

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S AKUTNÍM NETRANSMURÁLNÍM INFARKTEM MYOKARDU

Bakalářská práce

BLANKA LEITERMANNOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Sentivanová

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 16.3.2009

.....

ABSTRAKT

Leitermannová, Blanka. Akutní netransmurální infarkt myokardu. Praha, 2009. Bakalářská práce.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Lenka Sentivanová.

Hlavním tématem bakalářské práce je akutní netransmurální infarkt myokardu. Teoretická část práce charakterizuje onemocnění, faktory ovlivňující velikost infarktu, rizikové faktory vzniku ischemie a klinický obraz akutního infarktu myokardu. Dále zde uvádím léčbu, komplikace a prognózu onemocnění. Nosnou částí práce je ošetrovatelská péče o nemocného a edukace pacientky, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: akutní netransmurální infarkt myokardu, edukace, ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

Leitermannová, Blanka. Acute Non-Q-Wave myocardial infarction. Prague, 2009.
Bachelors work.

University of Health o.p.s.. General nurse. Trainer: PhDr. Lenka Sentivanová

The main topic of this bachelors work is acute Non-Q-Wave myocardial infarction. The theoretical part of this work characterize diseases, factors affecting the size of heart stroke, risk factors of ischemia and the clinical picture acute myocardial infarction. In addition, I mention here treatment, complications and prognosis of the disease. Structural part of this work is nursing care of a patient together with patient education, which is an integral part of nursing care.

Key words: acute Non-Q-Wave myocardial infarction, education, nursing care

PŘEDMLUVA

Prevence je prioritou každé společnosti. Vzdělávání populace hraje rozhodující roli. Akutní infarkt myokardu patří mezi nejčastější příčiny úmrtí.

Tato práce vznikla, aby poukázala na náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s akutním infarktem myokardu. Považujeme za důležitou i edukaci pacienta v průběhu hospitalizace.

Výběr tématu byl ovlivněn výskytem onemocnění v rodině. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních a internetových pramenů.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Sentivanové za pedagogické usměrnění, podnětné rady, podporu a trpělivost, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	10
1. 1. 1 Faktory ovlivňující velikost infarktu	10
1. 1. 2 Rizikové faktory pro vznik ischémie.....	11
1. 1. 3 Klinický obraz akutního infarktu myokardu	12
1. 1. 4 Diagnostika akutního infarktu myokardu	12
1. 1. 5 Léčba akutního infarktu myokardu.....	14
1. 1. 6 Komplikace akutního infarktu myokardu.....	16
1. 1. 7 Ošetrovatelská péče o nemocného s AIM	16
1. 1. 8 Prognóza onemocnění.....	17
1. 2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY.....	18
1. 2. 1 Osobní údaje	18
1. 3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY	18
1. 3. 1 Nynější onemocnění	18
1. 3. 2 Stav při přijetí.....	20
1. 4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE.....	22
1. 4. 1 Přehled provedených diagnosticky významných výkonů	22
a vyšetření.....	22
1. 4. 2 Přehled hodnot sledovaných fyziologických funkcí.....	22
1. 4. 3 Základní vyšetření	23
1. 4. 4 Přehled farmakoterapie.....	24
1. 4. 5 Dietoterapie	29
1. 4. 6 Fyzioterapie	29
1. 5 STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	30
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
2. 1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	31
2. 1. 1 Základní potřeby.....	31
2. 1. 2 Psychosociální potřeby	34
2. 2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	36
2. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	36
EDUKACE.....	45

ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	50
SEZNAM PŘÍLOH	52

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „ošetřovatelská péče o pacienta s akutním netransmurálním infarktem myokardu“.

Akutní infarkt myokardu (AIM) patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Přibližně jedna třetina všech úmrtí je způsobena ischemickou srdeční chorobou a z ní jedna polovina akutním infarktem myokardu. Asi 25 % nemocných umírá dříve, než jsou hospitalizováni. Z hospitalizovaných nemocných má 10-20 % nekomplikovaný průběh a 80-90 % má různé komplikace. Mezi tyto komplikace patří arytmie, městnavé selhávání levé komory, kardiogenní šok a tromboembolie. Nejzávažnější komplikace pro nemocného jsou ruptury srdeční přepážky. Celková úmrtnost nemocných s AIM je zhruba 50 %. Největší počet úmrtí na AIM nastane v první hodině onemocnění, ještě před přijetím do nemocnice. Hospitalizační úmrtnost nemocných s AIM je podstatně nižší - zhruba 10 %, do nemocničního ošetření se však dostane jen menší část postižených, kteří přežili nejnebezpečnější období infarktu v prvních hodinách. /17/

Závažnost není jen v počtu nemocných a zemřelých, ale také ve stále se snižující věkové kategorii. Onemocnění postihuje i mladé lidi, kteří jsou v produktivním věku a prodělané onemocnění jim způsobuje, kromě jiných, také pracovní a ekonomické problémy.

V tuto chvíli ztrácí na významu primární prevence a všechny snahy o předcházení kardiovaskulárního onemocnění. Do popředí se dostává sekundární prevence. Její snahou je zabránit recidivě již vzniklého onemocnění a zamezit komplikacím, které po takto závažném onemocnění mohou vzniknout.

Role sestry spočívá nejen v ošetřovatelské péči o pacienta s akutním infarktem myokardu, ale i v seznámení pacienta s rizikovými faktory, které mohou vyvolat opětovné onemocnění. Pacient by měl vědět, jaká režimová opatření jsou po infarktu myokardu vhodná a jakou má vést životosprávu. Tyto činnosti sestra provádí v rámci edukace.

Pacientka byla přijata na interní oddělení pro bolesti zad a zhoršení dechu. V průběhu několika hodin se u ní rozvinul obraz akutního infarktu myokardu a následoval překlad na jednotku intenzivní péče.

Na interní jednotce intenzivní péče jsem pracovala šest let. Poznala jsem hodně pacientů se stejnou diagnózou. Ale tato pacientka byla snad jedna z mála, která ke své nemoci přistupovala celkem optimisticky. Tato práce je velmi zajímavá, ale hlavně psychicky a fyzicky náročná. Má však také pozitivní stránku, alespoň z mé strany a tou je velmi úzký kontakt s pacientem.

Pacientka mě zaujala svým pozitivním přístupem k životu, vyrovnaností a velkým zájmem o dění kolem sebe. Ošetřovala jsem ji od 16. 4. do 19. 4. 2008.

I. TEORETICKÁ ČÁST

KLINICKÁ ČÁST

1. 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Akutní infarkt myokardu (AIM) můžeme definovat jako akutní nekrózu buněk srdeční svaloviny vzniklou na podkladě ischemie, kdy dochází k přerušení průtoku krve věnčitou tepnou do příslušné srdeční oblasti. Patří mezi akutní formy ischemické choroby srdeční.

Nejčastější příčinou ischemie srdečního svalu je aterosklerotické postižení koronárních tepen, kdy dochází k jejich uzávěru trombem nasedajícím na aterosklerotický plát. Další příčinou ischemie myokardu může být embolie do věnčitých tepen trombem z levostranných srdečních oddílů, spasmus koronárních tepny, poranění nebo zánět koronárních tepny.

/10/

1. 1. 1 Faktory ovlivňující velikost infarktu

Průsvit tepny v místě uzávěru - čím větší průsvit tepny v místě uzávěru, tím rozsáhlejší je velikost nekrotického postižení srdečního svalu.

Existence a stav kolaterálního oběhu - v povodí hlavních věnčitých tepen jsou spojky zvané kolaterály, které propojují větve těchto tepen. Při uzávěru koronární tepny se tyto spojky (anastomózy) vlivem tlakového gradientu rozšiřují a zajistí tak průtok krve do postižené oblasti z povodí jiné tepny. Mohou tak zabránit rozvoji nekrózy myokardu při úplném uzávěru tepny.

Rychlost vzniku uzávěru - při náhlém uzávěru věnčitých tepen bez kolaterál bývá nekróza myokardu větší, protože se nemůže dostatečně uplatnit náhradní kolaterální oběh.

Spasmus věnčitých tepen - znesnadňuje průtok krve kolaterálami.

Srdeční funkce - existence srdeční nedostatečnosti (po předchozím infarktu, při arytmiích, při srdeční vadě) snižuje průtok krve koronárním řečištěm a nekróza myokardu se zvětšuje.

1. 1. 2 Rizikové faktory pro vznik ischémie

Hypercholesterolémie (hyperlipidémie) znamená zvýšenou hladinu tuků v krvi, hlavně zvýšenou hladinu LDL-cholesterolu. V cévní stěně (v intimně) se hromadí lipoproteidy nízké hustoty – LDL, které jsou hlavními nosiči cholesterolu a poškozují ji. Prostupují i do buněk medie a podmiňují jejich bujení a pronikání do endotelové vrstvy.

Hlavní příčinou hypercholesterolémie je nadměrný příjem cholesterolu a nasycených mastných kyselin v potravě. Osoby s hladinou cholesterolu nad 6,5 mmol/l mají 2,5krát vyšší riziko vzniku aterosklerózy, viz příloha č.1

Hypertenze – vysoký krevní tlak poškozuje cévní výstelku mechanicky. Hodnoty krevního tlaku 140 – 149/90 – 94 mm Hg označujeme jako hraniční hypertenzi, středně závažná hypertenze má hodnoty 160 – 179/100 – 109 mm Hg, u těžké hypertenze jsou hodnoty vyšší než 180/110 mm Hg. /10/

Diabetes mellitus (úplavice cukrová) je endokrinní onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho nedostatečným účinkem. Při diabetu se zvyšuje hladina krevních tuků a usnadňuje proliferaci cévní stěny. Diabetici patří k vysoce rizikové skupině nemocných, kteří mají v porovnání s ostatními čtyřnásobně vyšší riziko infarktu myokardu.

Obezita (otýlost) znamená nadměrné ukládání tuku spojené se vzestupem tělesné hmotnosti (BMI je větší než 30). Vzniká jako důsledek nerovnováhy mezi nadměrným energetickým příjmem a nedostatečným energetickým výdejem.

Přítomnost těchto čtyř faktorů současně označujeme jako smrtící kvarteto (metabolický syndrom X).

Kouření cigaret zvyšuje riziko koronární aterosklerózy trojnásobně. Cévní výstelka je poškozována toxickým oxidem uhelnatým a zvýšeným vyplavováním katecholaminů, které usnadňují shlukování trombocytů v místě poškození cévní výstelky a průnik lipoproteidů do cévní stěny.

Stres a tělesná inaktivita - stres je užitečnou adaptační a obrannou reakcí organismu na měnící se podmínky okolí (pozitivní stres). Škodlivým se stává tehdy, když se opakuje často nebo se změní ve stres trvalý, chronický. Při stresové reakci se aktivuje sympatický nervový systém a nadledviny. Dojde ke zrychlení krevního oběhu a srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, prohloubení dýchání, vyplavení energetických zásob (cukry,tuky), tlumení bolesti, zvýšení svalové síly a schopnosti soustředění, myšlení. Organismus je připravený k boji nebo útěku. Pohyb je součástí života člověka. Posiluje

srdce a krevní oběh, zlepšuje dýchání, zvyšuje svalovou sílu, zpevňuje kosti, snižuje riziko jejich řídnutí, zvyšuje využívání energie – brání vzniku obezity, snižuje duševní napětí. Celkově tedy snižuje riziko vzniku ischemické srdeční choroby.

Rodinná zátěž - výskyt kardiovaskulárního onemocnění v rodině je predispozičním činitelem.

