

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Závěrečná bakalářská práce

**Ošetrovatelská kazuistika nemocného s fibrilací síní
a syndromem spánkové apnoe**

**Pavλίna Prosecká
bakalářské studium ošetrovatelství
kombinované**

Květen 2006

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. KLINICKÁ ČÁST	2
2.1 Fibrilace síní	2
2.2 Syndrom spánkové apnoe	8
2.3 Základní údaje o nemocném	11
2.4 Lékařská anamnéza	12
2.5 Stav při přijetí	13
2.6 Lékařské diagnózy	14
2.7 Diagnosticko - terapeutická péče	14
2.8 Průběh hospitalizace	19
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	20
3.1 Subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace nemocným	20
3.2 Hodnocení sestry	21
3.3 Ošetřovatelská anamnéza	21
3.4 Ošetřovatelské problémy (diagnózy)	26
3.5 Edukace	34
3.6 Závěr a prognóza	36
4. POUŽITÁ LITERATURA	38

PŘÍLOHY

1. ÚVOD

Ke své závěrečné práci jsem si vybrala 33-ti letého muže v částečném invalidním důchodu. Svoji práci jsem orientovala k praktickým opatřením, která povedou ke zlepšení stavu pacienta. Zaměřila jsem se především na ošetrovatelské diagnózy a jejich řešení především na úrovni ošetrovatelských intervencí, i když spolupráce s lékařem je pochopitelně nezbytná. Z řady možných nemocných jsem si vybrala právě jeho a to z mnoha různých důvodů:

- Za prvé jsem si vybrala pacienta, u kterého mám přístup ke starší dokumentaci a současně nyní došlo k novému zvratu v jeho zdravotním stavu. Jde o muže, který je v péči naší kardiologické ambulance a který byl nyní hospitalizován na kardiologické klinice.
- Dále pak jde o pacienta komunikativního a vstřícného, u kterého je předpoklad, že prováděné ošetrovatelské intervence budou mít reálný dopad.
- Věkem jde o pacienta mladého, přesto však s množstvím diagnóz.
- Snoubí se tu diagnózy kardiologické (fibrilace síní, stav po pravostranném kardiálním selhávání) s diagnózami, které jsou v normální populaci velmi běžné, jako je metabolický syndrom s většinou jeho projevů.
- Na druhou stranu jsou u pacienta přítomny diagnózy, které již nejsou tak běžné. Mám na mysli Pickwickův syndrom. Poměrně nová je pak diagnóza syndromu spánkové apnoe. Zatím jde o diagnózu málo užívanou, i když je předpoklad, že pacientů s tímto onemocněním je velké množství a jediným důvodem, proč je diagnóza opomíjena je malá obeznámenost odborné i laické veřejnosti. Je přitom velmi snadné vyslovit podezření na tuto diagnózu, pokud je člověk v bližším kontaktu s pacientem. Hlavně pokud pacienta v noci slyší chrápat a slyší i apnoické pauzy. V tomto směru je diagnostika onemocnění bližší sestře, která o pacienta pečuje i v noci, než pro lékaře, který má pacienta na starosti v denní době.

- V neposlední řadě je reálný předpoklad, že při dodržování všech doporučených opatření by mělo dojít k výraznému zlepšení stavu pacienta.

Diagnózy se u tohoto pacienta prolínají, aniž by bylo možné jednoznačně říct, kde je příčina a kde následek. Souvislosti jsou přitom naprosto logické. Ovlivnění jednoho onemocnění vede k ovlivnění ostatních nemocí. Jde o příklad komplexu onemocnění, kde je nutno uvažovat v širších souvislostech. Protože dietních a režimových opatření je velké množství, jsou na pacienta kladeny velké nároky. Velmi záleží na způsobu interpretace režimových opatření a hledání nejlepších přístupů pro pacienta tak, aby se maximálně podařilo zlepšit jeho zdravotní stav, nikoli jej otrávit množstvím příkazů a zákazů. Navíc u některých opatření speciálně dietních mohou doporučení směřovat zdánlivě protichůdným směrem. Sladit pak všechny postupy v jednoduší a konzistentní celek je úkol pro inteligentní a vzdělanou sestru.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Fibrilace síní

Jde o nejčtenější arytmiu, se kterou se můžeme setkat. S ohledem na různorodost jejich projevů, nepravidelnost vzniku a nepravidelnost tepové frekvence byla dříve označována jako arytmie absolutní.

2.1.1 Patofyziologie

Příčinou vzniku jsou reentry, okruhy či mnohočetná ložiska ektopické síňové aktivity. Tyto pak přejímají funkci udavatele rytmu. Díky nerovnoměrnému přenosu vzruchu na komory pak vzniká pro tuto arytmiu typická nepravidelnost, která je pacienty vnímána jako přeskokování rytmu či pocit chvění u srdce. Stejně tak je přítomna i nepravidelnost tepu, která může vést k podezření na tuto arytmiu.

Pro diagnostiku této arytmie je stěžejní ekg, i když podezření na fibrilaci síní může vzniknout již při fyzikálním vyšetření. Nepravidelnost při poslechu srdce a vyšetření pulsu pacienta může vést k podezření na fibrilaci síní. Na ekg je typická nepravidelnost

QRS intervalů a nepřítomnost vlny P. Vlny P mohou být někdy nahrazeny tzv. fibrilačními vlnkami, které mohou působit matoucím dojmem. Takový náález označujeme jako hrubovlnnou fibrilaci síní. Frekvence komor se často u neléčeného pacienta pohybuje kolem 100-160/min. Tepová frekvence může velmi kolísat a to jak mezi pacienty, tak u jednoho a toho samého pacienta.

(4,6)

2.1.2 Příčiny

Onemocnění, která mohou arytmiu způsobit jsou různá a mohou postihovat srdce přímo nebo sekundárně. Existuje také skupina, kde příčina fibrilace síní není jasná – označujeme jako idiopatickou či lone fibrilaci síní. Z příčin by pak měly být vyloučeny hlavně:

- Akutní infarkt myokardu
- Plicní embolie
- Kardiomyopatie
- Infiltrativní srdeční onemocnění
- Sick sinus syndrom
- Perikarditis
- Myokarditis
- Onemocnění štítné žlázy
- Nadužívání alkoholu (tzv. holiday heart – arytmie se objevuje při víkendovém pití alkoholu)
- Fibrilace síní vzniklá po kardiochirurgickém zákroku
- Drogy – kokain, amfetamin a jeho deriváty (efedrin, pervitin, extáze)
- Hypertrofie levé komory

2.1.3 Klinické projevy

Klinické projevy jsou velmi různorodé. Arytmie může probíhat zcela bez příznaků, nebo naopak může působit velké potíže. Typickým projevem arytmie je pocit bušení srdce neboli palpitace. Pacient pocítuje nepravidelnost srdeční akce či hmatá nepravidelný puls. Mezi vnímáním arytmie je mezi pacienty výrazný rozdíl. Někteří

pacienti nepříznivě pociťují již samu přítomnost arytmie, jiní pociťují pouze pokud má arytmie rychlejší odpověď komor, další pak fibrilaci síní nepociťují vůbec. Typické bušení srdce může být u některých pacientů vnímáno jako vrnění, brnění či chvění na hrudi.

Někdy se klinicky může fibrilace síní projevit až potížemi vyplývajícími z komplikací:

- Dušností u srdečního selhání.
- Bolestmi na hrudi.
- Únavností nebo vertigem při zhoršení cirkulace.
- Neurologickými projevy při embolizaci do CNS.
- Zmateností a demencí v důsledku mikroembolizací do CNS nebo při zhoršení prokrvení CNS.
- Při periferní embolizaci pak projevy z embolizovaného orgánu – typicky bolesti končetiny při periferní embolizaci do končetiny.
- Kolapsovým stavem v důsledku bradykardie, tachykardie, poklesu TK či závažnější embolizací do CNS.

2.1.4 Fyzikální nález

Fyzikální projevy, které nacházíme při fibrilaci síní se týkají kardiovaskulárního aparátu, nebo projevů souvisejících s komplikací fibrilace síní. Těmi může být srdeční selhání nebo známky embolizace některého orgánu.

Nepravidelný puls, ať již při prosté palpaci nebo při měření TK. S ohledem na rozdílnou náplň levé komory jsou hodnoty TK obtížněji měřitelné.

Hypotenze a zhoršení prokrvení způsobené zhoršeným plnicím tlakem síní

Známky embolizace, například TIA, CMP nebo periferní embolizace

Známky srdečního selhávání: chrupky, zvýšená náplň krčních žil, otoky DKK, srdeční cval – gallop

(4,6)

2.1.5 Klasifikace

Průběh arytmie je individuální u každého pacienta. Její forma je typická nepravidelností nejen v jednotlivých pulsech, ale i v době trvání. Může totiž vznikat v paroxysmech, kdy se objeví a poté spontánně mizí. Stejně tak může být trvalá. Četnost vzniku paroxysmů a doba trvání je u každého pacienta různá.

Podle průběhu tedy můžeme fibrilaci síní rozdělit na:

- **První dokumentovanou ataku**
- **Paroxysmální fibrilaci síní.** Jsou přítomny epizody fibrilace síní, které spontánně končí, většinou do 48 hodin.
- **Persistentní fibrilaci síní.** Fibrilace síní již nekončí spontánně, ale jen při kardioverzi, ať již elektricky či farmakologicky provedené.
- **Permanentní fibrilaci síní.** Fibrilace síní pak přetrvává i přes snahy o kardioverzi a udržení rytmu antiarytmiky.

Tato klasifikace je důležitá i s ohledem na zvolení dalšího terapeutického postupu.

(4,6)

2.1.6 Epidemiologie

Frekvence fibrilace síní narůstá: dříve se udával 0,4%, dnes spíše 0,95%. Zvýšení frekvence fibrilace síní nelze vysvětlit jen stárnutím populace, ale vyšší výskyt byl pozorován i po korekci na věk, pohlaví a přidružené choroby. Výskyt fibrilace síní stoupá exponenciálně s věkem. V dětství je arytmie výjimečná kromě případů po srdečních operacích. Později výskyt kolísá od 0,1%, u osob pod 55 let, k 3,8% u osob starších než 60 let a 9,0% u osob nad 80 let. Asi 85% pacientů s fibrilací síní je starších 65 let. Podle věku se liší i manifestace této nemoci: u mladších pacientů jsou spíše ojedinělé paroxyzmy fibrilace síní, s rostoucím věkem četnost atak stoupá či arytmie přechází v permanentní. U mužů je prevalence fibrilace síní vyšší než u žen (1,1% vs 0,8%), u starších bělochů je vyšší než v černošské populaci (2,2 vs 1,5%). U pacientů se

srdečním selháním je výskyt fibrilace síní závislý na jeho stupni: kolísá přibližně od 5% při NYHA I až téměř k 50% při NYHA IV.

2.1.7 Vyšetřovací metody

Ekg je stěžejní pro diagnosu. Rtg je užitečný v posouzení velikosti a konfigurace srdečního stínu, dále pak umožňuje posoudit kardiopulmonální kompenzaci. Monitorace ekg je nezbytná ke kontrole antiarytmické terapie. Echokardiografické vyšetření umožňuje diagnosu chlopenních vad, hypertrofie LK a změření velikosti síní. Ekg Holter umožňuje u permanentní fibrilace stanovit průměrné i extrémní frekvence komor, u paroxysmální fibrilace pak umožňuje stanovit četnost a trvání atak fibrilace. U pacientů se sinusovým rytmem umožňuje vyloučení recidiv paroxysmů fibrilaci z horizontu délky Holteru (jednodenní, třídenní). Tato informace je pak důležitá pro další antikoagulační terapii.

