

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S
ATEROSKLERÓZOU V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Zumrová

Praha 2012

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO S
ATEROSKLERÓZOU V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Zumrová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Zumrová Zuzana
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u nemocného s aterosklerózou v domácí péči

Nursing Process for Patients with Atherosclerosis in Home Care

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienta s aterosklerózou v domácí péči“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Zuzana Zumrová

PODĚKOVANÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové za trpělivý přístup, praktické znalosti, podnětné rady a připomínky při sepisování této bakalářské práce. A ráda bych poděkovala své kamarádce a babičce za podporu a pochopení.

ABSTRAKT

ZUMROVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelský proces v domácí péči o pacienta s Aterosklerózou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha 2012.XXX stran

Hlavním tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces v domácí péči o pacienta s aterosklerózou. Práce byla zaměřena na pacienta s aterosklerózou. Práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce charakterizuje jak základní informace o ateroskleróze, tak i průběh onemocnění a léčbu. V praktické části jsme se zaměřili na model Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Ateroskleróza, Ošetrovatelská péče, Pacient.

ABSTRACT

ZUMROVÁ, Zuzana. *Nursing Process of Patients with Atherosclerosis in Home Care*. Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2012. XXX pages.

The main topic of the thesis is the nursing process of patients with atherosclerosis in home care. My thesis focuses on an internal patient. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part introduces essential information about atherosclerosis, duration of the disease and treatment. The practical part focuses on the model by Virginia Henderson applying in the nursing process.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Charakteristika aterosklerózy	11
2 Vznik aterosklerózy	14
2.1 Metabolismus lipidů	15
2.2 Úloha zánětu v patogenezi aterosklerózy	15
2.3 Infekce	16
3 Hyperlipoproteinémie a dyslipoproteinemie	17
4 Rizikové faktory aterosklerózy	18
4.1 Dělení rizikových faktorů	18
4.2 Komplikace aterosklerózy	21
4.3 Endoteliální dysfunkce	22
5 Léčba aterosklerózy	23
5.1 Invazivní a neinvazivní přístup	23
5.2 Nefarmakologická léčba	23
5.3 Monoterapie hypolipemiky (farmakoterapie)	24
5.4 Antihypertenziva z hlediska aterosklerózy	25
6 Zobrazovací metody neinvazivními metodami	26
6.1 Fyzikální vyšetření	26
6.2 Magnetická resonance a ultrafast CT	26
6.3 Angiografie	26
7 Dietní doporučení při prevenci aterosklerózy	27
7.1 Diety snižující riziko aterosklerózy	27
7.2 Ostatní diety	28
7.3 Úpravy jídel	29
7.4 Diety	29
8 Domácí péče	31
8.1 Stáří	31
8.2 Rodina	31
8.3 Sebepečer a soběstačnost	32
8.4 Osamocení člověk	32
8.5 Pohyb a tělesná aktivita	33
8.6 Péče o pacienta nemocného aterosklerózou	33
8.7 Manipulace s nepohyblivým člověkem	34
8.8 Komunikace s nemocným pacientem	34
8.9 Zásady chování geriatrických pracovníků	34
8.10 Konec života	35
9 Shrnutí práce s nemocným člověkem	36
10 Zařízení dlouhodobé péče	37
10.1 Přímé služby	37
10.2 Nepřímé služby	38
12 PRAKTICKÁ ČÁST	39
12.1 Aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu:	39
Teorie základní ošetrovatelské péče	39
IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:	39
TT : 36,6°C	40
12.2 ANAMNÉZA	40

Léková anamnéza	41
Pracovní anamnéza	43
Spirituální anamnéza	43
12.3 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V. HENDERSONOVÉ ze.....	44
dne 10. 12. 2011	44
Asistence, pomoc při	44
Objektivně	44
Subjektivně.....	44
12.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	51
Ordinovaná vyšetření : 1x za 3 měsíce interní vyšetření s odběrem krve a moči	51
12.5 SITUAČNÍ ANALÝZA :	53
12.6 Ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry.	53
12.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	65
12.8 Doporučení pro praxi	65
13 ZÁVĚR.....	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	9

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CRP	Creaktivní protein
DLPdyslipidemie
HDLnízký ochranný cholesterol
HLPhyperlipoproteinemie
ICHSischemická choroba srdeční
IKPindex kotník/paže
KVO	kardiovaskulární onemocnění
LDL	vysoký celkový cholesterol
MPmozková příhoda
OBRA	Omnibus Budget Reconciliation Act

ÚVOD

Téma ateroskleróza je málo známé, občané ani nevědí co to vlastně je. O tomto problému se stále málo diskutuje jak veřejně, tak i v médiích . Při psání práce nás vedla zkušenost s nemocnými, který tímto onemocněním trpí už několik let.

V praktické části jsme se díky pacientovi dozvěděli o této nemoci ještě více informací při jeho postupnému popisu onemocnění. Tím bylo zjištěno, že kvůli nedostatečné informovanosti pacienti ani sami nevědí, co se vlastně s jejich tělem děje. Ještě než se začalo spolupracovat s pacientem na ošetřovatelském procesu, jsme se snažili o tomto onemocnění co nejvíce dozvědět za pomoci literatury.

Cílem práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetřovatelské péče o pacienta s aterosklerózou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika aterosklerózy

Ateroskleróza (kornatění tepen) a její rizikové faktory představují jeden z nejvýznamnějších zdravotních problémů západní civilizace.

Pohled na aterosklerózu, na kterou se po dlouhá léta pohlíželo jako na mechanický děj charakterizovaný prostým hromaděním tuků, se v posledních létech významně změnil (ČEŠKA, 2005).

Ateroskleróza je chronické onemocnění. Vede ke změně pružnosti tepen a uzavírání jejich průsvitu. Špatným průchodem tepen se tak snižuje průtok krve, ale i zásobování nezbytným kyslíkem (KOCIÁN, 1999). KVO (kardiovaskulární onemocnění) jsou stále hlavní příčinou úmrtí ve vyspělých zemích. Paradoxně se stále větší počet osob dožívá vyššího věku, který je hlavním rizikovým faktorem KVO (ALUŠÍK, 2000).

Tento stav je způsoben častým výskytem biologických faktorů jednak dědičných a jednak zevního prostředí (rizikové faktory). Ateroskleróza je převážně zánětlivé onemocnění a je do velké míry léčitelná. S následky s cévním postižením se setkávají i diabetologové a endokrinologové (poruchy funkce štítné žlázy, hypofýzy). Dále hematologové (poruchy funkce trombocytů) i gastroenterologové (pankreatitidy) (PIŤHA, 2000).

❖ Snížený průtok krve se projeví:

- *na srdci* – jako *angina pectoris* (záchvatovitá bolest na hrudi), srdeční infarkt (při úplném uzavření tepny zásobující srdce)
- *na končetinách* – záchvatovitá bolest ve svalstvu dolních končetin, odumrtí určitého místa s rozpadem tkáně (gangréna)

- v mozku – cévní mozková příhoda (důležitá je včasná pomoc, jinak může postihnout obě nebo jednu polovinu těla ochabnutím svalů). V těžších případech - krvácení v mozku (mozková mrtvice) (KOCIÁN, 1999). U aterosklerózy je velice nutná prevence. Neměla by se týkat jenom ohrožených osob, ale i celých jejich rodin. **Důležitá je změna životního stylu.** Nejlevnější prevencí je nekouřit, zdravě jíst, nepít alkohol, zhubnout a pohyb. Prevence léčivý je naopak velmi drahá (léčení vysokého krevního tlaku, hyperlipidemií, cukrovky aj.). Přesto z dlouhodobého hlediska levnější než léčení ischemických nemocí (ŠTEJFA, 1995). Rozsah výskytu onemocnění aterosklerózou u nás s možností velice přesné diagnostiky se týká většiny oborů medicíny. Výzkum a terapie tohoto onemocnění je důležitou a zajímavou oblastí medicíny (ALUŠÍK, 2000).

❖ ***Z nejnovějších poznatků je zajímavé posouzení vlivu vitamínu C na aterosklerózu.***

Člověk neumí vitamin C tvořit, ale většina zvířecích druhů, vhodných pro experimentální práci, ano. Genetickou manipulací byly získány myši, kterým - podobně jako člověku - chybí klíčový enzym nezbytný pro syntézu kyseliny askorbové. Proto byly provedeny pokusy na dvou skupinách myši, z nichž první měla v potravě velmi málo vitamínu C, druhá jeho nadbytek. Morfometrická měření nezjistila žádné podstatné rozdíly mezi skupinami - všechny myši se vyvíjely normálně. Ale aterosklerotické pláty myši s nedostatkem vitamínu C obsahovaly významně méně kolagenu a měly větší tendenci k ruptuře. Autoři z patologického oddělení Univerzity Severní Karolína se domnívají, že tím prokázali preventivní působení vitamínu C na vznik cévních příhod, způsobených rupturou aterosklerotických plátů (MEDICÍNA, 2002).

Kolagen obsahuje dvě neobvyklé *aminokyseliny*, *hydroxyprolin* a *hydroxylyzin*, pro jejichž tvorbu **je nezbytný vitamin C**. Obsah kolagenu v aterosklerotickém plátu ale není dán jen jeho tvorbou, závisí na rovnováze dvou protisměrných procesů - jeho tvorby buňkami hladkých svalů arterií a jeho rozkladu kolagenázami. Obecně platí, že změny v metabolismu kolagenu ovlivňují vlastnosti aterosklerotických plátů (Pit'ha, 2010).

Jisté je, že *nedostatek vitamínu C způsobuje* chorobu (v daném případě *kurděje*), ale užívání farmakologických dávek vitamínu lidmi, žádný preventivní význam pro vznik choroby mít nemusí. U pacientů s aterosklerózou se rozhodně nedá mluvit o

podvýživě: problémy dnešní populace v rozvinutých zemích vyvolává spíše nadbytek výživy (MEDICÍNA, 2002).

V oblasti kardiovaskulárních chorob byl význam léčby, zaměřené na snížení obsahu lipidů v plazmě, prokázán nade vší pochybnost. Přesto se opakují studie, v nichž mnoho lidí užívá drahé vitaminové doplňky, o jejichž přínosu důkazy nejsou. Autoři komentáře, dr. Libby a dr. Aikawa z Harvard Medical School v Bostonu, zastávají názor, že taková situace je důsledkem malé pozornosti lékařské veřejnosti věnované poznatkům medicíny založené na důkazech. Diskutovaná studie znovu potvrdila, jaký význam má stav kolagenu pro osud aterosklerotického plátu. Ale poměr mezi tvorbou a degradací kolagenu v ateromu je možné příznivě ovlivnit hypolipidemiky, vitaminem C nikoliv (MEDICÍNA, 2002).

2 Vznik aterosklerózy

I přes ohromné množství informací není přesná patogeneze tohoto procesu stále objasněna. Nejvíce přijímaná teorie vzniku onemocnění zdůrazňuje hlavní roli lipidů krevní plasmy a složek imunitního systému, hlavně monocytů. Vzájemným působením začínají zánětlivé děje, které vedou k poruše funkce a struktury cév. Je to tedy proces zánětlivý (PIŤHA, 2000).

❖ *Ateroskleróza je hlavní příčinou kardiovaskulárních příhod.*

Rozdílný průsvit tepen, jejich větvení, odlišná stavba tepenné stěny, množství vasa vasorum a další faktory vedou k různé citlivosti na působení krevních/ metabolických aterogenních faktorů. Proto může být citlivost jednotlivých tepenných řečišť k různým aterogenním inzultům podstatně různá. Kromě postižení koronárních tepen je stále více sledováno i postižení tepen zásobujících dolní končetiny. V této oblasti však zůstává stále řada neznámých. Důvodem často protichůdných nálezů jsou i různé metodiky a načasování sledování aterosklerotických změn v různých řečištích (PIŤHA, 2010).

Příběh aterosklerózy začíná v tepenné stěně, kde se usazují lipidové částice. Tyto částice jsou dále modifikovány v cévní stěně různými inzulty, například kyslíkovými radikály, a stávají se tak pro náš organismus cizorodým materiálem. Představení pokračuje aktivitami imunitního systému, kdy jsou LDL-částice fagocytovány monocyty, měnicími se v makrofágy a následně v nehybné pěnové buňky, postupně hynoucí v procesu apoptózy (PIŤHA, 2010).

V té chvíli se uzavírá bludný kruh, začínající nejprve funkčními poruchami endotelu a končící vznikem aterosklerotického plátu, zužujícího průsvit tepny. Aterosklerotický plát se následně vyvíjí dvěma směry. Jednak může dojít k jeho destabilizaci, narušení povrchu a vzniku trombu, který může způsobit rychlý uzávěr postižené tepny a poškození tkáně, kterou tato tepna zásobuje, a to s často fatálními klinickými následky. Plát se však může i spontánně „zajizvit“, nebo zvrápenatět, tedy stabilizovat, a stát se méně nebezpečným (PIŤHA, 2010).

Postupný uzávěr tepny stabilním plátem je méně dramatický, neboť dává čas na uplatnění kompenzačních mechanismů, jakými jsou dilatace tepny, vývoj kolaterálního řečiště (PIŤHA, 2010).

Pozornost vědeckých i klinických odborníků zabývajících se aterosklerotickým procesem je zaměřena především na nestabilní pláty. Ty mají na svědomí infarkty myokardu, cévní mozkové příhody, kritické ischemie dolních končetin, které vedou často k úmrtí či trvalé invalidizaci postižených osob. Záchrana v akutní fázi klinické příhody způsobené aterosklerózou je již často záležitostí štěstí a náhody - doslova být včas na správném místě - v dosahu záchranné služby a následně odborníků. Je asi zbytečné neustále opakovat, že tato představení mají v naší populaci doslova masový charakter. (PIŤHA, 2010)

Hlavní sledovanou oblastí byly do nedávné doby koronární tepny. Nicméně v posledních letech, a to i díky neustále se rozvíjejícím se diagnostickým a léčebným metodám, se pozornost obrací i k ostatním řečištím. Kromě koronárních tepen se výzkum zaměřuje i na tepny zásobující centrální mozkovou soustavu, dolní končetiny, ledviny a v neposlední řadě na aortu a tepny zásobující trávicí systém. (PIŤHA, 2010).

2.1 Metabolismus lipidů

Hlavními plasmatickými lipidy jsou cholesterol, mastné kyseliny a fosfolipidy; všechny patří k základním stavebním a energetickým zdrojům lidského a obecně savčího organismu (PIŤHA, 2000).

Cholesterol je přenášen hlavně ve formě cholesterol ésterů. Mastné kyseliny jsou transportovány plasmou, fosfolipidy a proteiny zajišťují v krevní plasmě rozpustnost ve vodných roztocích nerozpustných esterů.

❖ *Rozlišujeme dvě transportní cesty:*

zevní - vede po trase střevní trakt - periferní tkáň - játra

vnitřní - vede po trase játra - periferní tkáň - játra (PIŤHA, 2000).

Z toho všeho vyplývá, že hlavní zpracovatel a výrobce lipoproteinů je jaterní buňka (PIŤHA, 2000).

2.2 Úloha zánětu v patogenezi aterosklerózy

Údaje o možné účasti zánětlivé imunitní reakce v patogenezi aterosklerózy popisuje v poslední době stále více prací. Mezi humorálními faktory je na prvním místě

C reaktivní protein (CRP) syntetizovaný v játrech již v časných fázích zánětlivého procesu. Důkaz o významu CRP přinesla studie, která ukázala na zvýšené riziko vzniku infarktu se stoupající hladinou CRP. Téměř 15 tisíc osob sledovali devět let. Muži s vysokou koncentrací cholesterolu a vysokou hladinou CRP měli dvojnásobné riziko mozkové příhody, trojnásobné riziko infarktu a čtyřnásobné riziko ischemické choroby cév dolních končetin (OLIVA, 2000).

❖ Zánětlivé buňky

Jsou vždy přítomny ve stěně cévy poškozené aterosklerózou, a to ve všech stádiích choroby (OLIVA, 2000).

2.3 Infekce

Infekce může být rovněž významným stimulem pro zánět, který bude *příčinou aterosklerózy*. Výsledky dosavadních studií jsou někdy rozporné, přesto jsou často zmiňovány protilátky proti Chlamydia, pneumoniae, Helikobacter pylori, Herpes simplex virus, Cytomegalovirus jako významné prediktory vaskulárního rizika. Zánět je spojen samozřejmě nejen s akutním koronárním syndromem, ale projevuje se během celé doby aterogeneze (VRABLÍK, 2008).

3 Hyperlipoproteinémie a dyslipoproteinemie

Hyperlipoproteinemie (HLP) a dyslipidemie (DLP) představují skupinu metabolických onemocnění hromadného výskytu, která jsou charakterizována zvýšenou hladinou lipidů a lipoproteinů v plasmě.

HLP jsou buď primární, geneticky podmíněné, kterých je většina, nebo sekundární, kdy jsou průvodním znakem jiného, základního onemocnění.

Význam HLP a DLP spočívá v tom, že stojí v pozadí (často po dlouhá léta zcela bez příznaků) jako rizikové faktory řady onemocnění, z nichž za nejdůležitější jsou považovány zejména předčasná ateroskleróza a dále pak mnohem méně častá akutní pankreatitida (VRABLÍK, 2008).

4 Rizikové faktory aterosklerózy

Úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění (KVO) v České republice patří i přes významný pokles v posledních létech k nejvyšším v Evropě. (citace). Výskyt častých **rizikových faktorů** - *kuřácké návyky, nadváha, poruchy metabolismu lipidů, hypertenze a nízká koncentrace HDL cholesterolu*. Největší dopad na zdraví populace (a zároveň nejméně ekonomicky náročný) je například omezení soli a dostatek pohybu (PIŤHA, 2000).

4.1 Dělení rizikových faktorů

Rizikové faktory můžeme dělit na odstranitelné (hyperlipoproteinémie, kouření, hypertenze, diabetes, otylost, aktivita, stres a další), dále jsou to faktory neodstranitelné (věk, pohlaví a rodinná zátěž) (ŠTEJFA, 1995).

❖ Věk

Věk spíše ukazuje dobu expozice rizikovým faktorům/hostilitě krevní plazmy například pacienti se vzácnou poruchou vedoucí k celoživotně mírně snížené hladině LDL-cholesterolu mají významně nižší výskyt kardiovaskulárních příhod. Z hlediska ICHS, je věk stále hlavním rizikovým faktorem (PIŤHA, 2010).

❖ Pohlaví

Rozdíly mezi muži a ženami souvisí i s distribucí klasických rizikových faktorů v těchto dvou populacích (v populaci mužů je více kuřáků, v populaci žen více obézních diabetiček). Výskytem ischemické choroby dolních končetin se muži a ženy neliší, ale muži mají těžší a rychlejší průběh (PIŤHA, 2010).

❖ Genetické dispozice

Genetické dispozice jsou intenzivně zkoumány řadu let. Navzdory tomu, že v roce 2000 byl kompletně popsán lidský genom a potvrdili, že do 10 let budeme znát genetickou podstatu častých populačních chorob, tak zásadní průlom v klinické použitelnosti těchto metod stále čekáme. Hlavním genetickým vyšetřením v klinické praxi tak stále zůstává dobře odebraná rodinná anamnéza. Jako u většiny komplexních onemocnění, tak u ostatních kardiovaskulárních onemocnění se zde spíše uplatňují geny zodpovědné za rizikové faktory či faktory zcela negenetické jakými jsou sociální a kulturní návyky v dané komunitě či společnosti (PIŤHA, 2010).

❖ **Etnická příslušnost**

Tato data pocházejí téměř výhradně ze Spojených států amerických, kde mají možnost současně sledovat populaci bílé pleti, černé pleti, hispánskou, asijskou populaci i původní obyvatelé severoamerického kontinentu. Při srovnání různých postižení tepen dolních končetin vycházejí nejhůře obyvatelé Spojených států černé pleti, a to i po standartizaci na hlavní rizikové faktory - kouření, diabetes mellitus, atd... Naopak lépe (i když nevýznamě) při těchto srovnáních dopadá populace původem z Asie (PIŤHA, 2010).

❖ **Poruchy váhy**

Nadváha je problém všech vyspělých zemí. Paradoxně je problematická i anorexie, protože byla prokázána porucha metabolismu lipidů a zvýšená koncentrace LDL cholesterolu (PIŤHA, 2000).

❖ **Kouření**

Kouření je zřejmě nejsilnější a i laické veřejnosti nejznámější rizikový faktor i ostatních kardiovaskulárních (a dalších) onemocnění. Je i teoreticky nejsnáze odstranitelný. Mechanismus působení kouření je komplexní a vzhledem k velikému množství škodlivých látek v tabákovém kouři není jasný, mezi nejčastěji zmiňované patří aktivace sympatoadrenálního systému s následným poškozením cévní stěny, protrombogenní stav, nepřímé škodlivé metabolické účinky přes zhoršení inzulinové

rezistence, vzestup triglyceridů a pokles ochranného HDL-cholesterolu. U žen zřejmě kouření eliminuje ochranné působení pohlavních hormonů (estrogenů) na cévní stěnu. Kouření zasahuje především oblast tepen dolních končetin (většina pacientů však umírá na ICHS), dále oblast abdominální aorty, kdy poměrně často nalézáme aneuryzma, a to především u starších mužů-kuřáků. Cílem je absolutní ukončení kouření (PIŤHA, 2010).

❖ **Alkohol**

I přes možné příznivé účinky alkoholu v menších dávkách byly prokázány i nepříznivé účinky u některých pacientů - zvýšená koncentrace triglyceridů. Proto nelze plošně doporučovat všem lidem alkohol ani v malém množství (PIŤHA, 2000).

❖ **Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus II. typu postihuje všechna tepenná řečiště. Jedná se jednak o přímé poškození tepen vysokou glykemií a produkty glykace, jednak o nepřímé poškození přes zvýšený krevní tlak a poruchy metabolismu lipidů, spojené s inzulínovou rezistencí a hyperinzulinémií. V některých studiích byl popsán větší výskyt ischemické choroby dolních končetin u déletrvajících diabetes mellitus, a to v případě jeho těžší formy (nutnosti léčby inzulinem).

Vzhledem k prodlužujícímu se věku a přibývajícím nadváze/obezitě výskyt tohoto onemocnění prudce stoupá. Diabetes mellitus I. spíše postihuje menší tepny (PIŤHA, 2010).

❖ **Jaterní onemocnění**

Nejnověji diskutovanou je nealkoholická steatohepatitis. Většinou se týká žen středního věku, obézních, s poruchou metabolismu lipidů (PIŤHA, 2000).

❖ **Onemocnění štítné žlázy**

Nejdéle známá je snížená funkce štítné žlázy. Nejčastější je zvýšení cholesterolu, občas i porucha metabolismu lipidů (PIŤHA, 2000).

❖ **Hypertenze**

Škodlivost je nepochybně prokázána, ale mechanismus v rozvoji onemocnění není přesně znám. Postižení je ale vždy v oblastech s vyšším tlakem. Riziko ICHS a MP roste už od krevního tlaku 120/80 mmHg. U tlaku nad 160/100 mmHg je riziko několikanásobné (PIŤHA, 2000).

4.2 Komplikace aterosklerózy

„Komplikace aterosklerózy souvisí se zužováním nebo náhlým uzávěrem cév a místem, kde se tomuto děje. Tyto komplikace jsou současně i klinickými projevy aterosklerózy. Nejčastěji postižené jsou tyto cévy.“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

❖ **Tepny koronární**

„Tepny koronární vyživující srdce - dlouhodobým zužováním vzniká angina pectoris, při náhlém uzávěru vzniká infarkt myokardu.“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

❖ **Krkavice**

„Dlouhodobě se zdánlivě neděje nic, protože mozek vyživují 4 cévy a zásobení kyslíkem s přehledem utáhnou. Při náhlém uzávěru sraženinou, případně vmrštěním této sraženiny do mozku však vznikne klasická ischemická cévní mozková příhoda, mnohdy s doživotními následky (ochrnutí, ztráta citlivosti části těla, ztráta řeči,...).“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

❖ **Tepny ledvinné**

„Dlouhodobě dráždí ledvinu sníženým přítokem krve a drážděná ledvina pak svými působky způsobí zvýšení krevního tlaku, který dále zhoršuje aterosklerózu. Jedná se o klasický bludný kruh.“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

❖ **Tepny na dolních končetinách**

„Vzniká ischemická choroba dolních končetin. Dlouhodobé zužování cévy způsobí bolestivost v končetině při chůzi. Tato bolest je způsobena nedostatkem kyslíku a při zastavení rychle mizí. Při náhlém uzávěru existuje riziko smrti končetiny a bez včasné lékařské pomoci následné amputace.“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

❖ **Aorta**

„Na aortě může ateroskleróza spolu s vysokým tlakem způsobit oslabení její stěny a vznik výdutě neboli aneurysmatu aorty.“ (ŠTEFÁNEK, 2010)

4.3 Endoteliální dysfunkce

Endoteliální dysfunkce a porucha endotelu je vlastně *prvním stádiem aterosklerózy*. Vzhledem k obsáhlosti problematiky funkcí endotelu by se však již celá kapitola nemusela týkat ničeho jiného, a proto chci jen několika slovy upozornit, že se problematice endotelu a endoteliální dysfunkce budeme muset věnovat v blízké budoucnosti mnohem podrobněji. Endotel má totiž klíčovou úlohu na vzniku kardiovaskulárních onemocnění (ČEŠKA, 2005).

5 Léčba aterosklerózy

5.1 Invazivní a neinvazivní přístup

Léčbu aterosklerotického postižení cév dělíme na akutní (s invazivními výkony) a neinvazivní (ovlivněním rizikových faktorů). Oba tyto přístupy přispěly k polovičnímu poklesu úmrtnosti na ICHS v posledních 15ti letech. Výhodou invazivních přístupů je možnost okamžité záchrany života a zdraví pacientů. Nevýhodou je zprůchodnění tepen pouze v určitých dosažitelných oblastech a neovlivní celkový proces aterosklerózy jinde (PIŤHA, 2000).

❖ Výhody a nevýhody neinvazivního přístupu

Jsou vlastně opakem invazivních přístupů. Akutně nepomohou, ale v době měsíců a let jsou schopny zásadně ovlivnit životní vyhlídky postižených osob (PIŤHA, 2000).

Konzervativní léčba je co nejrychlejší stabilizace aterosklerotických plátů a zmírnění či odstranění endoteliální dysfunkce. Docílíme toho rychlým odstraněním nebo minimalizací přítomných rizikových faktorů (poruchy lipidového spektra, kouření, hypertenze a důslednou kompenzací diabetu melitu (PIŤHA, 2000).

5.2 Nefarmakologická léčba

❖ Zvýšení pohybové aktivity

Mezi režimová opatření patří pravidelná fyzická aktivita. Druh cvičení volíme podle věku, předchozích onemocnění, fyzické kondice i stavu pohybového ústrojí pacienta. Doporučuje se běh, indiánský běh, procházky rychlou chůzí, jízda na kole ale i doma na ergometru, běh na lyžích, plavání, veslování, intenzivní tanec. Cvičení by mělo být pro nemocného příjemné. Zdá se, že v prevenci kardiovaskulárních onemocnění není dokonce nutné ani příliš intenzivní cvičení. Osoby, které provozují pravidelné procházky rychlou chůzí, sníží svoje kardiovaskulární riziko stejně jako ty, které intenzivně cvičí v posilovně.

Se cvičením souvisí další poměrně nový nález. Při hodnocení výško- hmotnostních poměrů z hlediska kardiovaskulárního rizika musíme zohlednit fyzickou aktivitu

pacientů. Obézní, který pravidelně cvičí, je v nižším riziku než osoba s ideální hmotností a minimální fyzickou aktivitou (VRABLÍK, 2008).

❖ **Kouření**

K vzestupu hmotnosti bych chtěl uvést, že u nemocného ve vysokém riziku ICHS považují za významější nekouřit než mírně přibrat. Otázku zvýšení hmotnosti lze posléze řešit s odstupem u již „nekuřáka“. Kouření samo o sobě násobí kardiovaskulární riziko 2 - 4násobně a tento efekt je dále zvýrazněn a násoben při současné HLP. K odvykání kouření je užíváno celé řady metod a způsobů, jejichž možnosti považují někteří autoři za minimálně sporné. Jde o akupunkturu, hypnózu, relaxační trénink a mnohé další (VRABLÍK, 2008).

❖ **Dieta**

Touto problematikou se zabýváme podrobněji v kapitole č.7.

5.3 Monoterapie hypolipemiky (farmakoterapie)

❖ **Statiny**

Statiny jsou nejúčinnějšími současnými farmaky. Jejich účinky příznivě ovlivňují vznik a progresi aterosklerózy i nezávisle působí na snížení hladiny LDL cholesterolu. Statiny zároveň zvyšují hladinu HDL cholesterolu. Významně snižují úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, ale nezvyšují úmrtnost na jiná onemocnění (PÍŤHA, 2000).

❖ **Pryskyřice**

Resiny sekvestranty žlučových kyselin jsou nejdéle podávaná hypolipemika. Jsou méně účinné než statiny, ale patří k nejbezpečnějším léčivům vůbec. Resiny na sebe neselektivně váží žlučové kyseliny přímo ve střevě a zabraňují tak jejich oběhu. Jaterní buňka následně zvyšuje produkci žlučových kyselin (PÍŤHA, 2000,).

Bohužel častý výskyt nežádoucích účinků limituje v praxi dlouhodobé podávání těchto léčiv (SUCHOPÁR,).

❖ **Fibráty (deriváty kyseliny fibroové)**

Patřil k prvním hypolipemikům v tabletové formě. V současné době není u nás dostupný. Fibráty jsou velice účinné léky při snižování triglyceridů (PIŤHA, 2000).

❖ **Niacin (kyselina nikotinová)**

Je velice účinné hypolipemikum. Výrazně snižuje hladinu triglyceridů a zvyšuje HDL cholesterol, současně snižuje i celkový cholesterol. U nás zatím není registrován pro špatnou toleranci. Má mnoho vedlejších účinků - návaly horka do hlavy a končetin, vzestup glykémie a kyseliny močové. Absolutní kontraindikace podávání niacinu je těhotenství, střední věk žen a těžké postižení jater (PIŤHA, 2000).

5.4 Antihypertenziva z hlediska aterosklerózy

Úlohou antihypertenzní terapie není pouze léčba krevního tlaku, ale snížení mortality a morbidity na kardiovaskulární onemocnění. Proto jsou antihypertenziva hodnocena nejen z hlediska jejich účinnosti na krevní tlak, ale i na další parametry vzniku aterosklerózy (PIŤHA, 2000).

6 Zobrazovací metody neinvazivními metodami

6.1 Fyzikální vyšetření

I přes ohromný vědecký pokrok na poli detekce preklinické aterosklerózy jsou naše možnosti rozlišení míry rizika kardiovaskulární příhody u pacientů s podobným rizikovým skóre omezené. V běžné klinické praxi jde na prvním místě o podrobné fyzikální vyšetření, zejména v oblasti krkavic a tepen dolních končetin. V angiologii je používáno měření kotníkového tlaku k posouzení ischemické choroby dolních končetin. Vyjadřuje se nejčastěji jako index poměr kotník/ paže (IKP), resp. poměr systolického tlaku naměřeného u kotníku a systolického tlaku naměřeného na paži. Provedení tohoto vyšetření je jednoduché, do potřebné výbavy patří jednoduchý dopplerovský přístroj a obvyklý tlakoměr. Normální hodnota je vyšší než 1,0, jako hodnota patologická se považuje IKP pod 0,9 (ČEŠKA, 2005).

6.2 Magnetická resonance a ultrafast CT

Nejlepší by bylo přímé zobrazení stěny koronárních tepen. Nadějnou metodou je magnetická resonance a ultrafast CT. Zobrazení omezuje anatomické poměry - neustálý pohyb a průběh tepen. Zároveň je toto vyšetření drahé, takže nelze využít u každého. Proto se nyní dává větší možnost zobrazení sonografickým. Nejčastější metodou je ultrazvuk (PIŤHA, 2000).

6.3 Angiografie

Další zobrazovací metodou kardiovaskulární soustavy je CT angiografie. Protože kontrast krve a okolních tkání je prakticky nulový, musí se použít kontrastní látka. Tu podáváme intravenózně. Cílem tohoto vyšetření je zobrazení prostorového rozlišení. Ve srovnání s ostatními metodami má tato metoda dobrou dostupnost (FERDA, 2004).

7 Dietní doporučení při prevenci aterosklerózy

Dietologické zvyklosti jsou v různých zemích různé. Například asijské země mají takovou běžnou stravu, která relativně obsahuje málo tuků a cholesterolu. Proto diety se týkají spíše zemí se „západním“ typem stravy, protože jídelníček obsahuje vysoký podíl tuků a malý podíl ovoce a zeleniny (LEJSKOVÁ, 2000).

7.1 Diety snižující riziko aterosklerózy

❖ **Dieta - dva odlišné principy**

Dieta by měla obsahovat dva jasné, i když odlišné principy:

Je-li to potřebné energetická omezení taková, aby byla udržena přiměřená hmotnost, nebo docílená aspoň částečná korekce obezity nebo i nadváhy menšího stupně.

Kvalitativní změny diety (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Základ diet**

Řadu let je základem diet omezení příjmu nasycených mastných kyselin. Je to hlavní složka, která ovlivňuje LDL cholesterol. V tomto směru jsou nejvhodnější složkou stravy ryby, hlavně mořské. Naopak nejtypičtější zdroj mastných kyselin jsou živočišné tuky, z rostlinných tuků kokosový olej (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Kyselina olejová**

Hlavním zástupcem mononenasycených mastných kyselin v dietě je kyselina olejová, kterou nacházíme především v olivovém, ale i v řepkovém oleji. Pro bezpečnost kyseliny olejové svědčí i úspěch „středomořské“ diety (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Omega mastné kyseliny**

Podle dvojné vazby v polynenasycených mastných kyselinách dietních tuků rozlišujeme omega-6 (kyselina linolenová) a omega-3 mastné kyseliny (hlavní zdroj-ryby) (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Cholesterol**

Cholesterol konzumovaný v dietě zvyšuje koncentraci cholesterolu. Základními zdroji cholesterolu v dietě je vaječný žloutek, živočišný tuk včetně tuku z mléka a mléčných výrobků a maso (LEJSKOVÁ, 2000).