Věk - riziko vzniku infarktu myokardu roste s věkem.

pohlaví - kardiovaskulární onemocnění postihují hlavně muže v produktivním věku.

/17, 21/

1. 1. 3 Klinický obraz akutního infarktu myokardu

Bolesti na hrudi (anginózní bolest, stenokardie) má nejčastěji charakter svírání, pálení, řezání, bodání za dolní polovinou sternu, odkud vyzařuje do krku, čelisti, zad, levého ramene. Někdy (u diabetiků) se šíří do břicha. Bolest u infarktu vzniká náhle, je velmi intenzivní, dlouhotrvající, nereaguje na obvyklé medikamenty (nitráty) ani na klid.

Dušnost je pocit nedostatku vzduchu provázený zvýšeným dechovým úsilím, často je příznakem levostranného srdečního selhání

Poruchy srdečního rytmu (arytmie) – bradykardie, tachykardie.

Bledá, chladná, opocená pokožka je reakcí na stres navozený jak bolestí, tak srdečním selháním.

Slabost, nauzea, zvracení jsou projevy dráždění parasymptiku, bývají u nemocných se spodním infarktem, kdy dochází při ischemii spodní stěny myokardu ke dráždění parasymptické pleteně v pravé síni.

Úzkost, strach, neklid

/10,17,21/

1. 1. 4 Diagnostika akutního infarktu myokardu

Typický klinický obraz a fyzikální vyšetření – stenokardie, známky oběhového selhání, dušnost, vykašlávání narůžovělého sputa, poslechem chrůpky, pohledem úzkost, strach, neklid, apatie, bledost, opocení atd.

Laboratorní vyšetření:

biochemická – stanovení aktivity kardiospecifických enzymů

Troponin I – po vzniku akutního infarktu myokardu (AIM) se jeho hladina zvyšuje za 3 – 4 hodiny a přetrvává 8 – 12 dnů.

Kreatinkináza (CK) – tento enzym se vyskytuje v myokardu, kosterním svalstvu a mozku. Po vzniku nekrózy myokardu jeho aktivita stoupá za 6 – 8 hodin.

Izoenzym kreatinkinázy – srdeční frekvence (CK – MB). Její zvýšená aktivita potvrzuje diagnózu AIM.

Aspartát – aminotransferáza (AST) – tento enzym je přítomný v buňkách jater, kosterního svalstva a myokardu. Při AIM se hladina zvyšuje za 4 – 10 hodin.

hematologická – stanovení známek nekrózy srdečního svalu

Krevní obraz (KO) – objevuje se leukocytóza asi za 2 hodiny po začátku stenokardie a vrcholí za 2-4 dny. Signalizuje nám reakci organismu na nekrózu srdečního svalu.

Sedimentace erytrocytů (FW) hodnota se zvyšuje po 4 – 5 dnech

Glykémie – objevuje se hyperglykémie v důsledku stresu nejen u diabetiků

Astrup – cílem je zjistit odchylky od normálního vnitřního prostředí a léčebně je kompenzovat

APTT - vyšetření srážlivosti krve, aktivovaný parciální tromboplastinový test

INR – protrombinový čas,

Elektrografický záznam (EKG) – obraz infarktu myokardu se projeví charakteristickými změnami komplexu QRS, úseku S – T a vlny T a dynamickým vývojem těchto změn (prohloubením kmitu Q, vznikem negativní vlny T) v určitých svodech, podle kterých se místo infarktu lokalizuje.

Transmurální infarkt myokardu (Q-IM), nyní označovaný STEMI – na EKG se objeví:

obraz patologického kmitu Q – je spolehlivou známkou nekrózy svalu

elevace úseku S – T (Pardeeho vlna)

negativní vlna T

Netransmurální infarkt myokardu (nonQ-IM), nyní označovaný non – STEMI – na EKG je: nepřítomnost patologického kmitu Q, pouze depolarizační změny trvající dlouhodobě.

Echokardiografické vyšetření (ECHO) využívá k zobrazení srdečních oddílů ultrazvukových vln. Lékař může diagnostikovat poruchu stažlivosti svaloviny myokardu.

Rozeznáváme 3 stupně:

1. hypokineza – snížení stažlivosti
2. akineza – vymizení stažlivosti
3. dyskineza – postižená oblast stěny komory se vyklenuje.

Pomocí ECHO se určuje erekční frakce (EF) levé komory (LK), která ukazuje na její stažlivost (systolickou funkci). Čím je EF LK nižší, tím je prognóza pacienta horší.

Rentgenový snímek hrudníku je důležitý při zjišťování známek počínající srdeční nedostatečnosti a pro kontrolu léčby.

Selektivní koronarografie (SKG) je invazivní metoda, kdy po nástřiku kontrastní látky cestou arteria femoralis dojde k zobrazení koronárních tepen a jejich možného postižení.

/10,17,21,22/

1. 1. 5 Léčba akutního infarktu myokardu

Tlumení anginózní bolesti - bolest, strach zvyšují tonus sympatiku a tím potřebu kyslíku v srdci. Při tlumení této bolesti se u nemocných s AIM nejlépe osvědčuje opiát Fentanyl.

Oxygenoterapie - kyslíková léčba pomocí masky, brýlí, při plicním edému většinou nutnost endotracheální intubace s následnou ventilací pozitivním přetlakem na konci výdechu (PEEP).

Antikoagulační a antiagregační terapie - snaha o zpomalení narůstání trombu ve věnčité tepně.

Perkutánní koronární intervence (PCI), starším termínem PTCA je invazivní metoda k obnovení průsvitu zúžené koronární tepny pomocí balónkového katétru. Při nebezpečí opakovaného uzávěru tepny se do poškozeného místa zavádí cévní výstuž (koronární stent) do jedné hodiny od vzniku obtíží.

Trombolytická terapie provedená do 3 - 4 hodin od vzniku symptomů vede k rozpuštění trombu v koronárním řečišti a k obnovení průtoku krve tepnou a zmenšení rozsahu nekrózy. Během terapie se mohou vyskytnout tyto komplikace: krvácení, hypotenze, alergie.

Další medikamentózní terapie:

diuretika – při srdečním selhávání

nitráty - relaxační vliv na hladké svalstvo cév, zlepšení zásobení myokardu kyslíkem

katecholaminy - používají se při léčbě kardiogenního šoku

betablokátory - prevence náhlé smrti, při podávání dochází ke zpomalení srdeční frekvence, poklesu krevního tlaku, zlepšuje se průtok krve kolaterálním řečištěm

ACE inhibitory k léčbě hypertenze.

Klidový pohybový režim má za cíl minimalizovat srdeční zátěž a tím spotřebu kyslíku v myokardu.

Dietoterapie - v akutním stavu nic per os nebo jen čaj po lžičkách, po stabilizaci stavu dieta kašovitá a dieta šetřící.

Rehabilitace - cílem je posílení srdečního výkonu,

začíná se s rehabilitačním programem, který je rozpracován do sestavy cviků:

- relaxační a dechová cvičení vleže na zádech
- cvičení větších svalových skupin na zádech – pasivní a aktivní cviky
- cvičení vsedě na lůžku, pak na židli
- cvičení vstoje, nácvik stoje
- nácvik chůze po rovině, následně po schodech

Rehabilitaci provádí fyzioterapeut. Průběh rehabilitace je zcela individuální, řídí se stavem nemocného. Součástí rehabilitace je i lázeňská léčba. Slouží k vytvoření nebo upevnění návyků zdravotního životního stylu.

Primární prevence - je prioritou zdravotní politiky státu. Hlavním principem je změna nevhodného životního stylu. Důležitou roli hraje informovanost veřejnosti za přispění sdělovacích prostředků. Celá primární prevence by měla být organizována ve spolupráci s odbornými společnostmi.

Primární prevence je zaměřena na:

- omezení kuřáckých návyků v populaci
- ovlivnění stravovacích návyků populace
- podporu zvýšených fyzických aktivit
- monitorování výskytu kardiovaskulárních rizik a chorob v populaci
- podporu výzkumu, zaměřeného na prevenci

Sekundární prevence - dodržování zásad sekundární prevence je nezbytné pro účelnou léčbu kardiovaskulárních onemocnění. Tyto zásady dělíme na opatření režimová a opatření vedoucí k redukci rizikových faktorů. Patří sem zanechávání kouření, změna stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a zvýšení pohybové aktivity, viz příloha 2, 3.

/2,10,17,21/

1. 1. 6 Komplikace akutního infarktu myokardu

Komplikace u akutního infarktu myokardu se objevují u 80-90 % hospitalizovaných pacientů a asi 25 % umírá ještě před přijetím do nemocnice.

- Poruchy srdečního rytmu
arytmie - extersystoly, tachykardie, fibrilace a síňkomorové i raménkové bloky (75-95 %)
- městnavé selhávání levé komory - edém plic (60 %), srdce není schopno dostatečně přečerpávat krev a zajistit metabolické potřeby tkání
- ruptura stěny levé komory se srdeční tamponádou. Podílí se na úmrtí při AIM v 10 %
- tromboembolie 15 - 40 %
- perikarditida může být lokalizovaná nad ložiskem (perikarditis epistenocariaca) nebo být difúzní (perikarditis serofibrinosa).

Pro život nemocného jsou nejzávažnější ruptury (100 % mortalita) a kardiogenní šok (70 % mortalita). Asi 10 % nemocných zemře během hospitalizace a dalších 10 % do 1 roku.

/10,17,21/

1. 1. 7 Ošetrovatelská péče o nemocného s AIM

Ošetrovatelská péče probíhá na jednotce intenzivní péče. Podílí se na ni tým sester, jejichž cílem je zmírnění obtíží nemocného a prevence komplikací. Péče o nemocného probíhá v následných krocích:

- příjem nemocného na oddělení, jeho uložení a zahájení monitorace vitálních funkcí – EKG, TK, P, TT, D
- klidný, trpělivý přístup, psychická podpora, vysvětlování
- zajištění nitrožilních vstupů, provedení periferních a asistence při zavedení centrálního žilního katétru
- oxygenoterapie – sleduje zásobování organismu kyslíkem
- tlášení bolesti farmakologicky, sledování účinku analgetik
- plnění ordinací lékaře, asistence při výkonech
- sledování známek nevolnosti a zvracení, stav vědomí, barvu kůže, pocení a projevy krvácení a neverbální projevy nemocného

- odběr biologického materiálu na statim, zajišťování dalších vyšetření ECHO a RTG
- sledování bilance tekutin
- hodnocení psychického a fyzického stavu pacienta
- péče o pohodlí, pohybovou aktivitu, hygienu, vyprazdňování pacienta
- edukace nemocného během ošetřování, zajištění dostatku informací

1. 1. 8 Prognóza onemocnění

Prognózu nemocných po infarktu určuje řada faktorů. Patří mezi ně poškození funkce levé srdeční komory (nízká ejekční frakce), závažnost poškození koronárních tepen, výskyt komplikací (kardiogenní šok) a celkový zdravotní stav.

Prognóza onemocnění se v posledních letech zlepšila zavedení nové léčebné metody - koronární trombolýzy.

Mortalita na kardiovaskulární choroby je v České republice zhruba 600 úmrtími ročně na 100 000 obyvatel stále významně vyšší než v zemích západní Evropy. Na tyto choroby u nás připadá více než 50 % úmrtí, tedy více než všechny ostatní choroby dohromady. Závažná kardiovaskulární morbidita, vyjádřená počtem hospitalizací pro kardiovaskulární choroby, je v ČR také vysoká (více než 50 % všech hospitalizací na interních odděleních nemocnic) a stále narůstá. Nárůst hospitalizací z kardiovaskulárních důvodů činí za posledních 10 let 25 %.

Srdeční infarkt je nejčastěji příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku. Úmrtnost v před nemocniční fázi se v průběhu posledních třiceti let snížila jen mírně, ale díky léčebným pokrokům dramaticky klesla úmrtnost nemocniční.

/11,18,26/

1. 2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTKY

Paní M.K. byla odeslána praktickým lékařem na interní ambulanci naší nemocnice pro podezření na infarkt myokardu. Zde byla vyšetřena a přijata na standardní oddělení. Na jednotku intenzivní péče byla přeložena dne 16. 4. 2008 ve 1.30 hodin pro koronární příhodu v oblasti spodní stěny a levostranným srdečním selháváním. Dne 19. 4. 2008 byla po stabilizaci přeložena na standardní oddělení. Pacientku jsem ošetřovala od 16. 4. do 19. 4. 2008.

1. 2. 1 Osobní údaje

Oslovení: paní K.

Datum narození: 10.1.1930, 77 let

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna, VZP /111/

Vzdělání: středoškolské, učitelka mateřské školy

Povolání: nyní důchodkyně, před odchodem do důchodu pracovala více než 25 let jako administrativní pracovnice v Poštovní novinové službě

Národnost: česká

Adresa: Praha

Osoba, kterou lze kontaktovat: syn Pavel, bydlí na téže adrese

Vyznání: katolická víra

1. 3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

1. 3. 1 Nynější onemocnění

Pacientka byla odeslána praktickým lékařem na interní ambulanci s podezřením na infarkt myokardu. Zde byla vyšetřena pro atypické bolesti na hrudi a zhoršení dechu v posledních dvou dnech. Byla vyloučena akutní koronární léze, kardiospecifické enzymy a EKG byly negativní. Laboratorně došlo k progresi chronické anémie, hemoglobin byl 80 g/l. Dále udávala zhoršenou bolest bederní páteře a levé kyčle. Stěžovala si na zhoršení dechu.

Na standardním oddělení bolesti zad po zavedené terapii ustoupili. Při kontrolním odběru krve byla zjištěna elevace kardiospecifických enzymů a depolarizační změny na

EKG svědčily pro akutní koronární příhodu v oblasti spodní stěny. Na jednotku intenzivní péče byla pacientka přeložena 16. 4. 2008 v půl třetí ráno.

Osobní anamnéza

- běžné dětské nemoci, v 15 letech infekční hepatitida typu A
- poslední hospitalizace zde v 10/2006 pro uroinfekci a bronchopneumonii
- od 5/2006 váhový úbytek, nechutenství, elevace onko – markerů CA19 – 9, CEA, malignita nezjištěna
- chronická ischemická choroba srdeční
- arteriální hypertenze
- chronická renální insuficience při vaskulární nefroskleróze, nefrolitiáza vpravo
- normocytární, normochromní anémie při poruše vyzrávání v erytroidní složce
- ischemická choroba dolních končetin
- degenerativní změny C a Th páteře
- dle CT cysta v levém jaterním laloku
- dle CT subendoteliální ruptura v oblouku aorty, bez známek direkce v 10/2006
- st.p. CHCE, resekci žaludku BI pro vředovou chorobu v 1985
- st.p. fraktury levého zápěstí, kotníku LDK

Rodinná anamnéza

otec zemřel ve 23 letech na TBC

matka zemřela v 71 letech na srdeční infarkt

sestra zdravá

dva synové, jeden syn po akutním IM před 2 roky

Alergická anamnéza

pacientka neví o žádné alergii

Sociální anamnéza

Vdova, starobní důchodkyně, dříve administrativní pracovnice, nyní bydlí se synem v jednom bytě.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívá pravidelně tuto perorální medikaci:

Enelbin R	2 – 2 – 2
Rytmonorm 150 mg	1 – 0 – 1
Aktiferin	1 – 0 – 1
Betaloc SR 200 mg	½ - 0 – 0
Godasal	0 – 1 – 0
Furon 40 mg	1 – 0 – 0
Acidum folicum	1 – 0 – 0
Gasec 20 mg	0 – 0 – 1

Abusus

- do prosince 2006 kouřila 20 cigaret denně, teď nekouří
- 1 pivo denně, kávu občas
- alkohol příležitostně

1. 3. 2 Stav při přijetí

Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje

- kůže je bez známek ikteru a cyanózy, bledého koloritu. Výživa a hydratace jsou snižené.
- hlava: bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, spojivky bledé, skléry bílé, zornice izokorické, reakce na osvit správná.
- uši a nos bez sekrece. Sliznice dutiny ústní bledá, jazyk oschlý, dásně bez dentice, hrdlo klidné.
- krk: karotidy symetrické, snižená náplň krčních žil, štítná žláza nezvětšená.
- hrudník: souměrný, dýchání oslabené, bazálně chrůpky, více vpravo.
- srdce: akce srdeční pravidelná, ozvy tišší.

- břicho: měkké, palpačně nebolestivé, játra nezvětšená, slezina nehmatná, peristaltika přiměřená, jizva po cholecystektomii, po resekci žaludku.
- končetiny: na obou dolních končetinách perimaleolární otoky, vlevo na bérce četné hematomy, povrchová odřenina 2 x 3 cm nad vnitřním kotníkem. Na obou horních končetinách četné petechie a hematomy.

Při příjmu na jednotku intenzivní péče:

TK: 180/85 P: 84/min. TT: 36,7 °C SaO₂: 94 %
 Výška: 168 cm váha: 50 kg BMI: 17,7

1. 3. 3 Lékařské diagnózy

1. Akutní non – STEMI spodní stěny s levostrannou srdeční slabostí
2. Chronická ICHS, levostranná srdeční slabost
3. St. p. subendoteliální ruptuře v oblouku aorty, bez známek direkce 10/2006
4. Uroinfekce na ATB terapii, recidiva IMC, urosepse 10/2006
5. ICHDK
6. Arteriální hypertenze
7. Chronická renální insuficience
8. Progrese chronické normocytární anémie při poruše vyzrávání v erytroidní složce
9. St. p. resekci žaludku BI pro vředovou chorobu v 1985
10. Degenerativní změny C a Th páteře, pseudospondylosa C5, dextroskoliosa Th páteře
11. St. p. fraktuře levého zápěstí, st. p. fraktuře kotníku LDK
12. Dle CT cysta v levém jaterním laloku, st. p. infekční hepatitidě v mládí
13. St. p. bronchopneumonii 10/2006

1. 4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

1. 4. 1 Přehled provedených diagnosticky významných výkonů a vyšetření

Po celou dobu hospitalizace na JIPu byly pacientce monitorovány a zaznamenávány fyziologické funkce, měřena bilance tekutin po šesti hodinách, každý den byl natočen EKG záznam. Při příjmu na oddělení byl proveden nativní snímek srdce a plic, echokardiografické vyšetření. Denně byly prováděny odběry biologického materiálu.

Po stabilizaci stavu byly provedeny kontrolní RTG snímky srdce a plic a RTG snímky hrudní a bederní páteře.

1. 4. 2 Přehled hodnot sledovaných fyziologických funkcí

16. 4. 2008

hod.	2.00	4.00	8.00	10.00	16.00	18.00	20.00	24.00
TK	180/80	170/85	155/78	130/55	140/70	150/80	130/82	140/75
P/min	80	75	72	75	75	70	80	74
D/min	34	27	26	24	21	19	17	16
SaO ₂	93	95	96	98	94	95	96	96
TT/12	36,8 °C					36,9 °C		

PVT/6 hod.

Příjem tekutin: i.v. 300 ml + 1 TU

p.o. 190 ml

Výdej tekutin: 980 ml

17. 4. 2008 Druhý den hospitalizace byly zaznamenávány fyziologické funkce po dvou hodinách. Průměrná hodnota tlaku krevního (TK) byla 140/80. Příjem tekutin za 24 hodin byl 1500 ml a výdej 1650 ml. Ostatní fyziologické funkce byly v normě.

18. a 19. 4. 2008 byly zaznamenávány fyziologické funkce po 3 hodinách, bilance tekutin po 6 hodinách, pacientka byla stabilizována.

1. 4. 3 Základní vyšetření

Laboratorní vyšetření (16. 4. – 19. 4. 2008):

biochemická: Na⁺, Ca²⁺, Cl⁻, Fe, P, bilirubin, ALT, ALP, GMT, HDL - cholesterol, LDL - cholesterol, triglyceridy, glykémie, kyselina močová v normě

D - dimery negativní

HBsAg negativní

Ostatní hodnoty laboratorních vyšetření

	norma
S – K	3,9 – 6,03 mmol/l (3,8 – 5,2)
S – urea	14,4 – 15,4 mmol/l (1,8 – 8,0)
S – kreatinin	241 – 247 umol/l (44 – 104)
S – AST	0,66 – 1,5 ukat/l (méně než 0,5)
S – CK	2,43 – 6,18 ukat/l (0,42 – 2,82)
S – CK – MB	1,05 – 1,43 ukat/l (méně než 0,42)
Troponin I	21,8 – 11,26 ug/l (0 – 0,4)

hematologická, hemokoagulační

	norma
erythrocyty	2,12 – 3,14 x 10 ² /l (3,6 – 5)
leukocyty	11,2 – 6,9 x 10 ⁹ /l (3,9 – 11)
Hb	71 – 104 g/l (111 – 153)
Hkt	0,201 – 0,312 (0,34 – 0,46)

INR bylo v normě

Sedimentace byla mírně zvýšená.

Vyšetření moči bez patologického nálezu.

RTG snímek srdce a plic (16. 4. 2008)

závěr: značně zmnožená cévní kresba, širší hily, velká dilatace srdce oběma směry, progresse městnání v malém oběhu.

Kontrolní snímek srdce a plic (18. 4. 2008)

závěr: částečná regrese městnané kresby, srdce rozšířeno oběma směry, susp. drobný fluidothorax vlevo, mírné městnání v malém oběhu.

RTG snímky Th a L páteře (16. 4. 2008)

Výrazná dextroskolióza Th páteře a sinistroskolióza L páteře. Spondylóza v rozsahu Th i L páteře.

EKG záznamy

16. 4. 2008 sinus 79/min.; QRS štíhlé; neg. T v II, III, aVF, V1 – V3

17. 4. 2008 6.00 hodin flutter síní 116 – 158/min.

11.30 hod. sinus 80/min.; normální převodní časy, QRS štíhlé, neg. T v II, III, aVF, V1 – V3

18. 4. 2008 sinus 84/min.; neg. T v II, III, aVF, V1 – V6

19. 4. 2008 sinus 68/min.; PQ 0,16; QRS 0,08; neg. T v II, III, aVF, V1 – V6

Echokardiografické vyšetření

závěr: porucha systolické funkce levé komory při akinézie zadní stěny a hypokineze bazální poloviny spodní stěny, ejekční frakce 40 %.

1. 4. 4 Přehled farmakoterapie

Infúzní terapie

16. 4. – 17. 4. 2008

G 10 % 500 ml + 8j HM – R + 10 ml 10 % NaCl + 1 amp. Oxantilu kontinuálně 20 ml/hod.

18. 4. – 19. 4. 2008

G 10% 500 ml + 8j HM – R + 10 ml 10% NaCl + 10 ml 7,5 % KCl + 1 amp Oxantilu kontinuálně 20 ml/hod.

složení (S): Glukosum anhydricum 100 mg v 1 ml roztoku

indikační skupina (IS): infundabilium

nežádoucí účinky (NÚ) : při delším podávání dráždí endotel tenkých periferních žil. Rychlejší přívod může vyvolat hyperglykémii.