2.1.8 Prognóza

Mortalita pacientů s fibrilací síní je přibližně 2x vyšší než u pacientů se sinusovým rytmem. Hlavní příčinou zvýšené morbidity i mortality při fibrilaci síní je vyšší výskyt tromboembolických příhod. Výskyt ischemických iktů je u pacientů s fibrilací síní průměrně 5% za rok, liší se podle přítomnosti rizikových faktorů (viz riziková stratifikace tromboembolie, tab. 1). To je 2-7x vyšší počet, než u pacientů se sinusovým rytmem. Při fibrilaci síní u chlopenní vady může být riziko iktu zvýšeno až 17x. Mortalita závisí také na přítomnosti kardiálního onemocnění. Zvýšená je však i mortalita u idiopatické arytmiie.

2.1.9 Terapie

Terapie je rozdílná podle charakteru arytmiie. Ke správnému určení typu arytmiie je důležitá znalost délky jejího trvání, jde-li o první ataku či recidivu, je-li přítomno postižení srdce a znalost rozšíření velikosti srdečních síní. Ze strategií léčby lze zvolit pokus o navrácení sinusového rytmu – označujeme jako kardioversi. Jiným postupem je pak pouhá kontrola rytmu v normálním tepovém rozpětí. Podle posledních studií není mezi těmito postupy výrazný rozdíl. Při delším trvání fibrilace síní však narůstá riziko vzniku trombů s rizikem embolizace. Zde je opět na výběr dvojí léčba. Antikoagulační

terapie u pacientů s vyšším rizikem kardioembolizační příhody (viz tabulka č.1). Antiagregační terapie je pak variantou u pacientů méně rizikových či naopak rizikových pro antikoagulační terapii. Pokud jde o nově vzniklou fibrilaci síní, která není starší 48 hod., je na místě pokusit se o kardioversi na sinusový rytmus. Pokud je stáří fibrilace síní více než 48 hodin, pak již narůstá riziko vzniku trombu. Je-li k dispozici transoesofageální sonografické vyšetření srdce, lze tímto přítomnost trombů v srdci vyloučit a následně kardioversi provést. Častější alternativou je však 3 týdenní předléčení antikoagulační terapií, která redukuje riziko kardioembolizační příhody. Teprve u takto předléčeného pacienta je pak prováděna kardioverse. V antikoagulační terapii se ještě pokračuje další 4 týdny. V případech, kdy je riziko fibrilace síní s pomalou odpovědí komor, přichází v úvahu implantace pacemakeru. To je případ tzv. sick sinus syndromu, kdy frekvence komor při fibrilaci kolísá mezi rychlou a pomalou odpovědí (implantace pacemakeru zabrání zpomalení tepové frekvence pod stanovenou mez a současná bradykardizující medikamentózní terapie zabrání rychlé odpovědi komor).

(4,6)

2.1.10 Ošetrovatelská péče

Cílem sestry je edukace pacienta stran samotné arytmie a dále pak opakované reedukace po stránce dietních opatření při antikoagulační terapii. Přestože základní poučení o dietě podává lékař, je nutné pacientům neustále opakovat základní principy diety při warfarinizaci.

Velmi užitečnou pomocí jsou předtištěné letáky se základy terapie. Prospěšnou pomocí jsou také orientační rozpisy stran dávek vitamínu K.

Tab. 1 Prevence tromboembolií u pacientů s fibrilací síní

Věk	Rizikové faktory pro CMP*	Léčba
≤ 65 let	Žádný	Aspirin nebo nic (není důkaz, že Aspirin je u této skupiny nemocných efektivnější)
65–75 let	Žádný	Aspirin nebo Warfarin (odhadnout riziko Warfarinu ve srovnání s malým rizikem CMP)
Jakýkoliv věk	1 a více, včetně věku > 75 let	Warfarin (jasně indikován, pokud není přítomna zjevná kontraindikace)

*Rizikové faktory pro CMP u nemocných s fibrilací síní zahrnují: mitrální stenózu, hypertenzi (i léčenou), TIA nebo CMP v anamnéze, diabetes mellitus, srdeční slabost nebo levokomorovou dysfunkci. Věk nad 75 let je samostatný rizikový faktor.

Vysvětlivky: CMP – cévní mozková příhoda, TIA – přechodná mozková ischemie

Převzato z Guidelines kardiologické společnosti

(6)

2.2 Syndrom spánkové apnoe

Syndrom spánkové apnoe je onemocnění, při němž dochází ve spánku k zástávám dechu (apnoe) po dobu nejméně 10 vteřin. Časté epizody spánkové apnoe či hypopnoe vedou k probouzení a fragmentaci spánku s pocitem nevyspání a denní ospalosti. Nejčastějším typem spánkové apnoe je obstrukční spánková apnoe, pro kterou je typické chrápání. Velká část pacientů s tímto onemocněním zůstává nediodagnostikována a to i přes to, že projevy jsou snadno zjistitelné.

2.2.1 Patofyziologie

Horní dýchací cesty (HCD) jsou v podstatě tvořeny poddajnou měkkou trubicí, která může kolabovat. Takové kolabování nacházíme u pacientů s obstrukční spánkovou apnoí, ať již na úrovni měkkého patra nebo na úrovni jazyka. Důležité jsou i anatomické poměry, kde problém ve formě obstrukce může vzniknout zvětšením mandlí, makroglosií, abnormální pozicí maxily či mandibuly, menším obsahem průřezu HCD nebo tlakem okolí na HCD. K obstrukci dochází nejčastěji během REM spánku, kdy relativní relaxace svalstva hltanu může způsobit kolaps horních dýchacích cest. Současné studie ukazují, že nadváha a obezita hraje příčinnou roli ve vzniku spánkové apnoe. Na druhou stranu řada prací považuje syndrom spánkové apnoe za příčinu, nebo alespoň rizikový faktor metabolického syndromu a i prosté obezity či hypertenze. U pacientů se syndromem spánkové apnoe při ambulantním monitorování TK v noci nedochází k poklesu TK. Pacienti patří do kategorie tzv. non-dipperů, kteří jsou zvýšeně rizikováni pro kardiovaskulární příhodu. Při spánku dochází při apnoích k epizodám dušení. Toto vede k výrazné stimulaci sympatiku a z toho plynoucího vzestupu tlaku a částečnému probouzení.

(5)

2.2.2 Diagnostika

Důležitá je anamnéza, kde se zaměřujeme na kvalitu spánku, ospalost v průběhu dne, užívání hypnotik a alkoholu, práce ve směnném provozu. Důležité mohou být informace od partnera stran chrápání, dechových pauz, lapání po dechu a supění. Kromě chrápání bývá častý noční neklid, pocení, suchost v ústech, gastrooesophageální reflux a časté močení v noci. V diagnostice dominuje vyšetření ve spánkové laboratoři s polysomnografií, i když někdy stačí k diagnostice na video zachycené chrápání s výpadky dýchání. V rámci polysomnografie provádíme observaci pacienta při spánku, monitoraci EEG, EKG, saturace kyslíkem, orální a nasální průtok vzduchu, elektrookulografii a elektromyografii. Při polysomnografii zachycujeme apnoe o trvání 10-90 sekund, které se mohou objevovat až 300 krát za 6 hodinový spánek. Klesá také saturace krve kyslíkem až pod 50% HbO₂.

(5)

2.2.3 Klinické projevy

Nejdůležitější je pochopitelně přítomnost chrápání a apnoických pauz. Naopak ráno bývá pocit nevyspalosti, bolesti hlavy a sucho v krku. Často dochází k usínání v průběhu dne – řízení auta, škola, stereotypní činnosti. Někdy dochází i ke změnám osobnosti a poruchám paměti, intelektu a koncentrace. Metabolický syndrom a s ním spojené komplikace. Kardiální či mozková ischemie při nočních poklesech saturace krve kyslíkem. Pro výrazné chrápání dochází i k sociálním problémům – nemožnost spát ve společných prostorech a rozloučení manželství.

2.2.4 Fyzikální vyšetření

Zaměřuje se na vyšetření dutiny ústní: velikost jazyka, mandlí, gotické patro, dalším důležitým parametrem je obvod krku. Při obvodu pod 43cm je málo pravděpodobný, 43-48cm střední pravděpodobnost, nad 48 cm je již velká pravděpodobnost syndromu spánkové apnoe. Důležitý je i habitus pacienta. 75% pacientů se spánkovou apnoí je obézních.

2.2.5 Prognóza

Další průběh onemocnění je velmi rozdílný a do značné míry závisí na přidružených onemocněních a to především na stavu kardiovaskulárního aparátu a na stavu dýchacího ústrojí. Společně s postižením srdce a plic je syndrom spánkové apnoe onemocnění, které může vést k srdečnímu i respiračnímu selhání a tím pak pacienta ohrozit na životě a může být i příčinou úmrtí.

(5)

2.2.6 Léčba

- Léčba kontinuálním přetlakem vzduchem v dýchacích cestách (CPAP-continuous positive airway pressure).
- Léčba obezity – pohyb, omezení příjmu potravy, farmakoterapie.
- Spánková hygiena – nepít alkohol před spánkem, necvičit těsně před spánkem, nejíst na noc. Nevhodné prostředí pro spánek – hluk, světlo, špatná postel, televize v ložnici. Nevhodná je také práce na směny.

- ORL zákroky v přesně indikovaných případech – uvulopalatopharyngoplastika, laserem asistovaná uvuloplastika, resekce septa nasi jako přípravná operace k zajištění nosní průchodnosti před aplikací trvalého přetlaku, tonsilektomie, resekce kořene jazyka.
- Výjimečně je indikována chirurgická korekce atypií orofaciální oblasti.
- Ústní přístroje – aparáty zabezpečující průchodnost dýchacích cest. Příkladem je dlaho, zabezpečující předsunutí dolní čelisti. (5)

2.2.7 Ošetrovatelská péče

Důležitou součástí péče o jakéhokoliv pacienta je péče o zdravý spánek s vysvětlením základů spánkové hygieny. U toho onemocnění je to mimořádně důležité. Je vhodné s pacientem probrat rituály související se spánkem a pokusit se eliminovat nevhodné, především jídlo. Dalším důležitým cílem je redukce hmotnosti - naprostá většina pacientů se syndromem spánkové apnoe je obézních. Sestra zde pomáhá s úpravou životního stylu – doporučení vhodné fyzické aktivity. Doporučení vhodné stravy. Speciální úkol pak je před dietní sestrou – zhodnocení jídelníčku s identifikací chyb.

2.3 Základní údaje o nemocném

Pan M.B. byl přeložen na interní kardiologickou kliniku 5. 2. 2006 z chirurgického oddělení pro recentně vzniklou fibrilaci síní s rychlou odpovědí komor starší 48 hodin. Dne 10. 2. 2006 byl propuštěn do domácího ošetřování. O jmenovaného pacienta jsem se starala od 6. 2. do 9. 2. 2006.

