

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DEKUBITEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HOANGOVÁ THU NGA

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S DEKUBITEM**

Bakalářská práce

HOANGOVÁ THU NGA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2016



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

Nga Hoang Thu
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 9. 04. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s dekubitem

Nursing Process in Patients with Pressure Ulcers

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

V Praze dne: 1. 9. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za předání užitečných informací a cenné rady během zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a svému příteli za podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT

HOANGO VÁ THU, Nga. *Ošetřovatelský proces u pacienta s dekubitem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2016. 52 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u pacientky s dekubitem. Práce se skládá ze dvou částí. První část práce je teoretická, ve které se uvádí anatomie kůže, problematika a nejčastější místa vzniku dekubitu, hodnotící škály, fáze vyvíjejících se dekubitů, klasifikace ran, prevence a léčba, dále terapie jako jsou fototerapie, larvoterapie a v poslední řadě, na závěr této práce se popisuje edukace rodinných příslušníků v oblasti prevence dekubitů. Ve druhé, praktické části je vytvořen ošetřovatelský proces. Práce je zpracovaná na konkrétní pacientce se vznikem dekubitu třetího stupně. Pacientka byla hospitalizována na oddělení s problémem těžkého zvládnání stresu a poruchy přizpůsobení. Po propuštění do domácího doléčení upadla s úrazem zlomeniny krčku. Ošetřovatelský proces byl vytvořen pomocí ošetřovatelské diagnózy dle taxonomie II. NANDA I 2012–2014.

Klíčová slova

Antidekubitní pomůcky. Bolest. Fototerapie. Larvoterapie. Léčba. Ošetřovatelská péče. Pacient. Prevence. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

HOANGOVÁ THU, Nga. Nursing Process in Patients with Pressure Ulcers. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2016. 52 pages.

This bachelor's thesis deals with the nursing process with a female patient with a decubitus ulcer. The bachelor's thesis contains of two parts. The first one is theoretical, and concerns skin anatomy, issues and the most common localization of pressure ulcers, classification scales and ulcer staging, wound classification, prevention and treatment, specialized treatment as phototherapy, maggot therapy and finally education of family members in the field of prevention. The nursing process is being discussed in the other part. The thesis is based on a real patient with the third stage of decubitus ulcer. The patient was hospitalized at the ward for insufficient stress management and adaptation disorder. After discharge from hospital, for a follow-up care at home, the patient fell and caused a fracture of femoral neck to herself. The nursing process was created using nursing diagnose by NANDA I Taxonomy II. (2012-2014).

Keywords

General nurse. Maggot therapy. Nursing care. Pain. Patient. Phototherapy. Pressure relief aids. Prevention. Treatment.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD	12
1 DEKUBITY	14
2 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY MÍRY RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	16
3 FÁZE VYVÍJEJÍCÍCH SE DEKUBITŮ	19
4 KLASIFIKACE RAN	21
5 PREVENCE A LÉČBA DEKUBITŮ	22
5.1 POLOHOVÁNÍ	23
5.2 HYGIENA	25
5.3 PROSTŘEDKY APLIKOVANÉ NA KŮŽI	26
5.4 POMŮCKY VKLÁDANÉ DO LŮŽKA	28
5.5 PODLOŽKY URČENÉ K MANIPULACI PACIENTEM V LŮŽKU	29
6 LARVOTERAPIE	30
6.1 VÝHODY LARVÁLNÍ TERAPIE	31
6.2 NEŽÁDOUCÍ REAKCE	31
7 FOTOTERAPIE	32
7.1 VYUŽITÍ FOTOTERAPIE V PREVENCI A LÉČBĚ RAN	33
7.2 APLIKACE SVĚTLA V KOMBINACI S PRIMÁRNÍM KRYTÍM	33
7.3 NOVÉ TECHNOLOGIE	34
7.4 ZPŮSOB APLIKACE FOTOTERAPIE	34
7.5 VYUŽITÍ FOTOTERAPIE V INTENZIVNÍ PÉČI U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH	35

8 POUČENÍ RODINY A PACIENTA V OBLASTI PREVENCE.....	35
9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM.....	37
9.1 ANAMNÉZA.....	38
9.2 FYZIKÁLNÍ VYŠTŘENÍ SESTROU	41
9.3 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II, DNE 03/08/2015	42
9.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	49
9.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 03/08/2015.....	50
9.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT	51
9.7 CELKOVÉ HODNOCENÍ.....	60
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

D-Dech

P- Pulz

TK- Krevní tlak

TT- Tělesná teplota

EPUAP/NPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

ECMO- Extrakorporální membránové oxygenace

VAS- Vizuální analogová škála bolesti

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Extrakorporální membránové oxygenaci- je metoda využívaná v intenzivní medicíně, která umožňuje dočasně nahradit funkci plic a srdce.

Hypoproteinemie- nízký obsah bílkovin v krvi.

Ischemie- místní nedokrevnost určité tkáně nebo orgánu.

Lymfedém- označení pro otoky části těla, zapříčiněny poruchou odtoku mízy.

Nazogastrická sonda- hadička zavedená nosem do žaludku, např. k umělé výživě nebo k odsávání žaludečního obsahu.

Nauzea- nevolnost, pocit na zvracení.

Orotracheální intubace- zavedení trubice přes ústa do průdušnice.

Subferilie- zvýšená teplota.

Tachypnoe- zrychlené dýchání.

Tyreotoxikóza- onemocnění z nadměrného množství hormonů štítné žlázy v krvi.

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 stupnice dle Bradenové.....	18
Tabulka 2 Klasifikace chronických ran podle Knightona	22

ÚVOD

Dekubit je závažný stav, kdy dochází k poškození tkáně velkým tlakem na části těla, při kterém dochází k ischemii. Dekubitům lze předcházet správnou ošetrovatelskou péčí, prevencí a polohováním u dlouhodoběji ležícího pacienta. Onemocnění je nejen náročné pro samotného pacienta, ale i pro zdravotnický personál z hlediska fyzické náročnosti. Proto je nezbytné se zaměřit na tuto problematiku, včasněji ji řešit a předcházet tak vzniku dekubitů. Pro kvalitní péči je potřeba zapojit i rodinné příslušníky.

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Seznámení s problematikou vzniku dekubitu

Cíl 2: Vyhodnocování závažnosti a typů dekubitů dle stanovených stupnic a jejich prevence

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky se vznikem dekubitu v sakrální části, která byla plánovaně hospitalizovaná na oddělení X. 25

Cíl 2: Doporučení pro praxi

Vstupní literatura:

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

NANDA INTERNATIONAL. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol. 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

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

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

Popis rešeršní strategie

Do rešeršní strategie byly zařazeny tyto limity:

- Literatura vydaná od roku 2005 do současnosti
- Klíčová slova: dekubitus, rány – hojení, ošetřování, ošetrovatelský proces, pressure ulcers, nursing
- Jazyk: český, slovenský, anglický

1 DEKUBITY

Dekubity, neboli jinak proleženiny, prosezeniny, tlakové rány, nebo tlakové vředy. Jsou stálým problémem v ošetrovatelské péči, přičemž personál stále nemůže najít správný návod jak jejich vzniku zcela zabránit. Do roku 2009 měla každá nemocnice svou vlastní metodiku k prevenci dekubit. V roce 2009 byla vydaná Ministerstvem zdravotnictví České republiky Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni a Literární rešerše zaměřená na problematiku dekubitů (KOUTNÁ, 2015),(ANON, 2010), (STRYJA, 2008).

Proces vzniku dekubitů má zpravidla delší trvání, sekundární hojení je obvykle zdlouhavé, jedná se o chronické rány. Existují dva typy dekubitů, a to akutní a chronický. V případě akutního dekubitu dochází k jeho vzniku už během 30 minut, zvláště u pacientů v terminálních stádiích, nebo na lůžkovém oddělení, kdy je pacient v těžkém a špatném stavu a u kterého je onemocnění nevléčitelné. Druhým typem je chronický, vyvíjí se pomaleji během několika dnů či týdnů. Chronický dekubitus vypovídá o kvalitě ošetrovatelské péče v nemocnici (STRYJA, 2008), (KOUŘILOVÁ, 2010).

Dekubity vznikají na základě působení tlaku na tzv. predilekční místo, neboli místo s nejvyšší pravděpodobností výskytu dekubitů, během kterého se mohou vytvářet velmi rychle. Čím má klient větší hmotnost a závažnější onemocnění, tím rychleji budou dekubity vznikat. Například u obézních klientů je zhoršená pohyblivost a obtížné polohování. Naopak u kachektických lidí je větší riziko vzniku dekubitu díky malému množství podkožního tuku, který chrání svaly před zvýšeným tlakem na podložku či předmět. Dalším problémem je nevhodně zvolená strava, která může vést k úbytku hmotnosti, čímž dochází ke snížení odolnosti organismu k infekcím (MIKULA, 2008), (STRYJA, 2008), (KOUŘILOVÁ, 2010).

Dekubity vznikají v důsledku zástavy krevního oběhu v kapilárách tkání, při kterém dochází k ischemii, která může vést až k nekróze. Mohou se také vytvářet při neopatrném manipulování s klientem, kdy dochází ke tření kůže o jiný povrch a tím dochází k poškození celistvosti kůže. Zvýšená vlhkost pokožky vede ke snižování její odolnosti a zvýšení rizika poškození. Důležité je dbát na správnou hygienu pacienta a ustlání lůžka, při nichž by měly být lůžkoviny řádně vypnuty, v opačném případě se

mohou vytvořit dekubity. Významným vlivem podílejícím se na vzniku dekubitů je věk. U starších lidí je pokožka křehčí a lehce zranitelná, není zcela dobře prokrvená, a proto je hojení problematictější. Dekubity se často projevují u žen více než u mužů, a to z toho důvodu, že ženy mají větší tukovou vrstvu. Porucha výživy a nedostatek tekutin zvyšuje riziko dekubitů. Nejkritičtější faktory jsou nedostatek bílkovin ve stravě, hypoproteinémie, nízký přísun vitamínu C a nedostatek zinku. Inkontinence vede k maceraci kůže. Stolice a moč obsahují silné kyseliny, poškozují povrch epitelu a tím způsobují narušení tkáně. Po té může vzniknout kožní defekt a dojde tak k infekci rány. Hydratace kůže je velice důležitá, jelikož při dehydrataci dochází k vysušení tkáně a ta pak má tendenci k tvorbě otoků, dochází ke snížení kožního napětí a ke tvorbě kožních řas. Velkou roli při vzniku dekubitů má také stav vědomí, psychický a fyzický stav, tělesná hmotnost, imobilita a stav cévního systému. Proleženiny nejčastěji nalzáme v rizikových oblastech, které jsou podmíněny polohou klienta na lůžku a anatomickým uspořádáním tkání daného místa, zejména tam, kde se nacházejí kostní výčnělky. Je potřeba věnovat zvýšenou pozornost po celou dobu rozvoje dekubitů (MIKULA, 2008), (KOUŘILOVÁ, 2010), (STRYJA, 2008), (BUREŠ, 2010), (ČÁSTKOVÁ, 2007), (GROFOVÁ, 2012), (LAHODOVÁ, 2007), (BALOGOVÁ, 2014).

Typické lokalizace tlakových vředů se u pacientů vyskytují na těch částech těla, na kterých leží delší dobu. Například v poloze vleže na zádech se mohou objevovat v místech jako je okcipitální kost na hlavě, na lopatkách, obratlích, kostrči, patách a sakrálních výběžcích. V poloze vleže na boku je nebezpečí vzniku dekubitů v částech lopatek, žeber, bočních okrajů lopaty kosti kyčelní, velkých trochanterů, v zevní části kolenního kloubu ležícího na podložce, v zevní části přilehlého kotníku a vnitřního kotníku protilehlé končetiny. V poloze vleže na břicho vznikají v místě frontální kosti, dolní čelisti, vzdáleného konce kosti pažní (humerus), kosti hrudní (sterna), v předním trnovém výběžku kosti kyčelní (spina iliaca anterior), česky (pately) a přední hrany holenní kosti (tibia). Postižená část u hrbolů sedací kosti v gluteální oblasti je nejčastěji v poloze vsedě (STRYJA, 2008).

U dlouhodobě zavedených kanyl, nebo dlouhodobé orotracheální intubace, nazogastrické sondy, močového katétru, zevní sádrové fixace, nevhodně přiložené elastické kompresivní bandáže u klienta s lymfedémem a otoky při chronické žilní

nedostatečnosti dolních končetin, se mohou také objevit proleženiny. Při takové situaci je zcela nezbytné zvýšit pozornost kontroly těchto míst (STRYJA, 2008).

2 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY MÍRY RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Existuje několik desítek mezinárodních používaných hodnotících škál, které slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů. Jsou to škály dle Nortonové, Bradenové, Knolla, Wartelovové a Shannonové (CSISKO, 2014).

Škála dle Nortonové (viz příloha A)

Autorkou této škály je Doren Nortonová, která zveřejnila svojí tvorbu v roce 1962. Hodnocení se zaměřuje na oblast schopnosti spolupráce, tedy zda je klient zcela úplně schopen spolupracovat či málo, zda je schopnost spolupráce částečná, nebo žádná. Poté se vyhodnocuje, jestli je pacient plně pohyblivý bez pomoci, anebo je odkázán na výpomoc personálu. Zahrnuje se sem i aktivita, která má vyhodnotit, zda je pacient schopný sám chodit, nebo vyžaduje doprovod, nebo sedí na sedačce a v poslední řadě zda je upoután na lůžku. Poté se zkoumá, jestli má pacient další nemoci jako je DM, horečka, anémie, karcinom, kachexie, obezita, onemocnění cév aj. popřípadě žádné nemoci neprodělává. Nechybí ani vyhodnocování tělesného stavu, stav vědomí, stav pokožky, inkontinence a věk. Každá z těchto kategorií je ohodnocena nejvyšším bodem 4. Míra rizika se uvádí následovně:

- 26 bodů a více je klient bez rizika vzniku dekubitů,
- 25-24 bodů je nízké riziko,
- 23-19 bodů je střední riziko,
- 18-14 bodů je vysoké riziko
- 13-9 bodů je velmi vysoké riziko (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008), (BUREŠ, 2010), (PETERSON, 2012).

Škála dle Shannonové

Autorkou této škály je M. L. Shannonová, svoji tvorbu zveřejnila v roce 1984. Škála má celkem 8 kategorií zahrnující duševní stav, mobilitu, kontinenci, aktivitu, teplotu, výživu, cirkulaci, medikaci. Každá kategorie je ohodnocena nejvyšším bodem 4. Minimální počet bodů získaných je 8 a maximální 32. 16 bodů a více je zvýšené riziko vzniku dekubitů (KOUTNÁ, 2015).

Škála dle Bradenové

Tato škála byla vydána v roce 1987. Autorkou hodnocení míry rizika tvorby proleženin je Barbara Bradenová. Škála obsahuje 6 položek: citlivost/percepce, vlhkost, aktivita, pohyblivost, výživa a tření. V úvodní fázi se vyhodnocuje citlivost/percepce pacienta, tedy jestli je úplně limitovaný, hodně limitovaný, mírně limitovaný, nebo žádné poškození. Poté se vyhodnocuje, v jakém stavu má pacient kůži. Na výběr je velmi vlhká kůže, příležitostně mokrá, zřídka mokrá a nikdy mokrá. Další položkou u Bradenové škály je aktivita, u které se zjišťuje, zda je pacient upoután na lůžku nebo na sedačce, zda příležitostně chodí, nebo chodí častěji. Hodnotí se i pohyblivost, která může být bez omezení, mírně omezená, velmi omezená a v poslední řadě úplně nepohyblivá. Nechybí ani položka výživa. Zjišťuje se zde příjem potravy, na výběr je: velmi špatná, neadekvátní, adekvátní a výborná. Poslední položkou je tření, vyhodnocuje se riziko sklouzávání, možnosti jsou: problém, možný problém a bez problému. Každá kategorie je ohodnocena nejvyšším bodem 4 a nejnižší bodem 1.

Pokud pacient získá:

- 20 nebo více bodů, je bez rizika vzniku dekubitů,
- 16 bodů, je riziko minimální,
- 13-15 bodů, je riziko střední,
- 12 a méně bodů, je riziko vysoké (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008), (MANDYSOVÁ, 2012), (PETERSON, 2012).

Tabulka 1 Škála dle Bradenové

Body	1	2	3	4
Citlivost/percepce	Úplně limitovaný	Hodně limitovaný	Mírně limitovaný	Žádné poškození
Vlhkost	Velmi vlhká kůže	Příležitostně mokrá	Zřídka mokrá	Nikdy mokrá
Aktivita	Nemocný připoutaný na lůžku	Připoutaný k židli	Příležitostně chodí	Chodí často
Pohyblivost	Úplná nepohyblivost	Velmi omezená	Mírně omezená	Bez omezení
Výživa	Velmi špatná	Neadekvátní	Adekvátní	Výborná
Tření	Problém	Možný problém	Bez problému	

Zdroj: ZSHK, 2012

Škála dle Knolla (viz příloha B)

Má 8 kategorií, zjišťuje se všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy a tekutiny per os, náchylnost k chorobám jako je DM, neuropatie, cévní onemocnění a anemie. Každá kategorie je ohodnocena nejvyšším bodem 3, ovšem u některých položek lze získat dvojnásobek. Maximální počet bodů je 33. Při získání 12 bodů a více je pacient ohrožen vznikem dekubitů (KOUTNÁ, 2015).

Škála dle Waterlowové (viz příloha C)

Škála dle autorky Judy Waterlowové, která svojí tvorbu zveřejnila v roce 1985 má 10 položek. Obsahuje následující dimenze: poměr výška/váha, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví a věk, zvláštní rizika (např. podvýživa tkání, srdeční selhávání, periferní vaskulární porucha, anemie a kouření), kontinence, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologická porucha (DM, RSM, paraplegie), operace/trauma (ortopedická, pod úrovní

pasu, páteř, na stole déle než 2 hodiny), medikace (cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky). Hodnocení v každé kategorii je odlišné.

Při získání:

- 20 a více bodů je pacient ve velmi vysokém riziku vzniku dekubitů,
- 15-19 bodů je vysoké riziko,
- 10-14 je riziko nízké,
- 9 bodů je bez rizika (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008), (PETERSON, 2012).

3 FÁZE VYVÍJEJÍCÍCH SE DEKUBITŮ

Nejčastější, nejcharakterističtější a také nejznámější problém vzniku dekubitů je v sakrální oblasti. Podle Kanadské studie vzniká 37 % všech dekubitů v sakrální oblasti. Důvodem je kontaminace rány a krytí exkrety. Častý převaz ovlivňuje hojení v jakékoliv fázi, může být poškozeno a narušeno okolí v ráně (teplota, vlhkost, pH) a zpomalí se tím celý proces zacelení rány. Naopak na dolních končetinách je výhoda minimální kontaminace. Kanadská studie tvrdí, že až 43 % nemocných, kteří byli hospitalizováni, měli již vniklou proleženinu na patách. Důvodem může být invazivní kanylace v třísele a její využití při hemodialýze nebo ECMO (Extrakorporální membránové oxygenace), kdy nelze nadzvednout patu. Další proleženiny, které můžeme nalézt, jsou na obličejové části. Fixace a hojení rány je velice obtížné, zvláště na vlasové části, kdy se defekty špatně identifikují. Způsobit je mohou zacuchané vlasy. V takové situaci je řešením je ostříhat, nebo oholit poškozenou oblast, pro lepší kontrolu, ošetřování a fixaci. Používá se hydrokoloidní krytí, které se dobře fixuje a nevyžaduje žádné další upevňování a odlučuje nekrózu. Apeluje se na ochranu zátěžových míst, jako jsou oči, čelo, brada a nos. Další často vznikající dekubit, který se nachází v oblasti zad, se nejvíce objevuje u kachektických a štíhlých lidí. Příčina výskytu je špatné polohování na lůžku, při kterém dochází k tření kůže. Kvalitní fixační obvaz na postiženém místě pacienta nijak neomezuje, a proto je pohodlný a umožňuje prodlužovat interval převazu dle závažnosti zranění (KOUTNÁ, 2015).

Vznik proleženin má 4 fáze:

- **Dekubitus 1.** stupně bývá zarudnutí tkáně. I po stlačení prstem je místo stále začervenalé. U každého pacienta je různý odstín zarudnutí. U pacientů s tmavší pletí dochází většinou k vybělení lokality. Nedochází ovšem k porušení celistvosti kůže. Sleduje se zatvrdnutí a pružnost tkáně a posuzuje se u pacientů při vědomí, zda projevují bolest. Při ošetrovatelské péči by se mělo zásadně vyhnout jakékoliv invazi a masírování. Jako prevence macerace se používá v praxi pasta se zinkem, nevýhodou používání této pasty, ale je přesušení a znepřehlednění místa poškození. Toto může vést ke komplikaci ošetřování, kdy nelze posoudit vývoj poškození. Další varianta prevence před macerací je nanášení bariérových filmů a krémů, které chrání místo také před třením a hydratuje pokožku (KOUTNÁ, 2015), (LAHODOVÁ, 2007).
- **Dekubitus 2.** stupně - dochází k porušení kůže. Objevují se odřeniny, puchýřky, mělký důlek, mokvavá plocha. Lokalita je zatížená sekrecí. Na ránu se aplikuje mřížka s antiseptikem například: Inadine, CutimedSorbact atd., která lehce vysuší oblast, ve které dochází k exsudaci tekutiny, omezí množení patogenu v oblasti, která je opakovaně vystavená moči a stolici. Ošetřením pomocí polymery a hydrokoloidy lze aplikovat v případě, kdy je poškození bez sekrece, nebo pokud došlo ke zmenšení rány (KOUTNÁ, 2015), (STRYJA, 2008).
- **Dekubitus 3.** stupně - dochází k nekróze, narušení podkoží a svaloviny. Povrch kůže kryje šedá, nebo černá, suchá krusta. Na vývoji hojení se podílí i zdravotní stav pacienta. Pokud bude pacient dostatečně pohyblivý a jeho celkový stav se zlepší, odloučí se tak poškozená lokalita a při vhodném zvolení krytí může dojít k obnovení tkáně. Hojení je pomalejší, může trvat několik měsíců i let. Po zhojení může vzniknout chronický vřed kvůli tvorbě tenké jizvy, která je přilehlá na kost, a tudíž při malém tlaku se může opět rozpadat (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008).
- Poslední fáze je **dekubitus 4. stupně**. Vzhled je podobný jako u předešlého dekubitu třetího stupně. Dochází ovšem k úbytku kůže, poškození hlubokých struktur, nekróze tkání, svalů s prominencí šlach, vazů a kostí. Samovolné zhojení je u čtvrtého stupně dekubitu velice problematické až skoro nemožné, řešením je zvolit operační cestu (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008).

4 KLASIFIKACE RAN

Klasifikace ran slouží k vyhodnocení stavu poškození tkáně počínajícího dekubitu. Tato klasifikace zjednodušuje přístup k léčbě a ošetřování ran (KOUTNÁ, 2015).

První záznam o klasifikaci pochází z roku 1955 a jejím autorem je Gutmann. Patologické projevy ran se klasifikovali pomocí numerického systému, který vyvinul Shea v roce 1975. V roce 1899 na první konferenci NPUAP byl zaveden obdobný systém klasifikace (KOUTNÁ, 2015).

Klasifikace dekubitů podle Torrance

První stupeň, který je znázorněn zarudnutím, se v této klasifikaci rozděluje na 2 stadia. Prvním stadiem je zblednutí tkáně po zatlačení prsty na určitém místě. Druhé stadium se projevuje tak, že po stlačení tkáň nezbledne. K určování těchto dvou stadií lze využít transparentní disk, pod kterým se kontroluje stav pokožky a její zbarvení. Jakékoliv masáže v této lokalitě jsou zcela vyloučeny.

Klasifikace dekubitů podle EPUAP/NPUAP

Je vzorem v prevenci dekubitů díky velké koncentraci specialistů v této asociaci. Je stále aktualizovaná a přináší s sebou další 2 stupně vývoje poškození. Protože se tyto léze velice často vyskytují, má rozšíření klasifikace zásadní význam.

Klasifikace dekubitů podle Daniela

Tato klasifikace je zaměřena na problémy, jako jsou zánět kostního aparátu, poškození hlubokých tkání včetně jeho rozsahu.

Klasifikace dekubitů podle Seilera

Vznikla na základě klasifikace KARIM z roku 1993. Na místo hloubky poškození sleduje stav spodiny rány a infekční projevy.

Klasifikace dekubitů podle Hibsové

Často se používá u začínajících zdravotníků. Všechna stadia jsou popsána drobnými projevy mezi jednotlivými poškozeními.

Klasifikace dekubitů podle spodiny rány

Charakterizuje barevným označením spodinu rány. Červená představuje přirozené zacelení rány. Žlutá barva označuje přítomnost fibrinového povlaku v ráně. Černá barva je odumírající tkáň.

Klasifikace chronických ran podle Knightona

Hodnotí poškození podle hloubky, ale i rozsahů. Tento systém obsahuje 6 stupňů, kterým znázorňuje závažnost části těla (KOUTNÁ, 2015).

Tabulka 2 Klasifikace chronických ran podle Knightona

Stadium I	Povrchová rána-epidermis, dermis
Stadium II	Hluboká rána-zasahuje do subcutis
Stadium III	Postižení fascií
Stadium IV	Postižení svalstva
Stadium V	Postižení šlach, vazů, kostí
Stadium VI	Postižení velkých dutin

Zdroj: KOUTNÁ, 2012, s. 42

5 PREVENCE A LÉČBA DEKUBITŮ

Důležitým úkolem pro léčení a prevenci dekubitů je organizovaně a kvalitně odvedená práce v ošetrovatelské péči ve spolupráci celého týmu. Pokud se prevence a léčba řádně nedodrží, může být riziko vzniku dekubitů vysoké, což lze považovat za fatální chybu zdravotnického personálu. Léčba a prevence před vznikem dekubitů je polohování pacienta. Používají se různé pomůcky, antidekubitní podložky, pasivní nebo aktivní matrace a polohovací lůžka. Rehabilitace je velice důležitá činnost zdravotnického personálu, neboť je snaha navrátit pacientův pohyb a soběstačnost. Nejlépe je provádět je co nejdříve. Další zásadní věcí je dodržování dostatečné výživy pacienta např. velký obsah vitamínu C, zinku a bílkovin, prevence otoků, hygiena, ochrana před infekcí. Nelze se samozřejmě zaměřit jen na tyto věci, nutné je obstarat

všechny potřeby pacienta a to včetně psychických a sociálních (MIKULA, 2008), (LAHODOVÁ, 2007), (HILŠEROVÁ, 2010).

Nejčastějšími pacienty bývají z 62 % lidé starší 70 let. Proto je u těchto pacientů důležité provádět polohování a kontrolu na nejrizikovějších místech. U dekubitů by měla být léčba provedena co nejdříve, neboť závažnost dekubitu se zvyšuje i v krátkých časových úsecích. Může mít vliv na celkový stav pacienta (STRYJA, 2008).

Léčba dekubitů se dělí na 2 části. První část je konzervativní, která se provádí ve chvíli, kdy není třeba zasáhnout chirurgickou cestou. Kožní povrch není porušen do hloubky, proto je vhodné co nejdříve snížit tlak na danou postiženou oblast a tím zabránit zhoršení jejího stavu. Je nutné dodržovat v ráně určitou vlhkost, která zajišťuje podporu růstu granulační a epitelizační tkáně. Průběh a vývoj rány je třeba pozorovat a dokumentovat pro možné určení její závažnosti (STRYJA, 2008), (LAHODOVÁ, 2014).

Druhá část léčby je chirurgická. Využívá se u dekubitu 3. a 4. stupně, které často zasahují velmi hluboko do tkání a někdy i do samotných kostí. Celkový stav a prognóza musí být dobře promyšlena operátérem. Během operace je odstraněna již odumřelá tkáň spolu s postiženou částí kosti. Na výkonu se podílejí specializovaní chirurgové s dlouholetou zkušeností s problematikou operací dekubitů (STRYJA, 2008).

5.1 POLOHOVÁNÍ

Polohování je způsob, jak efektivně zabránit vzniku dekubitů. Jedná se o systematické polohování v daném časovém intervalu. Zabránění nadměrnému působení tlaku na tkáň a změny polohy pacienta musí být časté a pravidelné. Podle stavu nemocného se intervaly mezi změnami polohy liší, takže mohou kolísat od 10 minut do 4 hodin. Změna polohy u imobilních a nepohyblivých pacientů by měla být po 1 až 2 hodinách. U pacientů, kteří zvládají sedět na židli, nebo jsou na vozíku, by měla být změna polohy po 30 minutách až po 1 hodině, déle než 2 hodiny se nedoporučuje nechávat pacienta na křesle. Není na škodu poučit pacienta, který je schopen samostatného pohybu, jakým postupem a časovým úsekem svou polohu měnit. Poloha, při které uložíme pacienta, by neměla vyvolat bolest a poškozovat klouby ani svaly. Pokud se projeví známky vzniku dekubitů, nebo se zhorší stav kůže po zvoleném

intervalu polohování, mělo by se uvažovat o zkrácení časového intervalu mezi změnami polohy, anebo zajistit jiné pomůcky pro polohování (STRYJA, 2008), (KOUTNÁ, 2015), (MIKULA, 2008), (BUREŠ, 2010), (MELUZÍNOVÁ a kol., 2007).

Polohovací pomůcky patří mezi praktické a snadno dostupné prostředky, které dokážou ulehčit práci ošetrovatelskému personálu. Existuje široká škála dostačujících pomůcek např.: podložních válců, kruhů, kvádrů, klínů, korýtek, podložek Dekuba z ovčího rouna, polštářů, materiálů s perličkami, pomůcek plněných vzduchem atd.. Pomůcky by měly být potaženy voděvzdorným (zaručí snadnou omyvatelnost) a paropropustným (zabraňuje pocení a vlhkost) potahem, aby dobře plnily svůj úkol. Mělo by se používat u jednoho pacienta co nejméně pomůcek, tak aby nebyly přebytečné materiály v lůžku a nedošlo tak ke zhoršení celkového stavu a mobility. Špatně použitá antidekubitní podložka či pomůcka může ohrozit pacienta vznikem dekubitů (MIKULA, 2008).

Polohovací lůžka jsou v praxi velice užitečná, dají se ovládat mechanicky, anebo elektricky. Jsou často vybavena hrazdičkou, snímatelnou postranicí lůžka a kolečky s mechanickou brzdou. Elektrická lůžka jsou často vybavena tzv. autoregresí, což je polohování přední a zadní části, kde je zádový díl a nožní díl (lýtková část). Nastavitelná je i výška, náklon do stran, které se používají při akutních plicních komplikacích a náklon hlavou dolů, neboli protišoková poloha Trendelenburgova. Využití lůžek při zvýšení zádového dílu má za úkol polohovat horní část těla, napomáhat lepšímu a snadnějšímu dýchání, snižovat tlak na srdce a plíce, zvyšovat a zlepšovat srdeční funkci. Při polohování dolní části těla zvednutím lýtek napomáhá k prevenci trombózy a sesutí pacienta na lůžku, využívá se taky při pasivním pohybu v kyčelním kloubu a svalech dolních končetin (MIKULA, 2008), (HILŠEROVÁ, 2010).

Výhodou elektricky ovládaných lůžek je snadné polohování pacientů. Nastavení výšky a sklonu lůžka, napomáhá k menší fyzické zátěži personálu. Pacienti si mohou svoji polohu zvolit podle sebe, tudíž nejsou závislí na ošetrovatelích. Další výhodou je možnost domácího využití, snížení úrazovosti, vzniku dekubitů a délky pobytu. Nevýhodou se stávají mechanická lůžka. Jsou nejen pro personál, ale i pro pacienty velkou zátěží. Manipulace je špatná a fyzicky náročná. Může dojít ke tření pokožky během manipulování a polohování, což může vést k poškození tkáně a tím pádem ke vzniku proleženin. Pacienti jsou zcela závislí na pomoci druhých (MIKULA, 2008).

Antidekubitní matrace v kombinaci s elektricky polohovatelným lůžkem se využívá ve zdravotnictví jako prevence a léčba proti proleženinám. Jsou vyrobené pro všechny pacienty, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžku. Jsou pohodlné a podporují klidný a zdravý spánek. Ulehčují fyzickou zátěžovou a náročnou práci pro ošetřující personál. Matrace jsou dvojího typu. Aktivní antidekubitní matrace pracují na principu pravidelného střídání tlaku v jednotlivých částech matrace. Napodobují pohyby lidského těla během spánku a tím napomáhají k prevenci vzniku proleženin. Aktivní antidekubitní matrace se často volí u pacientů, kteří se pohybují málo anebo jsou imobilní, zabraňuje se tím stlačení tkání, a tak chrání pokožku před vznikem nekrózy. Podporují obnovu dostatečného prokrvování tkání. Používání této matrace má i své nevýhody, může svým střídáním tlaku a vypouštěním komor narušit odpočinek a spánek pacienta. Pasivní antidekubitní matrace se zaměřuje na kvalitu materiálu a struktury matrace. Využívá se u pacientů s dekubitem 1. a 2. typu (MIKULA, 2008), (KOUTNÁ, 2015), (HILŠEROVÁ, 2010), (ONDRIOVÁ, 2013).

„Výrobky snižující tlakové zatížení tkání (tj. prořezávané, vícevrstvé nebo tvarované pěny, statické vzduchové systémy, vlákny plněné nebo gelové podložky, fluidizační písková lůžka) se pokoušejí chránit oblasti s vysokým kontaktním tlakem, jako je okolí kosterních výstupků tím, že rozkládají tlakové zatížení na větší plochu“ (MIKULA, 2008, s. 40). Zásadní je tedy způsob zaboření těla do podložky, kdy je celá váha těla rovnoměrně rozložena podél povrchu matrace, dochází tak k poklesu kontaktní váhy (MIKULA, 2008).

5.2 HYGIENA

Další důležitou a nenahraditelnou prevencí je hygiena. Neměla by se zanedbat v místě, kde je výskyt dekubitů, nebo dochází k inkontinenci. Základní věcí při hygieně je udržovat čistotu pacienta, umývat a dobře sušit kůži a tím jí chránit před vlhkostí. Pravidelná výměna plen, osobního či ložního prádla je samozřejmostí ošetrovatelské péče. Sprchování se provádí teplou ne-li horkou vodou, při mytí se používají mycí gely, neměla by být odmašťována mýdlem. Vysušuje se mírným tlakem (tapováním), pokožka se tak ochrání před vlhkostí. Není však vhodné pokožku sušit třením, protože tak vzniká riziko vzniku mikrotraumat a oděrek. Nutné je udržovat kůži vláčnou a ošetřovat ji pomocí regeneračních krémů. Masáže stávajících dekubitů se zásadně neprovádějí, podporuje se tím rozšiřování infekce v okolí tkáně. Části těla, kde je tenká

tuková a svalová vrstva, by se neměly taktéž masírovat, z důvodu nebezpečí poškození hlubokých tkání. Také se musí brát zřetel na prodyšnost materiálů, na kterých pacient leží. Například neprodyšné podložky (umělohmotné, igelitové), pleny, kalhotky, které mohou zapařovat a macerovat kůži. Pak dochází k poškození integrity kůže a dekubity vznikají rychleji. K prevenci vzniku dekubitů se volí voděodolné a současně paroprodyšné materiály pro nezapařování a dýchatelnost kůže. Při příznaku začervenání pokožky by se mělo místo kontrolovat 1x denně (MIKULA, 2008), (BUREŠ, 2010), (MELUZÍNOVÁ, 2007), (HILŠEROVÁ, 2010).

5.3 PROSTŘEDKY APLIKOVANÉ NA KŮŽI

Masážní emulze rozlišujeme na několik typů, a to na emulze základní, chladiivé, hřejivé, zklidňující, nebo s obsahem přírodních látek. V kombinaci s masáží lze uvolnit spasmus, zmírnit bolest, zvláčnit pokožku a prokrvit kůži. Pro pacienty v intenzivní péči by měla být masáž provedena příjemně a bez bolesti. Pokud masáž probíhá správně, je pro pacienta subjektivně příjemnou záležitostí. Pro prevenci se využívá často v místech, kde je nejčastější riziko vzniku proleženin (KOUTNÁ, 2015).

U pacientů, kteří nedokážou sami zvolit typ masážní emulze, se upřednostňuje emulze základní, nebo s vyhlášeným účinkem proti bolesti a únavě. Při agresivním provádění masáže se může pacientovi poškodit pokožka a způsobit tak dekubity. Dříve se u prvního stupně dekubitů prováděly masáže, které nejsou v současné době podporovány. Důvodem je, že mohou způsobit vyšší dráždění kůže, které vyvolá vznik proleženin. Nemusí být za každou cenu provedeny na predilekčních místech. Technika by měla být provedena individuálně, měli bychom se vyhnout místem jako je křehká kůže, místu se zánětem a v přítomnosti ragád nebo exkoriace. Neprovádí se, pokud pacientovi není příjemná a pociťuje bolest (KOUTNÁ, 2015).

Ochranné pasty a krémy se používají v místech, kde dochází ke kontaktu mezi kůží a podložkou, nebo kde se plochy kůže mezi sebou dotýkají. Dříve se místo pasty používaly dětské zasypy, které se časem přestávaly používat jak u dospělých, tak u dětí. Nebyly vhodné pro tyto účely. Používáním zasyků v predilekčních oblastech se mohly při zvlhčení pokožky vytvářet různé hrudky, které se obtížně odstraňovaly během hygieny a nechránily kůži před macerací. Zinek je obsažený ve velkém množství past, které se liší názvem, konzistencí a obsahem účinných látek. Řidší pasty se aplikují na

větší plochy (jako jsou například záda) k vytvoření tenkého filmu. Naopak tužší pasty se nanášejí na místech, jako jsou hýždě, gluteální rýhy a genitálie. Odstranění původní vrstvy zinkové pasty na pokožce během prevence, nebo při ošetření nehojící se rány (dekubity) je chybou ošetrovatelské péče. Aby zinková pasta mohla plnit svůj úkol, stačí místo umýt mycí pěnou a provést klasickou hygienu. Poté je třeba na nechráněné místo aplikovat, nebo přidat vrstvu zinkové pasty. K rychlému odstranění pasty je potřeba nanést jakékoliv oleje, nebo mastné krémy a jemně vyčistit. K jejímu úplnému odstranění je třeba tento postup opakovat nejméně třikrát po sobě. Zinek má velice dobrý účinek, ale i přesto by se měl používat individuálně, a to podle objeveného problému a stavu kůže. Není vhodné dlouhodobě nanášet opakovaně husté vrstvy, aby nedošlo k riziku přílišného vysoušení a také k riziku vzniku ragád. Proto je lepší z těchto důvodů přejít k použití ochranných bariérových krémů a filmů (KOUTNÁ, 2015).

Ochranné filmy jsou dobré k zamezení traumatizace pokožky, pokud jsou správně aplikované. Cavilon sprej, Cutimed Protect, Opsite spray a Askina Barrier film jsou nejvíce používané prostředky v praxi. Při nanášení těchto polymerových roztoků se tvoří na kůži lehký a odolný film. Předchází maceraci kůže a tření. Například Cavilon sprej, jejichž výrobce ručí za ochranu před macerací, chrání jen po dobu 3 dnů. U pacientů v intenzivní péči se doporučuje nanášení spreje každý den na poškozené místo. Cavilon sprej nedráždí pokožku, protože neobsahuje žádný alkohol a zasychá na pokožce velice rychle. Existuje i Cavilon krém, který je méně známý než ve spreji, ale účinek je stejný a rovněž slouží k prevenci před macerací. Je vhodný a jednodušší na ošetření velkých ploch. Doporučuje se nanášet v místech, kde je ochlupení, např. podpaží, třísla, genitálie, rektum. Kůže je poté více hydratovaná. Používá se i v místech kde je pokožka podrážděná. Dalším přípravkem je Linovera, která je určena k léčbě a také k prevenci dekubitů prvního stupně. Obsahuje kombinaci různých látek, směs nasycených mastných kyselin – kyselinu linolovou, olejovou, palmitovou, aloe vera a pupečník asijský. Tyto látky umožňují elasticitu a hydrataci pokožky. Aplikace by se měla provádět 2–3 krát denně jemným vmasírováním do pokožky (KOUTNÁ, 2015).

Chlorofyl se vyrábí ve spreji, nebo ve formě gelů. U chlorofylu je dokázáno, že je to velice účinná látka, která má na kůži ochranné účinky, napomáhá a podporuje

granulaci a epitelizaci při zacelení rány. Výrobce ručí za to, že tento prostředek chrání před bakteriemi a choroboplodnými zárodky. Dermochlorophyl ve spreji se aplikuje na postiženém místo. Po nastříkání vznikne tenká vrstva zeleného filmu, ta se nechá samovolně vstřebat a díky olejovému základu se kůže nedehydratuje. U dermochlorophylu ve formě gelu se aplikace provádí tak, aby na pokožce zůstala silná vrstva přibližně 1–3 mm. Ta zanechává nazelenalou barvu a působí chladivě. Upřednostňuje se aplikace gelu ve chvíli, kdy není třeba kůži promastit, ale spíše vysušit. Nevýhodou tohoto preparátu je, že zaschnutí trvá delší dobu, (až 10 minut). Jakmile se přípravek setře, ztratí svoji funkčnost. Další nevýhodou je, že vyvolává vysoušení kůže, a tím navodí riziko vzniku ragád (KOUTNÁ, 2015).

5.4 POMŮCKY VKLÁDANÉ DO LŮŽKA

Přínosem těchto pomůcek je opakovatelné použití u pacienta. Výhodou je také výběr pomůcky podle tvaru, velikosti, materiálu a typu obalu. V současné době je na trhu k dispozici dostatečné množství pomůcek, které se přizpůsobí dané problematice (KOUTNÁ, 2015).

Materiály s gelem v sobě obsahují přilnavé a elastické tuhé gelové polymery. Často se používají na operačních sálech. Jejich účinek ke zmírnění tlaku mívá efekt jen na pár hodin a příliš se nehodí na opakovatelné použití na více dnů. Pomůcky jsou vyrobeny v různých tvarech (podložky různých velikostí, polštářky pod patu a hlavu atd.), jsou omyvatelné a dobře snášejí dezinfekci (KOUTNÁ, 2015).

Kombinace materiálů s perličkami s aktivními a pasivními matracemi zvyšují efekt péče o dekubity. Na trhu jsou poskytovány dva různé potahy a to omyvatelné, nebo látkové. Rozdíl mezi nimi je ten, že látkové potahy jsou na dotyk příjemné. Svým pestře zbarveným designem působí na pacienta klidně a radostně. Nevýhodou je, že při znečištění a po použití se musí vždy vyprat, což může způsobit problém pro některé zdravotnické zařízení. Naopak u omyvatelných potahů je odstranění nečistot snadné, ale může zase docházet k nadměrnému pocení pacienta. Proto je vhodné doplnit potahy savými materiály (např. prádlem, podložkami pod nemocné atd.). Pro podložení nohou, rukou, nebo hlavy se často používá tzv. Bumerang klasik, kterým se zajišťuje poloha na boku. Mezi zdravotníky je často nazýván nesprávným jménem jako had. Tento název

může mít špatný vliv na pacienta, který je ovlivněný medikací a celkovým zdravotním stavem (KOUTNÁ, 2015).

Podložka Dekuba z ovčího rouna zásadním způsobem ovlivnila využití v ošetřovatelství, např. možností podložení většiny části těla. Její výhodou je, že nezpůsobuje alergické reakce na kůži, má výborné tepelné izolační vlastnosti a je prodyšná. Nevýhodou této pomůcky je, že při opakovaném praní, může dojít ke změně její struktury a povrch se zdrsní. Tím pádem může být pro pacienta na dotek nepříjemná a zhorší tak jeho komfort a stav pokožky. I přes všechny její výhody je pro dnešní intenzivní péči nedostačující (KOUTNÁ, 2015).

Pomůcky plněné vzduchem, např. kruh slouží k odlehčení tlaku na sakrální a hýžděovou část. Zde nelze určit intenzitu tlaku. Tlak má tedy stálou hodnotu. Jeho úkolem je omezit tlak na oblasti těla, kde je kruh podložený. Nevýhodou je ovšem to, že současně dochází k ischemii okolních tkání. Kruh se většinou používá po kratší dobu, a to u pacientů sedících na křesle. Výhodou je snadná omyvatelnost i nanášení dezinfekce. Dále existují pomůcky s názvem Repose, které umožňují podložení jiné části těla např. paty a brání proti pocení. Jsou vybaveny přístrojem, který pomocí tlakového ventilu ovlivňuje tuhost daného místa, na němž pacient leží (KOUTNÁ, 2015).

5.5 PODLOŽKY URČENÉ K MANIPULACI PACIENTEM V LŮŽKU

Při polohování pacienta v lůžku, může často dojít k poškození tkáně kvůli třecí a střížné síle. Aby se zdravotnický personál vyhnul těmto problémům, je vhodné používat pro lepší manipulaci podložky pod nemocné. V intenzivní péči se často využívá podložka s názvem Sonoma, která chrání lůžko při inkontinenci. Tato podložka je třívrstvá, nepropouští tekutiny, je pevná a nevytváří pod pacientem záhyby. Pomůcka je praktická pro lepší polohování a posun pacienta v lůžku (KOUTNÁ, 2015).

Propracovanější variantou podložek pro usnadnění polohování a manipulaci jsou skluzné podložky. Vyrábějí se v různých rozměrech. Výhodou je cenová dostupnost a snadné zacházení. Hlavní prioritou pro zdravotnický personál je snížení rizika muskuloskeletálních onemocnění (KOUTNÁ, 2015).

Při časté manipulaci a přesouvání pacienta z lůžka do lůžka mohou vznikat posttraumatické rány. Proto existují různé rolovací podložky, které zabraňují vzniku traumatu kůže pacienta a usnadňují fyzickou práci personálu (KOUTNÁ, 2015).

6 LARVOTERAPIE

Larvoterapie byla již známa v 16. století našeho letopočtu. První člověk, který objevil schopnost léčení rány pomocí larev, byl francouzský chirurg Ambroise Paré. Na jejím obnovení se podílel profesor William Baer, který za 1. světové války používal larvy k ošetření amputačních pahýlů u vojáků (STRYJA, 2008).

Larvální terapie byla poprvé použita v České republice v roce 2002. Tuto metodu zrealizoval MUDr. Karel Novotný z Kardiochirurgické kliniky FN MOTOL (ZÁDRAPOVÁ, 2008).

Larvy pracují tak, že svými trávicími enzymy rozkládají nekrotickou tkáň a spolu s přítomnými bakteriemi se jí živí a využívají jako zdroj energie. Larvy požírají pouze nekrotickou část tkáně, aniž by porušily zdravou granulační tkáň. V dnešní době se aplikují na ránu larvy bzučivky zelené, protože jsou sterilní a nejsou infekčně přenosné. Jelikož larvy produkují proteolytické enzymy, je dobré chránit zdravou kůži před macerací pomocí okluzivního krytí jako jsou hydrokoloidy, nebo filmové krytí. Počet larev se aplikuje podle toho, jak je velká nekrotická tkáň. Doporučuje se přibližně 10 jedinců na 1cm². Používají se volně přímo do spodiny rány, která je překryta jemnou sítkou tak, aby nedošlo k úniku mimo okolí. Mohou být také v uzavřeném sáčku tzv. teabags forma. Rovněž se používá vlhká gáza, která předchází k vysychání spodiny rány s larvami. Je potřeba po 3-4 dnech larvy z rány odstranit. Všechny materiály související s larvami, které byly použity na vřed, musejí být likvidovány do kontaminovaného odpadu. Ránu je pak potřeba důkladně opláchnout a odstranit všechny larvy, které mohou být na spodině rány nebo pod jejími okraji. Larvální terapie se aplikuje do doby, dokud se nezačne vytvářet zdravá granulační tkáň. Tato metoda lze použít nejen na léčbu dekubitů, ale i na vyčištění bércových vředů (venózní i smíšené), popáleniny a vředy u syndromu diabetické nohy a vyčištění rány před transplantací kůže. Larvy jsou kontraindikované ve chvíli, kdy je rána poblíž velkých cév. Dále pak

u ran, které jsou náchylné k masivnímu krvácení a které komunikují s tělními dutinami nebo orgány (STRYJA, 2008), (HARTMANN, 2012), (ZÁDRAPOVÁ, 2008), (STEJSKALÍKOVÁ, 2007).

6.1 VÝHODY LARVÁLNÍ TERAPIE

Výhodou larvální terapie pro pacienta je rychlé zbavení se nekrotické tkáně. Okusování larvami podle lékařů je nebolestné, pacient může cítit lehké šimrání. Další výhodou je možnost odstranění infekce a zápachu z rány, které jsou velice nepříjemné nejen pro pacienta, ale i pro jeho okolí. Napomáhá k spěšnému hojení, snížení počtu dní strávených ve zdravotnickém zařízení a snížení četnosti ambulantních kontrol. Aposlední výhodou je nižší spotřeba antibiotik (STRYJA, 2008).

6.2 NEŽÁDOUCÍ REAKCE

Bolest a diskomfort

Nejčastějším problémem při léčbě je bolest a tělesná i duševní nepohoda. Intenzita bolesti je u pacientů odlišná, projevují se od mírných nepříjemných pocitů šimrání až po silné bolesti. Bolesti se často objevují u pacientů s vředy ischemické etiologie. Každý pacient vnímá léčbu jinak. Pro některé je léčba tak stresující, že psychicky nezvládají situaci a nutí zdravotnický personál k předčasnému ukončení terapie. Bolest ustoupí bezprostředně ve chvíli, kdy se odstraní larvy z rány. Metabolické aktivity larev zvyšuje pH rány a to má vliv na citlivost vředu. Terapie je symptomatická, zakládá se na podávání analgetik (STRYJA, 2008), (ZÁDRAPOVÁ, 2008).

Infekce

Díky moderní technologii je v současné době kontaminace a přenos infekce pomocí sterilních larev téměř vyloučena (STRYJA, 2008).

Toxické působení amoniaku, alergie

Larvy vylučují ze sebe amoniak, který má jedovatý účinek. Ten se může vstřebat do krevního oběhu. Také závisí na počtu aplikovaných larev na vřed. Při velkém množství nasazení larev do rány hrozí vznik projevů toxického působení NH₄ neboli projevy zvýšené teploty, tachypnoe, nauzea a ztráta na váze. Doporučená dávka aplikovaných larev na vřed je 1000 jedinců (STRYJA, 2008).

Krvácení z rány

Udává se, že krvácení z rány u pacientů může být méně než 1 %. Jde o drobné kapilární krvácení. Ke krvácení může dojít dopadem narušení stěny drobných cév, ty se ovšem často nevyskytují a patří do vzácnějších případů. Při aplikaci těchto larev je velmi důležité, aby byl pacient pod pravidelným lékařským dozorem, aby nedošlo k poškození obnažených žilních kmenů (STRYJA, 2008), (ZÁDRAPOVÁ, 2008).

Zvýšení teploty

Zvýšená teplota se může objevit u některých pacientů hned po té, co jsou larvy aplikovány na ránu. U některých případů je možný výskyt subfebrilie, kdy je zaznamenána zvýšená hodnota pyrogenu v krvi. Příčinou tohoto jevu je postupné natrávení G- bakterií larvou, kdy vznikají již zmiňované pyrogenní látky (STRYJA, 2008), (ZÁDRAPOVÁ, 2008).

7 FOTOTERAPIE

Jednou s alternativních metod léčení rány je léčba světlem. Proces hojení je urychlován polarizovaným světlem, které umožňuje lepší hojení na buněčné a tkáňové úrovni. Dále toto světlo zajišťuje vyšší prokrvení kůže a tím poskytuje větší přísun červených krvinek, které na sebe vážou kyslík a buňky, které mají dopad na imunitní lokální reakci (KOUTNÁ, 2015).

Ve starověké Číně, Indii, Egyptě i v říši římské existují záznamy o této léčbě. Dříve bylo zdrojem fototerapie sluneční záření. Pacienti absolvovali 1-4 tzv. barevné kúry po dobu 15 minut až 1 hodiny. Pracovalo se s osmi barvami (tmavě modrá, světle modrá, zelená, žlutá, oranžová, jasně červená, tmavě červená a zlatá) a každá z nich měla jiné léčebné účinky (KOUTNÁ, 2015), (FIALOVÁ, 2010).

V novodobější historii stojí za zmínku jméno lékaře Nielse Ryberga Finsena, který obdržel Nobelovu cenu v roce 1903 za úspěch léčby tuberkulózy, pomocí fototerapie (KOUTNÁ, 2015), (FIALOVÁ, 2010).

7.1 VYUŽITÍ FOTOTERAPIE V PREVENCI A LÉČBĚ RAN

Užívání polarizovaného světla je velmi jednoduché, a proto ho lze používat v domácnosti, ale i ve zdravotnické sféře. Pravý opak nastává při léčbě onkologických potíží, kde musíme množství nádorových buněk co nejvíce snížit. Doporučení od výrobců upozorňuje na možnost problémů u pacientů s epilepsií, při vniknutí světla do oka a při aplikaci na přední stranu krku (tyreotoxikóza), (KOUTNÁ, 2015).

Prevence před proleženinami spočívá v použití monochromatického polarizovaného světla, které napomáhá k prokrvení tkání. V nejvíce zasažených místech se světlo aplikuje dvakrát denně po dobu 20 minut. Na pokožce by neměla být žádná mast, která by snižovala průnik světla. Například bariérové filmové spreje a krémy nijak nezamezují průniku světla (KOUTNÁ, 2015), (HRONOVSKÁ, 2011).

Drobné poranění jako jsou hematomy, operační rány a jizvy jsou nejlepší indikací v použití fototerapie (KOUTNÁ, 2015).

Fototerapie nejen napomáhá k léčení ran, ale i k odstranění různých typů bolesti, svalových spasmů, prevenci před dekubitem a macerací. Celkově má aplikace světla velmi kladné výsledky při snižování bolesti a dokonce pacienti uvádějí příjemné pocity v dané lokalitě. Světelná léčba je také velice vhodná pro léčbu ekzému a jiných kožních problémů v okolí rány (KOUTNÁ, 2015).

7.2 APLIKACE SVĚTLA V KOMBINACI S PRIMÁRNÍM KRYTÍM

Efekt fázového hojení spočívá v tom, že je třeba vytvořit vysokou vlhkost v ráně. Primární krytí je ovlivněno tímto prostředím, a proto musíme častěji provádět převaz. Díky častému převazu je rána zbavena vlhkosti a zároveň jsou podporovány hojící se procesy. Dle zkušených lékařů je doporučeno používat léčbu dvakrát denně. Podle typu závažnosti rány lékaři určí, jak často se bude využívat fototerapie. Může se aplikovat častěji anebo během pravidelných převazů. Velmi prospěšné je použití krycí mřížky, která nebrání prostupu světla a může nadále plnit svoji funkci. Je několik druhů těchto krycích mřížek, kde jediným rozdílem je propustnost světla udávaná procentem. Další léčba pomocí světla nezávisí na materiálu krytí, neboť se vždy musí vše odstranit

z pokožky a provést celkovou hygienu rány. Tato metoda však neprobíhá tak často (KOUTNÁ, 2015).

7.3 NOVÉ TECHNOLOGIE

Novinkou v léčbě je technologie Fotonyx kombinovaná s klasickým systémem biolamp a laserů. Léčí rány vysoce polarizovaným červeným světlem. Účinky tohoto světla jsou biostimulační, protizánětlivé a analgetické. To má za následek rychlejší regeneraci tkání a posílení imunitního systému. Díky této nové technologii zasahují světelné paprsky až do hloubky 4-6 cm, což je daleko více než u klasických biolamp. Přístroj biostimul disponuje dvěma základními programy, z nichž první se nazývá kvazikontinuální a druhý frekvenční. První režim dosahuje frekvence přibližně 100 Hz, které jsou pro oko zcela neviditelné. Naopak druhý režim pouze pulzuje s hodnotami frekvence 2, 5 a 10 Hz. Pokud při aplikaci prvního programu neboli kvazikontinuálního světla pacient nepocítuje bolest, ani nejsou znatelné známky zhoršení daného místa, začíná se po uplynutí 20 minut aplikovat pulzní režim. Celý frekvenční režim může být aplikován 10 minut (KOUTNÁ, 2015), (HRONOVSKÁ, 2011), (HARTMANN, 2012).

Při akutním krvácení z rány (netýká se drobných krvácení na spodině rány) se tato metoda pomocí červeného světla nesmí aplikovat. Také se nepoužívá na místa, kde je vyšší výskyt nádorových onemocnění. K místům odstranění infekce z rány slouží přístroj Biostimul, který svým modrým světlem redukuje infekci (KOUTNÁ, 2015).

7.4 ZPŮSOB APLIKACE FOTOTERAPIE

U výše uvedených léčebných přístrojů je rozdílná vzdálenost aplikace například podle stavu kůže v okolí rány. V případě použití Biostimulu se umísťuje nejbliže ke spodině rány přibližně 2 cm od rány. Bioptronová lampa se však doporučuje umísťovat do větší vzdálenosti od rány přibližně 10-15 cm. Při udávané bolesti pacientem je vhodné lampu oddálit, nebo aplikaci světla předčasně ukončit. Doba působení by měla být provedena po dobu 15-20 minut (KOUTNÁ, 2015).

Před aplikací fototerapie, je důležité očistit a připravit spodinu rány pomocí obkladu s antiseptickým roztokem, nebo pěnou Prontosan z důvodu nadměrné sekrece rány. Největší účinek této terapie je působení na granulující a epitalizující ránu, naopak při nekrotické povleklé spodině rány není tato metoda efektivní (KOUTNÁ, 2015).

7.5 VYUŽITÍ FOTOTERAPIE V INTENZIVNÍ PÉČI U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH

S využitím polarizovaného světla se setkáváme s pozitivními účinky i v oblasti pediatrie, ale i v inkubátoru u novorozenců, k léčení operačních ran, jizev, dekubitů a jiných kožních problémů. Při použití fototerapie je důležité zbavit pokožku veškerých nečistot a mastnot, aby účinek byl co nejefektivnější. Opakovaným odmašťováním pokožky však může dojít k jejímu poškození a způsobit tak větší riziko k rozšíření infekce (KOUTNÁ, 2015).

U dospělých pacientů je z větší části léčba totožná. Léčí se kožní problémy a také se předchází vzniku dekubitu. Při lymfedému dolních končetin se dosahuje zmírnění otoku, i když v první fázi otok narůstá díky prokrvení tkáně (KOUTNÁ, 2015).

8 POUČENÍ RODINY A PACIENTA V OBLASTI PREVENCE

K prevenci dekubitů je potřeba do celé problematiky zapojit nejen samotného pacienta, ale i příslušníky rodiny, aby nedošlo k jeho znovuvytvoření. Je zapotřebí poučit rodinu, jak se vypořádat s daným problémem a čeho si mají všimnout (BUREŠ, 2010).

V první řadě je nezbytné kontrolovat citlivost a vlhkost kůže, jakou má barvu povrchu např.: začervenání, zda není poškozená tkáň a nevznikají oděrky. Sledovat a pohmatem kontrolovat predilekční místa jako jsou: ramena, lopatky, kyčle, sakrum, kotníky, paty atd. Důležité je i obstarat vhodnou a kvalitní stravu nebo dietu pro nemocného, aby nedošlo k obezitě, ale také k podvýživě. Je nutné dodržovat i pitný režim. Prevence se nedá obejít bez rehabilitace a polohování, proto je nutné dobře informovat a poučit rodinu jak správně a po jakých intervalech provádět polohy. Rehabilitace by měla být pravidelná a nejlépe každý den. Vhodné je ukázat jak správně fungují antidekubitální pomůcky, jak se používají a jaké jsou v dané době k dispozici. Např. antidekubitální matrace, dynamické matrace, RHB klíny a opěrky, molitanové věnečky, botičky z molitanu nebo syntetického rouna, nafukovací podložní kola, různé

návleky na končetiny atd. Pokud pacient je schopen porozumět a projeví zájem o spolupráci, je dobré nacvičovat posilování svalstva dna pánevního. Nácvik napomáhá k udržení moči. Výsledek úspěšnosti je až u 30 % pacientů, u stolice bývá menší úspěšnost. (HRONOVSKÁ, 2011).

Je nutné dbát na to, aby rodina znala rámcově, které prostředky jsou vhodné použít na ránu a kterým se vyhnout. Dále je také důležité ukázat, jak by správně mělo být lůžko upraveno tak, aby zůstalo stále napnuté a nevznikaly pod pacientem drobné hrbolky. Také je potřeba informovat rodinu a pacienta, aby riziková místa v žádném případě nemasírovali. Poslední důležitá věc je říci příbuzným, aby dbali na celkovou hygienu nemocného (HRONOVSKÁ, 2011), (BUREŠ, 2010).

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITEM

Ošetrovatelský proces byl vypracován u pacientky s dekubitem 3. stupně (viz příloha D). Její celkový zdravotní stav byl ohodnocen pomocí ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Bylo provedeno sledování a kontrola rány, další informace byly zjištěny po komunikaci s pacientkou. Informace byly zpracované pomocí ošetrovatelské dokumentace podle Marjory Gordonové v modifikaci 13. domén koncepčního modelu. Ošetrovatelský proces byl vypracován podle taxonomie II. NANDA I domény 2012-2014.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: K. F.

Datum narození: 03/07/1945

Pohlaví: žena

Věk: 71

Adresa bydliště a telefon: XXX

Adresa příbuzných: XXX

RČ: XXX

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: důchodce

Stav: vdova

Státní příslušnost: CZE

Datum přijetí: 14/07/2015

Typ přijetí: plánovaná

Oddělení: X. 25

Ošetřující lékař: MUDr. E. K.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Já jsem po propuštění z léčebny upadla doma v koupelně.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení-Reakce na těžký stres NS

Medicínské diagnózy vedlejší:

CHOPN

DM II. typu na dietě

ICHS

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘIJETÍ DNE 14/07/2015

TK: 150/100

Výška: 175 cm

P: 80/min.

Hmotnost: 53 kg

D: 17/min.

BMI: 17

TT: 36,5 °C

Pohyblivost: částečně soběstačná

Stav vědomí: při vědomí

Orientace místem, časem, osobou: orientovaná

Řeč, jazyk: Česky mluvící

Krevní skupina: B Rh-

Nynější onemocnění:

Pacientka byla po propuštění z léčebny přivezena synem do nemocnice z důvodu zlomeniny krčku stehenní kosti, kterou si zapříčinila pádem v koupelně. Po propuštění z nemocnice, kde proběhla chirurgická léčba, byla přeložena na oddělení X. 25. Přijata byla 14/07/2015. Během pobytu vznikl dekubit 3. stupně na sakrální části.

Informační zdroje:

dekurs oddělení, ošetřující lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace

9.1 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zemřela v 60 letech na rakovinu prsu

Otec: měl TBC, více si nepamatuje

Sourozenci: bratr DM II. typu, nejsou v kontaktu

Děti: má 2 syny, bez zdravotních problémů

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná chronická onemocnění:

běžné dětské nemoci

hypertenze III. stupně

DM II. typu

CHOPN

ICHS

Hospitalizace a operace:

Úrazy: pád s následnou frakturou levého femuru

Transfúze: 0

Očkování: základní očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Tiapridal 100mg tbl. 0-0-0-1 (antipsychotika-neuroleptika)

Novalgine 500 mg tbl. 1-1-1 dle potřeby (analgetika)

Gopten 2mg tbl. 1-0-0 (antihypertenziva ACE inhibitor)

Xarelto 20mg tbl. 0-0-0-1 (antitrombotikum)

LÉKOVÁ ANAMNÉZA INTRAVENÓZNÍ

FR 1000ml i.v. 150ml/hod.