7.2 Ostatní diety

❖ **Sacharidy**

Sacharidy v dietě - nadměrný přísun cukru není vhodný (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Sůl**

Příjem chloridu sodného (soli). Snížení příjmu soli snižuje krevní tlak v průběhu několika týdnů až let (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Draslík**

Přiměřeně vysoký příjem draslíku může organismus chránit před vývojem hypertenze. Přírodními zdroji jsou brambory, ovoce, fazole a další druhy ovoce a zeleniny (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Vápník**

Zvýšení příjmu vápníku může u některých pacientů s hypertenzí přispět ke snížení krevního tlaku (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Hořčík**

I dostatečný příjem hořčíku má pravděpodobně příznivý vliv na krevní tlak. Dobrymi zdroji hořčíku jsou mandle, tofu, pšeničné klíčky, buráky a špenát. Pro muže je doporučovaná vyšší dávka než pro ženy (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Antioxidanty**

Potraviny bohaté na antioxidanty - nejvhodnějším zdrojem je čerstvé ovoce a zelenina. Jedná se o vitamín E (mléko, máslo, sója, burské oříšky, špenát, salát, maso a jiné). Vysoké dávky těchto vitamínů mohou mít ale i přímo toxické účinky na organismus (LEJSKOVÁ, 2000)

7.3 Úpravy jídel

Metody kuchyňské přípravy mají výrazný vliv na složení jídla. Před smažením a pečením na tuku je preferováno grilování, dušení, vaření a rožnění (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ Doporučené potraviny

Jsou obecně nízkotučné nebo s vysokým obsahem vlákniny. Výjimkou jsou rostlinné oleje a ořechy (i ty s mírou), vývary (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ Potraviny v omezeném množství

Obsahují nenasycené tuky nebo málo nasycených tuků. Např. libové červené maso, polotučné sýry, libová slanina, šunka (má více soli) (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ Potraviny nevhodné

Obsahují nasycené tuky. Konzumovat výjimečně a v malém množství. Jedná se o tukové pečivo, koláče, plnotučné mléčné výrobky, vejce, tučná masa, máslo, sádlo a smažené potraviny.

❖ Alkohol

Možný zdravotní prospěch je diskutován už dlouho. Maximální příjem se povoluje 30g etanolu na den. Nad touto hranicí je alkohol jednoznačným rizikovým faktorem ischemické choroby srdeční a cirhózy jater (LEJSKOVÁ, 2000).

7.4 Diety

❖ Vegetariánská dieta

Může přinášet rizika podvýživy u osob s intenzivnějším metabolismem, hlavně u dětí a gravidních žen. Někdy může způsobit i snížení HDL cholesterolu (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ Redukční dieta

Je většinou na snížení obezity. Výrazná dietní omezení, abstinence alkoholu, zvýšení fyzické aktivity, dostatečný přísun tekutin a minerálů (LEJSKOVÁ, 2000).

❖ **Středomořská dieta**

Tradiční styl života s tradiční dietou určuje relativně menší výskyt ischemických chorob. Nedávno byla provedena Lyonská studie, která se zabývala 46 měsíců prevencí. Nejvýraznější prospěch se projevil ve skupině s nezávažnějšími komplikacemi (LEJSKOVÁ, 2000)

8 Domácí péče

8.1 Stáří

Stáří lidé mají svůj vnitřní svět, který je bohatý podle toho, jaké byly jejich životní prožitky (RHEINWALDOVÁ, 1999). Stáří je vlastně pokračování dospělého věku (RHEINWALDOVÁ, 1999).

Každý člověk je „svým pečovatelem“ - stará se sám o sebe. A když už nemůže nebo na to nestačí, žádá o pomoc ostatní. Nejraději jenom do té míry a po tu dobu, kdy starost o sebe nemůže zvládnout znovu sám.

Soubor pečujících okolo člověka potřebujícího péči - rodina, ošetřovatelé, lékaři, přátelé i sousedé (PICHAUT, 1998).

Všichni, kteří obklopují starého člověka, mohou být pokládáni za „pečovatele“ v tom smyslu, že se o něj starají, aby mu pomohli žít (PICHAUT, 1998).

8.2 Rodina

Přesto, že se často mluví o krizi rodiny, tak rodina stále zůstává jednou z prvních hodnot. Rodina také tvoří komplex jednotlivých vzájemných vztahů nejenom ke člověku, který pomoc potřebuje, ale i mezi sebou (RHEINWALDOVÁ, 1999).

Vzájemné city ke staršímu člověku lze dělit na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní city patří láska, starost o uspokojení všech potřeb, snaha zabránění vstupu do sociálního zařízení. Z negativních pocitů můžeme jmenovat – strach z nezvládnutí úkolu, obava ze zhoršení stavu starého rodiče, nepochopení ostatních členů rodiny, i úzkost ze smrti. Utrpení se ještě může zhoršit tím, když rodič bude dementní, nebo nebude nikoho poznávat. Je pak problém situaci řešit, aniž bychom starého rodiče věznili nebo mu zakazovali veškerý pohyb (PICHAUT, 1998).

Když se situace zdravotně zhorší, musí se takovým rodinám pomoci. Jde o pomoc materiální nebo o pomoc prostřednictvím pracovníků přicházejících do domácností (pomocnice v domácnosti, pečovatelská služba), o dočasný příjem do ústavního zařízení. Důležité je, aby rodina o různých formách pomoci se vůbec dozvěděla.

Různé druhy pomoci jsou někdy také problematické. Na jedné straně ulehčují práci, na druhé přinášejí nové komplikace. Hlavní důvod, proč ošetřovatelky přicházejí do rodin, je odborná a základní zdravotnická péče, pomoc při hygieně.

Vedení domácnosti je takřka vždy záležitostí ženy (manželky, dcery, ...). Vyplývá z toho velké pracovní zatížení ženy - nejen „neviditelná práce“ (množství různých malých prací), ale dále starost o starého člověka. Navíc se k tomu přidává strach ze zvládnutí situace (PICHAUT, 1998).

I přes veškerou péči rodiny může nastat chvíle, kdy rodina už péči nezvládne a musí se rozhodnout pro ústavní péči. V tomto momentě rodina potřebuje hodně pomoci, protože má pocit viny. Jsou ale i výjimky, kdy třeba někteří „rodinní příslušníci“ mají o své seniory zájem jen v den výplaty důchodu (RHEINWALDOVÁ, 1999).

8.3 Sebepečce a soběstačnost

Sebepečce je péče zajišťovaná vlastními silami. Pacient si samostatně vykonává denní aktivity (stravování, oblékání, hygienu, vyprazdňování).

Soběstačností rozumíme míru samostatnosti člověka při vykonávání těchto denních aktivit. V průběhu života se míra samostatnosti a soběstačnosti při zvládnutí každodenních činností mění. Kojenec je v hygieně, oblékání i výživě zcela závislý na matce, závislost se postupně mění na nezávislost a v období stáří se člověk stává zpátky více či méně závislý, tedy nesoběstačný. I v průběhu období samostatnosti může nastat situace, kdy člověk samostatný není - například při úrazu, nemoci a různých zdravotních problémech. Tady už nastupuje domácí péče - rodina, okolí a nebo zdravotnický personál (TRACHTOVÁ, 2008).

8.4 Osamocení člověk

Zvláštní je také stav, kdy je člověk sám. Může to být z důvodu, že nejbližší bydlí daleko, nebo že je člověk fakticky sám a nikoho už nemá. Mnohdy se stává, že člověk svoji samotu hůře nese mezi mnoha lidmi ve městě, než třeba na venkově. Nejhorší je pocit, že už mě nikdo nepotřebuje. Samota je až utrpení a duševní bolest. Někteří takoví osamocení se dostanou do domova důchodců. Někteří, ale řeší takovou situaci alkoholem nebo užíváním uklidňujících léků. Je potřeba, aby takový osamocení člověk

našel nějakou novou náplň - aby si pořídil zvířátko, chodil na procházky, četl nebo sledoval televizi. Samota se v úplné nahotě projeví hlavně o svátcích (nejvíce o vánocích).

I normální proces stárnutí doprovázejí lehké poruchy (zapomínání jmen, zapomínání místa, na které jsme položili nějaký předmět) (Pichaud, 1998).

8.5 Pohyb a tělesná aktivita

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Pohyblivost dává vlastně člověku základ nezávislosti. Celý život bychom se měli pohybovat, hlavně pokud máme sedavé zaměstnání. Pohybem si zajišťujeme správné prokrvování celého organismu. Stačí i rychlejší pravidelná chůze. Záleží však také na zdravotních možnostech člověka. Pokud by nemohl chodit, tak je možnost procvičovat tělo vsedě nebo vleže. Každý člověk se musí snažit být co možná nejdéle nezávislým.

8.6 Péče o pacienta nemocného aterosklerózou

Péče o pacienty s aterosklerózou spočívá v tom, že musíme neustále dbát na jejich potřeby. Je dobré s nemocnými dělat různá cvičení, například luštění křížovek, hraní logických her. Prostě aby pacient stále byl nucen zapojovat mozek. Ateroskleróza u některých pacientů zapříčiňuje špatné prokrvení mozku. A nejen to, ale může dojít i k jiným nemocem, jako např. k demenci. Aby člověk nezapomínal, je důležité neustále procvičovat mozkové závity. V případě, že se nemoc dostane do horšího stadia, většinou se pacient stává i dementním.

Slovo demence pochází z latiny: de- mimo a mens- duch, tedy jakoby „ztráta ducha“. Demence je důsledek pomalého, ale nevratného poškození mozku, které ničí všechny rozumové schopnosti. Příčiny vzniku demence i přes různé výzkumy zůstávají neznámé. Ani neznáme léky na vyléčení, jenom na zvolnění postupu nemoci.

Demence se projevuje těmito příznaky

- poruchy paměti: vytrácí se krátkodobá paměť,
- potíže s orientací v čase a prostoru: dochází k zaměňování dne a noci, vytrácí se i

schopnost poznávání příbuzenských vztahů v rodině
poruchy rozumových schopností: vytrácí se soudnost, neschopnost rozhodování,
motorické potíže: při vykonávání jednoduchých úkonů (nalití vody, odemykání,
oblékání) ale ne proto, že by člověk nemohl, ale neví jak,
poruchy řeči: slovní zásoba se redukuje,
poruchy chování: deprese, ztráta zájmu o dění, tělesný neklid, prudké změny nálady,
agresivita, útky, lhostejnost, výkyvy příjmu jídla, blouznivé představy (PICHAUD,
1998).

8.7 Manipulace s nepohyblivým člověkem

Abychom mohli účinně pomáhat špatně pohyblivým nebo nepohyblivým lidem, musíme dbát i o svoje zdraví, abychom byli schopni pomáhat. Při zvedání jakéhokoliv předmětu (osoby) je nutné se skrčit do dřepu, nepředklánět se s napnutýma nohama. Při manipulaci s člověkem ho musíme držet co nejbliže u těla. Musíme také staré lidi pobízet - i oni se musejí hýbat a sami mají radost z toho, že pomohou. Při manipulaci s nepohyblivým člověkem je nejlepší pracovat ve dvojici (PICHAUD, 1998).

8.8 Komunikace s nemocným pacientem

Komunikace s nemocným člověkem je vždycky pro celé okolí těžkou zkouškou. Nemocný je většinou přítomný jen fyzicky. Je potřeba starému člověku dát dost času a přizpůsobit se jeho rytmu. Nemůžeme dávat najevo, že se mýlí. Nemůžeme ho ani obviňovat, mohli bychom vyvolávat agresivitu, deprese a někdy i sebevražedné sklony. Musíme se naučit plně prožívat prchající okamžiky a nechat nemocnému svobodný prostor na přání. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 94).

Zrovna tak uklidňuje pohlazení, povídání, milé pohledy. U starých lidí se také musíme přesvědčit, jestli dobře slyší, případně pomoci v rámci možností k nápravě (PICHAUD 1998).

8.9 Zásady chování geriatrických pracovníků

- *Pracovníci musí nechat svoje osobní problémy doma a na nemocné mají být vždy milí a příjemní.*

- *Seniorům zásadně musíme vykat, pokud nás nepožádají o jiné oslovení. Nikdy nesmíme oslovovat babi a dědo.*
- *Nikdy s nikým nemluvíme spatra. Neponižujeme je a nikdy s nimi nemluvíme jako s dětmi.*
- *Necháváme každého dělat to, na co stačí, zbytečně nepomáháme. Sklouzli by do nemohoucnosti a bezmocnosti.*
- *Je nutné, aby senioři se orientovali v čase a místě.*
- *Musíme také umět starému člověku naslouchat.*
- *Nikdy si neseďme na seniorovu postel, ale přisedneme si k posteli na židli.*
- *Před vstupem k nemocnému vždy zaklepeme na dveře.*
- *Jestliže budeme seniora krmit, musíme si vždy viditelně umýt ruce*
(RHEINWALDOVÁ, 1999).

