

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CHRONICKOU RÁNOU V KOMUNITNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA HOLANOVÁ, DiS.

PRAHA 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CHRONICKOU RÁNOU V KOMUNITNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

MICHAELA HOLANOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Milada Pešková

Praha 2014



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

Holanová Michaela
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

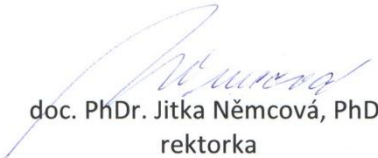
Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní
péči

Nursing Process for Patients with Chronic Wounds in Community Care

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Milada Pešková

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....
Michaela Holanová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Miladě Peškové, Mgr. Šárce Dostálkové a Bc. Zuzaně Holanové za cenné připomínky, rady a odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také paní A. N. za vstřícnou spolupráci při zpracování praktické části práce.

ABSTRAKT

HOLANOVÁ, Michaela. *Ošetřovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Milada Pešková. Praha 2014. 73 s.

Pro bakalářskou práci byl zvolen ošetřovatelský proces u pacientky s chronickou ránou v komunitní péči. V této práci bylo obsaženo shrnutí problematiky ošetřování ran do přehledného celku. Teoretická část je zaměřena na rozdělení a fáze hojení ran. Dále se teoretická část zabývá historií ošetřování ran, managementem ošetřování ran, dokumentací rány, vlivem nutriční na hojení chronických ran, charakteristikou práce sestry v komunitní péči- Home Care a indikací domácí péče. Pro léčbu chronických ran a defektů je nezbytné znát „wound management“ daného prostředku fázového hojení ran. Ten je u každého pacienta/klienta individuální. Důležitou roli při hojení ran hraje také léčba základního onemocnění. V praktické části byla realizována komplexní ošetřovatelská péče včetně nastolení ošetřovatelského procesu s ohledem na bio psycho sociální potřeby pacientky/klientky. Ošetřovatelský proces byl realizován na základě standardizovaného rozhovoru dle koncepčního modelu Marjory Gordon u pacientky s gangrénou dolní končetiny.

Klíčová slova:

Defekt. Dokumentace. Fázové hojení ran. Home Care. Chronická rána. Komplexní ošetřovatelská péče. Komunitní péče. Prostředky fázového hojení ran.

ABSTRACT

HOLANOVÁ, Michaela. *Nursing Process for Patients with Chronic Wounds in Community care*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Milada Pešková. Prague 2014. 73 pages.

My Bachelor thesis is about the nursing process for patients with chronic wounds in a community care. The thesis summarized the issue of the treatment for wounds in lucid whole. The theoretical part deals with the distribution and phases of wound healing, history, care, wound care management, documentation of wounds, the influence of nutrition on the healing of chronic wounds, characteristics of nursing care in community – Home Care and Home Care indication. For the treatment of chronic wounds and defects, it is necessary to know the “wound management” means that the phase of wound healing. So that for each patient/client is individual. The treatment for the underlying disease and bio-psycho-social-needs also play the important role. The practical part contained implementation of comprehensive nursing care in community care, nursing process and interview analysed according to the conceptual model Marjory Gordon for a patient with a gangrenous leg. Furthermore, the practical part includes subjective and objective evaluation of current and potential problems, which are subsequently made into nursing diagnoses.

Keywords:

Defect. Documentation. Phase of Wound Healing. Home Care. Chronic Wound. Comprehensive Nursing Care. Community Care. Means Phase of Wound Healing.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	
ÚVOD.....	13
1 RÁNY	14
1.1 DEFINICE	14
1.2 ROZDĚLENÍ RAN	14
1.2.1 ROZDĚLENÍ RAN PODLE PRŮBĚHU.....	14
1.2.2 ROZDĚLENÍ DLE ETIOLOGIE	14
2 CHRONICKÁ RÁNA	15
2.1 DEFINICE	15
2.2 ROZDĚLENÍ CHRONICKÝCH RAN	15
2.3 KLASIFIKACE CHRONICKÝCH RAN	16
2.4 FÁZE HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN	17
2.4.1 ZÁNĚTLIVÁ/EXSUDATIVNÍ FÁZE	17
2.4.2 PROLIFERAČNÍ FÁZE	17
2.4.3 FÁZE DIFERENCIACE A PŘESTAVBY	18
2.5 IKONOGRAFIE CHRONICKÉ RÁNY	18
2.5.1 ZÁKLADNÍ TYPY RAN.....	18
3 HISTORICKÉ OHLÉDNUTÍ ZA POČÁTKY HOJENÍ RAN.....	20
4 MANAGEMENT OŠETŘOVÁNÍ RAN – „WOUND MANAGEMENT“	22
4.1 SUCHÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN	22
4.2 VLHKÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN.....	23
4.3 BIOCHEMICKÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN	26
5 DOKUMENTACE	27

6	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ RAN.....	29
6.1	SYSTÉMOVÉ FAKTORY	29
6.2	PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	31
7	NUTRICE A JEJÍ VLIV NA HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN.....	32
7.1	DIAGNOSTIKA MALNUTRICE	32
7.1.1	ANAMNÉZA	32
7.1.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	32
7.1.3	ANTROPOMETRICKÁ MĚŘENÍ	33
7.1.4	LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	33
7.2	NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA U SENIORŮ	34
7.2.1	STANOVOVÁNÍ ADEKVÁTNÍHO PŘÍJMU.....	34
7.2.2	ZPŮSOBY NUTRIČNÍ PODPORY	34
7.2.3	NUTRIČNÍ DOPLŇKY	35
8	CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI HOME CARE	36
8.1	INDIKACE DOMÁCÍ PÉČE	37
8.2	ZAŘAZENÍ KLIENTA (NEMOCNÉHO) DO DOMÁCÍ PÉČE	37
9	MARJORY GORDON: MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	39
9.1	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY/KLIENTKY S CHRONICKOU RÁNOU V KOMUNITNÍ PÉČI	40
9.2	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU V DOMÁCÍ PÉČI A POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 10. 1. 2014	45
9.3	POSOUZENÍ A ROZHOVOR S PACIENTKOU/KLIENTKOU ZPRACOVANÝ DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDON	47
9.4	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I. A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY	52

9.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMR	bazální metabolický výdej (BASAL METABOLIC RATE)
CMP	centrální mozková příhoda
ČR	Česká Republika
DM	diabetes mellitus
DP	Domácí péče
Kcal	kilokalorie
LDK	levá dolní končetina
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NRS	numerická škála bolesti (Numeric Rating Scale)
O₂	kyslík
PL	Praktický lékař
prof	profesor
př. n. l.	před naším letopočtem
USA	Spojené Státy Americké
VAS	Visuální analogová škála

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absces	–	chorobná dutina ve tkáni vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
Abúzus	–	nadměrné užívání, zneužívání
Akutní	–	prudce, rychle probíhající
Amputace	–	přerušení a odstranění periferně uložené části těla
Asepsa	–	naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků
Débridement	–	chirurgické vyčištění rány
Deficit	–	chybění, nedostatek
Dekubitus	–	proleženina
Demence	–	chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností
Dolor	–	bolest
Epitelizace	–	tvorba nových epidermálních buněk
Exsudace	–	uvolnění tekutin do tkáně, vnitřní krvácení, ronění, tvoření výpotku
Flegmóna	–	neohraničený hnisavý zánět
Gangréna	–	sněť, nekróza tkáně
Hernie	–	kýla
Home Care	–	domácí péče
Indikace	–	důvod nebo soubor okolností vyžadujících určitý léčebný nebo diagnostický postup
Komplexní	–	celkový
Lymfedém	–	otok způsobený poruchou odtoku mízy
Macerace	–	měknutí vzniklé působením tekutiny, vyluhováním
Malnutrice	–	podvýživa
Nekróza	–	odumření tkáně či části orgánu
Nutrice	–	výživa
Pigmentace	–	změna barvy kůže
Rudor	–	zarudnutí při zánětu
Sekret	–	Výměšek, látka vyloučená sekrecí
Sipping	–	popíjení
Tumor	–	nádor
Ulcerace	–	vznik vředu, zvrhodovatění

Wound – management léčby ran
management
(KREJSOVÁ, 2005)

)

ÚVOD

Tématem bakalářské práce byla zvolena problematika hojení chronických ran v komunitní péči. Tato problematika je v současné době velmi aktuální vzhledem k narůstajícímu procentuálnímu zastoupení těchto pacientů v komunitní péči a následně v komunitním ošetřovatelství. Cílem bakalářské práce bylo podat ucelený text, který mapuje problematiku ošetřovatelské péče o pacienta s chronickou ránou a následně umožňuje budoucím čtenářům z ambulantní a komunitní péče podat komplexní náhled na danou problematiku. Každý zdravotnický profesionál by měl mít alespoň bazální znalosti v oblasti ošetřování a léčby chronických ran, aby mohl vhodně zvolit vhodné prostředky fázového hojení ran.

Práce byla rozdělena do dvou ucelených celků. Teoretická část práce obsahuje rozdělení chronických ran, následuje historické ohlédnutí za počátky hojení ran. Podstatnou kapitolou je management ošetřování ran, vliv nutriční na hojení ran, faktory ovlivňující proces hojení rány. Teoretickou část uzavírá kapitola, která popisuje charakteristiku práce sestry v domácí péči.

Praktická část byla realizována v rámci poskytování komplexní ošetřovatelské péče v domácí péči - Home Care v Hradci Králové, kde jsme získali cenné zkušenosti s ošetřováním chronických defektů vhodnými materiály dle „wound managementu“. Ošetřovatelský proces u pacientky/klientky s gangrénou dolní končetiny byl zmapován, realizován a hodnocen formou koncepčního modelu dle Marjory Gordon.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat komplexní ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu. Konkrétně byly zhodnoceny bio psycho sociální potřeby pacientky/klientky dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Jednotlivé poruchy bio psycho sociálních potřeb byly vytyčeny a následně převedeny do standardizované terminologie NANDA taxonomie I. Na základě zjištěných poruch byl sestaven plán ošetřovatelské péče.

Závěrem práce jsme zhodnotili ošetřovatelskou péči a zpracovali doporučení pro pacienty, rodinu a všeobecné sestry všech odborností.

1 RÁNY

1.1 DEFINICE

„Rána je porušení celistvosti tkání působením zevních faktorů. Učebnice chirurgie definují ránu jako porušení integrity kožního krytu. Při vzniku akutní rány se předpokládá působení nějakého zevního činitele, který vede k poškození kůže a měkkých tkání“ (FERKO, 2002, s. 41).

1.2 ROZDĚLENÍ RAN

1.2.1 ROZDĚLENÍ RAN PODLE PRŮBĚHU

„Akutní rány se obvykle hojí primárně v krátkém čase a bez komplikací a jsou to defekty ve zdravé tkáni“ (FUCHSOVÁ, 2009, s. 15).

Chronické rány se hojí sekundárně a i přes kauzální a adekvátní lokální terapii nevykazují tendenci k hojení. Vznikají většinou v tkáních troficky změněných předcházejícím onemocněním, nejčastěji cévního původu. Mohou vznikat také účinkem lokálního působení např. tlakem, zářením apod. Chronické rány jsou v podstatě rány sekundárně se hojící výstavbou nové vaskularizované granulační tkáně. Jsou to všechny rány, jejichž hojení přesahuje dobu osmi týdnů (FUCHSOVÁ, 2009).

1.2.2 ROZDĚLENÍ DLE ETIOLOGIE

Mechanická etiologie rána řezná (*vulnus scissum*), sečná (*vulnus sectum*), bodná (*vulnus punctum*), střelná (*vulnus sclopetarium*), kousnutí (*vulnus morsum*), rána tržná (*vulnus lacerum*), zhmožděná (*vulnus contusum*), tržnězhmožděná (*vulnus contusolacerum*) (FERKO, 2002).

Termická etiologie (popáleniny, omrzliny).

Chemická etiologie (kyselina – koagulační nekróza, zásada – kolikvační nekróza).

Záření – postradiační vřed, nekróza kůže
(FERKO, 2002).

2 CHRONICKÁ RÁNA

2.1 DEFINICE

„Jako chronickou označujeme sekundárně se hojící ránu, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení. Tato definice vznikla na základě konsenzu odborníků pracujících ve výboru České společnosti pro léčbu rány. Jestliže se rána ani při ideálním ošetřování nehojí, dá se předpokládat, že v ráně došlo k narušení normálního reparativního procesu“ (STRYJA, 2008, s. 17).

2.2 ROZDĚLENÍ CHRONICKÝCH RAN

- bércové vředy venózní etiologie (jsou jedním z projevů chronické žilní insuficience)
- arteriální kožní vředy (projev pokročilé ischemické choroby dolních končetin)
- dekubity
- neuropatické kožní vředy (jeden z důsledků onemocnění diabetes mellitus)
- kožní vředy v terénu lymfedému

V praxi vznikají chronické rány jednak přechodem akutní rány do chronicity v důsledku přidružených onemocnění nebo infekce, jednak mikrotraumatizací kůže, která je sama predisponovaná k obtížnému hojení. Třetí možnou příčinou vzniku chronické rány je prohloubení nekrózy kůže na podkladě základního onemocnění, například obliterující aterosklerózy dolních končetin. Přetrvávající otevřená rána je nepříjemným projevem narušeného hojení tkání. Je místem možného vstupu mikroorganismů do těla a může vést k rozvoji dalších infekčních komplikací (abscesy, flegmóny, lymfadenopatie, systémové infekce). Většina kožních vředů je bolestivá a nepříznivě ovlivňuje stav pacienta sekrecí z rány, která může vést až ke ztrátám tekutin a proteinů. Chronické rány představují také závažný socioekonomický problém (STRYJA, 2008).

Chronická rána se nejčastěji hojí sekundárně – *per secundam intentionem*. V průběhu hojení je v ráně většinou přítomna bakteriální kolonizace nebo lokální infekce. Vřed měkkých tkání se postupně vyplňuje granulační tkání a epitelizuje z okrajů. Tento proces trvá delší dobu, je náročný na dostatečný přísun živin a je ukončen vznikem znatelné, méněcenné jizvy (STRYJA, 2008).

2.3 KLASIFIKACE CHRONICKÝCH RAN

„Klasické dělení chronických ran zohledňuje charakter spodiny rány. Rozlišuje rány nekrotické, povleklé, granulující a epitelizující. Podle přítomnosti klinických známek infekce na spodině hovoříme o infikovaných ranách (hlubokých a povrchních) a hlubokých a povrchních ranách neinfikovaných („čistých“). Nedostatkem výše uvedeného popisného označení ran je významný subjektivní podíl při hodnocení. Čím více pracovníků je do ošetřování ran zapojeno, tím obtížněji navzájem porovnávají klinické nálezy. Výsledkem potom mohou být chyby v návaznosti sledování, jak rány reagují na příslušnou terapii. Bylo by proto ideální sjednotit terminologii chronické rány a dokumentaci tak, aby vyhovovala potřebám praxe“ (STRYJA, 2008 s. 18).

Jedním z klasických dělení je níže uvedená klasifikace chronických ran podle Knightona z roku 1986:

- stadium I: povrchová rána (epidermis, dermis)
- stadium II: hluboká rána (zasahuje do subcutis)
- stadium III: postižení fascií
- stadium IV: postižení svalstva
- stadium V: postižení šlach, vazů, kostí
- stadium VI: postižení velkých dutin

(STRYJA, 2008).

2.4 FÁZE HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN

„V praxi se následující tři fáze hojení rány, zvláště u bércevého vředu, označují zkráceně též jako fáze čištění, fáze granulační a epitelizační“ (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001, s. 13).

2.4.1 ZÁNĚTLIVÁ/EXSUDATIVNÍ FÁZE

Zánětlivá/exsudativní fáze začíná v okamžiku poranění (především u akutních ran) a trvá za fyziologických podmínek asi tři dny. První cévní a buněčné reakce spočívají v zastavení krvácení srážením krve a jsou ukončeny po cca 10 minutách. Dilatací cév a zvýšením permeability kapilár poté dochází k zesílené exsudaci krevní plazmy do intersticia, což podporuje migraci leukocytů, především neutrofilních granulocytů a makrofágů, do oblasti rány. Jim přísluší obrana proti infekcím a pomocí fagocytózy se podílejí na čištění rány. Současně uvolňují biochemicky účinné mediátorové substance, kterými se aktivují a stimulují buňky důležité pro další fáze hojení. Klíčová role přitom připadá makrofágům a jejich dostatečný počet má rozhodující význam pro postup hojení. Zánětlivá reakce má zvláště významnou intenzitu u ran, které jsou bakteriálně kontaminované. V takových případech musí být mikroby redukovány, patogenní mikroby inhibující hojivý proces eliminovány a odstraněn buněčný detritus, eventuálně nekrotická tkáň. V případě přetrvávání fibrinových a nekrotických ulpívajících povlaků na spodině rány, se zánětlivá fáze hojení značně prodlužuje (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

2.4.2 PROLIFERAČNÍ FÁZE

Ve druhé fázi hojení ran převažuje proliferace buněk s cílem vytvořit nové cévy a vyplnit defekt granulační tkání. Tato fáze začíná asi 4. den po vzniku rány, ale podmínky pro její vznik byly vytvořeny již ve fázi zánětlivé exsudativní. Nežraněné fibroblasty z okolní tkáně mohou migrovat do vytvořeného trombu a fibrinové sítě a využívat je jako provizorní matrix. Cytokiny a růstové faktory stimulují a regulují migraci a proliferaci buněk, které jsou zodpovědné za novotvorbu tkáně a cév (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

2.4.3 FÁZE DIFERENCIACE A PŘESTAVBY

Ve fázi diferenciacce a přestavby dochází k vyzrání kolagenních vláken. Rána se retrahuje, granulační tkáň se stává chudší na vodu a cévy, zpevňuje se a přeměňuje v jizevnatou tkáň. Epitelizace, která v sobě zahrnuje tvorbu nových epidermálních buněk mitózou a buněčnou migrací, probíhají přednostně z okrajů rány, poté celý proces hojení rány zakončuje (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

2.5 IKONOGRAFIE CHRONICKÉ RÁNY

Klasická ikonografie chronické rány je poměrně složitá. Roku 2002 publikovali Gray, White a Cooper the Wound Healing Continuum (WHC) – Kontinuum hojení rány. Tato jednoduchá pomůcka byla původně určena pro sestry ošetřující rány. Je založena na rozpoznání barvy, která na spodině rány převažuje a je pro hojení nejdůležitější. K dispozici je škála barev: černá, žlutá, červená, růžová – s mezistupni, seřazeno zleva doprava. Pro výběr je rozhodující složka (tedy barva), která má největší vliv na hojení se rány. S vědomím jistého zjednodušení a při respektování základních pravidel této klasifikace můžeme popsat všechny rány. Pomocí Kontinua hojení rány dokážeme také pojmenovat hlavní prognostické rysy rány, indikátory hojení, fázi i poruchy hojení chronické rány. Základní pravidla WHC jsou tato: při úspěšném hojení rány se mění dominantní barva spodiny rány zleva doprava, tedy od černé k růžové. Při zařazování rány je nutné vybrat barvu, která leží na pomyslné stupnici co nejvíce vlevo a vhodnou léčbou se tuto barvu (tkáň) snažit ze spodiny rány odstranit. Je naprosto zřejmé, že ke každé ráně je zapotřebí přistupovat individuálně. Cílem léčby je zlepšení lokálního nálezu a zhojení kožního vředu – tedy v terminologii WHC vést hojení směrem „doprava“ (STRYJA, 2008).

