den	-zjistí rizikové faktory poruchy spánku -zjistí přiměřenou délku spánku klientky -udržovat klidné a tiché prostředí a omezit množství rušivých podnětů z okolí -umožnit klientce před spaním činnosti na které je zvyklá	První noc spala klientka dobře, byla jí podána večerní premedikace, druhou noc klientka spala špatně, hypnotika nechtěla, nemohla usnout, polohování na hlavou dolů jí nebyla příliš příjemné a vzbudila se brzy ráno. 8.4.2009 měla mírné kruhy pod očima, občasně zívala a udávala pocity únavy.	Jana Hovorková

6.4. 2009	Porušená kožní integrita z důvodu zavedení periferního žilního katétru PHK s rizikem komplikací vniknutí infekce.	-u klientky nevzniknou komplikace - infekce	-aseptické a šetrné převazování PŽK, volba vhodného materiálu -pravidelná kontrola místa vstupu periferního žilního katétru -aplikace vhodných infuzních roztoků -sledování FF a vědomí	U klientky nedošlo k infekci místa vstupu PŽK ani k jiným komplikacím.	Jana Hovorková
6.4. 2009	Riziko vzniku infekce v souvislosti s invazivním vstupem (PŽK) projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začervenaním, otokem.	-klientka zná způsoby prevence a ví, jak předcházet dalším infekcím	-informovat klientku o důležitosti dodržování hygienických návyků -sledovat denně místo vstupu PŽK	Místo vstupu PŽK bylo bez známek infekce, bez začervenaní či bolestivosti.	Jana Hovorková
6.4. 2009	Prevence vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem projevující se otokem, bolestivostí DK.	-nedojde ke vzniku TEN	-bandáže DK -časná mobilizace	U klientky nedošlo v projevu TEN. DK byli bez otoků, nebolestivé.	Jana Hovorková
6.4. 2009	Riziko vzniku pádu/úrazu v souvislosti se sníženou zrakovou ostrostí.	-nedojde k pádu/úrazu	-podrobně seznámit klientku s prostředím lůžkového oddělení a jejího pokoje -ukázat a popsat klientce umístění lůžka, koupelny, toalety a signalizačního zařízení na pokoji -manuální nácvik používání signalizačního zařízení -dle potřeby klientku doprovázet na sesternu, vyšetřovny -snídaní, oběd, večeri podávej klientce na pokoji	Nedošlo k pádu/úrazu. Klientka se rychle adaptovala na prostředí lůžkového oddělení.	Jana Hovorková
7.4. 2009	Porušená kožní integrita z důvodu operačního zákroku PO s rizikem komplikací krvácení a vniknutí infekce.	-u klientky nevzniknou pooperační komplikace - krvácení, infekce -klientka bude vhodně motivována a bude sama kontrolovat ránu	-aseptické a šetrné ošetřování PO -pravidelná kontrola PO -sledování FF a vědomí	U klientky nedošlo k infekci operační rány ani k jiným komplikacím.	Jana Hovorková
7.4. 2009	Změna ve vyprazdňování stolice z důvodu změny výživy,	-klientka zná příčiny a prevenci nepravidelného vyprazdňování	-zjistit příčiny nepravidelného vyprazdňování -zjistit způsob, kterým se	Klientka byla na stolicí naposledy 6.4.2009, i přes všechny splněné	Jana Hovorková

	nedostatečného pohybu a změny prostředí projevující se nepravidelným vyprazdňováním.	-vypije dostatečné množství tekutin -nepocítuje meteorismus, nadměrnou flatulenci a vyprázdní se -je schopna zhodnotit reálně danou situaci i všechny okolnosti	klientka vyprazdňuje doma -zjistit dobu trvání obtíží s vyprazdňováním -zjistit konzistenci, barvu, množství a frekvenci vyprazdňování stolice -zajistit soukromí při defekaci klientky -zajistit dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění -naučit klientku břišnímu dýchání -aktivně nabízet tekutiny, doporučit vhodné potraviny (kompoty apod.) -dle ordinace lékaře podat laxativa -zajisti dostatečný pohyb klientky jak v lůžku tak po pokoji	plány byla klientka na stolici až 8.4.2009. Klientka si na meteorismus a přílišnou flatulenci nestěžuje	
7.4. 2009	Riziko vzniku časných pooperačních komplikací v souvislosti s operací PO projevující se otokem a částečným zhoršením průhlednosti rohovky, zánětem v oku různého stupně, přechodným zvýšeným nitroočním tlakem, větším pooperačním hematomem.	-nedojde ke vzniku pooperačních komplikací	-sledovat denně operační ránu -kontrolovat NOT	Nedošlo k časným pooperačním komplikacím. NOT byl po operaci mírně zvýšen, vzhledem k nahrazení sklivce plynem.	Jana Hovorková
7.4. 2009	Riziko vzniku infekce v souvislosti s operačním výkonem projevující se zvýšenou teplotou, třesavkou, začerváním, otokem.	-klientka zná způsoby prevence a ví, jak předcházet dalším infekcím	-informovat klientku o důležitosti dodržování hygienických návyků -sledovat denně operační ránu -informovat klientku o péči o oko	PO bylo nebolestivé, mírně zarudlé, bez sekrece. Bez známek infekce.	Jana Hovorková

Univerzita Karlova v Praze, 1 lékařská fakulta

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného
na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povine/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze 20.01.2009

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 20.01.2009

.....

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis