

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO NÁHRADĚ
SRDEČNÍ CHLOPNĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Michaela Dlabová

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Votroubková

2012

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**NURSING CARE ON A PATIENT AFTER HEART VALVE
REPLACEMENT**

BACHELOR'S THESIS

Author of work: Michaela Dlabová

Supervisor: Mgr. Michaela Votroubková

2012

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Michaely Votroubkové. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Michaele Votroubkové za trpělivé vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podporu a porozumění. Dále děkuji všem respondentům za ochotu a spolupráci.

OBSAH

Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Anatomie srdce.....	10
1.1 Anatomie chlopní.....	12
1.1.1 Trikuspidální chlopeň	12
1.1.2 Pulmonální chlopeň	12
1.1.3 Mitrální chlopeň.....	12
1.1.4 Aortální chlopeň	12
2 Patofyziologie srdečních chlopní	13
2.1 Mitrální stenóza	13
2.2 Mitrální insuficience	13
2.3 Aortální stenóza	13
2.4 Aortální insuficience.....	13
2.5 Trikuspidální stenóza.....	14
2.6 Trikuspidální insuficience.....	14
2.7 Plicnicová stenóza.....	14
2.8 Plicnicová insuficience	14
3 Etiologie chlopenních vad	15
3.1 Aortální stenóza	15
3.2 Aortální regurgitace	15
3.3 Mitrální stenóza	15
3.4 Mitrální regurgitace	16
3.5 Pulmonální stenóza	16
3.6 Pulmonální regurgitace	16
3.7 Trikuspidální stenóza.....	16
3.8 Trikuspidální regurgitace.....	16
4 Klinický obraz	17
4.1 Aortální stenóza	17
4.2 Aortální regurgitace	17

4.3	Mitrální stenóza	17
4.4	Mitrální regurgitace	17
4.5	Pulmonální stenóza	18
4.6	Pulmonální regurgitace	18
4.7	Trikuspidální stenóza	18
4.8	Trikuspidální regurgitace	18
5	Diagnostika	19
5.1	Anamnéza a fyzikální vyšetření	19
5.1.1	Anamnéza	19
5.1.2	Fyzikální vyšetření	24
5.2	RTG vyšetření	24
5.3	EKG vyšetření	25
5.3.1	Postup při elektrokardiografickém vyšetření	25
5.3.2	Správné umístění elektrod	26
5.3.3	Závady při registraci EKG	26
5.3.4	Zátěžové vyšetření	26
5.4	Holterovo ambulantní monitorování EKG	27
5.5	Měření krevního tlaku	27
5.6	Echokardiologické vyšetření	27
5.7	Jícnová echokardiografie	27
5.8	Srdeční katetrizace	27
6	Terapie	29
6.1	Typy chlopenních náhrad	30
6.1.1	Mechanická protézy	30
6.1.2	Biologická protéza	30
7	Předoperační příprava	32
8	Pooperační sledování	33
8.1	Zdravotní sestry (ošetřovatelský personál)	34
8.2	Zásady sesterské péče	34
9	Rehabilitace po operaci	38

Pooperační péče má 2 cíle	39
10 Lázeňská rehabilitace	41
10.1 Centrum časné rehabilitace	41
10.2 Typický průběh pobytu	41
10.3 Přínos časné rehabilitace	42
 II. EMPIRICKÁ ČÁST	
11 Cíle výzkumu	43
11.1 Realizace výzkumného šetření	43
11.2 Kvalitativní výzkum	44
11.3 Zdroje získaných poznatků	45
11.4 Výsledky výzkumu	45
11.5 Kazuistiky 5 nekomplikovaných pacientů	45
11.5.1 Pacient č. 1	45
11.5.2 Pacientka č. 2	52
11.5.3 Pacient č. 3	60
11.5.4 Pacient č. 4	67
11.5.5 Pacient č. 5	74
11.6 Kazuistiky 5 pacientů, u kterých se vyskytly komplikace	82
11.6.1 Pacientka č. 6	82
11.6.2 Pacient č. 7	92
11.6.3 Pacientka č. 8	99
11.6.4 Pacient č. 9	110
11.6.5 Pacient č. 10	122
12 Výsledky jednotlivých cílů	133
12.1 Nejčastější ošetrovatelské potřeby	133
12.2 Vnímání intenzity bolesti	135
12.3 Příčina únavy pacientů první den po příjezdu z nemocnice	136
12.4 Vlivy na hojení jizev	137
12.5 Vliv na hojení jizev per sekundam	138
12.6 Vliv na hojení jizev per sekundam - pohlaví	139
12.7 Vliv na hojení jizev per sekundam – hmotnost	140

12.8	Vliv na hojení jizev per sekundam - BMI.....	141
12.9	Vliv na hojení jizev per sekundam - nutriční působení	142
12.10	Vliv diabetu mellitu na hojení jizev	143
III. DISKUZE.....		144
IV. ZÁVĚR.....		146
V. ANOTACE.....		147
VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		148
VII. SEZNAM ZKRATEK		152
VIII. SEZNAM OBRÁZKŮ.....		154
IX. SEZNAM TABULEK		154
X. SEZNAM GRAFŮ		154
XI. SEZNAM PŘÍLOH.....		155

Úvod

Pro svou práci jsem si vybrala ošetrovatelský proces u pacientů s vadami chlopní, protože na našem oddělení není stále zavedena samostatná ošetrovatelská dokumentace. Tato problematika je v současné době velmi aktuální vzhledem k narůstajícímu počtu kardiovaskulárních chorob. V minulosti se chlopenní vady vyskytovaly převážně z důvodu prodělané revmatické horečky. V současné době se chlopenní vady vyskytují spíše na základě degenerativních změn způsobených prodlužováním délky lidského života.

V dospělosti je nutné operační řešení. Operace se provádí pro podporu a zlepšení kvality života pacienta. Tato operace není jednoduchá ani pro lékaře ani pro pacienta. Pacientům je provedena thorakotomie, (která jim bude v blízkých dnech, týdnech a měsících snižovat komfort kvality života). Mají veliké bolesti, strach z komplikací, z budoucnosti a z běžných povinností. Jsou propuštěni za 6 až 10 dnů po operaci domů, nebo mají možnost čerpat lázeňskou léčbu, například na Centru časné rehabilitace v Lázních Poděbrady. Zde se pacienti pomalu začleňují do běžného života. Naučí se hospodařit se svými silami pod dohledem zkušených lékařů a zdravotních sester.

Za pomoci ošetrovatelského procesu dle Gordonové bych chtěla poukázat na důležitost rehabilitace po operaci srdečních chlopní, např. jak se mohou změnit za dobu pobytu v lázních potřeby nemocného, co nejvíce nemocné tíží a jaké mají potřeby v den odchodu domů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

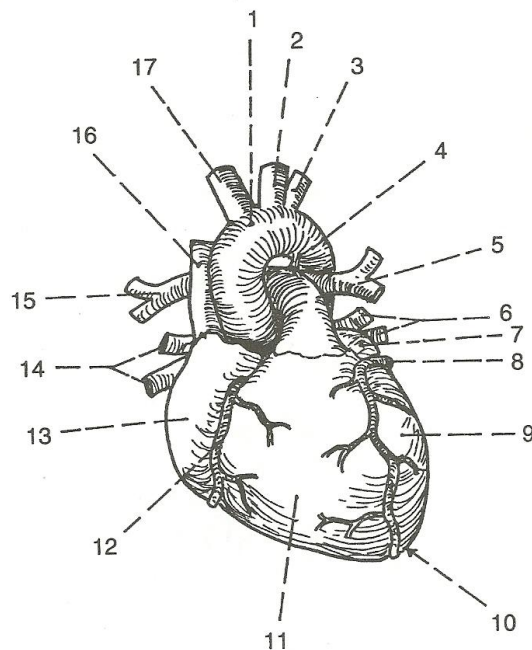
1 Anatomie srdce

Srdce je svalová pumpa, tvořená dutým svalovým orgánem. Jeho velikost je průměrně 12x9x6 cm, váží 300 g u mužů, u žen asi 250 g. Srdce je uloženo nad bránicí v mediastinu (mezihrudí). Hrot srdeční směřuje doleva k přední stěně směrem dolů k 5. mezižebří, srdeční baze je orientována opačně. Srdce je uloženo v perikardiálním vaku (osrdečniku), který je upevněn vysoko na vzestupné aortě (srdečnici) a před odstupem trunkus brachiocephalicus (hlavopažní kmen). V perikardiálním vaku považujeme za fyziologické 15-20 ml čiré žluté tekutiny, která umožňuje volný pohyb srdce. Vnitřní vrstvu (nitroblánu srdeční) tvoří endokard, svalová vrstva je myokard, zevní obal epikard. Epikard zároveň tvoří vnitřní vrstvu (viscerální list) osrdečnickového vaku.

Srdce rozdělujeme na 4 oddíly: dvě předsíně a dvě komory. Také dělíme srdce na pravostranný a levostranný srdeční oddíl. Z pravostranného oddílu srdce pumpuje krev do malého plicního oběhu. Z levostranného oddílu se krev vypuzuje do velkého krevního oběhu.

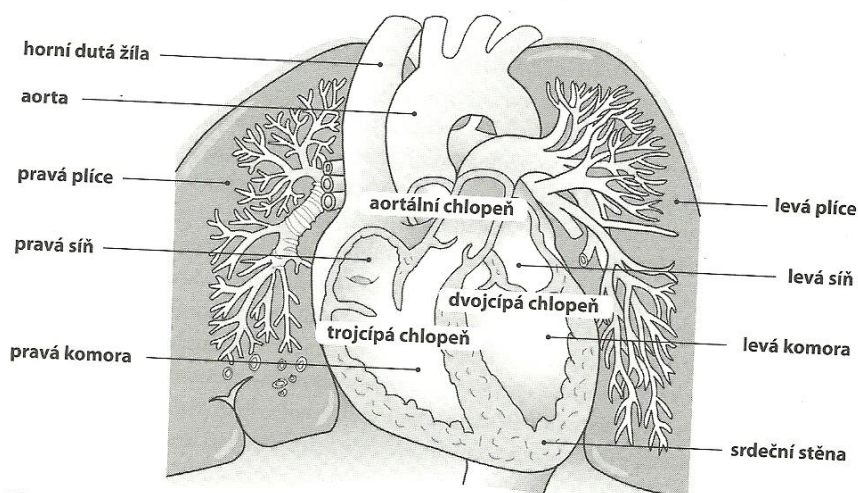
Odkysličená krev z těla přichází horní a dolní dutou žilou do atria dextra (pravé síně), odkud proudí přes trikuspidální chlopeň (trojcípou chlopeň) do pravé komory. *Ze svaloviny srdeční přivádí žilní krev do pravé předsíně sinus coronarius.* (Fiala P., Valenta J., Eberlová L., 2008str. 35) Z pravé komory se krev vypuzuje do plic, kde se opět okysličí. Tato krev se vrací venae pulmonales (plicními žilami) do atrium sinistrum (levé předsíně). Z levé předsíně protéká krev přes mitrální chlopeň do ventrikulum sinistrum (levé komory). Z levé komory srdeční je krev vypuzována přes aortální chlopeň do velkého oběhu. (srv. Fiala P., Valenta J., Eberlová L., 2008)

Obrázek č. 1: Srdce s věnčitými tepnami:(převzato z knihy Fiala P., Valenta J., Eberlová L., 2008 str.35)



1 – oblouk aorty, 2 – a.carotis communis sinistra, 3 – a. subclavia sinistra, 4 – sestupná část aorty, 5 – a. pulmonalis sinistra, 6 – vv. pulmonales sinistrae, 7 – levé ouško, 8 – a. coronaria sinistra, 9 – levá komora, 10 – srdeční hrot, 11 – pravá komora, 12 – a.coronaria dextra, 13 – pravá předsíň, 14 – vv. pulmonales dextrae, 15 – a. pulmonalis dextra, 16 – v.cava superior, 17 – truncus brachiocephalicus

Obrázek č. 2: Anatomie srdečních oddílů (převzato z knihy Kolář J. a kolektiv, 2003str.6)



Obr. 1.2. Anatomie srdečních oddílů (frontální řez srdcem)

1.1 Anatomie chlopní

1.1.1 Trikuspidální chlopeň

Trikuspidální chlopeň (trojcípá chlopeň) je mezi pravou předsíní a pravou komorou, zabraňuje zpětnému toku krve, je tvořena třemi cípy. Tyto cípy jsou pojmenovány dle umístění na septalis (septální), anterior (přední) a posterior (zadní). Uzavírání cípů probíhá ve třech liniích, každá linie směrem k přilehlým komisurám. Na papilární svaly jsou zavěšeny cípy pomocí svazku šlašinek. Trikuspidální chlopeň má průměr ústí 36 mm a obvod 110-120 mm. Největší cíp je přední a nejmenší je septální. (srv. Kolář J. a kolektiv, 2003),(srv. Vojáček J., Kettner J., 2009).

1.1.2 Pulmonální chlopeň

Plicní chlopeň je uložena mezi pravou komorou a plicnicí (truncus pulmonalis). Tato chlopeň leží vpředu, výše než aortální chlopeň. Její prstenec je o 15 mm výše než aortální prstenec. Je tvořena třemi semilunárními chlopněmi (poloměsíčitými). Tyto chlopně mají tvar vlaštovčího hnízda. Cípy nazýváme pravý, levý a zadní. Pulmonální chlopeň má obvod 60-75mm, průměrem asi 23mm. Cípy plicnice jsou tenčí a jemnější.(srv. Vojáček J., Kettner J., 2009), (srv. Kolář J. a kolektiv, 2003).

1.1.3 Mitrální chlopeň

Mitrální chlopeň je uložena mezi levou předsíní a levou komoru. *Je to dvojcípá chlopeň, která je svými šlašinkami zavěšená na papilární svaly posteromediální a anterolaterální.* (Veselka J., 2000, str. 19), (Cípy jsou různě vyvinuté – přední je dominantní, zadní cíp je menší.) *Přední cíp leží mezi mitrálním a aortálním ústím. Oba cípy jsou uchyceny k okrajům mitrálního prstence a jsou menší a silnější než cípy trojcípé chlopně.* (srv. Kolář J., 2003. str. 26).

1.1.4 Aortální chlopeň

Aortální chlopeň leží vpravo pod ústím plicnice. Je v těsné blízkosti s ostatními srdečními oddíly. Průměr aortální chlopně je 20 mm a její obvod činí 65-80mm. Tato chlopeň je tvořena třemi cípy. Označujeme je jako pravý, levý koronární a zadní nekoronární. Cípy nemusejí být stejně dlouhé a mezi těmito cípy jsou tři komisury. U 1-2 % obyvatel je chlopeň vrozeně dvojcípá. Tato vada nemá funkční vliv, avšak tato chlopeň je náchylná na degenerativní změny. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009),(srv. Kolář J. a kolektiv, 2003)

2 Patofyziologie srdečních chlopní

2.1 Mitrální stenóza

Mitrální stenóza je zúžení ústí chlopně z normálních 4-6cm² na 1cm², které způsobuje ztížené plnění levé komory. Krev zůstává v levé síni a tím ji dilatuje. V této dilatované síni bývá větší predispozice k tvoření trombů a fibrilace síní. Vyšší tlak v levé síni se projevuje retrográdně do plicního řečiště, kde vzniká postkapilární plicní hypertenze. Tato hypertenze může způsobit selhání a dilataci pravé komory a zároveň vzniká trikuspidální regurgitace.

(srv. Vojáček J., Kettner 2009)

2.2 Mitrální insuficience

Neboli regurgitace. V systole se vrací krev z levé komory do levé síně, dále v diastole se regurgitující objem zvětší v levé komoře. Způsobuje to objemové přetížení levé komory a levé síně. Dochází k hypertrofii a dilataci levé komory i k dilataci levé síně, protože krev zdůvodu pendluje mezi levou komorou a síní. Při akutní insuficienci dochází k přetížení pravého srdce. Regurgitační objem se dostává přes levou síň do plicních žil, kde způsobí zvýšení tlaku a následně plicní edém. (srv. Vojáček J., Kettner 2009)

2.3 Aortální stenóza

Tato vada je nejčastější v dospělosti. Je to zúžení na úrovni aortálního ústí a vede k zvýšení tlaku v levé komoře a následně k hypertrofii. Velikost hypertrofie levé komory má pouze střední významnost k velikosti stenózy. Na vznik hypertrofie mají vliv další faktory jako genetika, pohlaví a arteriální hypertenze. Levá komora při hypertrofii má nedostačující průtok koronárního řečiště, vzniká projev ischemie. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

2.4 Aortální insuficience

Aortální insuficience se vyznačuje tím, že část tepového objemu levé komory se vrací v diastole přes aortální chlopeň zpět z aorty do levé komory. Tato vada vede k objemovému zatížení, ale jelikož krev z levé komory se vypuzuje do vysokotlakého systému, je levá komora zatížena tlakovou a objemovou zátěží. Projeví se hypertrofií a dilatací levé komory. Při akutní regurgitaci je srdce nepřipravené a objevuje se zvýšení diastolického tlaku, který vede ke snížení ejekční frakce, hypotenzi, později k tachykardii a ke vzniku plicního edému. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

2.5 Trikuspidální stenóza

Trikuspidální stenóza je zúžení ústí trojcípé chlopně, bývá to velmi vzácná vada. Častěji se vyskytuje jako doprovod jiné srdeční vady (jako je mitrální stenóza). Nejčastěji je tato vada způsobena revmatickou etiologií. Vede k městnání v pravé síni, v dutých žilách při závažné vadě vzniká pravostranné srdeční selhání. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

2.6 Trikuspidální insuficience

Insuficience neboli regurgitace trikuspidální chlopně se ve větší skupině nemocných objevuje jako sekundární vada. Nejčastěji je tato vada spojovaná s mitrální stenózou. Tato vada zatěžuje objemově a tlakově pravou komoru, která má relativně dlouhou schopnost tolerovat tuto zátěž. Postupně dilatuje a omezuje svou systolickou funkci. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

2.7 Plicnicová stenóza

Plicnicová stenóza je zúžení ústí plicnicové chlopně. Ve většině případů se jedn o vrozenou vadu. Výjimečně o revmatické postižení nebo o karcinoid. Lehká a středně těžká vada bývá bezpříznaková. Významná stenóza se projevuje zvýšenou únavou a dušností při nízkém srdečním výdeji. Při pokročilé vadě vznikají projevy pravostranné insuficience. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

2.8 Plicnicová insuficience

Regurgitace neboli nedomykavost ústí chlopně se objevuje nejčastěji jako sekundární vada při plicní hypertenzi. Významná plicní insuficience může vést k objemovému přetížení. V pravé komoře vzniká dilatace a hypertrofie. (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

3 Etiologie chlopenních vad

3.1 Aortální stenóza

V dnešní době patří aortální stenóza mezi nejčastější chlopenní vady. *Etiologicky jsou nejčastější degenerativní změny, způsobené stárnutím populace. Zvláštní kapitolu tvoří degenerativní kalcifikované stenózy. Vykazující podobnost s koronární tepennou nemocí.* (Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicina pro praxi* 2002 str. 132, online[cit. 2011-03-01]). Na aortální chlopni se méně vyskytují vady po revmatické nemoci nebo vrozené vady. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicina pro praxi* 2002 online [cit. 2011-03-01]).

3.2 Aortální regurgitace

Aortální regurgitaci můžeme rozdělit podle vzniku na:

- akutní regurgitaci, která je způsobena *disekcí ascendentní aorty, traumatem, perforací cípů při infekční endokarditidě.* (Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicina pro praxi* 2002 str. 132 online[cit. 2011-03-01]).
- chronická regurgitace
 - a) *vlastní chlopně: infekční endokarditidou, traumatem či revmatickou horečkou*
 - b) *ascendentní aorty s dilatací anulu a aortální regurgitací při normálních cípech neschopných koaptace v diastole v důsledku neléčené nebo špatně léčené hypertenze degenerativních změn nebo u Marfanova syndromu.*(Prof. MUDr. Čerbák R., *Interní Medicina pro praxi* CSc., 2002 str. 132 online[cit. 2011-03-01]).

3.3 Mitrální stenóza

Z 95% je způsobena revmatickou horečkou a v zbývajících 5% je degenerativního a kongenitálního původu. V současné době je pro revmatické mitrální stenózy typické:

1. *významný pokles výskytu v naší populaci*
2. *revmatický proces je méně „agresivní“*
3. *v řadě případů je původní revmatická vada pouze středně významná a až následující degenerativní proces vede k progresi ve významnou vadu.* (Vojáček J., Kettner J., 2009, str. 505). Manifestace této vady bývá z těchto důvodů v později. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicina pro praxi* 2002 online[cit. 2011-03-01]).

3.4 Mitrální regurgitace

Cípy – infekční endokarditidy, revmatická horečka, dilatace levé komory s dilatací anulu, kongenitální změny a degenerativní změny (prolaps cípů).

Subvalvární aparát - degenerativní změny šlašinek, ischemické změny papilárních svalů. (Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., Interní Medicína pro praxi 2002 str. 133 online[cit. 2011-03-01]). Při ruptuře papilárního svalu při infarktu myokardu vzniká akutní mitrální regurgitace. (Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., Interní Medicína pro praxi 2002 str. 133 online[cit. 2011-03-01])

3.5 Pulmonální stenóza

Pulmonální stenóza je způsobena v naprosté většině kongenitální příčinou. Pouze výjimečně je způsobena karcinoidem nebo revmatickým postižením. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicína pro praxi 2002* online[cit. 2011-03-01])

3.6 Pulmonální regurgitace

V dospělosti je významná plicnicová regurgitace vzácná, *nejčastěji je způsobena dilatací kořene a kmene plicnice při významné plicnicové hypertenzi. Méně často u idiopatické dilatace plicnice nebo u Marfanova syndromu.* (Vojáček J., Kettner J., 2009, str. 517) Mezi druhou nejčastější skupinou nemocných patří pacienti po předešlých chirurgických operacích vrozených srdečních vad, zvláště Fallotovy tetralogie. (srv.. Vojáček J., Kettner J., 2009)

3.7 Trikuspidální stenóza

Tato vada vzniká v důsledku působení serotoninu u karcinoidu, po revmatické horečce nebo kongenitálními vlivy. (srv. MUDr. Čerbák R., *Interní Medicína pro praxi CSc.*, 2002, str. 133 online [cit. 2011-03-01]).

3.8 Trikuspidální regurgitace

Regurgitace je způsobena *porevmatickou genezí, karcinoidem a objemovým (defekt síňového septa) či tlakovým (plicní hypertenze) přetížením pravé komory a její dilatací a sekundární trikuspidální regurgitací.* (Prof. MUDr. Čerbák R., *Interní Medicína pro praxi CSc.*, 2002, str. 133 online [cit. 2011-03-01]). V současné době se zvýšil výskyt trikuspidálních regurgitací vzniklých infekční endokarditidou u drogově závislých, kteří si aplikují drogu parenterálně.

(srv. Prof. MUDr. Čerbák R., *Interní Medicína pro praxi CSc.*, 2002 online[cit. 2011-03-01])

4 Klinický obraz

4.1 Aortální stenóza

Tato vada bývá dlouhou dobu bez zjevných symptomů. Mezi objektivní příznaky patří systolický šelest nad aortou s propagací do jugula a karotid. Fonendoskop přikládáme do druhého mezižebří vpravo od hrudní kosti. Druhá ozva srdeční je oslabená až zmizelá. Mezi příznaky aortální stenózy patří únava, dušnost (zpočátku při námaze, v pozdějších stádiích se objevují dušnosti v klidu a v noci.) Nemocný nemůže spát ani ležet na rovině. Dále se objevují poruchy vědomí – synkopy a presynkopy, bolest na hrudi především při zátěži.

(srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicína pro praxi 2002* online[cit. 2011-03-01])

4.2 Aortální regurgitace

I tato vada zůstává dlouho bez příznaků. Mezi projevy této vady patří dušnost, bolesti na hrudi, únava, otoky kotníků a objektivním příznakem bývá diastolický šelest nad aortou. *Palpitace jsou přítomny při frekventním výskytu extrasystol, často se však jedná o pulzace karotid při zvýšeném tepovém výdeji a snížené systémové rezistenci.* (Vojáček J., Kettner J., 2009, str. 500). (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicína pro praxi 2002* online[cit. 2011-03-01])

4.3 Mitrální stenóza

Časným symptomem bývá dušnost, ortopnoe, noční dušnost, srdeční arytmie s možností embolizace. Dále může následkem stenózy vzniknout akutní nekontrolovatelný plicní edém. Bolesti na hrudi podobné jakou anginy pectoris bývají u pacientů s plicní hypertenzí. *Na hrotě akcentovaná, modifikovaná první ozva, diastolický šelest s presystolickým zesílením (je-li zachován sinusový rytmus).* (Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní Medicína pro praxi* str. 134, 2002 online[cit. 2011-03-01]) Otvírací tón se vyskytuje u třetí ozvy v časně diastole. (srv. Ramrakha P., Hill J., 2006)

4.4 Mitrální regurgitace

Z počátečních příznaků nemocný udává tělesnou slabost a únavu. Mezi objektivní příznaky patří snížený minutový srdeční výdej. Pozdějším příznakem bývá dušnost. Při objevení dušnosti je obvykle již promeškaná optimální doba operačního řešení. Podle některých

odborníků patří fibrilace síní mezi známku progresu vady. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní medicína pro praxi 2002 online*[cit. 2011-03-01]), (srv. Vojáček J., Kettner J., 2009)

4.5 Pulmonální stenóza

Objektivní nález bývá systolický šelest nad plicnicí a oslabená 2. ozva. Tento nález je zesílený v inspiriu pro zvýšení průtoku pravého srdce. Symptomatologie trvá po dlouhou dobu nemá, zřídka se objevuje únavnost či synkopy. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Interní medicína pro praxi 2002 online*[cit. 2011-03-01])

4.6 Pulmonální regurgitace

Pokud není plicní hypertenze, je tato vada dobře snášena, někdy se projeví až pravostranným srdečním selháním. Poslechový nález podél levého okraje hrudní kosti je diastolický šelest. (srv. Sosová E., Řehořová J., 2004), (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Medicína pro praxi 2002 online*[cit. 2011-03-01])

4.7 Trikuspidální stenóza

Časné známky městnání krve v pravé síni, dutých žilách a následné pravostranné srdeční selhání, dále jsou zvětšená játra, dolní končetiny jsou oteklé a může vzniknout ascites. Diastolický nález je nad dolním sternem.(srv. Sosová E., Řehořová J., 2004), (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., *Medicína pro praxi CSc.*, 2002 online[cit. 2011-03-01])

4.8 Trikuspidální regurgitace

Příznaky trikuspidální regurgitace jsou otoky dolních končetin, únava, palpitace, nechutenství, pocit nadmutí, tlakové bolesti v pravém podžebří, ascites, hepatomegalie se systolickou pulsací, hepatojugulárním refluxem. Poslechově nalézáme systolický šelest nad dolním sternem s propagací do jater. (srv. Prof. MUDr. Čerbák R., CSc., *Medicína pro praxi 2002 online*[cit. 2011-03-01])

5 Diagnostika

5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Kardiologická anamnéza a fyzikální vyšetření je základním kamenem pro správné stanovení diagnózy.

5.1.1 Anamnéza

Je třeba se ptát cíleně na příznaky, jako je namáhavá dušnost, presynkopy, únava se snížením tolerance k zátěži, palpitace a namáhavá angína pectoris.

- **Obsah anamnézy**

Osobní údaje: jméno, příjmení, rodné číslo, adresa, telefonní číslo na nemocného a zdravotní pojišťovna. Jaké jsou současné obtíže – důvody.

- **Rodinná anamnéza**

Ptáme se na rodinný výskyt onemocnění, jako je infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus, cévní mozkové příhody, nádorová onemocnění, tuberkulóza, infekční hepatitida, neurologická a psychiatrická onemocnění. V rodinné anamnéze pátráme po častých projevech aterosklerózy, plicní embolie, náhlé smrti, zánětů žil, vrozených vad, hypertenze dětí, rodičů, sourozenců.

- **Sociální anamnéza**

V této anamnéze *zjišťujeme rodinné poměry, zda je ženatý, rozvedený, žije sám, bytové poměry, které poschodí, zda je v domě výtah.* (Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002, str. 19)

Zaměstnání – fyzicky namáhavé, stres, škodliviny, rizika na pracovišti.

Důchodce – starobní a invalidní (důvod invalidity, od kdy).

- **Farmakologická anamnéza**

Vypsání všech trvale užívaných léků včetně dávkování.

- **Alergická anamnéza**
 - ✓ léková alergie (název léku, typ rychlosti reakce)
 - ✓ alergie na prach, pyl, roztoče, senná rýma
 - ✓ potravinová alergie
 - ✓ alergie na náplast atd.

- **Abúzus** – konzumace alkoholu, cigaret, drog,

- **Gynekologická anamnéza u žen**

Menses - od - do, pravidelné, nepravidelné, datum poslední menstruace.

Klimakterium – v kolika letech, hormonální substituce, antikoncepce, porody, spontánní a umělé potraty, gynekologické operace .(Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002, str. 19)

- **Osobní anamnéza**

Zde je chronologický výčet prodělaných onemocnění od dětství do nynější doby.

Tyto údaje dělíme pro přehlednost do částí:

- 1. Dřívější onemocnění**

Zde podle kalendářního roku zapíšeme všechna onemocnění, operace, úrazy a dřívější hospitalizace. U těchto onemocnění by měly být rozeznávány infekční onemocnění, dětské nemoci, angíny ve větším výskytu, dále pobyty v cizině.

- 2. Nynější onemocnění**

Ptáme se na charakter a dobu vzniku obtíží – většina symptomů svědčí pro postižení určitého orgánu nebo systému, kromě obecných příznaků jako je horečka, únava, slabost. Mezi nejcharakterističtější příznaky oběhového systému patří bolest, dušnost, kašel, palpitace, cyanóza, synkopa a otoky. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

- **Bolest**

Při posuzování hodnotíme charakter, lokalizaci, vyzařování, provokaci a úlevové manévry. Bolesti na hrudi kardiálního původu patří mezi nebezpečný příznak, je třeba jim věnovat velkou pozornost, jelikož mohou upozorňovat na ohrožující stav nemocného (akutním koronárním syndromem, aneurysma aorty, akutní perikarditidy). Jiné bolesti (na hrudníku jsou etiologie muskuloskeletární a nebo vertebrogení. (srv. Vítovec J., *Co vše musí budoucí kardiolog znát z propedeutiky srdce* online [cit. 2010-10-15])

- **Anginózní bolest (stenokardie)**

Tato bolest se vyskytuje u ischemické bolesti srdeční. Zhoršuje se při přechodu z tepla do zimy. V klidu bolest ustupuje, ve 4. stadiu dle NYHA vzniká bolest v klidu. Tato bolest je lokalizována retrosternálně a někdy v celém prekordiu. Je charakteristická svojí tlakovou, svíravou a palčivou plošnou bolestí. Může vystřelovat do krku, dolní čelisti, levé horní končetiny, ale i do epigastria a zad. Trvání této bolesti bývá několik minut, pokud po 20 minutách v klidu u nemocného bolest přetrvává, musíme pomýšlet na infarkt myokardu. Reakce na nitroglycerin se dostavuje do 5 minut po podání pod jazyk u anginy pectoris. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

- **Perikardiální bolest**

Je lokalizována spíše prekardiálně, má dlouhodobé trvání. Bolest bývá ostrá, zhoršují se při změně polohy a je závislá na dýchání. Tato bolest nebývá spojena s námahou, nemocný udává snížení bolesti vsedě a v předklonu. Bolest vzniká v souvislosti s *virovou infekcí, infarktem myokardu a po kardiologických operacích*. (Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002 str. 34)

- **Bolest u disekujícího aneurysmatu aorty**

Tato bolest vzniká náhle často po námaze a je prudká, velmi intenzivní, vystřeluje do zad a břicha. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

- **Funkční prekardiální bolest**

Vzniká převážně u mladých lidí, je vyvolaná psychickou zátěží. Tato bolest je píchavá, bodavá, lokalizovaná do oblasti srdečního hrotu. Nemocný má často pocit, že se nemůže dodechnout. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

Klasifikace bolesti NYHA

- I. Bez omezení činnosti
- II. Menší omezení tělesné činnosti, lehká tělesná aktivita, běžná činnost vyvolává únavu.
- III. Značné omezení činnosti
- IV. V klidu

(Koukalová S., *Klasifikace NYHA* online [cit. 2010-11-02])

Dušnost

Dušnost bývá závažný klinický projev levostranného srdečního selhání, chlopenních vad, plicní embolie, arytmií a dalších srdečních onemocnění. Záchvaty dušnosti se objevují často v noci. V posledním stupni srdečního selhání je pacient dušný i v klidu. Klasifikace dle NYHA.

(srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

- **Záchvatová dušnost (astma cardiale)**

Záchvatová dušnost vzniká při městnání v plicích, způsobena akutní levostrannou srdeční insuficiencí. Tato dušnost se objevuje 2-3 hodiny po ulehnutí. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

- **Edém plic**

Projevuje se významná dušnost s úzkostí a chrčivým dechem, často slyšitelným na dálku. U úst se objevuje nahromaděná tekutina. (srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

Cyanóza

Rozvíjí se při nárůstu redukovaného hemoglobinu nad 50 g/l, příznakem je namodralé zbarvení sliznice, kůže, to nejčastěji na akrech.

Dělíme je na centrální a periferní:

- Centrální vzniká při poruše okysličování krve v plicích. Centrální cyanóza vzniká u plicních onemocnění, jako je obstrukční choroba bronchopulmonální, při restrikci plicní tkáně.

- Periferní vzniká při selhávání srdce, kdy levý tok je zpomalený. Cyanotická kůže je studená. Je viditelná na rtech, boltcích, na nehtech. Jazyk je zbarvený do růžova. (srv. Vítovec J., *Co vše musí budoucí kardiolog znát z propedeutiky srdce* online [cit. 2010-10-15])

Otoky (edémy)

Otoky dělíme na generalizované a systémové.

- Systémový edém vzniká z místních příčin. Mezi nejčastější patří porucha odtoku krve z dolních končetin. Příčiny jsou žilní trombóza a žilní chlopenní insuficience. Tyto otoky bývají jednostranné nebo oboustranné, ale asymetrické.
- Generalizovaný edém je tvořen zvýšenou rychlostí tvorby intersticiální tekutiny, při zvýšené propustnosti v kapilárách a při systémovém městnání. V těchto kapilárách se zvyšuje infiltrační tlak. Příčinu generalizovaných otoků můžeme vyšetřit laboratorním vyšetřením, a to hladinou albuminů, nálezem v moči a ultrazvukovým vyšetřením srdce.

(srv. Vítovec J., *Co vše musí budoucí kardiolog znát z propedeutiky srdce* online [cit. 2010-10-15])

Synkopa

Synkopa je krátkodobá ztráta vědomí trvající několik minut, způsobená nedostatečným prokrvením mozku. (Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002, str. 37)

Za nejčastější příčinu synkop je považována nervově zprostředkovaná synkopa na podkladě působení reflexních mechanismů, spojených s nepřiměřenou vazodilatací, bradykardií nebo kombinací obou stavů. Neurokardiogenní mechanismus se může někdy podílet i na vzniku synkopy spojené s obstrukcí výtokového traktu levé komory srdeční (např. u aortální stenózy) nebo u synkop provázejících supraventrikulární tachyarytmie. Ortostatická hypotenze je druhou častou kategorií, která může mít podklad ve fyziologických změnách spojených s věkem, v hypovolemii, medikaci nebo v autonomní insuficienci. Třetí kategorii představují kardiální příčiny v podobě ischemické choroby srdeční, vrozených a získaných srdečních vad, kardiomyopatií a arytmii. Čtvrtá kategorie zahrnuje cerebrovaskulární onemocnění typu „steal“syndromů. (Josef Kautzner a výbor Pracovní skupiny pro arytmiie a kardiostimulaci Při České kardiologické společnosti, *Synkopa: Diagnostika a léčba* [cit. 2012-06-13])

Kašel

Kašel patří mezi obranný reflex organismu vyvolaný podrážděním nervových zakončení v dýchacích cestách.

- Suchý kašel – je úporný, dráždivý, neproduktivní a může vzniknout na podkladě ...ACE inhibitorů a při měštnání na plicích
- Vlhký kašel – s expektorací
- Hemoptýza - vykašlávání sputa s příměsí krve. Pátráme po měštnání v plicích na podkladě mitrální vady, plicní embolie nebo plicní hypertenze. U plicního infarktu je krev tmavě červená s dalšími příznaky, jako je dušnost, pleurální bolest. Nemocný s plicním edémem má narůžovělé sputum při akutním levostranným selhávání.

(srv. Zelenková J., Vejvalka J., Segethová J., Pavelková Z., 2002)

5.1.2 Fyzikální vyšetření

Je nedílnou součástí klinického vyšetření. Umožňuje nám získat komplexnější pohled na stav nemocného.

1. **Pohled** – Vyšetření zrakem, lékař pátrá po nálezech viditelných zrakem.
2. **Pohmat** – Vyšetření hmatem, informuje o stavu kůže, o útvarech pod kůží a stěně břišní.
3. **Poklep** – Dělíme na přímý a nepřímý. Přímý poklep na tělo se používá v dnešní době zřídka. Poklep nepřímý se provádí přiložením třetího prstu jedné ruky na tělo a poklepává na něj prstem druhé ruky.
4. **Poslech** – Můžeme provádět přímo uchem nebo nepřímo pomocí fonendoskopu.

(srv. Vítovec J., *Co vše musí budoucí kardiolog znát z propedeutiky srdce, Kardiologická propedeutika*, online [cit. 2010-10-15])

5.2 RTG vyšetření

Rentgenové vyšetření patří mezi neinvazivní vyšetření radiodiagnostické. Provádíme zadopřední snímek hrudníku. Toto vyšetření provádíme nejčastěji vestoje nebo i vsedě, ale pokud je nemocný ve vážném stavu, je možno RTG provést také vleže. Prostý snímek hrudníku je spojen se spolehlivostí v diagnostice především se známkami selhání levé srdeční komory. Jeho důležitost vyplývá z toho, že často RTG známky předcházejí klinickým projevům srdečního selhání.

Na RTG snímku se projevuje plicní žilní městnání jako:

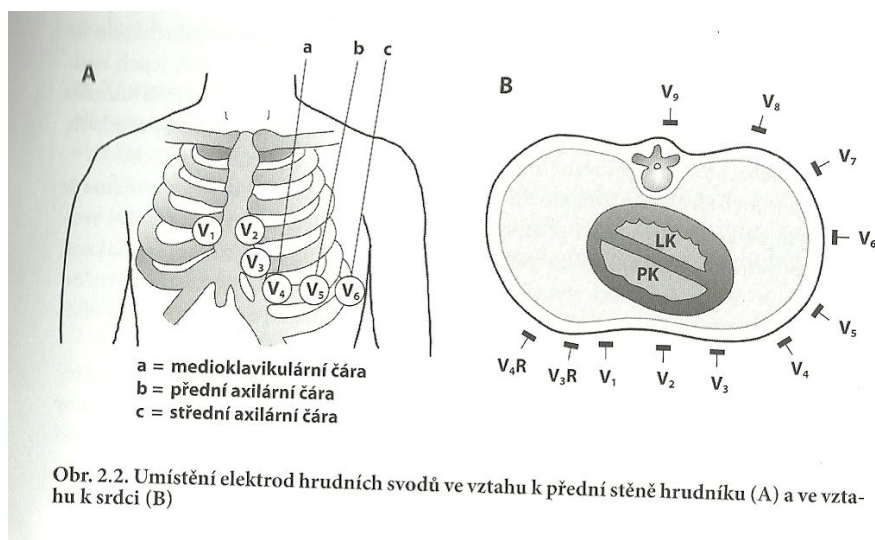
1. stupeň: cévní městnání
2. stupeň: intersticiální plicní otok
3. stupeň: alveolární plicní otok.

Na snímku posuzujeme velikost a tvar srdečního stínu, pohrudniční výpotek a přenesený přetlak v plicnici, venostázu plic, eventulně jiné patologické nálezy. Nález na RTG snímku u chlopenních srdečních vad může být normální. Změny vznikají u pokročilých srdečních onemocnění, které jsou podle patofyziologie onemocnění. (srv. Kolář J. a kolektiv, 2003)

5.3 EKG vyšetření

Elektrokardiografie zaznamenává pomocí přístroje bioelektrické – potenciály srdečních buněk, grafická křivka se zapisuje na speciální papír. (srv. Hamton J. R., 2005)

Obr.č. 3 Umístění elektrod hrudních svodů.(převzato z knihy Kolář J. et al., 2009 str. 27)



5.3.1 Postup při elektrokardiografickém vyšetření

EKG se provádí vleže na zádech s rukama volně položenými podél těla. Je důležité, aby nemocný byl klidný a bez obav. Informace jsou důležité, aby nemocný nebyl v napětí. Teplota místnosti, kde se provádí EKG, by měla být přiměřená, aby u vyšetřovaného nedocházelo k svalovému třesu, který by znehodnotil grafický záznam. Svaly mají být uvolněné. Pokud jsou v nadměrném napětí, mohou vzniknout na křivce artefakty. (srv. Kolář J., a kolektiv, 2003)

5.3.2 Správné umístění elektrod

Při běžném natáčení EKG používáme 4 končetinové elektrody a 6 hrudních elektrod.

Končetinové se přikládají: červená na PHK, černá na PDK, žlutá na LHK a zelená na LDK.

Hrudní se přikládají: V1 hrudní svod vpravo od sternu v 4 mezižebří, V2 vlevo v 4 mezižebří, V3 patří mezi V2 a V4, V4 5. mezižebří v medioklavikulární čáře, V5 v přední axiální čáře, V6 ve střední čáře axiální. (Sovová Eliška, a kolektiv, 2006, str. 16.)

5.3.3 Závady při registraci EKG

- Vlastní **ledabylost** při natáčení elektrokardiogramu
- **Neklid a obava neinformovaného pacient / klienta** - první setkání s vyšetřením, neznámé prostředí, nepřiměřená teplota při vyšetření, především chlad a neuvolněná poloha nemocného na lůžku
- **Pronikání elektromagnetického pole** - elektrická smyčka okolních elektrospotřebičů, která se projeví zcela pravidelnými rychlými kmity. Závada se odstraní správným přiložením zemnicí elektrody na pravé dolní končetině. Je nutno se přesvědčit, zda je dostatečně a správně namazaná diagrafickou pastou a následně je potřeba zkontrolovat i ostatní elektrody
- **Křížení kabelů** – může vést k rušení křivky
- **Nedostatek nebo nadbytek gelu** – může vést ke snížení zapisovaných výchylek. Gel musí být natírán jen na místa, kde budou elektrody
- **Nesprávně přiložená elektroda.** Je nutno dodržovat správně mezižebří a stanovit vertikální čáry
- **Špatné spojení kabelu s příslušnou elektrodou**
- **Přístroj automaticky neprovádí cejch** - před každým záznamem znovu provést jeho nastavení. (srv. Kolář J., a kolektiv, 2003)

5.3.4 Zátěžové vyšetření

Zátěžová elektrokardiografie je vyšetřovací metoda, která umožňuje sledovat vliv fyzické zátěže na krevní oběh a na EKG obraz, zjišťovat účinnost léčebných postupů a posuzuje výkonnost vyšetřované osoby. (Kolář J. a kolektiv, 2003, str. 39.)