8.10 Konec života

Je přirozené, že starý člověk myslí na smrt dlouho předtím, než nastane. I se snaží o ní mluvit, ale lidé okolo většinou nemají chuť „o tom mluvit“. Jsme přesvědčeni, že to pro staré lidi není zdravé, ale měli bychom přiznat, že nám řeči o smrti nejsou příjemné. Staří lidé pak většinou musí čelit konci života sami (PICHAUD, 1998).

9 Shrnutí práce s nemocným člověkem

- musíme udržovat nemocného v dobrém fyzickém stavu: podle možností pohyb, pozor při převážení,
- nechat osobní prostor (rodinné fotografie, památné předměty, hodiny)
- zachovávat jeho autonomii (nevykonávat některé úkony za nemocného, které dokáže sám),
- starého člověka stimulovat: vůně, chutě, společnost, televize,
- zabránit izolaci,
- udržovat dobrý vzhled (účes, nehty, vousy, oblečení),
- přítomnost zvířecího kamaráda (PICHAUD, 1998).

10 Zařízení dlouhodobé péče

Je celá řada zařízení dlouhodobé péče. Dříve se nazývaly pečovatelské domovy. Dnes se už pečovatelská zařízení rozlišují na zařízení rozšířené péče, střední péče a osobní péče o chronicky nemocné a odkázané osoby na cizí pomoc.

Protože dlouhodobé nemoci postihují většinou starší lidi, mnohá takováto zařízení mají programy orientované na potřeby této věkové skupiny. Pečovatelské domovy jsou pro lidi, kteří potřebují nejen osobní služby (pomoc při koupání, oblékání, přípravě jídla), ale i určitou ošetrovatelskou péči a občasné lékařské ošetření. Různé ústavy poskytují rozdílnou péči. Některé přijímají jenom chodící uchazeče, kteří se umí sami oblékať, jiné poskytují postele i vážnějším invalidním pacientům. Pečovatelské domovy se mohou v konečném důsledku stát pacientům domovem. Lidé, kteří v nich žijí, se považují více za domácí obyvatele než za pacienty.

Roku 1987 Kongres Spojených států přijal zákon Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) jako měřítko zabezpečující kvalitu pečovatelských domovů vzhledem na vzrůstající obavy, zda pečovatelské domovy a jejich zařízení splňují základní normy. Jedním z opatření OBRA byly požadavky na pomocné ošetrovatele (nurse' s aid)

- Výcvikový program pro pomocné ošetrovatele (pomocníci sestry) trvá 75 hodin.
- Na začátku se musí vyhodnotit odborná zodpovědnost pomocných ošetrovatelů.
- Také je potřeba vyhodnocovat odbornou zodpovědnost pomocných ošetrovatelů, kteří už pracují.
- Je potřeba zavést seznam (registr) pomocných ošetrovatelů (KOZIEROVÁ, 1995).

10.1 Přímé služby

Přímé služby jsou vlastně přímým kontaktem mezi pečovatelem a pacientem s cílem řízení léčebných a ošetrovatelských opatření, posuzování, výuky, poradenství a plánování péče. Mohou to být komplexní technické úkony, např. intravenózní chemoterapie při rakovině nebo respirační léčba. Tyto služby se stávají stále dostupnějšími i v domácí péči.

Také základní opatření sesterské péče - jako koupel, péče o kůži, podpora při chůzi, pomoc při hygieně, krmení, výměna obvazů, cévkování nebo podávání léků - byly vždy a stále jsou hlavní náplní domácí péče (KOZIEROVÁ, 1995).

10.2 Nepřímé služby

Konzultování s jinými odborníky a zdravotnickými pracovníky o pacientových problémech a potřebách, koordinování péče v rámci agentury domácí péče, koordinování komunálních prostředků a odkazování pacientů mimo agentury, dohled nad přidruženými zdravotnickými pracovníky poskytujícími služby, vyhodnocování účinnosti poskytované péče - to všechno jsou příklady nepřímých služeb, které v současnosti zabezpečují sestry v domácnostech (KOZIEROVÁ, 1995).

12 PRAKTICKÁ ČÁST

12.1 Aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu:

Teorie základní ošetrovatelské péče

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení : F.J.	Pohlaví : muž
Datum narození : 1936	Věk : 76
Adresa bydliště a telefon : nepřeje si udávat bližší údaje	
Adresa příbuzných : nepřeje si udávat bližší údaje	
RČ : nepřeje si udávat bližší údaje	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : Sřední průmyslová škola	Zaměstnání : důchodce
Stav : Ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 10. 12. 2011	Typ přijetí : plánované
Oddělení : Domácí péče	

Důvod přijetí udávaný pacientem : Symptomatická terapie k pokusu o RHB a zlepšení soběstačnosti

Medicínská diagnóza hlavní :

I64 - CMP

I709 - Generalizovaná a neurčená ateroskleróza

Medicínské diagnózy vedlejší :

Diabetes mellitus II typu

Obezita

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 110/70	Výška : 171cm
P : 72'	Hmotnost : 96kg
D : 12 za min	BMI : 33 obezita 1.stupně
TT : 36,6°C	Pohyblivost : nesoběstačný
Stav vědomí : při vědomí	Krevní skupina : AB

Nynější onemocnění : Pacient přijat pro zlepšení soběstačnosti.

Informační zdroje : RTG vyšetření, krevní odběry, interní vyšetření, všeobecná sestra, lékař, z předchozí ošetrovatelské dokumentace, rodina a příbuzní.

12.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza :

Matka :

Nezjištěna

Otec :

Sourozenci : Nemá, je jedináček

Děti : 3 syny a 1 dcera

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění : Prodělané běžné dětské nemoci. Dále trpí aterosklerózou dolních končetin.

Hospitalizace a operace : 1997 operace slepého střeva, jiné informace neudává

Úrazy : Dolních končetin před 10 lety, kdysi zlomená ruka a další informace neudává.

Transfúze : Žádné

Očkování : Běžná povinná očkování - tetanovka, tuberkulóza

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Godasal	per os	100mg	1 - 0 - 0	analgetika
Sortis	per os	40mg	0 - 0 - 1	antihypertenziva
Concor	per os	10mg	1 - 0 - 1	antihypertenziva
Clopidogrel	per os	75mg	1 - 0 - 0	antiagregancia
A - perindopril	per os	10mg	1 - 0 - 0	antihypertenziva
Metformin	per os	500mg	1 - 0 - 0	antidiabetika

Alergologická anamnéza

Léky: Neguje

Potraviny : Neguje

Chemické látky : Neguje

Jiné : /

ABÚZY

Alkohol: 3 piva týdně

Kouření: Před 6 lety přestal kouřit, dříve 20 cigaret denně

Káva: 1x denně

Léky: viz tabulka

Jiné drogy: Neužívá

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché : Cyklus : Trvání : Intenzita , bolesti: PM: A: UPT: Antikoncepce : Menopauza : Potíže klimakteria : Samovyšetřování prsou : Poslední gynekologická prohlídka :	Překonané urologické onemocnění : žádné Poslední návštěva u urologa : 5.6. 2010 Samovyšetřování varlat : neudává

Sociální anamnéza :

Stav : ženatý

Bytové podmínky : bydlí s rodinou v rodinném domku

Vztahy, role, a interakce v rodině : vztahy v rodině jsou bez problémů, maximální spolupráce, role stále otce i s ohledem na jeho zdravotní stav, stále co řekne to platí. Dalo by se říci stále hlava rodiny. A je nejen dobrý otec, ale i dobrý děda svých vnoučat.

mimo rodiny : vztahy v zaměstnání a mimo s kamarády vždy v pořádku, žádné konflikty nikdy nebyly

Záliby: četba, luštění křížovek, AZ - kvíz a různé televizní hry, a do té doby dokud to šlo, tak práce na zahradě

Volnočasové aktivity : vždy podle nálady volil pacient svou relaxaci během dne. Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu má omezené možnosti výběru aktivit.

Pracovní anamnéza

Vzdělání : SŠ průmyslová

Pracovní zařazení : celý život pracoval na Českých drahách, jinak už je v důchodu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : Do důchodu odešel přibližně v 67 letech

Vztahy na pracovišti : nejsou

Ekonomické podmínky : jako každý průměrný člověk, pobírá důchod

Spirituální anamnéza

Křesťan, 1x týdně za ním domů dochází farář

**12.3 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TEORIE V.
HENDERSONOVÉ ze
dne 10. 12. 2011**

Asistence, pomoc při POTŘEBĚ	Objektivně (pozorování sestrou)	Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)
1. pomoc při dýchání	<p>Frekvence: 12/min.</p> <p>Rytmus dýchání : pravidelný</p> <p>Typ dýchání: povrchní - Biotovo</p> <p>Hloubka: souměrná</p> <p>Kašel: dráždivý - produktivní</p> <p>Spútum: ano, charakter..hustý množství: 3ml</p> <p>Poloha podporující dýchání: Fowlerova poloha</p> <p>Pomůcky na udržení polohy: (stoličky a křesla využívám při jídle a při odpoledním vysazování pacienta. Výška lůžka je zvolena tak, aby to vyhovovalo nejen mně a jeho rodině při manipulaci s ním, ale aby to vyhovovalo i samotnému pacientovi.</p> <p>Ještě k manipulaci s pacientem využíváme hrazdičky, uzdičky a zábrany.</p> <p>Informace o správném držení těla při stání, sezení a ležení: Pacient je edukován o správném držení těla při jakékoliv činnosti.</p> <p>Emocionální stres: občas se dostaví před vyšetřením a různými zátěžovými situacemi.</p>	<p>Mám občasné zadýchávání při chůzi, v posteli je vše v pořádku.</p> <p>Mám hlubší dýchání, občas je to nepříjemné, ale člověk si za ta léta poradí.</p> <p>Využívám všechny pomůcky, které mi manželka zakoupila na vylepšení polohování, aby se mi co nejlépe dýchalo a měl jsem dobré pohodlí.</p> <p>Každý člověk je nervózní, když se s ním má něco</p>

	<p>Příznaky narušené výměny plynů: žádné</p> <p>Teplota prostředí a vlhkost vzduchu je odpovídající.</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy (úzkost středně závažná).</i></p>	<p>dělat.</p> <p>Každé ráno a večer mi žena vyvětrá místnost, aby se mi lépe dýchalo.</p>
2. přijímání jídla a pití	<p>Chuť k jídlu: ano</p> <p>Dieta : 9S</p> <p>Příjem množství potravy/24hod.:vždy sní celou polévku a druhého jen půlku.</p> <p>Těžkosti s přijímáním: nemá, ale má zubní protézu.</p> <p>Strava ovlivněná kulturními zvyky: ne</p> <p>Estetika podávání: vždy strava podávána na čistém stole s připraveným ubrouskem a příborem.</p> <p>Intravenózní výživa: není</p> <p>Časový rozvrh stravy v průběhu dne: 5x /24hod., po 3 hodinách</p> <p>Spolupráce s dietetikem: ano, bez problému</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy (výživa porušená nadměrná).</i></p>	<p>Rád jím a piji dostatečně, snažím si hlídat příjem tekutin a v jídle vím, že bych se měl omezit.</p> <p>Nemam žádné kulturní zvyky.</p> <p>Vždy mi žena vše připraví.</p> <p>Vím, že musím dodržovat stravovací časový pořádek.</p>
3. vylučování	<p>Vyprazdňování tlustého střeva: x s pomocí na WC x na lůžku</p> <p>Stolice : nepravidelná zácpa 3- 4x/týden</p> <p>Barva: normální hnědá</p> <p>Konzistence: formovaná</p> <p>Používání pomocných prostředků</p>	<p>Z důvodu nesoběstačnosti, mám už rok PMK, nestihl bych dojít na záchod. A na stolici se snažím občas na toaletu.Z</p>

