

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Lucie Harvillová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Harvillová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CHRONICKÝM DEFEKTEM V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině a kolegyním z Charitní ošetrovatelské služby Plzeň za podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Harvillová Lucie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým defektem v domácí péči

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 77

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 10

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova:

Pacient – chronická rána - defekt – domácí péče – hojení ran - ošetrovatelský proces – edukace.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o dva pacienty s chronickými defekty v domácí péči a jejich každodenními problémy. Teoretická část je věnována rozdělení ran, faktorům ovlivňujícím hojení a terapeutickým materiálům vlhkého hojení. V praktické části je zmapován ošetrovatelský proces u dvou pacientů s chronickými defekty. Jsou zmíněna specifika péče o rány, popis ran, jsou popsány nejčastější ošetrovatelské diagnózy. Nezbytnou součástí je oblast edukace nemocných, která je doložena v závěru práce.

Annotation

Surname and name: Harvillová Lucie

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing process in a patient with a chronic defect in home care

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 77

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 10

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 22

Keywords:

Patient – chronic wound – defekt – homecare - wound healing – nursing process – education.

Summary:

My bachelors work deals with the nursing care of two patients with chronic defects in homecare and their everyday problems. Theoretical part is about distribution of wounds, factors affecting healing and therapeutic materials for wet wound healing. The practical part describes the nursing process of two selected patients with chronic defects. I mention specific of the wound care, description of defects and the most frequent diagnosis are mapped. The necessary content is also education of the sick which is included in the end of the work.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 RÁNY	10
1.1 ROZDĚLENÍ RAN.....	10
1.2 CHRONICKÁ RÁNA	10
1.2.1 BÉRCOVÉ ULCERACE	11
1.2.2 DIABETICKÉ ULCERACE	11
1.2.3 DEKUBITY	12
1.3 PROCES HOJENÍ	12
1.3.1 FÁZE ZÁNĚTLIVÁ, EXUDATIVNÍ.....	13
1.3.2 FÁZE GRANULAČNÍ, PROLIFERAČNÍ.....	13
1.3.3 FÁZE EPITELIZAČNÍ	13
1.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ.....	13
1.4.1 SYSTÉMOVÉ FAKTORY	13
1.4.2 MÍSTNÍ FAKTORY.....	14
1.5 ZHODNOCENÍ RÁNY	15
1.5.1 KONTINUUM HOJENÍ RÁNY	15
1.6 TERAPEUTICKÉ MATERIÁLY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN	16
1.7 KOMPETENCE SESTRY PŘI LÉČBĚ CHRONICKÝCH RAN	19
1.8 CERTIFIKOVANÉ KURZY	19
1.9 PŘEVAZ	20
1.9.1 POSTUP PŘEVAZU.....	20
1.10 KONCEPČNÍ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	21
2 DOMÁCÍ PÉČE	22
2.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE	22
2.2 SOUČASNÁ DOMÁCÍ PÉČE	24
2.3 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE.....	24
2.4 PRÁVNÍ PŘEDPISY VYMEZUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČR24	
2.5 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE.....	25
2.6 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	26
2.6.1 ZÁKLADNÍ DOMÁCÍ PÉČE.....	26
2.6.2 ODBORNÁ DOMÁCÍ PÉČE	26
PRAKTICKÁ ČÁST	28
3 FORMULACE PROBLÉMU	28
3.1 CÍL VÝZKUMU.....	28

DÍLČÍ CÍLE.....	28
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
3.3 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	28
3.4 Metoda	28
3.5 Výběr případu	29
3.6 Způsob získávání informací	29
3.7 Organizace výzkumu	29
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1	30
5 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE M. GORDON 1	32
5.1 Použité škály	35
5.2 Katamnéza.....	35
5.3 Příjem.....	35
6 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN 1	43
6.1 Aktuální ošetřovatelská diagnóza	43
6.2 Potencionální ošetřovatelská diagnóza	49
7 EDUKACE PACIENTA Č. 1	51
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2	53
9 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE M. GORDON 2	55
9.1 Použité škály	57
9.2 Katamnéza.....	57
9.3 Příjem.....	57
10 OŠTŘOVATELSKÝ PLÁN 2.....	64
10.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	64
10.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy	68
11 EDUKACE PACIENTA Č. 2.....	70
DISKUZE	74
ZÁVĚR.....	77
LITERATURA A PRAMENY	11
SEZNAM TABULEK	14
SEZNAM ZKRATEK	15

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým defektem v domácí péči. I přes dodržování všech doporučených postupů při ošetřování ran se v některých případech stává, že dochází ke komplikacím a stagnaci v hojení. Chronický defekt je vždy pro pacienta zatěžující ve všech oblastech bio- psycho- sociální i spirituální roviny. Její vznik zapříčiňuje mnoho faktorů, podstatnou roli hrají i okolnosti vzniku rány.

Během mé práce se budu soustředit na to, jak defekty hodnotit, jak o ně pečovat a především, jak je hojit. V současné době je hojení chronických ran aktuálním tématem a do zdravotnictví se dostává mnoho nových moderních materiálů a trendů v jejich ošetřování. I sestry v domácí péči se s nimi setkávají a musejí umět je používat. Zejména je nyní mnohokrát diskutovaným tématem kompetence sester při ošetřování chronických ran a typy materiálů, což budu také zmiňovat v teoretické části. U tohoto tématu je důležité vzdělání sester v tomto relativně novém oboru.

Pracuji v agentuře domácí péče, s chronickými ranami se setkávám už od počátku mé práce a vždy jsem se o jejich problematiku zajímala. Proto jsem se rozhodla zpracovat toto téma ve své bakalářské práci, jelikož je mi blízké.

V praktické části se budu zabývat zmapováním problémů pacientů s chronickou ránou a zpracováním ošetrovatelského procesu. Zaměřím se na aktivní hledání klíčových oblastí péče a každodenní problémy pacientů s chronickými defekty. Soustředím se na informovanost pacientů a edukaci, o které si myslím, že je pro pacienta velmi přínosná. Vybrala jsem si pro zpracování model podle Majory Gordon, neboť vychází z humanistické a holistické filozofie a nezapomíná na žádnou oblast pacientova života.

Při diskuzi se budu věnovat vyhodnocení kazuistik a oblastí, kde došlo ke zlepšení kvality života pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 RÁNY

„Rána je jakékoliv poškození integrity kůže a měkkých tkání. Vzniká nejčastěji působením fyzikálních a mechanických činitelů. Rány z obecného hlediska dělíme na rány akutní a chronické.“ (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 64)

1.1 ROZDĚLENÍ RAN

Rány můžeme rozlišovat podle několika kritérií. Podle délky léčby nejčastěji rozdělujeme rány na akutní a chronické. Jako akutní označujeme primárně se hojící ránu, vznikající ve zdravé tkáni. Chronická rána je takové poškození kůže a ostatních anatomických struktur, které i přes vhodnou terapii nevykazuje po dobu 6 týdnů žádné známky hojení. Podle etiologie vzniku dělíme rány na mechanické- traumatické, které vznikají nejčastěji působením zevních činitelů, kam řadíme ránu řeznou (*v. vulnus scissum*), ránu sečnou (*v. sectum*), ránu bodnou (*v. punctum*), vznikající proniknutím nože nebo cizího tělesa, ránu střelnou (*v. sclopetarium*), ránu kousnutím (*v. morsum*), ránu tržnou (*v. lacerum*), nebo ránu zhmožděnou (*v. contusum*). Mohou vznikat rány termické, na jejichž vzniku se podílí různý stupeň teploty, jako jsou popáleniny, opařeniny, nebo naopak omrzliny. Rány, vzniklé na podkladě chemického působení kyselin nebo louhů, označujeme jako chemické a rány vzniklé působením radiačního záření nazýváme aktinické. Podle hloubky defektu je možno rozlišovat rány povrchové a hluboké dle mechanismu vzniku též otevřené a zavřené, vznikající bez porušení kožního krytu (Nohavcová, 2015, s 10).

1.2 CHRONICKÁ RÁNA

Chronická rána vzniká nejčastěji přechodem z akutní rány do chronicity z důvodu přidružených faktorů, z důvodu komorbidit působením chronické nemoci na stav rány, působením infekce v ráně, či mikrotraumatizací, pokud dochází při nesprávně prováděných převazech k opakovanému traumatizování spodiny rány, při nevhodném fixačním materiálu, nebo při úmyslném či neúmyslném poškození pacientem. Zatímco u akutní rány pozorujeme hojení per primam, bez komplikací, chronická rána nevykazuje známky hojení ani po šesti týdnech a více (Pokorná, 2012, s. 15).

1.2.1 BÉRCOVÉ ULCERACE

Mezi často se vyskytující chronické defekty patří bezesporu bércové vředy. Ulcerace venózní etiologie vznikají stázou krve, vzniká zvýšený tlak v žilním systému, následuje žilní hypertenze a poškození chlopní venózního systému dolních končetin. Narůstající tlak brání resorpci tekutin z kapilár a vzniká otok. Ten je nejčastěji lokalizován v oblasti vnitřního kotníku a v dolní třetině dolní končetiny. Venózní ulcerace bývají plošně rozsáhlejší, mají nepravidelný tvar a okraje, různou hloubku i stupeň bolestivosti. Často se v okolí rány vyskytují zánětlivé změny, ekzémové projevy či pigmentace. U posttrombotických defektů může být léčba zdlouhavější, protože jsou poškozeny chlopně hlubokého žilního systému (Pejznochová, 2010, s 20).

Ulcerace arteriálního původu vznikají nedostatečným prokrvením tkání, jako důsledek částečného či úplného uzávěru cév. Příčinou bývají aterosklerotické změny tepenného řečiště, následkem může být ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). V průběhu těchto změn může docházet k akutní exacerbaci trombózy, nebo embolizace do periferie z ateromových plátů, což vede k dalšímu zhoršování příznaků. Arteriální ulcerace mají obvykle menší rozsah, jsou ohraničené, hlubší, s pravidelnými okraji a mají v okolí menší zánětlivé změny. Vyskytují se na vnitřní, přední i zevní straně bérců, pod kotníky, na nártu, na okrajové části končetiny, na prstech, v místě tlaku obuvi nad kostními výčnělky, nebo na patě. Tyto defekty bývají silně bolestivé. V důsledku těžké poruchy prokrvení může nastat modré až černé zbarvení prstů, vedoucí až k nekróze (Pejznochová, 2010, s 20).

1.2.2 DIABETICKÉ ULCERACE

Na vzniku se podílí usazování kyselých mukopolysacharidů na cévních stěnách, následuje vznik chronické ischemie. Jako syndrom diabetické nohy označujeme soubor neuropatických, mikrovaskulárních a makrovaskulárních změn, vznikajících následkem hyperglykemie. Diabetická ulcerace je chronická komplikace diabetu, nejtěžší forma postižení nohou u diabetika. Rozlišujeme neuropatický vřed, který vzniká na základě postižení nervového systému dolních končetin, projevující se omezením citlivosti na bolest a teplotu. Může vzniknout jako důsledek necitlivosti dolních končetin např. při nevhodné obuvi, cizím tělese v botě nebo došlápnutím na traumatizující předmět. U ischemického vředu dochází k postižení arteriálního systému, dolní končetiny se prokrvují nedostatečně,

jsou bledé, studené, bez hmatné pulzace. Lokalizace bývá nejčastěji na prstech a prvních částech metatarsu. Kombinací obou příčin je pak neuroischemický vřed (Pejznochová, 2010, s 23).

1.2.3 DEKUBITY

Tímto termínem nazýváme proleženiny, které vznikají na tzv. predilekčních místech díky působení patologického tlaku a také působením tření a střížné síly (tzn. sunutí klienta po podložce vedoucí k poruše mikrocirkulace). Predilekční místo je oblast, kde se vyskytuje málo svalstva, málo nebo i mnoho tukové tkáně a kostní výčnělky se opírají o podložku téměř jen přes pokožku. Rizikem vzniku dekubitů jsou ohroženi především klienti imobilní, podvyživení (nebo naopak obézní), s poruchou vědomí, s vysokou teplotou, ve vyšším věku, pod vlivem sedativ, nebo v těžkém stavu (terminálním stádiu). Rozlišujeme akutní typ, který může vzniknout již během 30 minut u klientů v těžkém celkovém stavu a chronický typ, vznikající během dnů až týdnů vlivem špatné ošetrovatelské péče. Výskyt dekubitů bývá dobrým ukazatelem kvality péče ve zdravotnickém zařízení (Pejznochová, 2010, s. 23).

Mezi chronické defekty ještě řadíme posttraumatické vředy, vznikající následkem devastujícího poranění dolních končetin, všechny rány hojící se per sekundam, aktinické ulcerace jako důsledek radiační léčby onkologických pacientů, nehojící se rány v terénu lymfedému, ulcerace při autoimunních onemocněních, popáleniny III. a vyššího stupně a maligní exulcerace, závažný projev pokročilého onkologického onemocnění (Pejznochová, 2010, s. 23).

1.3 PROCES HOJENÍ

„Hojení ran je fyziologický proces, při kterém dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže. Je to proces reparační, při němž je poškozená tkáň nahrazena vazivovou tkání, která se následně mění v jizvu.“ (Bureš, 2006, s. 11).

Samotné hojení prochází několika fázemi, které na sebe navazují, časově se překrývají a prolínají. Tyto fáze nazýváme zánětlivá (exsudativní), proliferační a diferenciační a reepitelizační. V naší praxi je označujeme spíše fází čistící, granulační a epitelizační.

1.3.1 FÁZE ZÁNĚTLIVÁ, EXUDATIVNÍ

V této fázi dochází k odstraňování veškeré nežádoucí složky. Probíhá zde zánět, migrace buněk, fagocytóza. Někdy dojde ke vzniku nekrózy, kterou je třeba odstranit, neboť je překážkou v uzavírání rány. Tato fáze trvá u traumatické rány tři dny. U chronické rány se nacházejí často fibrinové a nekrotické povlaky, může dojít až k rozvinutí infekce a přítomnosti hemopurulentního exudátu, zápachu, celulitidě v okolí, podminování a celkovým známkám infekce. Pozorujeme Celsovy známky zánětu, jako je rubor (zarudnutí), calor (teplo), dolor (bolest) a functio laesa (porušená funkce) (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 17).

1.3.2 FÁZE GRANULAČNÍ, PROLIFERAČNÍ

Zde v ráně probíhá neoangiogeneze a tvorba nové granulační tkáně, která je podkladem pro budoucí epitelizaci. Pro zdárné hojení je podstatné udržovat optimální vlhkost a teplotu tkání. Sledováním barevného spektra můžeme posoudit efektivitu hojení (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 18).

1.3.3 FÁZE EPITELIZAČNÍ

Epitelizace rány začíná z okrajů, nebo z epitelizačních ostrůvků rány. Dochází k postupnému úbytku vody a cév z tkáně granulační, zpevnění nové tkáně a vzniku jizvy. U této nové tkáně vzniká riziko poranění, neboť je zatím křehká. Dosahuje asi 80% původní pevnosti za dva roky po zhojení (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 18).

1.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ

Hojení tkání a intenzitu zánětlivé reakce ovlivňuje mnoho faktorů, které můžeme rozdělit na systémové a místní (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 34).

1.4.1 SYSTÉMOVÉ FAKTORY

Jako jeden ze systémových faktorů je třeba uvést věk klienta, protože ve vyšším věku se redukuje fyziologické děje a buněčná reprodukce, potřebná pro hojení ran. Je to patrné především v zánětlivé fázi hojení, kdy je opožděna infiltrace lymfocyty a snížená fagocytóza makrofágů. Díky pomalejšímu krevnímu oběhu nastává snížené zásobení kyslíkem a živinami. U starších osob se snižuje produkce růstových hormonů, v ráně se zpomaluje angiogeneze a ukládání kolagenu. U seniorů je třeba také zmínit přítomnost komorbidit, které také ovlivňují hojení. Dalším významným faktorem je diabetes mellitus a další systémová onemocnění. V ráně u diabetika může nastat hypoxie, po ní následuje laktacidémie a ta spolu s hyperglykemií omezuje dělení fibroblastů a jejich rezistenci proti růstovým faktorům. Nastává porucha syntézy kolagenů, zesiluje se a prodlužuje se

zánětlivá fáze hojení, může nastat vznik hypertrofické jizvy až rozpad granulační tkáně. Poruchy hojení nastávají i při jiných systémových onemocněních, jako jsou imunodeficience, malabsorpce, selhávání jater či ledvin, závažná onemocnění srdce a plic a onkologická onemocnění. Velmi důležitým faktorem ovlivňujícím hojení je výživa. Vyvážená strava obsahující dostatek proteinů a přiměřená hydratace je nezbytná. Při nedostatečné výživě, malnutrici či kachexii dochází ke zpomalení hojení a omezení tvorby kolagenu. Hojení rány může zpomalit deficit proteinů, nedostatek vitamínů A, B, C, D, E, K a minerálů včetně stopových prvků (zejména zinku). Vitamíny C a E působí jako antioxidanty, příznivě ovlivňují regenerační procesy, vitamín C podporuje tvorbu kolagenových vláken. Také obezita je závažným faktorem v hojení ran. U obézních klientů vzniká riziko pooperačních komplikací v ráně, jako vznik hematomu, infekce až dehiscence rány. Souvisí to s hypoperfuzí a ischemií, která je přítomna v tukové tkáni, tento jev souvisí i rizikem vzniku dekubitů u obézních. Dehiscenci může způsobit i vyšší napětí na okrajích rány. Komplikací může být také mikrobiální kolonizace mezi kožními záhyby obézních. Hojení ran ovlivňuje dále stres, protože negativně působí na buněčnou imunitní odpověď, díky stresu se zvyšuje koncentrace glukokortikoidů, čímž se zpomaluje tvorba granulační tkáně. Do psychologických faktorů ovlivňujících hojení patří také motivace jedince, strach z návratu onemocnění, sociální izolace, či narušená kvalita života. Negativní účinky na hojení ran má systémové užívání nesteroidních antirevmatik, imunosupresiv, cytostatik, či radioterapie. Chemoterapie navozuje neutropenii, anemii, trombocytopenii, rána je ohrožena infekcí a krvácením. Neblahý vliv na rány má kouření, alkohol i drogy. Nikotin způsobuje vazokonstrikci, zvyšuje přilnavost trombocytů, zvyšuje riziko tvorby mikrotrombů, zpomaluje množení erytrocytů, makrofágů a fibroblastů. Zhoršené podmínky pro hojení rány má i klient trpící inkontinencí, neboť nadměrná vlhkost pokožku narušuje. Zásadním faktorem ohrožujícím hojení je imobilita a s ní často narušené smyslové vnímání. Jedinec, který nedokáže měnit a kontrolovat polohu těla, nedokáže reagovat na nepohodlí, je tedy velmi ohrožen vznikem dekubitů, nejvíce pacienti v bezvědomí, pod vlivem sedativ, s parézou či plegií (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 30).

1.4.2 MÍSTNÍ FAKTORY

Mezi místní faktory mající vliv na hojení rány patří mechanismus vzniku, lokalizace, velikost, hloubka, spodina a okraje rány. Hluboká rána potřebuje delší čas na granulaci tkáně. Hojení zpomaluje nadměrná sekrece, krevní sraženiny, fibrinové pláty,

povlaky a v neposlední řadě nekróza. Taktéž ovlivní hojení přítomnost cizího tělesa v ráně, edému, nebo hematomu. Nezbytná je též dobrá oxygenace, protože brání infekci, podporuje angiogenezi, reepitelizaci buněk, množení fibroblastů, syntézu kolagenu a stahování rány. Hojení negativně ovlivňuje centrální hypoxie, např. náhlá cévní mozková příhoda, nádory, hematologické poruchy, či cévní poruchy, jako ateroskleróza, žilní nedostatečnost, poruchy lymfatického systému a vazokonstrikce. Pro dobré hojení je též podstatná kvalitní péče, adekvátní ošetřování rány. Hojení se zpomalí při nevhodně zvolené léčbě, nevhodném krytí, nesprávnou technikou či frekvencí převazů. Velmi podstatným faktorem ovlivňujícím hojení je bezesporu infekce. Na její vznik má vliv virulence mikroorganismů, vnímavost pacienta, bakteriální zátěž a agresivita bakteriálních toxinů. Literatura uvádí, že určitá míra kontaminace ji přítomna u většiny chirurgických ran, i přes aseptické postupy. Bakteriální enzymy způsobují rozpad granulační tkáně, kolagenu a růstových faktorů. Infekce v ráně prodlužuje hojení, může vzniknout flegmóna, absces, píštěl až celková seps (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 30).

1.5 ZHODNOCENÍ RÁNY

Zhodnocení, čili diagnostika rány patří k důležitým krokům před začátkem ošetření, ale i v průběhu terapie nám slouží k posouzení úspěšnosti péče. U defektu vždy hodnotíme lokalizaci, velikost, etiologii, dobu trvání poruchy integrity kůže, barvu, exudát, zápach, vzhled okolí a bolest (Pokorná, 2012, s 50).

1.5.1 KONTINUUM HOJENÍ RÁNY

Abychom dokázali dobře zvolit přípravky pro hojení, byla vyvinuta pomůcka Kontinuum hojení rány WHC (Wound Healing Continuum), která využívá jako vodítko vzhled spodiny defektu. V ráně můžeme rozpoznat barvy jako černá, žlutá, červená a růžová s mezistupni. V procesu hojení je naším cílem, aby se barva rány posunovala na barevné škále směrem doprava, tzn. k růžové (Pokorná, 2012, s. 19).

První fází v klasifikaci WHC je černá barva, znamená suchou nebo vlhkou nekrózu na spodině. Pod touto devitalizovanou vrstvou může být spodina žlutá, granulační, nebo měkké podkoží. Nekróza se může nacházet buďto na okrajích rány, nebo ji může celou překrývat. Naším úkolem je odstranění nekrózy a hodnocení stavu spodiny rány. Chirurgickou nefrektomií provádí pouze lékař, sestra může debridement provádět pomocí hydrolytických nebo enzymatických prostředků. Ránu vždy hodnotíme dle převažující barvy na spodině. Přechodnou fází může být černo- žlutá rána. Tento typ lze nalézt pod

nekrotickou vrstvou, je obvykle tvořen vlhkou nekrózou či podkožním nekrotickým tukem. Zde se snažíme o odloučení povlaků a dehydrataci rány. Ke žluté ráně je třeba přistupovat jako k defektu s vysokým rizikem přítomnosti hnisu a vzniku infekce, proto je třeba vrstvu odstranit. Červeno- žlutá je další přechodný typ. Zde se vyskytuje asi 50% typů obou tkání. Ovšem červený vzhled nemusí vždy znamenat dobré hojení, může indikovat přítomnost infekce, nebo krvácení při traumatizaci převazované rány. Červenou ránu by měla tvořit zdravá granulační tkáň. Na ní nasedá epitelizační kryt rány, barvy červeno- růžové, až postupně vzniká rána růžová, zcela překrytá novou tkání. Ta je velmi křehká a náchylná k traumatizaci. Její odstín bude světlejší, ne však trvalý (Pokorná, 2012, s. 19).

1.6 TERAPEUTICKÉ MATERIÁLY PRO VLHKÉ HOJENÍ RAN

Tyto prostředky jsou stále více využívány, neboť vytvářejí fyziologické podmínky a přiměřenou vlhkost na spodině rány, optimální pH, které zlepšuje proces hojení a zabraňuje vysychání rány. Literatura uvádí, že má prospěšný čistící efekt, stimuluje tvorbu granulační tkáně, čímž zkracuje dobu hojení, rána je minimálně traumatizována, pacienti popisují snížení bolestivosti. Jejich používáním se snižuje frekvence převazů, což snižuje finanční náklady a usnadňuje práci ošetřujícím (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Vhodný materiál k léčbě rány je třeba vybírat podle fáze hojení, sekrece, přítomnosti infekce, velikosti a stavu okolí rány. Zda je defekt nekrotický, nebo zda již granuluje či epitelizuje. Moderních materiálů vlhkého hojení je celá škála, níže budou některé popsány spolu s jinými metodami (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Hydrogely a alginogely užíváme k dehydrataci zejm. suchých ran, fungují jako tzv. autolytický a enzymatický debridement, to značí, že šetrně odstraňují nekrózu, po aplikaci chladí, mají analgetický účinek. Lze je použít u popálenin, ischemických defektů a u defektů syndromu diabetické nohy. Je třeba aplikovat vrstvu 0,5-1 cm od středu rány k okrajům a přiložit nesavé sekundární krytí, nebo filmové krytí. Mezi zástupce patří Hydrosorb Gel, Nu- Gel, či Flamigel (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Kalcium- algináty jsou vysoce absorpční prostředky určené na středně až silně secernující defekty případně i s povlakem, které po styku s exudátem vytváří hydrofilní gel. Jako sekundární krytí můžeme užít pěnové či savé materiály se superabsorbenty. Např. je to Sorbalgon či Melgisorb (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Materiály se stříbrem mají antimikrobiální a fungicidní účinky, užívají se na diabetické defekty, rány infikované či s hrozící infekcí. Zástupci jsou Silvercel, Atrauman Ag či Aquacel Ag (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Hydrokoloidy se využívají pro suché až středně secernující rány bez příznaků infekce. Hydroaktivní částice tvoří s raným sekretem gelovou hmotu, kde jsou vhodné podmínky pro angiogenezi a výstavbu granulace. Zástupci jsou Hydrocoll, Granuflex (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Hydropolymer a polyuretanové pěny jsou přípravky z absorpčních hydrofilních a polyuretanových pěn, které mají uvnitř absorpční jádro a na povrchu polopropustnou fólii pro plyny a vodní páry. Užíváme je k ošetření silně, středně až mírně secernujících defektů, kde je nutno zachovat fyziologickou výměnu par a plynů. Rozdělujeme je na prostředky nepřilnavé (na křehkou pokožku), s lepící vrstvou, či s flexibilním okrajem (na namáhaná místa). Příkladem jsou Mepilex, PermaFoam, nebo Askina Transorbent (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Materiály s aktivním uhlím se vyrábějí z nedráždivé pleteniny nasycené aktivním uhlím, někdy jsou vícevrstevná, nebo uložena v síťce z netkaného textilu. Užívají se na rány zasažené infekcí, s povlakem či zápachem se střední až silnou sekrecí (dekubity, hluboké a bércové ulcerace), neboť mají vysokou absorpční schopnost. Mezi zástupce patří Actisorb plus a Askina Carbosorb (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Antiseptické obvazové materiály se používají na rány suché, nebo se střední sekrecí téměř ve všech fázích hojení, nebo i preventivně (např. okolí i. v. vstupů). Jsou z netkaného textilu impregnovaného antiseptickou látkou PVP jódem nebo chlorhexidinacetátem. Zástupcem je Inadine, Braunovidon, Bactigras (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Neadherentní obvazy užíváme do málo až silně exudujících ran, kdy chceme zamezit přilepení do rány. Jedná se o mřížku impregnovanou vazelinou. Je vhodná na povrchové eroze, popáleniny, kde umožní odchod sekrece i přístup pro léčiva. Příkladem je Atrauman a Grassolind (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Filmová krytí jsou z transparentní polyuretanové membrány, prostupné pro páry a plyny, neprostupné pro bakterie. Jsou určeny k hojení povrchových granulujících či

epitelizujících ran se slabou sekrecí. Používají se i k sekundárnímu krytí hydrogelů. Příkladem je Tegaderm, Hydrofilm (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Silikony jsou nepřilnavá měkká krytí se silikonovou vrstvou, absorbující malou sekreci. Užití je možné na povrchové exkoriace i na velké plochy. Zástupci jsou Mepitel, Askina SilNet (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Hydroaktivní krytí ze superabsorpčního polyakrylátu zachovává vlhkost v ráně i podporuje hojení. Lze jej použít na fázi čistící, granulační i epitelizační, je nutné použít savé sekundární krytí. Příkladem je TenderWet 24 (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Oxidovaná celulóza je přírodní vstřebatelný materiál na bázi bioaktivního hojení. Používá se na akutní i chronické rány se sekrecí, kde působí hemostaticky i antimikrobiálně. Vhodný ve fázi čistící, granulační i epitelizační, zástupcem je Traumacel Biodress (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Krytí s kyselinou hyaluronovou spouští proces obnovy tkání, pomáhá udržet vlhkost v ráně. Doporučuje se použití jen na vyčištěné, vydezinfikované rány. Můžeme s ním ošetřovat popáleniny, chirurgické i kožní léze, do hlubokých defektů, pištělí, na rány podminované, rozpadlé či zhnisané. Příkladem je Hyiodine (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Terapie pod tlakem (NPWT- negative pressure wound therapy) je sofistikovaný chirurgický způsob hojení rány využívající lokálního podtlaku k čištění a podpoře granulace. Tento podtlak cíleně odstraňuje intersticiální tekutiny z rány, snižuje bakteriální kolonizaci, celkově ránu kontrahuje a zkracuje tím dobu léčení. Užívá se na akutní traumatické rány, hluboké popáleniny, chirurgické abdominální dehiscence i dekubity a neuropatické defekty suché či s mírnou sekrecí. Podtlak na ránu a sání vyvíjí přístroj přes fixační fólii a pěnu přiloženou na její spodinu (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Magott terapie (larvální terapie)- využívá sterilních larev mouchy bzučivky zelené pro biologický debridement infikovaných, hnisavých a nekrotických ran. Tuto léčebnou metodu schválila Vědecká rada MZ ČR a od roku 2008 je hrazen zdravotní pojišťovnou. Používá se zejm. na pracovištích všeobecné chirurgie a diabetologie. Larvy v ráně tráví neživou tkáň, jejich pohyb působí mechanicky, jejich trávící šťávy působí antimikrobiálně, dokáží vylučovat léčivé látky a defekt alkalizovat. Je nutný informovaný souhlas pacienta,

podmínkou je jeho spolupráce a edukace sestrou. Larvální a podtlaková terapie je obvykle volena, až když jsou běžné léčebné postupy vyčerpány (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Ozonoterapie se používá spíše v zemích západní Evropy, především v Německu. Tato metoda má efekt antibakteriální a vazodilatační, účelem je lepší oxygenace tkání (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 83).

Fototerapie užívá paprsky světla pro léčbu artrózy, záněty svalů a kloubů, také pro hojení ran. Má analgetický, protizánětlivý a biostimulační efekt, zlepšuje hojení ran (Pokorná, 2012, s. 71).

1.7 KOMPETENCE SESTRY PŘI LÉČBĚ CHRONICKÝCH RAN

Naše zdravotnická legislativa prošla v posledních desetiletích mnoha změnami. Kdysi mohl ránu posuzovat, hodnotit a vybírat vhodný materiál pouze lékař. Od devadesátých let, v souvislosti se změnou legislativy, si začaly všeobecné sestry rozšiřovat a prohlubovat vzdělání, došlo k navýšení jejich kompetencí. Pečovat o ránu patří do povinností sester, vybírat vhodný terapeutický materiál jsou kompetentní jen sestry po absolvování specializačního studia nebo certifikovaného kurzu (Pokorná 2012, s. 112).

Řídíme se zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Vyhláškou č. 55/2011 Sb. je stanoveno, jaké mají nelékařští zdravotničtí pracovníci kompetence při svém dosaženém vzdělání. Podle § 4 může všeobecná sestra vykonávat základní a specializovanou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Dále § 61, odstavec a) bod 7. určuje, že sestra pro péči v chirurgických oborech hodnotí, ošetřuje defekty a je kompetentní doporučovat vhodné krycí materiály (www.zakonyprolidi.cz).

1.8 CERTIFIKOVANÉ KURZY

Všeobecné sestry, které si chtějí rozšířit kvalifikaci na ošetřování ran, mohou absolvovat akreditovaný kurz ministerstvem zdravotnictví „Specifika ošetrovatelské péče o nehojící se rány a defekty“. Poskytuje ho Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) (www.nconzo.cz).

Další možností pro všeobecné sestry je absolvování kurzu „Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty“, který pořádá Fakultní nemocnice Plzeň.

Kurz má svoji teoretickou a praktickou část a je ukončen prezentací samostatně vypracované kazuistiky. Je zaměřen na zejména na vlhké hojení ran a stojí 5000,- Kč (www.fnplzen.cz).

Podobný kurz pořádá také FZS Univerzity Pardubice, je nutné absolvovat celkem 80 hodin teoretické i praktické výuky a stojí 6000,- Kč. (www.zpravodaj.upce.cz/univerzita.cz).

Další způsob, jak se vzdělávat, může být e-learning. Jedná se o specializované elektronické kurzy pro NLZP buďto způsobem video přednášek (www.edusestra.cz), nebo informačních materiálů přístupných pouze účastníkovi (www.euniverzita.cz).

Společnosti ČSLR a EWMA vydávají odborné časopisy, zabývající se touto tematikou. Informace nalezneme i na internetových portálech, jako www.hojeni-ran.cz, www.lecbarany.cz, nebo www.hojeniran.cz.

1.9 PŘEVAZ

Samotné provedení převazu je plně v kompetenci všeobecné sestry, sestra po absolvování certifikovaného kurzu může i volit vhodný terapeutický materiál. Každá sestra by tedy měla tuto činnost ovládat, aby se minimalizovaly komplikace ze špatného provedení. Již na většině pracovišť mají sestry k dispozici Standardy ošetrovatelské péče, kde jsou jasně dány postup a podmínky při ošetřování ran a defektů (Pejznochová, 2010, s. 40).

1.9.1 POSTUP PŘEVAZU

Před samotným převazem je nutné informovat pacienta o důležitosti a postupu převazu. Omyjeme si ruce mýdlem a vodou a osušíme pomocí jednorázových ručníků. Poté provedeme hygienickou dezinfekci rukou, vtíráme si dezinfekční přípravek doporučeným způsobem po dobu 30-60 sekund do úplného zaschnutí. Použijeme jednorázové osobní ochranné pomůcky, to znamená rukavice, zástěru nebo plášť, případně ústenku. Pacienta uložíme do pohodlné polohy a šetrně odstraníme původní krytí, jednak tím snížíme bolestivost, ale také zabráníme zbytečné mikrotraumatizaci defektu. Z rány je třeba odstranit zbytky povlaků, z okolí zbytky mastí nebo past. Postupujeme vždy maximálně šetrně s ohledem na pacienta. Poté pečlivě zhodnotíme ránu. Sledujeme lokalizaci, velikost, hloubku, barvu, exudát, přítomnost foetoru, bolestivost, vzhled okolí, popřípadě známky hojení či infekce. Aplikujeme vhodný materiál, který může doporučit

k tomu kompetentní sestra, nebo se řídíme ordinací lékaře. Dále přiložíme vhodné krytí. Je doporučeno, aby dobře krylo ránu až na zdravou tkáň. Pokud je to třeba, použijeme sekundární krytí, popřípadě vhodné obinadlo. Náplast přímo na pokožku užitíme, jen pokud nelze využít jinou možnost. Poté uvedeme klienta do původní polohy a zlikvidujeme zbytky a použité pomůcky dle platných směrnic a standardů. Nakonec provedeme hygienickou dezinfekci rukou a vše pečlivě zaznamenáme do dokumentace (Pejznochová, 2010, s. 40).

1.10 KONCEPČNÍ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

"Koncepční modely jsou důležité pro sestru, protože jí nabízejí filozofickou a pragmatickou orientaci na služby, které sestra poskytuje pacientům/klientům, služby, které může poskytnout jen sestra, služby, které nabízejí dimenzi celkové péče, která se liší od péče poskytované kterýmkoliv jiným zdravotníkem" (Pavlíková, 2006, s. 23).

Tento model vnikl z interakce osoba- prostředí. Jeho základem je dvanáct oblastí, autorka je uvádí jako dvanáct funkčních modelů zdraví. Každý z těchto vzorců konkretizuje určitou oblast zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec značí buďto aktuální onemocnění, nebo jeho potenciaální riziko. Je na sestře, aby ho rozpoznala, stanovila ošetřovatelskou diagnózu a realizovala další opatření v rámci ošetřovatelského procesu. Tento model je založen na filosofii holismu, chápe člověka jako bytost bio- psycho- sociální, jako celek. Jestliže dojde k porušení jedné složky, které jsou navzájem propojeny, nastává problém celku. Ošetřovatelským cílem tohoto modelu je získání zdraví, zodpovědnost člověka za své vlastní zdraví a vzájemné vyrovnanosti těchto všech složek. Sestra si zajišťuje poznatky pomocí pozorování, rozhovoru a fyzikálním vyšetřením. Rozborem těchto informací zjistíme buď funkční zdraví, nebo dysfunkční, potřebu jít kupředu dle ošetřovatelského procesu (Pavlíková, 2006, s. 99).

Tabulka č.1, Dvanáct vzorců zdraví dle Marjory Gordon

1.	vnímání zdraví	zaznamenává, jak jedinec pocítuje a udržuje si vlastní zdraví, co pro to činí
2.	výživa	sleduje stav hydratace a nutrice dle potřeb metabolismu
3.	vylučování	sleduje exkreci střev, močového měchýře a pokožky
4.	aktivita, cvičení	obsahuje možnosti zachování tělesné kondice, trávení

		volného času a denní činnost
5.	spánek	označuje možnosti oddechu, spánku, případně relaxace
6.	citlivost vnímání	hodnotí schopnost vnímání, včetně bolesti, kognitivní schopnosti, jako paměť, orientace, řeč či schopnost rozhodování
7.	sebepojetí, sebeúcta	jak bytost hodnotí sama sebe, jak smýšlí sám o sobě
8.	role	označuje akceptaci a plnění životních rolí a stupeň interpersonálních vztahů
9.	reprodukce	sexualita, obsahuje reprodukční fázi života, sexualitu, změny
10.	stres, zátěžové situace	zabývá se zvládnutím náročných stavů, tolerancí stresu
11.	víra, životní hodnoty	sleduje osobní vnímání hodnot, cílů, názorů, náboženského vyznání a přesvědčení
12.	jiné	

Model M. Gordon je považován za nejglobálnější z pohledu holistické filozofie a má univerzální použití. Podstatou je ošetrovatelská intervence, klient je objektem ošetřování, nikoli pouhým účastníkem ošetrovatelské péče (Pavlíková, 2006, s. 102).

2 DOMÁCÍ PÉČE

„Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (Marková, 2010, s. 42)

2.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE

Dnešní koncept moderní domácí péče započal již v roce 1859 v Liverpoolu tehdy známý podnikatel a filantrop William Rathbon, jelikož mu jeho vlastní žena umírala na nevyléčitelné onemocnění. Společně s významnou průkopnicí moderního ošetrovatelství

Florence Nightingalovou založili první školu pro sestry, které pečovaly o nemocné, chudé a potřebné. Ve Spojených státech, ve městech New York, Boston, Buffalo a Philadelphia došlo k založení organizace sester v domácí péči. Tato organizace měla za úkol pomáhat chudým a opuštěným, kteří zároveň trpěli i zdravotními problémy. Postupný rozvoj domácí péče v Evropě byl zaznamenán na konci 19. století. Hlavní náplní této péče byla starost o seniory (Slaný, 2014, s. 45).

Až na počátku sedmdesátých let dvacátého století se ke konceptu domácí péče navracejí země západní Evropy (např. Francie, Anglie, SRN, Švýcarsko, Rakousko a další). Role domácí péče byla zdůrazněna roku 1977 v Alma-Atě, při vyhlášení programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V Evropě se vyskytují dvě pojetí domácí péče. „Severská forma“ se soustřeďuje na péči poskytované státem jen doplňovanou rodinou, „Jižní forma“ je typická péčí všech členů rodiny s doplněním péčí státu (Slaný, 2014, s. 45).

U nás se péče o potřebné soustřeďovala kolem řeholních řádů, na začátku dvanáctého století to byl Řád svatého ducha, pak Johanité- Johanitky, Klarisky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, český rytířský řád Křížovníci s Červenou hvězdou a jiní. Významným mezníkem pro naše ošetřovatelství bylo založení Československého červeného kříže v roce 1919 s pomocí Alice Masarykové. Tehdy poprvé vytanula potřeba „odborné ošetřovatelské pomoci v domácnosti“, kterou začíná realizovat ČČK, město Praha a Ústřední sociální pojišťovna. Zjistilo se, že tento typ péče je velmi potřeba, proto byla založena „Masarykova škola zdravotní a sociální péče“ vyhovujícím novým potřebám vzdělávání. Po roce 1945 je realizována domácí péče podle vládního nařízení Ústavem národního zdraví. V roce 1950 byla veškerá zdravotní a ošetřovatelská péče v rodině přenesena pod kompetence ČČK a v roce 1952 přebírá tuto zodpovědnost stát a tato péče je prováděna v rámci zdravotních obvodů (Slaný, 2014, s. 45).

Historicky první kongres domácí péče proběhl v roce 1991 ve Štrasburku a poté začala propagace domácí péče i v našem státě. Na 1. světovém kongresu domácí péče již máme své zástupce. Naše „Asociace domácí péče České republiky“ spolu s dalšími zakládá Světovou organizaci domácí a hospicové péče, mající sídlo ve Washingtonu (Slaný, 2014, s. 45).

2.2 SOUČASNÁ DOMÁCÍ PÉČE

V České republice je domácí péče evidována pod odborností 925, metodicky ji řídí Ministerstvo zdravotnictví ČR. Domácí péči indikuje ošetřující lékař, který rozhoduje o časové dotaci, frekvenci a obsahu poskytované domácí péče. Pokud se jedná o klienta po hospitalizaci, je indikována ošetřujícím lékařem ústavního zařízení, maximálně však na 14 dnů po dimisi. Literatura uvádí, že domácí péče je zvláštním druhem ambulantní péče, která je poskytována klientům s akutním nebo chronickým onemocněním, fyzicky nebo mentálně hendikepovaným a osobám závislým na cizí pomoci. Mluvíme o ní jako o integrované formě péče a bývá označována jako komplexní domácí péče. Poskytují jí tzv. agentury domácí péče, které sdružuje Asociace domácí péče České republiky (Krátká, Šilhánková, 2008, s. 79).

Role sester v domácí péči je velmi významná. I když je to lékař, který řídí a vede ošetření, jsou to sestry, které organizují plán péče. Je třeba dobrá spolupráce s pacientem, s pečovateli a lékaři. Změny v plánu péče a frekvence domácích návštěv se spoléhá na ošetřovatelské posouzení a doporučení sester. Literatura uvádí, že v péči o rány není neobvyklé pro pacienty a lékaře, požádat o radu sestry, které produkty fungují nejlépe s různými typy ran a kdy by měla být léčba upravena. Sestry domácí péče jsou schopny na aktuální změny reagovat, neboť mají znalosti o současných trendech a produktech týkajících se ošetřování ran a chápou jedinečný vztah mezi pacientem a domácím prostředím (Rice, 2006, s. 258).

2.3 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Zdravotní domácí péče je buďto financována z fondu veřejného zdravotního pojištění, dle seznamu zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením, dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., anebo formou přímé platby od klienta. Tento druhý typ se týká klientů bez zdravotního pojištění, nebo pokud jejich zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah s agenturou domácí péče, či u výkonů nehrazených pojišťovnou, anebo pokud klient tento typ financování zvolí záměrně. Poslední možností financování je pomocí sponzorských darů, nadací, nebo grantů (Špaček, 2004).

2.4 PRÁVNÍ PŘEDPISY VYMEZUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČR

Při provozování agentury domácí péče nesmíme zapomenout ani na právní zastřešení této činnosti.

- Novelizovaný zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnickém povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- Novelizovaný zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících vyhláškách.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZ ČR č.306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.
- Zákon MPSV č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zakonyprolidi.cz).

2.5 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE

„Úkolem domácí péče je zajistit takovou ošetrovatelskou péči, která odpovídá aktuálním potřebám klienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.“ (Vonešová, Machová, 2011, s. 48).

Všeobecně lze říci, že cílem domácí péče se snaží podpořit, udržet, nebo navrátit zdraví, rozvíjet soběstačnost, zmírňovat utrpení, zajistit klidné a důstojné umírání nevléčitelně nemocných v jejich přirozeném domácím prostředí, jakožto snížit nutnost ústavní péče (Mundilová, 2015, s. 18).

- Snažit se pomoci klientovi a jeho rodině dosáhnout tělesné, duševní a sociální pohody a zdraví v jeho vlastním domácím prostředí, udržet kvalitu života, nebo zajistit klientům v terminálním stádiu nemoci klidné a důstojné umírání ve svém sociálním prostředí v kruhu svých blízkých
- Provádět komplexní zdravotní péči ve spolupráci s ostatními zdravotními a sociálními zařízeními

- Dosáhnout a udržet soběstačnost klienta při běžných denních aktivitách
- Pomoci klientovi i jeho rodině si uvědomit zodpovědnost vůči vlastnímu tělesnému a duševnímu zdraví
- Zabezpečit dodržení léčebného režimu a eliminovat vliv komplikací nemoci na celkový zdravotní stav klienta a jeho rodiny
- Vyloučit působení nozokomiálních nákaz a iatropatogenního vlivu na celkový zdravotní stav (Mundilová, 2015, s. 18)

2.6 FORMY DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péči můžeme rozdělit na několik forem.

2.6.1 ZÁKLADNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Má za úkol zajistit potřebu osobní hygieny, dopomoc při sebeobsluze, stravovacího či pitného režimu apod. (Krátká, Šilhánková, 2008, s. 81).

2.6.2 ODBORNÁ DOMÁCÍ PÉČE

- **Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)** se užívá v péči o klienty v akutní fázi onemocnění, v pooperačních a poúrazových obdobích, tzn. péče o akutní ránu, stomii, aplikace medikace, tlumení bolesti, ošetrovatelská rehabilitace, nácvik stoje, chůze, popř. dechová rehabilitace. Péče je krátkodobějšího rozsahu, v rozmezí dnů až týdnů.

- **Dlouhodobá domácí péče** se vyskytuje nejčastěji. Jde o pravidelnou, dlouhodobou péči o chronicky nemocné, která může trvat v rozsahu měsíců až let. Bývají to klienti s omezením hybnosti a soběstačnosti, Do spektra péče zde řadíme management bolesti, ošetrovatelská rehabilitace, předcházení imobilizačního syndromu, polohování, prevence dekubitů, léčba chronických ran atd.

- **Preventivní domácí péče** je poskytována dle indikace lékaře v pravidelných intervalech, jde o kontrolu zdravotního stavu, monitorace fyziologických funkcí, stavu hydratace a výživy, případně edukace klientů.

- **Domácí hospicová (paliativní) péče** znamená péči o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění, kdy je třeba poskytnout podmínky pro klidný a důstojný a bezbolestný odchod, je třeba věnovat psychickou podporu i pečujícím.

- **Jednorázová domácí péče** se používá nejčastěji na odběr biologického materiálu dle ordinace lékaře (Krátká, Šilhánková, 2008, s. 81).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Většina pacientů s chronickými defekty jsou dlouhodobě hospitalizováni, aniž by věděli, že je mohou doma ošetřovat sestry z agentury domácí péče.

3.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem práce je zmapovat možnosti ošetřování chronických defektů v domácím prostředí.

DÍLČÍ CÍLE

- 1) Určit ošetřovatelské diagnózy u pacienta s chronickou ránou a aplikovat vhodné ošetřovatelské intervence.
- 2) Zhotovit individuální edukační plán u pacienta s chronickým defektem.
- 3) Zjistit specifika péče o chronické defekty v domácím prostředí.

3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Existují specifika při ošetřování pacientů s chronickým defektem v domácí péči?
- 2) V jaké oblasti je třeba pacienty v domácí péči edukovat?

3.3 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je zaměřen komplexně, má vystihovat sledovaný jev nebo osobu celostně a často hodnotí vzájemné vztahy, nebo analyzuje zkoumané a pozorované jevy. Je to analytický, nematematický postup, ve kterém nepoužíváme číselné a statistické výpočty (Frei, Loudová, 2013, s. 34).

3.4 Metoda

Při zpracování praktické části jsem si vybrala metodu kazuistiky- případové studie, protože se budu zabývat kvalitativním výzkumem dvou záměrně vybraných pacientů. Kazuistiku tvoří popis pacienta a jeho choroby, vývoj jeho choroby, popis pacientovy situace, jeho rodinného a sociálního prostředí a současné léčby. Pomocí rozhovoru a podrobné anamnézy budu sledovat, jak vnímá pacient svoji nemoc a jak je vnímána z pohledu zdravotníka.

3.5 Výběr případu

Výběr případu jsem provedla záměrně, zvolila jsem si klienty naší agentury domácí péče, kteří mají chronickou ránu. Dalším kritériem byla osobní zkušenost s ošetřováním chronických ran a znalost výhod používání současných terapeutických materiálů.

3.6 Způsob získávání informací

Ve své odborné práci jsem záměrně pozorovala klienty naší agentury domácí péče s chronickou ránou po dobu 10 měsíců. Při výběru respondentů nehrála roli základní diagnóza, věk ani pohlaví pacientů. Tito dotazovaní podepsali informovaný souhlas, ve kterém souhlasili s rozhovorem a byli dále obeznámeni s tím, že pokud by se jim zdála některá otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovídat, nebo mohou rozhovor přerušit. Jádrem pozorování byl popis pacientů a jejich ošetrovatelského procesu. Informace byly získávány rozhovorem, který byl veden za účelem zjištění co nejvíce informací o průběhu stonání pacienta. Pro zpracování jsem použila ošetrovatelský model podle Marjory Gordon, vycházející z holistické filozofie. Kladla jsem důraz na osobní i rodinnou anamnézu, která je podstatná pro vytvoření individuálního ošetrovatelského plánu s cílem vyhledat aktuální a potencionální problémy. Podobně byl kladen důraz na i na sociální a farmakologickou anamnézu. Se svolením pacientů byl rozhovor nahráván na diktafon. Rozhovor byl veden polostrukturovaně v domácím prostředí pacienta a trval okolo 60 minut. Použila jsem škály: Barthelův test denních všedních činností, riziko pádu dle Nortonové, riziko dekubitů dle Nortonové, vizuální analogová škála pro sledování bolesti. Při získávání informací byla použita také zdravotnická dokumentace pacientů.

3.7 Organizace výzkumu

Výzkum byl prováděn v naší agentuře domácí péče se svolením vrchní sestry Mgr. Květy Vydrové. Časový rámec pozorování byl od 1. 12. 2016 do 30. 9. 2017. Pro lepší sledování postupu ošetřování byly použity i vstupní údaje při přijetí klientů do domácí péče.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 1

Tabulka č.2, Sběr informací o klientovi

Osobní údaje	Paní Hana Věk: 67 let Rodinný stav: svobodná, bydlí sama Národnost: česká Zaměstnání: důchodkyně, dříve pracovala jako úřednice
Rodinná anamnéza	Otec: zemřel v 75 letech na krvácení z dvanácterníku Matka: DM II. typu, několik IM, zemřela v 85 letech na IM Oba rodiče byli v koncentračním táboře Prarodiče i strýc zemřeli v koncentračním táboře Sestra: 70 let, DM na PAD i inzulinu
Osobní anamnéza	Onemocnění: rozsáhlé bércové vředy LDK, povrchové bércové vředy PDK, DM II. typu na PAD, arteriální hypertenze, kolitida, oční migréna s aurou Alkohol pije příležitostně, nekuřačka Operace: Po ablaci prsu vpravo v r. 2000 pro karcinom, po odstranění okolních mízních uzlin Úraz: žádný Porod: žádný Potrat: žádný
Sociální anamnéza	Pacientka je svobodná, žije sama v bytě
Alergická anamnéza	Jód, guma rtuť, PNC, Pendepon s procainem, para ořechy, lískové ořechy, netoleruje Morfin, Dolzin

Farmakoterapie	<p>Nolpaza 20 mg 1-0-1 Torvacard 20 mg 0-0-1 Letrox 125 uq 4x týdně, Letrox 150 uq 2x týdně Cyclo 3 Fort 2-2-2 Lyrica 75 mg 1-0-1 Januvia 100 mg 1-0-1 Convulex 300 mg 1-0-1 Egilok 50 mg 1-0-0 Apo- Allopurinol 100 mg 1-0-0 Fentanyl 25 ug/h á 3 dny</p>
Fyzikální vyšetření	<p>Pacientka je při vědomí, orientována všemi kvalitami. Pokožka je bez známek ikteru, cyanózy a anemie. Sliznice jsou vlhké, dolní končetiny s otoky nártů a bérčovými vředy, lymfedém celé PHK.</p> <p>Tělesná teplota: 36,4°C Puls: 90/ min. Krevní tlak: 140/85 mm/Hg Dech: 14/ min. Váha: 120 kg Výška: 163 cm BMI: 45</p>
Lékařská diagnóza	<p>I 83.2 Žilní městky dolních končetin s vředem, zánětem E 03.9 Hypothyreóza E 11.9 Diabetes mellitus nezávislý na inzulínu bez komplikací E 66.9 Obezita I 10.0 Esenciální hypertenze I 89.0 Lymfedém U 82.1 Rezistence na methicilin</p>

Zdroj: vlastní

5 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE M. GORDON 1

Sběr informací proběhl 10 měsíců od přijetí do domácí zdravotní péče.

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Udává, že zdraví je pro ni velmi důležité. Pokud by neměla bércové vředy a netrpěla občasnými průjmy, vnímá své zdraví jako docela slušné. Kolitida jí odebírá vitamíny a minerály a díky tomu ztrácí občas sílu. V minulosti chodila na preventivní prohlídky k praktické lékařce každé 2 roky, v současné době tam dlouho nebyla. Většinou absolvuje vyšetření celkového stavu v rámci hospitalizace, které nyní bývají časté z důvodu zhoršení bércových vředů nebo průjmu. U zubního lékaře nebyla už 2 roky, dříve chodila na prohlídky 2x za rok. Chrup má v dolní čelisti vlastní, v horní čelisti má částečnou zubní náhradu. U svého gynekologa nebyla již asi 2 roky, udává, že se v minulosti léčila pro zvýšenou sliznici děložní.

Objektivně: Na LDK má rozsáhlé bércové vředy se silnou sekrecí, které jí mezi převazy prosakují, což jí omezuje v denních aktivitách a zvyšuje riziko pádu na kluzkém povrchu. Chrup má předu vlastní, krčky dolních zubů mírně zabarvené.

2. Vnímání zdraví metabolismu

Subjektivně: Paní Hana udává, že se snaží jíst střídavě a dodržovat doporučenou šetřící dietu. Snídá obvykle Nutridrink, suchary nebo kukuřičný chléb s pomazánkovým máslem. Ve všední dny obědvá dietu č. 2, donesenou pečovatelkami z kuchyně Fakultní nemocnice, o víkendu je nucena si připravit něco sama. Večeří ráda sladký tvarohový krém. Ovoce jí méně, preferuje z něj banán nebo pomeranč. Ze zeleniny dává přednost paprice a občas ředkvičkám. Alkohol ani kávu nepije, nekouří. Denně vypije více jak 1,5 litru jemně perlivé vody.

Objektivně: Dnes naměřená glykemie glukometrem byla 6,1 mmol/l, BMI je 45,2 kg/m². Po diagnostice kolitidy jí byla doporučena šetřící dieta, která jí po dosolení docela chutná. Tekutiny přijímá v dostatečném množství.

3. Vylučování

Subjektivně: Udává, že při občasných průjmech trpí inkontinencí stolice, z toho důvodu používá vložnou plenu. Někdy nejde na stolicí dva dny, poté má obvykle dvě

průjmovité stolice za den. Nejčastěji má stolicí kašovitou. S močením potíže nemá, udává, že moč udrží.

Objektivně: Paní Hana má čirou moč bez příměsí světle žluté barvy. Okolí genitálu i konečníku je čisté, bez známek zánětu, porušení pokožky či opruzenin. Vložná plena je suchá.

4. Aktivita

Subjektivně: Paní Hana ještě před dvěma lety byla zcela samostatná, byla schopna si různé pochůzky venku vyřídít sama. Nyní nemůže sama vyjít z bytu, dojde nanejvýše s doprovodem do sanity.

Objektivně: Pohybuje se pomocí jedné francouzské hole. Po několika krocích potřebuje odpočinek pro námahovou dušnost. Pokud se cítí dobře, je schopna pomalu vyjít po schodech od bytu do mezipatra a zpět s oporou jedné francouzské hole a zábradlí v doprovodu jedné osoby.

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně: Udává, že doma uléhá okolo 19. až 20. hodiny, usíná přibližně po 22. hodině. Léky na spaní neužívá. Během noci se budí jednou až dvakrát kvůli močení. Ráno se cítí odpočatá. Odpoledne si ráda na 45 minut „zdrímne“.

Objektivně: Při ranní návštěvě je paní Hana ještě v posteli, obvykle udává, že spí dobře. V odpoledních hodinách je obvykle unavená a uléhá na lůžko.

6. Citlivost vnímání

Subjektivně: Používá brýle na čtení, do dálky je nepotřebuje. Slyší dobře na obě uši. Má částečnou zubní náhradu horních zubů, o kterou se stará sama. K pohybu užívá jednu francouzskou hůl.

Objektivně: Na čtení má nasazeny brýle. Při vertikalizaci do stoje u lůžka se opírá o nábytek, při chůzi po bytě užívá francouzskou hůl. Pokud musí mimo domov, obvykle k lékaři, do sanitky jde vždy s oporou obou francouzských holí.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Trápí jí velké defekty na obou nohou, které silně sáknou, uvědomuje si, že nohy jsou „cítit“. Přála by si být naprosto soběstačná, nebo alespoň co nejvíce to bude možné. Chtěla by být co nejdéle doma, nepřeje si být umístěna do ústavu.

Objektivně: O svém onemocnění jí nevádí komunikovat, je otevřená. Sekret z defektů ji obtěžuje, má vždy silně prosáklá obinadla, někdy i lůžkoviny, což jí vadí, hrozí jí pád.

8. Role- mezilidské vztahy

Subjektivně: Dříve bydlela v bytě s matkou, po její smrti žije sama. Občas jí navštěvuje sestra, jsou často v telefonickém kontaktu. Asi jednou za týden jí přijde navštívit někdo z přátel či známých. Její neteř jí navštěvuje málo, má svoji rodinu.

Objektivně: Sestry domácí péče ji navštěvují dvakrát denně dle ordinace lékaře, pečovatelka dochází každý všední den. Paní Hana bydlí sama, ale dokáže si většinu svých záležitostí zařídit telefonicky.

9. Sexualita

Subjektivně: Udává, že měla menstruaci od 12 do 50 let, v tomto období navštěvovala pravidelně svého gynekologa. Po skončení menstruace u něj již nebyla. Děti nemá, neabsolvovala žádný porod, ani potrat. Asi 4x postoupila kyretáž zvětšené děložní sliznice.

Objektivně: Žije sama, je bezdětná.

10. Stres

Subjektivně: Nejvíce stresu jí způsobuje silná bolest při převazu, strach z amputace nohy. Hospitalizace ji také stresuje, ale říká: „co můžu dělat“? Při hospitalizaci žádá lék na spaní.

Objektivně: Při převazu se vždy dotazuje, jak defekty vypadají, jak je sestry hodnotí. Zajímá jí názor každého zdravotníka. Před nebo v průběhu sejmutí původního krytí vyžaduje analgetika, je to pro ni značně bolestivé.

11. Víra

Subjektivně: Paní Hana udává, že je židovské víry. Dříve chodila do synagogy na koncerty, na bohoslužby, nebo o svátcích. Nyní sleduje bohoslužbu alespoň v televizi.

Objektivně: 0

5.1 Použité škály

Barthelův test základních všedních činností

Riziko pádu dle Nortonové

Test hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Vizuální analogová škála 0-10

5.2 Katamnéza

Pacientka byla přijata do domácí zdravotní péče v prosinci 2016 po hospitalizaci na Chirurgické klinice Fn Plzeň pro infikované bércové vředy levého bérce s následnou nekrektomií. Jedná se o obézní pacientku s lymfedémem obou dolních končetin a pravé horní končetiny, po opakovaném erysipelu dolních končetin, s varixy, s chronickou žilní nedostatečností, s mykózou obou dolních končetin, po chemoterapii pro karcinom pravého prsu. Byla doporučena domácí zdravotní péče 2x denně, převaz infikovaných bércových vředů na levé dolní končetině a ošetrovatelská rehabilitace. Paní Hana se pohybuje pomocí dvou francouzských holí, při chůzi je patrná námahová dušnost. Cítí se unavená, ale je hovorná, snaží se spolupracovat.

5.3 Příjem

První den

Paní Haně byla doporučena domácí zdravotní péče ošetřujícím lékařem při dimisi z Chirurgického oddělení. Ošetřující sestra ji při první návštěvě seznámila s dalším postupem péče v domácím prostředí, s fungováním domácí péče a s přibližným časem návštěv sester. Pacientka písemně souhlasila s podáním informací o prováděných zdravotních výkonech. Byla odebrána ošetrovatelská anamnéza, která byla zpracována do 24 hodin po příjmu pacientky.

Tabulka č. 3, Vstupní informace

Farmakoterapie:	Torvacard 20 mg 0-0-1 Egilok 50 mg 1-0-1/2 Furon 40 mg 1-0-0 Diclofenac cps. při bolesti 1-1-1 Detralex 1-1-1 Lorista 50 mg 1-0-0 Letrox 125 uq 4x týdně, Letrox 150 uq 3x týdně Convulex 1-0-0 Apo- Allopurinol 1-0-0 Eucreas 50/850 mg 1-0-1 Magnerot 1-0-0 Fentalis 25 mcg á 3 dny Lyrica 75 mg 1-0-1 Cyclo 3- fort 2-2-2
Ordinace lékaře:	Převaz LDK 2x denně s Prontosanem Dieta č. 2 šetřící Klidový režim, chůze dle tolerance

Zdroj: vlastní

Popis rány:

Na vnější straně bérce levé dolní končetiny je bércový vřed velikosti 6 x 5 cm, středně povleklý s navalitymi okraji, uprostřed je patrná počínající granulační tkáň. Na vnitřní straně levého bérce je ulcerace velikosti 14x 7 cm, povleklá, s počínající nektrózou. V okolí obou defektů je lesklá, začervenalá pokožka. Oba defekty silně serózně sáknou. Po sejmutí původního krytí jsme provedli oplach s Prontosanem, do okolí jsme aplikovali Beloderm crm. a přiložili sterilní krytí s Prontosanem, s dostatkem sekundárního krytí.

V začátku ošetření paní Hana udávala bolest VAS 6 st., podali jsme proto Diclofenac 100 mg p.o. Převaz byl prováděn vsedě, pro paní Hanu bylo však obtížné mít dolní končetinu nataženou ve vodorovné poloze s oporou pro bolest kolenního kloubu. Před odchodem sestry udávala pacientka VAS 4 st.

Tabulka č. 4, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Barthelův test vyhodnocený sestrou při příjmu ukázal na lehkou závislost, bodové skóre 80 b. Potíže jí dělala chůze po schodech, osobní hygiena a občasná inkontinence moči.
Riziko pádu dle Nortonové	Klientce vyšlo skóre 3b., což znamená zvýšené riziko pádu. Pohybuje se pomocí jedné až dvou francouzských holí, podle aktuálního stavu.
Test hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	Hodnocení bylo provedeno při příjmu pacientky do domácí péče, bylo stanoveno na 22 b. Vzhledem k výrazné obezitě a omezené pohyblivosti byla pacientka ohrožena vznikem dekubitů. Bylo jí doporučeno zapůjčení či předepsání polohovacího lůžka.
Vizuální analogová škála 0-10	Pani Hana již při příjmu udávala bolest obou kolenních kloubů a bércevého vředu na levé dolní končetině, VAS st. 4, nejsilnější bolest pociťovala při snímání původního krytí defektu, po aplikaci analgetika došlo k úlevě.

Zdroj: vlastní

Leden 2017

Bércevé vředy na LDK dosahují velikosti laterálně 8 x 7,5 cm, dorsálně 14x 12 cm, jsou bíle povleklé, při jejich okrajích je vlhká nekróza. Je přítomna silná serózní sekrece, bez zápachu, v okolí defektů je pokožka cirkulárně macerovaná od kotníku až po horní hranu defektů, pokožka je zarudlá a oteklá. Postupně se vytvořil povrchový defekt na přední části bérce PDK, nyní velikosti 3x 2 cm, okolí je zarudlé. Začínáme toaletou s Prontosanem, zdravé okolí ošetřujeme zinkovou mastí a na defekty přikládáme obklady s Prontosanem, které střídáme obden s obklady s borovou vodou. Na sterilní krytí je nutné

přiložit ještě větší množství sekundárního krytí z důvodu silné sekrece ran, fixujeme obinadly. Takto převazujeme 2x denně.

Paní Hana byla v průběhu měsíce hospitalizována pro opakované průjmy, nauzeu a zvracení na Interní klinice FN Plzeň. Po propuštění se ještě cítí slabá, vyčerpaná, trpí nechutenstvím, je bledá. Snaží se dodržovat dietní doporučení, stravu doplňuje 1-2 Nutridrinky za den. Při převazu udává bolest VAS 6st., proto podáváme dle ordinace lékaře Indometacin 50 mg supp., vyměňujeme transdermální náplast Fentanyl 25 µg/h po 72 hodinách. Při druhé odpolední návštěvě udává úlevu od bolesti, VAS st. 3.

Tabulka č. 5, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Barthelův test provedený ošetřující sestrou byl vyhodnocen jako lehká závislost. Klientce dělá potíže chůze po rovině i po schodech a koupání a sprchování. Bodové skóre 75 bodů.
Vizuální analogová škála 0-10	Paní Hana měla při převazu bolest hodnocenou VAS st. 6, byl podán Indometacin 50 mg supp., již po skončení převazu a uložení pacientky na lůžko udává míru úlevy VAS st. 5.

Zdroj: vlastní

Únor 2017

Velikost defektů LDK se nemění, jsou více povleklé, se silnou zapáchající serózní sekrecí. Rozsah macerace v okolí se zmenšuje, jsou patrné ostrůvkovité epitelizace. Defekt PDK se zvětšil, nyní má velikost 10x10 cm, jeho okolí je zarudlé. Toaletu provádíme oplachem s roztokem Prontosanu, na defekty aplikujeme Iruzol ung., do okolí zinkovou mast, sterilně kryjeme. Po kontrole lékařem v Ambulanci chronických ran byly opět ordinovány obklady s Prontosanem, střídané obden s obklady s borovou vodou.

Celkový stav paní Hany i stav defektů se postupně horší pro zvyšující se množství průjmovitých stolic a postupný nástup dehydratace a slabosti, které se nedají zvládnout v domácím prostředí. Pacientka udává nechutenství, nauzeu, únavu a bolest defektů, je hospitalizována na Interní klinice FN Plzeň.

Tabulka č. 6, Použité škály hodnocení

Bartelův test základních všedních činností	Při zhoršení celkového stavu před hospitalizací hodnotíme jako vysokou závislost, skóre 30 b. Pacientka není schopna samostatného přesunu.
Test hodnocení vzniku dekubitů dle Nortonové	Riziko se zvyšuje, skóre 17 b.
Vizuální analogová škála 0-10	Pacientka hodnotí bolestivost při převazu ve škále VAS na st. 8, dle doporučení lékaře užívá Tramal gtt. s dávkovací pumpou, 6-8 stlačení dávkovače.

Zdroj: vlastní

Duben 2017

Po dimisi z Interní kliniky se stav bércových vředů mírně zlepšil. Na LDK laterálně pozorujeme defekty velikosti 10x 7,5 cm a 5x 5 cm, dorsálně 14x 12 cm a 3x 4 cm, na PDK velikosti 3x 2 cm. Ulcerace LDK jsou povleklé, se silnou serózní sekrecí čiré barvy. Macerace v okolí ustoupily, v okolí je patrné jen začervenání a otok. Rána na PDK se zmenšila rozsahem, vzhled se nemění. Po obkladu s Prontosanem aplikujeme Hydrosorb gel a sterilní krytí, provádíme 1x denně ráno, večer jen výměnu sekundárního krytí.

Tabulka č. 7, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Bodové skóre nyní 75 b., lehká závislost.
Test hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	Riziko je hodnoceno 22 b. Pacientka si s pomocí přátel pořídila elektrické polohovací lůžko.
Vizuální analogová škála 0-10	Při používání Hydrosorb gelu se bolestivost snížila, pacientka ji hodnotí ve škále VAS na st. 5.

Zdroj: vlastní

Květen 2017

Na přelomu měsíců května a června 2016 byla paní Hana opět hospitalizována na Interní klinice FN Plzeň pro progresi kolitidy, minerálový rozvrat a dehydrataci. Byla propuštěna přes Flebologickou ambulanci Kožní kliniky, kde ordinována změna léčby

chronických ulcerací. Dále byla doporučena ošetrovatelská rehabilitace, chůze o 2 francouzských holích dle tolerance.

Na bérci LDK jsou téměř v celém rozsahu cirkulárně macerace, velikost defektů LDK se nemění, jsou se žlutým nekrotickým povlakem. Na PDK je mokvající plocha velikosti 10x 8 cm. Provádíme oplach s Prontosanem, do vředů LDK aplikujeme mast s ol. *Jecoris aselli*, do okolí na mokvavé plochy BZ olej. Na PDK používáme jen BZ olej.

Tabulka č. 8, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pro zhoršení stavu defektů se zvyšuje bolestivost při převazu, klientka hodnotí VAS na st. 7. Před převazem je nutné užití analgetik Tramal gtt. s dávkovací pumpou, alespoň 6 stlačení.
--------------------------------------	--

Zdroj: vlastní

Červenec 2017

Pacientka trpí častými průjmy, zřejmě po porušení dietního režimu, i když to sama nepřiznává. Chůzi o dvou francouzských holích zvládá pouze po bytě, pozorujeme námahovou dušnost. Chůzi po schodech nyní nelze provádět pro zhoršení fyzické kondice. Denně provádíme převazy bércových vředů LDK, dva hlubší defekty jsou částečně povleklé tuhým nekrotickým tkáním, laterálně je defekt o velikosti 12x 10 cm, dorzálně o velikosti 14x 12 cm s masivní, žlutozelenou sekrecí. V okolí pozorujeme mnohočetné povrchové léze nepravidelného tvaru, po celém obvodu bérce. Končetina je celkově zarudlá. Na bérci PDK jsou přítomny mnohočetné drobné léze se silnou serózní sekrecí, okolí je mokvavé, začervenalé. K oplachům užíváme Prontosan roztok, do ulcerací aplikujeme Iruzol ung. a Atrauman, sterilně silně kryjeme.

Tabulka č. 9, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pacientka se velmi obává bolesti, proto již před převazem užije Tramal gtt. s dávkovací pumpou, 7 stlačení. Transdernální náplast je nyní ordinována Fentalis 50 mcg/hod. á 3 dny. Při převazu udává bolest VAS st. 7, při další návštěvě sestry po 3 hodinách udává st. 4.
--------------------------------------	---

Zdroj: vlastní

Září 2017

Paní Haně byl při poslední kontrole na Interní klinice FN Plzeň naordinován Asacol, který velmi zmírnil průjemovité stolice, není proto tak ohrožena dehydratací a ztrátou živin. Na doporučení lékaře Dermatovenerologické kliniky FN Plzeň nyní provádíme každý 3. den toaletu dolních končetin s Cyteal mýdlem, poté na ulcerace aplikujeme Ialugen Plus impregnovaný obvaz společně s Ialugen Plus crm., do okolí užíváme BZ olej a sterilně kryjeme. Mimo tyto dny ponecháváme Ialugen Plus impregnovaný obvaz a aplikujeme na defekty Ialugen Plus crm, do okolí BZ olej a sterilní krytí. Večer provádíme výměnu sekundárního krytí, jelikož defekty stále silně serózně sáknou. Defekty obou dolních končetin vykazují známky hojení, na LDK došlo k nárůstu nové granulační tkáň na velkých ulceracích, které jsou již jen málo povleklé. Na laterální straně LDK jsou rozměry ulcerace 11x 10 cm a na dorzální straně 12x 10 cm, původně macerované okolí epitelizuje z proximální i distální strany a tvoří pruh ve středu končetiny široký 25 cm, s patrnými epitelizačními ostrůvky. Na bérci PDK zaznamenáváme čtyři ulcerace velikosti 2x 1 cm, v jejich okolí je čerstvě zepitelizovaná tkáň. Pacientka je schopna si sama s pomocí nízkého chodítka přesednout na WC křeslo vedle lůžka a zpět, nedokáže si však dát LDK zpět do lůžka. S pomocí další osoby zvládá chůzi po bytě s oporou nízkého chodítka. Všechny fyzické aktivity doprovází značná námahou dušnost a poté únava.

Tabulka č. 10, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Vyhodnocujeme 60 b., závislost středního stupně. Paní Hana se samostatně po bytě již nepohybuje, je závislá na pomoci další osoby při hygieně, podání jídla i oblékání.
Riziko pádu dle Nortonové	Nyní je bez rizika pádů, bodové skóre 9 b.
Test hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	Během pozorování jsme nezaznamenali žádný dekubit. Hodnotíme jako nízké riziko, 15 b.
Vizuální analogová škála 0-10	Paní Hana již neudává bolest defektů při převazu, neužívá perorální analgetika ani transdermální náplast. Jen při vertikalizaci hodnotí bolest kolenních kloubů na st. 3.

Zdroj: vlastní

6 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN 1

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelskou diagnózou označujeme odborně problém, který trápí pacienta na úrovni jeho bio- psycho- sociálních potřeb. Sestra tyto problémy aktivně zjišťuje, pojmenuje a poté naplánuje vhodné ošetrovatelské intervence vedoucí ke zmírnění či odstranění těchto potíží. Jejím úkolem je také sledovat rizika, kterými je pacient potencionálně ohrožen.

Pro zvolení ošetrovatelských diagnóz jsem použila klasifikační škálu NANDA a vyhodnotila aktuální i rizikové diagnózy. Poté jsem stanovila ošetrovatelský plán, navrhla intervence a očekávané výsledky. Ošetrovatelské diagnózy jsem volila prioritně s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

00133- Chronická bolest

00044- Narušená integrita tkáně

00001- Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu

00085- Zhoršená tělesná pohyblivost

000108- Deficit sebeděče při koupání

00168- Sedavý způsob života

00098- Zhoršené udržování domácnosti

Potencionální ošetrovatelská diagnóza

00155- Riziko pádů

6.1 Aktuální ošetrovatelská diagnóza

000133- Chronická bolest související s defekty projevující se:

Objektivně: slovními projevy bolesti, grimasami, neklidem, ochranným chováním, úlevovou polohou, podrážděností, na hodnotící škále VAS sledujeme hodnotu při převazu 7-8 st., mimo dobu převazu st. 3

Subjektivně: Nemocná udává, že cítí silnou bolest zejména při snímání starého krytí, po přiložení nového, pociťuje mírnou bolest defektů i mimo dobu převazu. Stěžuje si na bolest kolenních kloubů při vstávání ze sedu.

Očekávané výsledky:

Úleva od bolesti vyjádřená verbálně i neverbálně, znovunabytí pohody.

Dosažení co nejlepší kvality života.

Schopnost při hodnocení bolesti užít škálu VAS.

Ošetřovatelské intervence:

Podávání analgetik dle ordinace lékaře s ohledem na aktuální zdravotní stav.

Umožnit pacientovi zaujmout úlevovou polohu, zajistit pohodlí při převazu.

Sledovat účinek analgetické léčby a zaznamenávat do dokumentace.

Chápat bolest tak jak ji vnímá pacientka, být empatická, respektovat projevy bolesti i psychický stav.

Realizace: Nemocné aplikujeme transdermální analgetickou náplast a perorální analgetika dle ordinace lékaře, vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace. Účinek perorálních léčiv hodnotíme za 1 hodinu, účinek transdermální náplasti po 24 hodinách.

Hodnocení: Dříve musela pacientka užít vždy hodinu před plánovaným převazem Tramal gtt. až 6-8 stlačení dávkovače, udávala bolest na stupnici VAS 7-8. Postupně bylo možno snížit dávkování na 3-4 stlačení. Nyní hodnotí bolest defektů na škále VAS na 1b., bolest kolenních kloubů při vertikalizaci do stoje 3b. Perorální analgetika již neužívá, vysazena byla i transdermální analgetická náplast.

00044- Narušená integrita tkáně související s defekty dolních končetin projevující se:

Objektivně: Nemocná má mnohočetné povleklé ulcerace obou dolních končetin s masivní sekrecí.

Subjektivně: Pacientka udává pálení, řezání v oblasti defektů, je si vědoma silné sekrece z ran.

Očekávané výsledky:

Nemocná má vitální, dobře prokrvenou a hydratovanou tkáň.

Defekty vykazují známky hojení, nepozorujeme jejich kolonizaci.

Ošetrovatelské intervence:

Sledujeme velikost, hloubku, tvar, okolí, sekreci i zápach defektů.

Provádíme převazy podle ordinace lékaře.

Každou změnu vzhledu ulcerací, okolí, sekrece, zápachu pečlivě zaznamenáváme do dokumentace.

Doporučujeme pacientce kvalitní stravu s dostatkem bílkovin, minerálů a vitamínů.

Realizace: Defekty byly kontrolovány při každém převazu. Udržovali jsme pacientku v suchu a čistotě. Paní Hana konzumovala stravu bohatou na bílkoviny, vitamíny a minerály. Pokud v některém dni neměla doporučené jídlo, přidala si 1-2 Nutridrinky.

Hodnocení: Ulcerace byly po celou dobu převazovány a hodnoceny. Pacientka jedla stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny. Při skončení pozorování byl stav defektů i celkový stav pacientky mírně zlepšen.

00001- Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu související s nadměrným přísunem potravy projevující se:

Objektivně: Naměřenou hmotností 120 kg, zjištěného BMI 45- morbidní obezitou.

Subjektivně: Paní Hana si svoji obezitu nepřipouští, domnívá se, že její přísun potravy je v pořádku.

Očekávané výsledky:

Nemocná bude mít správný náhled na svoji hmotnost a přísun potravy.

Připustí si svoji obezitu, cíleně omezí energii přijímanou v potravě.

Započne s přiměřeným snižováním svojí hmotnosti.

Ošetrovatelské intervence:

Pacientku poučíme o vhodné hmotnosti vzhledem k její výšce.

Vysvětlíme jí, jaký je doporučovaný přísun energie vztahující se k její osobě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a tělesné aktivitě.

Budeme kontrolovat hmotnost 1x týdně.

Realizace: Nemocná byla kontrolována hmotnost každý týden. Byla poučena o vhodném jídelníčku se sníženým obsahem energie a o nutnosti snížit hmotnost pro zlepšení jejího zdravotního stavu.

Hodnocení: Pacientka uznala svoji nadměrnou hmotnost, připustila, že pokud by zhubla, lépe by se jí pohybovalo. Snažila se dodržovat nízkokalorickou dietu i mimo hlavní dietní jídlo.

00085- Zhoršená tělesná pohyblivost související s obezitou projevující se:

Objektivně: Pacientka obtížně vstává i zahajuje chůzi. Při zahájení naší péče se pohybuje po bytě o dvou francouzských holích, později již užívá nízké chodítko s kolečky, chodí jen v doprovodu další osoby. Při chůzi je patrná námahová dušnost, brzká únava. Krytí defektů před převazem výrazně prosakuje, nemocná hrozí pád.

Subjektivně: Paní Hana udává, že již nedokáže sama dojít do kuchyně nebo na WC, musí užívat WC křeslo vedle lůžka.

Očekávané výsledky:

Pacientka se naučí sama zvládat dát si LDK na lůžko.

Nemocná zahrne do svého denního režimu lehké kondiční cvičení v lůžku i bez přítomnosti sestry.

Osvojí si dobře používat pomocné prostředky.

Ošetrovatelské intervence:

Zajistit dostatek sekundárního krytí ran.

Vysvětlit paní Haně důležitost tělesné aktivity.

Podporovat, motivovat nemocnou k samostatnému pohybu.

Realizace: Nemocné jsme měnili častěji sekundární krytí, abychom minimalizovali možnost pádu. Zdůraznili jsme, jak je důležité si také sama cvičit pro zlepšení hybnosti, svalové síly a vytrvalosti. Byla podporována a motivována k samostatnému cvičení v lůžku.

Hodnocení: Paní Hana byla více udržována v suchu a čistotě. Po vysvětlení a opakovaném zdůraznění nutnosti samostatného cvičení si začala sama cvičit horními i dolními končetinami v lůžku, započala nácvik zdvihání LDK na lůžko.

00108- Deficit sebezpečí při koupání související s potížemi se samostatně pohybovat projevující se:

Objektivně: Nemocná je celý den na lůžku a nedokáže si sama přichystat pomůcky k osobní hygieně. Je schopna si umýt pouze obličej a přední polovinu těla, poté nastupuje únava.

Subjektivně: Udává, že již nemůže sama do vany, ani si dojít k umývadlu.

Očekávané výsledky:

Nemocné se dostane pomoci při hygieně.

Sama zvládá osobní hygienu dle svých možností.

Ošetřovatelské intervence:

Zajistit pomoc a pomůcky potřebné k hygieně.

Nemocnou podpořit v samostatné osobní hygieně.

Realizace: Paní Haně bylo doporučeno rozšířit si pečovatelskou péči, kterou začala využívat i k ranní hygieně a převlečení lůžkovin. Ta byla prováděna ráno ještě před příchodem sestry. Sestra po příchodu vždy zkontrolovala stav pokožky, a to zejména pod levým prsem, v podbřišku a v okolí genitálu.

Hodnocení: Po zhoršení pohyblivosti nemocná nezvládala hygienickou péči o svoji osobu, i když to nechtěla přiznat, trpěla občasnými opruzeninami. Po zavedení

pečovatelské péče měla pokožku vždy čistou a suchou, lůžkoviny byly pravidelně převlékány.

00168- Sedavý způsob života související s aktuálním zdravotním stavem projevující se:

Objektivně: Při převzetí do péče pacientka trávila převážnou část dne v křesle, nyní je převážně na lůžku.

Subjektivně: Udává, že bez cizí pomoci se již po bytě nepohybuje, obává se pádu.

Očekávané výsledky:

Nemocná zvýší svoji fyzickou aktivitu.

Začlenění do svého denního režimu více pohybové aktivity.

Ošetřovatelské intervence:

Pacientku motivovat k větší fyzické aktivitě.

Podporovat k většímu množství pohybu během dne.

Realizace: Dohodli jsme se s nemocnou, že bude společně se sestrou nacvičovat především chůzi v nízkém chodítku a cviky ve stoji s oporou. Sama před příchodem sestry prováděla protahovací a posilovací cvičení horních a dolních končetin vleže na lůžku a přesun na WC křeslo a zpět. Počty opakování cviků si měla sama zapisovat.

Hodnocení: Ve dnech, kdy se cítila dobře, paní Hana cvičila doporučené cviky na lůžku a přesun na WC křeslo, svojí aktivitu si zapisovala. Pokud byla unavená, cvičili jsme vertikalizaci do stoje a chůzi v nízkém chodítku společně.

00098- Zhoršené udržování domácnosti související se sníženou tělesnou vytrvalostí projevující se:

Objektivně: V domácnosti bylo nedostupné čisté vybavení pro vaření či ohřívání stravy a nedostupné čisté oblečení a ložní prádlo. Domácnost působila velmi neuspořádaně a bylo obtížné něco nalézt.

Subjektivně: Pacientka udává, že už péči o domácnost úplně nezvládá.

Očekávané výsledky:

Bude k dispozici dostatek čistého oblečení, ložního prádla i čistého nádobí.

Prostředí bude čisté a uspořádané.

Ošetřovatelské intervence:

Zařídít pacientce pečovatelskou službu k zajištění péče o domácnost.

Realizace: Byla sjednána pečovatelská služba, pečovatelky převzaly péči o nádobí, prádlo a celkový úklid.

Hodnocení: Prostředí bytu je nyní čisté a uklizené. K péči o pacientku máme vždy k dispozici dostatek čistého nádobí, osobního i ložního prádla.

6.2 Potencionální ošetřovatelská diagnóza

00155- Riziko pádů související se zhoršenou hybností:

Očekávané výsledky:

Nemocná si je vědoma rizikových faktorů vedoucích k pádu.

Zná pravidla k používání kompenzačních pomůcek.

Osvojí si chování zabraňující pádu.

Prostředí v domácnosti je přizpůsobeno tak, aby zabránilo pádu.

Ošetřovatelské intervence:

Před započítím péče vyhodnotit aktuální zdravotní stav.

Respektovat i subjektivní potíže pacientky.

Zajistit bezpečnost nemocné při každém ošetřovatelském úkonu.

Před odchodem sestry zajistit v dosahu nemocné ovladač k ovládání lůžka, telefon, tlačítko „tísňové péče“ i nízké chodítko.

Realizace: Před započítím převazu defektů i ošetřovatelské rehabilitace vždy hodnotíme TK, respektujeme subjektivní pocity nemocné. Převazy provádíme vleže na lůžku nebo vsedě na židli s opěrkami rukou, dle potřeby nemocné. K nácviku chůze

přistupujeme jen tehdy, pokud je TK vyšší než 110/65 mm/Hg. Před chůzí po bytě si zkontrolujeme bezpečnost prostředí, popř. odstraníme překážky.

Hodnocení: Pacientka získala větší pocit jistoty a bezpečí. Během naší péče nebyl zaznamenán žádný pád.

7 EDUKACE PACIENTA Č. 1

Edukační plán

Účel edukačního plánu: Poskytnout klientce informace o důležitosti snížení a udržení optimální hmotnosti. Poučit pacientku o pravidelném racionálním stravování.

Cíl: Klientka pochopí důležitost racionálního stravování a zařadí jej do svého životního stylu.

Výukové metody: Teoreticko- praktická, diskuse.

Pomůcky: Letáky- pyramida výživy, tabulky- o rizicích vzniku civilizačních chorob v závislosti na hmotnosti, osobní váha, kalkulačka, vzorec k výpočtu BMI

Oblast Kognitivní: Pacientka pochopí nutnost snížení hmotnosti a výhody z toho pro ni plynoucí, lepší hybnost a snížení možnosti vzniku komplikací.

Hlavní body: Ukázka letáků mapující závislost vzniku kardiovaskulárních chorob na hmotnosti a věku.

Časová dotace: 20 minut

Hodnocení: Pacientka pochopila, jaká jí hrozí rizika při její současné hmotnosti.

Oblast afektivní: Klientka uznává svoji obezitu jako problém, rozhoduje se pokusit snížit svoji hmotnost.

Hlavní body plánu: Rozhovor a diskuse na téma snižování hmotnosti pomocí racionální diety, motivace klientky.

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Pacientka vyjadřuje pozitivní změny v náhledu na změny jídelníčku. Rozhodla se redukovat svoji hmotnost.

Oblast psychomotorická: Pacientka se naučí, jak si zjistit vlastní BMI. Osvojí si zásady správného stravování, dokáže si navrhnout racionální snídani, večeři.

Hlavní body plánu: Seznámení pacientky se vzorcem na výpočet BMI. Obeznámení s výživovou pyramidou, tabulkami vyjadřujícími energetickou hodnotu potravin.

Časová dotace: 20 minut

Hodnocení: Pacientka si dokáže vypočítat vlastní BMI. Umí si sestavit jídelníček, aby splňoval zásady racionální výživy.

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA Č. 2

Tabulka č. 11, Sběr informací o klientovi

Osobní údaje	Pan Bohumil Věk: 65 let Rodinný stav: ženatý, žije s manželkou, dcerou a dvěma vnuky v bytě panelového domu Národnost: česká Zaměstnání: důchodce, dříve pracoval jako drážní údržbář
Rodinná anamnéza:	Otec: zemřel na Bechtěrevovu nemoc Matka: zemřela na komplikace diabetes mellitus Syn: zdravý, s ničím se neléčí Dcera: zdravá, s ničím se neléčí Vnuci: dvojčata, jeden z nich po operaci srdce pro vrozenou srdeční vadu, autismus
Osobní anamnéza	Onemocnění: Hidradenitis suppurativa již 20 let, DM II. typu na PAD i inzulinoterapii, dilatační kardiomyopatie, varixy dolních končetin, po opakovaných bércových vředech Alkohol pije příležitostně, pivo, kuřák 3-4 cigarety/den Operace: po drenáži abscesu v roce 2001, po operaci pupeční kýly v roce 2006, po operaci zbytnělé prostaty v roce 2016, po operaci pravé pažní kosti pro komplikovanou zlomeninu v minulosti, po excizi postižené kůže pravého stehna, uzávěr defektu kožním štěpem z levého stehna v prosinci 2017 Úraz: fraktura pravé pažní kosti v minulosti
Sociální anamnéza	Žije s manželkou, dvěma dospělými dětmi a dvěma vnoučaty v bytě
Alergická anamnéza	Neudává
Farmakoterapie	Warfarin tbl. 10 mg p.o. 1-0-0

	<p>Forxiga tbl. 10 mg p.o. 1-0-0 Sortis tbl. 20 mg p.o. 0-0-1 Digoxin tbl. 0,125 mg 1-0-0 Egilok tbl. 25 mg p.o. 1-0-1 Tanyz cps. 0,4 mg 1-0-0 Metformin tbl. 1000 mg 1-0-1 Mirtazapin tbl. 15 mg 0-0-1/2 Actrapid Penfill inj. s. c. 14-14.14j. Insulatard Penfill inj. s. c. 0-0-0-44j.</p>
Fyzikální vyšetření	<p>Pacient je při plném vědomí, spolupracuje. Pokožka je bez známek cyanózy, ikteru, anemie, turgor pokožky je přiměřený věku. Na vnitřní straně pravého stehna má defekt po excizi.</p> <p>Tělesná teplota: 36,6°C Puls: 80/ min. Krevní tlak: 140/80 mm/ Hg Dech: 16/ min. Váha: 110 kg Výška: 170 cm BMI : 38</p>
Lékařská diagnóza	<p>L 73.2 Hidradenitis suppurativa E 11.9 Diabetes mellitus II. typu na PAD i inzulinu I 48.9 Permanentní fibrilace síní, dilatační kardiomyopatie I 35.0 Lehká degenerativní aortální stenóza I 83.9 Varixy dolních končetin, stav po opakovaných bércových vředech E 66.9 Obezita E 78.5 Hyperlipidemie F 17.2 Nikotinismus N 40 Zbytnění prostaty, po TURP v roce 2016</p>

Zdroj: vlastní

9 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE M. GORDON 2

Sběr informací proběhl 3 měsíce od přijetí do domácí zdravotní péče.

1. Vnímání zdraví

Subjektivně: Svůj zdravotní stav vidí jako dobrý, nebýt občasných bolestí nohou, vše by bylo dle jeho slov v pořádku. K praktickému lékaři chodí jednou za měsíc z důvodu odběru „Quicka“ z prstu. U zubního lékaře nebyl rok, chrup má vlastní, ale dodává, že už mu některé zuby chybí. Na pravidelné kontroly prostaty dochází k urologovi jednou za rok. Alkohol téměř nekonzumuje, jednou za tři měsíce vypije pivo po jídle. Má rád rozpustnou kávu s mlékem a sladidlem, vypije jeden až tři šálky za den. Je kuřák, běžně vykouří tři až čtyři cigarety za den, příležitostně až deset za den.

Objektivně: V komunikaci i ošetřování velmi dobře spolupracuje, dodržuje pokyny zdravotníků. Chrup vpředu má vlastní, mírně tmavě zbarvený.

2. Vnímání zdraví metabolismu

Subjektivně: Dříve rád jedl všechno, v jídle se neomezoval. Po upozornění lékařů, že trpí obezitou a měl by snížit váhu, se snaží kontrolovat si velikost porcí a kalorickou hodnotu jídla. Snídá obvykle chléb s margarínem a zeleninu, obědvá domácí oběd, někdy si dá malou svačinu, spíše však až večeři a to obvykle zeleninový salát s jogurtem nebo zakysanou smetanou. Vypije 3-3,5 l vody za den.

Objektivně: Pan Bohumil trpí obezitou. Dnes naměřená glykemie glukometrem byla 8,9 mmol/l, hodnota BMI je 38. Byla mu doporučena redukční diabetické dieta, pohybová aktivita dle tolerance.

3. Vylučování

Subjektivně: Stolicí má pravidelnou, jednou za 1-2 dny. Po operaci prostaty již nemá s močením potíže, musí jít močit maximálně jednou za noc.

Objektivně: Pan Bohumil je plně kontinentní.

4. Aktivita

Subjektivně: Nyní pozoruje zhoršení kondice při chůzi. Nedokáže jít tak rychle jako dřív, pro bolest dolních končetin musí dělat krátké přestávky. Udává, že chodí „těžkopádně“.

Objektivně: Pohybuje se mírně kolébavou chůzí bez větších obtíží.

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně: Žádný lék na spaní neužívá, spí dobře. Udává, že Mirtazapin mu předepsal neurolog kvůli třesu hlavy. Chodí spát nejpozději ve 22 hodin a budí se mezi 6 a 7 hodinou ranní. Po probuzení udělá několik kroků na „rozchození“, poté se cítí dobře.

Objektivně: Žádná hypnotika ordinovaná nemá. Nejeví známky únavy.

6. Citlivost vnímání

Subjektivně: Používá brýle na čtení, do dálky vidí dobře. Sám má pocit mírně zhoršeného sluchu, při sledování televize potřebuje mít více zesílený zvuk. Při chůzi hůl, ani jinou pomůcku nepoužívá.

Objektivně: Na čtení si nasazuje brýle. Zhoršení sluchu v běžné komunikaci nepozorují.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Cítí se docela spokojený. Přál by si zahojení rány a hlavně pohybu bez bolesti, aby mohl opět dobře chodit.

Subjektivně: V komunikaci je otevřený, nevdá mu hovořit o svých problémech. Vypadá vyrovnaně.

8. Role- mezilidské vztahy

Subjektivně: Žije v bytě panelového domu s manželkou, synem, dcerou a jejími dvěma syny. Udává, že dcera s vnuky u nich bydlí jen dočasně, než si opraví byt.

Objektivně: Sestry agentury domácí péče pána navštěvují každý den. Doma je vždy přítomen minimálně jeden člen rodiny

9. Sexualita

Subjektivně: Udává, že chuť by byla, ale „není s kým“.

Objektivně: 0

10. Stres

Subjektivně: Udává, že nejvíce ho nyní stresuje manželka, dcera, protože už takto všichni pohromadě bydlí čtyři roky a nastává mezi nimi „ponorková nemoc“. Doufá, že už se dcera brzy odstěhuje.

Objektivně: Pokud jsou před převazem v pokoji přítomni vnuci, pan Bohumil volá dceru, aby je odvedla, jelikož má defekt vnitřního stehna blízko genitálu a vyžaduje soukromí.

11. Víra

Subjektivně: Je ateista, ale proti víře ostatních nic nenamítá.

Objektivně: 0

9.1 Použité škály

Barhelův test základních všedních činností

Riziko pádu dle Nortonové

Test hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Vizuální analogová škála 0-10

9.2 Katamnéza

Pacient byl přijat do domácí zdravotní péče po hospitalizaci na Chirurgické klinice FN Plzeň pro hnisavý zánět potních žláz v oblasti vnitřní části pravého stehna, kde byla provedena excize kůže a podkoží. Pro nepříznivý mikrobiologický nález byl přiložen dermoepidermální štěp z přední části levého stehna za měsíc po excizi. Jedná se o nemocného s DM II. typu na inzulínoterapii a PAD, warfarinizovaného pro permanentní fibrilaci síní, s dilatační kardiomyopatií, s varixy obou dolních končetin po opakovaných bérceových vředech. Pan Bohumil podstoupil operaci benigní hyperplazie prostaty, operaci pupeční kýly, drenáž anorektálního abscesu a osteosyntézu traumatické fraktury pravé pažní kosti v minulosti. Lékařem byly doporučeny převazy defektu pravého stehna po přiložení kožního štěpu jednou denně. Místo po odběru kožního štěpu na levém stehně je kryto obinadlem a bude jej převazovat plastický chirurg při plánované kontrole.

9.3 Příjem

První den

Pana Bohumila jsme přijali do domácí zdravotní péče v prosinci 2016 k pravidelným převazům otevřeného chronického defektu. Při první návštěvě byl sestrou seznámen s postupem ošetřování sestrami z agentury domácí péče, jejím chodem a orientační dobou další návštěvy. Písemně potvrdil souhlas s podáním informací o prováděných zdravotních výkonech. Sestra odebrala ošetřovatelskou anamnézu a zpracovala do jednoho dne.

Tabulka č. 12, Vstupní informace

Farmakoterapie:	Warfarin 10 mg p.o. 1-0-0 Forxiga 10 mg p.o. 1-0-0 Sortis 20 mg p.o. 0-0-1 Digoxin 0,125 mg p.o. 1-0-0 Egilok 25 mg p.o. 1-0-1 Spasmed 15 mg p.o. 1-1-1 Tanyz 0,4 mg p.o. 1-0-0 Metformin 1000 mg p.o. 1-1-1 Tramal 58nalet 100 mg 1 tbl. při bolesti, max. 3x denně Actrapid 14-14-14j. s.c. Insulatard 0-0-0-44j. s.c.
Ordinace lékaře:	Převaz rány 1x denně s Betadine sol., sterilní krytí, před převazem možno ránu osprchovat, odběrovou plochu na stehně LDK ponechat krytou Dieta č. 9, diabetická

Zdroj: vlastní

Popis rány:

Defekt po excizi na vnitřní straně pravého stehna je nepravidelného tvaru, velikosti 14x 13 cm, hloubky 0,1 cm. Ve vnější části je přihojený dermoepidermální štěp, na vnitřní části je čistá granulační tkáň s mírnou sekrecí. Okolí je ohraničené, klidné. Po osprchování rány provádíme toaletu s Betadine sol., poté přikládáme sterilní longetu s Betadine sol. a fixujeme prodyšnou elastickou náplastí Omnifix.

Po převazu pan Bohumil udával bolest VAS 6 st., proto jsme podali Tramal 100 mg p.o. dle ordinace lékaře. Vzhledem k tomu, že pacient má ordinovanou pouze jednu

návštěvu sestry za den, nemohli jsme si za hodinu poté ověřit přímým dotazem míru úlevy od bolesti. Z toho důvodu jsme se dotazovali na úlevu až druhý den po příchodu. Pacient udával obvykle hodinu po převazu bolest VAS 2 st.

Tabulka č. 13, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Při příjmu Barthelův test vyhodnocený sestrou ukázal na lehkou závislost. Potíže panu Bohumilovi dělala chůze po schodech. Bodové skóre 90 b.
Riziko pádu dle Nortonové	Panu Bohumilovi vyšlo skóre 1 b., což značí nízké riziko pádu.
Vizuální analogová škála 0-10	Pacient si stěžoval za půl hodiny po převazu na bolest rány, VAS udával hodnotu 6 st., po aplikaci analgetika dochází k ústupu bolesti na VAS 2 st.

Zdroj: vlastní

Leden 2017

Defekt velikosti 12x 11 cm nepravidelného tvaru se zmenšuje od okrajů, přiložený kožní štěp zůstává klidný. Rána je čistá, granulující, s mírnou sekrecí. Po jejím osprechování provádíme toaletu s Betadine sol. kryjeme 59nalyti s Betadine sol., fixujeme náplastí Omnifix. Rána po odběru dermoepidermálního štěpu na levém stehně je zepitelizovaná, dle plastického chirurga ji má pacient nechat odkrytou, sušit fénem a chránit před poraněním.

Tabulka č. 14, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Po převazu udává pan Bohumil bolest VAS 5 st., po aplikaci analgetika bolest ustoupila na 2. St. VAS
--------------------------------------	--

Zdroj: vlastní

Únor 2017

Krytí rány je prosáklé mírnou sekrecí. Po jeho sejmutí štěp zůstává beze změn, tkáň dobře granuluje. Defekt je ještě nepravidelný, velikosti 10x 9 cm, okolí je klidné. V dolním vnitřním kvadrantu levé hýždě pozorujeme nově vytvořenou píštěl velikosti 1x 1 cm

s mírnou sekrecí. Navíc si pacient stěžuje na nově vytvořenou ránu na vnitřním bérci PDK, kde je patrný povrchový defekt vel. 2x 2 cm s mírnou sekrecí, okolí je lehce začervenalé. Po osprchování všech ran provádíme toaletu Betadine sol. a na všechny přikládáme sterilní krytí s Betadine sol. Krytí na hýždí a stehně fixujeme Omnifixem, krytí bérce PDK obinadlem. Doporučujeme pacientovi návštěvu chirurga.

Tabulka č. 15, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pan Bohumil si stěžuje zejména na bolest rány na levé hýždí, znemožňuje mu sezení, VAS 7. Po užití analgetika Tramal 100 mg p.o. má úlevu VAS 3 st.
--------------------------------------	---

Zdroj: vlastní

Březen 2017

Rána na vnitřním stehně PDK se dobře hojí čistou granulační tkání, při snímání původního krytí lehce krvácí. Má rozměry 8x 6,5 cm. Pan Bohumil navštívil Chirurgickou ambulanci FN Plzeň, ohledně ošetřování píštěle mu byla ordinována toaleta s peroxidem vodíku a krytí s Betadine sol. Chirurg doporučuje ošetření rány na bérci PDK na Dermatovenerologické ambulanci. Ten se velikostí nemění, ale lehce prohlubuje, okolí je lehce začervenalé. Ošetřujeme je stejným způsobem.

Tabulka č. 16, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pacient udával bolest VAS 6 st. Po převazu, po užití analgetika dochází k úlevě VAS 2 st.
--------------------------------------	---

Zdroj: vlastní

Duben 2017

Stále ošetřujeme defekt vnitřního stehna PDK, který epitelizuje od okrajů, nyní má rozměry 5,5x 4 cm. Na ambulanci Chirurgické kliniky byla provedena diszice píštěle levé hýždě, ordinace v ošetřování zůstává stejná. Z píštěle po toaletě odchází mírná hnisavá sekrece, okolí je lehce začervenalé. Pan Bohumil byl také ošetřen na ambulanci Dermatovenerologické kliniky s dg. Bércové vředy žilní etiologie PDK. Na bérci nyní pozorujeme dvě ulcerace velikosti 3x 4 cm a 2x 2 cm s mírnou sekrecí, v okolí tlumený erytém, olupování a hemosiderinové pigmentace. Bylo ordinováno po sprše do ran

aplikovat Ialugen Plus crm., do okolí polysan vazelínu a na závěr bandáž krátkotažnými obinadly. Pan Bohumil si nejvíce stěžuje na nehojící se píštěl hýždě, místo je citlivé, může sedět jen s obtížemi.

Tabulka č. 17, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Bolest píštěle po převazu i úlevu po analgetických hodnotí stejně, navíc ho trápí i občasná bolest v noci, kterou hodnotí VAS st. 5, proto užívá někdy analgetikum i na noc.
--------------------------------------	--

Zdroj: vlastní

Květen 2017

Na stehně PDK je patrný uzavírající se, epitelizující drobný defekt s klidným okolím velikosti 3x 1,5 cm. Velikost píštěle levé hýždě se nemění, jen okolí je méně začevenalé a množství sekretu z rány je menší. Velikost i vzhled ulcerací PDK zůstává stejná, nezaznamenáváme posun v hojení. Lékař Dermatovenerologické kliniky při kontrole ordinuje Detralex tbl. 2-0-0 p.o.

Tabulka č. 18, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pan Bohumil si stěžuje na bolest píštěle VAS 5 st., po užití Tramal 100 mg p.o. cítí úlevu VAS st. 2.
--------------------------------------	---

Zdroj: vlastní

Červen 2017

Nyní už na pravém stehně ošetřujeme drobný defekt velikosti 1,5x 0,5 cm, který se dobře hojí. Ulcerace na pravém bérce jsou beze změn. Pacient pravidelně navštěvuje Dermatovenerologickou ambulanci, kde lékař ordinuje sprchovat s Cyteal mýdlem, do vředu aplikovat Mepilex Ag, stříhat dle velikosti, do okolí aplikovat polysan vazelínu. Na závěr aplikovat elasticou bandáž krátkotažnými obinadly. Mepilex Ag je doporučeno ponechat dle prosaku dva až tři dny. Píštěl na levé hýždi je nyní klidná, s minimální sekrecí, s postupným hojením od spodiny defektu. Z toho důvodu praktický lékař schvaluje převaz všech defektů obden.

Tabulka č. 19, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Bolestivost píštěle po převazu označuje pan Bohumil na škále VAS 5 st., bolestivost ulcerací VAS 4 st. Po převazu proto užívá ½ tbl. Tramal 100 mg p.o., za hodinu po něm úlevu na VAS 1 st.
--------------------------------------	--

Zdroj: vlastní

Červenec 2017

Defekt na pravém stehně je čerstvě zepitelizovaný, proto ho kryjeme jen sterilním krytím a fixujeme náplastí. Ulcerace pravého bérce převazujeme stále obden. Jsou nehluboké, s mírnou sekrecí, velikosti 2x 3 a 1x 1 cm. V okolí nacházíme hemosiderinové pigmentace. Píštěl na levé hýždi od spodiny granuluje, úzké okolí epitelizuje, široké okolí je klidné, s mírnou sekrecí. Ordinance lékaře se nezměnila.

Tabulka č. 20, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pan Bohumil udává bolest jen občas, dvakrát až třikrát týdně, po převazu defektů PDK, nebo při chůzi. Na škále VAS ji hodnotí st. 5, v tom případě užívá Tramal 100 mg ½ tbl. p.o., po hodině mívá úlevu VAS st. 2.
--------------------------------------	---

Zdroj: vlastní

Srpen 2017

Rána na pravém stehně je zhojena jizvou, chirurg doporučuje ji promašťovat, dodržovat zvýšenou hygienu, při zhoršení místního nálezu kontrolu dříve. V místě píštěle vidíme zepitelizovanou drobnou dutinu s rozměry 0,3x 0,3 a hloubkou 0,2 cm, klidnou, bez sekrece. Dle poslední kontroly na Chirurgické ambulanci již není nutné ji krýt. Na pravém bérce už ošetřujeme jen jednu ulceraci velikosti 1x 2 cm, druhá se zhojila tenkou epitelizační vrstvou. Defekt je povrchový, s velmi mírnou sekrecí. Chirurg doporučuje převazy po třech dnech, ordinace zůstává stejná.

Tabulka č. 21, Použité škály hodnocení

Vizuální analogová škála 0-10	Pacient již neudává bolest defektů. Přibližně dvakrát týdně udává bodavou bolest obou dolních končetin při chůzi VAS st. 5, užije Tramal 100 mg p.o., poté má úlevu VAS st. 2.
--------------------------------------	--

Zdroj: vlastní

Září 2017

Ulcerace na pravém bérci jsou zhojeny čerstvou epitelizací. Chirurg doporučuje ještě jeden týden ošetřovat defekt dle ordinace, poté ukončení domácí zdravotní péče. O současném stavu informujeme praktického lékaře.

Tabulka č. 22, Použité škály hodnocení

Barthelův test základních všedních činností	Hodnocení je stejné jako na začátku pozorování, 90 b., lehká závislost. Pan Bohumil nezvládá chůzi po schodech.
Riziko pádu dle Nortonové	Nízké riziko pádu, 1 bod.
Vizuální analogová škála 0-10	Pan Bohumila trápí občasná píchavá bolest dolních končetin, hodnotí 4 st. VAS, za hodinu po užití Tramalu 100 mg p.o., bolest ustoupí, hodnotí ji 2. st. VAS.

Zdroj: vlastní

10 OŠTŘOVATELSKÝ PLÁN 2

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00132- Akutní bolest

00044- Narušená integrita tkáně

00088- Zhoršená chůze

00001- Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu

00204- Neefektivní periferní tkáňová perfuze

00214- Zhoršený sociální komfort

Potencionální ošetřovatelská diagnóza

00004- Riziko infekce

10.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00132- Akutní bolest související s otevřenou ránou projevující se:

Subjektivně: Pacient udává, že „rána bolí tak, že nemůže ani sedět“.

Objektivně: Nemocný je neklidný, vzdychá, grimasuje, snaží se vyhledat úlevovou polohu.

Očekávané výsledky:

Úleva od bolesti.

Dokáže bolest vyhodnotit s pomocí škály VAS.

Užívá analgetika dle ordinace lékaře.

Ošetřovatelské intervence:

Aplikovat analgetika dle ordinace lékaře s ohledem na aktuální zdravotní stav.

Umožnit pacientovi zaujmout úlevovou polohu.

Sledovat účinek analgetik a pečlivě zaznamenávat do dokumentace.

Akceptovat pacientův psychický stav i projevy bolesti.

Realizace: Pacientovi aplikujeme analgetika dle ordinace lékaře při bolesti, kterou zaznamenáváme do dokumentace. Z důvodů uvedených výše si ověřujeme účinnost analgetik až druhý den při další návštěvě. Pan Bohumil byl poučen sledovat účinek analgetik vždy jednu hodinu po užití a oznámit další den sestře. Nejvíce si pacient stěžoval na bolest defektu hýždě, proto mu byla doporučena úlevová poloha na pravém boku.

Hodnocení: Při bolesti defektu hýždě musel pacient užít Tramal 100 mg p.o. po každém převazu. Bolest hodnotil 7. st. VAS, za hodinu po užití VAS 3 st. Došlo ke zhojení defektů, pan Bohumil už nemusí analgetika užívat pravidelně.

00044- Narušená integrita tkáně související se základním onemocněním projevující se:

Objektivně: Pacient má defekty v oblasti vnitřního stehna PDK, levé hýždě a bérce PDK.

Subjektivně: Stěžuje si na prosáklé krytí ran, obtěžuje ho to v běžných denních činnostech.

Očekávané výsledky:

Pacientova tkáň je vitální s dobrým prokrvením a hydratací.

Zaznamenáváme známky hojení ran bez jejich kolonizování.

Ošetrovatelské intervence:

Pozorujeme tvar, velikost, hloubku, sekreci, zápach i okolí defektů.

Ošetřujeme rány dle ordinace lékaře.

Vše pečlivě znamenáme do dokumentace včetně změn.

Navrhujeme pacientovi stravu s kvalitními bílkovinami, minerály a vitamíny.

Realizace: Rány byly sledovány při každém ošetření. Pan Bohumil konzumoval diabetickou dietu s dostatkem bílkovin, vitamínů a minerálů.

Hodnocení: Defekty jsme ošetřovali dle ordinace lékaře a pečlivě hodnotili. Pacient jedl stravu s kvalitními bílkovinami, minerály a bílkovinami. Na konci našeho pozorování došlo ke zhojení všech defektů.

00088- Zhoršená chůze související s občasnou bolestí dolních končetin projevující se:

Subjektivně: Pacient udává neschopnost souvisle ujít zamýšlenou vzdálenost a nemožnost chůze po schodech.

Objektivně: Pan Bohumil se pohybuje kolébavou chůzí. Pro zhoršenou hybnost nedokáže jít po schodech.

Očekávané výsledky:

Pacient se naučí způsoby a postupy které umožní zamýšlenou činnost.

Vyvaruje se činností zvyšujících riziko pádu.

Ošetrovatelské intervence:

Pacientovi vysvětlit možnosti užití kompenzačních pomůcek usnadňujících chůzi.

Zdůraznit panu Bohumilovi nutnost častějšího odpočinku při chůzi nebo zmírnění tempa.

Realizace: Ozřejmili jsme panu Bohumilovi druhy a typy kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a možnosti jejich získání. Doporučili jsme mu při chůzi častěji odpočívat, popř. zpomalit.

Hodnocení: Pacient začal uvažovat o výhodách použití vycházkové hole k pohybu mimo domov. Zpomalil tempo chůze a zařadil při ní častější přestávky.

00001- Nevyvážená výživa: více než je potřeba organismu související se zvýšeným příjmem potravy projevující se:

Objektivně: Zjištěnou hmotností 110 kg a BMI 38.

Subjektivně: Uznává, že jeho hmotnost je vyšší než by měla být.

Očekávané výsledky:

Pacient započne s postupným snižováním hmotnosti.

Bude dodržovat redukční diabetickou dietu, zařadí ji do svého životního stylu.

Ošetřovatelské intervence:

Poučíme pacienta o optimální hmotnosti vztážené k jeho výšce.

Osvětlíme mu doporučené množství přijaté energie vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a pohybové aktivitě.

Budeme kontrolovat hmotnost jednou za dva týdny.

Realizace: Sledovali jsme hmotnost každé dva týdny. Pacient byl seznámen s výhodami nízkokalorických racionálních potravin a s nutností snížením hmotnosti pro jeho zdravotní stav.

Hodnocení: Pan Bohumil připustil, že snížení hmotnosti zlepšilo jeho hybnost a omezilo zdravotní rizika. Začal pozvolna zařazovat racionální stravu do svého jídelníčku.

00204- Neefektivní periferní tkáňová perfuze související s onemocněním diabetes mellitus a kouřením projevující se:

Objektivně: Bércovými ulceracemi, hemosiderinovými pigmentacemi a bolestí při chůzi.

Subjektivně: Udává občasné píchání v obou dolních končetinách v klidu a bolest při chůzi.

Očekávané výsledky:

Dolní končetiny budou bez známek nedokrevnosti.

Nezaznamenáme žádné příznaky horšího prokrvení dolních končetin.

Ošetřovatelské intervence:

Sledovat prokrvení a pulzaci na dolních končetinách.

Při zhoršení stavu ihned informovat lékaře.

Pravidelně podávat venofarmaka dle ordinace lékaře.

Realizace: Při každém převazu sledujeme barvu pokožky, nehtového lůžka, teplotu a pulzaci na dolních končetinách. Vše znamenáme do dokumentace. Aplikujeme venofarmakum každý den.

Hodnocení: Dolní končetiny měly po celou dobu ošetřování normální teplotu, barvu i pulzaci dobře zachovanou. Pacient dodržoval stanovený farmakologický režim.

00214- Zhoršený sociální komfort související s nedostatkem soukromí projevující se:

Objektivně: V malém bytě bydlí s panem Bohumilem dalších pět osob

Subjektivně: Pacient udává, že ho nejvíce stresuje manželka a dcera, počínající „ponorková nemoc“ ze společného soužití

Očekávané výsledky:

U pacienta dojde ke zmírnění stresu a psychického napětí.

Ošetřovatelské intervence:

Navrhujeme pacientovi užití dostupných relaxačních technik.

V případě nedostatečného efektu doporučíme návštěvu psychologa.

Realizace: Panu Bohumila jsme postupně naučili relaxační techniky vhodné k provedení v jeho domácím prostředí. Navrhli jsme mu použití audiozáznamu.

Hodnocení: Pacient si osvojil základní relaxační techniku s použitím hudby a mluveného slova a užíval ji při nahromadění stresu. Uznal, že se cítí příjemněji, bez většího psychického vypětí.

10.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

00004- Riziko infekce související se základním onemocněním Hidradenitis suppurativa

Očekávané výsledky:

Zamezit komplikacím při opětovném vzplanutí choroby.

Ošetrovatelské intervence:

Sledovat pečlivě stav pokožky.

Poučit pacienta o zvýšených nárocích na hygienu.

Informovat ho o důležitosti návštěvy chirurga při zjištění výsevu onemocnění.

Realizace: Sledovali jsme pokožku celého těla. Panu Bohumilovi byla zdůrazněna nutnost denního sprchování, při objevení se příznaků dezinfekce postižených míst a také nošení volného a prodyšného oblečení. Při příznacích zánětu ložiska zdůrazněna včasná návštěva chirurga.

Hodnocení: Po celou dobu našeho ošetřování jsme nezaznamenali nový výskyt základního onemocnění.

11 EDUKACE PACIENTA Č. 2

Edukační plán

Účel edukačního plánu: Podat pacientovi dostatek informací o vlivu kouření na zdravotní stav.

Cíl: Pan Bohumil bude mít dostatek informací o škodlivosti kouření a pochopí, že je nutné s ním přestat.

Výukové metody: rozhovor, diskuze

Pomůcky: informační letáky, prospekty, literatura

Oblast Kognitivní: Pan Bohumil pochopí škodlivost kouření a vliv na jeho prodělaná onemocnění

Hlavní body: Předvedení letáků, prospektů zobrazujících omezení průsvitu krevního řečiště škodlivinami z kouření.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacient pochopí souvislost kouření s nedostatečným prokrvením organismu.

Oblast afektivní: Pacient uzná svoji závislost na kouření jako problém, způsobující zdravotní komplikace.

Hlavní body plánu: Diskuze a rozhovor, jehož námětem jsou komplikace způsobené kouřením.

Pomůcky: letáky, literatura

Časová dotace: 20 minut

Hodnocení: Pacient uznává, že jeho zlovyk způsobuje závažné zdravotní komplikace. Má dostatek informací k tomu, aby se rozhodl s kouřením přestat.

Oblast psychomotorická: Pacient se naučí, jak zvládat svoji chuť na cigarety alternativními způsoby.

Hlavní body plánu: Seznámení se s různými typy nikotinových náhražek, s jejich aplikací a dostupností.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacient je seznámen s dostupnými nikotinovými náhražkami a způsobem jejich užití.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku chronických ran v domácí péči a vše, co s nimi souvisí. Vzhledem k tomu, že je chronická rána podstatnou komplikací zdravotního stavu, stává se i život pacienta s chronickou ranou složitější jak pro pacienta samotného, tak pro osoby o něj pečující.

Mojí snahou bylo zmapovat průběh stonání dvou pacientů naší agentury domácí péče. Oba pacienti byli polymorbidní a trápily je některé podobné ale i zcela odlišné nemoci. Také u nich byly rozpoznány některé podobné ošetrovatelské problémy. Oba pacienty sužovala bolest, zhoršená pohyblivost a obezita.

Oba byli dobře komunikativní, avšak rozdíl jsem zaznamenala v ochotě spolupracovat, nebo přesněji řečeno v ochotě něco na svém dlouze zažitém životním stylu změnit. Zatímco pan Bohumil byl přístupný učit se novým věcem, skutečně zahrnout nové poznatky do svého života, paní Hana s probíranou změnou životního stylu souhlasila, ale sama pro to byla ochotna udělat podstatně méně. Komunikaci s pacienty považuji za zásadní. Je nutné mít dostatek informací ke stanovení správné ošetrovatelské diagnózy, optimálního ošetrovatelského plánu a pomocí ošetrovatelských intervencí dosáhnout realizace problémů nemocných. Komunikace s nemocným je zcela klíčová před každým započatým ošetrovatelským úkonem ke zmírnění obav a napětí nemocného.

Odlišné bylo i prožívání bolesti obou nemocných. Paní Hana uvedla nejvyšší stupeň na VAS st. 8 tehdy, kdy byly defekty ošetrovány dvakrát denně s Prontosanem. Snímání původního krytí bylo pro ni velmi nepříjemné až traumatizující. Bolest prožívala velmi intenzivně, sykáním, sténáním, i když užila opioidní analgetika hodinu před převazem a byla dlouhodobě pod farmakologickým vlivem opiátové náplasti. Měla v této fázi ošetrování hluboké, velmi rozsáhlé defekty se značnou macerací okolní tkáně. Až tehdy, kdy byl ordinován do ulcerací Hydrosorb gel a nebylo nutné dvakrát denně snímat kompletní krytí ran, jsme zaznamenali úlevu bolesti na VAS st. 5. Teprve poté, co došlo ke změně ordinace na Ialugen Plus crm. s aplikací jednou za tři dny a spodina rány nebyla traumatizována častými převazy, došlo k ústupu bolesti na VAS 0 st. a vysazení všech analgetik. Intenzita bolesti byla ovlivněna především hloubkou defektu. Naproti tomu pan Bohumil udával na VAS 7 st. při poměrně menším defektu na levé hýždi. Jako analgetikum užíval Tramal 100 mg p.o. po převazu a úlevu udával obvykle na VAS 3 st. Při ošetření jsme zaznamenali jen občasné grimasování. Z tohoto je patrné, jak je prožívání

bolesti velmi individuální. Oba dva pacienti byli poučeni ohledně úlevové polohy a psychologického ovlivnění bolesti. Byli edukováni k používání VAS škály bolesti 0-10 a o nutnosti informovat ošetřující sestru při změně intenzity bolesti.

U obou pacientů byly poslední měsíce mého pozorování používány materiály vlhkého hojení ran, které se ošetřujícímu personálu značně osvědčily. Při jejich užití se postupuje šetrněji, atraumaticky, snižuje se bolestivost a četnost převazů. Dále se snižuje množství spotřebovaného převazového materiálu. Materiály vlhkého hojení ran jsou sice finančně náročnější oproti klasickým převazovým materiálům, ovšem zaznamenali jsme s nimi na našem pracovišti lepší výsledky. I nemocí sami si je oblíbili pro nižší bolestivost a četnost ošetření. Před začátkem převazu je nutné vždy nemocného informovat, co budeme dělat, jak budeme postupovat a jakou spolupráci od něj očekáváme. Je důležité pacienta informovat i o nepříjemných pocitech, které mohou nastat, proč tomu tak je a jak dlouho bude výkon trvat. Naším úkolem při prováděném převazu je také sledovat verbální a neverbální projevy bolesti.

Podle vyhlášky č. 55/ 2011 Sb. mají všeobecné sestry kompetence na hodnocení a ošetřování poruch integrity kůže. Některé naše sestry jsou absolventkami certifikovaného kurzu „Specifika při ošetřování chronických ran a defektů“, mohou samy volit i optimální převazový materiál. V domácí péči se ovšem musíme spolehnout především na ordinaci lékaře. Nemáme na našem pracovišti žádné terapeutické krytí k hojení ran. Zajišťujeme nemocným pouze spotřební převazový materiál, jako jsou sterilní tampony, čtverce a obinadla. Jsme tedy schopné navrhnout pacientovi vhodné terapeutické krytí, nemůžeme ho však samy zajistit. Materiály vlhkého hojení ran může předepisovat nemocnému pouze odborný lékař- dermatovenerolog nebo chirurg, či si je můžou nemocní zakoupit sami, jsou-li volně prodejné. Snažíme se tedy doporučovat našim pacientům lékaře, kteří tyto materiály předepisují.

V oblasti edukace bylo nejdůležitější oblastí informovat oba klienty o dodržování diabetické redukční diety. Pan Bohumil byl k těmto novým postupům vstřícnější už jen tím, že si dokázal vhodnou stravu připravit sám. S paní Hanou byla změna jídelníčku velmi komplikována tím, že jí byla strava mimo oběda připravována pečovatelkami. Proto bylo nutné edukovat o vhodné stravě a nákupu potravin i pečovatelky.

Ráda bych ještě zmínila, že k ošetřování ran nemocných je třeba mít nejenom potřebné znalosti a kompetence, ale také individuální přístup k nemocnému, akceptovat

pocity a potřeby nemocných jako lidských bytostí a především ochotu a vůli spolupracovat ze stany nemocného a jeho blízkých.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo shromáždit informace o dvou pacientech s chronickým defektem ošetřovaných v domácí péči a monitorovat jejich každodenní problémy.

V teoretické části jsem se zabývala problematikou chronické rány, jejím vznikem a rozdělením. Zmapovala jsem vnitřní a vnější faktory ovlivňující hojení chronických defektů. Popisovala jsem současné metody vlhkého hojení ran, postup hojení a převazu rány. Zmínila jsem se o fungování a preskripci domácí zdravotní péče.

V praktické části jsem se soustředila na dvě případové studie pacientů, ve kterých jsem zmapovala vývoj jejich zdravotního stavu, jednotlivé fáze hojení ran a ošetrovatelskou péči. Zabývala jsem se uspokojování bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb pacientů během celé naší péče. Každý nemocný je zcela individuální osobnost a je potřeba k němu také individuálně přistupovat. Pro shromažďování informací jsem zvolila model dle Marjory Gordon, protože nahlíží na člověka jako na holistickou bytost. Je třeba si uvědomit, jak těžce vnímají pacienti své onemocnění, chronickou ránu či omezení soběstačnosti.

V současné době se neustále vyvíjejí nové moderní materiály k vlhkému hojení ran. Je úkolem sester se neustále vzdělávat a umět tyto materiály použít v praxi, co nejlépe ve prospěch pacienta. Při preskripci těchto terapeutických krytí hraje roli nejen ekonomická stránka, důležitá je i spolupráce pacienta.

Jsem ráda, že jsem si už mnohokrát mohla ověřit, jak tyto materiály fungují se všemi jejich výhodami.

LITERATURA A PRAMENY

1. **Bureš Ivo.** *Léčba rány.* Praha : Galén, 2006. str. 78. ISBN 80-7262-413-X.
2. **Červenková Zuzana.** Univerzita- Zpravodaj Univerzity Pardubice. [Online] 2017. [Citace: 25. Březen 2017.] <http://zpravodaj.upce.cz/vzdelavani/2017/kurz-pece-o-rany/>.
3. **Fakultní nemocnice Plzeň.** www.fnplzen.cz. *Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty.* [Online] 1. Zář 2016. [Citace: 1. Březen 2017.] https://www.fnplzen.cz/sites/default/files/dokumenty/vzdelavani/ck_rana.pdf.
4. **Frei Jiří, Loudová Soňa.** *Manuál pro zpracování diplomové práce.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2013. str. 54. ISBN 978-80-261-0167-3.
5. **Herdman T. Heather, ed.** *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace.* [překl.] Kudlová Pava. 1. vydání. Praha : Grada, 2013. str. 550. ISBN 978-80-247-4328-8.
6. **Hlinková Edita, Nemcová Jana, Miertová Michaela.** *Nehojace sa rany: vysokoškolská učebnica.* Martin : Osveta, 2015. str. 284. ISBN 978-80-8063-433-9.
7. **Janíková Eva, Zeleníková Renáta.** *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* Praha : Grada, 2013. str. 249. ISBN 978-802-4744-124.
8. **Krátká Anna, Šilhánková Gabriela.** *Ošetrovatelství v komunitní péči.* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. str. 159. ISBN 978-80-7318-726-2.
9. **Marková Marie, ed.** *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. str. 152. ISBN 978-80-7013-499-3.
10. **Mundilová Martina.** Vytíženost sester v domácí péči. Mgr. Fremrová Vladimíra, ed. *Bakalářská práce.* Plzeň : ZČU Fakulta zdravotnických studií, 2015. str. 51.
11. **Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.** www.nconzo.cz. [Online]2015.[Citace:26.Březen2017.]http://www.nconzo.cz/web/guest/na-bidkaakci2017?p_p_id=RegistrationForm_WAR_IS_NCO_PORTAL_INSTANCE_et0B&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=_118_INSTANCE_dZD0__column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3.

12. **Nohavcová Martina.** Ošetrovatelský proces u nemocného s chronickým defektem léčeným metodou negativního podtlaku. Mgr. Jaroslava Nováková, ed. *Bakalářská práce.* Plzeň : ZČU Fakulta zdravotnických studií, 2015. 1, str. 80.
13. **Pavlíková, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha : Grada, 2006. str. 152. ISBN 80-247-1211-3.
14. **Pokorná Andrea.** *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů.* 1. vydání. Brno : Masarykova univerzita, 2012. str. 112. ISBN 978-80-210-6048-7.
15. **Pokorná Andrea, Mrázová Romana.** *Kompendium hojení ran pro sestry.* 1. vydání. Praha : Grada, 2012. str. 191. ISBN 978-80-247-3371-5.
16. **Pejznochová Irena.** *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži.* Sestra. Praha : Grada, 2010. str. 76. ISBN 978-80-247-2682-3.
17. **Rice Robyn.** *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application.* 4. rev. vydání. St. Louis : Mosby, 2005. str. 608. ISBN 0-323-03072-6.
18. **Slaný Jaroslav.** *Řízení domácí a chronické péče.* Žilina : Georg, 2014. str. 280. ISBN 978-80-8154-063-9.
19. **Špaček Milan.** *Koncepce domácí péče. Metodická opatření.* Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. Sv. 13.
20. **Včelák, Petr.** *Studijní materiály. Informatika a výpočetní technika.* [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>
21. **Vonešová Petra, Machová Alena.** *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelké péče.* Sestra. 2011, Sv. 4, 21.
22. **Zákony pro lidi.** [Online] 1. Březen 2017. www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55f4176086.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Dvanáct vzorců zdraví dle Marjory Gordon

Tabulka č. 2 Sběr informací o klientovi

Tabulka č. 3 Vstupní informace

Tabulka č. 4 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 5 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 6 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 7 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 8 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 9 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 10 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 11 Sběr informací o klientovi

Tabulka č. 12 Vstupní informace

Tabulka č. 13 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 14 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 15 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 16 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 17 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 18 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 19 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 20 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 21 Použité škály hodnocení

Tabulka č. 22 Použité škály hodnocení

SEZNAM ZKRATEK

apod. - a podobně

BMI – Body Mass Index

cm – centimetr

crm. – krém

ČČK – Československý červený kříž

ČSLR – Česká společnost pro léčbu rány

DM – Diabetes mellitus

EWMA – European Wound Management Association

gtt. – guttae

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

IM – infarkt myokardu

kg – kilogram

LDK – levá dolní končetina

mcg/hod. – mikrogramů za hodinu

mg – miligram

mmHg – milimetrů rtuťového sloupce

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

NCONZO – Národní centrum ošetřovatelských a nelékařských oborů

PAD – perorální antidiabetikum

PHK – pravá horní končetina

PDK – pravá dolní končetina

p.o. – per os

sol. – solutio

supp. – suppositorium

TURP – transuretrální resekce prostaty

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvané

unq. - unquendum

v. – vulnus

VAS – vizuální analogová škála

WC - toaleta

WHC – Wound Healing Continuum

