

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVETA NIXOVÁ, DiS.

Praha 2014

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM

Bakalářská práce

IVETA NIXOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Špačková

Praha 2014



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

Nixová Iveta
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

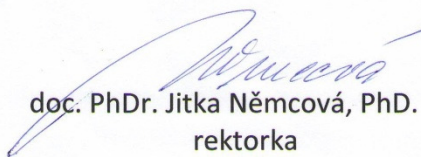
Ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitem

Nursing Process for Patients with Decubitus

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Špačková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2014

Podpis.....

ABSTRAKT

NIXOVÁ, Iveta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jana Špačková. Praha. 2014. 66 s.

Bakalářská práce se věnuje problematice ošetrovatelské péče u nemocných s dekubitem. Téma práce je v dnešní době aktuální, neboť stále přibývá ležících pacientů, u kterých vzniká potenciální riziko vzniku dekubitů. I přes nové materiály a pomůcky se dekubity vyskytují stále více a u všech věkových skupin. Péče o nemocné s dekubitem je složitým procesem, na kterém se podílejí všichni členové ošetrovatelského týmu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je zahrnuto, co jsou dekubity, kde vznikají, jaká jsou predilekční místa na těle, klasifikace, příčiny vzniku. Důležitou kapitolou je léčba dekubitů, podstata správného přikládání vlhkého krytí na rány a specifika ošetrovatelské péče.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním. Záměrem práce je upozornit na význam prevence dekubitů, které jsou velkou zdravotní komplikací mnoha hospitalizovaných nemocných. Doporučení pro praxi poslouží ke zvýšení informovanosti nelékařských zdravotnických pracovníků a přispěje ke zkvalitnění poskytované péče.

Klíčová slova

Dekubit. Ošetrovatelský proces. Pacient. Péče. Prevence. Vlhké hojení ran.

ABSTRACT

NIXOVÁ, Iveta. *Nursing process for Patient with dekubitus*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jana Špačková. Prague. 2014. 66 pages.

The bachelor's thesis deals with the issue of nursing health care of patients with decubitus. The importance of topic is significant and actual, due to the fact that the number of lying patients with the risk of formation of decubitus is constantly rising. Despite new materials and devices, the cases of patients with decubitus are emerging repeatedly and with higher frequency among all age groups. Caring for patients with decubitus is a complex process, which involved all members of the nursing team. This thesis consists of theoretical as well as practical part.

Definition of what decubitus is, areas of its emergence and the predilect areas on the human body, causes, classification are included in theoretical part, as well as characterization of treatment procedures, the essence of proper application of moist dressings and specific features of nursing health care.

The practical part proposes complete nursing process of a patient suffering from this disease. The aim of the bachelor's thesis was to emphasize the importance of prevention of decubitus, which is notable health complication of a significant number of hospitalized patients. Recommendation for practice serves to increase awareness of paramedical staff and contribute to improving the quality of care provided.

Key words

Care. Damp healing wound. Dekubitus. Nursing process. Patient. Prevention.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 DEKUBITY.....	14
1.1 Definice.....	14
1.2 Statistika.....	15
1.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	16
1.3.1 Hodnotící systém podle Nortonové.....	16
1.4 Predilekční místa pro vznik dekubitů.....	17
1.5 Klasifikace dekubitů.....	18
1.5.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAP.....	19
2 PŘÍČINY.....	20
2.1 Zevní příčiny.....	20
2.1.1 Mechanické vlivy.....	20
2.1.2 Chemické vlivy.....	21
2.2 Vnitřní faktory.....	21
3 LÉČBA.....	22
3.1 Historie hojení ran.....	22
3.2 Léčebné metody hojení ran.....	23
3.3 Chirurgická léčba.....	24
3.4 Podtlaková terapie.....	24
3.5 Larvoterapie.....	25
3.6 Léčba bolesti.....	25
4 SPECIFIKA OŠE. PÉČE U PACIENTA S DEKUBITEM.....	26
4.1 Hygienická péče.....	26
4.2 Výživa.....	26

4.3	Polohování.....	27
4.4	Rehabilitace.....	28
4.5	Převaz, ošetření vzniklého dekubitu.....	28
4.6	Monitorace bolesti.....	29
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM.....	30
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
BMI	Body mass index - Index tělesné hmotnosti
°C	Stupeň Celsia
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CVK	Centrální venózní kanyla
DKK	Dolní končetiny
EPUAP	Evropský poradní sbor pro otázky proleženin
JIP	Jednotka intenzivní péče
MRSA	Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok
PAD	Perorální antidiabetika
PMK	Permanentní močový katétr
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
VRE	Vankomycin-rezistentní enterokok

(VOKURKA et al., 2004)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetizace - tlumení, potlačování bolesti analgetiky

Bakteriocidní - ničící, zabíjející bakterie

Bariérový přístup - dodržování aseptického přístupu k pacientovi a používání jednorázových pomůcek

Dekubitus - je proleženina nebo rána způsobena delším neodlehčeným tlakem, nejčastěji ležením na nějaké části těla

Dermis - kůže, užívá se jako jiný název pro škáru

Distálně - okrajově, vzdáleně od středu těla

Epidermis - povrchová vrstva kůže, která má ochranný význam

Epitelizace - pokrytí epitelem, nutná součást hojení ran

Erytém - červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév a zvýšeným prokrvením

Exudát - výpotek, hnis

Febrilie - horečka, je definována jako tělesná teplota vyšší než 38 °C

Granulace - tkáň složená z nově tvořených cév a vaziva, která přerůstá přes poškozenou ránu

Chemoterapie - léčení pomocí chemických prostředků

Infekce - nákaza; vstup choroboplodného zárodku, např. bakterie

Ischemie - jedná se o místní nedokrevnost tkáně, která vede k poškození nebo odumření

Laxativum - neboli projímadlo, je léčivo nebo rostlinná droga podporující pohyby střev

Nekróza - odumření buňky, tkáně či části orgánu

Osteotomie - protěťí kosti

Paraplegie - úplné ochrnutí poloviny těla

Predilekční - je označení místa, které je nejčastěji určitým chorobným procesem napadáno

Prevence - je soustava opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu nebo nemocem

Rescreening - opakované zhodnocení nějakého onemocnění nebo vyšetřovací metody

Rezistentní - odolný, projevující odpor

Sacrum - křížová kost

Transparentní - průhledný, průsvitný

(VOKURKA et al., 2004)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Identifikační údaje.....	32
Tabulka 2	Vitální funkce při příjmu.....	33
Tabulka 3	Léková anamnéza.....	34
Tabulka 4	Popis fyzického stavu.....	35
Tabulka 5	Aktivity denního života.....	38
Tabulka 6	Posouzení psychického stavu.....	42
Tabulka 7	Posouzení sociálního stavu.....	43

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s dekubitem. Péče o nemocné s chronickou ránou, tzv. dekubitem, je složitým procesem, který vyžaduje multidisciplinární přístup, což znamená spolupráce ošetřující sestry s lékařem, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem a v neposlední řadě s chirurgickým specialistou. Dekubity jsou závažným problémem dnešní doby, i přes velký rozvoj moderních materiálů a velkého množství distributorů, kteří se předhánějí se svými pomůckami a přípravky, je nejdůležitější preventivní opatření. Prevence se nesmí v žádném případě zanedbávat. Měli bychom si uvědomit, že dekubity jsou nejen velkou zátěží pro samotného pacienta, ale také jejich léčba je pro zdravotnické zařízení finančně náročnější, než předcházení vzniku dekubitů. I když ne vždy je hlavní příčinou špatná ošetrovatelská péče.

V léčbě dekubitů velmi pomohla metoda vlhkého hojení ran, která výrazně urychluje hojení dekubitu. Česká republika se otevřela vlhké léčbě v 90. letech. Od té doby se daří léčit nejen dekubity, ale všechny chronické rány mnohem rychlejší cestou a pro pacienty méně bolestivou. Nehojící se dekubity představují asi 7 % populace. Na první pohled se zdá, že dekubity komplikují život pouze starší populaci, ale opak je pravdou. Ve skutečnosti dekubity vznikají ve všech věkových kategoriích, u mužů i žen, ale i u malého dítěte (STRYJA, 2008).

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou kapitoly věnovány samotnému onemocnění a praktická část tvoří posouzení stavu konkrétního pacienta s dekubitem, plán individuální ošetrovatelské péče. Podle získaných informací od pacienta, rodiny a ze zdravotnické dokumentace jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy.

Cílem této práce je upozornit na problematiku dekubitů a více se zamyslet nad prevencí a znalostmi, které má v oblasti krycího materiálu ošetrovatelský personál. Dalším cílem je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta s dekubitem a zhodnotit ošetrovatelskou péči.

1 DEKUBITY

Dekubity byly, jsou a budou vždy závažným problémem. Žijeme v době velkého rozvoje vědy a medicínských oborů, kdy máme možnost používat nové materiály a nové prostředky, které výrazně napomáhají k léčbě a hojení ran. Vznik dekubitu je považován za významný problém ošetrovatelské péče. Výskyt dekubitů vede k utrpení a zátěži pacientů, k pocitu selhání sester, prodlouženému pobytu v nemocnici a výrazným dodatečným nákladům na péči. Nejen pro sestry znamená pacient trpící proleženinami mnohem větší pracovní zatížení a zvýšenou fyzickou námahu. Prevence dekubitů se stala pro zdravotníky jednou z priorit. Dekubit patří k deseti významným kritériím, podle nichž se v nemocnicích hodnotí kvalita ošetrovatelské péče. Výskyt dekubitů je možné snížit, pokud má nemocniční zařízení vypracované směrnice pro prevenci a léčbu dekubitů a řídí se podle nich. Zahrnují nejen ošetrovatelský postup, ale také monitorování výskytu dekubitů. Péče o pacienta s dekubity je komplexní, to znamená, že se podílejí lékaři, všeobecné sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuti i nutriční terapeuti. Pacienti s dekubity bývají hospitalizováni v nemocnicích na odděleních, která poskytují tzv. akutní péči, na odděleních následné péče, na lůžkách sociálního typu a v neposlední řadě zůstávají v domácím ošetřování v péči rodinných příslušníků nebo agentur domácí péče (STRYJA, 2008), (SEDLÁKOVÁ, 2014).

Dekubity se tvoří velmi rychle, v některých případech je vznik dekubitů možný dokonce i během několika desítek minut. Zvláště náchylní k rychlé tvorbě proleženin jsou pacienti s čerstvými úrazy a při postižení míchy (MIKULA et al., 2008).

Mezi rizikové skupiny s častým výskytem dekubitů patří hlavně ležící pacienti, pacienti s poškozením míchy, lidé trpící podvýživou, starší osoby, u kterých dochází ke zhoršování soběstačnosti a tím jsou více náchylní k infekci. Dále jsou ohroženi pacienti s onkologickým onemocněním, kdy chemoterapie má na hojení a stav kůže negativní vliv, neboť ničí všechny rychle rostoucí buňky (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

1.1 Definice

Nahlédneme-li do odborné literatury, zjistíme, že definic dekubitů existuje celá řada. Definice se v literatuře nijak zvlášť nerozcházejí, jak je vidět dále. Všechny, ať už

jsou stručné nebo podrobné, mají jedno společné, popisují příčinu vzniku, a to dlouho působící tlak na tkáň (STRYJA, 2008).

Stryja ve své publikaci uvádí: „Dekubity jsou rány, které vznikly na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Mezi synonyma dekubitů patří proleženiny, prosezeniny, tlakové rány nebo tlakové vředy“ (STRYJA, 2008, s. 83). Podle Mikuly jsou dekubity rány vyvolané tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami. Dekubitus (latinsky *cubo* - ležet) je ohraničené odumření tkáň jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení (MIKULA et al., 2008).

Kulakovská vymezuje dekubitus následující definicí: „Dekubitus je rána, která vznikla na podkladě stlačení a následné ischemii měkkých struktur tkáň, vůči skeletu a vnější podložce“ (KULAKOVSKÁ, 2013, s. 41).

Dekubity představují poměrně specifické onemocnění, které postihuje nemocné s náhle či dlouhodobě sníženou pohyblivostí. Jeho následky a komplikace mohou být velmi vážné. Dekubity nemusejí vznikat jen na kůži, ale mohou postihnout i sliznice. Například z tlaku zubní protézy na sliznici v dutině ústní nebo permanentního močového katétru na sliznici močových cest. Není výjimkou, že dekubity mohou vznikat po sádrových i jiných typech obvazů nebo po použití nevhodných protetických pomůcek (MIKULA et al., 2008), (STRYJA, 2008).

1.2 Statistika

Výskyt dekubitů je jedním z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče. V České republice je u hospitalizovaných pacientů prevalence dekubitů 2–4 %, u nemocných v dlouhodobé péči 10–20 %. Aktuální výsledky projektu Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni realizovaném v gesci Pracovní skupiny pro kvalitu zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví České republiky ukazují, že v období leden až září 2013 byl ve sledovaných zdravotnických zařízeních podíl pacientů s dekubitem na celkový počet pacientů 3,49 % (TOPINKOVÁ, 2005), (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2013).

Více než 90 % dekubitů je lokalizováno distálně od pasu – na končetinách a v oblasti pánve. Z výše zmiňovaného Sledování dekubitů na národní úrovni, kde jsou k dispozici výsledky od roku 2009 do září 2013, vyplývá, že nejčastěji postiženou

oblastí jsou paty 32,75 %, kost křížová 27,23 %, hýždě 15,32 %, bok, kyčel 5,90 % a kotník 4,06 % (STRYJA, 2008), (NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, 2013).

V roce 2007 byla v Evropských státech provedena velká studie, do které bylo zařazeno 5 947 pacientů, z nichž 1 078 (18,3 %) mělo dekubity. Studie byla provedena ve 26 nemocnicích. Podíl nemocných s dekubity se lišil podle států – Itálie (8,3 %), Portugalsko (12,5 %), Belgie (21,9 %) a Švédsko (22,9 %). Dekubity se u nemocných nejčastěji vyskytovaly v oblasti křížové kosti 49,35 %, na patách 44,90 %, sedací kosti, hýždě 17,25 %, kotníky 13,82 %, lokty 13,26 % a kyčle 12,62 % (VANDERWEE, 2007).

1.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů se používá řada stupnic. V zahraničí bylo popsáno 17 různých hodnotících škál, ale nejčastěji se používají stupnice podle Nortonové, Bradenové či Waterlowa. V České republice se v současné době nejčastěji používá rozšířená škála Nortonové. Všichni autoři se však shodují v preventivním významu vstupních hodnocení rizika vzniku. Záleží na konkrétním pracovišti, ke kterému způsobu hodnocení se přikloní, avšak je zřejmé, že čím je systém podrobnější, tím je přesnější zařazení pacienta do rizikové skupiny. Hodnotící škály umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření, ale ať už se použije jakákoliv hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální péči. Pacienta v ohrožení pozná zkušený zdravotník i bez použití skórovacích škál (MIKULA et al., 2008).

