

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

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES LÉČBY DEKUBITŮ U  
PACIENTA NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LUCIE CHMELAŘOVÁ**

**PRAHA 2012**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES LÉČBY DEKUBITŮ U  
PACIENTA NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE CHMELAŘOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2012

SCHVÁLENÉ TÉMA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2012

.....

*podpis*

## **ABSTRAKT**

CHMELAŘOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces léčby dekubitů u pacienta na oddělení následné péče*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová. Praha. 2012. s. 47

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces léčby pacienta s dekubity. Teoretická část práce charakterizuje pojem dekubit, jeho rozdělení, příčiny vzniku, prevenci a léčbu. Závěrečná část práce je věnována ošetrovatelskému procesu u konkrétního pacienta s proleženinami.

Praktická část je zaměřena na specifika ošetření pacienta s dekubity. Objektem realizace je pacientka na oddělení následné péče, u které jsem naplánována a realizovala ošetrovatelskou péči.

Cílem práce je přiblížit zdravotnickému personálu i širší veřejnosti léčbu, prevenci a ošetrovatelský proces pacientů s dekubity.

Klíčová slova.

Dekubit. Léčba. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Prevence.

## ABSTRACT

CHMELAROVA, Lucie. *Nursing process of treatment for decubitus patient at a department of consecutive care.* Vysoka škola zdravotnicka, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor of Medicine (M.B.). Supervisor: PhDr. Ivana Talandova, Praha. 2012. p. 47

The main theme of my graduate work is nursing process of treatment decubitus. The first theoretic part define terms decubitus, categories of decubitus, causations, prevention and treatment methods. In the second part is described presentive application of treatment for patient suffering from decubitus.

The applicative part of my study is aimed at particular treatment of decubitus. The subject of my study was a patient from the department of consecutive care where I work. I planned and carried into effect nursing care.

The goal of my study is to bring near some specific things about decubitus treatment.

Key words:

Decubitus. Treatment. Nursing care. Nursing process. Patient. Prevention.

# PŘEDMLUVA

Výběr tématu bakalářské práce na téma „ošetřovatelská péče u pacienta s dekubity“ byl ovlivněn mým zaměstnáním na oddělení následné péče a také tím, že problematika vzniku dekubitů je stále aktuálnějším tématem vzhledem k tomu, že přežívá stále více pacientů po těžkých polytraumatech a také přibývá pacientů nad 80 let, kteří jsou připoutáni na nemocniční lůžko.

Práce je určena studentům zdravotnických škol, zdravotnickému personálu a široké veřejnosti, kteří v ní mohou najít podmětné rady a informace o problematice dekubitů.

Podklady pro teoretickou část práce jsem čerpala z knižních zdrojů, časopisů a internetových zdrojů. Materiály ke zpracování praktické části byly shromážděny ze sesterské a lékařské dokumentace, pozorováním a rozhovorem s pacientkou.

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Ivaně Talandové za vedení práce a podmětné rady, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM CIZÍCH SLOV

<b>ÚVOD</b> .....	10
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	11
<b>1. Dekubitus</b> .....	11
1.1 Definice.....	11
1.2 Anatomie kůže .....	11
1.3 Vznik dekubitů.....	12
1.3.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	12
1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	13
1.4.1 Škála podle Nortonové.....	13
1.5 Typická lokalizace tlakových vředů.....	13
1.5.1 Predilekční místa v poloze na zádech.....	14
1.5.2 Predilekční místa v poloze na boku.....	14
1.5.3 Predilekční místa v poloze na břiše.....	14
1.6 Klasifikace dekubitů dle EPUAP z roku 2003.....	14
1.7 Prevence vzniku dekubitů.....	15
1.7.1 Polohování.....	15
1.7.2 Hygiena.....	15
1.7.3 Výživa.....	16
1.8 Léčba dekubitů.....	16
1.8.1 Fáze hojení rány.....	16
1.8.2 Charakter dekubitu.....	17
<b>2. Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s dekubitem</b> .....	19
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	21
<b>3. Ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitem</b> .....	23
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	43
<b>ZÁVĚR</b> .....	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	45
PŘÍLOHY.....	47



## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Identifikační údaje.....	23
Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí.....	24
Tabulka č. 3 Léková anamnéza.....	26
Tabulka č. 4 Posouzení současného stavu.....	28
Tabulka č. 5 Aktivity denního života.....	30
Tabulka č. 6 Posouzení psychického stavu.....	32
Tabulka č. 7 Posouzení sociálního stavu.....	34
Tabulka č. 8 Sesterská diagnóza č. 1.....	38
Tabulka č. 9 Sesterská diagnóza č. 2.....	39
Tabulka č. 10 Sesterská diagnóza č. 3.....	40

## **SEZNAM CIZÍCH SLOV**

Debridement - vyčistění rány

Dekubitus, dekubit - proleženina

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Imunosupresiva - léky, které zabraňují činnosti imunitního systému

Inkontinence - stav při němž člověk není schopen regulovat odchod moči

Predilekční místa - místa s největším působením tlaku

Sipping - tekutá strava

# ÚVOD

Podle statistik přibývá geriatrických pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžka v nemocničních zařízeních, domovech pro seniory nebo v domácí péči. Také o tom svědčí neustále rozšiřování a stavění nových oddělení následné péče a domovů pro seniory. Pracuji na oddělení následné péče a s takovými pacienty se setkávám denně, proto vím, že jedno z největších rizik u imobilních pacientů je právě nebezpečí vzniku dekubitů. Toto onemocnění je poměrně specifické a jeho následky mohou vést k vážným léčebným komplikacím.

Ve světě i u nás se diagnostika ran a dekubitů stává středem zájmu sester i lékařů. Příčiny vzniku jsou známy a tak včasná identifikace nemocných ohrožených vznikem proleženin je součástí standardů ošetrovatelské péče většiny nemocnic. Přesto může i při sebelepší péči zdravotního personálu vzniknout dekubit. Z tohoto pohledu můžeme vznik dekubitů u pacienta na lůžkových zdravotnických zařízeních považovat za selhání efektivní ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část je věnována onemocnění, jeho příčinám, diagnostice, prevenci, léčbě a ošetření.

V praktické části se zabývám ošetrovatelským procesem u pacientky, která byla hospitalizovaná na oddělení následné péče k rehabilitaci a ošetření dekubitů vzniklých imobilizací.

Cílem mé práce je přiblížit význam prevence, správné léčby dekubitů a poukázat na specifické problémy pacientů.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Dekubitus

Proleženiny zůstávají přes veškerý pokrok v medicíně stále závažným problémem, který způsobuje pacientům utrpení a také je ohrožuje na životě a mohou být vstupní bránou pro infekci. Pacienti trpící proleženinou znamenají pro sestry mnohem větší pracovní vytížení, zvýšenou fyzickou námahu a časovou zátěž. Ošetření a léčba dekubitů je finančně náročná, proto je boj s dekubity jednou z hlavních priorit zdravotníků. (6)

### 1.1 Definice

Dekubit pochází z latinského slova decumbere, což znamená lehnout, položit se. Proto jsou typické především u imobilních pacientů, kteří jsou upoutáni na nemocniční lůžko. Dekubit je lokalizované buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, imobility a celkově zhoršeného stavu, nebo kombinací těchto faktorů. Postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti. Velikost dekubitu je dána intenzitou a dobou tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami. (6, 4)

### 1.2 Anatomie kůže

Kůže pokrývá celé tělo a odděluje vnitřní prostředí od vnějšího prostředí organismu. Kůže je největším orgánem těla. U dospělého představuje až 12% tělesné váhy. Kůže přijímá třetinu objemu cirkulující krve. Krevní cévy zásobují kůži kyslíkem a živinami, lymfatické cévy pomáhají odvádět metabolity a udržují správnou rovnováhu tekutin. (6, 9)

