

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BÉRCOVÝM VŘEDEM V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA VOLFOVÁ

Praha 2015

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BÉRCOVÝM VŘEDEM V DOMÁCÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Michaela Volfová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., RN

Praha 2015

SHVÁLENÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně
a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu
použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce
ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

Volfová, Michaela. *Ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem v domácí péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.,RN, 62 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem v domácí péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část

Teoretická část práce charakterizuje onemocnění, etiologii, diagnostiku, léčbu, ošetrování bércových vředů a poskytuje základní informace o domácí péči.

V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem. Pro zpracování ošetrovatelského procesu byla použita NANDA-ošetrovatelské diagnózy 2012-2014. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, z nichž vybrané byly následně rozpracovány.

Klíčová slova: Bércový vřed. Domácí péče. Ošetrovatelský proces. Všeobecná sestra.

ABSTRAKT

Volfová, Michaela. *Pflegeprozess beim Patienten mit Unterschenkelgeschwür in häuslicher Pflege*. Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft.

Qualifizierungsgrad: Bachelor (Bc.). Betreuende Hochschullehrerin: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D., RN, Seitenzahl: 62

Das Thema der Bachelorarbeit ist der Pflegeprozess beim Patienten mit Unterschenkelgeschwür in häuslicher Pflege. Die Arbeit besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.

Der theoretische Teil der Arbeit umfasst die Charakteristik der Krankheit, die Ätiologie, Diagnostik und Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, sowie die Grundinformationen zur häuslichen Pflege.

Im praktischen Teil wird der Pflegeprozess beim Patienten mit Unterschenkelgeschwür beschrieben. Zur Bearbeitung des Pflegeprozesses wurde die NANDA – Klassifikation 2012-2014 angewendet. Es wurden Pflegediagnosen festgestellt und die ausgewählten davon nachfolgend ausgearbeitet.

Schlüsselwörter: Unterschenkelgeschwür. Häusliche Pflege. Pflegeprozess. Allgemeine Krankenschwester.

PŘEDMLUVA

Vybrala jsem si za téma ošetřování bércových vředů v domácí péči, protože praxe v této oblasti ošetřování je velmi zajímavá. Postupy v ošetřování se mohou dle různých pracovišť lišit, ale domácí prostředí má svá specifika. Z jednoho úhlu pohledu kladná a z druhého velmi špatná. Bércovými vředy trpí převážně starší věková populace, kde jsem se setkala s pacienty staršími 65 let. Vycházíme-li z toho, že takový pacient se léčí s tímto onemocněním více jak čtvrt roku, je ošetřování v domácím prostředí indikováno jako nejvhodnější pro denní nebo obdenní převazování defektu. Samozřejmě staří lidé už automobil neřídí a dostat se k lékaři sanitním vozem je mnohdy na celý den. Rodiny ve většině případů bohužel nemají čas. Takže do domácího prostředí je vyslána všeobecná sestra, která má předepsaný postup jak k danému defektu přistupovat. Tato sestra má všeobecný přehled, ale defekty se kterými se setká, jsou velmi individuální. Poznala jsem i takové co ošetřovaly pacienty dle svého úsudku, což je velmi neprofesionální. V teoretické části popisují fáze jak se postup defektu hojí. Každá fáze má svá specifika, kde na každou patří jiný materiál dle určení lékaře. Pokud pacient žije sám je pro něj tato léčba velmi nákladná, snaží se ušetřit na všem co může, například: pere obinadla a bandáže používá nejraději až do rozpadnutí. Největším udivením je, jak se staví rodiny ke svým starším příslušníkům. Někdy to jsou opravdu odstrašující případy. Vypozorovala jsem u fungujících rodin i pacientovo prospívání. Čisté prostředí je základ a nejdůležitějším faktorem jsou hygienické potřeby. Dostala jsem se do domácností, kde jsem musela ošetřovat pacienty v takové špíně, že na ulici by bylo prostředí hygieničtější. Jak tedy mohou lékaři očekávat urychlenou léčbu. Člověk s nízkým sociálním prostředím patří s takovými defekty do nemocnice a ne k indikaci domácí léčby. Pokud odmítá hospitalizaci pomoci se musí každému. Sprchování končetin postižených bércovým vředem je v domácím prostředí velkou výhodou, jelikož ambulantní léčba takové možnosti nemá. Při ošetření v domácím prostředí omyjeme pacientovy končetiny, ale jeho celková hygiena je založena na lavůrku s hadříkem. Pečovatelská služba je pro pacienta samoživitele velmi drahá. Vše je propojeno

s nízkým finančním příjmem a vysokými náklady na léčbu. Lidé se musí co nejvíce a stále edukovat. Často chtějí sestram ušetřit práci, převazy sundají a sami nohu osprchují a pak chodí několik hodin s otevřeným defektem. Poté čekají na sestru, aby mohla jen přiložit čistý převaz. Úplně opačná léčba je u pacientů, kde je dohled rodiny.

U lidí sociálně zabezpečených je léčba v domácím prostředí velmi prospívající. Nestresují se, protože rodina pro ně vše ráda udělá. Sestra v domácím prostředí je mnohdy vystavena nečekaným situacím. Léčebný materiál sice předepíše lékař, ale ona musí dokonale ovládat všechny krycí a fixační materiály. Musí zvládat účinnou bandáž dolní končetiny a defekt pacienta by měla perfektně znát, aby léčba byla účinná. Každou změnu v hojení musí pečlivě zaznamenávat do příslušné dokumentace a hlásit jí lékaři. Všeobecná sestra v domácí péči má obrovskou roli v uzdravení pacienta. Je hlavním komunikátorem mezi lékařem a pacientem. Léčba v domácím prostředí je velmi podstatným odvětvím ve zdravotnictví. V nízkém sociálním zařízení se pacient těžko uzdravuje, ale na to sociální pracovníci ani lékaři neprijdou dříve než samotná všeobecná sestra. Velmi záleží na psychickém stavu pacienta a především na dobrých rodinných vztazích.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	16
1 DOMÁCÍ PÉČE	17
1.2 ROZSAH, LIMITY DOMÁCÍ PÉČE	18
1.3 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	19
1.4 DOKUMENTACE V DOMÁCÍ PÉČI	20
2 BÉRCOVÝ VŘED	22
2.1 ETIOLOGIE RAN V OBLASTI BÉRCE	23
3 VYŠETŘENÍ	27
4 HOJENÍ RÁNY, FÁZE HOJENÍ	30
5 SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ	32
5.1 PŘEHLED MODERNÍCH OBVAZOVÝCH MATERIÁLŮ	34

PRAKTICKÁ ČÁST

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

DLE M. GORDONOVÉ 37

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 60

ZÁVĚR 61

POUŽITÁ LITERATURA 62

SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APPE	chirurgické odstranění appendixu
BMI	Body Mass Index, index tělesné hmotnosti
CMP	cévní mozková příhoda
DK	dolní končetina
DNA	kloubní onemocnění způsobené poruchou metabolismu a vylučováním kyseliny močové
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
HK	horní končetina
IM	infarkt myokardu
INR	slouží k vyjádření hodnoty Quickova testu
MRSA	methicilin rezistentní Staphylococcus aureus
PEG	perkutánní Endoskopická Gastrostomie
TIA	tranzitorní ischemická ataka, drobná cévní mozková příhoda

(KREJSOVÁ, 2005)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absorbce – vstřebávání

a.carotis – krční tepna

Amyloidosis - Amyloidóza je chorobný stav, při němž se v různých orgánech začne hromadit bílkovinná sloučenina zvaná amyloid, kterou není naše tělo schopné odbourávat.

Anemie - chudokrevnost

Antiflogistika- léky s protibolestivým, protihorečnatým a protizánětlivým účinkem

Antihyperteziva – léčiva při léčbě vysokého krevního tlaku

Antikolagulancia – léčiva ovlivňující srážlivost krve

Antirevmatika – léčiva při onemocnění a bolestech kloubů a svalů

Antiuratika – při léčbě onemocnění DNA

Asepsa – naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Atypický mykobakterie – odlišná bakterie

Arthritis urica – DNA

Deformace – chorobná změna tvaru, znetvoření

Dermatitida – obecné označení pro zánětlivé onemocnění kůže

Diabetes mellitus – cukrovka, nemoc způsobena nedostatkem inzulínu, nebo jeho malou účinností

Diabetická neuropatie – komplikace cukrovky, nezápětlivé onemocnění nervů postihující nervy míšní i vegetativní

Diuretika – léčiva zvyšující tvorbu moči, snižující otoky

Epitelizace – pokrytí epitelem, nutná součást v hojení ran

Eryseptel – růže, zánětlivé infekční onemocnění kůže a podkoží způsobené streptokoky

Etiologie – příčina nemoci

Exsudát – zánětlivý výpotek

Fascitida - zánět podkožních tkání, nekrotizující

Fagocytóza – pohlcení a zničení cizorodého materiálu, např. bakterie

Fistula - píštěl

Fixace – znehybnění, zpevnění

Gangréna – sněť, nekróza tkáně

Gastroenterologie - je medicínský obor zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění zažívacího traktu.

Geriatric - součást gerontologie zabývající se chorobami ve stáří

Hepatitis – hepatitida, zánět jater, žloutenka

Histopatologie - mikroskopické vyšetření tkáně za účelem odhalení onemocnění

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánů

Hyperpigmentace – zvýšení produkce pigmentu v tkáni

Hypolipidikum – léčiva, snižující cholesterol v krvi

Charcotova neurosteoartropatie - je progresivní destruktivní onemocnění kostí a kloubů nohy u pacientů s neuropatií, nejčastěji diabetického původu

Chronická žilní insuficience – chronická žilní nedostatečnost

Indikace – rozhodný důvod nebo soubor okolností, vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup

Infekce – nákaza

Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici

Intravenózní – nitrožilní, do žíly

Ischemický choroba srdeční – onemocnění tepen dolních končetin, při němž dochází k postupnému zužování průsvitu s následnou ischemií

Kardiovaskulární - veškerá onemocnění srdce a cév

Kontaminace – znečištění, zamoření

Kontraindikace – jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje provedení určitého léčebného nebo diagnostického výkonu, včetně podání určitých léků

Leishmanióza – parazitické onemocnění způsobené po štípnutí hmyzu

Lymfom – zhoubné onemocnění mízních uzlin a orgánů lymfatické tkáně

Metastáza – dceřino ložisko, obvykle zhoubného nádoru nebo infekce

Mobilita - pohyblivost

Mykóza – onemocnění způsobené houbami

Nazogastrická sonda – hadička zavedená nosem do žaludku

Necrobiosis lipodica diabetorum - kožní komplikace diabetu, skvrnité projevy na kůži, často bérců, žlutavé s hnědými okraji a možným vředováním

Nervus trigemus - trojklaný nerv je pátým hlavovým nervem

Osteoporóza – onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

Osteomyelitis – osteomyelitida, zánět kostní dřevě

Periferní – obvodový, okrajový

Polymorbidita – přítomnost více nemocí současně

Posttraumatický - poúrazový

Prognóza – předpověď

Pyodermie – hnisavé kožní onemocnění vyvolané nejčastěji stafylokoky a streptokoky

Quickův test – protrombinový čas, jeden s testů k vyšetření srážlivosti krve

Srpkovitá anémie - dědičné onemocnění krve, která se projevuje změnou tvaru červených krvinek

Terminální – konečný, poslední

Trombocytémie – krevní onemocnění s nadměrnou tvorbou krevních destiček v kostní dřeni

Tromboflebitida – povrchový zánět žil

Ulcerace – vznik vředu, zvrhedovatění

Ulcus cruris – bércový vřed

Vaskulitida – zánětlivé onemocnění cév

Venofarmaka – léky užívané k léčbě žilních onemocnění

(KREJSOVÁ 2005, VOKURKA 2008)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Identifikační údaje	37
Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu	38
Tabulka 3 Léková anamnéza	39
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou	40
Tabulka 5 Utřídění domén dle NANDA I TAXANOMIE II	42

ÚVOD

Bércový vřed je onemocnění, které vyžaduje vysoké léčebné náklady. Vzhledem k tomuto faktu by měla být léčba racionální a efektivní nejen z terapeutického hlediska, ale i veškerých ostatních nákladů s léčbou spojených. Postiženými jsou převážně senioři, ale vzhledem k současné etiologii onemocnění nejsou výjimkou ani pacienti středního věku. Toto onemocnění je chronické a recidivující.

Teoretická část se zaměřuje na ošetrovatelskou problematiku domácí péče u pacientů s bércovým vředem. Zároveň popisuje psychosociální problematiku s ohledem na holistickou péči. V teoretické části bakalářské práce je popsána základní charakteristika onemocnění, projevy, diagnostika, léčba, patogeneze a možné komplikace onemocnění.

Praktická část se bude zabývat ošetrovatelským procesem vypracovaným u pacienta s bércovým vředem v domácí péči. Ošetrovatelský proces zpracovaný ve všech daných fázích pomocí NANDA- ošetrovatelské diagnózy 2012 - 2014 a realizace poskytované péče. Praktickou část bude uzavírat doporučení pro praxi.

Cílem bakalářské práce je přiblížit výše uvedenou problematiku. Text může být využit jako studijní materiál pro všeobecné sestry a studenty nelékařských zdravotnických oborů.

1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je v současné době součástí zdravotní a sociální péče v České republice. Rozhodnutí zda bude domácí péče pacientovi poskytnuta nebo ne, závisí na ošetřujícím lékaři, který zhodnotí celkový zdravotní stav a následnou péči doporučí. *V nejstarších dobách našich věků měl člověk potřebu starat se o své zdraví a zdraví svých blízkých v souvislosti s přežitím* (RYBOVÁ 2011, str. 12). Bývalo běžným zvykem, že se v rodinách ošetřovalo, rodilo a také umíralo. Především to bylo na ženách, které tyto úkony prováděly a poté je předávaly z generace na generaci.

Domácí péče byla zaznamenána již ve 12. století, kdy jí vykonávaly řeholní řády. Především byla charitativní povahy na pomoc chudým a bezmocným. Ve 13. století bylo prvně zmíněno o návštěvních službách v domácím prostředí. V roce 1223 založila Svatá Anežka Přemyslovna Laické bratrstvo špitální, z kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, který organizoval v českých zemích šedesát špitálů. V 15. století byly zřízeny domovy nemocných, kam pravidelně docházely ženy – diakonky. Jejich činnost byla později zakázána církví. Začaly vznikat špitály, kde se nemocným poskytovala nezbytná péče, která byla spíše sociálního charakteru. Ke zlepšení péče docházelo za vlády Marie Terezie (1740- 1780), kdy se zakládaly spolky pro ochranu potřebných, nemocných a to například stavěním různých útulků.

Moderní koncept domácí péče byl zahájen panem Williamem Rathbonem v Liverpoolu 1859, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Spolupracoval s Florence Nightingalovou (zakladatelkou a propagátorkou moderního ošetřovatelství) založil první školu pro sestry. Ty poté poskytovaly ošetřovatelskou péči nemocným, chudým a potřebným lidem. V době Národního obrození se část intelektuálů, například: Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá snažila podporovat odbornou i sociální péči pro všechny obyvatele bez rozdílů. V roce 1874 byla založena z jejich vlastní iniciativy první ošetřovatelská škola. Byly vytvářeny různé dobročinné

akce a spolky na podporu slabých. V roce 1919 byl zřízen červený kříž za pomoci Alice Masarykové. První léčebny dlouhodobě nemocných vznikaly roku 1974. První pokusy o domácí péči zkoušel červený kříž. Organizace ošetřovatelské a zdravotní péče se objevuje po druhé světové válce. Začaly se rozvíjet ošetřovatelské školy a zdravotní služby v rodinách. (HAŠKOVCOVÁ, 2002)

Roku 1989 došlo k řadě změn, začaly vznikat první agentury domácí péče. Jako první byla založena agentura domácí péče při České katolické charitě roku 1990. Oficiálně je domácí péče uznávána v roce 1991 jako zvláštní typ zdravotnické péče. K nárůstu počtu agentur dochází v roce 1992, kdy byla založena Asociace domácí péče České republiky, která sjednocuje pracovníky poskytující domácí péči- lékaře, všeobecné sestry, pečovatelky, dobrovolníky a další... Metodický pokyn pak vytváří Všeobecná zdravotní pojišťovna. K roku 1994 bylo v naší zemi již 300 agentur. Tento rok bylo zřízeno Národní centrum domácí péče, která nabízela informace pro odbornou i laickou veřejnost. (UZIS, 2014)

1.1 Rozsah, limity domácí péče

Domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění na maximálně 3 x 1 hodinu odborné zdravotní péče denně. Úkony jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky ordinované vždy ošetřujícím lékařem. V domácí péči jsou 4 typy návštěv, které se odlišují časovým rozsahem. Je to 15, 30, 45 a 60 minut až 3 denně. K jednotnému typu návštěvy lékař doplní požadovaný výkon, platnost této péče, která je maximálně 1.měsíc. Pak na základě písemného hodnocení všeobecné sestry a zdravotního stavu pacienta, ošetřující lékař rozhodne, zda je potřeba v péči pokračovat. Péče by měla být dostupná 24 hodin denně. (MISIONOVÁ, rok neuveden)

Indikování domácí péče je pro pacienty, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhých. Dále u pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči z důvodu nedoléčeného chronického nebo akutního onemocnění. Domácí péče zahrnuje i domácí hospicovou péči, která je určena rodinným a blízkým příslušníkům v takové situaci, kde je laická péče nedostačující. Zde je nutno

zahájit poskytnutí odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Je poskytována všem indikačním, věkovým i diagnostickým skupinám pacientů.

(www.domacipece.cz)

Před zavedením domácí péče je nutné zaměřit se na tyto oblasti:

- zjistit zda je dostatečně zajištěna bezpečnost (úprava domácího prostředí, možnost pohybu pacienta)
- zajištění možnosti rychlého navázání kontaktu s rodinou nebo ošetřujícím lékařem v případě náhle vzniklých komplikací
- zda je rodina a blízcí schopna spolupráce
- musí být zhodnocena frekvence návštěv, jelikož domácí péče poskytuje maximálně tři návštěvy denně. Pokud je potřeba intenzivnější a častější zdravotní péče, stává se domácí péče neefektivní a je nutnost hospitalizace. (ŠAMÁNKOVÁ A SPOL., 2006)

1.2 Formy domácí péče

Pourazová péče- u pacientů u kterých nehrozí závažné komplikace a je zachováno vědomí. Provádí se například léčba bolesti, polohování, ošetření ran, rehabilitace, zajištění pitného a hygienického režimu.

Preventivní domácí péče- je pro pacienty u kterých lékař doporučí pravidelné monitorování zdravotního a duševního stavu. Provádí se měření fyziologických funkcí, sleduje se celkový stav pacienta a případné změny se hlásí ošetřujícímu lékaři. Péče se zaměřuje na terciární prevenci, tzn. předchází komplikacím u již probíhajícího onemocnění. Součástí je již zmíněné měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, monitorování pacienta.

Domácí hospicová péče- vztahuje se na péči v neterminálním a terminálním stádiu života. Umírání je velmi těžká fáze lidského života, která ovlivňuje kvalitu života pacienta a jejich blízkých. Nejvíce se jedná o léčbu bolesti, celkovou hygienu, intravenózní hydrataci, péči o nasogastrickou sondu,

psychickou a emocionální podporu klienta a jeho rodiny. Nejčastěji se indikuje 3 x denně. Tato péče je velmi náročná.

Domácí hospitalizace- je pro pacienty s neurologickým či kardiovaskulárním onemocněním, ale i v pooperačním nebo poúrazovém stavu. Tato péče se musí odbornou kvalitou vyrovnat péči v nemocnici.

Dlouhodobá domácí péče- je určena pro pacienty, kteří jsou chronicky nemocní a jejich zdravotní stav vyžaduje pravidelnou domácí péči. Jedná se o pacienty, například: s komplikovaným diabetes mellitus, mozkové příhody, chronické bolesti, s různými formami ochrnutí, s chronickým onemocněním plic, s gastroenterologickým onemocněním – stomie, PEG, dále pak metabolické onemocnění, onkologické, psychické. Tato péče může být poskytována několik měsíců i let. (MISIONOVÁ, rok neuveden), (RYBOVÁ 2011)

1.3 Dokumentace v domácí péči

Agentury domácí péče jsou povinny průběžně zaznamenávat údaje o zahájení, průběhu a ukončení domácí péče do příslušné dokumentace. V dokumentaci jsou údaje o celkovém zdravotním stavu klienta o jeho změnách, provedených a plánovaných výkonech. Tyto údaje jsou velmi důležité pro eventuelní kontrolu kvality a správnosti odborných výkonů. Příslušná dokumentace musí být přehledná a dostupná pro další členy ošetrovatelského týmu domácí péče. Srozumitelnost a přehlednost dané dokumentace může rozhodovat o dalších ošetrovatelských a léčebných intervencích, především v případě akutních změn zdravotního stavu klienta.

Pozitivním faktorem v agenturách domácí péče je fakt, že respektujeme pacienta v jeho vlastním prostředí. Při poskytnutí této péče je pokaždé aplikován holistický přístup. Je vědecky dokázáno, že psychická pohoda člověka ošetrovaného v domácím prostředí má vliv na obranný systém a hraje velkou roli procesu uzdravení.

Většina agentur domácí péče je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky, která ve znění platných stanov ukládá svým členům řadu podmínek

v oblasti vzdělání i etických aspektů, které mají bezprostřední vliv na kvalitu poskytované domácí péče (MISCONIOVÁ, rok neuveden, str. 22). O členství rozhoduje odborná komise na základě referencí kvality poskytování domácí péče určité agentury. Poskytovatelé musí dodat příslušný počet bodů na vzdělávacích aktivitách v rozmezí 2 let, poté se přiděluje certifikát kvality.

Domácí zdravotní péče je velmi potřebná, náročná, zajímavá vyžaduje samostatnost a koordinaci. Členové týmu musí mít schopnost improvizace a často rychlého rozhodnutí. Hlavním cílem je přispívat k hospitalizaci jen v případě, kdy je to nezbytně nutné. (RYBOVÁ 2011)

2 BÉRCOVÝ VŘED

Bércový vřed je charakterizován jako ztráta kožní tkáně, může zasahovat různě hluboko i do podkožních tkání. Nejčastější výskyt je v dolní třetině bérce v krajně kotníku. Jde tedy o porušení integrity kůže, které se může stát vstupní bránou infekce do organismu. Bércový vřed zařazujeme mezi chronické rány lokalizované na dolních končetinách. Doba hojení je zdlouhavá v řádech týdnů, měsíců a někdy i let, jelikož jeho hojení spočívá výstavbou nové tkáně. (HOLÁ 2011),(ŠTRUSOVÁ 2010)

U bércového vředu je potřeba zhodnotit velikost, okraje s okolím a spodinu. Bércový vřed není dědičného původu, ale dědí se některé příčiny, které mohou vézt k jeho vzniku. Velkou dědičnou dispozicí jsou žilní poruchy, řadíme sem všechny druhy anemií, trombocytémie. Rizikovým faktorem bércových vředů žilního původu jsou časté záněty žil, dlouhodobé sezení a stání, nadváha, obezita a opakované těhotenství. Ke vzniku přispívá i špatná životospráva i kouření.

Hojení bývá zpravidla zdlouhavé a je závislé na konkrétní příčině vzniku vředu. Ten může vzniknout zevními vlivy (chemické látky, poranění, infekce). Častější příčinou způsobení bércového vředu jsou vnitřní vlivy (postižení tepen, žilní poruchy, poruchy mízního systému, onemocnění metabolismu, onemocnění nervového systému. Samozřejmě že k vnitřním příčinám se řadí i diabetes mellitus a DNA což jsou onemocnění způsobené poruchou látkové výměny. Mezi onemocnění infekčního původu, které může zapříčinit vznik bércového vředu řadíme erysipel, osteomyelitis a různé mykózy. Příčinou vzniku může být i úraz to se nazývá posttraumatický vznik bércového vředu. Onemocnění má závažné sociální důsledky, jelikož často vede ke snížení pracovní neschopnosti a někdy k dlouhodobému vyřazení ze zaměstnání. (VOSMÍK, rok neuveden)

2.1 Etiologie ran v oblasti bérce

Rány cévně podmíněné (ulcus cruris)

- Žilní nedostatečnost (ulcus cruris venosum)
- Arteriální postižení (ulcus cruris arteriosum)
- Selhání mízního systému (ulcus cruris lymphaticum)

Rány autoimunitní

- Vaskulitidy (primární a sekundární)

Rány z neurogenních příčin

- Diabetická neuropatie
- Periferní nervová léze
- Obrny

Rány infekční

- Hluboké pyodermie a mykózy
- Celulitidy (eryseptel, nekrotizující fasciitida)
- Herpetické infekce
- Atypické mykobakterie
- Leishmanióza

Rány neoplastické

- Solitární kožní nádory
- Kožní metastázy
- Kožní lymfomy

Rány z metabolických příčin

- Amyloidosis
- Arthritis urica

- Necrobiosis lipodica diabetorum

Rány ze zevních fyzikálních příčin

- Mechanické, termické, chemické, aktinické
- Artefakty

Rány hematopatogenní

- Srpková anémie (NAVRÁTILOVÁ, 2010)

Žilní bérkový vřed

Příčinou vzniku u žilního bérkového vředu je nejčastěji hluboká žilní trombóza nebo tromboflebitida v anamnéze, obezita, pokročilý věk a dřívější výskyt bérkových vředů. Defekty mohou být zapříčiněné i bez zjevné příčiny, například nepatrným podrážděním pokožky, ze které se postupně vyvíjí mělký mokvající vřed. U žilního původu bérkového vředu bývají defekty hluboké, velmi rozsáhle a převážně mají nepravidelný okraj. Často hojně sekretují a jsou náchylné k infekci, díky které mohou i silně zapáchat. Spodina defektu bývá povleklá a je doprovázena rozsáhlým tuhým otokem, dilatované povrchové žíly, kůže je suchá, tenká a olupující se. V okolí defektu je viditelná hyperpigmentace, někdy se přidává dermatitida. Kožní změny okolí se pak mění do patřičného obrazu chronické žilní insuficience. Bérkové vředy žilního původu se převážně vyskytují na vnitřní distální straně třetiny bérce, není však výjimkou že se mohou vyskytovat i na jiných místech. Bolestivost u žilního bérkového vředu bývá mírná až střední. (www.lecbarany.cz), (KALNÝ, 2013)

Arteriální bérkový vřed

Arteriální vznik bérkového vředu vzniká na podkladě parciálního nebo cévního uzávěru, který podmiňuje velikost a rychlost šíření ulcerace. Příčina vzniku arteriálního bérkového vředu je nejčastěji ischemická choroba dolních končetin, onemocnění periferních a arteriálních tepen, diabetes mellitus a často vyšší věk pacienta. Výskyt mimo všech stran bérců může být i na nártách, prstech nebo patách. Nejprve se arteriální uzávěr projeví v postižené oblasti

kůže jako černohnědá nekróza. Následovně vzniká ulcerace se žlutými ke spodině lpějícími nebo mázdřítými povlaky. Pacienti s arteriálními vředy trpí na slabou, lesklou a suchou kůži na dolních končetinách. Viditelné jsou zhuštělé nehty na prstech u nohou a mizení ochlupení na končetině. Dolní končetina při zvýšené poloze bledne a při poklesu červená. Onemocnění doprovází velmi slabý až nehmatatelný puls na dolních končetinách. Dolní končetiny jsou velmi bledé a chladné. Arteriální bérkový vřed bývá velmi hluboký. Vzhledově je charakteristický pravidelnými okraji, hlubokou a bledou spodinou rány, celulititis a minimální exsudát, přítomnost gangrény, nebo nekrózy. Bolest, která doprovází tento typ vzniku bérkového vředu je značně bolestivá obzvláště v nočních hodinách. (www.lecbarany.cz)

Diabetický vřed

Diabetické vředy bývají na podkladě u dlouhodobě neléčených nebo špatně kompenzovaných diabetiků s periferní neuropatií. Syndrom diabetické nohy je nejčastější komplikací diabetes mellitus. Velmi častou formou syndromu diabetické nohy je Charcotova neuroosteoartropatie. Jedná se o neinfekční destrukce kostí a kloubů na podkladě neuropatie Charcotova v oblasti dolní končetiny. Projevem onemocnění v akutním stadiu je zejména otok a zarudnutí postižené nohy. Pokud není časně zahájena adekvátní terapie, pak dochází k destrukci postižených kostí a kloubů a následnému vzniku deformit nohy. Deformity pak zapříčiní rizika vzniku ulcerace a následně i amputace nohy. Ulcerace, která je založena na podkladě diabetes mellitus se objevuje na prstech dolních končetin, na ploskách, ale i na bérkách zvláště na předních a vnitřních stranách. Pacient s diabetickými vředy trpí ztrátou nebo sníženou citlivostí a deformitami na dolní končetině. Noha je teplá, pulz patrný, nastává atrofie podkožního tuku. Příčinou vzniku může být diabetická neuropatie, nebo změny postihující velké a malé cévy popřípadě jejich kombinace. Vývojem a vzhledem se velmi podobají ulceracím arteriálního původu. (HARTMANN, POSPÍŠILOVÁ 2004)

Posttraumatický bércový vřed

Tento typ bércového vředu je často doprovázen nekrózou měkkých tkání, poranění kostí a kloubů, značná ztráta tkáně. Bércové vředy posttraumatického nebo – li úrazového původu, vznikají v souvislosti s traumatem, následkem komplikací v průběhu traumatické léčby nebo počátkového podcenění závažnosti poškozené tkáně. Vznik je převážně způsoben závažnými otevřenými zlomeninami dolních končetin. V průběhu chronického léčení jsou vředy náchylné k infekci (POSPÍŠILOVÁ, 2004).

Bércové vředy nádorové příčiny

Růst nádoru pod kůží způsobuje narušení integrity tkáně a následně mohou vznikat ulcerace. U vředů, které jsou bez reakce na léčbu a jejich průběh se zhoršuje je zapotřebí tuto možnost zvážit. Typický vzhled je nepravidelná hloubka rány a tvaru, nekrózy a krvácení (HARTMANN).

3 VYŠETŘENÍ

Vyšetření se zahajuje na získané anamnéze od pacienta. Velký význam hraje rodinná anamnéza, kdy se zjišťují informace o rodinném výskytu onemocnění, dále osobní a sociální anamnéza. V současné době hraje velkou roli informace, kdy se onemocnění objevilo poprvé, délka hojení, recidivy a dodržování preventivních opatření. Nutné je i zhodnocení celkového stavu pacienta, kdy hodnotíme výživu, mobilitu, tělesné deformity apod.

Objektivně hodnotíme u bércevého vředu lokalizaci, velikost, okraje, spodiny, sekreci rány zápach a okolí rány. Vše musíme pečlivě zaznamenat do příslušné dokumentace.

Subjektivně udává pacient převážně své bolesti, pocity svědění, křeče v nohou.

Přístrojová vyšetření:

Doppler ultrazvukové vyšetření – neinvazivní ultrazvukové vyšetření, které zjišťuje uzávěr a nedomykavost chlopní hlubokého a povrchového žilního systému.

Izotopová flebografie – tato metoda nám sděluje průchodnost žilního systému a určení aktivity trombózy pomocí vpravení izotopové látky do těla.

Flebografie- provádí se až po využití všech neinvazivních vyšetřovacích metod v případě nedostatečně informujících výsledků před operací nebo při podezření na proběhlý zánět v hlubokém žilním systému. Rentgenové vyšetření žil s pomocí kontrastní látky za záměrem zjištění žilního uzávěru.

Digitální subtrakční angiografie – kontrastní rentgenové vyšetření tepen bércevého vředu, kde ve výsledcích předchozího klinického vyšetření a

vyšetření tepenného systému se nabízí indikace k cévní rekonstrukci, angioplastice nebo k amputaci. (POSPÍŠILOVÁ 2008),(BĚLOHLAVOVÁ 2014)

Funkční vyšetření žilního systému:

Trendelenburgův test – pacient leží na zádech a jeho dolní končetiny jsou v 30°, což způsobí žilní vyprázdnění a v tento moment se do horní části stehna přiloží škrťací obinadlo. Poté se pacient postaví a pokud se kolabovaná žíla naplní je to znamením nedomykavosti chlopní žil. Zrychlené a vydatné naplnění žilních městků shora dolů v povodí velké povrchové žíly po sundání škrťacího obinadla poukazují na nedomykavost jejich chlopní.

Pertesův test – tímto vyšetřením zjišťujeme nedomykavost chlopní a uzávěru hlubokých žil spojovacích. Pacientovi ve stoje přiložíme obinadlo pod koleno a minutu ho necháme chodit. Pokud je hluboký žilní systém nenarušen žilní městky se vyprázdní. Je-li náplň žil neměnná, svědčí to o nedomykavosti žilních spojek. Při výrazném naplnění žil, otoku a bolesti jde o uzávěr hlubokého žilního systému.(POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Funkční vyšetření tepen:

Test chůze- hodnotíme počátek bolesti při tzv. šetřící rychlosti chůze a vzdálenost kterou pacient ujde do skončení testu pro nesnesitelnou bolest.

Ratschova polohová zkouška – pacient v leže provádí pohyby připomínající jízdu na kole. Zblednutí kůže nejprve na ploškách dolních končetin poukazuje na poruchu tepenných uzávěrů. Tato polohová zkouška vede až k bolestem, které donutí pacienta zkoušku přerušit (POSPÍŠILOVÁ 2004)

Bakteriologické vyšetření:

Velkou roli hraje toto vyšetření u bércových vředů s povleklou spodinou a hnisavou sekrecí ke zjištění původce v ráně. Následně se dle kultivace a citlivosti nasazují antibiotika. Léčba u infekčních vředů je tím komplikovaná a prodloužená.

Léčba bércových vředů:

Základem úspěšné léčby je určení příčiny vzniku bércového vředu. Mnohé nám může napovědět zhodnocení vředu pohledem. Za účelem přesného stanovení se samozřejmě provádí vyšetření laboratorní, přístrojové, popřípadě vyšetření histopatologické.

Optimální varianta je taková, kdy jsou příčiny vředu odstranitelné. V takových případech dochází ke zhojení bércového vředu. Pokud se pacient aktivně podílí na prevenci, dá se očekávat příznivá prognóza bez dalších výskytů obdobných potíží.

U jedinců kde nelze příčinu odstranit nastupuje léčba symptomatická, konzervativní – užívání léků (venofarmak), které pozitivně ovlivňují stav žilního systému, léčba zevní kompresí s místním ošetřováním. U takových případů se prognózy různí, u někoho dojde ke zhojení bércového vředu u někoho je to o poznání komplikovanější.

Léčba chronických ran je častou sesterskou prací v agenturách domácí péče. Předpokladem pro toto ošetřování je nepřetržitý vzdělávání se v oblasti této problematiky. Všeobecná sestra se při ošetřování setkává s několika odlišnými druhy obvazového materiálu, kdy musí dokonale umět nejen použití, ale i komplikace a kontraindikace jednotlivého materiálu. Důležitou součástí při ošetřování bércového vředu v domácí péči hraje sociální prostředí. (BIZOŇOVÁ, SLONKOVÁ, 2013)

4 HOJENÍ RÁNY

Rána se hojí buď:

per primam – poškození jen malé množství tkáně, okraje jsou hladké, bez infekce

per secundam – komplikované dlouhodobé hojení s infekcí, trvající déle jak 6 týdnů, výsledkem je pak výrazná jizvy

Fáze hojení:

a) Fáze zánětlivá – tato fáze se nazývá také exudativní, využívá se zde obrana organismu před škodlivinami. Velkou roli hraje fagocytóza, což je shluk mrtvých buněk. Tato fáze brání hojení rány a je zdrojem infekce. Určité bakterie v povlaku mohou působit zápach, znehledňují spodinu rány. Vše je doprovázeno lokální bolestí.

b) Fáze proliferační – granulační (lůžko pro epitalizaci), nahrazuje deficitní tkáň. V této fázi se tvoří nové cévy. Granulace vyplňuje ránu, tuto fázi je nutno podpořit v hojení a dbát na to, aby se neporanila.

c) Fáze epitelizační – fáze kde se tvoří nové výstelky v poškozeném místě, je podmíněna stupněm granulace. Zároveň probíhají strukturální změny ve škáře a za pomoci kolagenních vláken se rána zpevňuje a mění se v jizevnatou tkáň.

d) Fáze reparační – remodelační – definitivní jizva (PEJZNOCHOVÁ, 2010, BĚLOHLAVOVÁ 2014)

U starých nemocných lidí je proces hojení více komplikovaný

Ze všech faktorů se jedná především o věk pacienta, jelikož stárnutí zpomaluje proces hojení. Tito pacienti trpí poruchou imunity, polymorbiditou, diabetem a cévními poruchami. Nedostatečná výživa u geriatrických pacientů má také nepříznivý vliv na proces hojení. Špatná výživa snižuje imunitní systém (PEJZNOCHOVÁ, 2010)

5 SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ RAN

Každý defekt je individuálního charakteru a zhojení závisí na odborném ošetření a určitých okolnostech. Zejména chronické rány, které vyžadují od ošetřujícího personálu hodně nápaditosti a kreativity, jelikož obvazy je potřeba upravovat dle dané situace, tak aby bylo dosaženo nejefektivnějšího účinku dle aktuálních standartu.

Ošetřující personál často využívá vlastní originalitu k ošetření ran, které přizpůsobuje daným situacím, velikostí nebo umístění rány. Produktů a různých množství ošetření je velké množství.

Možnosti ošetření jsou velice pestré a zkušenosti ošetřujícího personálu různé. Personál využívá své zkušenosti jak u výběru optimálního tvaru materiálu a fixace obvazu na problematických místech tak u přiložení interaktivního krytí, obložení rány při ulceracích apod. (HARTMANN 2008)

Chyby při ošetření bércových vředů:

Při hojení hraje velkou roli ošetřování bércového vředu. V současné době kromě klasických mastí a obkladů je k nabídce celá řada prostředků k zevní léčbě bércového vředu. Úspěšnost léčby se neodvíjí jen od použitého přípravku, ale také od kvalitní péče, kterou sám sobě nemocný věnuje. V první řadě jde o nedostatečnou edukaci.

Mnohdy panují mylné přesvědčení o způsobu ošetřování. Například nanášení zbytečně mnoho masti, která se dostává do okolí, kde dráždí kůži nebo způsobuje další nežádoucí reakce. Množství masti musí odpovídat velikosti a hloubce defektu a hojnosti mokvání. Další chybou může být naopak

šetření obvazovým materiálem. Dále také nedostatečná hygiena postižené končetiny (HOLÁ M. rok neuveden, NAVRÁTILOVÁ 2010)

Správné ošetření bércových vředů:

Vřed sprchujeme vlažnou vodou shora dolů. Okolí vředu sušíme měkkým ručníkem. Na vřed přikládáme gázu smočenou v obkladovém roztoku a necháme působit asi 20 minut. V případech kdy se vřed léčí metodou, kdy se okolí ošetřuje zinkovou pastou nebo zinkovým olejem, popřípadě potřeby jiným prostředkem, aby byla kůže chráněná před nežádoucím účinkem sekretu z rány a mastí, které se na spodinu vředu aplikuje (ANON)

Přiložení krytí na rány

Všeobecně je v jakémkoli případě nutno dodržovat tyto principy:

- pracovat v hygienickém prostředí přísně asepticky
- pokud je nutno upravit sterilní krytí ran, používat sterilní nůžky a pinzety
- při zacházení s krytím udržovat od pacienta, takovou vzdálenost aby nedošlo ke kontaminaci
- předcházet křížové infekci
- před a po výměně obvazu je nutno vyměnit si rukavice a dezinfikovat ruce a v případě potřeby i během průběhu ošetření
- ran a okolí se dotýkat pouze v rukavicích

Fixace krytí ran na dolní končetině

- na dolní končetinu přiložíme neelastický hadicový obvaz a obkládáme vatou
- při fixaci kompresů je potřeba natáhnout na nohu obinadlo, přes ně pak navinout několik vrstev vaty a obvaz pak přetáhnout zpět přes vatový obvaz a zafixovat
- fixace chrání a šetří pokožku a syntetická vata ručí ochranu i ve vlhkém stavu

Kompresní obvaz

- tento druh obvazu hraje velkou roli při ošetření ran venózního nebo lymfatického původu
- kompresivní obvaz je tvořen krátkotažnými obinadly, které jsou základem v ošetřování
- obvaz napomáhá zpětnému proudění krve v cévním a lymfatickém řečišti a brání tím hromadění tekutin v dolních končetinách náchylných k otékání
- obvaz je nepoddajný a tím tvoří pevnou oporu pro stavební pumpu

Péče o pokožku

- nedílnou součástí péče o dolní končetiny je péče o pokožku, protože u starší pokožky je zcela zásadní podmínkou udržení pokožky v dobré kondici
- z dermatologického pohledu jsou pro předcházení poškození důležité tyto aspekty: pečlivé a zároveň šetrné čištění, dále následuje vytvoření účinné ochrany a celková regenerační péče o pokožku
- s lahvičkou manipuluje v dostatečné vzdálenosti od pacienta
- připravíme si mulový kompres a prostředek určený k ošetření pokožky vytlačíme na něj
- následně aplikujeme na pokožku a roztíráme rukou (vždy používáme rukavice)
- tento způsob nanášení brání k zanešení choroboplodných zárodků a křížové infekce (MRSA)
- neaplikujeme velké množství krému, pokožka musí i po aplikaci přípravku dýchat
- při aplikování krému na dolních končetinách nezapomínáme rozetřít krém mezi prsty z důvodu vlhnutí pokožky a macerace (HARTMANN 2008)

5.1 Přehled moderních obvazových materiálů

Savé kompresy:

Sterilux ES – používáme ho jako kompres a tampón, dále se využívá jako sekundární krytí u ran s mastným kompresem

Zetuvit- kombinovaný kompres s vysokou savou schopností je zvolen k ošetření výrazně secernujících ran a k podložení. Netkaný textil přiložený k ráně zabraňuje přilepení krytí k defektu.

Medicomp- Kompresy jsou určeny k ošetření ve všech lékařských oborech, použití může být s mastným kompresem nebo jako sekundární krytí rány (HARTMANN 2008).

Léčebné materiály:

Actisorb plus – tento typ obvazu obsahuje aktivní uhlí a stříbro a byl vyvinut pro ošetření infikovaných a exsudujících ran. Aktivní uhlí pohlcuje bakterie a zachycuje molekuly způsobující zápach. Stříbro pak ničí mikroorganismy. Actisorb pokládáme na rány jakoukoliv stranou. Hluboké rány je možno Actisorbem tamponovat. Na ráně může zůstat 3-7 dní a podle potřeby lze měnit jen krycí obvaz. V ojedinělých případech se doporučuje zpočátku léčby měnit Actisorb každých 24 hodin. Nedoporučuje se Actisorb stříhat, jelikož jeho vlákna by se mohla dostat do rány a následně obarvit defekt. (ACTISORB PLUS)

Inadine- jedná se o obvaz s obsahem jódu (10 % povidone-jodu), polyetylénglykolem a purifikovanou vodou. Molekula povidonu způsobuje rovnoměrné uvolnění jódu, polyetylénglykol zas zajišťuje vhodné prostředí, které umožňuje jódu cestu k bakteriím v ráně. Jeho využití je jak při akutním povrchovém poranění a to i v případě, že došlo k infekci tak i při ošetřování ulcerózních ran. Obvaz lze upravovat do požadovaných velikostí a dbát na sejmutí krycích folií. Inadine se vyznačuje sytým oranžovým zbarvením. Pokud nastává vyblednutí barvy je to indikací k výměně obvazu. (INADINE)

Nu-gel- vytváří vlhké prostředí pro léčbu ran a snadné vyčištění. Obsahuje hydrogel s alginátem. Nu-gel je k dostání v ampulích s množstvím dle velikosti rány Ampulky umožňují přesnou aplikaci gelu na povrchové nebo hluboké rány. Aplikace je na jednorázové použití. V ráně můžeme Nu-gel

ponechat až 3 dny, pokud exsudát neprosakuje přes sekundární obvaz.(NU-GEL)

Promogan- účinnost spočívá v absorpci volných radikálů, podpoře proliferaci fibroplastů a podpoře vlhkého hojení ran. Před použitím Promoganu, by měla být odstraněna buď chirurgicky nebo autolyticky (Nu-gel) nekrotická tkáň. V případě infekce v ráně použít antimikrobiální terapii (Actisorb Plus). U suchých nekrotických ran je zapotřebí Promogan zvlhčit fyziologickým nebo Ringerovým roztokem, přemění se v gel a plně se vstřebává 1-3 dny. (PROMOGAN)

Tielle- volba tohoto obvazu je indikována při slabém nebo středně silném exsudátu. Obvaz obsahuje bakteriální bariéru, savou vrstvu, hydrolymel a je odolný vůči vodě. Lze jej na ráně ponechat až 7 dní dle množství exsudátu.(TIELLE)