Osobní údaje

Oslovení: pane B.
 Rok narození: 1973
 Adresa: Brno
 Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna
 Vzdělání: středoškolské
 Povolání: prodejce výpočetní techniky, částečně v invalidním důchodu
 Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka Věra

2.4 Lékařská anamnéza

- RA: Matka 61 let, léčí se s hypertenzí, cukrovkou, prodělala opakovaně záněty žil, dle sdělení pacienta má matka též nadváhu. Otec 63 let, léčí se pro hypertenzi a také je sledován pro zvětšenou prostatu. 2 sourozenci – bratr a sestra se vážněji neléčí.
- OA: Hypertenze v léčení asi 3 roky, metabolický syndrom (obezita, hypertenze, porucha glukózové tolerance, smíšená dyslipidémie, hyperurikémie), bércový vřed PDK na podkladě chronické žilní insuficience, st.p. recid. erysipelas cruris, Pickwickův syndrom, obstrukční apnoický syndrom, hypothyreóza na substituční terapii, seborrhoická dermatitis, st.p. pravostranné kardiální insuficienci na podkladě cor pulmonale 11/04
- Operace: 0
- Úrazy: 0
- PA: Pracuje jako prodejce výpočetní techniky, částečně v invalidním důchodu
- SA: Žije ve společné domácnosti s manželkou a dcerou
- Alergie: Včelí bodnutí. Alergii na léky a potraviny neudává.
- Abusus: nyní nekouří, dříve kouřil příležitostně – asi 5 cigaret/týden, alkohol příležitostně - víno, černá káva 2x denně
- FA: DIGOXIN 0,250 mg 1-0-0 (digoxinum, kardiotonikum), PRESTARIUM 4 mg ½-0-0 (perindoprilum, ACE inhibitor), APO FUROSEMID 40 mg 1-0-0 a 2x týdně 2 tbl. (furosemidum, diuretikum), VEROSPIRON 1-1-1 (spironolactonum, diuretikum), FAMOSAN 0-0-1 (famotidinum, blokátor H₂ receptoru), AFONILUM 250 mg 1-0-1 (theophyllinum, bronchodilatans), MILURIT 100 mg 1-0-1 (allopurinolum, antiuratikum), ANOPYRIN 100mg 0-1-0 (acidum acetylosalicylicum, antiagregans), EUTHYROX 75 ug/den (levothyroxinum, hormony štítné žlázy), SIMVAX 10mg 0-0-1 (simvastatinum, hypolipidemikum)
- NO: Pacient přeložen z chirurgického oddělení, kam byl přijat pro plánovanou bandáž žaludku. Před výkonem byla zjištěna recentní fibrilace síní

s rychlou odpovědí komor, která dle předoperačního vyšetření nebyla přítomna. Subjektivně pacient pocítoval pouze neurčité palpitace, ne příliš četné. Potíže však trvají již 4 dny.

(7.8)

2.5 Stav při přijetí

Výška: 173cm Váha: 152 kg BMI: 50.8

TK 180/95 P 146/min irreg. SaO₂ 93% TT 36,7°C

Pacient orientován, spolupracuje. Dušný při minimálním pohybu, bez cyanosy a icteru. Afebrilní. Normální kolorit kožní, kožní povrch s defektem v oblasti pravého bérce na vnitřní straně cca 4x 5 cm nepravidelných okrajů. Turgor kožní v normě. Neurologicky orientačně bez lateralizace. Uzliny v dostupných lokalizacích nezvětšeny.

Hlava na poklep nebolestivá, mesocefalická. Ameningeální. Uši, nos bez výtoku. Zornice izokorické, reagují na obě kvality. Spojivky růžové. Skléry anicterické. Hrdlo klidné, jazyk plazí středem, bez povlaku, vlhký.

Krk symetrický, glandula tyreoidea nezvětšena, plnění vv. jugulares v normě, karotidy tepou symetricky bez šelestu.

Hrudník symetrický. Plíce dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů. Srdce- akce nepravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů.

Břicho měkké, nebolestivé. Hepar, lien nehmatám, vyšetření však limitováno obezitou. Tapotement bilaterálně negativní.

Dolní končetiny lehké pretibiální prosáknutí do dvou třetin v terénu chronicky indurované kůže bérců, pulsace hmatné do periférie, Homans negativní, Lasec negativní, trofické změny kožních adnex, bércový vřed v oblasti pravého bérce na vnitřní straně cca 4x 5 cm nepravidelných okrajů.

(7,8)

2.6 Lékařské diagnózy

Fibrilace síní s rychlou odpovědí komor

Syndrom spánkové apnoe

Metabolický syndrom X

- Hypertenze s velmi vysokým přidatným rizikem (II. st. WHO)
- Obezita
- Porucha glukózové tolerance
- Hyperurikémie
- Smíšená dyslipidémie: hypercholesterolémie, zvýšené LDL, triglyceridy, nízké HDL

St.p. pravostranné kardiální insuficienci na podkladě cor pulmonale 11/04

Pickwickův syndrom s parciální respirační insuficiencí

Hypothyreóza na substituční terapii, kompenzována

Chronická žilní insuficience

Ulcus cruris I. dx.

St.p. recidivujícím erysipelu obou DK

Seborrhoická dermatitis

(7)

2.7 Diagnosticko - terapeutická péče

2.7.1 Fyziologické funkce

Datum	TK	P/min	D/min	TT
6.2.2006	135/85	110	16	36,5
7.2.2006	140/75	84	13	36,6
8.2.2006	130/75	72	12	36,4
9.2.2006	125/80	76	12	36,7

2.7.2 Stav vědomí

Pacient plně při vědomí. Orientován osobou, místem i časem. Pacient vstřícný, nekonfliktní, proto kontakt s ním navázán velmi rychle. Komunikuje bez problémů, spolupracuje.

2.7.3 Vyšetření

Biochemické vyšetření

Datum	5.2.2006	9.2.2006		
Urea	4,1	3,6	mmol/l	(2,0 - 7,5 mmol/l)
Kreatinin	92	98	mmol/l	(35 - 110 umol/l)
Na	140	142	mmol/l	(133 - 150 mmol/l)
K	4,4	4,1	mmol/l	(3,8 - 5,5 mmol/l)
Cl	104	100	mmol/l	(97 - 108 mmol/l)
Bilirubin	10,3		umol/l	(do 20 umol/l)
ALT	0,40		ukat/l	(do 0,8 ukat/l)
AST	0,37		ukat/l	(do 0,65 ukat/l)
GMT	1,06		ukat/l	(do 1,1 ukat/l)
ALP	1,03		ukat/l	(do 2,7 ukat/l)
Glykémie	5,90	5,70	mmol/l	(3,9 – 5,7mmol/l)
Cholesterol	6,30		mmol/l	(2,5 – 5,0 mmol/l)
HDL	1,53		mmol/l	(1,0 – 1,60 mmol/l)
LDL	2,97		mmol/l	(1,0 – 3,0 mmol/l)
Triglyceridy	3,96		mmol/l	(0,20 – 2,0 mmol/l)
TSH	0,08		mU/l	(0,32 – 5,00 mU/l)
fT4	17,79		pmol/l	(9,14 – 23,81 pmol/l)
T3	1,53		nmol/l	(1,21 – 2,29 nmol/l)
Moč + sed	v normě			

Hematologické vyšetření

Datum	5.2.2006	9.2.2006		
Leukocyty	8,5	7,8	x 10 ⁹ /l	(3,6 – 9,6 x 10 ⁹ /l)

Erytrocyty	4,77	4,53	x 10 ¹² /l	(4,2 – 5,4 x 10 ¹² /l)
Hemoglobin	152	150	g/l	(120 – 160 g/l)
Hematokrit	0,43	0,42	l	(0,39 – 0,51 l)
Trombocyty	224	234	x 10 ⁹ /l	(140 – 440 x 10 ⁹ /l)
FW (1.hod.)	21	17	mm	(3 - 9)
FW (2.hod.)	52	35	mm	(6 - 20)

	5.2.	6.2.	7.2.	9.2.2006	
INR	1,1	1,3	1,45	1,72	(0,85 – 1,30)

Mikrobiologické nálezy

Datum 9.2.2006

Stěr z rány: Kultivace a citlivost

	doxycyklin	cefuroxim	colistin	Framykoin	ampicilin+klavulát
E. coli	-	+	+	+	+
					(7,3)

EKG

Ekg při přijetí: Fibrilace síní s frekvencí komor 130/min, QRS 0.08, QT 0.36, osa +10 st., přechodná zona V5, rS ve III. Závěr: Tachyfibrilace síní.

Monitorace ekg: Přetrvává fibrilace síní, postupně normální tepová frekvence komor, bez závažnější komorové arytmie.

Ekg při propuštění: Fibrilace síní s frekvencí komor 84/min, QRS 0.08, QT 0.36, osa +10 st., přechodná zona V5, rS ve III. Závěr: Fibrilace síní s přiměřenou odpovědí komor.

RTG S+P

Zobrazený parenchym plicní je bez zřetelných čerstvých patologických rtg změn, výraznější kresba i hily, bránice hladká, srdce v náznaku doleva širší. Vlevo po fraktuře 7. žebra, zhojeno s částečnou dislokací svalkem.



Echokardiografie

Mírně dilatovaná levá síň, nezvětšena levá komora s dobrou kontraktilitou. Narušení toku na chlopních se jeví minimální, nevýznamné a jen suspektní známky pro mírnou plicní hypertenzi – při horší vyšetřitelnosti.

Vyšetření ve spánkové laboratoři

(vyšetření nebylo provedeno za této hospitalizace, jde však o vyšetření stěžejní, z tohoto důvodu jej uvádím)

PSG – ApnoeCheck Nedokonalý přerušovaný spánek, apnoické intermitentní chrápání, AI – 55, Atot – 50% doby spánku, DI – 62, Dmin – 68%, Daver – 85% HbO₂.

PSG+CPAP: Při postupném nastavení trvalého přetlaku na 10 mbar podstatné zlepšení spánku, normalizace dechové aktivity, prakticky normalizace saturace.

V současné době je plně indikována terapie trvalým přetlakem o hodnotě 10 mbar, nadále dispenzarizace na interně, endokrinologii s pokusem o výraznější redukci váhy.

(7)

2.7.4 Farmakoterapie

Medikace p.o.

DIGOXIN tbl. 0,250 mg 1-0-0 (digoxinum, kardiotonikum) Nežádoucí účinky: Bradykardie, nevolnost, dyspeptické potíže. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

PRESTARIUM tbl. 4 mg 1/2 -0-0 (perindoprilum, ACE inhibitor) Nežádoucí účinky: suchý dráždivý kašel. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

APO FUROSEMID tbl. 40 mg 1-0-0 a 2x týdně (PO,ČT) 2 tbl. (furosemidum, diuretikum) Nežádoucí účinky: častější močení, nižší koncentrace draslíku v krvi. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

VEROSPIRON tbl. 1-1-1 (spironolactonum, diuretikum) Nežádoucí účinky: gynekomastie, hyperkalémie. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

FAMOSAN tbl. 0-0-1 (famotidinum, blokátor H₂ receptoru) Nežádoucí účinky: zažívací potíže. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

AFONILUM cps 250 mg 1-0-1 (theophyllinum, bronchodilatans) Nežádoucí účinky: zažívací potíže, palpitace. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

MILURIT tbl. 100 mg 1-0-1 (allopurinolum, antiuraticum) Nežádoucí účinky: zažívací potíže, svědění kůže. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

ANOPYRIN tbl. 100 mg 0-1-0 (acidum acetylosalicylicum, antiagregans) Nežádoucí účinky: zažívací potíže, vředová choroba, krvácení do zažívacího traktu. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

ISOPTIN SR tbl. 240 mg 1/2-0-0 (verapamilum, blokátor kalciového kanálu, antiarytmikum) Nežádoucí účinky: Bradykardie. Lék byl nasazen 2. den hospitalizace a dávkování poté již beze změn.

SIMVAX tbl. 10mg 0-0-1 (simvastatinum, hypolipidemikum) Nežádoucí účinky: bolesti svalů, vzestup jaterních testů, vzestup kreatinínové. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

EUTHYROX tbl. 75 ug/den (levothyroxinum, hormony štítné žlázy) Nežádoucí účinky: při předávkování – hubnutí, zrychlené psychomotorické tempo. Lék byl podáván již od počátku hospitalizace beze změn dávkování.