Frekvenci hodnocení rizika dekubitů u hospitalizovaných nemocných není jednoduché jednoznačně stanovit. V každém případě je doporučováno, aby primární zhodnocení nemocných akutně hospitalizovaných bylo provedeno do 12 hodin od přijetí. Při dlouhodobé hospitalizaci je pak doporučován rescreening dvakrát týdně (POKORNÁ, 2012).

1.3.1 Hodnotící systém podle Nortonové

Škála podle Nortonové byla sestavena v roce 1962. Hodnotí celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Na základě těchto hledisek je

pacient ohodnocen určitým počtem bodů, čím je bodové hodnocení nižší, tím je riziko dekubitů u pacienta vyšší. V roce 1987 byla rozšířena Christel Biensteinovou na skóre 25 bodů. Skóre 13 a méně vypovídá o nejvyšším riziku vzniku dekubitů. Pacienti se skórem 14–18 mají vysoké riziko, pacienti se skóre 19–23 mají střední riziko a nad hodnotu 24 je riziko minimální. Jakmile se jakkoliv změní zdravotní stav pacienta, měl by být pacient znovu přehodnocen podle hodnotící tabulky. Nortonová vyvinula škálu pro pacienty v dlouhodobé péči, pro širší použití byla v roce 1989 modifikována. Obsahuje navíc čtyři další položky. Pro shrnutí je to schopnost spolupráce, věk, stav kůže a jiná onemocnění. Nejvyšší možný počet dosažených bodů je 36 (MIKULA et al., 2008).

1.4 Predilekční místa pro vznik dekubitů

Dekubity mohou vzniknout na kterémkoli místě těla. Největší výskyt je však na místech kostních vyvýšenin, tj. v místech, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí. Tato místa označujeme jako predilekční místa vzniku dekubitů (MIKULA et al., 2008).

Těmto místům by měla být věnovaná zvýšená pozornost a měly by být u rizikových pacientů několikrát denně kontrolovány a ošetřovány. Zároveň je vhodné používání ochranných krémů na tyto oblasti a masáže, které zvyšují prokrvení tkání. V dnešní době jsou velice oblíbené a doporučované na pracovištích tzv. filmové obvazy, které se používají pro prevenci dekubitů nebo na podporu léčby dekubitů I. stupně. Jsou tvořeny transparentní polyuretanovou fólií s hypoalergenními parametry. Preventivní účinek fólií spočívá v prvé řadě v ochraně kůže proti působení dráždivých látek, jako je moč nebo stolice. Druhým preventivním faktorem je omezení působení střížných sil na pokožku v rizikových oblastech. Fólie je paropropustná, takže umožňuje dýchání pokožky. Díky transparentnosti je také možné snadno sledovat stav kůže. Obecně se predilekční místa často rozdělují podle poloh, ve kterých se pacient nachází (POKORNÁ et al., 2012).

Při poloze na zádech na rovné podložce, případně s podložením hlavy jsou tlakem nejvíce zatěžována místa kosti patní, sakrální oblast a také trn 7. krčního obratle. Dalšími rizikovými oblastmi jsou klouby loketní, hřbety lopatek a kost týlní, která je kryta vlasy, a tak případné změny mohou být přehlédnuty a zachyceny až v pozdějším stádiu. Při poloze pacienta vpolosedě přibývá navíc působení střížné síly,

tedy kombinace působení tlaku a tření, která se nejvíce soustřeďuje do oblasti kostí křížové. Poloha na břicho, také nazývaná pronační poloha, je nejvíce využívána na oddělení JIP a ARO. Ačkoliv tato poloha nebývá tak častá, je vhodné se zmínit o predilekčních místech, která jsou ohrožená. Největší tlak zde působí na palce, kolena, hřebeny kostí kyčelních, lícni kosti a opět ucho, případně čelo a brada, to záleží na otočení hlavy. Při poloze na boku bývají ohroženy oblasti kotníků, hřebeny kostí kyčelních, oblast kyčelního kloubu, ramenní a kolenní klouby, kost spánková, ucho a palec u nohy (POKORNÁ et al., 2012).

Kromě typických lokalizací proleženin musíme myslet i na dekubity na povrchu těla, které mohou vzniknout i při dlouhodobě zavedených kanylách, v místě zavedení nasogastrické sondy nebo permanentního močového katétru. Objevují se i u zevní sádrové fixace, při přiložení příliš těsné sádrové fixace nebo při zapomenutí vypodložení dlahy (STRYJA, 2011).

1.5 Klasifikace dekubitů

Pro klinické hodnocení je důležité vědět, že dekubitus vzniká nejdříve v hloubce a odtud se dostává na povrch. Proto bychom si měli všimnout i nepatrných změn na povrchu kůže, které však mohou znamenat již rozsáhlé poškození tkáně pod povrchem. Vstupní otvor rány často neodpovídá skutečné velikosti dekubitu. Čas, za který se dekubitus vytvoří, je zcela individuální a podílí se na něm více faktorů. Také každý pacient může mít odlišný průběh tvorby proleženin, proto je velmi důležité znát klasifikaci dekubitů a umět rozpoznat i nepatrné změny na kůži. Z rány může také vytékat zkalená zapáchající tekutina s příměsí kapek tuku nebo stopami odumřelých tkání. Vzhled a množství odpovídá stupni a druhu přítomné infekce. Spodina dekubitu je tvořena nekrotickou fascií, periostem nebo kostí. Léze jsou tak diferencovány do tří, čtyř až pěti stupňů (STRYJA, 2008).

Klasifikace dekubitů slouží ke zhodnocení rozvoje dekubitu a určení tak jeho stupně. Setkáváme se s několika klasifikacemi od různých autorů. Klasifikace podle Válka, Danielova klasifikace, posuzování podle Torrance nebo podle Seilera. Tyto stupnice vývoje a posuzování dekubitů obsahují 3 až 5 stupňů. Ve většině zdravotnických zařízení se užívá klasifikace Evropského poradního sboru pro otázky proleženin (dále jen EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel),

který se zabývá šetřením dekubitů na národní úrovni a snaží se o zvyšování kvality a efektivity ošetrovatelské péče. Ten doporučil na kongresu v Tampere v roce 2003 jen čtyřstupňové rozdělení (POKORNÁ et al., 2012).

1.5.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAP

„Stupeň I. Neblednoucí erytém. Nepoškozená pokožka s neblednoucím zarudnutím v lokalizované oblasti, obvykle nad kostním výčnělkem. Může být provázen změnou barvy kůže a její vyšší teplotou, edémem, zatvrdnutím a bolestivostí. U tmavší pokožky nemusí být zblednutí viditelné“ (ANON, 2013).

„Stupeň II. Ztráta kůže v částečné tloušťce. Ztráta dermis v částečné tloušťce se projevuje jako mělký otevřený vřed s červeno-růžovým lůžkem rány bez mrtvé tkáně. Může se také projevit jako neporušený či otevřený/prasklý puchýř naplněný tekutinou“ (ANON, 2013).

„Stupeň III. Ztráta kůže v celé tloušťce. Ztráta tkáně v celé tloušťce. Podkožní tuk může být viditelný, ale kosti, šlachy ani svaly nejsou odkryty. Může se objevovat mrtvá tkáň. Může docházet k poddolování a vzniku tunelů“ (ANON, 2013).

„Stupeň IV. Ztráta kůže v celé tloušťce. Ztráta tkáně v celé tloušťce s odkrytím kostí, šlach či svalů. Může být přítomna mrtvá tkáň či krusta. Často zahrnuje poddolování a vznik tunelů“ (ANON, 2013).

2 PŘÍČINY DEKUBITŮ

Při vzniku dekubitů se uplatňují vnitřní a zevní faktory, které ovlivňují vznik a hojení dekubitu. Dekubity jsou výsledným poškozením tkání, v důsledku působení mnoha navzájem se prolínajících příčin a rizikových faktorů, projevující se v konečné fázi nekrózou tkáně. Některé příčiny vzniku dekubitů lze ovlivnit, a to jak z hlediska poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče, tak z hlediska používání správných pomůcek a prostředků. Obecně platí, že do zevních faktorů patří mechanické a chemické vlivy a do vnitřních faktorů patří pohlaví, výživa, hmotnost, inkontinence, hydratace, infekce a přidružené onemocnění. Zevní faktory oproti vnitřním se dají snáze ovlivnit (POKORNÁ et al., 2012).

2.1 Zevní faktory

Faktory, které na člověka působí z jeho bezprostředního okolí, nazývané jako zevní nebo také vnější, můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří mechanické vlivy, které poškozují kůži a její cévní zásobení ve všech vrstvách především následkem působení tlaku, dochází ke tření a vzniku střížných sil. Druhou skupinu tvoří chemické vlivy, které poškozují primárně povrchové vrstvy kůže, při porušené integritě přispívají ke vzniku infekce. Do této skupiny řadíme působení potu, moče, stolice a exudátu z ran na kůži nemocného (MIKŠOVÁ, 2006).

2.1.1 Mechanické vlivy

Jedním z nejvýznamnějších faktorů podílejících se na vzniku proleženin je dlouhodobý tlak, který působí na tkáně a snižuje jejich zásobení živinami a kyslíkem. Při působení dlouhodobého tlaku dochází mezi tzv. tlakovým bodem a podložkou ke stlačení tkání, zvláště stlačení kapilár, tkáň není prokrvována a okysličována. Při delším působení tlaku dochází později k nekróze. Dekubity mohou vzniknout po krátkém působení vysokých kontaktních tlaků nebo po delší době působení nízkého kontaktního tlaku (MIKULA et al., 2008).

Mezi další závažné nepříznivé mechanismy patří střížné síly a tření. Výsledkem gravitace vzniká stříhové namáhání, které táhne tělo dolů, zvláště při poloze v polosedě a v případech, kdy mezi kůží a podpůrným povrchem vzniká velké tření. Namáhání se také objeví tehdy, kdy se s pacienty špatně manipuluje. Pacient je popotahován na lůžku, místo aby byl nadzvednut nad matraci. Třením o pokožku dochází k poškozování povrchové vrstvy kůže a tím klesá její obranná schopnost. Tření je zvýšeno, pokud je přítomna vlhkost a teplo, např. když je pacient inkontinentní nebo má zvýšenou tělesnou teplotu. V tomto případě to vede k poškození kůže a dochází opět k riziku infekce (MIKULA et al., 2008).

2.1.2 Chemické vlivy

Při inkontinenci a vlhkosti dochází k maceraci kůže a k jejímu poškození. Vlhké prádlo zvyšuje tření. Silné kyseliny a zásady ve výkalech nebo v moči poškozují povrch epitelu a tím způsobují chemickou popáleninu. Při porušené integritě kůže je pak pravděpodobné, že vznikne kožní defekt a dojde k infekci rány (MIKULA et al., 2008).

2.2 Vnitřní faktory

Mezi faktory, které na člověka působí zevnitř, řadíme věk, pohlaví, hmotnost, výživu, hydrataci a přidružené choroby. Věk sám o sobě zhoršuje kvalitu kůže. Kůže stárne, u starších lidí je snižená elasticita a pevnost kůže v tahu. Pokožka je křehčí a snáze zranitelná. Osoby s nízkou hmotností mají riziko vzniku dekubitů z důvodu malé vrstvy tuku, která chrání svaly před účinkem tlaku. Naopak u obézních lidí je riziko vzniku z důvodu nepohyblivosti a obtížného polohování (MIKULA et al., 2008).

Na vznik dekubitů má také nemalý vliv výživa. Pacienti se zhoršeným výživovým stavem mívají větší problémy s hojením ran. Negativně na hojení ran působí snížený energetický příjem a nízký příjem bílkovin. Nedostatek plnohodnotné stravy způsobuje úbytek svalové hmoty a snižuje odolnost k infekcím. Na vznik a hojení dekubitů mají nepříznivý vliv i některá přidružená onemocnění. Například při anémii jsou tkáně méně zásobeny kyslíkem, což při sečtení s dalším faktorem, jako je dlouhodobý tlak, může vést ke vzniku dekubitů. Nepříznivý vliv mají i některé léky. Například chemoterapie, neboť ničí všechny rostoucí buňky (MIKULA et al., 2008).

3 LÉČBA DEKUBITŮ

Léčba dekubitů je složitý komplex opatření týkajících se jednak celkového stavu nemocného a jednak vlastních tlakových lézí. V první řadě se musí přistoupit k léčbě základního onemocnění a ke zlepšení celkového stavu. V léčbě dekubitů je možný dvojitý přístup, konzervativní nebo operační. Volba spočívá v posouzení stupně dekubitu a správné léčbě defektu. Konzervativní metoda se volí nejdříve. Chirurgická až po šesti měsících, je-li vřed nadále otevřený a je-li zvládnuta infekce. Léčba spočívá v eliminaci rizikových faktorů, především tlaku, odstranění defektu, boji proti infekci a obvazování rány. Při péči a ošetřování je bezpodmínečně nutné, aby byly vedeny záznamy ošetřovatelské péče o ošetření dekubitů, např. záznam o ošetření ran. Místo a velikost proleženiny se musí zakreslit a popsat do záznamu. Fotodokumentace se souhlasem pacienta je další metoda objektivního hodnocení vývoje léčby a hojení dekubitů (BUREŠ, 2006), (STRYJA et al., 2011).

3.1 Historie hojení ran

Otázky kolem hojení ran provázejí lidstvo už od jeho vzniku. Již starověcí Egypťané používali primitivní antiseptika, jako med, pryskyřice nebo cukr. Vytvářeli směsi z medu, krve ptáků a much, ovocné šťávy a rozdrcených semen. Tato tradice se držela celá staletí. Ve starověku se s oblibou užívaly masti a balzámy. Prostředky hojivé byly buď byliny čerstvé jako aloe, jitrocel, podběl nebo připravené výtažky z listů, stonků a semen, které se ve formě balzámů přikládaly na ránu. Balzám měl pak chránit ránu před následnou infekcí. Celulóza a bavlna dala vznik dnešnímu krytí. Jejím posláním bylo nasávání sekretu, ale i vytvoření vzdušné vrstvy, která bránila mechanickému znečištění a do jisté míry i průniku infekce. Dříve se dezinfekce lila přímo do rány, dnes se používá na její okolí. Používala se gáza napuštěná vazelínou, která je dnes nazývána mastný tyl. Dezinfekce ran se prováděla opláchnutím vodou nebo vypálením žhavým železem (STRYJA, 2008).

Teprve Ambroise Paré, hlavní chirurg Karla IX. odmítl vypalování ran žhavým železem či olejem a položil základy správného ošetřování a čisté amputace. Paré se také jako první zmiňuje o čištění otevřených ran larvami hmyzu. Neopomenutelným

přínosem pro léčení ran je Aurelius Cornelius Celsus, encyklopedista působící ve starověkém Římě, který jako první popsal čtyři základní znaky zánětu (*rubor, tumor, dolor, calor*). Dalším obdobím rozvoje léčení ran bylo období „otce moderní medicíny“ Hippokrata, který propagoval tři základní principy hojení, jako je dostatečné krevní zásobením, zabránění infekce a imobilizace (STRYJA, 2008).

Moderní přístupy v ošetřování ran se objevují až v 60. letech 20. století. Do té doby sice docházelo k vývoji ošetřování ran, ale vývoj obvazů byl nedostatečný. Vzdělávání lékařů a ošetrovatelského personálu, bylo na nízké úrovni vzhledem k současným poznatkům o ošetřování ran. Neznali účinky obvazů, proto je neuměli správně použít. Tehdy platil názor, že na sekundárně se hojící ránu, by měl být použit jen suchý obvaz. Tehdejší materiály se sice vyznačovaly dobrou silnou sací schopností, ale ta způsobovala velké vysušování ran a při jejich výměně docházelo k odtržení nově vytvořené kůže, následovalo krvácení a bolest nemocného (STRYJA, 2008).

U vzniku tzv. vlhké terapie ran stál prof. Winter, který v roce 1962 první popsal, že udržování rány ve vlhkém prostředí urychluje hojení. První skupinou krytí na rány byly hydrokoloidy, které se používají do dnes v praxi. Na přelomu 20. a 21. století je vidět obrovský rozmach moderního krytí. Současná medicína uhání mílovými kroky vpřed a do praxe vkládá nové a nové prostředky pro sekundárně hojící se rány (STRYJA, 2008).

3.2 Léčebné metody hojení ran

Odstranění tlaku na postižené místo je nedílnou součástí léčby u dekubitu I. stupně. V této fázi může vést odstranění tlaku k úplné regeneraci poškozené tkáně. V tom také tkví smysl pravidelného polohování. Postižené místo je důležité omývat fyziologickým roztokem s mírnými dezinfekčními přísadami, promazávat kůži oleji, krémy a chránit před dalším tlakem. Vhodné je uložit pacienta na antidekubitní matraci (PEJZNOCHOVÁ, 2010), (MIKULA et al., 2008).

U II. stupně se vytváří puchýř nebo puchýř už praskl a rána je otevřena. Ta se musí chránit před infekcí. U čisté rány, která nejeví známky infekce, podporujeme granulaci a epitelizaci. Při konzervativní léčbě dekubitů je vhodné ránu ošetřovat metodou vlhkého hojení, která zajišťuje optimální prostředí v ráně, a tak přispívá k procesu hojení. V této fázi musí krytí absorbovat sekreci, ráně dodávat vlhkost,

protože nesmí vyschnout. Zde se dají použít materiály na bázi hydrogelů. Jsou to gelová krytí s vysokým obsahem vody, která umí odloučit a změkčit povlaky. Hydrogely se rovněž používají na odloučení nekrózy u III. stupně dekubitu. Dalším vhodným materiálem jsou hydrokoloidy, které při kontaktu s vlhkostí rány vytváří gelovou hmotu, jsou vhodné pro středně až silně secernující rány. Krytí pokud není nasáklé, neprosakuje nebo se neodlepuje, je možné nechat až 4 dny. Alginátová krytí jsou vyrobena z mořských řas, které obsahují kalcium alginát. Algináty ránu čistí, podporují granulaci, absorbují zápach a podporují hemostázu. Aplikují se opět na silně secernující rány a současně se sekretem nasávají odumřelé buňky a bakterie (STRYJA et al., 2011), (POKORNÁ et al., 2012).

Antiseptická krytí se stříbrem se dávají na rány, které jsou zasaženy infekcí. Mají antimikrobiální účinek s bakteriocidním efektem, včetně účinku na řasy a kvasinky. Stříbro je účinné i proti kmenům rezistentním vůči antibiotikům, například Methicilin-rezistentní zlatý stafylokok, (dále MRSA) a Vankomycin-rezistentní enterokok (dále VRE). Vhodné jsou pro rány kryté nekrózou pro fázi čištění. Je vysoce savý, podle stavu rány možno měnit až po 5 dnech (CHLÁDKOVÁ, 2009).

3.3 Chirurgická léčba

Pro chirurgickou léčbu jsou indikovány hlavně dekubity III. a IV. stupně, kdy se vřed neléčí, rozšiřuje se více do hloubky a ohrožuje život pacienta. Operatér musí zvážit celkový stav a prognózu pacienta. Pomocí operačního zákroku se provádí excize vředu, někdy je nutná i částečná osteotomie a resekce kloubu. Vždy je lepší provádět uzávěr rány pomocí vlastní zdravé tkáně. Není-li to možné, operace směřuje k transplantaci nebo lalokové plastice rotací tkáně (MIKULA et al., 2008), (STRYJA et al., 2011).

3.4 Podtlaková terapie

Další z metod je podtlaková terapie, která vytváří negativní podtlak v dekubitu za pomoci pěnového materiálu a hadičky pro odvod sekretu. Celý systém aktivně uzavírá ránu a odvádí z ní infekční materiál. Zmenšuje velikost a hloubku rány, proto je indikována k terapii hlubokých a infiltrovaných defektů. Jeden den podtlakové

léčby rány o velikosti 10 x 10 cm se cenově pohybuje od 500 Kč do 1200 Kč (ŠIMEK et al., 2013).

3.5 Larvoterapie

Velmi oblíbená v dnešní léčbě je také larvoterapie. Ta představuje alternativní metodu. Výhoda této metody spočívá v jednoduchém, takřka univerzálním použití. Larvy bzučivky zelené svými trávicími šťávami rozkládají mrtvou tkáň a živí se přítomnými bakteriemi. Tím stimulují spodinu rány ke granulaci. Na ráně by měla larva strávit minimálně tři dny, aby byl efekt co nejvyšší. Velikost larvy se během tří až čtyř dnů šestinásobně zvětší (STRYJA et al., 2011).

3.6 Léčba bolesti

Řešení bolesti je výrazným fenoménem, který provází nehojící se rány. Následkem bolesti dochází ke zvyšování krevního tlaku, hladin stresových hormonů, včetně kortizolu, který negativně ovlivňuje proces hojení. Bolest dělíme na akutní a chronickou, obě je nutné řešit. Hodnocení bolesti je založeno na výpovědi pacienta. Pro efektivní hodnocení bolesti je nezbytná anamnéza bolesti a následné řešení. Anamnéza bolesti je zaměřena na lokalizaci, intenzitu a časový průběh bolesti. V praxi se používají stupnice, podle kterých sám pacient určí intenzitu. Vizuální analogová stupnice (dále VAS) představuje úsečku, kde na jednom konci (bod 0) je místo „bez bolesti“ a na druhém konci (bod 10) místo s „nejsilnější bolestí“ pro pacienta (POKORNÁ et al., 2012).

Úspěšná léčba chronických ran je v navození lokálních a systémových podmínek ideálních pro hojení. Optimální prostředí na povrchu rány je charakterizováno správnou vlhkostí, teplotou a nepřítomností odumřelých zbytků tkáně, které blokují hojení. Zlatým hřebem pro hojení rány bez bolesti je tzv. vlhká terapie. Důležité je se zaměřit na snížení poranění při převazech a tlumit bolesti farmakologickou analgetizací (STRYJA et al., 2011).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S DEKUBITEM

Kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčení, ale hlavně v prevenci. Péče o pacienta musí být komplexní, je nutné zajistit všechny potřeby pacienta a zaměřit se na preventivní opatření ve všech směrech. Pro jejich uplatňování platí zásady správného polohování, hygieny, rehabilitace a výživy (MIKULA et al., 2008).

4.1 Hygienická péče

Hygienu u imobilních pacientů s dekubitem se provádí dvakrát denně nebo individuálně dle potřeb nemocného. Kůže se omývá vlažnou vodou, eventuálně s použitím emulzních přípravků, které jsou určeny pro citlivou pokožku. Horká voda se nepoužívá, protože vysušuje. Nedoporučuje se používat nadměrné množství mýdla. Kůže se suší jen mírným tlakem. Po vysušení lze pokožku natírat olejem nebo tělovým mlékem. Kůže se udržuje vláčná a pravidelně se promašťuje. Zvláštní pozornost je nutné věnovat predilekčním místům. Masáž těchto míst není vhodná. Nemocnému je třeba pravidelně převlékat ložní a osobní prádlo, které musí být řádně vypnuté. Absorpční podložky a pleny se převlékají pravidelně, anebo dle potřeby. Pleny se používají spíše minimálně, způsobují zapaření a maceraci kůže. Pacientova pokožka nesmí být ve vlhkém prostředí, aby nebyla narušena její integrita, což by následně mohlo vést ke tvorbě dekubitu nebo by mohlo narušit hojení dekubitu. Sestra musí během dne kontrolovat kůži nemocného po celém těle a všimnout si všech lézí a vzniklých změn. Sleduje proces hojení dekubitu, jeho okolí a sterilní krytí se udržuje v suchu a čistotě (TRACHTOVÁ et al., 2013).

4.2 Výživa

Strava nemocných, kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů nebo u nichž dekubit již vznikl, musí obsahovat dostatek energie a bílkovin. Strava by měla být bohatá

na vitamíny a minerální látky s antioxidačním účinkem, které pozitivně ovlivňují hojení rány. Sem patří vitamin C, E, A, zinek, které se podílejí na zajištění obranyschopnosti organismu a chrání tak ránu (dekubit) před infekcí. Prvním opatřením je kontrola konzumované stravy, hlavně bílkovin, sledování nutričního skóre a konzultace s nutričním terapeutem. Stravu je třeba rozdělit do 5-6 menších porcí denně. U nemocného, který má potíže s přijímáním běžné stravy a hrozí mu riziko nedostatečné výživy, anebo má dekubit již vytvořený, je vhodné stravu doplňovat nutričními přípravky. Tyto přípravky jsou běžně dostupné v lékárnách a podporují tkáňovou regeneraci. Mezi nejznámější patří Nutridrink, Fortimel a Cubitan. Nemocný by měl přípravek popíjet po malých doušcích, protože živiny se tak lépe vstřebávají (FORMÁNKOVÁ, 2009), (STARNOVSKÁ, 2010).

4.3 Polohování

Polohování je nejdůležitější část ošetrovatelské péče o pacienta s dekubitem. Pokud je nemocný schopen akceptovat pokyn ošetřujícího personálu, tak je vyzván k tomu, aby svoji polohu aktivně měnil po 15 minutách. Imobilní pacient se polohuje přes den nejméně po dvou hodinách, přes noc jsou intervaly polohování delší, a to tři až čtyři hodiny. Při vzniklém dekubitu je polohování po jedné hodině, vyhýbáme se straně, kde je tkáň poškozená. Polohy se mění dle polohovacího plánu, tzv. polohovacích hodin, kdy se střídají polohy napravo, vlevo, na záda a případně, pokud to pacientův zdravotní stav dovolí, může se zkusit i sed v křesle nebo na lůžku s opěrkami s bezpečným zajištěním proti pádu. Záznam o polohování se vede v dokumentaci. Při každém otáčení, upravování pacienta se musí sledovat stav kůže a možné změny kůže, které se ošetří a následně zaznamenají do polohovacího plánu a dokumentace. Každou změnu polohy je nutné zaznamenat do polohovacího plánu. Uvádí se poloha a hodina polohy. U nově vzniklého dekubitu je nutné zavést fotodokumentaci. Ta se zakládá do pacientovy karty a během léčení dekubitu se doplňuje. Fotodokumentace se provádí k porovnání defektu a zjištění fáze hojení. K fotodokumentaci musí dát pacient písemný souhlas (STRYJA, 2008).

Při polohování se využívají různé polohovací pomůcky, kterými se podkládají části těla pacienta, ať to jsou klíny, molitanové kruhy, polštáře nebo botičky. Nyní je na trhu snadno dostupná široká škála podložních válců, kruhů, klínů, kvádrů, polštářů.

Důležité je vypodložit všechny části těla, kde by mohlo vzniknout poškození a následně dekubit. Někdy stačí 6-12 hodin k vytvoření nového dekubitu. Součástí péče jsou matrace. Ty jsou často molitanové, tvarované nebo matrace se střídavě se nafukujícími a ochabujícími částmi. Lůžka se mohou ovládat mechanicky nebo elektronicky (MIKULA et al., 2008), (STRYJA, 2008).

4.4 Rehabilitace

Nedílnou a velmi důležitou součástí prevence dekubitů je rehabilitace. Ta se snaží podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. Obecně platí, že je lepší začít co nejdříve. Způsob a intenzita se však musí individualizovat, aby nevhodným postupem naopak nedošlo k poškození pacienta. Proto je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem. Dále je dobré rehabilitační cvičení zaměřené na prevenci respiračních onemocnění např. bronchopneumonie (KŘÍŽOVÁ et al., 2012).

4.5 Převaz, ošetření vzniklého dekubitu

Všeobecná sestra dle svých kompetencí, které jsou dány vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže i chronické rány. Praktické provedení se řídí platnými standardy daného zdravotnického zařízení. Výměny krytí se provádí vždy za aseptických podmínek, kde je nutno zajistit bariérový přístup. Veškeré pomůcky musí být sterilní, aby nedošlo k zanesení infekce. Pro správný proces hojení rány je důležitá nejenom šetrná výměna obvazu, ale i správná doba. Teprve za 6 hodin po převazu rány jsou vytvořeny vhodné podmínky k hojení. Frekvence výměny obvazů závisí na stavu rány a na vlastnostech použitého materiálu ke krytí rány (STRYJA, 2008), (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Před samotným převazem je nutné seznámit pacienta s výkonem a poté se pacient uvede do vhodné polohy. Důležité je sejmutí původního obvazu a krytí tak, aby nedošlo k poranění spodiny rány a jejího okolí. Ulpívající krytí je možné zvlhčit fyziologickým roztokem. K vyčištění a výplachům rány se dnes používá mnoho různých roztoků. Roztoky mají za úkol napomoci čištění rány a vyplavení zbytků nekrotické tkáně.