Nejčastěji se v našich kardiologických ambulancích používají bicyklové ergometrie nebo chůze na pohyblivém páse. K přesnější diagnostice se dále používá spiroergometrie, zátěžové scintigrafie a zátěžové echokardiografie, která hodnotí vliv zátěže na srdce. (srv. Kolář J., a kolektiv, 2003)

5.4 Holterovo ambulantní monitorování EKG

Toto vyšetření umožňuje zaznamenávat EKG křivku po dobu 24-48 hodin až 14 dní při obvyklých denních aktivitách. Touto metodou lze zjišťovat různé poruchy rytmu.

(srv. Kolář J., a kolektiv, 2003)

5.5 Měření krevního tlaku

Neinvazivní metody

Měření neinvazivní metodou se provádí tonometrem anebo automatem u nemocných, kteří pohodlně sedí a jsou minimálně 10 minut v klidu. U nemocných, kteří mají strach z bílého pláště nebo při kolísavém tlaku, se používá (TK Holter) **přístroj měření tlaku**. Tento přístroj měří 24 hodin tlak po určité době při běžných aktivitách v domácím prostředí. Tato metoda je ambulantní vyšetřovací metoda. (srv. Kolář J. a kolektiv, 2003)

5.6 Echokardiologické vyšetření

Echo patří mezi neinvazivní vyšetřovací techniku. Umožňuje posoudit strukturu srdeční a strukturu velkých cév.

Mezi další vyšetření, které využívá ultrazvukových vln, patří dopplerovská echokardiologie. Tato metoda se využívá k vyšetření proudění krve v srdečních oddílech. (srv. Chaloupka V. a kolektiv, 1999)

5.7 Jícnová echokardiografie

Jícnové echokardiografické vyšetření je důležité u pacientů špatně vyšetřitelných přes hrudní stěnu (transtorakálně). Jícnová echokardiografie se provádí pomocí jícnové sondy, která se zavádí do jícnu. Jícnová sonda je umístěna na flexibilním fibroskopu. *Těsné sousedství zavedené sondy do jícnu a žaludku se srdečními strukturami nám poskytuje řadu nových a velmi kvalitních pohledů na srdce a aortu.* (Chaloupka V. a kolektiv, 1999, str. 92)

5.8 Srdeční katetrizace

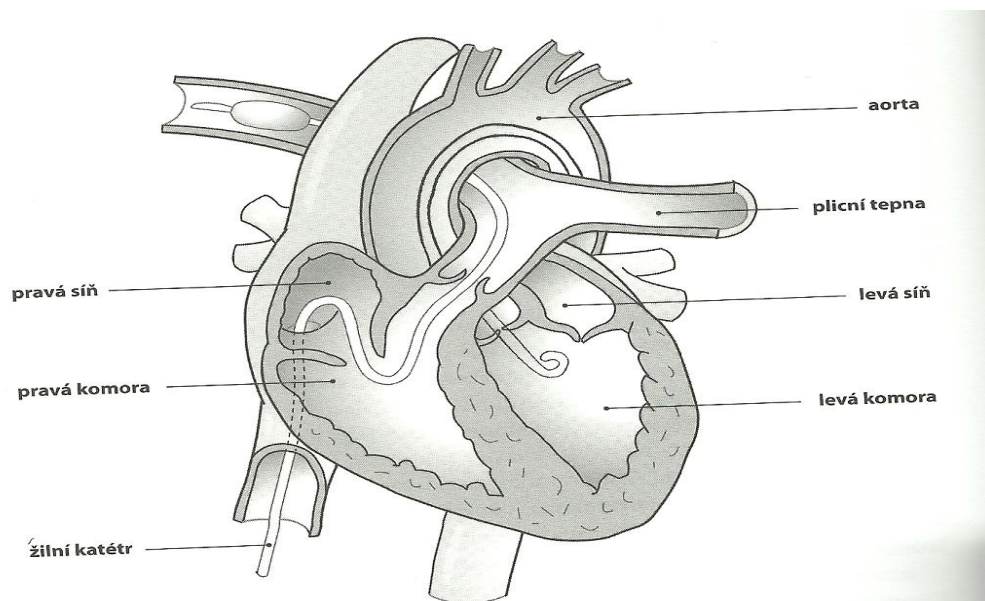
Pod tímto pojmem se skrývá zavádění srdečních cévek (katétru) do srdečních oddílů a cév. Pravostranná katetrizace se provádí přes vena subclavia nebo vena femoralis do pravého srdce. Toto vyšetření umožňuje zhodnotit některé srdeční vady, činnost obou srdečních komor nebo monitorovat oběhové parametry u nemocných v kritickém stavu.

Vyšetření koronárních (věnčitých) tepen se provádí invazivní koronární arteriografií,

při níž jsou věnčité tepny znázorňovány rentgenograficky po nástřiku kontrastní látkou do jejich odstupu z aorty. Toto vyšetření slouží k posouzení anatomie koronárních tepen a případných anomálií, kolaterálního oběhu a závažnosti arteriosklerotických změn na těchto tepnách.

U velké většiny pacientů se současně provádí levografie, což je vyšetření levé komory. (srv. Chaloupka V. a kolektiv, 1999), (srv. Kolář J. a kolektiv, 2003)

Obr.č.4. Schéma pravostranné katetrizace.(převzato z knihy Kolář J.et al, 2009, str. 68)



Obr. 2.20A. Schéma pravostranné katetrizace. Swanův-Ganzův katétr se zavádí z punkce femorální (nebo podklíčkové) žíly přes pravou síň a pravou komoru do větve plicní tepny. Pozná: současně je schematicky znázorněna levostranná katetrizace: speciální arteriální katétr (zvaný »pig tail«) se zavádí z punkce femorální tepny aortou do levé komory

6 Terapie

Terapie chlopenních vad se stanovuje dle závažnosti postižení dané chlopně a typu vady. Můžeme konzervativně léčit farmaky. Provádí se u chlopenních vad, které jsou asymptomatické a bez hemodynamické významnosti. Tito nemocní jsou pravidelně klinicky a echokardiologicky sledováni. Tyto prohlídky probíhají v 6-12 měsíčních intervalech.

Farmakologická léčba se užívá k zmírnění symptomů a k prevenci. Mezi užívané léky patří skupiny diuretik, antiarytmika, vazodilatancia, hypolipidemika, antikoagulační léčiva a antibiotika.

U středně významné a těžké chlopenní vady je indikován kardiochirurgický výkon. Vždy je důležité posoudit stav nemocného. K operačnímu výkonu jsou indikovány nejen nemocní se symptomatologií, ale i nemocní asymptomatictí s hemodynamickou závažnou vadou. Kardiolog indikuje nejčastěji nemocného k operaci dle příznaků a pomoci echokardiografického vyšetření. U nemocných nad 40 let se indikuje koronarografické vyšetření. Toto vyšetření zobrazuje prostupnost koronárních tepen. Dle výsledků se může současně s výkonem na srdečních chlopních provést bypass. Pomocí operace se zlepšuje kvalita života a prognóza nemocného. V dnešní době je průměrný věk operovaných 65 let. Není výjimkou provádění výkonu u pacientů v 80 letech.

Snahou chirurga při operaci chlopní je zachovat postiženou chlopeň, provést plastiku či rekonstrukci chlopně. Nelze-li výkon uskutečnit, postižená chlopeň nebo její část se odstraní a nahradí chlopní mechanickou nebo biologickou. (Kolář J., et al. 2009, str. 423)

U mitrální stenózy se provádí komisurotomie na otevřeném srdci anebo perkutánní balónková mitrální valvuloplastika. Perkutánní balónková mitrální valvuloplastika je prováděna tlakem nafouknutým balonkem. Operace mitrální stenózy se nejčastěji provádí na otevřeném srdci, přístupem je podélná sternotomie za požití mimotělního oběhu. Během operace kardiochirurg určí, zda provede komisurotomii se zachováním vlastní chlopně, nebo provede náhradu chlopně. Aortální stenóza se nahrazuje mechanickou nebo biologickou chlopní. Současně u starších nemocných se často provádí revaskularizace myokardu.

Plastika nebo náhrada chlopně se chirurgicky řeší u hemodynamicky významné insuficience. Plastika se provádí na trikuspidální, aortální, mitrální chlopní. Tato rekonstrukce je obtížná, ale umožňuje lepší kvalitu života. Plastika mitrální chlopně je lepší než náhrada mitrální chlopně. Plastika zachovává dobrou funkci levé komory. (srv. Kolář J., et al., 2009), (srv. Veselka J., Honěk T., Špatenka J., 2000), (srv. Dominik J., Žáček P., 2008),

6.1 Typy chlopenních náhrad

Umělé srdeční chlopně rozdělujeme dle materiálu na mechanické a biologické.

6.1.1 Mechanická protézy

Mechanické chlopně můžeme rozdělit na dříve užívané kuličkové a diskové. V dnešní době se výrazně implantuje dvojlistová chlopeň. Ta je složena z kovového prstence, a textilního kroužku. V dolní části mechanické chlopně jsou 2 výklopné listky. Mechanické chlopně mají prakticky neomezenou životnost a funkci, ale jelikož jsou vyrobeny z cizího materiálu může docházet k tvorbě krevních sraženin (trombů). Tyto tromby mohou způsobit nefunkčnost chlopně nebo embolizaci v tepenném řečišti. Proto je nutné, aby pacient s mechanickou náhradou měl antikoagulační léčbu. Mezi antikoagulační léčbu řadíme Warfarin, Lawarin, Clexane. Účinnost léčby je nutné pravidelně monitorovat (tzv. Quickovým testem neboli zjištěním hodnoty INR.) Další nevýhodou mechanické chlopně je riziko infikování běžnou infekční chorobou. Z tohoto důvodu by každý nemocný s mechanickou chlopní by měl prodělat léčbu infekční choroby antibiotiky. (srv. Dominik J., Žáček P., 2008), (srv. Kolář J., et al. 2009)

6.1.2 Biologická protéza

V dnešní době jsou nejčastěji implementovány xenografty, které jsou připravené ze zvířecí tkáně, nejčastěji z vepřových nebo jeleních chlopní nebo hovězího perikardu. Xenografty dělíme na stentované a nestentované. Stentovaná protéza je tvořena kostrou ze stelitu, titanu nebo umělé hmoty, uvnitř je flexibilní a tím způsobuje snížení námahy listů chlopně, tím přispívá k delší funkčnosti chlopně.

Bioprotéza bez kostry se využívá při náhradě AO chlopně (nazývá stentless bioprotézy). Tato chlopeň je víc fyziologická a napodobuje AO chlopeň.

Do stejného ústí operovaného lze pak implementovat větší stentless bioprotézu než bioprotézu stentovanou a tím se dosáhne větší efektivní plochy a aortálního ústí a následně nižšího gradientu na implementované stentless bioprotéze. (Dominik J., Žáček P. 2008 str. 72)

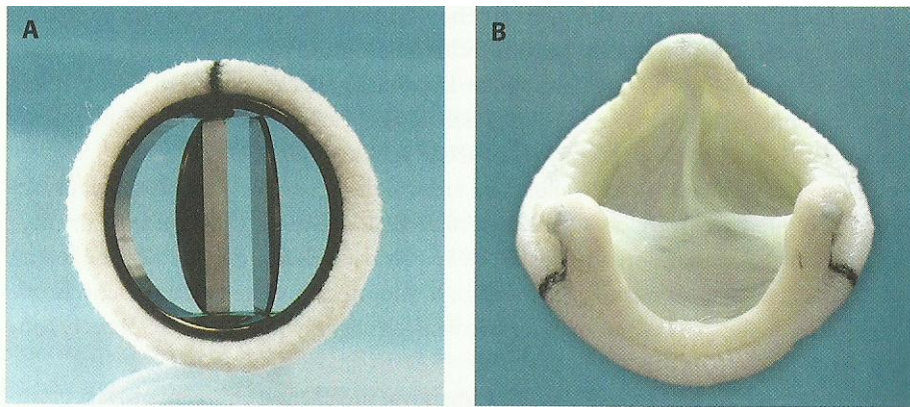
Mezi zvláštní skupinu bioprotéz patří allografty, které se využívají ve vzácných indikacích. *Allografty jsou chlopně odebrané z mrtvých dárců. (Kolář J., 2009, str. 424)*

Biologické chlopně mají výhodu nízkého rizika vzniku trombózy. *Pokud není jiný důvod, nemocným se po třech měsících vysadí antikoagulační léčba a dostávají jen antiagregancia. (Kolář J., 2009, str. 424)*

Mezi antiagregancia patří Anopyrin, Godasal, Ticlid. Jejich nevýhodou je možnost vzniku degenerativních změn a špatné funkce protězy. Degenerativní změny závisí na věku nemocného. Bioprotězy se dávají osobám starším 60-65 let. *Riziko, že nemocný v době operace starý 60 a více let bude potřebovat novou operaci pro degeneraci implantované biologické chlopně, je menší než 10 %.* (Kolář J., 2009, str. 425)

(srv. Dominik J., Žáček P., 2008), (srv.. Kolář J., et al. 2009), (srv. Veselka J., Honěk T., Špatenka J., 2000)

Obr.č. 5 Různé typy protéz srdečních chlopní (převzato z knihy Kolář J., et al.2009, str. 424)



A- mechanická dvoulistá chlopeň , **B-** biologická chlopeň Epic(převzato z knihy ASCHERMANN, M., et al. *Kardiologie*.Praha: Galén, 2004)

7 Předoperační příprava

Před nástupem do nemocnice se klade důraz na dodržování životosprávy, správného odpočinku a relaxace, racionální výživu s dostatkem vitaminů. Je nutná návštěva stomatologa, aby byly spravené všechny zubní kazy, eventuelně zaléčená infekce v ústní dutině. Kuřák musí přestat s kouřením. Tyto infekce by mohly v pooperačním stavu způsobit komplikace. Kardiologická medikace se ponechává až do operačního dne, kromě antihypertenziv s prolongovaným účinkem jako jsou ACE inhibitory, dále se musí vysadit antikoagulační léčba a antiagregační léčba, která je nahrazena Fraxiparinem, který se podává injekční formou. Nemocný je přijat na kardiochirurgické oddělení několik dní před operací, kdy se provádí poměrně velké množství vyšetření, které slouží k zhodnocení stavu. Tato vyšetření vedou k snížení rizika komplikací.

Pro předoperační zhodnocení stavu se provádí:

standardní biochemická vyšetření – jaterní, renální funkce, parametry nutriční

hematologické – KO, hemokoagulační

virologické – markery hepatid B a C, protilátek HIV infekce (pouze se souhlasem nemocného)

moč – biochemie a sediment

RTG – hrudníku

spirometrie

echo karotid – u nemocného nad 60 let s cerebrovaskulárním onemocněním

koronarografie – u nemocných nad 40 let

Dále se provádí různá vyšetření pro vyloučení infekčních fokusů, mezi ně patří bakteriologické vyšetření stěrů z krku, nosu, sputa, moči, stomatologické, otorinolaryngologické a u žen gynekologické. (Veselka J., Honěk T., Špatenka J., 2000, str. 198)

Pokud se prokáže v těchto vyšetřeních nějaká infekce, je potřeba s konziliáři stanovit vhodný postup.

Rozsah vyšetření se individuálně rozšiřuje polymorbiditou, nebo snižuje při nutnosti urgentní operace. (srv. Veselka J., Honěk T., Špatenka J., 2000),

8 Pooperační sledování

Cílem intenzivní pooperační péče je stabilizovat stav operovaného a včas rozpoznat možné komplikace. U většiny nemocných byl jejich zdravotní stav komplikovaný již před operací,

zhoršuje stav nemocného, postižení srdce – zbytnění srdeční svaloviny (hypertrofií) a zvětšení (dilatací) srdečních komor, snížení ejekční frakce a srdeční deformace. Mnozí trpí různými chorobami jako je diabetes mellitus, chronická obstrukční choroba bronchopulmonální, ateroskleróza, obezita a porucha ledvin, jater atd.

Dále se pooperační stav vyvíjí podle průběhu operace. V tomto období se vyžaduje nepřetržité a pečlivé sledování:

- hemodynamické monitorace a základních údajů
- EKG – elektrokardiograf, analýza ST úseku
- puls
- centrální žilní a systémový arteriální tlak
- pulzní oxymetrie
- hodnocení bilance tekutin a krevní ztráty
- stav vědomí, hybnost a spolupráce, bolest, tělesnou teplotu a barvu pokožky
- kontrolujeme a zaznamenáváme obraz, funkčnost drénu, průchodnost sond a podávání medikace dle ordinace lékaře (srv. Kolář J., et al., 2009),
- sledujeme laboratorní výsledky krevních plynů z tepenné či žilní krve metodou Astrup, biochemické vyšetření v indikovaných intervalech
- krevní obraz včetně počtu bílých krvinek a trombocytů
- vyšetření moče na odpady minerálů, kreatininu a osmolaritu.
- krevní vyšetření na srážlivost krve, respektive účinnost antikoagulační léčby
- vyšetření APTT
- Quickův test
- trombelastogram
- mikrobiologické vyšetření.
- Vyšetření se doplňuje o záznam EKG, RTG srdce a plíce, ECHO a další vyšetření dle indikace lékaře u každého nemocného individuálně. (srv. Kolář J., et al., 2009), (srv. Čerbák R., et al. 2007)

8.1 Zdravotní sestry (ošetřovatelský personál)

Kvalifikované sestry by měly umět provádět ošetřovatelské hodnocení pacienta, *provádět ošetřovatelskou anamnézu a hodnotit status praesens jak pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, tak pro účely kontinuálního vyhodnocování změn v jeho zdravotním stavu pacienta i pro ohodnocení výstupů poskytované ošetřovatelské péče.* (Sovová E., Řehořová J., 2004, str. 19.) Informace, které sestra získá při stanovování ošetřovatelského procesu, můžou přispět ke stanovení lékařské diagnózy správnému léčebnému režimu. Zároveň můžou zpřesnit vyhodnocení efektivity léčebné péče.

Základní koncepcí sestry je oblast ošetřovatelské diagnózy – tj. musí umět identifikovat a pojmenovat „problém“, ne stanovovat medicínskou diagnózu. (Sovová E., Řehořová J., 2004, str. 19.)

Sestra by měla umět rozlišit, zda se jedná o ošetřovatelský problém, který může v rámci svých kompetencí vyřešit, anebo zda se jedná o problém, který náleží lékaři. (srv. Sovová E., Řehořová J., 2004)

8.2 Zásady sesterské péče

1. Základní poloha

Většinou je nemocný uložen na zádech s mírně zvýšenou polovinou horní části těla, ale tato zvýšená poloha by neměla přesáhnout 30 stupňů. Během polohování na levou a pravou stranu je třeba dbát, aby nedošlo k napětí v operační ráně a vše provádět s ohledem na zavedené infuzní vstupy, drény, EKG kabely. (srv. Kolář J., et al., 2009)

2. Přeazy operační rány, vstupy a drény

Přeazy operační rány se provádějí vždy při prosáknutí obvazu. Drény se odstraňují podle odpadu z drénu, většinou druhý den. Stehy v ráně se nechávají po dobu 7-14 dnů, pokud se nejedná o vstřebatelný materiál. (srv. Kolář J., et al., 2009)

3. Dieta a tekutiny

Vždy je třeba myslet na renální i plicní funkce a samozřejmě na funkci srdce. Je nutné pečlivě zapisování bilance tekutin, protože se podle něho řídí parenterální i perorální příjem tekutin. V dnešní době je snaha co nejdříve zahájit perorální příjem stravy, hned se, jak se obnoví funkce žaludku a střev. Pacienti, kteří nemohou přijímat stravu ústy, ale mají obnovenou peristaltiku střev, jsou živeni jejunální sondou. (srv. Kolář J., et al., 2009)

4. Prevence pneumonie

Důležitým preventivním opatřením je usnadnění dostatečně hluboké ventilace plic a snadné expektorace, neboť tyto úkony jsou často bolestivé a nemocný se jim brání. Je třeba dbát na dostatečné tlumení bolesti analgetiky podávanými intravenózně, perorálně nebo někdy formou epidurální analgezie. (Kolář J., et al., 2009 str. 428)

Mezi další opatření patří podávání mukolytik a expetrorans a zajištění přívodu zvlhčeného kyslíku či nebulizace. Dechové cvičení je samozřejmostí. Ke stabilizaci operační rány při kašli a zmírnění bolesti se používá speciální korzet či nafukovací balónek. (srv. Kolář J., et al., 2009)

5. Prevence plicní embolie

Operace se provádí v plné heparinizaci a krev je během mimotělního oběhu naředěna (antikoagulována). V pooperačním průběhu je třeba dbát na dostatečný žilní návrat, dobrou celkovou cirkulaci, bandáž dolních končetin, včasnou rehabilitaci dolních končetin, (aktivní i pasivní). (Kolář J., et al. 2009 str. 428)

Po výkonu na srdečních chlopních jsou téměř všichni nemocní heparinizováni poté, co ustanou krevní ztráty. V pozdější době se převádějí na léčbu antikoagulační. Antikoagulační léčbu v současné době provádíme pomocí Warfarinu. (srv. Kolář J., et al., 2009)

6. Mobilizace nemocného

Několik dní před operací provádí rehabilitační pracovník poučení o pooperační rehabilitaci a dechové gymnastice. Tímto nácvikem před operací se snažíme, abychom nemocného mohli co nejdříve rehabilitovat. S dechovou gymnastikou začínáme, pokud je stav nemocného bez komplikací, je možno jej posazovat na lůžku, následně vedle lůžka na židli a dále stavět s nácvikem chůze. Vždy musíme postupovat individuálně dle stavu nemocného. (srv. Kolář J., et al., 2009)

7. Psychoterapie

V časném stadiu po operaci nemocný zažívá většinou krajní životní situaci. Prostředí oddělení s mnoha přístroji, stálá přítomnost personálu, hluk, stálé světlo, nepřetržité kontroly jeho zdravotního stavu, bolestivost rány, omezená pohyblivost, omezená komunikace s rodinnými příslušníky a obavy z dalšího osudu jsou pro nemocného značnou psychickou zátěží. (Kolář J., et al. 2009 str. 428)

V tomto období je velice významná empatie a komunikativnost lékařů a sester. Každý nemocný by měl být již před operací informován a edukován o svém zdravotním stavu,

o průběhu operace a možných komplikacích a o prevenci a správném životním stylu. V dnešní době jsou umožněny návštěvy rodinných příslušníků během hospitalizace. *Lidská pozornost, pomoc, povzbuzení a vysvětlení jsou úkolem celého zdravotnického týmu, nedílnou součástí léčebného procesu a posláním sestry.* (Kolář J., et al. 2009 str. 428)

8. Trombóza u implantované protézy

Tato komplikace je velice závažná, ale vzácná. Výskyt je přibližně 0,5 % za rok u mechanických chlopní. U bioprotéz tato komplikace hrozí v prvních měsících po implantaci, dokud není chlopní prstenec zendotelizován. Trombus nasednutý na chlopní může omezit otvírání nebo dovírání disku či lístku chlopně nebo způsobí regurgitaci. Trombus na aortální nebo mitrální chlopní ohrožuje nemocného embolizací do velkého oběhu. Tato embolizace způsobuje ischemii až nekrózu postižených orgánů.

Je velice důležité nemocného s umělou bioprotézou poučit a informovat o možných komplikacích vzniklých po přerušení antikoagulační léčby. *Prevence trombózy chlopně a tromboembolie u nemocných s náhradou chlopní spočívá v trvalé účinné antikoagulační léčbě Warfarinem. Účinnost antikoagulační léčby se kontroluje v pravidelných intervalech podle hodnot INR.* (Kolář J., et al., 2009 str. 429).

Hodnoty INR se liší dle lokalizace chlopně. U aortální náhrady je optimální hodnota INR 2-3, u mitrální chlopně je tato hodnota 2,5-3,5. Na antiagregační léčbu přecházíme po 3 měsících u biologických bioprotéz, zvláště u aortální.

Před každým zahájením antikoagulační léčby by měl být klient informován o účinnosti, nežádoucích účincích, kontraindikacích, dietních opatřeních a interakcích s některými léky. Pacient by měl všechny užívané léky a vitamíny konzultovat se svým lékařem. (srv. Kolář J., et al., 2009)

9. Prevence krvácení při antikoagulační léčbě

U antikoagulační léčby je důležité, aby nemocný byl dostatečně informován, aby se předešlo komplikacím. Nedostatečný účinek léčby, vede k trombóze a následně k embolizaci, předávkování Warfarinu se může projevit krvácením. Nejčastěji z nosu, dásní, do močového systému, žaludku a střev. V 0,5-1,5 % za rok se vyskytuje nejzávažnější krvácení a to do mozkové tkáně. Nemocný by měl být poučen o pravidelných kontrolách INR. Hodnoty INR by měl zaznamenávat do warfarinové kartičky s hodnotami a určenými dávkami Warfarinu, kterou má nosit stále u sebe. Tyto informace jsou velice důležité v případě úrazu nebo při chirurgickém zákroku. Dále by měl být informován o vhodném výběru a skladbě stravy. Velké množství vitamínu K ve stravě může ovlivnit hodnoty účinnosti Warfarinu. Užívání

antikoagulační léčby by měl nemocný vždy hlásit všem lékařům, před každým zákrokem. (srv. Kolář J., et al., 2009), (srv. Kapounová G., 2007)

10. Prevence infekční endokarditidy chlopenní náhrady

Mezi nejzávažnější komplikace po chlopenních náhradách je vznik infekce na implantátu. Tato komplikace může vzniknout v časném pooperačním období, ale i kdykoliv během života. Po třech měsících se incidence mírně klesá a po roce se udává mezi 0,2-1% ročně. Preventivní léčba se zahajuje u chronických zánětů před plánovanou operací a dále pokračuje během operace a stává se součástí života pacienta. Před opuštěním nemocničního oddělení je nemocný informován o zvýšeném riziku vzniku infekční endokarditidy a je mu dán průkaz s pokyny a doporučení antibiotické terapie. (srv. Kolář J., et al., 2009)

9 Rehabilitace po operaci

Kardiovaskulární rehabilitaci doporučuje Světová zdravotnická organizace. Tato rehabilitace líčí všechny postupy používané u nemocných s kardiálním onemocněním či po operaci srdce. Řídí se podle řady podmínek. Hlavní podmínkou rehabilitace je stanovení funkční klasifikace nemocného. (srv. Konference 2009, online [cit. 2011-02-10]). *Základním cílem rehabilitace je řízená a systémová rekondice operovaného pacienta, dosažení jeho lepší kardiopulmonální adaptace, zlepšení utilizace kyslíku, saturace arteriální krve a výkonu oběhového aparátu.* (Prim. MUDr. Mikula J., *Časná rehabilitace po kardiovaskulárních operacích*, online, [cit. 2011-02-10])

Léčebná tělesná výchova se snaží zabránit nepříznivým hemodynamickým, metabolickým, tromboembolickým a plicním komplikacím. (Hromádková J., 1999, str. 75)

Kardiorehabilitaci rozdělujeme do 4 základních fází. První a druhá fáze jsou specifické, třetí a čtvrtá fáze je využívána v plném rozsahu prevence.

I. fáze – nemocniční rehabilitace

Cílem je zabránit vzniku imobilizačního syndromu.

II. fáze - časná posthospitalizační rehabilitace

Smyslem této fáze je prevence kardiovaskulárních chorob, začíná co nejdříve po propuštění z nemocnice a nemocný se učí správnou životosprávu a pravidelnou aktivitu.

III. fáze - období stabilizace

V tomto období si pacient umí naplánovat své aktivity a umí šetřit silami, pokračuje v rehabilitaci a změně ve svém životním stylu.

IV. fáze – udržovací, dlouhodobá rehabilitace

Udržovací fáze je celoživotní rehabilitace, důležitá pro udržení a stabilitu zdravotního stavu. (srv. Maršálek P., 2006)

Pooperační péče má 2 cíle:

1. *Reedukace dýchání se snahou o uvolnění dýchacích cest (vykašlávání). (Hromádková J., 1999, str. 316)*
2. *Co nejdříve a nejopatrněji mobilizovat, aby se zabránilo komplikacím, vyplývajícím z upoutání na lůžko. (srv. Hromádková J., 1999)*

Metodické postupy:

1. *vykašlávání*
2. *dechové cvičení*
3. *aktivní cvičení horních a dolních končetin*
4. *izometrické cvičení*
5. *sed na lůžku s dopomocí*
6. *v sedu kondiční cvičení trupu*
7. *posazení do křesla*
8. *stoj, chůze*
9. *chůze po schodech*
10. *péče o jizvu*

(Hromádková J., 1999, str. 316)

Kontraindikace pro pokračování v rehabilitaci je objevení nadměrné únavy, pocení, dušnost, závrať, nebo jakékoli jiné pocity nepohody. Vždy je nutné, aby si nemocný odpočinul do té doby, dokud tyto symptomy nevyjmizí a je nezbytné mu snížit cvičební zátěž na další den.

Pooperační rehabilitace

Od prvopočátku se učí nemocný správnému dýchání a vykašlávání. Několikrát za den by nemocný měl provádět pohyby dolních končetin. Na jednotce intenzivní péče by tato rehabilitace měla být prováděna 1x za 1 hodinu po dobu 1 minuty. Dále procvičujeme ramenní klouby, zprvu pasivně a následně aktivně s dopomocí. U stereotomie musíme dávat pozor, abychom nepřesáhli 75% rozsahu pohybu, abychom nepoškodili operační ránu. Každá kardiorehabilitace musí být individuálně sestavena podle zdravotního stavu nemocného. Je nezbytné informovat a edukovat nemocného po operaci i několikrát za den o provádění cviků, které se naučil v předoperačním období. *Jsou to lehká kondiční cvičení, izometrická*

cvičení (reflex stání), dechová cvičení a sed s dopomocí s oporou chodidel (bednička, schůdky). (Hromádková J., 1999, str. 317). Mezi další opatření patří nácvik stoje, stability a chůze. Nemocný se staví a začíná chodit, vždy na základě ordinace chirurga - dle složitosti operace nebo u nemocných s hrozícím srdečním selháním. Péče o jizvu začíná po odstranění stehů, které se odstraňují 7.- 9. den po operaci. Zpočátku provádí tlakovou masáž sám fyzioterapeut, po určité době nemocného informuje o správné péči. (srv. Hromádková J., 1999),

10 Lázeňská rehabilitace

Další, neméně důležitá fáze rehabilitace, je časná lázeňská léčba po operaci srdce. Jedná se o přeložení z kardiocenter do rehabilitačních ústavů nebo na Centrum časné rehabilitace v Lázních Poděbrady nebo v Teplicích nad Bečvou. Nemocní jsou překládáni 5. – 10. den po operaci.

10.1 Centrum časné rehabilitace

Program časné rehabilitace po kardiochirurgických výkonech se postupně rozvíjí od roku 2002. Každý pacient, který přijede z kardiocentra do lázní, má nárok na 4 týdny hrazené zdravotní pojišťovnou. Nemocný je přijatý na oddělení se zvýšenou intenzivní péčí. Oddělení je opatřené centrálním monitorováním a samozřejmostí jsou všechny pomůcky pro rozšířenou první pomoc. Na oddělení časné rehabilitace je 3-10 dní dle jeho zdravotního stavu. Dále je přeložen na lázeňský dům. (srv. Mařatka V., Lázně Poděbrady, *online* [cit. 2011-02-10])

10.2 Typický průběh pobytu

1. den: Pacientovi je provedena: spirometrie, EKG a vyšetření kardiologem.

Při příjezdu jsou všichni monitorováni. Z rehabilitace již je provedena inhalace s vincentkou a je použita biotronová lampa na jizvy, které jsou po osvětlení ošetřeny dle ordinace lékaře.

2. den: Jsou provedeny odběry krve, ultrazvukové vyšetření srdce a pleurální dutiny. Je zahájena rehabilitace fyzioterapeutem vyškoleným na časnou pooperační rehabilitaci. Provádí se světloléčba (biotinovou lampou) na jizvy, které zdravotní sestra ošetří dle ordinace lékaře. Pokud lékař neordinuje jinak, je prováděno dechové cvičení, inhalace s vincentkou a první vycházka ven v doprovodu fyzioterapeuta.

Tento den je provedena edukace o tom, co je možno dělat a v jakém rozsahu, aby si klient neublížil.

3. den: Pokud je vše v pořádku, je klient, po podstoupení rehabilitace na Centru časné rehabilitace, přestěhován na hotelovou část komplexu.

Procedury se předepisují dle zdravotního stavu a ultrazvukového vyšetření. *Pohybové aktivity se skládají ze skupinových cvičení, tréninku na rotopedu a vycházkami po okruhu za dohledu tepové frekvence a krevního tlaku. Zátěž se nastavuje dle tolerance a stavu klienta.*

(srv. Mařatka V., Lázně Poděbrady *online* [cit. 2011-02-10]).

V prvním týdnu jsou nemocní vizitováni častěji. Pokud zátěž zvládají a tolerují dobře, je vizita prováděna 1x týdně. Jsou poučeni, že pokud se jejich zdravotní stav nějakým způsobem změní, mají ihned informovat zdravotní sestry, které zde slouží v nepřetržitém směnném provozu.

Je-li potřeba, je během pobytu běžně prováděna léčba poruch srdečního rytmu, výpotků v pohrudniční dutině a osrdečníku, tlumení bolestí a ošetřování jizev hojících se per sekundam. (srv. Mařatka V., *Lázně Poděbrady* online [cit. 2011-02-10]).

10.3 Přínos časně rehabilitace

Hlavním kladem této péče je zkrácení doby, která je zapotřebí k návratu k normálnímu způsobu života. Důležité je vedení nemocného ke zdravému životnímu stylu a k prevenci komplikací. Důležité je působení na oblast zvyšování sebedůvěry a žití bez strachu z budoucna.

Po 28 dnech klienti odchází s objektivním a subjektivním zlepšením. U větší části nemocných stoupá výkonnost minimálně o 30% dle zátěžových vyšetření. Klienti odjíždí bez zjevných větších obav, jak to doma zvládnou. (srv. Mařatka V., *Lázně Poděbrady* online [cit. 2011-02-10])

(srv. Mařatka V., *Centrum časně rehabilitace*, online [cit. 2011-02-10])

II. EMPIRICKÁ ČÁST

11 Cíle výzkumu

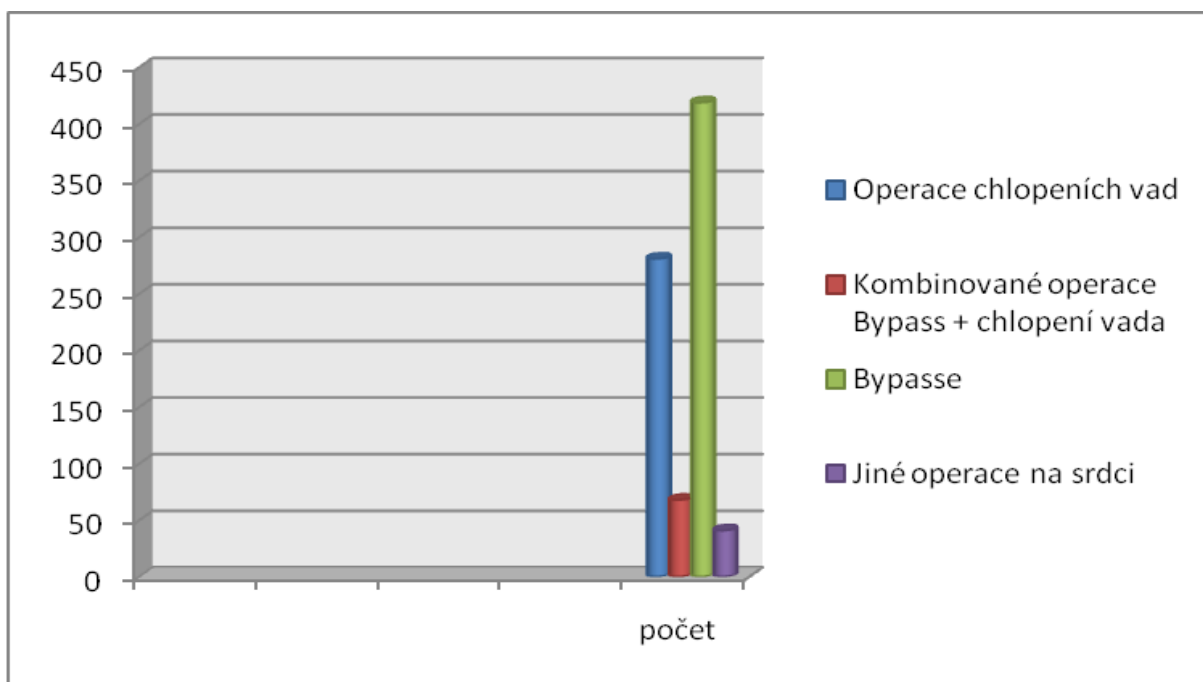
Cílem empirické části je u vybraných pacientů zjistit:

- nejčastější ošetrovatelské potřeby pacientů
- vnímání intenzity bolesti.
- vliv jízdy sanitou na únavu, a únava po rehabilitaci
- hojení jizev
- informovanost pacienta o jeho léčbě Warfarinem

11.1 Realizace výzkumného šetření

Pacienti byli po operaci chlopní vady, 6 – 15 dní po operaci. Informace jsem získávala rozhovorem s klientem dle koncepce Gordonové, z zdravotnické dokumentace a pozorováním při rozhovoru. Výběr respondentů byl kvótní, náhodný. Prvních 5 kazuistik jsou klienti bez komplikací. Dále jsem vypracovala 5 kazuistik u pacientů s komplikacemi. Tyto jsem si vybrala podle komplikací během hospitalizace v kardiocentru a sledovala jsem, zda tytéž komplikace nastanou během pobytu – 28 dní lázeňské rehabilitace. Výzkumná šetření jsem začala provádět na konci měsíce února 2011 a ukončila je 31. 7. 2011. Ošetrovatelské potřeby jsem sledovala i během lázeňské péče. Celkem na Centrum časné rehabilitace bylo přijato od 1. 1. 2011 do 31. 7. 2011 z lůžka na lůžko 809 pacientů. Z tohoto počtu bylo 419 pacientů po aortokoronárním bypassu, 281 po operaci chlopní vady, 68 po kombinované operaci chlopně + bypasse a 41 pacientů bylo po jiných zákrocích na srdci.

Graf č. 1: Počet pacientů v sledovaném období na CČR.



11.2 Kvalitativní výzkum

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který se využívá v každodenní praxi sestry. *Je to systematický přístup k řešení problémů, rozšiřování poznatků. Výzkumník/ badatel postupuje uspořádaným a systematickým způsobem od definice problému přes jeho zkoumání až po aplikaci výsledků vědecké práce do praxe.* (Doc. Kutnohorská, 2009 str. 27). Případovými studii neboli kasuistikami jsem chtěla poukázat na potřeby nemocných po operaci (náhrady srdeční chlopně) a jejich nejčastějšími problémy. Dále jsem chtěla zmapovat, jak se mění během 28 denního lázeňského pobytu ošetrovatelské problémy:

- intenzita bolesti
- vnímání intenzity bolesti
- vliv jízdy sanitou na únavu a únava po rehabilitaci
- důvod poruch spánku
- vliv výživy na hojení jizev
- strach z budoucnosti
- pooperační vliv na poruchu vyprazdňování
- informovanost pacienta o jeho nemoci a o zdravé výživě

11.3 Zdroje získaných poznatků

V teoretické části jsem využila poznatků z odborné literatury, z internetu a přednášek v Power pointu. Výzkumnou část jsem prováděla za pomoci NANDA Taxonomie II. a Kapesního průvodce pro zdravotní sestry s ohledem na to, aby byla užitá jednotná terminologie u všech sepsaných kazuistik.

11.4 Výsledky výzkumu

Kazuistiky pacientů jsem vypracovala dle koncepce Gordonové. Tyto kazuistiky a rozhovory jsem prováděla v den příjezdu pacientů. Skupiny pacientů jsem rozdělila na pacienty bez komplikací a nemocné s komplikacemi. Každá z těchto skupin obsahuje 5 pacientů, s kterými jsem

po jejich souhlasu provedla rozhovor a sepsala kazuistiky.

Z 20 dotazovaných klientů byli ochotni odpovědět a zúčastnit se výzkumu všichni dotazovaní. Prvních 5 pacientů bez komplikací a 5 s komplikacemi jsem si vybrala. Klienti byli velice chápaví, sdílní a ochotní spolupracovat.

11.5 Kazuistiky 5 nekomplikovaných pacientů

11.5.1 Pacient č. 1

Pan 52 let, povoláním dělník, bydlí s manželkou v rodinném domku.

Dne 17. 2. mu byla provedena plastika mitrální chlopně, anuloplastika trikuspidální chlopně, Maze - kryoablace. 21. 2. Implantace pacemaker pro AVB III. Stupně.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacient (č. 1) stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: bolest akutní</p> <p>E: zraňující čímel mechanický – operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy), strnulé nebo rozřesené pohyby, poruchy spánku, expresivní chování (neklid, nařikání, pláč atd.)</p> <p>Stanovena: 24. 2. 2011</p>	<p>Cíl č. 1: Zmírnit bolest</p> <p>Kritéria: do 1 hodiny, zmírnění bolesti z VAS 3 na VAS 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četosti, závažnosti a zhoršujících faktorů. - Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých/neznámých komplikací. - Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Povšimněte si změn v líčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací. - Akceptujte pacientovo líčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest. - Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky. - Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny. - Posuďte pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat. - Vezměte v úvahu jeho předchozí zkušenosti s bolestí a úspěšnými i nepřínosnými metodami analgetické léčby - Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. - Pečujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. - Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + pacient - Primární sestra - Primární sestra + pacient - Primární sestra+ pacient - Primární sestra 	<p>Cíl byl částečně splněn, bolest po analgeticích se zmírnila z č. 3 na č. 1. Je nutné zhodnotit všechny intervence a provést je dle ordinace lékaře</p> <p>14. den. Cíl byl splněn, bolest v noci ustoupila, nemocný spí bez bolesti. Dle škály č. 2 na č. 0</p> <p>28. den Cíl byl splněn, nemocný již je bez bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> - Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, případně úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. - Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počinání. 	<ul style="list-style-type: none"> -Primární sestra + lékař -Primární sestra + pacient 	

Pacient (č. 1) stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost – ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p>	<p>Cíl: Zhojit porušenou integritu kůže</p> <p>Kritéria: od 2.2011 do úplného zhojení</p>	<p>- Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posuďte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně plosky nohou)</p> <p>- Postiženou oblast udržujte čistou/suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirozený proces hojení.</p> <p>- Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>- Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>- Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl je splněn, jizva se jeví klidná, bez známek infekce či dehiscence.</p> <p>14. den Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p> <p>28. den Cíl: Jizva je zcela zahojena</p>
<p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory operace</p>				
<p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/jejího okolí</p>				
<p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p>				
<p>Stanovena: 24. 2. 2011</p>				

Pacient (č. 1) stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4.</p> <p>Aktivita odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E: Nerovnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Stíženosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní:</p> <p>Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu</p> <p>Změny na EKG upozorňující na arytmií</p> <p>Stanovena: 24. 2.2011</p>	<p>Cílem:</p> <p>Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritéria:</p> <p>od přijetí po dobu pobytu</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podílejících se na únavě</p> <p>-Věnujte pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>- Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacienta, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmírňující únavu.</p> <p>- Poučte pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>-Primární sestra + lékař</p> <p>-Primární sestra + lékař + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař+ fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra + pacient a rodina.</p>	<p>Cíl částečně splněn, rehabilitaci zvládá s mírou únavou. Je nutné více individualizace a zhodnotit všechny intervence.</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný zvládá zvýšenou aktivitu dobře.</p> <p>28. den</p> <p>Cíl: byl splněn, nemocný je spokojený se svojí tolerancí k zátěži.</p>

Pacient (č. 1) stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: spánek-odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E: Poloha, neznámé místo</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočínutí, usínání trvá déle než 30 minut.</p> <p>Objektivní: Kratší celková doba spánku, než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena: 24. 2. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Zlepšit spánek a odpočinek</p> <p>Kritéria:</p> <p>Od 1. dne do 3 dnů. Pacient usne do 30 minut po ulehnutí do lůžka</p>	<p>-Zjistěte přítomnost stavů přispívajícího k nespavosti a množství užívaných léků.</p> <p>-Zhodnoťte užívání kofeinu.</p> <p>- Zjistěte od pacienta, kdy obvykle chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>-Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>-Uspořádejte péči tak, aby měl nemocný k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek.</p> <p>-Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>-Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>+ lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>+ lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocný se vyspal dobře, usnul do 30 minut po podání léků.</p> <p>14. den Cíl byl splněn, nemocný spí dobře, ráno se cítí odpočínutý</p> <p>28. den Cíl byl splněn, nemocný se cítí vyspalý a odpočínutý</p>

Pacient (č. 1) stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní: Pocit chybějící energie znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energií spánkem</p> <p>Objektivní: Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 24. 2. 2011</p>	<p>Cíl: Účastnit se doporučovaného léčebného programu</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<p>- Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin. - Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti. - Vyslechněte, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmiňuje. - Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňují načasování aktivity. - Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.) - Akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu a nepodceňujte jim pocíťovaný dopad únavy na nekalitu života. - Dohodněte se s pacientem na realistických cílech. Posilujte jeho zájem na tom, aby dosáhl co nejlepších výsledků.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra.</p> <p>14. den - Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocný podstoupil všechny rehabilitační procedury s mírnou únavou</p> <p>28. den Cíl byl splněn, nemocný se cítí plný sil a je plný energie jako před onemocněním. Již se těší, jak půjde do práce.</p>

11.5.2 Pacientka č. 2

Paní, věk 74, zaměstnání dříve kontrolorka, nyní důchodce. Bydlí s manželem v bytě. Dne 17.2 byla provedena náhrada aortální chlopně bioprotézou, náhrada mitrální chlopně bioprotézou. Radiofrekvenční Maze procedura
Redukční plastika levé síně. Dnes 13. den po operaci.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>Akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický - operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnosti</p> <p>Objektivní:</p> <p>Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy), stimulé nebo rozřfesené pohyby, poruchy spánku, expresivní chování (neklid, nařkání, pláč atd.)</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnění či odstranění bolesti do 30 minut od informování zdravotnického personálu. Bolest VAS 3 na VAS 1 - 0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti, včetně lokalizace, charakteru, trvání, častosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některých známých/neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšimněte si změn v líčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientčino líčení bolesti. Projevte vůči pacientce vstřícnost a přijměte její odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat. Vezměte v úvahu její předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřínosnými metodami analgetické léčby.</p> <p>- Usilujte společně s pacientkou o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacientku, aby hlásila bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti.</p> <p>- Pečujte o pohodlí nemocné, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti.</p> <p>- Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra + primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl částečně splněn, bolest byla zmírněná na č. 1.</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacientka je přes den bez bolesti a v noci po analgetiku také bez bolesti</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacientka je bez bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<p>-Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. Poučte nemocnou, jak má sama vést svoji analgetickou léčbu a sledujte její počínání.</p>	<p>-Primární sestra + pacientka</p>	

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4</p> <p>Aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E: Nerovnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu. Změny na EKG upozorňující na arytmií</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cílem: Ústup příznaků Nesnášenlivosti.</p> <p>Kritéria: od příjmu do 3 dnů</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléhajících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientčím stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocné. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>-Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacientku, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmírňující únavu.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn,</p> <p>aktivita se zvýšily, bez pocitu velké únavy</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn,</p> <p>aktivita zvládá bez obtíží</p>	<p>Cíl nebyl splněn, pacientka se cítí unavená. Necítila se na vycházku ven.</p>

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č.4 aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Pocit chybějící energie</p> <p>znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní:</p> <p>Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Účastnit se doporučeného léčebného programu</p> <p>Kritéria:</p> <p>Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<p>- Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin.</p> <p>- Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.</p> <p>- Vyslechněte, co podle názoru pacientky způsobuje únavu a co ji zmiňuje.</p> <p>- Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity.</p> <p>- Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.)</p> <p>- Akceptujte opravdovost pacientčiny stížnosti na únavu a nepodceňujte jí</p> <p>pocitovaný dopad únavy na nekalitu života.</p> <p>- Dohodněte se s pacientkou na realistických cílech. Posilujte její zájem na tom, aby dosáhla co nejlepších výsledků.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra.</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p>	<p>Cíl byl splněn.</p> <p>Pacientka podstoupila rehabilitaci s mírnou únavou</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná se již cítí odpočínatá, denní aktivity zvládá bez obtíží</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná se cítí plná sil a je plná energie jako před onemocněním. Již se těší, jak půjde do práce</p>

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 9, Zvládnání zátěže, odolnost vůči stresu</p> <p>Třída: Reakce na zvládnání zátěže</p> <p>Úzkost (00146) Ohrožení života</p> <p>P: úzkost E: ohrožení života</p> <p>Subjektivní: Vyjádření obav z významné životní změny, pocit strachu, porucha spánku, bolesti pod pažemi</p> <p>Objektivní: Zvýšená ostražitost, zaměření na vlastní osobu, podrážděnost</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Dosáhnout uvolněného vzhledu a snížení úzkosti</p> <p>Kritéria: od přijetí do 3 dnů.</p>	<p>- Udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech, současně i nedávno užívaných lécích.</p> <p>- Všimněte si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti.</p> <p>- Vytvořte terapeutický vztah plný vsřícnosti a opravdového respektu.</p> <p>- Bud'te k dispozici, naslouchejte pacientce a hovořte s ní.</p> <p>- Podávejte léky proti úzkosti dle ordinace.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka již nemluví o úzkosti, léky užívá dle ordinace lékaře</p> <p>14. den Cíl byl splněn, pacientka bez úzkostných stavů</p> <p>28. den Cíl byl splněn, klientka se jeví klidně a vyrovnaně</p>

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost</p> <p>– ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p> <p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory operace.</p> <p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí.</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zhojit jizvu po sternotomii</p> <p>Kritéria: Od prvního dne po zhojení</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudíte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně, plošky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou/suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p> <p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl je splněn, jizva se hojí per primam</p> <p>14. den Jizva je zcela zahojena</p> <p>28. den Cíl byl splněn, jizva se zhojila bez komplikací</p>

Pacientka (č. 2), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: spánek- odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E: Soustava stimulace z prostředí</p> <p>Subjektivní: stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočívání, usínání trvá déle než 30 minut.</p> <p>Objektivní: Kratší celková doba spánku, než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena: 2. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zlepšit spánek a odpočinek</p> <p>Kritéria: Od prvního dne bude pacientka usínat do 30 minut po ulehnutí</p>	<p>-Zjistíte přítomnost stavů přispívajících k nespavosti a množství užívaných léků.</p> <p>-Zjistíte od pacientky, kdy obvykle pacientka chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>- Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>-Uspořádejte péči tak, aby měla nemocná k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek.</p> <p>-Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>-Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>-Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka se vyspala dobře, cítí se odpočínutá, dle jejích slov se již tak dobře dlouho nevyspala</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná usíná po 30 minutách po užití léků, ráno se cítí odpočínutá</p> <p>28. den</p> <p>Cíl za 28 dní byl splněn, má naději, že se jí bude tak dobře spát jako posledních 28 dní</p>

11.5.3 Pacient č. 3

Pán 56 let, zaměstnán jako vedoucí obchodního oddělení strojírenské techniky, ženatý.

Dne 8. 3. podstoupil operaci AVR perikardiální biologická protéza. Náhrada ascendentní aorty. Dnes 7. den po operaci.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacient (č. 3), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
Doména: č. 12 Komfort Třída: tělesný komfort	Cílem: Zmírnit bolest	- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četosti, závažnosti a zhoršujících faktorů. - Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých / neznámých komplikací.	- Primární sestra - Primární sestra	Cíl byl splněn, nemocný spal a bolesti se neprobouzel, bolest byla snížena z 3 na 0 analgetickou léčbou 3xD
Akutní bolest (00132) P: Bolest akutní E: zraňující čímel biologický	Kritéria: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti zmírnit bolest z VAS 3 na VAS1- 0	- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšměte si změny v líčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací. - Akceptujte pacientovo líčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest. - Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky. - Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny, včetně toho, co od léčby lze očekávat.	- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + lékař	14. den Cíl byl splněn, bolest již necítí 28. den
Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy		- Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. - Pečujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti.	- Primární sestra + pacient - Primární sestra - Primární sestra	Cíl byl splněn, nemocný již nemá žádné bolesti
Stanovena: 15. 3. 2011		- Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru.	- Primární sestra - Primární sestra	

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> - Posuďte pacientovu znalost léčby bolesti - Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. - Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra + pacient - Primární sestra + lékař - Primární sestra 	

Pacient (č. 3), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č.11 Bezpečnost, Cíl: Zhojit porušenou integritu kůže.</p> <p>Třída: tělesné poškození</p> <p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory operace</p> <p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zhojit porušenou integritu kůže.</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po zhojení per primam</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudťte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukání sliznice, jazyk, dlaně plosky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p> <p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance,</p> <p>nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl je splněn, jizva se jeví klidná, bez známek infekce či dehiscence, hojí se per primam</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p> <p>28. den</p> <p>Jizva je zhojena, per primam, jizva je měkká a jemná</p>

Pacient (č. 3), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4</p> <p>Aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: Intolerance aktivity.</p> <p>E: Nerovnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost. Zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu Změny na EKG upozorňující na arytmií</p> <p>Stanoveno: 15. 3.2011</p>	<p>Cíl: Rozpoznat negativní faktory ovlivňující nesnášenlivost aktivity a dle možnosti odstranit či omezit jejich vliv</p> <p>Kriteria: Zvýšení snášenlivosti aktivity od prvního dne až po 28 den</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléjících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>- Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacienta, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Poučte pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je spokojen se svojí zvyšující se aktivitou</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, rehabilitaci zvládá dobře</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je spokojen se svojí zvyšující se aktivitou</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je schopen běžných denních činností bez únavy</p>

Pacient (č. 3), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Pocit chybějící energie</p> <p>znamenžující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní:</p> <p>Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Účastnit se doporučeného léčebného programu</p> <p>Kritéria:</p> <p>Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<p>- Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin.</p> <p>- Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.</p> <p>- Vyslechněte, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmírňuje.</p> <p>- Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity.</p> <p>- Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.)</p> <p>- Akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu a nepodceňujte jim pocíťovaný dopad únavy na nekalitu života.</p> <p>- Dohodněte se s pacientem na realistických cílech. Posilujte jeho zájem na tom, aby dosáhl co nejlepších výsledků.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocný podstoupil všechny rehabilitační procedury s mírnou únavou.</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se již cítí odpočínatý, denní aktivity zvládá bez obtíží</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se cítí plný sil a je plný energie jako před onemocněním, těší se do práce</p>

Pacient (č. 3), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4</p> <p>Třída: spánek- odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E: Poloha</p> <p>Subjektivní: stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočínutí, usínání trvá déle než 30 minut.</p> <p>Objektivní: Kratší celková doba spánku, než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena : 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zlepšit spánek a odpočinek</p> <p>Kritéria: Navození správného spánkového rytmu od 15. 3. -16. 3. 2011</p>	<p>-Zjistíte přítomnost stavů přispívajících k nespavosti a množství užívaných léků. Zjistíte od pacienta, kdy obvykle pacient chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>-Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>-Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>-Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p> <p>-Doporučte nepospávání během dne.</p> <p>-Pobízejte ho k pravidelnému cvičení během dne, které příznivě působí proti stresu a na zvýšení energie. Cvičení před spaním může mít spíše stimulační než relaxační účinek a rušit spánek.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, pacient se vyspal dobře, cítí se odpočínutý, dle jeho slov se již tak dobře nevyspal</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný usíná bez léků do 20 minut po ulehnutí, ráno se cítí odpočínutý</p> <p>28. den</p> <p>Cíl za 28 dní byl splněn, pacient zde spal klidně a ráno se probouzel odpočínutý</p>

11.5.4 Pacient č. 4

Pán 70 let, zaměstnán dříve jako technik, nyní důchodce. Pacient žije sám již tři roky v domečku. Dne 2. 3. provedena anuloplastika mitrální chlopně, anuloplastika trikuspidální chlopně a provedena procedura Maze. Dnes 13. den od operace.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacient (č. 4), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličeji (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 4 na VAS 1-0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četnosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některých známých/neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšměte si změň v léčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientovo léčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl částečně splněn, nemocný spal a bolesti se neprobouzel, bolest byla snížena ze 4 na 2. Lékař bude informován o bolesti a vhodnosti léčbu, aby bolest byla 0.</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, bolest již necítí</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný již nemá žádné bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> -Posuďte pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat. -Vezměte v úvahu jeho předchozí zkušenosti bolestí a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby. -Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. -Pečujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. -Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. -Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. -Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra + pacient - Primární sestra - Primární sestra + pacient - Primární sestra + pacient - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacient 	

Pacient (č. 4), stanoveno 1. den.

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost – ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p>	<p>Cíl: zhojit operační ránu, (jizvu) bez komplikací</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudíte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukání sliznice, jazyk, dlaně, plosky nohou).</p>	<p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p>
<p>Porušená kožní integrita (00046)</p>	<p>Kriterium: Od prvního dne až po úplné zhojení</p>	<p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p>	<p>- Primární sestra</p>	<p>14. den Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p>
<p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: mechanické faktory – operace</p>		<p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>28. den Jizva je zhojena per primam, jizva je měkká a jemná.</p>
<p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p>		<p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p>	
<p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p>				
<p>Stanoveno: 15. 3. 2011</p>				

Pacient (č. 4), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4</p> <p>Aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: Intolerance aktivity</p> <p>E: Nerovnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu</p> <p>Změny na EKG upozorňující na arytmií.</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritérium:</p> <p>Od 15. 3. – 13. 4. 2011</p> <p>Zvýšit toleranci aktivit</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléhajících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>- Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacienta, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu.</p> <p>-Poučte pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacient+ fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl částečně splněno, rehabilitaci zvládá dobře</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je spokojen se svojí zvyšující se fyzickou aktivitou</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je schopen běžných denních činností bez únavy</p>

Pacient (č. 4), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivitá- odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní: Pocit chybějící energie znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku. Neschopnost načerpat energií spánkem</p> <p>Objektivní: Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cíl: Účastnit se doporučovaného léčebného programu</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin. - Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti. - Vyslechněte, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmiňuje. - Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity. - Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.) - Akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu a nepodceňujte jim pocitovaný dopad únavy na nekalitu života. - Dohodněte se s pacientem na realistických cílech. Posilujte jeho zájem na tom, aby dosáhl co nejlepších výsledků. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra+ pacient 	<p>Cíl byl splněn, nemocný podstoupil všechny rehabilitační procedury s mírnou únavou</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se již cítí odpočínutý, denní aktivity zvládá bez obtíží</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se cítí plný sil a je plný energie jako před onemocněním. Již se těší, jak půjde do práce</p>

Pacient (č. 4), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: spánek- odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E:Nedostatek soukromí, další spáček v místnosti</p> <p>Subjektivní: stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočívání, usínání trvá déle než 30 minut</p> <p>Objektivní: Kratší celková doba spánku než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena: 15. 3. 2011</p>	<p>Cílem: Zlepšit spánek a odpočinek</p> <p>Kritérium: Pacient usíná do 45 minut po ulehnutí do lůžka</p>	<p>-Zjistíte přítomnost stavů přispívajících k nespavosti a množství užívaných léků. Zjistíte od pacienta, kdy obvykle pacient chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>-Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>-Uspořádejte péči tak, aby měl nemocný k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek.</p> <p>-Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>-Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacient se vyspal dobře, cítí se odpočívutý, dle jeho slov se již tak dobře nevyspal</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný usíná po 45 minutách po užití léků. Ráno se cítí odpočívutý</p> <p>28. den</p> <p>Cíl za 28 dní byl splněn, pacient zde spal klidně a ráno se probouzel odpočívutý</p>

11.5.5 Pacient č. 5

Pán 46 let, ženatý, bydlící s manželkou a dvěma syny v rodinném domku. Pacient nyní je v pracovní neschopnosti, dříve pracoval jako elektrikář. Léčí se s hypertenzí. V pooperačním období nenastaly žádné komplikace. Nyní je pacient 7. den po operaci.

Stanovený ošetřovatelský plán:

Pacient č. 5, stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>Bolest akutní (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: Zraňující činitel fyzikální</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cílem: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 3 na VAS 1-0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, častosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některých známých / neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšměte si změny v léčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientovo léčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu jeho předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p> <p>- Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti.</p> <p>- Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn nemocný spal a bolesti se neprobouzel, bolest byla snížena ze 4 na 1. Lékař bude informován o bolesti a vhodnosti léčbu, aby bolest byla 0</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, bolest již necítí</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný již nemá žádné bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatel ské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> - Pečujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. - Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. - Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. - Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacient 	

Pacient č. 5, stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č.11 Bezpečnost</p> <p>– ochrana</p> <p>Třída: infekce tělesné poškozování</p>	<p>Cílem: Zhojit jizvy bez komplikací</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně, plošky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p>
<p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory (operace)</p>	<p>Kritéria: Zhojení sternotomie per primam. Od 1. dne po úplné zhojení</p>	<p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, jizva je zcela zahojená per primam</p> <p>28. den</p> <p>Jizva je zhojena per primam, jizva je měkká a jemná</p>
<p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p>		<p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p>	
<p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>				

Pacient č. 5. stanoven 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E: Nerovnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní:</p> <p>Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu, změny na EKG upozorňující na arytmií</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cílem:</p> <p>Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritéria: od prvního dne po ukončení léčby</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podílejících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušujte aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>-Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacienta, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu.</p> <p>-Poučte pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární péče + pacient</p>	<p>Cíl částečně splněn, rehabilitaci zvládá dobře</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je spokojen se svoji zvyšující se aktivitou</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je schopen běžných denních činností bez únavy</p>

Pacient č. 5, stanovení 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: spánek- odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E: Neznámé místo na spaní</p> <p>Subjektivní:</p> <p>stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočívání, usínání trvá déle než 30 minut</p> <p>Objektivní:</p> <p>Kratší celková doba spánku , než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cílem:</p> <p>Zlepšit spánek a odpočinek</p> <p>Kritérium:</p> <p>Pacient usíná do 30 minut po ulehnutí do lůžka</p>	<p>-Zjistíte přítomnost stavů přispívajících k nespavosti a množství užívaných léků. Zjistíte od pacienta, kdy obvykle pacient chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>-Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>-Uspořádejte péči tak, aby měl nemocný k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek.</p> <p>-Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>-Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacient se vyspal dobře, cítí se odpočívající</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný usíná po 30 minutách po užití léků, ráno se cítí odpočívající</p> <p>28. den</p> <p>Cíl za 28 dní byl splněn, pacient zde spal klidně a ráno se probouzel odpočívající</p>

Pacient č. 5, stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 3 Vylučování a výměna</p> <p>Třída: GIT funkce</p> <p>riziko zácpy 00015</p> <p>P: Zácpa, riziko vzniku</p> <p>RF: Nedostatečné fyzické předpoklady, změny prostředí, emoční stres, změna běžných potravních a jídelních zvyklostí, nedostatečný příjem vlákniny</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cílem: Udržet normální fungování a vyprazdňování střev</p> <p>Kritéria: Pravidelné vyprazdňování každý den či obden</p>	<p>-Vyšetřete břicho poslechem a popište přítomnost, lokalizaci a charakter střevních zvuků, které jsou odrazem činnosti střev.</p> <p>-Proberte s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování a používání projímadel.</p> <p>-Zdůrazněte přiměřený příjem tekutin včetně vody a džusů s obsahem ovocné dužiny, doporučte pítí teplých stimulačních nápojů ke změkčení stolice.</p> <p>-Prodiskutujte s pacientem, co je fyziologický stav a přijatelné odchylky způsobu vyprazdňování. Toto poznání pomůže zmírnit obavy ze situace.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl : Splněno, druhý den byl na stolici</p> <p>14. den. Cíl byl splněn, pacient chodí pravidelně každý druhý den na stolici</p> <p>28. den Pacient chodí pravidelně každý den na stolici</p>

Pacient č. 5, stanovený 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Pocit chybějící energie znamenatelnější vykonávat běžné úkony, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní:</p> <p>Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanoveno: 30. 6. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Účastnit se doporučeného léčebného programu</p> <p>Kritéria:</p> <p>Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<p>-Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin.</p> <p>-Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.</p> <p>-Vyslechněte, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmiňuje.</p> <p>-Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity.</p> <p>-Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.)</p> <p>-Akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu a nepodceňujte jim pocívaný dopad únavy na nekalitu života.</p> <p>-Dohodněte se s pacientem na realistických cílech. Posilujte jeho zájem na tom, aby dosáhl co nejlepších výsledků.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + fyzioterapeut</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocný podstoupil všechny rehabilitační procedury s mírnou únavou</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se již cítí odpočínutý, denní aktivity zvládá bez obtíží</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný se cítí plný sil a je plný energie jako před onemocněním, těší se, jak půjde do práce</p>

11.6 Kazuistiky 5 pacientů, u kterých se vyskytly komplikace.

11.6.1 Pacientka č. 6

Paní 77 let, je 3 roky vdova, pracovala jako dělnice. Bydlí v panelovém domě s výtahem v 2. patře sama. Pacientka prodělala dne 9. 6. 2011 náhradu aortální chlopně bioprotézou, 20. 6. 2011 jí byl implantován kardiostimulátor. Léčí se s hypothyreózou. V peroperačním období byl její stav komplikován CMP s pravostrannou hemiparesou a exs. fatickou poruchou. Pacientka je 21. den po operaci chlopně a 10. den po implantaci kardiostimulátoru. Po celou dobu lázeňské péče byla na Centru časné rehabilitace. Byla odkázána na dopomoc zdravotních sester a vedena k soběstačnosti. Po kardiologické stránce byla pacientka bez komplikací.

Stanovený ošetrovatelský plán:

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní: Pocit chybějící energie znamenňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní: Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanoveno: 30. 6. 2011</p>	<p>Cíl: Účastnit se doporučeného léčebného programu</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin. - Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti. - Vyslechněte, co podle názoru pacientky způsobuje únavu a co ji zmiňuje. - Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňuje načasování aktivity. - Změňte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.) - Akceptujte oprávněnost pacientčiny stížnosti na únavu a nepodceňujte jí - pocitovaný dopad únavy na nekalitu života. - Dohodněte se s pacientkou na realistických cílech. Posilujte její zájem na tom, aby dosáhla co nejlepších výsledků. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra. - Primární sestra + pacientka 	<p>Cíl nesplněn, pacientka je unavená, ani po 3 dnech se necítí na to jít ven.</p> <p>14. den Cíl byl částečně splněn, pacientka dochází na rehabilitaci v budově a na jídlo do jídelny, cítí se již lépe, unavená bývá až po večeři</p> <p>28. den Cíl byl splněn, pacientka si již na únavu nestěžuje</p>

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličeji (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 1 na VAS 0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, častosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některých známých i neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Povšimněte si změn v líčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientčino líčení bolesti. Projevte vůči pacientce vstřícnost a přijměte její odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu její předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka si nestěžuje na bolest, ani nejví známky bolesti po analgetických na noc</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, bolest již necítí, pacientka analgetika neužívá</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná již nemá žádné bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> -Usilujte společně s pacientkou o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacientku, aby hlásila bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. -Pečujte o pohodlí nemocné, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. -Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. -Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. -Poučte nemocnou, jak má sama vést svoji analgetickou léčbu a sledujte její počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacientka 	

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: Sebepeč</p> <p>Deficit sebepeče při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)</p> <p>Deficit sebepeče při koupání a hygieně (00108)</p> <p>P: Péče o sebe sama nedostatečná</p> <p>E: Porucha mobility-pravostranná hemiparéza</p> <p>Subjektivní: Problémy s vykoupaním se, umýt si celé nebo jednotlivé části těla, osušit se, neschopnost uchopit jednotlivé kusy šatstva a používat různé pomůcky</p>	<p>Cíl: Naučit se nové způsoby tak, aby byly splněny potřeby péče o sebe sama na úrovni svých schopností</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po ukončení pobytu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistíte, čím je způsoben pokles schopnosti pacientky pečovat o sebe sama. - Zjistíte stupeň individuální poruchy/funkční úrovně na stupnici. - Vybudíte s pacientkou a jejími blízkými vztah, založený na dohodě. - Vypracujete ošetřovatelský plán podle individuální situace, upravte rozvrh tak, aby se přiblížil běžnému režimu pacienta. - Asistujte při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností. - Poskytněte nemocné dostatek času, aby mohla dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností. - Veďte pacientku k aktivní úloze v péči o zdraví a pomozte ji pečovat o sebe tak, aby bylo chráněno její zdraví. - Vyhodnocujte průběžně program pacientčiny péče o sebe sama, všimnete si pokroku a potřeby změn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra. - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + pacientka 	<p>Cíl nesplněn, pacientka je částečně nesoběstačná v hygieně, v oblékání a svlékání oděvu</p> <p>14. den</p> <p>Částečně cíl splněn, pacientka se již obléká, pouze knoflíčky a zip nedokáže zapnout ani rozepnout, hygienu provádí sama, zdravotnický personál jí pomáhá mýt záda a hlavu</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Porušená schopnost obléci si nebo svléknout části oděvu.</p> <p>Objektivní: Omezený rozsah pohybu, omezená schopnost vykonávat hrubé nebo jemné motorické dovednosti</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>				<p>28. den Cíl splněn, pacientka se již umývá a obléká bez pomoci okolí, naučila se nové způsoby, které jí pomáhají v sebepečí</p>

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva	Cílem: Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity	-Povšimněte si faktorů podléjících se na únavě. -Věnujte pozornost pacientčím stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost. -Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.	- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + lékař	Cíl nesplněn, pacientka z důvodu hemiparézy chodí pouze na WC a zpět, cvičení provádí na lůžku.
Aktivita, intolerance (00092)	Kritéria: od prvního dne po ukončení léčby.	-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocné. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušte aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny. - Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu. -Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacientku, jak hospodařit s energií. -Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu. -Poučte pacientku a její blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.	- Primární sestra + lékař - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacientka - Primární sestra - Primární péče + pacientka	14. den Cíl byl částečně splněn, nemocná je spokojená se svojí zvyšující se aktivitou, pacientka dochází na jídlo do jídelny a na procedury jezdí výtahem o 2 patra níže.
Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost				28. den Cíl byl splněn, nemocná chodí ven na lavičku před hotel, zvládne se sama o sebe postarat
Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu Změny na EKG upozorňující na arytmiu				
Stanovena: 30. 6. 2011				

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita- odpočinek</p> <p>Třída: spánek- odpočinek</p> <p>Porušený spánek (00095)</p> <p>P: Spánek porušený</p> <p>E: Neznámé místo na spaní</p> <p>Subjektivní:</p> <p>stížnost na obtížné usínání, nedostatečné odpočívání, usínání trvá déle než 30 minut</p> <p>Objektivní:</p> <p>Kratší celková doba spánku než by odpovídalo věku</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Zlepšit spánek a odpočinek.</p> <p>Kritérium:</p> <p>Pacientka usíná do 30 minut po ulehnutí do lůžka.</p>	<p>- Zjistíte přítomnost stavu přispívajících k nespavosti a množství užívaných léků. Zjistíte od pacientky, kdy obvykle chodí spát, jaké rituály běžně před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo ke spaní.</p> <p>- Vyslechněte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.</p> <p>- Uspořádejte péči tak, aby měla nemocná k dispozici nepřerušované období pro odpočinek.</p> <p>- Před spaním se postarejte o klidné prostředí a přiměřený komfort.</p> <p>- Podávejte léky proti bolesti (jsou- li indikovány) jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka se vyspala dobře, cítí se odpočívající, po podání léků dle ordinace lékaře</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná usíná po 30 minutách, ráno se cítí odpočívající, již neužívá žádné léky</p> <p>28. den</p> <p>Pacientka nemá žádné obtíže s usnutím a ráno se cítí odpočívající</p>

Pacientka (č. 6), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 3 Vylučování a výměna</p> <p>Třída: GIT funkce</p> <p>riziko zácpy 00015</p> <p>P: Zácpa, riziko vzniku</p> <p>RF: Nedostatečné fyzické předpoklady, změny prostředí, emoční stres, změna běžných potravních a jídelních zvyklostí, nedostatečný příjem vlákniny</p> <p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>	<p>Cílem: Udržet normální fungování a vyprazdňování střev</p> <p>Kritéria: Pravidelné vyprazdňování každý den či obden</p>	<p>-Vyšetřete břicho poslechem a popište přítomnost, lokalizaci a charakter střevních zvuků, které jsou odrazem činnosti střev.</p> <p>-Proberte s pacientkou obvyklý způsob vyprazdňování a používání projimadel.</p> <p>-Zdůrazněte přiměřený příjem tekutin včetně vody a džusů s obsahem ovocné dužiny, doporučte pítí teplých stimulačních nápojů ke změkčení stolice.</p> <p>-Prodiskutujte s pacientkou, co je fyziologický stav a přijatelné odchylky způsobu vyprazdňování. Toto poznání pomůže zmírnit obavy ze situace.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, zácpa nevnikla, pacientka byla 3. den na stolici</p> <p>14. den. Cíl byl splněn, pacientka chodí pravidelně každý druhý den na stolici</p> <p>28. den Pacientka chodí pravidelně každý druhý den na stolici</p>

Pacientka (č. 6), stanovena 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č.9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu</p>	<p>Cíl: Naučit se, jak řešit problémy</p>	<p>- Všimněte si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti. - Vytvořte terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu. - Uznejte její úzkost a strach. Nepřete se s nemocnou a neujišťujte ji, že vše bude zase v pořádku. -Pomozte jí k sebeuvědomění verbálního i neverbálního chování.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl nesplněn, pacientka je stále úzkostná a má strach, co bude, až bude muset být sama doma</p>
<p>Třída: reakce na zvládání zátěže</p>	<p>Kritéria: Od 30. 6. 2011 do 4. 7. 2011.</p>			<p>14. den. Cíl byl splněn, pacientka je spokojená se zlepšujícím se zdravotním stavem</p>
<p>Úzkost (00146)</p>				<p>28. den Cíl byl splněn, pacientka je usměvavá a spokojená se svým zdravotním pokrokem</p>
<p>P: úzkost E: hrozící či uskutečněná změna zdravotního stavu</p>				
<p>Subjektivní: Vyjadřování obav z významné životní změny, lítostivost, sklíčenost</p>				
<p>Objektivní: Zabývání se vlastními problémy, zhoršená pozornost, nesoustředěnost, snížená schopnost řešit problémy</p>				
<p>Stanovena: 30. 6. 2011</p>				

11.6.2 Pacient č. 7

Pán 63 let, ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domečku. Dříve pracoval jako telefonní technik. Dne 17. 6. 2011 podstoupil operaci na mitrální chlopni, kde mu byla provedena valvuloplastika s resekcí zadního cípu a anuloplastika mitrálního prstence. V pooperačním období bylo nutné zvyšování vasopresní podpory po zavedení Swan- Ganzova katétru obraz septické cirkulace. V tomto období mu byla podávána antibiotika. Po zlepšení stavu byla podpora postupně vysazena, extubace 4. pooperační den, dále se u pacienta se objevily paroxysmy fibrilace síní. Pacient byl vertován elektrickou kardioverzí + farmakologicky. Pro recidivy fibrilace síní je pacient antikoagulován. Pacient je 15. den po operaci.

U pacienta 3. den pobytu byla zjištěna fibrilace síní při ranní vizitě. Po natočení EKG byla zjištěna fibrilace síní s klidnou odpovědí komor. Frekvence okolo 80, s krevním tlakem 110/75. Pacient na sobě žádné palpitace nepocítuje a ani není dušný, jeví se klidný, je jen našťvaný, že nemůže být odstěhován na hotelový pokoj s druhým pacientem, se kterým se skamarádil.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacient (č. 7), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 1. 7. 2011</p>	<p>Cílem: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 3 na VAS 1 - 0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četnosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšimněte si změn v léčbě bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientovo líčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientovu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu jeho předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p> <p>- Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl částečně splněn, bolest se zmírnila přes den na VAS 1, ale v noci pacient udává i přes ordinované léky bolest VAS 3, po zvýšení dávky analgetik na noc udává pacient VAS 1</p> <p>14. den Cíl byl splněn, přes den bolesti nemá a na noc si bere ordinovaný lék proti bolesti, který zamezuje vzniku bolesti při spánku, hodnotí jako VAS 0</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. - Pečujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. - Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti, nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. - Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení, přijatelné úrovně bolesti. Vyrozumějte lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. - Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacient 	<p>28. den Cíl byl splněn, nemocný již nemá žádné bolesti</p>

Pacient (č. 7), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost</p> <p>- ochrana</p> <p>Třída: Tělesné poškození</p> <p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory (operace)</p> <p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 1. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zhojit jizvu bez komplikací</p> <p>Kritéria: Zhojení sternotomie per sekundam bez komplikací. Od 1. dne po úplné zhojení</p> <p>Sestra + lékař</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně, plosky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p> <p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p> <p>-Posudte krevní a senzorní zásobení postižené oblasti.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl nesplněn, sternotomie je infilmována a v dolním pólu je sekrece, tato infilmace trvá od 1. dne + sekrece</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl částečně splněn, jizva je stále mírně infilmovaná, ale dolní pól sternotomie je již bez sekrece</p> <p>28. den</p> <p>Jizva je zhojena per sekundam, nyní již bude pacient pečovat o jizvu sám doma</p>

Pacient (č. 7), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 2 Výživa Třída: hydratace Tělesné tekutiny, riziko deficitu 00027 P: Tělesné tekutiny, riziko deficitu RF: osoby pokročilého věku, léky, nedostatečné znalosti s ohledem na objem tekutin Stanoveno: 1. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Odhalit individuální rizikové faktory a vhodněintervence Kritéria: Od 1. 7. 2011 do 29. 7. 2011 Sledování příjmu tekutin ,primární sestra + pacient</p>	<p>- Pobízejte nemocného k pití, aby byl příjem tekutin co nejvyšší. - Sledujte rovnováhu mezi příjmem a výdejem a nezapomenejte připočítat nepozorovatelné ztráty, aby byl obraz stavu tekutin co nejpřesnější. - Posuzujte kožní turgor a stav sliznic. Doporučte vedení deníčku příjmu tekutin.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl splněn, u pacienta nevznikla dehydratace, zapisuje si příjem tekutin 14. den Pacient dodržuje pitný režim, vypije 1500 ml za den 28. den Pacient vypije za den 1500-1800 ml, dehydratace nevznikla</p>

Pacient (č. 7), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 5 Vnímání - poznávání</p> <p>Třída: poznávání</p> <p>Deficit znalostí 00126</p> <p>P: Neznalost</p> <p>E: Nedostatek zkušeností s daným problémem</p> <p>Subjektivní: Slovní vyjádření problému - žádost o informace</p> <p>Objektivní: Nepřesné sledování instrukcí</p> <p>Stanovena: 1. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zahájit potřebné změny životního stylu a účastnit se léčby</p> <p>Kritéria: Od 1. 7. 2011, edukace pacienta primární sestrou</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistíte úroveň znalostí pacienta, též s ohledem na to, co bude potřebovat vědět. - Poskytnete především ty informace, které mají vztah k situaci. - Rozlište, které poznatky by si měl pacient zapamatovat. - Zapojte pacienta pomocí vhodné literatury, otázky, dialogů a audiovizuálních materiálů. - Poskytněte pacientovi písemné materiály, k nimž se dle potřeby může vracet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra 	<p>Cíl byl splněn, pacient byl poučen o warfarinové terapii a následně i o dodržování dietního opatření</p> <p>14. den pacient nemá žádné otázky k terapii warfarinu, dodržuje terapii</p> <p>28. den</p> <p>Pacient odjíždí domů s příručkou o warfarinu, nemá žádné otázky</p>

Pacient (č. 7), stanoveno 3. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č.11 Bezpečnost - ochrana Třída: infekce Riziko infekce 00004 P: infekce, riziko vzniku RF: zavedený periferní žilní katétr</p>	<p>Cíl: Nejevit známky infekce v okolí místa výstupu periferního žilního katétru Kritérium: od 3. 7. 2011 od zavedení. - hodnocení dle Maddona nižší než 1 - po celou dobu zavedení periferního žilního katétru</p>	<p>- Pravidelně provádět převaz a kontrolovat okolí katétru za aseptických podmínek. - Při každém převazu zhodnotit okolí katétru. Stupnice dle Maddona. - Dbát o správný a aseptický přístup při aplikaci léků a infuzí do katétru - Odstranit katétr při projevu infekce (Maddona větší než 1) - Odstranit katétr, když už není zapotřebí.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, žádné projevy zánětu okolo katétru nenastaly, druhý den byl katétr odstraněn 14. den - 28. den Periferní katétr se již do konce pobytu nezaváděl a po katétru z 3. 7. 2011 nebyla žádná známka infekce</p>

11.6.3 Pacientka č. 8

Paní 73 let, bydlí sama, je vdova, důchodkyně. Dne 30. 6. 2011 podstoupila náhradu aortální chlopně bioprotézou a anuloplastikou mitrálního anulu a dále byla provedena anuloplastika na trikuspidální chlopni. Pacientka v pooperačním období potřebovala inotropní podporu, která se postupně snižovala. Přechodně byla nutná epikardiální stimulace pro pomalý junkční rytmus. Pacientka měla na EKG fibrilaci síní s klidnou odpovědí komor, pro AVB vyššího stupně ponechána bez medikace, které způsobují bradykardii. Pacientka je nyní 8. den po operaci.