	<p>k vyprazdňování : sklenice teplé vody Vylučování moči: vyprazdňování PMK na WC s pomocí všeobecné sestry Odhad množství moči..1,5L/24hod. x močový katetr, číslo:16 od.1.8.2011 Problémy: nejsou Používání pomůcek: ano pleny Pocení: přiměřené Zápach: není Soukromí a pohodlí v souladu s věkem: Pacientovi vyhovuje společnost na pokoji, že tam není alespoň sám Zvyky: Před spaním se kouká na TV Pokožka: v pořádku, riziko dekubitů není</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (riziko vzniku infekce - PMK).</i></p>	<p>důvodu časté zácpy užívám laktulózu.</p> <p>Potím se přiměřeně.</p> <p>Mám rád společnost a vždy se na to těším. Před spaním koukám na televizi aby mi šlo usnout.</p>
<p>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</p>	<p>Vhodná postel , je zapůjčena ze zdravotnického zařízení. Povlečení: má své doma. Stolička,křeslo: má vše svoje. Pomoc při neuromotorické nezávislosti: Pacient využívá všechny pomůcky, které má k dispozici. Pomůcky k manipulaci: chodítko, uzdička,hrazdička aj. Prostředky, edukace pacienta, rodiny: Rodina edukována i s pacientem u lůžka a vše bylo pochopeno. Polohování pacienta Snaha pacienta, jinak dle potřeby: Polohujeme každé 3 hodiny, snaží se i pacient sám. Pacient si</p>	<p>Postel mám pohodlnou, dobře se mi na ní spí.Jenom při změně polohy mě bolejí nohy.</p> <p>Všechny pomůcky, které mám, tak využívám Myslím si, že co mně a mé rodině bylo řečeno, že jsem vše pochopil.</p>

	<p>vyhledává sám úlevovou polohu, i když ho bolí dolní končetiny.</p> <p>Výměna postelního prádla, jak často: Dle potřeby, jinak 1x týdně</p> <p>Spolupráce s fyzioterapeutem: Vše bez problémů, dochází 3x týdně.</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (bolest chronická).</i></p>	<p>Povlečení mi manželka mění dle potřeby.</p> <p>Musím poslouchat, protože vím, že je to pro mě dobré.</p>
5. při odpočinku a spánku	<p>x kvalitní spánek, spí celou noc</p> <p>x spí přes den, kolik hodin: 1-2 hod</p> <p>Zvyky při usínání: ano, jaké: Sledování TV</p> <p>Po probuzení se cítí: vyspalý</p> <p>Léky-hypnotika: ne</p> <p>Povlečení čisté, vyvětrané: Ano, hlavně vždy před spaním vyžaduje čerstvý vzduch.</p> <p>Hygiena: zuby si pacient čistí sám.</p> <p>Umývání a vlasy s pomocí.</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.</i></p>	<p>Když spím, tak spím, nikdy jsem nepotřeboval žádné léky. A rád si zdřímnu i po obědě.</p> <p>Vše co si zvládnou umýt, tak si umyju, ale jinak mi musí dopomáhat manželka a nebo všeobecná sestra.</p>
6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání	<p>Pomoc při výběru vhodného oblečení.</p> <p>Nezávislost v těchto činnostech, fyzická síla: Pacient si sám řekne co chce na sebe.</p> <p>Pacient musí mít pomoc při oblékání a svlékání.</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetrovatelské problémy (Neschopnost sebe obsluhy).</i></p>	<p>Jen, že nemůžu moc chodit, tak manželce vždy řeknu co chci a vše mi přinese.</p> <p>Když s tím nesouhlasím, tak se trochu proběhne opět do skříně.</p>

<p>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</p>	<p>Výběr oblečení: Vše on sám</p> <p>Okolní prostředí, průvan, chlad, teplo</p> <p>Měření tělesné teploty teploměrem:</p> <p>Pacient se měří 1x denně, má vždy kolem 36,6°C</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	<p>Celý život jsem neměl studené ruce, jen nohy z důvodu špatného prokrvení, ale zimu jsem vysloveně nikdy nepocíťoval.</p> <p>A na teploty nějak netrpím</p>
<p>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</p>	<p>Koupel se provádí ve sprše se židličkou.</p> <p>Česání vlasů, čištění nosu, umývání zubů, to vše si dělá pacient sám. Úpravu nehtů a vylepšení vzhledu má s dopomocí manželky a nebo všeobecné setry.</p> <p><i>V této oblasti byly nalezeny ošetřovatelské problémy (Péče o sebe sama nedostatečná).</i></p>	<p>Jak už jsem říkal, že se nemohu pohybovat jak bych chtěl, tak mi se vším pomáhá rodina a všeobecná sestra, která každý den dochází. Takže se sám tak akorát obleču a umyji určité partie, jinak nic víc a vše je pak na okolí.</p>
<p>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nálezou</p>	<p>Náboženské zvyky: Ano</p> <p>Ochrana před mechanickým zraněním: pád, zvířata, hmyz, patogenní mikroorganismy.</p> <p>Uložení léků: Vše je uloženo mimo dosah pacienta.</p> <p>Bezbariérové plochy: Ano jsou téměř po celém bytě.</p> <p>Prevence akutních virusových</p>	<p>Máme doma psa, takže když se začnu pohybovat, tak musejí psa zavřít.</p>

	<p>onemocnění: HDC, střevo: mytí rukou</p> <p>Používání ochranných jednorázových pomůcek: Ano, rukavice, rouška, dezinfekce aj.</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	
10. při komunikaci	<p>Důvěra k pacientovi, rodině</p> <p>Všeobecná sestra jako zprostředkovatel na různých úrovních vztahů: Rodina spolupracuje na výbornou, nejsou s nimi žádné problémy.</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	<p>Mám rád lidi a tím i velice rád komunikuji. Nikdy mi to s nikým nedělalo problémy.</p>
11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla	<p>Respektování duchovních potřeb (pomoci zajít na místo, kde se koná bohoslužba, přivést kněze podle víry, zabezpečit vhodné podmínky, intimitu): Pacientovi byla zajištěna návštěva faráře doma.</p> <p>Respektování mlčenlivosti: Ano</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	<p>Do kostela už si nedoju, ale má žena mi vše vyřídila, že farář dochází každý den k nám. Pro mě to znamená mnoho. Už jen to, že se vyzpovídám a pak pocítuji úžasnou úlevu po psychické stránce.</p>
12. při práci a produktivní činnosti	<p>Všeobecná sestra pomáhá naplánovat den, vykonávat produktivní činnost, vůle přežít: Pacient má velkou snahu a vůli zdolat svoji nemoc.</p> <p>Rehabilitace uvede pacienta do produktivního zaměstnávání, spolupráce</p>	<p>Vždy co všeobecná sestra a nebo má rodina vymyslí, snažím se zapojit do všeho co vím, že zvládnou</p>

	<p>s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, hry a zábava: Když je pacient odpočatý a cítí se dobře, tak rád čte svým vnoučatům pohádky a vypráví jim příběhy ze svého mládí. Cítí se tak i užitečným.</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	<p>a vůbec, že jsem nějak omezen pohybově mi nějak nevadí.</p>
<p>13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách</p>	<p>Rozvrhnout, který čas je vhodný pro rozptýlení a zábavu, jaké má pacient zájmy – Pro zábavu je pro pacienta nejvhodnější odpolední čas.</p> <p>Věk, pohlaví, inteligence, zkušenosti, zdravotní stav, závažnost onemocnění, nadání: Vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a věku se stále snaží být v obraze a vítá jakoukoliv možnost styku s vnoučaty, aby jim předal různé zkušenosti ze svého života.</p> <p>Návštěva : dochází za ním do jeho domku.</p> <p>Poslouchání rádia, sledování televize: má velice rád a zároveň se rád dívá na různé sportovní přenosy, na soutěže a i s vnoučaty na pohádky.</p> <p>Tělesná aktivita - chůze a cvičení na lůžku</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetřovatelské problémy.</i></p>	<p>Nejradši mám návštěvy až v odpoledních hodinách, ráno mám rád svůj klid.</p>
<p>14. při učení</p>	<p>Informace o prevenci onemocnění, léčbě, životosprávě, výchově, edukaci ke změně ve zdraví – doplnění lékaře</p> <p>Pomáhat s vlastní soběstačností. Obnovit nezávislost, pomoci žít s handicapem.</p>	<p>Svého zdravotního stavu jsem si plně vědom jak jsem na tom. S nohama bojuji už X let, jen</p>

	<p>Přijmout pokojně smrt.</p> <p>Všecny informace ode mě pacient přijímá s pokorou, jenom máme určité problémy v životosprávě.</p> <p><i>V této oblasti nebyly nalezeny žádné ošetrovatelské problémy.</i></p>	<p>co mě teď brání, to že jsem ulehl a opět se rozhybat je velice náročné. Proto doufám, že nejen má snaha, ale i péče rodiny a všeobecných sester to snad ještě zvládnou. Samozřejmě bych chtěl chodit jako dříve, ale vím, že to už nelze. Tak se budu snažit do takové míry co to jen půjde.</p>
--	---	---

12.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření : 1x za 3 měsíce interní vyšetření s odběrem krve a moči

Výsledky:

Konzervativní léčba :

Dieta : 9S - diabetická + snížení tuku

Výživa : Stravuje se 5x denně.

Doporučené dávky pro tuto dietu jsou: 9500 kJ, 55g tuků, 360g sacharidů, 80g bílkovin, cholesterol do 300mg, 90mg vitamínu C. Důležité je mít dostatek vitamínů a minerálních látek.

Vlákninu v nedráždivém stavu dodáme ve výběru povolených druhů ovoce a zeleniny.

Např: Jídelníček na 1 den

snídaně: bílý jogurt s marmeládou dia a ovocem, bílá káva

svačina: jablko

oběd: polévka - vývar z hovězího masa s nudlemi

: hlavní jídlo - králík s bramborem a mrkvovým salátem

svačina: rohlík s libovou šunkou, mléko

večeře: kefirové mléko s netučnou vánočkou dia

Pohybový režim : Upoután na lůžku

RHB : Provádí se 3x týdně s fyzioterapeutkou, jinak pacient cvičí každý den s manželkou anebo se všeobecnou sestrou

Medikamentózní léčba :

- **Per os :**

Godasal	per os	100mg	1 - 0 - 0	analgetika
Sortis	per os	40mg	0 - 0 - 1	antihypertenziva
Concor	per os	10mg	1 - 0 - 1	antihypertenziva
Clopidogrel	per os	75mg	1 - 0 - 0	antiagregancia
A - perindopril	per os	10mg	1 - 0 - 0	antihypertenziva
Metformin	per os	500mg	1 - 0 - 0	antidiabetika

- **Intra venózní: /**

- **Per rectum : /**

- **Jiná : /**

Chirurgická léčba : /

12.5 SITUAČNÍ ANALÝZA :

Lékař doporučuje přijetí pacienta do domácí péče. Pacient je přijat v domácí péči od 10. 12. 2011 pro zlepšení soběstačnosti a sebepéče, protože není schopen se o sebe sám postarat. Dle určitých výsledků a různých interních vyšetření by bez rehabilitace a snahy o soběstačnost pacient už nikdy nevstal z postele. Od doby, co je pacient v domácí péči, si jen a jen vychvaluje zlepšení zdravotního stavu. I přes občasné bolesti se stále snaží bojovat.

12.6 Ošetřovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Při sestavení ošetřovatelských diagnóz jsem použila jako pomůcku Ošetřovatelské diagnózy dle Nanda Taxonomie I. Diagnózy jsou sestaveny podle priorit a to od aktuálních, tedy již vzniklých po potencionální, kde hrozí riziko jejich vzniku.
Ze dne 10. - 14. 12. 2011

Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými pochody dolních končetin projevující se vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, rozrušením a verbalizací.

