

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ISCHEMICKOU CHOROBU SRDEČNÍ**

Bakalářská práce

ELIŠKA MACHÁLKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2017



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

Machálková Eliška
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 11. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdeční

Nursing Care Process in Patients with Coronary Artery Disease

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 4. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezentací a zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

POD KOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Karolíně Moravcové za odborné vedení mé práce. Za připomínky, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

MACHÁLKOVÁ, Eliška. *Ošet ovateľský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdce ní.* Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2016. 80 s.

Tématem bakalářské práce je ošet ovateľský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdce ní. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce nastiňuje problematiku ischemické choroby srdce ní a to patofyziologii, etiologii, symptomy, komplikace, diagnostiku, prevenci, léčbu a prognózu.

Praktická část práce se vnuje ošet ovateľskému procesu u pacienta s ischemickou chorobou srdce ní. Ošet ovateľský proces je rozpracován dle modelu M. Gordon. Ošet ovateľské diagnózy jsou zpracovány pomocí NANDA taxonomie 2015 - 2017.

Klíčová slova

Angina pectoris. Infarkt myokardu. Ischemická choroba srdce ní. Kardiologie.

ABSTRACT

MACHÁLKOVÁ. Eliška. *Nursing Care Process in Patients with Coronary Artery Disease*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Prague. 2016. 80 pages.

The title of this work is “Nursing Care Process in Patients with Coronary Artery Disease“. The work is dividend into a theoretical and practical part.

The theoretical part is sprej through a number of charter in which the author looks at among other issues: coronary heart disease and pathophysiology, etiology, symptoms, comlications, diagosis, prevention, treatment and prognosis.

The practical part is devoted to the nursing process in patient with coronary artery disease. The nursing process is elaborated according to M. Gordon model. Nursing diagnosis are processed using NANDA taxonomy 2015 – 2017.

Key words

Angina pecotirs. Cardiology. Coronary Artery Disease. Heart-attack.

Obsah

SEZNAM ZKRATEK.....	9
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZ	10
SEZNAM TABULEK.....	11
ÚVOD.....	12
1 ANATOMIE, FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE	14
1.1 OBECNÁ STAVBA A FUNKCE CÉV	14
1.2 FUNKČNÍ ANATOMIE SRDCE	14
1.3 PATOFYZIOLOGIE.....	15
1.3.1 MORFOLOGICKÉ NÁLEZY NA CÉVNÍ STĚNU	16
2 ETIOLOGIE.....	17
3 SYMPTOMY	19
4 KOMPLIKACE.....	21
4.1 SRDEČNÍ SELHÁNÍ.....	21
4.2 RUPTURA VOLNÉ STĚNY LEVÉ KOMORY.....	21
4.3 RUPTURA MEZIKOMOROVÉ PÉPÁŽKY	21
4.4 DYSFUNKCE NEBO RUPTURA PAPILÁRNÍHO SVALU NEBO ŠLAŠINY MITRÁLNÍ CHLOPNY	22
4.5 ANEURYZMA LEVÉ KOMORY	22
4.6 PERICARDITIS EPISTENOCARDIACA	22
4.7 ARYTMIE	23
4.8 INFARKT MYOKARDU PRAVÉ KOMORY	23
5 DIAGNOSTIKA	24
5.1 ANAMNÉZA	24
5.2 KLIDOVÉ A ZÁTĚŽOVÉ EKG.....	24
5.3 SRDEČNÍ KATETRIZACE	24
5.3.1 ÚKOLY SESTRY	25
5.4 KLIDOVÁ A ZÁTĚŽOVÁ ECHOKARDIOGRAFIE	26

5.4.1	ÚKOLY SESTRY	26
5.5	SCINTIGRAFIE MYOKARDU	26
5.6	KORONÁRNÍ KALCIOVÉ SKÓRE POMOCÍ PO ÍTA OVÉ TOMOGRAFIE	26
5.7	KREVNÍ ROZBOR	27
5.7.1	ÚKOLY SESTRY	27
6	PREVENCE, TERAPIE A PROGNÓZA	28
6.1	ÚPRAVA ŽIVOTOSPRÁVY	29
6.2	FARMAKOLOGICKÁ LÉ BA.....	30
6.3	CHIRURGICKÁ LÉ BA	31
6.3.1	RADIOFREKVEN NÍ DENERVACE	31
6.3.2	ÚKOLY SESTRY	32
6.3.3	INTERVEN NÍ LÉ BA	32
6.4	REHABILITACE	33
6.5	PROGNÓZA	33
7	OŠET OVATLESKÝ PROCES U PACIENTA S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDE NÍ.....	34
7.1	SITUA NÍ ANALÝZA KE DNI 15. 12. 2016	43
7.2	ZHODNOCENÍ OŠET OVATELSKÉ PÉ E DNE 20. 12. 2016	65
8	DOPORU ENÍ PRO PRAXI	66
	ZÁV R	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	P ÍLOHY	73

SEZNAM ZKRATEK

CCS	Canadian cardiovascular society
DM2	Diabetes mellitus 2.typu
ICD	Implantabilní cardioverter- defibrilátor
ICHS	Ischemická Choroba Srde ní
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
KVO	kardiovaskulární onemocnění
MMSE	Mini Mental State Exam - test kognitivních funkcí
PCI	Perkutánní koronární intervence
PILS I	Pilsen Longitudinal Study
WHO	World Health Organization- Světová zdravotnická organizace

(HUGO, VOKURKA, 2011)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZ

aneuryzma výdu , rozší ení

kalcifikace zvápenat ní, ukládání vápenatých solí do tkání

(HUGO, VOKURKA, 2011)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifika ní údaje.....	33
Tabulka 2 Fyziologické funkce.....	34
Tabulka 3 Medikace pacienta p i p ijetí.....	35

ÚVOD

„Ateroskleróza z stává stále nejv tší neinfek ní epidemií tém ve všech populacích sv ta. Její nej ast jší komplikace – ischemická choroba srde ní (ICHS) a další kardiovaskulární onemocn ní (KVO) – z stávají nej ast jší p í inou úmrtí na naší planet . Za posledních 50 let se velmi rozvinula ú inná lé ba akutních i chronických forem KVO a v nejvysp lejších zemích sv ta se také zlepšuje kontrola rizikových faktor aterosklerózy, a proto úmrtnost na KVO má ve vysp lém sv t (v etn eské populace) klesající trend. P esto existuje velký potenciál ke zlepšení sekundární prevence a ješt více primární prevence KVO, a to jak ze strany zdravotnictví, pojiš oven, tak i ze strany nemocných.“ (ROSOLOVÁ a kol., 2013, s.11) „Kardiologickú morbidita a mortalita je u nás stále vysoká – i p es nepochybný pokrok se v zemích EU pohybujeme stále na chvostu. Ze zemí EU má vyšší mortalitu na ICHS jen Litva, Lotyšsko, Ma arsko a Slovensko.“ (KLUSÁKOVÁ, 2017, s. 15)

Z aktivity Sv tové zdravotnické organizace vznikl v 80. letech 20. století celosv tový Intenzifikovaný program ICHS, ú astnilo se ho kolem 20 zemí sv ta. Koordinací byla v tehdejší SSR pov ena Výzkumná základna v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Zejména se kladl d raz na primární prevenci, která spo ívala v úprav životního stylu – snížení pr m rných hodnot cholesterolu a krevního tlaku v populaci a k omezení až zanechání kou ení. Mezi další cíle pat ilo nap íklad zlepšení kontroly diabetu, snížení konzumace alkoholu, zvýšení t lesné aktivity p edevším u lidí se sedavým zp sobem života. (ROSOLOVÁ a kol., 2013)

Cíle pro teoretickou ást bakalá ské práce:

Cíl 1: P edložit dohledané publikované poznatky o ischemické chorob srde ní.

Cíl 2: Prohloubit znalosti autorky práce o ischemické chorob srde ní.

Cíle pro praktickou ást bakalá ské práce:

Cíl 1: Vytvořit ošetřovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdeční.

Před zpracováním zkoumaného problému a zahájením vyhledávací strategie byla prostudována vstupní studijní literatura:

LEIDERMANOVÁ, Lenka, 2014. *Ischemická choroba srdeční*. [online]. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/55803/Liedermanov%C3%A1_Ischemick%C3%A1_Choroba_JF_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y

HALUZÍKOVÁ, Jana. 2014. *Ošetřovatelství v interních oborech II.: odborný učební text - skripta*. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7510-103-7.

KOLEKTIV, autor, 2013. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4083-6.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁČKOVÁ. 2014. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4823-8.

Nechali jsme si vypracovat rešerši v knihovně Vysoké školy zdravotnické o.p.s.. Klíčová slova byla zvolena dle tématu této práce následovně: ischemická choroba srdeční (coronary artery disease), nemoci srdce, srdeční choroby, srdeční nedostatečnost, kardiologie, ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, ošetřovatelský proces. Celkový počet záznamů byl 33. Vyhledáno bylo mezi vysokoškolskými pracemi, knihami, články a příspěvky ve sborníku.

1 ANATOMIE, FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE

1.1 OBECNÁ STAVBA A FUNKCE CÉV

Cévní systém lidského těla je založen na principu uzavřené soustavy trubic. Liší se v jednotlivých částech svou stavbou, a tím i vlastnostmi a propustností stěn.

Základem tepenné části velkého krevního oběhu je aorta, která vystupuje z levé srdeční komory. V tvémi aorty jsou velké tepny, které se dělí a vstupují do orgánů a tkání. Vnitřní průměr aorty je asi 30 mm. Tepny, které zásobují svaly a orgány jsou široké asi 5- 15 mm. Pokud klesne průměr tepen na 0,3 mm, mluvíme o arteriolách.

Ze sítě kapilár vzniká žilní část krevního oběhu. Hranice mezi tepennou a žilní stěnou není přesný, rozlišovacím znakem je stupeň nasycení krve kyslíkem. (DYLEVSKÝ, 2011)

1.2 FUNKČNÍ ANATOMIE SRDCE

Vnitřní výstelka neboli endokard je tenká blána obdobné stavby, jako endotel v cévách. Endokard vystýlá srdeční dutiny a mezi síními a komorami tvoří cípate chlopně. Střední vrstvou srdeční stěny je srdeční svalovina, myokard. Srdce je kryto vnitřním vazivovým listem, epikardem. Podél cév vstupujících a vystupujících ze srdce přechází v zevní vazivový obal, perikard.

Lidské srdce má čtyři dutiny: Dvě síně (atria) a dvě komory (ventriculi). Pravé srdce tvoří pravá síň a pravá komora, oddělené síňovou a komorovou přepážkou od levé síně a komory vytvářející levé srdce. Trojcípá (trikuspidální) chlopně odděluje

pravou síní a pravou komoru. Levou síní odděluje od levé komory dvojcípá (mitrální) chlopa. (DYLEVSKÝ, 2011)

Srdce není sval pracuje trvale a rytmicky a zajišťuje nepřetržitě přeerpávání krve. Rytmické smršťování srdce ního svalu je vyvoláváno elektrickými vzruchy. Pevodní srdce ní systém je specializovaná svalovina, která je schopna tvořit a rozvádět elektrické vzruchy. Skládá se ze sinuatriálního uzlíku, sí okomorového uzlíku, sí okomorového svazku s jeho raménky a koncovými vlákny.

Látková výměna srdce ního svalu je uskutečňována krví píváděnou koronárními tepnami. Pravá vnitřní tepna zásobuje okysličenou krví svalovinu pravé poloviny srdce. Levá vnitřní tepna pívádí okysličenou krev pro svalovinu levé poloviny srdce. (DYLEVSKÝ, 2011)

1.3 PATOFYZIOLOGIE

Jako ischemická choroba srdce ní se označuje chorobné zúžení vnitřních tepen, kvůli nimž není myokard dostatečně zásobovaný kyslíkem. Podkladem je zúžení koronárních tepen obvykle aterosklerózou. Ischemická choroba srdce ní má různé formy, k nimž patří zejména angina pectoris a infarkt myokardu. (HUGO, VOKURKA, 2011)

Rozvoj aterosklerotických lézí závisí na hladinách LDL-cholesterolu, na poruchách metabolismu lipidů a na dalších rizikových faktorech. Rozvíjí se systémový zánět endotelu, který ovlivňuje i funkci i strukturu endotelu. Buňky endotelu nejsou pouhou výstelkou, ale mají mnoho dalších funkcí jako je například metabolická, hemodynamická i koagulační. Právě při zánětu ztrácí endotel svoji schopnost vazodilataci. Je propustnější pro udu látek včetně modifikovaných LDL částic. Endotelová dysfunkce je první stádium aterosklerózy a dochází k ní hem ní k udu endotelu. Aterosklerotické pláty se skládají z tukového jádra s r zným

obsahem cholesterolu a z fibrózního obalu, celý plát bývá kalcifikován. (ROSOLOVÁ a kol., 2013), (VARVA OVSKÝ, MAT JKA, 2008)

1.3.1 MORFOLOGICKÉ NÁLEZY NA CÉVNÍ STĚNĚ

Základními morfologickými projevy jsou:

- 1. stupeň : lipoidní proužky (skvrny);
- 2. stupeň : fibrinózní pláty, ateromatózní pláty;
- 3. stupeň : ateromatózní v edy, kalcifikace.

(VOJÁČEK, KETTNER, 2012)

2 ETIOLOGIE

Nejastji je ischemická choroba srdeční způsobená aterosklerotickými změnami v nitých tepen, jež vyvolávají jejich zúžení. Pokud dojde k poškození povrchu endotelu, dochází často ke vzniku trombu nad tímto plátem a k úplnému uzavření tepny, který vede k akutnímu infarktu myokardu. Ischemie se objeví tehdy, pokud jsou nároky na dodávku kyslíku vyšší než možnosti perfuze. Vyšší nároky vznikají při fyzické i psychické námaze nebo zvýšením tlaku, v neposlední řadě se zvyšují i při tachykardii. Srdce se s nedostatkem kyslíku vyrovnává rozvojem kolaterálního řešit. Ten pomáhá krvi obejít stenózu a zásobuje myokard za stenózou. Velikost tohoto řešit je důležitý pro další prognózu pacienta. (SEDLÁČKOVÁ, SOVOVÁ, 2014)

Mezi hlavní rizikové faktory patří kouření, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, porucha lipidového metabolismu, genetická predispozice, věk. Nesmíme ani opomenout nadváhu a metabolický syndrom, nedostatek fyzické aktivity, stres, různé poruchy srážlivosti. Dalším rizikovým faktorem je mužské pohlaví a socioekonomické faktory. (ROSOLOVÁ a kol., 2013), (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

Nejdůležitější rizikový faktor je věk, protože nejde ovlivnit. S věkem se zhoršují nejen rizikové faktory, ale věk zvyšuje i riziko aterosklerózy a kardiovaskulární onemocnění u osob bez rizikových faktorů v anamnéze. (ROSOLOVÁ a kol., 2013)

Dle WHO se celosvětově od roku 1980 počet obeztních lidí zdvojnásobil. V roce 2014 tvořili už 13 % z celé dospělé populace. Toto procento je důsledkem sedavého zaměstnání. Díky urbanizaci a dopravě lidé ve městech denně ujdou jen pár metrů. Odborníci upozorňují na nedostatečnou informovanost a vzdělání ke zdravému životnímu stylu. Dle některých lékařů konstantně přibývá lidí s extrémní tělesnou hmotností. Ložské závěry mezinárodního Eurostatu jsou český šestým nejobeztnějším národem Evropské unie. (ANON, 2017)

Mezi nejčastější příčiny anginy pectoris patří především aterosklerózu, vrozené srdeční vady, spazmy koronárních tepen, koronární tromboembolie, aortální stenóza a mitrální stenóza vedoucí k hypertenzi v pravé komoře. Stav jako jsou těžká anémie, tachykardie, horečka nebo hypertyreóza mohou snížit rovnováhu kyslíku a vyvolat nebo zhoršit anginu pectoris. (O'ROURKE, WALSH a kol., 2010). Mezi mimosrdce příčiny nestabilní anginy pectoris patří horečka, hypertyreóza, anémie, hypoxie, vysazení léků. Mezi kardiální příčiny patří tachyarytmie, bradyarytmie, vzestup plicního tlaku levé komory srdeční, pokles minutového objemu srdečního. (VOJÁEK, 2011)

3 SYMPTOMY

Pokud p íznaky dlouho nezp sobují žádné citelné obtíže, nazývá se latentní ischemická choroba srde ní. Pokud se projevuje s typickými obtížemi, nazývá se symptomatická ischemická choroba srde ní. Latentní fáze m že vyústit v anginu pectoris, ale m že mít za následek i infarkt myokardu nebo náhlou srde ní smrt, aniž by se p íznaky p edem projevily. Pokud je v n itá tepna ucpaná minimáln ze 75 %, v tšinou se jedná o anginu pectoris.

Hlavními p íznaky jsou svíravá bolest, tah nebo tíže uprost ed hrudníku za hrudní kostí, které mohou vyst elovat do krku, dolní elisti, zad i levého ramene, paže nebo nadb išku, dále pak dušnost. Vyvolávajícím momentem m že být námaha, stres, jídlo, namáhavá ch ze ve v tru i mrazu, nesmíme ani opomenout pohlavní styk. (SEDLÁ OVÁ, SOVOVÁ, 2014)

Akutní srde ní infarkt se projevuje klidovou bolestí na hrudi trvající více než dvacet minut. Až u 50 % nemocných p edchází infarktu myokardu projevy nestabilní anginy pectoris. Bolest je lokalizována za sternem a propaguje se do krku, dolní elisti, ramen, horních kon etin, vlevo až do malíku. Bolest je tlaková, pálivá až svíravá. Pacienti asto vysv tlují bolest jako tlak kamene na hrudi, í sev ení hrudníku ve sv ráku. Bolest je provázena vegetativními symptomy, jako je pocení, slabost, studený pot, pocit strachu ze smrti. Dalším symptomem je dušnost, která vzniká na podkladu ischemie levé komory. Palpitace i kolaps jsou vyvolány rovn ž ischemií, která vede k elektrické nestabilit myokardu se vznikem arytmií. (KÖLBEL a kol., 2011)

Anginu pectoris vyvolává nedostatek kyslíku, protože tepnou nem že protékat dostate né množství krve, hlavn p i zvýšené fyzické zátěži. Podle toho, do jaké míry je omezená schopnost zát že v b žném život , se angina pectoris d lí dle klasifikace CCS do ty t íd: 1. t ída – bolest p i velké nebo dlouhotrvající t lesné zát ži, 2. t ída – bolest p i b žné námaze (ch ze do n kolika schod), 3. t ída – bolest p i malé námaze (ch ze po rovin) a 4. t ída – bolest v klidu i p i minimální

zát ůi. (KÖLBEL a kol., 2011) Další rozd ělení je na stabilní a nestabilní, za stabilní anginu pectoris považujeme, pokud se obtíže objevují p i zát ůi a v klidu ihned ustanou. Pro nestabilní anginu pectoris jsou typické siln ější, delší ěst ější intervaly bolesti, které se dostavují p i minimální zát ůi i v klidu. Pokud se jedná o nestabilní anginu pectoris, je nezbytná okamžitá léka ská pomoc, protože hrozí ucpání krevní sraženinou, ěmž m ůže vyvolat srde ní infarkt. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

Výskyt anginy pectoris se bude lišit dle charakteru studované populace. Frekvence anginy pectoris v populaci st edního v ěku se odhaduje na 2-4 %, v populaci starší 50 let stoupá výskyt na 10-15 %. Až u 60 % nemocných se vyskytuje angina pectori pokud prod ělali akutní infarkt myokardu. (KÖLBEL a kol., 2011)

4 KOMPLIKACE

4.1 SRDE NÍ SELHÁNÍ

Známky srde ního selhání se objeví u 30 % nemocných se srde ním infarktem, objeví se pokud dojed k nekróze 40 % svaloviny levé srde ní komory. Toto selhání je nep íznivým prognostickým faktorem. Lé ba srde ního selhání spo ívá v podávání diuretik dle ordinace léka e, oxygenoterapie O₂ maskou, nebo intubace s klasickou um lou ventilací p í kariogenním šoku. Jedin rekanilizace vede ke zlepšení funkce levé srde ní komory. Mortalita lé eného kariogenního šoku je 40-50 %. (KÖLBEL a kol., 2011)

4.2 RUPTURA VOLNÉ ST NY LEVÉ KOMORY

U nemocných se srde ním infarktem je incidence ruptury 1 %, p í invazivní lé b ješt nížší. Vzniká 2.-3. den po vzniku srde ního infarktu a projevuje se recidivující náhlou bolestí na hrudi, krátce na to je následována srde ní zástavou. Resuscitace zde nemá význam, protože masáž pumpuje krev rupturou do perikardu. Na koronární jednotce je ruptura zodpov dná za polovinu úmrtí. Moratalita v tomto p ípad í je 100%. (KÖLBEL a kol., 2011)

4.3 RUPTURA MEZIKOMOROVÉ P EPÁŽKY

Incidence této komplikace je pouze do 0,5 %. Projevuje se v prvních dnech po srde ním infarktu, nemocný náhle upadá do plicního edému a p í fyzikálním vyšet ení se nov objeví systolický šelest mezi 4. a 5. žebrem vlevo od sterna. Diagnózu potvrdí echokardiografie, zde se prokáže p erušení mezikomorového septa. Následuje koronarografie a uzáv r komorového defektu katetriza n okulderem, nebo chirurgické uzav ení defektu záplatou. (KÖLBEL a kol., 2011)

4.4 DYSFUNKCE I RUPTURA PAPILÁRNÍHO SVALU NEBO ŠLAŠINY MITRÁLNÍ CHLOPN

Poškození zív sného aparátu mitrální chlopn u nemocných se srde ním infarktem nastává u 0,5 %. Projevuje se jako akutní srde ní selhání, je tedy nutné provád t každý den fyzikální vyšet ení, abychom byli schopni stanovit diagnózu, sestra p i tomto úkonu pouze asistuje, úkon provádí léka . Definitivní potvrzení diagnózy se provádí pomocí echokardiografie. (KÖLBEL a kol., 2011)

4.5 ANEURYZMA LEVÉ KOMORY

Aneuryzma levé komory vzniká po infarktu myokardu u 3-10 % nemocných p evážn v oblasti p ední st ny. U poloviny takto nemocných vzniká riziko embolizace do periferie, protože se v aneuryzmatu vytvo í trombus, který hrozí utržením. P i nálezu trombu je nemocný antikoagulován Warfarinem dle INR (cílové INR 2-3). (KÖLBEL a kol., 2011)

4.6 PERICARDITIS EPISTENOCARDIACA

Rozd luje se na asnou - v prvním týdnu po vzniku infarktu a pozdní – oza ována jako Dressler v syndrom. Dressler v syndrom je autoimunitní reakce proti nekrotické ásti myokardu a perikardu. Nemocný si st žuje na bolesti na hrudi, které se odvíjejí od polohy (výrazn jší v p edklonu nebo v poloze na zádech). Lé ebn nemocnému pomáháme vyhledáváním úlevových poloh, správnou technikou relaxace a podáváním medikace dle ordinace léka e. (KÖLBEL a kol., 2011)

4.7 ARYTMIE

Arytmie se vyskytnou v 90 % p ípad se srde ním infarktem. Komorové tachykardie v prvních 48 hodinách po vzniku nezhoršují dlouhodobou prognózu nemocných a není třeba krom podávání betablokátor další trvalá preventivní lé ba. Pokud je komorová tachykardie po 48 hodinách prognóza je špatná. P i dysfunkci levé komory u t chto nemocných je indikován implantabilní kardioverter/defibrilátor (ICD). (KÖLBEL a kol., 2011)

4.8 INFARKT MYOKARDU PRAVÉ KOMORY

Pokud dojde k infarktu myokardu ve spodní st n myokardu vyskytuje se v tomto p ípad infarkt myokardu pravé komory. Projevuje se zvýšenou náplní kr ních žil, hypotenzí. Základní lé ba spo ívá v PCI, normalizaci intravaskulárního objemu. (KÖLBEL a kol., 2011)

5 DIAGNOSTIKA

5.1 ANAMNÉZA

Diagnostika srdečního infarktu a anginy pectoris spoívá v dkladné anamnéze, p edevším v anamnéze bolesti na hrudi, laboratorních nálezech nekrózy myokardu a typických známkách na EKG. (KÖLBEL, 2011) U pacient mladších 50 let, kte í mají symptomy, by se m l brát jako potencionální p í ina kokain. Anamnéza dále zahrnuje fyzikální vyšet ení, povahu symptom , p edchozí ICHS, v k, po et rizikových faktor ICHS. (O'ROURKE, WALSH a kol., 2010)

5.2 KLIDOVÉ A ZÁT ŹOVÉ EKG

Klidové EKG se provádí vleže a pat í k základním kardiologickým vyšet ením. Trvá pouze n kolik málo sekund, ili se snadno realizuje i v nouzových situacích. Pokud se p i klidovém EKG nezachytí ischemické zm ny, m Źeme využít Holterovu 24- i 48hodinovou monitoraci. (SEDLÁ OVÁ, SOVOVÁ, 2014)

P i zát Źovém EKG pacient v tšinou šlape vestoje nebo vleže do pedál klasického kola, ímž se zvyšuje postupn zát Ź. Stanoví se maximální zát Ź, nár st krevního tlaku a srde ní frekvence p i zát Źi. (RIKER, 2014), (SCHAENZLEROVÁ, 2014)

5.3 SRDE NÍ KATETRIZACE

Pomocí katétru, který se zavádí do srdce cévou je provedeno rentgenové kontrastní zobrazení v n itých cév a vnit ku srdce. Kontrastní látka, která se vst íkne do srdce, zviditelní strukturu srdce a cév, vše je pod rentgenovým ozá ením a na obrazovce rentgenu ke kontrole.