Inzulin HM – R

S: Inzulínům hukaným 100IU v 1 ml vodného roztoku o neutrálním pH

IS: antidiabetikum, biosyntetický humánní inzulin

NÚ: při nedodržení plánovaného stravovacího režimu nebo v případě mimořádné fyzické aktivity vzniká nebezpečí hypoglykémie.

Chlorid sodný 10 % infúze

S: Natrii chloridum 100 mg v 1 ml roztoku

IS: infundabilium

NÚ: paravenózní aplikace tohoto roztoku může vést ke tkáňové nekróze.

Kalium chlorátum 7,5% infúze

S: Kalii chloridum

IS: infundabilium

NÚ: možnost vzniku hyperkalemie, poruchy srdečního rytmu až zástava.

Oxantil inj.

S: Etofyllinum 80 mg, Theofyllum 20 mg v 1 ml

IS: vazodilatans, bronchodilatans

NÚ: nauzea, zvracení, dávení, bolest hlavy, neklid, úzkost, palpitace, závrať.

16. 4. – 19. 4. 2008

Isoket 20 ml kont. injektomatem, rychlost podávání korigovat dle hodnot TK á 10 minut (optimum TK 120 – 140). Na počátku rychlost 5,0 ml/h, která se postupně snižovala až na 1,0 ml/h.

S: Isosorbidi dinitrans 1 mg v 1 ml roztoku

IS: koronární vasodilatans

NÚ: nejčastěji bolest hlavy, závratě, ortostatická hypotenze, nauzea, zvracení.

17. 4. 2008

Cordarone 200 mg do 20 ml G 5 % kont. injektomatem, rychlostí 1,0 ml/h

S: Amiodaroni hydrochloridum 50 mg v 1 ml roztoku

IS: antiarytmikum

NÚ: místní: dráždění periferních žil časté při dlouhodobém podávání.

celkové: návaly krve, pocení, nauzea, pokles krevního tlaku, bradykardie.

16. 4. 2008 2.30 – 3.50 hod.; 13.40 – 14.50 hod.

Podání transfúzního přípravku, erytrocytového nesuspendovaného koncentrátu krevní skupiny A Rh +.

Nežádoucí účinky

pyretická reakce – horečnatá reakce způsobená pyroxeny. Projevuje se zimnicí, třesavkou, horečkou, bolestí hlavy, nauzeou.

akutní hemolytická reakce – způsobená inkompatibilitou krve dárce a příjemce nebo účinkem protilátek přítomných v plazmě příjemce. Projevuje se bolestí v bederní krajině, svíráním na hrudi, dušností, úzkostí, neklidem až šokovým stavem.

alergická reakce – způsobená přítomností alergických látek nebo protilátek v plazmě dárce. Může se projevit kopřivkou, bolestí hlavy, dušností, astmatickým záchvatem, laryngospasmem.

oběhová reakce – při rychlém převodu velkého množství krve může dojít k přetížení krevního oběhu. Projevy – dušnost, cyanóza, tachykardie, neklid, úzkost.

septická reakce – způsobená převodem bakteriálně kontaminovaného transfúzního přípravku. Může se projevit horečkou, třesavkou, zimnicí, průjmem, zvracením, bolestí hlavy.

Intravenózně podávané léky (i.v.)

16. 4. – 19. 4. 2008

Ranital 1 amp 1 x denně v 18.00 hod.

S: Ranitidini hydrochloridum 55,9 v 1 amp 2 ml

IS: antiulcerózum

NÚ: většinou dobře tolerován.

16. 4. – 19. 4. 2008

Furosemid 20 mg 10.00 hod. + dle stavu a bilancí

S: Furosemidum 10 mg v 1 ml injekčního roztoku

IS: diuretikum, antihypertenzívum

NÚ: nadměrná diuréza může vyvolat Prudký pokles TK s poruchami ortostatické regulace, hypovolemii i cirkulační kolaps. Dále hyponatremii s apatií, ztrátou chuti k jídlu, zvracení, spavost, dezorientaci, křeče v lýtkách. Těžké ztráty draslíku mohou vyvolat paralytický ileus, poruchy vědomí až kóma.

Subkutánně podávané léky (s.c.)

16. 4. – 19. 4. 2008

Fraxiparine 0,6 ml 2 x denně 2.00 – 14.00 hod.

S: Nadroparinum kalcium 9500 IU v 1 ml injekčního roztoku.

IS: antitrombotikum, antikoagulans

NÚ: zjevné či skryté krvácení, hematomy v místě vpichu.

Sublinguálně podávané léky

16. 4. 2008

Nitroglycerin 1 tbl. V 5.30 hod.

S: Glyceroli trinitras 0,5 mg

IS: vazodilatans, antianginózum

NÚ: bolesti hlavy, návaly v obličeji, bušení srdce, tachykardie, únava, malátnost, neklid. Tableta se nechá rozpustit pod jazykem. Po nástupu účinku je vhodné zbytek tablety vyplivnout.

Perorálně podávané léky (p.o.)

16. 4. – 19. 4. 2008

Ofloxin 200 mg 1 tbl 2 x denně po 12 hodinách 6.00 – 18.00 hod

S: Ofloxacinum 200 mg v 1 potahované tabletě

IS: chemoterapeutikum

NÚ: zažívací obtíže – nauzea, zvracení, průjem, nechutenství, sucho v ústech, plynatost, zácpa. Neurologické obtíže – bolesti hlavy, nespavost, závratě, třes, ospalost. Kožní vyrážky, pruritus, alergické reakce, poruchy čichu.

16. 4. – 19. 4. 2008

Plavix 75 mg 1 – 0 – 0

S: Clopidogrelum 75 mg

IS: antikoagulans, inhibitor agregace trombocytů

NÚ: dobrá snášenlivost

16. 4. – 19. 4. 2008

Betaloc SR 200 mg ½ - 0 – 0

S: Metoprololi tartas 200 mg v 1 potahované tabletě s protražovaným účinkem

IS: antihypertenzivum

NÚ: malátnost, poruchy spánku, gastrointestinální poruchy, dušnost, bradykardie, palpitate. Při vysokém dávkování nebezpečí bronchospazmu u astmatiků.

16. 4. – 19. 4. 2008

Renpress tbl 1 – 0 – 0

S: Spiraprilum 5,57 mg v 1 tabletě

IS: antihypertenzivum, ACE – inhibitor

NÚ: nejčastěji bolesti hlavy, závratě, únavnost, kašel.

16. 4. – 19. 4. 2008

Predictal MR tbl 1 – 0 – 1

S: Trimetazidini dihydrochloridum 35 mg v 1 potahované tabletě s řízeným uvolňováním

IS: kardiakum, cytoprotektivum

NÚ: vzácné

16. 4. – 19. 4. 2008

Sortis 10 mg tbl 0 – 0 – 1

S: Atorvastatinum 10 mg v 1 potahované tabletě

IS: hypolipidemikum

NÚ: zácpa, nadýmání, dyspepsie, bolesti břicha, bolesti hlavy, nauzea, průjem, poruchy spánku.

18. 4. – 19. 4. 2008

Cordarone 200 mg 1 – 1 – 1

S: Amiodaroni hydrochloridum 200 mg v 1 tabletě

IS: antiarytmikum

NÚ: časté, zejména při použití vyšších dávek léku. Kožní reakce, dýchací obtíže, onemocnění štítné žlázy (snížená nebo zvýšená funkce), zrakové potíže, nadměrné zpomalení srdečního rytmu, zažívací obtíže.

1. 4. 5 Dietoterapie

Paní K. naordinoval lékař dietu číslo 3G, racionální geriatrickou, s dostatkem tekutin. Při přijetí byla pacientka dehydratovaná. Měla oschlé rty a jazyk. V akutním stavu popíjela jen čaj po lžičkách. Další tekutiny přijímala parenterálně. Po stabilizaci zdravotního stavu se již stravovala a pila normálně.

1. 4. 6 Fyzioterapie

Od prvního dne přijetí prováděla pacientka po edukaci fyzioterapeutkou dechová cvičení. Po 24 hodinách bez bolestí se začala posazovat na lůžku, další den seděla na lůžku s nohama dolů. Třetí den se s pomocí postavovala a další den začala rehabilitovat chůzi kolem lůžka. Pacientka byla zpočátku hodně limitována bolestmi zad a nohou, které v průběhu rehabilitace postupně ustupovaly.

1. 5 STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Paní K. byla přeložena na jednotku intenzivní péče ze standardního oddělení 16. 4. 2008 v 1.30 hodin pro akutní non – Q infarkt myokardu v oblasti spodní stěny s levostranným srdečním selháváním. Po infuzní a diuretické terapii došlo ke zlepšení levostranné srdeční slabosti. Pro flutter síní s rychlou odpovědí komor byla nasazena antiarytmická terapie vedoucí k medikamentózní verzi na sinusový rytmus.

Laboratorně došlo k progresi chronické normocytární anemie, Hb 71g/l, která byla korigována dvěma krevními převody. Došlo též k laboratorní elevaci renálních parametrů při chronické renální insuficienci. Po stabilizaci stavu byla pacientka 19. 4. 2008 přeložena na standardní oddělení. Na 23. 4. 2008 byla objednána k provedení selektivní koronarografie do fakultní nemocnice, kam byla později přeložena.

Převazy defektu nad vnitřním kotníkem levé dolní končetiny

16. 4. 2008 Defekt nad vnitřním kotníkem LDK, velikosti cca 2 x 4 cm bez povlaku a infekce, drobně krvácející, ošetřen roztokem Betadine + mastný tyl + sterilní neadhezivní AB kompresy. Fixován obinadlem.

17. 4. 2008 Krvácející granulující defekt ošetřen Betadine roztok + mastný tyl + sterilní AB kompresy, fixace obinadlem. Velikost defektu stejná.

18. 4. 2008 Na chirurgické ambulanci byly sneseny krvácející granulace a přiložen Granuflex F na 2 dny.

Hematomy v kubitách byly ošetřeny lokálně Heparoid unq + mulové čtverce, fixace obinadlem, viz příloha č. 6

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2. 1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

2. 1. 1 Základní potřeby

Dýchání

Pacientka měla problémy s dýcháním asi dva dny před hospitalizací. Nemohla skoro vůbec ležet a měla stále pocit nedostatku vzduchu, vyhledávala polohu vsedě. V domácnosti nemohla nic dělat. Obtíže se zhoršovaly, tak syn zavolal RZP.

Dříve byla bez potíží. Kouřila více jak 50 let, tak až 15 cigaret denně, ale od prosince 2006 už nekouří.

Stále má „pocit krátkého dechu, ale je jí lépe než doma“. Věří v brzké zlepšení.

Hodnocení současného stavu: pacientka mluví pomalu, klidně, dělá častěji pauzy. Saturace krve kyslíkem 96 %, dechová frekvence 24/min. Pacientka má kyslíkové brýle, kyslík 4 l/min. Pokašlává, má slyšitelné vrzoty. Vykašlává bělavé sputum.

Hydratace

Naposledy byla hospitalizovaná v této nemocnici v říjnu loňského roku pro infekce močových cest, lékařka jí doporučila, aby pila denně 1,5 až 2 litry tekutin. Doma si proto vaří bylinkový čaj do velkého porcelánového džbánu na celý den a ten pak vypije. K snídani si vaří bílou kávu, po obědě si dopřeje buď černou kávu nebo pivo. Tvrdý alkohol nepije.

