

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ustav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství



Adéla Veselá

Ošetřovatelská péče o pacienta s fibrilací síní

Nursing care of the patient with diagnosis atrial
fibrillation

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Adéla Veselá

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Pracoviště vedoucího práce: 3. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26. května 2011

Adéla Veselá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní PhDr. Marii Zvoníčkové, za její trpělivost, ochotu, její připomínky a cenné rady. Dále bych velmi ráda poděkovala panu MUDr. Janu Simonidesovi za jeho čas, spolupráci a také za jeho cenné rady. Mé poděkování patří i pacientce, za její svolení použít její soukromí pro mou bakalářskou práci. Má bakalářská práce by nevznikla bez laskavosti a podpory všech těchto zmiňovaných osob.

Obsah

1	ÚVOD	6
2	KLINICKÁ ČÁST	7
2.1	ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	7
2.1.1	Anatomie srdečních oddílů	7
2.1.2	Cévní zásobení srdce	8
2.1.3	Převodní systém srdeční	8
2.1.4	Srdeční revoluce	9
2.2	SRDEČNÍ PORUCHY	10
2.2.1	Poruchy srdečního rytmu - Arytmie	10
2.2.2	Fibrilace síní	11
2.2.3	Charakteristika fibrilace síní	11
2.2.4	Klasifikace fibrilace síní	11
2.2.5	Projevy a příznaky fibrilace síní	12
2.2.6	Rizikové faktory fibrilace síní	13
2.2.7	Prevence fibrilace síní	13
2.2.8	Léčba fibrilace síní	13
2.2.9	Komplikace fibrilace síní	14
2.3	DIAGNOSTIKA FIBRILACE SÍNÍ, VYŠETŘOVACÍ METODY	14
2.3.1	Elektrokardiografie	14
2.3.2	Holterova monitorace EKG	16
2.3.3	Jícnový svod	17
2.3.4	Echokardiografické vyšetření (ECHO)	17
2.3.5	Srdeční katetrizace	17
2.4	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	20
2.4.1	Nynější onemocnění	20
2.4.2	Anamnéza:	20
2.4.3	Terapie za hospitalizace	24
3	27
2.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	27
2.5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	27
2.5.1	Výběr modelu – Marjory Gordonová	28
2.6	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	35
2.6.1	Krátkodobý ošetrovatelský plán	36
2.6.2	Dlouhodobý ošetrovatelský plán	44
2.7	HODNOCENÍ STAVU NEMOCNÉHO	49
2.7.1	Psychologie nemoci	49
2.7.2	Osobnost nemocné	49
2.7.3	Prožívání nemoci, postoj k nemoci	49
2.7.4	Zvládání komunikace a stresu	49
2.8	PROGNÓZA	50
3	ZÁVĚR	51
3.1	ZKRATKY	52
3.2	LITERATURA	53
3.3	SEZNAM PŘÍLOH	56

1 Úvod

Cílem mé práce je zpracování ošetrovatelské péče o nemocnou s diagnózou fibrilace síní.

V obecné části mé práce se zabývám anatomí a fyziologií srdce, klinickým obrazem onemocnění, vyšetřovacími metodami vedoucí k diagnóze, terapií sledované pacientky a použitými léčebnými přístupy a metodami.

V ošetrovatelské části své práce používám metodu ošetrovatelského procesu. Při sběru informací vycházím z modelu „fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Na základě informací získaných ze zdravotnické dokumentace, informací získaných od nemocné, jejích příbuzných, informací od ostatních členů zdravotnického týmu a vlastním pozorováním jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Práci uzavírá přehled literatury a přílohy.

2 Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie srdce

2.1.1 Anatomie srdečních oddílů

Srdce je výkonnou svalovou pumpou. Rytmickými stahy, je krev vypuzována do velkých tepen. Z velkých tepen krev protéká do tepen menších, dále pak do menších tepének – arteriolae. Dále krev proudí z arteriol do systému kapilár, kde dochází k výměně plynů s tekutinami mezi krví a okolní tkání. Spojující se kapiláry tvoří venuly a ty se pak spojují ve vény, ústící do srdce.

Srdce je dutý svalový orgán, připomínající kužel. Je uloženo v mediastinu, ve střední části hrudníku ve vazivovém pouzdru v osrdečníku (perikardu). Na boční plochu osrdečníku naléhá pravá a levá plíce. Plíce jsou od osrdečníku odděleny poplicnicí (pleurou). Basis cordis je místo, kudy do srdce vstupují a vystupují velké cévy. Tuto část tvoří převážně pravá a levá síň. Kaudálním směrem je srdce tvořeno pravou a levou srdeční komorou, ty přecházejí v hrot srdeční (apex cordis). Apex cordis sahá vlevo do 5. mezižebří. Hmotnost srdce je závislá na množství srdeční svaloviny a na tělesné konstituci. V průměru hmotnost dosahuje 300 g.

Srdeční dutiny jsou čtyři. K dutinám srdečním řadíme pravou a levou síň (atrium dextrum et sinistrum). Dále pak pravou a levou komoru (ventriculus dexter et sinister). Síň jsou od sebe odděleny síňovým svalovým septem (septum interatriale) a komory jsou odděleny komorovým septem (septum interventriculare). „Do dutiny pravé síně se otevírají dvě duté žíly. Do horní části síně ústí horní dutá žíla (vena cava superior) a do dolní části síně dolní dutá žíla (vena cava inferior). Při ústí dolní duté žíly je nekompletní srpkovitá chlopeň. Chlopeň v embryonální době usměřňuje krev z dolní duté žíly do otvoru v mezisíňové přepážce (foramen ovale). Pravá síň přechází otvorem do pravé komory (atrioventrikulární ústí). V ústí je zasazena trojcípá chlopeň“ (1,2 – str. 91)

Z pravé síně je přechod do pravé komory přes trikuspidální chlopeň (valva trikuspidalis). Do levé síně ústí čtyři plicní žíly a dál krev směřuje přes dvojčípou (mitrální) chlopeň do levé komory a pokračuje k aortálnímu ústím, kde je aortální poloměsíčitá chlopeň. (2)

2.1.2 Cévní zásobení srdce

Srdce je vyživováno dvěma hlavními věnčitými tepnami, pravou a levou (arteria coronaria dextra a arteria coronaria sinistra), které odstupují z kořene aorty. Kmen levé věnčité tepny se rozděluje na dvě hlavní větve. Mezi tyto větve řadíme ramus interventricularis - (RIA) a ramus cirkumflexus – (RCx). Ty zásobují levostranné srdeční oddíly, spodní stěnu levé komory a část mezikomorového septa. Pravá věnčitá tepna zásobuje pravostranné oddíly, spodní stěnu a část srdeční přepážky. Většina žilní krve proudí ze srdce do koronárního sinu a ten odvádí žilní krev do pravé síně (1,2).

2.1.3 Převodní systém srdeční

Akce srdeční je tvořena rytmickými změnami. Systola (stah) a diastola (ochabnutí) síní a komor. Tuto samovolnou činnost řídí specializované svalové buňky, které jsou umístěny v různých místech srdce.

Sinoatriální uzel je vedoucím automatickým centrem. Vzruch, který vzniká spřažením impulsů jednotlivých nodálních buněk sinoatriálního uzlu je převeden na myokard obou síní a dále pokračuje do atrioventrikulárního uzlu. Odtud je přenesen jedinou spojkou – atrioventrikulárním svazkem do komor a dále raménky a sítě Purkyněho vláken k vlastnímu myokardu komor. Výsledným efektem je kontrakce síní s následným stahem komor. Je-li převodní systém ve svém průběhu někde přerušen, vzniká porucha převodu vzruchu – blok.

Převodní systém srdeční je tvořen

Sinoatriálním uzlem – nodus sinoatrialis (SA)

Atrioventrikulárním uzlem- nodus atrioventricularis (AV)

Atrioventrikulárním (Hisovým) svazkem – fasciculus atrioventricularis

Tawarovými raménky – crus dextrum et sinistrum fasciculi atrioventricularis

Purkyňovými vlákny – rami subendo cardiales

Sinoatriální (SA) uzel je hlavním udavatelem rytmu srdečního. Tkáň uzlu je tvořena třemi typy buněk. Jsou jimi nodální buňky - nodální myocyty. Přechodné myocyty obsahují více myofibril. Okraj uzlu tvoří pracovní kardiomyocyty.

Nodus atrioventricularis je lokalizován v septu pod endokardem pravé síně. AV uzel je místem filtrace impulsů, které jsou dále přiváděny ze síně na komory.

Hisův svazek začíná na přední dolní části atrioventrikulárního uzlu. Od AV uzlu odstupuje a prochází svalovou částí interventrikulárního septa, tam se dělí na dvě raménka. Je spojkou převodní svaloviny mezi myokardem síní a komor.

Tawarova raménka pravé i levé se pod endokardem komor rozpadají v **Purkyňova vlákna**. Pomocí interkalárních disků jsou vlákna napojena na buňky pracovního myokardu. Tím je zaručena synchronní akce buněk při stahu. (2,6)

2.1.4 Srdeční revoluce

Popisuje jeden srdeční cyklus, ve kterém se pravidelně střídá systola (kontrakce myokardu) a diastola (relaxace myokardu). Pro správný průběh srdeční revoluce je důležitá přesná návaznost systol a diastol, která je zajišťována převodním systémem srdečním a správnou činností chlopenního aparátu srdce. Dvě fáze systoly a diastoly se rozlišují dle tlakových a objemových změn v srdečních komorách.

Fáze srdeční revoluce: Plnicí fáze zahrnuje systolu síní a pozdní diastolu komor a sestává se ze tří po sobě jdoucích fází:

1.) Fáze rychlého plnění komor (kdy krev ze síní rychle proudí do komor)

2.) Fáze pomalého plnění komor (krev z plicních žil teče přes síně a otevřené cípaté chlopně do komor)

3.) Systola síní

Tím končí komorová diastola a začíná další fáze, systola komor, která se skládá z těchto částí:

1.) Fáze izovolumické kontrakce: Je to první část systoly komor, dochází zde ke kontrakci myokardu, zvyšuje se intraventrikulární tlak, objem komor se nemění. Cípaté chlopně se uzavírají, což slyšíme, jako systolickou ozvu.

2.) Ejekční (vypuzovací) fáze je závěrečná část systoly komor. Nastává, když tlak v komoře přesáhne tlak v aortě a plicnici. Semilunární chlopně se otevírají. Krev je vypuzována do tepen malého i velkého oběhu, objem komor se zmenšuje. Diastola komor nastává tehdy, kdy komorový stah dosáhl vrcholu. Intraventrikulární tlak klesá a semilunární chlopně se uzavírají. Po jejich uzavření začne tlak v komorách prudce klesat, avšak objem komor se nemění. Nastává poslední fáze.

3) Fáze izovolumické relaxace, která končí při poklesu tlaku v komorách, pod tlak v síních. Cípaté chlopně se otevrou a nastává další plnicí fáze. (2,6)

2.2 Srdeční poruchy

2.2.1 Poruchy srdečního rytmu - Arytmie

Mohou být způsobeny chybnou tvorbou vzruchů, nebo chybou v jejich šíření po srdeční svalovině. Vedle organického postižení srdečního svalu, můžou poruchu také vyvolat minerálové dysbalance (hypokalémie a hyperkalémie), změny hladin hormonů jako jsou hormony štítné žlázy

(hypotyreóza a hypertyreóza). Stát se tak může při intoxikaci alkoholem, po požití návykových látek, nebo léků.

Arytmie lze rozdělit dle frekvence na arytmie s nižší tepovou frekvencí - bradyarytmie (pod 60 tepů/minutu) a arytmie s vyšší tepovou frekvencí, neboli tachyarytmie (nad 100 tepů/minutu).

Arytmiemi na podkladě poruchy tvorby vzruchu jsou například supraventrikulární tachykardie (fibrilace a flutter síní) či komorové tachykardie a fibrilace komor.

Arytmie na podkladě poruchy vedení vzruchu myokardem jsou sinoatriální a atrioventrikulární blokády.

