

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S BÉRCOVÝM VĚDEDEM V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DITA KRÁLOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S., PRAHA 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S BÉRCOVÝM VĚDEDEM V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DITA KRÁLOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D.

Praha 2013



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

Králová Dita
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

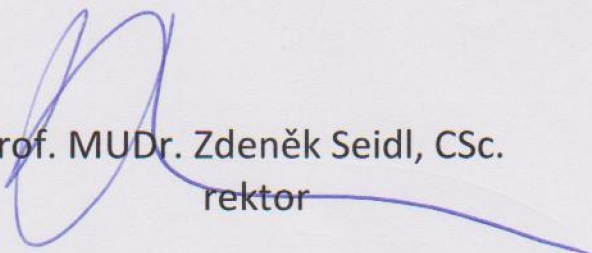
Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s bércovým vředem
v domácí péči

*Comprehensive Nursing Care of a Patient with Venous Ulceration in
Home Care*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 3. 9. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Litvínově dne 24.3.2013

podpis

POD KOVÁNÍ

Chtěla bych velice podkovat své rodině za podporu a optimistický přístup. Hlavně bych chtěla podkovat mé vedoucí práce paní PhDr. Janu Hlinovskou, PhD., za ochotné vedení mé práce, za rady, připomínky a upozornění, které přispěly k vytvoření této práce.

ABSTRAKT

KRÁLOVÁ, Dita. *Komplexní ošetřovatelská péče u pacienta s bérčovým v edem v domácí péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. Praha. 2013. 64 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komplexní ošetřovatelská péče u pacienta s bérčovým v edem v domácí péči. Teoretická část práce popisuje patofyziologii, diagnostiku, léčbu bérčového v edem. Praktická část práce je zaměřena na komplexní ošetřovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova

Bérčový v edem. Domácí péče. Ošetřovatelská péče. Ošetřovatelský proces.

ABSTRACT

KRÁLOVÁ DITA. *Comprehensive Nursing Care of a Patients with Venous Ulceration in Home Care*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. , Prague. 2013. 64 pages.

The main topic of this thesis is a comprehensive nursing care of a patient with venous ulceration in home care. The theoretical part describes the pathophysiology, diagnosis, treatment, venous ulceration. The practical part focuses on the comprehensive nursing care of a patient with this disease.

Keywords.

Venous ulceration. Home care. Nursing care. Nursing process.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ÁST	12
1. BÉRCOVÝ V ED.....	12
1.1. ETIOLOGIE A PATOGENEZE	12
1.1.1. BÉRCOVÝ V ED ŽILNÍHO P VODU	14
1.1.2. BÉRCOVÝ V ED TEPENNÉHO P VODU	15
1.2. RIZIKOVÉ FAKTORY	16
1.3. SYMPTOMATOLOGIE	17
1.4. DIAGNOSTIKA	19
1.5. LÉ BA	21
1.5.1. KOMPRESIVNÍ LÉ BA	22
1.5.2. LOKÁLNÍ LÉ BA	24
1.6. PROGNOZA	29
1.7. SPECIFIKA OŠET OVATELSKÉ PÉ E	30
2. DOMÁCÍ PÉ E	31
2.1. HISTORIE	31
2.2. CHARAKTERISTIKA	32
2.3. DOMÁCÍ PÉ E V ĚSKÉ REPUBLICE	33
2.4. OŠET OVATELSKÁ PÉ E V DOMÁCÍ PÉ I	35
PRAKTICKÁ ÁST	37
3. OŠET OVATELSKÝ PROCES	37

ZÁV R	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM P ÍLOH	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Diferenciální diagnostika bércového v edu	18
Tabulka 2 Klasická lé ba	25

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacienta s diagnózou bérkový v ed, protože pracuji v domácí péči a v naší agentuře patří mezi nejaktuálnější.

Léba tohoto defektu udělala v poslední době velký pokrok. Objevila se spousta nových materiálů, které pomáhají hojení tohoto defektu urychlit a usnadnit. Také je velmi zajímavé sledovat individualitu každého pacienta nejen při léčbě samotné, ale také v komplexní péči o něj.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je jedna kapitola věnována onemocnění, jeho příčinám, příznakům, diagnostice, léčbě a komplikacím. Druhá kapitola popisuje historii domácí péče jak ve světě, tak i v České republice a charakteristiku domácí péče. Obecná ošetrovatelská péče o pacienta s bérkovým v edem je popsána ve této kapitole. Praktickou část tvoří tematický celek: posouzení stavu pacientky, posouzení potřeb pacientky, plán individuální ošetrovatelské péče, zhodnocení ošetrovatelské péče. Podle získaných informací od nemocné, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny jsme stanovili ošetrovatelskou diagnózu s pomocí Kapesného průvodce zdravotní sestry a vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

Cílem této práce je seznámit společnost s bérkovými v edy, jejich léčbou a ošetřováním pacienta, který jimi trpí.

TEORETICKÁ ÁST

1 BÉRCOVÝ VĚD

Ulcus cruris, bérkový věd, pat í k velmi ástým a závažným onemocn níím žilního systému dolních kon etin. Onemocn ní žil se vyskytuje u 10 - 60% populace. Liší se podle věkových skupin, pohlaví, pracovního za azení apod. V poslední dob ě je zaznamenán nár st tohoto onemocn ní a dá se tak již za adit do tzv. civiliza níích chorob. Jedná se o dlouhodobou a chronickou nemoc, která snižuje kvalitu života pacienta. Krom nep íjemných zdravotních komplikací p sobí onemocn ní pacient m také obtíže v rovin sociální a psychologické. Základním p edpokladem pro úsp šnou lé bu bérkových věd ě je obnovení správné funkce ob hového systému dolních kon etin. Nutná je v tomto p ípad ě spolupráce pacienta a snaha zapojit se do lé by. Lé ba není snadná, a však není nemožná (ŠVESTKOVÁ, 2000, str. 5).

1.1 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Bérkový věd lze charakterizovat jako chronický defekt k ěže s rozpadem tkán ě a jejím odum ením (nekrózou), porušením její anatomické struktury a funkce. M ěže zasahovat r zn ě hluboko do tkán í podkožních a m ěže se tak stát vstupní bránou infekce do organismu. Bérkový věd se adí mezi rány a bývá lokalizován na dolních kon etinách. Podle stupn ě závažnosti poškození tkán ě se rozlišují chronické rány:

- se ztrátou pokožky a škáry (epidermis a corium),
- se ztrátou pokožky, škáry a podkožní tkán ě (epidermis, corium, tela subcutanea),

- se ztrátou celé struktury kůže, nekrózou, s poškozením svaloviny, obnažením šlach, kloubních pouzder, kostí (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Na vzniku bérčových vředů se podílí zevní i vnitřní vlivy. Mezi zevní vlivy řadíme:

- fyzikální příčiny (poranění, teplo, chlad, tlak, sebepoškození),
- chemické příčiny (kyseliny, louhy, léky, apod.),
- infekční onemocnění (erysipel, osteomyelitis, mykózy a další) (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Mezi vnitřní vlivy řadíme:

- žilní poruchy (varixy, záněty hlubokých žil),
- tepenné poruchy (zúžení a uzávěry cév),
- poruchy mízního systému (lymfedém apod.),
- krevní poruchy (anémie, zvýšený počet krevních destiček),
- poruchy výměny látkové (diabetes mellitus, arthritis urica),
- poruchy nervového systému (sclerosis multiplex, poliomyelitis, polyneuropatie),
- onemocnění autoimunní (vasculitis, arthritis rheumatica, lupus erythematosus),
- benigní a maligní kožní nádory, metastázy,
- smíšené příčiny (žilní a tepenné, žilní a diabetické a další) (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Pospíšilová ve své knize uvádí, že: „nejčastěji uváděnou příčinou vzniku bérčového vředu, je příčina žilní (57- 85%), tepenná (5 - 20%) nebo smíšená. Na

každém desátém v edy se podílí souasn n kolik p í in, ale žádná z nich není dominantní. Velmi ásto jsou též pozorovány ulcerace na diabetickém podklad (5 – 10%)“ (POSPÍŠILOVÁ, 2004, str. 14).

1.1.1 BÉRCOVÝ V ED ŽILNÍHO P VODU

Bércové v edy žilního p vodu jsou výsledným stavem chronické žilní nedostate nosti ve spojitosti s primárními varixy a u posttrombotického syndromu. Vznikají na základ zm n, které omezují látkovou vým nu v kožní a podkožní oblasti. Mnohem ást ji se tyto projevy vyskytují u žen, 2 – 3x ást ji. (POSPÍŠILOVÍ, 2004)

Chronická žilní nedostate nost, insuficience, je onemocn ní žilního systému dolních kon etin, charakterizované chronickým m stnáním v žilách a zvýšením žilního tlaku (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Chronická žilní insuficience je jednou z nej ást jších p í in onemocn ní dolních kon etin. Tato nemoc je patofyziologický stav, který charakterizuje porucha návratu žilní krve z dolních kon etin sm rem k srdci. Dochází k jejímu m stnání v žilách dolních kon etin a tím ke zvýšení žilního tlaku. P í inou m že být ztráta pružnosti žilní st n nebo nedomykavost žilních chlopní apod. Krom nedomykavosti chlopní se na vzniku chronické žilní nedostate nosti podílí více než v 50% p ípad zán t hlubokých žil, flebotrombóza. Podle zp sobu vzniku žilní insuficience rozlišujeme dva základní typy – primární a sekundární (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Primární chronická žilní nedostate nost je spjata s dlouhodobým výskytem primárních varix . K e ové žíly p ítom vznikají na základ mnoha dalších faktor . Jejich vznik m že být podmín n d di ností, dlouhodobým stání i sezení, nedostatkem vitamínu C, apod. Princip vzniku je op t v m stnání krve v žilách dolních kon etin. Nahromad ná krev neúm rn zat žuje žilní st nu a poškozuje ji. Následným vývojem pak dochází k objevení z eteln viditelných rozší ených a vinutých žil. Na menších žilách se varixy projevují pavu inovitými linkami namodralé až na ervenalé barvy. U v tších žil mají uzlovitou podobu fialového zabarvení. Postup onemocn ní, není-li v as a správn lé eno, zp sobuje etné komplikace, zm nu pigmentace pokožky, zatvrdnutí

k žele, ekzému a ve finále vzniká bércevého v edy, v tomto p ípad **varikózního** (asopis Pharma News, 2007).

Sekundární chronická žilní nedostate nost se vyskytuje daleko ást ji. Vzniká po p edcházející flebotrombóze, která zp sobí ást nou nebo úplnou nepr chodnost žil, nedomykavost chlopní, i vzájemné kombinace t chto poruch. Uzáv r žíly zp sobí trombus. D sledkem je, že krev proudí opa ným sm rem – do povrchových žil. V povrchovém žilním systému m stnání krve zesiluje, vzniká žilní hypertenze. Ta vede k trvalým zm nám v kapilárách a okolní tkáni, která je postupn destruovaná. Tento typ v edy se nazývá **posttrombotický**.

Oba typy vznikají na základ žilních poruch a jsou nej ást ji lokalizovány v dolní t etin bérce. Varikózní v edy bývají zpravidla menší, mnohdy však více etné. V edy na podklad sekundární chronické insuficience jsou v tšinou hluboké a rozsáhlé. Projevují se silným mokváním, delší dobou hojení a r zn intenzivní bolestí, která ustupuje p i poloze vleže (asopis Pharma News, 2007).

