



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Jana Kovalčíková

**Ošetrovatelská péče o pacientku po alkoholové
septální ablaci u hypertofické obstrukční
kardiomyopatie**

*Nursing care for the patient after alcohol septal
ablation for hypertrophic obstructive
cardiomyopathy*

Bakalářská práce

Praha, únor 2010

Autor práce:	Jana Kovalčíková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. LF UK
Konzultant:	MUDr. David Zemánek
Pracoviště konzultanta:	Kardiologické oddělení, FN v Motole
Datum a rok obhajoby:	8. duben 2010

Prohlášení

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

V Praze dne 8. dubna 2010

.....
Jana Kovalčíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové a odbornému konzultantovi MUDr. Davidovi Zemánkovi za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD	2
CÍL PRÁCE	3
1. ANATOMIE SRDCE	4
2. KARDIOMYOPATIE	4
2. 1 Klasifikace a definice kardiomyopatií	4
2. 2 Genetika kardiomyopatií	5
3. HYPERTROFICKÁ KARDIOMYOPATIE	5
3. 1 Charakteristika onemocnění.....	5
3. 2 Patogenetické mechanismy a patologie	5
3. 3 Klinický obraz.....	5
3. 4 Průběh onemocnění, prognóza	6
3. 6 Diagnostika	7
3. 7 Terapie	8
3. 7. 1. <i>Farmakoterapie</i>	8
3. 7. 2. <i>Nefarmakologická terapie obstrukce</i>	8
4. ALKOHOLOVÁ SEPTÁLNÍ ABLACE	8
4. 1 Indikační kritéria	8
4. 2 Provedení PTSMA	9
4. 3 Výsledek.....	10
4. 4 Příprava před a péče po výkonu	10
4. 5 Rehabilitace, sekundární prevence, péče v terénu	12
5. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ	13
5. 1 Identifikační údaje.....	13
5. 2 Lékařská anamnéza	14
5. 3 Terapie v průběhu hospitalizace	17
5. 4 Přehled provedených vyšetření v průběhu hospitalizace	18
5. 5 Průběh hospitalizace – stručný přehled.....	21
6. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	23
6. 1 Ošetřovatelský proces	24
6. 2 Modely ošetřovatelství	24
6. 3 Charakteristika ošetřovatelského modelu Majory Gordonové.....	25
6. 4 Přehled vstupních ošetřovatelských anamnestických údajů	25
6. 5 Ošetřovatelská anamnéza	26
6. 6 Ošetřovatelské diagnózy	29
6. 6. 1 <i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy stanovené k prvnímu dni hospitalizace</i> ..	29
6. 6. 2 <i>Potencionální ošetřovatelské diagnózy</i>	33

6. 6. 3 Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	36
6. 7. Psychologická a sociální část.....	39
6. 8 Edukace.....	40
7. ZÁVĚR.....	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	43
SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ.....	45
SEZNAM PŘÍLOH.....	46

ÚVOD

Kardiovaskulární nemoci jsou v současné době hlavní příčinou úmrtí a jednou z nejčastějších příčin nemoci a invalidity. V produktivním věku postihují především muže. Statistické údaje z poslední doby dokazují, že kardiovaskulární onemocnění se rozšířilo i do nižších věkových skupin populace. Hlavními rizikovými faktory jsou vysoký obsah cholesterolu v krvi, kouření, nadváha, vysoký krevní tlak a diabetes mellitus (DM). Program péče o kardiologicky nemocné patří v České republice ke zdravotním prioritám.

Hypertrofická kardiomyopatie (HCM) je onemocnění známé již 50 let. Vývoj znalostí o tomto onemocnění a objev jeho dědičné podstaty na podkladě mutací sarkomer, resp. jejich proteinů, je nesmírně zajímavý. Lze říci, že hypertrofická kardiomyopatie je nejčastějším dědičným kardiovaskulárním onemocněním.

Prevalence HCM je odhadována na 0,2 % dospělé populace (1 : 500). Za předpokladu uvedené prevalence je v naší zemi přibližně 20 000 nemocných s HCM, z čehož 2 000 – 4 000 z nich jsou nositeli vyššího rizika náhlé smrti. (10, s. 29)

Kardiomyopatie patří do skupiny velmi rozmanitých srdečních onemocnění. Díky své heterogenitě a složité klasifikaci se stávají náročnými na správnou péči o pacienty. Z těchto důvodů by se takto nemocní měli soustřeďovat do specializovaných center.

CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku G. E. (56 let), která byla přijata s diagnózou hypertrofické obstrukční kardiomyopatie k provedení alkoholové septální myokardiální ablace.

V klinické části popisuji onemocnění - jeho příznaky, diagnostiku, terapii, včetně léčebného výkonu a rehabilitace. Dále se zabývám průběhem hospitalizace (příjem, vyšetření, invazivní výkon, farmakoterapie) paní G. E.

V ošetrovatelské části se zabývám ošetrovatelským procesem podle M. Gordonové (anamnéza, aktuální a potenciální diagnózy, plán a realizace ošetrovatelské péče, hodnocení, dlouhodobý plán). K této části jsou připojeny informace o edukaci, psychologická a sociální oblast.

1. ANATOMIE SRDCE

Srdce je tvořeno dvěma síněmi a dvěma komorami. Síně jsou od sebe odděleny velmi tenkou přepážkou, komory jsou odděleny asi 10 mm silnou svalovou přepážkou. Ze žilního systému přitéká krev z celého těla do pravé síně. Z pravé síně se v pravidelných intervalech plní pravá komora. Její stěna je relativně tenká ve srovnání s levou komorou, i tato tenká vrstva srdečního svalu je schopna při svém stažení vypudit náplň pravé komory do plicního řečiště. Okysličená krev z plic se sbírá do plicních žil, které ústí do levé síně, a opět plní v pravidelných intervalech levou komoru. Stěna levé komory (LK) je za normálních okolností 2 – 3 násobně tlustší než stěna pravé komory. Její vydatné stahy vypuzují krev do celého těla.

Za normálních okolností dosahuje tloušťka stěny levé komory 7 – 11 mm, příčný průměr komory je 45 – 55 mm a její objem se pohybuje kolem 150 ml. Zesílení stěn při hypertrofické kardiomyopatii obvykle postihuje mezikomorovou přepážku a nejčastěji dosahuje hodnot kolem 20 mm, tedy asi dvojnásobek obvyklé tloušťky stěny levé komory. Zesílení stěny méně často postihuje jinou část levé (vzácně i pravé) srdeční komory.

2. KARDIOMYOPATIE

2.1 Klasifikace a definice kardiomyopatií

American Heart Assosiation definuje kardiomyopatie jako heterogenní skupinu onemocnění myokardu charakteristických mechanickou a/nebo elektrickou dysfunkcí, která obvykle vykazují nepřiměřenou hypertrofii anebo dilataci a jsou způsobena různými příčinami, často genetickými. Samotná klasifikace je založena na třídění dle genetických kritérií a je pro praxi hůře použitelná. (11, s. 15)

Evropská kardiologická společnost definuje kardiomyopatie jako myokardiální postižení, při kterém je srdeční sval strukturálně a funkčně poškozen při současné nepřítomnosti koronární nemoci, hypertenze, chlopenní vady nebo vrozené srdeční vady schopné způsobit toto postižení. (11, s. 16) Samotná klasifikace kardiomyopatií naznačuje, že hlavním znakem, podle kterého se má klinická praxe řídit, je tvar a částečně funkce levé komory – proto tedy dilatační, hypertrofická nebo restriktivní kardiomyopatie.

Klasifikace je morfologická a je pro klinickou praxi použitelnější než americká. Při znalostech některých genetických zákonitostí jejich vzniku a dědičnosti představují ve skutečnosti kardiomyopatie soubor obrovského

množství jednotlivých onemocnění, jejichž výsledným dopadem na srdce jsou makroskopicky a funkčně podobné změny.

Kardiomyopatie často vedou ke kardiovaskulárnímu úmrtí nebo k snížení kvality života v důsledku srdečního selhání.

2. 2 Genetika kardiomyopatií

Díky rozvoji genetického výzkumu byly detekovány geny a jejich mutace odpovědné za vznik onemocnění. Familiární kardiomyopatie jsou monogenně dědičná onemocnění, a je tedy nutné vyšetřovat příbuzné nemocných. Tato fakta vedou k rozvoji genetického poradenství pro příbuzné nemocných, což by mělo přinést profit v podobě přesnější stratifikace rizika a určení nejúčinnější terapie.

3. HYPERTROFICKÁ KARDIOMYOPATIE

3. 1 Charakteristika onemocnění

Hypertrofická kardiomyopatie je charakterizována ve své typické formě zbytněním septa myokardu a/nebo levé komory, poruchou diastolického plnění a v některých případech i systolickou obstrukcí v levé, případně i v pravé komoře. Interventrikulární septum (IVS) bývá ztlustělé nad 15 mm. Normální šíře interventrikulárního septa je do 12 mm.

3. 2 Patogenetické mechanismy a patologie

Onemocnění HCM může probíhat a rozvíjet se různorodým způsobem ve smyslu tíže postižení i jeho manifestace.

Nejvýznamnější patogenetické a patofyziologické mechanismy se týkají vzniku a rozvoje hypertrofie anteroseptální oblasti LK, dále poruch systolické a diastolické funkce LK, ischemie, nitrokomorové obstrukce, poruch regulace tlaku krve (TK), arytmií, postižení mitrálního aparátu, postižení kosterního svalstva.

U menší části nemocných je přítomen kromě hypertrofie ještě dopředný pohyb předního cípu mitrální chlopně a subvalvulárního aparátu, což spolu s hypertrofií bazálního septa vytváří obstrukci v levé komoře, kterou nejčastěji kvantifikujeme změřením tlakového gradientu v oblasti výtokového traktu levé komory. Mluvíme o obstrukční formě, tedy hypertrofické obstrukční kardiomyopatii (HOCM). Její prevalence se odhaduje na 25 – 30 % postižených, ale podle některých autorů až na 70 %. Častější je neobstrukční forma, která představuje 75 % všech onemocnění. (10, s. 31)

3. 3 Klinický obraz

Hypertrofická kardiomyopatie se může manifestovat celou škálou klinických nálezů. Obtíže, které nemocného invalidizují, mohou dosahovat podle New York Heart Association (NYHA) funkční třídy IV, jindy

onemocnění probíhá asymptomaticky a zjistí se zcela náhodně. Lze je v některých případech nalézt u osob zdánlivě zdravých a s velkou tolerancí zátěže. V tomto případě je první manifestací choroby náhlá smrt. Poměrně častá je u mladých sportovců, kteří o svém onemocnění nevědí a k úmrtí dochází při fyzické zátěži. Většina obtíží se u HCM objevuje po fyzické zátěži, z čehož vyplývá úprava režimu nemocného po odhalení choroby.

Nejčastějšími příznaky choroby jsou:

- **Dušnost** – vyskytuje se v 90 %, jejím původem je porucha diastolického plnění zapříčiněná zvýšením diastolického tlaku v levé komoře, v levé síni a plicních žilách.
- **Angína pectoris** – přítomna u 75 % nemocných, původem bolestí na hrudi jsou koronární spazmy, které vznikají nepoměrem mezi možnostmi nabídky kyslíku a potřebou hypertrofického myokardu.
- **Synkopy** – se vyskytují u 15 – 28 % nemocných, většinou vznikají na základě poruch srdečního rytmu, při nedostatečném zvýšení srdečního výdeje po námaze a při hypotenzi. Jsou častější u mladších osob s nálezem komorových tachykardií a malou levou komorou - jsou vždy známkou horší prognózy
- pokud se onemocnění vyvíjí v mladém věku, je spojeno s výrazně vyšším rizikem **náhlé smrti** a dalších závažných komplikací. Naopak, pokud se choroba objeví ve starším věku, je hypertrofie lehčí a zlepšuje se i prognóza.
- **Svalová slabost** – stěžuje si na ni malá část pacientů i při velmi nízké námaze. Byly prokázány určité abnormality ve struktuře a funkci příčně pruhovaného svalstva.

3. 4 Průběh onemocnění, prognóza

Onemocnění se rozvíjí během dětství a adolescence, ale často i v pozdním věku. Pacienti, u nichž je diagnostikována hypertrofická kardiomyopatie do 20. let, mají horší prognózu ve srovnání s ostatní populací.

Některé mutace jsou ovšem typické pro pozdní věk a stáří. U této skupiny je obstrukce způsobená hypertrofií, jež postihuje většinou bazální septum, je mírnější a obvykle není doprovázena těžkou symptomatologií. Hypertrofie LK a případná symptomatologie se může objevit kdykoliv.

Symptomatictější pacienti mají obvykle horší prognózu než pacienti bez symptomů. Ti jsou však ohroženi rizikem náhlé smrti, které se pohybuje kolem 1 % za rok a u rizikových skupin až kolem 6 % za rok. HCM je nejčastější příčinou náhlé smrti u mladých sportovců, ale dochází k ní většinou v klidu nebo po mírné námaze. Ke zhodnocení rizik používáme stratifikaci podle rizikových faktorů.