2.5.1 ZÁKLADNÍ TYPY RAN

Základní typy ran, které charakterizuje WHC klasifikace, jsou následující:

- **Černá rána** na spodině nacházíme nekrózu – suchou nebo vlhkou gangrénu. Pod nekrózou bývá žlutá „blátivá“ spodina, granulační tkáň nebo měkké

podkožní tkáň. K tomuto typu je možné řadit i tzv. několikabarevné rány. Černou barvu můžeme nalézt na nekrotických okrajích ran a na některých stádiích dekubitů. Jediným léčebným zákrokem je débridement.

- **Černo-žlutou ránu** můžeme klasifikovat také jako černou ránu. Žlutá komponenta je tvořena vláknitou vlhkou nekrózou, nekrotickým podkožním tukem, často ji nacházíme pod nekrotickým příškvarem. Posunem doleva vzniká černá rána, posunem doprava červená rána (například po odstranění nekrózy). K navození hojení je zde indikován débridement (STRYJA, 2008).
- **Žlutá rána** žlutá barva je znakem nekrózy a hnisu (je nutné myslet na infekci). Protože nekróza je prostředím příznivým pro množení bakterií, je odpovídajícím zákrokem opět débridement.
- **Žluto-červená rána** může být klasifikována také jako žlutá rána. Obraz červené složky mohou vytvářet například koagula po traumatu, po odstranění adherentního krytí, koagula z drolivých granulací, kolonizace kožního vředu hemolytickými bakteriálními kmeny anebo zdravá granulační tkáň. Terapie spočívá v débridementu, aplikaci lokálních antiseptik a prostředků, které zabezpečí vlhké prostředí pro hojení (STRYJA, 2008).
- **Spodina červené rány** je (při chybění jiných známek latentní infekce) tvořena zdravou granulační tkání. Selhání nebo stagnace hojení, rozpad granulací a posun doleva na stupnici WHC by nás měl vždy vést k podezření na kritickou bakteriální kolonizaci.
- **Červeno-žlutá rána** je tvořena tenkou vrstvou čerstvě vzniklého epitelu, přes který prosvítá granulační tkáň. Cílem léčby v tomto stadiu hojení je udržet stabilní vlhké prostředí.
- **Jako růžová rána** se označuje stav, kdy je již kožní defekt překryl nově rostoucím epitelem. Až do úplné konsolidace jizvy je nutná ochrana epitelu před poškozením (STRYJA, 2008).

3 HISTORICKÉ OHLÉDNUTÍ ZA POČÁTKY HOJENÍ RAN

Otázky kolem hojení ran provázejí lidstvo již od jeho vzniku. Již starověcí Egypťané znali možnosti, jak uzavřít ránu pomocí sutury nebo jednoduchých stripů. Používali také primitivní antiseptika – například malachit, med nebo cukr. „Otec medicíny“ Hippokrates (460-370 př. n. l.) vyzdvihoval ve svých spisech význam infekce při hojení rány a je autorem konceptu primárního a sekundárního hojení ran s použitím primitivních antiseptik (víno). Hippokrates také jako první pochopil roli kompresivní terapie v léčbě bércových vředů venózní etiologie. Aulus Cornelius Celsus (asi 25 př. n.l.-50 n. l.), encyklopedista působící ve starověkém Římě, popsal 4 klasické známky zánětu: *dolor, calor, tumor, rubor* (později byla připojena pátá – *functio laesa*). Myšlenky řeckého lékaře Galéna (129-216 n. l.) přežívaly v praxi dosti dlouho a jeho tezí „*pus laudabile*“ se při hojení ran řídili ranhojiči až do 15. století. Časté bylo také používání medu jako antiseptika. Ve středověku se věřilo, že „stříbrné mince čistí pitnou vodu“. Teprve Ambroise Paré (1510-1590), dvorní chirurg pěti francouzských králů – Františka I., Jindřicha II., Františka II., Karla IX. a Jindřicha III. odmítl vypalování ran žhavým železem či olejem a položil základy správného ošetřování válečných poranění a traumatických amputací. Paré se jako první zmiňuje o čištění otevřených ran larvami hmyzu. Ke zlepšení výsledků hojení ran používal stříbrné plátky a směsi vaječného bílku a terpentýnu (STRYJA, 2008).

K obrovskému rozmachu chirurgie přispěl objev asepse a antisepte. Mezi nejdůležitější průkopníky patří Robert Koch (1843-1910) roku 1878 objevil stafylokoky v hnisu, Louis Pasteur (1822-1895) – kultivoval stafylokoky na laboratorních půdách, Carl Siegmund Franz Credé (1819-1892) – objevil, že roztok AgNO_3 snižuje výskyt neonatálních infekcí oka, Joseph Lister (1827-1912) – popsal antiseptické působení fenolu, William Stewart Halstead (1852-1922) v roce 1895 použil stříbrný drát při operaci hernie jako prevenci infekce. Používal také stříbrnou folii ke kontrole pooperační infekce. V 19. století sloužil roztok AgNO_3 jako antiseptikum u popálenin. Obrovský význam pro léčbu raných infekcí má objev prvního antibiotika, penicilinu, Alexandrem Flemingem (1881-1955) v roce 1928. Antibiotika poté začala paradoxně vytlačovat z léčby chronických ran débridement a lokální antiseptika. Od roku

1968 začal Charles Fox používat k lokálnímu ošetření ran krém sulfadiazinu stříbra (STRYJA, 2008).

„U vzniku tzv. vlhké terapie ran stál prof. Winter, který v roce 1962 jako první popsal, že udržování rány ve vlhkém stavu urychluje reepitelizaci. První skupinou moderních krytí na sekundárně se hojící rány byly hydrokoloidy, které se používají v praxi od 70. let 20. století. Vzhledem k narůstající rezistenci bakterií vůči antibiotikům dochází k renesanci využití stříbra v hojení ran. Na přelomu 20. a 21. století můžeme vidět obrovský rozmach krytí s obsahem stříbra (například Actisorb plus, Johnson and Johnson, USA 1986, ČR 1994; Acticoat, Smith and Nephew, USA 1998). Současná medicína uhání vpřed mílovými kroky. Jsme svědky objevů nových postupů při uzavěru rány, záplavy nových krytí, růstových faktorů a arteficiálních kožních krytů. Poněkud s odstupem za těmito objevy dochází k jejich širšímu využití v praxi. Ještě s větším zpožděním jsme pak svědky snahy zdravotních pojišťoven dohodnout se na úhradě nových postupů s poskytovateli zdravotní péče“ (STRYJA, 2008, s. 16).

4 MANAGEMENT OŠETŘOVÁNÍ RAN – „WOUND MANAGEMENT“

Současné moderní trendy průmyslu, zabývajícím se výrobou zdravotnického spotřebního materiálu, nabízejí zdravotníkům „wound managementy“ pro použití konkrétních výrobků či materiálů k ošetřování chronických ran v různých fázích jejich hojení. Standardizované postupy „wound managementy“ vytvářejí i sestry specialistky pro léčbu hojení ran, které vycházejí při jejich tvorbě ze své praxe. Příloha F, G, H, CH, I, J

Podle klinického stavu jsou rány ošetřovány buď „nasucho“ nebo ve vlhkém prostředí.

4.1 SUCHÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN

Používání suchého krytí se omezuje pro následující indikace:

- ošetřování ran v rámci první pomoci
- krytí sloužící k pohlcování prosakující krve
- ochrana před sekundární infekcí a proti mechanické iritaci

„Speciální indikací pro suché ošetřování je přechodné krytí popálenin nebo podpora hojení defektů měkkých částí pomocí syntetických materiálů nahrazujících kůži“ (HRBÁČKOVÁ, 2009, s. 36).

Mast'ové kompresy

Jsou využívány k udržení pružnosti rány, nepatří ani do jedné skupiny. Jelikož nemají žádnou absorpční schopnost, musí být kombinovány se savým, suchým krytím (HRBÁČKOVÁ, 2009).

Kombinované savé kompresy

Kromě klasických kompresů z obvazového mulu a netkaného textilního rouna se pro suché ošetřování ran používají také kombinované savé kompresy. Skládají se z několika vrstev rozdílných materiálů a díky tomu mají dobrou absorpční schopnost. Sekret je plošně rozdělován, odstraňován z rány a uchováván v hloubce savého tělesa. Tyto kompresy jsou propustné pro vzduch a vodní páry, jsou měkké a ránu chrání. Příkladem savých materiálů jsou např. Zetuvit, Cosmopor steril, Comprigel (HRBÁČKOVÁ, 2009). Příloha B

4.2 VLHKÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN

Pro všechny sekundárně se hojící rány s potřebou tvorby granulační tkáně k vyplnění defektu se použití vlhkého způsobu ošetření ran považuje za standard. Vlhká krytí na rány vykazují dobrý čistící efekt, aniž by při tomto procesu byly poškozovány imunokompetentní buňky.

K praktickému provádění vlhkého způsobu terapie je dnes k dispozici celá řada materiálů, které mohou pokrýt celý proces hojení. Příloha K

TenderWet

Je účinné krytí na rány, které je určeno k ošetření chronických, infikovaných i neinfikovaných ran během fáze čištění a na počátku granulační fáze. Důvodem jeho vysoké účinnosti je využití principu kontinuálního vyplachování rány. TenderWet je polštářek na rány, složený z více vrstev, který má ve své centrální části superabsorbující polyakrylát. Ten se před vlastním použitím aktivuje Ringerovým roztokem, který se poté po dobu 12 hodin uvolňuje do rány. Tím dochází ke změkčování a rozpouštění nekróz. Současně je do savého jádra vázán veškerý sekret. TenderWet nemá žádné kontraindikace a může být používán i u infikovaných ran. Jeho výměna se uskutečňuje zpravidla 2x denně, tedy každých 12 hodin (HRBÁČKOVÁ, 2009).

Sorbalgon

Je krytí na rány určené k čištění a tvorbě granulace u podminovaných, hlubokých a těžko přístupných ran. Sorbalgon je výborně tamponovatelný a díky tomu ihned po přiložení ránu účinně čistí a podporuje granulaci v hloubce defektů. Sorbalgon je netkaný obvaz z vysoce hodnotných vláken alginátu vápníku, které se v suchém stavu vkládají do rány. Při kontaktu se spodinou rány se vlákna přemění na vlhký, savý gel, který vyplní ránu. Rána se rychle čistí a tento obvaz se osvědčil zejména u chronických a infikovaných ran. Gelová konzistence Sorbalgonu navíc působí jako vlhký obvaz, který zabraňuje vysychání rány a vytváří mikroklíma, které podporuje tvorbu granulační tkáně a udržuje okraje rány pružné. Frekvence výměny obvazu se stanovuje podle stavu rány a podle množství exsudace. Ve fázi čištění je výměna obvazu 1 až 2x denně, později v granulační fázi stačí každé 2 až 3 dny (HRBÁČKOVÁ, 2009).

Hydrosorb

Je vhodný k udržování vlhkosti a ochraně granulační tkáně a nově vytvořeného epitelu. Používá se v návaznosti na předchozí terapii pomocí TenderWetu nebo Sorbalgonu. Hydrosorb je hotový gel s vysokým podílem vody. Díky tomu vytváří v ráně vlhké prostředí, které vydrží několik dní. Současně z rány absorbuje nadbytečný sekret (HRBÁČKOVÁ, 2009).

Hydrocoll

Je samolepící, savý hydrokoloidní obvaz, který je určen především k čištění a pro podporu granulace a epitelizace u neinfikovaných ran. Absorpcí sekretu z rány hydrokoloid obsažený v obvazu nabobtnává a přeměňuje se v gel, který odvádí do rány potřebnou vlhkost. Gel je savý tak dlouho, dokud není zcela nasycen. Indikátorem pro výměnu je vytvoření puchýře na obvazu Hydrocollu (HRBÁČKOVÁ, 2009).

Hyiodine

Využíváme jej v praxi u těchto typů ran: povrchové rány (diabetické defekty, bércové vředy, popáleniny, povrchové dekubity) a hluboké rány (dehiscence operačních ran, píštěle v amputačních pahýlech, píštěle po erysipelu často zasahující až k periostu). Hyiodine účinkuje ve všech fázích hojení ran a to zejména ve fázi čištění, granulace,

epitelizace. Aplikujeme jej na gázu, na netkanou textilii či na mastný tyl. Tekutá forma je výhodou u hlubokých ran a obtížně přístupných ran (HOLANOVÁ, 2008).

Algináty

Jsou přípravky z enzymů mořských řas, používají se ve fázi čištění, odstraní nekrózy, hnisavé sekrece, bakteriální povlaky. Rána nesmí být suchá, musí sekretovat. Hyiodine zajistí optimální vlhkost v ráně, alginát tak mnohem rychleji a výrazněji účinkuje. Tím se zkracuje výrazně doba léčby (HOLANOVÁ, 2008).

Stříbro

Pro použití stříbra v hojení ran hovoří především široké spektrum jeho účinnosti (zabírá u více než 150 mikrobiálních kmenů včetně anaerobů, kvasinek a řas). Stříbro má dobrou snášenlivost a obtížně navoditelnou rezistenci. Působí na několika místech bakteriální buňky. Krytí se stříbrem dělíme na materiály obsahující stříbro v ionizované formě (Aquacel Ag) a na materiály se stříbrem ve formě Ag 0 (Silvercel, Acticoat, Atrauman Ag). Z jejich rozdílných chemických vlastností pak vyplývá rozdílná farmakodynamika uvolňování iontů stříbra do rány. Na účinek má samozřejmě vliv také nosič, respektive materiál, který je v krytí spolu se stříbrem přítomen (např. alginát, hydrovlákno apod.) (HOLANOVÁ, 2008).

Traumacel Biodress

Podporuje granulaci a epitelizaci rány a zajišťuje příznivé vlhké mikroklima v ráně. Má antibakteriální účinky, inaktivuje proteázy a urychluje hojení. Mezi jeho výhody použití patří i snižování iontových ztrát z rány. Tento prostředek je plně biodegradabilní, je resorbován do 48 až 72 hodin v závislosti na množství exsudátu v ráně. Z organismu je zcela vyloučen bez jakýchkoli vedlejších účinků (HOLANOVÁ, 2008).

Během ošetřování různých nemocných jsem zaznamenala díky používání fázových prostředků na ošetřování chronických ran velké časové urychlení fáze čištění, granulace, ale i epitelizace. Nezaznamenala jsem žádné alergické reakce, či podráždění okolí defektu, ale naopak snížení bolestivosti.

4.3 BIOCHEMICKÉ OŠETŘOVÁNÍ RAN

Biochemické ošetřování ran pomocí muších larev *Lucilia Serricata* („green- bottle – fly“) se stalo používanou metodou terapie k léčbě infikovaných defektů kůže. Larvy jsou schopny se žít pouze mrtvou tkání. Těto vlastnosti se využívá k čištění nehojících se ran. Dokonale kopírují hranici živé a mrtvé tkáně. Larvy zničí i většinu patogenních bakterií odolných na antibiotika, stimulují produkci exsudátu, zvyšují prokrvení spodiny rány, stimulují vznik granulace z vitální tkáně (HRBÁČKOVÁ, 2008).

Léčba larvami je **alternativní** metodou, zejména v případě, že selhaly chirurgická a enzymatická léčba zejména u následujících typů ran:

- infikované a nekrotické rány (nekomunikující s tělními dutinami)
- bércové vředy (žilního i smíšeného původu)
- defekty u syndromu diabetické nohy, proleženiny, popáleniny
- lze je použít i k vyčištění ran před transplantací kůže.

„Larvy nesmí být použity u rány komunikující s tělními dutinami nebo orgány, u rány v blízkosti velkých cév a u rány s tendencí k masivnímu krvácení“ (HRBÁČKOVÁ, 2008, s. 39).

5 DOKUMENTACE

Vedení řádné zdravotnické dokumentace, včetně takzvané dokumentace rány, je povinnost daná zákonem. Pro vedení zdravotnické dokumentace existuje řada standardizovaných schémat a postupů. Základem každého protokolu chronické rány či ambulantní karty jsou identifikační údaje pacienta (jméno a příjmení, číslo zdravotního pojištění, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, datum návštěvy), všeobecné zdravotní údaje (teplota, puls, krevní tlak, charakter dýchání), předchozí a současná lokální terapie, stav krytí na ráně při převazu (suché, vlhké, chybí, čisté, znečištěné), přítomnost drénů v ráně a jejím okolí.

Klasické popisné hodnocení kožních defektů vychází z popisu jednotlivých rysů rány. Patří mezi ně zhodnocení, kde se ulcerace nachází (anatomická lokalizace; pozor na správnou pravolevou orientaci), co ji způsobilo, zdali je spodina vlhká nebo suchá, množství, charakter a barva ranného exsudátu, velikost v centimetrech (délka, šířka, hloubka), přítomnost podminovaných okrajů, kavit a chobotů, macerace, zápach (ovocný zápach – stafylokokové infekce, smolkový zápach – gramnegativní bakterie, hnilobný zápach – anaerobní infekce), vzhled okrajů a okolí rány, bolestivost a barva spodiny a v neposlední řadě také stáří rány (STRYJA, 2008).

Druhou možností, jak dokumentovat charakter rány, je fotodokumentace. Tato metoda je rychlá, pohotově monitoruje stav a umožňuje jednoduše zaznamenat historii rány. Mezi její nevýhody patří technická náročnost pořizování a zpracovávání snímků, nutnost pravidelné archivace dat a souhlasu klienta se zhotovením snímků. Další metodou, která umožňuje objektivizovat a archivovat údaje o velikosti rány, je metoda využívající přístroj Visitrak. Výhodou je přesná dokumentace celkové plochy defektu, přítomnosti nekrózy, možnosti vypočítat procento nekrózy a srovnání s předchozím měřením (STRYJA, 2008).

„Kromě popisu rány samotné by dokumentace měla obsahovat i doplňující informace, jako jsou otok končetiny, přítomnost pulsací na tepnách na periférii, výskyt klidových bolestí, případně klaudikací, výpadek čítí a motoriky“ (STRYJA, 2008, s. 20).

„V případě, že je přítomno několik otevřených ran, musíme se při převazu vyvarovat kontaminace a přenosu infekčních mikroorganismů mezi ránami navzájem. Zejména zabránit užívání stejných rukavic, nástrojů a pomůcek po celou dobu převazu. Rány bez zjevných známek infekce mají při převazu přednost před ránami infikovanými“ (STRYJA, 2008, s. 20).

Součástí klinické dokumentace rány je podrobné doporučení pro další převazy s uvedením jejich frekvence, doporučení pro domácí péči, upozornění pro pacienta, jak se zachovat v případě zhoršení lokálního nálezu, datum příštího převazu a kontroly v odborné ambulanci a podpis ošetřujícího lékaře. Abychom se vyvarovali případných nedorozumění při jednání se zdravotní pojišťovnou, je vhodné uvést název, velikost a počet jednotlivých krytí, která jsme k jednomu převazu použili (STRYJA, 2008).

Příloha M

6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ RAN

6.1 SYSTÉMOVÉ FAKTORY

Věk pacienta

„Je jedním z důležitých faktorů ovlivňujících průběh hojení, neboť s přibývajícím věkem nastává redukce všech fyziologických pochodů a buněčné reprodukce“ (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001, s. 22).

Přidružená onemocnění

Mnoho nemocných s bércovými vředy, zvláště osoby staršího věku, trpí současně dalšími chorobami. Mezi nejčastější provázející onemocnění patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus, artróza kloubů dolních končetin se sníženou mobilitou (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

Stav výživy

Nedostatečná výživa, karence jednotlivých složek potravy, zvláště proteinů, vitamínů, minerálů a stopových prvků, negativně ovlivní hojení rány. Řada vitamínů např. vitamín A a C se účastní biochemických pochodů hojení rány, např. syntézy kolagenu, glykoproteinů, proteoglykanů a dalších. Jejich karencí vážne novotvoření vaziva a výstavba granulační tkáně. Podobnou úlohu mají stopové prvky a minerály jako např. zinek, železo, měď. Rizikem pro hojivý proces je zvláště nedostatek zinku (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

Anémie

Nedostatek hemoglobinu zapříčiňuje tkáňovou hypoxii a může být sám o sobě příčinou vzniku ulcerace. Ze stejných důvodů má anémie inhibiční efekt na hojení (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

Poškození funkce centrálního nervového systému

Postižení centrálního nervového systému (např. při mozkové příhodě, tumorech centrálního nervového systému) je většinou spojeno s navozením hypoxického stavu a se sníženou pohyblivostí postiženého. Tato skutečnost nepříznivě ovlivňuje hojivý proces rány (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

Imunita

Snížená obranyschopnost se negativně podílí na všech pochodech organismu. Jedinci se sníženou imunitou jsou náchylnější k infekcím bakteriálního, virového i plísňového původu. Přidružená infekce rány nepříznivě ovlivňuje hojení (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001).

Nádorová onemocnění

Výsledkem hypoproteinémie při maligním onemocnění je porucha hojení chronických ran. Maligní onemocnění má vliv na imunitní stav organismu a tím nepřímo i na hojení rány. Hojení rány ovlivňuje nejen základní onemocnění, ale i léčba radioterapií, chemoterapií, hormonální terapií při aktivní onkologické léčbě.

Léky

Mnohá farmaka mohou mít negativní vliv na hojení rány (např. glukokortikoidy, imunosupresiva, cytostatika).

Spánek

Nedostatek spánku a odpočinku v nočních hodinách působí inhibičně na hojení rány.

Návyky

Abusus alkoholu, drog, nikotinu má negativní vliv na hojení (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001)

6.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

Mezi nejčastější psychologické faktory v léčbě chronických ran patří – anxiozita, deprese, strach z recidivy, sociální izolace, a stresové situace.

„Z uvedených poznatků je patrné, že fázový průběh hojení u chronických ran není vždy ideální, neboť ve všech stádiích hojení se mohou objevit abnormality lokální a celkového charakteru. Poruchy hojení se mohou vyznačovat stagnací čisticí fáze, zpomalením granulace, komplikacemi z přidružené infekce mikrobiální, virové, plísňové, nedostatečnou epitelizací, tvorbou hypertrofických nebo hypotrofických jizev“ (POSPÍŠILOVÁ, ŠVESTKOVÁ, 2001, s. 25).

7 NUTRICE A JEJÍ VLIV NA HOJENÍ CHRONICKÝCH RAN

Výživa má na zdraví člověka zásadní vliv. S poruchami výživy se setkáváme u řady onemocnění a je nasnadě, že nedostatek energie, makronutrientů (cukry, tuky, bílkoviny) i mikronutrientů (vitamíny, minerály) negativně ovlivňuje také reparaci tkání. Malnutrice je chápána jako odchylka od normálního stavu výživy, která vzniká nerovnováhou mezi přívodem živin a jejich skutečnou potřebou v organismu. Pojem malnutrice označuje jak kvantitativní (energetický příjem), tak kvalitativní poruchy výživy. Prostou malnutrici nacházíme u jedinců s déle trvající poruchou výživy. Stresová malnutrice vzniká v poměrně krátkém časovém intervalu a je charakterizována hyperkatabolickým stavem, který je spojen především s odbouráváním bílkovin. Malnutrice, která se projevuje ztrátou více než 15-25% tělesné hmotnosti a hypoproteinémií (při maligním onemocnění), zhoršuje hojení rány. Hojení je narušeno také při deficitu vitamínu C, vitamínu A a zinku (STRYJA, 2008).

7.1 DIAGNOSTIKA MALNUTRICE

„Diagnostika malnutrice je prvním krokem k její správné terapii. Cílem nutričního monitoringu je včas odhalit rizikové pacienty a adekvátně je léčit. Mezi diagnostické metody používané u poruch výživy patří“ (STRYJA, 2008, s. 40).

7.1.1 ANAMNÉZA

Nechtěný váhový úbytek za určitý časový interval, dietní zvyklosti pacienta (struktura výživy, co pacient jí a pije a v jakém množství).

7.1.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Posouzení stavby těla, klinické příznaky malnutrice, otoky apod. Některé symptomy nedostatku vitamínů a minerálů.

Dutina ústní – zarudnutí sliznic, popraskání rtů a praskliny v ústních koutcích bývají přítomny při nedostatku vitamínu B₂, zánět sliznice a suchosti jazyka doprovází nedostatek vitamínů B-komplexu, otok a krvácení z dásní při nedostatku vitamínu C.

Oči – u nedostatku vitamínu A nacházíme změny zbarvení bělma očí tzv. Bitotovy skvrny, horší vidění při umělém osvětlení (šeroslepost).

Obličej – nadměrná tvorba kožního mazu, perorální dermatitida při nedostatku zinku.

Horní končetiny – hematomy v oblastech vystavených mikrotraumatům (z důvodu křehkých kapilár a podkožního krvácení) bývají symptomem nedostatku vitamínu C.

Břicho a hýždě – vosková, zrohovatělá pokožka, kožní záněty bývají způsobeny nedostatkem vitamínu A.

Dolní končetiny – povrchové odlupování pokožky a velké šupiny lupů mohou být projevem nedostatku základních mastných kyselin; praskliny v kůži mezi ostrůvky zrohovatělé pokožky s pigmentací bývají u nedostatku kyseliny nikotinové (niacinu), bez pigmentace u nedostatku vitamínu A. Pozor na mykózy mezi prsty na nohou (STRYJA, 2008).

7.1 3 ANTROPOMETRICKÁ MĚŘENÍ

Určení aktuální hmotnosti a výšky pacienta, stanovení body mass indexu ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$), obvod paže (případně pasu), měření podkožního tuku pomocí kožní řasy kalibrem (STRYJA, 2008).

7.1.4 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologické (počet lymfocytů, anémie), biochemické (celková bílkovina, celkový cholesterol, kreatinin), imunologické (imunoglobuliny aj.).

7.2 NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA U SENIORŮ

V praxi se velmi často setkáváme s chronickými ranami a projevy nedostatečné výživy u starších lidí. Jaké jsou příčiny?

Somatické – nechutenství, žvýkací obtíže, problémy s chrupem, zubní protézou, poruchy polykání, jednotvárná strava, chronická onemocnění, onemocnění dutiny ústní, špatné trávení způsobené užíváním léků, snížená pohyblivost.

Psychické – demence, deprese, paranoidní bludy, alkoholismus.

Sociální – chudoba skutečná nebo domnělá (zhoršení kvality a kvantity výživy), ztráta soběstačnosti, osamělost, neznalost správné výživy, nepřijetí ústavní stravy, nemocniční nebo pečovatelské služby (STRYJA, 2008).

„Důležitou příčinou je i samotný věk pacienta – dochází ke snížení chuťových a čichových vjemů, snížení pocitu hladu, zvýšení pocitu plnosti žaludku a snížené potřebě příjmu tekutin“ (STRYJA, 2008, s 42).

7.2.1 STANOVOVÁNÍ ADEKVÁTNÍHO PŘÍJMU

Při stanovování adekvátního příjmu ve stravě je nutné myslet na odpovídající přísun energie, makronutrientů (zvláště bílkovin), mikronutrientů a tekutin. U pacienta s rizikem narušeného hojení a neadekvátní výživou je vhodné provádět kontroly stavu nutrice minimálně jednou za jeden měsíc (podle zdravotního stavu pacienta). U pacientů s diagnostikovanou malnutricí léčených při hospitalizaci se nutriční stav laboratorně monitoruje zhruba jednou týdně (STRYJA, 2008).

7.2.2 ZPŮSOBY NUTRIČNÍ PODPORY

Nutriční podpora se zaměřuje na úpravu a terapii metabolických poruch. Při podávání nutričních doplňků je nutné sledovat reakce pacienta (vznik průjmů, zvracení, nechutenství apod.). Nutriční podpora nesmí zhoršovat aktuální zdravotní stav nemocného. Jejím základem je úprava diety s výběrem hodnotnější stravy. Doplňky diety tvoří vitamíny, minerály, stopové prvky a proteiny. V některých případech jsou

indikovány léky stimulující chuť k jídlu. Důležitou úlohu v nutriční podpoře má umělá klinická výživa (enterální a parenterální výživa). Nejjednodušším a fyziologickým způsobem podávání klinické výživy je perorální aplikace. Její modifikací je „sipping“ (usrkávání), tj. trvalé popíjení tekuté stravy v krátkých intervalech po celý den. V případě, že pacient není schopen polykat, je nutné přistoupit k enterálnímu podávání. Využívá se nasogastrická sonda vedená nosem do žaludku, gastrostomie zavedená přes břišní stěnu přímo do žaludku nebo jejunální sonda procházející až do tenkého střeva. Další možností jak zajistit nutriční podporu pacienta je parenterální výživa. Parenterální výživa je nutriční podpora aplikována nemocnému intravenózní cestou. V případě aplikace vysoce osmolárních roztoků je parenterální výživa aplikována výhradně do centrálního venózního řečiště (STRYJA, 2008).

7.2.3 NUTRIČNÍ DOPLŇKY

Nutriční doplňky můžeme rozdělit na tekuté, práškové, multivitaminové a minerální. Tekutá klinická výživa je připravena k okamžitému užití. V nabídce jsou výrobky o různém energetickém obsahu, s přidavkem bílkovin, vlákniny, enterální výživa pro diabetiky, výživa pro pacienty s dekubity. Doplnková výživa je k dispozici s různými příchutěmi. Práškové nutriční doplňky je nutné před použitím rozpustit v převařené vodě, ochlazené na 55°C, případně se používají do pokrmů i za studena. Lze připravit stravu o různé hustotě a je možné přidávat je i do hotových pokrmů. Multivitaminové doplňky obsahují denní dávku vitamínů v 1 tabletě. Minerální doplňky výživy obsahují minerály a stopové prvky spolu s vitamíny (JANÁKOVÁ A KOL., 2009), (STRYJA, 2008). Příloha L

8 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI HOME CARE

Mezinárodně uznávaný výraz domácí péče - Home care.

Národní centrum Domácí péče je odpovědné Ministerstvu zdravotnictví České republiky za metodiku, koordinaci, edukaci a informovanost v rámci komplexní domácí péče. Komplexní domácí péče je humánní, efektivní a ekonomická. Je integrovanou pomocí klientovi (nemocnému) v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou rodinných příslušníků. Péče je poskytována na základě ordinací ošetřujícího lékaře, dále pak na základě indikace tzv. sociální diagnózy. Sociální diagnóza se týká osamělých, opuštěných osob, kterým je poskytována péče v jejich vlastním sociálním prostředí.

„U těchto osob je nutné posoudit jejich aktuální potřeby vycházející ze zdravotního stavu sebeobslužnosti. Zajištění chodu domácnosti, péče o zajištění stravování apod. patří do rukou péče sociálních pracovníků a ne domácí péče. Vychází z potřeb jedince, které jsou aktuálně diagnostikovány podle jeho stavu a stavu jeho sociálního prostředí, ve kterém klient (nemocný) pobývá. Potřeby klienta (nemocného) v oblasti zdravotní i sociální péče spolu vzájemně souvisí a jsou od sebe neoddělitelné. Doporučená dostupnost péče je 24 hodin denně, 7dní v týdnu, 365 dní v roce“ (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000, s. 107).

Domácí péče nabízí své služby prostřednictvím profesionálů v oblastech zdravotní, odborné zdravotní péče, léčebné zdravotní péče, ošetrovatelské péče, rehabilitační péče. Zřizovatel domácí péče je stát (okresní úřad, město, obec) či vlastní soukromé iniciativy (soukromá Domácí péče) nebo humanitární sdružení (Červený kříž, církve – Česká katolická charita, Maltézští rytíři, Diakonie) (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000).

Z hlediska sociálních služeb nabízí domácí péče pečovatelskou službu, sociální poradenství, pomoc při řešení sociálních handicapů a krizí.

„Domácí péče je levnější než péče na lůžku (akutní péče v nemocnici). Využívá blahodárných účinků vlastního prostředí na psychomotorický stav klienta (nemocného). Rodinné prostředí je integrální součástí léčení, ošetřování a rehabilitace klienta (nemocného)“ (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000, s. 107).

8.1 INDIKACE DOMÁCÍ PÉČE

- péče u akutních stavů (alternativa péče nemocniční) – pooperační stavy, odborné ošetření ran a poranění, rehabilitační péče
- péče u chronických stavů (často jako doplněk specializované péče a léčení) – plicní onemocnění, gastroenterologická onemocnění, diabetes mellitus, péče o nemocné s centrální mozkovou příhodou, Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou demencí, aplikace analgésie, péče o umírající
- spirituální péče

„Účelná indikace domácí péče vytváří pro klienta (nemocného) vhodné podmínky ve vztahu ke kvalitě i rozsahu poskytované zdravotní péče“ (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000, s. 108).

8.2 ZAŘAZENÍ KLIENTA (NEMOCNÉHO) DO DOMÁCÍ PÉČE

Seznámení s aktuálním zdravotním stavem

Všeobecná sestra agentury je kontaktována ošetřujícím nebo praktickým lékařem, který jí podá informace o současném zdravotním stavu klienta (nemocného) a důvodu indikace domácí péče.

Posouzení stavu klienta (nemocného)

Všeobecná sestra agentury domácí péče zhodnotí stav klienta z hlediska ošetrovatelské péče, zda agentura může nabídnout péči klientovi z hlediska personálního a přístrojového vybavení agentury (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000).

Návštěva klienta (příbuzných)

„Všeobecná sestra se seznámí s prostředím, ve kterém má probíhat komplexní domácí péče se samotným klientem (nemocným), případně s rodinnými příslušníky“ (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000, s. 110).

Stanovení „pravidel hry“

Všeobecná sestra stanoví „pravidla hry“ mezi klientem (nemocným) a rodinnými příslušníky o poskytování péče (návštěvní časy, případné propojení sociální pomoci při kontaktu se sociální službou) (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000).

Stanovení ošetřovatelského plánu

„Všeobecná sestra agentury domácí péče sestaví krátkodobé a dlouhodobé plány s vytyčením cílů pro ošetřovatelskou péči, kterou budou poskytovat profesionální pracovníci (všeobecné sestry) agentury domácí péče“ (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000, s. 111).

Vyhodnocování jednotlivých cílů

Všeobecná sestra agentury domácí péče pravidelně vyhodnocuje (splnění jednotlivých vytyčených cílů), je v neustálém spojení mezi pracovníci agentury a ošetřujícím lékařem, případně s pracovníky sociální péče, kteří zabezpečují sociální pomoc (HŮSKOVÁ, JUŘENÍKOVÁ, TOMÁNKOVÁ, 2000).

Kdy nemá smysl poskytovat domácí péči

- klient (nemocný) si to nepřeje
- nespolupráce s rodinou
- nespolupráce s ošetřujícím nebo praktickým lékařem

9 MARJORY GORDON: MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ

Model je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA.

Obsah a koncepce modelu

„Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio – psycho – sociální interakce. Při kontaktu s pacientem/klientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví“ (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 100).

Vzorce

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. Popis hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňuje sestře rozpoznat, zda se u pacienta/klienta jedná o funkční chování – ve zdraví, nebo dysfunkční chování – v nemoci. Odborníci na ošetrovatelskou teorii označují model M. Gordon za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta v jakémkoliv systému zdravotní péče, v péči primární, sekundární, terciální. Pro další kroky ošetrovatelského procesu je však vhodná jeho kombinace s jiným ošetrovatelským modelem či teorií (PAVLÍKOVÁ, 2006).

9.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY/KLIENTKY S CHRONICKOU RÁNOU V KOMUNITNÍ PÉČI

V rámci domácí péče byla data zpracována metodou pozorování, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením pacientky/klientky.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: A. N.

Pohlaví: žena

Věk: 48 let

Datum narození: 1966

Rodné číslo: 66XXXX/XXXX

Adresa bydliště: Hradec Králové

Státní příslušnost: ČR

Číslo pojišťovny: 201 – Vojenská zdravotní pojišťovna

Vzdělání: středoškolské- textilní průmysl

Zaměstnání: t.č. ID (invalidní důchod)

Stav: rozvedená

PL (praktický lékař): MUDr. P.