WARFARIN tbl. 5 mg dávka titrována dle INR (warfarinum, antikoagulancium) Nežádoucí účinky: hematomy, krvácení. Lék byl nasazen 3. den hospitalizace v prvotní dávce 2-0-0 a postupně každý den dávka upravena dle INR. Domů pacient propuštěn na dávce 1,5tbl.-0-0.

ZINNAT tbl. 500mg á 12 hodin (cefuroxim, antibiotikum – cefalosporin II. generace) Nežádoucí účinky: dyspepsie, průjem. Lék byl nasazen 4. den hospitalizace na základě výsledku kultivace stěru z rány. Nadále bude pacient doma pokračovat v terapii do celkové doby podávání 10 dní.

(7.8)

Medikace i.v.

LEKOPTIN 5mg i.v. dle tepové frekvence (verapamilum, blokátor kalciového kanálu, antiarytmikum) Nežádoucí účinky: bradykardie. První den byl lék podáván 4x 5mg, následující den již pouze 2x a dále již v i.v. formě nepodáván.

Medikace s.c.

CLEXANE 1,0 ml 1-0-1 á 12 hod. (enoxaparinum, antikoagulancium)

CLEXANE 0,4 ml 1-0-1 á 12 hod. (enoxaparinum, antikoagulancium)

Nežádoucí účinky: hematomy, krvácení. Lék byl podáván po celou dobu hospitalizace, domů již nepředepsán.

Oxygenoterapie

Po dobu hospitalizace podáván kyslík 2l/min kyslíkovými brýlemi.

Nežádoucí účinky: suchost sliznic

(7,8)

2.7.5 Dietoterapie, pohybový režim

Jde o pacienta, který se snaží redukovat tělesnou hmotnost. Z tohoto důvodu i za hospitalizace pokračováno v redukční dietě, tj. dieta č. 8. I v domácím prostředí pacient držel redukční dietu. Tato však pouze s přechodnými úspěchy, jak sám pacient říká: „sním jeden knedlík a přiberu pět kilo.“ Přestože plánovaného cíle redukce hmotnosti zatím nedosaženo, jistě lze za úspěch považovat dosavadní redukci o 13 kg. Dodržování diety je dále komplikováno nutností současně kombinovat redukční dietu s dietou při hyperurikémii a hyperlipoproteinémií.

Pohybový režim byl za hospitalizace značně omezen s ohledem na nutnost monitorace srdečního rytmu a tedy napojení na monitor.

2.8 Průběh hospitalizace

Pacient s Pickwickovým syndromem a syndromem spánkové apnoe byl přeložen z chirurgického oddělení, kde plánováno provedení gastrické bandáže. Před výkonem

byla zjištěna fibrilace síní s rychlou odpovědí komor. Z toho důvodu pacient přeložen na naše oddělení. Dle subjektivního vnímání, byly pocity palpitací již déle než 48 hodin, a proto upuštěno od okamžité kardioverse. Přistoupeno ke kontrole tepové frekvence kombinovanou terapií verapamilem a digoxinem. Digoxin již pacient užíval z důvodu srdečního selhávání. Terapie verapamilem titrována dle tepové frekvence za monitorace ekg. S ohledem na parciální respirační insuficienci za hospitalizace podáván kyslík. Současně zahájena antikoagulační terapie. V úvodu podáván nízkomolekulární heparin a souběžně zahájena terapie warfarinem. Pacient propouštěn s účinnou antikoagulační terapií. Definitivní dávkování terapie warfarinem bude upřesněno za kontrol v naší všeobecné ambulanci. Následně po tří týdenní účinné antikoagulační terapii bude proveden pokus o farmakologickou kardioversi a při neúspěchu pak kardioverse elektrická. Pacient byl poučen o rizicích a dietě při terapii warfarinem. Za hospitalizace nasazena antibiotická terapie na základě kultivace stěru z bércového vředu. Doma je nadále v terapii doporučeno pokračovat a to po celkovou dobu 10 dnů.

(7)

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Subjektivní vnímání nemoci a hospitalizace nemocným

Pacient vnímá svoji nemoc velmi negativně. Je do značné míry deprimován množstvím nemocí v tak mladém věku. Svoji nadváhu bere i jako společenský handicap. Navíc jej značně omezuje v běžné činnosti, např. ve sportovních aktivitách, které jsou na druhou stranu nutné k úspěšné redukci hmotnosti. Jediná sportovní aktivita, která pro něj byla přijatelná a to plavání, je nyní také nemožná s ohledem na bércový vřed. Syndrom spánkové apnoe se u něj projevuje výrazným chrápáním, jak sám říká: „Nechce se mnou spát ani můj pes.“ Má malou dceru a má obavy o to, aby se byl o ni schopen do budoucna postarat. Hospitalizaci bere jako „nutné zlo“. Mrzí jej, že musel být odložen plánovaný operační zákrok- „už to chtěl mít za sebou“. Kvůli monitoraci ekg navíc musí vždy poprosit sestru, aby jej odpojila, i když chce jít pouze na toaletu. Péči hodnotí, ve

srovnání s dosavadními hospitalizacemi, jako bezchybnou. Kladně hodnotí otevřený přístup sester i lékařů. (8)

3.2 Hodnocení sestry

Pacient komunikativní, kontakt navázán bez potíží. S ohledem na několik předcházejících hospitalizací se už s nemocničním prostředím vyrovnává lépe. Nervozita nyní plyne spíše z odložení plánovaného výkonu. Se svými nemocemi je pacient obeznámen, nově zjištěná arytmie je však pro něj novým neznámým prvkem. Po této stránce zatím pociťuje nedostatek informací.

3.3 Ošetrovatelská anamnéza

3.3.1 Biologické potřeby

3.3.1.1 Dýchání

Pan B. je nekuřák- „kouření je to poslední co by mi teď chybělo“. Nyní je beze známek infekce v horních dýchacích cestách, bez rýmy a kašle. Dušnost udává pouze při námaze – chůze do kopce či do schodů, v klidu ji nepociťuje. Potíže jsou dle pacienta spojeny s obezitou – „když jsem měl o 15 kg méně, tak se mi dýchalo dobře“. V klidu se mu dýchá dobře, dechová frekvence je 15-18 dechů/ minutu. Nejhorší potíže s dýcháním se objevují ve spánku, kdy jsou výpadky až 30 sec dlouhé. Tyto potíže však pacient nevnímá.

3.3.1.2 Osobní hygiena

Osobní hygiena je nyní problematická. Je omezen na lůžko a pokud chce na WC či se jít sprchovat, musí říct sestřám, aby jej odpojily od monitoru. Hodně se potí a přitom se často odlepují elektrody od monitoru. Tyto se pak musí zpátky lepit a společně s potem vytvářejí nepříjemnou lepkavou směs. Proto se nyní sprchuje dvakrát denně. Kůže je zarudlá v obličejí v okolí nosu a s maximem v nasolabiálních rýhách a na čele při seborrhoické dermatitis. Kožní turgor je dobrý, sliznice bez známek dehydratace. V levé kubitě hematom po odběru krve. V pravé kubitě má pacient zavedenu flexilu

pro podávání i.v. léků. Okolí vpichu kanyly klidné, bez začervenání, bez bolestivosti okolí. Na kůži v oblasti pravého bérce na vnitřní straně má chronický bérceový vřed o velikosti cca 4 x 5 cm nepravidelných okrajů, který se již asi 1,5 roku nedaří zhojit. V okolí vředu je kůže pigmentovaná.

Na zádech četné pigmentové névy. Nehty nosí pacient ostříhané nakrátko. Stěžuje si na zvýšenou mastivost vlasů. Umývá si je denně a používá speciální šampony, po kterých se vlasy nemastí tolik jako po běžných šamponech.

3.3.1.3 Výživa a hydratace

Dutina ústní je bez známek poranění. V nemocnici má pacient dietu č. 8 – redukční. Doma drží daleko přísnější dietu než v nemocnici, říká: „Kdybych doma jedl jako tady, tak už vážím 200 kg“. Je v péči obezitologie, píše si jídelníček a opakovaně jej konzultuje s dietní sestrou.

Dodává: „Ta je na mě moc přísná“. Alkohol pije výjimečně „je v něm moc kalorií“. Pacient je obézní. BMI 50,8. Obezita jej postihuje jak zdravotně, tak i společensky. Pociťuje nedostatek kladných vazeb s okolím. „Každý na mě jen kouká a říká si: To je ale tlust'och.“ Je rozhodnut s obezitou bojovat, a proto se rozhodl podstoupit i bandáž žaludku.

Příjem tekutin se u pana B. oproti domácímu prostředí nezměnil. Snaží se dodržovat pitný režim. Vypije 2 – 3 litry tekutin. Změnil se pouze druh nápojů. Pacient doma pil spíše balenou pitnou vodu. V minulosti prodělal pravostranné srdeční selhání, má proto omezeny minerální vody s vyšším obsahem sodíku. Tady v nemocnici pije hlavně nemocniční čaj a neperlivou vodu, kterou mu přinesla rodina. Pacient nemá známky dehydratace.

3.3.1.4 Vyprazdňování moče a stolice

Pacient opět udává obtíže s vyprazdňováním, související s nutností monitorace. Na otázku ohledně barvy a zápachu moče odpovídá: „Barva je taková světle žlutá, zápach má takový normální.“

Pan B. má doma většinou stolicí pravidelnou 1x denně, formovanou, bez příměsí hlenu či krve. Čas od času se objeví potíže ve smyslu zácpy, kdy 3-4 dny není stolice.

Většinou to bývá, když jsou jiné potíže a nemůže se adekvátně pohybovat. Např. při nachlazení a delším pobytu na lůžku. Projímadla neužívá. V nemocnici zatím stolice nebyla. Toto dává do souvislosti s omezením pohybu a s cizím prostředím. Na otázky ohledně vyprazdňování odpovídá s ostychem.

(7,8)

3.3.1.5 Odpočinek a spánek

Pan B. první noc v nemocnici spal velmi špatně. Doma má své rituály, které mu pomáhají k usnutí. Opakovaně se odlepily elektrody, které přišla sestra přilepit a to se pak probudil. Nutnost monitorace ekg také omezuje volbu oblíbené polohy při spánku. Je také zvyklý na nižší pokojovou teplotu v ložnici a klid. Na pokoji v nemocnici je ještě společně se dvěma pacienty, kteří jej kvůli chrápání také budili. Časté buzení se v noci způsobuje, že se ve dne necítí spánkem osvěžen. K pocitu vyspání potřebuje aspoň 8 hodin. Léky na spaní neužívá. Měl by používat přístroj s přetlakovou ventilací, ale nechal jej doma. Nebral si jej do nemocnice schválně, říká: „vypadám s ním jako mrtvola na ventilátoru“.

V nemocnici rád odpočívá s knihou či časopisem, protože se nevyspal, tak se nemůže ani soustředit. Snažil se luštit křížovku „a vůbec mu to nešlo.“

3.3.1.6 Tělesná a psychická aktivita

Pacient je zvyklý na své domácí prostředí. Doma se snaží zhubnout tím, že šlape na rotopedu. Má doma psa a pravidelně ho chodí venčit. Nyní dodržuje klid na lůžku. Čas si krátí četbou knihy nebo luštěním křížovek.

Co se týká zálib, tak hodně času tráví u počítače a u internetu. Jak dodává: „Mám hodně internetových přátel po celém světě.“

3.3.1.7 Teplo a pohodlí

Nemocniční lůžko pacientovi nevyhovuje. Říká: „Doma mám postel, která je na mě stavěná. Tady ta nemocniční je pro hubeňoury.“ Je ale rád, že si může lůžko různě polohovat.

Panu B. nevyhovuje teplota na pokoji. Je zvyklý z domova na nižší teplotu, zejména při spánku.

(7,8)

3.3.1.8 Bolest a nepohodlí

Nepohodlí je jeden ze základních problémů, pro který byl pacient přijat. S nově vzniklou fibrilací síní se současně objevily nepříjemné pocity na hrudi. Rychlou srdeční akci někdy pociťuje, někdy ne. V případě, že potíže pociťuje, tak bušení srdce popisuje „jako by se zbláznilo, buší nepravidelně, někdy až jako vrní.“ Druhým problémem, který jej obtěžuje jsou nepříjemné pocity v noze s bérčovým vředem. I když v tomto případě jde o potíže chronické, trvající již dlouhou dobu, stále jej však obtěžují a někdy se projevují i bolestí.

3.3.1.9 Sexualita

Pan B. žije s manželkou. Mají tříletou dceru. Jako problém udává svoji nadváhu, ale jinak na otázku ohledně tohoto tématu odpovídá pacient zdrženlivě. Ostýchá se o „takových věcech“ mluvit. Nerad se svěřuje s intimními věcmi. „Chlapi o takových věcech nemluví.“ Více otázek jsem tedy nepokládala.

3.3.2 Psychosociální potřeby

3.3.2.1 Jistota a bezpečí

Pacient se v nemocnici cítí značně omezen v pohybu a ve své svobodě. Chápe však, že tento postup je nutný. Říká: „doufám, že to brzo skončí.“ Stále srovnává doma a „tady“. Zdravotnickému týmu důvěřuje. Říká: „Kdybych nevěřil doktorům a sestřám, tak komu bych pak měl věřit?“ Věřící, že se jeho zdravotní stav zlepší a „bude moci domů za rodinou“.

Velkou oporou je pro něj manželka a jak říká „jeho holčička“. Očekává, že za ním budou denně docházet na návštěvy. Snaží se dát zdravotně do pořádku, aby se mohl i do budoucna postarat o svoji rodinu. Dodává: „Víte, chtěli bychom s mojí ženou ještě jedno dítě, rád bych měl kluka.“

(7,8)

3.3.2.2 Soběstačnost

Pacient je v domácím prostředí plně soběstačný. Stará se i o svoji rodinu, kde žije společně s manželkou a jejich dcerou. Pomáhá manželce s domácími pracemi, s péčí o dceru a stará se i o psa. Nyní za hospitalizace, díky nutnosti dodržování klidu na lůžku a monitoraci ekg, musí řadu věcí omezit a o řadu věcí žádat sestru. Říká: „Cítím se jako lev v kleci, jenom místo mříží jsou tady tyhle dráty.“

3.3.2.3 Komunikace

Pan B. je velice komunikativní a projevuje se spontánně. Neměla jsem problém s navázáním kontaktu. Na moje otázky odpovídal velmi ochotně. Pacient má určité problémy s komunikací na pokoji, související s nočním chrápáním a z toho pramenícího podrážděného chování spolupacientů. Má také pocit jako by se ho štítily i kvůli tomu, že má bércový vřed.

S ostychem odpovídal na dotazy ohledně vyprázdnování a sexuality.

3.3.2.4 Informace

Pacient nebyl dosud dobře informován o novém onemocnění, rizicích s nimi spojenými, léčbě, ani režimových opatřeních. O ostatních onemocněních je informován dostatečně. Řadu informací si sám našel na internetu. Říká: „Některé věci bych snad radši nevěděl.“

3.3.2.5 Rodina a sociální zázemí

Pan B. žije ve společné domácnosti s manželkou, dcerkou a psem. Bydlí v paneláku ve 4.patře s výtahem. Ve svém okolí má i několik dobrých přátel, se kterými se s manželkou stýkají. Dříve jezdili na různé výlety. Jak říká: „Teď už bych jim při chůzi nestačil.“ Tak se vzájemně alespoň navštěvují. Spoustu přátel po celém světě si také vytvořil po internetu.

3.3.2.6 Duchovní potřeby

Pacient není věřící. Do kostela nechodí, říká: „Na to já nejsem.“ Není ani stoupencem konkrétního náboženství. V žebříčku životních hodnot dává na první místo zdraví a rodinu.

(7,8)

3.4 Ošetřovatelské problémy (diagnózy)

6. 2. 2006

- **Pocit bušení srdce z důvodu fibrilace síní**
- **Porucha spánku z důvodu syndromu spánkové apnoe a vyšší teploty na pokoji**
- **Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy v důsledku nevhodných návyků při jídle**
- **Změny na kůži z důvodu přítomnosti bércového vředu**
- **Izolace sociální z důvodu změny tělesného vzhledu**

7. 2. 2006

- **Zácpa z důvodu změny prostředí a nedostatku pohybu**

9. 2. 2006

- **Nedostatek informací o nově vzniklém onemocnění a s ním souvisejícím léčebným režimem, o dietních opatřeních při antikoagulační terapii z důvodu nedostatečného vysvětlení zdravotníky**

(1,2,8)

3.4.1 Pocit bušení srdce z důvodu fibrilace síní

Cíle:

Pacient je informován o arytmií.

Necítí již pocit ohrožení arytmií.

Je zabezpečena monitorací ekg, TK a saturace krve kyslíkem.

Plán ošetřovatelské péče:

Zajistit pro pacienta dostatek informací o arytmií včetně informačních brožůrek.

Zajistit pro pacienta klid.

Zabezpečit monitoraci ekg pomocí bedside monitoru, měření TK rtuťovým tonometrem, sledování okysličení krve pulsním monitorem.

Realizace:

Při rozhovoru s pacientem jsem se pokusila pacientovi vysvětlit důležitost a smysl monitorace při arytmií. Opakovaně jsem mu objasnila, jak souvisí nepříjemné pocity v okolí srdce s arytmií. Ekg monitorováno po celých 24 hodin. TK zpočátku měřen v hodinových intervalech, které se postupně prodlužovaly. Saturace krve kyslíkem byla nejprve měřena kontinuálně a poté již jen několikrát denně.

Hodnocení:

Pocity bušení srdce za hospitalizace ustoupily hned v prvních dnech a poté se již objevovaly výjimečně. Tím se zmínil pacientův pocit ohrožení arytmií. Díky informovanosti již také nepovažuje pocity bušení srdce za život ohrožující. Je však informován o závažnosti arytmiie.

Byla zabezpečena monitorace ekg, TK a saturace krve kyslíkem.

(1,2,8)

3.4.2 Porucha spánku z důvodu syndromu spánkové apnoe a vyšší teploty na pokoji

Cíle:

Pacient udává zlepšení spánku po dobu hospitalizace.

Pacient udává zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti.

Je zmírněno chrápání.

Plán ošetrovatelské péče:

Zjistit od pacienta podrobnosti o spánkových rituálech, pomáhajících navodit spánek v domácím prostředí.

Zajistit pro pacienta klid při spánku.

Zajistit pokojovou teplotu při spánku, na kterou je zvyklý.

Zajistit přístroj pro přetlakovou ventilaci v nočních hodinách.

Zajistit pro pacienta samostatný pokoj.

Realizace:

Při rozhovoru s pacientem jsem se pokusila zjistit podrobnosti o jeho spánkových rituálech. Na toto mi pacient odpověděl, že jich je mnoho a některé se v nemocničním prostředí nedají realizovat. Například každý večer před spaním chodí vyvenčit psa, to mu pomůže „vyvětrat si hlavu“ a pak se mu lépe usíná. Nabízené léky na spaní u pacienta nejsou vhodné s ohledem na syndrom spánkové apnoe. Doporučila jsem alespoň čaj z meduňky lékařské, která pomáhá navozovat spánek. Podařilo se pacienta přesvědčit, aby mu rodina donesla přístroj k zajištění přetlakové ventilace. Požádala jsem sestru vykonávající noční směnu o vyvětrání pokoje před spánkem (nutnost klidu na lůžku při monitoraci ekg), v dalších dnech pacient vykonával sám. Z důvodu téměř plně obsazeného oddělení se nepodařilo zajistit pro pacienta samostatný pokoj.

Hodnocení:

Spánek se po dobu hospitalizace u pacienta zlepšil, ačkoli si stále stěžoval na probouzení se během noci. Po donesení přístroje k přetlakové ventilaci rodinou došlo k výrazné redukci chrápání a ostatních projevů spánkové apnoe. Současně se zlepšil pocit odpočatosti po spánku.

(1,2,8)

3.4.3 Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy v důsledku nevhodných návyků při jídle

Cíle:

Pacient je informován o častých chybách v životním stylu, které způsobují zvýšený příjem potravy.

Pacient respektuje podaná doporučení ve stravovacích zvyklostech.

Dlouhodobé cíle:

- Pacient zredukuje tělesnou hmotnost o 2 kg za měsíc.
- Dojde ke zlepšení zdravotního stavu s projevy tělesné i duševní svěžesti.
- Dojde ke zlepšení sebevědomí souvisejícího s tělesným vzhledem.

Plán ošetrovatelské péče:

Zajistit konzultaci s nutričním terapeutem po dohodě s ošetřujícím lékařem.

Sledovat denní příjem potravy a tekutin, kdy, kde a jak pacient jídlo a tekutiny konzumuje.

Zajistit opakující se motivaci pro snížení tělesné hmotnosti.

Informovat nemocného o vztahu mezi zdravím a nadváhou.

Doporučit pacientovi, aby se vážil jednou týdně, ve stejnou dobu, ve stejném oblečení a na stejné váze a údaje o hmotnosti si zapisoval.

Povzbuzovat nemocného k osobním odměnám za dosažené výsledky.

Před propuštěním do domácího ošetřování informovat nemocného o vhodných pohybových aktivitách.

Realizace:

Po dohodě s ošetřujícím lékařem jsem zajistila opakovanou konzultaci s dietní sestrou, která nemocného poučila a vybavila ho i písemnými instrukcemi. Již za hospitalizace jsme spolu s pacientem sledovali denní příjem potravy. Stejným způsobem byly již v minulosti vedeny rozpisy jídel pro dietní sestru. Doporučeno i nadále podobně pokračovat i po propuštění do domácího ošetřování. Po domluvě s pacientem a dietní sestrou jsme do redukční diety za hospitalizace zařadili i zeleninové dny. Také jsme mluvili o speciálních událostech v rodině a konzumaci potravin na takových společenských akcích, aby zůstal zachován celkový energetický příjem. S pacientem jsme se snažili najít vhodnou motivaci ke snížení tělesné hmotnosti a způsobu odměňování se. Spolu s ošetřujícím lékařem jsme mluvili s pacientem B. i na téma obezita v souvislosti s jeho dalšími onemocněními.

Před propuštěním jsem doporučila vhodný způsob vážení se a vedení záznamu o hmotnosti.

Ošetřující lékař doporučil pohybovou aktivitu vytrvalostního charakteru, s ohledem na možnost domácího využití rotopedu stanovena i optimální a maximální tepová frekvence, které by měl pacient při zátěži dosáhnout. O dietním stravování a pohybové aktivitě jsem mluvila i s manželkou pacienta, s jeho svolením, kdy jsme našly některé rizikové potraviny, které by měly být z jeho jídelníčku zcela vyřazeny.

Hodnocení:

Pacient přivítal rozhovor s dietní sestrou i písemné instrukce, které obdržel. Novým aspektem pro něj byly zvyklosti týkající se konzumace jídla, které do té doby nebral na zřetel (například jídlo u televize, opomíjení snídaně). Po dobu hospitalizace se podařilo pacientu B. zhubnout o 2 kg. Nadále je rozhodnut v hubnutí pokračovat. Při návštěvě manželky se dohodli, že budou hubnout společně a za každé 3 kg ubrané na váze spolu vyrazí do kina či divadla.