- **Velké rizikové faktory**

- Nutnost kardiopulmonální resuscitace

- Výskyt náhlé smrti v rodině

- Nevysvětlitelná synkopa

- Hypotenzní reakce na zátěž (neschopnost zvýšení TK o více než 20 mmHg během zátěžového testu)

- Tloušťka stěny levé komory přesahující 30 mm

- Spontánně vznikající setrvalé komorové tachykardie

- Spontánně vznikající nesetrvalé komorové tachykardie

- **Malé rizikové faktory**

Postižení věnčitých tepen aterosklerózou
Obstrukce v levé komoře
Rizikový „maligní“ genotyp
Větší množství vazivové tkáně v myokardu (11, s. 52)

3. 6 Diagnostika

Fyzikální nález

U neobstrukčních forem HCM může být nález při fyzikálním vyšetření zcela normální. Největší odchylky nacházíme u forem obstrukčních. Pro obstrukci je typický drsný hlučný šelest v levé parasternální oblasti a na hrotě, odkud se propaguje do axily, kde se mění jeho charakter. Různé oblasti charakterizují změny šelestu po Valsalvově a Müllerově manévru, které napomáhají při diagnostice choroby. Dále se charakter šelestu může měnit i v průběhu onemocnění.

Rentgen srdce a plic

Může pomoci odhalit mírně nebo výrazně zvětšené srdeční oddíly.

Elektrokardiografie (EKG)

Na EKG záznamu nacházíme známky hypertrofie levé komory. Další odchylkou je chybění pozitivních kmitů R a/nebo mají malé kmity r nízkou amplitudu ve svodech V1 – V3. Dále patologické kmity Q nebo QS vyskytující se v oblasti přední, ale i spodní stěny. Obvyklé jsou deprese úseku ST ve svodech V4 - V6, následované negativní vlnou T.

Echokardiografie (ECHO)

Je základní vyšetřovací metodou v diagnostice HCM. Umožňuje přesně zmapovat hypertrofii myokardu a usnadňuje klasifikaci onemocnění. Tato metoda zároveň umožňuje diagnostikovat obstrukci výtokového traktu levé komory, zjistit její velikost, rozpoznat mitrální insuficienci, dovoluje posoudit poruchu diastolického plnění i přítomnost kalcifikací a dále tloušťku a kinetiku některých oblastí levé komory.

Magnetická rezonance

Její výhodou je přesnost měření a nezávislost na vyšetřitelnosti nemocného. Poskytuje trojrozměrný obraz srdeční morfologie.

Zátěžové testy

Spiroergometrie, běhátko – objektivní měření zátěže – slouží ke sledování účinné terapie a stratifikaci rizika náhlé smrti.

Selektivní koronarografie (SKG)

Poskytne informaci o stavu koronárního řečiště, eventuálně o velikosti interventrikulárního gradientu u echokardiograficky obtížně vyšetřitelných pacientů. Umožňuje provedení angiografie, která slouží k posouzení povodí septální větve a také k posouzení obstrukce před aplikací alkoholu.

Provedení SKG:

Katetrizace spočívá v zavedení cévky (katétru) k srdci, přístupem přes vpich do tepny nebo žíly v tříse. Nejčastějším katetrizačním vyšetřením je selektivní koronarografie (zobrazení věnčitých tepen). Při této metodě se zavádí katétr až k ústí věnčitých tepen. Po nástřiku kontrastní látky do příslušné koronární tepny se pak zobrazí pomocí rentgenového přístroje (RTG) obraz celého jejího povodí. Samotná katetrizace je nebolestivá, protože místo vpichu je lokálně znecitlivěno. Délka trvání výkonu je individuální, většinou trvá pouze několik minut. Při vhodném koronárním nálezů se touto cestou provádějí léčebné zákroky, např. koronární angioplastika, při které je postižená tepna roztažena balónkem nebo vyztužena kovovou spirálou, tzv. stentem.

3. 7 Terapie

Při léčbě HCM jsou sledovány především dva cíle: ovlivnit symptomatologii a snížit riziko náhlé smrti.

3. 7. 1. Farmakoterapie

Dosud se v léčbě HCM uplatňují negativně inotropní látky

- blokátory kalciových kanálů – verapamil (Isoptin, Lekoptin)
- betablokátory – (Betoloc, Vasocardin)
- antiarytmika – amiodaron (Cordaron)

Kontraindikovány jsou pozitivně inotropní látky (digitalis) a vazodilatancia (včetně nitrátů).

3. 7. 2. Nefarmakologická terapie obstrukce

Při medikamentózně rezistentní formě onemocnění nebo při nesnášenlivosti léků se přistupuje k:

- perkutánní transluminální septální myokardiální ablací (PTSMA)
- a k dvoudutinové kardiostimulaci. Jak však ukázaly dvojité slepé randomizované zkřížené studie, je pozitivní efekt dvoudutinové kardiostimulace do značné míry placebo efektem.
- chirurgické terapii - myektomii

4. ALKOHOLOVÁ SEPTÁLNÍ ABLACE

4. 1 Indikační kritéria

- výrazně limitující symptomatologie u HOCM i přes medikamentózní léčbu
- tloušťka IVS nad 15 mm (norma je do 12 mm)

- tlakový gradient (PG) by měl v klidu přesahovat 30 mmHg nebo po provokaci 50 mmHg (provokační testy – podání nitrátu, dobutaminu, nebo zátěží)
- vhodná koronární anatomie

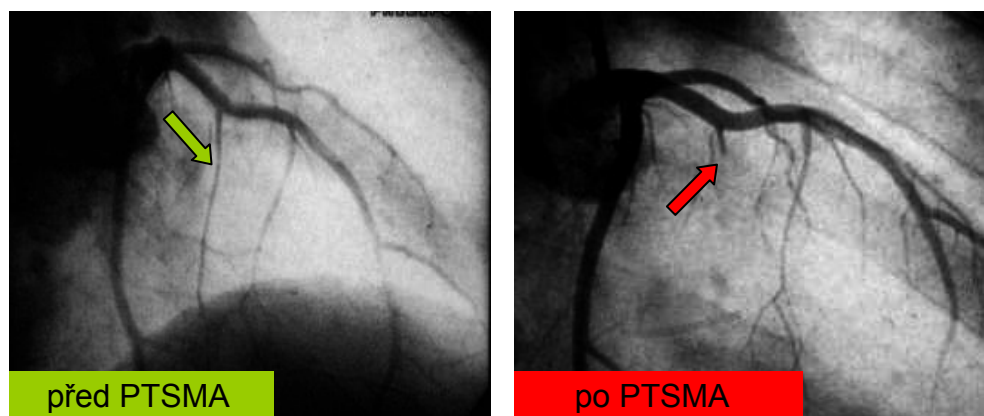
4. 2 Provedení PTSMA

Na katetrizačním sále se provede SKG. Posléze klasickou femorální cestou se zavede do pravé komory stimulační elektroda (z důvodu vzniku trifascikulární blokády po aplikaci etanolu) a rovněž katétr do hrotu levé komory, dále zaváděcí katétr k ústí levé věnčité tepny. Pomocí těchto dvou katétrů se změří tlakový gradient levá komora – aorta.

Balónkovým katétrem se nasonduje první septální větev, do které je aplikována kontrastní látka, a pomocí ECHO kontroly je detekována oblast perfúze septální větve.

Po správném určení cílové tepny následuje aplikace několika mililitrů 96% etanolu do septální větve. Dojde k uzavěru tepny (obr. 1) a vzniku nekrózy v předem definované oblasti IVS – vznik infarktu myokardu (IM) mezikomorové přepážky, následované dramatickým poklesem tlakového gradientu ve výtokovém traktu levé komory.

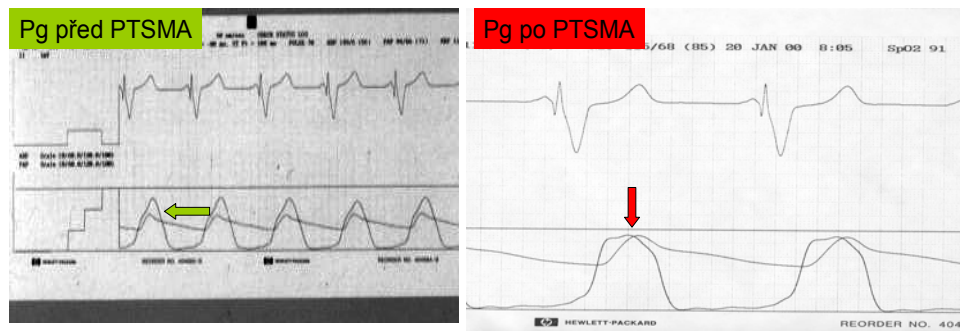
obr. 1 RTG zobrazení septální větve po nástřiku kontrastní látky před provedením a po provedení PTSMA



Zdroj: archiv pracoviště

Tlakový gradient klesne u většiny pacientů bezprostředně po výkonu, ale během několika dní díky edému IVS začne opět narůstat, aby definitivně klesl v průběhu dalších dní (obr. 2). Stimulační elektroda se ponechává minimálně 48 hodin, podle potřeby i déle. Obvykle dochází ke 3 – 10 násobnému vzestupu CK, na EKG je patrný obraz kompletního či nekompletního bloku Tawarova raménka. Hrozí nebezpečí vzniku AV blokády III. stupně. V případě potřeby se ponechává stimulační elektroda i déle.

obr. 2 EKG záznam tlakového gradientu před a po provedení PTSMA

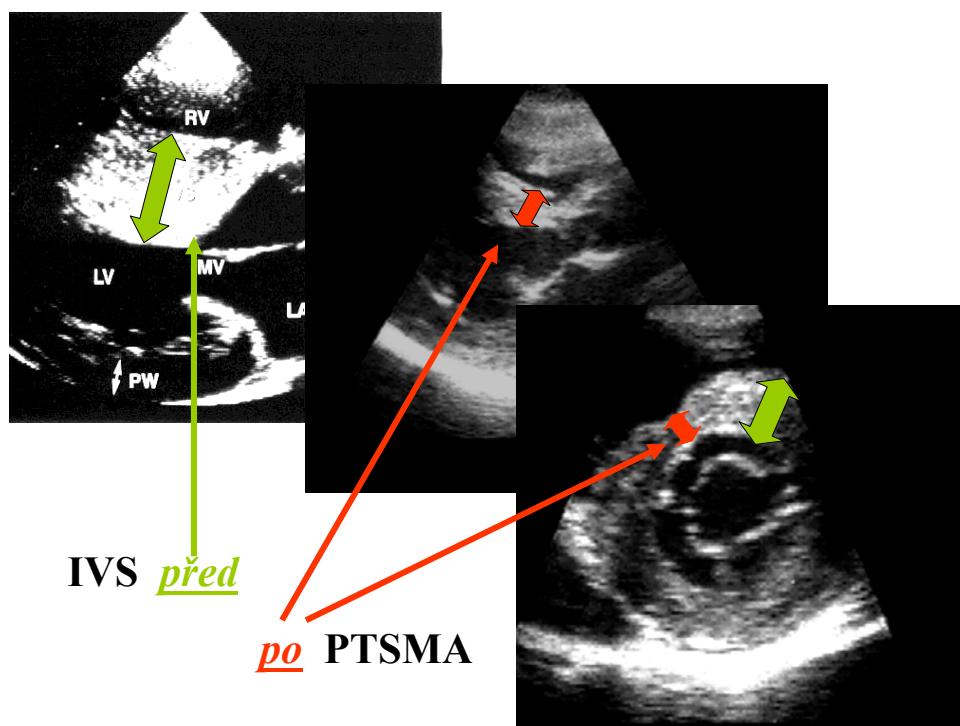


Zdroj: Archiv pracoviště

4.3 Výsledek

Při úspěšném výsledku PTSMA dostaneme obraz významného snížení námahové dušnosti a výskytu bolestí na hrudi. Výrazně poklesne tlakový gradient levá komora – aorta a sníží se tloušťka IVS (obr. 3).

obr. 3 Echokardiografické zobrazení IVS



Zdroj: archiv pracoviště

4.4 Příprava před a péče po výkonu

Na našem pracovišti jsou pacienti zpravidla přijímáni k hospitalizaci na standardní oddělení den před výkonem. Úlohou sestry je připravit pacienta k výkonu. Sestra podrobně seznámí nemocného s jednotlivými kroky vlastní přípravy a poučí jej o průběhu ošetrovatelské péče po výkonu.

Příprava pacienta den před výkonem, resp. v den přijetí

- edukovat pacienta
- předat informovaný souhlas s výkonem k podpisu

- oholit obě třísla
- večerní hygiena - provést celkovou koupel
- podat večerní premedikaci dle ordinace lékaře per-os
(p. o. Dithiaden 2 mg – 1 tbl., Diazepam 5 mg – 1 tbl.)

Příprava pacienta v den výkonu

- zavést permanentní žilní katétr nejlépe do levé horní končetiny (LHK)
- pacient je lačný – od půlnoci nejí, tekutiny jsou povoleny
- před výkonem dle ordinace lékaře podat - premedikaci per os.:

Dithiaden 2 mg – 1 tbl.

Indikační skupina: antihistaminikum

Indikace: projevy přecitlivělosti okamžitého typu, akutní alergické stavy, alergické reakce

po podání léku či potravin

Nežádoucí účinky: celkový útlum s rizikem snížené pozornosti, anticholinergní účinek (sucho v ústech, poruchy krevního tlaku, rytmu a frekvence srdeční aj.)

Diazepam 5 mg – 1 tbl.

Indikační skupina: anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans

Indikace: úzkost, napětí, panický strach, fobie, obsese, při problémech s adaptací v rámci předoperační přípravy

Nežádoucí účinky: spavost, vertigo, bolesti hlavy, dezorientace, poruchy spánku, alergické projevy

- a chronickou medikaci:

(vysazuje se Anopyrin, Warfarin, diuretika, antidiabetika - vysazená medikace je podána po výkonu)

U pacientů s DM na inzulinoterapii a některých na perorálních antidiabetikách je ordinována infúze glukózy s inzulinem z důvodu lačnění. Tyto pacienty zařazujeme k výkonům na první místa v programu katetrizačního sálu. Infúzní terapie je ordinována také u pacientů se zhoršenou funkcí ledvin.

