

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ÚSTAV TEORIE A PRAXE

Závěrečná bakalářská práce

Ošetrovatelská kasuistika – chirurgické oddělení

Katarína Štágllová

4. ročník

Kombinované studium

Ošetrovatelství

Vedoucí práce

Mgr. Veronika Di Cara

2006

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a pouze s použitím uvedené literatury.

Podpis:

Stáglorá K.

Datum:

24.4.2006 v České Lípě.

OBSAH

A. ÚVOD	4
B. KLINICKÁ ČÁST.....	4
1. Charakteristika onemocnění	4
1.1. Klasifikace ischemické choroby dolních končetin	5
1.2. Etiologie.....	6
1.3. Příznaky	7
1.4. Diagnostika	8
1.5. Léčba.....	9
1.6. Ošetrovatelská péče	11
1.7. Prognóza	12
2. Identifikační údaje	12
3. Lékařská anamnéza a diagnóza.....	13
3.1. Anamnéza	13
3.2. Lékařské diagnózy	14
4. Diagnostická vyšetření.....	14
4.1. Diagnosticky významná vyšetření	14
4.2. Laboratorní vyšetření.....	16
4.3. Fyziologické funkce.....	17
5. Farmakoterapie	18
6. Průběh hospitalizace	21
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	23
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení	23
1.1. Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci.....	23
1.2. Pohled sestry na pacienta.....	23
1.3. Potřeby nemocného.....	23
2. Ošetrovatelské diagnózy	27
3. Plán ošetrovatelské péče	28
4. Edukace pacienta a jeho rodiny	37
5. Závěr a prognóza	38
D. POUŽITÁ LITERATURA.....	39
E. PŘÍLOHY	40

A. ÚVOD

Pracuji na oddělení septické chirurgie, kde se u mnoha pacientů setkávám s diagnózou ischemická choroba dolních končetin a hlavně s jejími následky.

Působením chronické kritické ischemie dolních končetin vznikají na končetinách defekty až gangrény, které mohou vést k amputaci končetiny. Ztráta končetiny velice zásadně ovlivní další život každého jedince po stránce fyzické i psychické. Dochází ke zhoršení kvality života nemocných a situace se stává těžší i pro rodinné příslušníky.

Pacient, kterého jsem si pro svou závěrečnou práci vybrala, vložil plnou důvěru v lékaře. Jeho slovy: „*Věřím, že mi pomůžou od bolestí a zlepši ucpávání žíly.*“

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je onemocnění tepen dolních končetin, při němž dochází k jejich postupnému zužování – stenóze až úplnému uzávěru – obliteraci s následnou ischemií.

Ischemií rozumíme místní nedokrevnost tkáně a orgánu, která vede k jejich poškození až odumření (nekróza, infarkt). Její podstatou je nedostatek kyslíku a živin ve tkáni, spojený s hromaděním odpadních produktů. Je nejčastěji způsobena změnami na přívodních cévách – tepnách.

Nejčastější příčinou je obliterující ateroskleróza. Obvykle bývá zároveň ischemická choroba srdce, jejíž rizikové faktory zvyšují i riziko ICHDK. Velmi negativní vliv má zejména kouření. Méně časté příčiny jsou Buergerova nemoc, vaskulitidy, traumaticky či iatrogeně podmíněné uzávěry, myeloproliferativní onemocnění a jiné. (9, s.412n)

Ateroskleróza je onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky a druhotně vápník, čímž je tepna poškozována, ztrácí pružnost a dochází k jejímu postupnému zužování až obliteraci s následnou ischemií příslušné oblasti, popřípadě ruptuře tepny či vzniku aneuryzmatu. Nejzápadnější bývají tyto změny na koronárních tepnách (ICHS), tepnách dolních končetin (ICHDK), mozku, ledvin atd. ICHDK progreduje do stadia kritické ischemie a končetina je ohrožena amputací. (9, s.81)

1.1. Klasifikace ischemické choroby dolních končetin

Nejrozšířenější je klasifikace končetinové ischemie dle Fontaina:

- Stadium 1: asymptomatická ICHDK
- Stadium 2a: intermitentní klaudikace – interval nad 100 až 200 m
- 2b: intermitentní klaudikace – interval pod 100 až 200 m
- Stadium 3: klidové ischemické bolesti
- Stadium 4a: ulcerace nebo gangréna – kotníkový tlak pod 80 mm Hg
- 4b: ulcerace nebo gangréna – kotníkový tlak pod 50 mm Hg

V praxi stadium 3 a 4 dle Fontaina odpovídá WHO definici chronické kritické ischemie, není však spolehlivé u diabetiků. Někteří diabetici mohou mít závažnou periferní ischemii projevující se například ulcerací nebo gangrénou bez předchozích symptomů.

Definice chronické kritické ischemie dolní končetiny u diabetiků i nediabetiků je charakterizovaná jedním ze dvou kritérií:

1. přetrvávající klidové ischemické bolesti vyžadující pravidelně analgetika po více než dva týdny
2. ulcerace nebo gangréna na noze nebo prstech, obojí spojené s kotníkovým systolickým tlakem menším než 50 mmHg

nebo s palcovým tlakem menším než 30 mmHg.

(6, s.13n)

1.2. Etiologie

Příčinou chronických tepenných uzávěrů mohou být:

- ateroskleróza
- mediokalcinóza
- diabetická makroangiopatie a mikroangiopatie
- nearterosklerotická postižení cév.

Ateroskleróza

Onemocnění vzniká působením řady rizikových faktorů, k nimž patří zejména vysoká hladina krevních tuků (zvýšený LDL cholesterol a naopak nízký HDL cholesterol), diabetes mellitus, arteriální hypertenze, genetické faktory, mužské pohlaví. Z dalších faktorů je prokázán vliv kouření, obezita, stres, nedostatek pohybu (fyzické cvičení snižuje hladinu LDL), zvýšená hladina homocysteinu v krvi¹.

Mediokalcinóza

Mediokalcinóza je zvláštní formou arteriosklerózy vyskytující se u mladších mužů a diabetiků. Projevuje se ukládáním vápníku ve střední vrstvě svalových tepen. Je patrná na rentgenovém snímku, vyskytuje se zejména na tepnách dolních končetin. Častěji se takovéto zvápenatění pozoruje u nemocných s renální insuficiencí a paratyreózou.

Diabetická mikroangiopatie a makroangiopatie

Postižení cév u diabetu, kdy dochází ke ztluštění bazální membrány drobných tepen a urychlenému rozvoji aterosklerózy. Poškození vede k poruchám krevního průtoku v dané oblasti.

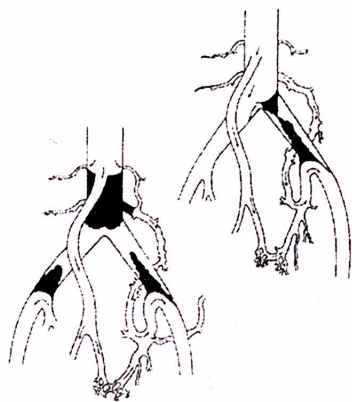
¹ Aminokyselina obsahující síru, vzniká v organizmu při metabolismu methioninu. Při současných poruchách krevních tuků poškozuje endotel. K jeho správnému metabolismu je nutná kyselina listová, vitamíny B6 a B12.

Neaterosklerotická onemocnění cév

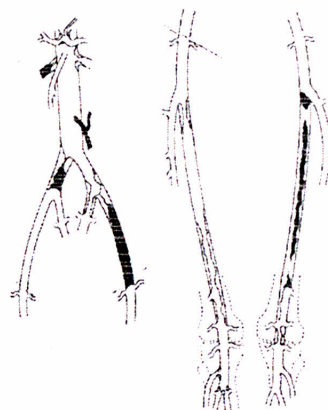
Systémové vaskulitidy – zánětlivé onemocnění cév, zejména tepen provázená nekrózami a částečným uzávěrem lumina. Příčinou může být imunologické, infekční, radiační poškození. Příkladem je polyarteriitis nodosa, temporální arteriitida atd. (10, s.365)

1.3. Příznaky

Rozvoj příznaků závisí na lokalizaci změn, rychlosti postupu stenóz a vzniku uzávěru, anatomických možnostech kolaterálního oběhu a viskozitě krve.



Obr.1 Rozvoj kolaterálního řečiště jako odpověď na uzávěr pravé společné pánevní tepny a bifurkace aorty. (4, s.922)



Obr.2 Obvyklá místa stenóz a uzávěrů viscerálních a periferních tepen. (4, s.923)

Nejčastějším a často prvním příznakem ischemické choroby dolních končetin je klaudikace. Je to svalová bolest, která vzniká následkem nedostatečného průtoku krve svalem v lýtku, stehně nebo hýždí. Bolest po zastavení za několik minut vymizí a pacient může pokračovat v chůzi. V počátečních stadiích se bolest objeví při běhu nebo chůzi do kopce. Někdy stačí chůzi zpomalit a bolest zmizí.

Podle lokalizace bolesti lze odhadnout, na které úrovni končetiny je tepna uzavřena. Při klaudikacích v plantě jsou to bérkové tepny, při klaudikacích v lýtku stehenní tepna, v oblasti hýždě iliacké tepny.

Při ohrožení končetiny ischemií přetrvává bolest i v klidu. Bolest se zmenší nebo vymizí při svěšení nohy z lůžka. Při svěšení nohy se zvýší průtok ischemickou oblastí. Končetina je studená s přítomností klidové bolesti. Stav může vyústit v nekrózu tkáně – gangrénu.

Přítomná bývá svalová atrofie, změny pokožky, ztráta ochlupení, ztlustění nehtů. Při uzávěru v iliacké oblasti dochází k impotenci a poruchám cití v ischemické zóně. (5, s.35n)

1.4. Diagnostika

Vyšetření pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, měření kotníkových tlaků dopplerovskou metodou, duplexní ultrasonografie a arteriografie.

V anamnéze se zjišťuje délka trvání ischemie, charakter vývoje příznaků, způsob dosavadní léčby. Posuzují se rizikové faktory aterosklerózy. Dotazem se orientačně stanovuje klaudikační interval.

Fyzikální vyšetření:

- Aspekci se posuzuje barva končetiny, kvalita žilní náplně a rozsah trofických změn. Hodnotí se potencionální známky kritické ischemie a to zarudnutí, ulcerace, kožní nekróza, gangréna.
- Palpací se srovnává teplota obou končetin. Vyšetřuje se pulzace v místech: arteria femoralis communis v třísele, arteria poplitea v podkolení, arteria dorsalis na nártu nohy, arteria tibialis posterior za vnitřním kotníkem. Lehkými dotyky akrálních částí končetiny se hodnotí kvalita cití. Snížená kvalita cití spolu s poruchou hybnosti prstů bývá přítomna u závažnější ischemie.
- Auskultací v třísele nad společnou stehenní tepnou se vyšetřuje přítomnost šelestu, ten svědčí pro stenózu v iliakálním povodí. Při výraznější stenóze by zároveň byla kvalita pulzace na postižené straně slabší než na druhé straně.

Měření kotníkových tlaků dopplerovskou metodou: měří se tlak ve výši kotníku děleného tlakem na pažní tepně. Stanoví se index kotník – paže (ankle brachial pressure index ABI). Normálně je tento index větší než 1. Při hodnotách mezi 0,95-0,5 jsou zpravidla přítomny klaudikace. Hodnoty pod 0,5 jsou charakteristické pro stadium kritické končetinové ischemie.

Duplexní ultrasonografie: ultrasonografické zobrazení cév kombinované s dopplerovským zobrazením rychlosti proudění krve.

Angiografie: je zpravidla nutná před většinou cévních rekonstrukcí. Uplatňuje se zejména tzv. digitální substrakční angiografie (DSA). Rentgenové vyšetření cév s digitálním počítačovým vyhodnocením obrazu. Snímek dané oblasti před aplikací kontrastní látky se odečítá od snímku s kontrastní látkou. (6, s.13n)

1.5. Léčba

V léčbě se využívají konzervativní metody, chirurgický výkon přichází v úvahu při ohrožení končetiny nebo při těžkých klaudikacích pod 100 metrů.

Konzervativní terapie: jejím základem je abstinence kouření a pravidelná cvičení formou chůze, alespoň jednu hodinu denně. U nemocných s kotníkovým indexem nad 0,55 tato opatření zpravidla postačí. Důležitá je zvýšená péče o nohy a vystříhání se úrazu. Farmakologická léčba spočívá v podávání antiagregačních látek, především acetylsalicylové kyseliny (Aspirin, Anopyrin), reologika, které zvyšují schopnost deformace erytrocytů (Pentoxifylin). Dále vasodilatancia, které působí na rozšíření cév.

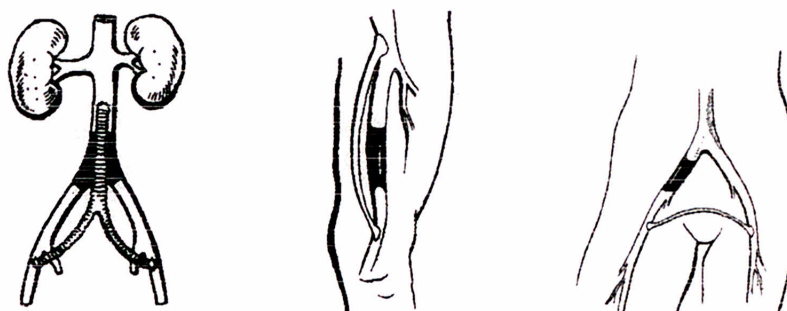
Chirurgická léčba: využívá dezobliterace, záplaty a bypass.

Dezobliterace, trombendarterektomie (TEA): odstranění ztluštělé vnitřní vrstvy tepny. Používá se u krátkých obliterací tepen s vysokým průtokem.

Hlavní metodou je otevřená TEA, provádí se v celém rozsahu pod kontrolou zrakem.

Záplata: možnost rozšíření lumenu všítním záplaty z autologní žíly nebo z umělého materiálu.

Bypass: spočívá v překlenutí zúženého nebo uzavřeného úseku tepny autologní žílou nebo cévní protézou. Bývá veden anatomicky podél původních cév nebo extraanatomicky.



Obr.3 Způsoby vedení bypassů. (10, s.368)

Amputace: je indikována jen při jednoznačně ireverzibilních nekrotických změnách. K amputaci se přistupuje po vyčerpání ostatních léčebných prostředků, nebo urgentně – při vlhké gangréně ohrožující nemocného sepsí.

Sympatektomie: chirurgické přetětí sympatických nervových vláken, většinou v bederní oblasti. Sympatikus zužuje cévy, a proto jeho vyřazení způsobí jejich rozšíření s následným zlepšením prokrvení. Je neefektivní v léčbě gangrény a nesnižuje nutnou výšku amputace ani amputaci neoddaluje.

Endovaskulární chirurgie:

Perkutánní transluminální angioplastika (PTA): metoda roztažení stenózy pomocí balónkového katétru.

Laserová angioplastika: je balónková angioplastika, využívá se laseru k rekanalizaci úplně uzavřené tepny. Lumen se dilatuje balónkovým katétre.

Intravaskulární stenty: používají se k prevenci restenózy po PTA nebo při nedokonalém primárním efektu PTA.

Po všech endovaskulárních výkonech je žádoucí udržovat nemocného na antiagregační terapii, někdy se doporučuje i trvalá antikoagulace.

(10, s.365)

1.6. Ošetrovatelská péče

Péče o pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin, zejména se známkami kritické ischemie má být celková a důkladná. S ICHDK je spojeno mnoho problémů, na jejichž řešení se podílí řada odborníků. Nejuzší spolupráce se vytváří mezi cévním chirurgem a internistou.

Současně poskytuje služby ošetrovatelský personál, fyzioterapeut, dietní sestra. Sestry tráví s pacientem nejvíce času, plánují pro něho individualizovanou ošetrovatelskou péči.

Nemocný bývá ukládán na běžný pokoj standardní lůžkové ošetrovací jednotky. V průběhu hospitalizace je potřeba věnovat pozornost bolesti, kterou pacient prožívá a adekvátně ji tlumit, aby netrpěl. Dále je třeba sledovat stav prokrvení postižené končetiny. U diabetiků věnovat pozornost hodnotám glykémie, při antikoagulační léčbě výsledkům Quickova testu.

Péči o osobní hygienu nemocný obvykle zvládá sám. Zvýšenou pozornost je nutné věnovat hygieně nohou a každé poranění důkladně ošetřit.

Základním opatřením zůstává ovlivnění životosprávy – přísný zákaz kouření, dieta, cvičení a chůze.

Při podávání vasodilatačních infuzí je nutné dodržovat jejich rychlost tak, aby pacient pocíťoval vasodilatační účinek jako příjemné teplo v postižené končetině a ne pocit velkého horka, slabost, zvracení či měl nápadně červenou kůži celého těla.

Výsledkem by mělo být získání pacienta pro spolupráci na změně životosprávy, zamezit působení rizikových faktorů, protože zejména to může příznivě ovlivnit další vývoj tohoto onemocnění.

1.7. Prognóza

Úspěch léčby a prognóza u ischemické choroby dolních končetin závisí na typu, stupni, místě a rozsahu poškození. Důležitá je včasnost správné léčby. Významnou roli na dalším vývoji nemoci hraje přístup samotného pacienta k nemoci ve smyslu změny životního stylu a zamezení působení rizikových faktorů.

Za příznivých okolností, když zúžení a uzávěry tepen se rozvíjejí pomalu, může dojít k vytvoření bočního oběhu. Někdy může do značné míry kompenzovat tepenný uzávěr. Napomoci lze tomu především ve svalových oblastech snížením periferního odporu cvičením, sympatektomií, aplikací vazodilatačních léků.

Jindy však zůstává boční oběh nedostatečným nebo může zcela chybět a důsledky uzávěru jsou velmi nepříznivé.

Podle údajů z literatury trpí 1,5% mužů pod 50 let věku a 5% mužů nad 50 let symptomatickou končetinovou ischemií.

Diabetici jsou rozvojem chronické kritické ischemie ohroženi výrazně více než nediabetičtí pacienti. Ulcerace a gangrény postihují až 10% dlouhole-
tých diabetiků. (6)

2. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pán, kterého jsem si vybrala, k nám byl doporučen lékařem z chirurgické cévní poradny se známkami kritické ischemie pravé dolní končetiny a kličkové bolesti. V roce 2003 podstoupil PTA (perkutánní transluminální angioplastiku) v oblasti arteria iliaca.

Panu J. K. bylo v době hospitalizace 72 let, na našem oddělení byl hospitalizován od 22.10.2005 do 12.11.2005. Poté byl přeložen na oddělení aseptické chirurgie a po operaci na jednotku intenzivní péče. V této práci jsem zachytila péči od 22.10.2005 do 29.10.2005. Celková doba hospitalizace činila 8 týdnů.

Pacient je české národnosti, bydlí v okrese Česká Lípa. Je ženatý a má dva syny. Toho času je již 35 let v plném invalidním důchodu, z důvodu úrazu hlavy v r.1970. Původně je vyučený jako slévač.

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZA

3.1. Anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 26 letech na pneumonii, matka zemřela v 27 letech také na pneumonii, 2 synové, zdraví.

Osobní anamnéza: léčí se pro arteriální hypertenzi, anamnesticky Parkinsonova nemoc, je po infarktu myokardu, též obtíže s cévami dolních končetin.

Operace: resekce žaludku pro vředy, opakovaně extirpace névu pravého nosního křídla.

Úraz: v roce 1970 úraz hlavy s následnou pravostrannou hemiparézou, zůstává horší cit v pravé paži a pravé dolní končetině.

Abuzus: kuřák, 15 cigaret denně od 16 let.

Farmakologická anamnéza: Sortis 10 mg tbl. 0-0-1, Agapurin R tbl. 1-0-1, Renpress tbl. 1-0-0, Anopyrin tbl. 1-0-0, Citalec tbl. 1-0-0.

Sociální anamnéza: 35 let v plném invalidním důchodu, původní povolání slévač, žije s manželkou v rodinném domě, má 2 syny.

Alergie: neguje.

Nynější onemocnění: pacient odeslán lékařem z cévní poradny se známkami kritické ischemie pravé dolní končetiny, má klidové bolesti. V roce 2003 PTA v oblasti arteria iliaca v Litoměřicích.

Stav při přijetí: pacient při vědomí, lucidní, spolupracuje, poloha aktivní, habitus normostenický, výživa přiměřená, kůže čistá, turgor přiměřený, bez cyanózy, ikteru, bez klidové dušnosti, kostra bez deformit, neurologicky orientačně bez lateralizace.

Hlava – na poklep nebolestivá, oční štěrby souměrné, bulby v středním postavení, pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce přímá i konsenzuální, uši i nos bez výtoku a deformit, dutina ústní bez patologického nálezu.

Krk – souměrný, pohyblivý, neopouje, štítná žláza a lymfatické uzliny nehmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu.

Hrudník – poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, čisté, bez vedlejších fenoménů.

Břicho – měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez známek peritoneální iritace, hepar a lien nehmatné, jizva po operaci žaludku klidná.

Horní končetiny – bez edému a deformit.

Dolní končetiny – pulzace vpravo v tříse obleněná, vlevo se šelestem, jinak na periferii chybí, pravá dolní končetina chladnější, prsty bílé.

3.2. Lékařské diagnózy

Základní diagnóza:

- ICHDK – stenosis arteria iliaca l. dx.

Diagnostický souhrn:

- Chronická ischemická choroba srdeční
- Arteriální hypertenze
- Dyslipoproteinemie
- Stav po operaci žaludku
- Stav po kraniotraumatu s neurologickým deficitem

4. DIAGNOSTICKÁ VYŠETŘENÍ

4.1. Diagnosticky významná vyšetření

22.10.2005 RTG S+P

Plíce bez ložiskových změn, zmnožená kresba v hilech, oboustranně zvýšená plicní transparenence.

Srdce normální konfigurace i velikosti. Báze volné.

24.10.2005 Duplex karotid

Závěr: Difuzně sklerotické změny tepen s kalcifikovanými pláty, špatně přehledné odstupy ACI i ACE, bez viditelné hemodynamicky závažné stenózy, vlevo v odstupu ACE hraniční stenóza.

24.10.2005 Duplex arterií dolních končetin a karotid

Závěr:

VPRAVO stent z artérie iliaca externa až do artérie femoralis communis – konec nízko v třísele, stent neprůchodný. V arterii femoralis superficialis a arterii poplitea velmi chabý signál, kolateralizace. Na periférii pouze chabá arteria dorsalis pedis.

VLEVO známky postižení iliackých tepen, výrazné sklerotické změny tepen. Ve střední a distální třetině arteria femoralis superficialis několik významných stenóz, v Hunteru stenóza těsná. Na periférii pouze chabá arteria dorsalis pedis.

24.10.2005 Interní konzilium – konzilium zadáno pro dekompenzovanou arteriální hypertenzi.

Doporučení: V terapii přidat blokátor kalciového kanálu – Lusopress 1-0-0.

PS: Pacientovi pro internistu podezřeje tepe břicho.

27.10.2005 Ultrasonografie břicha - k vyloučení aneurysmatu aorty.

Pankreas překryt. Játra orientačně bez ložisek, žlučník bez známek lithiasy, bez dilatace žlučovodu.

Pravá ledvina s redukcí parenchymu, drobná lithiasa v. s. v horním kalichu.

Levá ledvina a slezina špatně přehledné, redukce parenchymu ledviny.

Malá pánev nepřehledná.

Aorta bez známek aneurysmatu, šíře max. 16mm, difúzně sklerotické změny tepen, aterosklerotické pláty v odstupu pravé arterie renalis, bez významné stenózy, tepna široká 7mm, levou nediferencují.

27.10.2005 Interní konzilium – opakované interní vyšetření pro obtížně kompenzovatelnou hypertenzi.

Doporučení: příliš krátká doba od změny medikace, tedy pokračovat. Přidat malé diuretikum typu hydrochlorothiazid. DSA schopný s rizikem přiměřeným, bude-li tlak krve v přijatelných hodnotách.

28.10.2005 DSA končetin

Závěr: sklerotické změny difuzně. Bilatačně významné stenózy arteria iliaca communis.

VPRAVO uzávěr arteria iliaca externa a těsná stenóza odstupu arteria iliaca interna, dvojice stentu v arteria iliaca externa a arteria femoralis communis, přes kolaterály se plní gracilní arteria femoralis superficialis a arteria poplitea, na bérce jediná gracilní arteria femoralis.

VLEVO hraniční stenóza arteria iliaca externa, několik významných stenóz střední, distální arteria femoralis superficialis. Do periferie se plní arteria tibialis anterior i arteria femoralis. Chabé plnění odstupu levé renální tepny, periferie nezobrazena.

4.2. Laboratorní vyšetření

Biochemie: 22.10.2005

Na 137 – v normě (136-146), K 4,2 – v normě (3,5-5,1), Cl 97 – v normě (95-107), UREA 6,1 – v normě (2,8-8,3), KREA 117 – mírně zvýšeno (25-115), Bilirubin 10,0 – v normě (5,0-18,0), ALT 0,27 – v normě (0,1-0,8), AST 0,56 – v normě (0,1-0,8), GMT 0,5 – v normě (0,1-1,0), ALP 1,92 – v normě (0,66-2,1), Glukosa 5,1 – v normě (3,6-5,8).

V závorkách uvádím referenční meze.

Krevní obraz: 22.10.2005

Erytrocyty 4,81 (4,20-5,80) – v normě, Hemoglobin 140 (140-180) – v normě, Hematokrit 45,8 (35,0-50,0) – v normě, Trombocyty 258 (150-400) – v normě, Leukocyty 9,8 (3,5-10,0) – v normě.

Koagulace: 22.10.2005

INR 0,93 (0,80-1,20) – v normě, APTT 28,9 (28,0-40,0) – v normě,
 QUICK 11,6 (11,0-15,0) – v normě.

Další odběr byl 27.10.2005 - INR 1,08, APTT 34,2 a Quickův test 13,4.

4.3. Fyziologické funkce

Panu J. K. se měřila 2 x denně tělesná teplota a 3 x denně tlak krve a puls. Jedná se o pacienta s arteriální hypertenzí, toho času dekompenzovanou. Léky na tlak užíval i doma. Dne 24.10.2005 ráno byl u pana J. K. naměřený tlak krve 200/120. Jednorázově dostal Capoten 25 mg ½ tablety. Za 30 minut po podání došlo k poklesu tlaku krve na 180/100. V průběhu hospitalizace na našem oddělení proběhlo dvakrát interní konzilium z tohoto důvodu. Za týden po doplnění léčby došlo k úpravě hypertenze.

Datum	Tělesná teplota		Tlak krve			Srdeční puls		
	Ráno	Večer	Ráno	Poledne	Večer	Ráno	Poledne	Večer
22.10.2005	-	36,6°C	-	160/95	155/90	-	68/min	72/min
23.10.2005	36,2°C	36,5°C	140/80	150/80	150/80	74/min	72/min	76/min
24.10.2005	36,7°C	36,6°C	7-200/120 7.30- 180/100 9-180/100 10-150/90	160/80	140/80	7-80/min 7.30- 80/min 9-82/min 10-86/min	84/min	80/min
25.10.2005	36,4°C	36,6°C	180/100	170/100	170/100	76/min	78/min	80/min
26.10.2005	36,5°C	36,4°C	180/90	170/100	190/100	84/min	80/min	86/min
27.10.2005	36,3°C	36,4°C	170/90	160/100	155/90	84/min	82/min	78/min
28.10.2005	36,6°C	36,6°C	140/90	135/85	145/80	76/min	84/min	74/min
29.10.2005	36,6°C	36,8°C	130/80	140/90	135/85	78/min	80/min	76/min

5. FARMAKOTERAPIE

Sortis 10 mg 0 – 0 – 1

Agapurin R 1 – 0 – 1

Renpress 1 – 0 – 1

Citalec 10 mg 1 – 0 – 0

Fraxiparine 0,3 ml sc á 24 hod.

Vazodilatační infuze: 500 ml H1/1 + 2 amp. Agapurinu + Procain 0,5% 80 ml i.v.

Tralgit 100 mg 1 – 1 – 1

Dolsin 50 mg i.m. SOS (max. á 4 hod.)

Sortis 10 mg tbl.

Účinná látka: Atorvastatinum calcicum trihydricum 10,9 mg v 1 potahované tabletě.

Indikační skupina: **Hypolipidemikum, Inhibitor HMG CoA redukázy.**

Tento lék snižuje množství celkového cholesterolu, LDL cholesterolu, rovněž snižuje koncentraci triacylglycerolů a apolipoproteinu B.

Nežádoucí účinky: K nežádoucím účinkům patří myopie, změny jaterních testů, bolesti hlavy, dyspepsie, nauzea, flatulence, bolesti břicha, zácpa nebo naopak průjem, myalgie, závratě, parestezie.

Agapurin R tbl.

Účinná látka: Pentoxiphyllinum 400 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním.

Indikační skupina: **Reologikum, Vasodilatans.**

Tento lék zlepšuje krevní průtok tkáněmi. Užívá se při poruchách prokrvení.

Nežádoucí účinky: Nauzea, vomitus, bolesti a tlak v žaludku, závratě a pocity návalu tepla v obličeji, ojediněle pruritus a urtikárie.

Renpress tbl.

Účinná látka: Spirapirilli hydrochloridum 6 mg v 1 tabletě.

Indikační skupina: **Antihypertenzivum, ACE inhibitor.**

Indikace: Hypertenze všech stupňů v monoterapii i kombinaci, městnavé srdeční selhání.

Nežádoucí účinky: Bolesti hlavy, závratě, únava, symptomy z dráždění dých.cest, kašel, někdy GIT obtíže, při vyšších dávkách se mohou objevit angioedémy obličeje , končetin, jazyka, glotis a laryngu.

Citalec 10 mg tbl.

Účinná látka: Citaloprami hydrobromidum 12,5 mg v 1 potahované tabletě.

Indikační skupina: **Antidepressivum III. Generace.**

Indikace: Léčba depresivního onemocnění, prevence relapsu a rekurence onemocnění, léčba panické úzkostní poruchy, léčba obsedantně-kompulzivní poruchy.

Tento lék prodlužuje účinek serotoninu na synapsích v mozku.

Nežádoucí účinek: Nausea, sucho v ústech, ospalost, zvýšená potivost, třes, průjem a poruchy ejakulace.

Fraxiparine 0,3 ml

Účinná látka: Nadroparinum calcicum 9.500 IU anti Xa v 1 ml injekčního roztoku.

Indikační skupina: **Antitrombotikum, antikoagulans.**

Indikace: Profylaxe tromboembolické choroby.

Nežádoucí účinky: Zjevné či skryté krvácení, hematomy v místě vpichu.

Tralgit 100 mg tbl.

Účinná látka: Tramadoli hydrochloridum 87,8 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním.

Indikační skupina: **Analgetikum, anodynum.**

Indikace: Léčba středně silné a silné bolesti akutní i chronické u dospělých a dětí od 14 let s tělesnou hmotností nad 50 kg.

Nežádoucí účinky: Nausea, závratě, zvracení, zácpa, pocení, sucho v ústech, bolest hlavy, ospalost, někdy - nucení na zvracení, GIT dráždění,

kožní reakce (pruritus, exantém), cirkulační účinky, ojediněle – slabost, změny chuti k jídlu, změny nálady, velmi zřídka – cerebrální křeče.

Dolsin 50 mg

Účinná látka: Pethidini hydrochloridum 50 mg v 1 ml injekčního roztoku.

Indikační skupina: **Analgetikum, anodynum.**

Indikace: Bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech, IM, asthma cardiale, plicní edém, plicní embolie.

Nežádoucí účinky: Závrať, psychické změny, pocení, sucho v ústech, nauzea až zvracení, zácpa, retence moče, spasmus žlučovýchodů, poruchy srdeční frekvence, hypotenze, útlum dýchacího centra, alergické reakce, zrakové poruchy.

Procain 1% inj.sol.

Účinná látka: Procaini hydrochloridum 10 mg v 1 ml injekčního roztoku.

Indikační skupina: **Lokální anestetikum esterické skupiny s krátkým účinkem.**

Indikace: Místní infiltrační anestezie k výkonům s trváním přibližně 30 minut. Vagosympatická plášťová blokáda v modifikaci podle Višněvského při vasospastických poruchách prokrvení. Adjuvantní infuzní podání při vasospazmech.

Nežádoucí účinky: Vzrušení, neklid, logorea, chvění až třes končetin, kovová pachuť v ústech, poruchy vidění, nystagmus, hučení v uších.

Dne 24.10.2005 byl panu J. K. nasazen Lusopress tbl. 1 – 0 – 0 na základě interního konzilia z důvodu dekompenzované arteriální hypertenze.

Lusopress tbl.

Účinná látka: Nitrendipinum 20 mg v 1 tabletě.

Indikační skupina: **Vasodilatans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu.**

Indikace: Hypertenze všech stupňů.

Nežádoucí účinky: Bolesti hlavy, flush obličeje nebo poruchy horka, závratě, bušení srdce, tachykardie, bolest na hrudi. (3)

U pana J. K. se během hospitalizace žádné nežádoucí účinky výše zmiňovaných léčiv neobjevily.

6. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pan J. K. byl na naše oddělení přijat 22.10.2005 se známkami kritické ischemie pravé dolní končetiny k sérii vasodilatačních infuzí, k vyšetření a eventuelně k chirurgické rekonstrukci tepen v oblasti stenózy.

Pacient má klidové bolesti pravé dolní končetiny. V době hospitalizace je pacient při vědomí, orientován, kontakt navázán rychle, komunikace s ním probíhá bez omezení. Spolupracuje a rád navazuje vztahy s ostatními pacienty.

Má přiměřenou tělesnou hmotnost a je dobře hydratován. Dostává dietu číslo 7 nízkocholesterolovou. Dýchání v normě, bez kašle a jiných dechových obtíží. Je lehce závislý, pomoc potřebuje při koupání či sprchování. V ostatních činnostech v péči o sebe sama je soběstačný. V průběhu hospitalizace pacient dostal sérií deseti vasodilatačních infuzí bez vzniku nežádoucích účinků.