(1,2,8)

3.4.4 Izolace sociální z důvodu změny tělesného vzhledu

Cíle:

Pacient má uspokojenou potřebu sociálního kontaktu.

Dlouhodobé cíle:

- Pacient je zapojený do společenského života.
- Netrpí nedostatkem sebevědomí.

Plán ošetrovatelské péče:

Zajistit pro pacienta možnost návštěv rodiny a přátel na oddělení.

Naplánovat další aktivity vedoucí k zapojení do života a zvýšení sebevědomí.

Realizace:

Zajistila jsem donesení přístroje na přetlakovou ventilaci.

Díky tomu došlo k omezení chrápání a byl zlepšen vztah se spolupacienty. Návštěvy rodinou a příbuznými byly omezeny pouze počtem osob na pokoji.

Hodnocení:

Díky přístroji k přetlakové ventilaci došlo k omezení chrápání a tím se povedlo zlepšit vztahy se spolupacienty. Díky návštěvám rodiny se pacient necítil osamocený. Další hodnocení zapojení do společenského života je pak možné až po propuštění.

(1,2,8)

3.4.5 Zácpa z důvodu změny prostředí a nedostatku pohybu

Cíle:

Pacient se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice je v mezích normy.

Pacient nepocítuje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku.

Pacient nepocítuje bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci.

Pacient zná potraviny bohaté na vlákninu a zařadil je do každodenního jídelníčku.

Pacient je přiměřeně pohybově aktivní.

Plán ošetrovatelské péče:

Obeznámit pacienta s potravinami, které obsahují ve zvýšeném množství vlákninu.

Informovat pacienta o cvicích, zpevňujících břišní stěnu a doporučit další redukci tělesné hmotnosti.

Zajistit pacientovi nestresující prostředí na defekaci.

Při neúčinnosti předchozích opatření podat klyisma či farmakologické prostředky.

Realizace:

Do diety byly zařazeny zeleninové dny.

Byl dodržován pitný režim a vyrovnaná bilance tekutin.

Na toaletu byl vždy pacient odpojen od bedside monitoru.

Hodnocení:

Díky režimovým opatřením, která byla za hospitalizace zavedena, nebyly nakonec jiné prostředky zapotřebí. Stolice nebyla každý den a jisté psychické potíže v důsledku narušení intimity za hospitalizace přetrvávaly. Domů však již pacient odchází se znalostí problematiky a obeznámen s režimovými opatřeními.

(1,2,8)

3.4.6 Změny na kůži z důvodu přítomnosti bércového vředu

Cíle:

Odstranění otoku

Zmírnění svědění

Dlouhodobý cíl:

- Zhojení defektu

Plán ošetrovatelské péče:

Sledovat druh a vzhled změn + sekreci.

Ošetřovat vřed dle ordinace lékaře, sledovat reakci kůže.

Sledovat velikost a proces hojení vředu a informovat lékaře.

Zajistit masti k ošetřování bércového vředu z domova.

Aplikovat léky k celkové terapii.

Po konzultaci s ošetřujícím lékařem doporučit pacienta do ambulance hojení chronických ran.

Realizace:

Rána byla obden převazována stejným způsobem, jakým pacient ránu ošetřoval doma, tj. na okraje defektu indiferentní zinková pasta, Debrisan plv. do defektu.

Jako celková terapie byla nasazena antibiotická léčba dle výsledku kultivace.

Ačkoli rána jako taková byla převazována obden, kvalita obvazu byla kontrolována denně. K dalšímu ošetřování pak byl pacient po dohodě s ošetřujícím lékařem objednan do kožní ambulance, zabývající se moderními postupy léčení chronických ran.

Hodnocení:

S ohledem na krátkou dobu hospitalizace nebylo možné dosáhnout výraznější změny rány, i když jistého zlepšení dosaženo bylo. Zmírnil se otok i zarudnutí okolí rány.

Pacient uvítal odeslání do specializované kožní ambulance.

(1,2,8)

3.4.7 Nedostatek informací o nově vzniklém onemocnění a s ním souvisejícím léčebným režimem, o dietních opatřeních při antikoagulační léčbě z důvodu nedostatečného vysvětlení zdravotníky

Cíle:

Nemocný má dostatek informací o novém onemocnění, léčbě včetně dietního opatření.

Pacient informace správně chápe a v plné šíři jim rozumí.

Nemocný dovede informace přiměřeně využívat.

Plán ošetrovatelské péče:

Zprostředkovat rozhovor s ošetřujícím lékařem.

Povzbuzovat pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné.

Poskytovat informace po malých částech a ponechat časový prostor na otázky.

Poskytnout pacientovi informace písemně formou informačních brožur.

Realizace plánu:

Požádala jsem ošetřujícího lékaře pana B. o rozhovor s ním a informovala jej o nedostatku informací o novém onemocnění a starostech pacienta zvládnout nově vzniklou situaci. Ošetřující lékař si pacienta pozval na vyšetřovnu a podrobně mu vysvětlil, co obnáší nově vzniklé onemocnění, seznámil jej s léčbou a ve zkratce jej informoval i o dietních omezeních. O poskytnutí podrobnějších informací včetně informačních letáků jsem byla požádána já. Při opakovaných návštěvách u jeho lůžka se poté vždy informoval, zda pan B. všemu rozumí. Pacienta jsem povzbuzovala k dotazům a při každém rozhovoru s ním jsme diskutovali o problémech, které souvisejí s nově vzniklou nemocí. Na žádost ošetřujícího lékaře jsem pacientovi vydala informační letáčky, ve kterých je přehledně uvedeno, co vlastně antikoagulační léčba je, jaká jsou při ní rizika a jaká dietní opatření je nutné při této léčbě dodržovat (příloha č. 1).

Hodnocení ošetrovatelské péče

Pan B. byl spokojen, ačkoli mu stále na mysl přichází další a další otázky, je rád, že ví, kde informace najde. Protože se velmi zabývá počítači, říká, že se těší domů a ještě si

nějaké informace dohledá na internetu. Stále se však obává, jak skloubí dietní opatření při léčbě warfarinem spolu s dietou při hyperurikémii a hyperlipoproteinémií.

(1,2,8)

3.5 Edukace

Po předchozím rozhovoru s pacientem jsem vytipovala několik oblastí, ve kterých je nutno doplnit informace. Jsou oblasti, kde pacientovi informace zcela chybí a je nutno jej plně informovat. V další oblasti jsou informace neúplné a je potřeba je doplnit. V poslední oblasti pak jsou informace dostatečné. Jejich opakování však podtrhuje jejich důležitost a případně se může při edukaci objevit skutečnost, kterou pacient předtím neznal. V konkrétních oblastech jde pak o problematiku dietní, problematiku pohybové aktivity a problematiku spánkové hygieny.

3.5.1 Edukace v oblasti pohybové aktivity

Jde jednak o nalezení pohybové aktivity, která by byla pro pacienta přijatelná a díky níž by došlo ke zvýšení výdeje energie a v optimálním případě k hubnutí. Důležitou částí je i obnovení zatím nedostatečné tělesné kondice. Jako ideální aktivita se jeví rotoped, který má pacient doma. Jde tedy jen o to, aby jej využíval a současně o potlačení rizik souvisejících s arytmií a srdečním selháváním v minulosti. Rotoped je vybaven senzorem, monitorujícím tepovou frekvenci. Po domluvě s ošetřujícím kardiologem byla v domácí péči doporučena maximální zátěž s tepovou frekvencí o maximum kolem 160/min s ohledem na věk. Dále pak pacient odeslán do specializované ambulance zabývající se cvičením kardiaků. Další fyzická aktivita pak byla doporučena s ohledem na nedostatečnost tonu břišní stěny a s tím souvisejícími potížemi při defekaci. Byly doporučeny cviky posilující břišní stěnu.

3.5.2 Edukace v oblasti spánkové hygieny

U pacienta je primárně porucha spánku se závažnou odezvou na zdravotní stav. Běžné prohřešky proti spánkové hygieně tak mohou mít daleko zásadnější dopad. Probrala jsem s pacientem jeho zvyklosti a činnosti, které předcházejí spánku. Jako nevhodné

jsem označila cvičení před spaním a usínání při hudbě. Častou chybu pacient dělal při požití kávy

ve večerních hodinách. Naopak velmi vhodná je noční procházka s venčením psa na čerstvém vzduchu. S ohledem na redukční dietu se pacient vyhýbá běžným prohřeškům, jako je alkohol a jídlo na noc.

3.5.3 Edukace v oblasti stravy

Jde o oblast nejsložitější s ohledem na několik diet, které musí pacient respektovat.

- Zvláště obtížná je situace při warfarinizaci a současné redukční dietě. Na jedné straně je doporučována zelenina, která na druhé straně je problematická. Situaci jsem řešila ve spolupráci s dietní sestrou. Pacient byl vybaven tabulkou s obsahem vitamínu K u některých typických potravin (příloha č.1). Přes zdánlivě konfliktní situaci mezi dietami bylo možno najít rozumný kompromis. Rizikem u warfarinizovaných pacientů není zelenina jako celek, ale především zelenina listová a některé další typy zeleniny. Při warfarinizaci pak také nejde o naprostý zákaz potravin s vitamínem K, ale zamezení excesů. Pokud bude pacient pravidelně užívat jisté menší množství byť i rizikové zeleniny, pak bude warfarinizace nastavena s ohledem na toto množství. Nebezpečí spočívá tedy hlavně ve výkyvech.
- Dieta při dyslipidémii se pak příliš neliší od již zavedené diety při redukční dietě. Vysoká množství tuků jsou riziková jak pro dyslipidémii, tak s ohledem na vysoký obsah kalorií. K doporučením u dyslipidémie patří také zvýšit přísun mořských ryb, které obsahují vysoké množství omega 3-mastných kyselin, které mají pozitivní dopad na kardiovaskulární aparát.
- Pro hyperurikémii bylo doporučeno omezení užívání rizikových potravin – alkohol, káva, čaj a zvěřina či maso mladých zvířat.
- Naopak s přihlédnutím k zácpě bylo doporučeno navýšení potravin, obsahujících vlákninu – jako je celozrnné pečivo, zelenina atd. Vhodné je i přidávat do potravin otruby, které obsahují vysoké množství vlákniny.

Všechna dietní doporučení pak byla probrána s manželkou, která pro manžela jídlo připravuje a je tedy nejdůležitějším člověkem, který ovlivňuje dietní zvyklosti manžela i celé rodiny. I zde se největším problémemjevilo omezení zeleniny. Podrobně jsem s manželkou probrala možnosti diety a rizikové potraviny.

(8)

3.6 Závěr a prognóza

Jde o pacienta s četnými onemocněními vnitřních orgánů, které mu znepříjemňují běžný život. Ať již jde o běžnou fyzickou aktivitu nebo jde problémy estetické, spojené s obezitou. Choroby však především zhoršují funkci srdce a jako takové pacienta ohrožují na životě. Medikamentózní terapie je nyní jistě nutná, ale s ohledem na to, že počátek onemocnění souvisí se vznikem obezity, je minimálně stejně důležitá úprava životního stylu.

Režimová opatření se tedy jeví jako stěžejní a z tohoto důvodu jsou vhodné opakované ošetřovatelské intervence, které pacientovi mohou pomoci najít správnou cestu a zlepšit informovanost o svém onemocnění. Ačkoliv plánovaná bandáž žaludku může zásadním způsobem ovlivnit redukci hmotnosti, ani poté nebude možno opustit dietní opatření. Pacienta je nutno neustále motivovat pro další redukci hmotnosti. Úkolem rodiny a v tomto případě hlavně manželky je pacienta podporovat v započaté změně životního stylu.

Jednou z důležitých součástí jsou stravovací návyky, kde proběhla konzultace s manželkou a ta pak bude vycházet při vaření z doporučovaných dietních opatření.

Pohybová opatření jsou dalším pilířem nezbytným k obnovení fyzické kondice a pocitu zdraví. Protože pacient v minulosti prodělal pravostranné srdeční selhání, nelze pohybovou aktivitu vykonávat bezhlavě. Pacient byl objednan do specializované ambulance, zabývající se cvičením kardiaků a byla doporučena fyzická aktivita s odpovídající tepovou frekvencí srdce. Pohybová aktivita je velmi vhodná metoda k redukci hmotnosti. Je nutné zvýšit výdej na úkor příjmu energie. Na druhou stranu i když nedojde k redukci hmotnosti, dalším důležitým efektem je zlepšení fyzické kondice. Při nadváze je fyzická kondice velmi důležitým prvkem. Dle posledních studií

mají pacienti s dobrou kondicí a obezitou lepší prognózu než pacienti hubení, ale se špatnou fyzickou kondicí.

Co se týká dalšího vývoje nemocného, je myslím opodstatněný optimismus již s ohledem na to, že pacient již dokázal shodit 13kg. Nyní se jeví jako dostatečně motivovaný a informovaný o všech složkách jeho nemoci.

Po zhodnocení celkového stavu pacienta lze konstatovat, že jeho další vývoj se může odvíjet zcela rozdílným způsobem. Na jedné straně při dodržování všech režimových opatření lze očekávat příznivý vývoj onemocnění. Vývoj nemoci lze zastavit a v ideálním případě i zvrátit. Na druhou stranu při nedržení režimových opatření nelze očekávat ani při maximální medikamentózní terapii zlepšení stavu. Naopak onemocnění může nadále pokračovat s narůstající obezitou se pak bude zvyšovat zátěž srdce a narůst rizika dalšího srdečního selhání.

V rámci svých možností jsem pro pacienta udělala maximum, aby se jeho další vývoj ubíral směrem zlepšující se fyzické kondice a postupné redukce váhy. Jako velmi prospěšná se mi jevila zvláště spolupráce s manželkou pacienta, která je pro něj hlavním motivujícím prvkem.

4. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) Doenges, Marilyn E.; Moorhouse, Mary Frances Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 2) Červinková, E. Ošetrovatelské diagnózy. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-358-9.
- 3) Wagner, P. Laboratorní referenční hodnoty. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-006-8
- 4) Klener, P. Vnitřní lékařství. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-007-X
- 5) Nevšímalová, S.; Šonka, K. Poruchy spánku a bdění. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-37-3
- 6) Česká kardiologická společnost [online]. Brno. [cit.2006-03-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.kardio-cz.cz>>.
- 7) Chorobopis nemocného
- 8) Informace od nemocného, ostatních sester a ošetřujícího lékaře

PŘÍLOHY

Příloha č.1: Dietní omezení při perorální antikoagulační léčbě

Co je to antikoagulační léčba?

Účelem antikoagulační léčby je snížení krevní srážlivosti. Aby fungovala, je třeba zabránit vitamínu K (který naopak podporuje krevní srážlivost), aby vytvořil účinné formy bílkovin krevního srážení. V podstatě jde tedy o inhibici (zabránit v působení) vitamínu K. K antikoagulační léčbě podávané perorálně (ústí) se užívají léky – kumarinové preparáty – u nás se nejčastěji podává Warfarin (3mg, 5 mg) či Lawarin (2 mg, 5 mg). Jejich nevýhodou je nebezpečí výskytu krvácivých projevů (tvorba modřin, krvácení z dásní, krvácení při holení,...). Proto musí být pacienti pečlivě sledováni a dávkování léku pečlivě monitorováno. Z laboratorních kontrol účinku těchto léků se nejčastěji užívá INR (= international normalised ratio, mezinárodní normalizovaný poměr). Hladinu optimálního INR určuje lékař individuálně (věk pacienta, diagnóza,... a nejčastěji se pohybuje mezi 2,0 – 3,0). Z praktického hlediska je velmi významná interakce (vzájemné ovlivňování) Warfarinu (Lawarinu) s potravinami či léky. Ty mohou účinek léčby zvýšit (pak hrozí krvácení) nebo naopak snížit (pak je léčba neúčinná).

Příklady látek zvyšujících účinek Warfarinu, Lawarinu:

- alkohol
- léky (allopurinol, amiodaron, heparin, kyselina acetylsalicylová, některá antibiotika, omeprazol, vitamin E, hormony štítné žlázy)

Příklady látek snižujících účinek Warfarinu, Lawarinu:

- alkohol v dlouhodobém příjmu
- opět některá antibiotika, některé léky na spaní
- vitamin K

Proto je důležité při návštěvě lékaře vždy hlásit užívání Warfarinu či Lawarinu a nosit s sebou doklad (notýsek, kartičku,...), do kterého jsou zaznamenávány hodnoty INR a dávka léku.

Jak můžeme ovlivnit účinnost léčby Warfarinem(Lawarinem) dietou?

Cílem diety je zajistit regulovaný příjem vitamínu K, tedy zabránit jeho nadměrnému přívodu potravinou.

Obsah vitamínu K v potravinách:

- nejbohatšími zdroji jsou zelená listnatá zelenina, kapusta, květák, špenát, zelí (zvláště kysané), brokolice, bylinkové a zelené čaje, preparáty s rostlinnými výtažky Ginko biloba, Ginseng, játra
- naopak nízký obsah vitamínu K je v pečivu, rýži, těstovinách, bramborách, kořenové zelenině, mléčných výrobcích, ve většině ovoce, vepřovém mase.

Doporučená denní dávka vitamínu K při léčbě Warfarinem, Lawarinem je do 250 µg/den (mikrogramů za den).

Obsah vitamínu K v potravinách

Potraviny	µg/100g	Potraviny	µg/100g
Brokolice syrová	130-200	Avokádo	20
vařená	270	Švestky	12
Celer lodyha	300	Šípek	100
Čínské zelí	175	Jahody	13
Fenykl	240	Kiwi	29
Chřest vařený	40	Jablko	5
Kapusta listová	817	Pomeranč	5
kadeřavá	750	Boby mungo	170
růžičková	300-570	Cizrna	264
Kopr	400	Fazole	40

Květák	170-300	Hrách zelený	39
Mrkev – karotka	14	Hrách vařený	23
Okurka	16	Kukuřice	25-40
Paprika	15	Ořechy kešu	26
Petržel – nat'	620-700	Pistáciová jádra	60
Rajčata	10-23	Vlašské ořechy	2
Řeřicha	57-300	Sýr	25
Salát hlávkový	120-200	Máslo	30-60
Špenát	335-500	Mléko	3
Zelí bílé	80-175	Tvaroh	35
Kysané	62-1540	Vejce	45
Červené	25-300	Žloutek	147
Brambory	4-8	Med	24
Žampiony pěstov.	9-14	Káva	24
Oves – zrno	50	Zelený čaj	712
- vločky	63	Hovězí maso	210
Pšenice	17	Vepřové maso	18
- naklíčená	350	Kuřecí maso	300
Sója	190	Kuřecí srdce	720
- mouka	200	Kuřecí játra	80
Sójový olej	193-542	Hovězí játra	75-93
Slunečnicový olej	7-10	Slanina	46
Olivový olej	200-400	Vepřová játra	25-88

Příloha č. 2: Vstupní ošetřovatelský záznam + plán ošetřovatelské péče

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k nácviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) M. B.

Oslovení páně B. Pojišťovna 111 - Účelová zdravotní poj. stovna;
Rodné číslo (nevyplňuj) 1973 Povolání učitel, učitel učitelů učitelů
Věk 33 let Vzdělání střední škola
Vyznání žádné Národnost ČR
Adresa Brno Telefon
Osoba, kterou lze kontaktovat manželka Lída

Datum přijetí: 5. 2. 2006
Hlavní důvod přijetí: febrilita s r. s ROK

Lékařská diagnóza:

- Febrilita s r. s rychlou odpovědí komor 5. Ullrichova
- Syndrom spankové úmrtí 6. Hypothyreóza
- Metabolické syndrom x
- Tickurckelův syndrom

Jak je nemocný informován o své diagnóze? neuplně

Osobní anamnéza: hypertenze asi 3 roky, metabolický syndrom,
léčba v. v. na předkládání subv. srdeční choroby, hyp. spankové úmrtí,
hypothyreóza na substituční th. o. p. pravost. inf. selkare na předkládání sor. pulmon.

Rodinná anamnéza: matka 61 let - hypertenze, DM, naduška, sarkóza
otec 63 let - hypertenze, hypertrofie prostaty

Vyšetření: léčiva term., EKG, RTG, ECHO srdce

Terapie: DIGOXIN 0,250mg 1-0-0; PRESTARIUM 4mg 1/2-0-0; APO FLOXSEMID 40mg 1-0-0
a 2x t. 2-0-0; VEROSPIRON 3x1, FAMOSAN 0-0-1, AFONILUM 250mg 1-0-1;
MILURIT 100mg 1-0-1; ANOPVRIN 100mg 0-1-0; EUTHYRAX 75ug 1x1;
SIMVAX 100mg 0-0-1

Nemocný má u sebe tyto léky neumí léky u sebe

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

Obecná rizika (zatrhní, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (ano)	pokud ano, kolik denně <i>5 cigaret / týden</i>	
alkoholizmus	<input type="checkbox"/> (ne)	<input checked="" type="checkbox"/> ano		
drogy	<input type="checkbox"/> (ne)	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, jaké a jak dlouho <i>/</i>	
alergie :	jídlo	<input type="checkbox"/> (ne)	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, které
	léky	<input type="checkbox"/> (ne)	<input checked="" type="checkbox"/> ano	pokud ano, které
	jiné	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> (ano)	pokud ano, na co <i>vůči lidem</i>
dekubity (změř) ✓				
pneumonie (změř) ✓				

Důležité informace o stavu nemocného: *Patient při vědomí, orientován, na memorii*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *K plánované operaci, lékař mi ale řekl, že mi utíká srdíčko.*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Nevím*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Ještě změnil, takže doufám, že se nijak zasáhne.*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *Doufám, že srdíčko přistane utíkat a budu moct jít na operaci.*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Už jsem v nemocnici ležel a pravidelně sem docházím. Prostrádu znám, ale je to takové rutinní zlo.*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *Snad pár dní.*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *Zatím moc ne.*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *Ani ne.*

upřesněte... /

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<input checked="" type="checkbox"/> (při vědomí)	somnolence	koma
- kontakt navázán	<input checked="" type="checkbox"/> (rychle)	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<input checked="" type="checkbox"/> (bez problému)	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<input checked="" type="checkbox"/> (snaha spolupracovat)	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?

pokud ano, upřesněte. ano ne
bolest v místě krevního vředu

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím

pokud ano, upřesněte. ano ne
dlouho
jak dlouho? *první už nem - několik měsíců*

- Na čem je vaše bolest závislá? *keťe dělá stopm škrbe z*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? *první zru si to, druhým si nohy natáhn*
- Kde pociťujete bolest? *Na pravé noze, kde mám ten vřed*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *Zitadru to snad sam jako doma*

Objektivní hodnocení sestry:

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *Nemociční lůžko pacientovi vyhovuje, ale je rád, že*
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změře): *19 míře polohovat.*
Pacient pociťuje bolest v pravé oblasti krevního vředu. Bolest je chronická

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?

pokud ano, upřesněte. ano ne
dušnost při námaze - chůze do schodu

- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?

pokud ano, upřesněte. ano ne
Jak jste je zvládal? *vykybanse kopcem, jezdim vytahem*

- Máte nyní potíže s dýcháním ?

pokud ano, co by vám pomohlo? ano ne

- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?

pokud ano, zvládnete to? ano ne nevim
jsm zvyklý

- Kouříte ?

pokud ano, kolik? ano ne
řu věč jsm, teď už ne jenom „jednou za

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

Bez rýmy, kašle, bez známek infekce v horních dýchacích cestech a strachu
Dušný při námaze - chůze do kopce, schodu, v klidu ne.
Nejvíce pokašle s dechem ve spánku - výpadky až 30 s dlouho.