Arytmie jako kombinace výše uvedeného – bradyfibrilace síní (3)

2.2.2 Fibrilace síní

2.2.3 Charakteristika fibrilace síní

Je nejčastější klinicky významnou arytmií, pro kterou je typická nepravidelná akce srdeční. Jejím podkladem je vznik mnohočetných ložisek funkčního reentry fenoménu v myokardu síní. Reentry fenomén klasifikujeme jako patologické kroužení vzruchu po srdeční svalovině. Srdeční síně se nestahují, ale pouze se chvějí.

2.2.4 Klasifikace fibrilace síní

Fibrilace síní, která je diagnostikována u vyšetřovaných pacientů může být definována jako první záchyt arytmie, nebo jako již opakující se arytmie. **Paroxysmální fibrilace síní** jako vracející se epizody arytmie, které se do 7 dnů ukončují spontánně.

Perzistující fibrilace síní, jako arytmie trvající déle jak 7 dnů, nebo trvá kratší dobu, ale vyžaduje farmakologickou léčbu, nebo elektrickou kardioverzi.

Permanentní fibrilace síní nastává, když se kardioverze arytmie nezdaří, nebo o ni nebyl učiněn pokus.

2.2.5 Projevy a příznaky fibrilace síní

FS může být symptomatická a asymptomatická. Symptomy závisí na frekvenci a pravidelnosti akce komor, trvání arytmie, přítomnosti srdečního onemocnění a individuální vnímavosti pacienta. Proto bývá symptomatická spíše paroxysmální forma. Obvyklé jsou palpitace, bolesti na hrudi, dušnost, únava, závratě.

U starších pacientů mohou být zhoršeny kognitivní funkce, a to jednak v důsledku hypoperfuze mozku nebo opakovaných mozkových embolizací. Nerozpoznané mikroembolizace jsou patrně příčinou předčasné demence u některých nemocných s FS. Prvním projevem může být rovněž cévní mozková příhoda.

Pacienti s FS mají sníženou kvalitu života, především v závislosti na projevech arytmie. Kvalitu života však výrazně ovlivňuje i léčba jako je podávání antiagregačních či antikoagulačních léků a s tím spojených krvácivých komplikací. Ty by měl vzít nemocný v úvahu při výkonu některých povolání či sportovních aktivit s rizikem úrazu.

Při klinickém vyšetření pátráme po frekvenci atak FS, jejich trvání, závažnost symptomů, přítomnosti přidružených kardiovaskulárních onemocnění. Důležité je pátrat po vyvolávající příčině FS. Kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření je nezbytné provést EKG dokumentaci arytmie, RTG hrudníku, echokardiografické a laboratorní vyšetření včetně funkce štítné žlázy. V EKG obrazu chybějí P vlny a jsou nahrazeny fibrilačními vlnkami různého tvaru, amplitudy a trvání. AV převod je nepravidelný. (3,4)



(9)

2.2.6 Rizikové faktory fibrilace síní

Fibrilace síní se převážně vyskytuje u nemocných s organickým srdečním postižením, zejména tehdy, je-li provázeno vznikem dilatace síní, např. (mitrální insuficience). Nejčastěji je fibrilace síní spojená se srdečním selháním, arteriální hypertenzí, chlopenními vadami, ischemickou chorobou srdeční, perikarditidou, kardiomyopatií.

Riziko vzniku fibrilace síní rovněž zvyšují febrilie, anémie či tyreotoxikóza.

Jindy nemusí být vyvolávající příčina zřejmá, pak mluvíme o idiopatické formě.

2.2.7 Prevence fibrilace síní

Prevence fibrilace síní je u všech onemocnění srdce velmi obdobná. Velmi důležitý je zde zdravý životní styl, s tím je spojeno zákaz kouření, zdravá strava a pohyb. Pacienti s onemocněním štítné žlázy by měli být pravidelně kontrolováni v endokrinologické poradně. (3,4)

2.2.8 Léčba fibrilace síní

Farmakologický přístup

- kontrola rytmu či kontrola frekvence
- prevence trombembolických příhod (antiagregační či antikoagulační léčba)

Nefarmakologický přístup

- elektrická kardioverze – kdy se pomocí elektrod defibrilátoru přes hrudní stěnu aplikuje výboj elektrického proudu s cílem zrušit srdeční arytmií a nastolit sinusový rytmus. Před tímto výkon se pacient krátkodobě uspí, aby necítil bolest.
- katetrizační ablace (4)

2.2.9 Komplikace fibrilace síní

Velmi vážnou komplikací je riziko tromboembolické příhody. Pacienti s fibrilací síní mají totiž zvýšené riziko vzniku trombu v levé síni. Pokud se krevní sraženina (trombus) uvolní, může se krevním řečištěm dostat do mozkových tepen, horních či dolních končetin, nebo do střev. Tím přeruší krevní zásobení postiženého orgánu a může vzniknout cévní mozková příhoda, akutní ischemie horních či dolních končetin, eventuelně paralytický ileus.

Při přítomnosti dalších srdečních onemocnění může dojít k manifestaci srdečního selhání, kdy srdce pracuje neadekvátně z důvodu nefunkčních síňových stahů a tím zhoršeného plnění levé komory během diastoly. (3,4)

2.3 Diagnostika fibrilace síní, vyšetřovací metody

2.3.1 Elektrokardiografie

Nejčastější způsob diagnostiky je EKG (elektrokardiografie). Elektrokardiografie je základní vyšetřovací metodou v kardiologii. Poskytuje nám grafický záznam o elektrické srdeční aktivitě (EAS). EKG nám zaznamenává elektrické potenciály srdečních buněk pomocí snímacích elektrod a přístroje (elektrokardiografu). Při hodnocení grafického záznamu si všímáme srdeční frekvence, srdečního rytmu a polohy elektrické osy srdce. Dále hodnotíme velikost, tvar, směr, trvání jednotlivých kmitů a vln, intervaly úseků mezi jednotlivými vlnami (P-Q, Q-T, S-T). Díky sledování EAS můžeme získat informace o poruchách vzniku a šíření podráždění v srdeční svalovině. K zachycení a sledování poruch probíhá pomocí elektrod a vodivých kabelů. Používají se čtyři elektrody končetinové a šest hrudních. Při zachycování elektrických potenciálů dvěma elektrodami hovoříme o bipolárních svodech. Při zachycování pomocí jedné elektrody, hovoříme o unipolárních svodech. Při zápisu EKG se běžně užívá dvanáct svodů.

Uložení bipolárních končetinových svodů (standardních)

Svody se umisťují na vnitřní stranu předloktí, či bérce. Místo uložení elektrody musí být navlhčené vodou, nebo EKG gelem.

Pravá horní končetina -červená barva

Pravá dolní končetina – černá barva

Levá horní končetina - žlutá barva

Levá dolní končetina - zelená barva

Uložení unipolárních končetinových svodů

aVR – potenciál snímáný z pravé horní končetiny

aVL – potenciál snímáný z levé horní končetiny

aVF – potenciál snímáný z levé dolní končetiny

Uložení unipolárních hrudních svodů

Hrudní svody jsou většinou označeny V1-V6, někdy mohou být označeny jen barevně:

V1-červená

V2- žlutá

V3- zelená

V4- hnědá

V5- černá

V6- fialová, event. modrá

V1 – 4. mezižebří vpravo u hrudní kosti

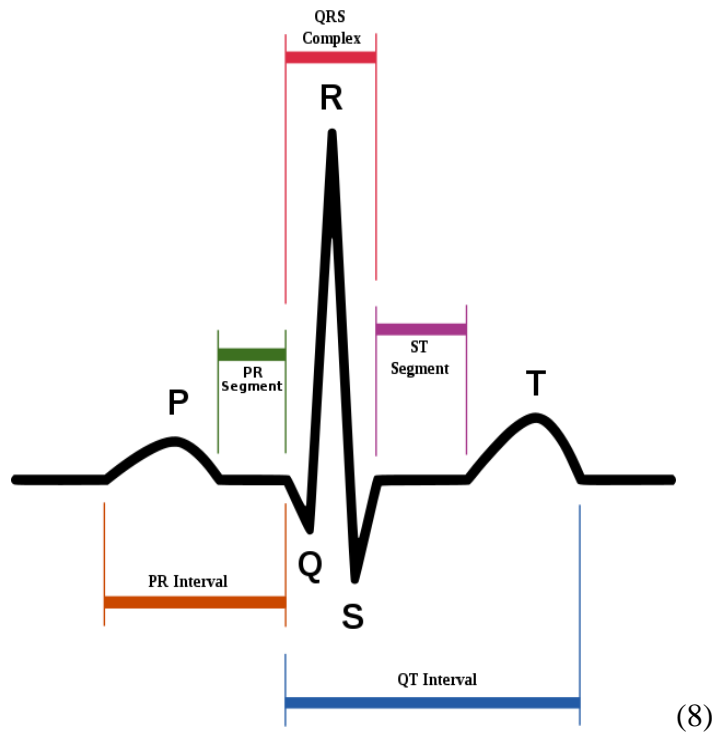
V2 – 4. Mezižebří vlevo u hrudní kosti

V3 – uložení mezi V2 a V4, uprostřed

V4 – 5. mezižebří v čáře medioklavikulární (střed klíčku)

V5. – 5. mezižebří v přední čáře axilární

V6 – 5. mezižebří ve střední čáře axilární (3,5)



2.3.1.1

Na EKG rozeznáváme, následují vlny, kmity a intervaly:

Vlny: P, T, U,

Kmity: Q, R, S

Interval: PQ, ST úsek, QT interval

Přehled podstaty jednotlivých vln a kmitů:

Depolarizace síní - vlna P

Repolarizace síní - aT (bývá skryto v QRS komplexu)

Depolarizace komor - QRS komplex

Repolarizace komor - ST úsek a T vlna (3,5)

2.3.2 Holterova monitorace EKG

Holterova monitorace je metoda, jíž lze pacienta monitorovat 24 hodin - 1 týden. Indikací k monitoraci Holterova EKG je ischemie, arytmie,

kardiostimulace a také kontrola účinnosti léčby. Kontraindikací je pouze nespolupráce pacienta.

Postup Holterovské monitorace je následující. Ošetrovatelský personál připraví pacienta (očistí mu kůži, nalepí elektrody, upevní přístroj a pomocí počítače ho zpustí. Pacient musí být řádně poučen o vyplňování protokolu. Do protokolu pacient uvádí typ jeho potíží v časové souvislosti. Po ukončení nahrávání záznamu se záznam nahraje do počítače. Ten záznam zpracuje a vyhodnotí. (3,5)

2.3.3 Jícnový svod

Pomocí jícnové elektrody je možné zaznamenávat vysoké síňové potenciály, lze lépe posoudit elektrickou aktivitu síní a její vztah k elektrické aktivitě komor. Snímání je jednoduché. Jícnová elektroda se zavádí nosem nebo ústy.

Nemocného je třeba před vyšetřením upozornit, že vyšetření je mírně nepříjemné, a že je nutná pacientova spolupráce. Vyzveme nemocného, aby zhluboka dýchal a pravidelně polykal. Elektroda se zavádí do hloubky 35-40 cm od zubů a zápisem EKG kontrolujeme tvar síňového potenciálu. (5)

2.3.4 Echokardiografické vyšetření (ECHO)

Echokardiografie neboli ultrazvukové vyšetření srdce. Jedná se o metodu neinvazivní. Echokardiografii lze rozdělit na jednosměrnou (M-mode), nebo dvojrozměrnou (2-DE) a dopplerovskou. Tyto tři metody se vzájemně doplňují. Je to metoda využívající ultrazvukového vlnění k vyšetření velkých cév a srdečních oddílů. (3)

2.3.5 Srdeční katetrizace

Pomocí katetrizace můžeme vyšetřit hemodynamické parametry krevního řečiště. Prostřednictvím kontrastní látky můžeme zobrazit věnčité tepny, aortu, LK, a tím zjistit ejekční frakci LK, mitrální a aortální

insuficienci. Aplikací kontrastní látky do plicního řečiště můžeme zjistit embolii. K posouzení zkratových vad lze použít měření saturace krve – oxymetrie. Srdeční katetrizace je prováděna přes znecitlivělé místo v třísele, kudy se zavede tenká cévka do stehenní tepny až do srdce. Pomocí kontrastní látky, která je vstříknuta do katétru, se zobrazí srdeční tepny. Během výkonu je pacient zcela při vědomí.