Hodnocení současného stavu: pacientka je dehydratovaná, kožní turgor je snížený. Oschlé rty a jazyk.

Výživa

Pacientka má totální zubní protézu, ale nemůže kousat housky a chleba s kůrkou, jablka a další potraviny, protože zubní protéza ji „nesedí“. Někdy má ústa od protézy otlacená a rozbolavená. K zubaři nešla z finančních důvodů.

V posledních 2 letech trpí nechutenstvím, zhubla asi o 15 kg. Při poslední hospitalizaci vážila 47 kg teď má 50 kg. Žádnou dietu nedrží, nevaří moc ráda, ale snaží se. Často si vaří polévky, nejraději má zelňačku. Ráda má taky ostřejší jídla, ty občas uvaří syn. Vůbec nejí housky, poslední dobou jí nechutná maso.

Hodnocení současného stavu: pacientka je bledá, unavená, astenická. K jídlu chuť nemá.

Výška 168 cm, váha 50 kg, BMI = 17,7. Ordinovaná dieta 3G – racionální geriatrická.

Vyprazdňování moče

S močením má pacientka potíže asi 3 roky. Poslední dobou trpí často na záněty močových cest, naposledy loni v říjnu. Paní doktorka jí tehdy doporučila, aby více pila a to jí pomáhá. Doma mívá někdy bolesti a pálení při močení, taky potíže s únikem moči, proto používá vložky, které kupuje v lékárně. První den hospitalizace ji byla zavedena permanentní cévka a obtíže nepocítuje.

Hodnocení současného stavu: pacientka má zavedený permanentní močový katétr č. 14 + 5 ml fyziologického roztoku. Moč má normální barvu a je bez příměsí.

Vyprazdňování stolice

S vyprazdňováním stolice pacientka doma problémy nemá. Vyprazdňuje se jednou za dva dny. Občas mívá zácpu. Pomáhá jí pohyb, kompoty a někdy projímadlo (Lactulosa). Nyní problémy nemá.

Hodnocení současného stavu: břicho na pohmat nebolestivé, plyny odcházejí. Pacientka se zatím nevyprázdnila.

Spánek a odpočinek

K pocitu vyspání stačí pacientce asi šest hodin, doma nemá potíže se spaním. Usíná až pozdě večer, sleduje dlouho televizi. Ráno se budí okolo šesté hodiny. Léky na spaní neužívá. Někdy si zdřímne po obědě. Teď už tři dny málo spala, bylo jí špatně, cítí se hodně unavená a slabá. Věří, že se jí brzo uleví a bude se moci vyspat.

Hodnocení současného stavu: pacientka během noci pouze podřimovala, vypadá unaveně.

Osobní hygiena

V osobní hygieně je pacientka doma soběstačná, jen s koupáním jí pomáhá jednou týdně syn. Jinak se myje dvakrát denně u umyvadla. Se stříháním nehtů jí pomáhá syn, sama už nemá tolik zručnosti. Dříve chodila jednou za dva měsíce ke kadeřnici, teď se tam nedostane a musí si volat kadeřnici domů, tak jednou za tři měsíce.

Kůži má pacientka velmi suchou a citlivou, často ji svědí. Promašťuje si ji měsíčkovou masťou. Pozoruje, že se jí v poslední době dělá hodně drobných modřinek na rukou a nohou, které se pomalu hojí. Neví proč.

Na levé noze nad kotníkem má už druhý den sedřenou kůži od „natáčení ekg“. Na zevním kotníku pravé nohy má bolestivou „otlačeninu“.

Hodnocení současného stavu: kůže pacientky je velmi jemná, papírová, náchylná k poranění. Po odběrech krve má na rukou, hlavně v kubitách, četné hematomy. Na levé ruce na lokti má strženou kůži po odlepování náplasti (1 x 1 cm). Na obou horních končetinách má četné drobné petechie.

Na obou dolních končetinách má perimaleolární otoky. Na levé noze nad vnitřním kotníkem je sedřená kůže cca (2 x 3 cm), rána drobně krvácí, je bez infekce. Na pravé noze na zevním kotníku je otláčenina, dekubitus I.- II. Stupně cca 2 x 2 cm.

Na břicho jsou jizvy po cholecystektomii a operaci žaludku.

U pacientky jsem zhodnotila riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 23 bodů, což je střední riziko vzniku dekubitů, viz příloha č. 4.

Tělesná a psychická aktivita

Pacientka je ve starobním důchodu přes dvacet let. Více než pětadvacet let byla zaměstnaná jako administrativní pracovnice na poště. Dříve pracovala jako učitelka v mateřské škole, odešla z finančních důvodů.

Ráda sleduje v televizi publicistiku, cestopisy a zajímavé filmy, luští křížovky a čte si. Dříve chodili s manželem hodně do divadel. Manžel zemřel před 5 lety. Zhoršilo se jí zdraví, hodně zhubla, nechutná ji jako dřív a špatně chodí. Cítí, že má méně energie než dřív. Velkou vzpruhou je pro ni zájem ze strany obou synů, často si telefonují.

Posledního půl roku ji sužují větší bolesti nohou, hlavně při došlapu jí bolí levá kyčel. Ven už ani nevychází. Pohybuje se jen po bytě. Pozoruje, že má nohy více oteklé než dřív. Užívala léky na bolest, ale moc to nepomáhalo, tak je nebere. Při minulé hospitalizaci ji nohy vyšetřil lékař a doporučil speciální vyšetření, ale paní K. odmítla.

Hodnocení současného stavu: pacientka orientovaná, spolupracující, působí unaveně. Vzhledem ke klidovému režimu není možné její tělesnou aktivitu zhodnotit. S sebou si do nemocnice přivezla dvě francouzské hole.

Teplo a pohodlí

Pacientka má ráda čerstvý vzduch, proto chce mít v pokoji otevřenou ventilaci. V případě potřeby si požádá ještě o jednu příkrývku. Doma příliš pohodlnou postel nemá, posledních několik dnů v ní nemohla vůbec vydržet, všechno ji bolelo a špatně se jí dýchalo. Několik posledních nocí „proklinbala“ ve velkém křesle v pokoji u televize.

Hodnocení současného stavu: lůžko pacientce vyhovuje, protože si může sama zvednout podhlavník podle potřeby, zvláště, když má pocit horšího dechu. Vadí jí zvuk a světlo monitoru. Teplota v pokoji jí vyhovuje.

Sexualita

Vzhledem k věku pacientky jsem toto téma vynechala. Na poslední gynekologické prohlídce byly paní K. asi před čtrnácti lety. Žádné gynekologické problémy neměla a nemá. Vzhledem k zhoršené pohyblivosti nemá důvod gynekologa pravidelně navštěvovat.

2. 1. 2 Psychosociální potřeby

Jistota a bezpečí

Paní se cítila celý život zdravá, ale posledních pět let je všechno jinak. Už několikrát byla v nemocnici. Vždycky jí chvíli trvá, než si na nemocniční prostředí zvykne. Při minulé hospitalizaci se jí brzy ulevilo a byla v nemocnici spokojená. Věří, že jí opět pomůžeme a bude se moci vrátit domů.

Hodnocení současného stavu: podle mého soudu se paní K. dobře adaptuje na prostředí JIPu, snaží se spolupracovat. Zpočátku měla strach, že něco vytrhne nebo rozpojí, byla trochu nervózní ze spleti „hadiček a drátů“, bála se pohnout.

Soběstačnost

Pacientka se cítí doma soběstačná. Syn obstarává nákupy, uklízí, pomáhá jí s koupáním. Ona vaří, myje nádobí a dělá si, co potřebuje. Poslední dobou už nemůže chodit ven a poslední tři dny nemohla dělat už vůbec nic.

Hodnocení současného stavu: vzhledem k pohybovému režimu je nutná dopomoc při jídle, pití, hygieně a vyprazdňování. Pacientka je závislá na ošetrovatelské péči, viz příloha č. 5.

Komunikace

Pacientka potíže v této oblasti nemá. Problémy se sluchem nemá, se zrakem trochu ano. Nosí brýle na čtení, ale potřebovala by silnější. Už dlouho nebyla u očního lékaře.

Hodnocení současného stavu: pacientka je komunikativní, dotazuje se na svůj zdravotní stav.

Rodina a sociální zázemí

Pacientka je už pět let vdovou, manžel zemřel na cévní mozkovou příhodu. Ona bydlí se synem Pavlem v třípokojovém bytě ve druhém patře v domě bez výtahu. Syn Pavel je rozvedený, má dvě téměř dospělé děti a před dvěma roky prodělal infarkt myokardu. Syn Petr je ženatý, má dvě děti. Je velkým fandou do elektroniky a počítačů, pořídil ji k vánocům videotelefon. Často si spolu telefonují.

Hodnocení současného stavu: oba synové se telefonicky dotazovali na zdravotní stav matky.

Duchovní potřeby, životní hodnoty

Pacientka je katolička, ale v kostele už dlouho nebyla. Byla ráda, že nemocné navštěvuje kněz. Přála by si, aby se zlepšilo zdraví a mohla jít co nejdříve domů.

2. 2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Přehled ošetrovatelských problémů dle priorit pacientky.

Oš. diagnózy ze dne 16 .4. 2008

1. Akutní bolest způsobená ischemií myokardu
2. Dýchání nedostatečné z důvodů levostranného srdečního selhání
3. Spánek porušený z důvodů nedostatku soukromí
4. Pohyblivost porušená z důvodů degenerativních změn páteře a klidového režimu
5. Péče o sama sebe nedostatečná z důvodů základního onemocnění
6. Kožní integrita porušená z důvodů poranění a dekubitu
7. Riziko infekce močových cest při zavedeném permanentním močovém katétru.

Oš. diagnózy ze dne 17 .4. 2008

Diagnózy 2. – 7. přetrvávají.

Ukončené oš. diagnózy:

1. Akutní bolest způsobená ischemií myokardu

Oš. diagnózy ze dne 18. 4. 2008

Diagnózy 2. – 7. přetrvávají.

Oš. diagnózy ze dne 19. 4. 2008

Diagnózy 3., 5., 6. a 7. přetrvávají.

Ukončené oš. diagnózy:

2. Dýchání nedostatečné z důvodů levostranného srdečního selhání
4. Péče o sebe sama nedostatečná z důvodů snížené pohyblivosti

2. 3 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská diagnóza:

Akutní bolest způsobená ischemií myokardu projevující se verbalizací

Cíl krátkodobý (CK): zmírnění bolesti do 1 hodiny

Cíl dlouhodobý (CD): ústup bolestí do 24 hodin

Kriterium cíle (KC): pacientka nemá bolesti na hrudi

Intervence:

- podej kyslík dle potřeby
- informuj lékaře
- monitoruj základní fyziologické funkce
- monitoruj srdeční rytmus
- podej léky dle ordinace lékaře
- sleduj jejich účinek
- podpoř pacientku psychicky
- informuj pacientku o plánovaných vyšetření

Realizace:

17. 4. Před příchodem lékaře jsem pacientku uložila do polohy v polosedě, poučila jsem ji o klidovém režimu, podala jsem Nitroglycerin (NTG) sublinguálně. Zaznamenávala jsem hodnoty fyziologických funkcí a natočila jsem EKG záznam. Dle ordinace lékaře jsem podala i.v. medikaci, provedla krevní odběry a sledovala celkový stav pacientky. Po celou dobu jsem pacientku seznamovala s prováděnými vyšetřeními a nabádala jsem ji ke klidu.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

17. 4. Po podání medikace, bolest ustoupila asi po půl hodině. Pacientka se zklidnila a usnula. Bolest už se neobjevila.