Silvercel hydroalginate- obsahuje hydroalginátová vlákna a vlákna impregnovaná stříbrem. Má o 37% vyšší absorpční kapacitu a okamžitě absorbuje exsudát a trvale uvolňuje stříbro, které má silné antiseptické vlastnosti a široké spektrum účinnosti (aerobní, anaerobní bakterie, plísně, houby) Nástup účinku během 15 minut, nebarví ránu ani okolí, je šetrný vůči vytvořené tkáni a jeho výměna je bezbolestný a jednoduchá. Frekvence výměny závisí na množství exsudátu a stavu rány, převážně se ponechává 2-3 dny.(SILVERCAL HYDROALGINATE)

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M. GORDONOVÉ

Tab. 1 Identifikační údaj

Jméno a příjmení: M. P.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1923	Věk: 92
Adresa bydliště a telefon: vesnice nedaleko Mělníka	
Adresa příbuzných: dtto	
RČ: 23****/***	Číslo pojišťovny:111
Vzdělání: základní	Zaměstnání: důchodce
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 21. 6. 2014	Typ přijetí: následná péče
Oddělení: Domácí péče Farní charita Neratovice	Ošetřující lékař: MUDr. *****

Důvod přijetí udávaný pacientem: *Paní doktorka mi nabídla domácí ošetřování, jelikož já vzhledem k mému věku a špatné pohyblivosti nemohu defekt ošetřit. Rodina mě nemůže každý den doprovázet k lékaři a pro mě je doprava vyčerpávající.*

Medicínská diagnóza hlavní: poúrazový bérkový vřed

Medicínské diagnózy vedlejší: hypertenze na medikaci, osteoporóza

Tab. 2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu dne 21. 6. 2014

TK: 150/90	Výška: 175 cm
P: 66/min	Hmotnost: 71 kg
D: 18/min	BMI: 22 (norma)
TT: 36,6	Pohyblivost: s doprovodem, chůze o 1 FH
Stav vědomí: při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: orientovaný
Řeč, jazyk: srozumitelné	Krevní skupina: nezjištěna

Nynější onemocnění:

Pacient s chronickým defektem v oblasti levého hlezna. Před 79 roky v 11 letech otevřená tříšživá fr. Hlezna, opakovaně operován. Dosaženo pantalární dězy v uspokojivém postavení. Občasná fistulace v oblasti zevního kotníku. Asi před 9 měsíci se otevřel rozsáhlejší defekt, který přetrvává dosud.

Informační zdroje: Od pacienta, od rodiny, dokumentace domácí péče, lékařské zprávy.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela v 78 na CMP

Otec: léčil se se srdcem

Sourozenci: nemá

Děti: dcera (bydlí na Moravě), syn (bydlí ve stejné vesnici)

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: v dětství a mládí vážněji nestonal, těžká fraktura v 11 letech, běžné záněty horních dýchacích cest, častější úrazy, operace kýly a APPE v dětství, žaludek 1975- vřed duodena, prodělal hepatitis typu C, infarkt myokardu v roce 1999, stav po TIA v průběhu IM, hypertrofie prostaty, operace katarakty 2006, ERCP v roce 2012 pro oboustranný ikterus

Hospitalizace a operace: hospitalizován několikrát (přesně neví), v roce 2012 hospitalizace pro oboustranný ikterus

Úrazy: těžká fraktura v 11 letech, pak drobné častější úrazy

Transfúze: neví

Očkování: běžné

Tab. 3 Léková anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Purinol	Per os, tbl.	300 mg	0-1-0	Antirevmatika, antiflogistika, antiuratika
Betaloc ZOK	Per os, tbl.	25 mg	1-0-0	Antihypertenziva
Medostatin	Per os, tbl.	20 mg	0-0-1	Hypolipidemikum
Moduretic	Per os, tbl.	neuveдена	1-0-0	Diuretika
Warfarin	Per os, tbl.	3 mg	Dle hodnot INR	Antikoagulancia
Tamurox	Per os, tbl.	neuveдена	0-0-1	Urologikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky:0

Potraviny:0

Chemické látky:0

Jiné:0

Abúzy

Alkohol: nepije

Kouření: 10 let nekouří, předtím i 20 cigaret denně

Káva: nepije

Léky: užívá jen předepsané lékařem

Jiné návykové látky: neužívá

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA

Překonaná urologická onemocnění: hypertrofie prostaty

Samovyšetření varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: 14. 1. 2015

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v bytě 3. patro s výtahem

Vztahy, role a interakce: dobré - syn ho navštěvuje každý den nebo se střídá se svojí manželkou. Dcera dojíždí z Moravy a u rodičů je tak týden v měsíci. S manželkou mají krásný vztah, vzájemně si vypomáhají.

Záliby: rád se stará o květiny, poslouchá dechovku, šije

Volnočasové aktivity: žádné

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: VŠ

Pracovní zařazení: učitel

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: asi 27 let, do důchodu v 62 letech

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: přiměřeny době

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: není věřící

Tab. 4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	<i>S: Hlava mě nebolí.</i> O: Hlava normocefalická, bez deformit, pokleповě bolestivá – v týlní části, výstup nervus trigeminus nebolestivý, cítí na obličejí bez poruch.
Oči	<i>S: Používám brýle jak na blízko tak na dálku.</i> O: Bulby bez nystagmu, ve středním postavení, bez diplopie, nosí brýle na blízko i dálku, skléry bez ikteru. Bez sekrece.
Uši, nos	<i>S: Bez problému</i> O: Nos bez sekrece. Uši bez sekrece, pacient hůře slyší, používá naslouchátko.

Rty	S: <i>V pořádku.</i> O: Růžové rty.
Dásně, sliznice dutiny ústní	S: <i>Nemám problém.</i> O: Sliznice růžové, bez zarudnutí. Bez poruchy krvácení.
Jazyk	S: <i>Bez potíží.</i> O: Jazyk bez povlaku, plazení středem.
Tonzily	S: <i>Nepocítuji bolesti.</i> O: Nebolestivé, pohmatově nezvětšeny.
Chrup	S: <i>Mám zubní protézu, vše je bez problému.</i> O: Umělý chrup – dolní i horní patro.
Krk	S: <i>Nemám problémy.</i> O: Krk bez deformit, souměrného vzhledu. Pulzace na a. carotis souměrná, oboustranně hmatatelná.
Hrudník	S: <i>Bolesti na hrudi nemám.</i> O: Hrudník souměrný, bez deformit.
Plíce	S: <i>Nepocítuji žádné potíže, dýchá se mi dobře.</i> O: Dýchání čisté, poklep nad plícemi jasný.
Srdce	S: <i>Léčím se s vysokým tlakem.</i> O: Krevní tlak okolo 160/90.
Břicho	S: <i>Břicho mě nebolí.</i> O: Břicho bez bolesti, nevyklenuté.
Játra	S: <i>Problémy s játry nemám.</i> O: Játra nezvětšena.
Slezina	S: <i>Slezina mě nebolí.</i> O: Slezina nezvětšena.
Genitál	S: <i>Nemám potíže.</i> O: Bez změn.
Uzliny	S: <i>Nepocítuji žádné potíže.</i> O: Uzliny nezvětšeny, bez bolesti.
Páteř	S: <i>Bolí mě záda v kříži, špatně se ohýbám.</i> O: Vzhledem k věku bolesti páteře přiměřené.
Klouby	S: <i>Klouby mě bolí, ale to přikláním stáří.</i> O: Omezená pohyblivost při chůzi.

Reflexy	O: Zornice izokorické reagující na světlo.
Čítí	S: <i>Špatně slyším, musíte mluvit nahlas. Brýle nosím denně.</i> O: Pacient hůře slyší, má naslouchátko. Brýle nosí na blízko i dálku. Chuť, čich hmat v normě.
Periferní pulzace	O: Pulzace na hkk i dkk hmatné.
Varixy	S: <i>Nikdy jsem neměl problém.</i> O: Varixy mírné na PDK.
Kůže	S: <i>Nemám problémy z kůží, jen dolní končetiny mám suché a okolo bércového vředu kůži zarudlou.</i> O: Kůže hydratovaná, dolní končetiny pravidelně promazávány. Zarudlé okolí vředu ošetřováno dle indikace lékaře. Nehty bez tvarových odchylek.
Otoky	O: <i>Mám oteklou převážně levou končetinu, ale jen někdy.</i> S: Dolní končetiny občas oteklé.

Tab. 5 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II
Posouzení ze dne 12. 2. 2015

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně – <i>občas přemýšlím nad tím, že vzhledem k mému věku už jsem nepotřebný a nevěřím tomu, že se mi rána zhojí.</i></p> <p>Objektivně – pacient má velkou podporu ze strany rodiny, snaží se vše vykonat sám, aby co nejméně potřeboval pomoc druhé osoby.</p> <p>Ošetřovatelský problém: není</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolizmus • Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Snažím se jíst pravidelně, mám rád maso. Denně mám teplé obědy. Na stolicí chodím obden, problémy nemívám. Občas mám nadmuté břicho. Piju málo, necítím potřebu, hlídáme se s manželkou navzájem.</i></p> <p>Objektivně: Pacient má dostatek jídla, dle informací od rodiny sní k obědu menší porce.</p>

	<p>Vypije cca 1,5 l tekutiny během dne. Někdy je příjem tekutin slabší, pacient musí být pod dohledem. BMI v normě. Nemá prokázané žádné metabolické onemocnění.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Nutnost dohledu nad pitným režimem</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: <i>Na malou chodím častěji. Na noc mám takové kalhotky, někdy mívám únik moči. Když se v noci vzbudím a chce se mi na malou, mám u postele bažanta. Syn mi ho koupil, nechce abych v noci chodil přes celou chodbu na toaletu. Občas se motám. Na stolici chodím obden někdy jednou za dva dny. Stolicí mívám pevnou. Občas se cítím nafouklý. Kůži mám už slabou. Dýchá se mi momentálně dobře, jen nemohu ujít delší vzdálenost, to se skoro pokaždé zadýchám.</i></p> <p>Objektivně: Problémy s vyprazdňováním neuvádí, informace od rodiny potvrzují četnost močení. Používá inkontinentní pomůcky někdy i během dne. Břicho mírně zdvižené na pohmat nebolestivé. Kůže papírová, suchá bez lesku a opocení. Dýchání čisté, bez značných obtíží</p> <p>Ošetrovatelský problém: Únik moči</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: <i>V podstatě odpočívám celý den v mém věku už moc práce neudělám. Když mám dobrý den je hezké počasí a nemám velké bolesti bércového vředu, jdu se projít i ven. Musí semnou někdo jít. Jinak se snažím pohybovat doma, mám tu francouzské hole i chodítko. V noci se budím a nemohu spát, mívám bolesti v oblasti bércového</i></p>

	<p><i>vředu. Ráno jsem pak unavený, po obědě si vždy lehnu. Mívám problémy s tlakem, občas se mi motá hlava.</i></p> <p>Objektivně: Pacient mobilní v rámci bytu pomocí chodítka. Chůze v jiném prostředí vždy s pomocí druhé osoby. Na spánek si stěžuje často. Spánek narušený z důvodu bolesti- řešen analgetiky dle doporučení lékaře lékaře.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Zhoršená tělesná pohyblivost (00085), Nespavost (00096)</p> <p>Priorita: nízká</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>Vím co je za den i rok, občas zapomínám takové ty normální.</i></p> <p>Objektivně: Pacient orientovaný časem i místem. Komunikace bez omezení.</p> <p>Ošetrovatelský problém: není</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Už jsem starý a občas si říkám, že jsem k ničemu, ale mám rodinu a jsem rád za každou chvíli, kterou s nimi mohu trávit. Jsem vděčný za to, že jsem se dožil pravnoučat.</i></p> <p>Objektivně: Pacient má ohromnou podporu rodiny, která jeví velký zájem. Pacient je optimistický.</p> <p>Ošetrovatelský problém: není</p>
<p>7. Vztahy mezi rolmi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Každý den máme návštěvy, málokdy se stane, že jsme s manželkou celý den sami. Syn se o nás hezky stará, dcera k nám jezdí co může, bydlí na Moravě.</i></p> <p>Objektivně: Rodina aktivně zapojena, spolupracuje.</p> <p>Ošetrovatelský problém: není</p>

8. Sexualita <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	Objektivně: vzhledem k věku pacienta, nedotazováno.
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	Subjektivně: <i>Nestresuji se, proč taky. Jsem rád, jak na tom jsem a za podporu mé rodiny.</i> Objektivně: Pacient si nestěžuje, bez problému. Občas obavy ze zhojení defektu. Ošetřovatelský problém: není
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/přesvědčení/jednání 	Subjektivně: <i>Nejsme nábožensky založený.</i> objektivně: Bez víry. Ošetřovatelský problém: není
11. Bezpečnost – ochrana <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	Subjektivně: <i>O defekt se nestarám, vše nechávám na Vás a doporučení pana doktora.</i> Objektivně: Pacient s převazy čeká na sestřičky z domácí péče. Je seznámen s riziky vzniku infekce. Ošetřovatelský problém: Bércový vřed na DK Priorita: střední
12. Komfort <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	Subjektivně: <i>Hygienu provádím každé ráno. S úklidem nám pomáhá snacha, vnoučata a dcera. Při velké námaze mi otékají nohy a mívám bolesti v oblasti bércového vředu, zejména k večeru.</i> Objektivně: Pacient pociťuje tělesnou čistotu. Je vždy upravený a má potřebu se o sebe starat. Sociální podmínky jsou vyhovující. Bolest chronického rázu řešena analgetiky dle ordinace lékaře. Ošetřovatelský problém: Bolest Priorita: nízká

13. Růst/vývoj <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	Objektivně: nedotazováno
---	---------------------------------

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: 1x měsíčně odběr na QUICK, 3x týdně kontrola krevního tlaku a pulsu, PO-ST-PA převazy bércového vředu dle ordinace lékaře.

Výsledky z 13. 12. 2014

BIOCHEMIE -

Urea 13,0 | ()**

CK 1,63 | (*)

Kreatinin 152 | ()**

Cholesterol HDL 1,25 | (*)

Kyselina močová 288 | (*)

Cholesterol LDL 2,23 | (*)

Bilirubin celkový 20,9 | ()*

ALT 0,50 | (*)

AST 0,28 | (*)

GMT 0,17 | (*)

ALP 1,03 | (*)

KREVNÍ OBRAZ :

Leukocyty 6,5 | (*)

Erytrocyty 3,99 | * ()

Hemoglobin 128 |* ()

Hematokrit 0,390 | * ()

Trombocyty 165 | (*)

INR 2,76 | ()**

Konzervativní léčba:

Dieta: s omezením tuku

Výživa: perorální

Pohybový režim: s omezením

RHB: cvičí sám

Medikamentózní léčba: viz. léková anamnéza

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 12. 2. 2015

Pacient M.P. 92 let byl přijat do domácí péče před $\frac{3}{4}$ rokem pro převazování bércového vředu na levé dolní končetině. Otevřená rána ho doprovázela skoro 50 let v různých fázích. Dříve si defekt ošetřoval sám a docházel na pravidelné kontroly k lékaři. Nyní není schopen docházet k lékaři a bylo mu doporučeno nechat si převazovat defekt v domácím prostředí všeobecnými sestrami. Chodí na pravidelné kontroly do chirurgické ambulance s doprovodem rodinných příslušníků. Z počátku byl defekt v domácím prostředí převazován 7x týdně, nyní pro zlepšení 3x týdně. Pacient bydlí s manželkou v bytě. Každý den mají návštěvu rodiny. Byt je uzpůsobený k věku jeho obyvatelům, hygienické prostředí na dobré úrovni. Pacient je seznámen s ošetřováním a na léčbu pečlivě dbá. Občas má bolesti (4), ale jak sám říká, už je zvyklý a až v nejvyšší bolesti užívá analgetika. K jeho věku je velmi schopný a výborně vypadá. Jediné co ho trápí je bércový vřed. Rodina je zapojena v různé míře a všichni členové se zapojují dle svých možností. Panu M.P. je dle ordinace lékaře 1x měsíčně odebrána krev na vyšetření QUICK. Nad užíváním léků a dostatkem ošetřujícího materiálu má dohled rodina. Komunikace a spolupráce je výborná. Pacient je dobře živěn a kontrolován v příjmu potravy. Syn s manželkou bydlí naproti v bytě, oba jsou důchodového věku a s rodiči tráví hodně času.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit dne 12. 2. 2015

Aktuální sesterské diagnózy NANDA 2012-2014

1. Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)
2. Funkční inkontinence moči (00020)
3. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
4. Nespavost (00096)
5. Narušená integrita tkáně (00044)
6. Chronická bolest (00133)

Potencionální sesterské diagnózy NANDA 2012- 2014

1. Riziko infekce (00004)

Následně jsou rozepsány aktuální sesterské diagnózy:

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)

Doména: 2

Třída: 5 Hydratace

Definice: Riziko snížení objemu intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Týká se to rizika dehydratace, samotné ztráty vody beze změny (v koncentraci) sodíku.

Určující znaky: oslabený pocit žízně ve stáří

Související faktory: celková slabost, změna a množství koncentrace moči, zpomalení žilní náplně, snížení turgoru kůže, suchá kůže, suché sliznice

Rizikové faktory: Nedostatečné znalosti, věkové extrémny

Cíl:

Krátkodobý: Pacient je seznámen s riziky dehydratace (do 1. týdne)

Dlouhodobý: Pacient nejeví známky dehydratace po dobu DP (po celou dobu)

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe důležitost udržení objem tekutin v organismu a normální úrovni, projevující se vyváženým příjmem a výdejem tekutin (do 1. týdne)
- Pacient zná množství a typ tekutin, které má konzumovat (první den)
- Pacient zná možné komplikace a rizika (první den)
- Pacient dbá na hydrataci kůže a sliznic (do 1. týdne)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zjistí všechny chorobné stavy, které mohou vyvolat dehydrataci pacienta (všeobecná sestra, do 1. dne a dále dle potřeby)
2. Sleduj vitální funkce pacienta především kvalitu pulsů (všeobecná sestra, denně)
3. Pouč pečovatele i pacienta o důležitosti hydratace (všeobecná sestra, do 1. dne a dále dle potřeby)
4. Zajisti dostatečný přísun tekutin pacientovi (pečovatel, všeobecná sestra, vždy)
5. Sleduj kožní turgor, suchost sliznic, koncentraci moče, stavy zmatenosti (všeobecná sestra, vždy)
6. Informuj pacienta o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin a omezení nápojů jako je černá káva, čaje a alkohol (všeobecná sestra, průběžně)
7. Pečuj o hygienu dutiny ústní (pečovatel, všeobecná sestra, vždy)

Realizace: 13.2.2015 7,00 Každé ráno po příchodu všeobecné sestry je změřen pacientovi krevní tlak a puls. Poté se prohlédne stav kůže a sliznic. Dohlíží se na ranní hygienu a dbá na kontrolu stavu kožního turgoru. Pacient je dotazován, zda byl na toaletě a jaká byla barva moči. Překontroluje se pacientův ranní příjem tekutin. Sestra dbá na edukaci v nutnosti pitného režimu. Zároveň edukuje rodinu o dodržování pitného režimu.

Hodnocení: Cíle splněny částečně, jelikož vyžadují časté edukování a opakování. Vzhledem k trvání cílů je potřeba opakovat intervence 2, 4, 5

Celkové zhodnocení péče: Pacient vzhledem k svému věku nepociťuje

potřebu pít, snaží se na to myslet, ale je důležité mu to neustále opakovat.

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Funkční inkontinence moči (00020)

Doména: 3

Třída: 1, Funkce močového systému

Definice: Neschopnost normálně kontinentní osoby dojit na toaletu včas, aby nedošlo k neúmyslnému úniku moči.

Určující znaky: Čas potřebný k dojití na toaletu přesahuje čas mezi pocitem potřeby vyprázdnit močový měchýř a jeho nekontrolovatelným vyprázdněním

Související faktory: Oslabené svalové dno pánevní, změněné okolní faktory

Rizikové faktory: Nečekaný únik moči, narušení kožní tkáně

Cíl:

Krátkodobý - Pacient bude umět využívat inkontinentních pomůcek (do 1. týdne)

Dlouhodobý- Pacient bude umět zaznamenávat výdej/příjem tekutin a omezí tekutiny s diuretickými účinky (do 1. měsíce)

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

- Pacient je seznámen s vyvolávajícími příčinami svého onemocnění (první den)
- Pacient zná všechny postupy, kterými lze toto onemocnění překonat a zmírnit následky (do 1. týdne)
- Pacient je informován o možnostech, kterými může svoji poruchu ovlivňovat a tím předcházet komplikacím (první den)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zjistí vyvolávající příčiny funkční inkontinence (všeobecná sestra, ihned)
2. Zjistí, v jaké míře pacientova inkontinence ovlivňuje jeho společenské

- uplatnění (všeobecná sestra, ihned)
3. Zjistí, zda je pacient schopen samostatného sběru moče a edukuj o důležitosti záznamu (všeobecná sestra, průběžně)
 4. Edukuj o důležitosti příjmu tekutin 1500- 2000 ml denně (pečovatel, všeobecná sestra, průběžně)
 5. Informuj pacienta, aby dvě až tři hodiny před spaním nepil (pečovatel, všeobecná sestra, průběžně)
 6. Informuj pacienta o vhodných pomůckách pro inkontinenci (všeobecná sestra, ihned)
 7. Pouč pacienta o diuretických účincích kávy, čaje a alkoholu a jejich následné omezení (pečovatel, všeobecná sestra, průběžně)

Realizace: 13. 2. 2015 7,30 Sestra hovořila s pacientem o problému inkontinence, používání inkontinenčních pomůcek a možnosti předepsání. Následně pacientovi vysvětlila jak inkontinentní pomůcky používat a měnit. Poradila mu vhodnou kosmetiku v péči o inkontinentní pacienty, která chrání kůži před zarudnutím a macerací. Názorně pacientovi ukázala, jak se má omýt, osušit a kosmetiku správně použít. Informovala ho o riziku infekce a upozornila, který příznak infekci značí. Hovořila s pacientem o nutnosti dodržování pitného režimu 1500-2000 ml za den a vysvětlila, jak kontrolovat příjem a výdej tekutin. Následně komunikovala s rodinnými příslušníky o pacientově psychické podpoře.

Hodnocení: Cíl splněn částečně, nutno neustále edukovat. Kůže v perianální oblasti nejeví známky zarudnutí otoku či macerace. Pacient dodržuje hygienické návyky a umí používat inkontinentní pomůcky. Vzhledem k dlouhodobému cíli intervence 3-5 přetrvávají.

Celkové zhodnocení péče: Pacient pochopil nutnost používání inkontinenčních pomůcek a nutnosti hygieny.