Katetrizační vyšetření se dělí na pravostranné a levostranné. Při pravostranné katetrizaci se cévka zavádí do pravé dutiny srdeční žilní cestou. Je možné zvolit různé přístupové cesty. Nejčastější punkce jsou prováděny přes vena jugularis interna, vena subclavia a v. femoralis. Během punkce v. subclaviae se volí supraklavikulární nebo infraklavikulární přístup. Při levostranné katetrizaci se katetrizační cévky zavádějí do levého srdce, cestou tepennou, tedy proti krevnímu proudu. (5)

Pokyny pro nemocného před katetrizací

Spočívají v oholení místa vpichu, již večer před výkonem. Posledním jídlem pro pacienta je večeře, do výkonu zůstává lačný. Pitný režim je zachován. Při zákroku je poloha na zádech, většinou s rukama za hlavou. Při vzniku jakékoliv bolesti informujte lékaře.

Pokyny pro pacienta po výkonu

Po provedené katetrizaci se nemocný smí najíst. Dodržovat pitný režim ve velkém množství pro vyloučení kontrastní látky ledvinami. Pít a močit je možné pouze vleže. Při vzniku obtíží s močením, zavede se nemocnému na dočasnou dobu močový katétr. Po výkonu nemocný nesmí krčit pravou nohu, sedat si a přetáčet se na bok. Je možné cvičení nohy v kotníku, pro lepší prokrvení nohy. Pokud je výkon nekomplikovaný, nemocný leží na zádech cca 4-6 hodin. V třísele má kompresivní bandáž, která je provedena již na operačním sále. Doba, která po výkonu uplyne k propuštění pacienta domů je jeden den. Další dva dny po propuštění je nutno vyloučit těžkou fyzickou aktivitu.

Dalším typem katetrizace je radiální přístup

Je to alternativa přístupu ze stehenní tepny. Přístup radiální s vpichem do tepny na palcové straně zápěstí. Tento přístup se užívá u pacientů s vyšším rizikem krvácení, nebo u nemocných, kteří nemohou ležet delší dobu na zádech. Během zákroku mohou vyšetřovaní cítit lehkou bolest v zápěstí a horní končetině (HK). Po zákroku bude klientům na zápěstí přiložen kompresivní obvaz. Po 4-6 hodinách bude sundán.

Rizika výkonu

Ke komplikacím pravostranné komplikace se řadí poruchy rytmu, pneumotorax, záněty žil, pyrogenní reakce, alergická reakce na kontrastní látku, hemothorax. Dále při punkci může dojít k poranění okolních struktur (a. subclavia, průdušnice.)

Při levostranné katetrizaci může dojít k trombóze tepny, ke krvácení z poškození stehenní tepny. (materiál z odd.)

2.4 Základní údaje o nemocném

2.4.1 Nynější onemocnění

Pacientka J. S. byla přivezena RZS pro tachykardii, dekompenzaci TK. Dnes pac. Lokren vůbec neužíla, nevidí totiž na léky. Nyní tachykardie 140/min, TK 170/85, při vědomí, orientovaná. Přiznává dnes ráno pocit chvění u srdce, svíravá bolest na hrudi, dušnost nejuje.

2.4.2 Anamnéza:

Osobní anamnéza.: Prodělala běžné dětské nemoci, v 5 letech operace krčních mandlí, stav po thyroidektomii, nepamatuje si přesně kdy - cca před 10 lety, od 65 let trpí chronickou pankreatitidou, před 5 lety zjištěna primární hypertenze, dále se léčí s osteoporózou

Farmakologická anamnéza: per os

Letrox 100	1-0-0 tbl.
Prednison 5	1-0-0 tbl.
Helicid 20	1-0-0 tbl
Furon 40	½ -0-0 tbl
Kreon	2-2-2 tbl.
ANP 100	0-1-0 tbl
Tritace 1,25	½- 0-0 tbl.
Digoxin 0,125	1-0-0 tbl.
Betaloc zok 100	1-0-0 tbl.
Verospiron 25	0-1-0 tbl.
Pentasa	½-0-0 tbl.
Lokren 20	1-0-1 tbl.
Kalium Chloratum	1-0-1 tbl.

Lokálně: oční kapky

Timoptol, Pilopos 1-0-1

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 75 letech na ICHS, otec zemřel v 80 letech na CMP, sestra žije v domově pro seniory, bratr zemřel před dvěma lety na ca prostaty, děti zdraví.

Sociální anamnéza: Starobní důchodce, dříve pracovala jako učitelka v odborné škole pro ženská povolání, žije sama v bytě.

Gynekologická anamnéza: menopauza od 45 let, porody 2, potraty 1

Alergie: nejuje

Vyšetření při příjmu: TK: 160/100 mmHg, **P:** 130/min., **TT:** 36,6,

hmotnost: 55kg, **výška:** 165cm, **DF:** 14

Celkový stav: Orientovaná, spolupracuje. Hybnost aktivní, kolorit bledý.

Turgor kůže snížený. Výživa přiměřená

Hlava: na poklep nebolestivá. výstupy trigeminu nebolestivé

Oči: sklery bílé, spojivky růžové, zornice anizokorické

Uši, nos: bez výtoku

Rty: růžové bez cyanózy

Jazyk: růžový, vlhký, plazí středem

Chrup: sanován

Krk: náplň krčních žil lehce zvýšená. Krční uzliny nehmatné. Štítná žláza nezvětšena. Tep karotid souměrný, karotidy bez šelestů. Šíje volná.

Hrudník: Poklep plic jasný, dolní hranice souměrné. Dýchání sklípkovité, vpravo ojed. chrůpky

Srdce: úder hrotu nezvedavý, akce srdce pravidelná, dvě ohraničené ozvy, tachykardie, bez šelestů

Břicho: měkké, dýchá v celém rozsahu. Palpace břicha bolestivá v P jámě kyčelní. Poklep břicha diferencovaný bubínkový. Peristaltika auskultačně přítomna. Játra nezvětšena. Slezina nezvětšena. Tapottement bilaterálně nebolestivý. Palpace ledvin nebolestivá, ledviny nehmatné. Inguinální uzliny nehmatné.

Končetiny: LDK lehce oteklá, PDK bez otoku a známek zánětu. Pulzace v tříslech hmatné bilaterálně, bez šelestů. Periferní pulzace bilaterálně hmatné.

Páteř: pokleповě nebolestivá.

Per rektum: nevyšetřena

Laboratorní výsledky

Biochemie

Na	140mmol/l
K	4,62
Cl	108
Urea	10,35
Kreatinin	111
ALT	0,66
AST	0,70
Bilirubin	47,2
Glykémie	4,33
Ck	5,13

Krevní obraz

Erytrocyty	3,98
Leukocyty	11
Trombocyty	235
Hematokrit	39,6
Quick	20
INR	1,72
Hemoglobin	12,6

Echokardiografické vyšetření:

Závěr: Normální kinetika a EF levé komory srdeční. AV regurgitace, podrobněji nehodnoceny.

Souhrn a průběh hospitalizace:

89 letá pacientka hypertonička s chronickou pankreatitis, bulózním pemfigoidem na terapii kortikoidy, byla přijata k hospitalizaci pro palpitace při tachykardii. Současně anamnesticky 1 krát svírává bolest na hrudi. Na EKG fibrilace síní nejistého stáří s rychlou odpovědí komor s TF

140/min, na přední stěně inverze T vlny. Laboratorně kardiospecifické enzymy opakovaně negativní. Echokardiograficky orientačně u lůžka dysfunkce LKS s EF 35%, těžká hypokinéza až akinéza anterospetálně, lehčí hypokinéza ostatních oddílů. Dále méně až středně významná mitrální a trikuspidální insuficience. Při terapii dioxinem a betablokátozem došlo ke zklidnění tepové frekvence a verzi na sinusový rytmus, pacientka subjektivně bez obtíží. Provedeno kontrolní echo s normální kinetikou a EF levé komory srdeční. Stav hodnocen jako přechodná systolická dysfunkce levé komory srdeční. Pro erytematózní cirkulární léze na levém bérce kontaktován dermatolog s doporučením aplikace Belogent krému, potvrzena dg bulózního pemfigoidu. Pacientku afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovanou s TK 135/80 mmHg a TF 64/min dimitována do ambulantní péče.

DG: **Fibrilace síní**, verze na sinusový rytmus na terapii betablokátozem a digoxin

Arteriální hypertenze

Chronická ischemická choroba srdeční

St. p. minimální myokardiální lézi (2006)

Chronická pankreatitida

Bulózní pemfigoid na kortikoterapii

Osteoporóza

Skolióza

Glaukom levého oka

St. p. tyreidektomii, substituční terapie

2.4.3 Terapie za hospitalizace

Dormicum 50 0-0-1

Indikační skupina: anxiolytikum

Indikace: zmírňuje úzkost, strach, má psychorelaxační účinek

Nežádoucí účinky: zvýšená ospalost, únavnost, třes, závratě

Anopyrin 100 0-1-0

Indikační skupina: antiagregans

Indikace: IM, po operacích na tepnách, prevence kardiovaskulárních onemocnění

Nežádoucí účinky: žaludeční a střevní potíže, krvácivé projevy

Letrox 100 1-0-0

Indikační skupina: syntetický analog hormonu štítné žlázy

Indikace: náhrada hormonů štítné žlázy při hypotyreóze

Nežádoucí účinky: příznaky hypertyreózy (tachykardie, palpitace, stenokardie, neklid, pocit horka)

Prednison 5 1-0-0

Indikační skupina: glukokortikoid

Indikace: léčba zánětlivých chronických onemocnění

Nežádoucí účinky: nauzea, neklid, bolest hlavy, tachykardie, křeče, bronchospasmus

Helicid 20 1-0-0

Indikační skupina: antiulcerózní látky

Indikace: užíváné při žaludeční a duodenální vředové chorobě)

Nežádoucí účinky: nauzea, průjem, bolesti hlavy, plynatost

Furon 40 ½-0-0

Indikační skupina: diuretikum

Indikace: zvýšení tvorby moči a snížení otoků

Nežádoucí účinky: hypokalémie, hyponatremie, přechodně poruchy zraku, sluchu

Pangrol 20000 2-2-2

Indikační skupina: antidiaroeika, digestiva

Indikace: při průjemových onemocněních (chronické průjmy), podpora trávení

Nežádoucí účinky: 0

Tritace 1,25 ½-0-0

Indikační skupina: antihypertenzivum

Indikace: léčba hypertenze

Nežádoucí účinky: halucinace, svalová únava, závratě, poruchy spánku

Digoxin 0,25 1-0-0

Indikační skupina: kardiotonikum

Indikace: zvyšuje stažlivost myokardu, a tak zlepšuje srdeční výkon

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, nespavost, nechutenství, únava, zvracení, zrakové poruchy

Betaloc Zok 100 1-0-0

Indikační skupina: antiarytmikum, antihypertenzivum

Indikace: k úpravě poruch srdečního rytmu, léčba hypertenze

Nežádoucí účinky: antiarytmika mohou vyvolat další arytymie, mají arytmogenní efekt, / bronchospasmus, pocit studených nohou

Verospiron 25 0-1-0

Indikační skupina: diuretikum

Indikace: zvyšuje tvorbu moči, snižuje otoky

Nežádoucí účinky: hypokalémie, hyponatremie, ortostatická hypotenze, přechodně poruchy zraku a sluchu.

Vitacalin (vápník) 0-0-1

Indikační skupina: soli a ionty

Indikace: substituční léčba

Nežádoucí účinky: 0

Alpha D3 1mg (vit. D) 0-0-1

Indikační skupina: vitamín

Indikace: k substituční terapii

Nežádoucí účinky: možnost předávkování (7)

Lokálně

Krém Belogent 1-0-1

Oční kapky

Cosopt, Lumigan

i.v.

Fyziologický roztok 1-0-1 500ml

3

2. ošetrovatelská část

Ošetrovatelství je specifické v tom, že se týká každého člověka od narození až do konce jeho života. (10)

2.5 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces (OP) je systematická metoda, nebo způsob, kterým můžeme posoudit zdravotní stav pacienta. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu realizujeme plánované intervence. Ošetrovatelským procesem se sestra pacientovi neoddaluje, naopak se k němu přibližuje. Ošetrovatelský proces je logickou metodou poskytování ošetrovatelské péče, které je založeno na pěti komponentech.