Po vysušení rány sterilními tampony je důležité ránu zhodnotit a zdokumentovat. Sestra musí udělat podrobný zápis o velikosti, hloubce a charakteru rány s ohledem na přítomnost nektróz, povlaků a množství exudátu. Provádí se již zmíněná fotodokumentace. Podle momentálního stavu rány sestra zvolí vhodný typ krytí vlhkého hojení a rána se překryje sterilním čtvercem a náplastí nebo transparentním krytím, které je v dnešní době velice užívané a chválené, pro možnost nahlédnutí na ránu i mimo převaz. Frekvence výměn krytí je individuální, většinou se řídí podle návodu daného produktu, k dřívějšímu převazu může vést změna barvy krytí, zápach, uvolnění obvazu nebo ušpinění (STRYJA, 2008.), (POKORNÁ et al., 2012).

4.6 Monitorace bolesti

Příčiny bolesti mohou být spojené s tkáňovým poškozením v místě dekubitu, infekcí v ráně, nevhodnou a bolestivou manipulací nebo psychikou. Pacienti bolest projevují verbálně, tedy slovy nebo neverbálně. Neverbální projevy lze posoudit podle výrazu v obličeji, častou změnou polohy, vzlyky nebo poruchami spánku. V praxi byly vytvořeny metody, podle kterých pacient zhodnotí bolest. Zajímá nás lokalizace, typ bolesti a její intenzita. Důležité je vědět, v jakých případech k bolesti dochází a kdy nebo po jakých prostředcích dochází k útlumu. U dekubitů je nejčastějším faktorem ovlivňujícím bolest nešetrný převaz (TRACHTOVÁ et al., 2013).

Při převazu se může projevit bolest, kterou je nutné řešit. Zmírnit bolest je možné premedikací chvíli před převazem, zvlhčením krycího materiálu předtím, než je odlepováno z rány nebo úlevovou polohou končetin či jiných částí těla. Ke zmírnění bolesti se doporučují používat profesionální pomůcky, v podobě měkkých silikonů a hydrogelů, které napomáhají rychlému hojení, minimalizují bolest a nezpůsobují traumata při odlepování. Bolest by měla být hodnocena a sledována se stejnou samozřejmostí jako ostatní fyziologické funkce, tedy pravidelně. Na hodnocení bolesti existuje celá řada záznamů, k měření bolesti se používají různé numerické škály. Ošetřovatelský personál se řídí standardy platnými dle svého zdravotnického zařízení (POKORNÁ et al., 2012), (STRYJA et al., 2011).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM

Ošetřovatelský proces

Je systematická a racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, reálných a potenciálních problémů, jejich řešení a následné vyhodnocení. Umožňuje tvořivý přístup sestry i pacienta při hledání a řešení jeho potřeb a problémů. Úspěch závisí na komunikaci a na vzájemném vztahu mezi sestrou a pacientem. Umožňuje komplexní pohled na nemocného, na práci s ním i s rodinou. Význam ošetřovatelského procesu je v tom, že vede k zvýšení kvality a efektivity péče v ošetřování nemocných. Skládá se z 5 kroků, které na sebe navazují v logickém pořadí (SYSEL et al., 2011), (TRACHTOVÁ et al., 2013).

1. Posuzování

Je nejdůležitější, nejvýznamnější, ale zároveň nejtěžší krok ošetřovatelského procesu. Celý ošetřovatelský proces stojí na získání subjektivních a objektivních údajů o stavu pacienta. Informace od pacientů jsou získávány z různých zdrojů. Jako např. rozhovor s pacientem, pozorování, fyzikální vyšetření, informace od rodiny a příbuzných. Jedná se především o informace o tělesných, vývojových, emocionálních, společenských, duševních, spirituálních, intelektových a kulturních aspektech, které se podílejí na zdravotním stavu a léčbě pacienta (SYSEL et al., 2011).

2. Diagnostika

V druhém kroku ošetřovatelského procesu je cílem sestry zhodnotit pacientovy aktuální i potenciační potřeby a problémy. Ze získaných informací stanovit aktuální a potenciační ošetřovatelské diagnózy. Akutní problém je ten, který obtěžuje pacienta v současnosti. Potenciační problém jedince spočívá v rizikových faktorech, díky kterým může vzniknout nemoc nebo postižení (SYSEL et al., 2011).

3. Plánování

Podstatou třetího kroku ošetrovatelského procesu je formulace cílů, stanovení výsledných kritérií a sepsání plánu ošetrovatelských intervencí, pomocí kterých zdravotnický personál dosáhne stanoveného cíle. Zahrnuje soubor činností, ve kterých sestra s pacientem spolupracuje a vytyčuje si priority, formuluje cíle, kterých chce dosáhnout. Písemný plán slouží zároveň ke koordinaci péče poskytované celým ošetrovatelským týmem (SYSEL et al., 2011).

4. Realizace

Realizace popisuje vykonání naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Záměrem toho je pacientovi pomoci dosáhnout vytyčené cíle. Znamená to tedy realizovat ošetrovatelskou péči a vytvářet záznamy o tom, kdy a jak byly vykonané a s jakým efektem (SYSEL et al., 2011).

5. Hodnocení

Odpovídá na otázky, zda a do jaké míry bylo dosažení cílů úspěšné, zda úplně, částečně nebo nebyly dosaženy vůbec. Pokud se dané cíle nepodařilo splnit, je potřeba zjistit příčinu a následně zopakovat všechny kroky ošetrovatelského procesu. V tomto bodě se hodnotí účinnost celého ošetrovatelského procesu (SYSEL et al., 2011).

POSOUZENÍ

Identifikační údaje

Tabulka 1 – Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Ing. Z. V.	Vzdělání: neuvedeno
Datum narození: 1954	Státní občanství: ČR
Věk: 60	Národnost: česká
Bydliště: XXX	Pohlaví: muž
Stav: ženatý	Zaměstnání: dispečer
Jméno příbuzné osoby: A. V., manželka	Přijal: MUDr. A. P
Bydliště příbuzné osoby: adresa společná, XXX, kontakt: 0000000	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: IHOK A	Datum a čas příjmu: 1. 3. 2014 ve 23:00 hod.

Pacient byl poučen o léčebném řádu: ano

Informovaný souhlas s léčbou: pacient podepsal a byl srozuměn

Medicínská diagnóza při příjmu: Febrilie nejasné etiologie

Vedlejší medicínské diagnózy:

Hypertenze

Diabetes mellitus II. typu na perorálních antidiabeticích (dále jen PAD)

Stav po cévní mozkové příhodě (dále CMP) v roce 2013 s následnou paraplegií dolních končetin (dále DKK)

Srdeční arytmie

Důvod příjmu udávaný pacientem: „Večer asi kolem desáté hodiny jsem měl zimnici a naměřil jsem si teplotu 38,0 °C. Manželka mi dala jeden Paralen, který ale nezabral a teplota stále neklesala, naopak se zvedla na 39,5 °C. Bolelo mě celé tělo. Také ten dekubit se v posledních dnech zvětšil, a tak jsme zavolali sanitku.“

Vitální funkce při příjmu

Tabulka 2 – Vitální funkce při příjmu

P: 90/min., pravidelný	Hmotnost: 88 kg	Stav vědomí: orientovaný, při vědomí
TK: 135/80 torr	Váha: 178 cm	Krevní skupina: 0 Rh. pozit.
TT: 38,5 °C při příjmu	BMI: 27,8	Pohyblivost: omezená z důvodu paraplegii dolních končetin, stav po CMP
D: 14/min.		

Pacient souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Prohlašuje, že byl dostatečně a pro něj srozumitelným způsobem poučen o povaze jeho zdravotního stavu, navrhovaném způsobu vyšetření či lékařských postupů, jako i o výsledku a možných komplikací spojených s nimi.

Pacient svým podpisem stvrdil, že byl seznámen s důvodem hospitalizace a že s ní souhlasí. Současně prohlašuje, že byl seznámen s organizačně provozními podmínkami hospitalizace stanovenými domácím řádem a ostatními předpisy nemocnice a zavazuje se je dodržovat.

Pacient podepsal souhlas se zveřejňováním a pořizováním obrazové dokumentace své osoby na Interní hematologické a onkologické klinice ve FN Brno.

Bere na vědomí zákaz kouření!

Zdroj informací: lékař, ošetřující personál, dokumentace, pacient

Nynější onemocnění

Pan Ing. Z. V. byl přijat 1. 3. 2014 ve 23:00 hod. jako sektorový pacient na Interní hematologickou a onkologickou kliniku pro febrilie nejasné etiologie. Pacient byl přivezen záchrannou zdravotnickou službou přivolanou na jeho žádost. Plně orientovaný, při vědomí, spolupracuje, bez dušnosti, kašel mírný s občasnou expektorací. Bledý, bez cyanózy, paraplegický. Při příjmu sakrální dekubitus III. stupně již vytvořený z domova.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Rodiče již nežijí. Matka zemřela v 65 letech na onemocnění srdce, přesně neví jaké, otec zemřel na rakovinu ledvin v 69 letech. Má dva syny. Oba dva jsou zdraví a s ničím se neléčí. Sourozence a jiné příbuzné nemá.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: v dětství prodělal běžné dětské nemoci, překonal neštovice a zarděnky. Mezi chronické onemocnění patří diabetes mellitus, hypertenze, arytmie a paraplegie dolních končetin.

Hospitalizace a operace: diabetes mellitus II. typu na PAD od roku 2003, pravidelné kontroly na diabetologii, CMP v roce 2013, následkem došlo k imobilitě dolních končetin, několikanásobné hospitalizace v nemocnici v průběhu života, z důvodu hypertenze, slabosti

Úrazy: ve 12 letech měl našťípnutou patu, ale dnes bez trvalých následků

Transfúze: už si nepamatuje, ale myslí, že někdy dostával a byly bez potíží a bez nějaké reakce

Očkování: má aplikované povinné očkování, plus očkování na klíšťovou encefalitidu

Léková anamnéza

Tabulka 3 – Léková anamnéza

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Skupina</i>
Lexaurin	tableta	1,5 mg	0-0-0-1 (noc)	Anxiolitikum
Apo-ome	tableta	20 mg	1-0-0	Antiulcerózum
Siofor	tableta	500 mg	1-0-0	Perorální antidiabetikum
Fraxiparine	injekční roztok	0,6ml	0-0-1	Antikoagulans
Apo-perindo	tableta	4 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Purinol	tableta	300 mg	0-1-0	Antiuratum

Alergologická anamnéza: alergii na potraviny, léky ani jiné látky pacient neudává

Abúzy: alkohol jen příležitostně, kouřit cigarety přestal před 15 lety, černá káva 1x denně bez cukru, drogy neguje, závislost na léky také neudává

Urologická anamnéza: žádné urologické potíže neudává, je inkontinentní, v domácí péči močil do plen, při přijetí na oddělení zaveden permanentní močový katétr (dále PMK), odvádí moč bez potíží a bez příměsí, vyšetření prostaty u praktického lékaře v listopadu 2013

Sociální anamnéza: pacient je ženatý, žije s manželkou v rodinném domě, je zde přítomno rodinné zázemí, o pacienta pečuje hlavně manželka, synové pravidelně docházejí a vypomáhají s péčí, když je potřeba, vztahy v rodině jsou dobré, záliby nyní nemá žádné, je upoután na lůžko, rád se dívá na televizi a luští křížovky, společnost mu dělá manželka

Pracovní anamnéza: po vysoké škole pracoval jako dispečer, v práci si myslí, že byl oblíben, práce ho bavila a naplňovala, poslední rok je v invalidním důchodu a odkázán na péči druhé osoby, stále si nemůže zvyknout na pocit bezmocnosti

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 2. 3. 2014 v 9.00 hod.

Tabulka 4 – Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu – Fyzikální assessment		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí. Ale z klimatizace na tomto pokoji mě začalo škrabat v krku.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez známek traumatu. Spojivky bledé, bez známek zánětu, brýle nepoužívá, oči jsou ve středním postavení, pohyblivé, zornice jsou izokorické, reagují na obě kvality. Nos bez deformace a výtoku, fyziologický, uši fyziologické, také bez výtoku

		<p>a deformace, slyší dobře, naslouchátko nepotřebuje. V obličeji viditelná bledost kůže. Chrup – používá zubní protézy. Jazyk bez povlaku a poranění, mírně dehydratován, plazí ve střední rovině. Zápach s úst nepřítomný. Krční mandle začervenalé a zduřelé.</p> <p>Krk souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny mírně hmatné, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil v normě.</p>
Hrudník a dýchací systém	„Když jsem na levém boku, tak se mi hůře dýchá.“	<p>Hrudník symetrický bez deformace, bez kožních nemocí a projevů, při poklepu nebolestivý, poslech vleže pro imobilitu, bez vedlejších fenoménů. Počet dechů 18/min., pravidelné.</p>
Srdcově-cévní systém	„Žádné potíže nepocítuji.“	<p>Srdeční akce pravidelná, ozvy bez šelestů. Frekvence 90/min. TK 140/85 torrů. Pacient na antihypertenzní medikaci. Pulsace na horních končetinách hmatná, jsou bez otoků a bez patologického nálezu, dolní končetiny bez otoků, bez varixů, špatně hmatatelná pulsace, pro paraplegii končetin, viditelná atrofie svalstva na dolních končetinách a snížené prokrvení, projevující se na pohmat chladnou pokožkou DKK. Centrální kanyla zavedená 2. 3. 2014 do v. subclavia l. dx. kvůli nekvalitnímu perifernímu žilnímu přístupu.</p>
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, žádné	Břicho na pohmat měkké, palpační

	<p>zažívací potíže nemám, stolice odchází pravidelně bez potíží, ale také samovolně, necítím nucení na stolicí.“</p>	<p>citlivost nehodnotitelná pro paraplegii, bez hmatné rezistence, poklep bubínkový, nevolnosti a zvracení neguje, peristaltika fyziologická, stolice pravidelná, poslední dnes ráno, bez příměsi. Flatus = normální odchod plynů. Játra, slezina a pankreas nezvětšené. Úbytek hmotnosti za poslední měsíc 2 kg.</p>
<p>Močově-pohlavní systém</p>	<p>„Odchod moči také necítím, proto mám PMK, ale žádné bolesti ani pálení nemám.“</p>	<p>Genitál mužský, zavedení permanentního močového katétru z důvodu inkontinence a pro přesnější sledování diurézy. Moč je žlutá, bez příměsi, nezapáchá. Biochemické a mikrobiologické vyšetření moči negativní.</p>
<p>Kostrově-svalový systém</p>	<p>„Kosti a svaly mě teď zrovna bolí, když mám ty vysoké teploty, ale žádné jiné potíže nemám. Od pasu dolů nevím, tam nic necítím.“</p>	<p>Poloha pasivní. Hrubá i jemná motorika zachována pouze na horních končetinách. Dolní končetiny při pohmatu necitlivé. Pohyblivost je omezená, spíše imobilita. Páteř bez patologického nálezu, klouby bez patologie, bez otoků, bolestivost kloubů přítomna při febris. Kosterní aparát bez deformit.</p>
<p>Nervově-smyslový systém</p>	<p>„Brýle používám jen občas na čtení, slyším dobře. Jiné potíže nemám.“</p>	<p>Při vědomí. Orientovaný místem, časem, prostředím a osobou. Tremor a tiky nepřítomny, čich a chuť bez patologických projevů. Je dalekozraký, při potřebě používá brýle. Staropaměť a novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy výbavné. Bez meningeálního dráždění.</p>

Endokrinní systém	„Vím, že mám cukrovku, ale beru jen tabletky, inzulin ne. Se štítnou žlázou jsem se nikdy neléčil.“	Diabetes mellitus II. typu na PAD. Glykemický profil kompenzovaný. Bez zevních projevů endokrinních poruch.
Imunologický systém	„Ty teploty mě trápí, ale ani lékaři neví, z čeho to mám.“	Lymfatické uzliny mírně zvětšené, krční mandle začervenalé a zduřelé. Viditelné zachycení infektu i na CRP, prokázaná leukocytóza z periferní krve. TT: 37,5–38,5 °C. Nasazený ATB. Alergie neguje.
Kůže a její adnexa	„Mám dekubit na zadku, který mě ale nebolí, necítím ho.“	Kůže bledá, v okolí rtů opocená, turgor snížený, mírné otoky a chladnější dolní končetiny na pohmat. Dekubitus III. stupně v sakrální oblasti z domova. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví. Vlasy čisté, krátké, kůže na hlavě bez defektů. Nehty čisté, upravené.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 5 – Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Snažím se dodržovat dietu. Jím pravidelně, několikrát denně, stará se o mě moje žena.“	Nelze posoudit, ale z rozhovoru s manželkou usuzuji, že doma bylo stravování bez problémů. Dodržoval diabetickou dietu.