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 2 Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky: Snížená rychlost reakce, změny chůze, omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti

Související faktory: kontraktury, snížení svalové hmoty, bolest

Cíl:

Krátkodobý: Pacient aktivně vyhledává pohyb (do 1. týdne)

Dlouhodobý: Pacient umí využít pomocné prostředky k chůzi. (do 1. měsíce)

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

- Pacient zná vyvolávající příčinu snížené pohyblivosti a je seznámen s bezpečnostním opatřením (ihned)
- Pacient umí využít správné techniky k užívání berlí a zvládne bez pomoci druhé osoby chůzi po rovině (do 14. dnů)
- Pacient je schopen postupně vykonávat aktivity denního života (do měsíce)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Urči rozsah imobility dle klasifikace (všeobecná sestra, ihned)
2. Sleduj bolest pacienta při chůzi (všeobecná sestra, vždy)
3. Přecházej vzniku komplikací, které vznikají následkem imobility (pečovatel, všeobecná sestra, vždy)
4. Edukuj pacienta o možnostech využití pomůcek, pomoc mu s výběrem vhodné pomůcky (všeobecná sestra, ihned)
5. Motivuj pacienta k částečné soběstačnosti (pečovatel, všeobecná sestra,

vždy)

6. Dbej na pacientovu bezpečnost (pečovatel, všeobecná sestra, vždy)
7. Informuj lékaře o jakékoliv změně v mobilitě pacienta (všeobecná sestra, průběžně)
8. Nauč pacienta kondiční cvičení a podporuj ho psychicky (všeobecná sestra, vždy)

Realizace: 14. 2. 2015 7,45 Pacientovi a rodině byly vysvětleny nutné fyzické aktivity pro zlepšení mobility. Sestra edukovala pacienta i rodinu v důležitosti odstranění předmětů o které by si mohl způsobit zranění. Pacientovi bylo předvedeno názorné cvičení s jeho spoluprací. Názorné cvičení spočívalo v procvičení hlavy ze strany na stranu, dopředu dozadu a každý cvik byl proveden s pacientem opakovaně pětkrát. Poté jsme protáhli horní končetiny, uložili jsme pacienta na lůžko, zahájili cvičení s dolními končetinami, simulovali jízdu na kole, každou končetinou protahoval kotníky, natahoval DK – pohyb omezen. Dále bylo využito pomůcky overbal, která byla vložena mezi pokrčené DK a pacient mezi kolena overbal několikrát stlačoval. Poté jsme s pacientem overbal několikrát házeli. Procvičili jsme nácvik sedu a otáčení na lůžku. Pacientovi byly promazány emulzí dolní končetiny pro zlepšení cirkulace krve. Pacient byl edukován v nutnosti správného dýchání a to vše za přítomnosti rodiny, aby i bez mé přítomnosti dbali na cvičení a motivovali pacienta k soběstačnosti. Rodině i pacientovi byly podány informace o všech dostupných a podpůrných pomůckách. Rovněž byl proveden s pacientem nácvik chůze a rodina upozorněna na bezpečnostní opatření.

Hodnocení: Cíl krátkodobý splněn, dlouhodobý splněn částečně, pacient umí využívat imobilizačních pomůcek a je schopen se v rámci bytu pohybovat a vykonávat běžné denní činnosti.

Celkové zhodnocení péče: Rodina spolupracuje na bezpečnostním opatření. Pacient je motivován k soběstačnosti.

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Nespavost (00096)

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 1 Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování (organismu)

Určující znaky: Pacient uvádí potíže se spaním

Související faktory: Tělesný diskomfort

Cíl:

Krátkodobý: Pacient nemá viditelné příznaky nedostatku spánku (po 1.týdnu)

Dlouhodobý: Pacient se po probuzení bude cítit vyspalí a odpočatý (do 1. měsíce)

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

- Pacient zná vyvolávající příčiny, které způsobují nedostatek spánku (první den)
- Pacient zná důležitost rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem (do 1. týdne)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zjistí přítomnost faktorů přispívajících k nespavosti (pečovatel, všeobecná sestra, průběžně)
2. Zajistí prostředí vhodné pro spánek (pečovatel, všeobecná sestra, vždy před spaním)
3. Edukuj pacienta o spánkové hygieně (všeobecná sestra, průběžně)
4. Nepodávej pacientovi tekutiny dvě až tři hodiny před spánkem (pečovatel, všeobecná sestra, vždy před spaním)
5. Informuj lékaře o nespavosti pacienta (všeobecná sestra, ihned)

Realizace: 13. 2. 2015 8,00 Po rozhovoru s pacientem jsem zjišťovala příčiny noční nespavosti. Pacient spí přibližně hodinu po obědě. V noci se občas budí s bolestí bércového vředu. Doporučeno užít analgetika dle ordinace lékaře. Rodina i pacient edukováni o snížení příjmu tekutin před spaním. Pacientovi a rodině jsem zdůraznila nutnost aktivizace během dne, aby nemohl spát přes den a spal v noci. Psychicky jsem podpořila pacienta a zdůraznila rodině udržovat pacienta v psychické pohodě.

Hodnocení: Cíle nesplněny, vyžadují delší dobu trvání. Nutné intervence 1, 2, 3, 4 opakovat.

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Narušená integrita tkáně (00044)

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky kůže anebo podkožních tkání

Určující znaky: Poškozená tkáň

Související faktory: Mechanické faktory

Rizikové faktory: Infekce, otoky, bolest

Cíl:

Krátkodobý: Pacient umí bércový vřed ošetřovat a starat se o něj (do 1. týdne)

Dlouhodobý: Pacient má zhojený bércový vřed do dvou měsíců

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

- Pacient má neporušenou a dostatečně prokrvenou tkáň (do 3. měsíců)
- Pacient nepocituje bolest nebo je bolest korigována na hranici únosnosti (do měsíce)
- Pacient není ohrožen infekcí v ráně (do týdne)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Zjistí vyvolávající příčiny vzniku bércového vředu (všeobecná sestra, ihned)
2. Zaznamenávej a zhodnot' do příslušné dokumentace velikost, tvar, hloubku, bolest, okolí rány, sekreci, zápach, přítomnost infekce (všeobecná sestra, vždy)
3. Zhodnot' stav vyživení kůže (všeobecná sestra, vždy)
4. Podporuj psychicky pacienta i rodinu (všeobecná sestra, vždy)
5. Pečlivě sleduj proces hojení ran (všeobecná sestra, vždy)
6. Pravidelně převazuj defekt a udržuj kůži a okolí rány v čistotě a suchu (všeobecná sestra, vždy)
7. Při převazování postupuj přísně asepticky (všeobecná sestra, vždy)
8. Zajisti dostatečnou výživu s vysokým obsahem bílkovin a sleduj hydrataci pacienta (všeobecná sestra, pečovatel, ihned)
9. Informuj pacienta o nutnosti polohování končetiny během dne (všeobecná sestra, ihned)
10. Předcházej vzniku infekce, dbej na prevenci (všeobecná sestra, vždy)
11. Edukuj pacienta o důležitosti netísnící obuvi (všeobecná sestra, ihned)

Realizace: 13. 2. 2015 8,30 Pacient byl dotázán, zda nebyl na kontrole v chirurgické ambulanci a nemá předepsaný nový materiál nebo postup na převazování. Po ujištění, že je vše v pořádku byl připraven převazový materiál na místo převazu, kterým často bývá koupelna. V koupelně pomáháme pacientovi sundat kalhoty a posazujeme ho do sprchového koutu na židli. Následně si připravujeme pytel na biologický materiál, dvoje rukavice, obvazový materiál a chirurgické nůžky. V koupelně máme již svůj stoleček, kde si vše

pečlivě přichystáme. Připravíme psychicky pacienta na sundání obvazu. Když má pacient bolesti užívá před převazem analgetika dle ordinace svého praktického lékaře. Umyjeme si ruce, navlečeme rukavice a poté následuje samotné sundání starého převazu. Kontrolujeme sekreci, zápach a léčebný materiál a hodnotíme v jakém je stavu. Mezitím je pacient dotázán, zda nepociťuje bolest při sundání. Biologický materiál odkládáme do příslušného pytle. Nastavíme požadovanou teplotu a sprchujeme končetinu a zároveň omýváme čtverečkem lehkými tahy ránu po dobu asi 5 minut. Následně končetinu osušíme jednorázovými utěrkami, které vyhazujeme k biologickému materiálu. Pacient si přesedne ze sprchového kouta na židli, kde má pod končetinou savou podložku. Sundáme rukavice, které vyhodíme do pytle s biologickým odpadem, který následně uzavřeme. Umyjeme si ruce a navlékneme čisté rukavice a poté přiložíme pacientovi obklad s přípravkem DebriEcasan na ránu a necháme působit 10 minut. Mezitím si s pacientem povídáme edukujeme o důležitosti pitného režimu, stravě s obsahem bílkovin a riziku infekce bércového vředu. Mezitím si připravíme vše na následující převaz. Poté pacientovi sundáme obklad, promažeme obě končetiny hydratačním krémem, zkontrolujeme ránu, zhodnotíme velikost, vzhled, okraje. Pak začínáme se samotným převazem a dbáme na aseptický přístup. Okolí bércového vředu promažeme zinkovou pastou v tenké vrstvě a dbáme na pečlivost, aby se pasta nedostala do rány. Poté přiložíme dle velikosti rány Ag, které zvlhčíme DebriEcasanem a následně přiložíme sterilní čtverce jako krytí. Při velké sekreci použijeme Zetuvit a vše převážeme obinadlem, které ke konci přelepíme náplastí. Konečná fáze je důkladná bandáž.

Hodnocení: Defekt o velikosti 5x5 cm a hloubce 0,2 cm – okolí mírně zarudlé, okraje ohraničené, střední sekrece, mírný zápach. Aplikace obkladu s DebriEcasanem, do rány Ag, sterilní krytí, zetuvit, obinadlo, bandáže dolních končetin.

Cíle splněny částečně - pacient nezvládá převazy a prognóza zhojení je prodloužena. Nutné stále opakovat intervence 2, 5, 6 , 7, 9, 10.

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

Název + kód: Chronická bolest (00133)

Doména: 12 Komfort

Třída: 1 Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný pomocí termínu pro takové poškození, náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávaného nebo předvídatelného konce s trváním delším než 6 měsíců.

Určující znaky: Změny ve vzorci spánku, únava

Související faktory: Chronické psychosociální postižení

Cíl:

Krátkodobý: Pacient využívá vhodné prostředky a úlevové polohy, které mu pomáhají od bolesti do 1. týdne.

Dlouhodobý: Pacient nemá bolesti v době ukončení DP.