1.1.2 BÉRCOVÝ V ED TEPENNÉHO P VODU

P í inou v ed tepenného p vodu bývá ást ný nebo úplný uzáv r cév p í iny arteriosklerotickém spojený s poruchou prokrvení. Oproti ostatním typ m postihuje zhruba p tkrát ást ji muže.

Uzáv rovým procesem mohou být postiženy cévy všech velikostí. Rozsah cévním zm n podmi uje velikost bércevého v ed a také rychlost progrese. V míst uzáv ru dojde nejd ív k nekrotizaci poškozené tkán , která se projevuje tmavým p íškwarem a následn dochází k rozvoji bércevého v edy se žlutými povlaky. Ulcerace mají v tšinou kruhovitý nebo oválný tvar. Krom lokalizace na p edních, vnit ních a zevních stranách bérce se vyskytují též na nártch, prstech a na patách. Jsou zna n bolestivé, zejména ve vodorovných polohách, kdy se zvyšuje nedokrevnost kon etin. Oproti v ed m žilních není p ítomen otok. Okolí je však zarudlé n kdy cyanotické. Puls na tepn , na h betu nohy, bývá nehmatný nebo oslabený. Hojení je závislé na uzáv ru a pr svitu postižené tepny. V tšinou bývá obtížné a zdlouhavé.

Velmi častými jsou též bérkové v edy diabetické a vaskulitické. Mén často se objevují v edy z nádorové p í iny, posttraumatické nebo artificiální (p í sebepoškození) (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikové faktory vedoucí ke vzniku bérkového v edu se liší podle p í iny vzniku ulcus cruris. Na první p í ku se adí již zmi ovaná onemocn ní žilního systému. Žilní onemocn ní zp sobují 73% všech v ed .

A k rozvoji chronické žilní nedostate nosti p íspívá ada nep íznivých faktor :

- výskyt žilních onemocn ní v rodin
- d di nost
- zán tlivá onemocn ní žil
- opakovaná t hotenství
- hormonální antikoncepce
- životní styl
- nedostatek pohybu
- kou ení
- dlouhodobé stání nebo sezení
- nošení t žkých b emen
- omezená hybnost kloub dolních kon etin
- nesprávná výživa
- nadváha
- nevhodná obuv (KAREN, ŠVESTKOVÁ, 2007).

U bérkových v ed vznikajících na podklad tepenného uzáv ru jsou rizikové faktory v podstat podobné, jen jsou v jiném po adí:

- kou ení
- hypertenze

- příliš tuhá strava
- nadváha
- stres (KAREN, ŠVESTKOVÁ, 2007).

1.3 SYMPTOMATOLOGIE

Symptomy jsou podmíněné závažností poruch v obhoběném systému. Mezi nejastji uváděné subjektivní obtíže patří bolest a napětí nohou. Bolesti jsou variabilní, od nepatrných až po silnou bolest. Pocit napětí je v tšinou podmíněn otokem žilního pvodu (flebedém), případně kombinací žilní a mízní píiny (flebolymfedém). Z ostatních symptomů se nejastji uvádí: pocit těžkých unavených nohou, svdění, pálení štípání, noční křeče.

Objektivně lze často pozorovat:

Varixy nebo rozšířenou žilní kresbu při okrajích plosky. Projevuje se často jako první příznak modrofialov prosvítajícími žilkami a v tšinou nezpůsobuje subjektivní obtíže.

Otok (edém, flebedém) bývá zejména kolem kotníků, mohou však postihnout celý bērec. Nejvýraznější bývá večer a po námaze. Způsobkem je reverzibilní, později je jeho výskyt trvalý.

Pigmentace. Jde o skvrny světle až tmavě hnědé barvy, způsobené ukládáním železitého pigmentu (hemosideru) v kůži, uvolněného z erytrocytů, které se ukládají do tkáně v důsledku zvýšené propustnosti žilní stěny. V průběhu onemocnění mohou splývat do větších plošných ložisek. Nejastji se objevují v dolní třetině bērece.

Dermatitidy ze stázy se projevuje plošným zarudnutím, často je provází mokvání, šupinatění a tvorba jantarově zbarvených strupků. Kůže je citlivá a na dotek bolestivá.

Mikrobiální ekzém je častou komplikací dermatitidy. Jde o přítomnost červených pupínků ve skupince se žlutavým nebo šedobílým obsahem. Způsobuje svdění.

Kontaktní alergický ekzém je projevem přecitlivlosti kůže na nejrozšířenější masti, krémy, obklady, kterými se kůže ošetřuje, nebo na obvazový materiál. Ekzém tohoto typu se vyznačuje sytě červenými pupínky, případně puchýřky s tendencí k mokvání.

Šupinatá kůže se zesílenou rohovou vrstvou (hyperkeratóza). Tento stav, projevující se tvorbou ztlustlých šupin je reakcí kůže na chronickou žilní nedostatečnost. Příčinou může být dlouhotrvající otok, který dráždí pokožku ke zvýšenému rohovatění.

Tuhá kůže (dermatoskleróza) vzniká vazivovou přeměnou povodního otoku. Projevuje se plošným a bolestivým ztuhnutím kůže a podkoží v dolní třetině bérce, v krajině nad vnitřním kotníkem. Kůže je díky sklerotickým změnám lesklá.

Bradavité výrůstky (papilomatóza) je odezvou na přetrvávající otok. Jde o zbytečnou pokožku a škály s přestavbou vaziva. Na bérce a nártu se tvoří výrůstky, které mohou dosáhnout gigantických rozměrů. Mezi hustými výrůstky se rohovina přisobením bakterií rozkládá a je příčinou zápachu.

Bílá atrofie (atrophia alba) se objevuje u třetiny nemocných a je projevem závažného postižení žilního systému. V krajině kotníku se tvoří lesklé, perleťové zbarvené, nepravidelné jizvičky s tenkou kůží, s drobně prosvítajícími cévkami, s červeným nebo pigmentovým lemem. Tyto okrsky mají tendenci k bolestivému rozpadu (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Rozdílný symptomatologický obraz je u bércevého povodu žilního povodu a bércevého povodu tepenného povodu (viz tabulka 1) (POSPÍŠILOVA, 2004).

Tabulka 1 Diferenciální diagnostika bércevého povodu žilního a tepenného povodu

	V ed tepenný	V ed žilní
<i>Anamnéza</i>	bolest při chůzi, noční bolesti	tíha v nohou, únava
<i>Lokalizace</i>	prsty, chodidla, bérce	nejzávažnější oblast kotníku
<i>Spodina</i>	nekrotická, suchá	vlhká, mokvající
<i>Okolí</i>	zarudlé, cyanotické	pigmentace, otok, ekzém
<i>Otok</i>	chybí	závažný
<i>tep na periferii</i>	chybí	v normě
<i>úlevová poloha</i>	nohy svášené dolů	poloha vleže, nohy zvednuté

Zdroj: Pospíšilová, A. Bérceový povod I, 2004

1.4 DIAGNOSTIKA

Cílem vyšetřovacím postup a metod je stanovení diagnózy – určení příčiny onemocnění. Diagnóza zahrnuje podrobnou anamnézu, klinické a peristroskopické vyšetření. Běrcové v edy jsou viditelné pouhým okem, ale je nezbytné zjistit funkčnost žilní soustavy.

- **Anamnéza** - základním vyšetřením nemocného s běrcovým v edem je anamnéza, ve které mají významné místo údaje o rodinném výskytu onemocnění, dále anamnéza osobní a sociální. Lékař se zaměřuje na výskyt žilních a cévních onemocnění, cukrovky, hypertenze a dalších rizikových onemocnění v rodině. V rámci osobní anamnézy zjistí, kdy se onemocnění vyskytlo poprvé, frekvence relapsů, délka hojení, léčba, dodržování preventivních opatření. U žen se navíc lékař dotazuje na počet porodů a užívání hormonální antikoncepce. Je důležité zjistit přítomnost varixů, jejich trvání, subjektivní obtíže jako jsou bolesti, svědění, pocit napětí. Pokud má nemocný bolesti, pak je nutné odlišit klidovou bolest a bolest z únavy a bolesti při chůzi. Nedílnou součástí je i anamnéza pracovní, která přináší informace o fyzické zátěži, sedavém zaměstnání, práci ve stoje, apod. (KAREN, ŠVESTKOVÁ, 2007).

- **Fyzikální vyšetření** - klinické vyšetření poskytuje první údaje o možném provedení běrcového v edem a je základním předpokladem stanovení správné diagnózy a tím i správné léčby. Kromě zjištění celkového zdravotního stavu nemocného – konstituce, výživa, tělesné deformity, kloubní pohyblivost – je klinické vyšetření zaměřeno na dolní končetiny. Běrcový v ed se posuzuje jak objektivně tak i subjektivně.

Subjektivní hodnocení se zaměřuje na bolest, pálení, svědění, svědění, případně další příznaky. Bolest může být akutní nebo chronická, kontinuální, dotyková. Příčinou mohou být povlaky nebo obnažená nervová vlákna. Mezi fyzikální objektivní vyšetření patří: aspekce, palpace, perkuse, sondáž.

Aspekce – již pouhým pohledem na ránu nám mnohé napoví. Hodnotíme velikost a lokalizaci rány, stav spodiny, vzhled okraje a změny v okolí.

- velikost rány udává její délka a šířka v centimetrech, případně hloubka, nebo plocha rány (velké plochy jsou typické pro tepenné v edy).

- lokalizace rány je převážně v dolní třetině bérce, kolem kotníku. V menším procentu pak jsou na prstech nohou (tepenné bérce v edy).
- stav spodiny může být pokryta nektrózou (zpravidla spojené cévním uzávěrem), pod odumřelou tkání může být hnis, přítomnost fibrinových nebo šedo-zelených povlaků je typická pro v edy žilního povodu. Rána může být i částečně vyplněna novou granulární tkání s náznaky epitelizace a s tendencí k hojení.
- vzhled okrajů mohou být hladké, nepravidelné, podminované. Pod podminovanými okraji se skrývá infekce, která brání hojení.
- změny v okolí rány mohou být známky atrofie, zarudnutí (tepenné bérce v edy) nebo známky venózní dermatitidy (žilní bérce v edy).

Palpace a perkuse – pohmatem můžeme teplotu a tep na hřbetu nohy. Při podezření na tepenný uzávěr je teplota kůže na periférii snižena a tep nehmatný nebo oslabený. Palpacím vyšetřením získáme informace o charakteru otoku, například že, infiltrátech, bolestivosti.

Sondáž - hodnotíme hloubku rány, zjistíme, zda nedošlo k penetraci do šlach a kloubních pouzder, eventuálně do kostí (časopis Remedia, 2008).

- Laboratorní vyšetření - mezi laboratorní vyšetření spadá odběr biologického materiálu (krev, stříž rány) na mikrobiologický, mykologický, sérologický a histopatologický rozbor. U krve se nejčastěji provádí základní hematologické vyšetření (krevní rozbor, diferenciální rozpočet, krvácivost, srážlivost, D – dimery) a biochemické vyšetření. Mikrobiologický stříž ze spodiny ulcerace bývá jen orientační, sekundární flóra je přítomna téměř ve všech případech. Histopatologické vyšetření se indikuje jen v případech maligního bujení a podezření na vaskulitidu. (časopis Remedia, 2008)

- Funkční zkoušky - funkční vyšetření doplňuje fyzikální vyšetření. U vyšetření žilního systému používáme: test kašlem, pokleповý test (Schwarzův test), Trendelenburgův test, Perthesův test. Vyšetření tepen u bérce v edy tepenného povodu je: test chůze, Ratschowa polohová zkouška.