	V nemocnici	„Tady sním vše, co mě dají, chutná mi to. Nevlnosti ani pocit na zvracení nemám.“	Dodržuje diabetickou dietu, nechutenství neudává, zvracení neguje, glykemický profil v normě. BMI: 27,8, což je nadváha.
Příjem tekutin	Doma	„Vypiji asi 1,5–2l. Nejčastěji piji hořký čaj nebo obyčejnou vodu.“	Opět manželka potvrzuje, že i doma měl pacient dostatek tekutin, ale nemůžu sama posoudit.
	V nemocnici	„U stolku mám celý den pití a zapisuji si, kolik jsem vypil. Sestřičky na to dohlíží.“	Pitný režim je zajištěn, sleduje se příjem tekutin za 24 hodin. Pacient je bez projevů dehydratace. Pocit žízně neudává. Tekutiny dle potřeby doplněny infuzní terapií, např. při febrilii.
Vylučování moče	Doma	„Doma jsem močil do plen, to bylo velice nepříjemné, manželka mě musela často převlékat.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí.
	V nemocnici	„V nemocnici mi zavedli močový katétr. Takže teď ani nevím, že močím.“	Zavedený permanentní močový katétr z důvodu inkontinence moče a také k přesnějšímu měření diurézy. Katétr je průchodný, vede fyziologickou moč bez příměsí. Výdej moči odpovídá příjmu tekutin.

Vylučování stolice	Doma	„Na stolicí jsem doma chodil tak 1krát až 2krát denně.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí.
	V nemocnici	„Nic se nezměnilo“	Stolice je pravidelná, formovaná, bez příměsí, poslední defekace dnes ráno. Bez potřeby Laxativ. Pacient trpí inkontinencí stolice.
Spánek a bdění	Doma	„Problémy s usínáním a spaním doma nemám.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí.
	V nemocnici	„Spím dobře, žádné prášky nepotřebuji.“	Problémy v cizím prostředí se spánkem nemá, usne tak do 1hod. Spí přerušovaně, z důvodu častého polohování a léčebným procesům. Poloha na zádech je vyloučena kvůli defektu na sacru.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma jen ležím, někdy koukám na televizi, jindy luštím křížovky, to mě baví.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí.
	V nemocnici	„Přes den se pořád něco děje, chodí za mnou rehabilitační sestřička, se kterou cvičím.“	Pacient je imobilní, 2krát denně probíhá rehabilitace s fyzioterapeutem, dále polohování á 2 hodiny.

			Během dne se zaměstná sám čtením, luštěním a sledováním televizních pořadů. Každý den jej přichází navštívit někdo z rodiny.
Hygiena	Doma	„Potřebuji pomoc skoro ve všem. Manželka i syn mě doma umývali.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí. Podle rodiny to bylo ale náročné.
	V nemocnici	„Každý den mě koupou v koupacím lůžku a celkově se o mě starají.“	Celkovou hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál. Celková koupel na koupacím lůžku, oholení tváře, ostříhání nehtů, péče o dutinu ústní, včetně zajištění čistého osobního i ložního prádla.
Samostatnost	Doma	„Nejsem schopen se o sebe sám postarat.“	Nemohu posoudit, nebyla jsem u pacienta v domácím prostředí.
	V nemocnici	„Tady mám kolem sebe zdravotnický personál, když něco potřebuji, tak přivolám signalizací sestru.“	Nesoběstačný v rámci základních potřeb, nutná dopomoc ve všech oblastech. Podle Barthelova testu základních všedních činností je pacient na stupni vysoké závislosti.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Tabulka 6 – Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem při vědomí.“	Při vědomí, lucidní.
Orientace		„Jsem orientován.“	Orientován místem, časem, prostorem a osobou.
Nálada		„Když mě zrovna něco nebolí a nemám teplotu, tak se cítím docela v pohodě.“	Obava z dlouhé hospitalizace a nevědomosti příčiny současného, nepříznivého zdravotního stavu.
Paměť	Staropaměť	„Zatím si vše pamatuji.“	Staropaměť je výbavná bez problémů.
	Novopaměť	„Zatím si vše pamatuji.“	Novopaměť výbavná bez potíží.
Myšlení		„Ještě mi to myslí.“	Myšlení je logické, bez poruch. Plynule odpovídá na pokládané otázky bez problémů a zaváhání.
Temperament		„Jsem asi cholerik.“	Je cholerik.
Sebehodnocení		„Jsem nešťastný, že se nedokážu o sebe sám postarat.“	Cítí se v jeho aktuálním stavu nepotřebný a neschopný o sebe postarat.
Vnímání zdraví		„Zdraví je v životě nejdůležitější.“	Pacient vnímá zdraví, jako důležité a snaží se tak i chovat.
Vnímání zdravotního stavu		„Chtěl bych být ještě aktivní a soběstačný.“	Vnímá svůj zdravotní stav negativně.
Reakce na onemocnění a prožívání nemoci		„Bylo to nečekané, já jsem před tím normálně pracoval. Nejvíce mi vadí ten dekubit“	Pacient má problém adaptovat se s onemocněním, kvůli fyzickému vzhledu

	na zadku a to, že nemůžu chodit.“	(vytvořený dekubit).
Reakce na hospitalizaci	„Jsou tady moc hodný sestřičky a lékaři také, snad mi tady pomůžou.“	Pacient je v nemocničním prostředí klidný, vyrovnaný, přizpůsobený.
Adaptace na onemocnění	„Jak jsem říkal, nemůžu se smířit s tím, že nemůžu chodit a jsem ostatním na obtíž.“	Onemocnění vnímá negativně, není schopen se smířit s jeho postižením.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Strach úplně nemám, věřím, že se mi to zahojí a pomůžou mi tady.“	I přes vše věří, že se uzdraví. Bez projevu nejistoty a úzkosti.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Neměl jsem nikdy nikde problémy, vždy se ke mně chovali hezky.“	Nemá žádné negativní zkušenosti, ani vzpomínky na předcházející hospitalizace.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Tabulka 7 – Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Myslím si, že jsem docela komunikativní“.	Pacient využívá verbální komunikaci. Je komunikativní, mluví plynule. Bez potíží navazuje kontakty mezi personálem, ale i s dalšími pacienty.
	Neverbální	„To nedokážu posoudit.“	Používá i neverbální komunikaci, aniž by on

			sám věděl. Nejčastěji je projevována při teplotě a bolesti.
Informovanost	O nemoci	„Jsem tu pro ty teploty a nehojící se dekubit.“	Má dostatek informací o svém zdravotním stavu.
	O diag. metodách	„Jsem dostatečně informován o vyšetřeních.“	Je dostatečně informován o všech výkonem a vyšetřeních. Se všemi úkony souhlasí.
	O léčbě a dietě	„Ošetřující lékař mi vysvětlil postup mojí léčby.“	Dostatečně poučen o léčebném postupu, o nutnosti podávání ATB léčby a dodržování diabetické diety.
	O délce hospital.	„Vím, že tu budu tak dlouho, dokud mi nezmizí ty teploty a nezhojí se mi ten zadek.“	Má dostatek informací o délce hospitalizace od ošetřujícího lékaře.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem muž, je mi 60 let.“	Primární role je bez patologií.
	Sekundární (související s rodinou a	„Jsem manžel, otec, invalidní důchodce.“	Sekundární role při hospitalizaci nejsou naplněny. Hospitalizace

hospitalizace	společenský mi funkcemi)		neovlivňuje ekonomickou situaci pacienta.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Doma jsem poslední rok ležel, tak jsem si četl, luštil křížovky, sledoval televizi a mám tablet.“	Chápe svoji situaci a snaží se adaptovat. Terciální role se s hospitalizací nezměnila.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 2. 3. 2014

Anamnestické údaje: (viz Anamnéza)

Fyzikální vyšetření: vyšetření poklepem, poslechem, pohmatem a pohledem, vyšetření fyziologických funkcí pacienta

Laboratorní vyšetření:

Krev: hematologické a biochemické vyšetření

Moč: biochemické vyšetření - moč a sediment, mikrobiologické - moč na kultivaci

Jiné: stěr z dutiny ústní a stěr z rány (dekubitu) na bakteriologické vyšetření

Přístrojové vyšetřovací metody:

RTG srdce a plíce

Výsledky vyšetření:

Krev: biochemické vyšetření: Urea 3,7 mmol/l, Kreat. 46 umol/l, Na ↓ 134 mmol/l, K ↓ 3,4 mmol/l, Cl 100 mmol/l, Ca 2,08 mmol/l, Mg ↓ 0,6 mmol/l, Albumin ↓ 28,7 mmol/l, Glukóza ↑ 6,6 mmol/l, CRP ↑ 43,9 mmol/l.

Krev: hematologické vyšetření: Leukocyty ↑ 12,8 10⁹/l, Erytrocyty ↓ 3,8 10¹²/l, Hemoglobin ↓ 102,8 g/l, Trombocyty 145 10⁹/l, Neutrofilly ↑ 9,0 10⁹/l.

Moč: biochemické vyšetření: negativní, močová infekce neprokázána

Moč: mikrobiologické vyšetření: kultivace na kvasinky negativní, na plísňově negativní

Jiné: stěr z dutiny ústní: běžná flóra horních cest dýchacích

stěr z rány: pozitivní nález – **Pseudomonas aeruginosa**

RTG srdce a plíce: plicní křídla rozvinutá, bez zřejmého pneumotoraxu, jinak plicní parenchym bez ložiskových či infiltračních změn, bránice klenuté, bez akutního městnání v malém oběhu, zaveden centrální žilní katétr zprava cestou v. subclavia dx. bez potíží

Konzervativní léčba:

Dieta: 9 - diabetická (na oddělení možno vybrat i výběrovou dietu, dle přání pacienta)

Výživa: per os - perorální

Pohybový režim: D – klid na lůžku

Vyprazdňování: inkontinence moči i stolice, zajištěny pleny a močový katétr

Vstupy:

Permanentní močový katétr - zaveden 1. den hospitalizace 1. 3. 2014. Je průchodný, vede fyziologickou moč, bez známek infekce.

Centrální venózní kanyla (dále CVK) - zavedena 2. den hospitalizace 2. 3. 2014 do v. subclavia dx. kvůli nedostatečnému perifernímu žilnímu přístupu. CVK je průchodná, dvojcestná.

Rehabilitace zajištěna, dochází fyzioterapeut 2krát denně, přes víkend 1krát denně. Prováděna pasivní rehabilitace pacienta v lůžku, snaha o zlepšení pohyblivosti horních končetin, zamezení kontraktur a ztuhlosti končetin.

Medikamentózní léčba:

Per os:

Lexaurin 1,5 mg	0-0-0-1 (na noc)	Anxiolitikum
Apo-ome 20 mg	1-0-0	Antiulcerózum
Siofor 500 mg	1-0-0	Perorální antidiabetikum
Apo-perindo 4 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Ambrobene 7,5mg	5-5-5	Mukolitikum
Purinol 300 mg	0-1-0	Antiuratum
Tantum Verde	4x denně	Kloktadlo a roztok pro ústní výplachy
Cubitan 200ml	2x denně	Sipping (tekutá výživa s vysokým obsahem bílkovin)

Intra venózní:

Antibiotikum:

FR 1/1 100 ml + Meronem 1g, inj. roztok, (á 8 hod.) 6:00 – 14:00 – 22:00 hod

FR1/1 100 ml + Amikin 1g, inj. roztok, (á 24 hod.) – 13:00 hod

Analgetikum, Antipyretikum:

FR 1/1 100 ml + Novalgin 2 ml, inj. roztok, dle ord. lék., při bolestech, teplotě

FR 1/1 100 ml + Veral ½ amp., inj.roztok, dle ord. lék., při bolestech, teplotě

Infuzní roztoky k úpravě vnitřního prostředí:

FR 1/1 500 ml + 30 ml KCL 7,45 % dle ord. lék., podle laboratorních výsledků

FR 1/1 500 ml + 10 ml MgSO₄ 20 %, dle ord. lék., podle laboratorních výsledků

Sub cutánní:

Fraxiparine inj. roztok 0,6 ml v 18:00 hod. **Antikoagulancium**

Chirurgická léčba: 0

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové na Interní hematologické a onkologické klinice

Pacient Ing. Z. V. ze dne 2. 3. 2014

Schopnost spolupráce	malá	2
Věk	< 60	4
Stav kůže	vlhká	2
Jiné nemoci	více než 2	1
Celkový stav	špatný	2
Vědomí	jasné	4
Denní aktivity	velmi závislý	2
Pohyblivost	velmi omezená	2
Inkontinence	moči i stolice	1
Celkem	riziko	20

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně. Nemocný je v středním riziko pro vznik dekubitů. Modifikovaná škála dle Nortonové se po dobu hospitalizace u pacienta nemění. Celkový počet byl 20 bodů.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

60letý muž byl přijat 1. 3. 2014 ve 23:00 hod. jako sektorový pacient na Interní hematologickou a onkologickou kliniku pro febrilie nejasné etiologie. Pacient byl přivezen záchrannou zdravotnickou službou přivolanou na jeho žádost. Při přijetí plně orientovaný místem, časem a osobou, spolupracuje, při vědomí. TK 135/80 torr, léčí se s hypertenzí, medikaci užívá. Prokázán diabetes mellitus II. typu na PAD od roku 2003, na pravidelné kontroly na diabetologii dochází, medikaci užívá a diabetickou dietu dodržuje. Bez dušností, kašel mírný s občasnou expektorací trvající poslední dva dny. Na pohled bledý, ale bez cyanózy.

Na výrazné bolesti si nestěžuje, udává pouze bolesti zad a kloubů při teplotě. Při příjmu naměřena teplota 38,5 °C, doma i po podané medikaci teplota neklesla pod 38,0 °C, naopak se zvedla. Pacient je po Cévní mozkové příhodě před rokem, následkem zůstalo poškození dolních končetin, přesněji paraplegie dolních končetin. Muž je od pasu dolů imobilní, nesoběstačný, ve všech činnostech potřebuje pomoc druhé osoby. Má inkontinenci moči i stolice, v domácím prostředí řešeno plenami. Rodina poukazuje na sakrální dekubit již vytvořen z domova. I přes jejich péči a polohování se podařilo, nejspíš i důsledkem teplot v posledních třech týdnech vytvořit dekubit III. stupně v sakrální části o velikosti 6 × 4 cm a hloubce 2 cm. Dekubitus je na povrchu povleklý se žlutou sekrecí, zapáchá. Rodina poukazuje na nekvalitní matraci v domácím prostředí.

Muži byly provedeny základní laboratorní vyšetření, zavedena intravenózní kanyla a naordinována antibiotická terapie intravenózní cestou, pro podezření z infekce, která se následně potvrdila. Ze stěru z rány se také potvrdila místní infekce. Pacient byl uložen na pokoj v blízkosti pracovny sester.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit ze dne 2. 3. 2014

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- ***Hypertermie*** z důvodu zánětlivého ložiska v těle, projevující se teplotou nad 38,5 °C, pocením a schváceností - priorita střední.
- ***Porušená tkáňová integrita*** z důvodu nedostatečného prokrvení v sakrální oblasti, imobility, tlaku, působení moče a stolice, projevující se vytvořeným defektem o velikosti 6 × 4 cm a hloubky 2 cm na sacru - priorita střední.
- ***Akutní bolest zad a kloubů*** z důvodu infekce a hypertermie, projevující se verbálním projevem, mimikou nemocného a hodnoceno stupněm bolesti č. 3 na analogové škále bolesti - priorita střední.
- ***Zhoršená tělesná pohyblivost*** z důvodu imobility dolních končetin, snížení svalové síly na horních končetinách, projevující se omezeným rozsahem pohybu - priorita střední.
- ***Zhoršené periferní prokrvení*** z důvodu paraplegie dolních končetin, projevující se vymizením pulzace na obou dolních končetinách - priorita střední.
- ***Inkontinence moči*** z důvodu paraplegie dolních končetin, projevující se samovolným odchodem moče - priorita střední.
- ***Inkontinence stolice*** z důvodu paraplegie dolních končetin, projevující se samovolným odchodem stolice - priorita střední.
- ***Deficit sebeděže při oblékání*** z důvodu imobility dolních končetin, projevující se sníženým stupněm sebeděže v oblasti oblékání - priorita střední.
- ***Deficit sebeděže při stravování*** z důvodu imobility dolních končetin, projevující se sníženým stupněm sebeděže v oblasti stravování - priorita střední.
- ***Deficit sebeděže při hygieně*** z důvodu imobility dolních končetin, projevující se sníženým stupněm sebeděže v oblasti hygieny - priorita střední.
- ***Deficit sebeděže při vyprazdňování*** z důvodu imobility dolních končetin, projevující se sníženým stupněm sebeděže v oblasti vyprazdňování - priorita střední.
- ***Sociální izolace*** z důvodu zhoršeného zdravotního stavu po CMP s následnou paraplegií dolních končetin, projevující se verbálním projevem - priorita nízká.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

- ***Riziko vzniku infekce*** v souvislosti se zavedením centrální venózní kanyly - priorita nízká.
- ***Riziko imobilizačního syndromu*** vzhledem k léčebnému režimu - priorita nízká.
- ***Riziko vzniku infekce močových cest*** vzhledem k zavedenému permanentnímu močovému katétru - priorita střední.
- ***Riziko vzniku tromboembolické nemoci*** vzhledem k paraplegii DKK – priorita střední.
- ***Riziko vzniku zácpy*** z důvodu imobility - priorita střední.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

1. *Hypertermie* z důvodu zánětlivého ložiska v těle, projevující se teplotou nad 38,5 °C, pocením a schváceností.

Cíl: dojde k navrácení fyziologické teploty (< 37 °C) nebo ke snížení teploty o jeden stupeň do 1 hod., bude bez známek infekce do 10 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

1. Pacient má fyziologickou teplotu a fyziologické funkce v normě do 30 min.
2. Pacient je správně hydratován a nemá pocit žízně ani slabosti do 30 min.
3. Pacient při zjištění zvýšené teploty sám informuje sestru do 10 min.
4. Pacient je v suchém prostředí a krytí na sacru je beze změny do 15 min.
5. Pacient bude bez známek infekce, hodnota CRP se snižuje do 10 dnů.

Ošetrovatelské intervence od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

- Pouč pacienta o nutnosti a důležitosti měření tělesné teploty a o hlášení sestře na službě - sestra.
- Monitoruj tělesnou teplotu, sleduj vitální funkce a stav vědomí - sestra, zdravotnický asistent.
- Podávej dostatek tekutin a sleduj příjem a výdej - sestra, zdravotnický asistent.
- Snižuj pacientovy teplotu zábaly a ledy - sestra, zdravotnický asistent.
- Podávej antipyretika a antibiotika dle ordinace lékaře - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti odběr hemokultury z CVK na mikrobiologické vyšetření dle ordinace lékaře - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti suché, čisté a pevně vypnuté ložní i osobní prádlo - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace a případné změny hlas lékaři - sestra, zdravotnický asistent.

Realizace od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

2. 3. 2014 v 10.00 hod. měřena pacientovi tělesná teplota, naměřeno 38,5 °C, na pacientovi viditelná zimnice a schvácenost. TK 130/80 torr, P 95/min., pravidelný. Službu vykonávající sestra informuje lékaře o hypertermii.

2. 3. 2014 v 10.10 hod. dle ordinace lékaře odebrána hemokultura z CVK na mikrobiologické vyšetření.

2. 3. 2014 v 10.15 hod. aplikace antipyretik intravenózně. FR 1/1 100 ml + Novalgin 2 ml i. v.

2. 3. 2014 v 10.40 hod. opět změřena teplota, naměřeno 37,4 °C, lékař informován o snížení teploty. TK 130/90 torr, P 87/min., pravidelný, pacient již bez zimnice a cítí se lépe.

2. 3. 2014 v 10.50 hod. výměna ložního i osobního prádlo pro propocení.

3. 3. 2014 v 6.00 nasazena léčba antibiotiky pro pozitivní hemokulturu z CVK:

FR 1/1 100 ml + Maxipime 2g, inj. roztok, (á 8 hod.) 6:00 – 14:00 – 22:00 hod.

FR1/1 100 ml + Amikin 1g, inj. roztok, (á 24 hod.) – 13:00 hod.

2. 3. – 6. 3. 2014 Po celou dobu sledována pravidelně tělesná teplota a celkový stav pacienta, popřípadě řešeno s lékařem, sledován příjem a výdej tekutin a nabízeno pacientovi dostatečné množství tekutin, podávány antibiotika dle ordinace lékaře a vše zaznamenáváno do dokumentace. Při zjištění teploty aplikace antipyretik dle ordinace lékaře.

6. 3. 2014 v 8.00 z ranních odběrů zjištěn pokles hladiny CRP na 20 mmol/l.

Hodnocení po 6 hodinách:

Došlo ke snížení tělesné teploty o jeden stupeň za 30 min. po podání antipyretik. Fyziologické funkce i stav vědomí byl po celou dobu v normálních hodnotách. Pacient se již cítí lépe než před léčbou. Je dostatečně hydratován a celkově zvládá léčbu hypertermie.

Cíl byl splněn částečně, v upraveném plánu intervencí je třeba dále pokračovat.

Hodnocení po 5 dnech:

Pacient již bez známek hypertermie. Hladina CRP klesá, ale léčba antibiotiky nadále pokračuje. Cíl byl splněn.

2. **Porušená tkáňová integrita** z důvodu nedostatečného prokrvení v sakrální oblasti, imobility, tlaku, působení moče a stolice, projevující se vytvořeným defektem o velikosti 6 × 4 cm a hloubky 2 cm na sacru - priorita střední.

Cíl: dekubit se bude hojit per primam, nedojde ke zhoršení stavu, naopak dojde ke zmenšení defektu do konce hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

1. Dekubit se hojí per primam po celou dobu hospitalizace.
2. Dekubit bude bez známek infekce do 14 dnů.
3. Dekubit na sacru se zmenšuje o 0,5 cm za týden a na těle se nevytvoří nový do konce hospitalizace.
4. Pacient zná a chápe rizikové faktory (vlhkost, inkontinence, imobilita) vzniku dekubitů do 2 dnů.
5. Pacient chápe důležitost polohování a využívání polohovacích pomůcek a polohovací matrace do 2 dnů.
6. Pacient chápe vyhýbání se poloze na zádech do 1 dne.

Ošetrovatelské intervence od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

- Založ plán péče o dekubity a fotodokumentaci nemocného - sestra, zdravotnický asistent.
- Kontroluj pravidelně kůži a sliznice, věnuj zvýšenou pozornost kostním výčnělkům (predilekčním místům) - sestra, zdravotnický asistent.
- Zapisuj všechny zjištěné výsledky do dokumentace a o změnách informuj lékaře - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Minimalizuj rizikové faktory (tlak, vlhkost) - sestra, ošetrovatelka, zdravotnický asistent.
- Polohuj nemocného á 2 hodiny podle polohovacích hodin, s výjimkou polohy na zádech (již vzniklý dekubit) - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Používej při polohování antidekubitní pomůcky (pěnové klíny, botičky) a ulož pacienta na antidekubitní matraci - sestra, zdravotnický asistent.

- Minimalizuj poranění kůže při polohování a přesunu pacienta - sestra, zdravotnický asistent, fyzioterapeut.
- Asepticky ošetřuj a převazuj vzniklý dekubit. Zajisti, aby krytí na ráně vydrželo daný čas - sestra, zdravotnický asistent.
- Zvol vhodné krytí a vhodný materiál vlhkého hojení ran - sestra, zdravotnický asistent.
- Dekubit dostatečně očisti a dle ordinace lékaře odeber stěr z rány na bakteriologické vyšetření - sestra, zdravotnický asistent.
- Podávej dle ordinace lékaře antibiotika intravenózně na pokrytí infekce v ráně - sestra, zdravotnický asistent.

Realizace od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

2. 3. 2014 v 7.00 hod. provedena hygiena pacienta: celková koupel, mytí vlasů, osušení kůže a převléknutí osobního i ložního prádla.

2. 3. 2014 v 8.00 hod. aplikovány obložky s Prontosanem na dekubit na sacru k důkladnému očištění rány, ponechány 20 min.

2. 3. 2014 v 8.20 hod. založen plán péče o dekubity a fotodokumentace pacienta. Přivolán lékař k lůžku k posouzení dekubitu, zaznamenána do dokumentace velikost a hloubka defektu (6 x 4 cm na délku a 2 cm do hloubky). Dle ordinace lékaře proveden stěr z dekubitu na bakteriologické vyšetření.

2. 3. 2014 v 8.30 hod. proveden samotný převaz dekubitu, očištění zbytků nečistot, aplikace Askina gelu do rány, Flamigel na povleklá místa, Atrauman Ag a krytí Tegaderm. Což je transparentní (průhledné) krytí. Ponecháno po dobu 3 až 4 dnů.

4. 3. 2014 v 8.00 ze stěru z rány potvrzena infekce *Pseudomonasa aeruginosa*.

Dle ordinace lékaře podávány antibiotika na pokrytí infekce v ráně, zjištěné ze stěru z dekubitu. Vše zaznamenáno do dokumentace. Ponechán Maxipime 2g, inj. roztok a Amikin 1g, inj. roztok.

2. 3. – 6. 3 2014 Po celou službu polohování pacienta po dvou hodinách dle polohovacího plánu na boky, s výjimkou polohy na zádech pro již vytvořený dekubit. Podkládání predilekčních míst a míst, které jsou náchylné k vytvoření dekubitu polohovacími pomůckami a při každém polohování kontrolována kůže, zda nevzniklo další poškození. Promazávání kůže Menalindem.

Při každé manipulaci s pacientem zajištěna opatrnost v oblasti dekubitu, aby nedošlo k strhnutí nebo odlepení krytí. Zajištěna hygienická péče a při potřebě převaz rány.

Hodnocení po 6 hodinách:

Pacient chápe důležitost pravidelného polohování a používání molitanových a gelových polohovacích pomůcek. Snaží se dodržovat intenzitu poloh dle polohovacího plánu. Zná rizikové faktory, které vedou k tvorbě dalších dekubitů (vlhkost, tlak, nedostatečná výživa) a dodržuje vyhýbání se polohy na zádech.

Hodnocení po 5 dnech:

U této diagnózy byl cíl splněn. Dekubit se při hospitalizaci hojil per primam a došlo ke zmenšení defektu o 0,5 cm na délku a 1 cm do hloubky, velikost defektu byla 5,5 cm x 4 cm, na 1 cm do hloubky. Pomocí antibiotik a správného krytí rány se také podařilo vyčistit dekubit od infekce (*Pseudomonasa aeruginosa*). Při hospitalizaci nevznikl žádný nový dekubit.

Cíl byl splněn, ale i tak je třeba v upraveném plánu intervencí dále pokračovat, aby nedošlo k navrácení.

- 3. *Akutní bolest zad a kloubů*** z důvodu infekce a hypertermie, projevující se verbálním projevem, mimikou nemocného a hodnoceno stupněm bolesti č. 3 na analogové škále bolesti.

Cíl: zmírnit nebo odstranit projevy bolesti do 30 min.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

1. Pacient rozumí a umí použít škálování bolesti na stupnici VAS do 20 minut.
2. Pacient udává snížení bolesti minimálně o 2 stupně po podání analgetik intravenózně do 30 min.
3. Pacient umí využít úlevovou polohu ke zmírnění bolesti do 1hod.
4. Pacient vyjadřuje pocit úlevy po podání analgetik mimikou i slovně do 1 hod.
5. Pacientovy fyziologické funkce jsou v normě po ustoupení bolesti do 45 min.