Pacientka přichází 8. den pobytu na CČR pro palpitace a dušnost. Na EKG byla zjištěná fibrilace síní s rychlou odpovědí komor. Frekvence 126/min. a krevním tlakem 135/80. Zadýchávala se při chůzi na WC. Žádné palpitace ani bolesti na hrudi nepocítovala.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacientka (č. 8), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující čímel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena : 8. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 3 na VAS 1 - 0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, častosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých/neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšimněte si změn v líčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientčino líčení bolesti. Projevte vůči pacientce vstřícnost a přijměte její odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu její předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka, si nestěžuje na bolest, ani nejsou vidět známky bolesti, po analgetických hodnotí bolest mezi VAS 1 – 0</p> <p>14. den Cíl byl splněn, přes den bolesti nemá a na noc si bere ordinovaný lék proti bolesti, který jí pomáhá, škálu bolesti hodnotí jako VAS 0</p> <p>28. den Cíl byl splněn, nemocná již nemá žádné bolesti</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> -Usilujte společně s pacientkou o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacientku, aby hlásila bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. -Pěčujte o pohodlí nemocné, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. -Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. -Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné, k udržení přijatelné úrovně bolesti. Vyrozmějte lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. -Poučte nemocnou, jak má sama vést svoji analgetickou léčbu a sledujte její Počinání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + pacientka - Primární sestra - Primární sestra + lékař -Primární sestra + pacientka 	

Pacientka (č. 8), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost</p> <p>– ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p>	<p>Cíl: Zhojit jizvu</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posud'te změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně, plosky nohou).</p>	<p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl: částečně splněno, horní část stereotomie je jizva zhojená, dolní pól stereotomie je stále s inflamací menšího rozsahu</p>
<p>Porušená kožní integrita (00046)</p>	<p>Kritéria: V den příjezdu distální inflamacie, hojení per sekundam, zhojení jizvy do 14 dní, bez zjevných komplikací</p>	<p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p>	<p>- Primární sestra</p>	<p>s inflamací menšího rozsahu</p>
<p>P: Kožní integrita porušená</p>		<p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p>	<p>lékař</p>	<p>14. den</p>
<p>E: Mechanické faktory (operace)</p>		<p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, jizva je bez inflamacie</p>
<p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p>		<p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>28. den Jizva je zhojena per sekundam</p>
<p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 8. 7. 2011</p>				

Pacientka (č. 8), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost - ochrana</p> <p>Třída: infekce</p> <p>Riziko infekce (00004)</p> <p>P: Infekce, riziko vzniku</p> <p>RF: Neprůměřená sekundární obrana, chronické onemocnění, podvýživa</p> <p>Stanovena: 8. 7. 2011</p>	<p>Cílem: Usilovat o včasné zhojení ran, energeticky léčit hnisající defekty a zdroje zvýšené teploty</p> <p>Kritérium: Sterilní péče o ránu spolu s lékařem, sledování stavu jizvy každý den, převaz + biotronová lampa</p>	<p>-Povšimněte si rizikových faktorů výskytu infekce.</p> <p>-Pátrejte po místních známkách infekce v místě rány.</p> <p>-Zhodnoťte a dokumentujte stav kůže, myslíte na možnost sepse.</p> <p>-Při převazech dodržujte sterilní techniku.</p> <p>-Dle potřeby měňte obvazy.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra- --</p> <p>-Primární sestra</p> <p>14. den Jizva je bez inflamace</p> <p>28. den Jizva je zhojená</p>	<p>Cíl nesplněn, jizva se v dolní části hojí per sekundam, okolo jizvy je inflamace, ale menšího rozsahu, než při příjezdu</p> <p>14. den Jizva je bez inflamace</p> <p>28. den Jizva je zhojená</p>

Pacientka (č. 8), stanoveno 8. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Oslabené dýchání 00033</p> <p>P:Dýchání nedostatečné</p> <p>E: Úzkost</p> <p>Subjektivní: Nedostatek dechu</p> <p>Objektivní: Dušnost, dyspnoe, ortopnoe</p> <p>Stanovena: 16. 7. 2011</p>	<p>Cílem: Dosáhnout účinného dýchání</p> <p>Kritérium:Od 16. 7. 2011 do 30 minut, s lékařem</p>	<p>-Vyšetřete hrudník poslechem a zaznamenejte přítomnost poslechoových dýchacích fenoménů a známek zvýšené bronchiální sekrece.</p> <p>-Povšimněte si emočních projevů, např. udýchání, pláče, chvění prstů.</p> <p>-Podávejte kyslík v nejnižší koncentraci indikované pro základní plicní onemocnění, respirační tíseň nebo cyanózu.</p> <p>-Dle potřeby zdvihněte hlavovou část lůžka, aby se usnadnila maximální inspirace.</p> <p>-S pacientkou a jejími blízkými jednejte klidně a mírně, aby se mírnila úzkost.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl splněn, pacientka dýchá klidně po upravení arytmie</p> <p>Cíl 28. den</p> <p>Pacientka do konce lázeňské péče již neměla obtíže s dechem</p>

Pacientka (č. 8), stanoveno 8. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E::: Nerovnováha mezi dodávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu, změny na EKG upozorňující na arytmiu</p> <p>Stanovena: 16. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritéria: od 16. 7. 2011 do 3 dnů</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléhajících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientčím stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocné. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>-Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacientku, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu.</p> <p>-Poučte pacientku a její blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p>	<p>Cíl byl splněn, po úpravě arytmií se její dechové obtíže zmírnily a postupem času vymizely</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná je schopna běžných denních činností bez únavy</p>

Pacientka (č. 8), stanoveno 8. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Pocit chybějící energie znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní:</p> <p>Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 16. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zvýšit uvedenou energii</p> <p>Kritéria: Od 16. 7. 2011 do 2 dnů, pacientka, sestra</p>	<p>-Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin.</p> <p>-Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.</p> <p>-Vyslechněte, co podle názoru pacientky způsobuje únavu a co ji zmiňuje.</p> <p>-Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence) .</p> <p>-Akceptujte opravdovost pacientčinych stížností na únavu a nepodceňujte její pocíťovaný dopad únavy na nekalitu života.</p> <p>-Pomozte pacientce se základní péčí, dle potřeby pomáhajte při chůzi.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra.</p>	<p>Cíl : po dobu Fis se únava nezmínila, pocit zmírnění únavy přišel po úspěšné léčbě Fis</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná se cítí plná sil a jako před onemocněním</p>

Pacientka (č. 8), stanoveno 8. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 9 Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu</p> <p>Třída: Reakce na zvládání zátěže</p> <p>Úzkost (00146)</p> <p>Ohrožení života</p> <p>P: úzkost</p> <p>E: ohrožení života</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Vyjádření obav z významné životní změny, pocit strachu, porucha spánku, bolesti pod pažemi</p> <p>Objektivní:</p> <p>Zvýšená ostražitost, zaměření na vlastní osobu, podrážděnost</p> <p>Stanovena: 16. 7. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Dosáhnout uvolněného pohledu a snížení úzkosti</p> <p>Kritéria:</p> <p>Odstranit úzkost do 3 hodin</p>	<p>-Udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech, současně i nedávno užívaných lécích.</p> <p>-Všímejte si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti.</p> <p>-Vytvořte terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu.</p> <p>-Buďte k dispozici, naslouchejte pacientce a hovořte s ní.</p> <p>-Podávejte léky proti úzkosti dle ordinace.</p>	<p>-Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, u pacientky úzkost zmizela po oznámení lékařky, že se její arytmie upravila, pacientka se po této informaci zklidnila</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, klientka byla do konce pobytu bez úzkostných stavů</p>

Pacientka (č. 8), stanoveno 8. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnosti – ochrana</p> <p>Třída: infekce</p> <p>Riziko infekce 00004</p> <p>P: infekce, riziko vzniku</p> <p>RF: zavedený periferní katétr</p> <p>Stanovena: 16. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Nejevit známky infekce v okolí místa výstupu periferního žilního katétru.</p> <p>Kritérium: od 16. 7. 2011 od zavedení. - hodnocení dle Maddona nižší než 1 - po celou dobu zavedení periferního žilního katétru.</p>	<p>- Pravidelně provádět převaz a kontrolovat okolí katétru za aseptických podmínek. - Při každém převazu zhodnotit okolí katétru. Stupnice dle Maddona. - Dbát o správný a aseptický přístup při aplikaci léků a infuzí do katétru - Odstranit katétr při projevu infekce (Maddona větší než 1) - Odstranit katétr, když už není zapotřebí.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, žádné projevy zánětu okolo katétru nenastaly, druhý den byl katétr odstraněn</p> <p>Cíl 28. den Periferní katétr se již do konce pobytu nezaváděl, a po katétru z 16. 7. 2011 nebyla žádána známka infekce</p>

11.6.4 Pacient č. 9

Paní 65 let, vdaná, bydlí s manželem v bytě s výtahem ve 4. patře. Dříve pracovala v administrativě. Dne 11. 7. 2011 pacientka podstoupila plastiku mitrální chlopně a anuloplastiku trikuspidální chlopně. V pooperačním období vznikly paroxysmy fibrilace síní vertované medikamentózně amiodaronem na sinusový rytmus. Dnes je pacientka 8. pooperační den.

Pacientka byla 23. den lázeňské hospitalizace přeložena na Centrum časné rehabilitace. Na EKG byla zjištěna fibrilace síní s rychlou odpovědí komor. Tepová frekvence byla okolo 130' a krevní tlak 100/60. Pacientka přichází s dušností, jiné obtíže nepocítuje. Po zjištění arytmie je viditelně úzkostná, co s ní bude.

Stanovené ošetřovatelské plány:

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit či odstranit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 3 na stavu nebo vývoj komplikací. VAS 1 - 0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Povšimněte si změn v lícení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientčino lícení bolesti. Projevte vůči pacientce vstřícnost a přijměte její odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientčinu znalost léčby bolesti včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu její předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka, si nestěžuje na bolest, po podávání analgetik 2xD hodnotí na stupnici bolesti VAS 1</p> <p>14. den Cíl byl splněn, pacientka nemá bolesti, VAS 0, analgetika neužívá</p> <p>28. den Cíl byl splněn, nemocná nemá žádné bolesti analgetika neužívá</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> - Usilujte společně s pacientkou o prevenci bolesti. Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacientku, aby hlásila bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti. - Pečujte o pohodlí nemocné, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. - Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. - Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. - Poučte nemocnou, jak má sama vést svoji analgetickou léčbu a sledujte její počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + pacientka - Primární sestra + lékař - Primární sestra + pacientka 	

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivita-odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Pocit chybějící energie</p> <p>znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní:</p> <p>Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zvýšit uvedenou energii</p> <p>Kritéria: Od 19. 7. 2011 do 2 dnů, pacientka, sestra</p>	<p>- Pověsíme si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin.</p> <p>- Určíte schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti.</p> <p>- Vyslechněte, co podle názoru pacientky způsobuje únavu a co ji zmírňuje.</p> <p>- Změňte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence) .</p> <p>- Akceptujte opravdovost pacientčinych stížností na únavu a nepodceňujte její pocitovaný dopad únavy na nekalitu života.</p> <p>- Pomozte pacientce se základní péčí, dle potřeby pomáhejte při chůzi.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra+ lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra.</p>	<p>Cíl byl splněn, nemocná podstoupila všechny rehabilitační procedury s mírnou únavou</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná se již cítí odpočínat, denní aktivity zvládá bez obtíží</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná se cítí dobře, unavená nebývá</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména:č. 11 Bezpečnost – ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p> <p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory (operace)</p> <p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zhojit jizvu per primam</p> <p>Kritéria: V den příjezdu do doby úplného zhojení, sestra + lékař</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posuďte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukalní sliznice, jazyk, dlaně plosky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte ji před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirozený proces hojení.</p> <p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl: splněn, jizva se jeví jako klidná</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, rána je klidná a zhojená</p> <p>28. den</p> <p>Rána je zhojená jizvou, je měkká</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména:č. 5 Vnímání - poznávání</p> <p>Třída: poznávání</p> <p>Deficit znalostí 00126</p> <p>P: Neznalost</p> <p>E: Nedostatek zkušeností s daným problémem</p> <p>Subjektivní: Slovní vyjádření problému- žádost o informace</p> <p>Objektivní: Nepřesné sledování instrukcí</p> <p>Stanovena: 19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zahájit potřebné změny životního stylu a účastnit se léčby.</p> <p>Kritéria: Od 19. 7. 2011, edukace pacientky primární sestrou</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistíte úroveň znalostí pacientky, též s ohledem na to, co bude potřebovat vědět. - Poskytnete především ty informace, které mají vztah k situaci. - Rozlište, které poznatky by si měla pacientka zapamatovat. - Zapojte pacientku pomocí vhodné literatury, otázky, dialogů a audiovizuálních materiálů. - Poskytněte pacientce písemné materiály, k nimž se dle potřeby může vracet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra 	<p>Cíl byl splněn, pacientka byla poučena o warfarinové terapii, nemá žádné otázky.</p> <p>14. den Pacientka nemá žádné otázky k terapii warfarinu, Pacientka dodržuje terapii</p> <p>28. den Pacientka odjíždí domů s příručkou o warfarinu, nemá žádné otázky</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména:č. 2 Výživa Třída: hydratace Tělesné tekutiny, riziko deficitu 00027 P: Tělesné tekutiny, riziko deficitu RF: Osoby pokročilého věku, léky, nedostatečné znalosti s ohledem na objem tekutin Stanovena: 19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Odhalit individuální rizikové faktory a vhodné intervence-</p> <p>Kritéria: Od 19. 7. 2011 do 16. 8. 2011 Sledování příjmu tekutin, primární sestra + pacientka</p>	<p>- Pobízejte nemocnou k pití, aby byl příjem tekutin co nejvyšší. - Sledujte rovnováhu mezi příjmem a výdejem a nezapomeňte připočítat nepozorovatelné ztráty, aby byl obraz stavu tekutin co nejpřesnější. - Posuzujte kožní turgor a stav sliznic. - Doporučte vedení deníčku příjmu tekutin.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl splněn, u pacientky nenastala dehydratace</p> <p>14. den Pacientka dodržuje pitný režim, vypije 1600 ml za den</p> <p>28. den Pacientka vypije za den 1600 ml, dehydratace nevznikla.</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména:č. 2</p> <p>Výživa</p> <p>Třída: přijímání potravy</p> <p>Nedostatečná výživa00002</p> <p>P: Výživa porušená, nedostatečná</p> <p>E: Neschopnost požit či strávit potravu či vsřebat živiny v důsledku biologických, psychických faktorů</p> <p>Subjektivní: Odpor k jídlu, poruchy chuti</p> <p>Objektivní: Zjevný nedostatek jídla</p> <p>Stanovena:19. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Normalizovat laboratorní hodnoty, vymizení atd. známek malnutrice</p> <p>Kritéria: Od 19. 7. 2011 do 16. 8. 2011</p> <p>Sledování příjmu potravy. Pacientka + zdravotnický personál</p>	<p>- Posuďte, zda pacientka / její blízcí chápou nutriční potřeby a podejte informace.</p> <p>- Posuďte hmotnost, věk, tělesnou stavbu, sílu, úroveň aktivity a odpočinku atd.</p> <p>- Určete denní příjem. Požádejte pacientku o vedení deníku příjmu včetně způsobu a doby jídla, aby byly zřejmé změny stravovacích návyků, které bude třeba udělat.</p> <p>- Umožněte pacientce výběr jídel dle vlastní chuti.</p> <p>- Jednou týdně važte.</p> <p>- K pacientce s poruchou příjmu potravy přistupujte ohleduplně a laskavě a pobízejte ji ke spolupráci.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacientka sní celé porce</p>	<p>Cíl Nesplněn, pacientka, stále jí pouze ½ porce, která jí je podávána</p> <p>14. den</p> <p>Částečně splněn, pacientka snídani a večeři sní celou, oběda ½ porce.</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacientka sní celé porce</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 23. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p>	<p>Cíl: Dosáhnout hemodynamické stability.</p>	<p>-Zhodnoťte užívané léky. -Sledujte laboratorní výsledky. -Určete výchozí základní fyziologické parametry/ hemodynamické parametry včetně periferního pulsu. -Monitorujte základní fyziologické parametry a jejich odezvu na aktivitu pacientky. -Monitorujte srdeční rytmus, aby bylo možné posoudit účinnost léků. -Dle ordinace lékaře podávejte antiarytmika. Hodnoťte odpověď na léčbu včetně nežádoucích nebo toxických účinků léků.</p>	<p>-Primární sestra + lékař -Primární sestra + lékař -Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, pacientka byla po celou dobu hemodynamicky stabilní</p>
<p>Snížený srdeční výdej 00029</p>	<p>Kritérium: od 11. 8. 2011 S lékaři.</p>	<p>-Při nitrožilním podávání léků pečlivě sledujte rychlost a použijte infuzní pumpy, aby nedocházelo k bolusům či předávkování. -Podávejte kyslík dle indikace, aby se zvýšila jeho dostupnost v tkáních. -Dopřejte pacientce dostatek odpočinku snížením stimulů a zabezpečením tichého, klidného prostředí. Úkony a vyšetření planujte tak, aby měla pacientka dost času na nepřerušovaný spánek. -Podpořte nemocnou psychicky. Chovejte se klidně a vřídlně, ale připusťte obavy, pokud se pacientka výslovně ptá.</p>	<p>-Primární sestra + lékař -Primární sestra + lékař -Primární sestra + lékař</p>	<p>28. den Do konce pobytu byla pacientka hemodynamicky stabilní</p>
<p>P: Srdeční výdej snížený E: Poruchy srdeční frekvence</p>				
<p>Subjektivní: Únava, dušnost</p>				
<p>Objektivní: Arytmie, změny na EKG, zvýšená frekvence dýchání, poslechové chřupy/chrupky, pískoty, zvýšená srdeční frekvence, 3. - 4. Srdeční ozva (srdeční cval)</p>				
<p>Stanovena: 1. 8. 2011</p>				

Pacientka (č. 9), stanoveno 23. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetrovatelské cíle	Ošetrovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E: Nervnováha mezi dávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu, změny na EKG upozorňující na arytmiu</p> <p>Stanovena: 11. 8. 2011</p>	<p>Cíl: Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritéria: od 11. 8. 2011 do 3 dnů</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléhajících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientčím stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocné. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>-Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacientku, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu.</p> <p>-Poučte pacientku a její blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocná je aktivní, bez obtíží</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacientka</p>	<p>Cíl byl splněn, po úpravě arytmie její dechové obtíže vymizely</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 23. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 9, Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu</p> <p>Třída: Reakce na zvládání zátěže</p> <p>Úzkost (00146)</p> <p>Ohrožení života</p> <p>P: úzkost</p> <p>E: ohrožení života</p> <p>Subjektivní:</p> <p>Vyjádření obav z významné životní změny, pocit strachu, porucha spánku, bolesti pod pažemi</p> <p>Objektivní:</p> <p>Zvýšená ostražitost, zaměření na vlastní osobu, podrážděnost</p> <p>Stanovena: 11. 8. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Dosáhnout uvolněného vzhledu a snížení úzkosti</p> <p>Kritéria:</p> <p>Odstranit úzkost do 3 hodin</p>	<p>-Udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech, současně i nedávno užívaných lécích.</p> <p>-Všimněte si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti.</p> <p>-Vytvořte terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu.</p> <p>-Buďte k dispozici, naslouchejte pacientce a hovořte s ní.</p> <p>-Podávejte léky proti úzkosti dle ordinace.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl byl splněn, úzkost u pacientky přetrvávala asi 2 hodiny, po rozhovoru s lékařkou a pomocí medikamentů se pacientka uklidnila, po odstranění arytmiie byla pacientka opět usměvavá</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, klientka byla do konce pobytu bez úzkostných stavů</p>

Pacientka (č. 9), stanoveno 23. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p>	<p>Cíl: Dosáhnout účinného dýchání</p> <p>Kritérium: Od 11. 8. 2011 do 30 minut, s lékařem.</p>	<p>- Vyšetřete hrudník poslechem a zaznamenejte přítomnost poslechových dýchacích fenoménů a známek zvýšené bronchiální sekrece. - Pověšměte si emočních projevů, např. udýchání, pláče, chvění prstů. - Podávejte kyslík v nejnižší koncentraci indikované pro základní plicní onemocnění, respirační tíseň nebo cyanózu. - Dle potřeby zdvihněte hlavovou část lůžka, aby se usnadnila maximální inspirace. - S pacientkou a jejími blízkými jednejte klidně a mírně, aby se mírnila úzkost.</p>	<p>- Primární sestra + lékař - Primární sestra - Primární sestra + lékař - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl splněn, pacientka dýchá klidně s kyslíkem pomocí kyslíkových brýlí, po upravení arytmie již nepotřebuje podávání kyslíku</p>
<p>Subjektivní: Nedostatek dechu</p> <p>Objektivní: Dušnost, dyspnoe, ortopnoe</p> <p>Stanovena: 11. 8. 2011</p>				<p>28. den Pacientka do konce lázeňské péče již neměla obtíže s dechem</p>

11.6.5 Pacient č. 10

Pán 66 let, ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domečku. Dříve pracoval jako elektromontér. Dne 21. 7. 2011 podstoupil operaci na aortální chlopně, byla mu provedena náhrada bioprotézou. V pooperačním období pacient prodělal 2. den fibrilaci síní. Po kontinuálním podávání amiodaronu nastala bradykardie, dále jen bolusy amiodaronu, verse na sinusový rytmus, následně střídání flutteru síní a fibrilace síní. Pacient je 6. den po operaci.

Pacient přichází z vizity pro opakovanou fibrilaci síní na EKG. Z nemocnice odjížděl se sinusovým rytmem, ale již v den příjmu na Centrum časné rehabilitace, byla zachycena fibrilace síní s klidnou odpovědí komor. Nyní, 7. den lázeňské péče, byla zachycena fibrilace síní. Pacient nepozoruje změny ve svém zdravotním stavu. Palpitace nepociťuje, dušnost má od příjmu.

Ošetrovatelské diagnózy, které se vztahují k potřebám pacienta s fibrilací síní, jsou únava, oslabené dýchání, intolerance aktivit, snížený srdeční výdej a riziko vzniku zánětu. Tyto diagnózy jsem již psala 1. den pro fibrilaci síní po příjezdu z nemocnice, proto je nebudu uvádět znovu.

Stanovené ošetrovatelské plány:

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 12 Komfort</p> <p>Třída: tělesný komfort</p> <p>akutní bolest (00132)</p> <p>P: Bolest akutní</p> <p>E: zraňující činitel mechanický- operace</p> <p>Subjektivní: Vyslovená nebo zašifrovaná stížnost</p> <p>Objektivní: Obranné chování, gestikulace, výraz bolesti v obličejí (mdlý, zbitý výraz v očích, grimasy</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zmírnit či odstranit bolest</p> <p>Kritérium: Zmírnit bolest do 30 minut od udání bolesti z VAS 3 na VAS 1-0</p>	<p>- Proveďte důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, četnosti, závažnosti a zhoršujících faktorů.</p> <p>- Berte v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest. Bolest se může zhoršit v důsledku některé známých/neznámých komplikací.</p> <p>- Posuzujte bolest vždy znovu, kdykoli se objeví. Pověšměte si změny v léčení bolesti a zamyslete se nad nimi s ohledem na možné zhoršování základního stavu nebo vývoj komplikací.</p> <p>- Akceptujte pacientovo léčení bolesti. Projevte vůči pacientovi vstřícnost a přijměte jeho odpověď na bolest.</p> <p>- Pozorujte neverbální projevy a další objektivní příznaky.</p> <p>- Sledujte základní fyziologické parametry, které při akutní bolesti obvykle vykazují změny.</p> <p>- Posuďte pacientovu znalost léčby včetně toho, co od léčby lze očekávat.</p> <p>- Vezměte v úvahu jeho předchozí zkušenosti bolesti a úspěšnými i nepřinosnými metodami analgetické léčby.</p> <p>- Usilujte společně s pacientem o prevenci bolesti.</p> <p>- Dokumentujte vývoj bolesti, terapeutické intervence, odpověď na léčbu a dobu, po níž se bolest vrátí. Požádejte pacienta, aby hlásil bolest hned, jakmile se objeví, protože při včasném zákroku je větší naděje na kvalitní zvládnutí bolesti</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>14. den</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl byl splněn, pacient si nestěžuje na bolest, hodnotí bolest jako VAS 1 po analgetických 3 x denně</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacient je bez bolestí, analgetika neužívá</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacient se cítí dobře, léky proti bolesti neužívá</p>

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
		<ul style="list-style-type: none"> -Pěčujte o pohodlí nemocného, které je základem nefarmakologického mírnění bolesti. -Nalezněte způsoby, jak se vyhnout bolesti nebo ji omezit na nejmenší možnou míru. -Podávejte analgetika dle indikace až po maximální dávky, pokud je to nutné k udržení přijatelné úrovně bolesti. Vyrozum lékaře v případě, že léčba není dostatečně účinná. -Poučte nemocného, jak má sám vést svoji analgetickou léčbu a sledujte jeho počínání. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra + lékař - Primární sestra+ pacient 	

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den a 7. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita - odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p> <p>Aktivita, intolerance (00092)</p> <p>P: intolerance aktivity</p> <p>E: Nervovnáha mezi dodávkou a potřebou kyslíku</p> <p>Subjektivní: Stížnosti na únavu nebo slabost, zhoršená tolerance námahy nebo námahová dušnost</p> <p>Objektivní: Abnormální odpověď tepové frekvence nebo krevního tlaku na aktivitu, změny na EKG upozorňující na arytmií</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Uplatnit metody ke zvýšení snášenlivosti aktivity</p> <p>Kritéria: od prvního dne po ukončení léčby</p>	<p>-Povšimněte si faktorů podléjících se na únavě.</p> <p>-Věnujte pozornost pacientovým stížnostem na slabost, únavu, bolest, obtíže při provádění různých činností a nespavost.</p> <p>-Posuďte kardiopulmonální odpověď na tělesnou aktivitu včetně základních fyziologických parametrů; zaznamenejte naměřené hodnoty před námahou, během ní i po jejím skončení. Všimněte si rychle se zhoršující či narůstající únavy.</p> <p>-Upravte aktivitu tak, aby nedocházelo k přetěžování nemocného. Snižte intenzitu činnosti nebo přerušete aktivitu, způsobující nežádoucí fyziologické změny.</p> <p>-Sledujte odpověď na kyslík, léky a změny léčebného režimu.</p> <p>-Postupně zvyšujte intenzitu cvičení, naučte pacienta, jak hospodařit s energií.</p> <p>-Při plánování péče dbejte na to, aby mezi činnostmi byl čas na odpočinek zmiřující únavu.</p> <p>-Poučte pacienta a jeho blízké, jak sledovat odpověď na aktivitu a rozpoznat objektivní i subjektivní příznaky ukazující na nutnost snížit úroveň aktivity.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + pacient</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární péče + pacient</p>	<p>Cíl částečně splněn, rehabilitaci zvládá, kromě chůze ven, během chůze je dušný</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je spokojen se svojí zvyšující se aktivitou</p> <p>28. den</p> <p>Cíl byl splněn, nemocný je schopen běžných denních činností bez únavy</p>

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den a 7. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 Aktivita – odpočinek</p> <p>Třída: kardiovaskulární a pulmonální odezva</p>	<p>Cíl: Dosáhnout účinného dýchání</p> <p>Kritérium: Od 27. 7. 2011 do 30 minut, s lékařem</p>	<p>- Vyšetřete hrudník poslechem a zaznamenejte přítomnost poslechových dýchacích fenoménů a známek zvýšené bronchiální sekrece.</p> <p>- Pověšměte si emočních projevů např. udýchanosti, pláče, chvění prstů.</p> <p>- Podávejte kyslík v nejnižší koncentraci indikované pro základní plicní onemocnění, respirační tíseň nebo cyanózu.</p> <p>- Dle potřeby zdvihněte hlavovou část lůžka, aby se usnadnila maximální inspirace.</p> <p>- S pacientem a jeho blízkými jednejte klidně a mírně, aby se mírnila úzkost.</p>	<p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl. Splněn, po odstranění arytmiie a zmenšení pleurálního výpotku se dech pacienta zlepšil</p>
<p>Oslabené dýchání 00033</p> <p>P: Dýchání nedostatečné</p> <p>E: Úzkost</p> <p>Subjektivní: Nedostatek dechu</p> <p>Objektivní: Dušnost, dyspnoe, ortopnoe</p>			<p>- Primární sestra</p>	<p>14. den – 28. den již žádná dušnost nenastala</p>
<p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>				

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den a 7. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 4 aktivity – odpočinek</p> <p>Třída: energetická rovnováha</p> <p>Únava (00093)</p> <p>P: Únava</p> <p>E: Zvýšená fyzická námaha, spánková deprivace</p> <p>Subjektivní: Pocit chybějící energie znemožňující vykonávat běžné úkoly, zvětšená potřeba odpočinku, neschopnost načerpat energii spánkem</p> <p>Objektivní: Ospalost, snížená výkonnost</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Účastnit se doporučeného léčebného programu</p> <p>Kritéria: Od prvního dne až po ukončení pobytu, primární sestra + fyzioterapeut</p>	<p>-Povšimněte si stádia nemoci, stavu výživy, rovnováhy tekutin. -Určete schopnost účastnit se různých aktivit a úroveň pohyblivosti. -Vyslechněte, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmiňuje. -Povšimněte si rozložení energie během dne (vrcholy, minima), která charakterizuje konkrétní typ únavy a umožňují načasování aktivity. -Změřte fyziologickou odpověď na aktivitu (např. změny krevního tlaku, srdeční a dechové frekvence.) -Akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu a nepodceňujte jim pociťovaný dopad únavy na nekalitu života. -Dohodněte se s pacientem na realistických cílech. Posilujte jeho zájem na tom, aby dosáhl co nejlepších výsledků.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra + fyzioterapeut - Primární sestra - Primární sestra. - Primární sestra + pacient</p>	<p>Cíl nesplněn, pacient se cítí po aktivitě velice unavený, po rehabilitaci si musí odpočinout.</p> <p>14. den Cíl byl splněn</p> <p>částečně, pacient je stále unavený, zvládá pouze rehabilitaci, po ní si musí jít lehnout</p> <p>28. den Cíl byl splněn, pacient se cítí dobře, únavu pociťuje pouze večer po celém dni, běžné životní aktivity zvládá bez obtíží</p>

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 3 Vylučování a výměna</p> <p>Třída: vyprazdňování moči</p> <p>Porušené vyprazdňování moči 00016</p> <p>P: močení porušené</p> <p>E: infekce močového ústrojí</p> <p>Subjektivní: Náhlé nucení na moč, dysurie</p> <p>Objektivní: Retence</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Dosáhnout normálního způsobu vylučování moči</p> <p>Kritéria: Od 27. 7. 2011 do 5 dnů, lékař + sestra</p>	<p>- Určete bližší dysfunkci močového měchýře podle zjištěné diagnózy. - Vezměte v úvahu věk a pohlaví pacienta. - Zjistěte dřívější stav močení a porovnejte ho se současnou situací. - Monitorujte režim léčby, podávání antimikrobiálních léků.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl Splněn, po 3 dnech antibiotické léčby se obtíže zmírnily a po 7 dnech úplně vymizely</p> <p>14. den – 28. den Cíl splněn, již žádné obtíže s močením nenastaly</p>

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 2 Výživa</p> <p>Třída: hydratace</p> <p>Tělesné tekutiny, riziko deficitu</p> <p>00027</p> <p>P: Tělesné tekutiny, riziko deficitu</p> <p>RF: osoby pokročilého věku, nedostatečné znalosti s ohledem na objem tekutin</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl:</p> <p>Odhaltit individuální rizikové faktory a vhodné intervence</p> <p>Kritéria:</p> <p>Od 27. 7. 2011 do 24. 8. 2011 sledování příjmu tekutin, primární sestra + pacient</p>	<p>-Pobízejte nemocného k pití, aby byl příjem tekutin co nejvyšší.</p> <p>-Sledujte rovnováhu mezi příjmem a výdejem a nezapomeňte připočítat nepozorovatelné ztráty, aby byl obraz stavu tekutin co nejpřesnější.</p> <p>-Posuzujte kožní turgor a stav sliznic</p> <p>-Doporučte vedení deníčku příjmu tekutin.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, u pacienta nevznikla dehydratace, pacient vypije za den 2000 ml.</p> <p>14. den</p> <p>Cíl byl splněn, pacient vypije za 24 hodin 1500 ml, dehydratace nenastala</p> <p>28. den</p> <p>Pacient vypije za den 1600 ml, dehydratace nevznikla</p>

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména:č. 11 Bezpečnost – ochrana</p> <p>Třída: tělesné poškození</p> <p>Porušená kožní integrita (00046)</p> <p>P: Kožní integrita porušená</p> <p>E: Mechanické faktory (operace)</p> <p>Subjektivní: necitlivost postižené oblasti/ jejího okolí</p> <p>Objektivní: Narušení tělesných struktur</p> <p>Stanovena: 27. 7. 2011</p>	<p>Cíl: Zhojit jizvu</p> <p>Kritéria: V den příjezdu do doby úplného zhojení, sestra + lékař</p>	<p>-Povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru. Posudíte změny barvy v oblasti bez pigmentace (např. skléra, spojivka, nehtová lůžka, bukmání sliznice, jazyk, dlaně, plošky nohou).</p> <p>-Postiženou oblast udržujte čistou /suchou, rány pečlivě obvazujte, chraňte je před infekcí a podporujte prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirození proces hojení.</p> <p>-Používejte vhodný obvazový materiál, krytí ran, drenážní prostředky a látky na ochranu kůže. Dle indikace vystavujte rány vzduchu a světlu.</p> <p>-Podávejte optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu.</p> <p>-Sledujte laboratorní výsledky, ukazující celkový stav i vývoj specifického problému.</p>	<p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra</p> <p>- Primární sestra + lékař</p> <p>-Primární sestra + lékař</p> <p>- Primární sestra + lékař</p>	<p>Cíl: částečně splněn, jizva je inflamovaná po celé délce, svorky ponechány o 2 dny déle, pak odstraněny</p> <p>14. den Cíl byl částečně splněn, jizva je inflamovaná v dolním pólu stereotomie.</p> <p>28. den Rána je zhojena jizvou. Bez známek zánětu.</p>

Pacient (č. 10), stanoveno 1. den a 7. den

Oblast dle M. Gordon	Ošetřovatelské cíle	Ošetřovatelské Intervence	Realizace	Finální hodnocení
<p>Doména: č. 11 Bezpečnost - ochrana</p> <p>Třída: infekce</p> <p>Riziko infekce 00004</p> <p>P: infekce, riziko vzniku</p> <p>RF: zavedený periferní katétr</p> <p>Stanovena: 27.7. 2011</p>	<p>Cíl: Nejevit známky infekce v okolí místa výstupu periferního žilního katétru</p> <p>Kritérium: Od 27. 7. 2011 od zavedení. - hodnocení dle Maddona nižší než 1 - po celou dobu zavedení periferního žilního katétru</p>	<p>- Pravidelně provádět převaz a kontrolovat okolí katétru za aseptických podmínek. - Při každém převazu zhodnotit okolí katétru. Stupnice dle Maddona. - Dbát o správný a aseptický přístup při aplikaci léků a infuzí do katétru. - Odstranit katétr při projevu infekce . (Maddona větší než 1) - Odstranit katétr, když už není zapotřebí.</p>	<p>- Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra - Primární sestra</p>	<p>Cíl byl splněn, žádné projevy zánětu okolo katétru nenastaly, třetí den byl katétr odstraněn. 2. 8. 2011 byl opět katétr zaveden pro fibrilaci siní, 2.den odstraněn, bez známek inflamace.</p> <p>14. den - 28. Den Periferní katétr se již do konce pobytu nezaváděl a po katétru z 27. 7. 2011 a 2. 8. 2011 nevznikl žádný zánět</p>

12 Výsledky jednotlivých cílů

12.1 Nejčastější ošetrovatelské potřeby

Tabulka č. 1: Nejčastější ošetrovatelské potřeby.

Ošetrovatelské diagnózy	počet
Bolest akutní	10
Kožní integrita porušená	9
Úzkost	4
Únava	9
Močení porušené	1
Výživa porušená, nedostatečná	1
Neznalost	2
Aktivity, intolerance	9
Srdeční výdej snížený	3
Spánek porušený	6
Péče o sebe sama nedostatečná	1
Dýchání nedostatečné	3
Infekce riziko, vzniku	5
Tělesné tekutiny, riziko deficitu	3
Zácpa riziko, vzniku	2



Graf č. 2: Nejčastější ošetrovatelské potřeby.

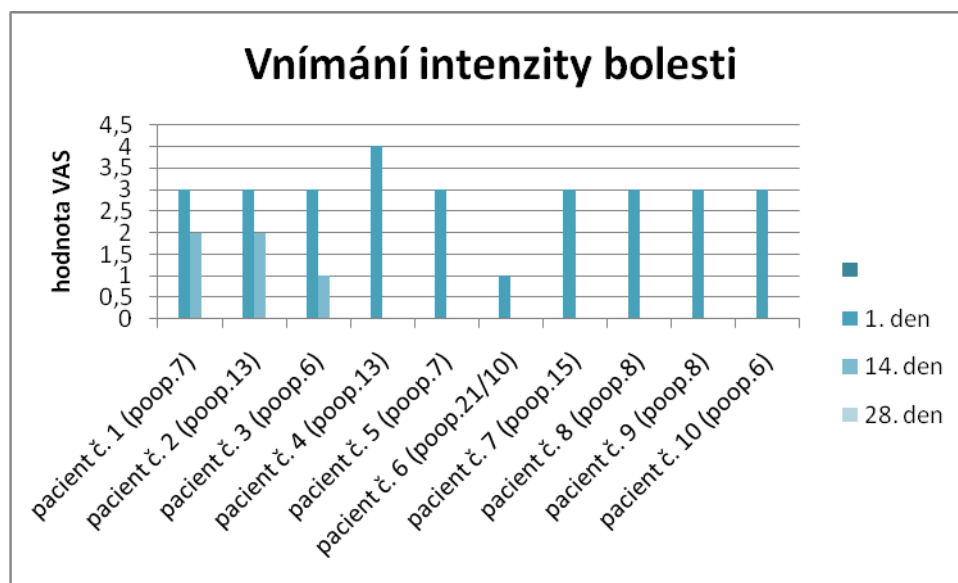
Komentář:

Nejčastější ošetřovatelským problémem je bolest, která trápí pacienty ze 100 %. Mezi druhé nejčastější ošetřovatelské problémy patří porušená kožní integrita, únava, intolerance aktivity, které se vyskytují v 90 %. V 60 % se vyskytuje porucha spánku a to především při usínání. V 50 % se vyskytuje ošetřovatelská diagnóza riziko vzniku infekce. K ošetřovatelským diagnózám, které se vyskytují od 40 % - 10 % patří úzkost, dýchání nedostatečné, riziko deficitu tělesných tekutin, zácpy riziko. V 10% se na Centru časné rehabilitace vyskytují nedostatečná péče o sebe sama, výživa porušená a nedostatečná, močení porušené.

12.2 Vnímání intenzity bolesti

Tabulka č. 2: Vnímání intenzity bolesti

Pacienti	1. den	14. den	28. den
pacient č. 1 (poop.7)	VAS 3	VAS 2	VAS 0
pacient č. 2 (poop.13)	VAS 3	VAS 2	VAS 0
pacient č. 3 (poop.6)	VAS 3	VAS 1	VAS 0
pacient č. 4 (poop.13)	VAS 4	VAS 0	VAS 0
pacient č. 5 (poop.7)	VAS 3	VAS 0	VAS 0
pacient č. 6 (poop.21/10)	VAS 1	VAS 0	VAS 0
pacient č. 7 (poop.15)	VAS 3	VAS 0	VAS 0
pacient č. 8 (poop.8)	VAS 3	VAS 0	VAS 0
pacient č. 9 (poop.8)	VAS 3	VAS 0	VAS 0
pacient č. 10 (poop.6)	VAS 3	VAS 0	VAS 0



Graf č. 3: Vnímání intenzity bolesti.

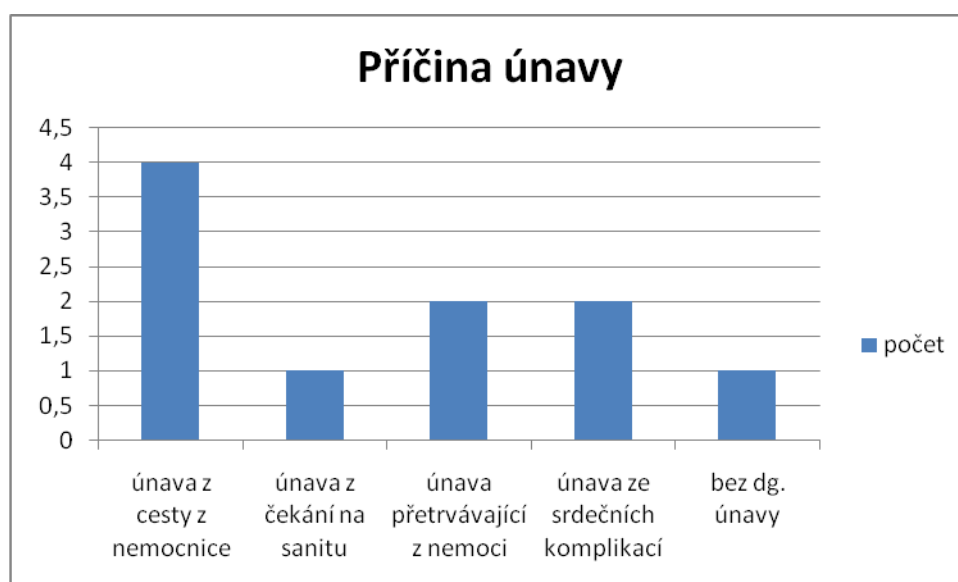
Komentář:

V tabulce či grafu je vidět, jak pacienti vnímají intenzitu bolesti. Intenzita bolesti je velice individuální a závislá na dni operace. V tomto grafu je patrné, že každý vnímá bolest různě dlouho. Nejčastěji hodnotí bolest jako VAS 3 v období od 6. až 15. den od operace. Dalších 14 dní je většina pacientů již bez bolesti, anebo mají bolesti mírné, především v noci. Na konci lázeňského pobytu jsou všichni sledovaní pacienti bez bolesti.

12.3 Příčina únavy pacientů první den po příjezdu z nemocnice

Tabulka č. 3: Příčina únavy

Příčina únavy	počet
únava z cesty z nemocnice	4
únava z čekání na sanitu	1
únava přetrvávající z nemoci	2
únava ze srdečních komplikací	2
bez dg. únavy	1



Graf č. 4: Příčina únavy

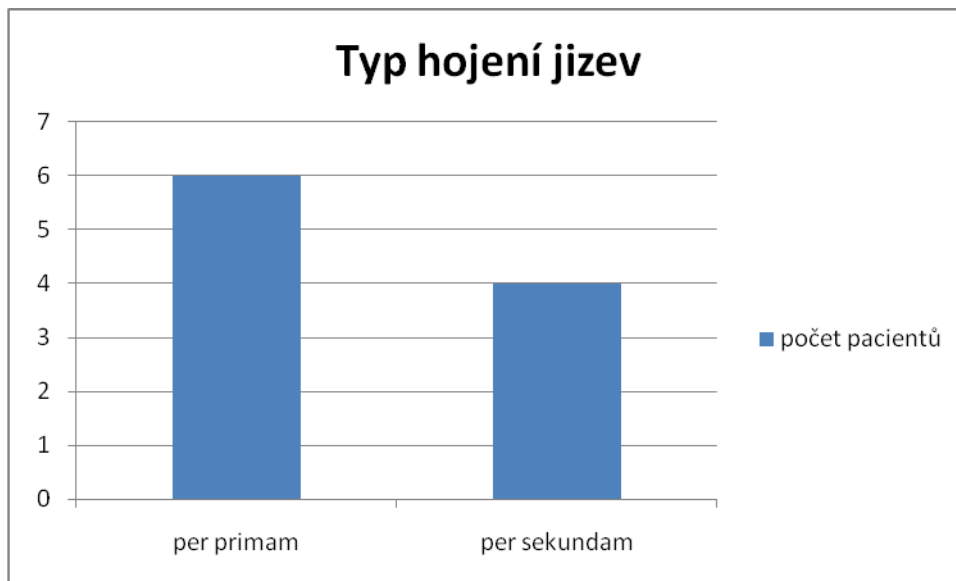
Komentář:

V této tabulce jsem chtěla poukázat na problematiku únavy pacientů první den po převozu z nemocnice. Jak je patrné z grafu, na prvním místě je únava po cestě z nemocnice. Pacienti po operacích srdce musí jet až několik hodin ve starých, málo pohodlných sanitkách, místo toho, aby byli přepraveni přímo do CČR. Z Prahy do Poděbrad by tato cesta mohla trvat pouhých 45 minut. Dále se často objevuje únava jako symptom u arytmií. Někteří pacienti jsou unaveni v důsledku vlastního onemocnění.

12.4 Vlivy na hojení jizev

Tabulka č. 4: Typ hojení jizvy

Hojení jizev	počet pacientů
per primam	6
per sekundam	4



Graf č. 5: Typ hojení jizev.

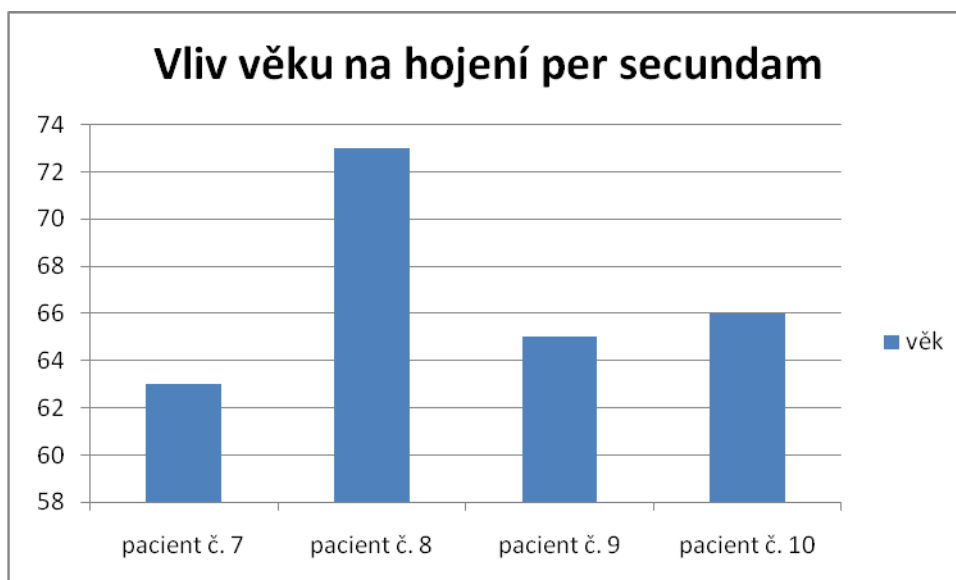
Komentář:

Z 10 pacientů se hojilo 6 pacientů per primam a 4 pacienti se hojili per sekundam.