Priorita: Nízká

Očekávané výsledky:

- Pacient zná vyvolávající příčiny bolesti a je schopen si sledovat bolest (od 1. týdne)
- Pacient zná úlevové polohy (do 1. týdne)
- Pacient má klidný bezbolestný spánek (do 1. měsíce)
- Bolest je odstraněna (do 1. měsíce)

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1. Vyslechni pacienta a se zájmem mu naslouchej (všeobecná sestra, pečovatel, průběžně)
2. Akceptuj a uznej bolest udávanou pacientem (všeobecná sestra, ihned)
3. Zhodnoť intenzitu bolesti podle určitých stupnic (všeobecná sestra, ihned)
4. Zhodnoť vliv bolesti na spánek (všeobecná sestra, ihned)

5. Edukuj pacienta o vhodných prostředcích a úlevových polohách (všeobecná sestra, 1. den a dále dle potřeby)
6. Podávej léky tlumící bolest dle ordinace lékaře a potřeby pacienta (všeobecná sestra, vždy)
7. Sleduj účinek tlumících léků (všeobecná sestra, vždy)
8. Bolest jiného typu oznam lékaři (všeobecná sestra, ihned)
9. Pomoz pacientovi najít vhodnou polohu a zajisti mu pohodlí (pečovatel, všeobecná sestra, vždy)

Realizace: 13. 2. 2015 9:00 Hovořila jsem s pacientem o intenzitě bolesti a vyslechla ho. Bylo mi řečeno, že bolest (intenzita 4 na škále 0-10) je střídavé intenzity a v noci ho občas ruší ze spánku. Jsou i dny, kdy je pacient bez bolesti. Pacienta jsem edukovala o vhodných prostředcích a úlevových polohách. Přes den vyhledává úlevových poloh, pokud je bolest únosná, snese to, jelikož dle jeho slov je zvyklý. Snaží se co nejméně užívat analgetika dle lékaře. Promluvila jsem si se synem a vysvětlila mu důležitost psychické podpory pacienta.

Hodnocení: Krátkodobý cíl splněn. Cíl dlouhodobý splněn částečně, jelikož bolest je občasná, střídavé intenzity. Pacient zná a chápe vyvolávající příčiny a je seznámen s dostupnými prostředky tlumící bolest. Nutné opakovat intervence 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Datum: 20. 2. 2015

Podpis: Volfová Michaela

Celkové zhodnocení péče:

V ošetrovatelské práci jsme se zaměřily na nejpodstatnější problémy pacienta, kterými jsou: funkční inkontinence moče, zhoršená mobilita, nespavost, chronická bolest. Podstatnou část ošetrovatelské péče jsme věnovaly ošetřování bércového vředu a prevenci komplikacím. Převážnou část ošetrovatelské péče vykonává u pana M. P. syn L., kterého jsem edukovala ve všech diagnózách. Syn zná všechny léčebné postupy, možné komplikace,

všechny vhodné pomůcky k ulehčení života pana M. P. a je seznámen s bezpečnostním manipulováním. Vše jsme společně sepsaly a podepsaly v dokumentaci pacienta. Domluvily jsme se na denním hlášení, které bude vždy umístěno na viditelném místě a veškerá péče o pana M. P. v něm bude zaznamenávána. Dále jsem ponechala telefonní kontakt na agenturu a kontaktní sestru.

Pacient byl v pořádku, v dobrém psychickém i fyzickém stavu snažil se vše pochopit a spolupracoval. Kůže pacienta byla hydratována, promazána, pacient upravený v čistotě. O pacienta M. P. je velmi dobře postaráno ze strany rodinných příslušníků. Pacient je spokojený a v psychické pohodě.

6.1 Doporučení pro praxi:

Všeobecné sestry pečující o pacienta s bérčovým vředem by měly být seznámeny s vyvolávajícími příčinami daného onemocnění. Měly by umět edukovat pacienta v oblastech, kde má problém nebo nedostatek informací. Musí znát pacientovi problémy týkající se jeho onemocnění, pečlivě ho vyslechnout a snažit se najít správné východiska v ulehčení jeho problému. Musí znát ošetřujícího lékaře a být s ním v kontaktu co se týče pacientovi léčby. Dále spolupracovat s rodinnými příslušníky, kteří jsou v mnoha případech pečovateli. Musí umět zvolit vhodný obvaz, umět rozpoznat komplikace léčby, postupovat přísně asepticky a dbát na sledování a pravidelné zapisování do příslušné dokumentace o procesu léčby. Měly by mít velkou trpělivost s pacientem a tolerovat jeho osobnost.

Doporučení pro rodinu/pečovatele:

Pečovatelé by měli znát problém ošetřovaného, nebát se vyhledávat odbornou pomoc a znát všechny možné prostředky, na které má pacient nárok. Pečovatel by měl ošetřovaného podporovat, motivovat a hlavně mít trpělivost. Měl by mít snahu odpoutat pacienta od jeho zdravotních problémů a snažit se ho zaměstnat. Věnovat pacientovi dostatek času a prostoru na vyjádření jeho potřeb.

ZÁVĚR

U bércevého vředu je léčba zdlouhavá, náročná, často doprovázena bolestmi. Podstatná je velikost a hloubka defektu, sdružené onemocnění, fáze hojení, infekce. Důležité je zjištění příčiny bércevého vředu, vhodně zvolený léčebný a obvazový materiál. Lidé s bérceovým vředem jsou často léčeni v domácím prostředí, kde není možné udržovat sterilitu, jako při ošetřování v nemocnici. Je tedy velmi podstatné informovat ošetřující personál o postupech, jak v takovém prostředí defekt správně ošetřovat. Velmi záleží na sociálním prostředí pacienta a jeho postoji k onemocnění.

Podstatnou roli hrají i všeobecné sestry, které by měli být dobře proškoleni o konkrétní problematice. Při dotazování všeobecných sester vykonávajících práci v domácím prostředí, byla položena otázka, jak často jsou školeni a jak získávají nové informace o této problematice. Odpovědi byli šokující, jelikož vyplývali z vlastních zkušeností. V pracovním nasazení mívá sestra často na spěch a není čas na to, zkonzultovat s pacientem, zda by nebylo vhodné něco změnit nebo vyzkoušet. Největším problémem ve zdravotnictví je nedostatek pracovních sil. Za to pacient jako takový opravdu nemůže.

U převazů není nutná kontrola lékaře, pacienti často dojíždí na pravidelné kontroly k příslušnému lékaři, kteří následně po té pošlou sestře zprávu o postupech převazování, nebo se sestrou osobně konzultují průběh léčby. Takže je na sestře samotné, jak bude přistupovat k převazování bércevého vředu a dbát na aseptické podmínky, sledovat proces hojení a o všem lékaře informovat. Všeobecné sestry by měly být v tomto směru velmi pečlivé, jelikož na nich záleží brzké uzdravení pacienta. Vše je o lidech, jejich přístupu, empatii a lidskosti. Léčba by neměla nemocnému přinášet problémy větší, než pro které byla zahájena. Cílem práce bylo přiblížit problematiku ošetřování v domácím prostředí. Po rozhovoru s panem M. P. a jeho lékařských zpráv, byl vypracován ošetřovatelský proces dle Gordonové. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA 2012 – 2014. Cíle splněny v maximální možné míře s ohledem na pacientův věk, zdravotní stav a možnosti léčby.

Motto:

„ Nikdo není zbytečný na tomto světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému“

(Ch. Dickens)

Použitá literatura

ACTISORB PLUS, obvaz s aktivním uhlím a stříbrem. Vydavatel - anon. Rok neuveden. Informační brožura.

BĚLOHLAVOVÁ, Karolína. *Ošetřovatelský proces u nemocného s bércovým vředem.* Praha: Vysoká škola zdravotnická o.p.s., 2014. Bakalářská práce. Pracoviště obhajoby neuvedeno.

BIZOŇOVÁ J. a Š. SLONKOVÁ. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry.* Roč. 23, č. 1, str. 55-57. ISSN: 1210-0404.

Co, jak a proč při ošetřování ran. Hartmann. 2008. Praktické tipy pro praxi. 3/2008. Str. 1-49. ISSN: neuvedeno.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie.* Brno-IVPZ. 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HOLÁ, M. Jak ošetřovat bércové vředy. *Podiatrické listy.* 01/2011. str. 10. ISSN – neuvedeno.

INADINE – nepřílnavý obvaz s povidone jodem. Vydavatel- anon. Rok neuveden, informační brožura.

KALNÝ, J. *Léčba žilního bércového vředu.* Přehledové články. Interní medicína pro praxi. 2013. 15. Str. 3-4. ISSN- neuvedeno.

KOCINOVÁ, S., Z. ŠTERBÁKOVÁ a Š. ERBANOVÁ. *Přehled nejužívanějších léčiv.* Vydání č. 5. Praha 2007- Informatorium. ISBN 978-80-7333-059-0.

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

MISCIONOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče. Rok neuveden. ISBN neuvedeno.

KALNÝ, J. *Léčba žilního bércového vředu*. Přehledové články. Interní medicína pro praxi. 2013. 15. Str. 3-4. ISSN- neuvedeno.

NAVRÁTILOVÁ, Z. Pacient s ulcus cruris venosum v ambulanci praktického lékaře. *Mezioborové přehledy*. Medicina pro praxi. 2010/ 7. 6 a 7. str. 280-283. ISSN – neuvedeno.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3428-8.

NU – GEL, hydrogel s alginátem. Vydavatel - anon. Rok neuveden. Informační brožura.

PEJZNOCHOVÁ, I. *Lokální ošetření ran a defektů na kůži*. Praha: Grada 2010. ISBN: 978-80-247-2682-3.

POSPÍŠILOVÁ, A. 2004. *Bércový vřed I*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-469-1.

POSPÍŠILOVÁ, A. Bércový vřed. *Dermatologie pro praxi*. 2008. č.2.str..79-84. ISSN-1802-2960.

POSPÍŠILOVÁ, A. Postgraduální medicína. *Odborný časopis pro lékaře*. roč. 4. č.6. str. 604 – 610. ISSN: 1212 – 4184

PROMOGRAN- spojení vědy se silou přírody. Vydavatel – anon. Rok neuveden. Informační brožura.

RYBOVÁ, M. *Ošetrovatelský proces u pacientky s alzheimerovou demencí v domácí péči*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2011. Bakalářská práce. Pracoviště obhajoby neuvedeno.

SILVERCEL – hydroalginate progresivní síla. Vydavatel anon. Rok neuveden. Informační brožura.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolnium. 2006. ISBN- 80-246-1091-4.

ŠTRUSOVÁ, M. *Faktory ovlivňující léčbu v bérkových vředů u pacientů v domácí péči*. Univerzita Pardubice 2010. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.

TIELLE- jednoduchá aplikace radost používat. Vydavatel - anon. Rok neuveden. Informační brožura.

VOKURKA, M. a J. HUGO. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.

VOSMÍK, F. *Nemoci kůže prevence a léčba v kostce*. Praha Grada. Rok neuveden. ISBN 80-7169-100-3.

www.domacipece.cz [online]. [26.12.2014]. Dostupné z:

<http://www.domacipece.cz/aktual.html>

www.lecbarany.cz [online]. Hartmann. [9. 3. 2015]. Dostupné z:

<http://www.lecbarany.cz/vyhledavani/vysledky?q=b%C3%A9rcov%C3%A9+v%C5%99edy&send=Vyhledat>

www.uzis.cz [online]. [12.12.2014]. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., 2013. Ošetrovatelská dokumentace – ošetrovatelský proces dle M. Gordonové [online]. [cit.5.2.2015]. Dostupné z: <http://vszdrav.cz/>

Přílohy

Příloha A - Fotodokumentace ošetřovaného bércového vředu.....I

Příloha B – Rešerše.....II

Příloha A – Fotodokumentace ošetřovaného bércevého vředu



Zdroj: fotoarchiv autora. 2015

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM V DOMÁCÍ PÉČI

Michaela Volfová

Jazykové vymezení: čeština, němčina

Klíčová slova: Bércový vřed – Unterschenkelgeschwür. Domácí péče- Häusliche Pflege. Ošetřovatelský proces- Pflegeprozess. Všeobecná sestra - Allgemeine Krankenschwester.

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 29 (vysokoškolské práce: 1, knihy: 7, články a příspěvky ve sborníku: 20, elektronické zdroje:1)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

- Bibliographia medica Čechoslovaca