- Zobrazovací metody:

Vyšetření Dopplerovským přístrojem – ultrazvukové vyšetření žilního a tepenného systému, je bezpečné, rychlé, neinvazivní, bezbolestné. Zjistíme uzavřené a nedomykavost chlopní.

Flebografie – rentgenové vyšetření žil kontrastní látkou, invazivní metoda, která se používá při podezření na přítomnost hlubokých žil. Rozpoznává stádia žilního uzavření. Kontrastní látka se aplikuje do žíly na hřbetu nohy pacient u toho stojí.

Izotopová flebografie – do tkáně se vpraví izotopová látka a sleduje se pokles aktivity nad příslušným místem pomocí speciálního přístroje (scintilárního počítače). Zjistíme průchodnost žilního systému a určíme aktivitu trombózy. Izotopová látka se následně vychytává v plicním oběhu.

Digitální subtrahční angiografie – kontrastní rentgenové vyšetření tepen, u bérce v oblasti tepenného průvodu, poskytne přesný obraz o postižení tepenného systému.

Digitální fotopletysmografie – D – PPG – funkční vyšetření žilního systému. Nemocnému se na vnitřní stranu bérce umístí sonda, nemocný provede několik pohybů v hlezenním kloubu a sonda zaznamená průtok krve bérce v klidu i při pohybu (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

1.5 LÉČBA

Všeobecně se rány se hojí buď per primam (rány bez komplikací, uzavřené stehem nebo svorkami) nebo per secundam (kdy se musí vybudovat náhradní tkáň). Bérce v oblasti je rána chronická, se špatnou hojivou tendencí, s dlouhým trváním léčby a častými recidivami. Hojí se tudíž per secundam, výstavbou nové tkáně. V tšinou je délka léčby delší než 6 týdnů.

Hojení je pirozený a složitý biologický proces. Za fyziologických podmínek zařazuje srážení krve, odbourávání odumřelé tkáně, buněk, cizích těles a choroboplodných zárodků a výstavbou nové prokrvené tkáně, která se zásempřemní v jizevnatou tkáň.

Hojení bércového vředu probíhá ve třech stádiích, které se časově překrývají, a není je možno od sebe oddělit. Je to fáze zánětlivá (infestivní), proliferativní (výstavba nové tkáně) a diferenciativní a reepitelizační (uzavření, jizva).

Fáze zánětlivá – jde o obrannou reakci organismu na nejzávažnější noxy (škodliviny). Cílem je jejich odstranění a vyčištění tkáně, spočívá v odstranění nekrotické a fibrinových povlaků. Vhodné materiály jsou: hydrogely, algináty, antimikrobiální krytí (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Fáze proliferativní – je charakterizována množением buněk s cílem vytvoření nových cév a vyplnění defektu novou granulační tkání. Cílem je ochrana spodiny rány před choroboplodnými zárodky, mechanickým podrážděním a vysycháním. Vhodné materiály k léčbě: hydrogely, polyuretany, hydrokoloidy, algináty, antiseptické krytí (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Fáze diferenciativní, reepitelizační – fáze završující hojení, je pro charakteristická zvýšená aktivita dělení buněk epiteliaálních, od okrajů směrem ke středu a k povrchu. V této fázi je zvýšená potřeba kyslíku. Cílem je udržení vlhkého prostředí, podpora hojení, ochrana nově vzniklé tkáně. Vhodné materiály k použití: hydrogely, antiseptické krytí, neadherentní krytí, tenké polyuretany (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Léčba může být jednak lokální (konzervativní nebo chirurgická), systémová, kompresivní (fyzikální), léčba radikální (chirurgická). Základním předpokladem úspěšné léčby je ovlivnění příčiny vzniku bércového vředu. Musí jít o komplexní, dynamický proces. Faktory, které mohou ovlivnit proces hojení: věk pacienta, imunita, výživa, přidružená onemocnění, nádory, léky, návyky (kouření, alkohol), psychický stav.

1.5.1 KOMPRESIVNÍ LÉČBA

Kompresivní neboli fyzikální léčba spočívá v kompresní terapii elastickou bandáží dolních končetin. Kromě nich lze využít i přístroje stlačující přetlak a podtlak, hyperbarickou oxygenoterapii. Příznivé účinky má i manuální masáž okolí rány,

pohybová cvičení nebo léčba biostimulační lampou. Využívá se především u bérceových vředů na podklad žilního onemocnění.

Léčba zevní kompresí obinadly a punochemi

Jde o základní jednoduché léčebné opatření, které svým účinkem významně zasahuje do průběhu onemocnění. Kompresivní obvaz zvyšuje tlak na tkáň a tím dochází ke zvýšené resorpci tkáňové tekutiny v lymfatických cévách, zužuje rozšířené žíly, snižuje nedomykavost chlopní a žilní hypertenzi, zabráňuje zpětnému žilnímu toku, zvyšuje rychlost proudění krve, zlepšuje žilní návrat k srdci. Lokálně je pak podpora mikrocirkulace, takže se zlepšuje tendence k hojení. Kompresivní obvaz je také oporou svalstva dolní končetiny a tím přispívá k alespoň částečnému obnovení svalové pumpy lýtky.

Při správné kompresi dojde v převážné většině případů ke zmírnění bolesti a zánětlivých projevů. Účinnost se plně projeví až při pohybu. Používají se výhradně kompresivní obinadla od 8 do 14 centimetrů s krátkým nebo dlouhým tahem. Obinadlo by se mělo aplikovat ráno, před svlečením končetiny, noha a bérce musí v hlezenním kloubu svírat úhel 90 stupňů. Obinadlo musí pokrýt celou nohu včetně paty a lýtky. Jednotlivé otáčky se musí ze dvou stran překrývat, nesmí tvořit přehyby. Tlak se musí směrem nahoru snižovat. Dobře položený obvaz nesmí škrtit nebo způsobit nedokrevnost. Měl by poskytnout pocit bezpečné opory, nemocný by měl cítit úlevu v nohách a po určitou dobu by se měla projevit redukce otoku končetiny.

Jestliže se bérceový vřed vyhojí, je pro pacienta výhodnější přejít na další variantu kompresivní léčby – kompresivními punochemi. Jsou méně nápadné, jejich aplikace je jednoduchá, lépe se nosí. Jejich tlak je vypočítán tak, aby nejvíce svr vykazovaly v krajinách kotníku směrem ke kolenu se snižoval (RESL, 1997).

Kompresivní léčba přístrojová

Jde o účinnou léčebnou formu, ale je podmíněna vybaveností daného pracoviště. Kompresivní pneumtické přístroje – Pneuven a Lymfoven jsou vícekomorové návleky se segmentálními vaky, které se oblékají na dolní končetinu a používají se k léčbě žilní nedostatečnosti včetně bérceového vředu. Přístroj Vasotrain je indikován při poruchách periferního prokrvení a bérceového vředu tepenního původu. V tomto případě je končetina vložena do válce z plexiskla, kde se střídají podtlakové a přetlakové fáze. Biostimulační lampa vyzařuje polychromatické světlo, které působí na stěny buňky,

ovlivňuje buněčný mechanismus a obnovuje funkci enzymů. Tím dochází ke zrychlení tkáňové regenerace. Světlo se aplikuje v impulzech. Hyperbarická oxygenoterapie je léčba v kyslíkové komoře. Používá se u nehojících se defektů. Je to jednoduchá, účinná metoda, která spočívá v inhalaci čistého kyslíku při tlaku 2 - 3 atmosféry. Tím se zlepšuje oxigenace poškozené tkáně a zvyšuje se přísun kyslíku pro tvorbu granulační tkáně. Pohybová cvičení – rehabilitační gymnastika je doplňující léčba. Obecně se doporučuje chůze, doporučí se procházky, ale i pěšlapování na místě, krouživé pohyby v hlezenním kloubu, vystupování na špičky, pohyby stimulující jízdu na kole. Při odpočinku je vhodná poloha vleže se zvýšenou polohou dolních končetin. Ze sportu je vhodné provozovat jogging, gymnastiku, tanec, plavání, jízdu na kole, turistiku (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

1.5.2 LOKÁLNÍ LÉČBA

Lokální léčba patří mezi konzervativní způsoby léčby a převládá nad ostatními metodami. Dnešní farmakologický průmysl nabízí obrovskou škálu moderních krytí a obvazového materiálu, které pozitivně ovlivňují hojení ran. Tato krytí, spojená s novým a zcela odlišným způsobem ošetřování ran, nahrazují a postupně vytlačují dosud používanou **klasickou** léčbu.

- Klasická léčba

Klasická léčba vychází z principu otevřeného ošetřování rány. Při tomto způsobu léčby bývá rána často vysušená a hojení se zastaví. Ke klasické terapii se nejčastěji přidávají různé masti, dezinfekční roztoky, obklady, barevné tinktury, pasty apod. (viz tabulka 2) (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Tabulka 2 Klasická léčba

Obklady	Clacaria, Rivanol, roztok Jariš v, hypermanganový, Persteril, Chloramin, borová voda, roztok s antibiotiky a další
Masti	Kafrová, Borová vazelína, Borargentová a Majewského mast, Chloramfenikolová, Framykoin mast, UC7 pasta
Tinkтуры	Methylenová mod , genciánová viole apod.

Zdroj: Pospíšilová, A. Bércový v ed I, 2004

Okolí bércové v edy se p i klasické terapii ošet uje nedráždivou zinkovou pastou nebo olejem. Nevýhodou této lé by jsou asté alergické reakce, vysoušení rány, bolestivost p i vým n obvaz , riziko infekce, velká spot eba obvazového materiálu. Doporu ený postup p i ošet ování bércového v edy p i klasické lé b je v ed vždy p edem osprchovat vlažnou vodou sm rem shora dol , osušit v ed i okolí, p iložit obklad, ošet it okolí, ošet it samotný v ed, poté p iložit vícevrstvé tvercové krytí z hydrofilní gázy, zafixovat vše hydrofilním obvazem a v ed žilního p vodu p iložit ještě obvaz kompresivní.

- Moderní krytí

Moderní léčba (krytí) p edstavuje ú inn jší zp sob ošet ování, který byl umožn n vývojem nových krycích a obvazových materiál (krytí hydroaktivní, hydrogelová, alginátová, polyuretanová ...). Jednotlivé p ípravky musí spl ovat p edpoklady pro úsp šné hojení bércového v edy. K t m pat í p edevším odstran ní odum elé tkán a následné vy išt ní rány. ada moderních krytí zajiš uje zachování p im en vlhkého prostředí a celková doba hojení klesá tak o polovinu. K dalším výhodám pat í možnost mén astých p evaz a tím udržování stabilní teploty, nepropustnost pro mikroorganismy, jednoduchá aplikace a také snadná snímatelnost. Krytí vytvá ející vlhké prostředí oproti klasickým materiál m k rán nep isychá a p i p evazu nedochází k odtržení nov vytvo ených epitelových bun k a ke krvácivým projev m.

Moderní přípravky, které se používají k ošetřování bércového vředu, mají různé materiálové složení s rozdílným fyzikálním úinkem a podle toho se dají rozdělit do několika skupin:

- **Hydrogelová krytí** – sestávají s polyuretanových polymer s vysokým obsahem vody, zvlhčí spodinu rány, vytvoří požadované mikroklima, pohltí přebytečný sekret z rány. Indikovány jsou na rány se suchou spodinou i na rány silně mokvající. Jsou průhledná a dovolují sledování rány. Je nutné, aby ránu překrývala alespoň o 2 cm. (Aguacel, Hydrosorb, Suprasorb a další).
- **Gelové prostředky** – mají zvlhčující úinek, amorfní gel se chová jako vodní roztok, suchou ránu dostatečně hydratuje. Doporučuje se na vředy s nekrotickou spodinou, se suchým žlutošedým fibrinovým povlakem, který působením gelu má nízkou konzistenci a dá se snadno odstranit (Flamigel, Granugel, Hypergel, Nugal, Normigel a další).
- **Mokrý krytí** – je prezentováno polyakrylátovým polštářkem TenderWet, který je klasickým představitelem bioaktivní mokré terapie. Tato spočívá v kombinaci mokrého obvazu s absorpční složkou. Polštářek se superabsorpčním jádrem se aktivuje Ringerovým roztokem, který je průběžně uvolňován do rány a současně nasává sekret, bakterie, toxiny a odumřelé buňky, podporuje tvorbu granulační tkáně. Ponechává se 12 – 24hod. Vhodný na rány silně mokvající i na rány suché, ve fázi čištění a granulační.
- **Hydrokoloidní krytí** – jsou okluzivní, dvojvrstevná, vnitřní absorpční vrstva obsahuje hydroaktivní látky, zevní vrstvu tvoří nepropustná polyuretanová přena. Vnitřní vrstva naléhá na spodinu a vytváří gelovou hmotu, která zajišťuje příznivé mikroklima s vlhkostí kolem 90% a teplotou 32 °C. Navozuje hypoxické prostředí a podporuje tvorbu granulační tkáně. Používá se hlavně ve fázi granulační a může se ponechat na ráně až 7dní. Vyerpání absorpční kapacity se projeví tvorbou „puchýřů“ v centru obvazu. Po odstranění se na ráně objeví kašovitý sekret nasládlého zápachu, který je třeba odstranit vodou. (Comfeel Plus, Granuflex, Hydrocoll, Suprasorb H a další).

- **Hydropolymerová krytí** – podobné jako hydrokoloidy. Představitelem je polopropustný obvaz Tiele, který se skládá ze tří vrstev. Zevní vrstva je opatřena perimokrajním lepidlem, střední vrstva je z netkané textilie a nasává přebytečný sekret ze spodní vrstvy, která naléhá na ránu. Jsou mkké, poddajné a mohou se aplikovat i na rány v místech nerovného kožního povrchu.
- **Nová polyuretanová krytí** – vyráběná z mkkých materiálů propustných pro vodní páry a plyny. Liší se různou drenážní a absorpční kapacitou. Pojímají sekret i bakterie, ránu udržují vlhkou. Na která jsou opatřena silikonovou vrstvou, tím se k ráně nelepí. (Allevyn, Mepilex, Silactic, Suprasorb PU a další).
- **Hydroaktivní krytí** – polopropustné obvazy z polyuretanového gelu v nové podobě. Umožňují vázání velkého objemu tekutiny. Jejich účinek je selektivní, ze sekretu rány absorbují vodu, bakterie, odumělé buňky a výživné látky v ráně ponechávají. Ránu chrání před vysoušením a ochlazováním, stimulují granulaci a epitelizaci. Patří sem například Cutinova.
- **Alginátová krytí** – vyráběná z hrdých mořských řas. Mají silnou absorpční schopnost, u ran s výrazným mokváním, při kontaktu se sekretem se mění v mkkou, nedráždivou, nepřilnavou gelovou hmotu připomínající vodní nasy. Pohlcují choroboplodné zárodky a zbytky odumělé tkáně. Vyrábějí se ve formě polštářků nebo vláknitých provazců (Cutinova alginát, Kaltostat, Melgisorb, Seasorb, Sorbalgon, Suprasorb a další).
- **Absorpční krytí s aktivním uhlím** – základem je jemná pletenina, nasycená aktivním uhlím, někdy vícevrstevná. Má značnou absorpční schopnost, reguluje vlhkost v ráně, pohlcuje sekret, bakterie. Vhodná u ran se silnou sekrecí i u ran povleklých. (Acatex, Actisorb, Carbonet, Estex a další).
- **Krytí ze síťových materiálů** – jsou to vřstřinou gázové tkaniny s vřstřimi i menšími oky, vyráběné z viskózy nebo bavlny. Jsou impregnovány masivními základy nebo obsahují další účinnou složku (jod, silikon, kyselinu hyaluronovou). Jsou propustné pro vodu, plyny, bakterie. Doporučují se k léčbě ran s vytvořenou granulací tkání, k podpoře epitelizace (Atrauman, Bactigras, Ialugen, Inadine, Granolind, Mepitel a další).

- **Transparentní polyuretanové filmy** – vhodná k léčbě povrchových ran nebo jako sekundární krytí v kombinaci s krytím gelovým. Jsou flexibilní, samolepící, průhledné fólie, propustné pro kyslík a vodní páry, nepropustné pro vodu (Bioclusive, Hydrofilm, Mefilm, Suprasorb F, Tegaderm a další).
- **Hydrovlákna** – nová forma krytí s vysokou absorpcí a retenční schopností, sdružují účinek alginátů a hydrokoloidů (Aquacel).
- **Enzymatické prostředky** – obsahují enzymatické látky k léčbě nekrotických vředů a vředů s fibrinovým povlakem. Nahrazují nedostatek vlastního tkáňového enzymu a rozpouští odumřelou tkáň. Aby se jejich účinek mohl uplatnit rána musí být vlhká. Aplikují se denně. (Iruxol, Fibrolan).
- **Antibakteriální a antiseptické prostředky** – mají minimální schopnost vyvolat alergické reakce, účinné proti bakteriím, vysoký čistící efekt. (Betadine mast a roztok, Bactroban mast).
- **Prostředky obsahující kyselinu hyaluronovou** – nahrazují deficit tkáňové kyseliny hyaluronové, jejíž nedostatek zpomaluje hojení (Iualugen krém nebo síťka, Curiosin gel nebo roztok) (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Často se uvedené skupiny moderních krytí navzájem kombinují. Při výběru se vychází z jejich léčebného účinku daného materiálovým složením a fází hojení. Ve fázi čistící jsou vhodné enzymatické prostředky, hydrogelová krytí, mokré krytí. Jinou možností odstranění nekrotických pískvar je pak jejich mechanické odstranění pomocí chirurgických nástrojů nebo méně obvyklým způsobem a to pomocí tzv. „larva“ terapie, kdy se rána osídluje speciálně kultivovanými larvami.

Ve fázi granulační se doporučují přípravky s aktivním uhlím, alginátová krytí, případně nová polyuretanová krytí. Tam, kde je menší sekrece, jsou vhodná krytí hydrogelová a u hlubokých ran pak krytí hydrokoloidní. Ve fázi epitelizační používáme krytí případně nová polyuretanová, síťková, hydrogelová, hydropolymerová (Časopis Sestra, 2011).

1.6 PROGNOZA

Prognózu onemocnění dává místních i celkových faktorů, jako například, velikost a hloubka rány, doba trvání, vzhled a celkový stav nemocného. Prognóza se též odvíjí od dodržování preventivních opatření a je též závislá na vzniku komplikací. Komplikace, které mohou prodloužit fázi hojení a zhoršit prognózu jsou:

- **Erysipel** (růže) – zánětlivá reakce kůže, vyvolána streptokokovou infekcí, v okolí rány vzniká otok, zarudnutí s jazykovitými výboji, nevolnost, teplota, bolest. Léčba je ATB, místní protizánětlivé prostředky (Polysan), obklady z borové vody.
- **Mikrobiální osídlení rány** – v ráně se sídlí mikroby, v těsné blízkosti neznamení infekci, ale pouze kontaminaci rány a prodlužují léčbu. Pomocí mastí nastává komplikace.
- **Lymfedém** – otok z mízního systému, často navazuje na pooperační žilní otok (flebolymfedém), u těžkých poruch chronické žilní nedostatečnosti, někdy se objeví po erysipelové infekci. Lymfedém je otok bledý, chladný, zprvu měkký, posléze tuhý a nebolestivý.
- **Thrombophlebitis** – zánět povrchových žil, často u osob s varixy, uvnitř žilního systému. Jde o ohraničený, pruživý zánět červené barvy, otokem, bolestivý, zvýšená teplota. Léčbou je Prießnitz v obklad, kompresivní obvaz, protizánětlivé masti s obsahem Heparinu (Heparoid), celkově se podávají nesteroidní antiflogistika (Ibalgin tbl.) a důležitý je pohyb – mobilizace pacienta.
- **Xerosis** – suchá, olupující se kůže.
- **Dermatitida iritativní** – z podráždění, tam kde je silné mokvání.
- **Kontaktní alergický ekzém** – přecitlivlost kůže na některý lék používaný k zevnímu ošetření.
- **Mikrobiální ekzém** – zánětlivá dermatóza, způsobená přecitlivlostí na produkty některých bakterií (stafylokoky).
- **Stafylokoková folikulitida** – zánět ústí chlupových míšek, způsobená mechanickým podrážděním přiloženého obvazu, který zůstává na končetině několik dní (zinkoklihový).

- **Venózní dermatitida** – chronická dermatitida, pigmentová kůže, mokvání, pupínky, šupiny, krvácivé projevy. Léčbou je kompresivní obvaz, venofarmaka, mokrý zinková pasta, kortikosteroidy (časopis Pharma News, 2007).

1.7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S BÉRCOVÝM VĚDEDEM

K preventivním opatřením vzniku bércových vředů patří především odstranění příčin, rizikových faktorů nebo jejich kompenzace. U bércových vředů žilního původu je základní léčbou odstranění křečových žil. Tam, kde nelze použít radikální léčbu, zůstává léčba konzervativní. Základní pilířem konzervativní léčby je nošení kompresivních obinadel nebo punoch, mnohdy celoživotně. Dále je důležité vyhýbat se únikům tepla (slunce, horké koupele, sauny), vnovat se pohybovým aktivitám. Žilní potíže dobře ovlivní masáže a sprchování dolních končetin vlažnou, případně studenou vodou. K významným preventivním opatřením patří vyvarování se dlouhodobého stání a sezení, vhodná volba obuvi a oděvu (nejsou vhodné podkolenky, ponožky a punochy s pevným škrťacím okrajem, boty na vysokém podpatku, úzké). Lze sem i zařadit boj proti obezitě, zákaz kouření. Riziko představuje hormonální antikoncepce, opakovaná těhotenství (zhoršují žilní prokrvení). K preventivním opatřením naopak u nemocných s bércovými vředy žilního původu patří užívání venofarmak (zrychlují hojení bércového vředu, posilují žilní stěnu). Recidivám předchází pravidelná péče o kůži, její promazávání indiferentními krémy, jizvy po zhojených bércových vředech masírovat. Nutné je i nadále pacienta sledovat a kontrolovat.

Léčba bývá zpravidla ambulantní, komplikované případy vyžadují hospitalizaci. Důležité je do léčby zapojit pacienta samotného. Na práci sester v ambulancích pak navazují sestry z domácí péče. V České republice byla v r. 2001 založena česká společnost pro léčbu chronické rány. Cílem této společnosti je zlepšit kvalitu péče o chronické rány s ekonomickým zohledněním a zlepšit tak kvalitu života nemocných ve všech oblastech (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

2 DOMÁCÍ PÉČE

Zdravotní péči rozdělujeme na primární, sekundární a terciární. **Primární péče** je místem prvního kontaktu, které poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v komunitě, dle WHO. Je to koordinována komplexní zdravotní – sociální péče, poskytována zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu obecně se zdravotnickým systémem, tak i na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu k jednotlivci. Primární péče je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, ošetřováním, rehabilitací. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho bio – psycho – sociální potřeby. Jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná. Obsahuje zejména tyto oblasti: podpora zdraví a program kontroly nemocí, preventivní zdravotní činnost, účelná a efektivní vyšetřovací a léčebná činnost, spolupráce s dalšími složkami zdravotní péče. Poskytovatelé zdravotní péče (praktičtí lékaři, **agentury komplexní domácí péče**, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci, ostatní zdravotníci v komunitě).

Sekundární zdravotní péče se rozumí poskytování specializované zdravotní péče zejména prostřednictvím zdravotnických institucí (nemocnice, specializované ambulance v nemocnici i v terénu).

Terciární péče je poskytována na úrovni vysoce specializované komplexní zdravotní péče (transplantační programy, onkologie, kardiochirurgie). Je finančně nejnákladnější (JAROŠOVÁ, 2007).

2.1 HISTORIE

Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu, Williamem Rathbonem. Ten společně s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry, které poskytovaly péči nemocným, potěbným a chudým lidem. V roce 1885 je ve Spojených státech amerických založena organizace sester. V rámci celé Evropy dochází koncem 19. století k rozvoji domácí péče. V průběhu 20. století je však tato péče zatlačována do defenzívy v důsledku kumulace nemocných ve zdravotnických

za řízení a rozvoji zdravotnické techniky. Domácí péče se tudíž orientuje jen na seniory. Pouze v Holandsku zůstávají v rámci tradičního systému domácí péče.

K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě (Francie, Finsko, Lucembursko, Belgie, Dánsko, Anglie...) v průběhu sedmdesátých let dvacátého století. Příčinou jsou vysoké náklady na zdravotnický systém, stárnutí populace, zvyšování osob závislých na pomoci druhé osoby, hrozí epidemie, pandemie. V roce 1991 se koná první evropský kongres Domácí péče ve Strasburgu a v roce 1996 první světový kongres a následně se zakládá Světová organizace domácí a hospicové péče (WHHO). (MISCONIOVÁ: Národní centrum domácí péče České republiky [online] 2006).

2.2 CHARAKTERISTIKA

Komplexní domácí péče je nedílnou součástí primární péče, doplňující ambulanci lékařskou péči o komponenty ošetrovatelské péče, sociální péče a laické pomoci. Aktivita je orientována na podporu a udržení zdraví, prevenci nemoci, saturaci bio – psycho – sociálně – ekologických potřeb člověka, i komunity v době ohrožení stability, nebo zasažení negativními vnitřními, i vnějšími vlivy.

Základním principem je aktivní pomoc a péče poskytnutá člověku v nesnázích, které jsou spojeny se stavem jeho těla, duše i prostředí. Cílem je kvalitní humánní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu se zohledněním kvality, odbornosti a efektivity péče. Domácí péče podporuje u klienta sebedůvěru a sebeobsluhu, zapojení rodinných příslušníků do péče.

Základní jednotkou komplexní domácí péče je agentura domácí péče, která může být státní, i nestátní zdravotnickým zařízením. Organizátorem jsou samostatné právnické i fyzické osoby, státní instituce, organizace nebo obce. Složení agentury je variabilní a je modelováno dle aktuálních potřeb klienta, od základní po specializovanou péči v následujících oblastech:

- odborná zdravotní péče, jejíž rozsah je indikován ošetřujícím lékařem klienta
- sociální péče a pomoc, jejíž rozsah určuje sociální diagnostika klienta a jeho prostředí

- laická péče (péče rodinných příslušníků, péče dobrovolníků), její rozsah je dán aktuální situací v rodině, společenským klimatem atd. (MISCONIOVÁ, rok není uveden).

Domácí péče je symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. Je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.

2.3 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. Služba potřebovaným v rodinách i špitálech byla výsadou ehoelních řádů (řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky...). O rozvoj zdravotnictví se zasloužila jak Svatá Anežka Přemyslovna (založila 60 špitálů), tak i Marie Terezie (útulky, spolky pro ochranu a pomoc potřebovaným). V roce 1874 je založena první ošetřovatelská škola a v roce 1919 je založen československý červený kříž. Všeobecně jsou podporovány spolky a akce na podporu sociálně slabých. V období první republiky vznikají myšlenky i na odbornou pomoc v domácnosti (MISCONIOVÁ: Národní centrum domácí péče České republiky [online] 2006).

První pokusy v Domácí péči začaly realizovat československý červený kříž ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. A tento způsob péče se velice osvědčil. Na jeho základě pak vzniká Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Po druhé světové válce organizují zdravotnickou a ošetřovatelskou službu v rodinách Ústavy národního zdraví. V roce 1950 ji přebírá opět československý červený kříž a v 1952 přebírá zodpovědnost za Domácí péči stát. Tato péče je začleněna do zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotnických obvodech (MISCONIOVÁ: Národní centrum domácí péče České republiky [online] 2006).

Misconiová uvádí že: „po roce 1989 dochází k transformaci zdravotnictví. V roce 1991 vzniká první agentura domácí péče a ve stejném roce se i koná první evropský kongres Domácí péče ve Strasburgu, který se stává odrazovým můstkem ke spuštění další propagace Domácí péče na území České republiky. V roce 1992 je založena

skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice. 28. 3. 1993 je založena **Asociace domácí péče**. A na její podnět je o rok později založeno **Národní centrum domácí péče**, které pořádá řadu odborných seminářů. V roce 1996 je již Česká republika prezentována na I. světovém kongresu domácí péče jako Asociace domácí péče České republiky, která je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO). Po významné propagaci se postupně podařilo získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů. V současné době je evidováno 443 zřizovatelů agentur domácí péče. 407 je nestátních, 36 státních“ (MISCONIOVÁ, rok není uveden, str. 2 – 7).

Akutní domácí péče

Domácí péče je v České republice poskytována v pěti základních formách: akutní, dlouhodobá, preventivní, hospicová a domácí péče ad hoc.

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) je u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci nebo je jako alternativa hospitalizace. Nejčastěji je indikována u pacientů s akutní exacerbací kardiovaskulárního, neurologického, gastrointestinálního nebo urologického onemocnění. Tato forma péče zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena zejména klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě, v rozsahu dnů nebo týdnů (JAROŠOVÁ, 2007).

Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou péče a je určena chronicky nemocným, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Jsou to obvykle klienti po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klienti s plným i částečným ochrnutím nebo klienti se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem i chronickou bolestí. Nemá jen zdravotní charakter, ale i sociální. Bývá poskytována v rozsahu několika měsíců i let (MISCONIOVÁ: Národní centrum domácí péče České republiky [online] 2006).

Preventivní domácí péče

Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav pacienta a při případné změně ihned předávají ošetřujícímu lékaři. Je poskytována v takové frekvenci, týdně i měsíčně, jakou na základě celkového stavu nemocného určí lékař.

Domácí hospicová péče

Tato forma zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Je poskytována klientům, u nichž lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců. Personál agentury domácí péče zajišťuje odbornou péči, která mimo jiné zahrnuje i management bolesti a emocionální podporu, a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

Domácí péče ad hoc

Domácí péče ad hoc i jednorázová domácí péče je její mimořádné alternativní využití pro provedení jednorázových výkonů, které běžně dělají sestry z ordinací praktických lékařů, ale například z důvodu časové vytíženosti není možná návštěvní služba, si pak lékař sjedná s agenturou určitý typ péče. Většinou jde o jednorázové výkony, odběry i jednorázové aplikace injekce.

2.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMÁCÍ PÉČI

Ošetřovatelská péče v domácím prostředí klienta, je stejná jako ve zdravotnických zařízeních, poskytována formou ošetřovatelského procesu a probíhá ve všech jeho prvních fázích.

Posouzení klienta

Po indikaci lékaře navštíví sestra domácí péče klienta v jeho vlastním sociálním prostředí a provede s ním vstupní vyšetření, vyplní dokumentaci, která není jednotná a každá agentura má vlastní druh záznamů. Většinou se vždy skládá z části lékařské, kde jsou hlavní diagnózy pacienta a z části ošetřovatelské, ve které se hodnotí celkový stav

pacienta. Na které agentury si vedou záznamy i o sociálním zabezpečení klienta jako je stav bydlení, kontakt na příbuzné, mapuje rodinnou situaci apod.

Diagnostika problémů ošetřovatelských diagnóz

Ze získaných dat stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy. Jejichž cílem je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody klienta. Diagnózy mohou popisovat jako souasně, tak i potenciální problémy nemocného. Nejčastěji užívaný klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz je tzv. systém NANDA. Agentury si ale samy stanovují různé variace ošetřovatelských diagnóz, stejně jako klasifikaci ošetřovatelských zásahů a cílů.

Plánování ošetřovatelské péče

Na základě těchto diagnóz sestavuje sestra společně s klientem a jeho rodinou plán ošetřovatelských aktivit. Mohou být krátkodobé i dlouhodobé. Cíle jsou zaměřené na potřeby klienta a na podporu, udržení nebo navrácení jeho zdraví a na prevenci komplikací. Sestra si domluví s klientem příbližný čas návštěvy.

Realizace plánu

Je prováděna na základě předchozích informací a mění se dle aktuálního stavu pacienta. Sestavený plán je pak realizován při každé návštěvě u nemocného. A veškeré provedené činnosti se evidují v příslušné dokumentaci. Při změně zdravotního stavu pacienta konzultuje sestra další postup s ošetřujícím lékařem.

Hodnocení stavu

Jde o poslední fázi ošetřovatelského procesu. Hodnocení stavu klienta by mělo probíhat jak písemně, tak i ústně při každé návštěvě a každý týden by se mělo zhodnotit plnění u pacienta. Nejméně jedenkrát za měsíc by mělo být informován o průběhu léčby i ošetřující lékař. Pro hodnocení efektu péče může výrazně pomoci i fotodokumentace.

PRAKTICKÁ ÁST

3 OŠET OVATELSKÝ PROCES

Ošet ovatelský proces jsme vypracovali u pacientky s diagnózou bérkový v ed, která byla p edána do pé e agentury domácí pé e v Litvínov . Informace jsme získali rozhovorem s pacientkou, rodinou, pozorováním, s léka ské propoušt cí zprávou. Na základ informací, které jsme získali, jsme zpracovali ošet ovatelský proces a stanovili základní ošet ovatelské diagnózy. Na základ indikace ošet ujícího léka e se bude provád t p evaz bérkového v edu na pravé dolní kon etin a to: hygiena defektu, ošet ení okolí defektu dezinfekcí, na defekt p iložít TenderWet 24 s krytím a následnou bandáží kon etiny. Pacientku jsme sledovali v rámci praxe od 17.7.2012 do 31.7.2012.

IDENTIFIKA NÍ ÚDAJE

Jméno a p íjmení: M. H.

Pohlaví: žena

Datum narození: 1929

Pojiš ovna: 111

Bydlišt : Litvínov

Zam stnání: d chodce

Stav: vdova

Datum p íjetí: 3.7.2012

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA HLAVNÍ

Ulcera cruris 1. dx arteriální etiologie

MEDICÍNSKÁ DIAGNÓZA VEDLEJŠÍ

Normocytární anémie

Postižení tepen periferie PDK

ICHS

V edová choroba gastrodueodena s deformací duodena

Cholecystolithiasis

Artrosa nosných kloub

VITÁLNÍ FUNKCE P I P IJETÍ

TK: 115/70

Výška: 160 cm

P: 68 min

Hmotnost: 85 kg

D: 27 min

BMI: 33,2 (obezita 1. stupn)

TT: 36,6 °C

Pohyblivost: omezená

Stav v domí: pln p i v domí

Krevní skupina: A+

Nyn jší onemocn ní

Od 2/2012 na pravém bérce po poškrábání drobný defekt, který se i p es místní lé bu postupn zv tšuje, pacientka v kontrolách chirurgické ambulance.

5/2012 hospitalizace na kožním odd lení., poté p eložena na chirurgické odd lení.

6/2012 urychlené zvládnutí defektu, tvorba pustul a nového defektu na ploše pravého bérce. Pacientka si stěžuje na bolesti PDK v klidu (v noci) a při chůzi, proto akutně vyšetřena v bérce poradně.

7/2012 předána pacientka do agentury domácí péče.

Informační zdroje:

Dokumentace, pacient, rodina

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: +68 ICHS

Otec: neví

Sourozenci: nemá

Děti: dcera zdravá, syn zdravý

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonané a chronické onemocnění:

ICHS, st. p. IM (2003)

Gonartrosis lat. utr.

Hospitalizace a operace:

Rekanalizace tepen pravého bérce (2012)

Gynekologická operace pro verukosní málo invazivní ca disp. (2006)

Úrazy: neudává

Transfúze: 0

Očkování: žádná očkována

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Enelbin R	tbl.	100 mg	2-0-2	Vazodilatans
Glyvenol	tbl.		1-0-1	Venopharmaca
Indap	tbl.		0-1-0	Diuretika, Antihypertenziva
Furon	Tbl	40 mg	1-0-0	Diuretika
Ranisan	tbl.	150 mg	dle pot eby	Antiulerosum
Voltaren	tbl.	140 mg	2-0-0	NSAID
Surgam	tbl.	300 mg	0-0-1	Antirevmatikum, analgetikum, antiflogistikum

Alergologická anamnéza:

Léky: PNC, Zanocin, Tramal

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: p íležitostn

Kou ení: neku a ka

Káva: 1-2 denn

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: od 15 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 4 – 5 dní

Intenzita, bolesti: mírná

PM: ne

UPT: ne

Antikoncepce: ne

Menopauza: v 45 letech

Potíže klimakteria: nemá

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: červen 2009

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí s dcerou v rodinném domku, kde obývá přízemní patro

Vztahy, role a interakce v rodině: s dcerou vychází dobře, dcera jí se vším pomáhá

mimo rodiny: dobré, navštěvují jí kamarádky asi 1x za měsíc

Záliby: televize, tenis, křížovky

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: vyučená

Pracovní zařazení: laborantka

čas pracovního sobování, čas odchodu, jakého: starobní důchod asi od roku 1984

Vztahy na pracovišti: bez problém

Ekonomické podmínky: příjem z důchodu, který je nízký

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiozní poznatky: nevyznává žádné náboženství

POSOUZENÍ SOUBAŠNÉHO STAVU ze dne 17.7.2012

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU

Hlava a krk: Poklep nebolí, oční bulvy ve středním postavení, spojivky a skléry normální barvy, zornice izokorické, jazyk vlhký, hrdlo klidné, krk – lymfatické uzliny nezvětšeny.

Hrudník a dýchací systém: Dýchání řísté, sklípkové, hrudník klenutý, bez kašle.

Srdce a cévní systém: Krevní tlak v normálu, puls pravidelný, hmatný.

Břicho a GIT: Polyká bez obtíží, břicho palpovatelné nebolestivé, měkké, játra a slezina nezvětšeny.

Močový a pohlavní systém: Ledviny na poklep nebolestivé.

Kosterní a svalový systém: Horní i dolní končetiny souměrné. Na pravé dolní končetině na ventrolaterální ploše bérce defekt o velikosti 5x7,5cm, okraje ostré, žlutavopovleklá spodina, s patrnými granulacemi. Na obou dolních končetinách klidné varixy, bez známek zánětu.

Nervový a smyslový systém: Paní orientována v čas i prostoru, zrak dobrý, sluch dobrý.

Endokrinní systém: Lymfatické uzliny na krku nezvětšeny. V levém tisku uzliny zvětšeny.

Imunologický systém: Imunita oslabena (NEJEDLÁ, 2006).

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování: Paní netrpí nechutenstvím, chuť k jídlu dobrá, žádnou dietu nedodrhuje.

Příjem tekutin: Příjem tekutin je nedostatečný, paní vypije 1 – 1,5l denně.

Vylučování moče: S močením problémy nemá.

Vylučování stolice: Se stolicí dříve potíže neměla, teď udává zácpu, chodí 1x týdně.

Spánek a bdění: Spávala bez problému, nyní spí 5-6 hodin a během noci se probouzí s bolestí dolních končetin.

Aktivita a odpočinek: Ráda teče, luští křížovky, dívá se na telenovely.

Hygiena: Snaží se 1x denně sprchovat z dešťové vody na dolní končetiny.

Samostatnost: Je stále ještě závislá na pomoci druhé osoby. (viz příloha A)

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU (viz příloha B)

V domě: Paní při plném v domě, je orientována směrem, prostorem, místem a osobou.

Orientace: Paní orientována v směru, prostoru, místech i osobě.

Nálada: Paní spokojená, nálada je pozitivní stavu.

Paměť dlouhodobá: Paní má dobrou dlouhodobou paměť.

Paměť krátkodobá: Paní občas zapomíná.

Myšlení: Paní logicky a adekvátně odpovídá na otázky.

Temperament: Introvert

Sebehodnocení: Uvědomuje si neschopnost v oblasti sebepečení.

Vnímání zdraví: Uvědomuje si svůj zdravotní stav, a že je stále ještě závislá na péči druhých.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění: Občas bývá nervózní

Adaptace na onemocnění: Paní spolupracuje, dodržuje léčebný režim, je smířená se svou nemocí.

Projevy jistoty a nejistoty: Má strach, co bude.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Komunikace: vyjadřuje se srozumitelně, je komunikativní, ráda si povídá

Informovanost o onemocnění: O svém onemocnění ví téměř vše, lékaři i vše vysvětlily a zdá se, že vše chápe

Informovanost o diagnostických metodách: Paní byla informována o každém vyšetření, které prodělala.

Informovanost o léčbě a dietě: Paní si není jistá, co má jíst a nemůže, nedodržuje žádnou dietu.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Dieta: 3 – racionální

Pohybový režim: bez omezení

Rehabilitace: není naordinována, ale pacientka rehabilituje s rodinou v rámci svých možností.

SITUA NÍ ANALÝZA:

84- letá pacientka byla hospitalizována na kožním oddělení, kde byla přijata pro rozsáhlý defekt v oblasti levého bérce. Byly jí provedeny základní laboratorní odběry. Za hospitalizace pacientka absolvovala 2x hyperbarickou komoru. Během druhého pobytu se objevila nevolnost, nauzea a 1 x zvracení. Do 2. dne obtíže rychle ustoupili. Další hyperbarickou oxygenoterapii již neabsolvovala. Pro zvážení dalšího léčebného postupu nehojícího se defektu na pravé dolní končetině, bylo provedeno cévní chirurgické konsilium, kde byl vzhledem k těžkému postižení periferního řečiště stanoven jako další postup konzervativní léčba místními dermatologickými externy v kombinaci s antibiotickou léčbou. Došlo k částečnému vyčištění defektu s chabými granulacemi i epitelizacemi, okolí defektu bylo klidné. Pacientka po této péči agentury domácí péče s rozsáhlým bérceovým vředem na pravé dolní končetině pro pravidelné péči 1x denně s TenderWetem 24. Nyní je pacientka je orientována v čas i prostoru, částečně závislá na druhé osobě. Na lůžku je soběstačná, sama se dokáže najíst i napít. Na WC si vyžaduje pomoc druhé osoby, z důvodu nejistoty. Má problémy s vyprazdňováním stolice z důvodu omezení pohybu. V noci spí málo, občas se budí bolestí dolních končetin. Pacientka spolupracuje, dodržuje léčebný režim. Potřebuje pomoc druhé osoby při zvládnutí základních činností. Defekt o velikosti 5x7,5cm, hojná sekrece s příměsí hnisu, spodina povleklá, okolí mírně zarudlé.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:

Ošetřovatelské diagnózy stanoveny dle NANDA taxonomie I.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Tkářová integrita porušená v souvislosti s poškozením kůže a podkoží tkáně, s poruchou oběhu projevující se poškozením a destrukcí tkáně v oblasti bérce pravé dolní končetiny o velikosti 5x7,5cm.

Bolest chronická související s poškozením tkáně projevující se ochranným chováním, antalgickým držením, výrazem v obličeji, zmnou ve způsobu spánku.

Zácpa (funkční) z důvodu snížené motility trávicího traktu projevující se zmnou stěvníinností, sníženou frekvencí stolice 1x týden, pocitem napětí v břiše, namáhavou defekací.

Péče o sebe sama nedostatečná (personální hygiena) z důvodu slabosti projevující se neschopností vejít do koupelny a vykoupat se.

Strach (z budoucnosti) související s nedostatkem znalostí projevující se vystrašeností, ustaraností, soustředností na zdroj strachu, zvýšeným napětím, nervozitou.

Společenská interakce porušená související s omezenou tělesnou pohyblivostí projevující se stížností na nepohodu ve společenských situacích, neschopností vyvinout uspokojivý pocit sounáležitosti

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

Infekce riziko vzniku v souvislosti se zvýšeným rizikem invaze patogenních mikrobů do organismu a sníženou obranyschpností organismu.

Tkářová integrita porušená v souvislosti s poškozením kůže a podkoží tkáně, s poruchou oběhu projevující se poškozením a destrukcí tkáně v oblasti břerce pravé dolní končetiny o velikosti 5x7,5cm.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojený břercový vřed do 3 měsíců.

Cíl krátkodobý: Pacientka zvládá péči o břercový vřed do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka je dostatečně informována o tom, že má dbát na hygienu do 2 dnů.

Pacientka umí pečovat o břercový vřed do 3 dnů.

Pacientka ví, že má při péči postupovat asepticky do 3 dnů.

U pacientky dojde k epitelizaci břercového vředu do 4 dnů.

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Péče o defekt – 1x denně – všeobecná sestra.

Postupuj asepticky při péči o defekt – denně – všeobecná sestra.

Zdrazní nutnost adekvátního příjmu potravy a tekutin – denně – všeobecná sestra.

Edukuj pacientku a rodinu o osobní hygienu – denně – všeobecná sestra.

Pravidelně hodnoti vzhled a velikost defektu – 1x týdně – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012

Defekt jsme pečovali 1x denně. Při péči o defektu jsme postupovali asepticky a dbali o čistotu prostředí. Každý den jsme postupovali stejně. Defekt byl nejprve osprchován, poté jsme položili TenderWet 24 (bioaktivní mokré krytí) s krytím a končetinu jsme zabandážovali. Postup péče byl 1x denně zaznamenán do dokumentace.

Vzhled a velikost defektu jsme hodnotili, měřili a zaznamenávali do dokumentace 1x týdně:

17.7.2012 defekt velikosti 5x7,5cm, hojná sekrece s p ím sí hnisu, spodina povleklá, okolí mírn zarudlé,

23.7.2012 defekt velikosti 5x7,5cm, hojná sekrece, spodina místy povleklá, okolí mírn zarudlé,

31.7.2012 defekt velikosti 5x7,5cm, mírná sekrece,spodina ístá, okolí klidné.

Pacientce jsme doporu ili stravu bohatou na vlákninu, vápník a vitamíny, zároveň jsme pacientku pou ili o nutnosti dostate něho p íjmu tekutin. Pacientka a rodina jsme pou ili o nutnosti osobní hygieny z d vodu bér cového v edu. Osobní hygiena pacientky byla dodržována s pomocí druhé osoby. Sprchovala se každý den a dbala na to, aby defekt a jeho okolí byly vždy v ístot . Fotografování defektu nebylo pacientkou povoleno.

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl áste n spln n. Pacientka zvládá hygienu s pomocí rodiny a je schopna o defekt pe ovat. Bér cový v ed nezhojen, došlo k výrazné epitelizaci a vy íšt ní defektu.

Ošet ovatelské intervence budou pokrač ovat.

Bolest chronická související s poškozením tkání projevující se ochranným chováním, antalgickým držením, výrazem v obličeji, zmnou ve způsobu spánku.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: U pacientky dojde ke zmírnění, eventuálně odstranění bolesti do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná alternativní způsob úlevy od bolesti do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

Pacientka udává kvalitnější spánek a cítí se odpočatá do 5 dnů.

Pacientka vyjadřuje slovně úlevu do 4 dnů.

Pacientka pocítí úlevu od bolesti do 5 dnů.

Pacientka bude umět používat alternativní způsob úlevy do 5 dnů.

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Pomoz pacientce zvládnout bolest – denně – všeobecná sestra.

Poučte pacientku o chronické bolesti a možnostech jejího zmírnění a kontroly a v případě zmnou informujte lékaře – v případě další návštěvy – všeobecná sestra.

Posuďte chování pacienta – denně – všeobecná sestra.

Posuzujte projevy bolesti - denně – všeobecná sestra.

Podávejte léky dle chronické medikace – denně – všeobecná sestra.

Poučte pacientku o způsobu alternativní léčby bolesti metodou odpoutávání, zmnou polohy – denně – všeobecná sestra.

Určete stupeň bolesti dle VAS škály – denně – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Pacientce jsme se snažili pomoci zvládnout bolest. Pacientka se naučila zvládat svou bolest a včas na ní upozornit.

Dne 17.7.2012 jsme zhodnotili intenzitu bolesti pomocí škály VAS, pacientka dosáhla 7 bodů, poučili jsme ji o alternativním způsobu léčby bolesti. Kontrolními otázkami jsme se ujistili, že pacientka pochopila alternativní způsob léčby bolesti a jejich způsob provedení. Pacientce jsme se snažili pomoci zvládnout bolest a vysvětlili jí nutnost včasného upozornění na zvyšující se intenzitu bolesti.

Dne 18.7.2012 jsme opět hodnotili stupeň bolesti pacientky, dle testu bolesti VAS, pacientka opět dosáhla 7 bodů, tudíž u ní nedošlo ke zmírnění bolesti. Po rozhovoru s pacientkou jsme zjistili, že pacientka nevyužila žádný z alternativních způsobů léčby bolesti, proto jsme zdůraznili význam a důležitost používání alternativní léčby bolesti pro její zmírnění.

Dne 19.7.2012 jsme po rozhovoru s pacientkou určili stupeň bolesti, pacientka dosáhla 6 bodů. Pacientka využila alternativního způsobu léčby bolesti a udává zlepšení. Opět jsme s ní pohovořili o alternativách ve způsobu léčby bolesti, abychom se ujistili, že je pacientka správně pochopila a nedělá chyby při jejich realizaci.

Od 20.7.2012 do 31.7.2012 jsme každý den po rozhovoru s pacientkou určovali stupeň bolesti pomocí škály VAS. Každý den docházelo ke zlepšení, ale i ke zhoršení. Na vývoj intenzity pacientiny bolesti poukazují přílohy této práce. (Příloha C).

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl splněn. Pacientka využívá alternativní způsob léčby bolesti a pocítuje výraznou úlevu od bolesti.

Zácpa (funk ní) z d vodu snížené motility trávicího traktu projevující se zm nou st evní inností, sníženou frekvencí stolice 1x týdn , pocitem nap tí v b íše, namáhavou defekací.

Priorita: St ední

Cíl dlouhodobý: Pacientka se vyprazd ũje pravideln ě do 14 dn .

Cíl krátkodobý: Pacientka cítí ũlevu p ě vyprazd ũování do 3 dn .

Výsledná kritéria:

Pacientka zná potraviny bohaté na vlákninu, vápník a vitamíny a do svého jídelní ku je za azuje denn ě .

Pacientka chápe p ě iny zácpy a zná jejich ěšení 2 dn .

Pacientka má pravidelnou stolicí 3x týdn ě .

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Zjistí p ě iny, které vedou k zácpu – denn ě – všeobecná sestra.

Pomoz pacientce upravit stravovací režim – denn ě – všeobecná sestra.

Pou ě pacienta o tom, aby se více pohyboval v rámci svých fyzických možností – denn ě – všeobecná sestra.

Zajisti pacientce dostate ě ný p ějem tekutin – denn ě – všeobecná sestra, rodina.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Pacientce jsme doporu ěli stravu bohatou na vlákninu, vápník a vitamíny, zárove ě jsme pacientku pou ěli o nutnosti dostate ěného p ějmu tekutin. Pacientce jsme doporu ěli vypít až 2 litry denn ě . Pacientku jsme pou ěli o nutnosti dostate ěného pohybu v rámci svých možností.

V období od 17.7.2012 do 24.7.2012 p ěidala do svého jídelní ku vlákninu a více tekutin a vyprazd ũování se zlepšilo na 2x týdn ě .

V období od 25.7.2012 do 31.7.2012 se pacientka snaží více pohybovat a vyprazdňuje se 3x týdně .

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl splněn. Pacientka dodržuje správné dietní návyky, má dostatečný příjem vlákniny a dostatek tekutin. Vyprazdňuje se pravidelně 3x týdně .

Pé e o sebe sama nedostate ná (p i osobní hygien) z d vodu slabostí projevující se neschopností vejít do koupelny a vykoupat se.

Priorita: St ední

Cíl dlouhodobý: Pacientka zvládá osobní hygienu do 2 týdn .

Cíl krátkodobý: Pacientka se nau í novým zp sob m o sebedp í do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

Pacientka prokáže znalost, jak provád t osobní hygienu v rámci svých možností do 5 dn .

Pacientka bude provád t hygienu na úrovni svých možností do 6 dn .

Pacientka zná pom cky pro usnadn ní hygienické pé e a umí je používat do 3 dn

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Zhodno stupe sob sta nosti dle Barthelova testu (viz p íloha A) – první den – všeobecná sestra.

Všimni si, zda je deficit do asný nebo trvalý a zda bude asem ustupovat nebo progredovat – denn – všeobecná sestra.

Zapoj do pé e o hygienu rodinu – denn – všeobecná sestra.

Podporuj ú ast pacientky p i osobní hygien – denn – všeobecná sestra.

Poskytni pacientce dostatek asu p i osobní hygien – denn – všeobecná sestra.

Ve pacientku k aktivní pé i o zdraví – denn – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Pravideln každý den jsme hodnotili stupe sob sta nosti pacientky. Její stav jsme vyhodnotili jako do asný a tedy návratný. Snažili jsme se do sebedp é e a osobní hygieny zapojit jak pacientku tak rodinu. Pacientce jsme poskytli dostatek asu na osobní hygienu. D ležitým úkolem pro nás bylo posilovat zdraví pacientky.

V období od 17.7.2012 do 24.7.2012 pacientka vyžadovala pomoc druhé osoby při osobní hygieně .

V období od 25.7.2012 do 31.7.2012 se pacientka cítí jistější a pomoc při osobní hygieně již nepotřebuje.

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl splněn. Pacientka je schopna se péčet o osobní hygieně .

Strach (z budoucnosti) související s nedostatkem znalostí projevující se vystrašeností, ustaraností, soustředností na zdroj strachu, zvýšeným napětím, nervozitou.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je zbavena strachu do 2 týdnů .

Cíl krátkodobý: Pacientka nepociťuje strach do 5 dnů .

Výsledná kritéria:

Pacientka si uvědomuje přítomnost strachu do 2 dnů .

Pacientka zvládá strach do 4 dnů .

Pacientka mluví otevřeně o svých obavách do 3 dnů .

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Posuďte stupeň strachu – denně – všeobecná sestra.

Dej pacientce prostor k vyjádření svých pocitů – denně – všeobecná sestra.

Pátrej po projevech popření nebo deprese – denně – všeobecná sestra.

Všimni si soustředění pacientky – denně – všeobecná sestra.

Analyzuj subjektivní prožitky pacientky – denně – všeobecná sestra.

Spolupracuj s rodinou pacientky – vždy – všeobecná sestra.

Naslouchej a buď pacientce na blízku – denně – všeobecná sestra.

Poskytni pacientce ústní i písemné informace – denně – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Na začátku naší ošetrovatelské péče pacientka pociťovala strach z budoucnosti. Nejprve jsme zhodnotili stupeň strachu a pátrali po projevech popření nebo deprese. Neustále jsme sledovali, jestli je pacientka soustředěná. Snažili jsme se naslouchat subjektivním prožitkům pacientky a vždy jí dali dostatečný čas a prostor pro vyjádření

jejích pocit . Patientce jsme byli blízku a poskytovali jí slovní i písemné informace. O pocitech strachu pacientky jsme informovali rodinu, která ji byla vždy oporou.

V období od 17.7.2012 do 24.7.2012 u pacientky p etrvával strach. Podrobným denním podáváním informací jsme se snažili pacientku uklidnit a strach odstranit.

V období od 25.7.2012 do 31.7.2012 byla pacientka klidn jší a již nepoci uje žádný strach. Velkou oporou pacientce je rodina.

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl spln n. Pacientka nepoci uje strach, je smí ená se svým onemocn ním a pochopila jeho závažnost.

Společenská interakce porušená související s omezenou tělesnou pohyblivostí projevující se verbálními projevy.

Priorita: Nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka se účastní společenského života do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Pacientka se snaží začlenit mezi své vrstevníky do 10 dnů.

Výslední kritéria:

Pacientka si uvědomuje pocity, které vedou ke špatným společenským interakcím do 5 dnů.

Pacientka nemá obavy z návratu do běžného života do 5 dnů.

Pacientka je v kontaktu se svými přáteli do 5 dnů.

Pacientka se účastní společenského života do týdne.

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Posuďte příčiny vyvolávajících faktorů – denně – všeobecná sestra.

Odeber sociální anamnézu pacientky – denně – všeobecná sestra.

Povšimněte si vztahů a chování v rodině – vždy – všeobecná sestra.

Pobízej pacientku k vyjádření obtíží ve společenských situacích – denně – všeobecná sestra.

Sleduj a popiš společenské chování – denně – všeobecná sestra.

Promluv s rodinou a blízkými osobami – vždy – všeobecná sestra.

Vytvořte pozitivní vztah s pacientkou – vždy – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Na začátku měla pacientka velké problémy s komunikací s lidmi. Snažili jsme se posoudit příčiny a zjistili jsme sociální anamnézu. Informace jsme zjistili od pacientky, ale i rodiny, abychom se dozvěděli jaké má vztahy s okolím. Snažili jsme se

s pacientkou vytvořit pozitivní vztah, aby nám sdělila pocity a obtíže. Sledovali jsme, jak se pacientka chová nás a rodiny. Pacientka je společenská a komunikativní, ale díky svému onemocnění není schopna navštěvovat své přátele.

V období od 17.7.2012 do 24.7.2012 pacientka odmítala se s kýmkoliv scházet a přijímal jen svou rodinu.

V období od 25.7.2012 do 31.7.2012 pacientka se smířila se svým onemocněním a zjistila, že komunikace se svými přáteli jí chybí a začíná ji vyžadovat. Zavolala své kamarádce, ať ji navštíví, protože sama ještě nemůže.

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka se snaží zapojovat do společnosti, tím že jí navštíví přítelkyně kamarádka.

Ošetřovatelské intervence budou pokračovat.

Infekce riziko vzniku v souvislosti se zvýšeným rizikem invaze patogenních mikrob do organismu.

Priorita: St ední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví známky infekce do 2 týdn .

Cíl krátkodobý: Pacientka zná možné příiny vzniku infekce do 1 týdne.

Plán intervencí od 17.7.2012 do 31.7.2012:

Povšimni si rizikových faktor pro vznik infekce – denn – všeobecná sestra.

Pohovo s rodinou pacientky o d ležitosti udržování istoty prostředí – vždy – všeobecná sestra.

Pou pacientku a rodinu o zp sobech, jak chránit k ži, pe ovat o defekt a bránit rozší ení infekce – denn – všeobecná sestra.

Vysv tli pacientovi d ležitost správné výživy – vždy - všeobecná sestra.

Pravideln kontroluj a dokumentuj celkový stav pacientky – denn – všeobecná sestra.

Realizace od 17.7.2012 do 31.7.2012:

P í návště v pacientky jsme s ohledem na dodržování jejího soukromí a její psychiky zkontrolovali istotu prostředí. Prostory v nichž se pacientka pohybuje, jsou udržovány v istot . P esto jsme pacientku a rodinu b hem p evazování defektu pou ili o d ležitosti istoty prostředí a dodržování správné životosprávy jako prevence vzniku infekce v rán . Objasnili jsme jim nebezpe í infekce, a jak by mohla negativn ovlivnit správné hojení rány a prodloužit lé bu. Pozorn jsme vyslechli všechny jejich dotazy a snažili se jim na n odpov d t. P í dalších návště vách jsme se opakovan p esv d ili, že pacientka je v istém prostředí a zná a chápe d ležitost prevence infekce.

Hodnocení 31.7.2012:

Cíl byl spln n. Pacientka zná možné příiny vzniku infekce a po dobu našeho pozorování se u ní nevyskytli známky infekce.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Posuzovaná doba ošetřovatelské péče trvala 14 dní od 17.7.2012 do 31.7.2012.

Na základě dat, které byly získány od pacienta, jeho rodiny a z lékařské dokumentace, bylo vypracováno zhodnocení podle všeobecného ošetřovatelského procesu. Poté byly stanoveny aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, na základě kterých byla aplikována ošetřovatelská péče. Bylo stanoveno 6 aktuálních a 1 potenciální ošetřovatelská diagnóza. Jako aktuální diagnózy byly stanoveny **tkáňová integrita porušená, bolest chronická, zácpa, péče o sebe sama nedostatečná, strach, společenská interakce porušená**. Jako diagnóza potenciální byla stanovena **infekce riziko vzniku**. Na které diagnózy byly splněny úplně (bolest chronická, zácpa, péče o sebe sama nedostatečná, strach, infekce riziko vzniku), na které se podařilo splnit částečně (tkáňová integrita porušená, společenská interakce porušená), u těchto diagnóz ošetřovatelské intervence pokračují nadále.

Doba, po kterou jsem sledovala ošetřovatelskou péči u pacientky, představuje jen malou část z celkové předpokládané doby léčby, ale i přesto byla úspěšná. Pacientka se za 14 dní částečně adaptovala v rodinném prostředí, začala spolupracovat. Vlivem vlhké terapie (TenderWet 24) se defekt sice nezmenšil, ale došlo k výrazné epitelizaci a vyčištění defektu. U pacientky došlo ke snížení bolesti.

DOPORU ENÍ PRO PRAXI

Doporu ení pro pacienta

- d kladn pacienta edukovat o jeho onemocn ní, co je p í inou, jaké jsou projevy, jaké mohou nastat komplikace
- pacient by m l dodržovat zásady správné výživy
- m l by mít zájem na zlepšení svého zdravotního stavu
- pravideln rehabilitovat dle svých možností
- dbát o sv j vzhled, dodržovat hygienu
- vysv tlila bych a nau ila pacienta pe ovat o defekt, jak ji ošet ovat, jak se má postupovat

Doporu ení pro rodinu

- pacient musí být motivován a chválen
- zajistit kontakt s p íbuznými a kamarády
- dbát na správnou hygienu

ZÁVĚR

Ošetřovatelskou péčí u pacientky s bérčovým v edem jsem realizovala v agentuře domácí péče v Litvínově. Bérčovéd je onemocnění, se kterým se v dnešní době potýkají starší, ale i mladší generace. Léčba bérčového v edem je dlouhodobá a ne vždy je tato léčba plně úspěšná. Toto téma obohatilo moje zkušenosti, které budu moci využít v agentuře domácí péče, ve které pracuji.

Tato práce je určena nejen zdravotníkům, ale i neodborné veřejnosti, která se s tímto onemocněním setká nebo chce seznámit.

Teoretická část práce je zaměřena na onemocnění bérčového v edem, jeho příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu a komplikace. Další část poukazuje na historii domácí péče jak ve světě, tak i v České republice a charakteristiku domácí péče.

Praktická část se zabývá komplexní ošetřovatelskou péčí o 84-letou pacientku s bérčovým v edem, která byla předána do agentury domácí péče. Je zde vypracován ošetřovatelský proces, stanovené aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, jejich realizace, hodnocení a celkové hodnocení ošetřovatelské péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Citování podle normy SN ISO 690: 2011

A) MONOGRAFIE

- BOROŮVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetřovatelsví I*. Plzeň : Maurea. 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOGNES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- JAROŠOVÁ, Darja. 2004. *Úvod do komunitního ošetřovatelsví*. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KAREN, Igor; ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2007. *Chronický vřed dolní končetiny*. Praha: Společnost všeobecného lékařství. 2007. 16 s. ISBN 80-86998-18-5.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ a OLIVIERIOVÁ, R. 2003. *Ošetrovateľstvo 1,2*. Martin: Osveta, 2003. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*. Bez roku vydání. 270 s.
- NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
- NEMCOVÁ, Jitka. 2012. *Průklady praktických aplikací témat z předem t výzkum v ošetřovatelsví, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň : Maurea. 2012. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2004. *Bércový vřed I*. Praha: TRITON, 2004. 137 s. ISBN 80-7254-469-1.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena; ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2001. *Léčba chronických ran*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. 72 s. ISBN 80-7013-348-1.

RESL, Vladimír. 1997. *Hojení chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 1997. 425 s. ISBN 80-7169-239-5.

R ŽI KA, Evžen. 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-726-2205-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2000. *Fázové ošetřování chronických ran*. HARTMANN-RICO. 2000. 61 s. ISBN 3-929870-25-8.

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2005. *Potřebujeme nemocného v ošetřovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání – dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan a kol. 2010. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. 2010. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

B) ODBORNÁ PERIODIKA

PHARMA NEWS . 1 (Leden 2007). Praha: 2007. Vychází 6x ročně.

REMEDIA . 3 (Květen 2008). Praha: 2008. Vychází 6x ročně. ISSN 0862-8947.

SESTRA . 11 (Listopad 2011). Praha: 2011. Vychází měsíčně. ISSN 1210-0404.

C) INTERNETOVÉ ZDROJE

MISCONIOVÁ, Blanka. 2006. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. Historie domácí péče, [cit. 2013-01-25]. Dostupné z [http://www.domaci-pece-](http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece-)

SEZNAM P ÍLOH

P íloha A - Barthel v test základních denních inností	I
P íloha B - Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam	III
P íloha C - VAS – verbalizovaná analogová škála bolesti	V
P íloha D - estné prohlášení studenta k získání podklad pro zpracování bakalá ské práce	VII

Příloha A - Barthel v test základních denních činností

	innost	Provedení innosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatn bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatn bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatn nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatn nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	pln inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	pln inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatn bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatn bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatn nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m	15 10 5

		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

0 – 40 bodů vysoce závislá

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 bodů lehká závislost

96 – 100 bodů nezávislý

Celkové hodnocení: 80 bodů, pacientka má lehkou závislost

Zdroj: Trachtová, 2005

Příloha B - Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam

Oblast hodnocení:

1. Orientace:

Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.

- Který je tento rok? 1
- Které je roční období? 1
- Můžete mi říci dnešní datum? 1
- Který je den v týdnu? 1
- Ve kterém státě jsme? 1
- Ve které jste zemi? 1
- Ve kterém městě jste? 1
- Kde se právě nacházíte? 1
- Ve kterém jsme poschodí? 1

2. Paměť:

- Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty a vyzve pacientku, aby je opakovala. 3

3. Pozornost na počítání:

- Pacientka je vyzvána, aby odečetla 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě. 4

4. Krátkodobá paměť

- Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.) 2

5. Jeazyk, komunikace a konstrukční schopnosti:

- Ukažte nemocnému dva předměty

a vyzv te ho, aby je pojmenoval	2
- Vyzv te nemocného, aby po vás opakoval:	
Žádná ale	1
Jestliže	1
Kdyby	1
- Dejte nemocnému t ístup ový p íkaz:	
„ <i>Vezm te</i> papír do pravé ruky, <i>p eložte</i> ho na p l a <i>položte</i> jej na podlahu.“	1
Vyzv te nemocného, aby napsal smysluplnou v tu (obsahující podm t a p ísudek, která dává smysl)	1
Vyzv te nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle p edlohy.	1

Celkem: 26 bod

Hodnocení:

00 – 10 bod t žká kognitivní porucha

11 – 20 bod st edn t žká kognitivní porucha

21 – 23 bod lehká kognitivní porucha

24 – 30 bod pásma normálu

Zdroj: R ži ka, 2003

Příloha C – VAS – verbalizovaná analogová škála bolesti

Dne 17.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 19.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 20.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 21.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 22.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 23.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 24.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 25.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 26.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 27.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 28.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 29.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 30.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Dne 31.7.2012

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Zdroj: Trachtová, 2005

Příloha D – Estné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Estné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Komplexní ošetřovatelská péče u pacienta s bérčovým v edem v domácí péči v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Litvínově dne 24.3.2013

.....

Jméno a příjmení studenta