12.5 Vliv na hojení jizev per sekundam

Tabulka č. 5: Vliv na hojení jizev per sekundam - věk

jizva hojící se per sekundam	věk
pacient č. 7	63
pacient č. 8	73
pacient č. 9	65
pacient č. 10	66



Graf č. 6: Vliv na hojení per sekundam - věk

Komentář:

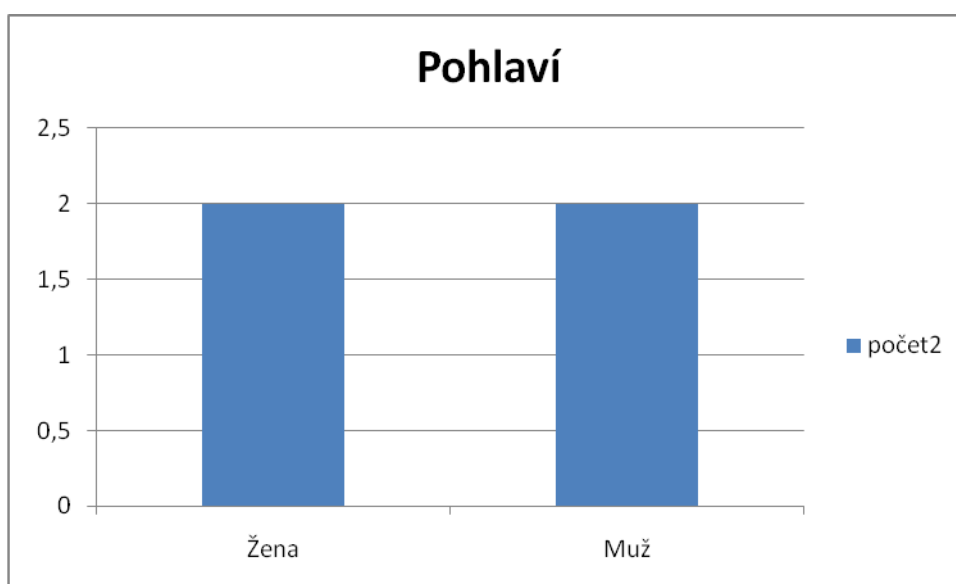
Pacientům, kterým se jizva hojila per sekundam, bylo 63, 65, 66 a 73 let.

Průměrný věk tedy byl 66,75 let a median 65,5 roku.

12.6 Vliv na hojení jizev per sekundam - pohlaví

Tabulka č. 6: Vliv pohlaví na hojení.

jizva hojící se per sekundam	pohlaví
pacient č. 7	muž
pacient č. 8	žena
pacient č. 9	žena
pacient č. 10	muž



Graf č.7: Vliv pohlaví na hojení.

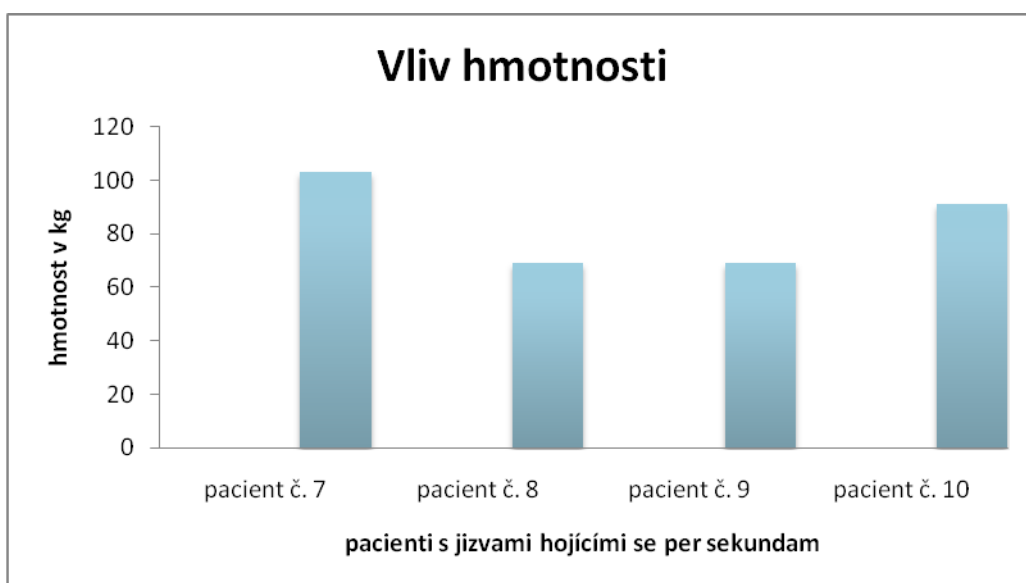
Komentář:

Pohlaví nemá žádný vliv na hojení jizev. Hojení jizev se objevuje v 50% u mužů a v 50 % u žen.

12.7 Vliv na hojení jizev per sekundam – hmotnost

Tabulka č. 7: Vliv hmotnosti

jizva hojící se per sekundam	váha
pacient č. 7	103
pacient č. 8	69
pacient č. 9	69
pacient č. 10	91



Graf č. 8: Vliv hmotnosti

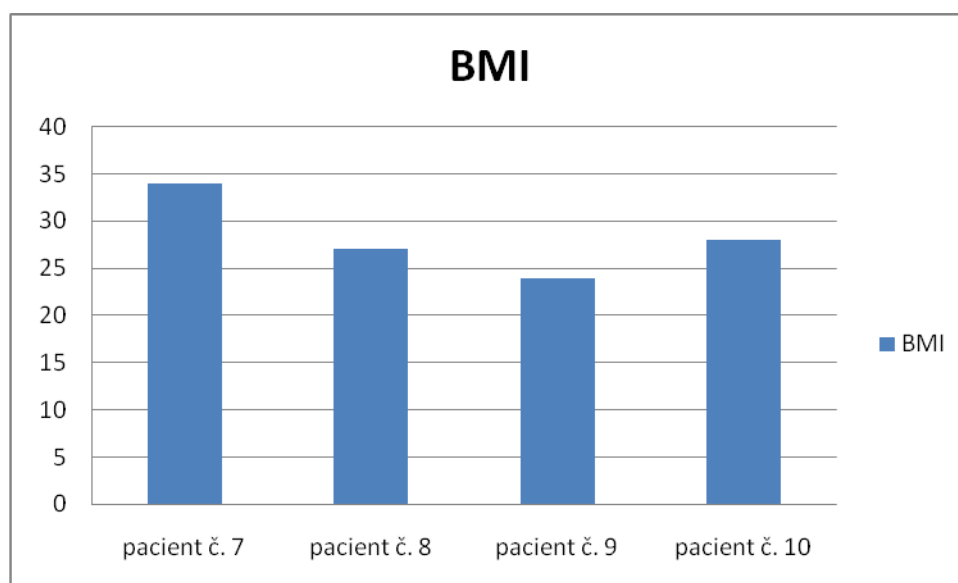
Komentář:

Hmotnost pacientů, kterým se hojily jizvy per sekundam, byla vyšší. Průměrná hmotnost byla 83 kg a v mediánu 80 kg.

12.8 Vliv na hojení jizev per sekundam - BMI

Tabulka č. 8: Ukazatel BMI v riziku hojení jizev.

jizva hojící se per sekundam	BMI
pacient č. 7	34
pacient č. 8	27
pacient č. 9	24
pacient č. 10	28



Graf č. 9: Vliv BMI

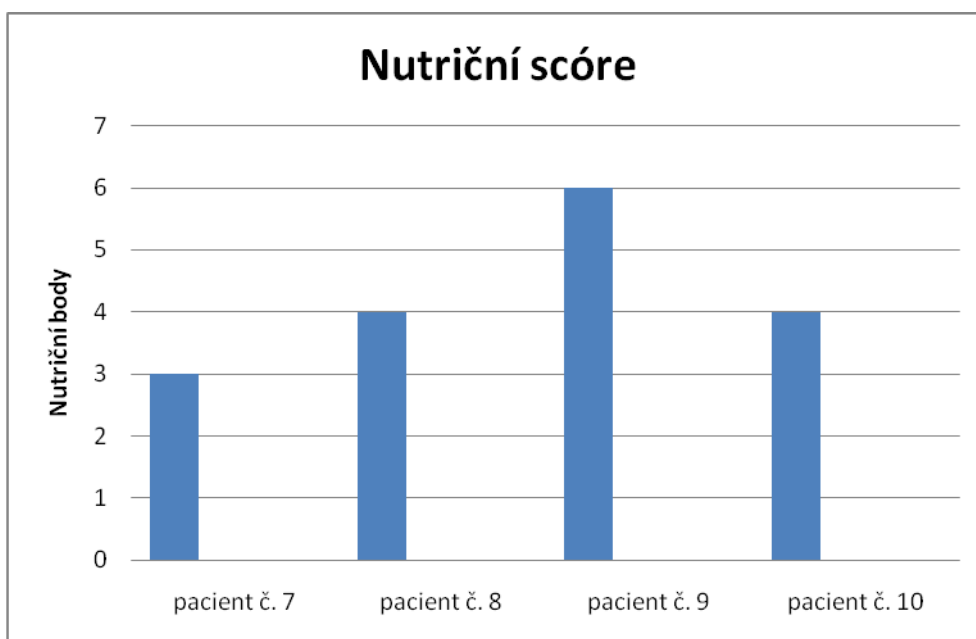
Komentář:

V body mass indexu jsou hodnoty 18,5 – 24,5 brány jako normální váha. 25-29,9 je nadváha. U jednoho z pacientů se objevilo BMI nad 30. Tato hodnota znamená obezitu. Z pacientů, kteří v uvedených kazuistikách mají hojení jizev per sekundam, je pouze jedna pacientka s normální váhou, dva pacienti jsou s nadváhou a jeden trpí obezitou.

12.9 Vliv na hojení jizev per sekundam - nutriční působení

Tabulka č. 9: Vliv nutrice

jizva hojící se per sekundam	nutriční skóre
pacient č. 7	3b - není nutná nutriční intervence
pacient č. 8	4b- nutné vyšetření dietní sestrou
pacient č. 9	6b - nutné vyšetření dietní sestrou
pacient č. 10	4b- nutné vyšetření dietní sestrou



Graf č. 10: Vliv nutrice

Komentář:

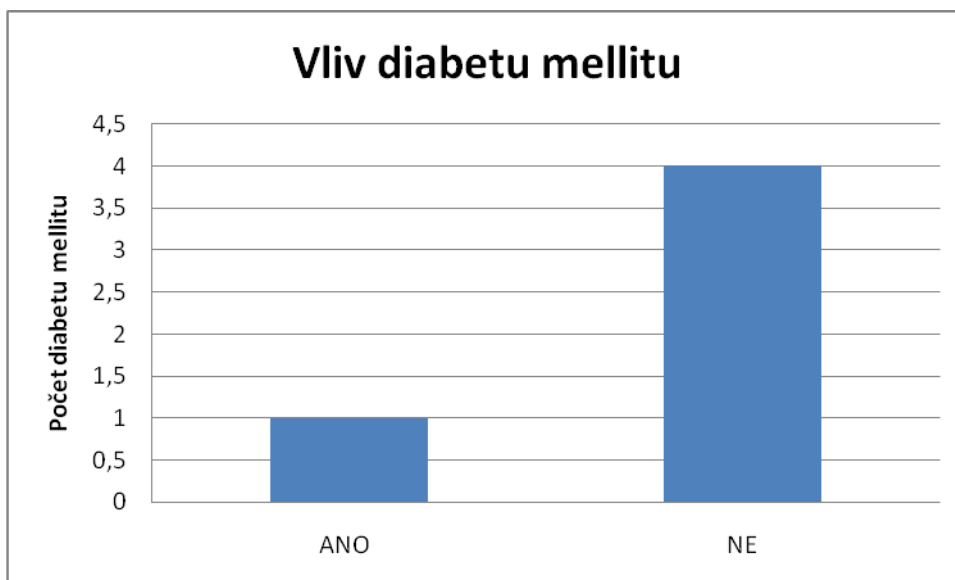
Dle mých výsledků, které jsem získal použitím škály (dospělé nutriční skóre) je zapotřebí vyšetření dietní sestrou, která sestaví správný individuální jídelníček, aby pacienti netrpěli malnutricí. Malnutrice ovlivňuje míru hojení jizev.

3 pacienti ze 4 potřebují konzultaci s nutriční terapeutkou.

12.10 Vliv diabetu mellitu na hojení jizev

Tabulka č. 10: Vliv na hojení jizev per sekundam - diabetes mellitus

jizva hojící se per sekundam	diabetes mellitus
pacient č. 7	NE
pacient č. 8	ANO, DM II. typu
pacient č. 9	NE
pacient č. 10	NE



Graf č. 11: Vliv na hojení jizev per sekundam: diabetes mellitus

Komentář:

Mezi pacienty - byl pouze jeden pacient diabetik II. typu na perorálních antidiabeticích.

V 90 % byli pacienti bez diagnózy diabetu mellitu.

III. DISKUZE

V rámci diskuze bych chtěla srovnat potřeby nemocných po operaci srdce. Dále bych chtěla porovnat péči u nás a ve světě a také zhodnotit výzkumné zkoumání mé bakalářské práce.

V oblasti operací srdečních chlopní jsem našla dostupné 2 bakalářské práce obhajované v roce 2008, a to *Ošetrovatelská péče o nemocného po náhradě aortální chlopně*, autorka Ciková Kamila a *Ošetřování nemocného po operaci s dg. aortální stenóza*, autorka Mokrejšová Pavlína. U jmenovaných autorek se objevují shodné tyto ošetrovatelské problémy: akutní bolest, porušený spánek, porušená integrita kůže. Ve výzkumech jmenovaných autorek se vyskytuje ještě riziko infekce, riziko vzniku tromboembolické nemoci, potenciální možnost vzniku pooperačních komplikací. V mých kazuistikách se již tyto diagnózy nevyskytují, nemocní jsou preventivně léčeni a aktivizováni, toto riziko je malé a prognóza u sledované skupiny osob byla dobrá.

V mém výzkumném šetření mi vyšlo, že v 100% nemocné sužuje akutní bolest. Dále jsou to poruchy spánku, nejčastěji z důvodu změny prostředí a bolesti. Mezi samozřejmě ošetrovatelské diagnózy patří porušená integrita kůže a intolerance aktivity, únava, úzkost. I přes tato výzkumná šetření musím dodat, že tito pacienti byli optimističtí. Mezi nejčastější komplikace patří hojení jizvy per sekundam a různé poruchy srdečního rytmu.

Kardiorehabilitaci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální. Bohužel ale primární rehabilitace v Evropě je minimální, jak je i vidět na uvedených kazuistikách. Všichni dotazovaní chodili na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři. Přitom víme, že kardiorehabilitace není výsadou pouze fyzioterapeuta, kardiologa, ale i praktického lékaře, zdravotních sester, psychologů a nutričních terapeutů. Neměli bychom se nad tímto faktem zamyslet? (*Rehabilitace, Život po operaci*, online [cit. 2011-04-11])

Časná rehabilitace je po operaci srdce podporována Světovou zdravotnickou organizací. Ve vyspělých zemích je prováděna kardiorehabilitace více méně podobně. V USA je nemocný propuštěn do domácí péče. Před propuštěním do domácí péče je edukován o medikamentózní léčbě, ošetřování jizvy a lékařské pomoci. Většina lidí po operaci rehabilituje týdně. Rehabilitace se zaměřuje na více faktů, ne jen pouze na fyzickou kondici, ale i na snížení rizikových faktorů, zvládnání stresu, úzkostí a depresí. V Evropě docházejí po operaci nemocní také na ambulantní rehabilitaci, anebo mohou jít do rehabilitačních center. V ČR mají možnosti jít domů a rehabilitovat na ambulantních pracovištích, nebo podstoupit

lázeňskou péči během 6 měsíců po operaci. Od roku 2007 mají možnost jet z nemocničního lůžka na lůžko časně rehabilitace. (Aroesty J., M., MD online [cit. 2011-04-11]),

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na pacienty po operaci chlopenní vady, Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy patří akutní bolest, porušená integrita kůže, porucha spánku, úzkost, únava, intolerance aktivity, oslabené dýchání, deficit tekutin.

V druhé řadě jsem chtěla poukázat na to, že každý pacient je individuální a bolest cítí každý jinak. Pacienti přijíždí od 6. dne po 15. den od operace, první dny, hodnotí bolest na analogové škále bolesti VAS 3. Dále jsem zkoumala míru bolestivosti po 14 dnech lázeňské péče. V 70 % jsou již pacienti bez bolesti na hrudní kosti a bolestí zad, které je nejvíce obtěžovaly. Na bolesti zad jsou ordinovány masáže zad, takzvaná měkká technika a elektroléčba.

Dalším předmětem zkoumání bylo, proč se někomu hojí jizvy per primam a některým per sekundam. Jizvy se hojí dle mých poznatků hůře starším lidem, dále pacientům s nadváhou či obezitou a především v 75 % pacientů s potřebou nutriční intervence. Tito pacienti v laboratorních výsledcích mají nízké hodnoty celkové bílkoviny a albuminu. Těmto pacientům lékaři doporučují jíst více masa, jogurtů a pít sipping.

Posledním cílem bylo zjistit informovanost pacientů o léčbě Warfarinem. Překvapilo mě, že většina pacientů byla o všem informovaná a neměli žádné dotazy. Pouze 2 pacienti si stěžovali, že moc o této léčbě nevědí a chtěli podat více informací. Pacienti si sami o informace řekli. Domnívám se, že informovanost pacientů vzrostla.

IV. ZÁVĚR

Svou bakalářskou prací jsem chtěla poukázat na časnou rehabilitaci v České republice a na potřeby nemocných po operaci chlopenních vad. Na oddělení Centra časné rehabilitace není zavedena samostatná ošetřovatelská dokumentace s ošetřovatelským procesem. Chtěla jsem využít svoji bakalářskou práci pro zlepšení a zkvalitnění práce na našem oddělení. Má práce bude využita pro vytvoření ošetřovatelského procesu na oddělení. Věřím, že mé kolegyně uvítají nové změny. Velice by mě potěšilo, kdyby studující kolegyně pokračovali v této studii a mé poznatky potvrdily a nebo doplnily o nové potřeby klientů, které by se dali vyřešit ke spokojenosti. Vybrala jsem si náhrady srdečních chlopní. Také jsem chtěla uvést, jak a co děláme na Centru časné rehabilitace, protože se domnívám, že je malá povědomost společnosti o naší práci. Ve vyučovaném předmětu kardiologie pro sestry je na prvním místě vždy ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, ale na získané chlopenní vady je podle mně méně prostoru. V teoretické části jsem chtěla přiblížit druhy srdečních chlopenních vad a typy chlopenních náhrad, léčbu a následnou rehabilitaci v nemocnici a na Centru časné rehabilitace.

V ošetřovatelské části jsem zpracovala 10 kazuistik podle zvoleného modelu Gordonové, který je podle mého uvážení pro sběr informací velice komplexní. Ošetřovatelské anamnézy a kazuistiky jsem dala do příloh pro jejich velký obsah. Kazuistiky jsem vytvářela první den příjezdu s ošetřovatelskými diagnózami a dále jsem realizovala a hodnotila tyto stanovené ošetřovatelské diagnózy 14. a 28. den lázeňské péče. Po náhradě srdečních chlopní mohou vzniknout různé komplikace, kterým se chceme všichni vyhnout. U 5 pacientů komplikace nastaly, u 5 pacientů ne. U pacientů s komplikacemi se vše řešilo na Centru časné rehabilitace. Hojení jizev per sekundam se řešilo v převazové místnosti, kde se používá biotronová lampa a provádějí asepticky převazy. Mezi nejčastější komplikace u pacientů po operaci srdce jsou různé arytmie, které se řeší medikamentózní verzí anebo elektrickou kardioverzí. U pacientů postačila farmakologická léčba.

V. Anotace

Autor: Michaela Dlabová

Institute: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelský proces po náhradě srdeční chlopně

Vedoucí práce: Mgr. Votroubková Michaela

Počet stran: 225

Počet příloh: 14

Rok obhajoby: 2012

Klíčová slova: chlopenní vada, léčba, rehabilitace

Touto bakalářskou prací jsem chtěla poukázat na problematiku získaných srdečních vad a jejich operativní řešení. Práce obsahuje anatomii, příčiny, příznaky léčbu, typy chlopenních náhrad a kardiorehabilitaci po operaci. Při psaní této práce jsem si uvědomila, že je velice důležitá rehabilitace po operaci a prohloubila vědomosti o časně rehabilitaci v nemocniční péči. V empirické části jsem chtěla poukázat na ošetrovatelské problémy u pacientů po náhradě srdeční chlopně v den příjezdu na Centrum časně rehabilitace a následně 14. a 28. den lázeňské péče.

Anotace v anglickém jazyce

In this bachelor thesis I would like to highlight the issue of acquired heart defects and their operational solutions. This work contains of anatomy, causes, symptoms of treatment and valvular types of replacements. Also discusses cardio rehabilitation refunds after surgery. During writing this work I have realized that it is very important to do the rehabilitation after surgery. I also deepen my knowledge about the early rehabilitation in hospital care. In the empirical part, I want to point out to the nursing problems with patients after heart valve replacement on the day of arrival at the rehabilitation early center and then 14th and 28th day of spa treatment.

VI. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČERBÁK R., et al. *Nejčastější chlopenní vady Aortální stenóza a mitrální regurgitace*, Praha: Galén 2007, 188 s., ISBN 978-80-7262-523-9
- DOENGES M. E., MOORHOUSE M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry Druhé přepracované a rozšířené vydání*, Praha: Grada 2001, 568 s., ISBN 80-247-0242-8
- DOMINIK, J., ŽÁČEK P., *Chirurgie srdečních chlopní.(....nejen pro kardiochirurgy)* 1.vyd., Praha: Grada 2008.368 s. ISBN 978-80247-27127
- DOMINIK J. *Kardiochirurgie* Praha: Grada,1998.216s. ISBN 80-7169669-2.
- FIALA P., VALENTA J., EBERLOVÁ L., *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*, Praha: Karolinum 2008, 2.vyd.,173 s., ISBN 978-80-246-1491-5
- HROMÁDKOVÁ J., *Fyzioterapie* 1. vyd., H end H, 1999, 428 s., ISBN 8086022-45-5
- CHALOUPKA V., a kol., *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně2000,vyd., 198 s., ISBN 80-7013-297-3
- KAPOUNOVÁ G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Praha: Grada, 1.vyd.,2007, 352+16s., ISBN 978-80-247-1830-9
- KETTNER, J. a VOJÁČEK J., *Klinická kardiologie*. 1.vyd., Nuclus HK 2009. 932 s. ISBN 978-8087009-58-1
- KOLÁŘ, J. a kolektiv. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*, 3.vyd., Praha: Akcentra 2003.416+16s.ISBN 80-86232-06-9

- KOLÁŘ J., et al., *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, 4. vyd., Galén 2009, 480 s., ISBN 978-80-7262-604-5
- KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713.
- MAREČKOVÁ J., *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*, Praha: Grada 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- MARŠÁLEK P., *Pohybová terapie po akutních srdečních příhodách*, vyd.1., Triton 2006, str. 83, ISBN 80-7254-709-7
- MARŠÁLEK P., *Rehabilitace a Pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*, 1. vyd. Praha: Triton 2006, 125 s., ISBN 80-7254-740-2
- PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetrovatelství v kostce*, Praha: Grada 2006, 152s. ISBN 80-247-1211-3
- RAMRAKHA P., HILL J., *Oxford Handbook of Cardiology*, first Publisher 2006, 722s., ISBN 0-19-852597-4 1978-0-19-852597-4
- ŘEHOŘOVÁ, J., SOVOVÁ, E. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada 2004. 164s. ISBN 80-247-1009-9
- SCHNEIDEROVÁ M., VACHKOVÁ Eva a kol., *Deník praxe studenta bakalařského studijního programu Ošetrovatelství – kombinovaná forma oboru Všeobecná sestra*, MSD Brno 2008. 70 s., ISBN 978-80-7392-019-7
- Doc. PhDr. STAŇKOVÁ M., CSc., *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. NCONZO Brno 2006, 55 s., ISBN 80-70-13-323-6
- VESELKA J., HONĚK T., ŠPATENKA J., *Získané chlopení vady srdce*, Medcor Europe Publishing Praha 2000, 1. vyd. 325 s., ISBN 80-90-26-78-0-7

- ZELENKOVÁ J., VEJVALKA J., HOLÁ D., SEGETHOVÁ J., PAVELKOVÁ Z., *Příručka interní propedeutiky*, 1. vyd. Praha:Triton 2002, ISBN 80-72-54-226-5

Internetové zdroje

- VÍTOVEC J., *Kardiologická propedeutika* [cit. 2010-10-15] Dostupné na www [online] <http://www.jirivitovec.cz/predn/medici/proped.pdf>
- KOUKALOVÁ S., *Klasifikace dle NYHA* [cit.2010-11-02] Dostupné na www [online] <http://vnl.xf.cz/ose/ose-nyha.php>
- *Časná rehabilitace po kardiiovaskulárních operacích*, 10. 07. 2003, [cit. 2011-02-10] Dostupné na www [online] www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/casna-rehabilitace-po-kardiiovaskularnich-operacich-155464
- *Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation National heart Foundation of Australia* , Australian Cardiac Rehabilitation Association , [cit.2011-02-10] Dostupné na www [online] www.heartfoundation.org.au/siteCollectionDocuments/cr2004_20pdf.tec
- MAŘATKA V., *Lázně Poděbrady*, [cit. 2011-02-10] Dostupné na www [online] <http://kardiochirurgie.ikem.cz/cs/poradna/lazne/192-lazne-casna-rehabilitace.html>
- MAŘATKA, V., *Centrum Časně rehabilitace* [cit. 2011-02-10] Dostupné na www [online] www.lecebne-lazne.cz/storaga/get/421-casna-rehabilitace-po..

TONDROVÁ I., *Ošetrovatelský proces*, duben 2009, [cit.2011-02-25] Dostupné na www [online] http://www.szmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/O%C5%A0ET%C5%98OVATELSK%C3%9D_PROCES.pdf

- MORAVOVÁ J., *Koncepce ošetrovatelské péče*, 2008.1.vyd.,12s., [cit. 2011-02-25] Dostupné na www [online] <http://www.nemho.cz/oddeleni/luzkova-cast/osetrovatelska-pece/koncepce-osetrovatelske-pece-2008.htm>

- ČERBÁK R., *Interní Medicína pro praxi* 2002/3 Chlopenní srdeční vady [cit.2011-03-01] Dostupné na [www\[online\]www.solen.cz](http://www.solen.cz)
- *Ošetřovatelský proces* [cit. 2011-03-01] Dostupné na [www\[online\]http://www.wikiskripta.eu/index.php/O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%BD_proces](http://www.wikiskripta.eu/index.php/O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%BD_proces)
- *Rehabilitace, Život po operaci*, MeDitorial 2011, posl. Akt.10.04.2011 ISSN 1803-8212 [cit. 2011-04-11] Dostupné na [www \[online\]http://www.kardiochirurgie.cz/rehabilitace](http://www.kardiochirurgie.cz/rehabilitace)
- AROESTY J., M., MD [cit. 2011-04-11] Dostupné na [www \[online\]:www.uptodate.com/contents/patient-information-recovery-after-coronary-artery-bypass-graft-surgery-cabg](http://www.uptodate.com/contents/patient-information-recovery-after-coronary-artery-bypass-graft-surgery-cabg)
- VÍTOVEC J., *Co vše musí budoucí kardiolog znát z propedeutiky srdce?* [cit. 2010-10-15] Dostupné na [www \[online\]http://www.jirivitovec.cz/predn/lekari/propedeutika.pdf](http://www.jirivitovec.cz/predn/lekari/propedeutika.pdf)
- Konference 2009, online [cit. 2011-02-10] Dostupné na <http://www.solen.cz/pdfs/kar/2009/04/06.pdf>
- KAUTZNER J., a výbor Pracovní skupiny pro arytmiie a kardiostimulaci, Při České kardiologické společnosti, *Synkopa: Diagnostika a léčba* [cit. 2012-06-13]) Dostupné na <http://www.ecoretvasa.cz/casopis/obsah?rok=2007&mesic=02>

VII. SEZNAM ZKRATEK

AA	alergická anamnéza
BMI	Body mass index - výpočet stavu výživy z tělesné výšky a váhy
CČR	Centrum časné rehabilitace
CMP	cévní mozková příhoda
CRP	c- reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D	dech
EF	ejekční frakce
ECHO	echokardiografické vyšetření
EKG	elektrokardiograf
FA	farmakologická anamnéza
FIS	fibrilace síní
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale
GFS	gastrofibroskopie
INR	international normalized ratio
KO	krevní obraz
KS	kardiostimulátor
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
MWT	minutový walk test
NO	nynější onemocnění
NYHA	New York Heart Association
OA	osobní anamnéza
OP	operační sál
P	puls
PAD	perorální antidiabetika
PDK	pravá dolní končetina
PHK	pravá horní končetina
PM	pace maker
RA	rodinná anamnéza

RTG	rentgenové vyšetření
SA	sociální anamnéza
SR	sinusový rytmus
Tbl.	tablety
TF	tepová frekvence
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
TU	tumor
UPT	umělé přerušeni těhotenství
USG	ultrasonografické vyšetření
VAS	Visuální analogová stupnice
VAS	Vizuální analogová stupnice
VFN	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
WHO	Světová zdravotnická organizace

VIII. SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek č. 1: Srdce s věnčitými tepnami
Obrázek č. 2: Anatomie srdečních oddílů
Obrázek č. 3: Umístění elektrod hrudních svodů
Obrázek č. 4: Schéma pravostranné katetrizace
Obrázek č. 5: Různé typy protéz srdečních chlopní

IX. SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Nejčastější ošetřovatelské potřeby.
Tabulka č. 2: Vnímání intenzity bolesti.
Tabulka č. 3: Příčiny únavy.
Tabulka č. 4: Typ hojení jizvy.
Tabulka č. 5: Vliv na hojení jizev per sekundam – věk.
Tabulka č. 6: Vliv pohlaví na hojení.
Tabulka č. 7: Vliv hmotnosti.
Tabulka č. 8: Ukazatel BMI v riziku hojení jizev.
Tabulka č. 9: Vliv nutrice.
Tabulka č. 10: Vliv na hojení jizev per sekundam- Diabetes mellitus.

X. SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Počet pacientů v sledovaném období na CČR.
Graf č. 2: Nejčastější ošetřovatelské potřeby.
Graf č. 3: Vnímání intenzity bolesti.
Graf č. 4: Příčiny únavy.
Graf č. 5: Typ hojení jizvy.
Graf č. 6: Vliv na hojení jizev per sekundam – věk.
Graf č. 7: Vliv pohlaví na hojení.
Graf č. 8: Vliv hmotnosti.
Graf č. 9: Ukazatel BMI v riziku hojení jizev.
Graf č. 10: Vliv nutrice.
Graf č. 11: Vliv na hojení jizev per sekundam- Diabetes mellitus.

XI. SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 kazuistika pacienta č. 1
- Příloha č. 2 kazuistika pacienta č. 2
- Příloha č. 3 kazuistika pacienta č. 3
- Příloha č. 4 kazuistika pacienta č. 4
- Příloha č. 5 kazuistika pacienta č. 5
- Příloha č. 6 kazuistika pacienta č. 6
- Příloha č. 7 kazuistika pacienta č. 7
- Příloha č. 8 kazuistika pacienta č. 8
- Příloha č. 9 kazuistika pacienta č. 9
- Příloha č. 10 kazuistika pacienta č. 10
- Příloha č. 11 Doporučení po operaci srdce
- Příloha č. 12 Ošetrovatelský proces
- Příloha č. 13 Model Gordonové
- Příloha č. 14 Žádost o výzkumné šetření

Příloha č. 1

Kazuistika pacienta č. 1

Cíl: Pacient byl přijatý k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu z Fakultní nemocnice Karlovo náměstí. Klient je po plastice mitrální chlopně a anuloplastice trikuspidální chlopně. Chodí pravidelně ke svému obvodnímu lékaři a ke kardiologovi, kterého navštěvuje každé 3 měsíce. Během posledních měsíců před operací se pacientovi zhoršilo dýchání. Zadržával se při fyzické námaze. Dnes po příjezdu se pacient cítí unavený, měl velkou bolest v šijové oblasti. Cílem je aktivizovat nemocného, zmírnit bolest, hojení jizev po operaci per primam, navodit správný spánkový režim a zmírnit pocit únavy.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

52 let, povoláním dělník, bydlí s manželkou v rodinném domku. Dne 17. 2. byla provedena plastika mitrální chlopně, anuloplastika trikuspidální chlopně, Maze- kryoablace. 21. 2. implantace PM pro AVB III. stupně.

Diagnóza základního onemocnění

I. 060 stav po operaci chlopně

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin – dle hodnot INR

Fraxiparin 0,6 ml s. c. 2 x denně do INR2,0

Cordarone 200 mg 2-2-2 na 10 dnů, dále 1-0-0

Komorbidity:

arteriální hypertenze

dyslipidémie

Léčba komorbidit:

Vasocardin 50 mg ½- 0- ½

Coxtral 100mg 1-0-1

Helicid 20 mg 1-0-1

Plánované vyšetření:

25.2 2011 Echokardiologické vyšetření

25. 2. 2011 KO, INR, základní vyšetření biochemické

Datumový příjem pacienta a typ zařízení, odkud byl přeložen:

Pacient byl odeslán z lůžka VFN po kardiochirurgickém zákroku ze dne 17. 2., kde byla provedena plastika mitrální chlopně a anuloplastika trikuspidální chlopně. Během pobytu mu byl implantován pacemaker pro AVB III. stupně.

Dieta: 7W – nízkocholesterolovou warfarinovou

Příjmová zpráva: 24. 2. 2011

NO: Pacient byl přijat k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka VFN s dg.: 17. 2. plastika mitrální chlopně, anuloplastika trikuspidální chlopně, Maze – kryoablace. Časně pooperačně AVB III. stupně, náhradní rytmus 50/min., iniciálně epikard. Stimulace, dále vzhledem ke stimulaci n. phrenicus zavedena transvenosní elektroda, nepřilíš spolehlivě umístěná. 21. 2. implantace PM v režimu DDDR, dále pleurální punkce vlevo 300 ml, zahájena antikoagulační terapie, kontrolní sono pleury – oboustranný plášťový fluidothorax ke konzervativní terapii. Při přijetí únava, při pohybu se zadýchává, vertigo 0, kolaps ne, dyspepsie 0, stolice a močení norm.

Status praesens: Orientován, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace, výživy.

TK: 145/70 mmHg, TF: 85 /min, reg, T: afebrilní, Výška: 175cm, Váha: 92kg, Obvod pasu: 105cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanózy, chrup byl sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně.

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii klidná. V levé podklíčkové oblasti je implantován kardiostimulátor, jizva je klidná, stehy ponechány.

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové, lehce oslabená levá base, místo po punkci klidné.

Srdce: pokleповě nezvětšeno, akce srdeční nepravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciatně bubínkový, měkké, volně prohmatané, palpačně nebolestivé, bez patologických rezistencí, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý,

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: Bez otoků, arteriální pulzace hmatná do periférie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nález: v normě

Anamnéza:

RA: otec + v 82 na CMP, matka + 64 let kostní onemocnění.

OA: pacient s insuficiencí mitrální a trikuspidální chlopně a Fis, **17. 2. 2011 VFN/:** **plastica valv. Mitralis cum C-E Physio ring No 34, anuloplastica valv. Tricuspidalis cum Duran ring No 31, MAZE- kryoablace. 21. 2.** Ost.dg.: arteriální hypertenze, dyslipidemie

FA: Warfarin dle INR, Fraxiparine 0,6 ml s. c. do INR 2,0, Vasocardin 50 mg 1/2-0-1/2, Cordarone 200 mg 2-2-2 na 10 dnů, pak 1-0-0, Coxtral 100 mg 1-0-1, Helicid 20 mg 1-0-1.

AA: Mono Mack

SA: dělník, ženatý, bydlí s manželkou

Abusus: nekuřák

Model Gordonové stanoven dne 24. 02. 2010

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan, 52 let, přijat na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavený z cesty a má bolesti v šijové oblasti. Klient své zdraví hodnotí jako dobré. Minulý rok prodělal pouze 1x chřipku, kterou léčil Paralenem a čajem s citronem. Během posledních měsíců před operací se mu hůře dýchalo, zadýchával se během fyzické aktivity. Pacient navštěvuje pravidelně kardiologickou ambulanci každé 3 měsíce, naposledy 14 dní před operací. Stomatologa již nenavštěvuje, má pevnou umělou zubní náhradu, která mu nečiní žádné obtíže. Obvodního lékaře navštěvuje pravidelně. Nechává se očkovat každý rok proti chřipce, loňského roku v listopadu. V listopadu mu byla aplikována 1 dávka proti tetanu. Klient nekouří, alkohol jen příležitostně. Podle slov pacienta 10 piv za rok. Úrazy neměl. Pacient dodržuje vše, o čem ho lékaři a sestry informují, zajímá se i sám, co by mohl pro své zdraví udělat.

2. Výživa a metabolismus

Klient se stravuje 5x denně pravidelně. Ráno snídá okolo 5. hodiny, pokud jde do práce. Snídá chléb se sýrem nebo šunkou. Okolo 10. hodiny si dává kávu a nějakou sušenku. Ve 13 hodin jde ve firmě na oběd. Mají výběr z 2 jídel. Po práci přijde domů, dá si kávu a nějakou svačinku, jako je jogurt či pečivo s přílohou. K večeři si bere, co je právě v ledničce, není vybíravý, má rád skoro vše. Jedině co nejí, je špenát a dušená mrkev. Pije asi 1,5-2 litry za den. Má rád ochucené minerální vody. Tělesná váha se mu za posledních 12 měsíců nezměnila. Chuť k jídlu má dobrou. Se zubní náhradou nemá žádné obtíže, rozkouše vše bez obtíží, nemá žádné obtíže. Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekcí, na hrudním koši je provedena sternotomie a v levé podklíčkové oblasti jizva po zavedení kardiostimulátoru. Tyto jizvy se hojí per primam, kůže je fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Pacient je upravený, nehty má ostříhané a čisté. Vlasy učesané mírně prošeďovělé.

Hmotnost má stálou: 92 kg a **výška**: 175 cm

BMI- 30,04 mírná obezita

Dospělé nutriční skóre- 2 – není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové – 34- není riziko vzniku dekubitu

3. Vylučování

Na stolicí chodí doma z 90% pravidelně tak 1x za den. Pokud nejde do práce, tak chodí v ranních hodinách. Pokud jde do práce, chodí na stolicí až v odpoledních hodinách. Dle pacientova posouzení je stolice tuhá, bez příměsí, hnědé barvy. Není žádný kvasný, ani hnilobný zápach. Laxantiva neužívá. Při změně prostředí vždy 1 či 2 dny nemůže na stolicí, ale po tomto období je stolice zase pravidelná. Bolesti břicha nemá. S močením problémy nemá, žádné bolesti, řezání ani pálení při močení neudává, Moč je bez příměsí, je bez zápachu. Chodí asi tak 6 x za den na WC, a v noci 1x za noc. Pacient chodí na záchod bez dopomoci. Nyní nepozoruje zvýšené pocení, bez výrazného oděru.

4. Aktivita, cvičení

Pacient je nyní na neschopence. Pacient rád chodí na procházky po lese a rybaří. Nyní v posledních dnech ho limitoval dech, cítil se unavený. Nyní po operaci se pomalu snaží procházet, doufá, že až přijde domů, bude opět moci jít do lesa a tam odpočívat. Nyní se cítí stále dušný a má bolesti krční a šijové oblasti, které ho limitují. Je soběstačný ve všech samoobslužných činnostech.

Barthelův test běžných činností - 100 b- nezávislý

Riziko pádu – 0 bez rizika

Vnímání schopností pro denní aktivity:

1. Schopnost se najíst: Na jídlo si dojde sám a nají se.

2. Schopnost umýt se: Sám.

3. Schopnost vykoupat se: Sám bez pomoci.

4. Schopnost upravit se: Sám se upraví.

5. Celková pohyblivost: Dobrá.

6. Schopnost dojít si na toaletu: Sám si dojde.

7. Schopnost obléci se: Oblékne se sám.

5. Spánek, odpočinek

Se spánkem doma nemá žádné problémy. Nyní v nemocnici a zde v lázních raději chce léky na spaní, aby spal celou noc bez probouzení. Pacient si tyto léky vzal okolo 22. hodiny. Ráno se probouzí a cítí se unavený. Po obědě si jde lehnout doma i zde na 1-2 hodiny. Klient rád relaxuje v přírodě, chodí rád do lesa a na ryby.

6. Vnímání a poznávání

Vědomí jasné, je plně orientován v osobě, čase i místem. Se sluchem neudává žádné problémy, šepot slyší. Nosí brýle na čtení, na pravém i levém oku má 1,5 dioptrie, je dalekozraký. Očního lékaře navštěvuje 1x za rok. Poslední kontrola byla 23. 1. 2011. Paměť má dobrou, pamatuje si vše, co mu bylo řečeno. S učením, dle pacienta, nemá žádný problém. Rozhoduje se adekvátně, pocit nejistoty neudává. Vyjadřuje se adekvátně, srozumitelně a je bez vady řeči. Bolest udává v šijové oblasti a v oblasti krční páteře. Bolest je tupá, vyskytující se celý den, s tendencí se zhoršovat v klidu na lůžku. Léky na bolest vyžaduje po 8 hodinách.

GCS 15 – bez poruchy vědomí

Folsteinův test kognitivních funkcí – mini – mental state test 24 bez poruchy

Vizuální analogová škála – škála výrazu obličeje – VAS 4

7. Sebepojetí, sebeúcta

Klient se považuje za optimistu bez pevné vůle. Je společenský, hovorný a vlídný. V náročných situacích se spoléhá převážně sám na sebe. Nerad se zpovídá druhým, vše se snaží sám vyřešit. Na otázku, zda se cítí nějak omezen v době po operaci, odpovídá, že ano, a to v pohybu. Byl zvyklý chodit po lese více km, nyní ujde 500m a je unavený, musí posedávat. Klient je o svém stavu a o postupném navrácení sil je informován. Pevně věří, že z lázní bude odjíždět v plné síle.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou v rodinném domku se zahrádkou na vesnici. Vychoval 3 děti, se kterými vychází dobře. Jeho nemoc zasáhla celou rodinu, všichni za ním chodí pravidelně na návštěvy. Nyní jsou již spokojeni, že vše dopadlo dobře. Klient je spokojený a bez projevů zneklidnění či strachu, co bude do budoucna.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

S prostatou obtíže nemá a dále na toto téma jsem se neptala.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Stresové situace zvládá sám. Stres má jen občas, nejčastěji se vystresuje okolím nebo strachem o své zdraví či zdraví své rodiny. Stres zvládá relaxací v přírodě.

Stupnice hodnocení psychického zdraví – 5 bodů bez poruchy psychického zdraví

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Podle slov pacienta asi částečně v Boha věří, nebo spíše, že „Boží mlýny“ melou pomalu, ale jistě pro všechny. Nejprve tvrdil, že nemá žádné hodnoty, až po navedení řekl, že jedinou jeho prioritou je zdraví.