## 1.3 Vznik dekubitů

Dekubit vzniká tlakem mezi kůží, podkožní tkání a postelí. Tlak naruší místní krevní oběh a tím naruší přísun kyslíku a živin tkáně. Tkáně jsou neprokrvené a neokysličené. Dekubity mohou vznikat u pacienta velmi rychle, ale příčiny vzniku mají obvykle delší trvání, sekundární hojení dekubitů je zdoluhavé a jedná se tak vlastně o typické chronické rány. Doba působení tlaku na kůži, při které může dekubit vzniknout je proměnlivá. Čím větší hmotnost pacient má, tím rychleji dekubit může vzniknout. Dekubity se obvykle nachází v rizikových oblastech, jejichž umístění na těle pacienta souvisí s polohou pacienta na lůžku a především anatomickým uspořádáním kostních výčnělků. Těmto predilekčním místům je proto nutné věnovat zvýšenou pozornost po dobu trvání rizika vzniku dekubitu. (6)

### 1.3.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

**Přímý dlouhodobý tlak** - chybí-li pohyb, dojde ke stlačení kapilár a tím k nedostatku kyslíku ve tkáni, tlak predilekčních míst stoupá, ke vzniku dekubitu stačí 1 - 6 hodinové působení tlaku.

**Tření** - nejčastěji vzniká v polosedě (Fowlerova poloha), trup klouže po lůžku směrem dolů a tím dochází k poškození kůže a vzniku infekce.

**Imobilita** - imobilní pacient ve většině případů nemůže měnit svou polohu a nemusí si uvědomovat, že mu poloha nevyhovuje.

**Poruchy výživy** - obezita, kachexie, dehydratace, nedostatek vitamínů C, bílkovin a stopových prvků Fe, Zn.

**Inkontinence** - vede k maceraci kůže a k jejímu poškození, kyseliny a zásady ve výkalech nebo v moči narušují povrch pokožky.

**Zdravotní stav** - u infekčních onemocnění, DM, anémie, nádorových onemocnění, při léčbě imunosupresivy, srdečních onemocnění a vysokého krevního tlaku.

**Věk** - důležitou roli hraje věk, ohroženi jsou především lidé starší 70 let, pokožka je křehčí a zranitelnější, dochází k menšímu prokrvení pokožky, což zhoršuje hojení.

**Predilekční místa** – nejčastějšími místy výskytu je křížová krajina, paty, kotníky, zevní hrany chodidel, oblasti trochanterů, kolena, loketní klouby. (6,7)

## **1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů**

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje více stupnic, které hodnotí míru schopnosti vnímání, vědomí, aktivitu a mobilitu nemocného, stupeň vlhkosti kůže, stav výživy. V České republice se v současné době nejčastěji používá rozšířená stupnice podle Nortonové.

### **1.4.1 Škála podle Nortonové**

Tato škála byla sestavena v roce 1962 a je nejznámější a nejpoužívanější škálou. Hodnotí se v ní devět položek např. schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, imobilita, inkontinence. Nebezpečí rizika dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

S touto škálou se setkávám denně při své práci. (6)

## **1.5 Typická lokalizace tlakových vředů**

Proleženiny mohou vzniknout na kterémkoliv místě těla. Nejčastěji vznikají na rizikových místech tzv. predilekčních místech. Jedná se o oblasti, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo chráněny vrstvou podkožního tuku a svalstva. Těmto místům je nutné věnovat zvýšenou pozornost. Dekubity se však mohou tvořit i na místech, kde bychom jejich vznik neočekávali. Zejména v místech s dlouhodobě zavedenou kanylou – močovým katetrem, nosogastrickou sondou, dlouhodobou intubací. Proto je nutné tato místa při každém ošetření a převazu důkladně sledovat a pečovat o ně. (8,4)

### **1.5.1 Predilekční místa v poloze na zádech**

Dekubity vznikají nejčastěji nad trnem sedmého krčního obratle, nad loketními klouby, nad hřbety lopatek, kostrčí, c okolí pat a nad kostí tylní.

### **1.5.2 Predilekční místa v poloze na boku**

Riziko vzniku je především v oblasti nad kotníky, koleními klouby, nad hřebeny kyčelních kostí, nad ramením kloubem a nad kostí tylní.

### **1.5.3 Predilekční místa v poloze na břiše**

Tato poloha není často využívána, ale i tady mohou dekubity vzniknout. Rizikové jsou místa nad lícní kostí, na uchu, nad koleny, nad palci, nad hřebeny kyčelních kostí. (6, 15)

## **1.6 Klasifikace dekubitů dle EPUAP z roku 2003**

**I. stadium** – nevybledávající erytém intaktní kůže – překrvení, které přetrvává po přitlačení i po 5 minutách, bez porušení celistvosti kožního krytu. Tyto změny jsou reverzibilní, po odlehčení exponované oblasti se prokrvení kapilár do 30 minut obnoví.

**II. stadium** – částečné nebo povrchní poškození kůže. Objevuje se puchýř nebo měkký důlek, mokvavá plocha; klinicky: odřenina, puchýř, mělčí kráter.

**III. stadium** – úplné poškození kůže v celém rozsahu, poškození podkoží i svaloviny, zasahující až ke kostnímu výstupku na spodině vředu. Na povrchu černá šedá krusta; klinicky: nekróza, hluboký kráter.

**IV. stadium** – rozsáhlé tlakové léze komplikované penetrací do sousedních dutin a kloubů. Dochází ke ztrátě kůže a rozsáhlým poškozením hlubokých struktur, fascií, cév, nervů, svalů, kloubních pouzder a přiléhajících kostí, arodované kostní prominence při přítomné ostitidě. Je přítomna šířící se nekróza tkáně s podminováním okolí. (4. Stryja s. 84, 85).

## **1.7 Prevence vzniku dekubitů**

Vzhledem k tomu, že známe příčiny vzniku dekubitů, jsou navrženy ošetrovatelské postupy jak jim předcházet.

Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam při léčbě dekubitů a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak i v domácí péči.

### **1.7.1 Polohování**

Tlak je nejrizikovější faktor při vzniku dekubitu. Proto má polohování nezastupitelné místo v prevenci a léčbě dekubitů. Je to základní a neúčinnější prostředek. Polohování je systematické a řídí se přesnými pravidly časované změny polohy. Intervaly mezi dvěma polohami se řídí okamžitým stavem pacienta, mohou být v rozsahu 20 minut až 4 hodin. K polohování se používá celá řada pomůcek, které usnadňují práci ošetrovatelského personálu. V dnešní době je na trhu celá řada podložních pomůcek (válců, korýtek, klínů a polštářů), které jsou naplněny různými materiály. Materiály jsou vybrány tak, aby zvyšovaly pohodlí pacientů, zabraňovaly přílišnému tlaku a snížily tak riziko vzniku dekubitů. Pomůcky jsou potaženy vodovzdorným a paropropustným potahem, který zabraňuje pocení a vzniku vlhkosti pod pacientem. U pacientů s vyšším rizikem vzniku dekubitů je vhodné použít antidekubitární matrace a polohovací lůžka, které přemísťují tlak a redukují polohy pacienta. (15,14)

### **1.7.2 Hygiena**

Je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitu. Zde jde především o omezení nepříznivého vlivu moči, stolice a potu. Při inkontinenci moči a stolice dochází jejich rozkladem k tvorbě alkalických látek, které způsobují maceraci kůže a ztrátu odolnosti proti mechanickému poškození nebo infekci. Řešením je častá výměna ložního a osobního prádla, výměna plen a dokonalá hygiena zejména v této oblasti, kde dochází k nejčastějšímu vzniku opruzenin a proleženin. S kůží pacienta, u kterého mohou vzniknout dekubity nebo již vznikly, musíme zacházet opatrně. Kůži je nutné ošetrovat speciální ochrannou kosmetikou bez dráždivých účinků. (7, 13)



### 1.7.3 Výživa

Výživa hraje nezastupitelnou roli prevence v léčbě dekubitů. Nedostatečná výživa zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Na první pohled může pacient působit dojmem dobře živého či s nadváhou. Problém je ve skrytém výživovém deficitu. Pacient nemá ve stravě dostatek bílkovin, vitamínu C a zinku, které jsou nutné k hojení ran. Nemocní se špatným výživovým stavem mají větší problémy s hojením ran a častěji se jim tvoří dekubity. Nutriční stav pacienta by měl být zjištěn pomocí screeningu. Je nutné u rizikových pacientů zlepšit stav výživy a příjem tekutin. Zabezpečení zvýšeného příjmu je možné řešit podáním „sippingu“. Jedná se o výživové doplňky, které pacient „usrkává“. Tyto nápoje jsou vysokoenergetické a obsahují velké množství vitamínů, minerálů a dalších živin, které by nemocný člověk přijímal běžnou stravou jen těžko. Nutriční doplňky nabízíme nemocnému po jídle nebo mezi jídly, tak aby se nezasytil a neodmítal běžnou stravu. Příkladem nutričních vysokoenergetických doplňků, bílkovin a specifických nutrietů při léčbě dekubitů je Cubison a Cubitan.(10)

## 1.8 Léčba dekubitů

Léčba dekubitů je složitý komplex opatření, týkající se celkového zdravotního stavu člověka. Léčba začíná již eliminací tlaku na postižená místa, zabývá se léčbou zánětu, kontrolou a prevencí reinfekce, odstranění nekrotické tkáně, zajištění odpovídající vlhkosti v ráně, využití obvazových materiálů k vlhkému hojení ran, snížení frekvence převazů a léčbou bolesti. Onemocnění snižuje kvalitu života. (4, 9)

### 1.8.1 Fáze hojení rány

**1. zánětlivá fáze** - kompletní obranná reakce organismu, dochází k rozšíření cév a tím vzniká zarudnutí v okolí rány

**2. proliferativní (granulační)** - dochází k tvorbě granulující tkáně

**3. diferenciacní fáze** – konečná fáze hojení, povrch epitelizuje a dochází k tvorbě jizvy

## **1. 8. 2 Charakter dekubitu**

**Nekróza** - je charakterizována přítomností suché nekrotické tkáně se zápachajícím exsudátem. Její odstranění je základní podmínkou pro tvorbu nové tkáně. K odstranění nekrózy opakovaně kombinujeme chirurgický a autolytický debridement ( hydrogely – Nu-gel).

**Povleklá rána** - je charakteristická přítomností směsice fibrinu, bílkovin, serózního exsudátu, bílých krvinek a bakterií. K demarkaci povlaku stejně jako u nekrotické rány uplatňujeme mechanický a autolytický debridement hydrogely, hydroaktivní krytí (TenderWet), krytí s aktivním uhlím (Carboflex, Vliwaktiv) nebo speciální roztoky.

**Infikovaná rána** – je kolonizována bakteriemi a jsou přítomny lokální nebo celkové známky zánětu. Infekce se projevuje erytémem v ráně a okolí, změnou barvy, konzistence a množství exsudátu, otokem, zvýšenou lokální nebo celkovou teplotou, bolestí nebo rozpadem rány. Provádí se mikrobiologické kultivační vyšetření. Důležitá je včasná léčba infekce. K léčbě jsou vhodná antiseptika (Inadine, Revamil) nebo obvazy se stříbrem (Actisorb Plus, Aquacel Ag, Askina).

**Rána granulující** – má červenou barvu a roste postupně od vyčištěné spodiny. Pro tento proces musíme zajistit přiměřené vlhké prostředí v ráně, při převazech netraumatizující sejmutí obvazu a šetrnou toaletu tkáně. K oplachu volíme neagresivní roztoky. (Prontosan, fyziologický roztok). Růst granulační tkáně podporujeme aplikací hydropolymeru (Tielle), hydrofíberu (Aquacel), kolagenu (Catrix), hydrokoloidu (Granuflex, Askina hydro), hydrogelů (Hydrosorb), hydrokoloidů v pastě (Granuflex pasta), hydrokoloidu v gelu (Flamigel, Flaminal), polyerutany s doplňky (Mepilex, Versiva, Biatan). Dáváme pozor na hypergranulaci.

**Rána epitelizující** – je poslední fází hojení. Epitelizační tkáň je růžové nebo perleťové barvy, roste od okrajů nebo tvoří ostrůvky v ráně. Indikovanými obvazy jsou hydrogely (Suprasorb G), tenké hydrokoloidy (Granuflex Extra Thin). Po vytvoření nového kožního krytu je vhodná ochrana z důvodu snadné zranitelnosti, vhodná jsou filmová krytí (Tegaderm, Opsite). (4,5,8.9)

Při hodnocení rány popisujeme místo, velikost, hloubku, okraje, okolí, barvu tkáně s určením, zda se nejedná o nekrotickou, povleklou nebo epitelizující tkáň, přítomnost infekce, bolest. Podle těchto kritérií poté zvolíme vhodný postup a prostředky k ošetření.

## 2 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s dekubity

Prvním krokem před zahájením ošetrovatelské péče o pacienta je nutné odebrat sesterskou anamnézu a vyhodnotit stupeň soběstačnosti a sebepéče v základních činnostech. K tomuto účelu slouží Barthelův test základních všedních činností. Při fyzikálním vyšetření sestrou používáme jako měřítko rozšířenou stupnici Nortonové – nebezpečí vzniku dekubitů. Při ošetření sestra zaujímá holistický přístup a přizpůsobuje péči bio - psycho - sociální potřebě člověka.

Dekubity jsou specifické onemocnění, které postihuje především nemocné s náhle či dlouhodobě sníženou pohyblivostí. Pacienti s dekubity bývají obvykle hospitalizováni na odděleních, která poskytují akutní péči, odděleních následné péče, na sociálních lůžkách a také v domácím ošetřování v péči rodinných příslušníků nebo agentur domácí péče.

### **Monitorace**

- denně sledovat stav kůže
- při poruše celistvosti kůže zaznamenat změny do dokumentace
- sledovat dekubity a dle potřeby a rozpisu převazovat
- celkový stav vědomí
- stav hydratace organismu

### **Poloha, pohybový režim**

- polohování cca 2 hodiny
- rehabilitace dle ordinace lékaře
- použití antidekubitárních pomůcek (matrace, válce, kostky, věnečky)
- zajistit bezpečnost u nesoběstačných pacientů

### **Hygienická péče**

- dbát na zvýšenou hygienickou péči
- sestra zhodnotí stupeň soběstačnosti
- dbát na čistotu osobního a ložního prádla
- používat ochranu kosmetiku (ochranné pasty, masážní emulze)
- dbát na odstranění vnějších faktorů (záhyby, nerovnosti)

- provádí event. dopomáhá pacientovi sestra nebo ošetřovatelka

### **Spánek a odpočinek**

- zajistit klidný spánek a odpočinek
- dbát na dostatek tělesného ale i psychického klidu
- zajištění bezpečnosti (postranice, signalizace, pravidelná kontrola)
- dle ordinace lékaře aplikace sedativ, hypnotik

### **Výživa**

- zajistit dostatečný příjem tekutin
- zhodnotit úroveň výživy a hydratace pacienta
- zajistit vhodnou polohu při jídle

### **Vyprazdňování**

- zhodnotit úroveň soběstačnosti v této oblasti
- zavedení permanentního močového katetru - sledovat charakter, množství a příměsi v moči
- dopomoc při vyprazdňování, podkládání podložní misky nebo pleny
- řádná hygiena po vyprázdnění pacienta

### **Psychosociální potřeby**

- zajistit dostatek informací
- zajistit klidné, tiché prostředí
- zajistit klid, empatii,
- vždy zachovat důstojnost, soukromí
- umožnit častý kontakt s rodinou

### **Domácí péče**

- úprava domácího prostředí
- zajistit dostatek informací pro rodinu
- zajistit agentury domácí péče

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces představuje určitý postup, jehož výsledkem je formulování ošetřovatelské diagnózy.

Jedná se o analyticko - syntetický proces, při kterém sestra využívá svých schopností, vědomostí a získaných informací k tomu, aby definovala ošetřovatelský problém a vytvořila tak předpoklady pro jeho řešení.

Ošetřovatelský proces prvně použila L. Hall (1955), do té doby sestry poskytovaly péči jen na písemný příkaz lékaře. Od tohoto roku ošetřovatelský proces popisuje několik teoretiček např. I. Orlando (1961, chápe ošetřovatelský proces jako interaktivní), E. Wiedenbach (1963, popsala tři kroky ošetřovatelství).

V roce 1973 bylo v USA využití ošetřovatelského procesu uvedeno sdružením ANA (American Nursing Association = Sdružení amerických sester) do praxe v pěti krocích ošetřovatelského procesu.

1. posuzování
2. diagnostika
3. plánování
4. realizace
5. hodnocení

ad 1) posuzování - se skládá ze dvou kompatibilních částí, ošetřovatelské anamnézy získané od pacienta a posouzení aktuálního stavu potřeb včetně fyzikálního posouzení.

ad 2) diagnostika - stanovení ošetřovatelských problémů pacienta a jejich definování prostřednictvím ošetřovatelských diagnóz a dokumentování způsobem, který usnadňuje stanovení a plánování intervencí.

ad 3) plánování - představuje vytyčení ošetřovatelských strategií a zásahů s cílem prevence, redukce a eliminace problému pacienta. Plánování vychází z formulovatelných ošetřovatelských diagnóz.

ad 4) realizace – představuje realizační proces, spočívající v opětovném posouzení pacienta, validizaci plánu, péče, posouzení, potřeby.

ad 5) hodnocení – uzavírá cyklus řešení jednoho problému, ale zároveň vytváří prostor pro další cyklus, řešení dalšího problému.

Mnoho států postupně založilo svoji ošetrovatelskou praxi a přizpůsobily jí pěti krokům ošetrovatelského procesu. Postupně s rozvojem ošetrovatelského procesu se čím dál víc začal používat termín „ošetrovatelská diagnóza“ nebo „sesterská diagnóza“.

Roku 1982 vznikla organizace NANDA (North American Nursing Diagnosis Association = Severoamerické sdružení pro ošetrovatelské diagnózy), která vydala přes sto ošetrovatelských kategorií.

Aplikování ošetrovatelského procesu v praxi vyžaduje od sestry následující dovednosti:

a) Interpersonální

- komunikaci
- naslouchání
- vědomosti
- informace
- projevení důvěry a získání údajů

b) technické

- používání a využívání dostupného technického zařízení
- dovedné vykonávání různých sesterských intervencí a procedur

c) intelektové

- kritické myšlení
- konání ošetrovatelských úsudků a řešení problému

Rozhodování se je součástí všech kroků ošetrovatelského procesu. Aby sestra mohla dobře realizovat ošetrovatelský proces a přistupovala ke každému pacientovi individuálně, musí s ním spolupracovat. (1)

### 3 Ošetrovatelský proces léčby dekubitů u pacienta na oddělení následné péče

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka č. 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení : V. M.	Pohlaví : žena
Datum narození : 9. 8. 1923	Věk : 89
Adresa bydliště a telefon : X	
Adresa příbuzných : X. Y.	
RČ :1923	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : maturita	Zaměstnání : důchodkyně
Stav : vdova	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 15. 2. 2012	Typ přijetí : plánované
Oddělení : oddělení následné péče	Ošetřující lékař : X. Y.

#### Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Spadla jsem, nemůžu chodit a nyní se mi špatně dýchá“

#### Medicínská diagnóza hlavní :

Přijata k observaci po implantaci CKP pravé kyčle.

#### Medicínské diagnózy vedlejší :

Bronchopneumonie 1 sin. v.s.

Recidivující kolapsové stavy a pády

St. p. CMP ischemické etiologie v pravém karotickém povodí

Hypertenzní nemoc III. stupně dle WHO

Chronická žilní insuficience



Osteochondroza a osteoporóza skeletu

St. p. hysterektomie pro myom

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

**Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí**

<b>TK</b> : 140/70	<b>Výška</b> : 165
<b>P</b> : 96	<b>Hmotnost</b> : nelze zjistit
<b>D</b> : 20	<b>BMI</b> : nelze zjistit
<b>TT</b> : 36,6	<b>Pohyblivost</b> : imobilní
<b>Stav vědomí</b> : při vědomí, orientovaná	<b>Krevní skupina</b> : B Rh. Pozit.

### Nynější onemocnění :

15. 2. 2012 v 10: 45 přeložena z chirurgického oddělení 89 letá žena po zlomenině pravého krčku kosti stehenní na oddělení následné péče k rehabilitaci a doléčení vzniklé bronchopneumonie.

### Informační zdroje :

Překladová zpráva

Propouštěcí zpráva

Anamnéza

Sesterská dokumentace

Pacient

Personál

## ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza :**

**Matka :** zemřela na stáří v 76 letech

**Otec :** zemřel tragicky v 73 letech

**Sourozenci :** 1 sestra (85 let), zdráva, bratr zemřel v 79 letech, příčinu smrti nezná

**Děti :** 1 syn (64 let), léčí se s vysokým tlakem

### **Osobní anamnéza :**

#### **Překonané a chronické onemocnění :**

St. p. hysterektomie pro myom

St. p. fraktury V. žebra ve střední axilární čáře bez výrazné dislokace

#### **Hospitalizace a operace :**

Před 10 lety na gynekologii – hysterektomie

2009 chirurgie – fraktura žebra

**Úrazy :** časté pády doma

**Transfúze :** dosud nepodány

**Očkování :** neví, nepamatuje si

## Léková anamnéza

Tabulka č. 3 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Cavinton forte	tbl.		1-0-1	psychoanaleptika
Cordarone	tbl.	200	1-0-0	antiarytmikum
Prestance	tbl.	10/5	1-0-0	antihypertenziva

### Alergologická anamnéza

**Léky:** neudává

**Potraviny :** neudává

**Chemické látky :** neudává

**Jiné :** neudává

### ABÚZY

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** nekuřačka

**Káva:** ano, 1 krát denně

**Léky:** viz výše

**Jiné drogy:** /

### Gynekologická anamnéza

( u žen )

**Menarché:** asi od 13 let

**Cyklus:** /

**Trvání:** /

**Intenzita, bolesti:** /

**PM:** /

**A:** /

**UPT:** /

**Antikoncepce :** /

**Menopauza:** v 48 letech

**Potíže klimakteria:** nadměrné pocení

**Samovyšetřování prsou:** nedělá

**Poslední gynekologická prohlídka:** nenavštěvuje

## **Sociální anamnéza :**

**Stav :** vdova

**Bytové podmínky :** žije v domově pro seniory

**Vztahy, role a interakce v rodině :** Vdova, jeden syn, pravidelně ji navštěvuje v domově důchodců i s rodinou. Rodinu navštěvuje při rodinných oslavách a jiných příležitostech.

**Vztahy mimo rodinu :** V domově se aktivně zapojuje a navštěvuje aktivizační programy pořádané domovem pro seniory, v kolektivu je oblíbená.

**Záliby:** zpěv, příroda, čtení, rodina, přátelé.

**Volnočasové aktivity:** vycházky do přírody, povídání s přáteli, luštění křížovek.

## **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** maturita

**Pracovní zařazení:** důchodkyně

**Bývalé povolání, čas odchodu do důchodu, jakého:** pracovala jako úřednice, v 56 letech odešla do starobního důchodu.

**Vztahy na pracovišti:** měla dobré

**Ekonomické podmínky:** dobré

## Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky : křesťanka, navštěvuje každý týden mši.

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 17.2. 2012

Tabulka č. 4 Posouzení současného stavu

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava ani krk mě nebolí“	Hlava na poklep nebolestivá, jazyk se plazí středem, vlhký, nepovleklý. Šíje volná, oči, uši, nos bez sekrece. Spojivky růžové bez zánětu, zornice reagují na osvit, skléry antiikterické. Rty souměrné, suché. Používá zubní protézy.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Dýchá se mi těžce kvůli nachlazení.“	Mírná bolest na hrudi, identifikace na škále bolesti č. 3, dýchání ztížené. Hrudník symetrický bez deformit.
<b>Srdcovo-cévní systém</b>	„ U srdce mě nebolí“	Srdeční akce pravidelná frekvence 80/minutu. TK 145/90. Na pravé dolní končetině drobné varixy, lýtko klidné bez otoku. Pulsace hmatná.
<b>Břicho a GIT</b>	„Břicho mě trochu pobolívá, mám zácpu.“	Břicho na pohled vzedmuté na dotek měkké, prohmatné. Palpačně mírná bolest. Poslední stolice před 2 dny. Plyny odchází. Na břichu zhojené jizvy po hysterektomii.
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	„Na čurání mám zavedenou hadičku, protože jsem neudržela moč.“	Genitál ženský, zavedený permanentní močový katetr pro prevenci proti riziku vzniku opruzenin a dekubitů. Moč ve sběrném sáčku světlá, bez příměsí, bez zápachu.

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Kostrovo-svalový systém</b>	„Nechodím, jen se otáčím v lůžku.“	Mobilita zhoršená, chůzi nezvládne, polohována a posazována v lůžku. Na pohyb reaguje bolestivě.
<b>Nervovo – smyslový systém</b>	„Brýle používám ke čtení a trochu hůř slyším na pravé ucho.“	Při vědomí. Orientovaná časem, osobou a místem. Sluch mírně zhoršen. Nosí brýle na čtení, je dalekozraká. Staropaměť výborná, novopaměť vzhledem k věku dobrá. Reflexy dobré.
<b>Endokrinní systém</b>	„Neumím se vyjádřit.“	Štítná žláza v pořádku, diabetes melitus nemá.
<b>Imunologický-systém</b>	„Nejsem na nic alergická.“	Lymfatické uzliny nezvětšeny. Pacientka netrpí žádnou alergií. TT 36, 6.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Mám jizvu na břicho a teď po operaci kloubu.“	Vlasy šedé, čisté, upravené. Nehty krátce zastřiženy, čisté. Jizva na břicho a pravé kyčli, zhojené per primam. Kůže bledá, suchá, turgor v normě, bez otoků, bez vyrážky. Dekubity přítomny: Sacrum - dekubit III. st. velikosti 5 krát 6 centimetrů, hloubka 1,5 centimetru. Černá nekróza, okolí krvácející, zarudlé. Pata pravé dolní končetiny- dekubit III. st. velikost 7 krát 5 centimetrů, hloubka 2 centimetru. Granulující tkáň, se žlutou sekrecí.

**Poznámky z tělesné prohlídky :**

**Tabulka č. 5 Aktivity denního života**

<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Doma jím třikrát denně. Obědy mi vozí charita, jsou to ale velké porce takže mi zůstane i na večeři.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Jídlo zde není špatné, jen na něj nemám chuť.“	Pacientka nemocniční stravu neodmítá, ale jí málo, udává nechutenství. Dieta č. 3 mletá. BMI nelze určit, pacientka neustojí na váze.
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„ Doma vypiju asi 1,5 litru tekutin, převážně čaj a vodu se sirupem.“	
	<b>V nemocnici</b>	„ Za den vypiju asi tak 1,5litry tekutin, piju čaj a obyčejnou vodu.“	Pacientka za den asi vypije 1 tekutin, převážně čaj. Sliznice vlhká, turgor kůže dobrý.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„ Doma jsem si došla na záchod, ale používala jsem vložky pro únik moče.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Teď mám na čurání hadičku a nemusím se o nic starat.“	Zavedený permanentní močový katetr pro inkontinenci a zamezení infekce v dekubitu na sakru. Moči je přiměřené množství k příjmu tekutin, světležluté barvy, bez zápachu.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Došla sem si sama na záchod, ale často sem trpěla zácpou“	

	<b>V nemocnici</b>	„Bolí mě břicho, na stolici jsem už trochu byla.“	Poslední stolice před 2 dny, podávány laxativa pro snadnější vyprázdnění. Stolice nepravidelná, zácpovitá, tuhá, bez příměsi krve, hnědé barvy.
<b>Aktivity denního života</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma spím dobře asi 6 hodin v noci a zdřímnu si i přes den.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Usíná se mi špatně, často se budím.“	Problémy s usínáním v nemocničním prostředí, spánek rušen kvůli léčebnému režimu, spánek přes den, toleruje polohu na zádech.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Poslouchám rádio a dívám se na televizi, chodím na procházky.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Sestřičky nám pouští rádio a povídám si se sousedkou.“	Poslouchá rádio a hovoří se sousedkami na pokoji, na návštěvu chodí syn s rodinou.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„V domově se o sebe starám sama, snažím se.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Ráno mě sestřičky pomůžou umýt na lůžku.“	Hygienickou péči provádí s pomocí personálu. Celková koupel na lůžku, péče o dutinu ústní, oči a nos.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Snažím se být samostatná.“	



	<b>V nemocnici</b>	„Většinou mi se vším pomáhají sestřičky.“	Podle Bartheleho testu bazálních denních činností má pacientka těžký stupeň závislosti /20 bodů/.
--	--------------------	---	---

**Tabulka č. 6 Posouzení psychického stavu**

<b>Posouzení psychického stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„Jsem při vědomí.“	Při vědomí
<b>Orientace</b>		„Dnes je pátek a jsem v nemocnici.“	Orientovaná místem, časem, osobou
<b>Nálada</b>		„Je mi tady smutno a stýská se mi po rodině, nechci tady být dlouho.“	Pacientka verbalizuje úzkost z dlouhodobé léčby.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Často vzpomínám na to co jsem prožila, když jsem byla mladá.“	Staropaměť je velmi dobrá
	<b>Novopaměť</b>	„Někdy si moc dobře nepamatuju věci, které se mi poslední dobou udály.“	Novopaměť je zhoršená, má problémy si vybavit nedávné události.
<b>Myšlení</b>		„ Neumím se vyjádřit.“	Logické
<b>Temperament</b>		„Jsem optimista.“	Sangvinik
<b>Sebehodnocení</b>		„Jsem přátelská.“	Nemá problém se sebou sama, vyrovnaná.
<b>Vnímání zdraví</b>		„Chci se co nejdřív uzdravit a zase chodit.“	Neví, zda ještě bude chodit, chtěla by se cítit lépe.

<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Onemocnění mě omezuje“	Uvědomuje si své současné onemocnění
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Mám strach, že tady budu ještě dlouho, chci se co nejdříve vyléčit.“	Projevuje snahu vyléčit se.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Nemocniční prostředí mi nevadí.“	Verbalizuje spokojenost s pobytem v nemocnici.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Musím se snažit rehabilitovat, abych začala brzo chodit.“	Projevuje zájem o rehabilitaci.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Nevím co budu dělat když nebudu chodit.“	Má obavy z budoucnosti, jak se o sebe dokáže postarat.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>	„Už jsem byla v nemocnici a vždy se ke mně chovali moc hezky.“	Vždy byla s péčí v nemocnici spokojena.

**Tabulka č. 7 Posouzení sociálního stavu**

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Snažím se mluvit spisovně.“	Pacientka komunikativní, verbální komunikace v souladu s neverbální komunikací.
	<b>Neverbální</b>	„Neumím se vyjádřit.“	Neverbální komunikace je v souladu s verbální komunikací.
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Spadla jsem a zlomila jsem si krček.“	Verbalizuje pochopení onemocnění.
	<b>O diagnost. metodách</b>	„ Byla jsem na RTG .“	Informována lékařem, odstoupila RTG srdce a plíce. Verbalizuje pochopení.

	<b>O léčbě a dietě</b>	„Mám asi normální stravu, jen mám mleté maso, lépe se mi kouše.“	O léčbě informovaná lékařem, žádné omezení ve stravě nemá.
	<b>O délce hospitalizace</b>	„Ještě nikdo nevím jak dlouho tady budu.“	Pacientka je hospitalizovaná na oddělení 3. den. Nelze určit délku rehabilitace a hospitalizace.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární(role související s věkem a pohlavím )</b>	„Jsem žena a je 89 let.“	89 letá žena
	<b>Sekundární(související s rodinou a společenskými funkcemi )</b>	„Jsem matka, babička, sestra, teta.“	Role jsou momentálně nenaplněny.
	<b>Terciální(související s volným časem a zálibami )</b>	„Sousedka, důchodkyně.“	Role jsou momentálně nenaplněny.

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT :**

### **Ordinovaná vyšetření :**

Laboratorní vyšetření: biochemie, hematologie, bakteriologické vyšetření moči

EKG: normální křivka, sínusový rytmus, frekvence 80

RTG srdce a plic: Bránice hlad. kontur. zevní úhel vpravo volný, vlevo sumován s měkými tkáněmi při stočené poloze. Parenchym plic bez infiltrace.

## Výsledky:

### Biochemické vyšetření

Urea	7,4 mmol/l
Kreat	8/5 mmol/l
Na	137 mmol/l
K	4,1 mmol/l
CRP	91 mg/l

### Hematologické vyšetření

Leukocyty	$3,61 \cdot 10^9/l$
Erytrocyty	$4,12 \cdot 10^{12}/l$
Hemoglobin	12,1 g/l
Hematokrit	36,7 l
Trombocyty	$140 \cdot 10^9/l$

### Mikrobiologické vyšetření

Kvantitativní kultivační vyšetření moče – bez nálezu, negativní

### Konzervativní léčba :

**Dieta :** 3 mletá

**Pohybový režim :** imobilní

**RHB :** pasivní RHB, sed v lůžku

**Výživa :** per orální

### **Medikamentózní léčba :**

- **Per os :**

Cavinton forte	tbl	1 - 0 - 1
Cordarone 200	tbl	1 - 0 - 0
Prestance 10/5	tbl	1 - 0 - 1
Erdomed		1 - 1 - 1
Zaldiar	tbl	dle potřeby
Warfarin 3	tbl	0 - 1 - 0
Augmentin 1g	tbl	6 - 14 - 22

- **Intra venózní:**

Plasmalyte 1000 ml.		1 - 0 - 1
---------------------	--	-----------

- **Per rectum : /**

- **Jiná : /**

### **Chirurgická léčba :**

6. 2. 2012 operace krčku pravého femuru

### **SITUAČNÍ ANALÝZA : ze dne 17. 2. 2012**

Pacientka byla přijata na oddělení dne 15. 2. 2012. Ošetrovatelskou péčí o pacientku jsem prováděla od 15. 2. 2012 do 21. 2. 2012 od 6.00 do 14.00. Na základě zdravotnické dokumentace, pozorování, anamnestického rozhovoru jsem zhodnotila její zdravotní stav a její aktuální potřeby. Dále jsem zformulovala ošetrovatelské diagnózy dle priorit a navrhla jsem plán ošetrovatelské péče, který jsem pravidelně vyhodnocovala a aktualizovala.

Druhý den hospitalizace se pacientka po noci cítí unavená. Celou noc kašlala a bolela jí operovaná noha. Ranní hygienu provedla pacientka s pomocí ošetrujícího personálu. Po ranní hygieně byly ošetřeny dekubity na sakru a pravé patě.

Pacientka je při vědomí, orientovaná, tlakově a oběhově stabilní. Je ohrožena rizikem infekce z důvodu vedení PMK 14. den, PŽK 2. den a dekubity III. stupně na sakru a pravé patě. Má sníženou chuť k jídlu a snížený příjem tekutin, nasazena infuzní terapie. Trpí na zácpu, proto podávány laxativa.

Během dne verbalizuje strach z nemoci a stesk po rodině. Polohována.

## **Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit :**

### **Aktuální:**

1. Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.
2. Riziko pádu v souvislosti s imobilitou pacienta.

### **Potencionální:**

1. Akutní bolest z důvodu operační rány projevující se bolestivým výrazem v obličeji při polohování.
2. Narušená tkáňová integrita vzhledem na imobilizaci pacienta projevující se dekubity III. stupně v oblasti sakra a PDK.
3. Deficit sebepéče v oblasti hygieny z důvodu pohybového systému (imobilizace) projevující se neschopností zapojit se do osobní hygieny.
4. Deficit sebepéče v oblasti vyprazdňování v souvislosti s imobilizací projevující se neschopností se obsloužit.
5. Úzkost z důvodu náhlé změny životní situace projevující se verbalizací pacientky.
6. Nechutenství z důvodu celkové únavy a slabosti organismu projevující se sníženým příjmem stravy.
7. Narušený spánek v souvislosti s bolestí projevující se problémy s častým buzením.
8. Porucha vyprazdňování z důvodu imobilizace projevující se zácpou.
9. Strach z důvodu hospitalizace projevující se nechutenstvím.

**Tabulka č. 8 Sesterská diagnóza č. 1**

<b>Sesterská diagnóza:</b>  1. Akutní bolest z důvodu operační rány projevující se bolestivým výrazem v obličeji při polohování
<b>Cíl :</b> u pacientky dojde ke zmírnění bolesti do 2 hodin  <b>Priorita :</b> střední
<b>Výsledné kritéria :</b>  - pacientka udává zmírnění bolesti do 1 hodiny - pacientka se naučí pracovat se škálou bolesti do 2 dnů - pacientka udává zvládnutí bolesti do 2 hodin
<b>Plán intervencí :</b>  - proved' důkladné posouzení bolesti, rozsah, stupeň, lokalizaci a charakter bolesti a zaznamenej – všeobecná sestra - pouč pacientku o způsobech prevence bolesti – úlevová poloha, relaxační cviky – všeobecná sestra, rehabilitační sestra - podej analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra - sleduj účinky podaných analgetik a zaznamenej – všeobecná sestra - monitoruj fyziologické funkce – všeobecná sestra - pozoruj verbální a neverbální projevy pacientky a zaznamenej – všeobecná sestra
<b>Realizace :</b>  7:00 hod. Pacientka si stěžuje na bolesti v pravé dolní končetině. Bolest hodnotí číslem 4 na škále bolesti. 7:10 měření fyziologických funkcí TK 145/90, P 80/min, TT 36,6 7:20 dle ordinace lékaře jsem podala analgetika Zaldiar – všeobecná sestra 7:30 zaznamenání podání analgetik do ošetrovatelské dokumentace 8:30 Sledovala jsem účinky podaných analgetik – všeobecná sestra, pacientka verbalizuje nástup účinku analgetik. Každé 3 hodiny jsem se ptala, zda nepocit'uje bolest a sledovala neverbální projevy bolesti – všeobecná sestra.
<b>Hodnocení :</b>  Pacientka po podání analgetik udává zmírnění bolesti o 2 stupně do 1 hodiny a neprojevuje neverbální bolestivé příznaky.