Povrchový defekt na pravé dolní končetině jsem každý den převazovala roztokem betadiny. 7. den byl zcela zahojen. Stav končetiny – barva, teplota, arteriální pulsace bez výrazné změny. Velká pozornost se věnovala bolesti pacienta, byla efektivně tlumena. Po týdnu pacient subjektivně popisuje stav bez bolesti. Dále absolvoval ošetřujícím lékařem stanovená diagnostická vyšetření: duplex karotid, duplex artérií dolních končetin a karotid, ultrasonografii břicha, digitální substrakční angiografii. Pacient byl po dobu hospitalizace afebrilní, ale oběhově nestabilní. Byl dvakrát

vyšetřen internistou na základě dekompenzované arteriální hypertenze. Došlo k medikamentózní úpravě a následně k poklesu tlaku krve.

Po zhojení defektu a vyšetřeních včetně neúspěšného pokusu o perkutánní transluminální angioplastiku na našem oddělení byl pacient dne 29.11.2005 přeložen na oddělení aseptické chirurgie z důvodu přípravy na operaci.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ

1.1. Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci

Hospitalizaci vnímá pan J. K. jako „*dost trapnou situaci*“. „*Nemám rád nemocnici, člověk se tu nemůže pohybovat bez nějaký volnosti.*“ O svém zdravotním stavu je dostatečně informovaný lékařem. Domnívá se, že jeho nemoc způsobil pracovní úraz v roce 1970. Došlo k úrazu hlavy přibouchnutím vrat s následnou pravostrannou hemiparézou. Od té doby je již třicet pět let v plném invalidním důchodu.

Říká: „*Jsem bez pracovní činnosti a mám narušenou kvalitu života*“. Do nemocnice přišel s vírou, že mu lékaři „*zlepší ucpávání žil*“. Předpokládá, že v nemocnici stráví týden až deset dní.

1.2. Pohled sestry na pacienta

Jedná se o pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin, přijímaný pro klidové bolesti a defekt na nártu pravé dolní končetiny. Pacient trpí tupou bolestí střední intenzity v oblasti lýtky PDK. Důležité je zaměřit se na tlumení bolesti a kontrolu stavu pravé dolní končetiny. Po infuzní vasodilatační léčbě, diagnostických vyšetřeních a zjištění stavu cévního řečiště se lékaři budou rozhodovat, co dál. Přesto, že jeho končetina se nachází v kritickém stavu a hrozí amputace, pacient není ochotný přestat kouřit.

1.3. Potřeby nemocného

1.3.1. Fyziologické potřeby

Bolest

Pan J. K. udává horší cit v pravé horní a dolní končetině od roku 1970, kdy překonal úraz hlavy s následnou pravostrannou hemiparézou. Nepatrnou bolest v těchto místech popisuje od doby úrazu. Poslední rok byla bolest v pravé dolní končetině výraznější. Dva týdny před hospitalizací udává tupou bolest v oblasti lýtka pravé dolní končetiny střední intenzity. Jedná se o klidovou bolest nezávislou na čase a poloze. Je patrný bolestivý výraz v obličeji a rukama si tře příslušnou oblast.

Dále udává mírnou bolest břicha v oblasti břicha trvající 32 let, která ustupuje po vyprázdnění stolice.

Dýchání

Pan J.K. momentálně žádné potíže s dýcháním nemá. Je bez dušnosti a kašle. Rytmus dýchání je pravidelný, dechová frekvence 18 dechů za minutu. Kouří od 16 let svého života. Vykouří 15 až 20 cigaret denně.

Osobní péče

Nemocný má z domova vlasy i nehty ostříhané nakrátko, působí upraveným dojmem. Nosí brýle. Pohybuje se sám, používá dvě francouzské hole. Péči o osobní hygienu zvládá, menší pomoc potřebuje při koupání či sprchování. Uvádí, že nesnáší horkou vodu, točí se mu poté hlava. Z domácího prostředí je zvyklý na večerní sprchování.

Stav pokožky

Pan J. K. má obvykle normální pokožku, která nesvědčí. Pokud má doma problémy, ošetřuje si pleť vodou po holení Pitralonem.

Jinak žádné kosmetické přípravky nepoužívá.

Na kůži pozoruje změny stárnutí.

Na pravé pěstce obličeje je patrná jizva v rozsahu 5 až 7 cm z důvodu úrazu hlavy roku 1970. Na břichu se nachází také jizva po resekci žaludku z důvodu vředu stará 32 let, zhojená per primam.

Pravá dolní končetina bledá, studená, na nártu povrchový defekt v rozsahu 2 x 1 cm.

V hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové není ohrožený vznikem dekubitů. Dosáhl 29 bodů, viz příloha č. 6.

Výživa

Pan J. K. je zcela bez zubů. Používá horní i dolní zubní protézu tři roky. Tvrdá strava se mu špatně žvýká. Stravu je zvyklý přijímat 4 – 5 x denně v menším množství. Doma mu vaří manželka. Obvykle jí lehká jídla, například kolínka s máslem, polévky. Nejí moc maso, zejména vepřové, z toho má bolesti břicha. Snaží se omezovat živočišné tuky. Za poslední půlrok zhubnul přibližně 2,5 kg a má větší nechuť k jídlu.

Během hospitalizace dieta č. 7. Váha pacienta 63 kg, výška 172 cm. BMI je 21,8, což je v normě. Na oddělení si dojde na jídlo do jídelny a nají se také sám.

Hydratace

Pan J.K. je zvyklý denně vypít 1,5 litru tekutin. Z pití má rád ovocné šťávy, čaj, minerálky a jednou denně pije šálek černé kávy. Chutná mu pivo, které pije asi 2 x týdně. Nepije pouze Coca-Colu. K dispozici má dostatek tekutin, nemocničních i z domova.

Kožní turgor je přiměřený věku. Pacient bez známek dehydratace.

Vyprazdňování tlustého střeva

Pan J. K. je zvyklý se vyprazdňovat 1 x za dva až tři dni, obvykle ráno. S vyprazdňováním má potíže, má střídavě normální stolici a zácpu. Doma užívá dvakrát v týdnu projímadla, aby se vyprázdnil, jedná se o Guttalax gtt. Nyní problémy se stolicí nemá. Poslední stolice byla ráno v den přijetí.

Vyprazdňování močového měchýře

Moč je čirá, slámově žlutá. Denní diuréza se neměří.

Vzhledem k pravostranné hemiparéze a zhoršené mobilitě pacient využívá v noci močovou láhev. Ve dne si sám dojde na záchod. Močení bez obtíží.

Spánek

Pan J. K. je zvyklý spát 3,5 – 4 hodiny denně, někdy si zdřímne jednu hodinu v poledne. Před spaním se dívá na televizi. Doma má potíže se spánkem, těžko usíná a ve dvě hodiny ráno se již probouzí. Domnívá se, že potíže s usínáním má z důvodu nervozity a bolesti. Léky na spaní užívá nepravidelně. U pacienta přítomná psychická i fyzická únava.

Tělesná a psychická aktivita

Pan J. K. žije celoročně v rodinném domě na vesnici. Pomáhá manželce na zahrádce, stará se o králíky a psa. Podle potřeby vozí manželku na nákup. Někdy chodí k sousedovi na návštěvu. V nemocnici se trochu nudí. Má u sebe noviny na čtení, ale dlouho nevydrží číst, začne ho „brnět hlava“. Čas si krátí posloucháním rádia, díváním se na televizi a rozhovory se spolupacienty. Snažila jsem se s panem hodně povídat, aby mu čas v nemocnici ubíhal příjemněji, bylo vidět, že ho můj zájem těší. Pacient má doporučeno chodit a cvičit. Doporučení dodržuje. Změřena škála deprese pro geriatrické pacienty s výsledkem 4 bodů, bez deprese (příloha č.7).

1.3.2. Psychosociální potřeby

Sociální situace

Pan J. K. bydlí se svou manželkou v rodinném domě. Má dva syny, kteří jsou již samostatní a mají vlastní rodiny. Bydlí nedaleko, často se navštěvují.

Jistota a bezpečí

Přestože pan J. K. vnímá pobyt v nemocnici jako trapnou situaci, protože se nemůže svobodně pohybovat, projevuje důvěru zdravotnickému personálu.

S poskytováním ošetrovatelské péče je naprosto spokojen. Pocit jistoty mu také dodávají pravidelné návštěvy příbuzných.

Soběstačnost

Stupeň soběstačnosti v domácím prostředí i v nemocnici je na stejné úrovni. Pomoc potřebuje při koupání.

Proveden byl Barthelův test základních všedních činností, dosáhl 90 bodů. To znamená lehkou závislost, viz příloha č. 5.

Komunikace

Kontakt jsme spolu navázali snadno. Ochetně odpovídal na mé četné otázky v souvislosti s touto prací. S pacienty na pokoji si rozuměl a komunikovali mezi sebou bez obtíží. Častým tématem byl jeho zdravotní stav.

Informace

Pacient je o svém stavu dostatečně informován. Přestože ví, jak negativní vliv na jeho zdravotní stav má kouření, svého zlovyku se nehodlá zbavit. Pacientovi jsem nabídla poradnu pro odvykání kouření. Nemá zájem.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan J. K. není věřící. V žebříčku životních hodnot nejvýše řadí rodinu a zdraví. Chtěl by i nadále pečovat o dům a zahradu.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Dne 22.10.2005 stanoveny tyto ošetrovatelské diagnózy

1. Akutní bolest pravé dolní končetiny z důvodu základního onemocnění – ischemické choroby dolních končetin.

2. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu pravostranné hemiparézy projevující se neschopností samostatného provedení sprchování.
3. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru.
4. Porucha kožní integrity v oblasti nártu pravé dolní končetiny z důvodu základního onemocnění projevující se povrchovým defektem nezasahující do podkoží v rozsahu 2 x 1 cm.
5. Porucha spánku z důvodu bolesti a nervozity projevující se zhoršeným usínáním a předčasným probouzením se.
6. Potencionální porucha vyprazdňování stolice – zácpa z důvodu snížení mobility.
7. Potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu základního onemocnění.
8. Riziko pádu z důvodu porušení hybnosti pravostranných končetin.

Dne 26.10.2005 byla doplněna další diagnóza, a to:

9. Strach a úzkost z důvodu plánovaného vyšetření, projevující se opakovaným pokládáním otázek.

3. PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. **Akutní bolest** pravé dolní končetiny z důvodu základního onemocnění – ischemické choroby dolních končetin.

Cíl:

- pacient chápe příčiny vzniku bolesti a je schopen používat škálu bolesti
- zmírnění bolesti do 20 minut od nástupu
- odstranění bolesti
- dosáhnout u pacienta co nejlepší kvality života

Plán:

- vytvořit s pacientem vztah vzájemné důvěry, naslouchat mu se zájmem a věřit mu při výpovědi o bolesti
- akceptovat a uznat bolest tak, jak ji pacient vnímá
- pravidelně zjišťovat lokalizaci, charakter, intenzitu bolesti, změny v průběhu dne
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře dříve, než odezněl účinek předchozí dávky a sledovat jejich účinky
- sledovat vedlejší účinky opioidů, útlum aktivity, ospalost

Realizace:

Panu J. K. jsem měřila intenzitu bolesti dle vizuální analogové škály od 1 do 5 (viz příloha č. 3), charakter a lokalizace – tupá bolest v oblasti lýtka pravé dolní končetiny (viz příloha č. 1), dále jsem monitorovala bolesti během 24 hodin (viz příloha č. 2,3,4). Dle zjištěných výsledků jsem aplikovala analgetika podle ordinace lékaře. Lékař změnil ordinaci Tramal 50mg na Tramal 100mg. Bylo dosaženo úlevy. Sledovala jsem délku účinnosti, vedlejší účinky. Myslím si, že s pacientem se mi podařilo vytvořit důvěryhodný vztah na základě dobré ošetrovatelské péče a empatického přístupu.

Hodnocení:

Po třech dnech hospitalizace pacient udává stav bez bolesti. Bolest byla včas a adekvátně tlumena. Podařilo se nám získat důvěru a spolupráci pacienta.

2. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny z důvodu pravostranné hemiparézy projevující se neschopností samostatného provedení sprchování.

Cíl:

- pacient dokáže popsat problémy, které má v souvislosti se sprchováním
- osvojení způsobů umožňující opětovné provádění činností
- pacient bude zvládat sprchování bez dopomoci do konce hospitalizace
- bude mít pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty.

Plán:

- zjistit stupeň individuálního postižení
- zajistit aktivní spolupráci nemocného
- poučit pacienta i manželku o nácviku činnosti
- využít rehabilitaci a podpůrné pomůcky
- podporovat maximální soběstačnost pacienta
- dodržovat zásady bezpečnosti a intimity pacienta.

Realizace:

Provedla jsem Barthelův test základních všedních činností s výsledkem lehké závislosti, bodové skóre 90 (příloha č. 5). Sprchování u pacienta jsme prováděli jednou denně navečer v jeho navyklém čase. Nejdříve jsem sledovala provádění hygieny, zjistila jeho návyky a potřebu pomoci. Postupně došlo k odnaučování zažitých a vysvětlování jiných metod. U sprchování sednout na židli, sprchu přidržet nohama, zdravou rukou nastavit teplotu vody a následně osprchovat. V případě potřeby využívat signalizaci a přivolat pomoc sestry. Při rozhovoru s manželkou jsem jí vysvětlila způsob sprchování.

Hodnocení:

Pan J. K. je po týdnu schopný sám bez dopomoci se vysprchovat. Dobu sprchování z večera posunul na odpoledne, aby v době návštěv byl čistý a upravený. Všechny pokroky hlásí. Projevuje velkou radost a pocit spokojenosti.

3. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru.

Cíl:

- u nemocného nevznikne infekční komplikace po dobu zavedení periferního žilního katetru

Plán:

- dodržování aseptických zásad při každé manipulaci
- převazy periferního žilního katetru každých 24 hodin za přísně aseptických podmínek
- včasná diagnostika místních známek infekce v místě vstupu
- výměna periferního žilního katetru dle standardu NsP každé tři dny

Realizace:

Při aplikaci infuzních roztoků jsem dodržovala aseptický postup. Kontrolovala jsem změny v okolí místa zavedení PŽK společně se subjektivními pocity nemocného (případná bolestivost, pálení, začervenání ...). Jednou denně jsem provedla sterilní převaz a každé tři dny přepíchla PŽK (22., 25., 28.10.2005).

Hodnocení:

V průběhu týdne, kdy jsem o pacienta pečovala, nedošlo ke vzniku komplikací. PŽK byl funkční, okolí beze změn a ani pacient neudával příznaky signalizující vznik infekce.

V intravenózní léčbě se po týdnu pokračovalo, PŽK ponechán.

4. Porucha kožní integrity v oblasti nártu pravé dolní končetiny z důvodu základního onemocnění projevující se povrchovým defektem nezasahujícím do podkoží v rozsahu 2 x 1 cm.

Cíl:

- zhojení defektu bez komplikací

Plán:

- zhodnocení defektu
- pravidelné převazy jednou denně za přísně aseptických podmínek
- pečlivý záznam o stavu defektu do dekurzu

Realizace:

Z defektu byl odebrán stěr na kultivaci a citlivost. Denně jsem defekt na nártu převazovala dle ordinace lékaře roztokem Betadiny + sterilní krytí za aseptických podmínek. Pečlivě jsem zaznamenávala průběh hojení do dokumentace. Rána byla během ošetřování čistá, bez sekrece, bez známek infekce.

Hodnocení:

Vzhledem k malému rozsahu defektu došlo v průběhu týdne ke zhojení. Rána nebyla infikována. Celkový stav pravé dolní končetiny nadále nezměněn.

5. Porucha spánku z důvodu bolesti a nervozity projevující se zhoršeným usínáním a předčasným probouzením se.

Cíl:

- nepřerušovaný spánek v noci nejméně 6 hodin

- zajištění správného biorytmu
- pacient konstatuje zlepšení svého spánku

Plán:

- před spaním vyvětrat, upravit lůžko, zavřít dveře
- nerušit zbytečně spánek pacienta
- přes den větší aktivizace nemocného
- podání analgetik (event. hypnotika) dle ordinací lékaře 20 minut před spaním
- sledovat účinek podaného léku.

Realizace:

U pacienta byla pečlivě sledována a zaznamenávána bolest. Pacient byl poučen, aby o analgetikum požádal při nástupu bolesti, aby nečekal, až bolest zesílí. Sledovala jsem analgetický účinek, zda je dostatečný.

Odpoledne, kdy byl pacient zvyklý pospávat, došlo ke změně a čas využíval ke sprchování.

Pravidelně před spaním bylo upraveno lůžko a vyvětraný pokoj. S pacientem jsme si popovídali o tom, jaký měl den, co příjemného a nepříjemného zažil, jestli měl návštěvu. Zda se cítí neklidný či nervózní a v případě, že ano, co tomu předcházelo.

Hodnocení:

Pacient spal maximálně pět hodin, ale po probuzení se cítil odpočatý. Udával stav bez bolestí.

Přestože doma nepravidelně užíval hypnotika, zde se obešel bez nich. Ráno býval příjemný a veselý.

6. Potencionální porucha vyprazdňování stolice – zácpa z důvodu snížení mobility.

Cíl:

- pacient netrpí zácpou
- pravidelně se vyprazdňuje alespoň jednou za dva dny.

Plán:

- sledovat pravidelnost vyprazdňování
- mobilizace nemocného, využití rehabilitace
- zvýšit příjem tekutin
- zlepšit životosprávu – více vláknin
- podávání změkčovadel a laxativ dle ordinací lékaře.

Realizace:

Rehabilitační sestra denně cvičila s pacientem. Poučen o důležitosti pravidelného pohybu, chůze a cvičení i z důvodu základního onemocnění.

Pacient zvýšil příjem tekutin z 1,5 litru na 2-2,5 litru a zná potraviny bohaté na vlákninu a zařadil je do každodenního jídelníčku. Rodina ho dostatečně zásobovala čerstvým ovocem.

Zaznamenávala jsem pravidelnost vyprazdňování stolice.

Hodnocení:

Frekvence vyprazdňování stolice u pacienta byla v dvoudenních intervalech, měl měkkou, normálně formovanou stolicí. Nepocíťoval bolesti ani nadměrnou námahu při defekaci.

V průběhu týdne jsem žádná změkčovadla ani laxativa pacientovi nepodávala.

7. Potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu základního onemocnění.

Cíl:

- pacient nebude ohrožen komplikacemi.

Plán:

- informovat o nezbytnosti chůze, cvičení dolních končetin
- kontrola stavu pravé dolní končetiny, barvy, teploty, otoku
- podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře
- zajistit zvýšenou hygienu a ošetřování dolních končetin.

Realizace:

Pacienta jsem informovala o potřebě co nejvíce chodit. Denně s pacientem cvičila rehabilitační sestra. Poučen byl o nutnosti dodržovat zvýšenou hygienu dolních končetin a věnovat jim zvýšenou ochranu před poraněním. Pravidelně jsme kontrolovali stav PDK, jestli nedochází ke změně zbarvení a teploty.

Jednou denně byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c. dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

V průběhu mé péče o pacienta nedošlo ke vzniku komplikací. Stav pravé dolní končetiny bez změny. PDK bez otoků a známek tromboembolické choroby.

8. Riziko pádu z důvodu porušení hybnosti pravostranných končetin.

Cíl:

- zabránit pádu.

Plán:

- zjištění rizika pádu
- poučit o použití signalizačního zařízení u postele
- dát k lůžku močovou láhev pro noční močení
- kontrolovat pacienta.

Realizace:

Provedla jsem test k zjištění rizika pádu s výsledkem 4 body (příloha č.8). Pacient umí zacházet se signalizací. Lůžko pacienta bylo zajištěno proti možnému posunu. Pro potřebu nočního močení dána k posteli močová láhev, aby pacient neupadl. Přes den chodí samostatně s pomocí francouzských holí. Pro bezpečný pohyb na oddělení si pacient donesl z domova zdravotní obuv s protiskluzovou podrážkou.

Hodnocení:

Pacient během ošetřování nespádl. Močová láhev u lůžka v nočních hodinách mu vyhovuje.

Dne 26.10.2005 byla doplněna další diagnóza

9. Strach a úzkost z důvodu plánovaného vyšetření projevující se opakovaným pokládáním otázek.

Cíl:

- odstranit nebo minimalizovat strach a úzkost
- pacient má informace o vyšetření, zná přípravu a průběh vyšetření

Plán:

- nechat pacienta verbalizovat obavy, strach, úzkost
- poskytnout dostatek informací o daném vyšetření
- zajistit konzultaci s lékařem o důvodu a významu vyšetření
- zajistit kontakt s pacientem, který vyšetření již absolvoval.

Realizace:

Pacientovi jsem poskytla informace o vyšetření, vysvětlila jeho diagnostický význam, přípravu na vyšetření i stav po vyšetření. Ošetřující lékař pacientovi vysvětlil důvod a význam vyšetření. U pacienta došlo k verbalizaci strachu a úzkosti. Z rozhovoru vyplynulo, že největší strach má ze

špatných výsledků a ne ze samotného vyšetření. Podporu získal i ze strany rodiny, návštěva s ním zůstala mnohem déle než obvykle.

Hodnocení:

U pacienta se strach a úzkost snížily na minimum. Nejvíce mu pomohl rozhovor s pacientem, který již vyšetření absolvoval. Slovy J.K.: „*Jsem rád, že svým chováním jsem nebyl na obtíž a všichni měli pro mě pochopení.*“

4. EDUKACE PACIENTA A JEHO RODINY

Pacient byl obeznámen se svou nemocí již v minulosti. Jeho zdravotní stav se postupně vyvíjí. Přesto, že se nejedná o akutní onemocnění a pan J. K. i jeho rodina vědí o jeho zdravotním stavu, byli informováni o nutnosti dodržovat řadu všeobecných opatření, která mohou velmi pozitivně ovlivnit další vývoj onemocnění:

- absolutně nekouřit, obeznámit s možností využít odvykacích programů (Nikorette, akupunktura ...)
- pečovat o hygienu nohou, omývat nohy ve vlažné vodě
- nikdy nechodit bos, hrozí poranění nohy
- každé drobné poranění dokonale ošetřit
- nosit volnou, pohodlnou obuv
- v dietě omezit všechny živočišné tuky
- strava má obsahovat dostatek ovoce, zeleniny a bílkovin
- chodit denně alespoň dvě hodiny a cvičit dolními končetinami
- v klidu je lepší poloha vsedě než vleže

Výsledkem edukace bylo dodržování dietních doporučení. Více chodil a cvičil i bez přítomnosti rehabilitační sestry. V kouření nedošlo k žádné změně. Lépe verbalizoval své vnitřní stavy a děje.

5. ZÁVĚR A PROGNOZA

Celková doba hospitalizace pana J. K. byla 8 týdnů. Na našem oddělení proběhla léčba vasodilatačními infuzemi, došlo ke zhojení defektu a pacient podstoupil potřebná diagnostická vyšetření. Pokus o perkutánní transluminální angioplastiku arteria iliaca communis byl neúspěšný. Ošetření nebylo vhodné pro rozsah těžkých sklerotických plátů.

Dne 29.11.2005 byl pan J. K. přeložen na oddělení aseptické chirurgie, kde byl indikován rekonstrukční výkon. Podrobil se operaci: Extractio stenti endarterectomie bifurcationis arteria femoralis communis l. dx. crosse over bypass alloplasticus.

Pooperačně bez komplikací. Bypass průchodný, končetina teplá, hybnost dobrá. Následovala intenzivní rehabilitace. Pacient byl propuštěn ve stabilizovaném stavu do ambulantní péče.

Dle stanoviska cévního chirurga, který pacienta operoval, je prognóza nejistá. Vzhledem k celkovému stavu a stáří pacienta se jednalo o poslední pokus chirurgické léčby.

Z ošetřovatelského hlediska byla poskytována péče při hojení defektu na pravé dolní končetině, při kontrole stavu PDK, při monitoraci a tlumení akutní bolesti. Dále se kolektiv sester podílel na psychické i fyzické přípravě pacienta na všechna vyšetření. Velkého pokroku se dosáhlo v oblasti sebepéče. Pacient byl schopný při překladech na jiné oddělení se samostatně vysprchovat. Částečně došlo k úpravě spánku a k bezproblémovému vyprazdňování stolice. Důraz byl kladen na edukaci pana J. K. i jeho manželky ve věci úpravy životosprávy. Zejména nekouřit, dodržovat dietu, hodně chodit a cvičit. Od propuštění do dopsání závěrečné bakalářské práce k 6.2.2006 je pan J. K. doma, svůj stav vnímá jako velmi dobrý. Je rád, že může chodit a netrpí bolestmi.

D. POUŽITÁ LITERATURA

1. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013358-9.
2. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada a Avicenum, 2001. ISBN 80-2470242-8.
3. Kolektiv autorů. *Pharmindex breviř*. Praha: MediMedia Information, 2003. ISBN 80-86336-05-0.
4. LAWRENCE, W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba, 2 díl*. Praha: Grada, Avicenum, 1998. ISBN 80-7169-397-9.
5. PŘEROVSKÝ, I. *Angiologie*. Praha, Galén, 1999. ISBN 80-85824-99-5, s.35n
6. STAFFA, R. *Záchrana kriticky ischemické končetiny*. Praha, Grada and Avicenum, 2005. ISBN 80-247-0957-0 str.13 n
7. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
8. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ, 1999.
9. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2004. 4.vydání. ISBN 80-7345-037-2. str. 412n
10. ZEMAN, M.et al. *Speciální chirurgie*. Praha, Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9 str.365

E. PŘÍLOHY

Příloha č. 1.

Charakteristika bolesti. Lokalizace bolesti.

Příloha č.2.

Monitorování bolesti z 23.10.2005

Příloha č. 3.

Monitorování bolesti 24.10.2005.

Příloha č.4.

Monitorování bolesti 25.10.2005.

Příloha č.5.

Barthelův test základních všedních činností.

Příloha č.6.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Příloha č.7.

Škála deprese pro geriatrické pacienty.

Příloha č.8.

Zjištění rizika pádu.

Příloha č.9.

Vstupní ošetřovatelský záznam, plán individualizované péče.

Příloha č.10.

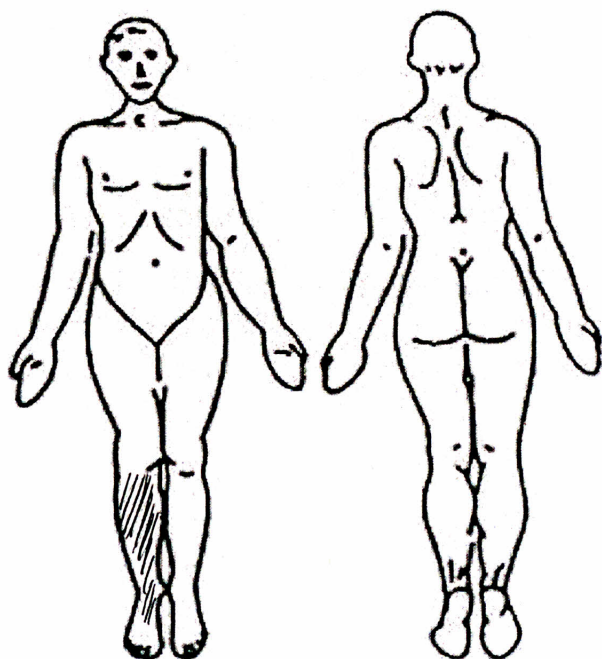
Použité zkratky

Příloha č.1.

Charakteristika bolesti podle Staňkové (7, s.18)

1	tupá	6	Tahavá
2	bodavá	7	neuralgická
3	křečovitá	8	neurčitá
4	vystřelující	9	
5	svíravá	10	

Lokalizace bolesti



Příloha č. 2.

Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne 23.10.05 do 12 hod. dne 24.10.2005

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná						X							
2	nepříjemná					X								
1	mírná	X	X	X	X			X						X
0	žádná								X	X	X	X	X	

Léčba bolesti v den monitorování:

TRALGIT 50 mg p.o. 1 - 1 - 1

DOLSIW 50 mg i.m. (SOS) max. \bar{a} 4h, aplikován ve 21.30h

Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

TRAMAL 100 mg p.o. 1 - 1 - 1

DOLSIW 50 mg i.m. (SOS) max. \bar{a} 4h

Příloha č. 3.

Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne ~~24.10.05~~ ^{24.10.05} do 12 hod. dne ~~25.10.05~~ ^{25.10.2005}

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná					X								
1	mírná			X	X		X							X
0	žádná	X	X					X	X	X	X	X	X	

Léčba bolesti v den monitorování:
 TRAMAL 100 mg p.o. 1 - 1 - 1
 DOLGIN 50 mg i.m. (SOS) max. ā 4h, aplikován ve 20.15h
 Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Příloha č. 4.

Monitorování bolesti během 24 hod.

od 12 hod. dne 25.10.05 do 12 hod. dne 26.10.05

	bolest	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12
5	nesnesitelná													
4	krutá													
3	silná													
2	nepříjemná													
1	mírná					X								
0	žádná	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X

Léčba bolesti v den monitorování:
 TRAMAL 100 mg p. o. 1 - 1 - 1
 DOLFIN 50 mg i. m. (SOS) max. ā 4h, aplikován ve 20.10h
 Změna léčby bolesti na základě výsledku monitorování:

Příloha č.5.

Barthelův test základních všedních činností in Staňková (7, s.35) (ADL-activity daily living)

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

90 BODŮ - LEHKÁ ZÁVISLOST

Příloha č.6.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Jméno: *PAN J. K.*

Celkové bodové hodnocení: *29 bodů*

Datum: *22. 10. 2005*

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
Úplná	4 4 do 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	úplná	není	chodí
Malá	3 do 30	alergie *		zhoršený	Apatický	Částečně omezená	občas	doprovod
Částečná	2 do 60	Vlhká	<i>ON. CĚV</i>	špatný	Zmatený	velmi omezená	převážně močová	sedačka
Žádná	1 60+ <i>1</i>	Suchá		velmi špatný	bez-vědomí	žádná	stolice i moč	upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 — 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Příloha č. 7.

Škála deprese pro geriatrické pacienty

in Staňková (7, s.29)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď »ano« nebo »ne« a odpověď zaškrtněte.

- | | |
|--|--|
| 1. Jste v zásadě spokojen se svým životem? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne |
| 2. vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne ¹ |
| 3. Máte pocit, že váš život je prázdný? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 4. Cítíte se často sklíčený a smutný? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 5. Máte vesměs dobrou náladu? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne |
| 6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne ¹ |
| 7. Cítíte se převážně šťastný? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne |
| 8. Cítíte se často bezmocný? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 9. Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne ¹ |
| 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 11. Myslíte si, že je krásné být naživu? | <input checked="" type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne |
| 12. Napadá vás někdy, že život nestojí za nic? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 13. Cítíte se plný elánu a energie? | ano <input checked="" type="radio"/> ne ¹ |
| 14. Myslíte si, že je vaše situace beznadějná? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |
| 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy? | ano <input checked="" type="radio"/> ne |

Celkem

4 BODY

hodnocení:

1 bod za odpověď »ano« u otázek: 2 3 4 6 8 9 10 12 14 15

1 bod za odpověď »ne« u otázek: 1 5 7 11 13

0 — 5 bodů: bez deprese

6 — 10 bodů: mírná deprese

nad 10 bodů: manifestní deprese vyžadující odborné vyšetření

Příloha č.8.

Zjištění rizika pádu podle standardu NsP Česká Lípa.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamneze nykturie / inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná/ noční desorientace	1
	Historie desorientace / demence	1
Věk	18 -75	0
	75 a výše	1
Pád v anamnéze		1
Celkové skóre		<i>4 BODY</i>

Příloha č.10

Použité zkratky

ACE:	Arteria communis externa.
ACI:	Arteria communis interna.
BMI:	Body mass index.
DSA:	Digitální substrakční angiografie.
ICHDK:	Ischemická choroba dolních končetin.
ICHS:	Ischemická choroba srdce.
NsP:	Nemocnice s poliklinikou v České Lípě.
PDK:	Pravá dolní končetina.
PTA:	Perkutánní transluminální angioplastika.
PŽK:	Periferní žilní katetr.
TEA:	Trombendarterektomie.
WHO:	World Health Organization.

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetrovatelský záznam

(materiál k náviku ošetrovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály) J. K.

Oslovení PAN J. K. Pojišťovna VZP - 111
 Rodné číslo (nevyplňuj) - Povolání PLNÝ INVALIDNÍ DŮCHOD
 Věk 72 LET Vzdělání VYUČENÝ - SLEVAČ
 Vyznání BEZ VYZNÁNÍ Národnost ČESKA
 Adresa: - Telefon: -
 Osoba, kterou lze kontaktovat MANŽELKA HANA, SYN JAN A PAVEL

Datum přijetí: 22. 10. 2005
 Hlavní důvod přijetí: LEČEBNÝ, dg. ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN

Lékařská diagnóza:
 1. CHRONICKÁ ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ + DOLNÍCH KONČETIN
 2. ARTERIALNÍ HYPERTENZE
 3. STAV PO OPERACI ŽALUDKU
 4. STAV PO KRANIOTRAUMATU S NEUROLOGICKÝM DEFICITEM

Jak je nemocný informován o své diagnóze? DOSTATEČNĚ INFORMOVAN OS. LÉKÁŘEM
 Osobní anamnéza: LEČI SE PRO ARTERIALNÍ HYPERTENZI, ANAMNESTICKY PARKINSONOVA NEMOC, JE PO INFARKTU MYOKARDU, ŮBTIŽE S CĚVAMI DOLNÍCH KONČETIN.

Rodinná anamnéza: OTEC ZEMŘEL VE 26 LETECH NA PNEUMONII
MATKA ZEMŘELA VE 27 LETECH NA PNEUMONII

Vyšetření

Terapie	0	1	2
<u>SORTIS 10 mg</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
<u>AGAPURIN 2 tab.</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
<u>RENPRESS 100</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
<u>ANOPYRIN 100</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>CITALEC</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Nemocný má u sebe tyto léky

PAN J. K. SI DONESL VŠECHNY LÉKY, KTERÉ TRVALE UŽÍVÁ

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

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

nikotinizmus	ne	ano <input checked="" type="checkbox"/>	pokud ano, kolik denně 15-20 OD 16 LET ŽIVOTA	
alkoholizmus	ne	ano <input checked="" type="checkbox"/>	PŘÍLEŽITOSTNĚ, NEJČASTĚJI PIVO	
drogy	ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....	
alergie :	jídlo	ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, které.....
	léky	ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, které.....
	jiné	ne <input checked="" type="checkbox"/>	ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř) NE				
pneumonie (změř) NE				

Důležité informace o stavu nemocného: PACIENTA NUTNĚ EDUKAVAT O NEGATIVNÍM VLIVU KOUŘENÍ NA JEHO ZDRAVOTNÍ STAV.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? OČEKÁVÁM, ŽE MI LÉKAŘI POMŮŽOU OD BOLESTI A S UCPÁVÁNÍM ŽIL.
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? PRACOVNÍ ÚRAZ V ROKU 1970, PŘIBOUČANUTÍM VRAT ÚRAZ HLAVY A NÁSLEDNĚ OUMRNUTÁ PRAVA PŮLKA TĚLA.
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? SAMOZŘEJMĚ. JSEM BEZ PRACOVNÍ ČINNOSTI, PLNÝ ID, NARUŠENA KVALITA ŽIVOTA.
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? DOUFÁM, ŽE MI LÉKAŘI POMŮŽOU.
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? DŮST TRAPNÝ. NEMÁM RÁD NEMOCNICI. ČLOVEK SE NEMŮŽE POKYBOVAT BEZ NEJAKÝ VOLNOSTI, NENÍ DOMA.
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? TYDEN AŽ 10 DNI.
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? MÁM.
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? TO VÍM TAKY, ŽA 35 LET MÁM HODNĚ ZKUŠENOSTÍ S NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍM.
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? NE.

upřesněte.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte, stupeň poruchy) ZMĚŘEN BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ - VYSLEDEK 90 BODŮ - LEHKÁ ZÁVISLOST.

Komunikace:

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

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? *HORSÍ CIT V PRAVÉ HORNÍ A DOLNÍ KONČETINĚ, NEPATRNĚ BOLEST V TĚCHTO MÍSTĚCH OD DOBY ÚRAZY.*
 ano ne
 pokud ano, upřesněte. *TUPÁ BOLEST V OBLASTI LÝTKA PDK.*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
 ano ne
 pokud ano, upřesněte. *TO SÁMĚ.*
 jak dlouho? *SILNĚJŠÍ BOLEST V PDK ASI DVA TÝDNY.*
- Na čem je vaše bolest závislá? *N.A. NICEM, BOLI POKUD.*
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? *ŠEL K DOKTORŮVI, DAL MI PRÁSKY.*
- Kde pociťujete bolest? *OBLAST LÝTKA PDK, NĚKDY MÍRNÁ BOLEST BĚHA PŘI ZACPĚ.*
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *NEVÍM, JAK SE K TOMU VYJADŘIT.*

Objektivní hodnocení sestry :

Pocit pohodlí (lůžko, teplo) *PAN J.K. VNÍMÁ LŮŽKO A TEPLŮ JAKO PŘÍJEMNĚ, POKUDNĚ.*

Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

TUPÁ BOLEST V OBLASTI LÝTKA PRAVÉ DOLNÍ KONČETINY. JEDNÁ SE O KLIDOVÉ BOLESTI STŘEDNÍ INTENZITY NEZÁVISLÉ NA ČASE A POLOZE.

BOLESTIVÝ VÝRAZ V OBLIČEJI, TRÉNÍ PŘÍSLUŠNĚ OBLASTI PDK.

2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
 Jak jste je zvládal?
- Máte nyní potíže s dýcháním?
 ano ne
 pokud ano, co by vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?
 ano ne nevíم
 pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte?
 ano ne
 pokud ano, kolik? *15-20 CIGARET DENNĚ OD 16 LET.*

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

PAN J.K. BEZ DUŠNOSTI A KASLE. RYTMUS DÝCHÁNÍ JE PRAVIDELNÝ. FREKVENCE DECHŮ - 18 ZA MINUTU.

3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ano ne *ČÁSTEČNĚ*
- Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne

- NESNAČIM HORKOU VODU, TDCÍ SE MI PO NÍ HLAVA.
- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne POTŘEBUJÍ OBSLUHU.
 - Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno
odpoledne
 večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.
 PAN J.K. PŮSOBÍ UPRAVENÝM DOJMEM, JE OHOLENÝ, KRATCE OSTŘÍHANÝ.
 (VLASY I NEHTY), OBLEČENÍ ČISTĚ.
 BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH KŠEDNÍCH ČINNOSTÍ 90 BODŮ - LEHKÁ ZÁVISLOST.

4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ano STÁRNUTÍ ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální BEZ MAZÁNÍ.
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? PITRALON - VODA NA HOLENÍ.
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.
 JIZVY - PRAVÁ PŮLKA OBLIČEJE, BĚICHO - JIZVA PO OPERACI ŽALUDKU - PER PRIMAM.
 PDK - BLEDA, STUDENÁ, NA NĀRTU 2x1 CM. POURGHOUVÝ DEFEKT - ZTRŽENÁ, ZPÁLENÁ
 KŮŽE, DOMA SI TO NATĀRAL HEPAROIDEM.
 PAN J.K. NENÍ OHROŽEN VZNIKEM DEKUBITŮ, PODLE NORTONOVĚ ZĀSKAL 29 BODŮ.

5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? dobrý vadný JSEM BEZ ZUBŮ.
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? horní + dolní žádnou. 3 ROKY PROTĚZA.
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu

přiměřenou
 vyšší (o kolik?)
 nižší (o kolik?) VĀŽIM 63 kg.

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?

pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... ano ne
 přibral ZA POSLEDNÍ PŮL ROK ZHUBNUL 2,5 kg.

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?

- Co obvykle jíte? KOLĀNKA S MASLEM, POLĪVKY, LEHKĀ JĀDLĀ, MASO MOC NE.
- Je něco, co nejíte? VEPŘOVĚ MASO. ano ne
- Pokud ano, co a proč? ZĀČNE MĚ BŮLET BĚICHO.
- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
- Pokud ano, upřesněte. SNAŽĪM SE OMEZOVAT TUKY.
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? ano ne
- Pokud ano, upřesněte. NEMĚL.
- Co by mohlo váš problém vyřešit? NEVĪM.
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne

pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? ano ne

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

BMI 21,8 - VĀHA 63 kg, VÝŠKA 172 CM. DIETA C.7 - NĪZKOCHOLESTEROLOVĀ,
 PACIENT ZCELA SOBĚSTAČNÝ V PŘĪJMU POTRAVY.

6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil nezměnil 1,5 l
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy
kávu čaj nealkoholické nápoje VŠECHNO PIJI RÁD.
- Co nepijete rád ? COCA - COLA.
- Kolik tekutin denně vypijete ? 1,5 l
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? (ano) ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace
PACIENT BEZ ZNÁMEL DEHYDRATACE, KOŽNÍ TURGOR PŘIMĚŘENÝ VĚKU.
VZHLEDEM K ZÁČPĚ ZVÝŠIT MNOŽSTVÍ TEKUTIN.

7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x ZA DVA AŽ TŘI DNI.
- Máte obvykle STŘÍDAVĚ normální stolicí
zácpu
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? BĚŽNĚ RÁNO
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? (ano) ne
pokud ano, co to je ? KÁPKY
- Berete si projímadlo ? nikdy
příležitostně
(často) DVA KRÁT TÝDNĚ.
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ? ano
pokud ano, jak by se daly řešit ? (ne) POSLEDNÍ STOLICE V DEN PŘÍJMU.

Objektivní hodnocení sestry:
PACIENT MÁ STŘÍDAVĚ NORMÁLNÍ STOLICI A ZÁCPU. K VYPRÁZDŇOVÁNÍ
VYŽÍVÁ 2x TÝDNĚ PROJÍMADLA.

8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?
ano (ne)
pokud ano, upřesněte
Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
PRO VĚTŠÍ BEZPEČÍ, ABYCH V NOCI NEUPADL MOČOVOU LÁHEV K DISPOZICI.
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano (ne)
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?
K POSTELI.

Objektivní hodnocení sestry:
MOC ČÍRA, SLAMOVĚ ŽLUTÁ. DENNÍ DIURÉZA SE NEMĚŘÍ.
VZHLEDEM K PRAVOSTRANNĚ HEMIPARÉZE A ZHORŠENĚ MOBILITĚ PACIENT
VYUŽÍVÁ V NOCI MOČOVOU LÁHEV.

9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? ano ne
pokud ano, upřesněte PRÁVOSTRANNÁ HEMIPARÉZA Z DŮVODU ÚRAZU R. 1970.
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? ano ne
pokud ano, upřesněte TO SAMÉ
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ?
pokud ano, upřesněte ano ne
NAOPAK, MAM CO NEJVÍC CHODIT A CVIČIT.
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ? ano ne nevím
OČEKÁVÁM ZLEPŠENÍ.

Objektivní hodnocení sestry:

PACIENT UŽIVÁ KOMPENZAČNÍ POMŮCKY - DVĚ FRANCOUSKÉ HOLE.
ZJIŠTĚNA LEHKÁ ZÁVISLOST, POMOC POTŘEBUJE PŘI CHŮZI DO SMOUDŮ.

10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano ne
pokud ano, upřesněte ŠEDÝ ZÁKAL PRAVÉHO OKA.
- Nosíte brýle ? ano ne
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy ? KRATKOZRAKOST - PRAVÉ OKO -3,0
LEVÉ OKO -1,5
- Slyšíte dobře ? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ? ZATÍM JSEM V PORÁDKU.

Objektivní hodnocení sestry:

ZRAKOVÝ DEFICIT, PACIENT NOSÍ BRÝLE. PAN J.K. MÁ ŠEDÝ
ZÁKAL PRAVÉHO OKA. TRPÍ KRATKOZRAKOSTÍ.

11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? POBÍRAM PLNÝ INVALIDNÍ DŮCHOD.
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? ano ne
pokud ano, upřesněte DENNĚ 2 HODINY CHODIT A CVIČIT.
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase ? CO JE POTŘEBA ODLOD DOMU, KRÁLÍKY, PES, NÁKUPY.
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ? TADY NIC, OBČAS POPOVÍDAT SI,
TROCHU NOVINY, ALE JENOM CHVÍLI, ZAČNE ME BOLET - BRNĚT HLAVA.
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ?

Objektivní hodnocení sestry:

ZMĚŘENA ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY, VÝSLEDEK 4 BODY,
BEZ DEPRESE.

12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 3,5-4 HODINAM MINIMÁLNĚ.
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
 pokud ano, upřesněte NEMŮŽU USNOUT, NEPRAVIDELNĚ UŽÍVÁM PRAŠEK NA SPÁNÍ.
- Kolik hodin obvykle spíte? 3,5-4 HODINY.
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
 pokud ano, upřesněte VE DVE HODINY RANO.
- Co podle vás způsobuje vaše potíže? BOLEST, NERVOZITA NÁSLEDNĚ.
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? NEMÁM.
- Berete doma léky na spaní? ano ne NEPRAVIDELNĚ
 pokud ano, které ZOPICOLON.
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? OBČAS 1 HODINU V POLEDNE.

Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

PATRNÁ PSYCHICKÁ I FYZICKÁ ÚNAVA. NOČNÍ SPÁNEK RUŠEN BOLESTI A NÁSLEDNĚ SE DOSTAVÍ NERVOZITA. ZHORŠENÉ USÍNANÍ A BRZKÉ PROBUDENÍ.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změni po odchodu z nemocnice váš intimní život?
 ano ne
 pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit JSEM UŽ STARÝ.
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku)

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

15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete ? S MANŽELKOU.
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk ? MANŽELKA.
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu ? CELE RODINĚ.
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu ? STAROSTI NAVÍC.
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat ? VŠICHNI.
- Je na vás někdo závislý ? NENÍ.
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit ? PODOBĚ.
- Kdo se o vás může postarat ? MANŽELKA, SYNOVÉ PAVEL A JAN.

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

BYDLÍM V RODINNÉM DOME S MANŽELKOU.

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

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

1. AKUTNÍ BOLEST PRAVÉ DOLNÍ KONČETINY V OBLASTI LÝTKA Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ - ISCHEMICKÉ CHOROBY DOLNÍCH KONČETIN.
2. PORUCHA SOBĚSTAČNOSTI V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU PRAVOSTRANNÉ HEMIPARÉZY PROJEVUJÍCÍ SE NESCHOPNOSTÍ SAMOSTATNĚHO PROVEDENÍ SPRCHOVÁNÍ.
3. PORUCHA KŮŽNÍ INTEGRITY V OBLASTI NÁRTA PDK Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ PROJEVUJÍCÍ SE POUZHOVÝM DEFEKTEM NEZASA HUIJÍCÍ DO PODKŮŽÍ V ROZSAHU 2x1 CM.
4. PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU BOLESTI A NERVOZITY PROJEVUJÍCÍ SE ZHORŠENÝM USÍNÁNÍM A PŘEDČASNÝM PROBOUZENÍM SE.
5. PORUCHA VYPŘÁZDŇOVÁNÍ STOLICE - ZÁCPA Z DŮVODU SNIŽENÍ MOBILITY.
6. RIZIKO PÁDU Z DŮVODU PORUŠENÍ HYBNOSTI PRAVOSTRANNÝCH KONČETIN.

Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovatelské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum podpis primární sestry	
22.10.	1. AKUTNÍ BOLEST PRAVÉ DOLNÍ KONČETINY Z DŮVODU ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ - ICM DK.	- pacient chápe příčiny vzniku bolesti a je schopen používat škálu bolesti - zmírnění bolesti do 20' od nástupu - odstranění bolesti - dosáhnout u pac. co nejlepší kvality života.	- VYTVOŘIT S PAC. VZTAH. VZÁJEMNĚ DŮVĚRY, VĚŘIT MU PŘI VÝPOVEDI O BOLESTI - AKCEPTOVAT A VZNAT BOLEST TAK, JAK JI P. VNÍMÁ - PRAVIDELNĚ ZJIŠŤOVAT LOKALIZACI, CHARAKTER, INTENZITU BOLESTI, ZMĚNY V PRŮBĚHU DNE. - APLIKOVAT ANALGETIKA DLE ORDINACE DR. DŘÍVĚ, NEŽ ODEZNĚL ÚČINEK PŘEDCHOZÍ DÁVKY, SLEDOVAT ÚČINKY - SLEDOVAT VEDL. ÚČ. OPIOIDŮ, ÚTLUM AKTIVITY, ospalost	- PO 3 DNECH HOSPITALIZACE PAC. UDÁVÁ STAV BEZ BOLESTI. - BOLEST VČAS A ADEKVÁTNĚ TLUMĚNA. - Podařilo se nám získat důvěru a spolupráci pacienta.	25.10.	Yaglora'k.
22.10.05	2. PORUCHA SOBĚSTÁČNOSTI V OBLASTI HYGIENY Z DŮVODU PRAVOSTRANNĚ HEMIPARÉZY PROJEVUJÍCÍ SE NESCHOPNOSTÍ SAMOSTATNĚHO PROVEDENÍ SPRCHOVÁNÍ.	- PAC. DOKÁŽE POPSAT PROBLÉMY, KT. MÁ V SOUVISLOSTI SE SPRCHOVÁNÍM - OSVOJENÍ ZPŮSOBŮ UMOŽŇUJÍCÍ OPĚTOVNĚ PROVÁDĚNÍ ČINNOSTI - PAC. BUDE ZVLÁDAT SPRCHOVÁNÍ BEZ POMOCI DO KONCE HOSPITALIZACE - BUDE MÍT POCIT POKOJÍ A SPOKOJENOSTI Z TĚLESNÉ ČISTOTY. - U NEM. NEVZNIKNE INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO DOBU ZAVEDENÍ PĚK.	- ZJIŠTIT STUPĚŇ INDIVIDUÁLNÍHO POSTIŽENÍ - ZAJISTIT AKTIVNÍ SPOLUPRÁCI NEMOCNĚHO - POUČIT PAC. I MANŽELKU O NÁCVIKU ČINNOSTI - VYUŽÍT RHB A PODPŮRNÉ POMŮCKY - PODPOROVAT MAXIMÁLNÍ SOBĚSTÁČNOST PACIENTA - DODRŽOVAT ZÁSADY BEZPEČNOSTI A INTIMITY PACIENTA	- PAN J. K. PO TÝDNU SCHOPNÝ SÁM BEZ DOPOMOCI SE VYSRCHOVAT. DOBU SPRCHOVÁNÍ Z VEČERA POSUNUL NA ODPOLEDNE, ABY V DOBĚ NÁVŠTĚV BYL ČISTÝ A UPRAVENÝ. PROJEVUJE RADOST A POCIT SPOKOJENOSTI.	27.10.	Yaglora'k.
22.10.05	3. POTENCIÁLNÍ RIZIKO VZNIKU INFERCE Z DŮVODU ZAVEDENÍ PERIFERNÍHO ŽIL. KATETRU	- U NEM. NEVZNIKNE INFEKČNÍ KOMPLIKACE PO DOBU ZAVEDENÍ PĚK.	- DODRŽ. ASEPTICKÝCH ZÁSAD PŘI KAŽDĚ MANIPULACI - PŘEVÁZY PĚK Ů 24h ZA PŘÍSNĚ ASEPTICKÝCH PODMÍNEK - VĚRASNÁ DIAGNOSTIKA MÍSTNÍCH ZNÁMEK INF. V MÍSTĚ USTUPU - VÝMĚNA PĚK DLE STANDARDU NSP KAŽDĚ TĚI DNY	- PAC. BEZ VZNIKU KOMPLIKACÍ. PĚK BYL FUNKČNÍ, OKOLÍ BEZE ZMĚN.	27.10.	Yaglora'k.
22.10.05	4. PORUCHA KŮŽNÍ INTEGRITY V OBLASTI NÁRTU PDK Z DŮVODU ZÁKL. DNEM. PROJEVUJÍCÍ SE POURCHOVÝM DEFEKTEM NEZASAHOJÍCÍM DO PODKOŽÍ V ROZSAHU 2x1 CM.	- ZHODNOCENÍ JENÍ DEFEKTU BEZ KOMPLIKACÍ.	- ZHODNOCENÍ DEFEKTU - PRAVIDELNĚ PŘEVÁZY JEDNOU DENNĚ ZA PŘÍSNĚ ASEPTICKÝCH PODMÍNEK - PEČLIVÝ ZÁZNAM O STAVU DEFEKTU DO DEKURZU	- VZHLEDEM K MALÉMU ROZSAHU DEFERTU DOSLO V PRŮBĚHU TÝDNE KE ZHOJENÍ. RANA NEBYLA INFIKOVANA.	27.10.	Yaglora'k.
22.10.05	5. PORUCHA SPÁNKU Z DŮVODU BOLESTI A NERVOZITY PROJEVUJÍCÍ SE ZHORŠENÝM USÍNÁNÍM A PŘEDČASNÝM PROBUDĚNÍM SE.	- NEPŘERUŠENÝ SPÁNEK V NOCI NEJMĚNĚ 6h. - ZAJIŠTĚNÍ SPRÁVNĚHO BIORYTMU - PACIENT KONSTATUJE ZLEPŠENÍ SVĚHO SPÁNKU	- PŘED SPÁNÍM VYVĚTRAT, UPRAVIT LŮŽKO, ZAVŘÍT DVEŘE - NERUŠIT ZBYTEČNĚ SPÁNEK PACIENTA - PŘES DEN VĚTŠÍ AKTIVIZACE NEMOCNĚHO - PODÁNÍ ANALGETIK DLE ORDINACÍ DR. 20' PŘED SPÁNÍM - SLEDOVAT ÚČINEK PODANĚHO LĚKU	- PAC. SPAL MAX. 5h, ALE PO PROBUZENÍ SE CÍLIL ODPOČATÝ. UDÁVAL STAV BEZ BOLESTI. OBEŠEL SE BEZ HYPNOTIK.	27.10.	Yaglora'k.
22.10.05	6. POTENCIÁLNÍ PORUCHA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE - ZACPA Z DŮVODU SNÍŽENÉ MOBILITY.	- PACIENT NETRPI ZACPOU - PRAVIDELNĚ SE VYPRAZDŇUJE ALESPON 1x 2 DNY.	- SLEDOVAT PRAVIDELNOST VYPRAZDŇOVÁNÍ - MOBILIZACE NEM. VYUŽITÍ RHB, ZVÝŠIT PŘÍJEM TEL. - ZLEPŠIT ŽIVOTDSPRAVU - VÍCE TĚV VLÁKNIN - PODÁVÁNÍ ZMĚKČOVADEL A LAXATIVŮ DLE ORDIN. DR.	- FREKVENCE VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE U PAC. BYLA V 2 DENNÍCH INTERVALECH. MĚL MĚKKOU, NORM. FORMOVA- NOU STOLICI.	27.10.	Yaglora'k.
22.10.	7. RIZIKO PÁDU Z DŮVODU PORUŠENÍ HYBNOSTI PRAVOSTRANNÝCH KONČETIN.	- ZABRÁNIT PÁDU	- ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU - POUČIT O POUŽITÍ SIGN. ZARÍZENÍ U POSTELE - DÁT K LŮŽKU MŮČOVOU LÁHEV PRO NOČNÍ MŮČENÍ - KONTROLOVAT PACIENTA	- PACIENT BĚHEM OŠETŘOVÁNÍ NESPADL. MŮČOVA LÁHEV U LŮŽKA NA NOC VYHOVUJE.	27.10.	Yaglora'k.
26.10.05	8. STRACH A ÚZKOST Z DŮVODU PLÁNOVANĚHO VYS. PROJEVUJÍCÍ SE OPAKOVANÝM POKLÁDÁNÍM OTÁZEK.	- ODSTRANIT NEBO MINIMALIZOVAT STRACH A ÚZKOST. - PAC. MÁ INFORMACE O VYS., ZVŮA PŘÍPRAVA A PRŮBĚH VYŠETŘENÍ.	- NECHAT PAC. VERBALIZOVAT OBAVY, STRACH, ÚZKOST - POSKYTNOUT DOSTATEL INFORMACÍ O DANĚM VYŠETŘENÍ - ZAJISTIT KONZULTACI S LÉKAŘEM O DŮVODU A VÝZNAMU VYŠETŘENÍ - ZAJISTIT KONTAKT S PACIENTEM, KT. VYŠETŘENÍ JIŽ ABSOLVOVAL.	- SNÍŽENÍ STRACHU A ÚZKOSTI NA MINIMUM. NEJVÍCE MU POMOHL ROZHOVOR S PACIENTEM, KT. VYS. JIŽ ABSOLVOVAL.	27.10.	Yaglora'k.