Úzkost (středně závažná) v souvislosti se změnou zdravotního stavu nebo hrozbou smrti projevující se napětím v obličejí, vyděšeností, depresivními představami, zvýšenou potivostí, nespavostí, nechutenstvím, zrychleným pulzem, zvýšeným krevním tlakem.

Péče o sebe sama nedostatečná v důsledku poruchy kognitivních funkcí, v souvislosti s porušenou sebeschopností přesunu, (riziko úrazu, pádu a poškození sebe i okolí).

Výživa porušená nadměrná v souvislosti soustředění příjmu potravy do pozdně odpoledních nebo večerních hodin projevující se větším procentem tělesného tuku více než 22 %. (BMI : 33 obezita 1.stupně).

Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru (PMK).

Neschopnost sebe obsluhy v souvislosti z narušených psychických funkcí.

Ošetřovatelská diagnóza:

Bolest chronická v souvislosti se zánětlivými pochody žil dolních končetin projevující se vyhledáváním úlevové polohy, mimikou, rozrušením a verbalizací.

Cíl :**Dlouhodobý:**

- Pacient má zmírněnou bolest na nejnižší možnou mez do 3 měsíců.

Krátkodobý:

- Pacient ví, co jeho bolesti vyvolává a zná metody jak zmírnit bolest do 48 hodin.

Priorita : střední

Výsledná kritéria :

- Pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 6 hodin.
- Pacient se naučí metodám jak zmírnit bolest do 24 hodin.
- Pacient udává zvýšení kontroly bolesti a zlepšení pohody do 5 dnů.
- Pacient umí určit efektivní a neefektivní způsoby boje s bolestí do 48 hodin.
- Pacient bude dodržovat předepsaný farmakologický režim, denně.
- Pacient využívá relaxačních technik denně.

Plán intervencí :

- Vytvoř vzájemný vztah důvěry a věř pacientovi při jeho výpovědi o bolesti, do 12 hodin (všeobecná sestra). (1)
- Pohovoř s pacientem o bolesti a následně posuď jeho bolest, včetně lokalizace, intenzity, kvality, provokujících faktorů, paliativních faktorů, míry snesitelnosti, s dobou trvání, ovlivňujících faktorů v souvislosti se spánkem do 12 hodin (všeobecná sestra). (2)

- Požádej pacient o spolupráci a zaznamenávání bolesti pacientkem, do 12 hodin (všeobecná sestra). (3)
- Zabraň poškození pacienta , informuj pacienta před bolestivými procedurami, denně (všeobecná sestra). (4)
- Respektuj veškeré projevy bolestí pacienta (akceptace, Práva pacientů), poskytnij podporu a pozitivně posiluj pacienta ve zvládnání bolesti, denně (všeobecná sestra). (5)
- Redukuj faktory, které zhoršují bolest (hluk, teplota, světlo, únava, stres), v případě potřeby ulož pacienta do úlevové polohy, denně (všeobecná sestra). (6)
- Informuj a nauč pacienta relaxačním technikám, např. pomalé rytmické dýchání, masáž, poslech hudby aj., do 12 hodin (rehabilitační sestra). (7)
- Přikládej teplo a chlad, dle potřeby (všeobecná sestra). (8)
- Zdůrazni nutnost oddychu a odpočinku, do 12 hodin (všeobecná sestra popřípadě rehabilitační sestra). (9)
- Doporuč a vykonávej a nauč pacienta fyzioterapii a terapeutické cvičení, do 12 hodin (rehabilitační sestra). (10)

Realizace 1. den (10.12.2011):

- Promluvila jsem si s pacientem o jeho bolesti, požádala jsem ho, aby mi co nejpřesněji popsal svou bolest. Zjistila jsem v jakých situacích se bolest objevuje nejčastěji (ve stresových situacích), zjistila jsem a zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace lokalizaci a intenzitu bolesti (bolest byla lokalizována v okolí dolních končetin, intenzita bolesti byla dle numerické škály bolesti na stupnici od 1 – 10 na stupni číslo 6 častost a charakter bolesti.
- Požádala jsem pacienta , aby denně zapisoval svou bolest, pacient souhlasil.
- Informovala jsem pacienta o všech vyšetřovacích postupech, které ho v průběhu měsíce čekají.
- Poučila jsem pacienta, jaké jsou elementy, které by mohly zhoršit bolest a jak je odstranit.
- Rehabilitační sestra poučila pacienta o relaxačních technikách, pomohla jsem pacientovi vybrat techniku, která mu bude vyhovovat.
- Doporučila jsem pacientovi v případě potřeby přikládání tepla a chladu.

Realizace 2. - 5. den (11.-14.12.2011)

- Požádala jsem pacienta, aby stále zapisoval svou bolest.
- Odstranila jsem všechny rušivé elementy, které by mohly bolest zhoršit.
- Požádala jsem rehabilitační sestru, aby prováděla s pacientem relaxační a fyzioterapeutická cvičení.
- Zdůraznila jsem nutnost pravidelného odpočinku.
- V případě potřeby jsem přikládala teplo a chlad.
- V průběhu celé domácí péče jsem respektovala projevy bolesti pacienta.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, intervence pokračují (4, 5, 6, 7, 8, 10). V průběhu domácí péče došlo k tomu, že pacient otevřeně mluvil o své bolesti, naučil se techniky, jak bolest zvládat a umí pojmenovat vyvolávající příčinu bolesti (stres). K odstranění ani zásadnímu poklesu intenzity bolesti však zatím nedošlo, proto jsem navrhla pacientovi dále pokračovat v ošetřovatelských intervencích. Pacient souhlasil.

Ošetrovateľská diagnóza:

Úzkost (středně závažná) v souvislosti se změnou zdravotního stavu nebo hrozbou smrti projevující se napětím v obličeji, vyděšeností, depresivními představami, zvýšenou potivostí, nespavostí, nechutenstvím, zrychleným pulzem, zvýšeným krevním tlakem.

Cíl :**Dlouhodobý:**

- Pacient dosáhne uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru do 1 týdne.

Krátkodobý:

- Pacient si uvědomí jak slovy popsat pocity úzkosti do 3 dnů.

Priorita : střední

Výsledné kritéria :

- Pacient si uvědomuje příčinu své úzkosti a chce o ní mluvit do 24 hodin.
- Pacient má možnost návštěvy psychologa během domácí péče.
- Pacient zvládá svoji úzkost do 2 dnů.
- Pacient se naučí zvládat svoji úzkost na snesitelnou úroveň do 3 dnů.

Plán intervencí :

- Zjistí jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci (všeobecná sestra). (1)
- Sleduj jeho fyzickou odpověď např: palpitace, zrychlení pulzu (všeobecná sestra). (2)
- Všiměj si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (všeobecná sestra). (3)
- Uznej pacientovu úzkost a nepři se s nemocným, že vše bude zase v pořádku (všeobecná sestra). (4)
- Akceptuj nemocného takový jaký je (všeobecná sestra, ošetrovatelka). (5)

- Pomoz pacientovi využít úzkost při řešení situace, pokud je to užitečné. (všeobecná sestra, ošetřovatelka). (6)
- Nauč pacienta rozpoznat spouštěcí faktory a osvojit si nové metody překonávání silné, ochromující úzkosti. (všeobecná sestra). (7)
- Prober s pacientem, které události, myšlenky nebo pocity předcházely záchvatu úzkosti (všeobecná sestra). (8)
- Doporuč pacientovi vypracování programu cvičení, což může pomoci ke snížení úzkosti díky zmírnění tenze (všeobecná sestra). (9)
- Doporuč pacientovi individuální / skupinovou terapii pro nemocné trpící chronickou úzkostí (všeobecná sestra, rehabilitační sestra). (10)

Realizace 1. den (10.12.2011)

- Při nástupu do ranní směny byl s pacientem veden rozhovor o tom, co ho trápí, jestli nemá nějaké potíže ještě v rodině, co ho vede k tak velké úzkosti a trápení. Pacient byl ponechán dostatečný prostor na rozmyšlení. Pacient vypověděl, že v rodině žádné problémy nemá a že má strach ze své nemoci a co s ním bude dál.
- Pacientovi byly poskytnuty veškeré informace o chodu našeho oddělení, návštěvních hodinách a také jsme mu vysvětlili, jaká vyšetření a zákroky bude muset podstoupit.
- S pacientem byla i nadále udržována konverzace na jeho úzkost a proč se vlastně u něho objevila. Pacient pozorně naslouchal a snažil se spolupracovat.
- Pacientovi byly změřeny fyziologické funkce (TK: 145/90 P:88, D:23/min).
- Pacient byl informován o možnosti návštěvy psychologa. Pacient se k tomu nechtěl vyjádřit.
- Na závěr bylo pacientovi doporučeno, jak účinně zvládat svoji úzkost a jak jí předcházet.

Realizace 2. -5 . den (11.-14.12.2011)

- Pacient byl pobízen, aby nadále o svoji úzkosti mluvil a sledoval hlavní faktory, které jeho úzkost vyvolávají.
- Každý den byly pacientovi změřeny a zapisovány fyziologické funkce.
- Byla zde snaha zajistit pacientovi alespoň pár minut denně rozhovor, aby nemyslel na svoji nemoc.
- Pacientovi byla zajištěna procházka na čerstvém vzduchu za odborného doprovodu.

Vyhodnocení:

Cíl se splnil úplně. Pacient po celou dobu otevřeně mluvil o své úzkosti, naučil se jak zvládat svoji úzkost a jak jí předcházet. Později pacient přistoupil na rozhovor s psychologem.

<p>Ošetřovatelská diagnóza:</p> <p>Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru (PMK).</p>
<p>Cíl :</p> <p>Dlouhodobý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infekce nevznikne, do konce vyndání PMK do 1 měsíce . <p>Krátkodobý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient ví, jak o PMK pečovat do 45 minut od zavedení. <p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - U pacienta nedojde ke vzniku infekce, po celou dobu zavedení do 1 měsíce. - U pacienta nedojde ke vzniku dalších defektů, v průběhu domácí péče. - Pacient zná všechny dostupné metody léčby a péče do 24 hodin. - Defekt se u pacienta zhojí bez komplikací do 2 měsíců. - Pacient má osvojené návyky v péči o kůži a dodržování hygienických návyků do 36 hodin.
<p>Plán intervencí :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informuj pacienta o důležitosti umývání rukou, zejména po použití toalety a před jídlem, do 30 minut (všeobecná sestra). (1) - Dodržuj aseptický přístup, denně (všeobecná sestra). (2) - Sleduj denně průchodnost, množství a barvu moče (všeobecná sestra). (3) - Dbej na sterilitu všech pomůcek, denně (všeobecná sestra). (5)
<p>Realizace 1. den (10.12.2011):</p>

- Zkontrolovala jsem průchodnost katétru, který byl zaveden při příjmu pacienta do domácí péče. Pernamentní močový katétr byl průchozí a bez známek infekce.
- Poučila jsem pacienta, jak má o pečovat o peramentní močový katétr, pacient vše pochopil a plnil všechna doporučení.
- Poučila jsem pacienta o důležitosti hygieny rukou.
- Dodržovala jsem aseptický postup při manipulaci.

Realizace 2.- 5. den (11.-14.12.2011):

- Zkontrolovala jsem místo a průchodnost. Bez známek infekce.
- Připomněla jsem pacientovi, jak o katétr správně pečovat.
- Dodržovala jsem aseptický postup při manipulaci.
- 11. 1. 2012 byl dle ordinace lékaře PMK odstraněn.

Hodnocení :

Cíl se podařil splnit úplně. U pacienta nedošlo k infekci, neobjevily se ani žádné známky infekce. Pacient dodržoval všechna doporučení a intervence.

