

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**1.lékařská fakulta**

**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Bakalářské studium ošetrovatelství**

# **Závěrečná práce**

**OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA NEMOCNÉ  
S DIAGNOZOU: STAV PO IMPLANTACI CCEP PRO  
FRAKTURU COLLI FEMORIS- následná péče**

2005/2006

Veronika Martincová

Své konzultantce Mgr. Veronice Di Cara děkuji za cenné připomínky a rady, týkající se mé závěrečné práce.

**Obsah:**

1) Úvod	4
2) Klinická část	5
3) Identifikační údaje	11
4) Lékařská anamnéza	11
4.1. Status praesens	12
5) Lékařské diagnózy	14
6) Stručný průběh hospitalizace	14
7) Přehled vyšetření, výsledky	15
8) Terapie	18
8.1. Farmakoterapie	18
8.2. Dietoterapie	19
8.3. Fyzioterapie	19
9) Ošetrovatelská anamnéza	20
9.1. Subjektivní náhled nemocné na hospitalizaci	20
9.2. Biologické potřeby	21
9.3. Psychosociální potřeby	24
10) Ošetrovatelské diagnózy	24
11) Plán ošetrovatelské péče	25
12) Edukace	35
13) Závěr a prognoza	36
14) Použité zdroje	37
15) Přílohy- vstupní ošetrovatelský záznam	
- plán ošetrovatelské péče	
- Barthelův test základních, všedních činností	

## 1) Úvod

Po absolvování SZŠ v oboru dětská sestra jsem pracovala postupně na dvou dětských odděleních. Po mateřské dovolené mne osud zavál do urologické ordinace pro dospělé pacienty, ale stále mne ještě nenapadlo, že se jednou dostanu na naprostý protipól toho, kde jsem začínala - k péči o staré a chronicky nemocné.

Před třemi roky mi bylo nabídnuto zaměstnání v léčebně dlouhodobě nemocných, která pracuje v rámci fakultní nemocnice. Váhala jsem, neuměla jsem si práci s často velmi problematickými, geriatrickými pacienty vůbec představit.

Dnes vím, že jsem udělala dobře a na našem oddělení se mi pracuje výborně. Je to určitě také díky skvělému pracovnímu kolektivu, který jsem tady našla.

Tato práce není o množství přístrojů a složitých postupů. Je především o empatii, pečlivosti, obrovské trpělivosti. Nemyslím si, že je sestra na pracovišti následné péče „podřadná“, jak je nám někdy podsouváno některými kolegy z akutní sféry. Jen se zaměřuje na jiné oblasti - na dlouhodobý problém, polymorbiditu, změny duševního stavu starých pacientů, v neposlední řadě také na sociální problematiku.

Pacientka, jejíž kazuistiku jsem se rozhodla zpracovat jako závěrečnou bakalářskou práci, je dosti typickou zástupkyní z řad našich pacientů. Nacházíme u ní chirurgické i interní diagnózy, ale i sociální problém.



Ilustrační foto

## 2) Klinická část

### Zlomeniny krčku kosti stehenní

**Charakteristika, etiologie:** zlomeniny vznikají hlavně pádem na bok u starších pacientů a představují závažný medicínský i ošetrovatelský problém. Stehenní kost je typická rourovitá kost s kompaktnou, která tvoří nosný pilíř kosti. Proximální konec femuru je pod tenkou kompaktnou tvořen typickými trámečky spongiozní kosti. Kromě trámčů, orientovaných ve směru silokřivek, odstupuje od malého chocholíku do nitra kosti souvislá lamela, která jde vysoko do krčku, kde mizí mezi trámci hlavice. Jde o tzv. vnitřní podpěrnou desku, která představuje další kostěný pilíř, tentokrát podpírající krček. U osob starších padesáti let se- i za zcela fyziologických poměrů- zvětšuje dřevná dutina a podpěrná deska krčku postupně mizí. Zatížená kost se pak snáze láme.(1)

Zlomeniny krčku jsou intrakapsulární zlomeniny, které zbavují hlavici cévního zásobení.

**Příznaky:** dislokované zlomeniny způsobují typickou zevní rotaci končetiny s event.zkrácením při proximálním posunu, pacient nedokáže zvednout končetinu od podložky, bolest.

**Diagnostika:** fyzikální vyšetření

RTG snímek kyčle v AP a axiální projekci.

**Léčba:-** nedislokované zlomeniny je možné léčit odlehčením končetiny s berlemi, lépe je ale předejít časté sekundární dislokaci a zlomeninu stabilizovat osteosyntezou (spongiozními šrouby nebo skluzným šroubem s dvouotvorovou dlahou, zavedenými z subtrochanterické krajiny krčkem do hlavice bez otevření kloubu.

- dislokované zlomeniny jsou indikovány k náhradě kyčelního kloubu. (5)

Pro náhradu kyčelního kloubu může být použita tzv. endoprotéza cervikokapitální, kdy je nahrazena pouze hlavice stehenní kosti nebo endoprotéza totální, kdy se nahrazuje jak hlavice, tak i kloubní jamka.

Fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku je možná pomocí tzv. "kostního cementu"(metylmetakrylát) a nebo je díky povrchové úpravě endoprotézy bez cementu.

Každá endoprotéza se skládá z tzv. dřívku, který je zaveden do dřevného kanálu stehenní kosti. Je vyráběn z různých kovových slitin o vysoké pevnosti a ověřené dobré toleranci organismu. Na dřík je nasazována hlavička- ze stejné kovové slitiny nebo speciální keramiky.

Její důležitou vlastností je hladkost-čím je hladší, tím menší je opotřebení polyetylenové vložky v jamce. Při totálních náhradách je použita i jamka. Jamky kotvené pomocí cementu se skládají jen z jedné polyetylenové části, jamky pro bezcementovou aplikaci mají kovovou kotvící část a polyetylenovou vložku. (2)

**Postup při implantaci CCEP:** - přístup anterolaterální nebo posterolaterální

- pouzdro se protíná incizí ve tvaru obráceného „T“ a oba cípy se dají na závěsné stehy
- extirpovaná hlavice se pečlivě změří, a to minimálně ve dvou rovinách na sebe kolmých. Správná velikost je nesmírně důležitá- pokud se zvolí menší, dojde k předčasnému vytlačení dna acetabula, pokud větší, hlavice nedosedne do jamky, dochází i k poškození okrajů acetabula. O správné velikosti je nutné se přesvědčit zkušebním zakloubením. Je-li velikost správná, nelze hlavici luxovat bez užití síly.
- opracování horního konce femuru- platí, že střed hlavice protézy má být těsně pod úrovní vrcholu velkého trochanteru. Když je střed výše, vzniká zvýšený tlak na acetabulum, pokud se hlavice příliš „utopí“, nejsou měkké tkáně dost tonizovány, což vede k nestabilitě kloubu.
- dřevěný kanál se opatrně vyrašpluje a uzavře zátkou, která se vytvoří nejčastěji z odstraněné hlavice.
- při vlastním cementování je důležitá správná konzistence cementu. Při aplikaci řídkého cementu, kdy došlo k nedostatečnému spojení složek, se může toxický monomer dostávat do krevního oběhu a způsobit mikroembolizace.
- při zavádění dřívku je nutné nastavit správnou antevertzi, asi 15°, postavení během zavádění se určuje pomocí zavaděče, zasunutého do očka v límci endoprotézy
- lžičkou se odstraní přebývající cement, mohl by být příčinou luxace.
- přezkouší se pohyb, stabilita, provede se sutura pouzdra, zavede drén, uzavře rána.
- nastaví se pooperační poloha pomocí antirotační botičky a provede pooperační RTG.

**Ošetrovatelská péče:** - předoperační- je stejná jako u jiných chirurgických výkonů. Před nástupem k operaci je vhodné upozornit pacienta na vhodnost dovybavení bytu pomůckami- např. madla na WC, do koupelny. Nutná je také pohodlná obuv s pevnou špičkou.

-po operaci- v prvních dnech sestra přebírá péči o hygienu, vyprazdňování. Za 6-8 hodin po operaci je možno přijímat tekutiny, při normální peristaltice první den je možné podat tekutou a kašovitou stravu a dále normální. Několik dnů je noha ukládána do směrovací boty, aby končetina byla v abdukci a vnitřní rotaci. Pozornost je nutno

věnovat prevenci tromboembolické nemoci (bandáže DK). Nemocný se učí posazovat a přetáčet vleže přes neoperovanou končetinu. Chůze s pomocí podpažních berlí začíná 7.-8. den po operaci, postupně se zvyšuje zátěž. Chůze s oporou francouzských holí je možná asi za 2 měsíce, s pomocnou holí za půl roku.(4)

**Prognoza:** je velmi ovlivněna celkovým zdravotním stavem pacienta. Většina pacientů je dobře rozrehabilitována a zbaví se bolesti. Životnost endoprotézy při nepřetěžování bývá 15-20 let.(6)

### **Ischemická choroba srdeční**

**Charakteristika, etiologie:** Ischemická choroba srdeční je klinický pojem označující stavy s odlišnou etiopatogenezi, ale se stejnými důsledky, tj. kritickým snížením průtoku krve koronárním řečištěm. Porucha perfuze může mít podklad organický (aterosklerotické postižení, trombus, embolie apod.) či funkční (koronární spazmy), nejčastější je kombinace různých patogenetických momentů.

Dá se říci, že na výsledném klinickém obraze ICCHS se podílí tři faktory: aterosklerotický plát, trombus a spasmus.

Vlastní aterogeneze probíhá ve dvou fázích: 1) vznik tukových proužků, 2) vznik fibrozních plátů.

Vedle podílu buněčných elementů v aterogenezi je důležitá účast lipidů a lipoproteinů.