**Celkové hodnocení :** Stanovený cíl byl splněn

## Tabulak č. 9 Sesterská diagnóza č. 2

<b>Sesterská diagnóza:</b>  2. Narušená tkáňová integrita vzhledem na imobilizaci pacientky projevující se dekubity III. stupně v oblasti sakra a PDK.
<b>Cíl :</b> U pacientky nedojde ke zhoršení stavu dekubitů do 48 hodin.
<b>Priorita :</b> střední
<b>Výsledné kritéria :</b>  - pacientka nemá příznaky nadměrného tlaku na predilekční místa do 2 dnů - pacientka umí pracovat se škálou bolesti do 2 dnů - pacientka je dostatečně informovaná o nutnosti polohování každé 2 hodiny
<b>Plán intervencí :</b>  - kontroluj při každé manipulaci ohrožená místa pacienta- všeobecná sestra, ošetřovatelka - vyhodnoť riziko vzniku dekubitů – všeobecná sestra - pečuj o hygienu predilekčních míst – všeobecná sestra, ošetřovatelka - věnuj pozornost kostním výčnělkům (predilekčním místům) – všeobecná sestra, ošetřovatelka - polohuj dle rozpisu cca 2 hodiny – všeobecná sestra, ošetřovatelka - používej antidekubitární pomůcky – všeobecná sestra, ošetřovatelka - udržuj lůžko čisté a suché – všeobecná sestra, ošetřovatelka - zajisti dostatečný příjem tekutin- všeobecná sestra, ošetřovatelka - proved' důkladné posouzení, rozsah, stupeň, lokalizaci a charakter dekubitu a zaznamenej – všeobecná sestra
<b>Realizace :</b>  6:30 Provedla jsem celkovou hygienu na lůžku, vyměnila čisté, suché ložní prádlo. Kůži jsem preventivně promastila a jemně namasírovala krémem ( Menalind), především na predilekčních místech. Po hygieně jsem ošetřila dekubity na sakru a PDK. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Sacrum - dekubit III. st. velikosti 5 krát 6 centimetrů, hloubka 1,5 centimetru. Černá nekróza, okolí krvácející, zarudlé. Ošetření – dezinfekce a oplach Betadine soll.+ přiložení obkladu s Betadine soll. a Acidobetadine ung, okolí promazáno krémem Menalind. Převaz 3 krát denně. Pata pravé dolní končetiny- dekubit III. st. velikost 7 krát 5 centimetrů, hloubka 2 centimetru. Granulující tkáň, se žlutou sekrecí. Ošetření – oplach Betadina soll. přiloženo krytí Actisorb. Další převaz za 2 dny.  8:00 po snídani jsem pacientku napolohovala na levý bok, zkontrolovala jsem čistotu ložního prádla. Pacientka má na dosah sklenici s tekutinami.



9:00 Pacientka verbalizuje bolest zad z polohy na levém boku, upravila jsem ji polohu, použila antidekubitární válce a informovala jí o nutnosti střídat polohy na bocích a zádech.

10:00 Pacientka napolohována dle rozpisu na záda. Vypodložila jsem jí paty do zvýšené polohy. A na přání pacientky jsem vyvětrala místnost. Stále pacientku pobízím k dostatečnému příjmu tekutin.

11:30 Pacientka jsem posadila k obědu v lůžku, přistavila jsem jídelní stůl s obědem. Pacientce poskytnut dostatek času na jídlo. Snědla celé hlavní jídlo a pár lžiček polévky. Udává pocit nasycení.

12:15 Kontrola ložního prádla a plen, vše suché a čisté. Pacientka polohována na pravý bok a znovu poučena o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin. Převázán dekubit dle rozpisu na sakru.

**Hodnocení :**

U pacientky nedošlo k zhoršení dekubitů v oblasti sakra a PDK do 48 hodin. Nutno pokračovat v zavedených intervencích.

**Celkové hodnocení :** Cíl splněn částečně, intervencí je třeba pokračovat po celou dobu hospitalizace.

**Tabulka č. 10 Sesterská diagnóza č. 3**

**Sesterská diagnóza:**

3. Porucha vyprazdňování z důvodu imobilizace projevující se zácpou

**Cíl :** Pacientka se vyprázdní do 2 dnů

**Priorita :** střední

**Výsledné kritéria :**

- pacientka zná příčiny a projevy zácpy do 1 dne
- pacientka má pravidelnou stolicí do 2 dnů
- pacientka je informována o dostatečném příjmu tekutin a vhodném složení potravy do 1 dne
- pacientka zná veškeré možnosti techniky vyprazdňování stolice do 1 dne

**Plán intervencí :**

- zajisti soukromí při defekaci – všeobecná sestra
- pouč pacientku o dodržování dostatečného pitného režimu – všeobecná sestra

- zaznamenávej pravidelně stolici do dokumentace- všeobecná sestra
- podávej laxativa dle ordinace lékaře- všeobecná sestra
- sleduj charakter, zápach , množství, barvu a četost vyprazdňované stolice – všeobecná sestra
- po vyprázdnění zajisti hygienu rukou a genitálu – všeobecná sestra, ošetrovatelka

**Realizace :**

7:00 pacientka si stěžuje na nepříjemný tlak v břiše. Dle dokumentace stolice již 3 dny nebyla. Dle ordinace lékaře podány laxativa (laxygall a glycerinový čípek). Pacientku jsem poučila a dostatečném příjmu tekutin a doporučila vhodné cviky a techniky vyprazdňování.

8:30 pacientce přiložena podložní mísa, pacientka se vyprázdnila jen částečně, udává stále pocit plnosti.

9:30 na svačinu nabídnut pacientce kysaný nápoj na podporu střevní peristaltiky

13:15 pacientka si žádá znovu podložní mísu, pacientka se vyprázdnila, konzistence stolice byla tuhá bez příměsi krve. Pacientka udává pocit úlevy.

**Hodnocení :**

Pacientka se po podání laxativ a glycerinového čípku dostatečně vyprázdnila. Verbalizuje pocit úlevy, cítí se mnohem lépe.

**Celkové hodnocení :** Cíl byl splněn

## **Celkové hodnocení pacientky**

Pacientka byla na oddělení následné péče přijata dne 15.2. 2012. Hlavním důvodem plánovaného přijetí byla rehabilitace a doléčení bronchopneumoni. Léčba pacientčiny bronchopneumonie, začínala nasazením léků dle ordinace lékaře. Pacientka měla dekubity třetího stupně na sakru a pravé patě. Po dobu hospitalizace se provádělo ošetřování dle rozpisu. Pacientka také udávala bolest pravé dolní končetiny. Dle lékaře byly naordinovány analgetika.

Doprovodným problémem byla nespavost, která vznikla z důvodu hospitalizace. Během hospitalizace bylo pacientce upraveno prostředí pro spánek a byla zajištěná větší aktivita během dne.

Dalším problémem pro pacientku byla zácpa. Po podání laxativ dle ordinace lékaře, doporučení cviků a techniky vyprazdňování, se pacientka vyprázdnila a verbalizovala velkou úlevu. Po vyprázdnění pacientka udává větší chuť k jídlu cítí se lépe a má více energie. Na konci týdne je pacientka již bez kašle, udává zmírnění bolesti v pravé dolní končetině. Pacientku však stále trápí, že nevidí často svou rodinu a není v domácím prostředí.