- odstranit šperky, hodinky a vyjmout zubní protézu
- před převozem na sál doporučit pacientovi, aby se vymočil
- předat pacienta k převozu na sál sanitáři - způsob převozu na sál určuje ordinace pohybového režimu v dekurzu

Péče o pacienta po výkonu

Pacient je po výkonu uložen standardně na monitorovaném lůžku koronární jednotky po dobu 72 hodin. Péče o nemocného je více než podobná péči po infarktu myokardu – s tím rozdílem, že infarkt byl záměrně vyvolán a nitráty se nepodávají. Oprese na hrudi lze tišit opiáty, je poskytována pouze symptomatická pomoc (sedace, analgetika). Podávají se betablokátory, popř. kalciové blokátory.

O příjezdu pacienta ze sálu na oddělení koronární jednotky sestra vždy uvědomí ošetřujícího lékaře. Standardně sestra po převzetí pacienta zkontroluje místo vpichu, natočí EKG, změří TK, P. Péče se řídí doporučením katetrizujícího lékaře uvedeným v katetrizačním protokolu nebo ordinacemi ošetřujícího lékaře na oddělení.

Velký důraz klademe na péči o tříslu, kde zůstává tepenný zavaděč. Z důvodu předcházení vážným komplikacím pacient musí dodržovat klidový režim, tzn. polohu na zádech, a nesmí krčit ošetřenou končetinu.

Pacient je upoután na lůžku po dobu 12 i více hodin. Je nutné, aby sestra poskytovala ošetrovatelskou péči adekvátní k tomuto stavu. To znamená:

- řádně pacienta poučit o klidovém režimu
- zajistit dosah signalizačního zařízení
- zajistit večerní a ranní toaletu na lůžku
- pomoci pacientovi zaujmout vhodnou polohu při jídle v rámci dovoleného rozsahu pohybu při klidovém režimu
- umožnit pacientovi vyprazdňování vleže na lůžku

Lékař za asistence sestry přibližně po 6 hodinách zavaděč z tepny vytáhne a místo vpichu tzv. odmačká (přiměřeným tlakem ránu komprimuje prsty po dobu minimálně 5 – 15 min.). Po sterilním zakrytí je ihned přiložen tlakový obvaz, který se zatíží sáčkem s pískem. Ten je odstraněn po dalších 6 hodinách. Tlakový obvaz zůstává do rána. Po celou dobu sestra v pravidelných intervalech kontroluje krvácení, případné patologické projevy neprodleně hlásí lékaři.

4. 5 Rehabilitace, sekundární prevence, péče v terénu

Následující den ráno po kontrole třísla lékařem může pacient vstát z lůžka pod dohledem sestry (z důvodu rizika pádu v souvislosti s ortostatickým kolapsem) a začne s její pomocí s rehabilitací chůze po pokoji (2. pooperační den). Při uspokojivém zdravotním stavu je pacient přeložen z koronární jednotky zpět na standardní oddělení, kde pokračuje v léčbě a rehabilitaci až po chůzi do schodů (5. pooperační den). Při nekomplikovaném průběhu se propuštění zpravidla plánuje na 5. – 7. pooperační den.

Na našem pracovišti se dále s pacientem setkáváme ambulantně, v kardiologické poradně při následných klinických a echokardiografických kontrolách za 1, 3, 6 a 12 měsíců. Rekonvalescence je individuální, ale většinou se nemocní zapojují zpět do pracovního procesu přibližně po třech týdnech.

Většina nemocných s hypertrofickou kardiomyopatií je ve svých pohybových aktivitách limitována jen minimálně, bohužel ale podstata onemocnění vede k tomu, že jsou pacientům ukládána omezení fyzické aktivity. Jisté je, že nemocní by neměli závodně sportovat, a bohužel i většina rekreačních pohybových činností je nevhodná. To samozřejmě platí i pro vykonávání fyzicky náročných povolání. Mezi odborníky se vedou diskuse o tom, zda je vhodné vykonávat tak zodpovědná povolání, jakými jsou profese pilotů, strojvůdců ap.

Doporučení fyzické zátěže a sportů u pacientů s HCM.

Zcela nevhodné	fotbal, hokej, basketbal, házená, squash, sprinty, tenis (dvouhra), windsurfing, posilování, potápění
K individuálnímu	volejbal, lyžování, vytrvalostní běh, tenis (čtyřhra), posouzení jízda na kole, jízda na koni, plavání
Možné	golf, plavání – koupání, šnorchlování, bruslení, rychlá chůze

5. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

5. 1 Identifikační údaje

Jméno:	G. E.
Věk:	56 let
Pohlaví:	žena
Adresa:	neuvádím
Nejbližší příbuzný:	dcera, adresa dtto
Vzdělání:	vyučena

Povolání: starobní důchodce, dříve prodavačka
Národnost: česká
Stav: rozvedená

Datum přijetí: 26. 5. 2009
Datum propuštění: 2. 6. 2009

Důvod k přijetí: bolesti na hrudi
Diagnóza: Hypertrofická obstrukční kardiomyopatie - k provedení
alkoholové septální ablace

5. 2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: HCM v rodině u více členů, bratranec + ve 40 letech s HCM

Osobní anamnéza: Hypertenze: ano, DM: neguje, HLP: ano, ICHDK: neguje, CMP: neguje, Srdeční vada: neguje, Kardiovaskulární intervence: st. p. PTSMA 12/2003, Onemocnění plic: neguje, Onemocnění GIT: neguje, Onemocnění ledvin: neguje, Onkologická onemocnění: neguje, Endokrinologická onemocnění: neguje, Operace: HYE pro myom 2003, APPE v dětství, Úrazy: 0

Alergie: penicilin (PNC)

Farmakologická anamnéza:

Loradur Mite 50 mg tbl. 1 – 0 – 0

Indikační skupina: kalium šetřící diuretikum, antihypertensivum

Indikace: léčba hypertenze, edémy při srdeční nedostatečnosti

Nežádoucí účinky: dobře snášen, (event. bolesti hlavy, slabost, únava, synkopa, arytmie, ortostatická hypotenze, nauzea, zvracení, průjmy)

Lokren 20 mg tbl. 1 – 0 – 0

Indikační skupina: antihypertensivum, selektivní betablokátor

Indikace: arteriální hypertenze, profylaktická léčba stabilní angíny pectoris

Nežádoucí účinky: bradykardie, zažívací poruchy, nespavost, závratě, bolesti hlavy

Anopyrin 100 mg tbl. 0 – 1 – 0

Indikační skupina: antiagregans

Indikace: nestabilní angína pectoris, akutní infarkt myokardu
(doplněk terapie), profylaxe reinfarktu

Nežádoucí účinky: gastrointestinální obtíže, mikrokrvácení

Gopten 4 mg tbl. 1 – 0 – 0

Indikační skupina: antihypertensivum, ACE inhibitor

Indikace: esenciální hypertenze, významně snižuje riziko
náhlé smrti a výskyt těžkého či rezistentního
srdečního selhání, dysfunkce levé komory
po infarktu myokardu

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, slabost, závratě, výrazný pokles TK
u nemocných se srdeční slabostí či těžkou hypertenzí

Sortis 40 mg tbl. 0 – 0 – 1

Indikační skupina: hypolipidemikum

Indikace: hypercholesterolemie, prevence kardiovaskulárních
onemocnění

Nežádoucí účinky: nauzea, zácpa nebo naopak průjem, bolesti hlavy,
nespavost, závratě, parestézie, myalgie, kožní
exantém, zvýšené hodnoty transamináz.

Pracovní anamnéza: starobní důchodce, dříve prodavačka

EA: negativní

Abusus: nekuřák, alkohol neguje

Nynější onemocnění: denně bolesti při námaze i v klidu, dušnost: NYHA II, palpitace: ano, synkopy: ne,
otoky: 0

Bolest při přijetí: 0

Pacientka s HOVM po PTSMA v 12/2003. Přibližně 2 měsíce mívá bolesti na hrudi s propagací do levého
ramene a krku, palpitace. Bolesti při námaze, ale i v klidu, denně. Mírné zhoršení dušnosti.

Dle TTE: Pg kolem 40 mmHg, po ISDN až 120 mmHg. Malé optimálně uložené ablační ložisko. Přijata
k provedení SKG s event. PTSMA.

Status praesens při přijetí:

Výška: 170 cm

Hmotnost: 80 kg
P: 86/min.
TK: 165/95
DF: 15
TT: afebrilní

Celkový stav: při vědomí, orientována, spolupracuje, klidově eupnoe, bez ikteru a cyanosy, afebrilní, kůže bez patolog. eflorescencí, hydratace v normě, výživa přiměřená.

Hlava: facialis inervuje správně, oční bulby ve stř. postavení, bez nystagmu, spojivky růžové, skléry bílé, zornice okrouhlé, isokorické, reagují fyziologicky na obě kvality, výstupy trigeminu nebolestivé, jazyk vlhký, nepovleklý, pláží ve střední čáře, hrdlo klidné, uši a nos bez sekrece, chrup sanován.

Karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil neztvětšená, thyreoidea a uzliny nehmatné

Hrudník: symetrický, axily volné, mammy bez rezistence

Plíce: poklep plný, jasný

Dýchání: sklípkové, bez vedlejších fenoménů

Srdce: poklepově neztvětšeno, akce srd. pravidelná, ozvy 2, ohraničené, syst. šelest s max. nad mitrální chlopní.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklep dif. bubínkový. palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, peristaltika slyšitelná, játra neztvětšená, slezina nezvetšena, tapottement bilat. negativní

Dolní končetiny: bez otoků, bez známek zánětu, pulsace hmatná do periferie, aa. femorales bez šelestu, hybnost končetin volná.

Neurologicky: orientačně bez lateralizace, bez známek meningeálního dráždění

Diagnostický závěr:

Obstrukční hypertrofická kardiomyopatie

HOCM, st. p. PTSMA 12/3003, reziduální gradient, bolesti na hrudi

St. p. implantaci kardiostimulátoru (KS) 2004

k SKG, event. PTSMA

Arteriální hypertenze

Dislipidemie

Obezita

Plán péče: Selektivní koronarografie (SKG)

Plán edukace:

Edukace sestrou - téma: práva pacientů, domácí řád oddělení, identifikační náramek, signalizační zařízení, pohybový režim, prevence pádu, péče o žilní vstup příprava před výkonem, péče po výkonu.

Edukace lékařem - téma: diagnóza, léčebný postup, medikace, výživa, prevence ICHS, péče v terénu.

5. 3 Terapie v průběhu hospitalizace

26. 5. a 27. 5.

p. o.

Loradur Mite 50 mg tbl. 1 – 0 – 0

Locren 20 mg tbl. 1 – 0 – 0

Anopyrin 100 mg tbl. 0 – 1 – 0

Gopten 4 mg tbl. 1 – 0 – 0

Sortis 40 mg tbl. 0 – 0 – 1

27. 5. jednorázově na katetrizačním sále v průběhu výkonu

Fentanyl 2 ml – 10:05 h. i. v.

Indikační skupina: opioidní anestetikum

Indikace: analgetický doplněk k celkové či místní anestézii,

Nežádoucí účinky: respirační deprese, svalová rigidita, apnoe, hypotenze, bradykardie, nauzea, závratě

Mesocain 1% 10 ml s. c.

Indikační skupina: lokální anestetikum

Indikace: místní anestézie, profylaxe a terapie komorových arytmií u akutního infarktu myokardu a v kardiologii

Nežádoucí účinky: kožní a slizniční projevy, při těžké reakci spavost, hyporeflexie, kóma, poruchy dýchání až apnoe, doprovázeno křečemi

Heparin 5000 j. i. a.

Indikační skupina: antikoagulans

Indikace: prevence srážení krve u zákroků – perkutánní transluminální koronární angioplastika, systémové embolizace u velkých předních transmurálních IM, profylaxe a léčba všech trombóz a trombembolií v tepenném a žilním systému

Nežádoucí účinky: mikroskopické i manifestní krvácení při dlouhodobém podávání

28. 5. – 2. 6.

p. o.

Anopyrin 100 mg tbl. 1 – 0 – 0

Lokren 20 mg tbl. 1 – 0 – 0

Torvacard 40 mg tbl. 0 – 0 – 1

Indikační skupina: Hypolipidemikum

Indikace: ke snížení zvýšeného celkového cholesterolu, LDL cholesterolu, apolipoproteinu B a hladiny triglyceridů
u pacientů s hypercholesterolémií,

Nežádoucí účinky: gastrointestinální obtíže, nespavost, bolesti hlavy, závratě, kožní exantém, zvýšení hodnot transamináz

5. 4 Přehled provedených vyšetření v průběhu hospitalizace

26. 5. 2009

TK – 165 / 95 mmHg, **P** – 86 min.

EKG: sinusový rytmus, P - 86/min, osa IM pz V 6, PQ 160ms, QRS 80 ms. ST vyšší odstup V1 – V3 do 1 mm, RsR II, III

TEE (jícnové echo): PG kolem 40 mmHg, po nitrátu ISDN až 120 mmHg. Malé optimálně uložené ablační ložisko.