Vysoká prevalence ICCHS je výsledkem působení řady rizikových faktorů- ovlivnitelných (hypertenze, hyperlipoproteinemie, kouření, cukrovka, stres, obezita, nedostatek fyzické aktivity) - neovlivnitelných (věk, pohlaví, rodinná zátěž).

### **Chronické formy ICCHS**

Patří sem angina pectoris, variantní angina pectoris, němá ischemie myokardu, syndrom X, srdeční nedostatečnost na podkladě ICCHS a ICCHS manifestující se arytmiemi.

**Příznaky** algického typu chronické ICCHS: typickým projevem je bolest (svíravá či pálivá) nebo tlak bez bolesti, či jen pocit nedostatku dechu. Nejčastější lokalizace bývá za střední nebo horní třetinou hrudní kosti s propagací do zad, nadbřišku, ramen, ruky nebo krku. Projevy trvají několik desítek vteřin, typicky několik málo minut. Prodlužuje-li se bolest na desítky minut, je nutno pomýšlet na např. IM. Důležitým údajem je vyvolávající moment-

charakteristické jsou záchvaty při námaze, rozčilení, po jídle, při chůzi proti větru apod. Důležité je i kolísání záchvatů během dne. Průvodním příznakem bývá pocit úzkosti, pocit nedostatku dechu.

Pro anginu pectoris byla vypracována čtyřstupňová klasifikace, která je výhodná při sledování nemocného, srovnávání efektu léčby apod.

#### **Diagnostika:**

anamnéza

EKG

Zátěžová echokardiografie- průkaz poruchy kinetiky levé komory navozené ischemií.

Perfúzní scintigrafie myokardu thaliem 201-izotop je po i.v. podání rychle vychytáván v srdci, jeho koncentrace v srdci odráží průtok krve příslušnou oblastí, využívá se gamakamera.

Zátěžové testy- nejčastěji na bicyklovém ergometru. Volí se kontinuální zátěž od 50W se zvyšováním po 50W á 3 min. Monitoruje se 12-ti svodový záznam EKG, modifikovaný umístěním končetinových elektrod na trup. Na konci každé minuty se měří TK. Vyšetření se ukončuje při limitujících příznacích, poklesu TK, příp. závažnějších poruchách srdečního rytmu. Ambulantní monitorování EKG (dle Holtera)- informuje o závažnosti a počtu ischemických epizod a výskytu poruch srdečního rytmu

Selektivní angiografie věnčitých tepen- informuje o anatomickém nálezu na koronárních arteriích. Kontrastní látka se vstříkne pomocí speciálního katetru do odstupů věnčitých tepen.

#### **Léčba: - medikamentozní:**

- nitráty- způsobí venodilataci, pokles tonu hladké svaloviny v místě excentrické stenózy

-antagonisté kalcia- blokují kalciový kanál v hladké svalovině cévní stěny a buňkách myokardu, důsledkem je snížení tonu koronárních tepen

-betablokátory- základním účinkem je snížení kontraktility, zpomalení tepové frekvence, zvýšení fibrilačního prahu a antiarytmický účinek

-antiagregancia, antikoagulancia

-chirurgická (bypassová operace)- přemostění mezi aortou a srdečním svalem, jímž se překlene zúžená část cévy.

-PTCA (perkutánní transluminární koronární angioplastika)- provádí se v katetrizační místnosti, zavádí se katetr s balonkem do zúžené věnčité tepny a rozepětím balonku na předem stanovenou šíři se tepna dilataje. Možné je zavedení stentu, který brání opakovanému zúžení tepny.(7)



**Ošetrovatelská péče:** Uložení nemocného, pokud to lze, na menší, klidný pokoj, dobře větratelný. Lůžko je třeba uzpůsobit tak, aby pacient mohl zaujímat polohu v polosedě. Vhodné je také využívat křeslo pro kardiaky.

Nutné je pravidelné sledování fyziologických funkcí, příjmu a výdeje tekutin, hmotnosti pacienta a event. projevů nežádoucích účinků léků. Pozornost je třeba věnovat vyprazdňování nemocného, pravidelné hygieně. Strava má být pestrá, ale lehce stravitelná, s omezením příjmu soli a živočišných tuků.

Velmi důležitá je zdravotně výchovná práce s pacientem, poučení o správné životosprávě a vyloučení rizikových faktorů.(6)

**Prognóza:** u většiny nemocných je stav po léta stabilizovaný. Horší prognózu mají nemocní s nízkou tolerancí zátěže a výraznými známkami koronární nedostatečnosti v zátěžovém testu, s postižením obou větví levé věnčité tepny a pravé věnčité tepny a nemocní s výraznou nedostatečností levé komory srdeční.(7)

### **Katarakta**

**Charakteristika, etiologie:** Kataraktu lze definovat jako jakýkoli zákal čočky, který negativně ovlivňuje vidění, je celosvětově nejčastější příčinou zhoršeného vidění. Mezi známé etiologické faktory patří: stárnutí, úrazy, záněty, metabolické a nutriční poruchy a záření. Biochemické změny pravidelně zjišťované při kataraktě zahrnují: změny úrovně hydratace, úbytek kalia, zvýšení obsahu kalcia, zvýšení konzumace kyslíku, úbytek glutathionu a kyseliny askorbové.

### **Senilní katarakty**

Senilní katarakta je velmi častou **příčinou** zhoršení zraku u starších osob (prevalence ve stáří nad 75 let je asi 70%). Patogeneze je multifaktoriální. Čočka ve stáří nabývá na hmotnosti, akomodační schopnost se snižuje, bílkoviny podléhají chemické modifikaci, což je příčinou snižování její průhlednosti. Dochází také k progresivní pigmentaci.

Rozlišují se tři hlavní typy senilní katarakty, které se u mnoha nemocných kombinují. Nukleární- příčinou je vystupňovaná skleroza a silné zažloutnutí. Kortikální- změny iontového složení kortexu čočky a změny hydratace čočkových vláken. Zadní subkapsulární- je zde migrace epitelových buněk, které „zduří“.

**Příznaky:** snížení zrakové ostrosti, často více do blízka než do dálky, při nukleární kataraktě opačně, oslnění (jen při pouhém denním světle nebo např. míjení protijedoucích vozidel), myopický posun, monokulární diplopie (dvojité vidění).

**Diagnostika:** -anamnéza

-vyš. na štěrbinové lampě

-vyš. očního pozadí

-B-scan- ultrazvukové vyš.

-speciální testy- laserová interferometrie, testy makulárních funkcí

**Léčba:**- medikamentozní- zatím selhává, nutná je pečlivá korekce refrakce a zvýšené osvětlení

-chirurgická- extrakapsulární a intrakapsulární extrakce

-fakoemulzifikace-využívá ultrazvukovou energii, která rozkmitá jehlu a rozdrťí jádro čočky. Fragmentovaná hmota se odsaje aspirační kanylou.

Implantace nitroočních čoček- vývoj zadněkomorových očních čoček šel souběžně s vývojem nástrojů a přístrojů užívaných při ECCE a fakoemulzifikaci. Nejčastějším materiálem pro výrobu je silikon, hydrogel, akrylát.

**Ošetrovatelská péče:** v současnosti jsou operace katarakty prováděny většinou ambulantně, sestra asistuje při vyšetření, event. zajišťuje rozkapání dle ordinace, aplikuje léky.

**Prognóza:** chirurgie katarakty má výborné výsledky ( až u 89% nemocných), výskyt komplikací je nízký.(15)

### 3) Identifikační údaje:

Jméno pacientky: Marie M.

Rodné číslo: 20.../...

Věk: 85 let

Adresa bydliště: Praha...

Stav: vdova

Povolání: starobní důchodce, dříve modistka

Národnost: česká

Zdravotní pojišťovna: VZP

Vyznání: bez vyznání

Kontakt: syn Jan, žije trvale v zahraničí, pacientka poskytla jeho adresu a telefonní číslo

Přijetí pacientky: 1.12.2005 k další péči a rehabilitaci.(10)

( V této kazuistice je zachycen první týden hospitalizace pacientky na našem pracovišti následné péče. Byla u nás hospitalizována celkem tři měsíce).

### 4) Lékařská anamnéza

RA: Otec zemřel v 83 letech na CMP, matka zemřela v 72 letech na CMP- měla hypertenzi, sourozenci- 1 sestra 81- letá má hypertenzi, děti- 1 syn- zdrav.

SA: vdova, bydlí sama ve 2. patře s výtahem. Dosud byla soběstačná, s nákupem a velkým úklidem pomáhala sousedka. Syn žije trvale v zahraničí, navštěvuje ji zřídka.

PA: starobní důchodkyně. Vzdělání- obecná a 4 třídy měšťanské školy, vyučená modistka, byla dlouho v domácnosti.

GA: 1 porod

OA: běžná dětská onemocnění, měla v mládí revmatickou horečku. Roky mívá bolesti na hrudi- pálení za sternem- při námaze, rozčilení, cca od konce 10/05 častější frekvence. V roce 1996 náhrada mitrální chlopně. V mládí cholecystektomie. Dle dokumentace hypertenze- pacientka neguje. Měla vřed na žaludku a duodenu, v roce 1993 haematemeza. V roce 1994 TEP kyčle

vlevo. V roce 2002 fraktura některého z bederních obratlů, v roce 2003 fraktura LHK v zápěstí-  
léčena konzervativně.

AA: textilní náplast

FA: poslední terapie z kardiologické kliniky: Quamatel 1-0-1 tbl., Aktiferin 3x1 tbl., Verospiron  
25mg 1-0-0 tbl., Digoxin 0,125 mg ½-0-0 tbl., Furon 40 mg 1-0-0tbl., Betaloc ZOK 25 mg ½-0-0  
tbl., KCL 1-0-0 tbl., Lawarin 2 mg 0-1-0 tbl.

Abusus: nekouřila, alkohol 0.

NO: 29.10.05 pád doma na křeslo, utrpěla frakturu krčku femuru PDK, hospitalizována na  
chirurgické klinice. 10.11.05 přeložena na ortopedickou kliniku k operativnímu řešení- 11.11.05  
implantována CCEP vpravo. 20.11.05 pro náhlou tachypnoe, dušnost, tachyfibrilaci síní  
přeložena na kardiologickou kliniku, kde byla hospitalizována do 1.12.05 s dg.: bilat. kardiální  
insuficience, tachyfibrilace síní při přijetí, t.č. s klidnou komor. odpovědí, stř. těžká dysfunkce  
LKS, stř. význam. Aortál. a mitrál. insuf., stp. náhradě mitrální chlopně.

Po kompenzaci stavu- 1.12.05 převezena na naše pracoviště k další péči a rehabilitaci.

Subj.: bez dechových obtíží, stolice- bez obtíží, močení- doma bez obtíží, nyní moč neudržela,  
má PMK, bolesti- občas v kyčli operované končetiny, spánek- doma dobrý, nyní nemůže spát,  
chuť k jídlu dobrá, zrak- brýle na dálku i na blízko- měla se jít objednat k operaci katarakty, ale  
pro úraz neuskutečněno, sluch- slyší hůře- zvl. na pravé ucho, naslouchadlo má, ale nechce  
nosit.(11)

#### **4.1. Status praesens (při přijetí)**

Celkový stav: klidná, spolupracuje, výbavnost slušná- jen některé časové údaje jsou nepřesné,  
slovní produkce srozumitelná, nedoslýchá. Bez známek ikteru, cyanozy a klidové dušnosti,  
výživy slabé, hydratace horší.

Hlava: pokleповě nebolestivá, výstupy n. V. nebol., inervace n. VII. neporušena, bulby ve  
středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce+, spojivky růžové, skléry  
bílé, gerontoxon, jazyk vlhký, bíle povleklý, plazi ve střední čáře, chrup nahrazen protézy,  
hrdlo klidné, uši a nos bez výtoku.

Krk: šije volná, náplň krčních žil nezvětšena, pulsace na karotidách +, bez šelestů, štítná žláza nezvětšena, uzliny nezvětšené.

Hrudník: symetrický, jizva po sternotomii po náhradě srd. chlopně, axilly a mammy bez rezistence.

Plíce: poklep plný jasný, dýchání oslabené, ale čisté sklípkové.

Srdce: poklepově oběma směry rozšířeno, zvl. doleva- až do př. axil. čáry, zvedavý úder hrotu, akce srdeční klidná nepravidelná, f cca 78', muzikální holosystolický šelest 4/6 nad hrotem s propagací do axilly až do zad do obl. levé lopatky, TK 120/70.

Páteř: palpačně i poklepově citlivá celá páteř. V sakrální oblasti mírně povleklý povrchový defekt cca 2x3 cm- ošetřený.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, klidná jizva po CHE, poklep diferencovaný bubínkový, palpačně měkké, prohmatné, nebolestivé, bez hmat. rezistence, hepar a lien nezvětšeny, tapott. bilat. negat. Per rectum- okolí konečníku klidné, zevně bpn, tonus svěrače dobrý, v ampule zbytky stolice normální barvy i konzistence, bolestivost 0, rezistence 0.

Zevní genitál: bez zjevných odchylek, PMK odvádí sv. žlutou čirou moč.

Končetiny: bez otoků a známek flebitidy, perif. pulzace bilat. hmatné, Homans negat., palpance lýtek nebolestivé, pasiv. I aktiv. Hybnost v kyčlích a kolenou volná, na zevních stranách stehna klidné jizvy po ortop. operacích.(11)

## 5) Lékařské diagnózy

Stav po implantaci CCEP pro frakturu colli femoris l. dx. 11.11.05 po pádu 29.10.05

ICHS chronická, chron. fibrilace síní

Stav po náhradě mitrální chlopně (1996), chron. antikoagulační terapie

Hypertenzní choroba dle dokumentace

Stav po revmatické horečce v mládí

Stav po cholecystektomii v mládí

Vředová choroba gastroduodenální ,stp. haematemaze (1993)

Stav po implantaci TEP levé kyčle (1994)

Stav po fraktuře bederního obratle (2002)

Stav po fraktuře LHK v zápěstí- léčeno konzervativně (2003)

Cataracta sen. bilat.

PMK, inkontinence moči (11)

## 6) Stručný průběh hospitalizace

85-ti letá pacientka po CCEP pravé kyčle pro frakturu colli fem.l.dx. předána nejprve na kardiologickou kliniku pro kardiální dekompenzaci, odkud předána 1.12.05 na naše oddělení k doléčení a pokračování rehabilitace- zahájení nácviku chůze ve vysokém chodítku se simulací nášlapu.

Velmi brzy zrehabilitována- chodí jistě samostatně o dvou francouzských holích po rovině i schodech, po pokoji jen s jednou holí. Po celou dobu pobytu u nás relativně kardiálně kompenzována, TK v rozmezí. V průběhu hospitalizace přidán Oxazepam na noc, na zažívací obtíže Pancreolan forte. PMK vyňat třetí den pobytu u nás, po nácviku pacientka kontinentní. 1x přeléčena uroinfekce dle citlivosti. Defekt na sakru se zhojil.

Na vlastní žádost v rámci hospitalizace u nás vyšetřena na ambulanci oční kliniky, kde byla naplánována operace katarakty.

Pacientka byla v dobrém stabilizovaném stavu propuštěna domů se zajištěnou pečovatelskou službou.(11)

## 7) Přehled vyšetření

**Fyziologické funkce** 1.12.06 : TK 120/70, P 73' - neprav., TT 36,4°C, D= 17/ min. (FF byly měřeny denně).

**Výška, hmotnost:** 155 cm, 43 kg BMI 17,9

<b>Krevní obraz</b>	1.12.05	5.1.06	
WBC (leukocyty)	5,8	6,4	x 10/l
*ERY (erytrocyty)	3,49	3,92	x10/l (norma- ženy 4,2-5,4)
*HGB (hemoglobin)	11,0	11,8	g/dl (norma- ženy 12-16)
*HCT (hematokrit)	33,7	33,9	% (norma-ženy 39%)
MCV (objem erytrocytu)	96,4	94,7	fl
MCH (hemoglobin v erytrocytu)	31,50	32,0	pg
MCHC (konc. hemoglob. v ery)	32,60	34,1	g/dl
PLT (destičky)	191	198	x10/l
<b>Protrombinový čas</b>	2.12.05	7.12.05	
Quick test	*24,2 s	*18,7 s	(norma 10-13 s)
Quick kontrola	12,9 s	12,9 s	
INR	*2,25 INR	* 1,61 INR	(norma 0,8-1,2)
<b>Biochemie séra :</b>	2.12.05	5.1.06	
Na	140	148	mmol/l
K	4,3	4,7	mmol/l
Cl	101	98	mmol/l

Urea	6,81	6,60	mmol/l
Kreatinin	67	73	umol/l
Celk. bilirubin	9,7	8,9	umol/l
ALT	0,48	0,55	ukat/l
AST	0,44	0,41	ukat/l
Glukosa	4,75	4,32	mmol/l
Celk. bílkovina	65,4	65,8	g/l
Albumin	* 29,0	32	g/l (norma 32-45)
Železo	11,0	13,1	umol/l

**Biochemie moči:** 2.12.05 16.12.05

pH	6,0	6,1	
bílkovina	* 0-1	0	(norma 0)
glukosa	0	0	arb.j.
ketolátky	0	0	arb.j.
bilirubin	0	0	arb.j.
urobilinogen	0	0	arb.j.
krev	*1	0	j. (norma 0)
specif. hmotnost	1020	1015	kg/m <sup>3</sup>
ery	* 43	10	/ul (norma 0-12)
leuko	*221	4	j. (norma 0-4)
bakterie	* četné	ojediněle	
kvasinky	*četné	0	

**Mikrobiologické vyšetření moči:**

2.12.05	Klebsiella pneumoniae	10 5	16.12.05	negat.
	Proteus mirabilis	10 4		
Citlivost:	Gentamicin			( 11,13 )



**EKG:**

1.12.05 Fibrilace síní, TF 69/min., osa +36 st., QRS 0,1 sec., QTc 0,42  
sec., Sokolow 137 mm, porucha nitrokomorového vedení v hrudních svodech.  
Kontroly bez podstatných změn.(11)

**Ortopedické konzilium** 14.12.05: v pořádku, jizvy klidné, pohyb 0-90 st. dobrý, perif. bez deficitu. Dop. postupně zátěž do bolesti v chodítku či o podpažních berlích, cvičení krajních poloh, poučena. Kontrola 1.2.06 s RTG

## 8) Terapie

### 8.1. Farmakoterapie

Obchodní název	Generický název	Léková skupina	Dávkování	Vedlejší účinky
Digoxin 0,125mg	digoxinum	kardiotonikum	½-0-0	nevolnost, zvracení, bolest hlavy, mravenčení v končetinách
Furon 40mg	furosemidum	diuretikum, antihypertenzivum	1-0-0	sval. křeče, nevolnost, průjem, kož.proj.
KCl	kalii chloridum	kaliový přípravek	1-0-0	nevolnost, zvracení, plynatost
Verospiron 25mg	Spirolactonum	diuretikum šetřící draslík. anti hypertenzivum	1-0-0	zvracení, horečka, sucho v ústech, spavost ! pozor na zvýš. hladinu K v krvi!
Betaloc ZOK 25	metoprolol succinas	antihypertenzivum, sympatolytikum	½-0-0	únava, závratě, nucení na zvrac., por. soustředění, pocit stud. konč.
Aktiferin cps.	ferrosi sulfas hydricus	antianemikum	1-0-1	zažív.obtíže, průjem, zácpa, černé zbarv. stolice
Lawarin 2mg	warfarinum natricum	antikoagulační přípravek	0-1-0	nevolnost, zvracení, průjem, zvýšená krvácivost
Famosan 20mg	famotidinum	antiulcerosum	1-0-1	zvracení, zácpa, průjem, závratě, bol. hlavy, sucho v ústech
Oxazepam	benzodiazepin, oxazepam	anxiolytikum	1tbl/noc dle potř.	ospalost, snížení pozornosti
Pancreolan F	pancreatinum	digestivum, pankreat. enzymy	dle potřeb	mírná zácpa nebo průjem, nadýmání

U pacientky šlo vesměs o chronickou medikaci- neobjevily se u ní žádné nové příznaky, dávané do souvislosti s podávanými léky. (11)

## **8.2. Dietoterapie**

Dieta L- strava pro dlouhodobě hospitalizované a geriatrické pacienty.

Denní příjem při této dietě je 9000 kJ. Obsahuje 80 g bílkovin, 55 g tuků, 330 g sacharidů.

Pozornost je věnována také přísunu vitaminů a hydrataci.(11)

## **8.3. Fyzioterapie**

Důsledná rehabilitace operované končetiny byla narušena zhoršením stavu pacientky a hospitalizací na kardiologii. Proto nyní, po stabilizaci stavu, bylo možné po dohodě s ortopedem začít pacientku vertikalizovat a zahájit intenzivní nácvik chůze ve vysokém chodítku se simulací nášlapu. Nemocný se postaví na zdravou končetinu, předsune chodítko a nakročí nemocnou končetinou, aniž by se dotýkal země. Vzepře se rukama v chodítku a přisune zdravou končetinu. Když nabude větší jistoty, začne zdravou končetinou dělat kroky.

K pacientce docházela 1x denně fyzioterapeutka, která s ní zahájila nácvik vertikalizace a později chůze. Před cvičením pacientce zhotovila bandáž elastickým obinadlem.

V nepřítomnosti fyzioterapeutky prováděla pacientka ještě některé doporučené cviky na lůžku, pod dohledem sestry- alespoň 1x denně.

### **Výběr cviků:**

Leh na zádech:

- propínat kolena do podložky, přitáhnout špičky a hýždě stahovat k sobě
- obě DK pokrčené, mezi kolena molitanový polštářek, s nádechem tisknout kolena a hýždě k sobě, s výdechem povolit
- obě DK pokrčené, zvednout špičky, paty zatlačit do podložky, stáhnout hýždě, vtáhnout břicho
- obě DK pokrčené, pomalé zvedání pánve od podložky, pomalu zpět, uvolnit
- obě DK pokrčené, nadechnout a při výdechu přitahovat operovanou končetinu k břichu
- obě DK natažené, propnuté koleno, operovaná končetina se suno po podložce do strany, ale nevytáčí se

Leh na břiše:

- na břicho se přetáčet s polštářkem mezi kolena. Opřít nohy o špičky, s nádechem vypnout kolena a stáhnout hýždě, s výdechem povolit.
- pokrčené obě DK v kolenou, stáhnout hýždě a přitahovat paty ke staženým hýždím
- zvedat nataženou operovanou končetinu mírně od podložky
- operovaná DK skrčená v koleni do pravého úhlu, s nádechem odlepit koleno od podložky, zpět výdech

Sed s DK z lůžka:

- propnout DK v kolenou, přitažené špičky, výdrž, povolit
- kolena u sebe- kotníky dávat od sebe do stran

Leh na boku:

- vždy na zdravém boku s vypodloženými koleny a kotníky
- stáhnout hýždě a mírně unožovat operovanou DK
- ohýbat koleno operované končetiny.(14)

Vždy před a po treninku s fyzioterapeutkou byl pacientce změřen TK a TF.

Při rehabilitaci bylo nutno přihlížet k celkovému zdravotnímu stavu- ukončovat cvičení při dušnosti, bolesti, zvýšené únavě pacientky.(10,12)

## **9) Ošetřovatelská anamnéza- viz také příloha 1**

### **9.1. Subjektivní náhled pacientky na hospitalizaci**

Pacientka pohlížela na svou situaci jako na velmi nepříznivou. Tvrdila, že je příliš stará na to, aby zase mohla sama chodit a bála se, že nebude soběstačná tak, aby se o sebe mohla sama starat. Říkala, že jí nikdo nepomůže a nemá cenu, aby se s ní někdo zabýval. Její pesimistický přístup byl umocněn nezájmem syna a jeho rodiny.(11)

## 9.2. Biologické potřeby

### Bolest

- někdy ji pobolívá kyčel operované končetiny, údajně „když to přežene s cvičením“
- už léta mívá stenokardie- hlavně při delší námaze, chůzi do schodů nebo při větším rozčilení
- když špatně spí, bolí ji pak ráno hlava

### Teplo a pohodlí

- pacientka leží na čtyřlůžkovém pokoji, na moderním lůžku s elektricky ovládaným polohováním
- má ráda teplo, ale odmítá i nutné větrání- byl to údajně zdroj konfliktů mezi pacientkami již na předešlých odděleních.

### Hygienická péče

- doma se denně sprchovala- má sprchový kout s madlem na přidržení
- na oddělení 1x týdně celková koupel s pomocí koupací sedačky
- mytí vlasů 1x týdně
- na ranní i večerní toaletu má k dispozici umyvadlo u lůžka
- součástí hygieny je i péče o zubní protézy- každý večer si je pacientka vyjme z úst, jsou umyty pod tekoucí vodou a uloženy na noc do sklenice s vodou a speciálním čistícím prostředkem.

### Kůže

- pacientka má velmi suchou kůži
- doma používala jen běžné krémy (Indulona, Nivea) na obličej a ruce
- na oddělení je používán na celé tělo Menalind olejový spray nebo toaletní vaselina na promazávání
- okolí genitálu je ošetřováno ochrannou pastou proti vzniku opruzenin
- ošetření povrchového defektu na sakru
- nelze používat textilní náplast- pacientka má po jejím nalepení exantem
- nehty jsou stříhány personálem dle potřeby

-na naše pracoviště dochází 1x za dva měsíce pedikérka- pacientka chce rovněž využít jejích služeb.

#### **Výživa**

- pacientka je velice drobná, ale chuť k jídlu jí nechybí
- má funkční horní i dolní zubní protézu
- jí sama, bez větší pomoci, někdy chce nakrájet maso
- sní vše, co dostane na oddělení i co jí přinesou známí ( i nevhodné potraviny), někdy má pocit plnosti a nadýmání
- nejraději má maso a uzeniny

#### **Hydratace**

- doma nemívala často pocit žízně, ani neví, kolik tekutin za den celkem vypila- asi málo
- i na oddělení se musí k pití vybízet, málokdy se napije sama, po přijetí bylo zavedeno měření příjmu a výdeje tekutin
- má na nočním stolku stále k dispozici termosku s čajem a nesyčené stolní vody, kamarádka jí donesla domácí ovocnou šťávu
- odmítá ústavní bílou kávu, podávanou k snídaním a svačinám, raději si vezme čaj. Někdy jí návštěva přinese malou kávu z automatu (povoleno lékařem).

#### **Vyprazdňování moči**

- doma neměla s močením žádné obtíže
- pacientka přišla na naše pracoviště se zavedeným permanentním katetrem, důvodem jeho zavedení na předchozím pracovišti bylo údajně neudržení moči
- je naplánováno vyjmutí katetru a nácvik vyprazdňování tak, aby se dosáhlo stavu před hospitalizací
- bakteriologické vyšetření moči po přijetí bylo pozitivní- součástí péče o vyprazdňování je odléčení IMC

### **Vyprazdňování stolice**

- s vyprazdňováním stolice nemívá problémy, je spontánní 1x za den
- zatím je používána podložní mísa, počítá se ale s nácvikem přesunu na WC křeslo
- stolice je formovaná, bez příměsí, je nutné počítat s černým zbarvením při léčbě Aktiferinem.

### **Dýchání**

- v klidu je dechová frekvence normální (D= 16-20/min.)
- dýchání je oslabené, ale čisté sklípkové
- bývá někdy dušná- hlavně v souvislosti se stenokardiemi- při námaze, rozčilení
- nikdy nekouřila

### **Tělesná aktivita**

- doma se před úrazem pohybovala s oporou vycházkové holi, chodila i na kratší procházky a do obchodu
- nyní sedící na lůžku s DK svěřenými z lůžka- posadí se s malou pomocí
- s fyzioterapeutkou začíná vertikalizovat, je plánován nácvik přesunu na židli, chůze – nejdříve ve vysokém chodítku
- při ležení je třeba dohlížet na změny polohy- pacientka leží stále na zádech, kde má kožní defekt.

### **Duševní aktivita**

- pacientka je orientovaná, na otázky odpovídá přiléhavě a relativně pohotově
- zajímá se o dění kolem sebe, vyptává se i na počasí, politiku
- čte časopisy s většími písmeny, má z domova i lupu
- dívá se na televizi, ale hůře na ni už vidí
- ráda si povídá , pokud se na ni mluví hlasitě a srozumitelně

### **Spánek**

- doma spala údajně dobře, většinou bez medikamentů, jen zřídka si vzala Oxazepam
- v nemocnici špatně usíná a často se budí
- chtěla by předepsat nějaké hypnotikum (11,12))

### **9.3. Psychosociální potřeby**

#### **Potřeba bezpečí a jistoty**

- pacientka se bojí budoucnosti, má obavy, zda bude soběstačná tak, aby se mohla o sebe starat
- nechce připustit možnost umístění do sociálního zařízení

#### **Potřeba lásky a sounáležitosti**

- je nešťastná z toho, že se téměř nestýká se synem a jeho rodinou- žijí v zahraničí a ani si údajně příliš nerozumí
- navštěvuje ji sestra a kamarádky z domu, kde bydlí. Ty se jí také starají o květiny v bytě a poštu, donesou jí věci, které bude potřebovat.