Koronární angiografií se dá zmapovat proudění krve ve vnitřních tepnách, posouzení funkčnosti v pohybu nebo odhalit zúžení a popř. i provést léčebný zákrok. Lze odebrat i vzorky krve. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

5.3.1 ÚKOLY SESTRY

Pacient musí být k plánovanému výkonu připravený, ale příjem tekutin není omezen. Optimální hydratace pomocí infuzí před PCI je prevencí nefropatie. Příprava před výkonem zahrnuje vyholení obou třísel. Před výkonem sestra vysvětlí nemocnému podstatu vyšetření, kontroluje dokumentaci, zda je podepsaný informovaný souhlas s vyšetřením, podá ordinované léky: Dithiaden 1 tbl večer a 1 tbl ráno před výkonem, jako prevence alergické reakce na kontrastní látky. Na uklidnění pacienta se podává Diazepam 5 mg p.o. ráno. K zabránění trombotických příhod se podává Anopyrin nebo Clopidogrel. Hydrocortison 200 mg i.v. se podává alergickým pacientům před výkonem. Dále se dle ordinace lékáře diabetikům podává buď kontinuální infuze s glukózou a inzulínem, nebo pouze snížené dávky inzulínu. (KOLÁŘ et al., 2009), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008)

Příprava instrumentária a aplikace léků během výkonu se řídí pokyny lékaře a pravidly dané katetrizační laboratoří. Výkon se provádí na sterilním sále, pacient a jeho okolí jsou sterilně pokryty, veškeré instrumentárium je také sterilní. Výkon se provádí pod stálou kontrolou krevního tlaku a EKG. (KOLÁŘ et al., 2009) Pibližně za půl hodiny po výkonu se provádí manuální komprese tepny, těsně nad místem vpichu. Kompresivní obvaz se na místo vpichu aplikuje po 10-15 minutách. Následně sestra pravidelně kontroluje účinnost komprese, krevní tlak a srdeční rytmus. Dle doporučení katetrizujícího lékaře pacient nemůže opouštět lůžko s kompresivním obvazem 10-24 hodin. (KOLÁŘ et al., 2009)

5.4 KLIDOVÁ A ZÁTĚŽOVÁ ECHOKARDIOGRAFIE

Slouží k dvojrozměrnému zobrazení funkcí a pohybu srdečních chlopní, dutin a srdeční stěny. Může se provádět jak v klidu tak pítěži (podobně jako u EKG). Pítěži se dají získat lepší nepřímé informace o tom, jak jsou konkrétní části srdečního svalstva relativně i absolutně zásobovány krví, tj. zda hrozí srdeční infarkt. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

5.4.1 ÚKOLY SESTRY

Vysvětlit pacientovi výkon a požádat ho, aby v průběhu vyšetření zůstal v klidu, protože by pohyby mohly zkreslit výsledky vyšetření. Informovat, že během vyšetření může mít lehce nepřímý pocit pítě nanášení vodivého gelu a pítěkládání sondy. Pítěkládání sondy je třeba vyvinout tlak, může to být tedy nepřímé. Po dokončení výkonu odstranit zbytky gelu. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008)

5.5 SCINTIGRAFIE MYOKARDU

Provádí se k vyšetření prokrvení a provzdušnění srdečního svalstva, například v případě omezeného zásobování živinami následkem cévního srdečního onemocnění. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

5.6 KORONÁRNÍ KALCIOVÉ SKÓRE POMOCÍ POÍTAČOVÉ TOMOGRAFIE

Nepatrné vápníkové usazeniny, které se dají speciálním tomografem vyas odhalit, mohou svědčit o závažnějším onemocnění srdce. Obsah vápníku se vyjadřuje číslem (kalciové skóre) a informuje o míře rizika srdečního infarktu. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

5.7 KREVNÍ ROZBOR

Zvýšená hladina CRP tak ka vždy sv d í o vývoji srde ního onemocn ní. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014) Myoglobin je biomarkerem nekrózy myokardu používaným v dnešní dob . P i vzniku akutního infarktu myokardu se b hem dvou hodin uvol uje myoglobin, hladina jeho zvýšení trvá po dobu 24 hodin. Senzitivní období je 4-16 hodin po vzniku symptom , normální hodnoty mohou vylou it akutní infarkt myokardu. (KÖLBEL a kol., 2011), (VOJÁ EK, 2011) Hlavním diagnostickým ukazatelem infarktu v sou asné dob je celková kreatinkináza, zvýšená plazmatická koncentrace troponinu, ta je provázena typickým klinickým obrazem nebo EKG známkami. Tyto ukazatele umož ůjí diagnostikovat akutní infarkt myokardu v minimálním rozsahu. (KOLÁ , et al. 2009)

5.7.1 ÚKOLY SESTRY

Ujistit se p ed odb rem kreatinkinázy, že pacient nepožil alkohol, kyselinu aminokapronovou (antifibrinolytika) nebo lithium. Požil-li pacient n kterou z t chto látek, záznam je uveden na žádanku laborato e. (KOLEKTIV AUTOR , 2008)

6 PREVENCE, TERAPIE A PROGNÓZA

Prevence je celoživotní proces v boji proti kardiovaskulárním onemocněním. Měla by se dotýkat všech jedinců v celé populaci. Prevenci lze rozdělit na primární, tj. prevence zaměřená na jedince bez projevů kardiovaskulárních onemocnění s ryzím rizikovým faktorem. Dále na sekundární, tj. prevence zaměřená na nemocné, kteří prodělali kardiovaskulární příhodu. Základem prevence je tedy prosazovat zdravý životní styl a minimalizovat rizikové faktory. (ROSOLOVÁ a kol., 2013)

Prvním z rizikových faktorů by se lidé měli vyvarovat a to, nikotinu a alkoholu, snížení hmotnosti při nadváze, péče o vyváženou nízkotučnou stravu, bohatou na vitamíny. Dalším prvkem prevence je pravidelný pohyb, medikamentózní léčba při poruše látkové výměny tuků, vysokém krevním tlaku nebo cukrovce. (SCHAENZLEROVÁ, RIKER, 2014)

Zdrojem i škodlivých látek je kouření tabáku. Látky přicházejí do organismu přes alveoly do krve a do dalších orgánů během několika vteřin. Kouření je nejzhoršivější návyk lidstva, který způsobuje 50 % všech úmrtí na naší planetě, samozřejmě škodlivost závisí na množství vykouřeného tabáku. (ROSOLOVÁ a kol., 2013)

Nedostatkem pohybu se přispívá k rozvoji i nemocí. O prospěšnosti fyzické aktivity pro zdravý život se datují první informace v 50. letech 20. století. O 20 let později vznikala řada longitudinálních studií. Ty dokázaly, že stoupá celkové riziko kardiovaskulárních onemocnění i úmrtnost při fyzické inaktivitě. Právě fyzická aktivita je jedním z rysů zdravého životního stylu. Pravidelný pohyb zlepšuje kardiorespirační schopnost organismu, udržuje i redukuje hmotnost a je také důležitou ne-farmakologickou kompenzací stresu. Pravidelným pohybem se také snižuje riziko vzniku DM2. Samozřejmě je důležité intenzitu a druh doporučené zátěže individualizovat a konzultovat s praktickým lékařem i fyzioterapeutem. (ROSOLOVÁ a kol., 2013) Pravidelné aerobní tělesné cvičení je jedním z dalších

doporučení. Nejlépe je cvičit denně, minimálně 30 minut. Chůze určitou rychlostí je nejjednodušším cvičením, minimální vzdálenost je přibližně 4 km denně. U cvičení nesmíme opomenout edukaci lékařem, který musí pacientovi i pacientce vysvětlit, že by měl cvičit jen do okamžiku bolesti, pak přerušit pokračovat až bolest ustoupí. (KÖLBEL a kol., 2011)

Nové evropské standardy pro prevenci opakovaného infarktu myokardu byly uveřejněny v časopise *European Journal of Preventive Cardiology*. Standardy obsahují přehled základních opatření, jež by měl přijmout pacient v rámci prevence. Ruku v ruce by měl jít zdravý životní styl s lékařskou péčí a adekvátní medikací. Dokument zdrazuje především ty i základní preventivní kroky, a to přestat kouřit, pravidelně se hýbat, a být fyzicky aktivní, jíst zdravou stravu a řádně užívat předepsané léky v kombinaci s pravidelnou kontrolou hladiny cholesterolu i krevního tlaku. (ANON, 2016)

6.1 ÚPRAVA ŽIVOTOSPRÁVY

Úprava životosprávy spoívá nepochybně v doporučení nekuřáctví. Kontrola v budoucnosti snadno dokáže slabost lidské vůle, pokud přičichneme k prstům pacienta i pacientky dozvíme se, zda kouří či ne. (KÖLBEL a kol., 2011)

Podle tělesné hmotnosti je důležité upravit stravovací režim. Aby pacient dosáhl optimální hodnoty BMI je snahou upravit energetický příjem. Dieta by měla obsahovat minimum součástí potravy bohatých na tuky a cholesterol. Pokud je pacient-diabetik měl by dodržovat co nejpřísněji svou dietu a restrikcii uhlohydrátů. (KÖLBEL, 2011) Polysacharidy by měly být tvořeny celozrnnými produkty, zeleninou, luštěninami a ovocem. Denně bychom měli zkonzumovat 200 gramů ovoce a 200 gramů zeleniny, což představuje 2-3 porce. Nízkotučné mléčné výrobky, vaječné bílky, rybí maso, drbeží maso bez kůže a méně červená libová masa by měla nahrazovat bílkoviny. Tuky by měly představovat rostlinné s vyšším obsahem nenasycených mastných kyselin. (ROSOLOVÁ, 2013)

Konzumací alkoholu se zabývala řada epidemiologických studií. Prokázalo se, že mírná konzumace je v pozitivní asociaci s nižší úmrtností (mimo jiné i úmrtnost na ICHS). Vyšší konzumace alkoholu je naopak spojena s vyšší celkovou úmrtností. V současné době je definice mírné konzumace 1 alkoholový nápoj denně pro ženy a pro muže 2 alkoholové nápoje. Alkoholovým nápojem v našich podmínkách se míní 1 pivo nebo 2 dl vína či 5 cl lihoviny. Vyšší konzumace alkoholu spoívá v riziku vzniku cirhózy jater (asi u 20 % populace), akutní pankreatitidy, hypertenze, myokardiální dysfunkce, arytmií a náhlé smrti a různých druhů rakovin. Vyšší konzumací se rozumí u mužů překročení 60g čistého alkoholu a u žen překročení 40 g čistého alkoholu. Alkohol je známý jako spouštěč kancerogeneze především u kuřáků, což bylo prokázáno v rámci studie PILS I. (ROSOLOVÁ a kol., 2013)

Dalším rizikovým faktorem, kterému se věnuje prevence, je stres. Každý z nás je v současné době vystaven stresu, a už je to stres sociální, pracovní, finanční i rodinný. Chronický stres může u citlivějších jedinců vyústit až v depresivní poruchy. Kompenzace stresu představuje proces, při kterém se snažíme potlačit nepříjemné pocity (například únava, smutná nálada) činnostmi, které v nás vyvolávají radost. Pokud nedokážeme najít rovnováhu, je třeba vyhledat psychologa nebo psychiatra. Správně vedená psychoterapie mohou pomoci zlepšit duševní stav, a tím zlepšit nebo nezhoršit kardiovaskulární riziko. (ROSOLOVÁ, 2013),

6.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Základní terapie spoívá v podávání antiagregancií (kyselina acetylsalicylová, klopidogrel, tiklopidin), antiangiogenní léky (nitráty, kalcioví antagonisté, betablokátory), ACE inhibitory a léky ovlivňující rizikové faktory a endoteliální dysfunkci (antidiabetika, antihypertenziva, hypolipidemika). (SEDLÁČKOVÁ, SOVOVÁ, 2014)

Chronická farmakologická léčba se zakládá na zmírnění příznaků a známek selhávání, zabránit hospitalizaci pro akutní dekompenzaci a zlepšit přežívání. Studie s betablokátory a inhibitory ACE prokázaly, že se snížila morbidita a mortalita, staly se tak součástí doporučených postupů. Užívání farmakoterapie může zlepšit

neurohumorální profil pacienta, zlepšit endoteliální funkci a tím předcházet progresi koronární nemoci. (TÁBORSKÝ, 2014), (<http://www.ingentaconnect.com/?logoHome=true>)

Dlouhodobá léčba po provedeném infarktu myokardu spoívá v odstranění expozice rizikových faktor (zákaz kouření, redukce nadváhy, pohybová rehabilitace). Z léků jsou podávány betablokátory, pokud není přítomna kontraindikace (bradykardie, hypotenze, astma bronchiale). (VOJÁEK, 2011). Dále se podávají statiny na snížení hodnoty LDL-cholesterolu pod 2,0 mmol/l, acetylsalicylová kyselina v chronické dávce 80-162 mg denně, ACE inhibitory třída IA dlouhodobě. (TÁBORSKÝ, 2015)

6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Podstatou chirurgické léčby je bypass místa, které je zúžené nebo uzavřené pomocí žilního bypassu nebo implantace a. mammaria. (SEDLÁKOVÁ, SOVOVÁ, 2014) Pokud se u anginy pectoris provede metoda radiofrekvenční denervace, může se kvalita života nemocného zlepšit, protože sníží četnost a intenzitu záchvatů.

6.3.1 RADIOFREKVENČNÍ DENERVACE

Radiofrekvenční denervace se využívá v rámci intervenční algeziologie a kardiologie v různých oblastech lidského těla. První myšlenka byla, že blokáda sympatiku by mohla odstranit bolest, ale i pozitivní vlivy na srdeční činnost. Pomáhá tím pacientům s poruchami srdečního rytmu a nemocným s neztížitelnými epizodickými bolestmi na hrudi. (SKÁLOVÁ, 2016)

6.3.2 ÚKOLY SESTRY

Během hospitalizace na oddělení:

Edukovat pacienta a jeho rodinu. Ujistit se, zda pacient a jeho rodina porozumí informacím od lékaře o chirurgickém výkonu a možných komplikacích. Sdílet pacientovi, že podstoupí celkovou anestezii a probouzet se bude na jednotce intenzivní péče nebo pooperačním oddělení. Vysvětlit, že bude mít přiloženy elektrody pro monitorování srdeční aktivity a možná zaveden arteriální katétr zajišťující kontrolu krevního tlaku. Ke kontrole příjmu a výdeje může mít zaveden močový katétr. Dle možností informovat, že podle situace bude intubován a případně připojen na mechanickou ventilaci.