Ošetrovatelské intervence od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

- Pouč pacienta o existenci a funkčnosti analogové škály bolesti a nauč ho popsat jeho bolest - sestra, zdravotnický asistent.
- Sleduj charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti - sestra, zdravotnický asistent.
- Sleduj verbální i neverbální projevy pacienta na bolest - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Zajisti a ukaž pacientovi úlevovou polohu, při které bude bolest snesitelnější - sestra, zdravotnický asistent.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek po 30 min., pokud nedošlo ke zlepšení, informuj lékaře - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti při manipulaci s pacientem šetrné zacházení - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Sleduj fyziologické funkce a zaznamenávej je do dokumentace - sestra, zdravotnický asistent.

Realizace 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

2. 3. 2014 v 10.00 hod. pacient si stěžuje na bolesti zad a kloubů. Bolest hodnotí stupněm č. 2 na škále bolesti.

2. 3. 2014 v 10.05 hod. ošetřující sestrou doporučena úlevová poloha na levém boku, na antidekubitní matraci s podloženými končetinami a vypodloženými zády polohovacími pomůckami, vše zaznamenáno do záznamu hodnocení bolesti.

2. 3. 2014 v 10.20 hod. ošetřující sestra se cíleně ptá pacienta na ustoupení bolesti a na stupeň bolesti na škálové stupnici. Pacient udává zlepšení a bolest hodnotí stupněm č. 1.

2. 3. 2014 v 10.45 hod. pacient opět udává bolesti zad a kloubů. Hodnotí stupněm č. 4 na škále bolesti. Bolest je viditelná i neverbálními projevy pacienta, projevující se schváceností. S bolestí je spojena i zvýšená teplota 37,9 °C.

2. 3. 2014 v 10.50 hod. informován ošetřující lékař sestrou o pacientově bolesti a teplotě. Zaznamenána teplota i fyziologické funkce do dokumentace, bolest do záznamu hodnocení bolesti.

2. 3. 2014 v 10.55 hod. podána analgetika intravenózně dle ordinace lékaře: FR 1/1 100 ml + Veral ½ amp. i. v.

2. 3. 2014 v 11.20 hod. po vybídnutí pacienta k hodnocení bolesti udává stupeň č. 1 dle škály bolesti. Nyní je tělesná teplota fyziologická, 37,0 °C, fyziologické funkce jsou v normě. Cítí se dobře a uvolněně.

2. 3. – 6. 3. 2014 Po celou dobu sledování a kontrola stupně bolesti pacienta, její intenzita a charakter, vše zaznamenáno do dokumentace.

Dne 3. a 4. 3. 2014 se bolesti přes den opakovaly, pacient udává bolest s č. 2. Podáním analgetik a zajištěním úlevové polohy jsme vždy dosáhli zcela odstranění bolesti.

Hodnocení po 6 hodinách:

Pacient se cítí bez potíží, hodnotí bolest stupněm č. 1 na analogové škále bolesti, chápe a umí popsat bolest podle stupnice VAS. Zná a využívá úlevové polohy v rámci svého zdravotního stavu nebo přivolá k pomoci ošetřující sestru. Cíl byl splněn.

Hodnocení po 5 dnech:

Pacient bolesti neudává, ani při cíleném zeptání sestrou. Úlevové polohy pacient využívá bez problémů. Cíl splněn.

4. Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu imobility dolních končetin, snížení svalové síly na horních končetinách, projevující se omezeným rozsahem pohybu.

Cíl: dojde k posílení svalů a obnově pohyblivosti horní poloviny těla pacienta v rámci jeho možností do konce hospitalizace

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

1. Známe stupeň nepohyblivosti a nesamostatnosti podle Barthelova testu do 1 hod.
2. Pacient má zajištěnou antidekubitní matraci a dostatek polohovacích pomůcek do 30 min.
3. Pacient má zabezpečeno lůžko postranicemi jako prevence rizika pádu do 30 min.
4. Pacient má k dispozici signalizaci a umí ji použít do 20 min.
5. Pacient je efektivně a správně polohován po celou dobu hospitalizace.

6. Rehabilitační cvičení povede ke zlepšení pohyblivosti pacienta a k posílení svalů na horních končetinách do 14 dnů.

Ošetrovatelské intervence od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

- Urči stupeň nepohyblivosti a zaznamenej ho do dokumentace - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti antidekubitní matraci a polohovací pomůcky do lůžka - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti bezpečné lůžko s postranicemi a edukuj pacienta o riziku pádu - sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
- Pouč pacienta o možnosti použití signalizace v lůžku - sestra, zdravotnický asistent.
- Zajisti polohování po dvou hodinách dle polohovacího plánu, podkládej pod predilekční místa (kolena, paty, lokty, atd.) polohovací pomůcky - sestra, ošetrovatelka, zdravotnický asistent.
- Zajisti spolupráci s fyzioterapeutem - sestra, zdravotnický asistent.
- Dohlédni na pravidelné docházení fyzioterapeuta k pacientovi, a zda probíhá rehabilitace, při které se pacient zapojuje - sestra, zdravotnický asistent.

Realizace od 2. 3. 2014 do 6. 3. 2014:

7.00 – 19.00 hod. hodnocen stupeň pohyblivosti. Podle Barthelova testu základních všedních činností je pacient na stupni vysoké závislosti skoro ve všech oblastech, každá změna zaznamenána do dokumentace.

7.00 – 19.00 hod. celý den pacient uložen na antidekubitní matraci se dvěma postranicemi, sloužícími jako obrana proti pádu, ale také jako pomocný prostředek k úchytu.

7.00 – 19.00 hod. po celý den polohování po dvou hodinách, používání polohovacích pomůcek, promazávání predilekčních míst a kontrolování celkového stavu kůže a vše zaznamenáno.

7.00 – 19.00 hod. zajištěna v lůžku signalizace, pacient s ní umí zacházet a přivolat si zdravotnické personál.

Každý den v 9.00 a 13.00 hod. rehabilitační cvičení s pacientem dle harmonogramu fyzioterapeuta, pacient je aktivně zapojen do rehabilitace v rámci jeho možností (cviky na horní končetiny, krk, hlavu, dechové cvičení atd.).

Hodnocení po 5 dnech:

U pacienta nedošlo ke zhoršení pohyblivosti, naopak se pomocí rehabilitačního cvičení podařilo zlepšit fyzickou kondici a celkový stav pacienta, který byl ovlivněn hypertermií a celkovým oslabením imunity. Podařilo se v rámci možností posílit horní polovinu těla natolik, že se pacient v určitých situacích dokáže sám obstarat a udělat menší pohyb.

Cíl byl splněn. V upraveném plánu intervencí je třeba dále pokračovat.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient byl hospitalizován na našem oddělení od 1. 3. 2014 do 5. 4. 2014. V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacienta celkově zlepšil. Pacient i jeho rodina byli poučeni o jeho zdravotním stavu. Hospitalizaci snášel bez větších obtíží. Během hospitalizace jsme si stanovili ošetrovatelské diagnózy a pomocí intervencí jsme je realizovali. Pacient byl přijat pro hypertermii, kterou doprovázela bolest, s dekubitem na sacru a paraplegií dolních končetin, kam spadá i inkontinence moči, stolice a porucha pohyblivosti. Hypertermie i bolest se podařila do konce hospitalizace odstranit, spolu s celkovou infekcí, díky antibiotické léčbě. Paraplegie dolních končetin a s tím i související potíže (hybnost a inkontinence) nebylo možné odstranit. Porušenou integritu kůže na sacru se podařilo zhojit částečně vzhledem k dlouhodobému hojení dekubitu. Podařilo se dekubit vyčistit od infekčního sekretu a ránu zmenšit. Další péče je přenechána do domácího prostředí. Pacient i rodina byli poučeni o následné péči. Pacient na konci hospitalizace hodnotí ošetrovatelskou péči a přístup zdravotníků velmi kladně.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací a nastudovaného materiálu o daném postižení jsem stanovila doporučení pro praxi, které je rozdělené zvlášť pro zdravotníky a pacienta s rodinou.

Doporučení pro zdravotníky:

- Zhodnoťte stupeň poškození a zdokumentujte dekubity do ošetrovatelského plánu.
- Kontrolujte stav kůže při každém polohování nebo manipulaci s pacientem po celou dobu služby. Důležitou součástí je předání zjištěných skutečností další službu konající sestře.
- Při každé změně stavu kůže proveďte záznam.
- Provádějte a kontrolujte laboratorní biochemické hodnoty, protože při léčbě dekubitů není možné dosáhnout lokální léčbou úspěchu, není-li pacient v celkově dobrém stavu, dle ordinace lékaře.
- Všimněte si predilekčních míst a promazávejte Menalindem nebo jiným přípravkem k prevenci dekubitů.
- Vzdělávejte se v péči o dekubity, v používání nových materiálů k léčbě dekubitů.
- Snažte se o dosažení nejvyšší možné mobility u pacienta.
- Zajistěte rehabilitaci a aktivní cvičení.
- Dodržujte pravidelnost polohování (kontrola polohy pacienta, zda se z polohy na boku nepřetáčí po krátké době zpět na záda).
- Nemasírujte kožní výčnělky z důvodu možného poškození kožní celistvosti. Spíše zvolte pro místní prokrvení poklepovou masáž.
- Používejte při polohování pěnové a gelové klíny a pomůcky, podkládejte predilekční místa, oddělte kostní výčnělky v oblasti kolen a kotníků tak, aby nedocházelo k vzájemnému kontaktu.
- Zabezpečte úlevu tlaku na paty, a to zvednutím a oddělením od lůžka.

- Sledujte proces hojení a snažte se docílit, aby se rány hojily bez komplikací tím, že budete udržovat jejich okolí v suchu a čistotě.

Doporučení pro pacienta a rodinu:

- Naučte se již v nemocničním prostředí zapojit do preventivní péče, a to jak z hlediska hygieny, tak z hlediska polohování.
- I v domácím prostředí musíte dbát na pravidelné změny polohy, promazávání predilekčních míst a používání polohovacích pomůcek k zabránění dalšímu vytvoření dekubitu.
- V domácí péči je důležité kontrolovat stav kůže a sledovat změny na kůži. Při podezření na vznikající dekubit, okamžitě vyhledejte lékařskou pomoc.
- Zajistěte si antidekubitní lůžko, které bude snižovat riziko vzniku dekubitů, lze si jej zapůjčit.
- Strava, kterou konzumujete, musí být bohatá především na bílkoviny a vitamín C (geriatrictí pacienti mají zvýšené požadavky na přísun bílkovin). Další důležitou součástí je mít dostatek tekutin.
- Dodržujte léčebně - preventivní zásady (pacient s DM dodržuje dietu, aplikuje si inzulin, kompenzace hypertenze, apod.).
- Měli byste být v kontaktu s rodinou a naopak rodina s vámi (rodina by měla mít zájem o pacientův zdravotní stav, pomáhat v případě, že on sám to nezvládá a zvyšovat pacientovo sebevědomí).
- V neposlední řadě byste měli být informováni o agenturách domácí péče, kde fungují zdravotničtí pracovníci, kteří docházejí do rodin a pomáhají pacientům, ale i rodině (učí různé techniky cvičení, správného polohování, doporučují pomůcky i materiál, anebo zajistí celkovou péči o pacienta, když není rodina schopna se postarat).

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku dekubitů. I když toto téma není doménou jen starších ročníků, lze do budoucnosti předpokládat, že počet proleženin se z důvodu stárnoucí populace bude stále zvyšovat. Dekubity jsou stále velkým problémem jak ve zdravotnických a sociálních institucích, tak v domácí péči. Mají nejen velký negativní význam při léčbě primárního onemocnění, ale také na psychickou pohodu pacienta.

V bakalářské práci je popisována teorie tohoto specifického onemocnění, kdy nejdůležitější částí je prevence dekubitů, v práci uváděna jako specifika ošetrovatelské péče. Další zajímavou oblastí je praktická část, kde jsou popsány problémy a potřeby konkrétního pacienta. Informace uváděné v bakalářské práci jsou získané z pracoviště ve Fakultní nemocnici v Brně, na Interní hematologické a onkologické klinice. Jelikož je to Interní klinika, přijímá i sektorové pacienty, kteří nemají jen nádorové onemocnění, ale mohou přijít s jakýmkoli onemocněním.

V praktické části se snažíme pomocí získaných informací seskupit ošetrovatelské diagnózy a jejich intervence. A následně je realizovat tak, aby napomohly k zlepšení nebo navrácení zdraví pacienta. Některé problémy se podařily vyřešit pomocí ošetrovatelské a lékařské péče, jako infekce, bolest, hypertermie. Jiné problémy jsou trvalého rázu a v rámci možností zdravotnického personálu se s nimi nedalo nic dělat (paraplegie). V rámci možností a stavu pacienta se podařily cíle, které jsme si u ošetrovatelských diagnóz dali splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANON, 2010. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-36-4.
2. ANON. 2013. *Prevention and treatment of pressure ulcer: Quit reference guide*. [online]. Washington DC: EPUAP [cit. 2. 3. 2014]. Dostupné na: <http://www.epuap.org/>
3. BUREŠ, I. 2006. *Léčba rány*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-413-X.
4. ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **20**, 428-544. ISSN 1211-1244. Dostupné na: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=15#seznam>
5. FORMÁNKOVÁ, K. 2009. Výživa, nutriční a její vliv na léčbu dekubitů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **5(6)**, 7-8. ISSN 1801-1349.
6. HRONOVSKÁ, L. 2011. *Proleženy a další poruchy kůže u nádorových onemocnění: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-0670-1.
7. CHLÁDKOVÁ, L. 2009. Moderní trendy hojení ran a defektů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **5(6)**, 4-6. ISSN 1801-1349.
8. KRŽIŽOVÁ, D., TICHÁ, A., BUREŠOVÁ, L. 2012. Edukace v oblasti rehabilitačního ošetřování. *Sestra*. **22(3)**, 20-21. ISSN 1210-0404.
9. KULAKOVSKÁ, A. 2013. Dekubit - společensko-sociální problém. *Hojení ran*. **7(supl1)**, 41-42. ISSN 1802-6400.
10. MIKŠOVÁ, Z. et al. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
11. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.
12. MÜLLEROVÁ, N. 2011. Dekubitus - indikátor kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. *Hojení ran*. **5(1)**, 38. ISSN 1802-6400.
13. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Šetření dekubitů na národní úrovni*. Dekubity 2009 – září 2013. [online]. © Národní referenční centrum 2009-2013

[cit. 2014-03-12]. Dostupné na: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/dekubity-2009-zari-2013>