#### **Potřeba sebeúcty a seberealizace**

- ráda by byla něco platná svému okolí, mrzí ji, že málo vidí vnoučata.(12)

### **10) Ošetřovatelské diagnózy**

- ° Nebezpečí úrazu v důsledku snížené mobility 1.12.05
- ° Snížení pohyblivosti a soběstačnosti v důsledku operačního zákroku 1.12.05
- ° Možná dušnost a stenokardie v důsledku chronického kardiálního onemocnění 1.12.05
- ° Porušení kožní integrity z důvodu zvýšeného mechanického tlaku 1.12.05
- ° Ztížená komunikace v důsledku zhoršeného sluchu 1.12.05
- ° Zhoršená zraková orientace v důsledku očního onemocnění 1.12.05
- ° Funkční inkontinence z důvodu snížení soběstačnosti a z důvodů psychických.3.12.05
- ° Porucha spánku z důvodu změny prostředí a duševního stresu 4.12.05
- ° Porucha zažívání v důsledku příjmu nevhodné stravy 5.12.05
- ° Nebezpečí dehydratace v důsledku oslabení pocitu žízně 5.12.05
- ° Pocit osamělosti v důsledku dlouhodobého odloučení od rodiny 7.12.05
- ° Nezpůsobilost rodiny v řešení problémů z důvodu nezájmu 7.12.05



## 11) Plán ošetrovatelské péče

### ◦ Nebezpečí úrazu v důsledku snížené mobility

**Cíl:** Snížit na minimum riziko úrazu pacientky při pobytu a rehabilitaci v našem zařízení.  
(průběžně)

**Plán:-** uspořádat osobní věci pacientky tak, aby je měla vždy při ruce  
-zabezpečit co nejlépe lůžko pacientky, poučít ji o možnosti užívání signalizačního zařízení  
-vyloučit z okolí nemocné při rehabilitaci možné překážky  
-uvědomit si možnost zvýšeného krvácení v souvislosti s užíváním antikoagulačního prostředku

**Realizace:** Již po příchodu pacientky jsem jí pomohla uspořádat osobní věci v nočním stolku tak, aby nejnnutnější potřeby měla vždy při ruce a nemusela dělat hluboké předklony do skříňky. Byla poučena o tom, že rehabilitace bude probíhat postupně a že má zpočátku raději při všem požádat o pomoc prostřednictvím signalizačního zařízení.

Výška lůžka byla upravena tak, aby umožňovala pacientce při poloze v sedě s DK dolů sed s dobrou oporou chodidel, záda byla zpočátku podkládána pro lepší stabilitu. Pro první dny bylo lůžko z jedné strany zajištěno zábranou.

Nácvik vertikalizace a později i chůze byl prováděn pouze s fyzioterapeutkou a byl s ní konzultován i průběh nácviku soběstačnosti.

Při nácviku chůze musely být z okolí pacientky odstraněny všechny možné překážky (jídelní stolky, obuv ostatních pacientek apod.).

Koupání bylo realizováno pomocí koupací sedačky, ještě s využitím koupelnových madel, nikdy nebyla ponechána při koupání o samotě.

Bylo třeba mít stále na paměti, že pacientka může i z malé oděrky dost krvácet (užívání Lawarinu)- to platilo i pro ošetření po odběrech krve (pevné přitisknutí a přelepení tamponu, sledování).

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Po celou dobu hospitalizace na našem pracovišti nedošlo u pacientky k žádnému zranění.

◦ **Snížení pohyblivosti a soběstačnosti v důsledku operačního zákroku.**

**Cíl:** Dosažení úplné soběstačnosti pacientky v rámci lůžka, dosažení stability při vertikalizaci ve vysokém chodítku, zahájení nácviku chůze (do 7 dnů).

**Plán:** -zajistit optimální pohyblivost pacientky v rámci lůžka  
- docílit toho, aby byla schopna běžných samoobslužných úkonů v rámci lůžka  
- podpořit zájem pacientky o cílenou rehabilitaci

**Realizace:** V prvních dnech byl s fyzioterapeutkou docvičeno samostatné posazování na lůžku a stabilní sed s DK přes okraj lůžka. Pacientce bylo každé ráno a večer dáno k dispozici umyvadlo k samostatné hygieně s malou pomocí (namasírování zad apod.). I při stravování seděla s DK dolů, dostávala k lůžku jídelní stůl, který jí tam byl na přání ponecháván např. při čtení.

Požádala jsem sestru pacientky, aby jí přinesla vhodnou obuv na cvičení- nejlépe oblíbené pacientčiny boty s plnou patou i špičkou, bylo trénováno obouvání pomocí lžice na boty s velmi dlouhou rukojetí (zákaz hlubokých předklonů) a navlékání kalhot- nejdříve na nemocnou, pak zdravou končetinu a svlékání opačně.

Nácvik vertikalizace a chůze byl realizován pouze fyzioterapeutkou, která poučila sestry o tom, které cviky na lůžku může provádět ještě mimo hlavní rehabilitační blok pacientka sama- pouze pod dohledem sestry (viz část fyzioterapie).

Po zvládnutí stabilního stoje v chodítku byl zahájen nácvik přesunu lůžko- pokojové WC, nejprve fyzioterapeutkou, potom i ostatním personálem.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka se aktivně zapojila do rehabilitace, je snaživá. V rámci lůžka je soběstačná. Sed na lůžku i stoj v chodítku je stabilní, probíhá nácvik chůze se simulací nášlapu.

° **Možná dušnost a stenokardie v důsledku chronického kardiálního onemocnění**

**Cíl:** Snížit na minimum výskyt záchvatů dušnosti a stenokardií v souvislosti s pobytem na oddělení nebo rehabilitaci (průběžně).

**Plán:**-zajistit pacientce optimální prostředí na pokoji

-poučít ji o nepřetěžování při rehabilitaci

-sledovat zdravotní stav pacientky, měřit fyziologické funkce

-pečovat o její duševní pohodu

**Realizace:** Pacientka byla uložena na světlý čtyřlůžkový pokoj (menší není k dispozici), který je velmi dobře větratelný. Protože má ale ráda teplo, nechtěla ležet přímo u okna. Byla jí poskytnuta druhá pokrývka a vysvětlena nutnost pravidelného větrání.

Lůžko je elektricky ovladatelné, pacientka sama mohla měnit zvýšenou polohu hlavy a trupu při event. ztíženém dýchání.

Před a po rehabilitačním bloku jsem pacientce měřila fyziologické funkce (TK, P, D). Byla poučena o tom, že by měla hlásit dušnost, stenokardii nebo i zvýšenou únavu během rehabilitace a s cvičením ihned přestat. Pokud se pacientka necítila dobře již před zahájením náčiků, prováděla s ní fyzioterapeutka jen lehká dechová cvičení.

Snažili jsme se o udržení příjemné atmosféry na pokoji, spolubydlící byly voleny z řad orientovaných, nekonfliktních pacientek.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka se cítila relativně dobře po celou dobu pobytu, nutnost medikamentózního zásahu vznikla pouze 1x – byl podán Nitroglycerin 1 tbl. s.l.

° **Porušení kožní integrity z důvodu zvýšení mechanického tlaku** (povrchový, mírně povleklý kožní defekt na sakru 2x3 cm).

**Cíl:** Odstranění povlaku z defektu, podpora epitelizace tkáně (do 7 dnů).

**Plán:** -poučit pacientku o nutnosti aktivního polohování

-dbát na důslednou hygienu

-sledovat hojení rány, provádět pravidelné převazy

-zlepšovat kvalitu kůže

-poučit pacientku o vlivu vhodné stravy a dostatečné hydratace na hojení defektu

**Realizace:** Defekt na sakru vznikl zřejmě v důsledku zvýšeného mechanického tlaku. Pacientka v době klidu přes den a v noci stále ležela na zádech, nechtěla měnit polohu. Byla poučena o tom, že je přetáčení na bok velmi důležité i pro hojení. Zpočátku jí byla změna polohy pravidelně připomínána, při poloze na boku měla mezi DK polštář, event. za zády polohovací klín.

Defekt byl před převazem opláchnut fyziologickým roztokem. V první fázi bylo nutné jej zbavit povlaku- použila jsem Intra-Site gel + Melolin krytí, výměna proběhla ob den. Po vyčištění následovala aplikace Inadine + sterilní krytí- denně.

Kromě toho byla nutná také péče o kůži celého těla, která byla velmi suchá. Denně byl aplikován olejový spray Menalind nebo toaletní vazelína.

Byla podporována a sledována dostatečná hydratace a pestrá, vhodná strava (viz dále).

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Defekt byl po týdnu čistý a velmi dobře hojící se. Pacientka se snažila a sama aktivně měnila polohu na lůžku.

#### °Ztížená komunikace v důsledku zhoršeného sluchu

**Cíl:** Vyloučit možná nedorozumění, způsobená nedoslýchavostí pacientky (do 3 dnů).

**Plán:** -přimět pacientku, aby zkusila nosit naslouchadlo

-verbální komunikaci přizpůsobit situaci

-používat více neverbální komunikace

-ověřit si, zda pacientka dobře rozuměla

**Realizace:** Vysvětlila jsem pacientce, že by bylo pro její komunikaci s okolím přínosné nošení naslouchadla. Pacientka ho měla doma, ale nenosila. Požádala jsem pacientčinu sestru, aby ho přinesla.

Pokud jsme na pacientku mluvili, dívala se nám na ústa nebo jsme hlasitou řeč směřovali do levého ucha, na které slyšela lépe. Používali jsme také prvky neverbální komunikace- dotyk, úsměv, ukázání na předmět a pod.

Při sdělování důležitých informací nebo udílení pokynů bylo třeba si ověřit kontrolními otázkami, zda pacientka správně rozuměla.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn jen částečně. Personál i ostatní pacientky se při dodržení uvedeného postupu s paní dorozuměl bez větších problémů. Naslouchadlo pacientka odmítla zkusit používat s tím, že je jí nepříjemné.

#### **°Zhoršená zraková orientace v důsledku očního onemocnění**

**Cíl:** Pacientka se bude bez problémů orientovat ve svém nejbližším okolí (do 2 dnů)

**Plán:-** upravit okolí lůžka podle potřeb pacientky

-seznámit pacientku s oddělením

-pomoc při některých úkonech

-podporovat rozhodnutí pacientky objednat se k operaci katarakty

**Realizace:** Pacientka byla doma i v období zhoršujícího se očního onemocnění soběstačná, ale špatně vidí drobné a nevýrazné předměty. Proto jsem jí dala několik různých krabiček do zásuvky nočního stolku a do nich jsme rozdělily nejmenší věci- mince do nápojového automatu, hřebínek, sponky apod. tak, aby byly bez problémů při ruce. Samozřejmě byla dostupnost signalizačního zařízení.

Před prvním nácvikem chůze po chodbě jsem pacientku posadila do pojízdného křesla a projela s ní celé oddělení, aby se s ním před tím trochu seznámila.

Lékovky, které se na našem oddělení používají, jsou velmi nevýrazné- z bezbarvého skla. Proto jsem po dohodě s pacientkou volila pro ni jednodušší způsob podání léků- přímo do úst

(běžně to tak provádíme jen u dezorientovaných nemocných). Kromě toho byla potřebná menší pomoc při některých úkonech- např. zapínání malých knoflíčků.

Mluvila jsem s pacientkou o jejím plánu podrobit se operaci katarakty. Ujistila jsem ji, že její rozhodnutí správné, neboť se jedná o běžně prováděný výkon s velmi dobrými výsledky. Po dohodě s ošetřující lékařkou bylo naplánováno, že se pacientka podrobí vyšetření na oční klinice s následným termínem k operaci ještě v rámci hospitalizace na našem pracovišti.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka se cítila dobře a nebyla výrazně omezována oční chorobou při běžných činnostech.

◦ **Funkční inkontinence z důvodu snížení soběstačnosti a z důvodů psychických.**

**Cíl:** Dosáhnout u pacientky plné kontinence moči- jako před hospitalizací (do 10 dnů).

**Plán:-** odstranit permanentní močový katetr

-nácvik vyprazdňování do podložní mísy

-nácvik přesunu na pokojové WC

- odléčení IMC

**Realizace:** Pacientka se stala inkontinentní až v nemocnici- po omezení soběstačnosti. Hovořila jsem s ní o tom- tvrdila, že nechtěla obtěžovat personál, nestihla si zazvonit apod. Po dohodě s lékařkou jsem třetí den pobytu u nás odstranila permanentní katetr.

Pacientku jsem poučila o tom, aby zvonila vždy, když ucítí nucení na močení. Kromě toho byla na mísu vysazována – i když nezvonila- v pravidelných tříhodinových intervalech. Aby se cítila bezpečně, užívala kromě toho ještě vložnou plenu a plenkové kalhoty na noc. Podložní mísa byla umístěna v dosahu pacientky, po několika dnech si ji už podkládala sama. Dbali jsme i na soukromí pacientky- lůžko je při vyprazdňování odděleno paravanem.

Bakteriologické vyšetření moči bylo pozitivní- pacientka byla léčena dle citlivosti od 6.12.05 Gentamicinem 80mg 1 amp. i.m. po dobu 7 dní.

Bylo dbáno na dostatečný příjem tekutin (ale jeho omezení od cca 18. hodin, aby neměla často nucení na močení v noci ), sledováno množství a vzhled moči.

Po zvládnutí stabilního stoje v chodítku byl zahájen nácvik přesunu lůžko- pokojové WC postupným posouváním z lůžka s odlehčenou postiženou končetinou.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka ovládala vyprazdňování moči a zvládla samostatný přesun na pokojové WC.

° **Porucha spánku z důvodu změny prostředí a duševního stresu.**

**Cíl:** Dosáhnout toho, aby pacientka usínala do 23. hodiny sama, bez podání hypnotik a v noci se nebudila. (do 3 dnů).

**Plán:**-zajištění vhodného klimatu na pokoji

- omezit příjmu tekutin od 18. hodiny

-zaměstnávat pacientku během dne

**Realizace:** Všechny nezbytné plánované úkony na pokoji jsem se snažila mít hotové do cca 21.30 hod., aby měly pacientky ke spánku klid. Pokoj byl vyvětrán, stáhla jsem radiátor na nižší teplotu, bylo ponecháno jen malé orientační světlo v chodbičce před pokojem.

Pacientka měla k dispozici druhou deku.

Bylo domluveno, že pacientka omezí od 18. hodiny tekutiny, aby neměla v noci často nucení na močení.

Přes den jsme se snažili pacientku co nejvíce zaměstnávat, aby nepospávala během dne. Před spaním jsem pacientku povzbudila, pochválila ji za pokroky, které udělala.

**Hodnocení:** Cíl nebyl splněn. Pacientce se nedařilo usnout před půlnocí, kolem třetí hodiny ranní byla vzhůru- až do rána. Proto byl osmý den hospitalizace u nás naordinován Oxazepam 1 tbl. na noc.

° **Porucha zažívání v důsledku příjmu nevhodné stravy.**

**Cíl:** Dosáhnout toho, aby pacientka sama odhadla, kolik a jaké potraviny může konzumovat, aby neměla zažívací obtíže- pocit plnosti a nadýmání (do 10 dnů).

**Plán:** -promluvit s pacientkou o vhodných a nevhodných potravinách  
-promluvit s návštěvami

**Realizace:** Pacientce nosily kamarádky a sestra v návštěvních hodinách velké množství nevhodných potravin, které se pak snažila najednou sníst- „aby se to nezkazilo.“ Téměř vždy si pak stěžovala, že je jí těžko, že je „nafouklá.“

Vysvětlila jsem jí, které potraviny z těch, které dostává, jsou naprosto nevhodné (smaženky, majonézové saláty, tučné uzeniny) a které by si mohla nechat v rozumném množství přinést (netučné mléčné výrobky a jogurty, ovoce, event. drůbeží šunku). Navrhla jsem jí, že pokud dostane jídla více, rozdělíme je, část uschováme do lednice a sní si je později. Také jsme mluvily o tom, že by neměla jíst na noc.

Požádala jsem návštěvy, aby jí jednorázově nosily menší množství vhodnějších potravin.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn jen částečně. Některé návštěvy stejně nevhodné potraviny nosily- i když v menším množství. Pacientka příliš ukázněná nebyla. Nechala se přesvědčit alespoň v tom, aby si množství jídla, které od návštěv dostane, dělila a nepřejídala se jím, omezila příjem potravin před spaním. Někdy si vyžádala Pancreolan forte, který měla předepsaný dle potřeby.

° **Nebezpečí dehydratace v důsledku oslabení pocitu žízně.**

**Cíl:** Pacientka bude mít denní příjem tekutin 1,5- 2 litry. (do 5 dnů).

**Plán:** - dát k dispozici termosku s čajem a jiné oblíbené nápoje  
-zaznamenávat denní příjem tekutin  
-poučit pacientku o důležitém vlivu hydratace na zdravotní stav



**Realizace:** Pacientka má na svém stolku stále termosku s čajem, na naše doporučení přinesly návštěvy nesycené stolní vody, do kterých si dle chuti dává domácí sirup. Pacientka je k pití často vybízena, vysvětlila jsem jí, že hydratace má velký význam pro zdravotní stav- i pro hojení.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn. Pacientka měla 10. den příjem tekutin 1800 ml. Přesto bylo nutno stále na příjem tekutin dohlížet.

#### °Pocit osamělosti v důsledku dlouhodobého odloučení od rodiny

**Cíl:** Zajistit dobrou psychickou pohodu pacientky, pocit sebeuplatnění ( do 7 dnů).

**Plán:-** seznámit ji se spolupacientkami, které jsou komunikativní

-zaměstnávat vhodnými aktivitami

-povzbuzovat

**Realizace:** Pacientku se podařilo umístit na pokoj se spolupacientkami, které byly schopné s ní dobře komunikovat- mluvily na ni nahlas a navíc byly zcela nekonfliktní. Všichni členové personálu se snaží s pacienty hodně mluvit. Vypytovala jsem se pacientky, co četla, jak se jí cvičilo apod. Využívala malé knihovny na našem oddělení, kde je i hodně knížek s většími písmeny. Požádala jsem sestru pacientky, aby jí z domova přinesla rádio se sluchátky. Často ho poslouchala- hlavně zpravodajské pořady.

Také jsem zadávala pacientce některé lehčí práce (trhání buničínových čtverečků, skládání ručníků apod.), které velmi vítala a byla ráda, že je užitečná.

Snažila jsem se ji hodně povzbuzovat, mluvily jsme o tom, že to po propuštění doma určitě zvládne.

**Hodnocení:** Cíl byl splněn částečně. I když pacientka působila celkem spokojeně, když byla vytížená během dne, nepodařilo se ji zbavit obav, jak bude její situace vypadat po propuštění ani samozřejmě stýskání po synovi a vnoučatech.

° **Nezpůsobilost rodiny v řešení problémů z důvodu nezájmu.**

**Cíl:** Dosáhnout aktivního přístupu rodiny v řešení situace (do 2 týdnů)

**Plán:** -promluvit se synem, osvětlit situaci  
-zapojit sociální pracovníci

**Realizace:** Pravidelně navštěvovala pacientku jen její sestra- sama dost nemocná- a občas dvě kamarádky. Byl plánován rozhovor se synem o tom, jak si představuje péči o matku po jejím propuštění.

Protože bylo od počátku naplánováno propuštění pacientky do domácího ošetřování, zkontaktovala jsem sociální pracovníci našeho zařízení. Ta po rozhovoru s pacientkou a zjištění všech skutečností začala zařizovat pomoc pečovatelské služby na dobu po propuštění.

**Hodnocení:** Cíl nebyl splněn. Se synem jsme hovořili pouze jednou- žije v zahraničí, matku nemůže častěji navštěvovat. Uvítal by její umístění v sociálním zařízení.

## 12) Edukace

Edukace pacientky byla zaměřena na dva okruhy- na životosprávu s ohledem na proběhlou orthopedickou operaci a na její vleklé srdeční onemocnění.

Před propuštěním do domácího ošetřování byla poučena o tom, aby:

- ° i doma chodila ve vhodném typu obuvi- nejlépe pevných střevících, upevněných i přes patu, pozor na kluzký a nerovný terén
- ° omezila dlouhodobá stání- např. ve frontách, při procházkách vkládala chvilky odpočinku vsedě
- ° se snažila i nezbytné domácí činnosti, které bude vykonávat sama, provádět pokud možno vsedě
- ° dále pravidelně cvičila, ale nepřetěžovala se, s cvičením přestala vždy při zvýšené únavě a bolesti na hrudi
- ° velkou pozornost věnovala tomu, jak se stravuje: měla by omezit příjem soli, bílého pečiva, sladkých výrobků a uzenin a jíst více čerstvého ovoce a zeleniny (vzhledem k občasnému nadýmání je vhodné některé druhy zeleniny povařit v páře), celozrnné pečivo, nízkotučné jogurty, bílé maso
- ° dbala na to, že je lepší jíst více menších porcí jídla během dne, večeri měla již jen lehkou a aby omezila také večerní příjem tekutin (sníží se frekvence nočního močení)
- ° se vyvarovala stresů, snažila se žít pokud možno aktivně, stýkala se s přáteli, zajímala se o dění kolem sebe

- ° řádně užívala předepsané léky, v případě potřeby (neustupující stenokardie, velká dušnost) se ihned obrátila na svého kardiologa, event. záchrannou službu- bylo ověřeno, že pacientka ví, jaká telefonní čísla užít
- ° rozhodně nechala sousedce klíč od svého bytu
- ° využila zajištěné pečovatelské služby, která jí bude vozit obědy a případně zajistí i větší úklid.

### **13) Závěr a prognóza**

Pacientka byla přijata na naše oddělení sedící, v podstatě nebyla ještě plně zahájena rehabilitace chůze, vertikalizace teprve v začátcích. Navíc byla inkontinentní, v mnoha ohledech nesoběstačná.

V relativně krátké době se podařilo odhojit defekt na sakru, který byl pro pacientku nepříjemný a při aktivnějším pohybu citlivý. Velkým úspěchem pak bylo plné odstranění funkční inkontinence- pacientka je nyní zcela kontinentní. Kardiálně byla- až na dvě drobnější epizody během celé hospitalizace- kompenzována.

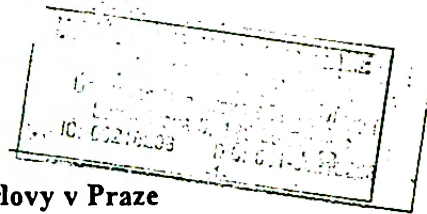
Také díky zájmu pacientky byla poměrně rychle rozrehabilitována a v době propuštění chodí pouze o jedné francouzské holi (po místnosti dokonce bez ní).

Bohužel se nepodařilo dosáhnout aktivnější spolupráce rodiny. I přesto je pacientka propuštěna domů- s tím, že bude využívat pomoc sousedky a především pečovatelské služby. V mnoha věcech je zcela soběstačná- dojde si i na menší nákup. Několik týdnů po propuštění bude uskutečněna plánovaná operace katarakty.

Otázkou je, co bude do budoucna- s ohledem na věk pacientky i její chronické problémy. Vzhledem k tomu, že se zřejmě nedá se zapojením rodiny příliš počítat, byla pacientce ještě před propuštěním z našeho pracoviště nabídnuta sociální pracovníci pomoc při podání žádosti o umístění do domova důchodců ( vzhledem k čekacím dobám v Praze je to zajištění až v horizontu několika let).

#### 14) Použité zdroje

- Internet: 1. <http://biomech.ftvs.cuni.cz>  
2. <http://www.endoimplant.cz>  
3. <http://www.nempodlesi.cz>  
4. <http://www.beznoska.com>
5. Ferko A., Vobořil Z., Šmejkal K., Bedrna J.: Chirurgie v kostce, Grada, 2002, ISBN 80-247-0230-4  
6. Neuwirth J., Fiferová G.: Ošetřovatelství II., Informatorium, 1998, ISBN 80-86073-22-X  
7. Klener P. a kol.: Vnitřní lékařství, díl I., Kardiovaskulární onemocnění, Karolinum, 1994, ISBN 382-66-94  
8. Doenges M.E., Moorhouse M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Grada, 1996, ISBN 80-7169-294-8  
9. Pacík D. a kol.: Urologie pro sestry, IPVZ Brno, 1996, ISBN 80-7013-235-3  
10. Koudela J. a kol.: Ortopedie, Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0654-2  
11. Zdravotnická dokumentace pacientky  
12. Rozhovor s pacientkou  
13. Wagner P.: Laboratorní referenční hodnoty 2002/03, Pliva, 2002, ISBN 80-7254-265-6  
14. Hromádková J. a kol.: Fyzioterapie, HaH, 1999, ISBN 80-86022-45-5  
15. Kraus H., Karel I., Růžičková E.: Oční zákaly, Grada, 2001, ISBN 80-246-0654-2



Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

### Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... M. M.

Oslovení..... paní M. Pojišťovna..... VXP

Rodné číslo (nevyplňuj)..... 20... Povolání..... Starobna důchodce

Věk..... 85 let Vzdělání..... Viměřna

Vyznání..... bez vyznání Národnost..... Česka

Adresa..... Praha Telefon.....

Osoba, kterou lze kontaktovat..... syn Jan, trvale v zahraničí, adresou tel. č. k dispozi

Datum přijetí..... 1.12.2005

Hlavní důvod přijetí..... k další péči a rehabilitaci

#### Lékařská diagnóza:

1. 1. implantační CCEP po frakturě dolní končetiny 1. db.
2. ICM (chroaucka), chronická fibrilace síní
3. 1. návrh léčby metformin, celepře, chlen antikoagulační terapie
4. Četnost seví. klat

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... zcela

Osobní anamnéza..... pacient má v anamnéze revmat. onemocnění, díky které dochází na konci 1. db. k frakturě dolní končetiny. V roce 2002 měl infarkt, chronická fibrilace síní, měla vyšetřena i led. 1014 ZEP bylo v norm. mezích a kardiogram CCEP ukázal 100% úspěšnost kardiální obrany s norm.

Rodinná anamnéza..... otec měl rakovinu prostaty, matka křivici, sestra H. má hypertenzi, 11 letá dcera

Vyšetření fyz. orgánové funkce, srdeční, dýchací, kř. a pohybové aparatury, RO, zotrobnění, EKG.....

Diagnostická vyšetření: EKG, kardiogram vyšetřen, EKG, antikoagulační léčba

Terapie..... Diagnostická vyšetření, Furosemid, KCl, Verapamil 25mg, Betaloc ZOK 50

Ukládání, lůžková péče, Farmacia 20mg, Ambrohexol 5ml, Anorectan, imobilizační rehabilitační péče

Nemocný má u sebe tyto léky

Je poučen,	že je nemá brát	ano	ne
	jak je má brát	ano	ne





## 6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?  
zvýšil      snížil       nezměnil
- Co rád pijete ? vodu      mléko       ovocné šťávy  
kávu      čaj      nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ? ..... *pilou kofein* .....
- Kolik tekutin denně vypijete ? ..... *asi 1,5 l* .....
- Máte k dispozici dostatek tekutin ?       ano      ne

Objektivní hodnocení sestry: *projevy dehydratace*

*snížený kožní turgor, málo se k pití vybírá, soustava měření P+V*

## 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? ..... *1 x denně* .....
- Máte obvykle .....  normální stolicí  
zácpu  
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? ..... *zrátko ráno* .....
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ?      ano       ne  
pokud ano, co to je ? .....
- Berete si projímadlo ? .....  nikdy  
příležitostně  
často  
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ?      ano       ne  
pokud ano, jak by se daly řešit ? .....

Objektivní hodnocení sestry:

*vyprazdňování stolice bez problémů, zatím do podložky mošy.  
žádné zákusky (Elyferon)*

## 8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?  
ano       ne  
pokud ano, upřesněte .....
- Jak jste je zvládal ? .....
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ? ..... *vyšší inkontinence -  
střípné podložky, řídká přestávka v mléce, voda rozvířena* .....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?  
 ano      ne  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ? ..... *ne* .....