12. Jiné

O problémech jiných neví.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava, hygiena – celkově upravený

Vlasy- prošedivělé , upravené

Oční skléry – bez zabarvení

Dutina ústní – bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – úplná zubní náhrada

Jazyk – plazí se středem, vlhký

Krk- polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník – symetrický

Břicho – není bolestivé, vzedmuté není přítomna ani zvýšená plynatost

Páteř, držení těla – fyziologické

Rozsah pohybu – bez omezení vzhledem k věku

Chůze – bez dekompenzačních pomůcek

Končetiny – pohyblivost v normě, svalový tonus v normě, stisk ruky je přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změny pigmentace, kožní turgor fyziologický

Rány – stereotomie a vlevo podklíčkové oblasti

Nehty – ostříhané na krátko

Problémy s močením – není pálení, řezání ani změna barvy moči

Problémy se stolicí – neudává, pravidelná každý den 1-2x

Fyziologické funkce:

TK-145/70

P- 85/min nepravidelná FIS

D-16/min klidný

TT-36,3°C

Stav výživy:

Hmotnost:92 kg

Výška – 175cm

BMI- 30,04 –mírná obezita

Obvod pasu:105

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientovaný, při vědomí

Orientace- místem , časem i osobou

Vnímání – bez poruchy

Slovní zásoba – přiměřená

Řeč, způsob vyjadřování – mluví velice spisovně, klidně, srozumitelně, plynule

Myšlení – logické

Paměť – dobrá, pamatuje si podané informace

Rozsah pozornosti – pozornost udrží

Nervozita – není

Vzájemná spolupráce – spolupracuje bez nějakých problémů

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita – strach

Schopnost navázání vztahu k ostatním- je komunikativní, bez problému navazuje kontakt

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak – dalekozraký, nepřečte novinové písmo, nosí brýle, má 1,5 dioptrie na obou očích

Oční kontakt- udrží

Sluch – šepot slyší

Chut' – v normě

Příloha č. 2

Kazuistika pacientky č. 2

Cíl: Pacientka byla přijatá k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu z kardiochirurgického oddělení nemocnice IKEM. Je po náhradě mitrální chlopně, redukční plastice levé síně a radiofrekvenční Maze proceduře. Chodí pravidelně na kontroly k obvodnímu lékaři, na gynekologii, stomatologii a na interní ambulanci do nemocnice. Při příjezdu byla pacientka mírně unavená z cesty, má bolest na hrudníku vystřelující do podpaží. Cílem je nemocnou zbavit obav z běžných denních činností, aktivizovat nemocnou, hojení jizvy po sternotomii per primam, zmírnit bolest a navodit správný spánkový rytmus.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Paní, 74 letá, zaměstnaná dříve kontrolorka, nyní důchodce. Bydlí s manželem v bytě, vychovali společně 4 děti. S dětmi má dobrý vztah. Pacientka chodí pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi, stomatologovi, internistovi a obvodnímu lékaři.

Diagnóza základního onemocnění:

I35.8 náhrada aortální chlopně bioprotézou St. Jude č. 21, náhrada mitrální chlopně bioprotézou St. Jude č. 27.
Radiofrekvenční Maze procedura
Redukční plastika levé síně.

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle hodnot INR

Komorbidity:

Fibrilace síní
CHOPN - Chronická obstrukční pulmonální nemoc
Depresivní porucha
Hypothyreosa
Cholecystolithiasis
Katarakta NS

Léčba komorbidit:

Cordarone 200 mg 1-0-1
Euthyrox 150 1-0-0
Cípralex 20 mg 1-0-0
Neurol 0,25 mg 1-0-1
Maxikalz 500 mg 1-1-1
Concor 5mg 1-0-0
Verospiron 25 mg 1-0-0
Chlorprotixen 15mg 0-0-0-2
Furon 40 mg ½-0-0
KCl 1 g 1-0-0
Rosalox 1-0-1 na postižená místa

Naplánované vyšetření:

3. 3. 2011: KO, základní biochemie, INR

3. 3. 2011: Echokardiografie vyšetření

Datumový příjem pacienta typ zařízení odkud byl přeložen:

Klientka byla přijata z kardiochirurgického oddělení nemocnice IKEM. Dne 17.2 byla provedena náhrada aortální chlopně bioprotézou St. Jude č. 21, náhrada mitrální chlopně bioprotézou St. Jude č. 27. Radiofrekvenční Maze procedura.

Redukční plastika levé síně.

Dieta: 7W – nízkocholesterolovou warfarinovou

Příjmová zpráva: 2. 3. 2011

NO: Pacientka byla přijata k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka IKEM s dg.: 17.2 byla provedena náhrada aortální chlopně bioprotézou St. Jude č. 21, náhrada mitrální chlopně bioprotézou St. Jude č. 27. Radiofrekvenční Maze procedura. Redukční plastika levé síně.

Pooperační průběh: Kombinovaná inotropní podpora, postupně ex. V časném období, přechodná epikardiální stimulace pro bradykardii. Fibrilace síní s nasazenou medikací. Subj: bolesti na hrudníku.

Status praesens:

Orientovaná, klidová eupnoe, bez ikteru či cyanózy, přiměřené hydratace

TK: 112/60mmHg, **TF:** 95/min, **TT-** afebrilní, **výška:** 160 cm, **váha** 59,5 kg,

obvod pasu 82 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII. Souměrná, výstupy n. V. nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanózy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné.

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nematné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně.

Hrudník: souměrný klenutý. Hojící se jizva po sternotomii.

Plíce: pokleповě plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů, bas. Bilaterálně oslabené.

Srdce: pokleповě neztvětšeno, AS nepravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, pokleповě diferenciólně bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý.

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periferie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nález: v normě

Anamnéza:

RA: otec + 78 let. stářím, matka +78let po amputaci nohy, měla diabetes

OA: Pacientka s Dg.: kombinovaná aortální vada, významná mitrální insuficience, paroxysmální tachyfibrilací síní, EF LK 55%. 17.2 byla provedena náhrada aortální chlopně bioprotézou St. Jude č. 21, náhrada mitrální chlopně bioprotézou St. Jude č. 27. Radiofrekvenční Maze procedura. Redukční plastika levé síně.

Ostatní diagnózy: fibrilace síní, CHOPN, depresivní porucha, hypothyreosa, cholecystolithiasis, katarakta Ns.

FA: Warfarin Dle INR, Cordarone 200 mg 1-0-1, Euthyrox 150 1-0-0, Cipralex 20mg 1-0-0, Neurol 0,25 mg 1-0-1, Maxikalz 500 mg 1-1-1, Concor 5 mg 1-0-0, Verospiron 25 mg 1-0-0, Chlorprotixen 15 mg 0-0-0-2, Furon 40 mg ½ - 0-0, KCl 1 g 1-0-0, Rosalox 1-0-1 na postižená místa.

AA: Biseptol

SA: důchodce, dříve kontrolorka

Abusus: Nekouří od listopadu 2010, 50let kouřila 7-10 cigaret denně

Model Gordonové stanoven: 2. 3. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka, 74 let, přijatá do Centra na Centrum časně rehabilitace k následné rehabilitaci přivezena z nemocnice IKEM, se nyní cítí unavená, má bolesti na hrudi vystřelující do podpaží. Svě zdraví hodnotí jako dobré. V posledních letech neprodělala žádnou chřipku ani angínu. Netrpí na infekce. Během posledních měsíců před operací se jí hůře dýchalo, zadýchávala se během běžných denních aktivit. Navštěvuje pravidelně obvodního lékaře, v nemocnici internistu, gynekologickou a stomatologickou ambulanci, naposledy před operací. Minulý rok v březnu prodělala operaci šedého zákalu. Klientka přestala kouřit v listopadu minulého roku. Dříve kouřila 7-10 cigaret denně asi 50 let. Alkohol nepije. Úrazy neměla. Snaží se dodržovat lékařské rady. Dříve chodila na procházky, ale v posledních měsících již nikam nechodila, protože po 5 krocích byla dušná.

2. Výživa a metabolismus

Již má chuť k jídlu, sní ¾ porce. Podle slov pacientky, sní více než doma. Stravuje se 3 krát denně pravidelně. Ráno snídá okolo 9. hodiny. Snídá chléb se sýrem, čaj. Z čajů má ráda ovocné. K obědu si něco uvaří, na co má právě chuť. Mezi její oblíbené jídlo patří brambory, těstoviny. Nemá ráda rýži a ryby. K večeři si vezme jogurt, či pečivo. Pije asi 1500 -2000 ml za den. Před operací měla stále žízeň. Nyní jí pití nedělá žádné obtíže. Kávu nepije, nechutná jí. Pije čaje a neperlivé minerální vody. Za poslední rok se její váha drží plus, mínus 2 kg. Chuť k jídlu má neporušenou. Sní asi polovinu porce, ale podle jejích slov je polovina porce její normální porce. Se zubní protézou nemá žádné obtíže, s kousáním nemá žádné obtíže. Stomatologa navštěvuje pravidelně. Kůže je čistá bez patologických eflorescencí, infekce, na hrudníku je provedena sternotomie, která se hojí per primam, kůže je fyziologické barvy, kožní turgor je v normě. Je upravená, nehty ostříhané a čisté. Vlasy upravené šedé.

Hmotnost má stálou: 59 kg a **výška:** 160 cm

BMI – 23 – normální váha

Dospělé nutriční skóre- 5 – nutné vyšetření dietní sestrou

Rozšířenou stupnice Nortonové – 33- není riziko vzniku dekubitu

3. Vylučování

Pacientka chodí pravidelně na stolici, pomáhá si popíjením Zaječice. Chodí 1 krát za den v podvečerních hodinách. Dle posouzení klientky, je stolice formovaná, bez zápachu a bez příměsi, barvy hnědé. Laxativa neužívá. Bolesti břicha nemá. S močením nemá obtíže, žádné bolesti, pálení, řezání neuvádí. Moč je bez příměsi, bez zápachu. Chodí 6 krát za den, v noci nechodí močit. Okolo páté hodiny jde poprvé močit za noc. Pacientka chodí na záchod bez dopomoci. Nepozoruje zvýšené pocení. Je bez výrazného oděru.

4. Aktivita, cvičení

Před onemocněním chodila každý den 3 km na procházku, V posledních měsících před operací již nikam nechodila. Po 5 krocích byla dušná a unavená. Mezi její koníčky patří četba, luštění křížovek, koukání na seriály. Nyní se snaží chodit po oddělení, aby nabrala sílu a jistotu při chůzi. Nyní se cítí unavená a má bolesti hrudníku a v podpaží. Je soběstačná ve všech samoobslužných činnostech.

Barthelův test běžných činností- 100 b – nezávislá

Riziko pádu – 0 bez rizika

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. Schopnost se najíst: Na jídlo si dojde sama a nají se.

2. Schopnost umýt se: Sama.

3. Schopnost vykoupat se: Sama, bez pomoci.

4. Schopnost upravit se: Sama se upraví.

5. Celková pohyblivost: Dobrá.

6. Schopnost dojít si na toaletu: Sama si dojde.

7. Schopnost obléci se: Oblékne se sama.

Vizuální analogová škála – škála výrazu obličeje – 3

5. Spánek, odpočinek

Nyní již nemá obtíže s usínáním, ani se spánkem. Asi před pěti lety začala chodit pravidelně na psychiatrii, navštěvuje lékaře pravidelně každé 3 měsíce. Psychiatr ji předepisuje léky na zklidnění a zmírnění depresí, dále léky na usínání. S těmito léky se cítí dobře a usíná dobře. Klientka usíná okolo půl jedenácté v noci a spí asi do 5 hodin do rána celou noc. Ráno se cítí odpočinitá. Po obědě se cítí unavená, chodí si lehnout asi tak na 30 – 60 minut doma i zde. Odpočívá u knihy, ráda čte. Mezi oblíbené autory patří: Čapek, Javořická, Piknerová a další. Před nemocí chodila na procházky, luštila křížovky a skládala básničky. Poslední rok již nikam nechodila, byla dušná již po 5 krocích.

6. Vnímání a poznávání

Vědomí jasné, je plně orientovaná v osobě, čase i místem. Sluch má zhoršený, šepot neslyší. Musí se na ni mluvit srozumitelně a hlasitěji. Naslouchátko neužívá. Nosí brýle na dalekozrakost, Na pravém i levém oku má 3,5 dioptrie. K očnímu lékaři chodí pravidelně. Naposledy byla v lednu letošního roku. Paměť má dobrou, pamatuje si vše, co jí bylo sděleno. S učením nikdy neměla problém. Rozhoduje se rychle a adekvátně, pocit nejistoty neudává. Vyjadřuje se adekvátně. Řeč je srozumitelná a bez známky vady. Bolest udává v oblasti hrudníku a v podpaží. Bolest je ostrá, bez závislosti na pohybu či poloze, vyskytující se celý den. Užitím analgetik se bolest zmírní.

GCS – 15 – bez poruchy vědomí

Folsteinův test kognitivních funkcí – mini- mental state test – 24 – bez poruchy

Vizuální analogová škála- škála výrazu obličeje – 3

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka se považuje za optimistku s pevnou vůlí. Důkazem je, že přestala kouřit po 50 letech. Je velice společenská, vlídná, klidná. V náročných situacích se spoléhá sama na sebe, vše si chce vyřešit sama, nechce své problémy řešit s nikým z rodiny. Nechce je zatěžovat. Na otázku, zda se cítí omezená po operaci, odpověď zazněla, že ano. Hlavně v pohybu. Cítí se unavená. Pacientka je srozuměna s dalším vývojem svého zdravotního stavu. Pevně věří v navrácení sil.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka žije se svým manželem v malém bytě. Je matkou čtyř dětí. S dětmi má dobrý vztah. Nutnost operace zasáhla celou rodinu, Rodina za ní bude jezdit 1krát za týden. Volají si každý den. Klientka je ráda, že vše dopadlo dobře, není viditelná známka zneklidnění či strachu.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Klimakterium měla asi před 23 lety, předtím menstruaci měla pravidelnou. První menstruaci měla ve 13 letech. Antikoncepci nikdy nežívala. Potrat ani abortus neprodělala.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka se často cítí napjatá a úzkostná. Stres zvládá sama relaxací u knihy a za pomoci léků. Nerada se někde zpovídá se svými problémy. Poslední stres byla operace, z které měla obavy. Nyní je již klidná.

11. Životní hodnoty, přesvědčení, víra:

Víra římskokatolická, dříve chodila do kostela jen tehdy, pokud měla nějaké starosti a bolesti. Nyní poslední rok již do kostela nechodila, protože tam nedošla. Její životní hodnoty jsou především zdraví a rodina.

12. Jiné:

O jiných problémech neví.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava, hygiena – celkově upravená

Vlasy - šedé , upravené

Oční skléry – bez zabarvení

Dutina ústní – bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – úplná zubní náhrada

Jazyk – plazí se středem, vlhký

Krk- polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník – symetrický

Břicho – není bolestivé, vzedmuté není přítomna ani zvýšená plynatost

Páteř, držení těla – fyziologické

Rozsah pohybu – bez omezení vzhledem k věku

Chůze – bez dekompenzačních pomůcek

Končetiny – pohyblivost v normě, svalový tonus v normě, stisk ruky je přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změny pigmentace, kožní turgor fyziologický

Rány – stereotomie

Nehty – ostříhané na krátko

Problémy s močením – není pálení, řezání ani změna barvy moči

Problémy se stolicí – neudává, pravidelná každý den 1-2x

Fyziologické funkce:

TK-112/60

P- 95/min nepravidelná FIS

D-15/min klidný

TT-36,6°C

Stav výživy:

Hmotnost:59 kg

Výška – 160cm

BMI- 23 –normální váha

Obvod pasu:85 cm

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientována, při vědomí

Orientace- místem, časem i osobou

Vnímání – bez poruchy

Slovní zásoba – přiměřená

Řeč, způsob vyjadřování – mluví nářečím, klidně, srozumitelně, plynule

Myšlení – logické

Paměť – dobrá, pamatuje si podané informace

Rozsah pozornosti – pozornost udrží

Nervozita – není

Vzájemná spolupráce – spolupracuje bez nějakých problémů

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita – úzkost

Schopnost navázání vztahu k ostatním- je komunikativní, bez problému navazuje kontakt

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak – dalekozraká, nepřečte novinové písmo, nosí brýle, má 3,5 dioptrie na obou očích

Oční kontakt- udrží

Sluch – šepot neslyší

Chut' – v normě

Hmat – v normě

Příloha č: 3

Kazuistika pacient č. 3

Cíl: Pacient byl přijat k časnému lázeňskému pobytu překladem z lůžka na lůžko kardiochirurgického oddělení VFN s. dg. 8. 3. Náhrada aortální chlopně a náhrada ascendentní aorty. Pacient chodí na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři a ke stomatologovi. Cílem je nemocného aktivizovat v co nejkratší době, aby mohl být co nejdříve opět v pracovním nasazení, bez komplikací. Hojení jizvy per primam. Snížení bolestivosti. Dnes po příjezdu se cítil unavený.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pán, 56 letý, zaměstnán jako vedoucí obchodního oddělení strojní techniky, ženatý. Dne 8. 3. náhrada aortální chlopně a ascendentní aorty. Pacient chodí pravidelně na preventivní prohlídky ke svému obvodnímu lékaři a ke stomatologovi.

Diagnóza základního onemocnění:

I. 069- náhrada aortální chlopně a náhrada ascendentní aorty

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle INR rozmezí 2-3 INR

Arixtra 2,5 mg do INR 2,0

Komorbidity:

Arteriální hypertenze:

Diskopatie LS oblasti

St. P. laparoskopické cholecystectomii

Léčba komorbidit:

Vasocardin 50 mg 1-0-1

Agen 5 mg 1-0-1

Enap 5 mg ½ -0- ½

Kalnormin 1-1-1

Novalgin 500 mg a 8 hod.

Coxtral 100 mg 1-0-1

Neurol 0,25 mg 0-0-0-1

Plánovaná vyšetření:

15. 3.2011 KO, INR, základní biochemické vyšetření

15. 3.2011 Echokardiologické vyšetření

Datumový příjem pacienta typ zařízení odkud byl přeložen:

Byl přijat z kardiochirurgického oddělení VFN. Dne 8. 3.

Dieta: 7w – nízkocholesterolovou warfarinovou

Příjmová zpráva:

NO: Pacient byl přijat k časnému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka na lůžko

8. 3. náhrada aortální chlopně a náhrada ascendentní aorty. Pooperačně hemodynamicky stabilní, 2. pooperační den ráno FIS s rychlou odpovědí komor, 3. den pooperační spontánní verze na sinusový rytmus. Retrokardiální drén pro vyšší odpady extrahován 6. pooperační den. Subj. Špatně spí pro pooperační bolesti.

Status praesens:

Orientován, klid. Eupnoe, bez ikteru či cyanózy, přiměřené hydratace a výživy.

TK: 124/67mmHg, **TF:** 77/min, **T:** afebrilní, **Výška:** 183 cm, **Váha:** 84 kg, **Obvod pasu:** 94 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V. nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanózy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné.

Krk: šíje volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně.

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii klidná, ponechány klipy dne 21- 22. 3 klipy ex.

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové, lehce oslabená levá base, místo po punkci klidné.

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy, systolický šelest 1/6

Břicho: V úrovni hrudníku, poklep diferenciálně bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý.

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periferie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nále: v normě

Anamnéza:

RA: otec + v 78 na CMP, matka + 56 na ucpání cév, starší sestra má srdeční vadu + ICD

OA: významná aortální regurgitace na v. s. bikuspidální aortální chlopní, poststenotická dilatace ascendentní Ao (bulbus aorty 51 mm, ST junkce 47 mm)

Další onemocnění: arteriální hypertenze, st. p. laparoskopické cholecystectomii, diskopatie v LS oblasti

FA: Warfarin dle INR, Arixtra 2,5 mg do INR 2,0, Vasocardin 50 mg 1-0-1, Agen 5 mg 1-0-1

Enap 5 mg ½ -0- ½, Kalnormin 1-1-1, Novalgin 500 mg a 8 hod., Coxtral 100 mg 1-0-1,

Neurol 0,25 mg 0-0-0-1

AA: neg.

SA: PN, vedoucí obchodního oddělení strojní techniky, ženatý

Abusus: nekuřák

Model Gordonové stanoven 15. 3. 11

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Klient své zdraví hodnotí jako dobré, před operací se cítil dobře, neměl žádné obtíže, které by ho limitovaly. Jen 1-2 krát za měsíc pocítoval bušení srdce bez známých příčin. V posledních letech neprodělal žádnou virózu. Každé 2 roky chodí k obvodnímu lékaři na preventivní prohlídky, ten ho poslal na kardiologickou ambulanci. V lednu byla provedena katetrizace a byla mu navržena operace. Stomatologa navštěvuje pravidelně. Očního lékaře nenavštěvuje vůbec, vidí prý dobře. Klient je nekuřák a pije pouze sporadicky. Úrazy neměl. Snaží se dodržovat léčebný postup. Nyní se cítí dobře, pouze má mírné bolesti.

2. Výživa a metabolismus

Stravuje se nepravidelně, podle toho, jak má čas. Jí 3 krát za den. Nesnídá, okolo 10. hodiny má svačinu- nějaký rohlík, chleba se salámem, obědvá okolo 16. hodiny doma, manželka vaří. Večeří okolo 21. hodiny něco lehčího - jogurt, salát ovocný nebo zeleninový. Zeleninu má moc rád, mohl by ji jíst každý den plnou mísu. Doma vypije asi tak 1000 ml tekutin za den, zde 1,5 -2 litry za den, žízeň má sníženou, ale je informován o pitném režimu, který dodržuje. Z tekutin preferuje dobrou vodu neperlivou a džusy, z teplých nápojů čaj - ovocný, kávu pouze odpoledne 1 x s manželkou.

Hmotnost má stálou: 84 kg a **výška**: 183 cm

BMI: 25,08 - nadváha

Dospělé nutriční skóre: 1 není nutná nutriční intervence

Rozšířenou stupnice Nortonové- 34 – není riziko vzniku dekubitu

3. Vylučování

Chodí na stolici pravidelně. Chodí 1x za den ráno. Dle posouzení klienta, je stolice formovaná, bez zápachu, bez příměsí, barvy hnědé. Pacient č. 3 laxativa neužívá. Bolesti břicha neudává. Při močení nemá obtíže, neudává žádné bolesti, pálení ani řezání. Moč je bez příměsí, bez zápachu. Chodí 4-5 krát za den. V noci zde nechodí, doma ale ano, asi tak 2 krát. Myslí si, že chodí doma v noci, protože v práci nepije. Doma se snaží dohnat pitný režim za celý den. V klidu se potí přiměřeně, bez zjevného oděru.

4. Aktivita, cvičení

Chodí rád do přírody, chodíval i před operací, neměl žádné obtíže. Nikdy moc nebyl na nějaké sporty, anebo nějaké cvičení, naposledy cvičil na škole. Vždy byl vyznavač vycházek po kopcích a lesích. Je soběstačný ve všech samoobslužných činnostech. Mezi jeho koníčky patří četba encyklopedií o přírodě, pozorování přírody a cestování.

Barthelův test běžných činností- 100 b – nezávislý

Riziko pánu - 0 bez rizika

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. Schopnost se najíst: Na jídlo si dojde sám a nají se.

2. Schopnost umýt se: Sám.

3. Schopnost vykoupat se: Sám bez pomoci.

4. Schopnost upravit se: Sám se upraví.

5. Celková pohyblivost: Dobrá.

6. Schopnost dojít si na toaletu: Sám si dojde.

7. Schopnost obléci se: Oblékne se sám.

Vizuální analogová škála – škála výrazu obličeje – VAS 3

5. Spánek, odpočinek

Pacient má problém s usínáním. Přes den by spal a v noci pak následkem spánku přes den nemůže usnout. Zde bude aktivizován, aby nespal přes den a v noci spal dobře. Je mu ordinován na noc Neurool 0,25 mg. Doma pasivně odpočívát neuměl. Aktivně odpočívá v přírodě procházkami, rád chodí na túry. Pacient usíná okolo 23. hodiny a budí se okolo 6. hodiny. Dnes spal odpoledne pouze asi 1 hodinu po příjezdu z nemocnice. Po noci se cítí odpočínutý.

6. Vnímání a pozorování

Vědomí jasná, je plně orientován v osobě, místě i čase. Sluch má dobrý, šepot slyší. Vidí dobře, k očnímu lékaři nechodí, pouze kontrola obvodním lékařem jednou za dva roky. Paměť má dobrou, pamatuje si vše, co mu bylo řečeno a vysvětleno. S učením neměl obtíže. Rozhoduje se rychle a adekvátně, pocit nejistoty neuvádí. Řeč je srozumitelná a bez známek vady. Bolest udává v oblasti krční a bederní páteři, v hrudní oblasti je bez bolesti. Bolest krční a bederní páteře je tupá, tato bolest je závislá na klidu. V pohybu se tato bolest mírní. Užitím analgetik se bolest zmírňuje.

GCS 15b - bez poruchy vědomí

Folsteinův test kognitivních funkcí – mini- mental state test – 24 bez poruchy

Vizuální analogová škála – škála výrazu obličeje- VAS 3

7. Sebepojetí, sebeúcta

Považuje se za optimistu, vytrvalého a zodpovědného. Je velice přátelský, optimisticky naladěný, velice ochotný a komunikativní. V náročných situacích se rád spoléhá především na sebe. Rodinu se svými starostmi nechce zatěžovat. Na otázku zda se cítí omezen po operaci? Odpověď zazněla: „Ne.“ Klient se cítí dobře a je názoru, že je to každý den lepší a lepší. Je informován o svém zdravotním stavu a o pooperačním průběhu.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient č. 3 bydlí v bytě s manželkou. Je otec dvou dospělých dcer. S dětmi má velice dobrý vztah. Operace zasáhla celou rodinu, všichni jeví zájem o stav manžela a tatínka. Až přijde z lázní, chtěl by ve městě postavit dvougenerační domeček, do kterého by se chtěl přestěhovat s manželkou a její maminkou a mladší dcerou. Maminka bude prý potřebovat, aby se o ni někdo postaral. Pacient je usměvavý a plný optimismu.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Na téma sexualita jsme nehovořili. Problémy s prostatou nemá.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Stres mívá málokdy, převážně v zaměstnání. Zvládá ho, ale sám. Rodinu se svými starostmi nezatěžuje. Obtíže si umí sám vyřešit.

11. Životní hodnoty, přesvědčení, víra:

Pacient je nevěřící, tolerantní k věřícím. Mezi životní hodnoty patří zdravá rodina. Plánuje si postavit domeček, kde budou společně bydlet. Už se na to těší.

12. Jiné

O jiných problémech neví.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava, hygiena – celkově upravený

Vlasy - světlé , upravené

Oční skléry – bez zabarvení

Dutina ústní – bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – vlastní, sanovaný

Jazyk – pláží se středem, vlhký

Krk- polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník – symetrický

Břícho – není bolestivé, vzedmuté není přítomna ani zvýšená plynatost

Páteř, držení těla – fyziologické

Rozsah pohybu – bez omezení

Chůze – bez dekompenzačních pomůcek

Končetiny – pohyblivost v normě, svalový tonus v normě, stisk ruky je přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změny pigmentace, kožní turgor fyziologický

Rány – stereotomie

Nehty – ostříhané na krátko

Problémy s močením – není pálení, řezání ani změna barvy moči

Problémy se stolicí – neudává, pravidelná každý den 1x ráno

Fyziologické funkce:

TK-124/67

P- 77/min pravidelný SR

D-16/min klidný

TT-36,4°C

Stav výživy

Hmotnost-84 kg

Výška - 183cm

BMI - 25,08

Obvod pasu - 94cm

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientován, při vědomí

Orientace- místem , časem i osobou

Vnímání – bez poruchy

Slovní zásoba – přiměřená

Řeč, způsob vyjadřování – klidně, srozumitelně, plynule

Myšlení – logické

Paměť – dobrá, pamatuje si podané informace

Rozsah pozornosti – pozornost udrží

Nervozita – není

Vzájemná spolupráce – spolupracuje bez zjevných problémů

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita – bez strachu

Schopnost navázání vztahu k ostatním - je komunikativní, bez problému navazuje kontakt

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak – dobrý, bez vady

Oční kontakt - udrží

Sluch – šepot slyší

Chut' – v normě

Hmat – v normě

Příloha č. 4

Kazuistika pacient č. 4

Cíl: Pacient byl přijat k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu. Je po úplné mitrální anuloplastice a anuloplastice trikuspidální chlopně a Maze. Chodí pravidelně ke kardiologovi a ke stomatologovi. Cílem je nemocného aktivizovat, hojení jizvy po sternotomii per primam. Zmírnit bolesti.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pán, 70 let, zaměstnan dříve jako technik, nyní důchodce. 2. 3. po úplné mitrální anuloplastice a anuloplastice trikuspidální chlopně a Maze. Pacient chodí pravidelně ke kardiologovi a stomatologovi.

Diagnóza základního onemocnění

I34.9 po úplné mitrální anuloplastice a anuloplastice trikuspidální chlopně a Maze.

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle hodnot INR

Prednison 5 mg 1-0-0

Komorbidity:

Operace žaludku BII před 30 lety

TBC páteře bederní 1961

Permanentní FISI od r 1996, po neúspěšné EKV 1998

Warfarinizace, studie EDOXABAN v. s. warfarin

Léčba komorbidit:

Helicid 20 mg 1-0-1

Cordarone 200 mg 1-1-0 za týden 1-0-0, po měsíci ex

Furon 40mg 1-0-0

Prestarium Neo 5 mg ½-0-0

Diagnostické vyšetření:

Naplánované vyšetření:

16. 3. 2011: KO, základní biochemie, INR

16. 3. 2011: Echokardiografie vyšetření

Datumový příjem pacienta typ zařízení odkud byl přeložen:

Přiját z kardiochirurgického oddělení nemocnice na Homolce. Kde 2. 3. byl operován, s dg. Úpo kompletní anuloplastice mitrální chlopně a anuloplastice trikuspidální chlopně a MAZE

Dieta: 7W- nízkocholesterolovou warfarinovou

Příjmová zpráva:15. 3.2011

NO: Pacient byl přijat k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka NNH s dg. 2. 3. 2011 Annuloplastica v. mitralis completa cum ring/EL Physio 28mm/et anuloplastica v. tricuspidalis cum band /MDT simplicit T/et cryo MAZE l.utr et futura FOA et DSS. EF 45%. Pooperačně FIS, vertován amiodaronem, warfarinizace, středně významný perikardiální výpotek, bez zn tamponády, nasazena kortikoterapie. Subjektivně se cítí dobře.

Status praesens:

Orientován, klid. eupnoe, bez ikteru či cyanózy, přiměřené hydratace a výživy

TK: 117/74mmHg, **TF:** 77/min, **T:** afebrilní, **Výška:** 184 cm, **Váha:** 99 kg,

Obvod pasu: 104 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V. nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanózy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné.

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně.

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii je klidná.

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů, vlevo bazálně oslabené v šíři 15 cm.

Srdce: pokleповě nezvětšeno, As pravidelná, 2 ohraničené ozvy.

Břícho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciálně bubinkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý. Jizva po horní střední laparotomii před léty.

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: mírně prosáklé obě dolní končetiny, arteriální pulzace hmatná do periferie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický náález: v normě

Anamnéza:

RA:otec +61 let IM, matka+78let DM, bratr +68 let po operaci karotid, 2 děti zdravé

OA: Operace žaludku BII před 30 lety, TBC páteře bederní 1961, permanentní FIS od r. 1996, po neúspěšné EKV 1998, warfarinizace, studie EDOXABAN v. s warfarin, významná TRI a MI regurgitace, s normální komorovou odpovědí, LK nehypertrofická, forámen ovále patens s kolísavým LP zkratem, aneurysma síňového septa.

FA: Concor Cor 1-0-0, Cordarone 200 mg 1-1-0, za týden 1-0-0, po měsíci ex,

Furon 40 mg 1-0-0, Helicid 20 mg 1-0-1, Prednison 5 mg 1-0-0, Prestarium Neo 5 mg ½-0-0, Warfarin dle INR

AA: neguje

SA: důchodce, dříve technik, žije sám

Abusus: nekuřák

Model Gordonové stanoven 15. 3. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Klient své zdraví hodnotí dobře. Cítí se dobře. V posledních letech byl zdravý, žádné infekce neprodělal. K obvodnímu lékaři chodí pouze při nachlazení, anebo při nutnosti očkovat. Kardiologickou ambulanci navštěvuje pravidelně jedenkrát za měsíc. Stomatologa navštěvuje 1x za rok, nyní byl před operací. Úrazy neprodělal. Klient nekouří, alkohol 1 pivo každou středu s kamarády. Dodržuje lékařské rady a léčebný řád.

2. Výživa a metabolismus

Stravuje se 3 krát za den, povětšinou pravidelně. Ráno snídá okolo 8.30 ke snídani rád vložky s jogurtem či chléb s paštikou. Obědvá doma okolo 12. hodiny. Vaří si sám a rád. Snaží si dělat různé novinky dle receptů z kuchařky či pořadů o vaření. K večeři má povětšinou pečivo se sýrem, salámem nebo si ohřeje, co zbylo po obědě. Mezi jeho oblíbená jídla patří brambory na česneku a naložené maso, nemá rád fazole a špenát. Doma vypije asi 2000 ml za den. Nyní po operaci pije okolo 3000ml i přesto, že nepocítuje žízeň. Snaží se pít dle rad lékaře. Kávu pije 2 krát za den, ráno a po obědě. Pije čistou vodu, nebo ovocné čaje. Za poslední rok se jeho váha nezměnila, chuť k jídlu má dobrou. Sní celé porce, problémy s kousáním ani polykáním nemá. Stomatologa navštěvuje pravidelně 1 x denně. Kůže je čistá bez patologických eflorescencí, infekce, na hrudníku je provedena sternotomie, která se hojí per primam, kůže je fyziologické barvy, kožní turgor je v normě.

Hmotnost má stálou: 99 kg a **výška**: 184 cm

BMI - 29,24 - nadváha

Dospělé nutriční skóre – 2 - není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové - 29 – bez rizika

3. Vylučování

V domácím prostředí chodí na stolicí pravidelně každý den 1 x ráno po probuzení. S močením doma nemá obtíže, chodí 4-5x za den podle množství vypitých tekutin. Na WC chodí sám. Na stolicí chodí pravidelně jedenkrát denně a to po probuzení. Dle posouzení klienta, je stolice formovaná, bez příměsí, bez zápachu, barvy hnědé. Laxantiva neužívá. Moč je bez příměsí, bez zápachu. Chodí asi 5 krát za den, v noci nechodí. Žádné pálení, řezání, či bolesti neudává. Nepozoruje zvýšené pocení. Je bez výrazného oděru.

4. Aktivita, cvičení

Pan B. L. byl dříve aktivní sportovec, nyní posledních 5 let již nesportuje, nemá čas a jezdí všude autem. Ještě nyní si přivydělává jako technik. Před onemocněním chodil 1 krát za týden plavat. Mezi koníčky uvádí vaření a šachy, které hraje ve 3. třídě. Nyní se cítí dobře, snaží se chodit po chodbě a trénovat. Je soběstačný ve všech samoobslužných činnostech. Již před operací trpěl bolestí krční a bederní páteře. Nyní má bolest krční a bederní páteře a mírné bolesti na hrudníku.

Barthelův test běžných činností-100 b - nezávislý

Riziko pádu- 0 bez rizika

Vnímání schopností pro denní aktivity:

1. Schopnost se najíst: Na jídlo si dojde sám a nají se.

2. Schopnost umýt se: Sám.

3. Schopnost vykoupat se: Sám bez pomoci.

4. Schopnost upravit se: Sám se upraví.

5. Celková pohyblivost: Dobrá.

6. Schopnost dojit si na toaletu: Sám si dojde.

7. Schopnost obléci se: Oblékne se sám

Vizuální škála - škála výrazu obličeje-VAS 4

5. Spánek, odpočinek

Již 3 roky trpí poruchou usínání a lehkým spánkem, přes den rád odpočívá na gauči a spí asi tak 1-2 hodiny.

V noci usíná asi po 1,5 hodiny. Používá hypnotika, po kterých usíná asi do 45 minut, spí do páté hodiny ráni.

Ráno se cítí odpočinitý. Odpočívá rád u knihy na gauči nebo u šachů. Někdy jde na zahrádku.

6. Vnímání a poznávání

Vědomí jasné, je plně orientován v osobě, čase i místem. Sluch má dobrý, šepot slyší, nosí brýle na čtení i na dálku. Nablízko nosí brýle o 5 dioptriích a na dálku nosí 7 dioptrií. K očnímu lékaři chodí pravidelně. Naposledy byl v prosinci minulého roku. Paměť má přiměřenou ke svému stavu a věku. S učním nemíval problémy. Rozhoduje se rychle a adekvátně, pocit nejistoty neudává. Vyjadřuje se adekvátně. Řeč je srozumitelná, bez známky vady. Bolest udává v oblasti krční a bederní páteře a mírné bolesti hrudníku. Užitím analgetik se bolest zmírní.

GCS – 15 – bez poruchy vědomí

Folsteinův test kognitivních funkcí – mini – mental state test – 24 - bez poruchy

Vizuální analogová škála – škála výrazu obličeje- VAS 4

7. Sebepojetí, sebeúcta

Považuje se za optimistu. Je hovorný a přátelský, i když podle jeho slov je spíše samotář.

V náročných situacích se rád spoléhá sám na sebe. Nechce své problémy řešit a zatěžovat s tím někoho jiného.

Na otázku, zda se cítí omezen po operaci, odpověď byla ANO. Hlavně v pohybu a možnosti pracovat. Pacient je srozuměn s dalším vývojem jeho zdravotního stavu.

8. Role- mezilidské vztahy

Žije v domečku sám 3 roky. Má dospělé dvě děti. Obě dvě mají o jeho zdravotní stav zájem, nemají žádný rodinný problém. Volají si každý den. Klient nejví žádne známky strachu či zneklidnění.

Je rád, že vše dopadlo dobře a že se cítí dobře.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

S prostatou nemá obtíže. Jinak jsme se na toto téma již více nebavili.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Mívá občas stres, zvládá ho sám, někdy s rodinou podle toho, o jakou vyvolávající příčinu se jedná. Poslední stresová situace byla operace, tuto situaci řešil především s dcerou, která je doktorka.

11. Životní hodnoty, přesvědčení, víra

Věří v osud, že každý má svoji svíčku a pokud zhasne, tak zhasne i život. Mezi životní hodnoty dává na první místo čest a rodinu dále zdraví.

12. Jiné

O jiných problémech neví.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava, hygiena – celkově upravený

Vlasy - prošedivělé , upravené

Oční skléry – bez zabarvení

Dutina ústní – bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – úplná zubní náhrada

Jazyk – plazí se středem, vlhký

Krk- polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník – symetrický

Břicho – není bolestivé, vzedmuté není přítomna ani zvýšená plynatost

Páteř, držení těla – fyziologické

Rozsah pohybu – bez omezení

Chůze – bez dekompenzačních pomůcek

Končetiny – pohyblivost v normě

-svalový tonus v normě

- stisk ruky je přiměřený

Kůže fyziologické barvy, bez změny pigmentace, kožní turgor fyziologický

Rány – stereotomie

Nehty – ostříhané na krátko

Problémy s močením – není pálení, řezání ani změna barvy moči

Problémy se stolicí – neudává, pravidelná každý den 1x ráno

Fyziologické funkce:

TK-117/74

P- 77/min pravidelný SR

D-16/min klidný

TT-36,6°C

Stav výživy:

Hmotnost: 99 kg

Výška - 184cm

BMI - 29,24

Obvod pasu: 104cm

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientován, při vědomí

Orientace - místem , časem i osobou

Vnímání – bez poruchy

Slovní zásoba – přiměřená

Řeč, způsob vyjadřování – klidně, srozumitelně, plynule

Myšlení – logické

Paměť – dobrá, pamatuje si podané informace

Rozsah pozornosti – pozornost udrží

Nervozita – není

Vzájemná spolupráce – spolupracuje bez zjevných problémů

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita – bez strachu

Schopnost navázání vztahu k ostatním- je komunikativní, bez problému navazuje kontakt

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak – Krátkozrakost i dalekozrakost, brýle

Oční kontakt - udrží

Sluch – šepot slyší

Chut' – v normě

Hmat – v normě

Příloha č. 5

Kazuistika pacient č. 5

Cíl: Pacient byl převezen na centrum časné rehabilitace z lůžka na lůžko z kardiochirurgického oddělení IKEM k následné rehabilitaci. Je 7. den po náhradě aortální chlopně a náhradě ascendentní aorty. Pacient je sledován na kardiologii asi 3 roky, zde chodí pravidelně na kontroly 1x za půl roku. Nepocítoval únavu ani dušnost, žádné zdravotní změny v běžném životě. Pouze byl více unaven při sportování, ale usuzoval tuto únavu netrénovanosti. Nyní se cítí dobře, jen je trochu unavený z cesty z nemocnice. Cílem je zhojení jizvy per primam, zmírnit bolest, navodit správný spánkový rytmus.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pán, 46 let, ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domečku a jejich 2 syny. Nyní je pacient na neschopence, dříve pracoval jako elektrikář. Chodí pravidelně na kontroly ke kardiologovi, stomatologovi.

Diagnóza základního onemocnění:

I. 35náhrada aortální chlopně bioprotézou Regent No 25, náhrada ascendentní aorty Gewaeve No 26

Stávající terapie základního onemocnění:

0

Komorbidity:

I. 10 – esenciální hypertenze

Léčba komorbidit::

Egilok 25 mg 1-0-1

Tritace 2,5 mg 1-0-0

Helicid 20 mg 1-0-1

Lexaurin 1,5 mg 0-0-0-1

Agen 5 mg prozatím nenasazen

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 8. 6. 2011

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klienta a Typ zařízení, odkud byl přijat:

Pacient byl přijat z kardiochirurgického oddělení IKEM 7. 6. 2011

Dieta: 7 - nízkocholesterolová

Příjmová zpráva:

Nynější onemocnění: Pacient byl přivezen na centrum časné rehabilitace z kardiochirurgického oddělení nemocnice IKEM. Dne 31. 5. 2011 prodělal subst.valv.aortalis cum prothesi SJM Regent No 25, zábst. Aorta aorta asc. Cum prothesi Gewaeve No 26. V pooperačním období prodělal epizody postpandialních bolestí břicha,

bez nauzei a zvracení. Konziliární vyšetření doporučilo: KCl ex. Doplnit Helicid a USG, GFS s odběrem na Helikobakter. Nyní se cítí dobře je bez bolesti břicha.