Efekt – úplný.

Dýchání nedostatečné z důvodů levostranného selhání projevující se dušností

Cíl krátkodobý (CK): zmírnění dušnosti do šesti hodin

Cíl dlouhodobý (CD): ústup klidové dušnosti do 24hodin

Kriterium cíle (KC): pacientka je bez klidové dušnosti do dvou dnů

Intervence:

- podle potřeby podej kyslík
- zajisti podávání léků dle ordinace lékaře
- monitoruj fyziologické funkce
- ulož pacientku do správné polohy
- edukuj pacientku o správném dýchání
- pomáhej pacientce se základní péčí

Realizace:

16. 4. 2008

Pacientku jsem uložila na lůžko do polosedu, podala jsem kyslík maskou rychlostí 4l/min, podala i.v. medikaci dle ordinace lékaře, zaznamenávala jsem hodnoty fyziologických funkcí. Po ústupu obtíží jsem paní K. poučila o správném dýchání – hluboký vdech nosem a výdech ústy, opakovat několikrát za sebou.

17. 4. 2008

Pacientku jsem uložila do Fowlerovy polohy, uklidňovala jsem ji, podala kyslík maskou rychlostí 6l/min. Sledovala stav pacientky a veškeré hodnoty jsem zaznamenávala do chorobopisu. Dle ordinace lékaře jsem podala i.v. medikaci.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

16. 4. 2008

Po podání medikace, kyslíku maskou a upravení polohy se pacientce dýchalo lépe, dušnost ustoupila, dechová frekvence se snížila. Saturace krve byla 96%-98%. Pacientka se snažila o prohloubené dýchání.

Efekt – úplný.

17. 4. 2008

Po podání i.v. medikace, po zpomalení tepové frekvence se stav paní K. zlepšil, ustoupila klidová dušnost, dechová frekvence se snížila z 34 dechů/min. na 20dechů/min

Saturace byla 97 %. Pacientka se zklidnila a usnula.

V dalších dnech už pacientka klidovou dušnost neměla.

Efekt – úplný.

Ošetrovatelská diagnóza:

Spánek porušený z důvodu nedostatku soukromí projevující se špatným usínáním a spaním

CK: pacientka zná příčiny nespavosti do 2 hodin

CD: pacientka se cítí odpočatá do 2 dnů

KC: pacientka spí 6 hodin bez probuzení do 3 dnů

Intervence:

- vyvětrej pokoj před spaním
- vyhledej s pacientkou vhodnou polohu
- uprav pacientce lůžko
- snaž se většinu ošetřování provádět tak, aby nebylo nutno pacientku budít

Realizace:

Akutní stavy bolesti na hrudi a dušnosti byly medikamentózně vyřešeny. Pokoj pacientky jsem vyvětrala a vysvětlila ji nutnost vyrušování z důvodu monitorování základních funkcí a podávání medikací. Snažila jsem se chovat tiše, abych zbytečně pacientku nebudila.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

16. 4. 2008

Pacientka v noci pospávala, spánek měla přerušovaný podáváním medikací, transfuzí, častým měřením fyziologických funkcí. Po probuzení se cítila unavená a slabá. Efekt – neúplný.

17. 4. 2008

Pacientka spala jen asi čtyři hodiny, probudily ji bolesti na hrudi a dušnost. Po vyřešení akutního stavu pacientka usnula, po probuzení se cítila lépe.

Efekt – částečný.

Ošetřovatelská diagnóza:

Bolest zad z důvodů degenerativních změn páteře a klidového režimu, projevující se neklidem

CK: pacientka má zmírnění bolesti do 8 hodin

CD: pacientka nemá bolesti do 48 hodin

KC: pacientka je klidná, nepocítuje žádnou bolest do 1 týdne

Intervence:

- posuď intenzitu bolesti
- vysvětli pacientce rozsah pohybu na lůžku
- zajisti fyzioterapeuta – individuální pohybový program
- vyhledej s pacientkou vhodnou polohu
- využij polohovacích pomůcek na podporu postižené části těla
- podej analgetika dle ordinace
- sleduj účinek analgetik
- pečuj o kůži hlavně v oblastech vystavených tlaku
- namasíruj pacientce záda

Realizace:

16. 4. 2008

Pacientce jsem poučila o rozsahu pohybu na lůžku. Není nutné ležet jen na zádech, ale pacientka může měnit polohu podle vlastní potřeby. S fyzioterapeutkou prováděla cvičení na lůžku. V době odpočinku jsem využila polohovací pomůcky pro bazální stimulaci, které si pacientka pochvalovala.

17. 4. 2008

Pacientka začala odpoledne rehabilitovat s fyzioterapeutkou, prováděla nácvik sedu a stoje u lůžka. Večer jsem ji na přání namazala záda francovkovou pěnou.

18. 4. 2008

Pacientka pokračovala v rehabilitaci, na noc chtěla masáž zad.

19. 4. 2008

Pacientka prováděla v rámci rehabilitace stoj u lůžka s oporou.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

16. 4. 2008

Pacientce se ulevilo a aplikace analgetik nebyla nutná. Byla ráda, že nemusí ležet jen na zádech. Uvítala i cvičení s fyzioterapeutem.

Efekt – částečný.

17. 4. 2008

Bolesti zad přetrvávaly u pacientky během celého dne, ale analgetika nechtěla. Snažila jsem se s pacientkou vyhledat vhodnou polohu, namazala jsem ji záda. Pacientce se částečně ulevilo. Odpoledne po rehabilitaci udávala paní K. zmenšení bolesti.

Efekt – částečný.

18. 4. 2008

Bolesti zad byly mnohem menší. S pacientkou jsme procvičovaly dolní a horní končetiny na lůžku. Večer jsem pacientce namasírovala záda.

Efekt – úplný.

19. 4. 2008

Paní K. se cítí lépe, bolesti zad byly nepatrné. Pacientka byla ráda, že se může postavit u lůžka, že nemusí jen ležet.

Efekt – úplný.

Ošetrovatelská diagnóza:

Péče o sama sebe nedostatečná z důvodu základního onemocnění, projevující se neschopností provádět samostatně hygienickou péči, stravování a vyprazdňování

CK: pacientka je schopná částečně o sebe pečovat do 8 hodin

CD: pacientka je schopná o sebe pečovat do 3 dnů

KC: pacientka je schopna péče o sama sebe na úrovni svých schopností do 4 dnů

Intervence:

- pomáhej pacientce při hygienické péči
- zapoj pacientku do úpravy svého zevnějšku
- zajisti pacientce dle možností soukromí
- obstaruj pomůcky pro vyprazdňování

- podávej pacientce vhodné tekutiny

Realizace:

16. 4. 2008

Paní K. jsem pomáhala při pití, na jídlo neměla vůbec chuť. Během dne byla nutná dopomoc při osobní hygieně a při vyprazdňování. Močení bylo usnadněno zavedením permanentního močového katétru (PMK). Paní K. se vyprázdnila na mísu bez obtíží.

17. 4. 2008

Ráno byla nutná dopomoc při hygienické péči, jídlo a pití paní K. zvládala již sama. Nadále měla zavedený PMK, pacientka se vyprázdnila na mísu. Na pití jsem paní K. doporučila ředěné ovocné šťávy, stolní vody, čaje. Minerální vody pouze omezeně pro vyšší obsah sodíku a draslíku.

18. 4. 2008

Paní K. se umyla na lůžku samostatně, byla nutná jen drobná dopomoc. Sama se najedla a sama pila. Vyprázdnila se do podložní mísy. Synové zajistily dostatek tekutin.

19. 4. 2008

Paní K. byl odstraněn PMK a paní K. močila do podložní mísy. Těší se až bude moci jít na WC.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

16. 4. 2008

Pacientka se cítila lépe až odpoledne. Měla starosti jak zvládne hygienickou péči. Ujistila jsem pacientku o mé pomoci při všech úkonech, které nebude zvládat.

17. 4. 2008

Pacientka byla veselejší, moji pomoc při hygieně ještě přivítala. Necítila se schopna ji zvládnout sama. Velmi se, ale snažila být samostatná. Byla ráda, že jsem ji poradila s tím, co může pít. Nemocniční čaj ji moc nechutnal.

18. 4. – 19. 4. 2008

Pacientka se cítila lépe, protože byla schopna se sama umýt na lůžku. Přivítala odstranění PMK, bez něho měla větší pocit volnosti. Byla jsem spokojená, protože paní K. byla velmi snaživá.

Efekt – úplný.

Ošetrovatelská diagnóza:

Kožní integrita riziko porušení z důvodů jemné, papírové kůže

CK: pacientka je poučena o svém problému do 4 hodin

CD: pacientka umí o svou pokožku pečovat do 2 dnů

Intervence:

- pečuj o hygienu kůže
- osuš kůži jemně a důkladně
- udržuj lůžko čisté a suché
- upozorni pacientku o významu pravidelné péče o kůži
- kontroluj pravidelně povrch kůže
- promasíruj jemně místa na kostních prominencích
- edukuj pacientku o nutnosti správné výživy
- nepoužívej náplasti nebo jen pro citlivou pokožku
- použij antidekubitární pomůcky

Realizace:

16. 4. – 19. 4. 2008

Pacientku jsem poučila o nutnosti jemné a pravidelné péče o pokožku. Při hygieně jsem pokožku řádně osušila (netřít) a promastila krémem. Po odběru krve jsem místo vpichu nepřelepovala. Po zavedení periferního žilního katétru (PŽK) jsem místo vpichu sterilně překryla náplastí pro citlivou pokožku. Dvakrát denně jsem kontrolovala místo vpichu, udržovala jsem lůžko v čistotě. Použila jsem antidekubitární matraci. Na kotníky dolních končetin jsem použila chránič kotníku. Pacientce jsem vysvětlila nutnost správné výživy. Vzhledem k tomu, že má citlivou pokožku a poslední dobou hodně zhubla, méně se pohybuje se jí mohou dělat otlaky na citlivých místech – kostrči, patách, kotnících, lopatkách atd. Z tohoto důvodu je nutné měnit polohu několikrát denně.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

16. 4. – 19. 4. 2008

V souvislosti s ošetrovatelskými výkony nedošlo k porušení celistvosti kůže. Pacientka byla ráda, že se dozvěděla jak o pečovat o pokožku. Synové jí přinesli pleťový

krém pro citlivou pokožku. Po dobu hospitalizace na JIPu nedošlo u pacientky ke vzniku žádného kožního defektu ani dekubitu.

Efekt – úplný.

Ošetrovatelská diagnóza:

Infekce, riziko vzniku z důvodů zavedení periferní žilního katétru a permanentního močového katétru

CK: pacientka zná zásady péče o PŽK do 1 hodiny

CD: pacientka nemá známky infekce do 24 hodin

Intervence:

- kontroluj místo vpichu 2x denně
- sleduj funkčnost PŽK, PMK
- při manipulaci postupuj asepticky
- dbej na řádnou hygienu rukou
- sleduj barvu a příměsi moče
- sleduj celkové příznaky infekce (horečka, třesavka)
- dodržuj správný postup při hygienické péči

Realizace:

16. 4. – 19. 4. 2008

Po celou dobu hospitalizace jsem kontrolovala místo vpichu PŽK. Dodržovala jsem aseptický přístup při podávání léků i.v. a infúzí. Poučila jsem pacientku, aby oznámila pokud bude mít v místě vpichu nepříjemné subjektivní pocity. Pacientka měla laboratorní nález moče normální. V moči nebyly žádné příměsi.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Po celou dobu hospitalizace pacientka nejevila známky infekce místní ani celkové. Pacientka neměla s PŽK ani s PMK problémy, dobře je snášela. 19. 4. 2008 jsem paní K. permanentní močový katétr odstranila. Pacientka spontánně močila. PŽK jí byl ponechán.