Laboratorní vyšetření:

Tab. 1 Biochemie - krev

Močovina	5,1 mmol/l	2,6 – 6,7
Kreatinin	43 umol/l	42 – 80
eGFR-krea - (MDRD)	> 1,5 ml/s	
Triacylglyceroly	1,23 mmol/l	0,70 – 1,70
Cholesterol	3,4 mmol/l	3,4 – 5,0
HDL cholesterol	*0,97 mmol/l	1,16 – 1,68
LDL cholesterol	1,82 mmol/l	1,50 – 3,00
CRP – HS	9,6 mg/l	0,0 – 5,0

27. 5. 2009

EKG: sinusový rytmus, P – 66/min, intervaly, blok levého raménka

Laboratorní vyšetření:

Tab. 2 Biochemie – přehled statimových odběrů krve

	27. 5.			28. 5.		
	12:00	15:00	21:00	3:00	9:00	
CK – MB	* 0,66	* 0,80	* 0,95	* 0,90	* 0,69	0,00 - 0,42

Tab. 3 Hematologie - koagulace

APTT	26,60 s	26,00 – 36,00
APTT normal	31,10 s	
RATIO	0,86	0,80 – 1,20

Selektivní koronarografie a koronární intervence (katetrizační protokol):

Vodičem do nejsilnější septální větve v proximální RIA, zaveden katétr 1,5 x 8 mm, provedeno kontrastní ECHO, optimální poloha ložiska, aplikován 96% alkohol 0,5 ml. Pacientka stabilní, na monitoru mírné rozšíření QRS komplexu. PG před i po výkonu 20 mmHg.

Závěr: provedena PTSMA.

28. 5. 2009

EKG: sinusový rytmus, P – 65/min, nově - zúžení QRS, vymizel blok levého raménka, negativní T vlny V1 – V6, aVL

Laboratorní vyšetření

Tab. 4 Biochemie - krev

Na	140 mmol/l	137 – 146
K	4,0 mmol/l	3,8 – 5,0
Cl	106 mmol/l	97 – 108
Močovina	5,7 mmol/l	2,0 – 6,7
Kreatinin	* 41 umol/l	42 – 80
eGFR-krea – (MDRD)	> 1,5 ml/s	

Tab. 5 Hematologie - krevní obraz

WBC	9,6 x 10 ⁹ /l	4,0 – 10,0
RBC	5,8 x 10 ¹² /l	4,20 – 5,40
HGB	14,4 g/dl	12,0 – 16,0
HCT	0,434 --	0,370 – 0,460
MCV	85,4 fl	82,0 – 92,0

MCH	28,3 pg	27,0 – 33,0
MCHC	33,2 g/dl	32,0 – 36,0
RDW	* 14,2 %	11,6 – 13,7
PLT	213 x 10 ⁹ /l	140 – 440
MPV	* 11,5 fl	7,8 – 11,0
PCT	0,240 --	0,109 – 0,484
PDW	* 17,5 %	15,0 – 17,2

29. 5. 2009

Tab. 6 Fyziologické funkce

h.	TK / mmHg	P / min.
02:00	100/60	70°
06:00	105/65	63°
10:00	135/75	70°

EKG: P – 64/ min, jinak beze změn, stejné jako 28. 5. 2009

Laboratorní vyšetření

Tab. 7 Biochemie - krev

Na	141 mmol/l	137 – 146
K	4,1 mmol/l	3,8 – 5,0
Cl	* 109 mmol/l	97 – 108
Močovina	* 8,0 mmol/l	2,0 – 6,7
Kreatinin	* 39 umol/l	42 – 80
eGFR-krea – (MDRD)	> 1,5 ml/s	
TROPONIN I	* 4,536 ug/l	0,000 – 0,300
CK – MB mass	3,20 ug/l	0,00 – 3,40

ECHO – bez obstrukcí i po aplikaci ISDN, PG do 14 mmHg, malé ložisko akineze v bazálním septu.

Závěr: uspokojivý nálezn po PTSMA

30. 5. 2009

TK – 120 / 70 mmHg, **P** – 63 min.

EKG: P – 62/ min., jinak beze změn, stejné jako 28. a 29. 5. 2009

31. 5. 2009

TK – 110 / 60 mmHg, **P** – 70 min.

EKG: sinusový rytmus, P – 65/min, nově-mizí negativní T vlny

V5 a V6 (dáno asi i jinou polohou elektrod?)

1. 6. 2009

TK – 135 / 80 mmHg, **P** – 67 min.

EKG – sinusový rytmus, P – 67/min.

2. 6. 2009

TK – 130 / 75 mmHg, **P** – 65 min.

EKG: P – 60/min, začal se intermitentně uplatňovat stimulovaný rytmus

5. 5 Průběh hospitalizace – stručný přehled

Péče o pacientku při příjmu 26. 5. (nultý den hospitalizace)

Na základě doporučení obvodního lékaře byla paní G.E. odeslána ke kontrole do specializované poradny na našem pracovišti, kde je pravidelně sledována. Sestra v poradně pacientce natočila EKG, změřila TK a P, zavedla do LHK periferní kanylu (1.den). Dle nálezu po provedeném ECHO vyšetření lékař rozhodl o přijetí k hospitalizaci, k provedení re-PTSMA. Pacientka byla přijata ještě týž den na standardní lůžkové oddělení.

Po přijetí na oddělení jsem pacientku uložila na třílůžkový pokoj, představila jsem ji ostatním pacientkám, ukázala jí toalety, koupelnu, poučila o signalizačním zařízení. Na ruku jsem jí připevnila identifikační náramek bílé barvy (bez rizika pádu a dekubitu) a poučila ji o jeho významu. Poté, co se paní G.E. převlékla do pyžama a vybalila si věci, provedl ošetřující lékař u pacientky vstupní vyšetření. Byl naordinován pohybový režim C (chodící).

Po obědě jsem od pacientky odebrala základní anamnestické údaje o aktuálním stavu pro zpracování ošetřovatelské anamnézy. Dle plánu edukace jsem pacientku informovala o skutečnostech, které by v souvislosti s hospitalizací a vlastním onemocněním měla znát. Z rozhovoru vyplynulo, že pacientka nezná zásady správné životosprávy odpovídající jejímu onemocnění. Ve večerních hodinách jsem pacientce oholila obě třísla a ona se následně sama vykoupala. Poté jsem zahájila diskusi na téma týkající se změny jejího životního stylu a navrhla pacientce kroky, podle kterých bychom mohly postupovat. S večerní medikací jsem podala ordinovanou premedikaci. Pacientka byla bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

Péče o pacientku 27. 5. (první den hospitalizace), (den výkonu)

Ráno provedla pacientka ranní hygienu a dostala premedikaci a ranní chronickou medikaci.

V 9:00 h. jsem po kontrole průchodnosti periferní kanyly

(2. den) předala pacientku sanitáři k převozu na sál, kam byla dopravena na sedačce.

9:30 – 10:30 h. proběhl výkon SKG, PCI, PTSMA bez komplikací.

V 10:40 h. byla pacientka po výkonu uložena na koronární jednotku a napojena na centrální monitorovací systém. Bylo připojeno saturační čidlo k měření saturace SpO₂. Po kontrole lékařem (ordinován pohybový režim A – ležící), sestra připomněla pacientce dodržování klidového režimu, poučila ji o signalizačním zařízení a monitorovacím systémem a vysvětlila jí, jak bude probíhat stravování, hygiena a vyprazdňování vleže. Natočila EKG, pravidelně měřila fyziologické funkce, sledovala příjem tekutin, prováděla odběry krve, sledovala stav třísla, kde byl ponechán sheat, a celkový stav pacientky.

V 16:40 h. byl sheat lékařem odstraněn a tříslu komprimováno. Za asistence sestry byla na místo vpichu přiložena elastická spika a zatížena sáčkem s pískem k zajištění následné komprese. Pacientka byla po celou dobu bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

V 19:45 h. kontrola lékařem, pacientka byla subjektivně i objektivně bez obtíží.

Po večeri sestra provedla u pacientky večerní toaletu na lůžku.

Ve 22:40 h. po kontrole třísla byla lékařem odstraněna elastická spika a sáček s pískem ponechán do rána. Tříslu nejevilo známky krvácení a pacientka byla bez bolesti. Jelikož se pacientce nedařilo usnout, požádala sestru, zda by si mohla číst. Pacientka neusnula až do další kontroly lékařem.

Péče o pacientku 28. 5. (druhý den hospitalizace), (1. pooperační den)

V 0:30 h. kontrola lékařem, pacientka subjektivně i objektivně bez obtíží, tříslu klidné. Zmiňuje se o problému s usnutím (důsledek nepohodlné polohy a rušivého provozu koronární jednotky), ale medikaci raději odmítá.

V 7:00 h. sestra provedla u pacientky ranní hygienu vleže na lůžku. Zkontrolovala tříslu, převázala periferní žilní katétr (3. den), natočila EKG, nadále sledovala fyziologické funkce, tříslu, příjem tekutin a prováděla odběry krve.

V 9:30 h. po kontrole třísla lékařem byl naordinován pohybový režim B/WC (pohyb na lůžku s možným převozem na WC na sedačce). Z důvodu rizika ortostatického kolapsu pomáhala pacientce při přesunu na pojízdnou sedačku sestry. Večerní hygienu prováděla pacientka sama na lůžku, za asistence sestry. Pacientka byla bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

Péče o pacientku 29. 5. (třetí den hospitalizace), (druhý pooperační den)

Ráno natočila sestra EKG, změřila fyziologické funkce, odebrala krev, převázala periferní žilní katétr (4. den) a po kontrole třísla pomohla pacientce vstát z lůžka. V rámci doporučené rehabilitace (2. pooperační den) jí asistovala u nácvičku chůze po pokoji. Pacientka zvládala tuto aktivitu bez obtíží a byla schopna provést ranní hygienu sama, pouze pod dohledem sestry.

V 9:30 h. provedl lékař vizitu a po kontrole pacientky rozhodl o jejím přeložení zpět na standardní oddělení.

V 10:00 h. byla pacientka přeložena z koronární jednotky na standardní lůžkové oddělení.

Péče o pacientku 30. 5. (čtvrtý den hospitalizace), (třetí pooperační den)

Po přijetí na standardní oddělení byla pacientka při lékařské kontrole subjektivně i objektivně bez obtíží. Sestra natočila EKG a změřila fyziologické funkce. Na základě doporučení trénovala pacientka chůzi v prostorách oddělení, sestra dohlížela na rehabilitaci. Byl odstraněn periferní žilní katétr (5. den). Pacientka byla bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

Péče o pacientku 31. 5. (pátý den hospitalizace), (čtvrtý pooperační den)

Při lékařských kontrolách byla pacientka subjektivně i objektivně bez obtíží. Sestra natočila EKG, změřila fyziologické funkce. U nácvičku chůze do schodů asistovala fyzioterapeutka. Pacientka byla bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

Péče o pacientku 1. 6. (šestý den hospitalizace), (pátý pooperační den)

Při lékařských kontrolách byla pacientka subjektivně i objektivně bez obtíží. Sestra natočila EKG, změřila fyziologické funkce. U nácvičku chůze do schodů asistovala fyzioterapeutka. Pacientka byla bez bolesti, orientovaná, spolupracovala.

Péče o pacientku 2. 6. (sedmý den hospitalizace), (šestý pooperační den)

Propuštěna do domácího ošetřování. Po vyřízení všech formalit byla paní G. E., z důvodu zdravotní indikace, převezena do trvalého bydliště sanitou.

6. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

6. 1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je považován za mezinárodní standard ošetrovatelské praxe, jehož předpokladem je uspokojení individuálních potřeb nemocného při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů v ošetrovatelství. Umožňuje systematicky a individualizovaně pristupovat k ošetrování každého nemocného v nemocniční i terénní péči.

Prakticky je ošetrovatelský proces systematická a racionální metoda zhodnocení, plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní změna zdravotního stavu nemocného/klienta.

Pět fází ošetrovatelského procesu (3, s. 63):

1. zhodnocení stavu nemocného
2. stanovení diagnózy
3. plánování
4. realizace
5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

6. 2 Modely ošetrovatelství

Ošetrovatelská praxe využívá modely jako návody a pravidla pro svoji činnost. Modely rozvíjí ošetrovatelství jako profesi, organizují a rozvíjejí způsob studia ošetrovatelství.

Model představuje konkrétní názor a přístup k ošetrovatelské praxi. Modely ošetrovatelské péče shromažďují poznatky, které pomáhají zlepšit praxi v tomto oboru. Třídí informace do logicky uspořádaných systémů. Poskytují návod na sběr údajů o zdravotním stavu pacienta a kritéria k vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelský model se používá proto, aby zdůraznil a definoval cíl, zaměření a rozsah ošetrovatelské péče, aby poskytl strukturu pro dokumentaci pozorování a intervencí a podpořil kontinuitu, v jejímž rámci je ošetrovatelská péče poskytována.

Zjednodušuje komunikaci.

Modely umožňují řešit a zkoumat jednotlivé části ošetrovatelství (člověk, zdraví, prostředí, ostatní činnosti aj.) z různých pohledů a různými způsoby. Zahrnují sociální, fyzické a psychické aspekty zdraví v každé z těchto oblastí.

Nezáleží na tom, který model se v klinickém oboru používá. Měl by být vybrán tak, aby reagoval na individuální potřeby nemocného (udržení, podpora zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti aj.).