Status praesens:

Orientován, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace, oběžní

TK:134/67, TF:77/min., TT- afebrilní, **Výška:174 cm, Váha 70 kg, Obvod pasu: 87 cm**

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii,

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periférie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nále: negativní

Anamnéza:

OA: Hypertenze, významná kombinovaná Ao vada na bikuspidální chlopni s převahou hemodynamicky významné Ao regurgitace 4/5, s diastolickou dysfunkcí LKS, EF 50%, s dilatací asc. Ao 48-51 mm/sykot. ND II-III, dle NYHA

RA: Otec + CMP. Děti zdravé

AA: neudává

FA: Egilok 25 mg 1-0-1, Tritace 2,5 mg 1-0-0, Helicid 20 mg 1-0-1, Lexaurin 1.5 mg 0-0-0-1, Agen 5 mg zatím nepodán

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, drogy 0

SA: elektrikář, ženatý, bydlí v rodinném době s manželkou a 2 syny

Model Gordonové stanoven dne 30. 6. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan, 46let přijatý na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavený po cestě z nemocnice, má mírné bolesti hrudníku, bolest je píchavá, vyskytuje se vleže. Před nemocí byl velice zaměstnán svojí prací, musel pracovat na zahrádce a opravovat domeček. V posledním roce prodělal 1x virózu

a 1x angínu. Vždy, pokud je nemocný, jde k obvodnímu lékaři a snaží se aspoň 3 dny ležet a léčit se. Na kardiologickou ambulanci chodí pravidelně po půl roce. Na preventivní prohlídky ke stomatologovi chodí 1x za rok. Naposledy byl na stomatologii před měsícem. Vážnější úrazy neprodělal. Pacient podle svých slov moc pro své zdraví nedělal, je vyznavač pasivního sportu. Dříve jezdil na kole, dokud měl s kým, nyní již chlapci jsou velcí a mají jiné zájmy. Zdravou výživu nedodrží, jí, na co právě má chuť.

2. Výživa a metabolismus

Nyní již má chuť k jídlu, sní celou porci, která je podávána. Není vybíravý, má rád vše. Nezná žádné jídlo, které by pan nesnědl. Doma jí 3x denně. Pokud chodí do práce, snídá okolo 7 hodiny ráno, obvykle pečivo se sýrem nebo šunkou anebo tvaroh. Obědvá nepravidelně okolo 13 hodiny. Večeří povětšinou během 18 hodiny, k večeři si vezme salát anebo co manželka uvaří. Nejraději má grilované maso, těstoviny a na večeři má rád různézeleninové saláty. Pacient je hydratován, nyní vypije asi 2500 ml tekutiny za den, doma je to podstatně méně. Je rád, že vypije asi 1500ml za den. Tady pije z důvodu dostatku času. Střídá na pití ovocný čaj a dobrou pramenitou vodu. Doma pije dobrou vodu a oslazené minerální vody. Kávu pije s manželkou 2x denně.

Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii se hojí per primam. Pacient je upravený, nehty má ostříhané a čisté. Vlasy učesané a mírně prošedivělé.

Hmotnost má stálou: 70 kg a **výška**: 174 cm.

BMI-23,12- normální váha

Dospělé nutriční scóre: 3není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové 33 – není riziko vzniku dekubit.

3. Vylučování

V domácím prostředí chodí na stolicí pravidelně 1x za dva dny ráno. Nyní již nebyl 2. den na stolicí. Léky k vyprazdňování nepoužívá. S močením neudává žádné obtíže. Chodí na močení asi 5 krát za den. V noci se na močení neprobouzí. Pacient si dojde sám na WC. Moč je slámově žlutá, bez příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita cvičení

Pacient je elektrikář, svoji práci má jako koníček. Aktivně se sportu nevěnuje. Pouze někdy si vyjede na kole. Podle jeho slov pacienta by se daly projížďky spočítat na prstech. Nejraději odpočívá pasivně, koukáním na televizi. Dále rád pracuje a zdokonaluje domeček. Nyní se cítí dobře, chtěl by začít jinak žít. Trochu své tělo šetřit a začít aktivně odpočívát a jíst zdravě.

Barthelův test běžných denních činností - 100 b - nezávislý

Riziko pádu: 0 bez rizika

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. **Schopnost najíst se**: „Na jídlo si dojde a nají se sám.“

2. **Schopnost umýt se**: „Sám bez pomoci.“

3. **Schopnost vykoupat se:** „Sám bez dopomoci.“
4. **Schopnost upravit se:** „ Sám se upraví.“
5. **Celková pohyblivost:** „ Dobrá.“
6. **Schopnost dojít si na toaletu:** „Sám si dojde.“
7. **Schopnost obléci se:** „Sám se obleče.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním t neudává. Doma chodil spát okolo 22 hodiny a stával okolo půl sedmé. Nyní má problém s usínáním. V nemocnici usínal okolo 24 hodiny a probudil se okolo 4 hodiny a již neusnul. Doma si chodí lehnout po oběd v sobotu a neděli na hodinu. V nemocnici usíná okolo 13 hodiny a spí do svačiny. Léky na spaní doma neužívá. Nyní mu byl předepsán na noc Lexaurin 1,5 mg.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientován místem, časem a osobou. Se sluchem nemá žádné obtíže, vidí dobře. Na oční ambulanci pacient nechodí pravidelně. Paměť má dobrou. Rozhoduje se rychle adekvátně. Rád se učí novým věcem. Nyní se zajímá o novinky na PC. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informován. Nemá žádné otázky k jeho zdravotnímu stavu. Bolest nyní již udává mírnou hrudníku a bolest pod pravou lopatkou. Bolest je tupá a bodavá. Léky na bolest vyžaduje ráno a pak na noc.

GCS – 15 – bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje - VAS 3

Folsteinův test kognitivních funkcí – Mini - mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byl optimista a spokojený se svým životem. Nyní je již opět optimista. Věří, že se dostane do takové kondice, že vše bude zvládat jako dříve. V období diagnostikování a čekání na operaci, se pacient bál jak vše dopadne a co by bylo s rodinou, kdyby zemřel. Nyní je již spokojený, že vše dopadlo dobře a těší se na rodinu. V období před operací, ho podporovala celá rodina, především manželka a jeho 2 synové. Pacient je smířený, že rehabilitace bude trvat delší dobu, než bude moci dělat opět vše jako před tím.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou a 2 syny. Na své sny je otec pyšný. Jsou moc hodní, spolehliví a oba chytří. Studují oba vysokou školu. V rodině, žádné problémy nemají, všechny problémy řeší v klidu a společně u jednoho stolu. Kamarády má z jiného města, proto se vidají pouze někdy, když se sejdou u některého z nich na zahrádce u grilu. Obvykle si volají anebo chatují na internetu. Těší se, až jeho synové vystudují a budou mít rodinu a on bude mít novou roli dědečka, jako mají jeho kamarádi.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Na toto téma jsme nehovořili.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výrazným stresem se pacient dlouho neseťkal a malé stresy si řeší povětšinou sám. Podle pacienta jeho zdravotní stav a stres byl tak poloviční. Tuto situaci řešili jako celá rodina. Samozřejmě, že se rodina bála o jeho život, ale i přesto mu doporučili operaci podstoupit. V den po operaci byl rád, že se probral a od té doby myslí jen pozitivně a raduje se z každého prožitého dne.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Pan je nevěřící. Mezi jeho životní hodnoty patří samozřejmě zdraví celé rodiny a soudržnost rodiny.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěl povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravený

Vlasy – mírně prošedivěli

Oční skléry - bez zabarvení

Dutina ústní -bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – sanovaný

Jazyk - plazí se ve střední čáře, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii

Břicho - souměrné, bez jizev

Páteř, držení těla - fyziologické

Rozsah pohybu – v normě

Chůze – bez omezení

Končetiny- svalový tonus v normě, pohyblivost dobrá

Stisk ruky - přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor normální

Rány- po sternotomii

Nehty- upravené

Problémy s močením - nemá

Problémy se stolicí – nebyl 2 dny

Fyziologické funkce:

TK - 134/67

P - 77/min., pravidelný

D - 14/min, klidný

TT - 36,6

Stav výživy:

Hmotnost: 70 kg

Výška: 174 cm

BMI: 23 – normální váha

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientovaná, při vědomí

Orientovaná – místem, časem i osobou

Vnímání - bez poruchy

Slovní zásoba - dobrá

Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé

Myšlení - logické

Paměť- dobrá

Rozsah pozornosti - udrží

Nervozita - není

Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - klidný, přátelský

Schopnost navázání vztahu k ostatním - velmi společenský

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - v normě

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chuť- v normě

Hmat - v normě

Příloha č. 6

Kazuistika pacientka č. 6

Cíl: Pacientka byla přivezena na centrum časně rehabilitace z nemocnice FNHK po operaci, která proběhla 9. 6. 2011. Je již 5 let sledována na kardiologické ambulanci, kam chodí pravidelně jednou za půl roku na kontrolu. V posledních 3 měsících se její stav zhoršil, nemohla nikam dojít zdůvodů dušnosti. Po echokardiografickém vyšetření byla indikována k operaci. Pacientka podstoupila náhradu aortální chlopně bioprothesou Soprano 20, Dne 20. 6. 2011 implantace DDD KS. V peroperačním období prodělala CMP s pravostrannou hemiparesou s exe. fatickou poruchou. Cílem je pacientku vést k soběstačnosti ve všech všedních činnostech. Zmírnění bolesti, napomoci zlepšit spánek a podpořit nemocnou.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Paní, 77 let, bytem Hradec [Králové. Paní je 3 roky vdova, pracovala jako dělnice, bydlí v panelovém domě s výtahem v 2. patře sama. Má 3 dospělé děti, které se o ni střídavě starají. Chodí pravidelně na kontroly ke kardiologovi a k obvodní lékařce. Léčí se s hypothyreozou. V peroperačním období byl její stav komplikován CMP s pravostrannou hemiparesou a exs. fatickou poruchou.

Diagnóza základního onemocnění:

I. 35.0 – náhrada Ao chlopně bioprothesou

Stávající terapie základního onemocnění:

Anopyrin 100 mg 1-0-0

Warfarin 3mg dle hodnot INR

Fraxiparin multi 0,4 – 1x D

Komorbidity:

Hypothyreóza

Chronické srdeční selhání

Léčba komorbidit::

Torvacard 20 mg 0-0-0-1

Helicid 20 mg 1-0-0

Euthyrox 50 1-0-0

Lumigan gtt 0.3 0-0-1

Betoptic gtt. 1-0-1

Agen 5mg 1-0-1

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 4.7.

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klientky a Typ zařízení, odkud byla přijata:

Pacientka byla přivezena z FNHK z kardiochirurgického oddělení dne 30.6.2011.

Dieta: 7w - nízkocholesterolová warfarinová

Příjmová zpráva:

Nynější onemocnění: Pacientka byla přijata k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka FNHK.: 9. 6. 2011 náhrada Aortální chlopně bioprothesou Soprano 20, a 20.6 2011 implantace DDD KS. Po cestě z Hradce Králové je unavená.

Operace a pooperační průběh, pooperačním období proběhla CMP s pravostrannou hemiparesou a exs. fatickou poruchou, pooperačně kompletní AV blok s frekvencí komor 35/ min., QRS 0,14, stimulována pomocí epikard. Elektrod, implantace DDD KS

Status praesens:

Orientovaná, klidově eupnoe, bez oktetu či cyanosy, přiměřené hydratace, obězní

TK: 116/60, **TF:** 60/min., **TT-** afebrilní, **Výška:** 158 cm, **Váha** 65 kg, **Obvod pasu:** 93 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí doprava, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šíje volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii, pod p. klíční kosti po implantaci KS

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubinkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: mírný otok PDK dorsa nohy, arteriální pulsace hmatná do periferie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru. Pohyb v lokti a rameni vpravo, dlaň, flekční držení prstu.

Orientační neurologický nález: stp. CMP s pravostrannou hemiparézou a exp. Afázii

Anamnéza:

OA: významná stenóza bikusp. Ao chlopně, MI insuf. Významná, normální koronarogram, chronické srdeční selhání EF 25-30 %, Tri insuf. málo významná. Hypothyreoza v léčbě, stp. Hernioplastice, stp. Operaci varixů bilat. 1969.

RA: Otec i matka zemřeli, klientka neví důvod úmrtí. Děti zdravé

AA: neudává

FA: Anopyrin 100 mg 1-0-0, Torvacard 20 mg 0-0-0-1, Helicid 20 mg 1-0-0, Euthyrox 50ug 1-0-0, Lumigan gtt 0,3 0-0-1, Betoptic gtt. 1-0-1, Agen 5 mg 1-0-1, Warfarin dle INR, Fraxi multi 0,4 ml s. c 1x D

GA: První menzes ve 12 letech, klimakterium od 53 let, HAK -0, spont. Ab. 0, UPT 1x, porody 3 fyziologické. Děti zdravý.

Abusus: 20 let nekuřák, předtím 15 cigaret denně. Alkohol nyní ne, drogy 0

SA: důchodkyně, dříve jako dělnice

Model Gordonové stanoven dne 30. 6. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Paní, 77let přijatá na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavená, má mírné bolesti hrudní páteře a je částečně nesoběstačná ve všech všedních činnostech. Před nemocí byla soběstačná, starala se sama o sebe bez obtíží. V posledním roce prodělala 2x virózu, jiné onemocnění neměla. Poslední virózu měla asi před 3 měsíci a pak se její stav zhoršil. Zhoršení chlopenní vady přisuzuje vliv infekce. Chodí pravidelně k obvodnímu lékaři a na kardiologickou ambulanci, kterou navštívila na začátku května pro zhoršení stavu. Po viróze se cítila unavená, dušná při pohybu. Na preventivní prohlídky ke stomatologovi a gynekologovi nechodí. Nyní jí byla tato vyšetření provedena předoperačně. Pacientka po gynekologické stránce je zdravá, prodělala 3x fyziologický porod. Děti má zdravé. Vážnější úrazy neprodělala. Pacientka podle svých slov moc pro své zdraví nedělala a ani nedělá. Pouze přestala kouřit před 20 lety. Na sporty a různé aktivity nikdy nebyla a ani neměla čas. Musela chodit na směny do továrny a starat se o 3 děti a manžela. Zdravou výživu nedodrhuje, jí, na co právě má chuť.

2. Výživa a metabolismus

Nyní již má chuť k jídlu, sní $\frac{3}{4}$ z porce, která jí je podávána. Není vybíravá, má ráda vše. Nemá žádné jídlo, které by nesnědla. Doma jí 4x denně. Snídá okolo 8 hodiny ránní, povětšinou chléb se sýrem nebo šunkou. Obědvá pravidelně o 12 hodině. Obědy jí nosí dcera den předem. Pacientka si je ohřívá v mikrovlnné troubě. Okolo 15 hodiny většinou svačí, nejčastěji si dává jogurt nebo nějaké ovoce podle slev v obchodě. Večeří obvykle během večerních zpráv, k večeři si vezme pečivo nebo si ohřeje zbytek, co nedojedla k obědu. Nejrady má bramborovou kaši a párek nebo krupicovou kaši s meruňkami. Pacientka je poměrně hydratovaná, nyní vypije asi 1500 ml tekutin za den, doma je to podle paní méně. Je ráda, že vypije asi tak 600 ml. Tady pije zdůvodu kontroly sester nad jejím příjmem. Pacientka střídá na pití ovocný čaj a dobrou pramenitou vodu. Doma pije dobrou vodu a ovocné čaje. Kávu nepije.

Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii se zhojila jizvou. Pacientka je vzhledem částečné soběstačnosti upravená, nehty má ostříhané a čisté. Vlasy učesané a šedivé. **Hmotnost** má stálou: 65 kg a **výška**: 158 cm.

BMI - 26

Dospělé nutriční scóre: 3 – není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové 28 – není riziko vzniku dekubitů

3. Vylučování

V domácím prostředí pacientka chodí na stolicí pravidelně. Nyní již nebyla 3. den na stolicí. Léky k vyprazdňování nepoužívá. S močením neudává žádné obtíže. Chodí na močení asi 6-7 krát za den. V noci se probouzí 1-2 krát na močení. Pacientka si dojde s doprovodem na WC pomocí chodítka. Moč je slámově žlutá, bez příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita cvičení

Paní je důchodkyně, dříve dělala jako dělnice u pásu a starala se rodinu. Nikdy v životě neprovozovala žádný sport ani rekreačně. Při třech dětech měla dostatečně pohybu v domácnosti a za dětmi. Před operací byla po 50 metrech zadýchaná. Asi před měsícem, než měla jít na operaci, prodělala CMP s pravostrannou hemiparesou a exs. fatickou poruchou. Nyní je částečně nesoběstačná. Pacientka je cílevědomá a velmi snaživá. Snaží se vše zkoušet a nacvičovat všední činnosti.

Barthelův test běžných denních činností - 80 b - lehká závislost

Riziko pádu – 7 b – Střední riziko

Vnímání schopností pro denní aktivity:

1. **Schopnost najít se:** „Na jídlo se přemístí ke stolu, nají se lžící“
2. **Schopnost umýt se:** „U umyvadla se opláchne sama.“
3. **Schopnost vykoupat se:** „S dopomocí sestry ve sprchovém koutě.“
4. **Schopnost upravit se:** „Sama se učeše, s úpravou nehtů potřebuje pomoci.“
5. **Celková pohyblivost:** „Pomocí chodítka a doprovodem, je částečně soběstačná.“
6. **Schopnost dojít si na toaletu:** „Za doprovodu a pomocí chodítka.“
7. **Schopnost obléci se:** „S dopomocí.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním pacientka neudává. Po CMP se jí začalo špatně usínat. Stále myslí, jak to bude dál, pokud nebude moci se sama o sebe postarat. Doma chodila spát okolo 23 hodiny a vstávala okolo půl sedmé. V nemocnici usínala okolo 1 hodiny ránní a byla probuzena okolo 5 hodiny sestrou, která měřila TK a natáčela EKG. Po obědě doma si chodila lehnout k televizi na hodinu a nyní po obědě usíná asi tak na 2-3 hodiny. Léky na spaní nechce užívat. Bojí se návykovosti a bolesti žaludku z důvodu mnoha léků.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientovaná místem, časem a prostorem. Se sluchem nemá žádné obtíže. Pacientka je krátkozraká i dalekozraká. Nosí brýle. Na krátkozrakost nosí brýle o síle 3D a na dalekozrakost má 7 D na obou očích. Na oční ambulanci pacientka nechodí pravidelně. Paměť má vzhledem k věku dobrou. Rozhoduje se adekvátně. Nyní se již nerada učí novým věcem, ale dříve ano. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informována o léčbě warfarinu byla poučena. Bolest nyní již udává mírnou v zádech, sternotomie jí nebolí. Bolest zad je tupá. Léky na bolest vyžaduje pouze na noc.

GCS - 15 – bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje- VAS 2

Mini - mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byla pacientka optimistická, spokojená se svým životem. V období kdy byla v nemocnici, se začala obávat, jak to bude dále. Nejvíce se obávala, jestli bude moci být sama doma ve svém bytě. Nechtěla by jít někam do domova důchodců nebo k dětem. Mají dostatek starostí. Velkou oporu našla v rodině a v zdravotnickém personálu, kteří ji podporovali a pomáhali a pomáhají. Nyní si ještě stále nevěří i přesto, že udělala obrovský pokrok a není již úplně nesoběstačná.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí sama v panelovém bytě v druhém patře s výtahem. Je 3 roky vdova, má 3 děti, kteří bydlí nedaleko. Má 2 dcery a 1 syna, kteří jsou starostliví. Je pyšná na své 2 vnuky a 3 vnučky, kteří ji dělají radost. Dále je hrdá, že je již dvojnásobnou prababičkou. V rodině žádné problémy nemají a pokud se nějaký problém objeví, tak ho řeší společně. Pacientka již žádné kamarádky nemá. Bohužel většina zemřela anebo se museli přestěhovat daleko k rodinám, aby se o ně děti postaraly. Pocity osamělosti neudává. Má chuť se uzdravit a žít.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Menzes měla od 12 let, periodu měla pravidelnou po 27 dnech, klimakterium má od 53 let. Prodělala 4 těhotenství z toho 3x fyziologicky porodila zdravé děti a 1x byla na UPT, gynekologické obtíže neměla, gynekologické operace neprodělala. Na gynekologii nechodí, byla tam naposledy asi před 18 roky a teď nyní před operací jako součást předoperační přípravy. Antikoncepci nikdy neužívala.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výraznějším stresem se již pár let nesečkala, naposledy největší stres bylo úmrtí manžela. V tomto období jí pomohly děti s vnuky a pravnuky, kteří se u ní střídali každý den, aby doma nebyla sama. Jinak stresy nikdy neměla anebo si je nepřipouštěla. Nyní si žádný stres nepřipouští, snaží se bojovat, aby mohla být doma sama. Má strach, že to nepůjde, žádné léky na uklidnění nechce.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Paní je nevěřící. Mezi její životní hodnoty je samozřejmě zdraví celé rodiny a soudržnost rodiny.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěla povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravená

Vlasy - šedivé

Oční skléry - bez zbarvení

Dutina ústní - bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup - špatný, má horní umělou protézu

Jazyk - plazí se vpravo, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii a po implantaci KS- zhojené jizvou

Břicho - souměrné, bez jizev

Páteř, držení těla - Pravostranná hemiparéza

Rozsah pohybu - levostraně v plném rozsahu, prostranně pouze s dopomocí druhé ruky

Chůze - Pomocí chodítka a doprovodem

Končetiny - svalový tonus v normě, pohyblivost omezená

Stisk ruky - přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor normální

Rány - po sternotomii a implantaci KS

Nehty - upravené

Problémy s močením - nemá

Problémy se stolicí – nebyla již 3 dny

Fyziologické funkce:

TK - 140/90

P - 74/min., pravidelný

D - 14/min, klidný

TT - 36,6

Stav výživy:

Hmotnost: 65 kg

Výška: 158 cm

BMI: 26

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav

Vědomí – orientovaná, při vědomí

Orientovaná – místem, časem i osobou

Vnímání - bez poruchy

Slovní zásoba - dobrá

Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé

Myšlení - logické

Paměť- přiměřená k věku

Rozsah pozornosti - udrží

Nervozita - není

Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - klidná, přátelská

Schopnost navázání vztahu k ostatním - bez zjevných problémů

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - dalekozrakost a krátkozrakost- nosí brýle

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chut' - v normě

Hmat - na levé ruce v normě, na pravé poškozen

Pacientka byla po celou dobu lázeňské péče na centrum časně rehabilitace, kde pacientce bylo pomáháno. Byla vedena k soběstačnosti. Přijela z nemocnice po cévní mozkové příhodě s pravostrannou hemiparézou a byla odkázána na pomoc zdravotních sester. Po kardiologické stránce byla pacientka bez komplikací.

Příloha č. 7

Kazuistika pacient č. 7

Cíl: Pacient byl převezen na centrum časné rehabilitace z lůžka na lůžko z kardiochirurgického oddělení z nemocnice Motol k následné rehabilitaci. Je po valvuloplastice mitrální chlopně/resekce zadního cípu reg P2, anuloplastika mitrální chlopně prstencem C-E Physio vel 30. Chodí pouze k obvodnímu lékaři, stomatologovi a k očnímu lékaři. Byl indikován k urgentní operaci pro těžkou mitrální regurgitaci. 17.6 Pacient udával progredující dušnost, tachyfibrilaci, dle CT embolizace do plic byla vyloučená, dle ECHO těžká mitrální regurgitace. Dnes po příjezdu na Centrum časné rehabilitace se cítí unavený dušný. Cílem je zhojení jizvy, zmírnit bolest, předejít dehydrataci,

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pán, 63 let, ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domečku. Mají dvě děti, které je navštěvují. Dříve pracoval, jako telefonní technik. Chodí pravidelně na kontroly k obvodnímu lékaři a stomatologovi.

Diagnóza základního onemocnění:

I34.0 - Valvuloplastica mitrální chlopně/resekce zadního cípu reg.P2, anuloplastika mitrální chlopně prstencem C-E Physio vel 30.

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle hodnot INR

Clexane 0,4 ml s. c 2x denně do INR 2

Komorbidity:

I. 10 – esenciální hypertenze

E78.2 - dyslipidemie

Léčba komorbidit::

Egilok 25 mg 1-0-1

Amicloton ½-0-0

Cordarone 200mg 1-0-0

Sortis 20 mg 0-0-0-1

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 2. 7. 2011

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klienta a Typ zařízení, odkud byl přijat:

Pacient byl přijat z kardiochirurgického oddělení Motol 1. 7. 2011

Dieta: 7w – nízkocholesterolová, warfarinová

Příjmová zpráva:

Nynější onemocnění: Pacient byl přivezen na Centrum časné rehabilitace z kardiochirurgického oddělení nemocnice Motol. Dne 17. 6. 2011 prodělal valvuloplastiku mitrální chlopně // resekce zadního cípu reg P2, anuloplastika mitrální chlopně prstencem C-E Physio vel 30. Op. Výkon bez komplikací, poop. nutnost

zvyšování vasopres. podpory po zavedení Swan-Ganzova katetru obraz septické cirkulace, empiricky ATB, 1 POOD zlepšení stavu, podpora postupně vysazena, přechodně neklid, extubace. 4.POOD paroxysmy FISI EKV+farmakologická KV, antikoagulace pro recidivy FISI. Nyní se cítí unavený, má mírné bolesti pod levou lopatkou.

Status praesens:

Orientován, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace, obézní

TK: 130/68, TF: 74/min., TT - afebrilní, Výška: 174 cm, Váha 103kg, Obvod pasu: 105 cm

Hlava: poklepově nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii,

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: poklepově nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubínkový, měkké, volně prohmatané, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý

Páteř: poklepově nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periférie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nález: negativní

Anamnéza:

OA: Hypertenze, dyslipidemie, stp.operaci TU močového měchýře před 6 lety. 16. 6. 2011 progredující dušnost, tachyfibrilace, dle CT embolizace do plic vyloučena, dle ECHO těžká Mi regurgitace, indikována urgentní operace přímo z kardiokliniky na OP sál, po ukončení OP selhávající PK s těžkou akinesii spodní stěny s postupnou částečnou úpravou, naznačený SAM, ale bez obstrukce /gradientu LVOT/ plastika Mi chlopně funkční.

RA: Otec +, matka+, děti zdravé

AA: PEN

FA: Egilok 25 mg1-0-1, Amicloton ½-0-0, Cordarone 200 mg 1-0-0, Warfarin dle INR, Clexane 0,4 ml s. c. a 12 hodin do INR 2

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, drogy 0

SA: důchodce, dříve telefonní technik, žije s manželkou

Model Gordonové stanoven dne 30. 6. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan, 63let, přijatý na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavený po cestě z nemocnice, má mírné bolesti pod levou lopatkou, bolest je píchavá vyskytující se vleže. Před nemocí byl pacient aktivní, staral se o domeček. V posledním roce se necítil dobře. Měl stavy dušnosti a bušení srdíčka. V posledním roce prodělal 1x virózu jinak byl zdrav. Vždy, pokud je nemocný, jde k obvodnímu lékaři a snaží se dodržovat vše, co mu lékař naordinuje. Na kardiologickou ambulanci zatím nechodí, nikdy ho obvodní lékař neodeslal ke kardiologickému vyšetření. Na preventivní prohlídky ke stomatologovi chodí 1x za rok. Naposledy byl na stomatologii před dvěma měsíci. Vážnější úrazy neprodělal. Pacient podle jeho slov byl v mladším věku velký sportovec. Rád jezdil na kole, hrál tenis a chodil hrát za starou gardu fotbal. Poslední 3 roky jezdil pouze na kole. Poslední rok už nejezdil ani na kole, maximálně na ryby k blízkému rybníku. Zdravou výživu nedodržuje, jí, na co právě má chuť. Nyní se cítí dobře, bolest pociťuje na hrudní kosti.

2. Výživa a metabolismus

Nyní již má chuť k jídlu, sní celou porci, která je podávána. Pacient si chce vybírat z jídelníčku a domluvit se s dietní terapeutkou. Má plno neoblíbených jídel, která by nesnědl. Mezi jídla, která nesní, patří ryby, sladká jídla, špenát, ryže, jahody a další jídla. Doma jí 3x denně. Snídá okolo 8 hodiny ranní, obvykle pečivo se sýrem nebo šunkou anebo jogurt s houskou. Obědvá pravidelně okolo 12 hodiny. Každý den manželka vaří dle přání manžela. Večeří okolo 19 hodiny, k večeři si udělá míchaná vajíčka, topinky, bramboráčky nebo vaječný řízek. Tato jídla má nejraději k večeři. Pacient je dehydratován, nyní vypije asi 750ml tekutin za den. Doma vypije asi 1 litr. Střídá na pití ovocný čaj a pramenitou vodu. Nadává, že více nemůže vypít, protože by měl v žaludku žabáky. Má chuť na pivo. Doma pije dobrou vodu se šťávou a ráno čaj černý s citrónem a medem. Kávu pije s manželkou 1x denně po obědě.

Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii se hojí per sekundam. Pacient je upravený, nehty má ostříhané a čisté. Vlasy učesané a prošedivělé.

Hmotnost má stálou: 103 kg a **výška**: 174 cm.

BMI -34 – obezita 1. stupně

Dospělé nutriční scóre: 2 – není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové – 33 - není riziko vzniku dekubitů

3. Vylučování

V domácím prostředí pacient chodí na stolicí pravidelně 1x za den, a to ráno. Od 3. dne od operace pacient chodí na stolicí pravidelně. Stolicí dle pacienta, má formovanou, fyziologické barvy a bez zápachu. Léky k vyprazdňování nepoužívá. S močením neudává žádné obtíže. Chodí na močení asi 6 krát za den. V noci se probouzí 1x za noc, z důvodu nucení na močení. Pacient si dojde sám na WC. Moč je slámově žlutá, bez příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita cvičení

Pacient je důchodce, dříve pracoval jako telefonní technik. Pacient se aktivně věnoval sportu v mladším věku. Mezi koníčky měl jízdu na kole, fotbal za starou gardu a tenis. Ještě před třemi roky jezdil na kole. Za poslední rok již nic neujel, jezdil maximálně k nedalekému rybníku. V posledním půl roce rád odpočíval u ryb nebo u křížovek a sudoku. Nyní se cítí unavený, ale šťastný, že přežil operaci. Těší se, jak se mu bude dýchat dobře a nebude mít ataky dušnosti. Budí dojem optimisty. On sám je přesvědčen, že bude dobře jako před 3 roky. Bolest pociťuje na hrudní kosti. Dle analogové škály ji hodnotí na VAS 3.

Riziko pádu – 0 bez rizika

Barthelův test běžných denních činností - 100 b - nezávislý

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. **Schopnost najít se:** „Na jídlo si dojde a nají se sám.“
2. **Schopnost umýt se:** „Sám bez pomoci.“
3. **Schopnost vykoupat se:** „Sám bez dopomoci.“
4. **Schopnost upravit se:** „Sám se upraví.“
5. **Celková pohyblivost:** „Dobrá.“
6. **Schopnost dojít si na toaletu:** „Sám si dojde.“
7. **Schopnost obléci se:** „Sám se obleče.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním neudává. Doma chodil spát okolo 22 hodiny a stával před 8 hodinou. V nemocnici usínal okolo 22 hodiny a probudil se okolo 5 hodiny, když přišly sestry měřit. Doma si chodí lehnout po obědě na hodinu. V nemocnici usíná okolo 13 hodiny do 14 hodin. Léky na spaní doma ne užívá.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientován místem, časem a osobou. Se sluchem nemá žádné obtíže. Pacient vidí dobře. Na oční ambulanci pacient chodí pravidelně. Paměť má dobrou. Rozhoduje se rychle adekvátně. Rád se učí novým věcem. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informován. Nemá žádné otázky k jeho zdravotnímu stavu. Pacient má otázky k warfarinizaci, nebyl v nemocnici poučen. Bolest nyní již udává pod levou lopatkou. Bolest je bodavá v klidu na lůžku. Léky na bolest vyžaduje 3x denně.

GCS - 15 – bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje- VAS 3

Folsteinův test kognitivních funkcí Mini - mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byl pacient optimista a spokojený se svým životem. Nyní je již opět optimista. Během prvních dní po operaci ztrácel naději a přál si zemřít. V této době mu dodala sílu a energii žít především manželka s oběma syny a jejich rodinami. Nyní je pacient plný optimistických nápadů, jaké procházky podnikne

a kam půjde se podívat. Je smířený, že rehabilitace bude trvat delší dobu, a že nebude moci ihned vyrazit na 5 km procházku podle Labe. I přesto se těší, jak si sedne do parku a bude se dívat do zeleně.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou. Vychoval dva syny, kteří mají své rodiny. Oba dva jsou šťastně ženatí a jsou spokojeni se svými životy. Jezdí k rodičům na návštěvy 1x týdně plus na víkend. V rodině žádné problémy nemají, všechny problémy řeší v klidu a společně u jednoho stolu. Kamarády má rybáře od rybníčku, někdy si zajdou na jedno pivo do místní hospůdky. Je velice pyšný, že je dědeček a se svými vnoučaty se chlubí. Má na stolečku jejich fotky.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Na toto téma jsme se nebavili.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výrazným stresem se dlouho neseťkal a malé stresy si řeší povětšinou sám. Podle pacienta si svoji nemoc a závažnost si uvědomil až po operaci. V této situaci pomohla manželka a synové. Nyní se raduje z každého dne, kdy je lépe a lépe.

Stupnice hodnocení psychického zdraví- 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Pan je nevěřící. Mezi jeho životní hodnoty patří zdraví celé rodiny a rodinná pohoda.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěl povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravený

Vlasy - prošedivělé

Oční skléry - bez zabarvení

Dutina ústní - bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – sanovaný

Jazyk - plazí se ve střední čáře, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii

Břicho - souměrné

Páteř, držení těla - fyziologické

Rozsah pohybu – v normě

Chůze – bez omezení

Končetiny - svalový tonus v normě, pohyblivost dobrá

Stisk ruky - přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor snížený

Rány - po sternotomii

Nehty - upravené

Problémy s močením - nemá

Problémy se stolicí – nemá

Fyziologické funkce:

TK - 130/68

P - 74/min., pravidelný

D - 14/min, klidný

TT - 36,7

Stav výživy:

Hmotnost: 103 kg

Výška: 174 cm

BMI: 34 - obezita 1. Stupně

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav

Vědomí – orientován, při vědomí

Orientovaná – místem, časem i osobou

Vnímání - bez poruchy

Slovní zásoba - dobrá

Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé

Myšlení - logické

Paměť- dobrá

Rozsah pozornosti - udrží

Nervozita - není

Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - klidný, tichý

Schopnost navázání vztahu k ostatním - špatná

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - v normě

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chut' - v normě

Hmat - v normě

Příloha č. 8

Kazuistika pacientka č. 8

Cíl: Pacientka byla přivezena z kardiochirurgického oddělení z nemocnice na Homolce do Centra časné rehabilitace 10. pooperační den, je po náhradě aortální chlopně a anuloplastice mitrální chlopně. Pacientka chodí pravidelně ke kardiologovi. Cílem bylo zmírnit bolest, zhojení jizvy per primam.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Paní, 73 let, bytem Liberec, kde bydlí sama, je vdova, důchodkyně. Chodí pravidelně na kontroly ke kardiologovi a na diabetologii.

Diagnóza základního onemocnění:

I. 35.1 Substitutko valv. Aortalis cum bioprothesi CE Magna No 21., anuloplastica mitralis/semiring MDT/, anuloplastica tricuspidalis sec. Kay / bikuspidalizace/.

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin - dle hodnoty INR

Komorbidity:

Arteriální hypertenze

Diabetes melitus II. typu na PAD

ICHS

Léčba komorbidit:

Cynt 0,4 -1-0-0-1, Prestarium Neo 5 mg ½ - 0-0, Quamatel 20 mg 1-0-1, Ekofor 850 mg 1-1-1, Zorem 10 mg 1-0-0, Ebrantil 30 mg 1-1-1

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 9. 8. 2011

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klienta a typ zařízení, odkud byl přijat:

Pacientka byla přijata z kardiochirurgického oddělení z nemocnice na Homolce dne 8. 8. 2011

Dieta 9/175 W- diabetická warfarinová

Příjmová zpráva:

Status praesens:

Orientována, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace, obézní

TK 165/75, TF: 114 /min., TT - afébrilní, Výška: 160 cm, Váha 69 kg, Obvod pasu: 102 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šíje volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii, distálně inflamace

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, systolický šelest v prekordiu.

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý, klidná jizva po CHE

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: perimal. chron. otoků, chronická žilní insuficience, klidné varixy DKK arteriální pulsace hmatná do periférie.

Orientační neurologický nález: v normě

Anamnéza:

OA: Pacientka s významnou aort. A mitrální regurgitací, námahovou dušností II. st. dle NYHA, EFLK 60%, dle SKG 60-70 % ostiální stenóza ACD, dle echokard. Vyš. Nevýznamná. Trikuspidální regurgitace, ale dilatace anulu 40 mm. 30.7.2011. - Substitutko valv. Aortalis cum bioprothesi CE Magna No 21., annuloplastica mitralis/semiring MDT/, annuloplastica tricuspidalis sec. Kay / bikuspidalizace/.Ost. dg. Arteriální hypertenze, ICHS, ostiální stenosa ACD 60-70%, recid. HŽT DK, poslední 1/2011- VP,VFS a parc. VVFC 1. dx., DM 2. typu na PAD od 1/2011, st. p. recid. Erysipelech obou bérců, naposledy 9/2006, st. p. hysterektomii pro descensus v roce 97, st. p. CHE, st. p. plastice močového měchýře v r. 97.

RA: Otec + na IM v 66 letech

AA: negativní

FA: Cynt 0,4 -1-0-0-1, Prestarium Neo 5 mg ½ - 0-0, Quamatel 20 mg 1-0-1, Ekofor 850 mg 1-1-1, Zorem 10 mg 1-0-0, Ebrantil 30 mg 1-1_1, Warfarin dle hodnot INR

Abusus: nekuřačka, alkohol nyní ne, drogy ne

SA: důchodkyně, dříve prodavačka, vdova

Model Gordonové stanoven dne 8.7. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Paní, 73let, přijatá na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavená, dušná při pohybu, má bušení srdíčka, má mírné bolesti na hrudníku, bolest je píchavá vyskytující se přes den i v noci. Před nemocí byla paní soběstačná. V posledním roce prodělala 4 x virózu a 1x pneumonii. Pokud je nemocná, jede k obvodnímu lékaři a dodržuje vše, co lékař doporučí. Nechává se očkovat každý rok proti chřipce. Na kardiologickou ambulanci chodí pravidelně po roce. Na preventivní prohlídky ke stomatologovi nechodí pravidelně, jen při bolesti. Naposledy byla na stomatologii před měsícem, před nástupem na operaci. Vážnější úrazy neprodělala. Podle jejích slov moc pro své zdraví nedělala. Pacientka nyní již odpočívá ukřížovek nebo u televize. Před onemocněním chodila za kamarádkami do domova důchodců. Za mládí jezdila na kole asi tak 20 km/3x týdně. Mezi další koníčky patří čtení detektivek, luštění křížovek a koukání na televizi. Asi 7 měsíců před operací již nikam nechodila. Byla ráda, že se zvládla pohybovat po bytě. Zdravou výživu nedodržuje, jí málo zeleniny a ovoce. Nyní se cítí dobře, cestu zvládla dobře.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka má chuť k jídlu. Sní celou porci, která je podávána a ještě i to, co ji přiveze rodina do nemocnice. Není vybíravá, má ráda vše. Nemá ráda zeleninu dušenou, špenát, a sladká jídla. Paní má ráda jogurty, brambory na všechny způsoby. Doma jí 6x denně, snídá okolo 8 hodiny, obvykle se sýrem nebo salámem anebo vajíčka na různé způsoby. Obědvá pravidelně okolo 12 hodiny. Obědy jí vozí pečovatelská služba a v sobotu a neděli vaří dcera. Obědy jí chutnají. Večeří povětšinou během 19 hodiny, k večeři si vezme pečivo se salámem anebo si ohřeje zbytek po obědě. Pacientka je hydratována, nyní vypije asi 1500ml tekutin za den, doma je to podstatně méně. Je ráda, že vypije asi 700ml za den. Pacientka střídá na pití ovocný čaj a dobrou pramenitou vodu. Doma pije převážně bylinkové čaje a minerální vody. Kávu pije 1x denně po ránu. Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii se hojí, v distální oblasti je inflamace. Pacientka je upravená, nehty má ostříhané a čisté. Vlasy učešané a obarvené. **Hmotnost** má stálou: 69 kg a **výška**: 160 cm.

BMI -27 - nadváha

Dospělé nutriční scóre: 3 není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové – 33 není riziko vzniku dekubitů

3. Vylučování

V domácím prostředí pacientka chodí na stolicí pravidelně 1x denně, ráno. Na problémy s defekací si nestěžuje. Dle jejích slov má stolicí formovanou, fyziologické barvy a bez zápachu. Léky k vyprazdňování nepoužívá. S močením neudává žádné obtíže. Chodí na močení asi 5 – 6 krát za den. V noci chodí 1x asi okolo 1 hodiny ráno. Pacientka si dojde sama na WC. Moč je slámově žlutá, bez příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita cvičení

Pacientka byla prodavačka. Prodávala dětské oblečení, ráda na tuto dobu vzpomíná. Už řady let se nevěnuje sportu, dříve jezdila na kole. Do posledka, dokud nebyla dušná, chodila za kamarádkami do domova důchodců, který má od svého domova přibližně 2000 m. V posledních 7 měsících již nikam nedošla. Byla ráda, že se pohybuje po bytě. Po 5 metrech byla dušná a musela se zastavovat. Nyní odpočívá u televize nebo u knihy.

Barthelův test běžných denních činností - 100 b- nezávislý

Riziko pádu – o bez rizika

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. **Schopnost najít se:** „ Na jídlo si dojde a nají se sama.“
2. **Schopnost umýt se:** „ Sama, bez pomoci.“
3. **Schopnost vykoupat se:** „ Sama, bez dopomoci.“
4. **Schopnost upravit se:** „ Sama se upraví.“
5. **Celková pohyblivost:** „ Dobrá vzhledem k věku“
6. **Schopnost dojit si na toaletu:** „Sama, si dojde.“
7. **Schopnost obléci se:** „Sama, se obleče.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním pacientka neměla. Doma chodila spát okolo 23 hodiny a probouzí se okolo 6. hodiny, ale z postele vstává po 7 hodině. V nemocnici usínala okolo 21 hodiny a probouzí se okolo 5 hodiny a již neusne. Doma si chodí lehnout po obědě, v nemocnici usíná okolo 13 hodiny a spí do svačiny. Léky na spaní doma ani zde nechce užívat.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientována místem, časem a osobou. Se sluchem nemá žádné obtíže. Nosí brýle na čtení. Pacientka chodí k očnímu pouze, když se jí zdá, že špatně vidí. Paměť má dobrou. Rozhoduje se uvážlivě a adekvátně. Nerada se učí novým věcem. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informována. Nemá žádné otázky k jejímu zdravotnímu stavu. Bolest nyní udává na hrudníku a bolest pod pravou lopatkou. Bolest je bodavá. Léky na bolest vyžaduje 4x za den.