Datum přijetí: 10. 1.2014

Důvod přijetí udávaný pacientem v domácí péči

„Zatím amputaci dolní končetiny odmítám, pokusíme se defekt zahojit.“

Medicínská diagnóza hlavní

I 7021 Ateroskleróza končetinových tepen, s gangrénou

Medicínské diagnózy vedlejší

Dyslipidémie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 130/80

Výška: 160 cm

P: 65'

Hmotnost: 64 kg

D: 17'

BMI: 25

TT: 36,3°C

Pohyblivost: ADL 2 - lehká závislost

Stav vědomí: při vědomí

Krevní skupina: A Rh+

Nynější onemocnění

Chronický defekt na levé dolní končetině v oblasti paty po nošení nevhodné obuvi.

Informační zdroje

Pacientka/klientka, ošetrovatelská dokumentace u praktického lékaře, všeobecné sestry z agentury domácí péče Home Care.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela před 5 ti lety následkem krvácení do mozku

Otec: zemřel na IM v 50 ti letech

Sourozenci: 0

Děti: 2 dospělé syny - zdraví

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci

Hospitalizace: 2013 na chirurgii Fakultní nemocnice Hradec Králové

Operace: 0

Úrazy:0

Očkování: TAT: 10/2006 - platné

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Abúzus:

Alkohol: víno, pivo 4x v týdnu

Kouření: 20 cigaret/denně

Káva: 2-3 šálky denně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 12 ti let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 6 dní

UPT: 0

Antikoncepce :0

Menopauza: 0

Potíže klimakteria: 0

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: rok 2011

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: žije sama v bytě 1 + KK

Vztahy, role a interakce v rodině: s rodinou se moc nestýkají, starší syn donáší nákupy 1x týdně, mladší syn nejeví zájem

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu se s okolím nestýká, pravidelně ji navštěvují všeobecné sestry z Home Care a pečovatelky 1 až 2x v týdnu

Záliby: čtení časopisů, vaření, domácnost

Volnočasové aktivity: dříve ráda sportovala, jezdila na kole, teď to zdravotní stav nedovoluje

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské – textilní průmysl

Pracovní zařazení: ID (invalidní důchod od r. 2012), dříve švadlena

Ekonomické podmínky: nevyhovující

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

EKG 1/2014 – Sinusový rytmus, objektivní nález, přiměřený věku

odběr krve krevní obraz (KO), biochemie, sedimentace (FW), Moč + sediment

stěr z rány – vyšetření na K+C (kultivace citlivost) – výsledek není v tuto chvíli k dispozici

Výsledky vyšetření:

FW (sedimentace) za 2 hodiny 18 – v normě

KO (krevní obraz) – v normě

B – LEUK 7, 86

B – ERY 5, 24

B – HEMG 157

B – HMTK 0, 492

Biochemie

JT (jaterní testy)

Bilirubin celkový 18, 4

ALT **0, 8** – zvýšena

AST 0, 59

Cholesterol - zvýšený

S – CHOL **5, 81**

S – HDL Chol 1, 00

S – LDL **4, 41**

S – TAG 2, 11

Glukóza (glykémie) – v normě

S – GLY 5, 3

Moč chemicky – v normě

U – Hustota 1024

U – pH 5, 0

U – LEUK chem. – negativní

U – PROT – negativní

U – GLUK – negativní

U – KETO – negativní

U – UBG – negativní

U – KREV – negativní

U – NITR – negativní

Konzervativní léčba:

Pohybový režim: volný

RHB: 1 – 2x denně chůze o francouzských holých

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

per os: Detralex tbl. 2 – 0 – 0, Delipid 20 mg 0 – 0 – 1, Emanera 40 mg, 1 – 0 – 0,

Tramal retard 150mg tbl. 1 – 0 – 1

lokálně na ránu: Hyiodine 3 – 5 ml, sterilní krytí, kompresivní fixace LDK

Chirurgická léčba:

V minulosti opakovaný chirurgický débridement chronického defektu na LDK.

9.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU V DOMÁCÍ PÉČI A POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ZE DNE 10. 1. 2014

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk:	„Bez obtíží.“	Hlava symetrická, zornice izokorické, oční bulby nezvětšeny, spojivky klidné, sliznice dutiny ústní fyziolog. nález, tonzily bez povlaků, jazyk plazí ve střední čáře, hrdlo klidné, štítná žláza nezvětšena, žíly na krku bez zvýšené náplně.
Hrudník a dýchací systém:	„Teď momentálně se mi dýchá dobře. Přes zimu je to většinou horší než v létě. Kašel nemám.“	Hrudník bez asymetrických změn, dýchání sklípkové, čisté.
Srdečně cévní systém:	„Nepocituji bušení srdce.“	Srdeční akce pravidelná, bez přídavných zvuků a patol. šelestů. TK 130/80 P 65' D 18' TT 36,3°C
Břicho a GIT:	„Břicho mě nebolí, větry mi odcházejí dobře, občas mě pálí žáha.“	Břicho měkké, prohmatné, bez patol. rezistence, bez známek peritoneálního dráždění, játra a slezina nezvětšena, tappotment oboustranně negativní.

Močový a pohlavní systém:	„Nemám žádné obtíže. Nepocítuji při močení pálení ani řezání.“	Genitál zevně normální konfigurace. Plně kontinentní.
----------------------------------	--	---

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kosterní a svalový systém:	„Často cítím bolest v té levé noze, musím chodit s berlemi, které si mi všude pletou. Se svaly problémy nemám.“	Končetiny norm. konfigurace, otoky dolních končetin, viditelné varixy na dolních končetinách, pulzace na DK hmatné. Barthelův test základních všedních činností: 95 b. -lehká závislost. ADL 2 (Activities of Daily Living) – oš. kategorie č. 2 – 3. VAS 5/10 (visuální analogová škála), NRS stupeň 5 (numerická škála bolesti) 0 - žádná bolest, 10 – maximální bolest). Postavení těla mírně v předklonu, chůze s francouzskými holemi.
Nervový systém a smysly:	„Nemám žádné obtíže. Brýle ani sluchadlo nepoužívám.“	Šíje volná, reakce zornic na osvit přiměřená, taxe správná, stoj a chůze normální. Glasgow coma scale: 15b. - normální stav.
Endokrinní systém:	„Nevím o žádných obtížích se štítnou žlázou.“	Štítná žláza není nevětšena.
Imunologický systém:	„Alergie nemám. Imunitu nijak posiluji.“	Alergie: 0

Kůže a její adnexa:	„Rána byla velká, hluboká, teď už je to daleko lepší, pozoruji velké zlepšení po návštěvách sester z domácí péče. Radí mi říct, jak zlepšit proces hojení Pocení u sebe hodnotím jako přiměřené.“	Rána 9 cm veliká, povleklá s mírnou sekrecí. Kůže na těle je dobře hydratovaná, kožní turgor je v normě. Ikterus 0. Jizvy na těle nenacházím. Pocení hodnotím jako přiměřené. Adnexa nezvětšena. Rozšířená stupnice dle Nortonové-Norton score: 30. b. (26-36 b.) žádné riziko.
----------------------------	--	---

9.3 POSOUZENÍ A ROZHOVOR S PACIENTKOU/KLIENTKOU ZPRACOVANÝ DLE KONCEPČNÍHO MODELU MARJORY GORDON

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ

Pacientka svůj zdravotní stav nevnímá jako moc dobrý. Byla poučena ošetřujícím lékařem o svém zdravotním stavu a správné životosprávě. **Nedodržuje doporučení** ošetřujícího lékaře, ani aktivity pro udržení tělesného a duševního zdraví. Následkem **nošení nevhodné obuvi** z počáteční gangrény na levé dolní končetině vznikl rozsáhlý **chronický defekt**. Po několika chirurgických ošetřeních ošetřující lékař indikoval amputaci levé dolní končetiny. Pacientka s terapeutickým postupem lékaře nesouhlasila a **hospitalizaci ukončila na vlastní žádost**. Léčbu a ošetřovatelskou péči převzala Home Care, která provádí převazy a celkovou ošetřovatelskou péči u klientky v pravidelných denních intervalech. Vývoj chronické rány je dobrý vzhledem k použití vhodných prostředků k fázovému hojení ran a volbě správného „wound managementu“. Pro udržení svého zdraví nedělá nic. Alergie neuvádí. Kouří až 20 cigaret denně. Konzumaci alkoholu udává několikrát v týdnu.

VÝŽIVA – METABOLISMUS

Stravu přijímá ústy. **Stravuje se nepravidelně** 1-2x denně v nepřiměřeném množství. Strava neobsahuje dostatek bílkovin a vitamínů. Jídlo dováží 3x v týdnu sociální služba. Obvykle nesnídá, pije pouze šálek černé kávy. Obědvá a večeří nepravidelně. Dietní omezení nízkocholesterolovou **dietu nedodržuje**. Doporučen 1-2x denně „sipping“ Nutridrinku nebo Cubitanu. Váží 64kg, měří 160 cm BMI 25 v normě. Vypije za den zhruba 1 – 2,5 l tekutin. Pije minerální vody s příchutí, čaj. Někdy pivo, víno a 2 až 3 šálky silné černé kávy. Kožní turgor je v normě. Je dostatečně hydratována. Teplota těla 36,3°C. Chrup sanován. Stomatologa navštěvuje 1x za 2 roky. Vlasy a nehty má neupravené celkově **působí zanedbaným vzhledem**. Všeobecná sestra z Home Care defekt zdokumentovala pomocí fotoaparátu. Po poradě s praktickou lékařkou byla terapie změněna na Hyiodine. Převozky jsou prováděny denně. V době převzetí klientky do mé péče byl defekt převážně zhojen, byl vyplněn granulační tkání bez známek infekce s mírnou exsudací. Okraje rány se sblížovaly a celková velikost chronické rány byla 9 cm.

VYLUČOVÁNÍ

Pacientka chodí na stolicí pravidelně 1x denně. Nemívá zácpu. Rituál při vyprazdňování žádný nemá. Močí přiměřeně tomu, co denně vypije. Moč je slámově žlutá, bez zápachu a příměsí. Pocení je přiměřené, bez většího zápachu.

AKTIVITA – CVIČENÍ

Je částečně soběstačná. Fyziologické funkce jsou v normě - TK 130/80, P 65'. Z faktorů bránících tělesné aktivitě uvádí pouze sníženou pohyblivost. K chůzi používá kompenzační pomůcky – francouzské hole. Držení těla je vzpřímené, mírně v předklonu. Chůze je přiměřená bolestivosti při chůzi. **Funkční úroveň je 2** (schopnost najít se 1, umýt se 2, vykoupat se 2, obléci se 2, upravit se 1, pohyb na lůžku 2, dojit na toaletu 2, celková pohyblivost 2, vaření 2, nakupování 2, udržování domácnosti 2). **Barthelův test 95 b. ADL 2 – lehká závislost**. Rozšířená **stupnice dle Nortonové 30 b.** – žádné riziko. Dříve ráda jezdila na kole a rekreačně sportovala. Aktivně již nesportuje vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu. Volný čas tráví doma sledováním televize a čtení

SPÁNEK – ODPOČINEK

Chodí si lehnout okolo 23 hodiny, mívá problém usnout. **Za noc se 1-2x probouzí.** Cítí bolesti v dolní končetině a **často přemýšlí nad životem.** Ráno vstává mezi 8 – 9 hodinou, po spánku se cítí **unavená a nevyspalá.** Léky na spaní neužívá. Přes den odpočívá v křesle a sleduje televizi.

CITLIVOST (VNÍMÁNÍ) – POZNÁVÁNÍ

Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou. Schopnost komunikace, vyjadřování, rozhodování a učení je přiměřená věku. Mluví srozumitelně česky. Brýle nenosí, slyší dobře. Ostatní smysly jsou přiměřené věku. Rána na dolní končetině stále bolí. Na numerické škále pro měření bolesti 0 – 10 (0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest) **pacientka udává stupeň bolesti 5.** Analgetika užívá dle ordinace lékaře.

SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

Pacientka říká, že život už za nic nestojí. Uvědomuje si, že nezvládá své plány do budoucna. Necítí se dobře. Stěžuje si, že **je hodně sama.** Ráda si povídá. Oční kontakt udrží. O sobě si myslí, že je flegmatik. Celkové emocionální ladění je mírně negativní. Změnu tělesného vzhledu vnímá špatně. Je **lítostivá, často pláče.** Úlevu pociťuje po analgetikách do 60 – ti minut.

ROLE – VZTAHY

Klientka je rozvedená v invalidním důchodu od roku 2012. Vystudovala střední průmyslovou školu obor textilní průmysl. Dříve pracovala jako švadlena, barmanka i jako pomocná síla v kuchyni. Žije sama v panelovém domě v bytě 1 + KK v Hradci Králové. Má dva dospělé syny, 1x v týdnu jí chodí syn nakoupit. Jiné příbuzné nemá. Cítí se sama. V jejím domácím prostředí jí nikdo kromě všeobecných sester a pečovatelek nenavštěvuje.

REPRODUKCE – SEXUALITA

Menstruace od 12 – ti let pravidelná, 6 dní. Menopauza 0. Gynekologické operace žádné neprodělala. Porody 2. Těhotenství proběhla fyziologicky. Na otázku sexuálního života nechce odpovídat. Partnera momentálně nemá.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE – ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Pacientka/klientka udává, že někdy stresové situace nezvládá a cítí úzkost. Jako největší zátěžovou situaci poslední doby uvádí vývoj velké chronické rány na dolní končetině. Pociťuje **strach a obavy z reakce okolí** na její defekt na dolní končetině. Pacientka/klientka je **stresována nejasnou prognózou a vývojem svého zdravotního stavu**. Díky nastalé špatné sociální situaci má **strach z budoucnosti**.

VÍRA – ŽIVOTNÍ HODNOTY

Žebříček hodnot má pacientka přiměřený, dle svých životních zkušeností. Je nevěřící.

JINÉ

Léky per os:

Detralex tablety 2 – 0 – 0 (venofarmaka))

Delipid 20 mg 0 – 0 – 1 (rosuvastatinum)

Emanera 40 mg 1 – 0 – 0 enterosolventní kapsle (inhibitor protonové pumpy)

Tramal retard 150mg tablety 1 – 0 – 1 (analgetika-anodyna)

Lokálně na ránu: Hyiodine 3 – 5ml, sterilní krytí, kompresivní fixace dolní končetiny

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka/klientka A. N. 48 let byla propuštěna 10. 12. 2013 z chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové po podepsání reversu, kdy odmítla amputační řešení gangrenózního defektu levé dolní končetiny po nošení nevhodné obuvi. Následně indikována domácí zdravotní péče cestou praktického lékaře. Rána na LDK 9 cm veliká částečně vyplněna granulační tkání, byla 1x denně ošetřována Hyiodine 3 – 5 ml, sterilně kryta a fixována vysokou kompresivní bandáží. Na dolní končetině jsou viditelné varixy a mírný otok. Pulzace na dolních končetinách jsou hmatné. Pacientka/klientka při vědomí, chodící o dvou francouzských holých, Barthelův test 95 b., ADL 2 – lehká závislost, kategorie č. 2 – 3, částečně soběstačná, stupnice dle Nortonové 30 b. – žádné riziko, přiměřené výživy BMI 25 v normě. Orientovaná časem, místem i osobou, spolupracuje. Kardiopulmonálně kompenzovaná, fyziologické funkce v normě TK 130/80, P 65', D 17', TT 36,3°C. Pacientka/klientka udává intenzivní bolest v oblasti paty levé dolní končetiny, kterou hodnotí pomocí numerické škály bolesti stupněm 5. Analgetika Tramal retard 150 mg tbl. 1 – 0 – 1 užívá dle ordinace lékaře. Špatně spí. Má strach a obavy z budoucnosti. Je plačtivá. Nedodrжуje dietní ani léčebná doporučení. Působí celkově zanedbaným vzhledem.

Zjištěné problémy: Chronická rána, bolest, špatně spí, nedodrжуje dietní opatření, nedodrжуje léčebná doporučení, strach z nepřijetí okolím a obavy z budoucnosti.

9.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE I. A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Aktuální

1. Kožní integrita porušená z důvodu působení mechanického faktoru (nevhodná obuv) projevující se chronickou ránou na levé dolní končetině
2. Bolest chronická v souvislosti s fyzickým postižením projevující se verbálním a mimickým sdělením pacientky pomocí numerické škály bolesti 0 – 10 (0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest) stupeň 5
3. Obraz těla porušený v souvislosti s chronickou ránou na levé dolní končetině projevující se verbálním sdělením obav a strachem z negativní reakce ostatních
4. Neznalost (budoucnosti) z důvodu nedostatku zkušeností s chronickou ránou projevující se nedodržováním léčebného režimu
5. Spánek porušený z důvodu špatného usínání projevující se častým nočním buzením a únavou po probuzení
6. Strach (existenční obavy) v souvislosti se změnou sociálních podmínek projevující se pláčem a verbálním sdělením pacientky
7. Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s chybnými informacemi projevující se špatným hojením rány na dolní končetině, nedodržováním dietních opatření

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Infekce, riziko vzniku z důvodu poruchy kožní integrity

Ošetřovatelské diagnózy byly zpracovány pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry, 2. Přepřacované a rozšířené vydání, 2001.

Ošetrovatelská diagnóza

Kožní integrita porušená z důvodu působení mechanického faktoru (nevhodná obuv) projevující se chronickou ránou na levé dolní končetině

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka má chron. ránu zhojenu bez komplikací do ukončení návštěv všeobecných sester domácí péče

Cíl krátkodobý: okraje kožního defektu jsou sblíženy 0,5 cm do týdne, spodina rány je granulovaná, bez sekrece do týdne

Výsledná kritéria: střední

- pacientka zná péči o chronickou ránu do 2. návštěvy
- pacientka se zapojí do léčebného procesu, dodržuje léčebný proces do 2. návštěvy
- pacientka aktivně provádí prevenci možných komplikací (rehabilituje chůzi o francouzských holých, provádí dostatečné komprese obou dolních končetin, vyhledává úlevovou polohu, dodržuje dietní opatření a léčebný režim) do 2. návštěvy
- pacientka dodržuje správnou výživu s dostatkem bílkovin, vitamínů a minerálů do 2. návštěvy

Plán intervencí:

- zhodnot' celkový stav pacientky, (mobilitu, změny na kůži, nutriční stav) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě pacienta
- urči hloubku defektu, změř délku, šířku a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace pro možnost srovnání – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- vyšetří okolní kůži, zda není zarudlá, zduřelá či macerovaná – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- udržuj postiženou oblast čistou, suchou, ránu převazuj za aseptických podmínek, podporuj prokrvení sousedních oblastí, aby se podpořil přirozený
- proces hojení – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- použivej na ránu vhodné obvazové materiály, fázové prostředky na hojení ran a látky na ochranu kůže – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

- sleduj chronickou ránu (měř, hodnot' a pátrej po vývoji komplikací) zaznamenávej změny – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- sleduj laboratorní výsledky (FW, KO, biochemie, CRP) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- sleduj chronickou ránu (měř, hodnot' a pátrej po vývoji komplikací) změny zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- povzbuzuj pacientku, poskytni ji psychologickou podporu – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o nutnosti používání vhodných antidekubitárních pomůcek – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o příjmu a výdeji tělesných tekutin – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o dostatečném příjmu potravy – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- ved' o vývoji chronické rány záznam v dokumentaci v ordinaci praktického lékaře – všeobecná sestra u PL, při každé návštěvě
- ved' o vývoji chronické rány záznam v ošetrovatelské dokumentaci Home Care – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

V rámci návštěvy pacientky jsme zhodnotili celkový stav pacientky, změřili fyziologické funkce a posoudili vývoj terapie chronické rány. Celkový stav pacientky byl uspokojivý. Fyziologické funkce v normě. Odstranili jsme původní sterilní krytí kožního defektu. Dále jsme provedli objektivní posouzení aktuálního stavu kožního defektu a současně jsme provedli fotodokumentaci chronické rány. Následně jsme provedli aseptickou toaletu kožního defektu dezinfekčním roztokem Prontosan. Na ošetřenou ránu jsme aplikovali 3 až 5ml Hyiodine. Na závěr jsme kožní defekt kryli vrstvou savého krytí a sterilními čtverci. V rámci návštěvy jsme edukovali pacientku o nutnosti používání vhodných antidekubitárních pomůcek. Dále o nutnosti adekvátní nutričního příjmu a dostatečném příjmu tekutin cca 2 1/4 hod. V závěru návštěvy jsme provedli záznam

v ošetrovateľskej dokumentácii Home Care. O vývoji terapie kožného defektu jsme informovali praktického lékaře pacientky.

Hodnocení 14.1. 2014

Cíl byl splněn částečně. Z objektivního posouzení a na základě zápisu v ošetrovateľskej dokumentácii z předchozí návštěvy došlo k výraznému zlepšení vývoje kožného defektu. Okraje defektu jsou více sblíženy, konkrétně o 0,1 mm. Spodina defektu je dobře granulována a dostatečně cévně zásobena. Pacientka je edukována o nutnosti používání vhodných antidekubitních pomůcek, dále o nutnosti adekvátní nutričního příjmu a dostatečném příjmu tekutin cca 2 l/24 hod. Ošetrovateľské intervence dále pokračují.

Ošetrovateľská diagnóza

Bolest chronická v souvislosti s fyzickým postižením, projevující se verbálním a mimickým sdělením pacientky pomocí numerické škály bolesti 0 – 10 (0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest) stupeň 5

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka je bez bolesti do 1. měsíce

Cíl krátkodobý: u pacientky dojde ke zmírnění bolesti ze stupně 5 na stupeň 2 do 2. návštěvy

Výsledná kritéria:

- pacientka udá po podání analgetik dle ordinace lékaře zmírnění bolesti na numerické škále bolesti ze stupně 5 na stupeň 2 do 60. ti minut po ošetrovateľských intervencích
- pacientka se naučí předcházet bolesti a zvládá techniky pro úlevu od bolesti (úlevová poloha, dechové cvičení, zvýšená poloha dolní končetiny, kompresivní fixace dolní končetiny) do 2. návštěvy

Plán intervencí:

- sleduj projevy bolesti, lokalizaci, charakter – všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře (PL), všeobecná sestra z domácí péče (DP), při každé návštěvě

pacienta

- posuď bolest dle numerické stupnice NRS (0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- monitoruj fyziologické funkce (TK, P, TT, D) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- dopomož pacientce najít úlevovou polohu – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- podej analgetika na bolest dle ordinace lékaře – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o správném režimu spánku a odpočinku – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- hodnot' kvalitu spánku pacienta – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- veď o bolesti záznam do dokumentace – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

V rámci celkového zhodnocení pacientky jsme zhodnotili fyziologické funkce a vývoj chronické bolesti, účinek podávaných analgetik. Při zhodnocení bolesti nás zajímala její lokalizace, charakteristika, intenzita bolesti, vyvolávající faktory. Pacientka udává chronickou bolest v oblasti kožního defektu, která postihuje především patu levé dolní končetiny. Chronickou bolest pacientka charakterizovala jako intenzivní tupou bolest. Intenzitu bolesti pacientka určila stupněm 5 dle NRS. Bolest progreduje během spánku pacientky. Vzhledem k večerní návštěvě pacientky jsme dohlédli na podání večerní dávky analgetik. Dle slovního vyjádření pacientky, po aplikaci analgetik je intenzita bolesti do 60 min. na stupni 2 dle NRS. Dále jsme pacientku edukovali o nefarmakologických technikách ovlivnění bolesti jako je úlevová poloha, zvýšená poloha dolní končetiny, kompresivní fixace dolní končetiny. V závěru návštěvy jsme provedli záznam v ošetřovatelské dokumentaci Home Care. O vývoji terapie chronické bolesti jsme informovali praktického lékaře pacientky.

Hodnocení 14.1. 2014

Cíl byl splněn. Pacientka hodnotí svou chronickou bolest na stupni 0 dle NRS. Dle slovního vyjádření uvádí, že je zcela bez bolesti i během spánku. Ordinovaná analgetika neužívá. Pacientka je edukována v případě výskytu bolesti o nefarmakologických technikách ovlivnění bolesti v domácím prostředí.

Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.
<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p>Obraz těla porušený v souvislosti s chronickou ránou na levé dolní končetině projevující se verbálním sdělením obav a strachem z negativní reakce ostatních</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl dlouhodobý: pacientka akceptuje sebe sama v dané situaci do 1 měsíce Cíl krátkodobý: pacientka chápe tělesné změny do 2. návštěvy</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacientka zná postupy ošetrovatelské péče o chronickou ránu do 2. návštěvy • pacientka se aktivně ptá na problematiku hojení chronických ran do 2. návštěvy • pacientka verbálně sdělí zmírnění obav a strachu do 2. návštěvy
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • posuď příčiny a vyvolávající faktory, posuď psychický a fyzický vliv nemoci/stavu na emoční stav pacientky – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě pacienta • všímej si emočních změn u pacientky – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě • vybídni pacientku, aby popsala sama sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek - všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě • pozoruj interakci mezi pacientkou a jejími blízkými – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě • pátrej po užívání návykových látek/alkoholu, který může signalizovat dysfunkční schopnosti – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě • měj pacientku k tomu, aby pohlédla na postiženou část těla a dotýkala se jí, změny se postupně stanou součástí tělesného obrazu – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě • ved' záznam v dokumentaci – všeobecná sestra u PL, při každé návštěvě • ved' záznam v ošetrovatelské dokumentaci Home Care – všeobecná sestra z DP,

při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

Během rozhovoru s pacientkou jsme posoudili příčiny a vyvolávající faktory, které mají vliv na emoční stav pacientky. Naší snahou bylo navodit emapticky rozhovor tak, aby vyjádřila veškeré své problémy a obavy, které se vztahují ke kožnímu defektu. Z rozhovoru jsme zjistili, že pacientce vzniklý defekt brání opustit domov a i má obavy z reakce okolí na bandáž dolní končetiny. Dále nám pacientka uvedla, že se jí defekt „hnusí“ a to především pro velikost a vzhled. Snažili jsme se pacientce oponovat a to tak, že během léčby došlo k sblížení okrajů rány a spodina projevuje granulaci podkoží. Zajistili jsme pacientce zdravotní pomůcku – francouzské hole, které jí umožnily volnost v pohybu a možnosti sebezpěče. O poskytované péči jsme provedli zápis v ošetřovatelské dokumentaci domácí péče Home Care.

Hodnocení dne 14.1. 2014

Cíl byl splněn. Pacientka se aktivně zapojila do ošetřovatelské péče o kožní defekt a to tak, že v případě nefunkčnosti sterilního krytí byla schopna si ho sama asepticky vyměnit. Po několika týdnech projevila zájem opustit domov v doprovodu svého syna, který za ní dochází. Snaží se v domácím prostředí používat francouzské hole a to tak, aby byla schopna je použít i pro delší vzdálenost, například dojet si na drobný nákup. Pacientka je optimisticky naladěna a svou budoucnost bere více pozitivně. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

Ošetřovatelská diagnóza:

Neznalost (budoucnosti) z důvodu nedostatku zkušeností s chronickou ránou projevující se nedodržováním léčebného režimu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka má dostatek informací o dodržování léčebného režimu do 1 měsíce

Cíl krátkodobý: pacientka má dostatek informací a pochopí dodržování léčebného režimu do 2. návštěvy

Výsledná kritéria:

- pacientka zná a vyjmenuje techniky léčebného procesu (vhodná rehabilitace – chůze o francouzských holých, ošetrovatelská péče o ránu, kvalitní bandáž dolní končetiny, dietní opatření, snížení rizikových faktorů) do 2. návštěvy
- pacientka verbálně sdělí, jakým způsobem dodržuje léčebný režim do 2. návštěvy

Plán intervencí:

- posuď ochotu pacientky učit se - všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- zjisti úroveň znalostí pacientky – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- posuď motivaci pacientky, jejich blízkých – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě pacienta
- zajisti pacientce informační materiály (letáčky, brožury) - všeobecná sestra u PL, při návštěvě pacientky v ordinaci praktického lékaře
- doporuč a urči pacientce priority – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- informuj pacientku o technikách léčebného procesu (vhodná RHB, dietní opatření, ošetrovatelská péče o ránu) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o vhodné dostupné literatuře – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- ved' záznam do dokumentace – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

Z rozhovoru jsme zjistili úroveň znalostí a vědomostí pacientky o dané problematice. Zjistili jsme, že pacientka nemá adekvátní a úplné informace o dané problematice, a proto jsme pacientku edukovali o léčbě a ošetrovatelské péči o kožní defekt dle svých kompetencí. Poskytli jsme pacientce edukační materiál, který popisoval jednotlivé přípravky Wound managementu a jejich prokazatelný účinek v léčbě. Upozornili jsme pacientku na nutnost dodržovat léčebný režim a lékařská a sesterská doporučení, konkrétně – dostatečný nutriční příjem, dostatečné množství tekutin za 24 hod. Dále jsme pacientku upozornili na vhodnost omezení kouření

a konzumace alkoholu na minimum. O poskytované péči jsme provedli zápis v ošetřovatelské dokumentaci domácí péče Home Care.

Hodnocení 14.1. 2014

Cíl byl splněn. Pacientka byla adekvátně informována a poučena dle kompetencí sestry v domácí péči. Daným informacím porozuměla a chápe jejich podstatu. Vznesla doplňující dotazy k dané problematice, které ji více objasnily nutnost dodržování léčebného procesu a jednotlivé kroky Wound Managementu. Pacientka se aktivně zapojila do ošetřovatelské péče o kožní defekt. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

Ošetřovatelská diagnóza:

Spánek porušený z důvodu špatného usínání projevující se častým nočním buzením bolestí a únavou po probuzení

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: u pacientky dojde ke zlepšení spánku a odpočinku do 5 ti dnů

Cíl krátkodobý: pacientka si osvojí techniky navození kvalitního spánku do 2. návštěvy

Výsledná kritéria:

- pacientka verbálně sdělí, že má pocit uspokojivého spánku do 2. návštěvy
- pacientka chápe techniky vedoucí ke kvalitnímu spánku a odpočinku do 2. návštěvy
- pacientka se probudí max. 1x za noc

Plán intervencí:

- posuď příčiny a přispívající faktory – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě pacienta
- uprav pitný režim pacientky (nepít na noc) – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- snaž se pacientku přes den vhodně zaměstnat – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- hodnot' bolest na numerické stupnici bolesti 0 – žádná bolest, 10 – maximální bolest) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- hodnot' kvalitu spánku a odpočinku u pacientky – všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

- doporučit pacientce omezit příjem čokolády, kofeinu, alkoholických nápojů v době před spaním) – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- edukuj pacientku o správném režimu spánku a odpočinku – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, lékař, při každé návštěvě
- veď o spánku a odpočinku záznam do dokumentace – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

Během návštěvy jsme posoudili příčiny nespavosti jako jsou nedostatečné denní aktivity, chronická bolest a neznalost technik vedoucích ke kvalitnímu spánku a odpočinku. Snažili jsme se pacientku motivovat k větším aktivitám během dne a motivovat k vhodnému zaměstnání pacientky jako jsou ruční práce, domácí práce a péče o sebe sama. V současné době je pacientka zvyklá odpočívat v křesle během dne. Edukovali jsme pacientku o technikách, které vedou k navození kvalitního spánku jako je omezený příjem čokolády, kofeinu a alkoholických nápojů před spaním, dále zajistit adekvátní prostředí pro spánek (vyvětraná místnost a vhodná úprava lůžkovin). Vzhledem k poruše spánku jsme zhodnotili chronickou bolest a to její lokalitu, charakter, vyvolávající faktory a intenzitu. Zjistili jsme, že pacientka se po probuzení cítí unavená. O poskytované péči jsme provedli zápis v ošetrovatelské dokumentaci domácí péče Home Care.

Hodnocení 14.1. 2014

Cíl byl splněn. Pacientka si osvojila techniky vedoucí ke kvalitnímu spánku a odpočinku. Snažila se snížit příjem kofeinu a čokolády či dalších stimulantů. Je schopna zajistit si adekvátní prostředí pro spánek a odpočinek (vyvětraná místnost, úprava lůžkovin). Chronickou bolest se nám podařilo eliminovat zejména večer před spaním, tak aby pacientku nebudila během spánku. Podařilo se nám zajistit vhodnou polohu pro spánek. Během třetí návštěvy nám pacientka sdělila, že již byl spánek kvalitnější a ráno po probuzení se cítila více odpočatá než v předešlých dnech. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

Ošetrovatelská diagnóza:

Strach (existenční obavy) v souvislosti se změnou sociálních podmínek, projevující se pláčem a verbálním sdělením pacientky

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: pacientka pochopí strach a umí o něm diskutovat do 1. měsíce

Cíl krátkodobý: pacientka dává najevo přiměřené spektrum citů a zmírněný strach do 2. návštěvy

Výsledná kritéria:

- pacientka si osvojí techniky zvládnání strachu a úzkosti do 2 návštěvy
- pacientka zná a vyjmenuje techniky zvládnání strachu a úzkosti do 2 návštěvy

Plán intervencí:

- zhodnoť stupeň strachu u pacientky – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě pacienta
- povšimni si stupně ochromení strachem – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- pátrej po projevech deprese a popření – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- naslouchej aktivně pacientčiny obavy – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- analyzuj subjektivní prožitky líčené pacientkou – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- monitoruj vyvolávající faktory strachu – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- buď ve střehu a vždy pečlivě zkoumej, zda nehrozí násilné chování – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- buď pacientce na blízku – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- dopomož pacientce zvládnout strach – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

- povzbuzuj nemocného – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- snaž se eliminovat příčiny strachu a úzkosti – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- vysvětli pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna je pochopit a realizovat – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě
- veď o strachu a úzkosti záznam do dokumentace – všeobecná sestra u PL, všeobecná sestra z DP, při každé návštěvě

Realizace od 10.1. 2014 do 14.1. 2014 vždy od 17hod do 18 hod.

V průběhu rozhovoru jsme zhodnotili stupeň strachu. Aktivně jsme naslouchali pacientčíným obavám a to především existenčním obavám jako je nedostatek financí, nedostatek kontaktu s veřejností, vyloučení ze sociálního prostředí. Obavy pacientka vyjadřovala verbálním sdělením a pláčem. Zjištěné obavy a strach jsme se snažili eliminovat na základě rozhovoru za použití našich znalostí z oblasti psychoterapie vzhledem ke kompetencím sestry domácí péče. Existenční problémy jsme nesnažili řešit ve spolupráci se sociální pracovníci, která nabídla pacientce možnost čerpání sociální dávky – příspěvek na péči a podporu ve hmotné nouzi. V průběhu návštěv jsme pozorovali ústup strachu a obav, konkrétně pacientka ztratila ostych a své obavy více a podrobně verbalizovala. Přínosem našich návštěv v domácím prostředí pacientky jistě bylo i nabytí pocitu většího zájmu o pacientku a její sociální začlenění. V průběhu poslední návštěvy působila pacientka již optimisticky a svou budoucnost viděla pozitivně. O poskytované péči jsme provedli zápis v ošetřovatelské dokumentaci domácí péče Home Care.

Hodnocení 14.1. 2014

Cíl byl splněn. Pacientka eliminovala příčiny strachu a to tak, že navázala spolupráci se sociální pracovníci, která ji zajistila podstatné navýšení finančních prostředků. Pacientka zvládá vyjmenovat techniky zvládání strachu a úzkosti. Strach a obavy se podařilo eliminovat současně rozhovorem a motivací pacientky nahlížet na svou budoucnost více optimisticky, více se zapojit do léčebného režimu a vlastního ošetření kožního defektu. Další eliminací strachu je důsledné dodržování léčebného

režimu, které přinese větší výsledky v hojení defektu. Pacientka se bude moci vrátit do sociálního prostředí, ze kterého se cítí být vyňata. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

9.5 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

STAV K 10. 1. 2014

V rámci své návštěvy jsem nejprve zhodnotila celkový stav pacientky. Dle mého zhodnocení se pacientka cítí dobře, fyziologické funkce má v normě TK (tlak krve) 130/80, puls 65' za minutu, dýchá klidně 18 dechů za minutu, TT (teplota těla) je 36,3 °C. Bolest pociťuje intenzivní, hodnotí na numerické škále NRS stupněm 5. Analgetika užívá 1- 2x denně, ostatní farmaka užívá dle ordinace lékaře.

Převaz defektu (rány) byl prováděn dle „wound managementu“ fázového hojení ran. Před začátkem převazu jsem se ptala pacientky, zda je přítomna bolest dolní končetiny z důvodu možného nepohodlí a bolesti pacientky během převazu. Po odstranění krycí vrstvy defektu (rány) bylo viditelné mírné prosáknutí nažloutlým výpotkem, bez zápachu. Okolí rány jsem promazala lékařskou vazelínou, provedla širokou dezinfekci a oplach dezinfekčním roztokem Prontosan. Dále jsem provedla vizuální kontrolu vlastního defektu. Dle předchozího zápisu ošetření defektu v ošetrovatelské dokumentaci Home Care jsem zhodnotila vývoj hojení rány. V převazu rány jsem postupovala dle doporučení výrobce prostředku fázového hojení ran, „wound managementu“ a ošetřujícího praktického lékaře pacientky. Konkrétně jsem postupovala takto: „Dezinfekci okolí jsem prováděla Softaseptem N. Na ošetřenou ránu jsem aplikovala 3 - 5ml Hyiodine. Ránu jsem kryla vrstvou savého krytí a sterilními čtverci“. Velikost rány byla 9 cm. Důraz byl kladen na kompresivní bandáž dolních končetin.

Po převazu defektu jsem provedla opětovný zápis do ošetrovatelské dokumentace pacientky. Dalším krokem mé návštěvy bylo zhodnocení poruch bio psycho sociálních

potřeb pacientky a podání zpětné vazby dle mého zhodnocení. Podle stanoveného ošetrovatelského plánu došlo ke zlepšení. Po rozhovoru s pacientkou jsem došla i k názoru, že i úzkost se snižuje a strach je rovněž redukován vlivem vývoje léčby defektu. Moji návštěvu jsem ukončila dle harmonogramu návštěvy klienta všeobecnou sestrou domácí péče Home Care.

STAV K 12. 1. 2014

Vzhledem k dennímu intervalu jsem opětovně zhodnotila pacientku z bio psycho sociálního hlediska. Dle mého zhodnocení se pacientka cítí dobře, což je patrné i z nonverbální komunikace pacientky. Fyziologické funkce jsou v normě TK (tlak krve) 135/70, puls 68'/min., dýchá klidně 17 dechů/min., TT (teplota těla) je 36,2 °C. Bolest pacientka pociťuje mírnější a hodnotí na numerické škále stupněm 2. Analgetika stále užívá. Ostatní medikaci užívá dle ordinace praktického lékaře.

Převaz defektu (rány) byl prováděn dle „wound managementu“ prostředku fázového hojení ran. Před začátkem převazu jsem se opětovně ptala klientky, zda je přítomna bolest dolní končetiny z důvodu možného nepohodlí a bolesti klientky během převazu. Po odstranění krycí vrstvy defektu již nebylo patrné prosáknutí nažloutlým výpotkem jako při minulé návštěvě. Okolí rány jsem znovu promazala lékařskou vazelínou, provedla širokou dezinfekci a oplach dezinfekčním roztokem Prontosan. Dále jsem opět provedla vizuální kontrolu vlastního defektu. Dle předchozího zápisu ošetření defektu v ošetrovatelské dokumentaci Home Care jsem zhodnotila vývoj léčby defektu. Velikost defektu je nyní 8,9 cm. Znovu mohu podotknout, že došlo k výraznému zlepšení vývoje defektu. Okraje rány jsou ještě více sblíženy a spodiny defektu je dobře granulována a dostatečně cévně zásobená. V převazu rány jsem postupovala shodně jako při minulé návštěvě dle doporučení výrobce prostředku fázového hojení ran, „wound managementu“ a ošetřující praktické lékařky. Konkrétně jsem postupovala takto: „Dezinfekci okolí jsem prováděla Softaseptem N. Na ošetřenou ránu jsem aplikovala 3ml Hyiodine. Ránu jsem kryla vrstvou savého krytí a sterilními čtverci. Velký důraz jsem kladla na fixaci - bandáž levé dolní končetiny.“

Po převazu defektu jsem provedla opětovný zápis do ošetrovatelské dokumentace pacientky. Z bio psycho sociálního hlediska vývoje stavu pacientky došlo k dalšímu zlepšení poruchy spánku a odpočinku vlivem absence strachu a úzkosti. Dále jsem měla

velkou radost z komunikace s pacientkou, kdy jsem došla k názoru, že pacientka nevnímá již svůj defekt s odporem a má radost z postupného hojení defektu. Mým úkolem byla opětovná edukace pacientky o nutnosti dodržení dietního opatření, vhodnosti pravidelného stravování, snížení rizikových faktorů, aj. Moji návštěvu jsem standardně ukončila dle harmonogramu návštěvy klienta všeobecnou sestrou domácí péče Home Care.

STAV K 14. 1. 2014

Vzhledem k dennímu intervalu jsem znovu zhodnotila pacientku z bio psycho sociálního hlediska. Dle mého zhodnocení se pacientka cítí velmi dobře, vítala mě s radostí. Fyziologické funkce byly v normě TK (tlak krve) 120/70, puls 65'/min., dýchá klidně 17 dechů/min., TT (teplota těla) je 36,4 °C. Bolest pacientka udává dle numerické škály pro hodnocení bolesti stupeň 0. Analgetika považuje za zbytečná. Ostatní farmakologickou medikaci užívala dle ordinace praktického lékaře.

Převaz defektu (rány) byl prováděn dle zavedeného „wound managementu“ prostředku fázového hojení ran. Odstranila jsem krycí vrstvy defektu a postupovala ve standardním postupu převazu. Okolí rány jsem ošetřila lékařskou vazelínou, provedla širokou dezinfekci a oplach dezinfekčním roztokem Prontosan. Zhodnotila jsem vizuálně defekt, je patrné zlepšení od mé poslední návštěvy. Velikost defektu je 8,9cm. Převaz defektu jsem prováděla standardně dle nastoleného „wound managementu“. Konkrétně jsem postupovala takto „Dezinfekci okolí jsem prováděla Softaseptem N. Na ošetřenou ránu jsem aplikovala 2 ml Hyiodine. Ránu jsem kryla vrstvou savého krytí a sterilními čtverci, fixace dolních končetin bandáží“.

Převaz defektu jsem dokumentovala zápisem v ošetřovatelské dokumentaci Home Care. Při poslední návštěvě klientky jsem provedla i fotodokumentaci, která byla provedena za účelem této kazuistiky. Příloha O

Dle bio psycho sociálního zhodnocení klientky jsem ukončila ošetřovatelskou diagnózu bolest akutní. Ukončení této ošetřovatelské diagnózy jsem odůvodnila zjištěnou intenzitou bolesti na numerické škále pro měření bolesti– NRS stupeň 0 a dále dle rozhovoru jsem došla k závěru, že klientka je již adekvátně edukována v oblasti ošetřovatelské a sociální péče, výživy. Rozhovorem byly zvládnuty otázky strachu a úzkosti z budoucnosti i nastalých sociálních problémů. Pacientka/klientka zná veškerá

úskalí a možné komplikace léčby defektu, ale zná i možnosti udržení pozitivní prognózy vývoje léčby defektu. Má návštěva pacientky/klientky byla poslední. Návštěvu jsem standardně ukončila dle harmonogramu návštěvy klienta všeobecnou sestrou domácí péče Home Care, avšak musím podotknout, že rozloučení s klientkou bylo mírně emotivně zabarveno.

Všeobecným sestrám agentury domácí péče Home Care jsem předala pacientku/klientku s doporučením dalšího dlouhodobého zajištění ošetrovatelské a sociální péče.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k rozvoji technologií syntetických materiálů a marketingovému zájmu jednotlivých zdravotnických firem dochází k situaci, kdy nabídka převyšuje poptávku a orientace v jednotlivých výrobcích Wound managementu se stává nepřehlednou. Proto mezi základní doporučení pro praxi se nabízí řádné proškolení zdravotnického personálu a to v nemocniční i komunitní sféře. Jedině na základě řádného zhodnocení kožních lézí defektů je možné vybrat adekvátní materiál, který účinně daný defekt zhojí.

Snahou poslední doby je zejména v nemocniční ale i komunitní sféře vyškolení sestry specialistky pro léčbu chronických ran, které na základě certifikovaného kurzu poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s kožní lézí či defektem. Tyto sestry mají navýšené kompetence a mohou ordinovat jednotlivé prostředky fázového hojení ran se zápisem ve zdravotní dokumentaci pacienta. Jejich základna se postupně rozšiřuje a zástupkyně je možné oslovit i v rámci komunitní péče.

Mezi další důležité doporučení pro praxi se nabízí souhra všech zúčastněných a to je pacient a jeho rodina, praktický lékař, sestra komunitní péče a agentura domácí péče. Pouze z předpokladu souhry všech zúčastněných, což znamená správná volba vhodného materiálu, správnost jeho použití včetně výměny a řádná edukace pacienta a rodinných příslušníků bude léčba kožního defektu efektivní a účinná.

Konkrétně by se doporučení pro praxi dala shrnout do tří oblastí a to doporučení pro pacienty, doporučení pro rodinu a doporučení pro všeobecné sestry v komunitní péči:

Doporučení pro pacienty:

- striktně dodržovat ordinace lékaře
- dbát na hygienu rány
- dodržovat zásady asepse
- udržovat dostatečný pohybový režim
- dostatečný příjem tekutin
- „sipping“ 2x denně Nutridrink, Cubitan
- prevence poranění dolních končetin
- eliminace rizikových faktorů zhoršující proces hojení ran (alkohol, kouření, správná životospráva)

Doporučení pro rodinu:

- přizpůsobení domácího prostředí potřebám pacienta (bezbariérová koupelna, WC, antidekubitární lůžko)
- pomoc při sebeděči a sebeobsluze pacientky
- pomoc při péči o ránu a převazování defektů
- spolupráce s ošetřujícím praktickým lékařem a všeobecnými sestrami z domácí péče

Doporučení pro všeobecné sestry:

- edukovat rodinu i pacienta
- nacvičovat s rodinou a pacientem techniky převazování rány
- volit vhodný materiál na hojení ran při převazu
- dbát na dostatečnou kompresy rány
- zhodnocení stavu nutriční
- aktivně motivovat a podporovat pacienta i členy jeho rodiny
- zajistit dle ordinace praktického lékaře adekvátní domácí péči

ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacientky s chronickou ránou v komunitní péči“ je rozdělena do dvou ucelených celků. Teoretická část mapuje vývoj rány, její charakter a dále se zabývá problematikou hojení ran z obecné perspektivy. Přínosem teoretické části je jistě bohaté zmapování jednotlivých výrobků fázového hojení ran a ucelený přehled „wound managementu“ výrobku.

Praktická část popisuje zhodnocení pacientky s chronickou ránou z bio psycho sociálního hlediska. Nabízí pohled na ošetrovatelskou péči o pacientku metodikou ošetrovatelského procesu. Ke zhodnocení potřeb pacientky jsme použili koncepční model M. Gordon. Dle zjištěných poruch v plnění bio psycho sociálních potřeb jsme stanovili plán ošetrovatelské péče, podle kterého jsme poskytovali ošetrovatelskou péči. Dle našeho úsudku jsme stanovili péči správně a adekvátně jsme ji poskytovali. Avšak nízká frekvence návštěv, způsobená personální situací v domácí agentuře i finanční situace pacientky neumožnila poskytnout ošetrovatelskou péči na takové úrovni, kterou by si tato pacientka zaslouhovala.

Bakalářská práce podává ucelené informace pro všeobecné sestry v komunitní péči, případně i pro sestry v nemocniční sféře a studentky vysokoškolského studia, obor Ošetrovatelství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARVA, Jiří. *Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s akutní pankreatitidou*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s, 2013. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická o. p. s, Katedra ošetrovatelství.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

ELIŠKOVÁ, Miloslava, Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

FERKO, Alexander a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0230-4.

FUCHSOVÁ, Romana. *Moderní metody v léčbě ran*. Praha: Vyšší odborná škola zdravotnická, Praha 5. Absolventská práce. 2009. Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomová všeobecná sestra.

HARTMANN – RICO. *Fázové ošetřování chronických ran: Ulcus cruris venosum*. Veverská Bítýška: HARTMANN – RICO, a. s, 2006. ISBN 3-929870-25-8.

HOLANOVÁ, Zuzana. *Kazuistiky v diabetologii*. Semily: Geum, 2008. ISBN – neuvedeno.

HRBÁČKOVÁ, Monika. *Ošetrovatelská problematika léčby chronických ran*. Praha: Vyšší odborná škola zdravotnická, Praha 5. Absolventská práce. 2009. Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomová všeobecná sestra.

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

HŮSKOVÁ, Jitka, Petra JUŘENÍKOVÁ, Dana TOMÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol 1. část – psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2000. ISBN – nevedeno

JANÁKOVÁ, A a kol. In: Výživa v nemoci [online]. *Hojení proleženin zevnitř* Ročník, číslo, str. nevedeny. [cit. 2009-10-15]. ISSN 1803-017X. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/?module=hojeni-prolezenin-zevnitr>

KOCIÁNOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTĚRBÁKOVÁ. *Přehled nejpoužívanějších léčiv*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-012-1.

KREJSOVÁ, Marie. *Přehled nejpoužívanějších lékařských pojmů*. Praha: Informatorium, 2005. ISBN 80-7333-037-7.

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.

MRÁZOVÁ, Romana, Andrea POKORNÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

Léčba larvami [online]. NOVOTNÝ, Karel. (© Novotný 2013) [cit.2009–10-15]. Dostupné z: <http://www.larvy.cz/>

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

POSPÍŠILOVÁ, Alena, Sabina ŠVESTKOVÁ. *Léčba chronických ran*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-348-1.

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.

Wound Management A division of ETHICON. Johnson and Johnson, s.r.o., 2013.

Přehled ranných stádií a vhodné indikace obvazového materiálu, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha. (Obvazová technika a hojení ran, - odborný seminář, 12. 02. 2013, Pracoviště oše. péče s.r.o.).

PŘÍLOHY

Příloha A – Cavilon, 3M Česko spol., s.r.o., Praha	I
Příloha B – Péče, která má význam, 3M Česko spol., s.r.o., Praha	II
Příloha C – Wobenzym, časopis Sestra č. 11/2008	III
Příloha D – Sociální a ošetrovatelská anamnéza v Home Care, Home Care Hradec Králové	IV
Příloha E a – V nemocnici nebo doma?, Home Care, Praha	V
Příloha E b – V nemocnici nebo doma?, Home Care, Praha	VI
Příloha F – Koncept léčby ran, B-Braun Medical, s.r.o., Praha	VII
Příloha G – Přehled ranných stádií a vhodné indikace obvazového materiálu, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha	VIII
Příloha H – Actisorb plus, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha	IX
Příloha CH – Silvercel Hydroalginate, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha	X
Příloha I – Inadine, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha	XI
Příloha J – Nu-Gel, Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha	XII
Příloha K – Suprasorb, časopis Sestra č. 11/2008	XIII
Příloha L – Cubitan, Hojení proleženin zevnitř, dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/?module=hojeni-prolezenin-zevnitr	XIV
Příloha M – Ošetrovatelský záznam chronické rány a defektu, Stryja, J., 2008.	XV
<i>Repetitorium hojení ran. Semily: Geum, s. 196-197</i>	XVI
Příloha N – Fotografie ke kazuistice, vývoj léčby chronické rány, Home Care Hradec Králové, 2013	XVII
Příloha O – Fotografie ke kazuistice, vývoj léčby chronické rány, vlastní fotodokumentace, Michaela Holanová, DiS., Hradec Králové, 2014	XVIII
Příloha P – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	XIX

Příloha A

Cavilon

3M™ Cavilon™ No Sting Barrier Film



- Chrání ránu a její okolí před působením tekutin a adheziv až 72 hodin na jednu aplikaci
- Prodyšný, voděodolný a průhledný
- Nedráždivý, nebolestivý, neobsahuje alkohol

3M

Ochrana kůže. Hojení ran.

Zdroj: 3M Česko spol., s.r.o., Praha

Péče, která má význam

1. Hygiena rány

Důkladně očistěte ránu podle stanovených postupů vašeho zdravotnického zařízení.



3. Vyplnění dutiny

Pro zvládnutí nadměrné sekrece z rány použijte vysoce absorpční materiál k vyplnění rány.

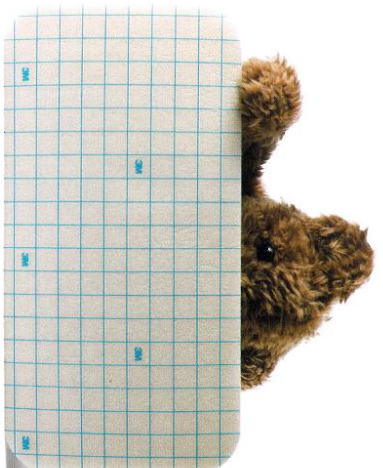
3M™ Tegaderm™ HI (High Integrity) alginateové krytí.



4. Krytí

Přiložte na ránu takový materiál, abyste zvládli produkované množství výpotku v ráně, ochránili ji před kontaminací a uchovali vlhké hojivé prostředí.

3M™ Tegaderm™ Foam Dressing (pěnové krytí) je vysoce absorpční materiál s rychlým sáním a nosnou vrstvou z prodyšného filmu. Významnou výhodou je, že nemění tvar ani profil v souvislosti s absorbovanou tekutinou, tedy nezasahuje do rány a nenarušuje její hojení. Nosná vrstva filmu zabráňuje prosakování výpotku mimo krytí a vytváří bariéru proti kontaminaci; ob vaz tak zůstává neporušený a nedochází například ke znečištění oblečení nebo lůžkovin.



5. Komprese

Ooku lze zamezit pouze účinnou kompresí. 3M™ Coban™ dvouvrstvý kompresní systém poskytuje komfortní a účinnou kompresi.

Tento kompresní systém se snadno aplikuje a zajišťuje účinnou terapeutickou kompresi po dobu i více než sedm dní za účelem léčby žilních vředů na nohou a stavů souvisejících.



2. Ochrana okolí

Ochráňte kůži kolem rány před macerací a poškozením.

3M™ Cavilon™ No Sting Barrier Film je univerzální, prodyšný a snadno použitelný bariérový prostředek na kůži. Neobsahuje žádný alkohol; také nepůsobuje pálení ani při aplikaci na zarudlou, poškozenou nebo strženou kůži. Je hypoalergení, sterilní a necytotoxický; také neruší proces hojení rány ani nadržuje okolní pokožku.

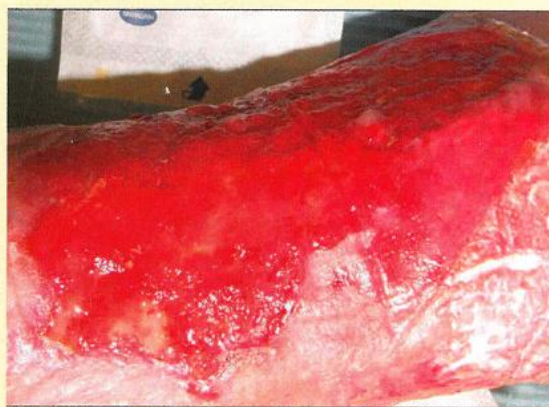
Příloha B

Péče, která má význam

Zdroj: 3M Česko spol., s.r.o., Praha

Wobenzym v komplexní léčbě chronických ran

Žena, 72 let, DM 2. typu, 15 let na PAD



Nehojící se venózní defekt na bérce po dobu 15 let

Chronický otok, silné bolesti, zejména v noci.