Před operací:

Těsně před operací provést kompletní cévní vyšetření. Změřit fyziologické funkce. Monitorovat EKG pro možné abnormality v srdeční frekvenci nebo rytmu. Přesně zaznamenávat příjem a výdej tekutin u pacienta. Vše přesně zaznamenávat do dokumentace pacienta. Podle pokynů lékaře nepodávat nic per os.

6.3.3 INTERVENČNÍ LÉČBA

Perkutánní koronární intervence (angioplastika) spoívá v zavedení katétru s balonkem do místa zúžené nebo uzavřené cévy. Balonek je nafouknut pod vysokým tlakem a dochází k průchodnosti cévy. Do tohoto místa můžeme dále zavést stent, který brání vzniku stenózy. Vše probíhá pod rentgenovou kontrolou. Provádí se při těžké angině pectoris nebo po infarktu myokardu. (PARKER, 2016), (SEDLÁČKOVÁ, SOVOVÁ, 2014)

6.4 REHABILITACE

Pokud je nemocný bez stenokardií i známek selhávání srdce i vážných poruch srdečního rytmu, fyziologická dekontrace se dostavuje již po jednom dni polohy na zádech. Posazování a stoj je nemocnému doporučen, jakmile je to možné. (VOJÁ EK, 2011)

6.5 PROGNÓZA

Prognóza pro anginu pectoris se liší dle charakteru změn v nítých tepen. Jednorodná mortalita je 1,6-3,3 %, zhoršuje se pokud je přítomno difúzní poškození v nítých tepen, u starší populaci i při špatné systolické funkci levé komory. (KÖLBEL a kol., 2011)

7 OŠET OVATLESKÝ PROCES U PACIENTA S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDEČNÍ

Následující ošetřovatelský proces je rozpracován dle modelu M. Gordon. Pacient byl informován a souhlasil se záměrem využít jeho stanovenou diagnózu, pro účel této bakalářské práce. Dále souhlasil se zpracováním údajů za předpokladu anonymizace osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY	Pohlaví: muž
Datum narození: 1932	Věk: 85
Adresa bydliště a telefon: Okres Kladno	
Adresa příbuzných: Okres Kladno	
Rodné číslo: 000000/0200	Číslo pojistovny: 111
Vzdělání: st. doškolské	Zaměstnání: starobní důchodce
Stav: ženatý	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 13. 12. 2016	Typ přijetí: plánované
Oddělení: LDN	Ošetřující lékař: L.J.

Zdroj: dokumentace pacienta

Důvod přijetí udávaný pacientem:

- zhoršení stavu

Medicínská diagnóza hlavní:

- ATS universalis, cerebri, statická sešlost

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Stp. fr. colli femoris l. sin., stp. CCEP 11/2015

- CHICHS, CHFS, chron. antikoagulační terapie
- Alzheimerova choroba
- DM 2. typu kompenzovaný inzulínem
- Hypertenze III. stupně

Tabulka 2 Fyziologické funkce

TK: 150/95	Výška: 170 cm
P: 50/min, nepravidelný	Hmotnost: 64 kg
D: 16/min	BMI: 22
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: pokročilý nesoběstačný
Stav v domě: p i v domě	Orientace místem, časem, osobou: orientaci nelze spolehlivě určit, obtížná spolupráce
etnia, jazyk: český	Krevní skupina: A Rh ⁺

Zdroj: dokumentace pacienta, vlastní měření všeobecnou sestrou

Nynější onemocnění:

Subjektivně: bez obtíží, bez bolesti, nejeví potíže s dýcháním, trávením.

Objektivně: p i v domě, orientovaný, spolupracuje, hydratace v normě, b i cho m kké, volně prohmátné, peristaltika +, DK bez otoků a známek zánětu, bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu či malignity.

Hlava: oči, uši, nos bez výtoků, spojivky růžové, skléry bílé

Krk: bez lymfadenopatie

Hrudník: symetrický

B i cho: m kké, prohmátné, nebolestivé, bez rezistencí

Končetiny: bez otoku, bez známek TEN, bez poruchy hybnosti

Informa ní zdroje:

- p íbuzní pacienta, zdravotnická dokumentace, pacient

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: nepamatuje si

Otec: nepamatuje si

Sourozenci: sestra, zdráva

D tí: má dva syny- zdraví

OSOBNÍ ANAMNÉZA

P ekonaná a chronická onemocnění: chronická ischemická choroba srde ní

Hospitalizace a operace: CCEP

Úrazy: neudává

Transfúze: neudává

O kování: b žná

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Tabulka 3 Medikace pacienta p i p íjetí

	Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
léky p.o.	Digoxin	tbl	0,125 mg	1-0-0 v liché dny	kardiotonika
	Mono Mack depot	tbl	100 mg	1/2-0-0	vazodilatancia
	Furon	tbl	40 mg	0-1/2-0	diuretika
	Kalium chloratum	tbl	500 mg	0-1-0	solí a ionty
	Betaloc ZOK	tbl	50 mg	1-0-0	antihypertenziva

	Novalgin	tbl	500 mg	podle pot eby (VAS 3/10)	analgetika
	Warfarin	tbl	3 mg	0-1-0	antikolagulancia
	Rivostigmin	tbl	3 mg	1-0-1	inhibor acetylcholinesterázy
	Regulax	gtt		dle pot eby	laxantia
léky	Humalog	inj.		4-4-4	inzulin
s.c.	Lantus	inj.	6 j.	na noc	inzulin

Zdroj: dokumentace pacienta

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

neznámá, není uvedeno a pacient též neuvádí

ABÚZY

Alkohol: neudává

Kouření: od mládí, 15 cigaret/den

Káva: neudává

Léky: neudává

Jiné návykové látky: neudává

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA

Prokonaná urologická onemocnění: není uvedeno v dokumentaci

Samovyšetření varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: neudává

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou

Vztahy, role a interakce: s manželkou má příjemný a spokojený vztah, se syny má bezproblémové vztahy

Záliby: zajímá se o historii, rád čte knihy

Volnočasové aktivity: procházky s manželkou

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: střední odborné

Pracovní zařazení: nyní starobní důchodce

Pracovní zařazení, čas odchodu do důchodu, jakého: v poslední práci byl velmi spokojený, pracoval tam 20 let, nyní starobní důchodce

Vztahy na pracovišti: normální

Ekonomické podmínky: neudává

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: ateista

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava: Normocefalická, bez deformit

Oči: Zornice izokorické, bulby ve středním postavení, spojivky růžové

Uši, nos: Bez sekrece, slyší dobře

Rty: Růžové, neporušené

Jazyk: Bez povlaku, vlhký

Chrup: neporušený

Krk: Nebolestivý, souměrný, náplavkový, krční žil symetrická, štítná žláza nezvětšena, uzliny nezvětšeny

Hrudník: Symetrický, klenutý, bez deformit, dýchání iisté

Břicho: Klidné, měkké, palpation nebolestivé

Kůže: iistá, bez patologických defektů

Otoky: Dolní končetiny bez známek otoků

Varixy: Varixy nepřítomny

POSOUZENÍ SOUBAŠNÉHO STAVU ZE DNE 15. 12. 2016

- **Podpora zdraví**

subjektivn : snaží se omezit kouření, ale dle něj na nic umět musí, denně vykouří 15 cigaret, občas pociťuje bolest v kloubu po operaci

objektivn : uvědomuje si, že kouření neprospívá jeho onemocnění a zdraví, ale zde v LDN jediná jeho radost.

ošetřovatelský problém: bolest

metrická technika: Vizuální analogová škála bolesti

priorita: střední

- **Výživa**

subjektivn : chuť k jídlu v normě, doma stravování bez problémů, zde na oddělení pacientovi jídlo moc nechutná, denně vypije přibližně 1 litr čaje, dietní doporučení chápe a snaží se je dodržovat, alkohol pije příležitostně

objektivn : kožní turgor v mezích normy, pacient v rámci možností spolupracuje, dieta číslo 9- diabetická

ošetřovatelský problém: riziko vzniku dehydratace

priorita: střední

- **Vylučování a výměna**

subjektivn : nemá žádný problém s vylučováním moče, po práškách chodí nastříkaný, občas trpí zácpou, doma chodil pravidelně 3x týdně, poslední stolice byla 11. 12. 2016

objektivn : nejeví známky potíží s vylučováním moče, zde na oddělení na stolici ještě nebyl, poslední defekace před týdnem

ošetřovatelský problém: zácpa

priorita: střední

- **Aktivita- odpovědnost**

subjektivn : rád chodí na procházky s manželkou v tísňové spojení s nákupem, myslí si, že na svůj věk je celkem v kondici, občas se doma probouzí, ale hned zase usne

objektivn : pacient se pohybuje po pokoji bez problémů, přes den četl knížky a vyplňuje křížovky, pohyb po oddělení zvládá dojít na terasu kvůli kouření, hygienu zvládá s dopomocí v koupelně

ošetřovatelský problém: riziko pádu, deficit sebepečení při koupání a hygieně

metrická technika: test pro zjištění deficitu sebepečení- Barthelové test, stupnice pro určení rizika pádu dle Morse

priorita: střední

- **Percepce/ kognice**

subjektivn : uvědomuje si, že se občas zatoulá do jiného pokoje, ale připomíná to onemocnění, které má

objektivn : pacient se dobře orientuje místem, časem i prostorem, často vzpomíná na mládí, komunikuje bez problémů - všemu rozumí, ale potřebuje vše víckrát opakovat, brýle používá pouze na čtení

ošetřovatelský problém: poškozená paměť

m ící technika: test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam

Seberecepce

subjektivn : má se rád, takový jaký je

objektivn : je sám se sebou spokojený

- **Vztahy mezi rolemi**

subjektivn : pacient je rád, že je v LDN protože doma už sám ani s manželkou nezvládali pé i o n j, s manželkou mají krásný klidný vztah, synové ho chodí pravideln navšt vovat

objektivn : s personálem spolupracuje pacient i jeho rodina bez problém

- **Sexualita**

subjektivn : necht l sd lovat

objektivn : necht l sd lovat

- **Zvládání/ tolerance zát že**

subjektivn : k zvládání stresu a strachu pacientovi pomáhá kou ení, ale snaží se omezit na 10 cigaret

objektivn : pacient denn vykou í 15 cigaret, tvrdí, že se snaží omezit kou ení, ale neomezuje ho

ošet ovatelský problém: stres, strach

priorita: st ední

- **Životní principy**

subjektivn : základem pacientovi spokojenosti je rodina, která drží p i sob , pacient jedná s každým lenem rodiny p ív tiv , s pochopením, je pro n j na prvním míst , bez náboženského vyznání

objektivn : rodina pacienta chodí pravidelně navštěvovat, vztahy vypadají bez problémů

- **Bezpečnost- ochrana**

subjektivn : pacient pociťuje zhoršenou sebepečnost a mobilitu

objektivn : kožní turgor v normě, jizva po operaci klidná, končetiny bez otoků,

ošetřovatelský problém: riziko pádu

metrická technika: stupnice pro určení rizika pádu dle Morse

priorita: střední

- **Komfort**

subjektivn : personál mu připadá vstřícný a spolehlivý, s tímžkoli se na personál obrátí tak ihned. Občas udává bolest kloubů po operaci

objektivn : jiné obtíže neudává, rád je ve společnosti dalších pacientů, rád si povídá

- **Růst/ vývoj**

subjektivn : pacient pociťuje spíše klesající vývoj, říká, že se uil, aby to bylo postupně zapomeno

objektivn : vzhledem k věku a onemocnění je v průměrné intelektové úrovni, pacient byl po dobu sběru dat velmi příjemný a vstřícný

7.1 SITUACE A ANALÝZA KE DNI 15. 12. 2016

Pacient XY trpící Alzheimerovou nemocí a přidruženými onemocněními, 85 let přijat na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných pro zhoršení celkového stavu. Dnes druhý den na oddělení. Ranní hygiena byla provedena s pomocí ošetřovatelského personálu vzhledem k zhoršené mobilitě a riziku pádu. Podán inzulin spolu se snídaní, kterou pacient snědl celou, dále vypil přibližně dvě skleničky neslazeného čaje. Medikaci dle ordinace lékařky zapil další skleničkou čaje. Během dopoledne změny fyziologické funkce- TK 140/90, P 45/min, D 17/min. Jelikož u pacienta hrozí riziko vzniku zácpy, každý den se ptát na stolici, stolice nebyla už 3 dny, zapsáno do dokumentace. Po domluvě s lékařkou proběhlo podání medikace. Kontrolovat defekaci.

Oběd snědl celý, přibližně jednu třetinu nechal. Inzulin byl podán i medikace byla podána. Zkontrolován zda je medikace spolknuta. Večer snědl z poloviny. Medikace zapita a zkontrolována, Inzulin podaný. Večerní medikace podána. Dnes bolest VAS 2/10 medikací odmítl. Pokračovat v pomoci při hygieně, dohled na pitný režim.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY AUTORKY PRÁCE dne 15. 12. 2016

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2016. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd., 1. české vydání. P. Eložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-247-5412-3 v kombinaci s internetovou stránkou <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>

Aktuální ošet ovatelské diagnózy

Deficit sebepé e p i koupání a hygien – 00108

Poškozená pam – 00131

Zácpa – 00011

Zhoršená pohyblivost – 00085

Strach – 00148

Bolest - 00133

Potenciální ošet ovatelské diagnózy

Riziko deficitu t lesných tekutin – 00028

Riziko pád – 00155

Riziko imobiliza ního syndromu – 00040

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Deficit sebepé e p i koupání a hygien – 00108
Doména: Aktivita - odpo inek
T ída: Sebepe e
Definice: Porucha schopnosti provád t nebo dokon it osobní hygienu a samostatn se vykoupat
Ur ující znaky: <ul style="list-style-type: none">▪ subjektivní:<ul style="list-style-type: none">• úzkost• strach• pocit studu p i p ítomnosti druhé osoby▪ objektivní:<ul style="list-style-type: none">• neschopnost vejít do koupelny a vyjít z ní• neschopnost umýt si jednotlivé ásti t la

- neschopnost vykoupat se

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- dlouhodobý: pacient zvládne osobní hygienu v rámci svých schopností sám pouze s dopomocí do koupelny – do 2 týdn
- krátkodobý: pacient dojde s dopomocí do koupelny a s dopomocí se umyje – do 2 dn

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacient rozpozná svoje individuální slabiny a potřeby v dané oblasti – do 1 dne
- pacient prokáže znalost, jak provádět osobní hygienu v rámci svých možností – do 1 týdne
- pacient se naučí novému způsobu jak provádět hygienu v rámci svých schopností – do 2 dn
- pacient bude provádět hygienu na úrovni svých schopností – do 1 týdne

Plán intervencí:

- posuzovací:
 - najdi příčinu poklesu schopností pacienta pečovat o sebe sama (Alzheimerova nemoc) - všeobecná sestra
 - povšimni si dalších zdravotních problémů, které mohou mít vliv na provádění činností - všeobecná sestra, pracovníci
 - posuď paměť / intelekt - všeobecná sestra, při prvním setkání
- prováděcí:
 - vypracuj ošetrovatelský plán ve spolupráci s pacientem podle jeho individuální situace a možností tak, aby se přiblížil jeho běžnému režimu - všeobecná sestra, pracovníci
 - umožni komunikaci mezi osobami ošetroujícími pacienta - všeobecná sestra, pracovníci
 - při úkonech osobní péče dbej na soukromí pacienta - všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, 2-3 x denně
 - naslouchej aktivně vyjádřením pacienta - všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, pracovníci
 - poskytni pacientovi emocionální podporu - všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, rodina, pracovníci

- používej motorickou a slovní instrukci při provádění hygienické péče - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 2 x denně
- zajisti poskytnutí slušné pomoci - všeobecná sestra, po zjištění míry sebepečení
- respektuj pacient v rituálu provádění hygienické péče a soukromí při provádění hygienické péče - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, při hygieně
- oceň vhodnou formou snahu pacienta zapojit se do péče o vlastní zdraví - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, při hygieně
- umožni pacientovi aktivní úlohu při péči v etn. dostatek času - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, při hygieně
- posílení zdraví:
 - pravidelně hodnotě spolu s pacientem program péče - všeobecná sestra, dle ošetřovatelského plánu
 - předcházej úrazu, zajisti bezpečnost pacienta při provádění hygienické péče - všeobecná sestra, při hygieně
 - zapoj do péče o hygienu rodinu, osoby, které si pacient zvolí - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, při hygieně
 - poskytni pacientovi, rodině vhodné edukační materiály - všeobecná sestra, příb. žn.
- dokumentace:
 - 1. den - hygiena v koupelně, v sedu, s dopomocí do koupelny a z koupelny a během hygieny
 - 2. den - hygiena v koupelně, v sedu, s mírnou dopomocí do koupelny a z koupelny s využitím kompenzačních pomůcek
 - 3. den - hygiena v koupelně, v sedu, bez dopomoci došel s kompenzačními pomůckami do koupelny a z koupelny
 - 4. den – hygiena v koupelně, ve stoje, bez dopomoci došel s kompenzačními pomůckami do koupelny a z koupelny
 - 5. den – hygiena samostatně pouze pod mírným dozorem ošetřovatelského personálu

Zhodnocení ošetřovatelské péče:

Pacient byl po celou dobu našeho působení na oddělení pozitivně naladěný. Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Poškozená paměť – 00131
Doména: Vnímání - poznávání
Terapie: Poznávání
Definice: Neschopnost zapamatovat si a vybavit určitou informaci nebo dovednost. Poruchy paměti mohou mít patofyziologické nebo situační příčiny způsobící dočasnou nebo trvale.
<p>Určující znaky:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ subjektivní: <ul style="list-style-type: none"> • stížnosti na zapomínání • neschopnost vybavit si nedávné i minulé dny, konkrétní informace, známé osoby, místa, podmínky • neschopnost určit, zda něco bylo provedeno • pocity dezorientace ▪ objektivní: <ul style="list-style-type: none"> • projevy zapomínání • neschopnost posoudit, bylo-li něco opravdu provedeno • neschopnost naučit se nebo zapamatovat si nové poznatky, informace a dovednosti • neschopnost provádět dříve normálně vykonávané úkony • zapomínání na předem naplánované úkoly
<p>Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dlouhodobý: nedojde k zhoršení paměti, test MMSE bodově neklesne pod 21 do 1 týdne ▪ krátkodobý: vzpomíná si na základní věci (datum, místo kde se nachází, své jméno)- do 4 dn
Priorita: střední
<p>Očekávané výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacient zná příčiny a prevenci poruch paměti - do 2 dn ▪ pacient zná metody a techniky zapamatování si nejdůležitějších (základních) věcí – do 4 dn

- pacient akceptuje omezení v d sledku stavu – do 1 dne
- pacient nalezne zp sob, jak si vzpomenout alespo na základní v ci – do 1 týdne

Plán intervencí:

- posouzení p í in a souvisejících faktor :
 - ur i faktory související s poruchou pam ti- všeobecná sestra, p i prvním setkání
 - zhodno psychický stav pacienta a úrove schopností pe ovat (postarat se) o sebe- všeobecná sestra, pr b žn
- provád cí intervence:
 - posiluj pam pacienta pomocí používání kalendá e, diá e, zápisk , k ížovek, her, tení knih - všeobecná sestra a ošet ovatelský personál p i každé vhodné p íležitosti
 - zajisti setkání pacienta s rodinou, na kterých se budou opakovat osobní údaje, vzpomínat a vyvolávat zážitky z minulosti - všeobecná sestra, pr b žn
 - podporuj pacienta v oblastech, v nichž je úsp šný - všeobecná sestra, pr b žn
 - zajisti, aby pacient dostate n odpo íval - všeobecná sestra, ošet ovatelský personál, po každé aktivit
 - sleduj chování pacienta - všeobecná sestra, ošet ovatelský personál, p i každém styku s pacientem
 - pomoz pacientovi dosahovat maximální možnou nezávislost - všeobecná sestra, ošet ovatelský personál, 3-4 x denn
 - sleduj ú inky lék podávaných pro zlepšení pozornosti, koncentrace, pam ti - všeobecná sestra, p ed a po podání lék
- posílení zdraví:
 - informuj pacienta o významu p im eného trénování pam ti - všeobecná sestra, pr b žn
 - informuj pacienta a jeho rodinu o kompenza ních opat eních proti zapomínání (p ísemné seznamy, rozvrh denních inností) - všeobecná sestra, p i p ítomnosti rodiny
- dokumentace:
 - 1. den – proveden Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam

(MMSE) – hodnocení – 21 bod (lehká kognitivní porucha), dle výsledk procvi ování pam ti s manželkou a syny

- 2. den – proveden znovu test MMSE – hodnocení 21 bod (lehká kognitivní porucha) – jelikož manželka chodí pravideln , dále procvi ovali (k ížovky, tení, povídání si o d ní ve sv t)
- 3. den – únava po fyzioterapii, odpo íval, žádný test neproveden
- 4. den – b hem dne provedena edukace- další techniky jak p edcházet poškození pam ti- skládání puzzle, vytvá ení rozvrh denních inností, seznamy, šipky co se kde v pokoji nachází
- 5. den – proveden MMSE – hodnocení – 22 bod (lehká kognitivní porucha), viditelné zlepšení o jeden bod b hem p ti dn , vzpomíná si na základní v ci

Zhodnocení ošet ovatelské pé e:

Dlouhodobý cíl byl spln n, protože nedošlo ke zhoršení pam ti, ale naopak došlo k zlepšení o jeden bod. Krátkodobý cíl spln n nebyl, pacient si vzpomíná na základní v ci až pátý den.

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Zácpa – 00011

Doména: Vylu ování a vým na

T ída: Gastrointestinální funkce

Definice: Mén astá defekace provázená obtížným nebo nekompletním vyprázd ním nadm rn tuhé a suché stolice.

Ur ující znaky:

- subjektivní:
 - snížení frekvence vyprazd ování stolice
 - pocity zvýšeného tlaku v b íše
 - poruchy chuti k jídlu
 - pot eba užívání projímadel
- objektivní:
 - namáhavá defekace
 - hmatná nitrob íšní rezistence

- snížení tělesné aktivity až nepohyblivost
- oslabení stěvních auskultačních fenoménů

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- dlouhodobý: pacient se znovu pravidelně vyprazdňuje, neudává problém zácpy do 3 týdnů
- krátkodobý: pacient defekuje po podání laxancií do 1 dne

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacient se pravidelně vyprazdňuje, frekvence defekace a konzistence stolice je v mezích normy – do 3 týdnů
- pacient nepociťuje bolesti a napětí břicha, plynatost a plnost konečníku ani nadměrnou námahu při defekaci – do 2 dnů
- pacient vypije denně 1500–2000 ml tekutin – do 1 dne
- pacient je informován o použití laxancií jen ve výjimečných situacích – do 1 hodiny

Plán intervencí:

- posouzení příčin a souvisejících faktorů:
 - zjistí příčiny zácpy a poruch ve vylučování stolice - všeobecná sestra, při zjištění poruchy defekace
 - zjistí způsob, kterým se pacient dříve vyprazdňoval, a všechny faktory, které u něj vyprazdňování podporovaly - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - zhodnotí současný způsob defekace a všechny vlivy, které na ni nepříznivě působí - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - zjistí příjem tekutin, obvyklý stravovací režim, všimni si stavu dutiny ústní a zubů - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - posoudí míru aktivity a způsob pohybu - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - zhodnotí užívané léky, možné interakce a vedlejší účinky - všeobecná sestra, při zjištění poruchy defekace
 - určí dobu trvání současného problému a stupeň jeho závažnosti - všeobecná sestra, při zjištění poruchy defekace
- provádění intervencí:
 - věnuje pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i hustotě vyprazdňování stolice - všeobecná sestra, při kontrole stolice
 - ptá se na bolest při defekaci, která může být způsobena hemoroidy nebo

kožními defekty - všeobecná sestra, při kontrole stolice

- dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci - všeobecná sestra, dle potřeby pacienta
- dle ordinace lékaře proveď klyzma nebo manuální vyčistění stolice - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře
- zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláště ujícími krémy - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, po defekaci
- poznamenej užívání projímadel, klyzmat - všeobecná sestra, vždy když je podáno
- posílení zdraví:
 - vysvětli význam konzumace vlákniny, ovocných šťáv nebo teplých stimulačních nápojů - všeobecná sestra, 3 x denně (s jídlem)
 - pouč o dostatečném pitném režimu 2-3 l tekutin/24 hodin - všeobecná sestra, 4 x denně při podávání medikace
 - edukuj nemocného o nácviku vyprázdnění reflexu - všeobecná sestra, při potřebě
- dokumentace:
 - 1. den – před 4 dny poslední defekace- doma, kontrola lékařem
 - 2. den – zvýšený pitný režim – dohled ošetřovatelského personálu, vypil přibližně 2 litry tekutin, v rámci diety přijímány ovocné šťávy, které mu donesli synové, stolice byla (tuhá, bolesti při defekaci, barva hnědá)
 - 3. den – po konzultaci s lékařem podány laxancia, defekace bez bolesti, vzhled i barva v normálu, pokračování konzumace vlákniny, konzumace teplých nápojů a znovu stanovení si defekčních návyků
 - 4. den – snaha dodržovat defekční návyky, bez stolice
 - 5. den – stolice odchází bez problémů

Zhodnocení ošetřovatelské péče:

Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl, a proto pokračujeme v prováděcích intervencích.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Zhoršená pohyblivost – 00085
Doména: Aktivita – odpočinek
Titulka: Aktivita - pohyb
Definice: Omezení samostatného, úmyslného pohybu těla nebo jedné či více končetin
<p>Určující znaky:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ subjektivní: <ul style="list-style-type: none"> • stížnosti na bolest a nepohodlí při vykonávání pohybu ▪ objektivní: <ul style="list-style-type: none"> • nestabilita vzpřímené polohy těla při každodenních činnostech • limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou motorikou • limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné jemnou motorikou • obtíže při otáčení se • změny chůze • pomalý pohyb • pohybem navozený třes
<p>Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dlouhodobý: pacient zvládá vykonávat dovednosti s mírnou dopomocí do 2 týdnů ▪ krátkodobý: pacient zvládá vykonávat dovednosti s plnou dopomocí do 1 týdne
Priorita: střední
<p>Očekávané výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacient je ochotný účastnit se aktivit – do 3 dnů ▪ pacient si osvojil postupy a způsoby umožňující provádění činnosti – do 4 dnů ▪ pacient umí používat pomocné prostředky – do 2 dnů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posouzení příčin a souvisejících faktor : <ul style="list-style-type: none"> • zhodnotit funkční úroveň pacienta - všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem, při prvním setkání • posoudit intenzitu bolesti - všeobecná sestra, při zjištění problému • zjistit postoj pacienta k fyzické aktivitě - všeobecná sestra, před fyzioterapií ▪ provádění intervence: <ul style="list-style-type: none"> • vysvětlit pacientovi důsledky nepohyblivosti (imobilizační syndrom) - všeobecná sestra, 4 x denně