GCS - 15 bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje- VAS 3

Folsteinův test kognitivních funkcí Mini - mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byla pacientka optimistická a relativně spokojená se svým životem. Nyní je již opět optimistická. Věří, že se postaví na nohy, že se bude moci sama o sebe postarat. V období diagnostikování a čekání na operaci se pacientka bála, jak to bude bolet, zda se ještě probudí. Její dcera, s kterou má hezký vztah, ji utvrdila, že má jít na operaci. Nyní je již spokojená, že vše dopadlo dobře a těší se domů. V období

před operací ji podporovala celá rodina, především dcera. Dcera je zdravotní sestra, která mamince vše srozumitelně vysvětlila. Podle pacientky nebýt dcery a vnučky, tak by na operaci nikdy nešla.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí v panelovém domě v přízemí sama. Dcera bydlí o dvě ulice dále. Chodí za maminkou skoro každý den anebo ji 2x volá, zda je v pořádku nebo něco nepotřebuje koupit. Pacientka je velmi hrdá na vnučku, která letos dokončila vysokou školu a našla si ihned práci. V rodině žádné problémy nemají. Všechny problémy řeší diskusí. Kamarádky má 1500m daleko od jejího paneláku. Dokud mohla pacientka chodit a tolik se nezadýchávala, tak je navštěvovala 2x týdně. Nyní je již 6 měsíců neviděla, pouze si 1x týdně volají.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Pacientka první menze měla ve 14 letech, periodu měla pravidelnou. Byla 1x těhotná, 1x porodila. Hysterektomií prodělala v roce 97. Klimakterium má od 50 let.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výrazným stresem se pacientka dlouho nesetkala a malé stresy si řeší sama. Podle pacientky byl největší stres onemocnění. Po jasném vysvětlení od dcery se pacientka přestala bát.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je věřící. Do kostela jí vozí dcera na svátky, jinak do kostela nechodí. Mezi životní hodnoty uvedla pacientka zdraví, rodina a pravé kamarády.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěla povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravená

Vlasy – upravené, nabarvené

Oční skléry - bez zabarvení

Dutina ústní - bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – sanovaný

Jazyk - plazí se ve střední čáře, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii
Břicho - souměrné, jizva po CHE
Páteř, držení těla - fyziologické
Rozsah pohybu – v normě
Chůze – bez omezení
Končetiny - svalový tonus v normě, pohyblivost dobrá
Stisk ruky - přiměřený
Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor normální
Rány - po sternotomii
Nehty - upravené
Problémy s močením - nemá
Problémy se stolicí – nemá

Fyziologické funkce:

TK - 165/75
P - 114/min., pravidelný
D - 16 min, klidný
TT - 36,4

Stav výživy:

Hmotnost : 69 kg
Výška: 160 cm
BMI: 27- nadváha

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav

Vědomí – orientovaná, při vědomí
Orientovaná – místem, časem i osobou
Vnímání - bez poruchy
Slovní zásoba - dobrá
Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé
Myšlení - logické
Paměť - dobrá
Rozsah pozornosti - udrží
Nervozita - není
Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - přátelská, komunikativní
Schopnost navázání vztahu k ostatním - dobře navazuje vztahy

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - dalekozrakost 3D

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chut' - v normě

Hmat - v normě

Příloha č. 9

Kazuistika pacient č. 9

Cíl: Pacientka byla převezena do Centra časné rehabilitace z lůžka na lůžko z kardiochirurgického oddělení z nemocnice na Homolce k následné rehabilitaci. Pacientka je po plastice mitrální chlopně a anuloplastice trikuspidální chlopně. Pacientka chodí ke stomatologovi, gynekologovi a k očnímu lékaři pravidelně 1x za rok. Pooperační průběh byl příznivý, paroxysmus Fibrilace síní vertovaná medikamentosně amiodaronem na SR. Po cestě se cítí unavená, dušná, má bolesti na hrudi, které vystřelují pod lopatkou. Cílem je zhojení jizvy, zmírnit bolest, předejít dehydrataci, navodit chuť k jídlu, zmírnit únavu a dušnost.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pacientka, 65 let, vdaná, bydlí s manželem v bytě s výtahem ve 4. patře. Mají jednoho syna, který je jednou týdně navštěvuje a volá jedenkrát denně. Dříve pracovala v administrativě. Chodí pravidelně na kontroly ke gynekologovi, stomatologovi a k očnímu lékaři jedenkrát ročně.

Diagnóza základního onemocnění:

I34.0 – Plastica valvulae mitralis. Anuloplastica tricuspidalis

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle hodnot INR

Amiodaron 200 mg 1-0-1

Concor cor 2,5 mg 1-0-0

Komorbidity:

0

Léčba komorbidit::

0

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 20. 07. 2011

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klienta a Typ zařízení, odkud byl přijat:

Pacientka byla přijat z kardiochirurgického oddělení Na Homolce 19. 7. 2011

Dieta: 7w – nízkocholesterolová, warfarinová

Příjmová zpráva:

Pacientka byla přijatá k časnému lázeňskému rehabilitačnímu pobytu překladem z lůžka nemocnice Na Homolce s dg. 11. 7. 2011 Plastica valvulae mitralis. anuloplastica tricuspidalis. Pooperační průběh příznivý, paroxysmus Fibrilace síní, vertována medikamentózně amiodaronem na SR, který trvá. Subjektivně se cítí po cestě unavená, má bolesti na hrudi vystřelující pod lopatku.

Status praesens:

Orientovaná, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace

TK: 117/60, TF:78/min., TT - afebrilní, Výška: 171 cm, Váha 69kg, Obvod pasu: 85 cm

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii,

Plíce: poklep plný, jasný. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý.

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periférie, žíly bez známek zánětu, klouby ušlechtilého tvaru. St. p. - operaci varixů vpravo.

Orientační neurologický náález: v normě

Anamnéza:

OA: Pacientka s dg. Insufficiencia valvulae mitralis ,insufficiencia tricuspidalis, EF LK 65 %. 11. 7. 2011 Plastica valvulae mitralis. Anuloplastica tricuspidalis. Ostatní dg. St. p. operaci varixů, PDK, st. p. CHCE

RA: Syn po operaci pro MR (M. Barlow), jinak bezvýznamná

AA: negativní

FA: Cordarone 200 mg 1-0-1, Warfarin dle INR, Cancor cor 2,5 mg 1-0-0

Abusus: Nekuřačka, alkohol příležitostně, drogy 0

SA: důchodkyně, dříve jako administrátorka, žije s manželem

Model Gordonové stanoven dne 19. 7. 2011

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka, 63let, přijatá na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavená po cestě z nemocnice, má bolesti na hrudi, které vystřelují pod lopatku. Bolest je vystřelující, vyskytuje se vleže a při vstávání z lůžka. Před nemocí byla pacientka aktivní, starala se o byt a jejich chaloupku. V posledních třech měsících se cítila unavená, musela si chodit odpočinout po všech činnostech. Dále se objevila dušnost při chůzi do kopce a do schodů. V posledním roce prodělala 1x angínu, jinak byla zdráva. Pokud je nemocná, jde k obvodnímu lékaři a snaží se dodržovat vše, co jí lékař naordinuje. Na kardiologickou ambulanci byla poslána obvodním lékařem k došetření dušnosti a únavy. Na preventivní prohlídky chodí ke stomatologovi, na oční ambulanci 1x za rok. Na gynekologii nechodí pravidelně, nyní byla před operací asi před 2 měsíci. Jinak byla naposledy asi před 3 roky. Naposledy byla na stomatologii před měsícem. Vážnější úrazy neprodělala. Pacientka podle jejích slov byla v mladším věku sportovně založená. Ráda jezdila na kole a chodila na túry. Nyní již chodí pouze do lesa na houby anebo s vnučkou po hradech a zámkách o prázdninách. Mezi její koníčky je v dnešní době sudoku, křížovky a dobrá kniha. Zdravou výživu se snaží dodržovat, ale jsou dny, kdy vše poruší a dá si vše co je nezdravé. Doma jí chutná, nyní od operace má pocit nechutenství.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka nyní nemá chuť k jídlu, nyní sní 1/4 porce z podávané porce. Pacientka je domluvená s dietní terapeutkou na jídelníčku. Doma jí 3x denně. Snídá okolo 7 hodiny ráno, obvykle jogurt, ovocný tvaroh a pečivo. Obědvá pravidelně okolo 12 hodiny s manželem. Každý den vaří dle přání manžela. Večeří povětšinou okolo 17 hodiny, k večeři vaří minutky anebo dělá ovocné a zeleninové saláty. Pacientka vypije asi 1200ml tekutin za den. Doma vypije asi 1 litr. Střídá na pití ovocný čaj a neperlivou vodu. Nemá pocit žízně. Doma pije neperlivou vodu ředěnou džusem anebo bylinkové čaje. Kávu pije s manželem 1x denně po obědě. Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii se hojí per primam. Pacientka je upravená, nehty má ostříhané, nalakované a čisté. Vlasy učesané a obarvené.

Hmotnost má stálou: 69 kg a **výška**: 171 cm.

BMI – 24 - normální váha

Dospělé nutriční scóre: 5 – nutné vyšetření dietní sestrou

Rozšířená stupnice Nortonové – 30 - bez rizika vzniku dekubitů

3. Vylučování

V domácím prostředí pacientka chodí na stolicí pravidelně 1x za dva dny, a to především ráno. Od 2. dne od operace pacientka chodí na stolicí pravidelně každý druhý den. Stolice dle pacientky formovaná, fyziologické barvy a bez zápachu. Léky k vyprazdňování nepoužívá. S močením neudává žádné obtíže. Chodí na močení asi 5krát za den. V noci se neprobouzí, nemá pocit na močení. Pacientka si dojde sama na WC. Moč je slámově žlutá, bez příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka je důchodkyně, dříve pracovala jako administrátorka. Dříve se věnovala jízdě na kole a chodila na túry. Nyní již chodila pouze na houby do lesa a na zámky a hrady se svojí vnučkou. Pacientka uvedla mezi své koníčky luštění křížovek, sudoku a čtení pěkných knížek. V posledních třech měsících po všech denních činnostech odpočívala v křesle nebo na pohovce u knihy nebo křížovek. Nyní se cítí unavená, má bolesti na hrudi, které ji vystřelují pod lopatku. Pacientka se na první pohled zdá jako optimistka. Nestěžuje si na nic, ale je poznat z jejího výrazu obličeje, že je unavená a že při vstávání z lůžka má bolest. Pacientka se již těší, jak bude opět moci chodit bez únavy a bez dušnosti na procházky.

Barthelův test běžných denních činností - 100 b - nezávislý

Riziko pádu - bez rizika

Vnímání schopnosti pro denní aktivity:

1. **Schopnost najít se:** „ Na jídlo si dojde a nají se sama.“
2. **Schopnost umýt se:** „ Sama bez pomoci.“
3. **Schopnost vykoupat se:** „ Sama bez dopomoci.“
4. **Schopnost upravit se:** „ Sama se upraví.“
5. **Celková pohyblivost:** „ Dobrá.“
6. **Schopnost dojit si na toaletu:** „ Sama si dojde.“
7. **Schopnost obléci se:** „ Sama se obleče.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním pacientka neudává. Doma chodila spát okolo 23 hodiny a stávala před 6 hodinou. V nemocnici usínala okolo 23 hodiny a probouzela se okolo 5 hodiny, když přišly zdravotní sestry měřit tělesnou teplotu a krevní tlak. Doma si chodila lehnout po jakékoliv činnosti na 30 minut. V nemocnici si lehala po obědě, dokud nepřijela za ní návštěva. Léky na spaní doma neužívá.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientována místem, časem a osobou. Se sluchem nemá žádné obtíže. Pacientka vidí dobře. Na oční ambulanci chodí pravidelně. Paměť má dobrou. Rozhoduje se rychle, adekvátně. Ráda se učí novým věcem. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informována. Nemá žádné otázky k jejímu zdravotnímu stavu. Pacientka má otázky k warfarinizaci, nebyla v nemocnici řádně poučena. Bolest nyní udává na hrudi pod levou lopatkou. Bolest je bodavá, v klidu na lůžku. Léky na bolest vyžaduje 2x denně.

GCS - 15 – bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje - VAS 3

Mini- mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byla pacientka optimistka a spokojená se svým prožitým životem. Nyní se zdá optimistická. Během prvních dní po operaci ztrácela naději, přála si zemřít, měla velké nesnesitelné bolesti. Nyní již má

bolesti snesitelné a uklidňuje jí fakt, že čím delší dobu bude od operace, bude tato bolest menší. V této době ji dodal sílu a energii žít především manžel se synem a její rodinou. Nyní si pacientka plánuje, co vše musí podniknout, až se vrátí z lázeňské péče. Je srozuměna, že rehabilitace bude pozvolná. Už se těší na zítřejší den, kdy půjde s rehabilitační sestrou na první procházku.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v panelovém domě v bytě s manželem. Panelový dům má výtah. Pacientka má jednoho syna, který má svoji rodinu. Syn bydlí ve vedlejším městečku asi 5 km od rodičů. Jezdí k rodičům na návštěvy 1-2x týdně plus o víkend. V rodině, žádné problémy nemají, všechny problémy řeší v klidu a společně u jednoho stolu. Pacientka má jednu dobrou kamarádku, která bydlí ve vedlejším vchodě. Navštěvují se pravidelně u sebe doma. Pacientka je velice pyšná na svoji vnučku.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Menses měla od 14 let, periodu měla pravidelnou po 28 dnech, klimakterium má od 50 let. Pacientka byla 1krát těhotná z toho 1x fyziologicky porodila zdravého syna, gynekologické obtíže neměla, gynekologické operace neprodělala. Na gynekologii nechodí, byla tam naposledy asi před 3 roky a teď nyní před operací, jako součást předoperační přípravy. Antikoncepci nikdy neužívala. O sexualitě jsme se nebavily.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výrazným stresem se pacientka dlouho nesetkala a malé stresy si řeší povětšinou sama. Podle pacientky si svoji nemoc uvědomila po nástupu do nemocnice. V této situaci ji pomohl manžel a syn. V nemocnici již nechtěla žít. Měla velké bolesti, ale nyní má bolesti jen mírné. Už se cítí lépe a začíná být optimistická a věří, že bude lépe. Je moc ráda, že má svoji rodinu a okolo hodný zdravotnický personál. Podle slov pacientky se jí lépe s touto situací lépe vyrovnávalo díky chápavému zdravotnickému personálu a rodině.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je věřící, do kostela chodí pouze o svátcích. Mezi životní hodnoty pacientka uvedla zdraví, pravdomluvnost, dobrotu.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěl povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravený

Vlasy - obarvená

Oční skléry - bez zabarvení

Dutina ústní - bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – sanovaný

Jazyk - plazí se ve střední čáře, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii

Břícho - souměrné

Páteř, držení těla - fyziologické

Rozsah pohybu – v normě

Chůze – bez omezení

Končetiny - svalový tonus v normě, pohyblivost dobrá

Stisk ruky - přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor snížený

Rány - po sternotomii,

Nehty - upravené

Problémy s močením - nemá

Problémy se stolicí – nemá

Fyziologické funkce:

TK - 117/60

P - 78/min., pravidelný

D - 16/min, klidný

TT - 36,6

Stav výživy:

Hmotnost: 69 kg

Výška: 171 cm

BMI: 24

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientovaná, při vědomí

Orientovaná – místem, časem i osobou

Vnímání - bez poruchy

Slovní zásoba - dobrá

Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé

Myšlení - logické

Paměť - dobrá

Rozsah pozornosti - udrží

Nervozita - není

Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - přátelská, hovorná

Schopnost navázání vztahu k ostatním - dobrá

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - v normě

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chut' - v normě

Hmat - v normě

Příloha č. 10

Kazuistika pacient č. 10

Cíl: Pacient byl převezen na Centrum časné rehabilitace z lůžka na lůžko z kardiochirurgického oddělení z VFN k následné rehabilitaci. Pacient po náhradě aortální chlopně bioprotézou. Pacient chodí na pravidelné prohlídky ke kardiologovi, stomatologovi, na plicní ambulanci a k očnímu lékaři pravidelně. Cílem je zhojení jizvy, zmírnit bolest.

Stručný průřez charakteristikou anamnézy:

Pacient, 66 let, ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domečku. Vychoval jednu dceru, která má postavený domeček o ulici dál, chodí na návštěvu každý den. Dříve pracoval jako elektromontér. Pacient chodí pravidelně na kontroly ke kardiologovi, plicnímu lékaři, stomatologovi i k očnímu lékaři.

Diagnóza základního onemocnění:

I 35.1 substitutio valvulae aortalis cum bioprothesis C-E Perimonut 27 mm, sutura FOP

Stávající terapie základního onemocnění:

Warfarin dle hodnot INR

Clexane 0,6 ml s. c 2x denně do INR 2

Komorbidity:

I. 10 – esenciální hypertenze

J44 - CHOPN

E79.0 - hyperurikemie

Léčba komorbidit::

Egilok 25 mg 1-0-1

KCl 500 mg 1-0-1

Milurit 100 mg 1-0-1

Miflonid 200 mg 1-0-1

Formoterol 1-0-1

Novalgin při bolesti

Diagnostické vyšetření:

Plánované - laboratorní vyšetření, echokardiografické vyšetření na 28. 7. 2011

Spirometrie

6MWT

Datumový příjem klienta a Typ zařízení, odkud byl přijat:

Pacient byl přijat z kardiochirurgického oddělení VFN 27.7 2011

Dieta: 7w – nízkocholesterolová, warfarinová

Příjmová zpráva:

Nynější onemocnění: Pacient byl přivezen na centrum časné rehabilitace z kardiochirurgického oddělení z VFN. Dne 21. 7. 2011 podstoupil operaci substitutko valvulae aortalis cum bioprothesis C-E Perimonut 27 mm, futura FOP, 2. pooperační den FIS, kontraindikace Amiodaron, po kterém je bradykardie, dále jen bonusy Amiodronu, verse na SR., následně střídání flutteru síní a Fibrilace síní. Při překladu síní. Rytmus. Nyní se cítí unavený, má bolesti v oblasti sternotomie, je dušný při pohybu, má obtíže při močení.

Status praesens:

Orientován, klidově eupnoe, bez ikteru či cyanosy, přiměřené hydratace, nadváha

TK: 136/87, TF: 92/min., TT- afebrilní, **Výška: 179 cm, Váha: 91kg, Obvod pasu: 108 cm**

Hlava: pokleповě nebolestivá, víčka bez otoků, bulby ve středním postavení, pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, reagují na oba podněty, spojivky růžové, skléry anikterické, inervace n. VII souměrná, výstupy n. V nebolestivé. Uši a nos bez sekrece. Rty bez cyanosy, chrup sanován. Jazyk se plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné

Krk: šije volná, struma a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, krční žíly bez zvýšené náplně

Hrudník: souměrný, klenutý. Hojící se jizva po sternotomii, exantém po náplasti kovové svorky, v okolí jizvy

Plíce: poklep hyperson. dýchání dif. oslabené.

Srdce: pokleповě nezvětšeno, AS pravidelná, 2 ohraničené ozvy

Břicho: v úrovni hrudníku, poklep diferenciální bubínkový, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, není peritoneální. Játra k oblouku, slezina nehmatná, úder na bederní krajinu nebolestivý

Páteř: pokleповě nebolestivá

Končetiny: bez otoků, arteriální pulsace hmatná do periférie, žíly bez známek zánětu, klidná jizva v obl. pravého kolenního a loketního kloubu. klouby ušlechtilého tvaru.

Orientační neurologický nález: v normě

Anamnéza:

OA: Pacient s významnou aortální regurgitací, s dilatací LK, EFLK 36%, FOP, námahová dušnost NYHA II. 21. 7. 2011 podstoupil operaci substitutko valvulae aortalis cum bioprothesis C-E Perimonut 27 mm, futura FOP. Ost. dg. : arteriální hypertenze, CHOPN se středně těžkou obstrukční a lehkou restrikční ventil. Poruchou, st. p. CHE pro litiasu, st. p. operaci menisku pravého kolenního kloubu, st. p. operaci loketního kloubu, VAS, hyperurikemie, st. p. hydrokély.

RA: Otec + 44 asi neo. Št. žlázy, matka+79 let kompl. DM, dcera zdravá

AA: negativní

FA: Egilok 25 mg 1-0-1, KCl 500 mg 1-0-1, Milurit 100 mg 1-0-1, , Novalgin při bolesti, Miflonid 200 mg 1-0-1, Formoterol 1-0-1 Warfarin dle INR, Clexane 0,6 ml s. c. a 12 hodin do INR 2

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, drogy 0

SA: důchodce, dříve elektromontér, žije s manželkou

Model Gordonové stanoven dne 27. 7. 2011

1.Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pán 66let, přijatý na Centrum časné rehabilitace k následné rehabilitaci po operaci srdce. Nyní se cítí unavený po cestě z nemocnice, má mírné bolesti pod levou lopatkou, bolest je píchavá, pulsující, vyskytující se vleže při měnění polohy. Před nemocí byl pacient již mnoho let limitován dechem. V mládí hrával fotbal. V posledních letech nikam nechodí a nesportuje. Je rád, že mají domek se zahradou, kde si může pod altánkem odpočinout. Vždy, pokud je nemocný, jde k obvodnímu lékaři a užívá vše, co mu lékař předepíše. Na kardiologickou ambulanci chodí pravidelně 1x za půl roku, Na preventivní prohlídky ke stomatologovi chodí 1x za rok. Naposledy byl na stomatologii před měsícem. Vážný úraz prodělal před 15 lety, nehodu na kole. Má odoperovaný loketní kloub a kolenní kloub. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně ke kardiologovi, stomatologovi, plicnímu lékaři a očnímu lékaři. Pacient za poslední rok prodělal 4x virózu, s postupným usazením na průduškách. Zdravou výživu nedodržuje, jí pouze, co má rád. Pacient přijel unavený po cestě. Má bolesti pod levou lopatkou a je dušný.

2.Výživa a metabolismus

Nyní již má chuť k jídlu, sní celou porci, která je podávána. Pacient si chce vybírat z jídelníčku a domluvit se s dietní terapeutkou. Má plno neoblíbených jídel, která by nesnědl. Mezi jídla, která nesní, patří ryby, sladká jídla, špenát, rýže, jahody a další jídla. Doma jí 3x denně. Snídá okolo 8 hodiny ráno, obvykle pečivo se sýrem nebo šunkou nebo jogurt s houskou. Obědvá pravidelně okolo 12 hodiny. Každý den manželka vaří dle přání manžela. Večeří povětšinou okolo 19 hodiny, k večeři si udělá míchaná vajíčka, topinky, bramboráčky nebo vaječný řízek. Tyto jídla má nejraději k večeři. Pacient je dehydratován, nyní vypije asi 750ml tekutin za den. Doma vypije asi 1 litr. Pacient střídá na pití ovocný čaj a pramenitou vodu. Nadává, že více nemůže vypít, protože by měl v žaludku žabáky. Má chuť na pivo. Doma pije dobrou vodu se šťávou a ráno čaj černý s citrónem a medem. Kávu pije s manželkou 1x denně po obědě. Kůže je čistá, bez patologických eflorescencí, infekce, fyziologické barvy, kožní turgor v normě. Jizva po sternotomii je po celé délce inflamovaná, dále jsou ponechány kovové svorky, které se mají vytáhnout dle stavu jizvy 12- 14 den. Pacient má nehty ostříhané a čisté. Vlasy učesané a prošeďivělé.

Hmotnost má stálou: 91 kg a **výška**: 179 cm.

BMI - 28 - nadváha

Dospělé nutriční scóre :3 není nutná nutriční intervence

Rozšířená stupnice Nortonové 31 – není riziko vzniku dekubitů

3.Vylučování

V domácím prostředí pacient chodí na stolicí pravidelně 1x za den a to ráno. Od 3. dne od operace pacient chodí na stolicí pravidelně. Stolicí dle pacienta, má formovanou, fyziologické barvy a bez zápachu. Léky k vyprazdňování nepoužívá. Při močení udává pálení, řezání během a po mikci. Chodí na močení asi 6 krát za den. V noci se probouzí 1x za noc z důvodu nucení na močení. Pacient si dojde sám na WC. Moč je tmavě žlutá, bez viditelných příměsí či zápachu. Zvýšené pocení neudává, bez oděru.

4. Aktivita cvičení

Je důchodce, dříve pracoval jako elektromontér. Pacient se aktivně věnoval v mladém věku fotbalu. Mezi koníčky má rybaření, křížovky a letecké knihy. Nyní se cítí unavený a je dušný při pohybu. Budí dojem optimisty. On sám je přesvědčen, že bude dobře.

Barthelův test běžných denních činností - 100 b - nezávislý

Riziko pádu- 0 bez rizika

Vnímání schopností pro denní aktivity:

1. **Schopnost najít se:** „ Na jídlo si dojde a nají se sám.“
2. **Schopnost umýt se:** „ Sám bez pomoci.“
3. **Schopnost vykoupat se:** „ Sám bez dopomoci.“
4. **Schopnost upravit se:** „ Sám se upraví.“
5. **Celková pohyblivost:** „ Dobrá.“
6. **Schopnost dojít si na toaletu:** „Sám si dojde.“
7. **Schopnost obléci se:** „Sám se obleče.“

5. Spánek, odpočinek

Před onemocněním potíže se spaním pacient neudává. Doma chodil spát okolo 23 hodiny a vstával před 7. hodinou. V nemocnici usínal okolo 24 hodiny a probudil se okolo 5 hodiny, když přicházejí sestry měřit krevní tlak. Doma si chodí lehnout po obědě na hodinu a půl, v nemocnici usíná okolo 13 hodiny do 14 hodin. Léky na spaní doma neužívá.

6. Vnímání, poznávání

Vědomí má jasné, je plně orientován místem, časem a osobou. Se sluchem nemá žádné obtíže. Pacient nosí brýle na čtení. U očního lékaře byl asi před rokem. Na oční ambulanci pacient chodí pravidelně. Nosí +2,5 dioptrie. Paměť má dobrou. Rozhoduje se rychle a adekvátně. Rád se učí novým věcem. Vyjadřuje se spisovně, srozumitelně, vadu řeči nepozorují. O svém zdravotním stavu je informován. Bolest nyní pod levou lopatkou. Bolest je bodavá při nádechu. Léky na bolest vyžaduje 3x denně.

GCS - 15 bez poruchy vědomí

Visuální analogová škála – škála výrazu obličeje - VAS 3

Folsteinův test kognitivních funkcí Mini - mental state test - 30 b - bez poruchy kognitivních funkcí

7. Sebepojetí, sebeúcta

Před onemocněním byl pacient optimista a spokojený se svým životem. Od operace je čím dál více optimističtější. Je smířený, že rehabilitace bude trvat delší dobu, a že nebude moci ihned vyrazit na procházku podle Labe. Těší se na procházky kolem řeky.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou. Pacient má dva syny, kteří mají své rodiny. Oba dva jsou šťastně ženatí a jsou spokojeni se svými životy. Jezdí k rodičům na návštěvy 1x týdně plus na víkend. V rodině, žádné problémy nemají, všechny problémy řeší v klidu a společně u jednoho stolu. Kamarády má rybáře od rybníčku, někdy si zajdou na jedno pivo do místní hospůdky. Pacient je velice pyšný, že je dědeček a se svými vnoučaty se chlubí. Má na stolečku jejich fotky.

9. Sexualita a reprodukční schopnost

Na toto téma jsme se nebavili.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

S výrazným stresem se pacient dlouho nesetkal a malé stresy si řeší povětšinou sám. Podle pacienta si svoji nemoc a závažnost si uvědomil až po operaci. V této situaci pomohla manželka a synové. Nyní se raduje z každého dne, kdy je lépe a lépe.

Stupnice hodnocení psychického zdraví - 4 b – nesvědčí o poruše psychického zdraví

11. Víra, životní hodnoty

Pacient věří v osud a v sám sebe. Mezi jeho životní hodnoty patří zdraví, rodina a v dnešní době i peníze.

12. Jiné

Neví o žádných problémech, o kterých by chtěl povídat.

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled – celkově upravený

Vlasy - prošedivělé

Oční skléry - bez zabarvení

Dutina ústní - bez známek poškození sliznic, bez defektu

Chrup – sanovaný

Jazyk - plazí se ve střední čáře, vlhký

Krk - polykání bez obtíží

Pálení žáhy – nemá

Štítná žláza – nehmatná

Uzliny - v normě

Dýchací pohyby – pravidelné, fyziologické

Hrudník - symetrický, jizva po sternotomii

Břicho - souměrné

Páteř, držení těla - fyziologické

Rozsah pohybu – v normě

Chůze – bez omezení

Končetiny - svalový tonus v normě, pohyblivost dobrá

Stisk ruky - přiměřený

Kůže - fyziologické barvy, bez změn pigmentace, kožní turgor snížený

Rány - po sternotomii

Nehty - upravené

Problémy s močením - pálení a řezání

Problémy se stolicí – nemá

Fyziologické funkce:

TK - 136/87

P - 92/min., pravidelný

D - 16/min, klidný

TT - 36,7

Stav výživy:

Hmotnost : 91 kg

Výška: 179 cm

BMI: 28 – nadváha

Kognitivní funkce se zaměřením na mentální stav:

Vědomí – orientován, při vědomí

Orientován – místem, časem i osobou

Vnímání - bez poruchy

Slovní zásoba - dobrá

Řeč, způsob vyjadřování - klidné, srozumitelné, plynulé

Myšlení - logické

Paměť- dobrá

Rozsah pozornosti - udrží

Nervozita - není

Vzájemná spolupráce - ano

Kognitivní funkce se zaměřením na emocionální stav:

Emotivita - klidný, tichý

Schopnost navázání vztahu k ostatním - špatná

Kognitivní funkce se zaměřením na smyslové vnímání:

Zrak - dalekozrakost, 2,5 D

Oční kontakt - udrží

Sluch - v normě

Chut' - v normě

Hmat - v normě

Příloha č. 11

Doporučení klientům po operaci srdce.

Po dobu 2-3 měsíců ode dne operace si musíte chránit hrudník, aby pevně srostla hrudní kost a hrudník byl opět stabilní. Všechna omezení, která vám dále uvádíme, dodržujte, prosíme, již zmíněné **2-3 měsíce**. Po této době by měla být hrudní kost srostlá a můžete dělat vše, co jste byli před operací zvyklí, popř. co vám lékař dovolí. Pokud si nejste jistí stabilitou hrudníku, poraďte se s vaším kardiologem.

Vstávání z postele

- Než začnete jakoukoliv fyzickou aktivitu, je potřeba vstát z postele. Správné vstávání jste se učili již v nemocnici, proto vám ho nyní jen zopakujeme. Pokud vstáváte na levou stranu postele, lehněte si blíž k levému okraji. Vleže na zádech pokrčte kolena a přetočte se celým tělem na bok. Kolena spouštějte pomalu dolů z postele a přitom se opřete levou rukou o loket a pravou rukou se opřete dlaní o postel. Narovnejte se a sed'te rovně. V žádném případě **nepoužívejte při vstávání z postele hrazdu** nad postelí.

Při cvičení

- Nesmíte hrudník „roztahovat“ tzn. Smíte upažovat, ale pouze do 180°=do roviny (nedávejte ruce/ruku za tělo). Otáčíte-li se za upaženou rukou, otáčejte se celým tělem. Nedávejte pouze ruku do zapažení.
- Můžete vzpažit, ale ne více než do 180°= do roviny, nedávejte ruce za hlavu. Pokud si chcete „ulevit“ achcete dát ruce za hlavu, můžete, ale lokty musí být v předpažení.
- pokud se musíte předklonit, a nemotá se vám hlava, můžete, ale nepředkloňujte se vždy rovně. Nerotujte hrudníkem! Samozřejmě je lepší vzít si něco ze země z pokleku.
- Nesmíte cvičit vkleče na všech čtyřech končetinách.
- Hrudník také „nemáčejte“. Nesmíte ležet na břiše.

Zvedání břemene

- Zvedejte břemena pouze do 5 kg!!!! To ale znamená, že do každé ruky smíte zvednout zátěž pouze 2,5 kg.

Po uplynutí lázeňské léčby

- Doma není vhodné nosit těžké nákupy (do 5 kg)- netlačte ani plný nákupní vozík.
- Nenoste batoh na zádech – roztahujete si hrudník.
- Nepoužívejte nákupní tašku na kolečkách nebo kufr – zatěžuje pouze jednu stranu těla a pokud musíte přejet přes práh nebo vyjet na chodník přes obrubník, musíte tašku zvednout.
- Nezvedejte plný koš s prádlem. Váží více než 5 kg.
- Nevěšte všechno prádlo najednou, pokud máte prádelní šňůry nad hlavou. Pověste raději 2 nebo 3 věci, odpočiňte si a potom pokračujte.
- Žádné práce na zahrádce- neměli byste rýt, plít plevel, sázet rostliny, zalévat konví. Pokud chcete zalévat, můžete koněvkou na kytky, větší konev nesmíte tahat. Můžete zalévat i hadicí, ale neměli byste s ní popocházet, protože ji táhnete za sebou.

Domáci zvířata a malé děti

- Pokud máte doma psa nebo kočku, neměli byste je zvedat. Je nevhodné je vodit na vodítku, protože zvíře vám trhne vodítkem, zároveň vám trhne rukou i vaším hrudníkem. Tím může povolit zarůstající rána na hrudní kosti.
- Pokud máte velké zvíře, dávejte pozor, aby vám neskočilo předními končetinami na hrudník.

Řízení automobilu

- Po dobu 2-3 měsíců byste neměli řídit. Otáčíte se, řadíte a máte zapnutý bezpečnostní pás.
- Pozor na airbag. Pokud vystřelí, může vám pohmoždit hrudník.

Sport

- Po dobu 2- 3 měsíců neprovazujte jakýkoliv kontaktní sport a sport s rizikem pádu (např. kolo) bez povolení lékaře. Cvičení můžete dělat jen to, které vám po dobu lázeňské léčby ukážeme.
- Jezdit na rotopedu můžete. Sestra, která vás při jízdě na rotopedu sleduje, vám řekne, jak velkou zátěž si můžete dávat a zároveň zaznamenává vaši tepovou frekvenci do karty.
- Až po uplynutí 2 raději 3 měsíců, můžete postupně začít bez obav plavat, jezdit na kole, posilovat, lyžovat, cvičit,.....
- po skončení lázeňské léčby byste měli pokračovat ve cvičení a jízdě na rotopedu, popř. ve svižné chůzi.
- jakoukoliv fyzickou aktivitu byste měli dělat alespoň **3 x týdně po dobu 30 minut**. Záleží jen na vás, kterou fyzickou aktivitu si zvolíte.

Péče o jizvu

- Aby se vám jizva dobře hojila, je třeba ji pravidelně sprchovat. Není vhodné ji ale mýt mýdlem, sprchovým gelem ani protialergickým mýdlem. Rána se vysušuje a mohla by se vám zanítit. Ránu osprchujte, lehce přiložte ručník na ránu a vysušujte kapky vody.
- Až se vám rána zacelí a nebude mít strupy, měli byste ránu promašťovat sádlem bez soli, heřmánkovou masťou nebo vazelinou albou (koupíte v lékárně)
- Dokud není rána bez strupů, můžete masírovat pouze okolí rány. Opatrně hrňte čtyřmi prsty kůži k ráně. Když se jizva zacelí, můžete ji začít masírovat krouživým pohybem palce nebo ukazováčku, popř. čtyřmi prsty se dotknete jizvy, mírně přitlačte a pusťte. S masírováním jizvy vám poradí rehabilitační pracovník nebo fyzioterapeut.

V případě jakýchkoli dotazů k výše uvedeným doporučením, se můžete obrátit na vašeho ošetřujícího lékaře nebo fyzioterapeuta. Přejeme vám příjemný pobyt a brzké uzdravení.

Fyzioterapeut Centa časné rehabilitace

Příloha č. 12

Ošetrovatelský proces

Pojem ošetrovatelský proces vzniká v 50. letech 20 století ve Spojených státech amerických. *Ošetrovatelský proces představuje myšlenkový algoritmus a sérii činností, které na sebe bezprostředně navazují. Dohromady vytvářejí jeden dynamický celek. Každá fáze ošetrovatelského procesu má své nezastupitelné místo a její správné provedení má vliv na ostatní fáze procesu.* (srv. *Ošetrovatelský proces online [cit. 2011-03-0]*). Ošetrovatelský proces je sled předem promyšlených postupů, vedoucí k uspokojení bio- psycho-sociálních potřeb člověka. (Tondrová I., *Ošetrovatelský proces online [cit. 2011-02-25]*)

Tento proces má 5 fází:

1. fáze **zhodnocení**

V této fázi zdravotní sestra získává informace a data. Kvalita této fáze je závislá na komunikativnosti, na schopnosti pozorování, pozornosti na detailech a empatii sestry.

2. fáze **stanovení ošetrovatelské diagnózy**

Vztahuje se na potřeby nemocného dle získaných informací.

3. fáze **plánování**

Je vytyčení ošetrovatelských strategií a intervencí s cílem prevence, redukce nebo zmírnění pacientových problémů. Součástí plánování je stanovení priorit a pacientových cílů. Toto plánování musí být jasné, srozumitelné a reálné.

4. fáze **realizace**

Tato fáze je realizování intervencí. Ošetrovatelská činnost je prováděna za účelem dosažení cílů. V realizaci můžeme být zainteresován i pacient se sestrou nebo zdravotní sestra sama či jiný zdravotnický personál. V této fázi je důležitá součást zapsání ošetrovatelské činnosti.

5. fáze **hodnocení**

Je fází zpětné vazby, která je nezbytná pro vyhledávání jiných potřeb. Hodnotí se účinnost či neúčinnost ošetrovatelské péče již stanovených diagnóz a při neúčinnosti ošetrovatelské péče je nutné učinit přezkoumání a úpravu ošetrovatelského procesu.

(Moravová J., *Koncepce ošetrovatelské péče online [cit. 2011-02-25]*)

Příloha č. 13

„ Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové

V současné době je považován model fungujícího zdraví z hlediska holistické filozofie za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Model vznikl v 80. letech minulého století. Tento grant byl k financování federální vládou USA. Model funkčního zdraví se používá při výuce na univerzitách i v praxi a dá se použít u zdravého i nemocného člověka pro kvalifikaci zdravotního stavu. Zdravotní stav může být funkční či dysfunkční. Tento model slouží k získání komplexní informace sestavení ošetrovatelské anamnézy a následně stanovení aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy, dle nich se naplánuje a realizuje ošetrovatelská péče. Zdravotní stav je vyjádřen jako bio – psycho - sociální interakce. Zdravotní sestra při kontaktu s nemocným identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Model tvoří dvanáct oblastí, které jsou pojmenovány autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec prezentuje určitý úsek zdraví, jenž může být buď funkční či dysfunkční. (Pavlíková S., 2006)

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon

1) **vnímání zdraví** - udržování zdraví

V této oblasti se zajímáme o to, jak klient /pacient vnímá své zdraví, zdravotní stav a pohodu. Dále jak se pacient stará o své zdraví a jaký má životní styl.

Životní styl: aktivity, dodržování preventivních prohlídek, dodržování doporučení od lékařů a sester v případě nemoci.

2) **výživa – metabolismus**

Tato oblast popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve spojitosti k metabolické nutnosti organismu. Popisuje individuální způsob stravování, jako je denní doba, druhy jídla, využívání výživných látek a vitamínů. Zjištění množství tekutin za 24 hodin. Všimáme si stavu kůže, kožních defektů, zranění a schopnost hojení ran.

3) **vylučování**

Informujeme se o způsobu vylučování (močového ústrojí, tlustého střeva a kůže). Popisuje individuální způsob, jako je frekvence, charakter, potíže a regulace. Také sledujeme pocení a oděr.

4) **Aktivita, cvičení**

Zahrnuje denní, rekreační aktivity a činnosti denního života. Zjišťujeme zde úroveň sebepéče a soběstačnosti, chůzi, držení těla a riziko pádu - pohybovou koordinaci. Vnímání životní síly a energie především stav kardiovaskulárního a dechového systému.

5) **Spánek – odpočinek**

Charakterizuje způsob spánku, odpočinku a relaxace, doba spánku za 24 hodin, charakteristika problémů a vnímání dojmu odpočinku a připravenosti na denní činnosti. Zjišťujeme, jaké má klient/pacient návyky před spánkem, popřípadě užívání léků na spaní.

6) Vnímání poznávání

Vystihuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Zjišťujeme schopnost smyslového vnímání jako je sluch, zrak, čich chuť a hmat včetně bolesti. Dále se zde hodnotí kognitivní schopnosti, jako je schopnost učení, myšlení, rozhodnost, paměť, slovní vyjádření.

7) Sebekoncepce (sebepojetí) - sebeúcta

Tento vzorec popisuje, jak se jedinec vnímá a jakou má o sobě představu. Jak vnímá svůj tělesný vzhled a schopnosti. Vnímání zlosti, vzteku deprese, úzkosti a jak se tím dá pomoci.

8) Plnění rolí - mezilidské vztahy

Zahrnuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zjištění žebříčku hodnot, z kterých vyplývá klientova/pacientova odpovědnost.

9) Sexualita - reprodukční schopnost

Popisuje spokojenost nebo neuspokojení v sexuálním životě, zahrnuje potíže a poruchy v této oblasti, oblast reprodukčního období ženy, jako je první menstruace, pravidelnost menstruačního cyklu, porody, potraty, antikoncepce, postmenopauzy a klimakterium a související problémy.

10) Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Tato oblast se zabývá životními změnami v posledních 2 letech a jejich způsobem zvládání a tolerance. Zjištění, jak se zátěžovou situací vyrovnává a kdo mu je nápomocen k zvládnutí této situace.

11) Víra, přesvědčení – životní hodnoty

Jaké má životní hodnoty, cíle či přesvědčení, které vedou a ovlivňují rozhodování. Víra a požadavky spojené s vírou by neměly být zapomenuty.

12) Jiné

V této oblasti se zaznamenávají jiné důležité informace, které nejsou zahrnuty v předcházejících oblastech.

(Schneiderová M., Vachková E.a kol., Deník praxe studenta 2008)

Příloha č.14

Vážený pan
Lékařský ředitel
Vít Mařatka
Lázně Poděbrady a.s
Divadelní 66/I
Poděbrady
290 01

V Poděbradech dne 24.10.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení Centrum časné rehabilitace v lázních Poděbrady.

Vážený primáři p.V. Mařatka

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Centrum časné rehabilitace, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Michaely Dlabové, nar.15.04.1984, studentky 3.ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství – obor Všeobecná sestra, kombinované formy, na LF UK v Hradci Králové.

Bakalářská práce má název, Ošetrovatelský proces po náhradách srdečních chlopní na centrum časné rehabilitace. "Cílem práce je zjištění vývoje potřeb za 28 dní.

Využití získaných informací povede k dalšímu zkvalitnění péče o nemocné po náhradě srdeční chlopně.

Výzkumné šetření bude provedeno formou kazuistiky dle Gordonové.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Michaela Dlabová
Sadová 2117
Nymburk
288 02
m.dlabova@seznam.cz

Mgr. Michaela Votroubková
Ústav sociálního lékařství
oddělení ošetrovatelství
LF UK V Hradci Králové
mi.stepankova@seznam.cz



Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
- Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

Podpis a razítko:

27	Lékařský ředitel
288	Lázně Poděbrady, a.s.
717	MUDr. Vít Mařatka