Vydatná sekrece.

Rána stagnuje i při kvalitním lokálním ošetření.



Stav rány po 1 měsíci, kdy byl součástí komplexní léčby Wobenzym

Okraje defektu začínají epitelizovat, spodina je bez povlaků, objevují se granulační ostrůvky. Sekrece se postupně snižuje, zůstává jen mírný otok. Bolesti se zmírnily. Intervaly mezi převazy se prodlužují.



Stav rány po 3 měsících léčby s Wobenzymem

Téměř celou plochu rány překryl nový epitel, zůstává jen otisková sekrece, okolí rány je klidné. Bolesti zcela ustoupily, končetina je bez otoků.

Významně poklesl počet převazů, vzniká značná úspora nákladů na primární i sekundární krytí, desinfekční roztoky i obinadla.

Příloha D

Sociální a ošetřovatelská dokumentace HCSS

Sociální a ošetřovatelská anamnéza HCSS

Datum zahájení DP _____

Pacient _____

Stav : svobod. ženatý/vdaná rozvedený/á vdova/vdovec

Další příslušníci domácnosti ano ne

Povolání _____

Pojišťovna _____ Kód _____

Základní dg. _____

Ostatní dg. _____

Rodinné poměry : počet dětí

Potřeba asistenční služby ano os. hygiena stravování pohyblivost
 ne tišení bolesti

Jiné potřeby _____

Spolupráce rodiny plná částečná minimální žádná

Prostředí hygienicky nezávadné mírné nedostatky hyg. závadné

V péči pečovatelské služby je není

Službu společnic má nemá

Chování přiměřené submisivní agresivní paranoidní jiné.....

Komunikace verbální neverbální nekomunikuje jiné

Motivace ano malá žádná

Fyzikální vyšetření

TK	_____	Puls	_____	Dech	_____	Váha	_____
Vědomí	normální <input type="checkbox"/>	letargie	<input type="checkbox"/>	kóma	<input type="checkbox"/>	jiné.....	<input type="checkbox"/>
Orientace	časem	dobrá <input type="checkbox"/>	částečná <input type="checkbox"/>		minimální	<input type="checkbox"/>	
	místem	dobrá <input type="checkbox"/>	částečná <input type="checkbox"/>		minimální	<input type="checkbox"/>	
	osobou	dobrá <input type="checkbox"/>	částečná <input type="checkbox"/>		minimální	<input type="checkbox"/>	
Smysly – postižení	zrak	ano <input type="checkbox"/>	sluch	ano <input type="checkbox"/>	čich	ano <input type="checkbox"/>	chut' ano <input type="checkbox"/>
		ne <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>	hmat ano <input type="checkbox"/>
Paměť	krátkodobá	v normě <input type="checkbox"/>	mírně narušená	<input type="checkbox"/>	značně narušená	<input type="checkbox"/>	žádná <input type="checkbox"/>
	dlouhodobá	v normě <input type="checkbox"/>	mírně narušená	<input type="checkbox"/>	značně narušená	<input type="checkbox"/>	žádná <input type="checkbox"/>
	amnézie	nepřítomna <input type="checkbox"/>	částečná	<input type="checkbox"/>	úplná	<input type="checkbox"/>	
Duševní stav	přim. věku <input type="checkbox"/>	známky senility	<input type="checkbox"/>	výrazná senilita	<input type="checkbox"/>	senil. demence <input type="checkbox"/>	
Psychický stav	normální <input type="checkbox"/>	deprese	<input type="checkbox"/>	apatie	<input type="checkbox"/>	manie <input type="checkbox"/>	jiné.....
Neurologický stav	bez zn. poruchy	lehčí postižení	<input type="checkbox"/>	těžká porucha	<input type="checkbox"/>		
Dechová funkce	přiměřená věku <input type="checkbox"/>	snížená	<input type="checkbox"/>	výrazně omezená	<input type="checkbox"/>		
Kvalita dechu	přiměřená <input type="checkbox"/>	snížená	<input type="checkbox"/>	výrazně omezená	<input type="checkbox"/>		
Krácení dechu	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>					
Sebeobsluha	plná <input type="checkbox"/>	částečná	<input type="checkbox"/>	žádná	<input type="checkbox"/>		
Mobilita	plná <input type="checkbox"/>	částečná	<input type="checkbox"/>	imobilní	<input type="checkbox"/>	stav po amputaci DK <input type="checkbox"/>	
Pomůcky k mobilitě pac.	žádné <input type="checkbox"/>	hůl <input type="checkbox"/>	fr. berle <input type="checkbox"/>	berte <input type="checkbox"/>	choditko <input type="checkbox"/>	vozík <input type="checkbox"/>	jiné.....
Kardiovaskulární fee	bez příznaků <input type="checkbox"/>	arytmie	<input type="checkbox"/>	cyanóza	<input type="checkbox"/>	otoky <input type="checkbox"/>	bolesti na hrudi <input type="checkbox"/>
Gastrointestinální fee	bez obtíží <input type="checkbox"/>	nechutenství	<input type="checkbox"/>	bolesti břicha	<input type="checkbox"/>	zácpa <input type="checkbox"/>	průjem <input type="checkbox"/>
Močení	spontánní <input type="checkbox"/>	inkontinence	<input type="checkbox"/>	katetr	<input type="checkbox"/>		flatulence <input type="checkbox"/>
Kůže	bpn <input type="checkbox"/>	exantém	<input type="checkbox"/>	rána	<input type="checkbox"/>	poranění <input type="checkbox"/>	dekubit <input type="checkbox"/>
Bolesti	nemá <input type="checkbox"/>	mírné	<input type="checkbox"/>	úporné	<input type="checkbox"/>	neztížitelné	<input type="checkbox"/>
Ochablost	není <input type="checkbox"/>	mírná	<input type="checkbox"/>	těžká	<input type="checkbox"/>		píštěl <input type="checkbox"/>
Edukace	dobrá <input type="checkbox"/>	obtížná	<input type="checkbox"/>	část, možná	<input type="checkbox"/>	neproveditelná	<input type="checkbox"/>
Alergie							

Léky per os : _____

Léky inj. _____

Provedla : _____ Dne : _____

Zdroj: Home Care, Hradec Králové

Příloha Ea

V nemocnici nebo doma?



V NEMOCNICI NEBO DOMA ?

Od nepaměti se lidé léčili především doma, v kruhu rodiny. Teprve 20. století přineslo zásadní změnu – kromě banálních nemocí se většina chorob léčí v nemocnici, kde se ani přes veškerou snahu personálu nemůže pacient cítit „jako doma“. Cizí prostředí, velká koncentrace nemocných, mnoho cizí bolesti, těžkých nemocí a těžkých osudů – to zvyšuje stres z vlastních zdravotních problémů.

Odborníci se dnes shodují: „Pokud není vážný důvod zůstat v nemocnici (už není nutný dohled lékaře), může další pobyt v nemocnici představovat i určité riziko.“

Zmiňuje se zejména riziko tzv. „nemocniční nákazy“ nebo také „nozokomiální infekce“. I ve špičkových nemocnicích se určitá část pacientů (některé studie udávají až 20%) nakazí infekcí, kterou způsobují „nemocniční bakterie“. Ty jsou odolné na většinu běžných antibiotik či desinfekčních látek. Jejich léčba je pak velmi obtížná, drahá a dlouhá.

Nejúčinnější prevencí je odejít domů co nejdříve. I proto vznikají např. programy tzv. jednodenní chirurgie, kdy nemocný stráví v nemocnici jen několik hodin a ještě tentýž den odchází domů. Doma pokračuje doléčení prakticky stejně jako dnes na nemocničním lůžku.

Naštěstí se posledních letech léčení více a více vrací zpět do domácího prostředí.

Řada výzkumů prokazuje, že pobyt v domácím prostředí urychluje hojení a celkové zotavení. Příčinu vědci vidí mimo jiné v menší produkci tzv. „stresových“ hormonů, které zpomalují hojení ran a „nabírání nových sil“.

Jak vypadá takové léčení DOMA?

Říká se tomu „domácí hospitalizace“ a dá se přirovnat k péči zdravotních sester v nemocnici: sestry mají stejnou kvalifikaci, používají stejné metody i pomůcky, řídí se výhradně pokyny lékaře, vede se podrobná dokumentace, atd. V podstatě jediným rozdílem je, že zdravotní péče neprobíhá v prostředí nemocnice, ale u nemocného doma.

Zdroj: Home care, Praha

PřílohaEb

Úhrada nákladů:

Stejně jako nemocniční, i domácí zdravotní péči plně hradí zdravotní pojišťovny (v rozsahu, který lékař stanoví jako potřebný). Proto ani doma nebudete nic platit.

V zahraničí navíc můžete slyšet:

KAŽDÝ DEN STRAVENÝ V NEMOCNICI JAKOBY ANI NEBYL.

Příklady specializované domácí zdravotní péče:

- » stavy po chirurgických operacích (kýly, žlučník, apod.)
- » stavy po gynekologických operacích
- » stavy po ortopedických operacích
- » stavy po úrazech
- » stavy po cévních příhodách či infarktu myokardu
- » onkologická onemocnění
- » metabolické poruchy

Příklady běžné domácí ošetrovatelské péče:

- » odběry krve, měření tlaku a pulzu
- » aplikace injekční léčby
- » podání infúzní léčby
- » převazy ran, defektů kůže
- » péče o drény, cévky, stomie
- » podávání výživy infuzí či katetrem
- » prevence proleženin
- » ošetrovatelská rehabilitace, cvičení
- » nácvik chůze, soběstačnosti

Sestry mají minimálně pětiletou praxi (z toho nejméně 2 roky v nemocnici), „specialistky“ navíc absolvují odborné stáže či kurzy zaměřené na danou specializaci

Léčení doma je léčba jako kterákoliv jiná – je proto vhodné ji dobře naplánovat, pokud je to možné.

Pokud dáte přednost doléčení doma, ve svém vlastním prostředí, spojte se co nejdříve s naším centrem, a to **JEŠTĚ PŘED NÁSTUPEM DO NEMOCNICE** tak, abychom připravili odpovídající ošetrovatelský plán.

V případě, že již ležíte v nemocnici, obraťte se na nás prostřednictvím ošetřujícího personálu.

Doba dostupnosti péče je 24 hodin denně – sobotv. - neděle.

Pod Marjánkou 12
169 00 Praha 6
tel. 23335 6565, 23335 5907
+42077 77 24 501 - 504
e-mail: info@homecare.cz

Zdroj: Home Care, Praha

Koncept léčby ran

Askina® – kompletní sortiment obvazového materiálu pro vlhké hojení chronických a akutních ran



Nekróza

Cíl léčby:

- odstranit nekrózu
- vyčistit spodinu rány

Askina® gel
 Prontosan® roztok (vč. MRSA)
 Prontosan® gel (vč. MRSA)



Povleklá rána

Cíl léčby:

- odstranit povlak
- vyčistit spodinu rány
- podpořit granulaci

Askina® Carbosorb
 Askina® Sorb
 Askina® Calgitrol® Ag (vč. MRSA)
 Brauno!®
 Braunovidon® gáza
 Prontosan® roztok (vč. MRSA)
 Prontosan® gel (vč. MRSA)

Prontosan®
 Roztok pro oplach ran

- Optimální ošetření rány (vč. MRSA)
- Rychle a účinně odstraní povlaky

- Absorbuje zápach rány
- Přípravek lze po otevření používat až 8 týdnů



Infikovaná rána

Cíl léčby:

- odstranit infekci
- prevence kontaminace

Askina® Carbosorb
 Askina® Calgitrol® Ag (vč. MRSA)
 Brauno!®
 Braunovidon® gáza
 Prontosan® roztok (vč. MRSA)
 Prontosan® gel (vč. MRSA)



Granulace

Cíl léčby:

- podpořit granulaci
- prevence hypergranulace
- zajištění vlhkého prostředí

Askina® Biofilm Transparent
 Askina® Foam
 Askina® Heel
 Askina® Hydro
 Askina® THINsite
 Askina® Transorbent
 Prontosan® roztok (vč. MRSA)
 Prontosan® gel (vč. MRSA)



Epitelizace

Cíl léčby:

- podpořit epitelizaci
- zajištění vlhkého prostředí

Askina® Biofilm Transparent
 Askina® Derm
 Askina® Hydro
 Askina® THINsite
 Prontosan® roztok (vč. MRSA)



B | BRAUN
 SHARING EXPERTISE

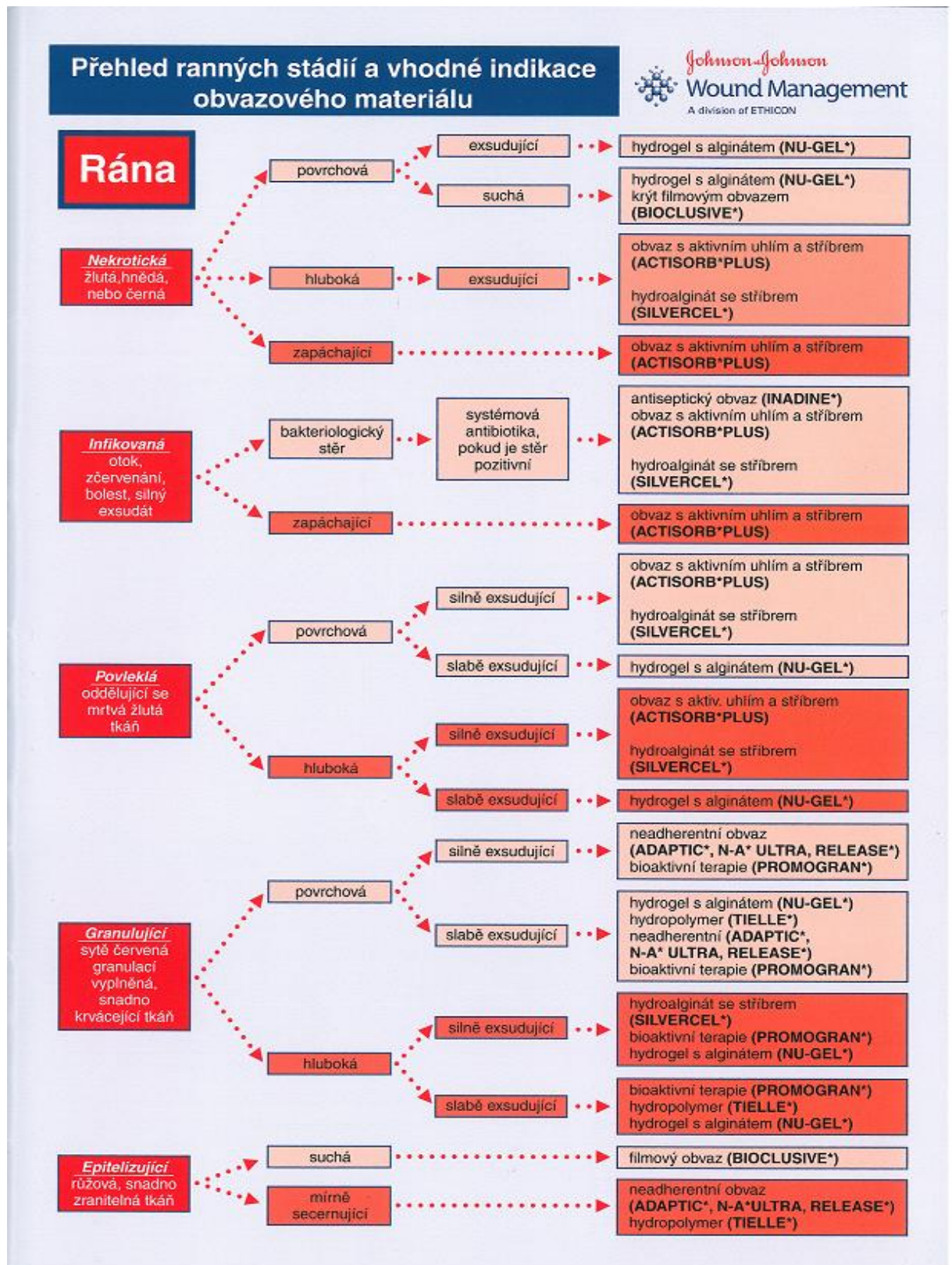
Příloha F

Koncept léčby ran

Zdroj: B-Braun Medical, s.r.o., Praha

Příloha G

Přehled ranných stádií a vhodné indikace obvazového materiálu



Zdroj: Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha

Příloha H


Actisorb plus



ACTISORB[®] PLUS


Obvaz s aktivním uhlím a stříbrem

Ošetření secernujících ran

ACTISORB[®] PLUS byl vyvinut pro ošetření infikovaných exsudujících ran – bércových vředů, dekubitů, hlubokých ran a exulcerovaných karcinomů.







Jak se používá ACTISORB[®] PLUS

Příprava



Nejprve se musí odstranit suchá znekroutizovaná tkáň buď chirurgicky, enzymaticky či autolytickým procesem. Rána se pak oplácheje sterilním fyziologickým roztokem nebo vodou. Před přiložením na ránu se ACTISORB[®] PLUS může smočit fyziologickým roztokem nebo sterilní vodou.




ACTISORB[®] PLUS se může tamponovat do hlubokých ran.

Aplikace




Vnější povrch obvazu, který je tvořen netkanou vrstvou z polyamidové příže, umožňuje snadné sejmutí z většiny ran bez traumatizace rány, neboť není přilnavý. Jestliže je to nutné, je možné přiložit ACTISORB[®] PLUS na neodherentní obvaz (např. N-A*Ultra, ADAPTIC[®]). V takovém případě však je nutno zajistit, aby působení ACTISORB[®] PLUS nebylo narušeno příliš velkým množstvím mastí či tukových látek, obsažených v neodherentním obvodu.



Absorpční vlastnosti tohoto krycího materiálu jsou nejlépe využity tehdy, jestliže je ACTISORB[®] PLUS v přímém kontaktu s ránou.

ACTISORB[®] PLUS se může přikládat na rány kteroukoli stranou.

Aplikace a fixace




V závislosti na množství exsudátu se přiloží ACTISORB[®] PLUS sekundární krycí obvaz. (Např. Surgipad[®])

Obvaz upevněte na ránu tak, jak vyžaduje příslušná indikace.

Výměna obvazu



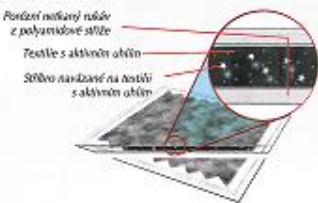
ACTISORB[®] PLUS může zůstat na ráně po 3–7 dnů a mění se pouze krycí obvaz podle potřeby. V některých případech je nutné zpočátku měnit ACTISORB[®] PLUS každých 24 hodin.