- pobízej pacienta k aktivitám - všeobecná sestra, 3 x denně
- v případě bolesti podávej před aktivitou analgetika - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře
- pobízej pacienta v péči o sebe sama - všeobecná sestra, 2 x denně
- dbej na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí - všeobecná sestra, při zjištění rizika pádu
- pobízej pacienta k pití a příjmu potravy za účelem získání energie - všeobecná sestra, 3 x denně
- pečuj o zdraví pacienta - všeobecná sestra a ošetrovatelský personál 3 x denně
- dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta a spolupracuj s ním, při rehabilitaci se i jeho pokyny - všeobecná sestra, dle potřeby
- posílení zdraví:
 - pomoz pacientovi naučit se, jak má dbát o svoji bezpečnost (např. při používání invalidního vozíku, odstranit koberce) - všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, 4-5 x denně
 - edukuj pacienta ve spolupráci s fyzioterapeutem, jak používat pomůcky (chodítka, protézy) - všeobecná sestra, 2-3 x denně
- dokumentace:
 - 1. den – zjištění míry pohyblivosti pomohlo nejen v této diagnóze ale i v diagnóze deficit sebepečení při koupání a hygieny, což nejde se za slovo po domluvě s lékařem a fyzioterapeutem rehabilitovat, edukace ohledně sledku nepohyblivosti
 - 2. den – základy fyzioterapie, nácvik správné chůze a držení těla, využití kompenzačních pomůcek, malé viditelné zlepšení, opakovaná edukace
 - 3. den – mírné zlepšení oproti předchozímu dni, edukace ohledně stravy a získání energie z ní, fyzioterapie
 - 4. den – zlepšení ve stravování, opakovaná edukace nutná vzhledem k onemocnění, viditelné zlepšení mobility
 - 5. den – plně využívá kompenzačních pomůcek, za stálého dozoru ošetrovatelského personálu

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Krátkodobý cíl byl splněn. Vzhledem k časovému horizontu dlouhodobého cíle,

v prováděcích intervencích se nadále pokračuje.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	
Název + kód:	Strach - 00148
Doména:	Zvládání zážitků
Typická:	Reakce na zvládání zážitků
Definice:	Reakce člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí
Určující znaky:	<ul style="list-style-type: none">▪ subjektivní:<ul style="list-style-type: none">• tělesné příznaky – pocit bušení srdce, nevolnost, sucho v ústech• zvýšené napětí▪ objektivní:<ul style="list-style-type: none">• zvýšené napětí, nervozita• impulzivnost, snížená sebejistota• zrychlená srdeční akce a dechová frekvence
Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):	<ul style="list-style-type: none">▪ dlouhodobý: pacient zvládne zážitky bez pocitu strachu do 2 měsíců▪ krátkodobý: pacient vyjmenuje vhodné techniky zvládání strachu do 1 týdne
Priorita:	střední
Očekávané výsledky:	<ul style="list-style-type: none">▪ pacient je schopen rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm – do 3 dnů▪ pacient umí odlišit zdravý strach od nezdravého – do 1 týdne▪ pacient vyjmenuje vhodné techniky zvládání strachu – do 2 týdnů
Plán intervencí:	<ul style="list-style-type: none">▪ posouzení příčin a souvisejících faktorů:<ul style="list-style-type: none">• nalezení zdroje strachu – jazyková bariéra, náhlá změna zdravotního stavu, nedostatek informací - všeobecná sestra, příjímání strachu• posouzení stupně strachu vnímaného pacientem, vliv strachu na život pacienta - všeobecná sestra, příjímání strachu• sledování tělesných projevů strachu, fyziologické funkce a chování - všeobecná sestra, příjímání strachu▪ provádění intervencí:

- bu pacientovi na blízku, naslouchej mu a povzbuzuj ho - všeobecná sestra, ošet ovatel'ský personál, 4 x denn
 - podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocný porozum l, asto opakuj - všeobecná sestra, dle pot eby
 - dávej prostor pro možné dotazy nemocného - všeobecná sestra, pr b žn
 - požádej další leny zdravotnického týmu o pomoc p i nedostate né informovanosti pacienta - všeobecná sestra, 2 x denn
 - snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací - všeobecná sestra, p i p ítomnosti strachu
 - podávej léky dle ordinace léka e, sleduj jejich ú inek, ve záznam - všeobecná sestra, dle ordinace léka e
- posílení zdraví:
 - nau pacienta relaxa ní techniky - všeobecná sestra, 1 x denn
 - zajisti konzultaci s psychoterapeutem - všeobecná sestra, p i zjišt ní strachu
 - dokumentace:
 - 1. den – b hem prvních dvou dn strach nepoci uje
 - 2. den - 0
 - 3. den – strach z nového prost edí – informován kde se nachází, co je za den, pro je na odd lení, zodpov zené dotazy, viditelný zrychlený dech – uklid ován, p išla manželka – uklidn n, strach ustoupil
 - 4. den – strach ustoupil po opakovaném uklid ování a vysv tlování, vykou il 10 cigaret b hem dne
 - 5. den – žádný strach

Zhodnocení ošet ovatel'ské pé e:

Krátkodobý ani dlouhodobý cíl nebyl spln n, vzhledem k dalším onemocn ním.

V provád cích intervencích se nadále pokračuje

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Chronická bolest – 00133
Doména: Komfort
T ída: T lesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, výskyt konstantní nebo recidivující, nelze předpokládat nebo předvídat odeznění – trvání bolesti přesahuje šest měsíců.

Určující znaky:

- subjektivní
 - vyslovená nebo zašifrovaná stížnost, zpráva
 - strach z opakování obtíží
 - neschopnost pokračovat v dřívějších činnostech
 - zaujetí bolestí
- objektivní
 - výskyt pozorovatelných projevů bolesti (ochranné chování, výraz bolesti v obličeji, podrážděnost, zaměřenost na sebe, neklid)
 - omezení interakce s lidmi

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- dlouhodobý: Pacient neprojevuje známky bolesti do 3 dnů.
- krátkodobý: Pacient pocítí uje zmírnění bolesti (z 3/10 VAS na 1/10 VS) do 3 hodin po podání medikace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacient vyjádří uje verbální i neverbální úlevu – do 1 hodiny
- rodina se přizpůsobuje vzniklé situaci – do 1 týdne
- rodina spolupracuje při zvládnutí bolesti – do 3 dnů

Plán intervencí:

- posuzovací:
 - posoudit kladně bolest a její projevy - všeobecná sestra, 1 x denně
 - posoudit možné patofyziologické i psychologické příčiny bolesti - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - posoudit emocionální, fyzickou složku individuální situace - všeobecná sestra, 2 x denně
 - zhodnotit současně i minulé užívání analgetik - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - posoudit chování pacienta a míru maladaptace (izolace, hněv, podrážděnost) -

<p>všeobecná sestra, 2 x denn</p> <ul style="list-style-type: none"> • ur i individuální práh bolesti u pacienta - všeobecná sestra, p i p ítomnosti bolesti • zjistí trvání bolesti - všeobecná sestra, p i výskytu bolesti <ul style="list-style-type: none"> ▪ provád cí: <ul style="list-style-type: none"> • povšimni si vlivu bolesti na zp sob života - všeobecná sestra, ošet ovatel'ský personál, pr b žn • vysv tli pacientovi možnosti nefarmakologických metod zvládání bolesti - všeobecná sestra, ve spolupráci s léka em, 3 x denn • zajisti podávání farmak dle ordinace léka e - všeobecná sestra, dle pot eby • pr b žn hodno plán lé by bolesti, sleduj ú inky medikament - všeobecná sestra, p ed a po podání medikament ▪ posílení zdraví: <ul style="list-style-type: none"> • pomoz rodin pozitivn posilovat a povzbuzovat pacienta - všeobecná sestra, když je rodina p ítomna • upozorni pacienta i jeho blízké na rizika nevyzkoušených a nemedicínských postup - všeobecná sestra, 1 x denn ▪ dokumentace: <ul style="list-style-type: none"> • 1. den – 2/10 VAS, medikaci odmítl • 2. den – 3/10 VAS, medikaci odmítl, úlevová poloha pomohla • 3. den – 5/10 VAS, medikace dle ordinace podána, po 45 minutách bolest 0/10 VAS • 4. den – bez bolesti • 5. den – bez bolesti <p>Zhodnocení ošet ovatel'ské pé e: Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl spln n.</p>
--

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Riziko sníženého objemu tekutin – 00028
Doména: Výživa
T ída: Hydratace
Definice: Ohrožení vaskulární, intersticiální nebo intracelulární dehydratací.

Rizikové faktory:

- ztráta tekutin normálními cestami (stolice, moč, pocení, vydechované páry vzduchu)
- medikace
- osoby vyššího věku
- snížená možnost přijímat tekutiny z důvodu snížené mobility
- extrémní hmotnost
- nedostatek v domácnosti týkajících se množství tekutin
- stavy ovlivňující potřebu tekutin (hypermetabolické stavy)

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- dlouhodobý: Zabránit vzniku dehydratace do 2 týdnů.
- krátkodobý: Vyjmenuje rizikové faktory dehydratace do 5 dnů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacient rozumí možnému riziku deficitu tekutin – do 5 dnů
- pacient vyjmenuje individuální rizikové faktory – do 2 týdnů
- pacient sleduje v rámci prevence příjem a výdej tekutin – do 3 dnů
- pacient zná doporučený denní příjem tekutin – do 1 týdne

Plán intervencí:

- posouzení příčin a souvisejících faktorů:
 - zhodnotit celkový stav pacienta (věk, vědomí, duševní stav) - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - posoudit dostupnost tekutin pro pacienta s ohledem na jeho celkový stav - všeobecná sestra, 3 x denně
 - sleduj ztráty tekutin - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 5 x denně
 - sleduj základní vitální funkce (ortostatická hypotenze, tachykardie, horečka) - všeobecná sestra, při polohování, rehabilitaci, hygieně
 - sleduj kožní turgor - všeobecná sestra, 1 x denně
 - sleduj stav sliznic - všeobecná sestra, 2 x denně
 - sleduj laboratorní výsledky (hemoglobin, hematokrit, elektrolyty, urea, kreatinin) - všeobecná sestra, 3 x týdně
- provádění intervencí:
 - měřit a zaznamenávat tělesnou váhu - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře

- zajisti pitný režim (se z etelem na rovnom rný p íjem tekutin) - všeobecná sestra, 6 x denn
- posílení zdraví:
 - seznam pacienta s ú inky medikace - všeobecná sestra, dle pot eby
 - doporu pacientovi sledování p íjmu tekutin a jídla, sledování vyprazd ování mo i a stolice b hem dne - všeobecná sestra, ošet ovatelský personál, pr b žn
 - seznam pacienta s rizikovými faktory - všeobecná sestra, 3 x denn
- dokumentace:
 - 1. den – od rána hlídán p íjem a výdej tekutin, vypil p ibližn jeden litr neslazeného aje a p l litru neperlivé vody, vymo il p ibližn 950 ml
 - 2. den – nucen personálem pít, protože nemá pocit žízn , chodí vícekrát mo it kv li medikaci, vypil p ibližn dva litry aje a 200 ml ovocné š ávy, kterou mu p inesla manželka
 - 3. den – b hem fyzioterapie pil více, po fyzioterapii unaven – pil mén
 - 4. den - p íjem a výdej stale sledován, beze zm n, edukace ohledn pitného režimu
 - 5. den – opakovaná edukace, edukace o rizikových faktorech, rizikové faktory vyjmenuje

Zhodnocení ošet ovatelské pé e:

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl spln n. Pacient i rodina chápou rizikové faktory a dokáží je vyjmenovat.