<p>Ošetřovatelská diagnóza:</p> <p>Výživa porušená nadměrná v souvislosti soustředění příjmu potravy do pozdně odpoledních nebo večerních hodin projevující se větším procentem tělesného tuku více než 22 %. (BMI : 33 obezita 1.stupně).</p>
<p>Cíl :</p> <p>Dlouhodobý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient dojde k optimálnímu snížení hmotnosti do 24 měsíců (BMI pacienta bude 28). <p>Krátkodobý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient zná energetické hodnoty jednotlivých potravin do 24 hodin. <p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacient zná faktory, které podporují neadekvátní příjem živin do 4 hodin. - Pacient zná změny ve stravování (zařazení nebo vyloučení některých jídel) do 7 hodin. - Pacient má přes den stabilní hmotnost, jeho hmotnost se pomalu snižuje o 0,5 kilogramu týdně. - Pacient konzumuje jídlo s chutí, denně. - Pacient ví, jaká jídla jsou vhodná při onemocnění a jsou bohatá na specifické látky do 5 hodin. - Pacient plánuje vyváženou stravu, využívá své poznatky o výživě do 72 hodin.
<p>Plán intervencí :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zjistí tělesnou hmotnost, věk, tělesnou konstituci, svalovou sílu, poměr tělesné aktivity k odpočinku do 60 minut od přijetí pacienta (všeobecná sestra). (1) - Zjistí stravovací návyky pacienta, kterým jídlům dává pacient přednost a která nesnáší do 5 hodin (všeobecná sestra nebo dietní sestra). (2) - Zjistí, co ovlivňuje stravovací návyky (poruchy psychiky, náboženské zvyklosti) do 6 hodin (všeobecná sestra). (3)

- Sleduj celkový denní příjem potravy, denně (všeobecná sestra). (4)
- Zajisti kontakt s dietní sestrou do 5 hodin (všeobecná sestra). (5)
- Informuj o sníženém příjmu vlákniny, která může vzbuzovat předčasný pocit sytosti do 6 hodin (dietní sestra). (6)
- Dodržuj zásady stolování, zabraň nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla, denně (všeobecná sestra). (7)
- Informuj pacienta o dodržování zvýšené hygieny dutiny ústní, denně (všeobecná sestra). (8)
- Sleduj pravidelně hmotnost pacienta, 1x týdně (všeobecná sestra). (9)
- Informuj pacienta o energetických hodnotách jednotlivých potravin, vitaminů a minerálních látek do 6 hodin (dietní sestra). (10)

Realizace 1. den (10.12.2011):

- Při příjmu jsem zvážila pacienta a jeho váhu jsem zapsala do dokumentace (tělesná hmotnost pacienta byla 96 kilogramů).
- Během dopoledne jsem mluvila s pacientem o jeho výživě a o jeho zvyklostech týkajících se jídla.
- Požádala jsem dietní sestru, aby informovala pacienta i jeho rodinu o důležitosti správné výživy.
- Dietní sestra poučila pacienta o energetických hodnotách jednotlivých potravin.
- Dietní sestra spolu s pacientem sestavily plán výživy (pacient bude jíst 6x denně menší, ale energeticky vydatné porce jídla), pacient souhlasil.
- Dietní sestra informovala pacienta o sníženém příjmu vlákniny, která může vzbuzovat předčasný pocit sytosti.
- Zajistila jsem příjemné okolí a podmínky při jídle, vyvětrala jsem místnost, zabránila jsem nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla.
- Během celé doby jsem sledovala příjem potravy a tělesných tekutin.
- Informovala jsem pacienta o zvýšené péči o dutinu ústní.

Realizace 2.- 5. den (11.-14.12.2011):

- Ráno před snídaní jsem zvážila pacienta a jeho váhu jsem zapsala do dokumentace (95,5 kilogramů), dále jsem pacientovi doporučila, aby se vážil 1x týdně, nejlépe ve stejnou denní dobu (ráno).
- Během celého dne jsem sledovala příjem potravy.
- Zajistila jsem kontakt s dietní sestrou (pacient měl zájem o další informace).
- Zajistila jsem příjemné okolí a podmínky při jídle, vyvětrala jsem místnost, zabránila jsem nepříjemným pachům v průběhu podávání jídla.
- Připomněla jsem pacientovi důležitost správné péče o dutinu ústní, ověřila jsem si, zda-li mě pacient pochopil.

Vyhodnocení:

Cíl byl splněn částečně, intervence dále pokračují (4, 5, 7, 8, 9). Pacient si uvědomil, že jeho výživa je nedostatečná, souhlasil se všemi navrženými intervencemi. V průběhu doby nedošlo k žádnému snížení tělesné hmotnosti, nedošlo však ani k žádnému navýšení váhy. Během doby byly splněny krátkodobé cíle, cíl dlouhodobý stále trvá. Pacient byl spokojený s péčí, která mu byla věnována, měl skutečný zájem o nové informace týkající se výživy a stravování. I rodina měla zájem o nové informace týkající se výživy a správné úpravy jídla.

12.7 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Na základě dat, které byly získány od pacienta, jeho rodiny a ze sesterské a lékařské dokumentace, bylo vypracováno systematické zhodnocení podle aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu: „Teorie základní ošetrovatelské péče“. Poté byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, na základě kterých byla aplikována ošetrovatelská péče.

Byly stanoveny 4 aktuální a 2 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Jako aktuální diagnózy byly stanoveny **bolest chronická, úzkost středně závažná, péče o sebe sama nedostatečná, výživa porušená nadměrná**. Jako diagnózy potencionální byly pak stanoveny **riziko vzniku infekce, neschopnost sebeobsluhy**. Některé z diagnóz se podařilo splnit úplně (úzkost středně závažná, riziko vzniku infekce) některé se podařily splnit částečně (bolest chronická, péče o sebe sama nedostatečná, neschopnost sebeobsluhy), u těchto diagnóz ošetrovatelské intervence pokračují nadále v domácí péči pacienta.

12.8 Doporučení pro praxi

❖ Doporučení pro rodinu

- pacienta musíme motivovat, chválit ho a mít zájem o společné aktivity (čtení, různé hry, procházky a cvičení podle možností;
- pacienta zapojovat do drobných domácích prací, aby měl pocit být potřebným;
- zajišťovat dostatek kontaktů s příbuznými, s kamarády a sousedy;
- dbát na bezpečnost prostředí, kde se pacient pohybuje (madla, vhodná obuv, různé protiskluzové podložky atd...);
- dodržovat pacientovi dietní program;
- stále se snažit pacienta udržovat v psychické pohodě;
- dbát na správnou hygienu těla i mysli;
- udržovat pacienta i jeho okolí v čistotě a pořádku;
- je rovněž důležité, aby se jakékoliv problémy v rodině příliš nedotýkaly pacienta.

❖ **Doporučení pro pacienta**

- je velmi důležité, aby nepropadal předčasně beznaději;
- pečovat o svou duševní a tělesnou kondici;
- poslouchat rad rodiny v otázkách správné výživy;
- pravidelně rehabilitovat podle potřeby a možností;
- je dobré spojit se s lidmi s podobnou problematikou (diagnózou);
- je důležité si hlídat správný životní styl;
- dbát o svůj vzhled, dodržovat hygienu;
- zbytečně se nevystavovat nebezpečí, úrazu ani nachlazení;
- v každém případě poslouchat rad rodiny a neodmlouvat, protože to všichni myslí dobře v jeho prospěch.

13 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s aterosklerózou za využití systematického zhodnocení podle aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu. Dalším cílem bylo poskytnout kvalitní informace o této nemoci nejen laické veřejnosti, ale i samotným nemocným a jejich rodinám a informovat o možnostech prodloužení klidových období pomocí dietních opatření. Cíl byl splněn, k dosažení tohoto cíle jsme využili následujících možností. V první řadě jsme zpracovali co největší množství teoretického materiálu, snažili jsme se využít i vlastních zkušeností s těmito jedinci. V praktické části jsme se zaměřili na sestavení systematického zhodnocení podle aplikace teorie Virginie Henderson do ošetrovatelského procesu, vytyčení aktuálních a potenciaálních diagnóz a následně na ošetrovatelskou péči. Zhodnotili jsme aterosklerózu i jako problém společnosti. V práci jsme poukázali na význam primární prevence aterosklerózy a přímou souvislost mezi konzumací tuku ve stravě a vývojem aterosklerózy. Nejdůležitějším rizikovým faktorem pro aterosklerózu a kardiovaskulární onemocnění je LDL cholesterol, který je zvyšován především příjmem satureovaných tuků, které obsahují satureované mastné kyseliny. Dalším důležitým rizikovým faktorem pro toto onemocnění je nedostatek pohybu. Správným životním stylem a zdravým stravováním můžeme předejít nejenom ateroskleróze, ale i mnohým dalším civilizačním onemocněním.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1)ALUŠÍK, Š. 2000. *Ateroskleróza, Katedra interního lékařství, kolektiv autorů*. 2000. vyd. Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví, s. 130, 2000.
- 2)BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 3)ČERVINKOVÁ, E. a kol. 2005. *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. vyd.. Brno: NCONZO, 2005, 165 s. ISBN 80-7013-358-9
- 4)ČEŠKA R. 2005. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. 2005. vyd. Vykáňská 5, 100 00 Praha 10: TRITON, 2005. s. 343, ISBN 80- 7254- 738- 0.
- 5)FERDA, J. 2004. *CT angiografie*. vyd. 2004. s. 408, ISBN 80- 7262- 281- 1
- 6)FAIT, T.; Vrablík, M. 2008. *Preventivní medicína: Preventivní medicína*. 2008,. Maxdorf Jessenius, vydáno na Praze 4, Na Šejdru, 2008,. s. 770, ISBN 978 – 80 – 7345 – 237 – 7.
- 7)HLINOVSKÁ, J.; NĚMCOVÁ, J. 2011. *Interaktivní procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-904955-3-1.
- 8)KOZIEROVÁ, B. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1995. vyd. Osveta, Osvoboditel'ov 21, 036 54, 1995. s. 836, ISBN 80- 217-0528-0.
- 9)KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0
- 10)KYMROVÁ, E. 2011. *Holistické přístupy v psychologii*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-904955-0-0.

- 11)KOCIÁN, J.; PATLEJCHOVÁ, E. 2011. *Dieta při ateroskleróze*. 1999 2011. vyd. Vykáňská 5, 100 00, Praha 10: TRITON Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví, 1999.s. 77, ISBN 80- 7254- 009-2.
- 12)MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 13)MEDICÍNA, ODBORNÉ FÓRUM., www.zdrava-rodina.cz. [online]. [cit.] 5/2002, ročník: IX, *Ateroskleróza: ruptura plaku, statiny a vitamin C*. Dostupné na: http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1099/med1099_22.html
- 14)PICHAUD, C.; Thareauová, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1998. vyd. Portál,s.r.o.,Praha. s. 156, ISBN 80- 7178- 184- 3.
- 15)PIŤHA, J., www.zdn.cz. [online]. [cit. 05. 01. 2010]. *Zdravotnické noviny*. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/archiv/postgradualni-medicina/?id=3575&year=2010>
- 16)RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. 1999. vyd. Publishing, spol.s.r.o. U Průhonu 22,Praha 7: Grada, s. 88.
- 17)Repetorium ošetrovatelství: (programovaný text), 2011. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-902876-7-9.
- 18)SUCHOPÁR, J. 1999. *Remedia, Compendium(třetí vydání)*. 1999. vyd. ISBN 80-902126- 5- 4.
- 19)ŠTEFÁNEK, J., www.stefajir.cz/?q=ateroskleróza [online]. [cit.] 11. 07. 2010. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK, *Ateroskleróza*. Dostupné na: <http://www.stefajir.cz/>
- 20)ŠTEJFA, 1995. *Kardiologie*. 1995. vyd. 1995. ISBN 80- 7169- 110-0.
- 21)TRACHTOVÁ, E. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6, 603 00 Brno, 2008. ISBN 80- 7013- 324- 4.

22)TRACHTOVÁ, E. et al. 2005. Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu.
Brno : NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-324-4

Čestné prohlášení

Zpracování veškerých informací a dat do bakalářské práce proběhlo v rámci odborné praxe i mimo ní. Se souhlasem pacienta, rodiny a ošetřujícího lékaře.