Nedoporučujeme ACTISORB[®] PLUS stříhat, neboť pak by se mohla dostat vlhkost do rány a způsobit její zbarvení.

Princip účinku ACTISORB[®] PLUS

Struktura



Ponětí netkaný materiál z polyamidové příže
 Tesťe s aktivním uhlím
 Stříbro nasávané na tesťu s aktivním uhlím

Působení




Bakteriální dělní
 Stříbro bakterie ničí
 Molekuly zápachu
 Exsudát
 Bakterie

- > Aktivní uhlí impregnované stříbrem
- > Aktivní uhlí pohlcuje bakterie a molekuly páchnoucích látek
- > Stříbro ničí mikroorganizmy
- > Žádné vedlejší účinky
- > Nezpůsobuje rezistenci bakterií
- > Zlepšuje kvalitu života

Kombinovaná terapie infikovaných ran

Informace pro objednávání

Kód výrobku	Rozměr krycího materiálu	Počet kusů v jednom balení
MAP105	10,5 x 10,3 cm	5 x 10 ks
MAP190	19,0 x 10,5 cm	5 x 10 ks




Zdroj: Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha

Příloha CH

Silvercel Hydroalginate



Silvercel* Hydroalginate kombinuje silné antibakteriální účinky stříbra s **výbornými vlastnostmi vysoce absorpčního hydroalginátu, který zajišťuje ideální prostředí v ráně během procesu vlhkého hojení.**

Silvercel* Hydroalginate - řešení pro hluboké i plošné středně až silně exsudující infikované a kolonizované rány • proleženiny • béroové vředy • diabetickou nohu • chirurgické a traumatické rány



Bakterie, které nejčastěji kolonizují rány

- MRSA
- MRSE
- VRE
- Pseudomonas aeruginosa
- Streptococcus pyogenes
- Staphylococcus pyogenes
- Klebsiella pneumoniae

Silvercel* Hydroalginate

Efektivně zvládá exsudát

- zajišťuje vlhké hojení ran
- minimalizuje riziko macerace

Prokázané antibakteriální účinky

- proti více než 150 patogenům *in vitro*¹
- velmi nízká pravděpodobnost vypěstování rezistence
- nástup účinku během 15 minut



Šetrný vůči ráně

- zachování původní struktury
- stříbro nebarví ránu ani okolí rány
- je šetrný vůči nově vytvořené tkáni
- jednoduchá a bezbolestná výměna

Podporuje hojení

- vytváří ideální prostředí pro efektivní hojení

Složení obvazu Silvercel* Hydroalginate

Hydroalginátová vlákna

Kalcium alginát + CMC (karboxymetylocelulóza)

- vysoká pevnost v tahu <=> odolnost proti roztrhnutí
- vysoce absorpční <=> vyšší absorpce než u hydrovláken²

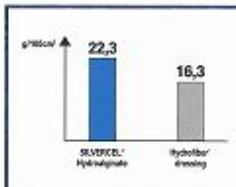


vlákna impregnovaná stříbrem

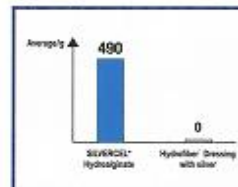
vlákna obsahující 20 % stříbra ~~X-static~~

- široké spektrum účinnosti <=> aerobní, anaerobní bakterie, plíseň, houby
- silné antiseptikum <=> rychlý účinek
- dlouhodobá účinnost <=> 14 dní trvající uvolňování iontů stříbra v simulovaném exsudátu¹

o 37 % vyšší absorpční kapacita



vysoká pevnost v tahu ve vlhkém stavu³



SILVERCEL* Hydroalginate – výhody použití

Pro ošetřující personál:

Rychlost, účinnost, snadné použití

- jednoduchá aplikace
- přispůsobivý, flexibilní materiál
- redukuje riziko prosakování exsudátu
- účinné antiseptikum
- vytváří optimální prostředí pro hojení rány
- snadná manipulace při převazu
- snížení frekvence převazů

Pro pacienty:

Účinnost a pohodlí

- účinný
- optimalizuje hojení ran
- měkký a poddajný
- zvyšuje kvalitu života

Aplikace a fixace

- Očistěte ránu dle zavedeného protokolu.
- Aplikujte Silvercel do rány.
- Frekvence výměny závisí na stavu rány a síle exsudátu (2-3 dny).
- Silvercel Hydroalginate kryjte savým obvazem (Surgipad, Topper) a fixujte náplasti nebo obinadlem.
- Silvercel Hydroalginate lze použít v kombinaci s kompresivní terapií.
- Obvaz lze dle potřeby zvlhčit fyziologickým roztokem, a to jak před použitím, tak při převazu.



Kód výrobku	velikost - cm	počet ks v 1 balení
CAD 050	5 x 5 cm	5 x 10 ks
CAD 011	11 x 11 cm	5 x 10 ks
CAD 020	10 x 20 cm	5 x 5 ks
CAD 230	2,5 x 30,5 cm	5 x 5 ks

Literatura a odkazy:

- 1 - Deborah Addison, Tracy Pennington, Sally Norsa, Michelle Del Bene, Louise Kemp, Johnson & Johnson Wound Management, Gargrave, U.K. Poster presented at the WUWHS Congress, Paris, 2004.
- 2 - Deborah Addison, Tracy Pennington, Sally Norsa, J&J Wound Management, Gargrave, UK. An New Antimicrobial Dressing for Infected and Critically Colonized Wounds. Poster presented at SAWC Conference, 2004.
- 3 - Report 03/18101 - Thomas S.; Surgical Material Testing Laboratory, April 30 2003

Zdroj: Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha

Příloha I

Inadine

INADINE*

Nepřilnavý obvaz s povidone-jodem

Pro velkou řadu infikovaných ran a poranění

INADINE* se používá při akutním povrchovém poranění a to i v případě, že došlo k infekci, dále jako prevence infekce při menších popáleninách, při traumatické ztrátě menšího rozsahu a též při ošetřování ulcerujících ran.



Profylaktické použití při menším poranění



Při ošetření řezných ran, oděnin, poranění konečků prstů a při pokousání



Při ošetření chronických lézí, jako jsou například bérkové vředy, nebo proleženiny



Jako pooperační profylaxe

Jak použít INADINE*

Tento obvaz je určen pro ošetření povrchových poranění. Je vhodný pro dospělé pacienty a pro děti od stáří šesti měsíců.

Příprava

Poranění ošetřete podle příslušného protokolu ošetřování ran. Zajistěte, aby kůže v okolí rány byla suchá. Vyjměte obvaz INADINE* z obalu sterilní pinzetou.

Aplikace

Odstraňte jednu krycí folii a ze zbývajících krycích folií obvaz postupně slupujte a zároveň přikládejte na ránu. Pletenina obvazu INADINE* výrazně omezuje kontakt s povrchem rány. Podle vlastní volby použijte ještě krycí obvaz, kterým INADINE* zajistíte. (např. Surgipad*)

Změna barvy

Změna barvy obvazu indikuje vyčerpání antiseptické účinnosti a naznačuje, že se má INADINE* vyměnit. Jestliže při výměně nelze obvaz snadno odstranit, jemně materiál napněte v úhlopříčně protilehlých rozích.

Technika přikládání obvazu INADINE*

Přiložení na prst ruky či nohy



Nastříhnete čtyřikrát, jak je naznačeno na obrázku. V některých případech stačí nastříhnout pouze na dvou místech.

Odstraňte krycí papíry a přiložte obvaz na prst, jak je znázorněno na obrázku.

Obtočte obvaz okolo prstu, přičemž začnete se spodními konci, pak přelaďte přes koneček prstu, zajistěte středními částmi obvazu a nakonec obtočte kolem prstu zbývajícím koncem, jak je znázorněno. Pak přiložte vhodný sekundární obvaz.

Aplikace do hluboké rány



Obvaz nastříhnete tak, aby tvořil spirálu.

Sejměte krycí folie a vyplňte ránu nebo dutinu tak, jak je naznačeno. Pak přiložte vhodný sekundární krycí obvaz.

Princip účinku INADINE*

INADINE* je obvaz impregnovaný masť, která obsahuje 10% povidone-jodu. Materiál též obsahuje polyetylenglykol a purifikovanou vodu. Molekula povidonu zajišťuje rovnoměrné uvolňování jódu. Polyetylenglykol poskytuje vhodné prostředí, jež umožňuje, aby se jód dostal k bakteriím, které jsou přítomny v ráně.

Struktura

Nepřilnavý obvaz INADINE* s rozměrem 10% PVP a antiseptickým účinným základem.

Mechanismus účinku

Obvaz INADINE*
Uvolňování jódu z PVP
Jód NIC bakterie
Zmáknutí

První volba, bezpečná volba pro infikované rány



Informace pro objednání

Kód výrobku	Rozměr krycího materiálu	Počet kusů v jednom balení
P01481	5 x 5 cm	10 x 25 ks
P01512	9,5 x 9,5 cm	10 x 25 ks



Zdroj: Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha

Příloha J

Nu-Gel

NU-GEL*
 Hydrogel s alginátem

Rehydratace pro snadné vyčištění

NU-GEL* byl vyvinut pro vytvoření ideálního vlhkého prostředí pro léčbu ran tohoto typu:



Suchých nekrotických ran



Povleklých ran



Granulujících a epitelizujících ran

Jak používat NU-GEL*

Příprava



Zvolte příslušnou ampuli podle velikosti rány. Odstraňte krycí štítek a na jeho zadní straně najdete instrukce k použití.



Ránu opláchněte fyziologickým roztokem.

Aplikace



Ústí ampulky umožňuje přesnou aplikaci gelu na povrchové i hluboké rány.



NU-GEL* se aplikuje ve vrstvě nejméně 5 mm silné. Ampulka je určena pro jednorázové použití, aby tak byla zaručena sterilní aplikace.

Upozornění! Jestliže se v průběhu léčení rozvine v ráně infekce, musí se zahájit příslušná antimikrobiální terapie. NU-GEL* lze dále aplikovat, avšak pod dohledem lékaře.

Krytí a fixace

Zvolte typ sekundárního obvazu podle množství exsudátu.

Bez exsudátu



Na krytí gelu použijte BIOCLUSIVE* (transparentní krycí fólie, která udrží gel na místě).

S exsudátem



Použijte TIELLE* (hydropolymerový obvas) nebo...
 ...použijte N-A* (Ultra neodherentní obvas, ADAPTIC* či RELEASE*).



Podle potřeby překryjte polštářky TOPPER* nebo SURGIPAD*.

Struktura



- Krycí štítek
- Měřkový aplikátor
- NU-GEL Hydrogel 93% vody, 3% alginátu sodného

Mechanismus působení NU-GELu



- NU-GEL Hydrogel
- Exsudát z rány
- Rehydratace
- Nekrotická tkáň

Rehydratace pro snadné vyčištění



Informace pro objednání

Kód výrobku	obsah	Počet ampulí v 1 balení
MNG415	15g	4 x 10 ampulí
MNG415 1/4	15g	1 x 10 ampulí
MNG425	25g	4 x 6 ampulí
MNG425 1/4	25g	1 x 6 ampulí



NU-GEL*
Hydrogel s alginátem

Zdroj: Wound Management, Johnson and Johnson, s.r.o., Praha

LR
Suprasorb® System pro vlhké hojení ran
 Kompletně a profesionálně!

- A** alginát
- A** alginát + Ag
- X** HydroBalance
- X** HydroBalance + PHMB
- C** kolagen
- P** PU-pěna
- H** hydrokoloid
- M** PU-membrána
- F** fólie
- G** gel



Lohmann & Rauscher - s.r.o.
 Balašova 206
 CZ 698 01 Slavkov u Brna
 TEL: +420 544 425 811
 FAX: +420 544 227 231
 info@suprasorb.cz
 www.suprasorb.cz

LEČÍME · OŠETŘUJEME · CHRÁNÍME

11 / 2008 **SESTRA**

Příloha L

Cubitan



Cubitan s příchutí čokoládovou

Cubitan s příchutí jahodovou

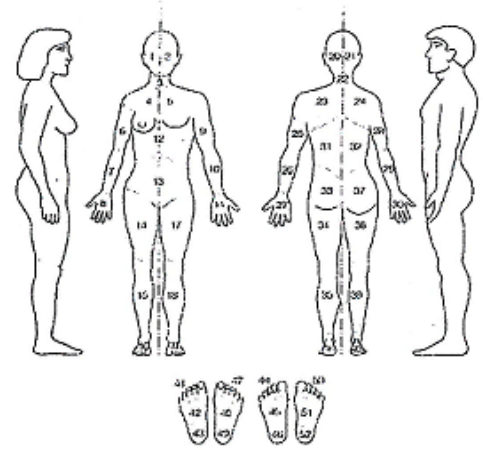
Cubitan s příchutí vanilkovou

Zdroj:

Příloha M

Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu


Štítek pacienta		Datum zahájení léčby		Datum ukončení léčby	
		Předání pacienta do jiné péče			
		Stav rány při ukončení hospitalizace			
I. Anamnéza rány		Ošetřující lékař		ošetřující sestra	
a - První příznaky		Poradní kontakt			
b - Přítina rány - je-li známa		Poznámka:			
II. Typ rány		VI. Charakteristika		VII. Mikrobiologické vyšetření (stěr)	
1. <input type="checkbox"/> dekubitur		Velikost (šířka x délka x hloubka)		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> st. I - zarudnutí		1. Okolí rány		Datum provedení	
<input type="checkbox"/> st. II - puchýř		<input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> ekzém		Nález	
<input type="checkbox"/> st. III - defekt		<input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> nekróza		Cidřivost	
<input type="checkbox"/> st. IV - nekróza		<input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> jiné (popište)		ATB léčba nasazena	
Nekróza <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá				<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne datum	
2. <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> žilní		2. Okraje rány		název ATB	
<input type="checkbox"/> tepenný		<input type="checkbox"/> povlnné <input type="checkbox"/> navalté		VIII. Černí vyšetření (ulcus cruris)	
<input type="checkbox"/> ozmíšený		<input type="checkbox"/> jiné - (definu)		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> jiný		3. Spodina rány		závěr	
		<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> atonická		IX. Diabetologické vyšetření	
3. <input type="checkbox"/> diabetický defekt		<input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
4. <input type="checkbox"/> jiná rána (popište)		<input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> nekrotická		X. Hematologické vyšetření	
		<input type="checkbox"/> secernující		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
III. Lokalizace rány (zakresit)		<input type="checkbox"/> jiná (definu)		XI. Nutriční podpora	
IV. Současná terapie		4. Sekrece z rány		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> lokální		<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> profúzní			
<input type="checkbox"/> systémová		<input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> fyzikální		<input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> komprese <input type="checkbox"/> přes den		5. Sekret - charakter		IX. Diabetologické vyšetření	
<input type="checkbox"/> 24 hodin		<input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> hnitavý		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> lymfodrenáže		<input type="checkbox"/> krvavě serózní		X. Hematologické vyšetření	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> jiný (definu)		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> manuální <input type="checkbox"/> přístrojové		6. Zápach		XI. Nutriční podpora	
		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
V. Bolest		Charakteristika -		jaká -	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				Propuštění datum zapala	
Lokalizace <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> okolí				Poslední lokální terapie	
<input type="checkbox"/> v klidu <input type="checkbox"/> při nsmaze <input type="checkbox"/> stále				Další převaz doporučen	
Číselná škála bolesti č.				Materiálové vybavení	
<input type="checkbox"/> napínání <input type="checkbox"/> pálení				Zhodnocení celkového stavu pacienta	
<input type="checkbox"/> tlak <input type="checkbox"/> píchání					
<input type="checkbox"/> jiná -					



Zdroj: Stryja, J. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008, s. 196

Plán prevence/péče o dekubity a rány

Datum: _____



DEKUBITUS

Hloubka a velikost v cm	Bez porušení kůže <input type="checkbox"/>	Poškození integrity kůže suchý <input type="checkbox"/>	Poškození integrity kůže mokrá <input type="checkbox"/>	Hluboký dekubitus <input type="checkbox"/>
Barva dle WHC	černá <input type="checkbox"/>	žlutá <input type="checkbox"/>	červená <input type="checkbox"/>	ružová <input type="checkbox"/>
	Zápach <input type="checkbox"/>	je <input type="checkbox"/>	není <input type="checkbox"/>	
Sekrét	serózní <input type="checkbox"/>	hemoragický <input type="checkbox"/>	hnilobý <input type="checkbox"/>	žádný <input type="checkbox"/>
	Bolest <input type="checkbox"/>	vážná na převaz <input type="checkbox"/>	mírná <input type="checkbox"/>	žádná <input type="checkbox"/>

RIZIKOVÉ FAKTORY

skóre	obezita	věk	čas postupu	průběh nemoci	stavby stav	stav vědomí	akce	polyfarm.
0-3	0-10	4	časně	stabilní	4	4	4	4
4-6	10-20	3	později	nestabilní	3	3	3	3
7-9	20-30	2	později	nestabilní	2	2	2	2
10-12	30-40	1	později	nestabilní	1	1	1	1

Celkové hodnocení: _____

RÁNA

Hloubka a velikost v cm	Bez porušení kůže <input type="checkbox"/>	Poškození integrity kůže suchý <input type="checkbox"/>	Poškození integrity kůže mokrá <input type="checkbox"/>	Hluboký dekubitus <input type="checkbox"/>
Barva dle WHC	černá <input type="checkbox"/>	žlutá <input type="checkbox"/>	červená <input type="checkbox"/>	ružová <input type="checkbox"/>
	Zápach <input type="checkbox"/>	je <input type="checkbox"/>	není <input type="checkbox"/>	
Sekrét	serózní <input type="checkbox"/>	hemoragický <input type="checkbox"/>	hnilobý <input type="checkbox"/>	žádný <input type="checkbox"/>
	Bolest <input type="checkbox"/>	vážná na převaz <input type="checkbox"/>	mírná <input type="checkbox"/>	žádná <input type="checkbox"/>

STAV KŮŽE

Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	1. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	2. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	3. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	4. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	5. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	6. den
Datum: _____ Dekubitus: _____ Rána: _____	7. den

Zdroj: Stryja, J. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008, s. 197

Příloha N

Fotografie ke kazuistice, vývoj léčby chronické rány



Zdroj: Home Care Hradec Králové, 2013

Příloha O

Fotografie ke kazuistice, vývoj léčby chronické rány



Zdroj: Michaela Holanová, Dis., Hradec Králové, 2014

Příloha P

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 3. 2014

Jméno a příjmení studenta