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA
Název + kód: Riziko pád – 00155
Doména: Bezpe nost – ochrana
T ída: T lesné poškození
Definice: Zvýšená náchylnost k pád m, které mohou navodit zran ní.
Ur ující znaky: <ul style="list-style-type: none"> ▪ subjektivní: <ul style="list-style-type: none"> • motání hlavy • slabost

<ul style="list-style-type: none"> • únava • zrakové, sluchové, neurologické obtíže ▪ objektivní: <ul style="list-style-type: none"> • zmatenost • porucha hybnosti a rovnováhy • porucha zraku, sluchu
<p>Rizikové faktory:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ užívání kompenzační pomůcky – pojízdný vozík, protéza DK, chodítka, hole ▪ vyšší věk ▪ pooperační stav ▪ slabost ▪ cévní onemocnění ▪ zmatenost, demence ▪ neupravenost prostředí ▪ špatné osvětlení ▪ nedostatek, chybění protiskluzových pomůcek do vany, sprchy
<p>Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dlouhodobý: Nejsou přítomny fyzické ani psychické bariéry, které by zvyšovaly riziko pádu do 1 týdne. ▪ krátkodobý: Nedojde k pádu během 3 dnů.
<p>Priorita: střední</p>
<p>Očekávané výsledky:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacient umí dobře používat kompenzační pomůcky – do 3 dnů ▪ pacientovo chování a jednání přispívá k prevenci pádu – do 4 dnů ▪ prostředí v okolí pacienta je bezpečné, doplněné vhodnými protiskluzovými pomůckami – do 1 dne
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ posouzení příčin a souvisejících faktor : <ul style="list-style-type: none"> • všiměj si souasných situací - zhodnotí stupeň funkční poruchy – všeobecná sestra, při prvním setkání • sleduj emocionální odpověď pacienta na problémy s pohyblivostí - všeobecná sestra, při prvním setkání • určit stupeň percepce, kognitivní poruchy a schopnosti plnit příkazy -

všeobecná sestra, při prvním setkání

- zjistí, zda si pacient uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření ke snížení rizika pádu - všeobecná sestra, průběžně
- provádění intervence:
 - zajistí bezpečné prostředí v okolí pacienta – postranice, suchá podlaha, upravené prostředí, dostatek osvětlení, madla, protiskluzové a kompenzační pomůcky - všeobecná sestra, do 1 hodiny
 - zajistí dohled nad pacientem - všeobecná sestra, 6-7 x denně
 - všimne si správnosti používání kompenzačních pomůcek u pacienta, případně zajistí vhodnou edukaci pacienta i rodiny - všeobecná sestra, při použití kompenzačních pomůcek
 - informuj a seznam pacienta a rodinu se všemi bezpečnostními opatřeními - všeobecná sestra, 4 x denně
 - zajistí bezpečnost pacienta při všech lébných a ošetovatelských výkonech - všeobecná sestra, dle potřeby
- posílení zdraví:
 - edukuj pacienta a jeho rodinu o bezpečnostních opatřeních v domácím prostředí - všeobecná sestra, když je rodina přítomna
 - poskytni literaturu, letáky a brožury, které mapují riziko pádu a preventivní opatření - všeobecná sestra, při edukaci
 - edukuj pacienta v používání kompenzačních pomůcek - všeobecná sestra, při každém použití pomůcek
 - doporučit kontaktovat agenturu domácí péče - všeobecná sestra, když je rodina přítomna
- dokumentace:
 - 1. den – edukace o rizikových faktorech, zajištění bezpečného prostředí pro pacienta (madla v koupelně, postranice na posteli, suchá podlaha, dostatek osvětlení, protiskluzové podložky v koupelně)
 - 2. den – opakovaná edukace, ujištění že je v bezpečí, edukace ohledně signalizace, správnost používání kompenzačních pomůcek
 - 3. den – znova ukázka všech bezpečnostních opatření, zodpovězení doplňujících otázek, praktické využívání
 - 4. den – praktické využívání, edukována i rodina o využití bezpečnostních

opatření doma

- 5. den – využívání bezpe nostních pom ček bez problém

Zhodnocení ošet ovatelské pé e:

Pacient byl opakovan edukován a využíval kompenza ní pom cky. B hem 3 dn hospitalizace nedošlo k pádu, krátkodobý cíl byl spln n. Dlouhodobý cíl spln n nebyl, vzhledem k psychickým bariérám (Alzheimerova nemoc).

OŠET OVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Riziko imobiliza ního syndromu – 00040

Doména: Aktivita - odpo inek

T ída: aktivita - pohyb

Definice: Stav, kdy jedinci hrozí porucha t lesných systém v d sledku naordinované nebo nevyhnutelné muskuloskeletální inaktivity. Ke komplikacím imobility pat í dekubitus, zácpa, stáza bronchiálních sekret , trombóza, infekce mo ového ústrojí, retence mo i, pokles síly a vytrvalosti, ortostatická hypotenze, snížený rozsah pohybu v kloubech, dezorientace, porucha obrazu t la a bezmocnost.

Rizikové faktory:

- bolest
- vynucené nebo p edepsané upoutání na l žko
- zm ny v domí
- paréza, jiná nervosvalová poškození
- chronické duševní nebo t lesné nemoci

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

- dlouhodobý: U pacienta nedojde k projev m imobiliza ního syndromu do 3 týdn .
- krátkodobý: Nedojde k zhoršení stavu pacienta, které by vedlo k imobiliza nímu syndromu do 4 dn .

Priorita: st ední

O ekávané výsledky:

- pacient nemá porušenou kožní integritu, k ži má ístou – do 1 dne
- pacient nejeví známky svalových kontraktur, rozsah pohybu v kloubech je úplný – do 3 týdn
- pacient nemá otoky nebo bolesti v lýtkách, na hrudníku – do 1 týdne

- pacient nejeví známky infekce – do 2 týdn
- pacient si udržuje konstantní hmotnost – do 1 týdne
- pacient nejeví známky dehydratace (kožní turgor, stav sliznic) – do 2 dn
- pacient se pravidelně vyprazdňuje, stolice je formovaná – do 2 týdn
- pacient se aktivně podílí na ošetřování, akceptuje pomoc druhých – do 5 dní
- pacient nemá projevy posturální hypotenze – do 4 dn

Plán intervencí:

- posouzení příčin a souvisejících faktor :
 - provede zhodnocení rizika vzniku dekubitů podle stupnice dle Nortonové - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - zhodnotí stav výživy - všeobecná sestra, při prvním setkání
 - provede rozbor bolesti, posoudí, do jaké míry ovlivňuje hybnost těla - všeobecná sestra, při prvním setkání
- provádění intervencí:
 - spolu s pacientem a jeho rodinou vytvoří reálné cíle - všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem, když je přítomná rodina
 - zajistí dostatečný příjem tekutin - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 6 x denně ,
 - zajistí stravu bohatou na bílkoviny, vlákninu - všeobecná sestra, dle doporučení nutričního terapeuta
 - zajistí čisté lůžko - ošetřovatelský personál 3 x denně
 - udržuje kůži pacienta čistou a suchou - ošetřovatelský personál 3 x denně
 - provádí pravidelné kontroly předilek níž míst - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 3 x denně
 - použije antidekubitní pomůcky - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 3 x denně
 - pravidelně měří obvod lýtek – ráno při ranní hygieně, před vstáním z lůžka - všeobecná sestra, 3 x denně
 - provede bandáže dolních končetin - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře
 - provádí vibrační masáž zad i masáže podporující dýchání - všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem, 3 x denně
 - zajistí pacientovi dostatek podnětů z jeho okolí - všeobecná sestra 3 x denně , rodina při návštěvách

- aktivizuj nemocného, pomoz mu orientovat se všemi kvalitami - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, rodina, 4 x denn
 - podporuj mobilizaci pacienta - všeobecná sestra, 5 x denn
 - mobilizaci a každý pohyb prováděj plynule, zabráň prudkým změnám polohy - všeobecná sestra, ošetřovatelský personál, 5 x denn
 - chval pacienta za každý projev snahy a pokrok - všeobecná sestra, 3 x denn
 - prováděj s pacientem kondiční cvičení, vysvětli a ukaž pacientovi cviky, které může provádět sám - všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem, dle doporučení fyzioterapeuta
 - podávej léky dle ordinace lékaře (antikoagulantia, analgetika) - všeobecná sestra dle ordinace lékaře
 - dodržuj zásady správné aplikace antikoagulantů - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře
 - sleduj úinky léků, projevy krvácení - všeobecná sestra po podání medikace do 1 hodiny
- posílení zdraví:
 - vysvětli pacientovi principy všech ošetřovatelských diagnóz a intervencí souvisejících s jeho stavem - všeobecná sestra, přítomní
 - nauč pacienta zhluboka dýchat a účinně odkašlávat - všeobecná sestra, přítomní
 - dokumentace:
 - 1. – 5. den – z předchozích diagnóz zajištění dostatečného příjmu tekutin, dostatečný pohyb, lůžko pravidelně převlékáno, dostatečný příjem bílkovin i vlákniny zajištění, mobilizace pod dohledem fyzioterapeuta a všeobecných sester, provádění kondiční cvičení, psychická podpora zajištění na přítomností rodiny při každém důležitém kroku, ubezpečení ze stran ošetřovatelského týmu i rodiny

Zhodnocení ošetřovatelské péče:

Vzhledem k prováděným intervencím z předchozích diagnóz a intervencím v této diagnóze byl krátkodobý cíl splněn. Dlouhodobý cíl prozatím splněn nebyl, ale v prováděných intervencích se nadále pokračuje.

7.2 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DNE 20. 12. 2016

Během ošetřování pacienta nedošlo ke zhoršení stavu. Naopak se jeho stav zlepšil. U ošetřovatelských diagnóz deficit sebepečení při koupání a hygieny, chronická bolest, riziko sníženého objemu tekutin byl dlouhodobý i krátkodobý cíl splněn. U ošetřovatelské diagnózy poškozená paměť byl splněn pouze dlouhodobý cíl, krátkodobý cíl splněn nebyl. V prováděných intervencích se nadále pokračuje u ošetřovatelské diagnózy zácpa, zhoršená pohyblivost, strach a riziko imobilizačního syndromu. U ošetřovatelské diagnózy riziko pádu dlouhodobý cíl nebude nikdy splněn, protože Alzheimerova nemoc bude vždy psychickou i fyzickou bariérou.

8 DOPORU ENÍ PRO PRAXI

Na základn ě na erpání informací z odborné literatury a z odborné praxe na téma ischemické choroby srde ní jsme vytvo ili doporu ení pro spole nost, doporu ení pro rodinu, doporu ení pro všeobecné sestry a doporu ení pro pacienta. U tohoto onemocn ění je nejd ležit ější prevence a edukace ješt ě zdravé populace o rizikových faktorech vzniku a následných možných komplikacích. V tšina populace edukována není a nev dí ěmu se vyvarovat, aby riziko snížila. Mnoho lidí neví, co ischemická choroba srde ní znamená a i proto neznají její rizikové faktory vzniku.

Shledáváme jako pozitivní osv ětu informovat populaci v za ízeních jako jsou nap íklad dárcovská centra plasmy, do kterých p icházejí lidé v relativn ě dobrém stavu a informovat je formou leták ě i edukace b ěhem vyšet ění doktorem nebo sestrou. ěasto se u lidí v t ěchto centrech vyskytují rizikové faktory, ale lidé o nich nev dí.

Doporu ení pro spole nost

- informovat a edukovat ve zdravotnických za ízeních o onemocn ění, rizikových faktorech a komplikacích
- informovat o možnostech kontroly rizikových faktor
- spolupráce na vytvo ení spot ě na komunika ěních sociálních sítích
- finan ěn ě podporovat preventivní programy
- ukázat, že i malá zm ěna správným sm ěrem sníží riziko tohoto onemocn ění

Jelikož pracujeme v jednom z dárcovských center plasmy, dala jsem si za cíl edukovat v rámci krátkých intervencí dárce, u kterých se rizikové faktory vyskytují. N ěkte í dárce byli zasko ěni rizikovými faktory a komplikacemi, natolik, že p ěstali ze dne na den kou ěit a za ali jít zdrav ěji. Myslíme si, že diagnostika a lé ba forem

ischemické choroby srdce ní je v České republice na vysoké úrovni, aby dokázala předcházet vzniku tohoto onemocnění vhodnou edukací ještě zdravé populace.

Doporučení pro pacienta

- dodržovat pokyny a léčbu předepsanou lékařem
- dodržovat životosprávu - zhubnout, nekouřit, zařadit více sportovních aktivit, nic tu něho
- sledovat nové možnosti léčby
- chodit na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři
- vyhledat kardiologickou poradnu
- vyhledat kardiologický klub – podpora od pacientů se stejným onemocněním – zlepšení psychiky

Doporučení pro rodinu

- nepodceňování závažnosti potřeby péče nejen nemocného ale i rodiny
- nebát se požádat o pomoc formou dovyšetření členů rodiny
- nemocného podporovat ke změně životního stylu a přidat se k němu aby nepociťoval samotu, ale naopak podporu
- problémy řešit s odborníky ne sledovat diskusím na internetu
- změnou životního stylu - zařadit více sportovních aktivit, jíst zdravěji, úplně vynechat tučná jídla, smažená atd.

Dále si myslíme, že důležitým faktorem je u aktivní účast všeobecných sester, které často působí na pacienty více než doktoři, protože s nimi tráví více času.

Doporučení pro všeobecné sestry

- holistický přístup k pacientovi

- znát d kladn pacientovu anamnézu
- d v ryhodná
- empatická,
- komunikativní
- trp livá
- naslouchat pacientovi
- vzd laná v této problematice
- snažit se navázat pozitivní vztah mezi pacientem a všeobecnou sestrou
- dostatek času, i pro otázky a odpovědi

ZÁV R

Tato bakalářská práce je zaměřena na ischemickou chorobu srdeční. Zvolně dostupné literatury vyplývá, že výskyt tohoto onemocnění stále stoupá a řadí se mezi nejčastější kardiovaskulární onemocnění. Špatné stravovací návyky a uspěchaná doba zvyšují rizikové faktory. Jelikož se toto onemocnění projevuje až v pozdějším věku, je důležitější než primární prevence.

Podíl na pozdní diagnostice má nedostatečná preventivní kontrola u praktických lékařů. Právě tam vidíme potřebu všeobecným sestřím, které mohou edukovat zdravé lidi o rizikových faktorech, možných komplikacích a celkovém dopadu na životní styl a způsob života.

Propojenost problematiky ischemické choroby srdeční je zvláště patrná v teoretické části. Poukázáno je zde na rizikové faktory, diagnostiku, prevenci a terapii. Dále pak úkony sestry při různých vyšetřeních, které v této problematice využívá. Cílem bylo rozpracovat pohled ošetřovatelských problémů a následně diagnóz a vytvořit přehledný průběh péče o pacienta s ischemickou chorobou srdeční. V úvodu této práce jsme si stanovili tři cíle. Všechny byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2016. Nové standardy pro prevenci infarktu. *Zdravotnictví a medicína*. 10/2016. s. 12. ISSN 2336-2987.

ANON, 2017. Jsme národ tlouštík ? *Zázraky medicíny*. B ezen 2017. 24-28. ISSN 2464-7659.