Efekt – úplný.

EDUKACE

Edukační plán zaměřený na změnu stravovacích návyků a tělesné aktivity.

Posouzení a diagnostika: Neznalost potřeba poučení v souvislosti se základním onemocněním.

Edukační cíl: Zlepšit informovanost pacientky o nutnosti změny stravovacích návyků a pohybové aktivity jako rizikových faktorů recidivy infarktu myokardu.

- Pacientka si uvědomuje riziko špatného stravování a pohybové aktivity do 2 dnů
- Pacientka zná vhodné potraviny a vhodnou pohybovou aktivitu do 3 dnů
- Pacientka dodržuje zásady zdravého stravování a provádí vhodnou pohybovou aktivitu do 2 týdnů

Příprava edukačního plánu: Uskutečnit první setkání s pacientkou do 24 hodin

Připravit pacientce vhodný informační materiál o dietě a pohybové aktivitě do 2 dnů

První edukační setkání

- Zjistit úroveň znalostí pacientky o rizikovosti nevhodné diety a nedostatečné tělesné aktivity.
- Zjistit současný jídelníček a pohybovou aktivitu pacientky.
- Seznámit pacientku s vhodnými a nevhodnými potravinami a důležitosti pravidelné a pestré stravy.
- Seznámit pacientku s vhodnou pohybovou aktivitou.

Druhé edukační setkání

- Ověřit vědomosti pacientky z předchozího setkání.
- Posoudit motivaci pacientky ke změnám.
- Povzbudit pozitivně pacientku.
- Poskytnout písemné materiály a doporučit další literaturu o změně životního stylu kardiaka.
- Zdůraznit důležitost zvýšené tělesné aktivity.

Realizace edukace: S pacientkou byl připraven individuální program o změně stravovacích návyků a pohybové aktivity. Pacientce byl poskytnut informační materiál.

První setkání: U pacientky bylo zjištěno snížené BMI, pacientka měla nedostatečné informace týkající se vhodné výživy po prodělaném infarktu myokardu. Pacientka byla seznámena s vhodnými potravinami a způsobu jejich přípravy.

Pacientka byla poučena o vhodné pohybové aktivitě, která odpovídala jejím možnostem.

Druhé setkání: U pacientky byly ověřeny znalosti z předešlého setkání formou dotazování. Pacientka byla poučena o nutnosti pravidelné konzumace vhodné stravy, vzhledem k její nízké tělesné hmotnosti. S pacientkou byl sestaven vhodný denní jídelníček.

Pacientka byla seznámena s návodem na vhodnou a pravidelnou pohybovou aktivitou. Pacientce byly doporučeny procházky v parku za pomoci členů rodiny, dle možností. Pacientka ví, že může pohybovou aktivitu vykonávat i po bytě. Pacientce byly předány letáčky s aktuální tematikou.

Vyhodnocení edukace: Pacientka si uvědomuje důležitost změnit a dodržovat životosprávu, zná vhodné a nevhodné potraviny, zná vhodný způsob tělesné aktivity. Pacientka se pokusí o pravidelné procházky v parku.

ZÁVĚR

V mojí bakalářské práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacienta s akutním infarktem myokardu. Ošetrovatelská péče spočívala nejen v plnění lékařských ordinací, ale nedílnou součástí byla i psychická podpora pacientky.

Další nepostradatelnou součástí mé péče byla edukace pacientky. Hlavním cílem edukace bylo naučit pacientku zodpovědnosti za své zdraví. Edukace spočívala v poučení o úpravě režimu po propuštění domů. Jestliže bude pacientka dodržovat všechna lékařem stanovená preventivní opatření a bude-li se vyhýbat rizikovým faktorům, mohou se její obtíže minimalizovat.

V této práci jsem chtěla poukázat, jak důležitá je prevence onemocnění. Přestože na akutní infarkt myokardu stále umírá více lidí, nedaří zmírnit rizikové faktory u obyvatel naší republiky. Většina lidí si vše uvědomí, až když je postižen touto nemocí. Přitom na preventivní prohlídky u lékaře zapomínají.

Také jsem chtěla poukázat, že péče o pacienta s akutním infarktem myokardu není snadná. Srdeční infarkt je nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku.

Myslím si, že hodně pacientů nemá informace o možnosti preventivních prohlídek u praktického lékaře. Na druhé straně jsou pacienti, kteří informace mají, ale nevyužívají je. Myslím, že je to hlavně z pracovních důvodů - absence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASCHERMANN, M. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 754 s.
ISBN 80-7262-290-0
2. ASSMANN, G. *Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 126 s. ISBN 80-7254-437-3
3. ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program*. [on line] aktualizace neuvedena [cit 2008-04-17]. Dostupné z <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>
4. DOENGES, M.E., Moorhouse, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
5. DRÁBKOVÁ, J. *Medicína naléhavých a kritických stavů*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 325 s. ISBN 80-7013-115-2
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5
7. HAMPTON, J.R. *EKG stručně, jasně, přehledně*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 152 s. ISBN 80-247-0960-0
8. HROMADOVÁ, D. *Kardiovaskulární onemocnění*. Praha: Neptun, 2004. 190 s. ISBN N-0000010
9. KHAN, G.M. *EKG a jeho hodnocení*. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-0910-4
10. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. 403 s. ISBN 80-86232-06-9
11. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLOVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo: koncepci, ošetrovatelský proces a prax*. Díl I. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest její diagnostika a psychoterapie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ pro ILF Praha, 1992. 68 s. ISBN 80-7013-130-6
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
14. MARTÍNKOVÁ, J. a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4

15. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6
16. MOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
17. POVÝŠIL, Ctibor. *Speciální patologie –I.díl*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. 98 s. ISBN 80-246-0951-7
18. SCHÄFFLER, A. BRAUN, J. RENZ, U. *Vademecum lékaře*. 2.vyd. Praha: Galén, 1992. 790 s. ISBN 80-85824-08-6
19. SOVOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9
20. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
21. ŠTEJFA, M. a kol. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 560 s. ISBN 80-7169-110-0
22. TRACHTOVÁ, E. A kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
23. ŠPAČEK, R. WIDIMSKÝ, P. *Infarkt myokardu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 231 s. ISBN 80-7262-197-1
24. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. *Intenzivní péče v kardiologii*. 1. vyd. Brno, IDV PZ, 1994. 151 s. ISBN 80-7013-170-5
25. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2
26. WIDIMSKÝ, J. a kol. *Hypertenze*. Triton, 2002. ISBN 80-7254-249-4
27. WIDIMSKÝ, J. *Farmakoterapie ischemické choroby srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 272 s. ISBN 80-7169-273-5

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACE inhibitory	inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin
AIM	akutní infarkt myokardu
ALT	alaninaminotransferáza
ALP	alkalická fosfatáza
AST	aspartát – aminotransferáza
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
CA	tumorový marker (sacharidový antigen)
CEA	tumorový marker (karcinoembryonální antigen)
CK	kreatinkináza
CK- MB	izoenzym kreatinkinázy
CT	počítačová tomografie
D	dech
EF	ejekční frakce
ECHO	echokardiografické vyšetření
EKG	elektrokardiogram
GMT	glutamyltransferáza
HDL	lipoproteiny vysoké hustotě
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
IM	infarkt myokardu
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
LDK	levá dolní končetina
LDL	lipoproteiny o nízké hustotě
LK	levá komora
NTG	nitroglycerin
P	puls
PCI	perkutánní koronární intervence
PEEP	positive end-expiratory pressure
PMK	permanentní močový katétr

PTCA	perkutánní transluminární koronární angioplastika
PVT	příjem a výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
SaO ₂	saturace krve kyslíkem
SKG	selektivní koronarografie
TBC	tuberkulóza
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Tabulka č. 1 - Hladiny tukových látek v krvi	53
Příloha č. 2	Tabulka č. 2 - Odvykání kouření	54
Příloha č. 3	Tabulka č. 3 - Příklady střední fyzické aktivity	55
Příloha č. 4	Tabulka č. 4 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů	56
Příloha č. 5	Tabulka č. 5 - Barthelův test základních všedních činností	57
Příloha č. 6	Tabulka č. 6 - Záznam péče o rány	58
Příloha č. 7	Tabulka č. 7 - Ošetrovatelská dokumentace	59

Příloha č. 1

Tabulka č. 1 - Hladiny tukových látek v krvi

Hladiny	žádoucí	Středně rizikové	rizikové
Celkový cholesterol	5,2 mmol.l ⁻¹ (200 mg %)	5,2 – 6,2 mmol.l ⁻¹ (200 – 240 mg %)	6,2 mmol.l ⁻¹ (240 mg %)
LDL -CH	3,4 mmol.l ⁻¹ (130 mg %)	3,4 -5,7 mmol.l ⁻¹ (130 – 220 mg %)	5,7 mmol.l ⁻¹ (220 mg %)
TG	2,3 mmol.l ⁻¹ (200 mg %)	2,3 – 4,5 mmol.l ⁻¹ (200 – 400 mg %)	4,5 mmol.l ⁻¹ (400 mg %)
HDL	1,1 mmol.l ⁻¹ (45 mg %)	0,9 mmol.l ⁻¹ (35 mg %)	
Lp (a)	20 mg %	30 mg %	

Zdroj: Štejfá, M. Kardiologie, str. 102.

Příloha č. 2

Tabulka č. 2 - Odvykání kouření

Závislost na nikotinu je chronický stav. Mnoho kuřáků vyžaduje opakovanou intervenci, než přestane kouřit úplně.
Dejte pacientům praktické rady, jak se vzdát kouření.
Poskytněte pacientům aktivní podporu v jejich pokusech vzdát se kouření.
Povzbud'te rodinu, přátele a kolegy pacientů k podpoře úsilí přestat kouřit.
Efektivita stoupá s intenzitou léčby. Je výhodný přímý kontakt pacienta s poradcem. Výsledky jsou lepší při delší době konzultací.
Dostupná léčba zdvojnásobuje naději na úspěch. Zahrnuje: <ul style="list-style-type: none">- léky první volby: nikotinové žvýkačky, inhalery, nosní spreje, náplasti- léky druhé volby připadají v úvahu, jestliže nejsou léky první volby efektivní: clonidine, nortriptylin
Nabídněte tuto léčbu pacientům, kteří chtějí přestat kouřit. Pacienti s ICHS, Gravidní a kojící ženy a mladiství by měli konzultovat svého lékaře před užíváním jakékoli medikace.
Řekněte pacientům, kteří nechtějí přestat kouřit, jasně, aby to udělali.
Přizpůsobte svou radu sociální a ekonomické situaci pacienta
A opakujte ji často.
Trvejte i na vyvarování se pasivnímu kouření v zaměstnání a doma.

Zdroj: Assmann, G. a kol. Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční, str. 73.

Příloha č. 3

Tabulka č. 3 - Příklady střední fyzické aktivity

Denní aktivity	Sportovní aktivity
rychlá chůze (asi 3 km) 30 minut	jízda na kole 8 km za 30 minut
chůze po schodech 15 minut	běh 2,5 km za 15 minut
práce na zahradě 30 – 45 minut	tanec 30 minut
hrabání listí 30 minut	plavání 20 minut
mytí a voskování auta 45 – 60 minut	basketbal 15 – 20 minut
odhazování sněhu 15 minut	skákání přes švihadlo 15 minut
mytí oken a podlah 45 – 60 minut	volejbal 45 – 60 minut

Zdroj: Assmann, G. a kol. Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční,
str. 81.