Za dva týdny čeká pacientku kontrola na ortopedii. Podle doporučení lékaře začne pacientka s vertikalizací a rehabilitací i mimo lůžko. Díky úsilí a snaze pacientky a ošetřujícího personálu se zdravotní stav zlepšuje. Domnívám se, že pacientka má snahu intenzivně spolupracovat na rehabilitaci a je předpoklad, že její stav se bude nadále zlepšovat na dále zlepšovat. Vzhledem k diagnóze se však některé problémy nedají zcela odstranit. Pacientka hodnotí ošetřovatelskou péči pozitivně.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Mezi nejvíce rizikovou skupinu pacientů, u kterých je předpoklad vzniku dekubitů patří především staří lidé upoutaní na lůžko a jsou odkázáni na pomoc druhých. Často se setkávám s případy, kdy při návštěvě pacientky u lůžka rodinní příslušníci omezují svou návštěvu jen na slovní kontakt a krátký časový úsek.

Rodiny často nemají dostatek informací o pomoci nemocnému a bojí se, aby mu nějak neublížily, tak s ním raději nic nedělají. Proto je dobré rodinu edukovat o potřebě rehabilitace, pitného režimu, zdravé výživě, vlídného slova, které mohou mít pozitivní vliv na uzdravení.

Práce na oddělení následné péče je velmi náročná, vyžaduje od ošetřujícího personálu fyzickou zdatnost a psychickou odolnost. I přes náročnost pracovního zatížení, by nemělo být opomenuto, že pacient potřebuje mimo odbornou péči i lidský a přívětivý přístup personálu.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo poukázat na problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s dekubity. Zabývala jsem se nejen problémem komplexní ošetrovatelské péče, ale i psychickým stavem, který je jeho nedílnou součástí. Problém vzniku dekubitů je ve zdravotnických zařízeních, především na odděleních následné péče a odděleních dlouhodobě nemocných, jedním z nejčastějších doprovodných problémů základního onemocnění.

Zlepšení úrovně ošetrovatelské péče je závislé od personálního a materiálního vybavení. Nemocnice a jiná zdravotnická zařízení se snaží vybavovat oddělení moderní technikou, jako jsou polohovací postele, které umožní lepší manipulaci personálu s pacientem a větší komfort pacientovi samotnému, antidekubitárními pomůckami a především materiálem určeným k léčení dekubitů. Dále by zdravotnická zařízení měla umožnit další vzdělávání personálu a seznamovat je s novými postupy a metodami při léčbě. K rozvoji a rychlejšímu zavádění nových léčebných postupů, pomůcek a léčiv brání však v současnosti především finanční náročnost.

Z mojí zkušenosti z praxe jsem přesvědčena, že i přes nedostatek potřebného materiálu a pomůcek lze péči zvládnout a zorganizovat tak, aby vznik dekubitů u pacientů byl minimalizován, ne vždy se to samozřejmě podaří.

Důležitým faktorem léčby pacienta je také jeho duševní stav, k jeho zlepšení můžeme napomoci empatií, rozhovorem, pochopením nebo přívětivým přístupem k pacientovi a tím přispět k příjemnějšímu pobytu v nemocničním zařízení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU s.r. o., 2011. 280 s. ISBN 978-80-7399-289-7.
2. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea s. r. o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
3. PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
4. STRYJA, Jan. 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum s. r. o., 2008. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.
5. ZEMAN, M. aj. 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
6. MIKULA, Jan.; MÜLLEROVÁ, Nina. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
7. PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2003. *Stručná příručka zdravotní sestry v péči o chronický nemocné*. Veverská Bítýška: Hartmann – Rico. 2003. 85 s. ISBN 80-238-9971-6
8. BUREŠ, Ivo. 2006. *Léčba rány*. Praha: Galén, 2006. 78 s. ISBN 80-7262-413-X.
9. Autorský kolektiv. *Kompéndium ran a jejich ošetřování*. 2005. Veverská Bítýška: Hartmann- Rico. 2005. 127 s. ISBN 3-929870-18-5
10. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
11. TRACHTOVÁ, E. aj. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2003. 168 s. ISBN 80-7013-324-4
12. SCHULLER, Matthias; OSTER, Peter. 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: GradaPublishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
13. SUCHÁNKOVÁ, Andrea. *Bezpečnost a kvalita - priority následné péče*. Zdravotnické noviny [online]. Duben 2010. [cit. 2012- 02-25] Dostupný z WWW:

<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/zdravotnicke-noviny-plus/bezpecnost-a-kvalita-priority-nasledne-pece>

14. GUY, H. *Does massage help to prevent pressure ulcers?* Nursing Times, 107, 2011, č. 32–33, s. 25. Překlad: Mgr. Libuše Dobrovodská [online]. Květen 2012. [cit. 2012-05-07] Dostupné na WWW: <http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/recenzovane-clanky/pomaha-masaz-v-prevenci-dekubitu>

15. Proleženiny [online]. [cit. 2012-01-11] Dostupné na WWW: <http://www.hojeniran.cz/prolezeniny>

**Seznam literatury byl zpracován dle normy ISO 690:2**

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše.....	I
--------------------------	---



Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Lékařská knihovna  
Havlíčkovo nábřeží 600  
Zlín 762 75

AN: 11005864 DT: 201103  
TI: Rány a příroda (alternativní léčba dekubitů)  
AU: Dalíková, Šárka  
AD: LDN, Ostrava-Radvanice  
CI: Hojení ran, Roč. 5, č. 1 (2011), s. 21. ISSN: 1802-6400.  
LA: cze RT: 6 - abstrakt

AN: 11038724 DT: 201110  
TI: Sledování dekubitů jako jednoho z ukazatelů kvality  
ošetřovatelské péče  
AU: Kocourková, Jana - Malá, T.  
AD: Masarykův onkologický ústav, Brno  
CI: Hojení ran, Roč. 5, Supl. 1 (2011), s. 30 příl.. ISSN: 1802-  
6400.  
LA: cze RT: 6 - abstrakt

AN: 11005921 DT: 201103  
TI: Dekubitus - indikátor kvality ošetřovatelské péče na národní  
úrovni  
AU: Müllerová, Nina  
AD: Centrum řízení kvality FN, Plzeň  
CI: Hojení ran, Roč. 5, č. 1 (2011), s. 38. ISSN: 1802-6400.  
LA: cze RT: 6 - abstrakt

AN: 11005964 DT: 201103  
TI: Prevence recidivy dekubitů u spinálních pacientů po plastice  
AU: Vašíčková, Lia - Franců, Milada  
AD: Spinální jednotka, Traumatologické centrum FN, Brno  
CI: Hojení ran, Roč. 5, č. 1 (2011), s. 51-52. ISSN: 1802-6400.  
LA: cze RT: 6 - abstrakt

AN: 11005928 DT: 201103  
TI: Dekubit--  
AU: Sedláková, Miroslava  
AD: Chirurgická ambulance, Podhorská nemocnice a.s., Bruntál  
CI: Hojení ran, Roč. 5, č. 1 (2011), s. 41-42. ISSN: 1802-6400.  
LA: cze RT: 6 - abstrakt

AN: 11034914

DT: 201109  
TI: Hojení dekubitu IV. stupně u pacientky se sclerosis multiplex -  
kazuistika  
AU: Polodnová, Dana  
AD: Oddělení dlouhodobě nemocných, Nemocnice Jihlava  
CI: Diagnóza v ošetrovatelství, Roč. VII, č. 4 (2011), s. 12-13.  
ISSN:  
1801-1349.  
LA: cze RT: 3 - článek

AN: 11034912 DT: 201109  
TI: Hojení ran vlhkou cestou  
AU: Molčanová, Jana - Čech, Milan  
AD: Interna JIP, Nemocnice Na Homolce, Praha