14. NĚMCOVÁ, J., et al. 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
15. NOVYSEDLÁKOVÁ, M., HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy riziko vzniku dekubitov. In: *Jihlavské zdravotnícké dny 2011, I. ročník: sborník z mezinárodní konference, Jihlava 21. 4. 2011*. Ed. STANČIAK F., CETLOVÁ L. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. 498-505. ISBN 978-80-87035-37-5.
16. PEJZNOCHOVÁ, I. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
17. POKORNÁ, A. 2012. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6048-7.
18. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
19. SEDLÁKOVÁ, M. 2014. Dekubit - velký léčebný, společenský a finanční problém. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **10**(1), 17-24. ISSN 1801-1349.
20. STARNOVSKÁ, T. 2010. V prevenci a léčbě dekubitů hraje výživa klíčovou roli. *Sociální péče*. **1**, 25-26. ISSN 1213-2330.
21. STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran*. 1. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-60-3.
22. STRYJA, J. et al. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.
23. SYMERSKÁ, M. 2012. *Metodický postup prevence a ošetřování dekubitů*. [online]. Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace. [cit. 3. 4. 2014]. Dostupné na: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity
24. SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovateľského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-2630-001-4.
25. ŠIMEK, M., BÉM, R. et al. 2013. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-352-7.
26. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

27. TRACHTOVÁ, E. et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-324-4.
28. ULRYCH, O. 2011. Rizika vzniku dekubitů. *Sestra*. **21**(5), 54-56. ISSN 1210-0404.
29. VANDERWEE, K., CLARK, M., DEALEY, C. et al. 2007. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.13(2), 227-235. ISSN 136-2753.
30. VOKURKA, M., HUGO, J. et al. 2004. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-0090.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA	A	I
PŘÍLOHA	B	II
PŘÍLOHA	C	IV
PŘÍLOHA	D	V
PŘÍLOHA	E	VI
PŘÍLOHA	F	VII
PŘÍLOHA	G	VIII
PŘÍLOHA	H	IX

PŘÍLOHA A - Hodnotící systém podle Nortonové

Tab. 1 – Hodnotící systém podle Nortonové

Body	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

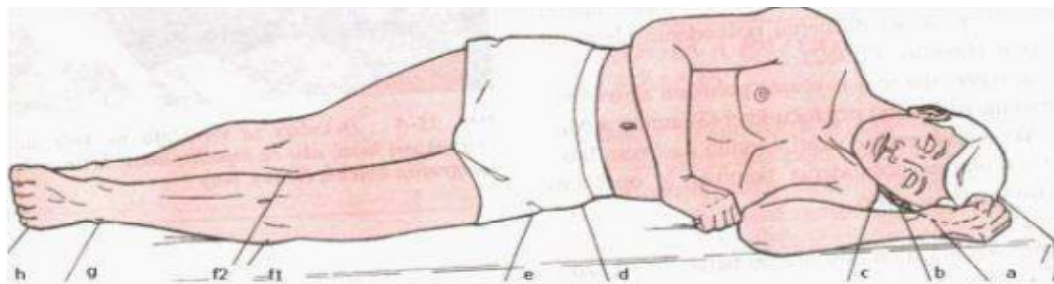
Zdroj: MIKULA et al., 2008, s. 19

Tab. 2 - Modifikovaná škála Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Jiné nemoci	Celkový stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrá	< 60	velmi dobrá	žádné	dobrý	jasné	nezávislý	bez omezení	není
3	částečná	61 - 70	dobrá	1	uspokojivý	somnolentní	mírně závislý	částečně omezená	občasná
2	malá	71 - 80	intaktní, vlhká	2	špatný	soporózní, delirium	velmi závislý	velmi omezená	trvalá - moči
1	žádná	> 81	atrofická, alergická	více než 2	velmi špatný	komatózní	zcela závislý	imobilní	moči i stolice

Zdroj: TRACHTOVÁ et al., 2013, s. 65

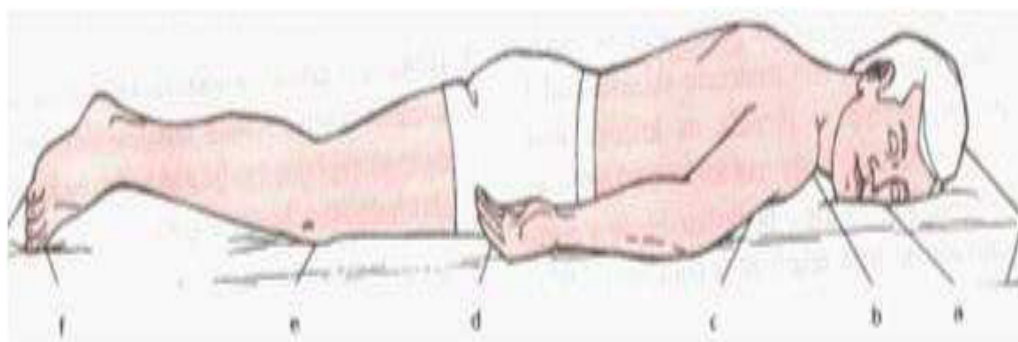
PŘÍLOHA B - Predilekční místa na těle pacienta



Obrázek 1 - Predilekční místa při poloze na boku

Zdroj: SYMERSKÁ, 2012.

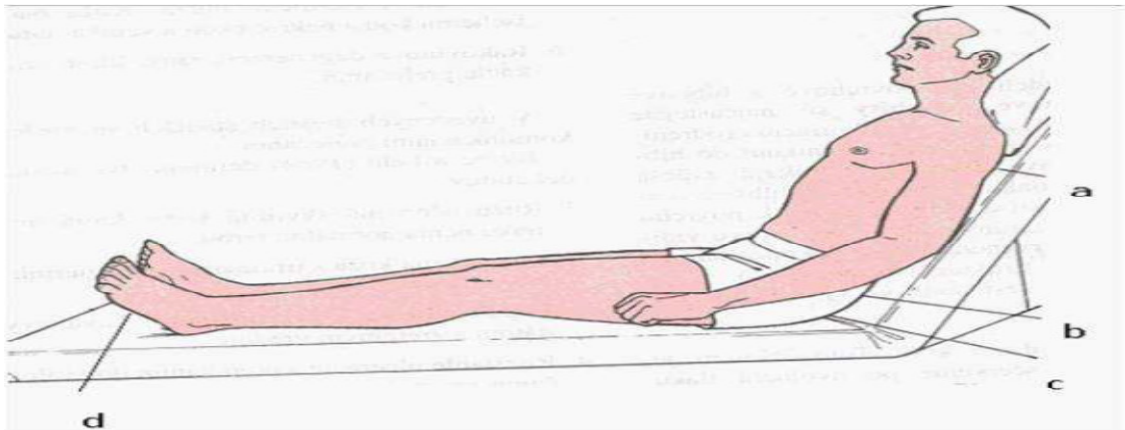
Dostupné na: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity



Obrázek 2 - Predilekční místa při poloze na břiše

Zdroj: SYMERSKÁ, 2012.

Dostupné na: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity



Obrázek 3 - Predilekční místa při poloze na zádech, v polosedu

Zdroj: SYMERSKÁ, 2012.

Dostupné na: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity

PŘÍLOHA C - Klasifikace dekubitů

Stupeň I.



Stupeň II.



Stupeň III.



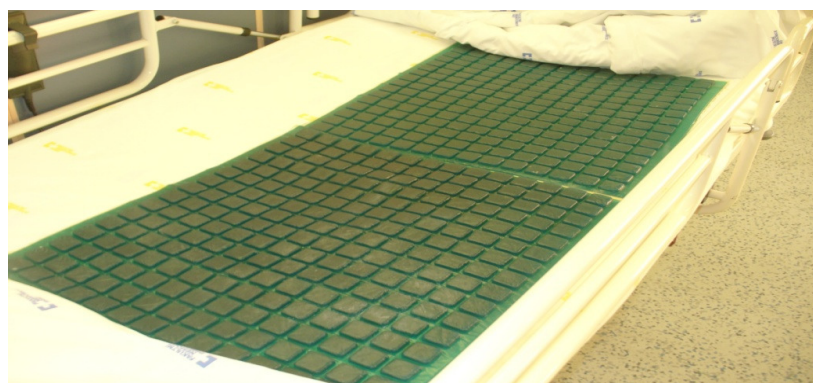
Stupeň IV.



Zdroj: ANON, 2013. Dostupné na: <http://www.epuap.org/>

Obrázek 4 - **Klasifikace dekubitů podle EPUAP** (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin)

PŘÍLOHA D - Antidekubitní pomůcky



Zdroj: FN Brno – Interní hematologická a onkologická klinika, vlastní foto

Obrázek 5 - Pomůcky k polohování pořízené z IHOK ve FN Brno

PŘÍLOHA E - Fotodokumentace pacienta



Zdroj: FN Brno – Interní hematologická a onkologická klinika, vlastní foto

Obrázek 6 – Fotodokumentace pacienta pořízená 3. 3. 2014



Zdroj: FN Brno – Interní hematologická a onkologická klinika, vlastní foto


Obrázek 7 – Fotodokumentace pacienta pořízená 3. 4. 2014

PŘÍLOHA F - Převazový materiál



Zdroj: FN Brno – Interní hematologická a onkologická klinika, vlastní foto

Obrázek 8 – Pomůcky využívané při převazu dekubitu pořízené na IHOK ve FN Brno



napište hledaný výraz...

? ?

Hledej v: Katalogy BMC-články vše

Úvod
Pokročilé hledání
Autoři
Témata
Prohlázení

Výsledky
Schránka

Vydáno

Letošní rok	11
Loňský rok	23
Poslední dva roky	34
Posledních pět let	209
2000-2010	290

filtrovat

Jazyk

čeština	390
angličtina	31
slovenština	8

filtrovat

Země

Česko	400
Slovensko	5
Spojené státy americké	1

filtrovat

Check Tag

lidé	289
staří	77
ženské pohlaví	53
mužské pohlaví	52
staří od 80 let výše	26
lidé středního věku	20
dospělí	11

filtrovat

Výsledky dotazu:

údlost výsledky

'dekubit*' **569**

filtr: 405

Vydáno: 2003-2014

<< zpět k výchozímu dotazu o krok zpět přidat dotaz

Návrh rozšíření dotazu více... ? +

dekubitus rány - hojení ošetřovatelská péče

Označ: vše stránka << < 1-10 z 405 > >> ?

Zobrazení: Standardní radit dle: relevance Výsledků: 10 OK

- Dekubity, nehojící se rány a já**

Šibravová, Nada

Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, s. 45-46. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Porovnání výskytu dekubitů na vybraných pracovištích**

Fiedlerová, Lenka

Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, s. 48-50. ISSN: 1210-0404.

Přil. Temat. Sešit 104 - Ošetřování ran. b.r., s. 48-50.

detail kopie +
- Léčba dekubitů není jen v převazovacích materiálech**

Vlčková, Anna

Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, s. 56. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Jak na dekubity?**

Staňková, Marta

Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, s. 58-59. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Dekubity - komplikácia v rehabilitačnej liečbe pacienta**

Brndiarová, J.

Rehabilitácia. 2003, Roč. 40/36, č. 1, s. 34-39. ISSN: 0375-0922.

detail kopie +
- Antidekubitní matrace a systémy**

Čapek, Mirko

Sestra. 2003, roč. 13, č. 4, s. 19-20. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Kazuistiky : Hojení ran.**

Fremrová, Vladimíra

Sestra. 2003, roč. 13, č. 4, s. 9-12. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Dekubitus u dlouhodobě ležících**

Simmerová, Květoslava

Sestra. 2004, roč. 14, č. 2, s. 42-44. ISSN: 1210-0404.

detail kopie +
- Inkontinence a dekubity**

Neuwirth, Jiří, 1932-

Sestra. 2003, roč. 13, č. 3, s. 28. ISSN: 1210-0404.

Databáze

bibliomedica	391
katalogy Medvik	14

filtrovat

Vlastník

Národní lékařská knihovna	405
Oddělení vědeckých informací pH MZCR	1
Ústav hematologie a krevní transfúze	1

filtrovat

Typ dokumentu

články	338
abstrakta	51
článek ve sborníku	19
monografie	14
knihy	12
kapitola	2
grantové zprávy	1

více... filtrovat

Autoři seřadit

Grofová, Zuzana, 1961-	14
Šipková, Vladimíra	11
Franců, Milada, 1956-	9
Müllerová, Nina, 1955-	8
Kouná, Markéta	7
Starnovská, Tamara, 1957-	7
Dobrovodská, Libuše	6

více... filtrovat

PŘÍLOHA H - Žádost o sběru dat pro studijní účely

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: IVETA NIXOVÁ DÍŠ
Datum narození: 30.9.1988 Telefon: 602389274 E-mail: packova.i@seznam.cz
Adresa pro doručení dat: KUNICE 29 MŠICE 67931
Přesný název školy/fakulty: VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s. PRAHA
Obor studia: UŠEOBECNÁ ŠESTRA
Forma studia: prezenční kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: IHK-A v termínu od: 1.1.2014 do: 1.4.2014
 NE

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance: IHK-A, NIXOVÁ IVETA DÍŠ
 NE

Téma závěrečné práce: OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S
DEKUBITEM

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů:

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat:

Výpis ze zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

1x dokumentace (19 pacientů)

Termín sběru dat: od: 1.1.2014 do: 1.4.2014

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: IHK-A

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): UVÉSTIT OŠETŘOVÁNÍ U KONKRETNÍHO
PACIENTA U NĚ BAKAL. PRÁCE - POPIS VÝŠETŘ. LÉČBY A HOZEVIT

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období:

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolí. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 19.2.2013

Podpis: [Podpis]

5-292/13/2

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 19.12.2013 pod číslem: 1013/40269/FABRANO-325

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas - útvar: HOZ nesouhlas - útvar:

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 20.12.2013

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru:

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 20.12.2013

referent/vedoucí OOR

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

sběr dat/poskytnutí informací v plném požadovaném rozsahu

sběr dat/poskytování informací v omezeném požadovaném rozsahu

specifikace neposkytovaných informací:

úst. a 65. odd. 3. Zlona 372/2011-56.

neposkytnutí informací z důvodu:

Útvar pro sběr dat/poskytnutí informací:

Poznámka k žádosti: směrná -> pracovní odměna

kyšinka

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 20.12.2013

podpis a razítko vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

souhlas ředitele FN Brno s tímto návrhem

č. 2013/40269/FABRANO-325

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadatelé odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 20.12.2013

Medicinskému/nemedicinskému útvaru žádost postoupena dne 20.12.2013

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicinského/nemedicinského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena žadatelé dne

Požadovaná data převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

Žádost uzavřena dne:

podpis vedoucího/referenta OOR

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

5-292/13/2