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při mytí ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?

ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno odpoledne večer kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*
Soběstačný, čistý, upravený, o osobní hygienu dbá.
Nyní sprcha 2x denně už se pok.

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou + mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *Mám seboreoickou dermatitidu*
- Svědí vás kůže? ano *musíme se starat*

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruženiny, rány, jizvy, atd.*
zarudlá kůže v oblasti nosu. Na zádech pigmentové skvrny.
zvyšuje mastnost vlasů. Během m. d. v.

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
 - pokud ano, upřesněte..... x
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik?) „o moc“ nižší (o kolik?)
- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul přibral *o 13 kg*
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? *„Snažím se stavět dietu“*
 - Je něco, co nejíte? ano asi ne
 - pokud ano, co a proč?
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - pokud ano, upřesněte..... *radu krm*
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ano ne
 - pokud ano, upřesněte..... *„Porušuji občas dietu.“*
 - Co by mohlo váš problém vyřešit? *„tlačí první ústí“*
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
 - pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat? *„snad ano“*

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.*

Obězň, pitný režim dodržuje.

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete? vodu mléko ovocné šťávy *čokoládu pítrovou vodu*
kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád? *asi pivo je moc kalorické*
- Kolik tekutin denně vypijete? *asi 2-3 litry*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? (ano) ~~ne~~

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

Projevy dehydratace nemá. Pije hlavně čaj a neperli.ou vodu, kterou mu donesla rodina

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x denně, občas sklon k zácpě*
- Máte obvykle (normální stolicí)
+ zácpu občas
příjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *Ráno*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? (ano) ne
pokud ano, co to je? *řepka*
- Berete si projímadlo? (nikdy)
příležitostně
často
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí? (ano) ~~ne~~
pokud ano, jak by se daly řešit? *zapojit od roku přístroje a jít domů*

Objektivní hodnocení sestry:

Pacient s nutností monitorace, omezený pohyb + uží prostředí způsobuje zácpu. Vnímá tento stav velmi špatně.

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?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ~~ano~~ (ne)
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

Bolost při močení nemá, přimisiáni zápacke nudaáá. odpovídá s ostyckem.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
pokud ano, upřesněte „ ano ne“ *Muším mít ten přístroj*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

Pacient s nutností monitorace, spíše pobyt na lůžku.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?

Objektivní hodnocení sestry:

Zrak i sluch v normě. Brýle ani naslouchadlo nemusí.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *Jsem prodávče v počítaři "technický a méně, částičně" 10*
Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte „*Abych zhubl*“
Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
Co děláte rád ve volném čase ? *čtení se rodině a psaní*
Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?
... seá rum
Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *... až přijde má žena, tak ji za mnou prosím pustit*

Objektivní hodnocení sestry:

Připojením na monitor se učí „svázany“. Rád by se více pohyboval i kdyby mu jeho počítač.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *1 hodinu*
- Máte doma potíže se spánkem
pokud ano, upřesněte: *(ano) prý v noci i nedýchám, budím se*
- Kolik hodin obvykle spíte? *1 hodinu*
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
pokud ano, upřesněte: *ne*
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? *moje nadváha*
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *mám jehru spousta*
- Berete doma léky na spaní? ano ne
pokud ano, které: *ne*
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *Ne*

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

První noc spal špatně. Je zvyklý na své lůžko, nižší pokojnou teplotu a klid. Měl by používat přístroj s přítlačnou ventilační, ale nechal jej doma.

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: *ne*
- Očekáváte, že se znění po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
pokud ano, upřesněte: *ne*

Pacient se „nerad svěřuje s intimnostmi“, proto jsem u něj otázky nepokládala.

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

- | | | | |
|--|--------------------------|---------------------|---------|
| - emocionalita | <u>stabilní</u> | spíše stabilní | labilní |
| - autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| - adaptabilita | <u>přízpůsobivý</u> | nepřízpůsobivý | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| - orientace
(časem, osobou, místem) | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| - celkové ladění | úzkostlivý <u>smutný</u> | rozzlobený | |
| | sklíčený | apatický | |

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? *S manželkou, dcerou a psem*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *Manželka a dcera*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *Manželce*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? *„Snad žádný“*
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? *úřad munitky, i rodinu snad*
- Je na vás někdo závislý? *Moje rodina*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *„Doufám, že lépe než teď“*
- Kdo se o vás může postarat? *„Moje žena, ale snád se budu o sebe starat sám“*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

Jan D. žije s manželkou a dcerou v paneláku ve 4. patře s výtahem. Ve svém okolí má několik dobrých přátel

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

„že už vám toho napovídá, vždyt umíte na starost jen mne. Pomáhejte mi dost a já vám kdyžtak řeknu“

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

Pacient komunikativní, kontakt navázán bez potíží.

S nemocničním prostředím se vyrovnává dobře

Mírně nervózní.

Důležitá je péče o spánek, kterému pacient přikládá velký význam pro své „uzdravení“. Dále snaha o další redukci.

Doplnit informace o nově vzniklém onemocnění a jeho důsledcích, pacient se stává častěji během rozhovoru dotazyjiv.

1

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestry
6.2.06 1)	Pocit bušení srdce z důvodu febrilae sinu	<ul style="list-style-type: none"> N je informován o významu nechá pocit ohřívání významu načerpá monitoraci EKG, TK a saturaci krevního kyslíkem 	<ul style="list-style-type: none"> naposlí dostupná informace naposlí klid načerpá monitoraci EKG pomocí bedside monitoru, měření TK plavidlym tonometrem, sledoval okysličení krevi pulsním monitorem 	Pocit palpitací na hospitalizaci ustoupily hned v prvních dnech a poté se objevily opětivně	7.2.06 Proxka
6.2.06 2)	Pomůcka spánku z důvodu symptomu spánkové apnoe a zvýší teploty na pokoji	<ul style="list-style-type: none"> naposlí podrobnosti o spánku zvláště vlivu léků naposlí klid při spánku naposlí pohybovou teplotu, na kterou je zvýšena naposlí přísluší pro při tlak. ventilaci v noci naposlí pro pacienta samostatný pokoj 	<ul style="list-style-type: none"> lepší spánku po dobu hospitalizace lepší pocitu ukojení pohody a ospalosti zmenšil chrápaní 	Spánek se po dobu hospitalizace lepší, ačkoli si stále musí na přikládání se lžičkou noci. Po domění přísluší pro přístroj ventilaci nastaven dříve k závažné redukci chrápaní.	7.2.06 Proxka
6.2.06 3)	Pomůcka zvýšení příjmu políazy v důsledku nevhodného množství při jídle	<ul style="list-style-type: none"> N má přičinlivý, klidný a přívětivý výběr příjmu políazy je se vědomí změny v stravování už v předchozích DLOUHODOBÉ CÍLE N dojde k přiměřené tělesné hmotnosti vzhledem ke své věku dojde ke zlepšení vzhledu o příjmu tělesné a duševní stabilitě dojde ke zlepšení tělesné kvalitativního a tělesného vzhledem 	<ul style="list-style-type: none"> naposlí konzultaci s nutričním specialistou po dobu s ošetřováním u pacienta sledoval denní příjmy políazy naposlí spánky a mluví s pacientem klidně a smotně informoval N o vztahu mezi stravováním a nádobou domluvil si maso, zeleninu a rajčata poradil N k osobním odměnám na dovození výsledky přítel propuštěním do domácího ošetřování informoval nemocného o zdravotních přístrojích a klidně 	Pacient přivítal rozhovor s dietní stravou a příjmy instrukce. Po dobu hospitalizace se podařilo namo B. přiblížit o 2 kg nadále je rozhodnut o redukci vzhledem po návštěvě manželky a dohledu, se budou kubnovat s dietní a příjmy se budou se uvnitř odměňovat.	9.2.06 Proxka

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 sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
6.2.06	4) Stlačí svalů z důvodu smířný přímého vzhledu	<ul style="list-style-type: none"> umožnit části návštěvy rodiny a přátel DLOUHODOBÉ CÍLE N je zapojen do společenského života vstupí natolik, jak mu bude schopno 	<ul style="list-style-type: none"> zajistit pro N možnost návštěv na oddělení naplánovat další aktivity vedoucí k zapojení do života a zvýšení střednědobé 	<p>Děty včasně donesly mým příslušným k návštěvám konečnou reakci došlo k omezování chování a nyní se povedlo přijít vztahy se spolupráci.</p> <p>Děty návštěvy rodiny a N měli oxymorfy další hodnocení zapojení do společno- střednědobé je možné až po napuštění</p>	7.2.06	Prosecka
7.2.06	5) zágrá z důvodu smířný prostředí a nedostatek pohybu	<ul style="list-style-type: none"> N se pravidelně vyprazdňuje N nepociťuje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku N nepociťuje bolest ani nad- měrnou namáčku při defekaci N zná polohy vhodné na stolování a návrat do jídelničky je přiměřeně pohybové aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> obeznámit N s polohami, které obstojí se zvýšením množství stolování informovat N o účinku hrubých bídní stínu a doporučit další redukci tělesné hmotnosti zajistit nutnou péči prostředím při defekaci při neúčinnosti předchozích opatření klyma či farmakologické prostředky 	<p>Stolice byla denní a fyzické obtěžování a důsledku vztahů při úvratě, ale farmakologické prostředky se použít nebyly</p>	9.2.06	Prosecka

3

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
6.2.	6) zrniny na kůži a důvodem příčinnosti bakteriálního rány	<ul style="list-style-type: none"> • rozpojení defektu • odstranění otoku • snížení svědění 	<ul style="list-style-type: none"> • studoval druzh a vzácní amin + sekuci • studoval vid ale očinnosti u kůže, • studoval na kůži kůže • studoval vliv kůže a proues hojení • rány a informoval u kůže • poskytl masti k ošetřování • v domova • apti korigit léky k uctové mapie • po konzultaci s včinným lékařem • doporučil N do ambulance hojení • chronických ran. 	<p>Gohlidom na kůži doba hospitalizace může možná avšak izolace rány, snížení svědění okoli rány. N uvítal odesláni do specializované hojení ambulance</p>	9.2.06	Pivacká
9.2.	7) nedostatek informací o nové variabilní onemocnění a s tím souvisícím léčebným režimem, o dietních opatřeních při anti koagulační léčbě z důvodu nedostatečného vyšetření paracetolu	<ul style="list-style-type: none"> • N má dostatek informací o novém onemocnění, léčbě základního onemocnění • Informace chápe a v ní má jistotu • N dostatek informací o onemocnění zvyšoval 	<ul style="list-style-type: none"> • poskytl rozhovor s včinným lékařem • poradil N, aby se ptal na vě ci mu není jasné • poskytl informace po malých částech a poskytl časový prostor na otázky • poskytl N informace písemně formou informačních listů 	<p>Pan D. byl spokojen, ačkoli má další a další otázky, v které informace najde. Stále se ale o skloubení dietních opatření při léčbě warfarinem spolu s dietou při hypotenzii potvrdí a hypertenzi</p>	9.2.08	Pivacká