Fáze ošetrovatelského procesu

1. **Zhodnocení nemocného** („Kdo je můj nemocný?“)

Zhodnocení nemocného pomocí

- ✓ rozhovoru
- ✓ pozorování
- ✓ testování, měření

2. **Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz**

(„Co ho trápí?“)

- ✓ ošetrovatelské problémy identifikované sestrou
- ✓ problémy pocíťované nemocným
- ✓ dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. **Plánování ošetrovatelské péče** („Co pro něj mohu udělat?“)

- ✓ stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- ✓ návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- ✓ dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

4. **Aktivní individualizovaná péče (realizace)**

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče („Pomohla jsem mu? „)

- ✓ objektivní změření účinku péče
- ✓ zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného (11)

2.5.1 Výběr modelu – Marjory Gordonová

K mé závěrečné bakalářské práci jsem si vybrala model Marjory Gordonové. Je považován za nejvíce holistický a nejkomplexnější model v rámci vnímání člověka, jako lidské bytosti. Zahrnuje celkem 12 složek, nebo bodů, kterými se v modelu řídíme. Je využitelný jak pro sféru lidí v rolích pacientů, tak pro lidi zdravé, kteří nejsou v roli pacientů.

Model Gordonové zahrnuje tyto složky:

- 1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
- 2) Výživa a metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita, cvičení
- 5) Spánek, odpočinek
- 6) Vnímání, poznávání
- 7) Sebekoncepce, sebeúcta
- 8) Plnění rolí, mezilidské vztahy
- 9) Sexualita, reprodukční schopnost
- 10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- 11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- 12) Jiné (13)

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Paní J. S. je již v letech, kdy svůj zdravotní stav vnímá jako přirozený pochod času. Do doby, než jí byl diagnostikován glaukom, byla paní J. S. velmi samostatná a žila vcelku spokojený kvalitní život. Během jednoho roku po zjištění glaukomu se její kvalita života výrazně změnila. Nejvýraznější změnu a jako velký „handicap“ pociťovala v oblasti základních lidských potřeb, jako je hygiena, nákupy, oblékání, domácí práce. Již sama nezvládá vykonávat tyto potřeby samostatně. Druhým velkým „handicapem“ je její aktuální diagnóza fibrilace síní. V noci kolem půl noci paní J. S. pociťovala bušení srdce, tlak na hrudi a dušnost. Vnuk zavolał RZS . Toto onemocnění pacientku velmi vysílilo a bude pro ni velmi těžké „spojit“ všechny síly na to, aby vše zvládala v rámci možností samostatně.

2. Výživa a metabolismu

Paní J. S. si do nedávna vařila sama teplé obědy i večeře. Pro onemocnění očí glaukomem jí to její stav již nedovoluje. Její chuť k jídlu se v posledních měsících výrazně změnila. Z celé porce jídla sní pacientka půlku, nebo čtvrtku. Udává váhový úbytek kolem 3 kil za měsíc a přisuzuje to chronické pankreatitidě V ošetřovatelské anamnéze pacientce vyšlo riziko malnutrice, se součtem bodů 10, při 8 bodech a více je již riziko malnutrice. To vyžaduje informovat lékaře a přizvat nutričního terapeuta. Paní J. S. byla vždy zvyklá den začínat pravidelnou snídaní, svačinou, obědem a končila ho lehčí večeří. Její složení jídelníčku se postupně začal měnit i po té, kdy musela začít nosit zubní protézu. Její dieta je č. 3, racionální. Pitný režim vždy dodržovala velmi striktně. Denně vypila 3 litry čisté vody a několik šálků bylinného čaje, který ji prý velmi uklidňoval. S nástupem inkontinence moče se její příjem tekutin snížil zhruba o více než polovinu. Ráno pacientka začne pít jeden hrnek čaje, což je zhruba 250 ml, a ten pije až do oběda. Během hlavního jídla vypije dalších 250 ml, který upije až do odpoledne, někdy až do večera, kdy se k večeři situace opakuje. Čili za celý den pacientka per os přijme zhruba 550-750 ml tekutin, někdy sestry hrnek vylíjí, protože je špinavý a z 250 ml čaje pacientka vypila třeba jen 200, ale čárka se zapíše za 250ml. Proto údaj přesného množství tekutin v ml

není jednoznačný. Z rozhovoru s pacientkou vyplívá, že má strach, aby někde „nepomočila“, když zrovna není doma a blízko WC, což má za příčinu i snížený příjem tekutin. Pro diagnostikovanou osteoporózu jí byl nasazen vitamin D, jako doplněk stravy v tabletách. Její kvalita vlasů je pozoruhodná, když věkem zešedivěly, má je stále velmi husté a vlnité. Stav její kůže odpovídá stravování a věku. Kůže je citlivější, kožní turgor snížený a pokožka je suchá. Přisuzovat to lze hlavně sníženému příjmu tekutin a zvýšenému výdeji stolicí. Na levém bérce má bulózní pemfigoid, který je dvakrát denně promazáván sestrou krémem Belogent. Subjektivním pocitem pacientky je svědění v okolí bulózního pemfigoidu. Dle stupnice Nortonové v ošetrovatelské anamnéze, pacientce vyšlo riziko vzniku dekubitů, se součtem 23 bodů. Při 25 bodech a méně, je již nebezpečí rizika vzniku dekubitů.

Vylučování

Paní J. S. trpí chronickými průjmy z důvodu chronické pankreatitidy. Pravidelně vždy ráno po snídani jde na stolicí, který je v podobě průjmu. Charakter průjmu je bez příměsí. Pacientka má potřebu ještě během dne, když má více tekutin anebo po jídle. Za jeden den jde pacientka na stolicí 3 krát až 4 krát. Při takovém množství stolic hrozí opruzení konečníku a jeho okolí, bez řádného ošetření. Neužívá na to žádné pomocné „ustávače“ průjmů. Ani její jídelníček tomu nijak neuzpůsobuje, snaží se jíst zdravě a vyváženě. „Prostě jím na co mám chuť“, odpověděla v našem rozhovoru. S vylučováním moče má problémy též. Pacientka trpí inkontinencí moče. Největší únik zaznamenává při zvedání se z postele a při kašlání, nebo při delším čekání, než dojde na toaletu. Z toho důvodu se bojí vycházet na dlouho s bytu. Pro únik moči používá pomůcky v podobě inkontinenčních vložek. Před překladem z odd. JIP jí byl PMK vytažen. Za doby hospitalizace na lůžkovém odd. Jí byl opět zaveden, a to 2. hospitalizační den na lůžkovém odd. Důvodem zavedení PMK bylo stanovení P + V. Na stolečku měla pacientka papír a tužku a byla sama schopná si zapisovat čárku za každý vypitý hrnek tekutin.

3. Aktivita, cvičení

Paní J. S. byla vždy sportovně založená. S manželem rádi jezdili na kolech a chodili na túry. Během dalších let, kdy přibývalo diagnóz, které pacientku omezovaly v jejich aktivitách, se musela přizpůsobit jiné aktivitě a relaxaci, především z důvodu osteoporózy, byla paní J. S. nucena se přizpůsobit. Začala proto chodit jen na krátké procházky nedaleko jejího bytu s přítelkyní a zařídit si nejnnutnější věci, jako je pošta, nákupy a atd. Později jí vypomáhal vnuk a její syn. V době hospitalizace byl její stav velmi zhoršený, a proto již nebyla pacientka schopná tyto záležitosti vykonávat ani s pomocí druhé osoby. V poslední době, těsně před tím, než jí byla diagnostikována fibrilace síní pociťovala námahovou dušnost, která jí také bránila v ostatních činnostech. Dle Barthelova testu základních všedních činností, se součtem 60 bodů, pacientce vyšla závislost středního stupně. Což značí sníženou soběstačnost v mnoha činnostech. Další hodnocení, které jsem u pacientky provedla bylo riziko pádu kdy součet bodů činil 7. Při více jak 3 bodech jsou opatření prevence vzniku pádu nutná.

4. Spánek a odpočinek

Velmi ráda poslouchá hudbu, nejraději si ji vychutná ve svém oblíbeném křesle u sebe doma v bytě a pustí si dechovky, nebo operu. Pokud to její stav ještě dovoľoval, relaxovala doma ve vaně. Velmi ráda si četla, ale pro zhoršené vidění jí předčítá její vnuk, který jí chodí vypomáhat. Co se spánku týče, kvalita se změnila v noci, kdy potřebovala na toaletu, nebo při občasných bolestech břicha. V současné době vstává ráno kolem 7 hodiny, před obědem si jde odpočinout a spí zhruba hodinu a po obědě zhruba půl hodiny. Usíná kolem 9 hodiny večerní. Za doby hospitalizace užívá lék Diazepam, který dříve neužívala. Po rozhovoru s pacientkou jsem usoudila, že ho paní J. S. užívat nepotřebuje. I přesto, že je hospitalizována v nemocnici se spaním větší problémy nemá.

5. Vnímání, poznávání

Způsob, jakým pacientka vnímala, byl velmi dobrý. Rozuměla všemu, o čem jsme spolu mluvily. Vždy adekvátně odpovídala a všemu rozuměla. Vnímání pěti smyslů bylo následovné. Sluch měla pacientka dobrý, při rozhovoru nebylo nutno nějak zvlášť zvyšovat hlas, zrak jak jsem se již zmínila je špatný. Díky glaukomu, který pacientku postihl, je paní J. S. na půl nevidoucí. Je teda zapotřebí pomoci druhé osoby. Chuť je snižena ve smyslu množství potravin z důvodu občasných bolestech břicha a nechutenství. Čich je u paní J. S. zcela v pořádku. Dotek a citlivost je u pacientky zhoršený. Paní J. S. je schopná se sama najíst, ale jídlo si sama nepřipraví. Jako kompenzační pomůcku má paní J. S. horní i dolní zubní protézu.

6. Sebekoncepce, sebeúcta

Paní J. S. se považuje za normálního člověka, ničím výjimečného. Svůj vzhled vnímá jako součást ubíhajících let a staří. Stejně tak vnímá i své nemoci. Ovšem strach nemá ze smrti jako takové, ale z toho, že ji nikdo nenajde, až zemře. Myslí si, že její život byl plnohodnotný a za jiný by ho neměnila. Nonverbální projevy jsou zjevné. Při rozhovoru, co bude, až zemře, jí obličej sklesnul na hrud', naopak při povídání o jejím celém životě se usmívala.

7. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Svou životní roli považuje paní J. S. za splněnou. Byla vychovávána v rodině. Kde tatínek a zároveň manžel byli velmi uctíváni a respektováni. I ona směřovala svůj život tímto směrem. Vdávala se jako mladá a záhy na to měla děti. Jejím posláním bylo zabezpečit rodinu po stránce emocionální. Dávat lásku, utěšovat a pomáhat, pokaždé když to bylo v rodině třeba. Svého manžela si velmi vážila celý život, milovala ho po celou dobu manželství. Další roli, kterou plnila, byla role babičky a prababičky. Svá vnoučata a pravnoučata má velmi ráda a vždy jim byla její náruč otevřená. Paní J. S. osobě tvrdí, že je přátelská a proto její dalším mezilidským vztahem byla její dlouholetá přítelkyně, již z dob začátku svého zaměstnání. S tím se pojí a její profese, byla učitelkou v odborné škole pro

ženská povolání. Role manželky a matky, jsou jí nejbližší. Tvrdí o sobě, že není konfliktní tip, je trpělivá a snaží se naslouchat druhým. Což potvrzuje můj rozhovor s ní.

8. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka se neostýchala na toto téma hovořit a nebylo jí nijak zvlášť nepříjemné. Sex v jejich rodině vždy sloužil spíše jako prostředek k narození dětí. Za jejího dospívání se o tomto tématu doma nikdy veřejně nehovořilo. Ani s vlastní matkou, tvrdí, že bylo neslušné se o těchto věcech doma bavit, především před mužským pohlavím. Ona sama se tím doma před dětmi nikdy zvlášť netajila, považovali nahé tělo a vše co s ním souvisí za přirozenou součást jejich životů. První menstruaci popisuje již ve 14 letech. Pro malou informovanost v rodině a proto, že toto téma bylo „tabu“ si musela sama poradit jak se s tím vypořádat, porody byly 2 a potrat paní J. S. prodělala jeden, pro zachování soukromí a ohleduplnost k jejímu stavu a věku, jsme se dále nevyptávala z jakého důvodu. Již ve 45 letech prošla paní J. S. menopauzou. Ovšem, s ohledem na první menstruaci, začátek sexuálního života a porod dětí, které měla také celkem brzy, to byl věk, který tomu odpovídal. Nějaké výrazné problémy v období menopauzy si nevybavuje, snad jen střídání tlaků, bolesti hlavy a nepravidelnou menstruaci.

9. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Paní J. S. považuje svůj způsob zvládnutí stresu a zátěžových situací jedním heslem „berme život takový jaký je, a jak nám ho bůh předurčil“. Tímto heslem se řídila celí svůj život, v každé situaci. Přiznává, že byly chvíle, kdy si nevěděla s

Rady v určitých zátěžových situacích, ale za podpory rodiny a její víry vše zvládla vždy dobře. Jako osoba, se považuje za velmi tolerantní, takže jak v zaměstnání, tak i v rodině se stresem a těžkými situacemi potýkala vždy vcelku dobře.

10. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Paní J. S. je věřící člověk a přiklání se ve víru v boha. Již od mala bylo povinné uctívat hodnoty spojené s bohem, jako úroda, nemoc a jiné. Jako malá holka chodívala s rodinnou do kostela na pravidelné nedělní mše. Zachovala toto přesvědčení až do svého stáří. Tvrdí, že vše má svůj důvod a že to ten „navrchu“ dělá z určitého důvodu. I přesto, že se bojí smrti, nebo spíše o to, aby její smrt byla důstojná je věřící občankou v jednoho určitého. I její zbytek rodiny byl vychováván ve víře a stejně tak i její manžel. Její životní hodnoty jsou (byly), jednoznačně na její rodině. Ta byla vždy na prvním místě. V jejím hodnotovém žebříčku, byl vždy manžel, děti a jejich spokojený a šťastný život. Nikdy neměli nějak mnoho financí, ale říká, že její život byl naplněn vším, co od něj mohla žádat, milujícím mužem a dětmi, na které byla vždy hrdá.

2.6 Ošetrovatelské diagnózy

Pacientka byla 4. den z odd. JIP přeložena na standardní lůžkové oddělení. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na 2. hospitalizační den na lůžkovém oddělení.

- 1) Riziko pádu z důvodu sníženého vidění
- 2) Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, mobility z důvodu diagnostikovaného glaukomu
- 3) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK A PMK
- 4) Riziko vzniku dehydratace z důvodu chronického průjmu
- 5) Riziko vzniku opruzenin z důvodu chronického průjmu
- 6) Svědění z důvodu diagnostikovaného bulózního pemfigoidu

2.6.1 Krátkodobý ošetrovatelský plán

1. Riziko pádu z důvodu sníženého vidění

Cíl

Minimalizovat riziko pádu

Intervence

- Riziko pádu bude mít pacient označen v kartě
- Pravidelné monitorování potřeb pacienta každé 2 hodiny
- Pacient bude edukován o svém pohybovém režimu
- Použití zábran v lůžku a dalších potřebných pomůcek (4)
- Dopomoc pacientovi při chůzi

Realizace

V rámci edukace minimalizace rizika pádu, který pacientce vyšel v ošetrovatelské anamnéze, jsem pacientce vysvětlila, že nesmí sama vstávat z lůžka. Dále byla pacientka informována o umístění signalizačního zařízení v případě potřeby přivolání sestry, signalizační zařízení jí bylo dáno k lůžku co nejbližší, aby na něj dosáhla. Pacientka byla schopná chodit v doprovodu jedné osoby, v tomto případě mé, kdy k chůzi využívala i hůl. Byla také poučena o správném tvaru bot. Kdy by bota měla být plná s neklouzavou podrážkou, nebo sandále, s pásky pro pevné připevnění nohou. V rámci monitorování potřeb jsem každé dvě hodiny chodila zjišťovat, zdali něco pacientka nepotřebuje. Využití postranic, jako kompenzačních pomůcek se využívalo pouze při spánku pacientky, v noci a v době odpočinku přes den.

Hodnocení

Pacientka pochopila význam edukace, proč má v době spánku postranice a proč musí přivolat sestru, když chce vstávat. Signalizační zařízení ovládala dobře. Pacientka během dne neupadla, cíl, který jsem si stanovila, byl splněn.

2. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání a mobility z důvodu diagnostikovaného glaukomu

Cíl

- Pacientka bude schopna si udržet dosavadní schopnosti
- Pozitivní podpora pacientky v tom, co zvládne zcela sama
- Prevence rizika pádu
- Pacient bude učesaný
- Pacient bude mít čistou zubní protézu
- Pacient bude mít čistou pokožku a promazanou kůži
- Pacient bude oblečený

Intervence

- Pacient se bude moci podílet ve všech činnostech
- Pacient bude mít noční stolek na levé straně postele
- Tekutiny bude mít pacient u lůžka v dostatečném množství
- Bude mít možnost se sám napít pomocí brčka, nebo speciální lahvičky
- Příprava jídla k lůžku – otevřít zatavené alobaly, namazat pečivo, otevřít jogurt
- Dopomoc při ranní hygieně ve sprše
- Promazat kůži mastí
- Promazat paty
- Obléknout pacienta do čisté košile
- Očistit zubní protézu
- Dopomoc při čištění DÚ speciálními štětíčkami
- Zajistit podmínky pro dokončení hygieny na lůžku – připravit zrcátko na stoleček, hřeben a krém na obličej
- Vše bude zapsáno v dokumentaci

Realizace:

Hned ráno, kdy nastal čas hygieny jsem s pacientkou vyzkoušela vstávání z lůžka, přechod do koupelny a následně samotné provádění hygieny. Za mé pomoci se pacientka sama namydčila, v intimních partiích a se zády potřebovala pomoci. Při hygieně jsem si všímala stavu pokožky. To samé se týká i utírání a oblékání. Vzhledem k tomu, že v nemocnici měla pacientka nemocničního anděla, nebylo možné zcela zhodnotit, do jaké míry vyžaduje pomoci s oblékáním. Při rozhovoru vyplynulo, že je třeba jí oblečení připravit k lůžku a pomoci jí navléknout kalhoty, spodní prádlo, ponožky a boty a pomoc zapnout knoflíčky, když nějaké na oblečení jsou. Při promazávání kůže jsem pacientce namazala záda a nohy, vše ostatní zvládla sama, v sedě na lůžku se učešala a namazala obličej. Vyčistit zubní protézu zvládne také sama, ale je třeba ji k lůžku připravit umyvadlo s vodou.

Hodnocení

Pro pacientku bylo velkým přínosem, že zvládla sama, několik činností sama. Hygiena byla provedena dle ošetřovatelského plánu, pokožku jsem pacientce promazala, na místech kam pacientka dosáhla si pokožku promazala sama. Dále jsem promazala paty a okolí konečníku. Umyvadlo měla pacientka k dispozici u lůžka a sama si vyčistila zubní protézu. Zrcátko jsem jí nastavila na stoleček také k lůžku a pacientka se sama učešala a namazala obličej.

3. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK A PMK

Cíl

Včasně rozpoznání příznaků infekce

Intervence

- Aseptický přístup ke vstupům
- Pravidelná kontrola místa vpichu PŽK a vstupu zavedení PMK
- Převaz PŽK každých 72 hodin, dle zvyklostí odd., nebo dle potřeby
- Pacientka bude edukována o příznacích infekce
- Pravidelná kontrola odchodu moči, barvy, množství
- Kontrola okolí genitálu při hygieně
- Výměna sběrného sáčku dle zvyklostí odd.
- Vše zapsat do dokumentace

Hodnocení

Pacientka si byla vědoma rizika vzniku infekce ve vstupech. Převaz PŽK jsem provedla ráno po snídání, při napojování fyz.roztkou. Nezaznamenala jsem žádné zčervenání, nebo bouli, ani sama pacientka nepocítovala žádné nepříjemné pocity v oblasti vpichu. Dětský set byl průchodný, infuze kapala bez problémů. Další převaz byl stanoven za 3 dny, nebo dle potřeby. Při hygieně jsem kontrolovala stav zavedení PMK a jeho okolí. Nezaznamenala jsem žádné zčervenání ani žádný výtok, který by značil infekci. Pacientka si genitál myla jen čistou vodou, nepocítovala žádné pálení ani nic podobného. Infekce se nevyskytla ani u jednoho ze vstupů.

4. Riziko dehydratace z důvodu chronického průjmu

Cíl

Včasné rozpoznání příznaků dehydratace

Intervence

- Aktivní nabízení tekutin
- Pacientka bude pravidelně zapisovat příjem tekutin
- Pacientce bude zajištěno dostatečné množství tekutin
- Pacientka bude mít hrnek s brčkem tak, aby na něj dosáhla
- Pacientka vypije minimálně 1000 ml/24
- Vše zapsat do dokumentace

Realizace

Paní J. S. byla poučena o zápisu příjmu tekutin, který zaznamenává zapisováním čárek po každém vypitém hrnečku. Ráno při snídani vypila pacientka 2 hrnky čaje, 500 ml. Dále jsem tekutiny nabízela pozvolna během dopoledne, kdy pacientka vypila dalších 250 ml, k obědu opět 2 hrnky, 500 ml. čaje a do večere zase pozvolné nabízení tekutin, které činilo 300 ml. K večeři pacientka vypila 300 ml vody. Příjem i. v. činil ráno 500 ml a večer 500 ml. K snídani snědla celý jogurt a krajíc chleba s málem a šunkou. K obědu snědla pacientka ½ porci, svačinu odmítla a k večeři snědla ¾ porce.

Hodnocení

Pacientka bez větších problémů vypila nabízené tekutiny a sama si zapisovala čárky vypitých skleniček. Příjem tekutin per. os. činil 1850 ml a celkový příjem byl 2850ml tekutin. Výdej k tomuto dni činil 2500 ml. Množství jídla snědla pacientka přiměřené. Cíl byl nadmíru splněn.

5. Riziko vzniku opruzenin v důsledku chronického průjmu

Cíl

Minimalizovat riziko vzniku opruzenin

Intervence

- Pacientka bude edukována o příznacích opruzenin
- Pacientka bude edukována o ošetřování konečníku
- Kontrola konečníku a jeho okolí
- Pacientce budou doporučeny prostředky na ošetřování konečníku
- Pacientka bude mít možnost omýt si konečník po stolici
- Vše se zaznamená do dokumentace

Realizace

Při ranní hygieně jsem společně s pacientkou ohodnotila stav pokožky v okolí konečníku. Hygienu pacientka prováděla čistou vodou a jemným osušením bez dření pokožky konečník osušila. Doporučila jsem pacientce dětský zásypaný pudr, který je v dostání v lékárně, či mast určenou na opruzeniny v případě příznaků opruzení, jako je bolest, svědění, menší otok, zarudnutí. V kombinaci s vodou je možné, aby pacientka použila i hypoalergenní sprchový gel. Aby nemusela pacientka po každé stolici chodit do sprchy, což by pro ni bylo vcelku náročné, vždy jsem si připravila lavor s teplou vodou k lůžku, zatáhla zástěny, pro soukromí pacientky a na lůžku za mé pomoci proběhla hygiena konečníku a jeho ošetření jako prevence. Na namazání konečníku a jeho okolí jsme použili mast Menalind. Ještě jsem pacientce doporučila pro očištění použít vlhčených ubrousků, které by pacientce usnadnily hygienu, lze je zakoupit také v lékárně.

Hodnocení

Opruzení konečníku a jeho okolí jsem nezaznamenala, nebyly přítomny žádné známky zčervenání, otoku atd. Pacientka také nepociťovala žádnou bolest, pálení, aj. Kožní integrita nebyla porušena a proto byl zadaný cíl byl splněn.

6. Svědění z důvodu diagnostikovaného bulózního pemfigoidu

Cíl

Pacientka bude schopna si sama ošetřit bulózní pemfigoid

Intervence

- Pacientka bude mít všechny potřebné informace o způsobu ošetřování
- Pacientka bude edukována o vhodném oblečení
- Pacientka bude poučena o vhodné hygieně
- Zaznamenat vše do dokumentace

Realizace

Pacientce jsem vysvětlila, jakým způsobem je třeba ošetřovat pemfigoid. Proto jsem jí po ranní hygieně ošetření názorně ukázala já a při dalším ošetření si pacientka pemfigoid ošetřila sama. Léčba spočívá v promazávání pemfigoidu a okolí dvakrát denně, ráno a večer, vždy po koupeli. Výběr krému naordinoval kožní lékař. Pro ošetřování místa, bylo doporučeno používat jen čistou vodu, eventuelně sprchové gely s hypoalergením účinkem. Ty byly pacientce doporučeny používat na celé tělo. Jako krém na promazávání zbytku těla, kromě místa kde je nález, bylo pacientce doporučeno zakoupit a užívat též krém s hypoalergenním účinkem. Vhodným oblečením pro pacientku je takové, které má 100%, nebo vysoký podíl čisté bavlny pro zmírnění svědění pokožky.

Hodnocení

Pacientka je schopna si bulózní pemfigoid ošetřit sama. Je ale zapotřebí, aby jí krém někdo přichystal, aby, použila správný. Společně jsme dosáhli splnění daného cíle.

2.6.2 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Plán péče je stanoven na jeden hospitalizační den na lůžkovém odd. Za služby noční sestry se nestalo nic mimořádného. Pacientka spala klidně celou noc. P+V zapisovala též noční sestra. Před ranní hygienou je třeba vyprázdnit močový sáček a množství moči zapsat. Přitom si všimnout barvy, a příměsů v moči. Pro udržování soběstačnosti a minimalizace rizika pádu je nutné nacvičovat s pacientkou zvedání se z postele a chůzi.

„Pády u seniorů v domácí péči

Pády postihují značnou část staré populace. Až 20 % doma žijících osob nad 65 let utrpí v průběhu kalendářního roku pád.

Mezi hlavní příčiny

kteří zhoršují stabilitu i chůzi a predisponují nemocného k pádu patří neurologická a cerebrovaskulární onemocnění (CMP) a onemocnění pohyb. Aparátu (osteoartróza, osteoporóza). Další skupinou somatických onem. jsou smyslová onemocnění (poruchy zraku, vestibulárního aparátu), kardiovaskulární onem. (arytmie) a metabolické poruchy (dehydratace). Nejrizikovější skupinu tvoří psychofarmaka, anxiolytika, diuretika, antiaritmika (dioxin, furosemid).

Důsledky

Pády jsou nejčastější příčinou smrtelných úrazů u osob nad 65 let. Nejzávažnějším důsledkem jsou fraktury.

Prevence

Úlohou lékaře je identifikovat možné rizikové faktory a kompenzovat somatické onemocnění. Zvýšení bezpečnosti bytu pacienta. Schodiště by mělo být vybaveno madly, dobře osvětlené s vypínači nahoře i dole, první a poslední schod je vhodné označit barevně. Koupelnu i toaletu je vhodné vybavit madly, WC zvýšeným sedátkem, vanu protiskluzovým koberečkem a vanovým sedátkem. Podlahy by měly být bez zbytečných předmětů a prahů, nekluzké. Důležité je zajištění dobrého osvětlení, které neoslňuje, ale dobře osvětluje.“ (14, str. 30.)

Během hygieny se zaměřit na všechna rizika, kterými je pacientka ohrožena, tzn. všimnout si vstupů PMK, PŽK a počínajících příznaků infekce, brát v úvahu subjektivní pocity pacienta a vše řádně zapsat do dokumentace. Dále si

všimát stavu kůže a následně provést její ošetření. Kůži je třeba promazat, promazat paty a jako prevenci opruzenin i okolí konečníku. Pro chronické průjmy je třeba dbát na každodenní kontrolu konečníku a jeho okolí. Tyto činnosti se již budou provádět na lůžku pacienta, proto nesmíme zapomenout na zachování intimity a zatáhnout závěsy okolo lůžka pacienta.

„Poškození kůže při inkontinenci

Stářím podmíněné, přirozené změny kůže vyvolávají sklon k poškození kůže při určitých onemocněních např.: trvalí inkontinenci. Proto je na místě vhodná svědomitá péče a ochranné prostředky. Je ale důležité konstatovat, že individuální stav kůže ve stáří není neměnný, lze jej výrazně ovlivnit k lepšímu vyváženou stravou s vitamíny minerálními látkami.

Rizika

Pomocné prostředky (vločky, pleny), brání odpařování potu, vlhkost kvůli inkontinenci a teplota kůže kvůli nedostatečnému ochlazení odpařováním stoupá. To vede ke změkčování vrchních vrstev kůže (macerace) a trhlinkám a odřeninám. Ve spojení s poškozením kyselého pláště kůže jsou ideální podmínky pro zachycení bakterií a plísní.

Péče o kůži a profylaxe

Kůže starých lidí potřebuje více než 3 hodiny, aby opět dosáhla předchozího stavu. Po koupeli se proto musí úplně vysušit a ošetřit. Vhodné jsou vysušující externí prostředky, jako různé roztoky, zásypy, masti, velmi důležitá je doplňková vložka z lněné textilie, která zabrání kontaktu kůže na kůži.“ (15, str. 14)

Dále bude u lůžka přichystán lavor s vodou pro vyčištění protézy, kterou pacientka zvládne sama spolu s vyčištěním dutiny ústní pomocí štětiček, které jsou k tomu určené. Dále se bude pokračovat v dokončení ranní hygieny, kdy bude mít pacientka připravené zrcátko, hřeben a krém na obličej. Následujícím bodem bude příprava snídaně na stoleček pacientky, spolu s ranními léky a aktivním nabízením tekutin. Pacientka vypije 1000 ml/24 hodin. Bude podána infuze dle ordinace lékaře, 1000 ml fyz. roztoku.

„Pitný režim ve stáří

Pokud má člověk pravidelný přísun dostatečného množství tekutin, je organismus schopen zajišťovat nejen látkovou výměnu a dobrou funkci ledvin, čili vylučování škodlivých látek, které v těle vznikají. Dostatek tekutin také umožňuje plnou výkonnost doslova všech ostatních orgánů, tělesných i duševních funkcí a v neposlední řadě ovlivňuje i kvalitu pokožky.

Mezi doporučené nápoje řadíme

Neslazené bylinné čaje, zelený a černý čaj, čerstvé ovocné zeleninové šťávy, vhodná je rajčatová šťáva, snižuje riziko tvorby krevních sraženin, kvalitní nasycené vody.“ (16, str. 73)

„Vápník v prevenci osteoporózy

Náš organismus dokáže využít jen tu část vápníku, která projde střevní stěnou. Denní doporučená dávka je 800 mg. Přijatého vápníku se však vstřebá pouze část (5-50 %), proto se doporučuje konzumovat asi 1000-1500 mg denně, především po menopauze. (17, str. 39)

Několik rad, pro naše pacienty

Pro dobrou vstřebatelnost a využitelnost vápníku v organismu je důležité, v jaký formě ho přijímáme, tj. zdroj. Vápník je obsažen v mnoha potravinách, ale tyto zdroje se liší nejen obsahem vápníku, ale i využitelností.

Dobrymi zdroji vápníku jsou mléčné výrobky mléko. Mezi dobře využitelné zdroje patří rovněž tvrdé a měkké sýry (lučina). Bohatými zdroji vápníku jsou mák, sardinky, ořechy, pažitka, ředkev, petrželová nať.“ (17, str. 39-40)

Během ranní hygieny byla pacientka na stolicí jednou. Během celého dne budu dále monitorovat počet stolic, počet stolic by měl být zapisován i po celou dobu následující hospitalizace. Je třeba monitorovat bolesti břicha, které má pacientka také chronické. Po snídani bude následovat aplikace krému Belogent na bulózní pemfigoid, který si pacientka bude aplikovat sama. Do oběda bude následovat polední klid, kdy si pacientka ráda zdřímne. Během spánku jí budou dány postranice. Čas oběda bude probíhat podobně, bez aplikace krému. Opět budou podány léky, podány tekutiny a znovu bude pokožka promazaná a

zkontrolován její stav. Po obědě a odpočinku pacientky bude následovat chůze po chodbě v rámci rehabilitace. Večer bude opět provedena hygiena, tentokrát jen na lůžku. Opět se podá infuze, vpichu zkontroluje místo, promaže se pokožka, a pacientka si aplikuje krém na bulózní pemfigoid. Vše se bude řádně zaznamenávat do dokumentace, aktivně se budou nabízet tekutiny a pravidelně se bude monitorovat stav a potřeby nemocné. Monitorovat a zapisovat se bude počet stolic, jejich charakter, stav konečníku a jeho okolí, zaznamenávat se bude i bolest břicha, kdy vznikla, za jakých okolností a kdy ustoupila. Toto vše se bude zaznamenávat i po další dny hospitalizace pacientky. Pro malnutrici, kterou značí ošetřovatelská anamnéza budu pravidelně kontrolovat sněžené dávky jídla.

„Vyšetření nutričního stavu

Anamnéza: kolikrát denně jíte, co a kolik snídáte, vaříte sám, kdo připravuje jídlo, zvládáte přípravu, nákupy, chodíte na obědy, jak hodnotíte svou chuť k jídlu, kolikrát denně jíte, máte denně teplé jídlo, vaříte i pro někoho jiného, jak často jíte zeleninu a ovoce, kolik vypijete tekutin a jaké, trpíte průjmy, zácpu, jaká je vaše fyzická aktivita.

Fyzikální vyšetření

Sledujeme hmotnost, tělesnou výšku, turgor kůže, tonus očních bulbů, stav sliznic, hlavně bukalních, vlhkost jazyka, bilanci tekutin, fyzickou aktivitu, celkový energetický příjem a výdej.

Příčiny malnutrice ve stáří

Somatické – nechutenství, afekce dutiny ústní, žvýkací potíže, problémy s chrupem, protézou, poruchy polykání, polékové dyspepsie, jednotvárná strava, chronická onemocnění.

Psychické - demence, deprese

Sociální – chudoba, ztráta soběstačnosti, osamělost,

Věk – snížení chuťových a čichových vjemů, pocitu hladu, zvýšený pocit plnosti žaludku, snížený pocit příjmu tekutin.“

Důsledky malnutrice

Primární – hypoproteinémie, anémie, ztráta svalové hmoty, tělesné aktivity, oslabení imunity, zpomalení hojení ran, zhoršení mentálních funkcí.

Sekundární – zvýšená morbidita, prodloužená doba hospitalizace a rekonvalescence.

Jak může pomoci sestra?

- *Důraz na pravidelné stravování v malých dávkách a častěji*
- *Věnovat pozornost stolování, nezapomenout na estetickou úpravu jídla i prostředí*
- *Poradit, jak lze energeticky obohatit polévky*
- *Ovoce a zeleninu chápat jako zdroj vitamínů, minerálů, vlákniny*
- *Dodržovat pitný režim, plánovat příjem tekutin mezi jídly, snažit se o to, aby senior prováděl záznam o pitném režimu. Dbát na celkové denní množství tekutin v souvislosti s chronickým onemocněním (18, str. 24)*
- *Doporučit vhodné tekutiny s ohledem na základní onemocnění.*
- *Při nechutenství zvýšit energeticky bohaté tekuté přídavky a neomezovat příjem tuků“. (18, str. 25)*

Do všech činností bude pacientka aktivně zapojována. Bude se pravidelně kontrolovat P + V. Po vytažení močového katétru se bude kontrolovat genitál a okolí, pro močovou inkontinenci.

Plán péče po propuštění

Jelikož má pacientka sníženou soběstačnost a již se o sebe nezvládne starat zcela samostatně, po propuštění bude nutné zajistit pacientce péči v podobě sociální i ošetrovatelské. Po domluvě se sestrou a následně s lékařem byla přizvána sociální pracovnice. Pacientka bude propuštěna do domácího ošetřování, kde jí bude chodit pomáhat vnuk a syn. Dále bude zajištěna domácí péče, pro ošetrovatelskou péči, jako je podání léků, pomoc při aplikaci krému na bulózní pemfigoid, bude – li to třeba, měření TK a dalších funkcí. Pečovatelská služba bude zajištěna v oblastech hygieny, oblékání apod. Bude se dbát zvýšené pozornosti na konečník, jeho okolí, genitál a jeho okolí pro chronický průjem a

chronické bolesti břicha. Pacientka by měla mít zajištěné pravidelné kontroly u očního lékaře, aby ošetřující sestry z domácí péče, aby pečovatelské služby věděly, jestli se zrak pacientky více nezhoršuje. V případě potřeby i služba na donášku jídla. Do domova pro seniory nechce jít ani sama pacientka, ani si to nepřeje rodina.

2.7 Hodnocení stavu nemocného

2.7.1 Psychologie nemoci

„Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby“. (19. Str. 9)

2.7.2 Osobnost nemocné

Paní J. S. je spíše extrovert. Za dobu mé praxe byla velmi otevřená a komunikativní. Nestraničila se žádného tématu. Byla velmi milá a usměvavá. Jako osobnost působila velmi vyrovnaně, i když na začátku její hospitalizace byla neklidná. Paní J. S. byla velmi vděčná pacientka a laskavá pacientka.

2.7.3 Prožívání nemoci, postoj k nemoci

V prvních dnech hospitalizace na odd. JIP byla pacientka neklidná a ustrašená. Když se zlepšil její zdravotní stav a pacientka se cítila lépe, byla přeložena na lůžkové odd., kde prožívala hospitalizaci výrazně lépe. Její nemoci chápe jako pochod času, ale na druhou stranu by mohly být mírnější. Je zcela jasné, že s přibývajícím diagnózami se prožívání nemoci a postoj k nim mění, nejprve měla pacientka trochu problém přijmout něco „nového“, co jí změnilo kvalitu života, později to začala brát, jako součást života a stáří. Při rozhovoru s pacientkou jsem ani jednou nezaznamenala, že by si nějak výrazně stěžovala, na svou situaci.

2.7.4 Zvládání komunikace a stresu

V komunikaci mezi mnou, jako zdravotním personálem a pacientkou žádný problém nebyl. Paní J. S. je velmi komunikativní, hlavně když jsem měla

čas si k pacientce sednout a jen poslouchat její zážitky ze života. Ani při realizaci ošetrovatelských diagnóz nebyl žádný problém. Stres na pacientce nebyl výrazně znám, chvílkami mi pacientka přišla trochu smutná, ale stačil dát najevo i menší zájem o ni a hned měla úsměv na tváři.

2.8 Prognóza

Pacientka se bude hlásit do 3 dnů od propuštění z nemocnice. Dispenzarizace kardiologem. Pravidelné kontroly se TK. Kontrola renálních funkcí, jaterních enzymů, mineralogramu (s důrazem na kalium). Dbát na dostatečný příjem tekutin. Gastroenterologická dispenzarizace. Kontrola na dermatologii. Holter , EKG, zvážit terapii warfarinem.

3 Závěr

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o nemocnou, která byla léčena na III. interní kardiologické klinice. Pacientka byla přijata pro tachykardii, palpitaci a bolest na hrudi. Diagnózy jsem stanovila na 2. hospitalizační den na lůžkovém oddělení. Po celou dobu mé praxe, kdy jsem se o pacientku starala, pacientka plně spolupracovala.

3.1 Zkratky

A	arterie
Aj.	a jiné
AV	atrioventrikulární
DF	dechová frekvence
EAS	elektrická aktivita srdeční
EF	ejekční frakce
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
FF	fyziologické funkce
FS	fibrilace síní
Fyz.	fyziologický roztok
HK	horní končetina
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
JIP	jednotka intenzivní péče
Kg	kilogram
LDK	levá dolní končetina
ml	mililitr
Např.	například
Odd.	oddělení
Ojed.	ojediněle
OP	ošetřovatelský proces
P	puls
Pac.	pacient
PDK	pravá dolní končetina
PMK	permanentní močový katetr
RCx	ramus cirkumflexus
RIA	ramus intraventricularis
RTG	rentgen
RZS	rychlá záchranná služba
SA	sinoatriální
St. p.	stav po
Str.	strana
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
v.	vena

3.2 Literatura

1. PETROVICKÝ, Pavel a spolupracovníci. *Anatomie*. Praha: Karolinum, 1988. ISBN 80-7184-108-0
2. ELIŠKOVÁ, Miloslava.
NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X
3. SOVOVÁ, Eliška.
ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9
4. SUKL, Jan. *Fibrilace síní*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-7013-092-X.
5. CHALOUPKA, Václav. a kolektiv. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*. Brno 1991. ISBN 80-70-13-092-X.
6. ROKYTA, Richard, a kolektiv. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství: 2000. ISBN 80-85866-45-5.
7. KOCIÁNOVÁ, Svatava.
ŠTERBÁKOVÁ, Zdeňka. *Přehled nejužívanějších léčiv* Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-012-1.
8. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:SinusRhythmLabels.svg>), zdroj: en:Image:SinusRhythmLabels.png. autor: Created by Agateller (Anthony Atkielski), converted to svg by atom., 13 January 2007
9. PETROVÁ, Iveta, <http://www.kardioamb.com/fibrilace-sini.php>., © Kardiologická Ambulance, 2008.
10. FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. *Ošetrovatelství – Teorie*. Martin: Osvěta, 2006. ISBN 80-8063-227-8 (1.české vydání).

11. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
12. Přeložil- VYHNÁLEK, Radim. Předmluvu napsal – MARX, David. člen správní rady JCI. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
13. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno 2008. ISBN 80-7013-324-4.
14. Autor článku: FIALOVÁ, Daniela. *Sestra*. název článku: *Pády u seniorů v domácí péči*. Praha: 2003 Str. 30. ISSN 1210-0404.
15. Autor článku: PLUMER, Jiří. *Sestra*. název článku: *Poškození kůže při inkontinenci*. Praha: 2003. Str. 14. ISSN 1210-0404.
16. Autor článku: VYHÁBALOVÁ, Lenka. *Sestra*. název článku: *Pitný režim ve stáří*. Praha : 2010. Str. 73. ISSN 1210-0404.
17. Autor článku: BURIANOVÁ, Tereza. *Sestra*. název článku: *Vápník v prevenci osteoporózy*. Praha: 2003. Str. 39,40. ISSN 1210-0404.

18. Autor článku: KLEVETOVÁ, Dana.TOPINKOVÁ, Eva, *Sestra*.název
článku: *Vyšetření nutričního stavu*. Praha: 2003. Str. 24,25. ISSN 1210-
0404.

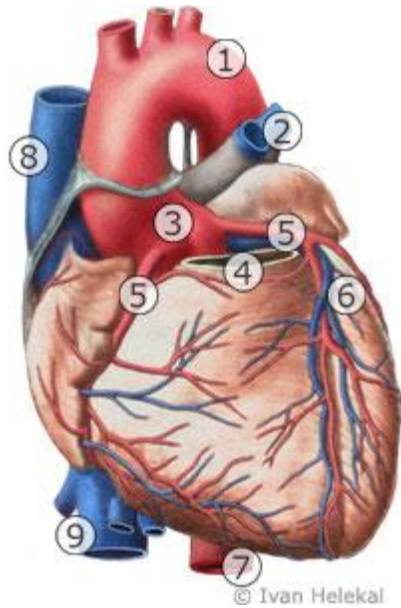
3.3 Seznam příloh

19. HALEKAL, Ivan. Koordinační středisko transplantace. 2005.,
http://www.kst.cz/web/?page_id=2101

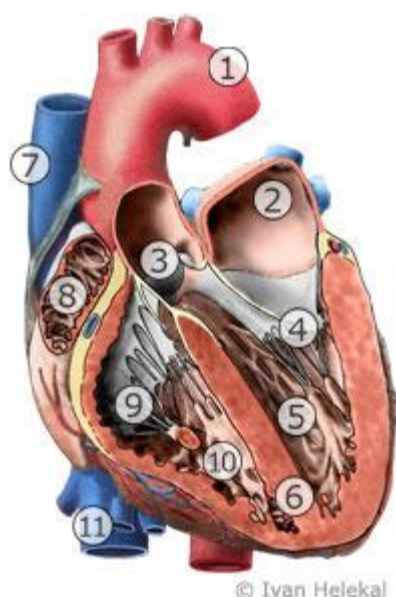
20. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1.LF UK*. 2008.,
<http://www.stefajir.cz/?q=fibrilace-sini>

21. Ošetrovatelská dokumentace

22. Informovaný souhlas

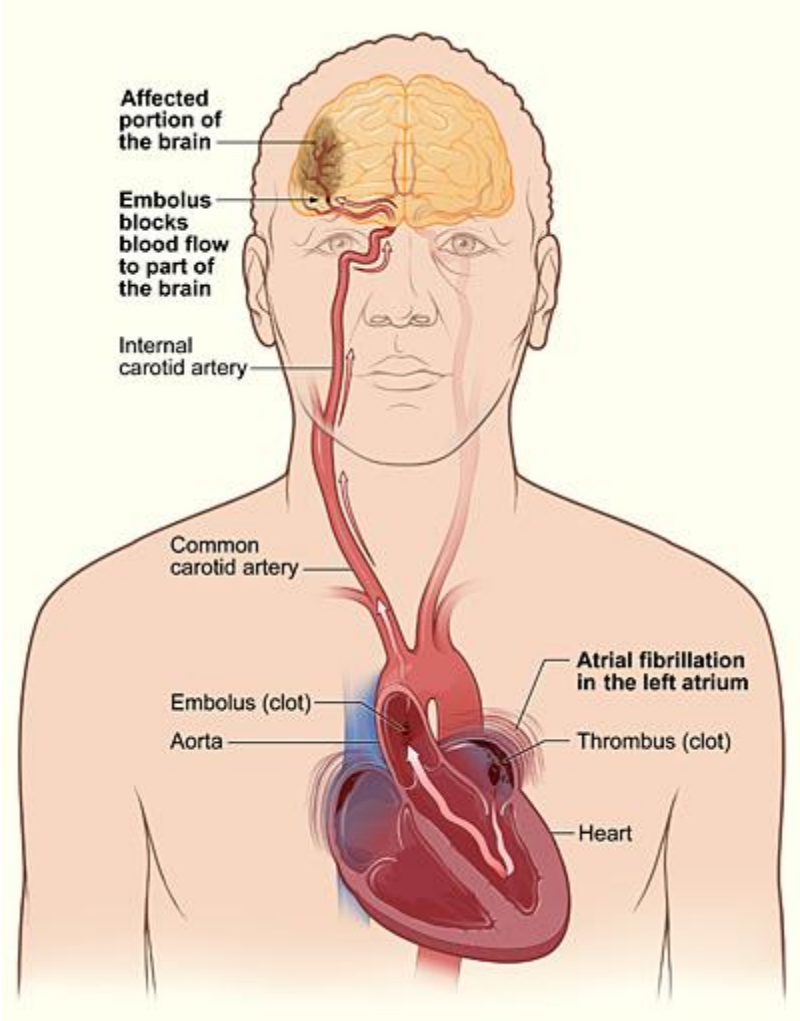


- 1) „ **oblouk aorty** (arcus aortae) navazuje na vzestupnou část aorty
- 2) **plicní žíly** (venae pulmonales) vedou okysličenou krev z plic do levé síně
- 3) **vzestupná část aorty** (aorta ascendens) počáteční úsek aorty (srdečnice), vychází z levé srdeční komory. Dále probíhá hrudníkem a břišní dutinou (před páteří) až do bederní oblasti, kde se dělí na dvě kyčelní tepny. Vystupuje z ní v různých částech řada větví, které zásobují okysličenou krví všechny orgány těla.
- 4) **cévní kmen plicnice** (truncus pulmonalis) společný výstup levé a pravé plicnice z pravé komory. Odkysličená krev je přiváděná do plic k okysličení
- 5) **věňčité tepny** (arteria coronaria) rozdělují se na pravou a levou věňčitou tepnu. Obě začínají ze samého začátku aorty, obstarávají výživu stěn srdečních
- 6) **žilý srdce** (venae cordis) konkrétně vena cordis magna. Sbírají odkysličenou krev ze stěn srdečních.
- 7) **sestupná část aorty** (aorta descendens)
- 8) **horní dutá žíla** (vena cava superior) sbírá krev z hlavy, krku, horní části hrudníku. Ústí do pravé síně.
- 9) **dolní dutá žíla** (vena cava inferior) vzniká ze dvou kyčelních žil, sbírá krev z dolních končetin, pánve, stěny břišní, retroperitonea, jater, ústí také do pravé síně.“ (19)



- 1) „**aorta** – srdeční céva, která odvádí krev z levé komory do systémového oběhu
- 2) **levá síň** (atrium sinistrum) ta část srdce, do které přitéká okysličená krev z plic
- 3) **poloměsíčitá chlopeň** (valvula semilunaris) chlopeň mezi levou komorou a aortou - v pravé komoře je to chlopeň mezi pravou komorou a plicnicí
- 4) **dvojcípá chlopeň** (valva mitralis) chlopeň mezi levou síní a levou komorou
- 5) **levá komora** (ventriculus sinister) svalovina stěn levé komory je až trojnásobně tlustší než svalovina stěn komory pravé - z levé komory je krev poháněna do velkého tělního oběhu a potřebuje vzhledem ke svému rozsahu silnější pohon než malý plicní oběh
- 6) **mezikomorová přepážka** (septum interventriculare)
- 7) **horní dutá žíla**
- 8) **pravá síň** (atrium dextrum) ta část srdce, do které přitéká krev z velkých žil těla
- 9) **trojcípá chlopeň** (valva tricuspidalis) chlopeň mezi pravou síní a pravou komorou

- 10) **pravá komora** (ventriculus dexter) ta část srdce, do které přitéká krev z pravé síně a odkud je krev vypuzována do plicního oběhu k okysličení
- 11) **dolní dutá žíla**“ (19)



(20)



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
Klinika/oddělení:

-šiték-

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 24 hodin po přijetí k hospitalizaci)

PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI

Hlavní důvod přijetí: *PAPITACE, SVILAVA ROULET NA HRUBI*

Datum přijetí: *17.12.2010* Čas: *9:30* Rodina informována: ano ne
 plánovaná

Hospitalizace: první opakovaná: akutní plánovaná

Překlad: ne ano Pacient přeložen z: *ODDĚLENÍ O/P III. NÚL. KARDIOLOGICKÁ KLINIKA*

Alergie: ne ano Jaká:

Nesnášenlivost léčivých přípravků:

Informace podávat komu: *VNUK, JYN*

SHRNUTÍ RIZIK

zrakové postižení riziko pádů, skóre: *17*

sluchové postižení riziko dekubitů, Norton skóre: *23*

tělesné postižení stupeň závislosti, Barthelův test, skóre: *60*

mentální postižení alergie na desinfekční prostředky:

problémy s řečí nutriční riziko *10*

problémy s řečí

neznalost jazyka (cizinec)

1. DÝCHÁNÍ

Potíže: ano ne Dušnost: noční, námahová, klidová, cyanóza Kašel: ano, jaký ne

2. VÝŽIVA, HYDRATACE

Dieta: ne ano, jaká: *3 RACIONÁLNÍ* Diabetik: ne ano PAD: Inzulín

Příjem potravy: p.os: sám s pomocí NGS/od: PEG/od: i.v./od: umělý chrup: ano ne

Výška: *165* cm Váha: *55* kg BMI: *20* Denní příjem tekutin p.o. / 24 hodin cca: *400 ml*

Kůže: v normě suchá vlhká otoky opruzeniny hematomy léze, rány, jizvy

Sliznice: vlhké suché afty soor krusty

Dekubity: ne ano, stupeň, lokalizace –

Dehydratace: ne ano

3. VYLUČOVÁNÍ

Močení: spont., bez obtíží pleny PMK stomie: typ.....

Stolice: bez obtíží pravidelná nepravidelná zácpa průjem nadýmání

inkontinence retence inkontinence stomie, typ

časté močení bolestivé močení poslední stolice.....

nykturie – frekvence

užívá projímadlo

Pocení: v normě nadměrné

4. AKTIVITA

chodí sám chodí s pomocí pohyblivý v lůžku ležící nepohyblivý

Tělesný handicap: amputace / paréza / plegie onemocnění pohybového aparátu

Kompenzační pomůcky: hůl/berle chodítko vozík

Úroveň soběstačnosti: soběstačný nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti podle Barthelova testu)

0 – 40 vysoce závislý 45 – 60 závislost středního stupně 65-95 lehká závislost 96-100 nezávislý

Abusus: alkohol..... cigarety...../den jiné návykové látky.....

5. SPÁNEK

průměrně *7*...hod problémy s usínáním časté buzení nespavost únava

Užívá hypnotika ne ano – jaká

návyk noční zmatenost

(21)

6. SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ	
Vědomí: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> orientován pouze <input type="checkbox"/> dezorientovaný/zmatený/neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně/fyzicky <input type="checkbox"/> porucha vědomí : somnolence / sopor / koma	Smyslový handicap: <input checked="" type="checkbox"/> porucha zraku <input type="checkbox"/> porucha sluchu <input type="checkbox"/> porucha řeči Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko
Bolest: <input type="checkbox"/> nemá bolest <input checked="" type="checkbox"/> bolest akutní / chronická Kde/kdy (v souvislosti s): <i>BŘICHA PŮLEDM (v oblasti hrudníku a břicha)</i> Analgetika Intenzita bolesti : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Riziko pádu : <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (dle zjištění skóre rizika pádu)	

7. SEBEPOJETÍ		
Pacient při příjmu: <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> má strach <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> nespolupracuje	<input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup	Komunikace: <input checked="" type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> obtížná – bariéra <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/> nelze

8. MEZILIDSKÉ VZTAHY -- SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ	
Bydlí: <input type="checkbox"/> s rodinou <input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> asistence pečovatelské služby <input type="checkbox"/> podpora charitou <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> zanedbaný z domova <input type="checkbox"/> zanedbaný z jiného zařízení	Kontakt sociální sestry: <input type="checkbox"/> ne <input checked="" type="checkbox"/> ano, proč... <i>SAMA VŽ... PŘI... NEZVLÁDNE VŠECHNY DOŘÍZAVOSTI ČINLOUITI</i>

9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST	
Žena: <input type="checkbox"/> menstruační: pravidelná/nepravidelná/silná/slabá <input type="checkbox"/> antikoncepce <input type="checkbox"/> menopauza, event. obtíže	Muž: <input type="checkbox"/> obtíže s prostatou : ano/ne <input type="checkbox"/> jiné obtíže.....

10. OSTATNÍ	
<input type="checkbox"/> přeje si návštěvu duchovního byl seznámen Právy pacienta, domácím řádem a službami nemocnice <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne /proč	

Anamnézu zpracoval/a:

Datum a čas:

Podpis:

Propouštěcí rozhovor dne:	
Pacient informován o propuštění	Pacient (rodina) poučen/i o:
Doprava pacienta zajištěna: vlastní <input type="checkbox"/> sanitka <input checked="" type="checkbox"/>	režim v domácím prostředí
Předány uložené cennosti osobní věci	stravování
Vydány léky a recepty	užívání LP, poslední podání ve FNKV:
Předány zdravotní pomůcky	další kontrolle:
Předána propouštěcí zpráva / PN, lístek na peníze/	Péče HC zajištěna:
Podpis sestry	Podpis pacienta

Hodnoticí škály

POSOUZENÍ RIZIKA PÁDU			
AKTIVITA:	SKÓRE:	AKTIVITA	SKÓRE:
Neomezený pohyb	0	Žádné smyslové poruchy	0
Při pohybu používá pomůcky	1	Smyslový deficit, vizuální/sluchový:	1
Potřebuje pomoc při pohybu	1	Mentální status – orientován	0
Neschopen přesunu	1	Občasná/noční dezorientace	1
Nevyžaduje pomoc při vyprazdňování	0	Dezorientace/demence	1
V anamnéze nikturie/ inkontinence	1	Věk 18 – 75 let	0
Vyžaduje pomoc při vyprazdňování	1	Věk 75 let a výše	1
Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze	1
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiépileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní léky, benzodiazepiny.			1
Při skóre vyšším jak 3 jsou preventivní opatření vzniku pádu nutná! 7 BODŮ			

ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING			
Hmotnost 51	Výška 165	BMI (kg:m ²) 18,7	
Nelze li pacienta změřit a zvážit			2
Nelze li od pacienta získat informace			3
A) Věk:	do 65 let		0
	nad 65 let		1
	Nad 70 let		3
B) BMI:	20 - 30		0
	18 – 20, nad 35		1
	pod 18		2
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná):	žádná		0
	do 3kg/3 měsíce		1
	3 kg – 6 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo		2
D) Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství		0
	poloviční porce		1
	jí občas nebo nejí		2
E) Projevy nemocí:	žádné		0
	bolesti břicha, nechutenství		1
	zvracení, průjem nad 6/den		2
F) Faktor stressu:	žádný		0
	střední		1
	vyšoký		2
Střední faktor stressu - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon 10 BODŮ			
Vysoký faktor stressu - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO			
Index: (A + B + C + D + E + F)			
0 - 3	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
4 - 7	+	nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta	
8	X ! X	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná léčba	

(21)

POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ									
ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ									
Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
plná (4)	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	v pořádku 4	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná	4
malá 3	<30 3	šupinatá, suchá (3)	Lehká forma 3	obstojný 3	apatický, bez účasti 3	chodí s pomoci 3	lehce omezená 3	někdy	3
částečná 2	<60 2	vlhká 2	středně těžká forma 2	špatný 2	pomatený 2	potřebuje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč	2
žádná 1	>60 1	rány/alergie 1	Těžká forma 1	velmi špatný 1	v bezvědomí 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč i stolice	1
Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně <i>23 BODŮ</i>									

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ				POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU			
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	(10)	Vědomí	celé jméno	(1)	0	
	s pomoci	5		datum narození	(1)	0	
	neprovede	0		věk	(1)	0	
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10		jaký je teď měsíc, den	(1)	0	
	s pomoci	(5)		datum	1	(0)	
	neprovede	0		kolik je hodin/asi/ kde jsme : město, nemocnice	(1)	0	
Koupání:	samostatně nebo s pomoci	(5)	Skóre 0 - 3 : informuj lékaře <i>6 B</i>				
	neprovede	0	Chování				
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomoci	(5)	nespolupracuje	1	(0)		
	neprovede	0	opozice	1	(0)		
Kontinence moči:	plně kontinentní	10	agrese	1	(0)		
	občas inkontinentní	(5)	odmítá léčbu	1	(0)		
	trvale inkontinentní	0	hyperaktivní	1	(0)		
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10	zpomalený	1	(0)		
	občas inkontinentní	(5)	nezájem	1	(0)		
	trvale inkontinentní	0	Skóre 2 a více: informuj lékaře <i>6 B</i>				
Použití WC:	samostatně bez pomoci:	10	Emoce	pláčtivost	1	(0)	
	s pomoci	(5)		strach, úzkost, napětí	(1)	0	
	neprovede	0		smutek, pesimismus	1	(0)	
Přesun na lůžko - židli:	samostatně bez pomoci	15		deprese	1	(0)	
	s malou pomocí	(10)		apatie	1	(0)	
	vydrží sedět	5		euforie	1	(0)	
Chůze po rovině:	samostatně nad 50m	15	Skóre 2 a více: informuj lékaře <i>1 B</i>				
	s pomocí 50m	(10)					
	na vozíku	5					
Chůze po schodech:	neprovede	0					
	samostatná bez pomoci	10					
	s pomocí	5					
	neprovede	(0)					

0-45 vysoce závislý *60 B*
 46-60 závislost středního stupně
 61-95 lehká závislost
 96 a více nezávislý

(21)

**Informovaný souhlas
o použití ošetrovatelské dokumentace
pro účely bakalářské práce
studenta/ ky 3. LF UK,
obor všeobecná sestra**

Hlavní sestra..... *MgA. Jana Třípánová*

Souhlasí s použitím ošetrovatelské dokumentace pro zpracování bakalářské práce
studentky

ADELA VESELA, 3. MOČNÍK
.....

(jméno a příjmení studenta, ročník studia)

V *PRAZE* dne *19.5.2011*

Třípánová
.....

(podpis hlavní sestry)

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10
NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

(22)