6. 3 Charakteristika ošetrovatelského modelu Majory Gordonové

Ošetrovatelský „Model funkčního typu zdraví“ Majory Gordonové se opírá se o holistický přístup k nemocnému. Je zaměřen na aktivní vyhledávání bio – psycho – sociálních – spirituálních potřeb nemocného a jejich uspokojování. Zdraví člověka v modelu Gordonové je vyjádřeno rovnováhou ve výše uvedených oblastech. Dojde-li k poruše v jedné z těchto oblastí, hovoříme o dysfunkci. Pro dysfunkční typ zdraví je třeba stanovit ošetrovatelské diagnózy.

Základní struktura modelu obsahuje dvanáct oblastí, u nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka, podle kterých sestra získává potřebné informace.

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role, mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra, životní hodnoty
12. Jiné

6. 4 Přehled vstupních ošetrovatelských anamnestických údajů

(aktuální stav pacientky při příjmu – viz příloha č. 1)

Základní informace potřebné pro zpracování ošetrovatelské anamnézy jsem získala formou rozhovoru s pacientkou i její dcerou v den přijetí k hospitalizaci, vlastním pozorováním. Dále jsem čerpala informace od lékařů a dalšího ošetrovatelského personálu v průběhu hospitalizace pacientky a v neposlední řadě prací s dokumentací.

Alergie - PNC

1. Smysly / omezení – zrak: brýle na dálku, na čtení; sluch 0, řeč 0
2. Komunikace – mluví česky, bez problémů,
schopna edukace, rozumí mluvenému slovu

- | | |
|---------------------------------|---|
| 3. Vědomí | – při vědomí (skóre GCS 15),
orientovaná |
| 4. Dýchání | – bez obtíží |
| 5. Bolest | – bez bolesti (VAS 0) |
| 6. Katétry, drény, sondy | – ano: periferní žilní katétra 1. den, LHK |
| 7. Výživa | – nutriční riziko nízké (skóre 2), BMI 28
(výška 170, váha 80), změna hmotnosti / 3 měs. 0 |
| Zvyky, omezení | – 0, zubní protéza 0, rovnátka 0 |
| Způsob podání | – per os |
| Tekutiny / 24 h. | – normální příjem (2 – 3 l) |
| 8. Kůže, sliznice | – suchá kůže 0, sliznice 0, rty 0, otoky 0,
bércový vřed 0, vyrážka 0, varixy 0 |
| Dekubitus | – 0, minimální riziko (Norton skóre 20) |
| 9. Aktivita a soběstačnost | – soběstačná (skóre Bartel 100) |
| Riziko pádu | – (skóre 1) |
| 10. Vylučování / vyměšování | – zácpa při změně prostředí |
| 11. Spánek / obtíže | – ano |
| Strach a obavy | – ano |
| Požadavky na spirituální služby | – ne |
| 12. Sociální zázemí | – bydlí s rodinou |
| Kontaktovat sociální službu | – ne |

6. 5 Ošetřovatelská anamnéza

Podrobnou ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu Gordonové v den přijetí pacientky k hospitalizaci 26. 5. 2010.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Paní G. E. trpěla v posledních dvou měsících bolestmi na hrudi s propagací do levého ramene a krku s palpitacemi. Bolest se objevovala po námaze (při rychlejší chůzi, chůzi do schodů), někdy i v klidu (v noci). Poslední dva týdny takřka denně. Popisuje velkou únavu a slabost, kterou spolu s bolestí přičítala nachlazení typu rýma, kašel, doprovázeným zvýšenou teplotou, které v poslední době prodělala několikrát. Pacientka ví o své srdeční chorobě, pro kterou již byla v minulosti léčena. V důsledku zhoršujících se obtíží a jejich četnosti navštívila lékaře. Je nekuřačka, alkohol nepije.

Výživa, metabolismus

Typický denní příjem potravy paní G. E. je snídaně, oběd, večeře v různých časových intervalech. Mezi jídly i v pozdních večerních hodinách se neovládne a dopřeje si „nezdravé chuťovky“. Uvádí, že při zdravotních obtížích jedla méně (asi poslední dva týdny), ale chuť k jídlu neztratila. Paní G. E. váží 80 kg. Trpí nadváhou. Ví, že by vzhledem ke svým diagnózám měla dodržovat nějaký dietní režim, ale nepovažovala to za nezbytné. Na dobu hospitalizace byla ordinována dieta č. 9/225 s omezením soli (diabetická s omezením soli). Její denní příjem tekutin je 2 - 3 litry. Stav kůže je v normě. Chrup má vlastní. Speciální zvyky ve stravování nemá, kromě večerního rituálu, kdy po uložení se na lůžko ke spánku popíjí vleže horký čaj.

Vylučování

Potíže s vylučováním nemá. V domácím prostředí chodí na stolicí denně, ale v nepravidelných časech (záleží na tom, co a kolik toho sní, na množství pohybu). Uvádí také, že pokaždé v cizím prostředí mívá obtíže se stolicí, trpí zácpou. Pocení je normální.

Aktivita, cvičení

V současné době se pacientka cítí unaveně, svůj volný čas v poslední době trávila spíše pasivně, při větší aktivitě se objevovala bolest a mírně se zadýchávala. Nesportuje, aktivní pohyb uskutečňuje pouze při občasných procházkách s vnučkou nebo přáteli a při vykonávání domácích prací. Chůze, držení těla a pohybová koordinace v normě. Při hodnocení úrovně sebepěče a soběstačnosti jsem pacientku shledala jako nezávislou.

Spánek a odpočinek

Se spánkem pacientka v minulosti problémy neměla. Začaly až tehdy, když se její onemocnění začalo více projevovat. V noci se často probouzí. Ráno se cítí nedostatečně odpočatá pro vykonávání denních aktivit, pospává v průběhu dne. Před nástupem do nemocnice trpěla nespavostí také z důvodu strachu z výkonu.

Vnímání, poznávání

Mentální stav, úroveň vědomí a orientace jsou přiměřené věku pacientky. Slyší dobře. Hůře vidí, nosí brýle na dálku a na čtení.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se cítí unaveně, je nervózní, bojí se o svůj život a má strach z výkonu. Sama sebe hodnotí jako přátelskou a nekonfliktní. Doufá, že vše dobře dopadne a ona bude zase veselá a schopná se aktivněji zapojit do činností, které před nedávnem zvládala bez obtíží. Ví, že trpí nadváhou. Připouští, že je nedůsledná v dodržování dietních opatření, že pokyny o nutnosti dodržování dietního režimu brala na lehkou váhu a informacemi o zdravé výživě se nezabývala. Ráda by svůj přístup změnila pro dobro svého zdraví i své postavy.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní G. E. je rozvedená. Bydlí ve společné domácnosti s dcerou a vnučkou v bytě. Pomáhá jí s vedením domácnosti a péčí o vnučku. V rodině ani mezi přáteli, se kterými se pravidelně schází, nemá konflikty.

Sexualita, reprodukční schopnost

Paní G. E. není příjemná o této oblasti mluvit.

Stres, zátěžové situace

Pacientka je v poslední době stresována zdravotními problémy. Pozornost soustřeďuje hlavně na svůj zdravotní stav a na plánovaný výkon, kterého se bojí. Projevuje starost o dceru, jak zvládne pracovní vytížení a domácnost bez její pomoci. Běžný stres a zátěžové situace zvládá celkem dobře. Občas se rozčílí, ale rychle se uklidní. Pokud se vyskytnou problémy, které sama nezvládne, má možnost se obrátit na rodinu nebo přátele, kteří se jí snaží vždy ochotně pomoci.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Paní G. E. řadí na první místo v žebříčku hodnot zdraví své i svých blízkých, dále úspěchy blízkých a přízeň přátel. Na otázku náboženské víry se spiklenecky usmívá s odpovědí, že každý v něco věří. Požadavky na spirituální služby během hospitalizace nemá.

6.6 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny k prvnímu dni hospitalizace. Krátkodobý plán jsem zvolila na 24 hodin.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Strach z léčebného výkonu.
2. Porucha spánku z důvodu strachu.
3. Omezení tělesné pohyblivosti z důvodu klidového režimu a kontinuálního monitorování.
4. Omezení sebepěče v oblasti příjmu potravy a tekutin, hygieny a vyprazdňování v důsledku dodržování klidového režimu.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

5. Riziko vzniku komplikací v souvislosti s invazivním výkonem projevující se krvácením či vznikem hematomu v místě vpichu.
6. Riziko vzniku infekce v důsledku invazivních vstupů.
7. Riziko vzniku zácpy v důsledku změny prostředí a upoutání na lůžko.

Druhý den hospitalizace byla stanovena ošetrovatelská diagnóza, kterou uvádím jako součást dlouhodobého plánu.

8. Neznalost; potřeba poučení o vhodném dietním režimu z důvodu špatné životosprávy.

6.6.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy stanovené k prvnímu dni hospitalizace

1. Strach z léčebného výkonu.

Cíl: Minimalizovat obavy z výkonu.

Plán péče:

- hovořit s pacientkou o jejích obavách, aktivně naslouchat
- zajistit rozhovor pacientky s lékařem o léčebném plánu a možných komplikacích
- zajistit dostatek informací o nemoci, o pacientčině zdravotním stavu, o výkonu a průběhu hospitalizace
- poskytnout informace v ústní i písemné podobě
- seznámit pacientku s uspořádáním oddělení na pracovišti
- zajistit signalizační zařízení

Realizace ošetrovatelské péče:

Po přijetí jsem pacientku uložila na lůžko, seznámila ji s ostatními pacientkami a vysvětlila jí, jak používat signalizační zařízení, aby mohla v případě potřeby přivolat ošetrovatelský personál. Poté, co přivolaný lékař pacientku vyšetřil a informoval o jejím zdravotním stavu, léčebném plánu a možných komplikacích, jsem pacientce vysvětlila, jak bude probíhat příprava na výkon, podrobně jsem jí popsala průběh celého výkonu a nakonec jsme hovořily o prostředí koronární jednotky, na kterou bude uložena po výkonu. Také jsem opakovaně pacientce připomínala klidový režim, který bude dodržovat po výkonu. Žádné další dotazy paní G. E. již neměla. Pomohla jsem jí vybrat knihu z naší knihovny pro pacienty, aby se rozptýlila. Ve snaze odvést paní G. E. od myšlenky na výkon a odvrátit vtíravé myšlenky na negativní výsledek, jsem s ní později hovořila o jejích příjemných zážitcích z dovolené.

O výsledku vyšetření a o dalším léčebném postupu informoval paní G. E. lékař koronární jednotky hned po příjezdu z katetrizačního sálu. Sestra, která pečovala o pacientku na koronární jednotce, jí podala informace o monitorovacím systému, na který byla napojena. Po výkonu jsem paní G. E. navštívila na koronární jednotce, přinesla jí její věci a knihu, kterou rozečetla v den přijetí.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl se podařilo splnit částečně. Po rozhovoru s nemocnou jsem pozorovala zmírnění napětí.

2. Porucha spánku z důvodu strachu.

Cíl: Dosažení optimální délky spánku, min. 5 - 6 hodin bez přerušení. Pacientka usne bez medikace.

Plán péče:

- hovořit s pacientkou o obavách, aktivně naslouchat
- před spaním vyvětrat pokoj
- upravit polohu lůžka a upravit lůžkoviny
- v rámci možností pacientce umožnit činnosti, na které je před spaním zvyklá v domácím prostředí
- omezit všechny rušivé podněty v okolí

- zajistit tiché a klidné prostředí
- informovat pacientku o možnosti ordinace léku na spaní, pokud by se jí nepodařilo usnout

Realizace ošetrovatelské péče:

Po provedení večerní toalety, přibližně kolem 21:00 h., sestra vyvětrala pokoj a urovnala paní G. E. lůžkoviny. Diskutovaly o obavách, které vedou k rušení jejího spánku. Sestra se snažila pacientku uklidnit a získat důvěru. Pro pocit větší intimity zatahla závěsy, oddělující jednotlivá lůžka. Polohu lůžka upravila podle přání pacientky, pouze mírně zvýšila část pod hlavou a přidala ještě jeden polštář. Nemocná měla k dispozici zapůjčenou knihu, kterou si před spaním chtěla číst. Sestra připravila na noční stolek, na dosah ruky pacientky, horký ovocný čaj, který je paní G. E. zvyklá popíjet každý večer po ulehnutí do postele. Pro lepší orientaci v průběhu noci umístila sestra signalizační zařízení na držadlo hrazdy přímo nad hlavu pacientky a zdůraznila, aby ji v případě jakýchkoliv obtíží neváhala přivolat. Z důvodu lepší viditelnosti na čtení pomohla pacientce nastavit lampičku, která je umístěna na rampě na zdi za lůžkem. Ve 22:00 hod. sestra zhasla na pokoji velké světlo a zapnula noční osvětlení. Paní G. E. si došla na toaletu a chtěla si ještě chvíli číst, světlo z lampičky se jevilo dostatečným. Aby pacienti nebyli rušeni pacienty z vedlejšího pokoje, zavřela sestra dveře oddělující společnou umývárnu a toaletu. Nakonec zavřela dveře na chodbu, aby omezila rušení nočním provozem oddělení. Připomněla paní G. E., že při potížích s usnutím může požádat o tabletu na spaní, kterou jí lékař naordinoval při večerní vizitě pro případ potřeby. Při kontrole sestrou ve 24:00 h. již pacientka spala.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl se podařilo splnit. Pacientka usnula bez medikace, spala minimálně 5 hodin bez přerušení.

3. Omezení tělesné pohyblivosti z důvodu dodržování klidového režimu a kontinuálního monitorování po výkonu.

Cíl: Pacientka chápe omezení, dodržuje klidový režim.

Plán péče:

- ověřit, zda pacientka chápe nutnost dodržování klidového režimu
- informovat pacientku o možných komplikacích v důsledku nedodržení zavedených opatření
- popsat podrobně rozsah možného pohybu při změnách polohy
- zajistit v okolí lůžka pomocná zařízení k usnadnění pohybu
- na dosah ruky umístit signalizační zařízení a ostatní pomůcky
- poučit nemocnou o způsobu vyprazdňování na lůžku

Realizace ošetrovatelské péče:

Po převozu pacientky z katetrizačního sálu na koronární jednotku sestra připojila pacientku k centrálnímu systému monitorujícímu vitální funkce, natočila EKG a zkontrolovala tříslo. Během těchto činností znovu připomněla nutnost polohy na zádech s levou dolní končetinou ve vodorovné poloze. Poučila pacientku, aby dolní končetinu nekrčila. Upozornila na nebezpečí vzniku komplikací při nedodržení klidového režimu. Připevnila na lůžko hrazdu pro usnadnění pohybu při změně polohy v povoleném rozsahu. Signalizační zařízení, tekutiny, potřebné pomůcky a ostatní předměty umístila na dosah ruky pacientky. Nakonec zdůraznila, že při jakémkoliv problému má paní G. E. přivolat sestru.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn, pacientka chápe omezení. Klidový režim řádně dodržovala.

4. Omezení sebedpěče v oblasti příjmu potravy a tekutin, hygieny a vyprazdňování v důsledku dodržování klidového režimu.

Cíl: Zajistit základní biologické potřeby. Pacientka má pocit pohodlí a čistoty.

Plán ošetrovatelské péče:

- poučit pacientku o způsobu přijímání potravy a tekutin
- poučit pacientku o postupu provádění hygieny na lůžku a vyprazdňování vleže
- připravit pomůcky
- zajistit intimitu při provádění hygienické péče a při vyprazdňování
- hygienu provádět ve spolupráci pacientky

Realizace ošetrovatelské péče:

Sestra pacientce podrobně popsala způsob, jakým budou probíhat jednotlivé činnosti (příjem tekutin a potravy, vyprazdňování a hygienická péče) vleže. Pacientce připravila na stoleček hrnek s čajem a do něj umístila ohebnou hadičku, aby se pacientka při pití co nejméně zvedala. Jídlo paní G. E. připravila na sklopnou část stolku a přisunula nad její hrudník.

Po dobu klidového režimu prováděla hygienu na lůžku sestra. Večer a ráno. Řádnou hygienu zajistila sestra vždy po vyprazdňování na mísu. Pacientka ležela na jednolůžkovém boxu, což zjednodušilo zajištění intimity při vyprazdňování a při provádění hygienické péče. Následující den po ukončení klidového režimu byla schopna provádět hygienu pacientka sama. Z důvodu napojení na monitorovací systém jí pomáhala sestra. Připravila pomůcky a přinesla umyvadlo s teplou vodou. Pacientka si umyla horní polovinu těla, sestra vyměnila vodu a pomohla paní G. E. umýt dolní polovinu. Vzhledem k tomu, že následující den se pacientka mohla za

pomoci sestry vertiklizovat, byla na požádání převážena na WC na sedačce. Odpojení od monitorace na nezbytně nutnou dobu bylo odsouhlaseno lékařem.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. Základní biologické potřeby byly zajištěny. Pacientka měla pocit tělesné čistoty a pohodlí.

6. 6. 2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

5. Riziko vzniku komplikací z důvodu invazivního výkonu projevujících se krvácením či vznikem hematomu v místě vpichu

Cíl: Včasné odhalení komplikací. Předjetí vzniku komplikací.

Plán ošetrovatelské péče:

- dodržovat klidový režim
- poučit nemocnou o pocitech (bolest, tlak, teplo a vlhko v místě vpichu, dušnost, pálení na hrudi aj.)
- pravidelně kontrolovat místo vpichu
- sledovat celkový stav (stav vědomí, monitorovat fyziologické funkce)
- zajistit dostatek tekutin
- umístit signalizaci na dosah ruky

Realizace ošetrovatelské péče:

Po uložení pacientky na monitorované lůžko na koronární jednotce zkontrolovala sestra třísko, připojila paní G. E. k centrálnímu monitorovacímu systému, připevnila na paži tlakovou manžetu a na prst saturační čidlo. Přivolala lékaře, který zkontroloval stav pacientky, sheat v třísele a poučil ji o možných komplikacích. Sestra poučila pacientku o pocitech (např. jakákoliv bolest/tlak v třísele nebo na hrudi, teplo a vlhko v třísele, dušnost aj.) a zdůraznila, že v takovém případě musí ihned přivolat sestru. Signalizační zařízení umístila pacientce na dosah ruky. Také jí připomněla, aby nekrčila dolní končetinu, na které byl výkon proveden. Dále poučila pacientku, aby dostatečně pila kvůli lepšímu vylučování kontrastní látky ledvinami. Pravidelně měřila fyziologické funkce, kontrolovala místo vpichu a celkový stav pacientky.

Tab. 8. Fyziologické funkce, příjem tekutin 27. 5.

h.	TK / mmHg	P / min.	SPO2	TT	příjem tek./ ml.
----	-----------	----------	------	----	------------------

07:00	165/95	65'		36,5°C	
10:30	168/83	70'	94 %		300
11:30	154/75	65'	94%		300
12:30	100/74	67'	96%		200
13:30	150/75	65'	96%		300
14:00	149/45	70'	95%		300
17:00	130/75	67'	96%	36,5°C	500
19:00	130/75	76'	95%		400
22:00	130/75	65'	95%		200

V 16:40 h. odstranil lékař za asistence sestry z třísla sheat, přiložili elastickou kompresi, tzv. spiku, a zatížili místo sáčkem s pískem. Spika byla lékařem odstraněna v 22:45 h., sáček s pískem byl ponechán do rána.

Po celou dobu byla paní G. E. pravidelně kontrolována a všechny údaje zaznamenávány.

Tab. 9 Fyziologické funkce, příjem tekutin 28. 5.

h.	TK / mmHg	P / min.	SPO2	TT	příjem tek./ ml
00:30	125/70	63'	94 %		
05:00	115/65	64'	94 %	36,4°C	200
09:00	120/70	73'	94 %		400
14:00	105/65	67'			500
18:00	90/60	67'			500
22:00	105/65	63'			500

Následující den po vizitě, kdy lékař zkontroloval třísla, se již mohla paní G. E. za pomoci sestry přesunout na sedačku a byla odvezena na WC.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. Pacientka neudávala žádné obtíže ani bolesti v oblasti třísla. Místo vpichu nevykazovalo známky hematomu. Ke krvácení nedošlo.

6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů (periferní žilní kanyla, sheat v třísle).

Cíl: Včasné rozpoznání známek infekce. Nedojde ke vzniku infekce.

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelně kontrolovat a ošetřovat vstupy
- poučit pacientku o pocitech v místě vpichu (bolest, pálení, teplo)
- sledovat místní známky infekce v místě vstupu
- sledovat celkové projevy infekce

Realizace ošetrovatelské péče:

Paní G. E. byla do LHK zavedena periferní žilní kanyla z důvodu zajištění žilního vstupu. Před odjezdem na sál jsem zkontrolovala průchodnost. Dalším invazivním vstupem byl sheat v tříse pravé dolní končetiny, který byl zaveden v průběhu výkonu na katetrizačním sále a odstraněn v 16:40 h. Stimulační elektroda nebyla zavedena z důvodu trvalého kardiostimulátoru, implantovaného v minulosti. Třísla bylo kontrolováno.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. Místa vpichu byla klidná, bez místních známek infekce. U pacientky nebyly shledány žádné celkové projevy infekce.

7. Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí a upoutání na lůžko.

Cíl: Nemocný překoná ostych při vyprazdňování a vyprázdní se.

Plán ošetrovatelské péče:

- mluvit s nemocnou o příčině zácpy
- poskytnout nemocné podporu aktivním nasloucháním o jejích obavách
- pobízet k aktivitám zaměřujícím pozornost jiným směrem
- zajistit dostatek soukromí a času
- zajistit hygienu po vyprázdnění
- zaznamenávat frekvenci stolice

Realizace ošetrovatelské péče:

Paní G. E. při příjmu zmínila, že má s vyprazdňováním stolice v cizím prostředí problémy. Popsala, že má psychické zábrany z nedostatku soukromí a nedostatku času, který běžně na toaletě tráví. Vzhledem k dodržování klidového režimu měla velké obavy z vyprazdňování na mísu. Vysvětlila jsem jí, že nebude časově omezoována

při vykonávání potřeby a sestry na koronární jednotce zajistí maximální možnou míru soukromí za daných podmínek. Poučila jsem ji, aby při nutkání na stoličce ihned zavolala sestru, požádala ji o mísu a potřebu nezadržovala. Doporučila jsem pacientce, aby se snažila potlačit ostych a orientovat myšlenky jiným směrem, např. na domácí prostředí. Na koronární jednotce ležela paní G. E. v boxu sama a nemusela se ostýchat před spolupacienty. Po vyprázdnění sestra provedla hygienu a nabídla nemocné umyvadlo k umytí rukou. Po ukončení klidového režimu byla paní G. E. převezena na sedačku na WC.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. Pacientka překonala ostych a vyprázdnila se.

6. 6. 3 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Paní G. E. byla hospitalizována celkem 6 dní, sedmý den propuštěna do domácího ošetřování. V rámci dlouhodobého ošetrovatelského plánu, který byl stanoven do konce hospitalizace, jsem změnila pořadí a typ ošetrovatelských diagnóz, tak aby odpovídaly naléhavosti a potřebám zdravotního stavu pacientky. Do dlouhodobého plánu jsem zařadila ošetrovatelskou diagnózu, která byla stanovena následující den po výkonu 28. 5.

8. Neznalost; potřeba poučení o vhodném dietním režimu z důvodu špatné životosprávy.

Cíl: Pacientka má dostatek informací. Je dostatečně motivována k aktivní účasti na změně životosprávy do konce hospitalizace.

Plán ošetrovatelské péče:

- prodiskutovat nevhodné stravovací návyky
- pochopit nutnost změny životního stylu (dietního režimu) v souvislosti s diagnózou
- podporovat k aktivní účasti
- zajistit pohovor s lékařem
- zprostředkovat edukační pohovor s nutriční terapeutkou
- doporučit odbornou pomoc obezitologa
- poskytnout písemný materiál a informační zdroje

Realizace ošetrovatelské péče:

Vzhledem k tomu, že pacientka ví o své nadváze, očekávala rozhovor na toto téma a nebránila se mu. Paní G. E. jsem vysvětlila nutnost dodržovat dietní opatření a změnit životní styl v souvislosti s její diagnózou. Poučila jsem ji, co znamená BMI (vztah hmotnosti k tělesné výšce m²) a v jakých číslech by se měl její index pohybovat. Pacientku se mi podařilo přesvědčit ke spolupráci za velmi krátkou dobu. Pacientka popsala svůj denní příjem potravy, druhy potravin, množství, velikost porcí, časové rozmezí mezi jídly.

Navrhla jsem paní G. E. kroky ke snížení váhy, podle kterých bychom mohly postupovat po dobu hospitalizace. Obrátila jsem se na ošetřujícího lékaře, který pacientce podrobně vysvětlil důsledky, k nimž by mohlo dojít, pokud se zlepšením životosprávy nebude zabývat. Vzhledem k její diagnóze a nevhodnosti zvýšení fyzické zátěže doporučil odbornou pomoc obezitologa. Zároveň poučil paní G. E. o energetické potřebě organismu, o rovnováze mezi příjmem a výdejem energie.

V tomto kroku nám byla nápomocna nutriční terapeutka, kterou jsem kontaktovala. Poskytla paní G. E. podrobné informace o složení a vhodnosti potravin, o jejich energetické hodnotě, o počtu jídel a velikosti porcí za den. Odpověděla pacientce na její otázky. Podle potřeb a zdravotního stavu zpracovala pro paní G. E. týdenní jídelníček, jímž se pacientka bude řídit po propuštění, než navštíví odborného lékaře v oblasti obezitologie. Pacientka jej s nadšením uvítala.

Nakonec jsem paní G. E. poskytla písemné informace o vhodnosti, složení a energetických hodnotách jednotlivých potravin.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Před propuštěním má pacientka dostatek informací. Cítí se dostatečně motivována k aktivní změně svého životního stylu.

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly

Dlouhodobý cíl: Nedojde ke vzniku infekce po dobu hospitalizace.

Plán a realizace ošetrovatelské péče:

Periferní žilní kanyla byla ponechána pacientce po dobu čtyř dnů. Pátý den byla odstraněna. Z důvodu zajištění průchodnosti kanyly byla denně proplachována. Po celou dobu bylo místo vpichu denně kontrolováno a ošetřováno dle ošetrovatelských standardů. Denně byl stav kanyly zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl byl splněn. Místo bylo klidné, bez místních známek infekce a nebyly shledány ani celkové projevy infekce.

2. Porucha spánku v důsledku změny prostředí a nevhodných podmínek ke spánku.

Dlouhodobý cíl: Zajistit vhodné podmínky ke spánku. Zlepšit pocit celkové pohody a odpočatosti po dobu hospitalizace.

Plán a realizace ošetrovatelské péče:

Po dobu hospitalizace pacientky na koronární jednotce nebyl její spánek dostatečný. I přes snahu sester se nedařilo úplně zajistit tiché prostředí, neboť neodkladná péče o ostatní pacienty takový klid vylučuje. Sestry umožnily paní G. E. činnosti, na které je před spaním zvyklá v domácím prostředí, uvařily jí horký čaj, upravily polohu lůžka a lůžkoviny. Pacientka medikaci na spaní odmítala.

Po překladu na standardní oddělení byly paní G. E. vhodné podmínky ke spánku zajištěny ve větší míře. Sestra vždy před spaním vyvětrala pokoj, upravila lůžkoviny, uvařila pacientce horký čaj. Zatáhla závěsy oddělující jednotlivá lůžka a zavřela dveře oddělující pokoj od chodby a umývárny.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl se podařilo splnit až po překladu pacientky na standardní oddělení, kde byly zajištěny vhodné podmínky ke spánku. Pacientka měla pocit celkové pohody a cítila se odpočatá.

3. Riziko vzniku zácpy v důsledku změny prostředí

Dlouhodobý cíl: Po dobu hospitalizace se bude pacientka vyprazdňovat pravidelně. Nedojde ke vzniku zácpy.

Plán a realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka dostávala vhodnou stravu v pravidelných časových intervalech, měla dostatečný příjem tekutin. Sestra vždy zajistila dostatek soukromí a času podle přání pacientky. Frekvence stolice byla zaznamenávána do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientka se po dobu hospitalizace vyprazdňovala jedenkrát za 24 hod. Ke vzniku zácpy nedošlo.

6. 7. Psychologická a sociální část

Sociální hodnocení

Paní G. E. je rozvedená, žije se svojí dcerou a vnučkou v bytě. Soužití popisuje jako ideální, s občasnými názorovými neshodami, jak už to bývá, když žijí pospolu tři generace ženských. O dceři a vnučce se paní G. E. vyjadřuje pěkně, jsou si vzájemnou oporou a mají přátelský vztah. Paní G. E. se pravidelně schází s přáteli. Dcera ani vnučka na návštěvu za paní G. E. v průběhu hospitalizace nepřijely z důvodu velké vzdálenosti. Dcera se denně informovala o průběhu léčby telefonicky u ošetřujícího lékaře a ona i vnučka byly s paní G. E. v telefonickém kontaktu pomocí mobilního telefonu.

Hodnocení psychických potřeb pacientky

Prožívání nemoci

Stav paní G. E. se zhoršoval postupně, s opakujícími se obtížemi si začala uvědomovat závažnost svého stavu. Po obdržení informace o hospitalizaci a nutném výkonu se začala bát o svůj život.

Postoj k nemoci

Paní G. E. o své chorobě věděla, stejný výkon podstoupila již v minulých letech, ale i přesto si připadala zaskočena nepříznivým zvratem událostí. Pozitivně na ni působil dostatek informací od sester a lékařů. Uvědomila si, že se musí aktivně zapojit do sekundární prevence.

Reakce na pobyt v nemocnici

Paní G. E. již byla v minulosti několikrát hospitalizována, tudíž by se dalo předpokládat, že jí nemocniční prostředí nebude cizí. I přes zkušenosti s hospitalizací paní G. E. cítila úzkost a strach o sebe i své příbuzné. Po výkonu se její psychický stav velmi zlepšil, byla pozitivně naladěna a těšila se domů.

Zhodnocení komunikace

S paní G. E. byla bezproblémová komunikace. Při přijetí a před výkonem byla vystrašená a úzkostná, ale i přesto se snažila být milá. Projevovala zájem o veškeré informace týkající se léčby. Řádně dodržovala pokyny zdravotnického personálu. Během hospitalizace se podařilo paní G. E. dostatečně motivovat, takže se začala aktivně zajímat o doporučený dietní režim.

Zvládání komunikace

U pacientky nebyla shledána žádná komunikační bariéra. Komunikovala úměrně svému věku a zdravotnímu stavu. Mluvila plynule a odpovídala adekvátně. Nonverbální projevy byly v souladu s verbálními.

Zvládání stresu

Paní G. E. byla v poslední době velmi stresována zdravotními problémy. Dle anamnézy běžný stres a zátěžové situace zvládá celkem dobře. Občas se rozčílí, ale rychle se uklidní. V průběhu hospitalizace se pacientka snažila zmírnit stres komunikací se zdravotnickým personálem a spolupacienty.

Obranné mechanismy

O svých obavách mluvila pacientka otevřeně. Byla si vědoma také své nadváhy, ale v prvních dnech hospitalizace se snažila rozumně zdůvodnit své nedodržování životosprávy. O jejím problému jsme diskutovaly velmi intenzivně, což přineslo pozitivní výsledek. Po zralé úvaze se paní G. E. s úsměvem přiznala, že hledala viníka svého přejídání, a připustila, že je konečně dostatečně motivována ke změně životního stylu a je schopna nadváze čelit.

Motivace k léčbě

Pacientčinou motivací k léčbě jsou její blízcí, dcera a vnučka, se kterými chce prožívat pěkné chvíle co nejdéle to půjde. A také její přátelé, se kterými se cítí dobře.

6. 8 Edukace

Při přijetí pacientka podepsala souhlas s hospitalizací a následně byla poučena:

- sestrou, na téma: práva pacientů, domácí řád oddělení, identifikační náramek, signalizační zařízení, pohybový režim, prevence pádu, péče o žilní vstup, příprava před výkonem, péče po výkonu.
- lékařem, na téma: diagnóza, léčebný postup (podepsala informovaný souhlas s výkonem), medikace, výživa, prevence ICHS, péče v terénu.

Jednotlivé body edukace pacientka podepsala v edukačním záznamu.

Lékař informoval pacientku také o internetových stránkách našeho pracoviště, na kterých najde potřebné informace o své nemoci a doporučení týkající se pohybové aktivity. Lékař doporučil paní G. E. odbornou pomoc obezitologa.

Na edukaci paní G. E. se v průběhu hospitalizace podílela také nutriční terapeutka a fyzioterapeutka.

Nedílnou součástí léčby je ovlivnění rizikových faktorů, na které jsme se v edukaci pacientky zaměřili. Vzhledem k nedostatku informací o dietním režimu byla pacientka důrazně poučena o nutnosti změny životního stylu v oblasti stravování. Byly jí poskytnuty informace v ústní i písemné podobě.

7. ZÁVĚR

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila ošetrovatelskou péči o pacientku s alkoholovou septální ablací u hypertrofické kardiomyopatie.

Hypertrofická obstrukční kardiomyopatie je dědičné onemocnění spojené často se symptomatologií stenokardií, dušností nebo synkop. Kromě zhoršené kvality života mají někteří nemocní i vyšší riziko náhlé smrti. U symptomatických nemocných lze i přes medikamentózní léčbu doporučit chirurgickou léčbu nebo PTSMA.

Při PTSMA se během SKG aplikuje několik mililitrů etanolu do oblasti mezikomorové přepážky. Vzniklý septální infarkt vede k jejímu ztenčení a výrazné redukci obstrukce. Nemocní jsou hospitalizováni zpravidla jeden týden, a to při režimu obdobném jako při léčbě malého a nekomplikovaného infarktu myokardu. Tato léčebná metoda výrazně snižuje intenzitu příznaků, a tím zlepšuje kvalitu života pacientů. Pacienti jsou pravidelně sledováni v odborných poradnách.

Případová studie je zpracovaná podle moderního trendu ošetrovatelské péče zvaného ošetrovatelský proces. Součástí komplexní péče o nemocnou s hypertrofickou kardiomyopatií je ošetrovatelská péče, ve které je

role sestry nezastupitelná. Ošetrovatelský proces garantuje standardizované postupy, odbornost a při realizaci jeho jednotlivých fází je v popředí zájmu hlavně zachování individuality jedince ve všech oblastech (bio – psycho – sociální). Prostřednictvím „Modelu fungujícího zdraví“ Majory Gordonové jsem se zaměřila na základní potřeby nemocné, jejichž uspokojení pomohlo pacientce lépe překonat akutní období nemoci a minimalizovat riziko vzniku možných komplikací. Do domácího ošetřování odcházela pacientka řádně edukována a motivována k budoucí seberealizaci.

Paní G. E. zhodnotila svůj pobyt na Kardiologickém oddělení, kde pracuji, kladně. Váží si přístupu a empatie sester. Péči, kterou zajišťoval tým složený z lékařského a nelékařského zdravotnického personálu, považuje za vysoce kvalitní.

Seznam použité literatury

1. ASCHERMANN M., WIDIMSKÝ P., VESELKA J. et. al. *Kardiologie 2. Díl*. První vydání. Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-290-0
2. DOENGES M., MOORHOUSE M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé vydání. Praha: Grada 2001. ISBN – 80-247-0242-8
3. JAROŠOVÁ D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. První vydání. Praha: ISV nakladatelství 2000. ISBN 80-85866-55-2
4. KOZIEROVÁ B. et al. *Ošetrovatelstvo I*. První vydání. Martin: Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0
5. MASTILIAKOVÁ D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl, Systémový přístup*. První vydání. Praha: UK Karolinum 2002. ISBN 80-246-0428-0
6. PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. První vydání. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1211-3
7. STAŇKOVÁ M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, praktická příručka pro sestry*. První vydání. Brno: IPVZP 1999. ISBN 80-7013-282-5
8. STAŇKOVÁ M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces, praktická příručka pro sestry*. První vydání. Brno: IPVZ 1999. ISBN 80-7013-283-3
9. TRACHTOVÁ E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé vydání. Brno: NCONZO 2006. ISBN 80-7013-324-4

10. VESELKA J. et al. *Hypertrofická Kardiomyopatie a příbuzná témata.*

První vydání, Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-443-1, str. 29

11. VESELKA J., LINHARTOVÁ K., ZEMÁNEK D. et. al. *Kardiomyopatie.* První vydání. Praha: Galén 2009.

ISBN 978-80-7262-640-3

12. WORKMAN B. A., BENNETT C. L. *Klíčové dovednosti sester.* První vydání. Praha: Grada 2006. ISBN

80-247-1714-X

13. WHO Regionální úřadovna pro Evropu. *LEMON I Soubor učebních textů pro sestry a porodní asistentky.*

První vydání. Brno: IPVZ 1996.

ISBN 80-7013-34-5

Zdroje: příbalové letáky u uvedené terapie

Seznam použitých zkratk

AV	– atrioventrikulární
APPE	– apendektomie
BMI	– body mass index
CK	– kreatin kináza
CMP	– mozková cévní příhoda
DM	– diabetes mellitus
EA	– endarterektomie
ECHO	– echokardiografie
EKG	– elektrokardiografický záznam
GIT	– gastrointestinální trakt
HCM	– hypertrofická kardiomyopatie
HLP	– hyperlipoproteinémie
HYE	– hysterektomie
HOCM	– hypertrofická obstrukční kardiomyopatie
ICHDK	– ischemická choroba srdeční
IM	– infarkt myokardu
ISDN	– nitrát
i. a.	– intraarteriálně
i. v.	– intravenózně
IVS	– interventrikulární septum

KS	– kardiostimulátor
LHK	– levá horní končetina
LK	– levá komora
mmHg	– milimetrů sloupce rtuti
NYHA	– New York Heart Association - klasifikace funkčního omezení nemocných se srdeční chorobou
P	– puls
PCI	– perkutánní koronární intervence
PDK	– pravá dolní končetina
PG	– tlakový gradient
PNC	– penicilin
p. o.	– ústy
PCI	– perkutánní koronární intervence
PTSMA	– perkutánní transluminální septální myokardiální ablace
RIA	– ramus interventricularis anterior
RTG	– rentgen
s. c.	– subkutánně
SKG	– selektivní katetrizace
SpO ₂	– saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl.	– tablety
TEE	– transoesofageální echokardiografie
TK	– tlak krve
TT	– tělesná teplota
TTE	– transthorakální echokardiografie

Seznam tabulek, obrázků

Tab. 1	26. 5. Biochemie – krev	32
Tab. 2	27. 5. Biochemie – přehled statim odběrů - krev	32
Tab. 3	27. 5. Hematologie – koagulace	32
Tab. 4	28. 5. Biochemie – krev	33
Tab. 5	28. 5. Hematologie - krevní obraz	33
Tab. 6	29. 5. Fyziologické funkce	34
Tab. 7	29. 5. Biochemie – krev	34
Tab. 8	27. 5. Fyziologické funkce, příjem tekutin	50
Tab. 9	28. 5. Fyziologické funkce, příjem tekutin	50

Obr. 1	RTG zobrazení septální větve před a po PTSMA.....	17
Obr. 2	EKG záznam, tlakového gradientu před a po PTSMA.....	17
Obr. 3	ECHO zobrazení IVS před a po PTSMA.....	18

Seznam příloh

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Plán péče
3. NYHA - Klasifikace funkčního omezení nemocných se srdeční chorobou podle newyorské kardiologické společnosti
4. Hodnotící škály - přehled
5. Edukační záznam

úřek **GE**

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5

	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis	datum	Podpis
Dgč. 1. STRACH Z LEČEBNĚHO VÝKONU CIL: MINIMALIZOVAT OBAVY Z VÝKONU								
HOVOŘIT O OBAVÁCH ALTERNATIVNĚ NAŠLOUHAJ		X						
SPRÁVIT ROZH. S LEČ. O LEČ. TĚŽKOU A KONPL.		X						
INFORMACE INFORMACE O VÝKONU A TĚŽKOU		X						
POSKYTNOUT INFO V ÚSTNÍ IPIVCHU TĚŽKOU		X						
SPRÁVIT TĚŽKOU S OŠETŘOVATELSKÝM OŠETŘENÍM		X						
SPRÁVIT SIGNIFIKANTNÍ TĚŽKOU		X						
Dgč. 2. PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU STRACHU CIL: OPTIMALIZOVAT SPÁNKU S GNOU A ZPŮSOBK. TĚŽKOU BEZ HEKRAE								
HOVOŘIT O OBAVÁCH ALTERNATIVNĚ NAŠLOUHAJ		X						
UVEDĚT ROZD. PŘED SPÁNÍM		X						
UPRÁVIT TĚŽKOU LUXOŘI, ZPŮSOBK. TĚŽKOU		X						
UVEDĚT TĚŽKOU Z DŮVODU TĚŽKOU		X						
OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
SPRÁVIT TĚŽKOU A KLIDNĚ PROSTŘEDÍ		X						
INFORMOVAT O OŠ. TĚŽKOU NA SPÁNKU, P.		X						
Dgč. 3. OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU A DŮVODU KLIDNĚHO REGIMU A KONTINUA CIL: TĚŽKOU OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU								
OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
INFORMOVAT O KONTINUA TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
Dgč. 4. OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU A DŮVODU KLIDNĚHO REGIMU A KONTINUA CIL: TĚŽKOU OHLEDIT TĚŽKOU TĚŽKOU								
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						
TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU TĚŽKOU		X						

Klasifikace funkčního omezení nemocných se srdeční chorobou podle newyorské kardiologické společnosti (New York Heart Association – NYHA) z roku 1964.

Třída I. Nemocní se srdeční chorobou, ale bez následného omezení fyzické aktivity. Běžná fyzická zátěž nezpůsobuje nepřiměřenou únavu, palpitace, dušnost ani anginu pectoris.

Třída II. Nemocný se srdeční chorobou, která má za následek mírné omezení fyzické aktivity. Nemají obtíže v klidu. Běžná fyzická zátěž způsobuje únavu, palpitace, dušnost nebo anginu pectoris.

Třída III. Nemocní se srdeční chorobou, která způsobuje značné omezení fyzické aktivity. Nemají obtíže v klidu. Méně než běžná fyzická zátěž způsobuje únavu, palpitace, dušnost nebo anginu pectoris.

Třída IV. Nemocní se srdeční chorobou, která znemožňuje provedení jakékoliv fyzické zátěže bez potíží. Příznaky srdeční nedostatečnosti nebo angina pectoris mohou být přítomny i v klidu. Pokud nemocný podstoupí jakoukoliv fyzickou zátěž, obtíže se zhoršují.

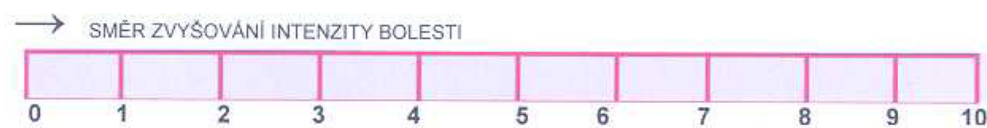
Příloha č.4

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY – přehled

GLASGOW COMA SCALE				
Otvírání očí		Spontánní Na slovní výzvu Na bolestivý podnět Nereaguje	4 3 2 1	Reakce zornic ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje C = oči zavřeny (otok)
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	Adekvátní Lokalizuje bolest Úhyb Flexe na bolest Extenze na bolest Bez odpovědi	6 5 4 3 2 1	CELKOVÉ SKÓRE: 15 plné vědomí nad 13 žádná nebo lehká porucha 8 – 13 porucha vědomí pod 8 bezvědomí 3 hluboké bezvědomí
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje Dezorientován, konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		5 4 3 2 1	DÍTĚ DO DVOU LET 5 usmívá se, naslouchá, sleduje 4 pláč - utišitelný 3 vytrvalý pláč - přechodně utišitelný 2 pláč - neutišitelný, agitovanost, neklid 1 nereaguje

NUMERICKÁ A ANALOGOVÁ ŠKÁLA (VAS)

numerická



analogová:

barevná



Hodnocení: 0 – žádná bolest
3 a více – bolest, intervence nutná
10 maximální bolest

DOSPĚLÉ NUTRIČNÍ SKÓRE			
<input type="checkbox"/> 0b. věk do 65 let	<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let		
<input type="checkbox"/> 0b. BMI 20 -35	<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35	<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18	
ztráta hmotnosti za 3 měsíce			
	<input type="checkbox"/> 1b. 0–3 kg	<input type="checkbox"/> 2b. 3–6 kg	<input type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny			
<input type="checkbox"/> 0b. beze změny	<input type="checkbox"/> 1b. poloviční porce	<input type="checkbox"/> 2b. ji občas nebo nejl	
projevy nemoci v současné době			
<input type="checkbox"/> 0b. žádné	<input type="checkbox"/> 1b. nechutenství, bolesti břicha	<input type="checkbox"/> 2b. zvracení, průjem > 6 za den	
stres			
<input type="checkbox"/> 0b. žádný	<input type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> 2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT	
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední			<input type="checkbox"/> 2b. nelze změřit a zvážit
			<input type="checkbox"/> 3b.
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /			
<input type="checkbox"/> 0–3b. NÍZKÉ NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE			
<input type="checkbox"/> 4–7b. STŘEDNÍ NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU			
<input type="checkbox"/> 8–12b. VYSOKÉ NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE			

OPTIMÁLNÍ PŘÍJEM TEKUTIN za 24h určí dle: 30ml/ kg / 24h dospělý

NORTON SKÓRE									
ČÍM MĚNĚ BODŮ, TÍM VYŠŠÍ RIZIKO VZNIKU DEKUBITU									
Fyzický stav	vědomí		aktivita		pohyblivost		inkontinence		
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

Hodnocení:	Skóre menší než 14	= vysoké riziko
	Skóre 15 - 18	= střední riziko
	Skóre větší než 19 - 20	= minimální riziko

BARTHELŮV TEST ADL
HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI V ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTECH

NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ	10	POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ	10
	S POMOCÍ	5		S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0		NEPROVEDE	0
OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ	10	PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ	15
	S POMOCÍ	5		S MALOU POMOCÍ	10
	NEPROVEDE	0		VYDRŽÍ SEDĚT	5
KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO ROVINĚ	NEPROVEDE	0
	NEPROVEDE	0		SAMOSTATNĚ NAD 50m	15
OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5	CHŮZE PO SCHODECH	S POMOCÍ 50m	10
	NEPROVEDE	0		NA VOZÍKU 50m	5
	PLNĚ KONTINENTNÍ	10		NEPROVEDE	0
KONTINENCE MOČI	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	CELKOVÉ SKÓRE	100	NEZÁVISLÝ
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0		65-95	LEHKÁ ZÁVISLOST
	PLNĚ KONTINENTNÍ	10		45-60	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ
KONTINENCE STOLICE	OBČAS INKONTINENTNÍ	5	0-40	VYSOCE ZÁVISLÝ	
	TRVALE INKONTINENTNÍ	0			
	PLNĚ KONTINENTNÍ	10			

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

POHYB	Neomezený	0	SMYSLOVÉ PORUCHY	ŽÁDNÉ	0
	Používá pomůcky	2		Vizuální, smyslové, Smyslový deficit	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	MENTÁLNÍ STATUS	Orientován	0
	Neschopen přesunu	1		Občasná noční dezorientace	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	Nevyžaduje pomoc	0	PO CELKOVĚ ANESTÉZII	Dřívější dezorientace/demence	1
				Po dobu 24 hodin	2
	Nykturie / inkontinence	1	VĚK	18 - 75	0
	Vyžaduje pomoc	1		75 a vyšší	1
MEDIKACE	Neužívá rizikové léky	0	PÁD V ANAMNÉZE		1
			PÁD PŘI HOSPITALIZACI		2
	Užívá následující léky: ■ Diuretika ■ Antiepileptika ■ Antiparkinsonika ■ Antihypertenziva ■ Psychotropní látky ■ Benzodiazepiny	1	CELKOVÉ SKÓRE:	Skóre 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Prevence pádu a zranění pacienta a jeho řešení“ Pozn. Po celkové anestézii, po dobu 24 hod. na bílý náramek nalepit červené kolečko	



EDUKAČNÍ ZÁZNAM

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

List č.:

Identifikační štítek

Datum/čas: 26.5.2010 13:00	Datum/čas: 26.5.2010 14:00	Datum/čas: 30.5.2010 10:00	Datum/čas:
Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient	Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient	Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient
<input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník
<p>Téma edukace:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Práva pacientů <input checked="" type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostika <input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Médikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input checked="" type="checkbox"/> Respirační terapie <input checked="" type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input checked="" type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinence <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE „Byla jsem seznámena s tím, že místem určeným k odložení větší šatky není a nemohu po dobu mé hospitalizace ve FN Motol je administrativní příjem. Odložení těchto věcí na tomto místě odmítám, přestože mi bylo skutečně umožněno.“	<p>Téma edukace:</p> <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostika <input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Médikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input checked="" type="checkbox"/> Respirační terapie <input checked="" type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input checked="" type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<p>Téma edukace:</p> <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Médikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input checked="" type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<p>Téma edukace:</p> <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Médikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<p>Použitá metoda:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input checked="" type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> nezajímal o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího: <i>S. Km</i>	<p>Použitá metoda:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input checked="" type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> nezajímal o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího: <i>Hudn. Mlu</i>	<p>Použitá metoda:</p> <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input checked="" type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> nezajímal o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího: <i>FKLOBERZANTIA</i>	<p>Použitá metoda:</p> <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> nezajímal o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího:
Podpis edukované osoby: <i>[Signature]</i>	Podpis edukované osoby: <i>[Signature]</i>	Podpis edukované osoby: <i>[Signature]</i>	Podpis edukované osoby:



Fakultní nemocnice v Motole
KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRUM PRO DOSPĚLÉ
Primář Prof. MUDr. JOSEF VESELKA, CSc.
KARDIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Kardiologie@fnmotol.cz
Tel. 22443 4900-1, Fax 22443 4920

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FNM


15. 2. 2010

Věc: Žádost o povolení.


Vážená paní náměstkyně,

dovoluji si Vás požádat o souhlas s použitím formulářů ošetrovatelské péče Fakultní nemocnice v Motole, pro účely vypracování mé Bakalářské práce.

Děkuji


Jana Kovalčíková
studentka 3. LF. UK
obor Zdravotní vědy
program Ošetrovatelství

17/2 10 souhlasím.



Posudek bakalářské práce

Jméno a příjmení studenta : Jana Kovalčíková

Název práce : Ošetrovatelská péče o pacientku po alkoholové septální ablaci u hypertrofické obstrukční kardiomyopatie

Vedoucí práce : PhDr. Marie Zvoničková
Odborný konzultant : MUDr. David Zemánek
Obor zaměření práce : Interní obor

Studijní obor : Zdravotní vědy
Studijní program : Ošetrovatelství
Forma studia : Kombinovaná

Hodnocení práce

Cíl práce:	splněn	splněn s výhradami	nesplněn	
Studentka se ve své bakalářské práci zabývala případovou studií 56ti leté pacientky po alkoholové septální ablaci u hypertrofické obstrukční kardiomyopatie. Oceňuji stručné zpracování klinické části - stručnost přitom nijak nesnižuje odbornou úroveň této části - autorka si jenom velmi pečlivě zvolila oblasti, kterými se bude zabývat. Velmi pěkně zpracovala problematiku alkoholové septální ablace, doplnila ji obrázky z archivu pracoviště. Ze zpracování klinické části je zřejmé, že se v dané oblasti velmi dobře orientuje a dokáže ji využít jako východisko pro ošetrovatelskou péči. V ošetrovatelské části vycházela z modelu M. Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy k prvnímu dni hospitalizace jsou formulovány přesně, cíle krátkodobého plánu péče jsou reálné, realizace je popsána pečlivě. Totéž se týká dlouhodobého plánu péče. Velmi pěkně je zpracovaná psychologická a sociální část.				
Stylistická úroveň	1	2	3	4
Formální úroveň	1	2	3	4
Samostatnost při práci	1	2	3	4
Práce je k obhajobě	doporučena		nedoporučena	

Slovní hodnocení práce : výborně

Otázky k obhajobě :
Možnosti fyzické aktivity u pacientů s kardiomyopatií.

Hodnocení obhajoby :

Celkové hodnocení :

25.3.2010

Datum

podpis odborníka z praxe

PhDr. Marie Zvoničková

podpis vedoucího práce

Posudek bakalářské práce

Jméno a příjmení studenta : Jana Kovalčíková

Název práce : Ošetrovatelská péče o pacientku po alkoholové septální ablacii u hypertrofické obstrukční kardiomyopatie

Vedoucí práce : PhDr. Marie Zvoníčková

Odborný konzultant : MUDr. David Zemánek

Obor zaměření práce : Kardiologie

Studijní obor : Zdravotní vědy

Studijní program : Ošetrovatelství

Forma studia : Kombinovaná

Hodnocení práce

Cíl práce:	splněn	splněn s výhradami	nesplněn	
Klinická část	<i>Autorka komplexně popíše o příslušném problému se souvislostmi a souladu se současnými analýzami o této problematice. Autorka vhodně použije moderní poznatky o hypertrofické kardiomyopatii a její léčbě.</i>			
Stylistická úroveň	1	2	3	4
Formální úroveň	1	2	3	4
Samostatnost při práci	1	2	3	4
Práce je k obhajobě	doporučena	nedoporučena		

Slovní hodnocení práce :

Otázky k obhajobě : *nefarmakologická léčba obstrukce u HCM*

Hodnocení obhajoby :

Celkové hodnocení :

19. 3. 2010

Datum

podpis odborníka z praxe

podpis vedoucího práce