Príloha č. 4 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů - dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 normální	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 diabetes	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2 jiná onem.	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

*horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita.

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů

Příloha č. 5

Barthelův test základních všedních činností ADL (aktivity daily living)

činnosti	provedení činnosti	bodové skore
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

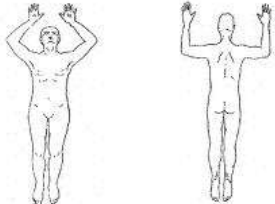
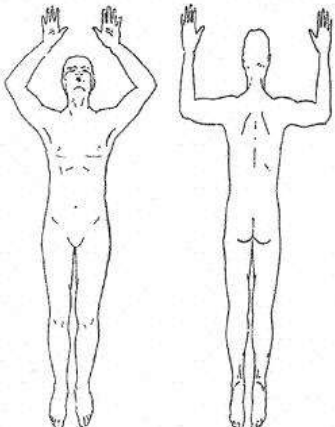
0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Převzato z Trachtová, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, str. 23.

ZÁZNAM PÉČE O RÁNY

HODNOCENÍ	STUPEN: (Danielova klasifikace dekubitu)	TYP RÁNY:	EXUDACE:	ZÁPACH:	OKOLÍ:	REŽIM:	ROZMĚRY RÁNY:
Datum: 16.4.2008	1. zčerveníání	epitepizující	čirá	lehký	zarudnutí	ATD matrace	
Sestra: 16.4.2008	2. puchýř	granulující	žlutozelená	ostrý	opruzení	ATD pomůcky	
	3. nektróza podkožního tuku	nekrotická	kravá	hnitobný	macerace	polohování	
	4. nektróza všech hlubokých struktur kromě kosti	infikovaná	žádná	žádný	ekzém	posazování	
	5. rozsáhlá nektróza tkání včetně kosti	hematom	žádná	žádný	ekzém	posazování	
Datum péče: 16.4.2008	h.					Sestra:	
	DEFEKT NAD VUITRÁJNÍ KOTNIKEH LOK - 2x4cm ve postelku dočimé krvácející ⇒ 0 BETADINE + MASTVÝ TL + STEELNI A3 kompresy						
HODNOCENÍ	STUPEN: (Danielova klasifikace dekubitu)	TYP RÁNY:	EXUDACE:	ZÁPACH:	OKOLÍ:	REŽIM:	ROZMĚRY RÁNY:
Datum: 17.4.2008	1. zčerveníání	epitepizující	čirá	lehký	zarudnutí	ATD matrace	
Sestra: 17.4.2008	2. puchýř	granulující	žlutozelená	ostrý	opruzení	ATD pomůcky	
	3. nektróza podkožního tuku	nekrotická	kravá	hnitobný	macerace	polohování	
	4. nektróza všech hlubokých struktur kromě kosti	infikovaná	žádná	žádný	ekzém	posazování	
	5. rozsáhlá nektróza tkání včetně kosti	hematom	žádná	žádný	ekzém	posazování	
Datum péče: 17.4.2008	h.					Sestra:	
	LDE - krvácející granulující defekt ⇒ 0 BETADINE + MASTVÝ TYL + Adukuvi A3 kompresy, meliková adhezia						
HODNOCENÍ	STUPEN: (Danielova klasifikace dekubitu)	TYP RÁNY:	EXUDACE:	ZÁPACH:	OKOLÍ:	REŽIM:	ROZMĚRY RÁNY:
Datum: 18.4.2008	1. zčerveníání	epitepizující	čirá	lehký	zarudnutí	ATD matrace	
Sestra: 18.4.2008	2. puchýř	granulující	žlutozelená	ostrý	opruzení	ATD pomůcky	
	3. nektróza podkožního tuku	nekrotická	kravá	hnitobný	macerace	polohování	
	4. nektróza všech hlubokých struktur kromě kosti	infikovaná	žádná	žádný	ekzém	posazování	
	5. rozsáhlá nektróza tkání včetně kosti	hematom	žádná	žádný	ekzém	posazování	
Datum péče: 18.4.2008	h.					Sestra:	
	DEPERCEA ANEMIE ⇒ ANEMNY krvácející granulace ⇒ pilobiti PERBIFEX F 1ma 2 ang						
HODNOCENÍ	STUPEN: (Danielova klasifikace dekubitu)	TYP RÁNY:	EXUDACE:	ZÁPACH:	OKOLÍ:	REŽIM:	ROZMĚRY RÁNY:
Datum: 18.4.2008	1. zčerveníání	epitepizující	čirá	lehký	zarudnutí	ATD matrace	
Sestra: 18.4.2008	2. puchýř	granulující	žlutozelená	ostrý	opruzení	ATD pomůcky	
	3. nektróza podkožního tuku	nekrotická	kravá	hnitobný	macerace	polohování	
	4. nektróza všech hlubokých struktur kromě kosti	infikovaná	žádná	žádný	ekzém	posazování	
	5. rozsáhlá nektróza tkání včetně kosti	hematom	žádná	žádný	ekzém	posazování	
Datum péče: 18.4.2008	h.					Sestra:	

M.L.

Příloha č. 7 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE pro lůžkové oddělení intenzivních oborů		Štítek pacienta: <i>M.K.</i>
Razítko oddělení:		Datum a čas přijetí: <i>16. 4. 2009 1:30</i>
Hlavní důvod přijetí: <i>AKUTNÍ IM A LEVOSTRANNĚM SRDEČNÍM SELHÁNÍM</i>		
Hospitalizace: <input type="checkbox"/> poprvé <input checked="" type="checkbox"/> opakovaně <input type="checkbox"/> přijat <input checked="" type="checkbox"/> přeložen - odkud: <i>INTERNA 1</i>		Rodina informována: <input checked="" type="checkbox"/> ano - kdo: <i>SYN</i> <input type="checkbox"/> ne
Jiná vážná onemocnění v anamnéze: <i>NORMOCYTÁRNÍ ANEMIE, ICHQ, CHRON. REN. INSUF.</i>		
Alergie: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano:		
Informace podávat komu: (telefon) <i>SYN PAVEL</i>		
Zaměstnání: <input type="checkbox"/> ano - vystaveno potvrzení o PN <input checked="" type="checkbox"/> ne (.....) <input checked="" type="checkbox"/> důchodce		
Úschova cenností: <input type="checkbox"/> ano - viz. Doklad o úschově osobních věcí <input type="checkbox"/> v přijímací kanceláři <input checked="" type="checkbox"/> ne		
<u>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA - STAV PŘI PŘIJETÍ</u>		
1. FYZIOLOGICKÉ FUNKCE: TK: <i>120/85</i> P: <i>84</i> TT: <i>36,4°C</i> SaO ₂ : <i>94%</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DÝCHÁNÍ: <input type="checkbox"/> spontánně ventilující <input checked="" type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> akutní dechová nedostatečnost <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> aspirace <input type="checkbox"/> hemoptýza <input type="checkbox"/> UPV ▪ VĚDOMÍ: <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí <input checked="" type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> tlumení GCS: _____ (hodnocení Glasgow coma scale proved' u pacienta s poruchou vědomí) ▪ KONTAKT: <input type="checkbox"/> bez omezení <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje <input checked="" type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> agresivní: verbálně / fyzicky <input type="checkbox"/> zhoršený <input type="checkbox"/> nelze navázat <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> vyžaduje zvláštní přístup 		
2. BOLEST: <input type="checkbox"/> nemá bolest <input type="checkbox"/> má: akutní / chronická <input type="checkbox"/> nelze hodnotit <input type="checkbox"/> co bolí: <i>BEDEPNÍ PÁTEŘ, LEVÁ KYČEL</i> <input type="checkbox"/> kde, kdy (v souvislosti s): <input type="checkbox"/> analgetika:		
<p style="text-align: center;">0 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 10</p> Intenzita bolesti: /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/		
3. VÝŽIVA, METABOLISMUS: <input type="checkbox"/> DM: typ..... <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin Příjem potravy: <input checked="" type="checkbox"/> p.os. : <input checked="" type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> parenterální: <input checked="" type="checkbox"/> umělý chrup: <input checked="" type="checkbox"/> úplný <input type="checkbox"/> neúplný:		Lokalizace změn na kůži: 
VÝŠKA: <i>168</i> cm VÁHA: <i>50</i> kg BMI: <i>14,4</i>		
Sliznice: <input type="checkbox"/> vlhké <input checked="" type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> krusty <input type="checkbox"/> jiné:		
Kůže: <input type="checkbox"/> v normě <input checked="" type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input checked="" type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> stomie <input checked="" type="checkbox"/> léze, rány, jizvy: <i>LŽK - VNITŘNÍ KOTNÍK 2x4cm</i> <input checked="" type="checkbox"/> dekubity - stupeň: <i>PDK - I - II. STUPEŇ 2x2cm</i> <input checked="" type="checkbox"/> invaze: <i>PŽK</i>		

3. VYLUČOVÁNÍ:

Močení: spontánní, bez obtíží
 pleny PMK stomie: typ.....
 s pomocí WC / mísa
 inkontinence retence
 časté močení bolestivé močení

Stolice: sám, bez obtíží
 pravidelná nepravidelná
 zácpa průjem meléna
 inkontinence stómie: typ
 poslední stolice dne 16.4. užívá projímadlo LACTULOZA

Pocení: v normě
 nadměrné

4. AKTIVITA: chodí sám chodí s pomocí pohyblivý v lůžku ležící nepohyblivý

Tělesný handicap: dušnost srdeční onemocnění plicní choroba
 kašel: dráždivý / suchý / produktivní / zpěněné sputum
 amputace / paréza / plegie:
 onemocnění pohybového aparátu

Kompenzační pomůcky:
 hůl / berle ...ks
 chodítko
 vozík

Smyslový handicap: porucha zraku porucha sluchu porucha řeči cizinec
 brýle / čočky naslouchátko

Úroveň soběstačnosti: soběstačný nesoběstačný (zhodnocení stupně závislosti proved v Barthelově testu)
 0 - 40 vysoce závislý 45 - 60 závislost středního stupně 65 - 95 lehká závislost 96 - 100 nezávislý

Abusus: alkohol PRÍLEŽITOSTNĚ cigarety: / den jiné návykové látky KÁVA - OZČAS

5. SPÁNEK: průměrně ...6... hod. porucha spánku nespavost
 užívá hypnotika : ne ano - jaká: návyk noční zmatenost

6. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ:

Bydlí: s rodinou sám asistence pečovat. služby podpora charitou bezdomovec
 zanedbaný z domova zanedbaný z jiného zařízení

Nutný kontakt se sociální sestrou: ano, proč: ne

7. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST:

Žena: menses: pravidelná / nepravidelná / silná / slabá
 antikoncepce: ano / ne
 menopauza, event. obtíže: jiné obtíže:

Muž: obtíže s prostatou: ano / ne
 jiné obtíže:

8. STRES, JEHO ZVLÁDÁNÍ:

přeje si návštěvu duchovního psychologa chce slyšet bohoslužbu chce navštívit kostel

9. SCHOPNOST EDUKACE: pacient: ano ne rodina: ano ne

Pacient byl seznámen s Právy nemocného, domácím řádem a službami nemocnice: ano ne

Pacient zná svého ošetřujícího lékaře: ano ne

Ošetřovatelská anamnéza získána od: pacienta rodiny z dokumentace oš. personálu jiné:

Datum, čas: 16.4. 2008

Zpracovala: [signature]

Poznámky: