

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Iva Dubcová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Iva Dubcová

Ošetřovatelská kazuistika pacientky s pneumonií

(Nursing casuistry concerning patients with pneumonia)

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Hana Horová

Praha, 16. 01. 2009

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě svých znalostí a dostupné literatury, která je uvedena v seznamu.“

16. 01. 2009

Poděkování:

Závěrečnou práci bych nemohla napsat bez souhlasu své pacientky, které chci na tomto místě poděkovat.

Děkuji také paní PhDr. Haně Horové za vedení mé závěrečné bakalářské práce a za cenné rady, které mi při konzultaci poskytla a které jsem mohla využít při psaní své práce.

Obsah

A Úvod	6
B Klinická část.....	7
1 Pneumonie	7
1.1 Charakteristika onemocnění.....	7
1.2 Klasifikace	7
1.3 Klinický obraz.....	8
1.4 Diagnostika	9
1.5 Léčba	9
1.6 Ošetrovatelská péče.....	10
1.7 Prognóza	11
1.8 Prevence	11
2 Identifikační údaje pacientky	12
3 Lékařská anamnéza a diagnózy	13
3.1 Lékařská anamnéza	13
3.2 Lékařské diagnózy.....	15
4 Diagnosticko - terapeutická péče	15
4.1 Diagnostika	15
4.1.1 Fyzikální vyšetření	15
4.1.2 Laboratorní vyšetření	18
4.1.3 Zobrazovací metody	21
4.2 Přehled terapie	23
4.2.1 Farmakoterapie	23
4.2.2 Dietoterapie	25
4.2.3 Pohybový režim	25
5 Stručný průběh hospitalizace	25

C Ošetrovatelská část	26
1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	26
1.1 Subjektivní náhled nemocné na hospitalizaci	26
1.2 Hodnocení sestrou	26
1.3 Základní biologické potřeby	28
1.4 Psychosociální potřeby	31
2 Přehled ošetrovatelských diagnóz	33
3 Ošetrovatelské cíle, plány, jejich realizace a hodnocení	34
4 Edukace	44
5 Závěr a ošetrovatelská prognóza	45
6 Použité zkratky	46
D Seznam použité literatury a další zdroje informací	48

A Úvod

Třetí nejčastější nemocí po stránce mortality jsou pneumonie, na něž umírá ročně ve světě asi 3 až 5 milionů lidí. I přes účinnější izolaci vyvolávajícího agens a účinnou antibioterapii nedochází k příznivému obratu úmrtnosti na toto onemocnění, což je zvláště zejména ve starší věkové populaci nad 75 let.

Možná víc než kdykoliv dřív jsem si v nedávné době uvědomila jednu významnou, a vlastně celkem samozřejmou skutečnost – dýchání je život, bez dýchání není možná existence.

V běžném životě o tom člověk ani nepřemýšlí, potřebu kyslíku si neuvědomuje, dýchá automaticky.

Zlom nastává v okamžiku, kdy se začne něco dít, kdy se tělu nedostává dostatečné množství kyslíku. Je řada příčin, které tento stav zaviní, a mnoho léčebných postupů, které ho pomohou zvrátit. A jedno dnes již vím jistě - nedostatečné dýchání kromě jiného způsobuje i psychický stres, úzkost, strach. Strach ze smrti.

Člověk s poruchou dýchání potřebuje kromě lékařské péče zvýšenou i kvalitní ošetrovatelskou péči, potřebuje pomoc, potřebuje pochopení, silnou empatii.

Proto mě zaujal zdravotní stav 73leté pacientky, která byla dne 10. října 2008 ve večerních hodinách přijata do nemocnice se susp. pneumonií, susp. selháním levého srdce a diabetem mellitus na inzulínu. Při přijetí byla v relativně dobrém stavu, soběstačná, ale následující ráno se pacientky celkový zdravotní stav zhoršil, potřebovala neustálý dohled a celodenní veškerou péči.

Při péči o pacientku jsem si uvědomovala pravdivost slov vyřčených na začátku – dýchání je život, nedostatečné dýchání způsobuje strach.

B Klinická část

1 Pneumonie

1.1 Charakteristika onemocnění

Pneumonie je zánět plicní tkáně, postihující buď stěny alveolů, nebo vmezeřenou (intersticiální) tkáň. Nejedná se o jednotné onemocnění, ale skupinu zánětů, které mají odlišnou epidemiologii, patogenezi, klinické projevy i průběh. Nejčastěji se pneumonie vyskytuje jako komplikace jiné základní choroby (zánět dýchacích cest, v místě plicního infarktu nebo při aspiraci zvratků).

V ČR ročně prodělá onemocnění 1% obyvatel. (8)

1.2 Klasifikace

Záněty plic je možné třídit podle:

- **etiologie na:**

- **infekční** – vedle běžného třídění infekčních agens (bakteriální, virové nebo jiné pneumonie) je nutné zvážit, zda jde o infekci běžnou (plicní záněty získané v rámci rodinného či profesionálního kontaktu - community acquired pneumonia), nozokomiální (tj. infekce získaná v nemocničním prostředí s možností agens rezistentních vůči běžné antibioterapii), oportunní (v tomto případě se stávají patogeny i běžná agens v kombinaci s imunodeficitním stavem hostitele);

- **neinfekční** – k neinfekčním zánětům plic řadíme pneumonie aspirační, inhalační (většinou profesionálního původu), hypersenzitivní (alergické) a iatrogenní (polékové, postradiační).

- **patologickoanatomického třídění** rozeznává pneumonie:

- na úrovni alveolů, kdy probíhající zánět postihuje většinou plicní lalok;

- zánětlivý proces lokalizovaný především v průduškách, který se šíří do přilehlých alveolů, často jde o oboustranný proces;

- zánět intersticiální s tendencí k proliferaci a tvorbě granulomů;

- **klinického průběhu** – dělí pneumonie na typické a atypické;

- **rentgenového obrazu** – rozeznáváme pneumonie

- **lobární** - postihující celý plicní lalok

- **lobulární** = bronchopneumonie, kde zánětlivý proces vede k infiltraci lobulů a tím k poněkud odlišnému rentgenovému obrazu

- **intersticiální** – infekce, a to zejména viry, pronikají přes porušený bronchiální epitel do intersticia

• **průběhu onemocnění** třídíme pneumonie na :

- **akutní** (většinou exsudativní formy s tendencí k remisi);

- recidivující, kde je nutno zvažovat, zda plicní zánět probíhá opakovaně v jedné lokalizaci nebo na různých místech (migrující pneumonie);

- **chronické** (většinou proliferační formy);

Dělení na:

- **primární**, kdy zánět představuje izolovanou plicní chorobu, plíce v tomto případě jsou cílovým orgánem, kde onemocnění probíhá;

- **sekundární**, které jsou pouze plicní komplikací v průběhu celkové infekční (např. pneumonie v průběhu varicelly) nebo systémové choroby, oběhových poruch (tzv. hypostatická pneumonie při městnané srdeční vadě). Do této kategorie patří i pneumonie vznikající v rámci lokálních změn, ať již bronchiálních (např. pneumonie za bronchiální obstrukcí) nebo v plicním parenchymu (pneumonie postradiační). (5)

1. 3 Klinický obraz

Symptomatologie je kombinací celkových příznaků - teplota se zimnicí, třesavka, bolesti hlavy, herpes labialis a respiračních projevů - kašel a dechové obtíže, pleurální bolesti, někdy hemoptýza. Jejich intenzita se liší podle patogenetických mechanismů.

Lobární pneumonie – v současné době jde o relativně vzácné onemocnění. Začíná náhle vzestupem teploty, zimnicí, třesavkou. Nemocný má bolesti pleurálního charakteru, kašel, nejdříve suchý, se mění v produktivní s hnisavou expektorací s možnou příměsí krve. V rentgenovém obraze je patrné homogenní zastínění plicního laloku.

Lobulární pneumonie – příznaky nejsou tak akutní, je zvýšená teplota bez celkové alterace, kašel, pleurální bolesti mohou chybět. V rentgenovém obraze jsou četná, splývající ložiska.

Intersticiální pneumonie – vedle příznaků dýchacího ústrojí (kašel, narůstající dušnost) jsou četné mimoplicní projevy, a to bolesti hlavy, svalů, kloubů. Tyto pneumonie atypické svou symptomatologií lze odlišit i rentgenovými projevy s difúzním postižením obou plic. (5)

1. 4 Diagnostika

Fyzikální vyšetření: poklep může být jasný, při větší infiltraci zkrácený. Dýchání je sklípkové, v místě zkráceného poklepu oslabené s vlhkými vedlejšími fenomény, nepřízvučnými chrůpky.

Rentgenové vyšetření: pro bronchopneumonii svědčí mnohočetná špatně ohraničená, někdy splývající ložiska. Stejně jako pro klinický obraz platí i zde, že rentgenový obraz neumožňuje se jednoznačně rozhodnout pro určité infekční agens.

K identifikaci patogenu je možné v různém biologickém materiálu (sputum, bronchiální sekret, krev, pleurální punktát). Nález patogenu závisí na technice odběru, rychlosti jeho zpracování (do 4 hodin). Vyšetřují se mikroskopicky za pomoci různých barvicích metod (běžně podle Grama) nebo kultivačně na běžných nebo speciálních půdách.

Podle zjištěné příčiny pak je možné stanovit jednotlivé pneumonie: pneumokoková, stafylokoková, klebsielová aj. Diagnóza může být podpořena také sérologicky, tj. zvýšeným titrem sérových protilátek (čtyřnásobný vzestup po 10 – 14 dnech má průkaznou hodnotu zejména u virových pneumonií).

Laboratorní nálezy vykazují známky zánětu, tj. vysokou sedimentaci, CRP, leukocytózu s posunem doleva. (4)

1. 5 Léčba

V popředí stojí aplikace antibiotik. Na začátku onemocnění bez znalosti vyvolávajících agens se uchylujeme k empirické léčbě s představou postihnout běžné patogeny: aminopeniciliny (Amoclen, Ampicilin), tetracykliny (Rolitetracyklin, Doxycyklin- Deoxymykoin), makrolidová antibiotika (Erytromycin, roxitrochinolony). V poslední době se uplatňují i flurochinolony. Dále pak terapii směřujeme podle kultivace a stanovení citlivosti resp. stanovení minimální inhibiční koncentrace. Dávky antibiotik mají být 2 – 4 násobné vzhledem k minimální inhibiční koncentraci, pokud nejsou narušeny hepatální nebo renální funkce. Antibioterapie má trvat 7-10 dnů. Je možné antibiotika kombinovat, a využívat tak jejich synergického účinku. S klinickou odezvou je možné počítat během 5 dnů (asi 80 %), horečka klesá během 48 hodin. Pokud k příznivé reakci nedojde, je nutné pomýšlet na vznik komplikací (absces - empyém). Odezva v rentgenovém obrazu je proti klinickému stavu opožděna, regresi lze očekávat během 2 - 4 týdnů.

Další terapeutické postupy:

- dostatečná hydratace
- nutriční a metabolické požadavky k dostatečné výživě respiračních svalů (ionty) a posílení imunitních dějů
- mukolytika k ovlivnění viskozity sekretů, inhalační terapie
- protizánětlivé preparáty (steroidní a nesteroidní)
- oxygenoterapie – krátkodobá koncentrovaným kyslíkem při akutních kardiopulmonálních onemocněních nebo dlouhodobá o nízké koncentraci při chronických chorobách

1. 6 Ošetrovatelské péče

Úkoly sestry budou záviset na tom, v jaké situaci je nemocný ošetřován, zda v domácím prostředí či v nemocnici.

Je třeba se zaměřit na tělesnou teplotu, zkontrolovat stav hydratace, srdeční činnosti, močení a stav duševní. Sestra předá všechny informace lékaři, který se rozhodne sám pro návštěvu, aby se ujistil, zda nemocný není ohrožován komplikacemi. Při selhání antibiotika první volby odesílá pacienta do nemocnice.

Na nemocničním oddělení je práce sestry rozsáhlejší. Sleduje pravidelně celkový stav klienta, měří mu několikrát za den tělesnou teplotu, kontroluje množství moče a také množství přijatých tekutin. Má-li nemocný třesavku či zimnici, nečeká na ordinaci lékaře a odebírá krev na bakteriologické vyšetření. Řada bakteriálních agens se dá prokázat v krvi v období bakteriémie. Přesto se na tuto skutečnost často zapomíná. Sestra zavede nemocnému infuzi fyziologického roztoku nebo 5% glukózy nitrožilně a v období 30-45 min odebere 5-6 hemokultur. Odebrání jedné hemokultury je mnohdy bezcenné a neprůkazné, protože pravděpodobnost záchytu bakterií v jednom vzorku krve je malá.

Podává klientovi pravidelně léky dle ordinace lékaře, hlavně antibiotika, a všímá si nežádoucích účinků, zvláště u antibiotik penicilinové řady sleduje projevy alergie. Nejzávažnější komplikací je anafylaktický šok. Proto při první dávce antibiotika parenterálně nepouští klienta z dohledu 5 minut. Po uplynutí této doby se anafylaktický šok neobjeví a ostatní alergické projevy již život bezprostředně neohrožují a jsou dobře léčebně zvládnutelné.

U starších klientů bude sestra pečlivě sledovat stav krevního oběhu a činnost srdce. Bude kontrolovat pohmatem tep na periferní tepně a současně palpačně nebo poslechem i na srdci a hodnotit, zda je tep pravidelný. Dle ordinace lékaře bude měřit pravidelně krevní tlak. Bude

sledovat dýchání a každý stav dušnosti bude hlásit. Posuzuje také barvu kůže a sliznic, zda nemocný není cyanotický. Dušným nemocným podává kyslík nosním katétrem v přísunu 1-2 l/min. U starších nemocných bude sledovat stav hydratace, měřit vodní bilanci a podávat dostatečné množství tekutin.

U všech nemocných sleduje kašel, stav expektorace, prohlíží také vykašlané sputum, zda není krvavé nebo hnisavé. Zabezpečuje také odběr sputa na příslušná vyšetření.

Nemocní se sekundárním zánětem plic mívají obvykle poruchu vědomí, vyžadují náročnou a kontinuální ošetrovatelskou péči, parenterální zavodnění, odsávání hlenů, polohování, prevenci dekubitů apod. Je třeba také zavést permanentní katétr a sledovat množství moče.

1.7 Prognóza

- mezi závažná prognostická kritéria patří:

- tachypnoe nad 30/ min
- diastolický tlak pod 60 mmHg
- saturace kyslíkem pod 80%
- kombinace patogenů
- věk nad 60 let a přidružené jiné choroby
- mechanická ventilace trvající déle než 5 dnů s rizikem vzniku nozokomiální pneumonie

1.8 Prevence

Podávání pneumokokové polysacharidové vakcíny a chřipkové vakcíny u osob starších 65 let, u osob s chronickými afekcemi srdce, plic, jater, u diabetiků a osob infikovaných HIV.

(1)

2 Identifikační údaje pacientky

jméno pacientky :	Ch K
oslovení :	paní K
věk :	73 let
vyznání :	bez vyznání
stav :	vdova
adresa :	Ústecký kraj
pojišťovna :	111 VZP
povolání :	důchodkyně, dříve dělnice
vzdělání :	základní
národnost :	česká
alergie :	nekuje, pouze na slunce
telefon :	ano, mobilní
osoba, kterou lze kontaktovat :	dcera J S, mobilní telefon
datum přijetí :	10.10. 2008 20. 30 hodin
důvod přijetí :	febrilie, dušnost trvající 5 dnů
ošetřovala jsem :	11. 10. – 15. 10. 2008

3 Lékařská anamnéza a diagnóza

3. 1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění

Pacientka odeslána lékařskou pohotovostí k hospitalizaci k vyloučení pneumonie pro febrilie kolem 38°C s náhle vzniklou dušností, s celkovou slabostí, kašlem a žlutou expektorací.

Bez dysurických potíží, průjem nemá, břicho nebolí. Špatně se jí dýchá, horší vleže. Více otékají DKK. /2/

Doplněno: Už několik dní /4 - 5/ před hospitalizací se necítila dobře, návštěvu lékaře odkládala. Dcera, která k ní přijela na dovolenou, zavolala lékařskou pohotovost.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 65 letech na cévní mozkovou příhodu, matka v 69 na karcinom prsu /2/

Doplněno: Pacientka má jednu sestru /66 let/, která má artrózu, DM na dietě, jinak zdravá.

Osobní anamnéza

Doplněno: Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci. Je po operaci žlučníku pro lithiázu, přesný rok operace si nepamatuje a ještě v pracovním poměru prodělala infarkt myokardu. Od 53 let má diabetes mellitus, zpočátku na PAD a od 65 let si sama aplikuje inzulin. V anamnéze zvýšená hodnota cholesterolu a hypertenze na terapii. K lékaři chodí pravidelně, kontroluje si glykémie doma glukometrem a sleduje si krevní tlak, hodnoty v normě. Nekouří a alkohol velmi zřídka při velké příležitosti /1a/

Alergologická anamnéza

Neguje

Doplněno: pouze v poslední době alergie na slunce v místě přímého vystavení pokožky, zčervenání s tvorbou puchýřků /1a/

Gynekologická anamnéza

2 těhotenství, 2 porody, menopauza od 45 let bez komplikací /2/

- poslední kontrola léto 2008 po výzvě /nebyla 9 let/, nemá žádné gynekologické potíže /1a/

Pracovně-sociální anamnéza

Doplněno: Pacientka je vdova už 37 let, manžel zemřel na cirhózu jater po žloutence, nikdy už jiného přítele neměla. Žije sama v panelovém domě, v bytě 1+1 ve druhém patře bez výtahu, má dceru, která bydlí 108 km od bydliště mé klientky, často přijede ke své matce a pomůže jí s větším úklidem /např.: při mytí oken, po malování bytu/, syn bydlí 10 km od místa bydliště a často svou matku navštěvuje. S dcerou i synem a jejich rodinami má klientka pěkný vztah, ale bydlet by s nimi nechtěla, i když jí to obě děti nabízejí. Sama si zažádala o domov důchodců, pokud už by na svoji sebeděči nestačila.

V blízkosti svého bydliště má o 7 let mladší sestru, která ji denně navštěvuje a pomáhá, co je potřeba. Má klientka se snaží udělat si všechno sama, pomalu si dojde i na nákup za pomoci kola, na které si dá tašku s nákupem. Občas musí použít i hůlku, protože má bolest páteře. /1a/

Farmakologická anamnéza – v současné době užívá:

Actrapid	5 – 5 – 5 – 0 mj
Insulatard	0 – 0 – 0 – 5 mj
Simvacard 20mg	0 – 0 – 0 – 1
Hipres 5 mg	1 – 0 – 0 – 0
Indap	1 – 0 – 0 – 0
Aescin	1 – 0 – 1 – 0
Cordipin 5mg	1 – 0 – 1 – 0
Maxitrol oční gtt	4xd obě oči

Stav při přijetí

Orientovaná, spolupracuje, námahově dušná, bez cyanózy a ikteru. Obezita. Zornice isokorické, šije volná, jazyk vlhký, karotidy bez šelestu, dýchání s chrůpky do poloviny plic. Akce srdeční pravidelná, kolem 100/min, ozvy ohraničené. Břicho nad niveau, špatně prohmatné, susp. ascites, zdá se bez rezistence, pohmatově nebolestivé. Tapotement vpravo pozitivní, DKK s otoky do 1/3 lýtek, zhojený bércový vřed vlevo /2/

3. 2 Lékařská diagnóza

Febrilie neznámého původu

Susp. pneumonie

Susp. srdeční levostranné selhání

Ischemická choroba srdeční se st. p. IM

Arteriální hypertenze, léčená, kompenzovaná

Diabetes mellitus 2. typu s obezitou na inzulínu

St. p. CHCE

Bércové vředy v anamnéze

4 Diagnostická a terapeutická péče

4.1 Diagnostická péče

4. 1. 1 Fyzikální vyšetření

Objektivní nález vyšetření

Při přijetí při vědomí, dušná, orientovaná místem i časem, spolupracuje. Kůže bez eflorescence, opocená, febrilní.

Hlava: pokleповě nebolestivá, zornice izo +, foto přim., hrdlo klidné, cení symetricky

Krk: krční uzliny nezvětšené, krční žíly s přiměřenou náplní, karotidy pulzace symetrická bez šelestu, štítná žláza nehmatná

Hrudník: poklep plic plný, jasný, poslechově dýchání difusně oslabené, s chrůpky do poloviny plic. AS zrychlená, pravidelná, ozvy ohraničené bez šelestu.

Břicho: bez patologické rezistence, nad úroveň hrudníku, nebolestivé, špatně prohmatné, susp. ascites, játra pod oblouk, slezina nehmatná, bez kýl, jizva na pravé straně po operaci žlučníku

Horní končetiny: symetrické, bez otoků, reflexy +, hybnost v normě

Dolní končetiny: symetrické, otoky do 1/3 lýtek, žíly klidné, arterie: pulz do periferie hmatný, reflexy +. Jizva na LDK po bércovém vředu, trofické kožní změny bérců. Hybnost přiměřená.

Per rektum: nevyšetřeno

Fyziologické funkce:

TT			
Datum	R	P	V
10. 10.	-	-	38,5 °C, 37,9
11. 10.	38,4 °C	37,4 °C	37,0 °C
12. 10.	36,9 °C	37,0 °C	37,4 °C
13. 10.	35,7 °C	-	36,5 °C
14. 10.	36,5 °C	-	36,7 °C
15. 10.	35,8 °C	-	

TK			
Datum	R	P	V
10. 10.			140 / 65
11. 10.	120 / 75	115 / 70	130 / 70
12. 10.	130 / 80	120 / 75	125 / 75
13. 10.	115 / 75	120 / 70	130 / 70
14. 10.	125 / 75	120 / 80	
15. 10.	115 / 70		

Puls			
Datum	R	P	V
10. 10.	-	-	120 ´
11. 10.	110´	115´	90´
12. 10.	85´	90´	88´
13. 10.	130´	110´	
14. 10.	115´		
15. 10.	110´		

Dechová frekvence			
Datum	R	P	V
10. 10.	-	-	18
11. 10.	20	20	22
12. 10.	18	18	20
13. 10.	22	20	20
14. 10.	18	16	18
15. 10.	18		

Antropometrické měření:

Tělesná hmotnost: 81 kg BMI 29 - nadváha

Výška: 167 cm

4.1.2 Laboratorní vyšetření:

1 a) vyšetření krve

Biochemické vyšetření					
Datum	11. 11.	12.11.	13.11.	14.11.	Referenční hodnota
Název					
Urea	13,8	25,6	30,6	31,6	2,5 - 8,3 mmo l/l
Kreatinin	196,5	223,5	238,8	266,5	53,0 - 115,0 μmo l/l
Na	135,0	132,0	134,0	132,0	133,0 - 145,0 mmo l/l
K	4,5	4,4	4,7	4,1	3,5 - 5,4 mmo l/l
Cl	102,0	96,6	96,0	98,0	95,0 - 110,0 mmo l/l
Bilirubin	15,8	12,1			0,0 - 24,0 μmo l/l
bilirubin konj.	0	0			0,0 arb.j.
AST	0,25	0,41			0,08 - 0,92 μkat /l
ALT	0,14	0,23			0,12 - 0,82 μkat /l
ALP	1,47	1,01			0,90 - 2,29 μkat /l
GMT	0,18	0,15			0,17 - 1,80 μkat /l
TGL	1,90				0,00 - 1,92 mmo l/l
Cholesterol	5,9				3,7 - 5,2 mmo l/l
Glykémie	9,0				3,6 - 5,6 mmo l/l
kysel. močová	538				166,0 - 416,0 μmo l/l
CRP	77,6	114,4		101,5	0,0 - 10,0 mg /l
S amylasa	0,6	0,5			0,0 - 1,7 μkat /l

Tabulka pro sledování glykémie						
Datum	10.10	11.10.	12.10	13.10	14.10	15.10
Čas						
6.00		6,53	6,1	8,2	6,3	4,56
11.00		10,9	8,7	13,2	7,0	6,35
17.00	6,16	13,5	6,1	9,2	8,1	
21.00	4,89	4,2	4,0	6,0		

Hematologické vyšetření					
Datum	11.10.	12.10.	13.10.	14.10.	Referenční hodnota
Leukocyty	17,7	12,3	11,7	10,6	3,5 - 10,1 10 ³ /mm ³
Erytrocyty	4,78	3,43	3,23	3,18	4,20 - 5,80 10 ⁶ /mm ³
Hemoglobin	15,0	12,5	11,5	10,6	13,5 - 17,5 g/dl
Hematokrit	0,432	0,321	0,316	0,291	0,350 - 0,460
objem ery	90	91	91	92	80,0 - 95,0 um ³
str.bar.koncent.	34,2	33,4	32,3	34,2	32,0 - 37,0 g/dl
Trombocyty	300,0	356	241	222	120 - 400 10 ³ /mm ³
FW	48 / 100				8/12

Hemokoagulační vyšetření					
Datum	11.10.	12.10.	13.10.	14.10.	Referenční hodnota
aPTT tr.čas	49,2				27,0 - 38,0 s
Raptt	1,34				0,80 - 1,20
INR	1,04				0,75 - 1,30
Hladina protrombinu	88,2				70,0 - 120,0 %
Protrom.čas	13,2				13 - 15 s
Vyšetření krevní skupiny KS A1 Rh poz.					

Vyšetření krve dle Astrupa					
Datum Název	11. 10.	12.10.	13.10	14.10.	Referenční hodnota
BEvt	↑5,8	↑-7,0			- 2,0- 2,0 mmlo/l
BEvv	↑4,4	↑-5,4			- 2,0- 2,0 mmlo/l
pH	7,411	7,406			7,35 - 7,45
pCO ₂	↓4,05	↓3,86			4,26 - 5,59 kPa
pO ₂	↓4,84	↓5,99			9,98 - 13,30 kPa
HCO ₃ act	↓18,9	↓17,7			20,0 - 24,0 mmol/l
HCO ₃ std	20,2	↓19,7			20,0 - 24,0 mmol/l
tCO ₂	↓19,8	↓18,6			21,0 - 25,0 mmol/l
sat O ₂	↓71	↓82,0			92,0 - 98,0 %

1b) vyšetření moče

M+S					
Datum	11.10.	12.10.	13.10	14.10	Referenční hodnota
pH	5		5		5 - logH+
U-bílkovina kv.	3		4		0 arb.j
U-glukoza	0		3		0 arb.j
U-bilirubin	0		0		0 arb.j
U-urobilinogen	0		0		0 arb.j
U-krev	1		3		0 arb.j
U-erythrocyty	překryto leuko		překryto leuko+ery		0-4 arb.j
U-leukocyty	- „ -		- „ -		0 arb.j
Válce	- „ -		- „ -		0
Epitelie	- „ -		- „ -		1-4
Bakterie	- „ -		- „ -		0
Kvasinky	- „ -		- „ -		0
Uráty	- „ -		- „ -		0
Oxaláty	- „ -		- „ -		0
Hlen	- „ -		- „ -		0
Drť	- „ -		- „ -		0
Tripelfosfaty	- „ -		- „ -		0
Krystaly	- „ -		- „ -		0

4.1.3 Zobrazovací metody

EKG:

10. 10. 08

SR, tachykardie, Q III, ST deprese I, V5-6

11. 10. 08

FS, ložiskově stejně

13. 10. 08

SR, Q III, ST deprese I, a VL, laterálně t. č. bez depresí

11. 10. 08 rtg S+ P

Nehomogenní zastření v dolním plicním poli vpravo nasedající na pravý hilus, který je rozšířený, vlevo bez čerstvých ložiskových změn, stín srdeční rozšířen, levý hilus bohatší cévně, kalcifikace aortálního oblouku.

Závěr: Bronchopneumonický infiltrát vpravo

Plicní venózní hypertenze

13. 10. 08 rtg S+ P

Homogenní zastření v dolním plicním poli, pravá polovina bránice nediferencovatelná, nehomogenní zastření ve středním plicním poli, pravý hilus rozšířený s parahilosně sníženou transparentí, zesílený peribronchiální lem, levý hilus rozšířený cévní, stín srdeční rozšířen

Závěr: Progrese zánětlivého bronchopneumonálního infiltrátu vpravo, městnání v plicním oběhu

11. 10. 08 Sono horní a dolní poloviny břicha

pro plynatost vyšetření orientační

Játra 14 cm přiměřené echogenity homogenní, žlučovody nerozšířeny, hlava a tělo pankreatu nezvětšené, ledviny souměrné, vlevo dvě korové cysty, největší 4cm, v oblasti dřene hyperechogenní stín 6 mm s akustickým zástínem jako obraz v.s. konkrement, jinak ledviny k věku normální struktury, slezina nezvětšená, ascites neprokázán, v.s. fluidothorax vpravo

Závěr : Cysty a v.s. konkrement v levé ledvině

Fluidothorax vpravo

13. 10. 08 Sono horní a dolní poloviny břicha

Nález stejný jako při minulém vyšetření, vyšetřením hydronefrózu neprokazují

12. 10. 08 ECHO transthorakální

- vyšetřitelnost je dobrá, nicméně pacientka netoleruje horizontální polohu, vyšetření ukončeno předčasně pro progresi dušnosti

- dilatace síní, hlavně levé, patrná významná dysfunkce LK, hypokineza více vyjádřena na spodní stěně, EF 0,25- 0,30, Ao 30, bulbus 31, LS 48, PK 23, IVS 11, LK 55/47

V max. Ao 0,8 m/s, regurgitace PG max. na trikusp. chl. přes 60 mm/Hg, při tangenc. zachyceném jetu aortální chlopeň ztluštělá, bez patol. grad., regurg. zřejmě jen malá, mitrální ztluštělá, echogenní, hlavně baze zadního cípu, velká centrální regur. do celé síně, trikusp. morfol. nelze, velká regur., patol. grad., pulm. nezobrazena. Není zjevný perikardiální výpotek. DDŽ nelze.

Závěr: Těžká systolická dysfunkce levé komory srdeční, EF odhadem 0,25 - 0,30 %, hypokineza s maximem v oblasti spodní stěny, hemodynamicky významná mitrální regurgitace, dilatace levé síně, významná trikuspidální regurgitace a plicní hypertenze.

Vyšetření jen orientační pro intoleranci horizontální polohy.

Doporučuji kontrolu s odstupem po zlepšení klinických projevů srdečního selhání.

Pozn. prognosticky závažný nález

4. 2 Přehled terapie

4. 2. 1 Farmakoterapie

Tabulka terapie

Datum	10.10.	11.10.	12.10.	13.10.	14.10.	15.10.
Název léku						
Actrapid inz	5-5-5j	5-5-5j	5-5-5j	5-5-5j	5-5-5j	5-
Insulatard inz	0-0-0-5j	0-0-0-5j	0-0-0-5j	0-0-0-5j	0-0-0-5j	0-
Simvavard 20mg	0-0-0-1	0-0-0-1	0-0-0-1	0-0-0-1	0-0-0-1	0-
Hipres 5mg	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Indap 2,5 mg	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Cordipin 5mg	1-0-1	1-0-1	1-0-1	1-0-1	1-0-1	1-0-
Ambrobene	0-0-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-
Furon 40mg 20mg	0-0-1 0-0-0	1-0-0 0-0-0	1-0-0 0-2-0	1-0-0 0-2-0	1-0-0 0-0-0	1- 0-
Augmentin 675	po 8hod	po 8hod	po 8hod	po 8hod	po 8hod	po 8hod
Paralen 500mg	d.p.	d.p.	d.p.	d.p.	d.p.	
Nutrison	-	-	1x500ml	2 x 500ml	2 x 500ml	
Degan tbl	-	-	1-1-1	1-1-1	1-1-1	1-
Talliton 6,25mg	-	-	-	1-0-1	1-0-1	1-
10% G +HMR	-	2x	2x	1x	1x	
Heparin 5000j	-	-	-	-	po8hodsc	po8hodsc
ANP 100mg	-	-	-	-	0-1-0	0-
Maxitrol gtt obě oči	1-1-1-1	1-1-1-1	1-1-1-1	1-1-1-1	1-1-1-1	1-1-1-1

Obchodní Název	Generický název	Forma léku	Indikační skupina	Způsob aplikace
Actrapid	insulinum humanum biosynteticum amorphum	inj	antidiabetikum	s.c.
Insulatard	insulinum humanum biosynteticum isophanum	inj	antidiabetikum	s.c.
Simvacard 20mg	simvastaticum	tbl	antihypercho- lestemika	per os
Hipres 5mg	amlodipinum	tbl	antihypertenziva	per os
Indap	indapamidum hemihydricum	tbl	antihypertenziva diuretikum	per os
Cordipin 5mg	nifedipinum	drg	hypertenziva	per os
Ambrobene	ambroxoli hydrochloridum	tbl	mukolitikum	per os
Furon 40mg 20mg	furosemidum	tbl inj	diuretikum	per os i.v.
Augmentin 675	amoxicillinum	tbl	antibiotikum	per os
Paralen 500mg	paracetamolum	tbl	antipyretikum	per os
Nutrison				per os
Degan tbl	metoclopramidi dihydrochloridum monohydricum	tbl	prokinetika	per os
Talliton 6,25mg	carvediolum	tbl	antihypertenziva	per os
10% G +HMR		inf		i.v.
Heparin 5000j	heparinum natricum	inj	antikolagulancia antitrombolitika	s.c.
ANP 100mg	acidum acetylsalicylicum	tbl	antiagregans	per os

4. 2. 2 Dietoterapie

Dietu diabetickou /9/, lékař zatím neuvažuje o snížení soli, tekutiny do 1,5 litrů vzhledem k diagnóze susp. srdeční selhání.

4. 2. 3 Pohybový režim

Pacientka má naordinovaný relativní klid na lůžku, ale pro těžkou ortopnoi pohyb znemožněn, po diagnostikování selhání levého srdce klid na lůžku /v křesle/.

5 Stručný průběh hospitalizace

Pacientka přivezena lékařskou pohotovostní službou pro febrilie a kašel, které doma před hospitalizací trvaly asi 5 dnů. Jde o pacientku, která si aplikuje už 8 let inzulin svým inzulinovým perem. Diabetes nyní kompenzován. Při příjmu ještě zachována soběstačnost, ale v průběhu 12 hodin vzhledem k výrazné ortopnoi zhoršená soběstačnost.

Dle rtg snímku pneumonie vpravo, klinicky známky srdečního selhání. V úvodu ortopnoe, po 2 dnech mírné zlepšení, postupné zhoršení renálních funkcí.

Pacientka užívala ATB z důvodu pneumonie a infekce močových cest, diuretika, inzulin, antiagregancia, infuzní terapii.

5. den hospitalizace v 13.50 náhlý kolapsový stav TK 90/35, TF 66', pacientka spavá, bledá, na oslovení reaguje, odpovídá s latencí, má objemnou enteroragii.

Překlad na JIP, zde parenterální léčba, transfúze /3 EK/ a provedena fibroskopie s výsledkem krvácení do žaludku, nelze najít zdroj krvácení, možné zítřa provést kontrolní fibroskopii po uklidnění krvácení. Léčba konzervativní Helicid, Remestyp i. v., parenterální výživa.

Během pobytu na JIP setrvale dušnost NYHA III st., několik epizod fibrilace síní se spontánním převodem na sinusový rytmus, bilance tekutin vyrovnaná 2000 ml s TK okolo 110 mmHg .

Kontrolní fibroskopie 16. 10. Doporučení: vzhledem k opakovanému nálezu známek krvácení ze žaludku s nemožností revize sliznice pro koagula na VK – dnes bez známek zlepšení – domluvit endoskopii v nemocnici Libereckého kraje / pokud to stav pacientky dovolí/. Naším přístrojovým vybavením t.č. kompletní revizi žaludku s nálezem zdroje krvácení nemohu zaručit . Domluven překlad do nemocnice v Libereckém kraji na 17.10. /2/

C Ošetrovatelská část

1 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1.1 Subjektivní náhled nemocné na nemoc a hospitalizaci

Pacientka je v nemocnici opakovaně. Nyní je v nemocnici nešťastná, je smutná, že jí přijela dcera domů na návštěvu a místo, aby byly obě spolu, musela odjet do nemocnice, kde je hospitalizovaná. Do nemocnice přišla ještě relativně schopná a soběstačná a náhle do rána druhého dne se jí soběstačnost zhoršila, musí sedět v křesle, v lůžku jí poloha nevyhovuje pro ortopnoi. Vyhovuje jí oxygenoterapie, kterou hodnotí jako kladnou, lépe se jí dýchá.

Dietu moc nedodrží, ráda si dá i sladké jídlo, nejí pestrou stravu, i když ví, že má cukrovku na inzulínu.

Má starost, že má objednanou za tři dny oční kontrolu u své oční lékařky, aby jí napsala léky, protože už jí dochází kapky a musí je brát trvale. Potřebuje poradit, zda bude moci oční lékařku navštívit.

Věří, že jí v nemocnici pomůžou a že půjde brzo domů, počítá s hospitalizací asi nejdéle 14 dnů, vzala si s sebou 1000 Kč na poplatek za hospitalizaci, dcera jí prý může přinést další peníze, kdyby se hospitalizace prodloužila. /1a/

1.2 Hodnocení sestrou

Má pacientka je 73letá důchodkyně, 37 let vdova. I ve svém vážném stavu plně orientovaná v čase i prostoru, objektivně dušná, zaujímá ortopnoickou polohu v křesle pro kardiaky a je napojená na centrální rozvod kyslíku, který přijímá kontinuálně polomaskou asi 4-5 litrů kyslíku za hodinu.

Při kašli má mírnou bolest na prsou a žlutou, hustou expektoraci. Má nechutenství už 4 - 5 dnů, nauzeu neguje a nezvrací, bolest břicha nemá. Má diabetes mellitus na inzulínu, má u sebe své inzulínové pero, ale inzulín musí nyní aplikovat sestra, dle ordinace lékaře a aktuálních hodnot hladiny glykémie a stravy. Strava se musí sledovat, abychom věděli, co přesně sní za 24 hodin.

Je plně kontinentní, ale používá pro jistotu absorpční vložky, musíme sledovat, zda nedochází k inkontinenci.

Při chůzi pacientka používá hůl, ale nyní nelze, zhoršena soběstačnost z důvodu dušnosti, částečně závislá na pomoci sestry.

Je unavená, plačtivá, smutná z celkového svého zdravotního stavu, i když si plně neuvědomuje jeho závažnost, ale v nemocnici nechce být, také z důvodu, že má doma na návštěvě dceru, která za ní přijela.

Má celkově dobré rodinné zázemí a i možnost umístění do domova důchodců /při ztrátě soběstačnosti/, v místě bydliště syna, který ji tam bude moci denně navštěvovat. Pacientka si sama podala žádost do domova důchodců.

Paní Ch K si úplně neuvědomuje závažnost svého zdravotního stavu, není zcela informována o všech svých závažných diagnózách, myslí si, že pokud se jílepší její dýchání a vyléčí si zápal plic, půjde domů.

1.3 Základní biologické potřeby

Potřeba dýchání

- dříve dušnost neměla, během 4-5 dnů doma postupné zhoršení dušnosti, nejprve jen po větší námaze, či chůzi do schodů, ale ne tak výrazná jako nyní
- nekouří a nikdy nekouřila, nezdržuje se ani v žádném zakouřeném prostředí
- pacientka při příjmu dušná, do rána zhoršení dušnosti až ortopnoe, zaujímá polohu v křesle, strach z dušnosti
- při mluvení potíže z důvodu dušnosti
- nyní trvale na oxygenoterapii
- objektivně mírná cyanóza rtů, jinak pacientka bledá
- dýchání asymetrické, slyšitelné, dechová frekvence 18-22 /min
- kašel se žlutou expektorací

Potřeba tišení bolesti

- bolest akutní na prsou při kašli, nelze změřit, píchavá, snesitelná
- bolest zad / bederní krajina / chronická, více při chůzi a stání – na VAS st. 3, nyní ji neobtěžuje, protože sedí, v křesle bolest zad mírnější, snesitelná
- při chůzi musí používat hůlku, potom úleva od bolesti
- pomáhá ještě promazání analgetickou masťou
- bolesti břicha nemá
- bolesti pacientku nyní netrápí

Potřeba výživy

- pacientka má dodržovat dietu diabetickou, doma ji nedodržuje, nemá pevnou vůli k tomu, aby dietu dodržovala, má ráda i sladká jídla
- stravuje se často stejně, nejí pestrou stravu, skoro každý den má brambory, které má ráda
- v nemocnici by dietu ráda dodržovala, ale nyní pro nechutenství nechce žádné jídlo
- nauzeu nejuje, nezvrací
- uvědomuje si svoji nadváhu, nyní si myslí, že zhubla, protože už 4-5 dnů nejí, ale nelze objektivně změřit, neznáme váhu před hospitalizací
- BMI 29 – nadváha
- chrup pacientky úplný, horní zubní protéza, funkční

Potřeba hydratace

- příjem tekutin má pacientka různý, vypije denně asi od 500 – 3000 ml/ 24 hod, dle žízně
- pije ráda vodu a každé odpoledne černou kávu
- projevy dehydratace nemá
- kožní turgor zachován, na DKK otok lýtek asi do 1/3
- jazyk a dutina ústní vlhká
- kůže má pacientka suchou, hlavně po koupeli, při febrilních potivou

Potřeba osobní péče a hygieny

- doma se pravidelně sprchovala večer před spaním
- nyní ví, že se bude sprchovat spíše ráno a to jí nevadí, ale raději by se sprchovala s pomocí na vozíku, než se umývala u umyvadla
- hlavu je zvyklá si umývat 1x za týden, ale nyní si ji chce umýt, až přijde domů ve svém domácím prostředí
- do nemocnice přišla pacientka zcela soběstačná, nezávislá na druhé osobě
- nyní je dle Barthelova testu středně závislá na pomoci sestry /40b/ z důvodu dušnosti
- suchá kůže a při zvýšené teplotě pocení
- vlasy má upravené, po trvalé
- na LDK jizvy po bércovém vředu

Potřeba vyprazdňování stolice

- stolice spíše pravidelná 1x za 2 dny, různou dobu během dne
- občas užívá Guttalax, pokud stolice není do tří dnů
- v nemocnici zatím nelze hodnotit, na stolici nebyla
- břicho měkké, nebolí
- meteorismus nemá, větry odchází normálně

Potřeba vylučování moče

- doma častější močení, dle příjmu tekutin
- potřebuje mít v blízkosti WC, či pokojový klozet
- pro lepší pocit bezpečí používá absorpční vložky
- absorpční vložky z důvodu kašle a následného úniku moče, které pacientka popírá
- pacientka plně kontinentní, dysurické potíže neguje
- moč slámově žlutá, bez příměsí, diuréza / 500 - 1050 ml/24 hod /

Potřeba spánku a odpočinku

- pacientka udává, že doma spí asi 8-9 hodin přes noc, usíná obvykle kolem 22.00 hodiny a budí se ráno kolem 6.30 a cítí se odpočatá a spokojená
- má ráda, když si může každý den po obědě také asi hodinu zdřímnout
- předspánkové rituály nemá
- večer se dívá na první televizní pořady od televizních zpráv a na první film či seriál a potom jde spát
- nyní se cítí nevyspalá, už asi 5. den nemůže usnout, a když usne, často se budí
- vyčerpaná, unavená, objektivně bledá
- pospává pouze v křesle, musí zaujímat ortopedickou polohu

Potřeba tepla a pohodlí

- pacientka snáší spíše chladnější teplotu, doma mívá kolem 20°C a často větrá, myslí si, že nemoc, kterou teď má, si mohla způsobit právě z toho, že má velmi často otevřené okno, ze kterého se ráda dívá na ulici
- pacientku v den hospitalizace uložili na dvojlůžkový pokoj, který je od sesterny vzdálen a je ve zvýšeném mezipatře po 5 schůdkách / není rozveden centrální kyslík /
- ráno 11. 10. jsme pacientku museli přestěhovat / pro výrazné zhoršení dušnosti a soběstačnosti / na pokoj třílůžkový v blízkosti sesterny s centrálním rozvodem kyslíku
- lůžko u okna a v pokoji s možností křesla pro kardiaky, ve kterém pacientka musí nyní sedět pro dušnost
- nesnáší teplo, v křesle nechce přikrývku, vyhovuje jí malý polštářek pod hlavu
- teplota v místnosti asi 23°C, chce více větrat

Potřeba psychické a fyzické aktivity

- pacientka byla doma zcela soběstačná, pouze s větším úklidem jí pomáhala sestra či dcera, sama si obstarala nákup i uvařila oběd
- na nákup používá kolo, aby si mohla větší nákup dovést, tašku dala na řídítka a kolo vedla, zvládala i bez hůlky
- bez kola používá hůlku, lépe se jí chodí a má mírnější bolest zad
- pacientka dříve ráda četla, pletla, dělala různé ruční práce
- nyní pro zhoršení zraku pouze poslouchá rádio a více se dívá na televizi
- psychicky i fyzicky se cítila dobře, ale posledních 5 dnů, co má febrilie, je unavená, vyčerpaná, nevyspalá

Potřeba sexuální

- pacientka je 37 let vdova a žádného jiného partnera prý neměla
- po ztrátě manžela se věnovala jen svým dětem

1.4 Psychosociální potřeby

Potřeba bezpečí a jistoty

- pacientka si zcela neuvědomuje závažnost svého stavu, věří, že se do 14 dnů dostane domů a moc se těší
- není zcela informována o svém zdravotním stavu
- má strach z dušnosti, nechce si lehnout do lůžka, protože se dušnost zhorší
- má strach, že se udusí a cítí se bezpečněji, pokud má v blízkosti ošetřující personál
- je spokojená, když má kontinuálně napojen kyslík, který dostává polomaskou
- pacientka komunikuje dobře i přesto, že je dušná, občas si musí odpočinout a odpovědět až po chvíli
- je spokojená s personálem a sestry chválí
- má obavy, že nestihne plánovanou kontrolu u svého očního lékaře, je závislá na tom, aby jí napsal další oční gtt
- působí na mne celkově úzkostným a smutným výrazem

Potřeba intimity

- hygiena ani vyprazdňování na pokoji pacientce nevadí, pokud to prý nebude vadit ostatním pacientkám
- nemá zvláštní požadavky na soukromí, ale byla by ráda, kdyby se mohla sprchovat v koupelně na vozíku

Potřeba lásky a sounáležitosti

- pacientka je vdova už 37 let, nikdy už jiného muže neměla, vychovala s láskou své dvě děti / syn, dcera /
- pacientka velice pěkně mluví o své sestře, která jí pomáhá s větším úklidem
- doma sestra pacientku denně navštěvuje, většinou odpoledne / pijí spolu černou kávu /
- ráda a pěkně mluví o svých dětech s rodinami
- u syna i dcery by mohla bydlet po ztrátě soběstačnosti, ale pacientka nechce z důvodu, že mají rodiny a nechce nikomu přidělovat práci a starost
- má podanou žádost do domova důchodců po ztrátě soběstačnosti
- bude ráda, když ji sestra, syn a dcera s rodinami budou navštěvovat
- je s nimi i ve spojení mobilním telefonem, který má u sebe
- pacientka má potřebu komunikace, ale nyní pro výraznou dušnost mluví spíše jen s personálem
- na pokoji má dvě spolupacientky, které jsou spíše pasivní a nevnímají své okolí

Potřeba realizace

- pacientka se na sebe zlobí, že mohla nastydnout u otevřeného okna a musí být hospitalizována
- byla by raději doma, protože má nyní doma dceru na návštěvě
- je smutná, že se nemůže sama pohybovat a že je závislá na pomoci sestry
- ráda by četla knížky, ale nyní špatně vidí a je celkově unavená
- krátký článek v časopise či novinách si ráda přečte
- nevadí jí, že na pokoji není televize

2 Přehled ošetřovatelských diagnóz podle priorit pacientky

11. 10. 2008

- 1/ Porucha výměny plynů následkem onemocnění plic a srdce projevující se dušností
- 2/ Porucha spánku z důvodu dušnosti, projevující se obtížným usínáním, únavou a slovními stesky na nedostatek spánku
- 3/ Porucha soběstačnosti v základních činnostech (v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání) jako následek poruchy srdeční funkce (projevující se neschopností sebeobsluhy)
- 4/ Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy z důvodu nechutenství projevující se vrácením nesnědeného jídla
- 5/ Strach z dalšího průběhu onemocnění z důvodu nelepšícího se stavu, projevující se úzkostí, smutkem a plačtivostí
- 6/ Riziko vzniku urgentní inkontinence v důsledku podávání diuretik
- 7/ Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity a zavedení PŽK

12. 10. 2008

- 8/ Neznalost pojmů z důvodu nedostatečných informací projevující se strachem a smutkem
- 9/ Pálení a řezání v okolí ústí močové trubice z důvodu permanentního katétru
- 10/ Riziko vzniku zácpy z důvodu imobilizace
- 11/ Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu ztráty soběstačnosti

3 Ošetrovatelské cíle, plány, jejich realizace a hodnocení

1/ Porucha výměny plynů následkem onemocnění plic a srdce projevující se dušností

Cíl

- pacientka udává zmírnění dušnosti a snížení expektorace
- při dýchání nezapojuje pomocné dýchací svaly
- pacientka má normální barvu rtů, bez cyanózy
- dechová frekvence 16 – 18 dechů /min, saturace kyslíku 90%

Plán

- pomoci zaujmout ortopnoickou polohu v křesle pro kardiaky u okna
- podávat kontinuálně kyslík přes nebulizátor asi 4 - 5 l/ za min polomaskou
- bedničku pod nohy pacientky
- provádět pravidelně po 3 hodinách přes den poklepovou masáž
- častěji měnit sputovku, ale nechat ukázat každý den lékaři ke kontrole
- kontrolovat, zda je voda v odpařovači na pokoji
- kontrolovat pravidelně FF, barvu kůže a stav vědomí, změny hlásit lékaři
- přes noc nechat pacientku sedět v křesle pro kardiaky
- pokoj větrat a udržovat teplotu v místnosti asi 22°C, větrat nepřímo
- nezatěžovat pacientku nadměrnou komunikací

Realizace plánu

Pacientku jsem umístila na pokoji do křesla pro kardiaky. Pod nohy jsem jí dala menší bedničku, aby byl zabezpečen krevní návrat.

V pokoji je centrální rozvod kyslíku, pacientka byla kontinuálně napojena a kyslík dostávala polomaskou přes nebulizátor rychlostí 4 - 5 l/min.

S pacientkou jsem pravidelně prováděla poklepovou masáž, dvakrát za den tuto činnost prováděla fyzioterapeutka. Každý den jsem doplnila vodu do odpařovače a pravidelně jsem větrala pokoj a udržovala v pokoji teplotu asi 22°C. Sledovala jsem pečlivě FF, barvu kůže, rtů a stav vědomí a vše zaznamenávala. S pacientkou jsem hovořila a byla s ní v kontaktu. Měnila jsem denně a dle potřeby sputovku, na vizitu jsem ponechala k nahlédnutí lékaři.

Na noc pacientka byla ponechána v křesle pro kardiaky.

Hodnocení

Cíl splněn částečně, intervence pacientce vyhovovaly, dušnost a cyanóza jsou mírnější, ale stále přetrvává, dechová frekvence 20, vykašlávání žlutého sputa přetrvává, charakter sputa se změnil po třech dnech, sputum je méně vazké, lépe se vykašlává. Pacientka se v noci i přes veškeré intervence nevyspala. Důvod, proč ošetrovatelská diagnóza vznikla, nevyrazil, a proto se v intervencích musí intenzivně pokračovat.

Pátý den trvá vykašlávání žlutého sputa, ale je světlejší s příměsí krve. Sputovka se musí měnit třikrát za den.

2/ Porucha spánku z důvodu dušnosti, projevující se obtížným usínáním, únavou a slovními stesky na nedostatek spánku

Cíl

- pacientka usíná do 30 minut po uložení do lůžka či křesla
- nebudí se častěji jak dvakrát za noc a po probuzení usíná do 15 minut
- pacientka má pocit pohody a spokojenosti, není unavená

Plán

- pacientku ponechat na noc v křesle pro kardiaky, upraveném, čistém, molitan pod hýždě
- opatření zabezpečující polohu a pohodlí před spaním
- pohodlné noční oblečení /pozor na holá záda/
- pomoc s hygienou před spaním, namazání zad a hýždí
- zbytečně nebudit, nedělat na oddělení hluk
- kontrola pacientky tiše a ohleduplně
- naslouchat steskům a snažit se je řešit aktuálně
- pouze tlumené světlo na noc
- dle lékaře bronchodilatancia

Realizace

Pacientce jsem pomohla s osobní hygienou na noc u umyvadla a promazala jsem jí záda i hýždě mentolovým mazáním a na noc jsem ji uložila dle jejího přání do kardiackého křesla, v křesle měla molitan a vše čisté a suché. Se sestrou, která měla noční službu, jsem se

domluvila, aby chodila na pokoj tiše a aby byl na oddělení celkově klid. Používala noční světlo. Na noc dostala ve 21.00 dle lékaře i.v. Syntophyllin 1 amp.

Hodnocení

I přes veškeré intervence a snahu noční sestry se nepodařilo dosáhnout stanoveného cíle, protože stále trvala příčina dušnosti. Pacientka si na únavu a nedostatek spánku stále stěžovala, ale i přes to byla spokojená, že se o její pohodlí staráme a že máme velkou snahu, aby se jí dařilo lépe. Za vše děkovala a pousmála se jako výraz spokojenosti, ale objektivně na ní byla únava a vyčerpání vidět. Ošetrovatelská diagnóza, cíl i intervence stále pokračují.

3/ Porucha soběstačnosti v základních činnostech (v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání) jako následek poruchy srdeční funkce (projevující se neschopností sebeobsluhy)

Cíl

- pacientka se cítí čistá a upravená
- pacientka chápe rizika spojená se snížením pohyblivosti

Plán

- změřit rozsah mobility /Barthelův test/
- 1x za den, nejlépe ráno, koupel ve sprše na pojízdném vozíku za pomoci personálu
- ve sprše zajistit klima prostředí, nevytvářet páru
- promazat 2x denně pokožku tělovým mlékem /pacientka má své/
- umožnit vždy po jídle vyčistit dutinu ústní a vypláchnutí úst, pomůcky dát k ruce pacientce
- prevence proleženin a dekubitů dle standardu
- pacientce pomoci, ale nechat ji zapojovat se do procesu sebeobsluhy dle momentálního stavu dušnosti
- nezapomenout pochválit za snahu

Realizace

Změřila jsem rozsah soběstačnosti své pacientky, dle Barthelova testu má pacientka dosáhla 45 bodů, je částečně závislá na pomoci druhých.

Ráno jsem odvezla pacientku do sprchy na vozíku a rychle jsem provedla koupel /pacientka si sama část těla umyla/, promazala jsem celé tělo tělovým mlékem a namazala záda a hýždě mentolovým mazáním. Dutinu ústní jsem pacientce umožnila vyčistit a vypláchnout vždy po jídle.

Pacientka se snažila zapojit do všech činností a já ji za snahu vždy pochválila, ale péči o sebe nezvládala, dušnost jí stále bránila se více pohybovat.

Hodnocení

Cíl splněn, pacientka se cítí spokojená a čistá, snaží se spolupracovat. Problém pacientky přetrvává, i když byl cíl splněn, protože nevymizely důvody, které vedly ke vzniku ošetřovatelské diagnózy.

4/ Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy z důvodu nechutenství projevující se vrácením nesnědeného jídla

Cíl

- pacientka sní alespoň polovinu porce
- hmotnost se nebude snižovat

Plán

- zjistit důvody nechutenství
- komunikovat o možných příčinách
- podávat menší porce
- podávat je esteticky upravené
- dle lékaře Nutrison, parenterální výživa

Realizace

S pacientkou jsem komunikovala o možných důvodech nechutenství, kterými jsou kašel, vykašlávání sputa, podávání ATB a srdeční selhání. Porce jídla dostávala menší, esteticky upravené, dle standardu podávání jídla

2. den hospitalizace dle lékaře nasazena infuzní parenterální výživa, pacientka 3. den hospitalizace podáván na popíjení Nutrison, který jsem jí doporučila popíjet po doušcích.

Hodnocení

I přes veškeré intervence po celých 5 dnů pacientka trpěla nechutenstvím, jídlo vracela, nic nesnědla. 5. den mého ošetřování se zjistil další důvod nechutenství, dle vyšetření fibroskopie pacientka měla krvácení do žaludku s následnou masivní enteroragií.

První cíl nebyl splněn, pacientka snědla jen nepatrnou část porce. Snažila jsem se domluvit i na individuální dietě, ale pacientka chuť neměla a snědla vždy jen několik soust jídla. Druhý cíl nelze zhodnotit, hmotnost se nesnižovala, ale hodnocení snižování váhy je neobjektivní vzhledem k diuretické léčbě.

5/ Strach z dalšího průběhu onemocnění z důvodu nelepšícího se stavu, projevující se úzkostí, smutkem a plačtivostí

Cíl

- pacientka se snaží chápat důvody, které vedly ke vzniku strachu
- pacientka udává zmírnění strachu

Plán

- komunikovat s pacientkou a být empatická
- k ruce dorozumivací zařízení a možnost kdykoliv si přivolat sestru
- umožnit kontinuální návštěvu
- zajištění kyslíku kontinuálně

Realizace

Pacientka měla od druhého dne své hospitalizace zhoršenou dušnost a velký strach z dalšího průběhu, zda bude stále dušná. Nechtěla být bez kyslíku, podával se kontinuálně. Snažila se o svém strachu mluvit. Rodina /syn a dcera/ navštěvují svou matku každé odpoledne a střídají se, s maminkou je vždy jeden, aby se více nenamáhala.

Hodnocení

Dušnost stále trvá, ale u mé pacientky je strach mírnější, umí mluvit o svých obavách.

Hodně jí pomáhá, že spolu komunikujeme a že jsem většinu dne s ní, umí verbalizovat svoje obavy, svůj strach. Pomáhala jí i její rodina, která ji pravidelně navštěvovala a komunikovala s ní.

6/ Riziko vzniku urgentní inkontinence v důsledku podávání diuretik

Cíl

- k urgentní inkontinenci nedojde
- pacientka zná možná rizika vzniku inkontinence

Plán

- zhodnotit stupeň vyprazdňování
- sledovat množství /diurézu/, barvu moči
- zajistit dostatek absorpčních vložek
- zajistit signalizaci, pro případ, když nebude personál na pokoji
- na noc na pokoj pojízdný klozet, ale použít jen za pomoci sestry

Realizace

Pacientka kontinentní, ale z důvodu kašle je možný únik moče. Je nutné, aby měla absorpční vložku, cítí se tak bezpečněji, i když inkontinenci popírá. U ruky má signalizaci a volá si sestru, když se potřebuje vyprázdnit, stále častěji, protože byla nasazena diuretika. Sleduje se diuréza. Na noc chce mít u sebe na pokoji pojízdný klozet, cítí se tak bezpečněji, že si může sama dojít. Pacientku upozorňuji, že i v noci si na sestru musí zavolat, že je nebezpečné, aby si sama na vozík došla, nebezpečí úrazu z pádu. Pacientka je slabá a unavená z důvodu dušnosti.

Na vizitě lékař rozhodnul, že se zavede permanentní katétr. Pacientce jsem vše vysvětlila, že pro ni bude lepší, když katétr bude mít, nebude mít strach, že bude inkontinentní a že budeme moci lépe sledovat přesnou diurézu. Zpočátku měla obavy, ale po vysvětlení výkonu a důvodu souhlasila s katétrem.

Hodnocení

Pacientka si uvědomovala možná rizika, které má z důvodu podávání diuretik. Pro jistotu jí vyhovovalo nosit absorpční vložky, které jsem dle potřeby kontrolovala. Občas při náhlém kašli pociťovala pacientka vlhkost. Také byla nepřesná bilance tekutin. Druhý cíl splněn, k urgentní inkontinenci nedošlo.

7/ Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity a zavedení PŽK

Cíl

- místo vpichu i. v. kanyly bez projevů dráždění
- k infekci nedojde

Plán

- dodržování standardu
- kontrolovat místo vpichu několikrát za den
- nenechat i. v. kanylu déle jak 72 hodin
- dodržovat aseptické aplikace léků a infuzí
- při známkách zánětu, bolesti, zčervenání nutno kanylu vyndat a přepíchnout novou
- vždy provést zápis o aplikaci nové kanyly
- měnit a kontrolovat místa vpichu

Realizace

Kanylu jsem několikrát za den kontrolovala, dodržovala sterilitu při manipulaci s kanylou i při aplikaci léků a infuzí. Pečlivě jsem vedla dokumentaci a zápis o aplikaci /11.10., 14.10/ a kontrolovala jsem i dodržování od sester. Standard o aplikaci a manipulaci s kanylou se dodržoval.

Hodnocení

K infekci nedošlo, místo vpichu bylo bez známek infekce. Aplikace léků do žíly byla bez komplikací, pacientka si na nic nestěžovala.

8/ Neznalost pojmů z důvodu nedostatečných informací, projevující se strachem a smutkem

Cíl

- pacientka má dostatek informací
- pacientka je spokojena a cítí se bezpečně
- strach a smutek jsou mírnější

Plán

- pečlivě vysvětlit každý výkon a vyšetření
- komunikovat a umět naslouchat
- přesvědčit se, zda pacientka všemu, co jí říkám, rozumí = zpětná vazba
- zařídit napsání a vyzvednutí očních kapek, pro spokojenost pacientky i pro její léčbu očí

Realizace

Pacientce jsem podávala dostatek informací, vše pečlivě vysvětlovala a vždy se přesvědčila, že mi rozumí a zda vše chápe. Zajistila jsem jí brožurky a letáčky k její diagnóze, diabetické dietě, i když vím, že nyní má nechutenství a je dušná, ale svojí komunikací a vstřícností jsem se jí snažila více přiblížit.

Zajistila jsem, aby veškeré výkony byly mé pacientce vysvětleny ze strany lékaře i sester.

Přes staniční sestru jsem zařídila vyzvednutí očních kapek. Pacientka byla spokojená, že nové kapky dostala a snížila se jí obava, kterou pociťovala.

Hodnocení

Pacientka má dostatek informací, cítí se lépe a strach a smutek jsou mírnější. Je spokojena, že se s ní více komunikuje. Má více důvěry v ošetřující personál.

9/ Pálení a řezání v okolí ústí močové trubice z důvodu permanentního katétru

Cíl

- pacientka udává zmírnění pálení a řezání v okolí ústí močové trubice
- nedojde ke zhoršení uroinfekce

Plán

- pečlivé vysvětlení a poučení pacientky
- pracovat sterilně
- dodržovat standard při ošetřování pacientky s permanentním katétre
- pečlivá hygienická péče genitálií
- zapisovat přesně BT
- sledovat barvu moče a změny ihned hlásit lékaři

Realizace

Už před zavedením permanentního katétru jsem pacientce vše dostatečně vysvětlila, vše pochopila a zná důvody zavedení katétru.

Pracovala jsem sterilně a dodržovala jsem všechny zásady při ošetřování pacientky s permanentním katétre. Množství moče jsem zapisovala a sledovala jsem i příjem tekutin.

Znovu jsem své pacientce vysvětlila, že potíže se budou zmírňovat a za dva dny už nebudou a i katétr bude mít pouze na nezbytnou dobu. Prováděla jsem pečlivě hygienu genitálií a dodržovala jsem standard prevence opruzenin.

Hodnocení

Potíže mé pacientky byly mírnější až 14. 10., kdy už nepociťovala nepříjemné subjektivní potíže, na katétr přivykla a bylo jí i příjemnější, že nemusí stále zvonit na sestru při vyprazdňování.

Infekce močových cest dle výsledků stále pokračovala a výsledek moči - moč + sediment byl stále překryt leukocyty a erytrocyty, výsledek kultivace moče zatím nebyl k dispozici. Nezjištěno ani po 5 dnech. Vzorek moči se musel odebrat znovu, došlo ke ztrátě prvního vzorku.

10/ Riziko vzniku zácpy z důvodu imobilizace

Cíl

- pacientka se vyprazdňuje pravidelně alespoň 1x za 48 hodin
- k zácpě nedojde

Plán

- vysvětlit riziko vzniku zácpy a její prevenci
- zajistit intimitu při vyprazdňování, pojízdný klozet odvézt na WC
- tekutiny do 1,5 litru
- snažit se podávat kompoty a přesnídávku dia
- 2x denně masáž podbřišku
- monitorovat stolice, možné komplikace hlásit lékaři

Realizace

Vysvětlila jsem své pacientce, že pokud je nyní upoutána z důvodu dušnosti na křeslo, že by mohlo dojít k zácpě. Poučila jsem ji o všech možných intervencích. Masáž podbřišku jsem jí prováděla 2-3 krát denně i za pomoci personálu. Kompoty a přesnídávku odmítala z důvodu nechutenství, i když jindy má kompoty ráda, nyní nemohla žádný sníst.

Hodnocení

Pacientka se vyprazdňuje zatím částečně pravidelně. Stolice byla 12. 10., 13. 10., 15.10. V intervencích se musí pokračovat, je zde stále potencionální riziko zácpy i z důvodu nedostatečného příjmu potravy. Tekutiny pije, dle své diagnózy má dovolený příjem pouze 1,5 litru.

11/ Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu ztráty soběstačnosti

Cíl

- pacientka je bez známek imobilizačního syndromu

Plán

- ošetřování pacientky dle standardu prevence dekubitů a opruzenin
- změřit stupeň ohrožení vznikem dekubitů dle Nortonové
- kontrolovat predilekční místa vzniku dekubitů a opruzenin

- poloha v kardiackém křesle, otropnoická
- dechová rehabilitace
- pasivní rehabilitace

Realizace

Dodržovali jsme všechny standardy k ošetřování pacientky se sníženou mobilitou. Změřila jsem stupeň ohrožení potencionálního vzniku dekubitů, dosáhla 21 bodů. Pacientka většinu času trávila v křesle pro kardiaky, viz 1. ošetřovatelská diagnóza. Křeslo jsem vybavila molitanem a několikrát za den jsem jí promazávala predilekční místa.

Hodnocení

Pacientka už od příjmu má zápal plic, který může být v jiných případech i jako následek imobilizace. Snažili jsme se, aby nedošlo ještě ke zhoršení stavu a zápal plic se zlepšil.

Predilekční místa pro vznik dekubitů nejevily známky poškození. U pacientky nedošlo ani ke kontrakturám či opruzeninám.

4 Edukace

Pacientce jsem poskytovala v průběhu hospitalizace všechny dostupné informace, které měla dostat, a vysvětlovala jsem všechny potřebné výkony, které jí byly prováděny. Vysvětlila jsem nutnost dodržovat životosprávu. Pacientce jsem dala i potřebné brožury a letáčky, které by měla mít, pokud bude propuštěna do domácího ošetřování. Po zlepšení stavu si bude moci vše dodatečně přečíst.

Důležitá je také edukace ohledně diabetu a diabetické diety. Dostala brožury do stolečku, nyní při nechutenství jsem paní Ch K nechtěla více zatěžovat rozhovorem o jídle.

Informace jsem poskytovala v mezích, které mohla má pacientka v současné době ve svém vážném stavu chápat.

S dcerou a sestrou jsem také mluvila a snažila jsem je poučit v mezích, které mi dovozoval nynější zdravotní stav mé pacientky. O tekutinách a jídle, které může paní Ch K v době její hospitalizace.

5 Závěr a ošetrovatelská prognóza

Celkový zdravotní stav mé pacientky se zpočátku relativně subjektivně zlepšoval, 3. den pacientka mohla mluvit, i když s námahou, i přes těžkou dyspnoi, která byla objektivní. Je spokojená, že se o ni starám a že jí poskytuji péči. V průběhu hospitalizace se zjistilo, že má kromě pneumonie i náhlé selhání levého srdce. Myslela jsem si, že bude akutně přeložena na JIP, ale stav se zlepšoval, proto se lékař rozhodl, že ponechá moji pacientku na standardní ošetrovací jednotce. Stále přetrvávala výrazná dušnost, nechutenství, které se stupňovalo. Pacientce byla naordinována parenterální výživa. Diabetes mellitus byl relativně kompenzován a hladiny glykémie se udržovaly v mezích normy. Postupně docházelo ke zhoršování ledvinných funkcí.

5. den hospitalizace v odpoledních hodinách se její stav náhle zhoršil, měla kolaps s hypotenzí a enteroragií. Musela být přeložena na JIP a akutně ošetrována. Byla jí provedena fibroskopie, kde se potvrdila další diagnóza - akutně prasklý žaludeční vřed.

Zdravotní i psychický stav se celkově výrazně zhoršil, byly jí podávány transfúze krve a celkový stav bylo nutné stabilizovat, aby mohla být převezena na specializované pracoviště do Jablonce nad Nisou, kde jí mohl být za pomoci techniky /fibroskopu - viz výsledek fibroskopie /, proveden zákrok. U nás se léčila pouze konzervativně.

Prognózu pacientka neměla příznivou, celkově byla v ohrožení života. Dcera i syn byli o vážném stavu své matky informováni lékařem osobně, s překladem na specializované pracoviště souhlasili.

V případě propuštění bude má pacientka sociálně zabezpečena. Dcera i syn si ji chtějí po ukončení hospitalizace v Libereckém kraji vzít do domácího ošetrování. Zpočátku půjde ke své dceři, která je nyní v domácnosti a může se celodenně o svou maminku starat. Pokud by domácí péči nezvládala, maminka má podanou žádost do DD, jak už je psáno v úvodu.

Rodině jsem poradila, že je možné přes obvodního lékaře objednat domácí péči, která v dnešní době navštěvuje pacienta i několikrát denně v domácnosti a pomáhá rodině v ošetrování rodinného příslušníka. Je možné mít v domácnosti i kyslíkové lahve apod. Bližší informace lze získat přímo u obvodního lékaře. U mé pacientky to znamená i v místě přechodného bydliště, protože si ji dcera odveze do jiného kraje naší republiky.

Použité zkratky

ATB - antibiotika

Ao - aorta

BT - bilance tekutin

BMI – body mas index, parametr umožňující posouzení stavu výživy a míry

Ca – karcinom

cm- centimetrů

CMP – cévní mozková příhoda

CRP – C reaktivní protein

D - dech

DDŽ - dolní dutá žíla

Dia - diabetická dieta

DKK – dolní končetiny

DM - diabetes mellitus

d.p. – dle potřeby

DÚ - dutina ústní

EF - ejekční frakce

ECHO- ultrazvukové vyšetření srdce

EKG - elektrokardiografie

EK - erytrocytový koncentrát

FF - fyziologické funkce

FS - fibrilace síní

G - glukóza

gtt - kapky

HCD - horní cesty dýchací

HIV - virus lidské imunodeficiencie

HMR - Humulin inzulin

Ch K - iniciály pacientky

CHCE – cholecystektomie

IM – infarkt myokardu

inf. - infuzní

inz - inzulín

i. v. - intravenózní

j. – jednotky

K + C – kultivace +citlivost
JIP - jednotka intenzivní péče
LK - levá komora
LS - levá síň
l/min - litrů za minutu
mg - miligramy
Mg - hořčík
min - minut
mmHg - rtuťového sloupce
M + S – moč + sediment
např. - například
NYHA - klasifikace NYHA – New York Heart Association
P -poledne
P - puls
PAD - perorální antidiabetika
PK - pravá komora
PL – praktický lékař
R - ráno
RIA - radioimunologická analýza
rtg - rentgenové vyšetření
s. c. - subkutánní
S + P - srdce + plíce
SR - sinusový rytmus
susp. - suspektní
tbl - tablety
TK - krevní tlak
V - večer
VK - velká kurvatura
VZP - všeobecná zdravotní pojišťovna

Použitá literatura:

- 1. Blaha, M.: Vnitřní lékařství 1. díl**
Brno IDVPZ 1997, ISBN80-7013-256-6
- 2. Červinková, E., a kolektiv: Ošetrovatelské diagnózy**
Brno: IDV PZ 2001, ISBN 80-7013-332-5
- 3. Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry**
Praha 1996, ISBN 80-7169-294-8
- 4. Klener, P., a kolektiv: Vnitřní lékařství II**
Praha 2001, Informatorium, spol.s.r.o., ISBN 80-86073-76-97
- 5. Klener, P., Marie Brodanová, a kolektiv: Vnitřní lékařství díl II**
Praha: Karolinum 1998, ISBN 80-7184-607-4
- 6. Mikšovská, Z., a kolektiv: Kapitoly z ošetrovatelské péče I**
Praha Grada Publishing, a. s., 2006, ISBN 80-247-1442-6
- 7. Navrátil, L., a kolektiv: Vnitřní lékařství pro nelékařské obory**
Praha Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN 978- 80-2319-86
- 8. Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatelství**
Praha: Karolinum 1997, 2. vydání, ISBN 80-71-84-243-5
- 9. Šafránková, A., Nejedlá M.: Interní ošetrovatelství I**
Praha: Grada Publishing, a.s, 2006, ISBN 80-247-1148 - 6
- 10. Trachtová, E.; a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu**
Brno IDVPZ 1999, ISBN 80-7013-285-X
- 11. Vokurka, M.; Hugo, J. a kolektiv: Praktický slovník medicíny**
Praha MAXDORF 2007, ISBN 978-80-7345-123-3

Zdroje informací

- 1a) pacientka rozhovor
- 1b) pacientka pozorování
- 2) dokumentace lékařská
- 2a) dokumentace JIP
- 2b) dokumentace sesterská
- 3) ošetřující personál
- 3a) ošetřující lékař

Přílohy

- 1/ vstupní ošetřovatelský záznam
- 2/ plán ošetřovatelské péče
- 3/ Barthelův test soběstačnosti
- 4/ hodnocení vzniku dekubitů
- 5/ EKG křivky z dokumentace /3 kopie/
- 6/ sesterská anamnéza z dokumentace v den příjmu /kopie/
- 7/ vedlejší účinky léků – rozpis
- 8/ obrázek srdce – srdeční dutiny
- 9/ obrázek dýchacího systému
- 10/ obrázek rtg snímek plic S+P, plicní dechové objemy
- 11/ edukační materiál, diabetická dieta