ANON, Multimediální тренаžér plánování ošetřovatelské péče. [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. (2010), [19.3.2017]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz>.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2011. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání. ISBN 978-80-87419-06-9

EISENHAMMER, Milan, 2017. Jídlem proti nemocem. *Téma*. 8/2017. 8-16. ISSN 2336-4815.

HALUZÍKOVÁ, Jana. 2014. *Ošetřovatelství v interních oborech II.: odborný učební text - skripta*. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7510-103-7.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2016. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd., 1. české vydání. P eložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-247-5412-3.

KLUSÁKOVÁ, Petra. 2017. Česká kardiologie se p e edb hla o mnoho let. *Zdravotnictví a medicína*. 4/2017. 15-16. ISSN 2336-2987

KOCIÁNOVÁ, Svatava a kol., 2007. *P ehled nejužívanějších léků*. 5. vyd. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-059-0.

KOLÁŘ, Jiří et al., 2009. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. doplněné vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-604-5.

KÖLBEL, František a kol., 2011. *Praktická kardiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1962-0.

KOLEKTIV autor , 2008. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.

KOLEKTIV, autor , 2013. *Kardiologie pro sestry: obrazový pr vodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4083-6.

LEIDERMANOVÁ, Lenka, 2014. *Ischemická choroba srde ní*. [online]. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z:

http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/55803/Liedermanov%C3%A1L_Ischemick%C3%A1Choroba_JF_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Medixa.org. [online]. Šéfredaktor Jakub ŠULTA. (Copyright 2017), [20.3.2017]. Dostupné na: <http://cs.medixa.org>.

N MCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k p edm t m Výzkum v ošet ovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminá k bakalá ské práci*. 4. dopln né vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.

O'ROURKE, A. Robert, Richard A. WALSH a kol., 2010. *Kardiologie: Hurst v manuál pro praxi*. 12. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3175-9.

Ordinace.cz. [online]. Kolektiv autor . (Copyright Pears Health Cyber, s. r. o. 2017), [20.3.2017]. Dostupné na: <http://www.ordinace.cz>.

PARKER, Steve, 2016. *Lidské t lo*. Z angli. orig. p el. David Kachlík. 2. vyd. Praha: Universum. ISBN 978-80-242-5301-5 .

RIZIK, David G., James B, HERMILLER, Charles A. SIMONTON, KEVIN J., KLASSEN and Dean J., KEREIAKES. Bioresorable vascular scaffolds for the treatment of coronary artery disease: what have we learned from randomized-controlled clinical trials? [online]. Ingenta connect. Anon. 2017 [vid. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://www.ingentaconnect.com/content/wk/cardi/2017/00000028/00000001/art00013>

ROSOLOVÁ, Hana a kol., 2013. *Preventivní kardiologie v kostce*. Praha: Axonite. ISBN 978-80-904899-5-0.

SCHAENZLEROVÁ, Nicole a Ulf RIKER, 2014. *Malý lékařský lexikon*. Z n m. orig. p el. Alena Bezd ková. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2473-1.

SKÁLOVÁ, Anna, 2016. Radiofrekven ní denervace u pacient s refrakterní arytmií a anginou pectoris. *Zdravotnictví a medicína*. 11/2016. 13-14. ISSN 2336-2987.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁ OVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošet ovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4823-8.

TÁBORSKÝ, Miloš, 2014. *Kardiologie pro interní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3361-9.

TÁBORSKÝ, Miloš, 2015. *Novinky v kardiologii 2015*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3712-9.

VARVA OVSKÝ, Ivo a Jan MAT JKA, 2008. *Antitrombotická lé ba akutních koronárních syndrom* . Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-522-2.

VESELKA, Josef, 2008. *Ischemická choroba srde ní, angina pectoris, akutní infarkt myokardu – p íznaky, diagnostika a lé ba*. Praha: nakladatelství nevedeno. ISBN nevedeno.

VOJÁ EK, Jan a Ji í, KETTNER, 2012. *Klinická kardiologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 978-80-87009-89-5.

VOJÁ EK, Jan, 2011. *Akutní kardiologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2479-2.

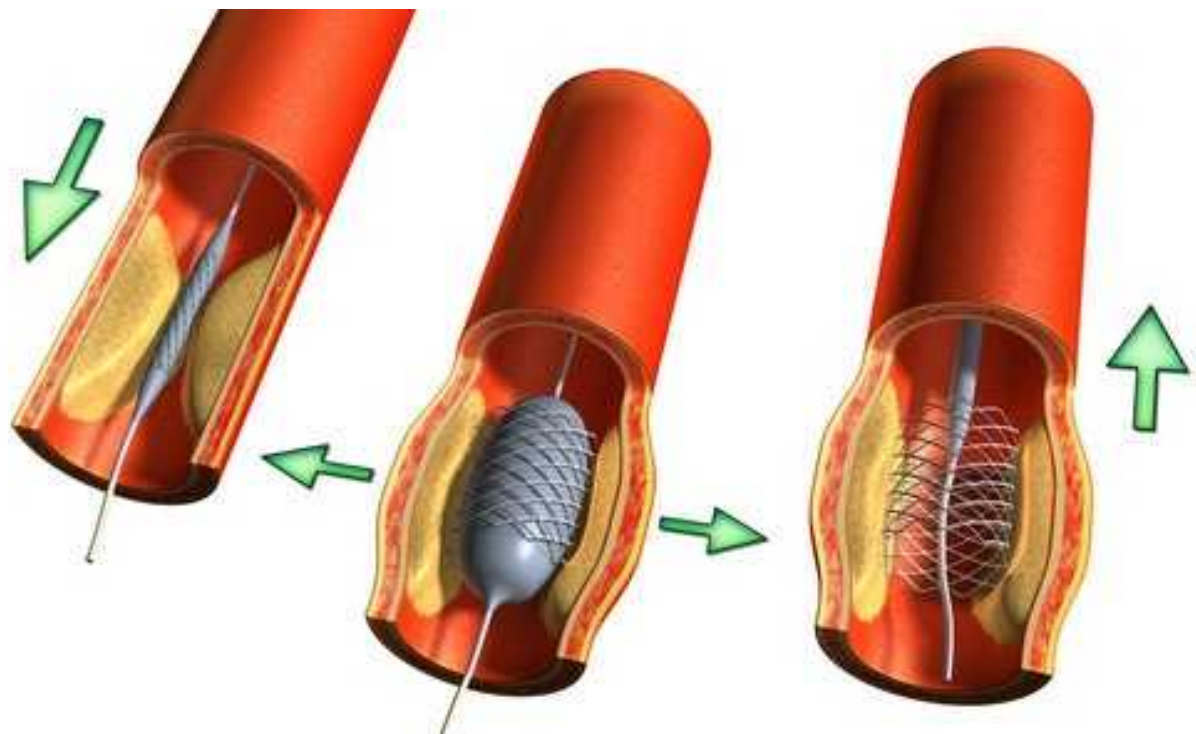
VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

P ÍLOHY

P íloha A – Postup p i angioplastice	I
P íloha B – Vznik aterosklerózy	II
P íloha C - Rešeršní protokol	III
P íloha D - Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)	IV
P íloha E - Fagerström v test závislosti na nikotinu	VI
P íloha F – Test Barthelové	VII
P íloha G – Riziko pádu dle Morse	VIII
P íloha H – Souhlas s realizací praxe	IX

P íloha A

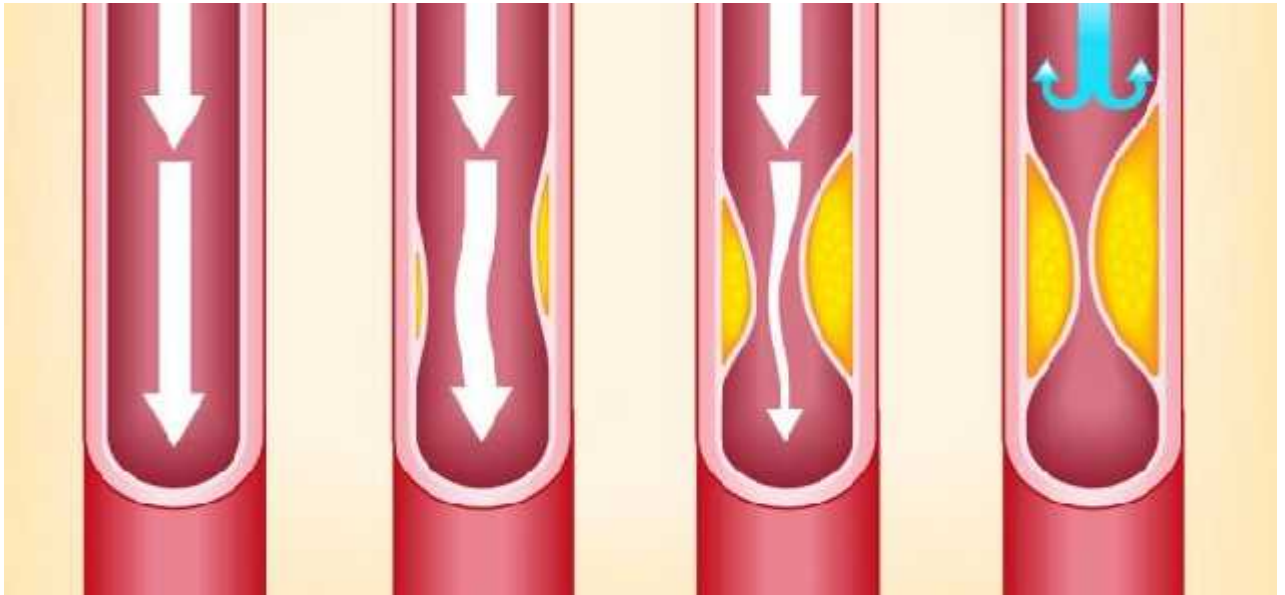
Postup p í angioplastice



Zdroj: <http://www.ordinace.cz/clanek/perkutalni-transluminalni-angioplastika/>

P íloha B

Vznik aterosklerózy



Zdroj: <http://cs.medixa.org/nemoci/ateroskleroza>

Ošetřovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdce

Klíčová slova: ischemická choroba srdce (coronary artery disease), nemoci srdce, srdeční choroby, srdeční nedostatečnost, kardiologie, ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, ošetřovatelský proces

Rešerše . 64/2016

Bibliografický soupis

Počet záznamů : celkem 33 záznamů

11) (vysokoškolské práce – 4, knihy – 18, články a sborníky –

časové omezení: 2007-2016

Jazykové vymezení: čeština

Druh literatury: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

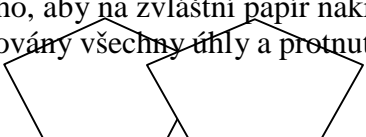
Datum: 16. 11. 2016

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

Příloha D

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítávejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je tento rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je tento měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Je řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvete ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvete nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Vyzvete nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>  <p>Dejte nemocnému následující příkaz: „Vezm tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému předložený papír s nápisem „Zavěte oči“. Vyzvete nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující předmět a přísudek), která dává smysl</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

Hodnocení:	
00 – 10 bod	těžká kognitivní porucha
11 – 20 bod	středně těžká kognitivní porucha
21 – 23 bod	lehká kognitivní porucha
24 – 30 bod	pásma normálu

Fagerström v test závislosti na nikotinu

Fagerströmův test závislosti na nikotinu

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut.....3 body
za 6–30 minut.....2 body
za 31–60 minut.....1 bod
po 60 minutách.....0 bodů

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

3. Kterou cigaretu byste neradi postrádali?

- první ráno.....1 bod
kteroukoli jinou.....0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10.....0 bodů
11–20.....1 bod
21–30.....2 body
31 a více.....3 body

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocní a upoutaní na lůžko?

- ano.....1 bod
ne.....0 bodů

Orientační hodnocení:

0–1 bodů: žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2–4 bodů: střední závislost na nikotinu

5–10 bodů: silná závislost na nikotinu

Příloha F

Test Barthelové

Jméno pacienta: _____

Rodné číslo: _____

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

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

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

CBN-015

Vyrábí a dodává: TISKÁRNA Kumprecht, Nové Město nad Metují, tel.: 491 474 577

Zdroj: dokumentace na oddělení

Příloha G

Riziko pádu dle Morse

Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomoc k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/holčobítka nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	

Celkové skóre

- 0 není riziko pádu
- 1 < 25 nízké riziko
- 25-45 střední riziko
- > 45 vysoké riziko

© Morse, J. M. *Preventing Patient Falls*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company,

2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

Zdroj: dokumentace oddělení

Příloha H

Souhlas s realizací praxe

SOUHLAS S REALIZACÍ PRAXE K VYPRACOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavní sestra
Mgr. Monika Plášilová
RHG spol. s.r.o., Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou
Mostní 934
278 01 Kralupy nad Vltavou

Věc: Souhlas s realizací praxe k vypracování praktické části bakalářské práce v RHG spol. s.r.o., Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou

Vážená paní Plášilová,

jsm studentka 3. ročníku na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. Praha 5, oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou chorobou srdeční“. Data pro svou bakalářskou práci bych ráda odebrala u vás v nemocnici.

Žádám vás o vyjádření souhlasu k odběru dat, který bude probíhat formou rozhovoru s pacientem a jeho rodinou, nahlédnutím do dokumentace a rozhovorem s personálem. Data budou využita pouze pro mou bakalářskou práci. Projevíte-li zájem, o výsledcích mé práce vás budu ráda informovat.

Děkuji Vám za spolupráci

Eliška Machálková, DiS

Ve KRALUPECH N. VLTAVOU dne 15.12.2016

Plášilová
ROZP. I.E. RAZI.TEO