Objektivní hodnocení sestry:

*střípné funkční inkontinence, při příjetí PK - podle nutnosti řešit  
potřebnosti v otázce vyprazdňování moči*



## 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *asi 5 hodin*
- Máte doma potíže se spánkem  ano  ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? *5-7 hodin*
- Usínáte obvykle těžko?  ano  ne
- Budíte se příliš brzy?  ano  ne  
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát?.....
- Berete doma léky na spání?  ano  ne - velmi zřídka  
pokud ano, které? *klidivky*
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ne*

### Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

*V neimunitní spí špatně - hůře usíná, často se budí, chtěla by předepsat hypnotikam*

## 13. Sexualita

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

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

*Pacient o sexualitě nechce hovořit  
- otázky nebyly položeny*

*gynekolog kontrola následně před lety*

## 14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- |  |  |  |                   |
|--|--|--|-------------------|
| - emocionalita                         | stabilní   | <u>spíše stabilní</u>                              | labilní           |
| - autoregulace                         | <u>dobře se ovládá</u> <i>většinou</i>   | <u>hůře se ovládá</u>                              |                   |
| - adaptabilita                         | <u>prizpůsobivý</u>  | <u>nepřizpůsobivý</u>                              |                   |
| - příjem a uchování informací:         |  |  |                   |
| - orientace<br>(časem, osobou, místem) | <u>bez zkreslení</u> <i>většinou</i><br><u>orientován</u> <i>(jen některé části věcí jsou zkresleny)</i> | <u>zkresleně (neúplně)</u><br><u>dezorientován</u> |                   |
| - celkové ladění                       | <u>úzkostlivý</u><br><u>skličný</u>  | <u>smutný</u><br><u>apatický</u>                   | <u>rozzlobený</u> |

### Barthelův test základních, všedních činností

( vyplňuje sestra LDN při překladu pacienta )

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum:	Datum:	Datum:
Vajedení, napití	➤ samostatně bez pomoci	10	10	10	
	➤ s pomocí (krájení, mazání másla apod.)	5			
	➤ neprovede	0			
Oblékání	➤ samostatně bez pomoci	10		10	
	➤ s pomocí	5	5		
	➤ neprovede	0			
Koupání	➤ samostatně nebo s pomocí	5	5	5	
	➤ neprovede	0			
Osobní hygiena	➤ samostatně nebo s pomocí	5	5	5	
	➤ neprovede	0			
Kontinence moči	➤ plně kontinentní	10		10	
	➤ občas inkontinentní (1x týdně)	5			
	➤ inkontinentní, katetrizován	0	0		
Kontinence stolice	➤ plně kontinentní	10	10	10	
	➤ občas inkontinentní (1x týdně)	5			
	➤ inkontinentní	0			
Použití WC	➤ samostatně bez pomoci	10		10	
	➤ s pomocí	5			
	➤ neprovede	0	0		
Přesun lůžko-židle	➤ samostatně bez pomoci	15		15	
	➤ s malou pomocí (verbálně nebo fyzicky) vydrží sedět	10			
	➤ s větší pomocí (1-2 lidé fyzicky)	5			
	➤ neprovede	0	0		
Chůze po rovině	➤ samostatně nad 50m	15		15	
	➤ s pomocí nad 50m	10			
	➤ na vozíku 50m	5			
	➤ neprovede	0	0		
Chůze po schodech	➤ samostatně bez pomoci	10			
	➤ s pomocí	5		5	
	➤ neprovede	0	0		
počet bodů celkem:			95	95	
hodnotila sestra:			166	166	

#### Hodnocení stupně závislosti v základních, všedních činnostech

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



# Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestřer zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestřer
1.12.	NEBEZPEČÍ ÚRAKU V DŮSLEDKU SNÍŽENÉ MOBILITY	Práci na minimum snížit úrazu, pacientky při pohybu a sedění a nesení konečně (MPLHŠMT) - každé 20 min	kontrolovat celkové tělo pacientky, aby se měla při hnutí zachovávat co nejvíce bezpečně - vyhodnotit při reabilitační fyzikální - vyhodnotit možnost 7 kročů	Cíl byl splněn. Nedošlo ke žádnému úrazu.	30.12.	Ma
1.12.	SNÍŽENÍ POHYBLIVOSTI A SOBĚSTAČNOSTI V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO ZÁKROKU	Operace úplně zotavitelnosti pacientky v rámci důležitých, dříve zvládnutých při rehabilitačních se využívat, kdykoli je možná úroveň (do 7 dní)	- korigovat optimální polohy pacientky po vzhledu - vyhodnotit, aby byla schopna stát samostatně u konce v rámci ústředí - podávat pacientce o celou reabilitační	Cíl byl splněn. Aktivita se kryje, snaží se. V rámci ústředí rehabilitační.	2.12.	Ma
1.12.	HOŘNÁ DUŠNOST A STENOKARDIE V DŮSLEDKU CHRONICKÉHO KARDIÁLNÍHO ONEMOCNĚNÍ	Snížit na minimum počet kardiálních dušností a stenokardií v závislosti o maximální odlehčení nebo rehabilitační (MPLHŠMT) - každé 20 min	- korigovat optimální polohy na pokoj - pracovat o reorganizaci při rehabilitační - sledovat zdravotní stav pacientky, měřit FF - sledovat o dalších pohodech	Cíl byl splněn. Cítila se lépe, kardiogenní pohoda je lepší.	30.12.	Ma
1.12.	PORUŠENÍ KŮŽNÍ INTEGRITY Z DŮVODU ZVÝŠENÉHO MECHANICKÉHO TLAKU	Odstranění poranění a defektů, podpora epitelizace tkání (do 2 dní)	- povzbudit pacientku o nutnosti aktiv. pohybu - dbát na důklad. hygienu - sledovat léčení, sledovat pravidelné převazy - sledovat každou ránu	Cíl byl splněn. Žádné vraždy se nepro- staly. Pacientka sama aktivně působí	4.12.	Ma
1.12.	ZTÍŽENÁ KOMUNIKACE V DŮSLEDKU ZHORŠENÉHO SLUCHU	Uvolnit možná narušení, zlepšit kvalitativnost pacientky (do 3 dní)	- povzbudit pacientku, aby mluvila s nabídkou komunikace v závislosti - sledovat kvalitu komunikace - sledovat, aby byla schopna interakce s ostatními	Cíl splněn. Odlehčení. Každá šlábla odmítla mluvit.	4.12.	Ma
1.12.	ZHORŠENÁ ZRAKOVÁ ORIENTACE V DŮSLEDKU OČNÍHO ONEMOCNĚNÍ	Pacientka se bude bez problémů orientovat na svém vzhledem okolí (do 2 dní)	- upozornit na změny vzhledu podle - sledovat stav, s tabulkou - sledovat při rehabilitační úkonech - sledovat vzhlednutí o operaci katarakty	Cíl byl splněn. Pacientka se cítila upřímně na svém onemocnění.	7.12.	Ma
3.12.	FUNKČNÍ INKONTINENCE Z DŮVODU SNÍŽENÍ SOBĚSTAČNOSTI A Z DŮVODU PSYCHICKÝCH	Zlepšit a pacientky plně kontinence - jako před hospitalizací (do 10 dní)	- sledovat PL - sledovat vzhlednutí do pozicemi - sledovat plnění na pohybu - sledovat ME	Cíl byl splněn. Pacientka je kontinentní, sama se přesune na záchod WC	4.12.	Ma
4.12.	PORUŠENÍ SPÁNKU Z DŮVODU ZMĚNY PROTIDŮVĚ A DŮVODU STŘESU	Dohledovat toho, aby vstávala do 8. hodiny ráno - bez problémů a ústředí se redukuje (do 3 dní)	- sledovat vzhlednutí klimatu na pokoj - sledovat příjem tekutin od 8 hodin - sledovat pravidelné pacientku během dne	Cíl splněn. Ke zlepšení se snaží, musela být nasazená na medicínu.	8.12.	Ma
5.12.	PORUŠENÍ KŮŽNÍ INTEGRITY V DŮSLEDKU PŘÍJEMU NEVHODNÉ STRAVY	Sledovat pacientku při každé příjmu - sledovat vzhlednutí - sledovat kvalitativnost příjmu (do 10 dní)	- sledovat v pacientce o stravování - sledovat - sledovat s náležitostí	Cíl splněn. Cítila se příjemně. Každá ránu vyžaduje Pancreol.	15.12.	Ma
5.12.	NEBEZPEČÍ DEHYDRATACE V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ POCITU ŽÍŽNEV	Pacientka bude mít denní příjem tekutin 1,5-2 litry (do 5 dní)	- sledovat vzhlednutí s tělesnou a - sledovat denní příjem tekutin - sledovat pro o vzhlednutí hydratace na každé straně	Cíl splněn. 16 dní hospitalizace příjem tekutin 1400 ml. Příjem tekutin dohled.	15.12.	Ma
7.12.	POBIT DRAMEŽNOSTI V DŮSLEDKU DLUHODOBÉHO ODLOUČENÍ OD RODINY	Sledovat zdravotní pohodu pacientky, pocit sebeupravenosti (do 4 dní)	- sledovat v komunikativním - sledovat vzhlednutí aktivitami - sledovat	Cíl splněn. Odlehčení. Přítomná ránu se snaží se pro- stavit s nemocnicí	14.12.	Ma
11.12.	NEKOMPROMITOVANOST RODINY V ŽIVĚNÍ PROBLÉMY Z DŮVODU NEKŮRNOSTI	Sledovat aktivitu přístupu rodiny vzhlednutí situace (do 2 dní)	- sledovat se s rodinou - sledovat vzhlednutí - sledovat	Cíl splněn. Srdce v komunikaci, každá ránu	10.12.	Ma