Novalgin 1. Ampule i.v. do 100 ml fyziologického roztoku, dle potřeby

LÉKOVÁ ANAMNÉZA SUBKUTÁNNÍ

Fraxiparine 0,4ml po 12 hod. (antikoagulace)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: kiwi, ananas

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: kuřák cca 4 cigarety denně

Káva: cca 2 krát denně

Léky: žádné

Jiné návykové látky: žádné

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: ve 14 letech

Cyklus: pravidelné

Trvání: 30/7

Intenzita, bolesti: jak kdy, spíše ne

PM(poslední menstruace): nepamatuje si

A (abortus): 0

UPT (umělé přerušování těhotenství): 0

Antikoncepce: neužívala

Menopauza: cca ve 48 letech

Potíže klimakteria: návaly horka, nadměrné pocení, změny nálad

Samovyšetřování prsou: neprováděla

Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje si

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí sama v bytě, je zajištěna

Vztahy, role a interakce: Děti projevují zájem. Navštěvují ji velice často. S bratrem není v kontaktu, pohádali se.

Záliby: čtení

Volnočasové aktivity: momentálně během ubytování na oddělení, leží upoutaná na lůžku, nesoběstačná

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zařazení: učitelka na střední škole

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: odchod do důchodu byl v 62 letech

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: žádné

9.2 FYZIKÁLNÍ VYŠTŘENÍ SESTROU

HLAVA: držení hlavy je přirozené, bez bolesti

OČI: bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice izokorické, reakce +, skléry + spojivky zarudlé, pohyblivé všema směry, nosí brýle při čtení

UŠI, NOS: bez hnisu, bez výtoku, sluch je trochu narušený, musí se na pacientku mluvit nahlas

RTY: suché, popraskané

DÁSNĚ, SLIZNICE DUTINY ÚSTNÍ: suché

JAZYK: jazyk plazí středem, suchý s bílým povlakem

TONZILY: vlhké, bez zvětšení

CHRUP: horní protéza

KRK: souměrný, štítná žláza nezvětšena, žíly bez náplně, hmatné žíly, pohyblivost bez poruchy

HRUDNÍK: souměrný, bez deformit, bradavky symetrické, dýchání bez obtíží pravidelné

PLÍCE: dýchání bez obtíží, čistě, sklípkové

SRDCE: srdeční rytmus pravidelný, bez šelestu

BŘICHO: měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, poklep bubínkový

JÁTRA: nezvětšena, bez bolesti

SLEZINA: nezvětšena

GENITÁL: bez problému

UZLINY: nezvětšené, nebolestivé

PÁTEŘ: mírná skolióza

KLOUBY: bolestivé

REFLEXY: zachovány

ČITÍ: zachováno

PERIFERNÍ PULZACE: hmatné

VARIXY: viditelné na obou končetinách

KŮŽE: suchá, papírového charakteru

OTOKY: bez otoků

9.3 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II, posouzení dne 03/08/2015

1. PODPORA ZDRAVÍ

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ:

„Chci se brzo uzdravit a být s dětmi doma. Jak by Vám bylo, kdybyste byla stále upoutaná tady v posteli? Nic příjemného to není.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ:

Pacientka je psychicky narušená. Mívá deprese a málo komunikuje. Často si stěžuje na své zdraví. Uvědomuje si, z jakého důvodu je tady na oddělení hospitalizovaná. Málo spolupracuje a nedodržuje léčebný režim.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

pacientka nespolupracuje

nedodržuje léčebný režim

PRIORITA:

střední

2. VÝŽIVA

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ:

„ Nepotřebuji pomoci, ještě se dokážu najíst sama.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ:

I přes tvrzení pacientky, která udává, že při jídle nepotřebuje pomoci, musí personál zajišťovat dopomoc připodávání stravy a tekutin. Pacientka přijímá stravu a tekutiny v malém množství. Je pobízena k častému příjmu tekutin, i přesto svůj pitný režim nedodržuje. Přes den vypije max. 3 skleničky 0,2 l čaje. Je zavedena PŽK s pravidelnou infuzní terapií z důvodu zavodnění a hydratace.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

malé množství přijímání stravy a tekutin

dehydratace

riziko nestabilní glykémie

PRIORITA:

střední

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Já se nemůžu hýbat, takže mi daly tady sestřičky tuhle cévku. Doufám, že nebudu mít problémy, až mi jí vyndají.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Z důvodu imobilizace a urgentní inkontinenci moči, byla zavedena PMK č. 14, 20 den. Moč je bez příměsí. Pacientka se vyprazdňuje na míse. Stolice bez příměsí krve. Každý den je kontrola a převaz rány. Rána, která vznikla na kosti křížové, je dekubit 3 stupně. Rána se hojí, pacientka neudává bolest.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

inkontinence moči

riziko infekce

PRIORITA:

střední

4. AKTIVITA-ODPOČINEK

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Jak kdy. Nemůžu spát tady ze sousedky. Pořád chrápe, to je k nevydržení. Pořád si pouští nahlas televizi. Je tu hlučno. Přes den jsem potom unavená a spím. Potom dostanu vynadáno, že nespím v noci, ale přes den. Kdybyste mě aspoň přeložili do pokoje, kde budu sama. To aby člověk šel spát už v 8 večer, aby zaspal ty všechny rámusy.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientka často spí přes den. V noci má narušený spánek, díky své sousedce, hluk z venčí a kvůli současnému zdravotnímu stavu. Pacientka odmítá užívání hypnotika. Pacientka se cítí unaveně, mívá deprese a úzkost. Je podrážděná a nepříjemná na své okolí. Má 2 krát do týdne RHB. Cvičení probíhá na lůžku s fyzioterapeutem. Celková hygiena je prováděna 3x týdně. Ostatně každé ráno je provedeno mytí na lůžku.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

porucha sebepéče

únava

deprese a úzkost

porucha pohyblivosti

PRIORITA:

střední

5. PERCEPCE/KOGNICE

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ:

„Musíte na mě mluvit nahlas. Slyším vás velice špatně. Nosím brýle na čtení. Myslím si, že s vámi komunikuji bez problému. Vím, kde se nacházím.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ:

Komunikace s pacientkou je zhoršena kvůli nedoslýchavosti. Musí se na ní mluvit nahlas a zpřímá. Pacientka nosí brýle pouze při čtení. Pacientka je orientovaná časem i místem.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

zhoršena komunikace

PRIORITA:

nízká

6. SEBEPERCEPCE

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Mám strach, že se nevyлéčím. Bojím se, že budu závislá na druhých do konce života. Já jsem taková nikdy nebyla. Vše jsem si obstarala sama. Mám strach, že neuvidím děti. Je to hrozné být stále na jednom místě, já byla aktivní, chodívala jsem na procházky s babkami a podívejte se na mě, jak jsem dopadla. Nelíbím se sama sobě.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientka se stresuje z dané nemoci. Neví, co s ní bude dál. Má strach z budoucna. Bojí se, že se nevyлéčí a bude muset být závislá na dětech. Trpí úzkostí a depresí. Svůj život vidí beznadějně. Své tělo odsuzuje.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

úzkost

deprese

stres

strach

PRIORITA:

střední

7. VZTAHY MEZI ROLEME

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ:

„Já jsem vdova. Manžel mi umřel na rakovinu. Žiju v bytě sama. Mám i bratra, s tím už nejsem v kontaktu přes 20 let. Děti se o mě starají, často mě i navštěvují. Vycházím s nimi velice dobře, mám už jenom je.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ:

Vztah mezi dětmi a paní K.F. je velice dobrý. Rodina se o pacientku stará. Děti jí každý den navštěvují. Projevují zájem a mají strach o svoji maminku. S bratrem není v kontaktu přes 20 let, důvodem byly spory mezi dětmi. Často vzpomíná na svého manžela.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

není žádný

PRIORITA:

není žádná

8. SEXUALITA

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Mám 2 syny. Máme se rádi.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientka má 2 děti. Spontánní porody. V mládí nebrala žádnou antikoncepci. Gynekologické potíže byly pouze kvasinkové infekce, záněty. V poslední době se nenaskytl žádný problém.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

není žádný

PRIORITA:

není žádná

9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ:

„Po tom pádu, mám teď hrozný strach ze všeho. Mám obavy z budoucna. Někdy mám pocit, že je lepší nežít. Teď ke všemu mám tu proleženinu, co když se vůbec nezahojí. Nechci být nikomu na obtíž, už vůbec ne dětem.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ:

Pacientka je ve stresu. Úzkostná. Má strach, že se nevyлéčí. Obavy, že zůstane do konce života ležící. Pacientka má problémy se zvládním zátěžové situace. Velké stresy měla už v mládí jako studentka vysoké školy. Důvodem byla, přísná výchova rodičů, vysoký požadavek při studiu. Smrt manžela. Pacientka se nyní cítí unaveně. Negativní postoj ke svému životu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:

strach

obavy

stres

úzkost

PRIORITA

střední

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Já nejsem věřící. Chodívala jsem jako malá s maminkou do kostela, tam mě i pokřtili. Ale nyní už nechodím. Nepovažuji se za věřící.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientka není věřící.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

žádný

PRIORITA

žádná

11. BEZPEČNOST-OCHRANA

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Nechci tu být. Chci být doma, tam je mi nejlíp.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientce hrozí riziko infekce. Z důvodu zavedení PMK, PŽK a hojící se dekubit 3. stupně. Převaz PŽK probíhá každý den-bez známky zánětu a infekce. PMK odvádí žlutou moč bez příměsí-bez známky infekce. Ošetřování, kontrola a převaz dekubitu, probíhá každý den. Pacientka neuvádí bolest, rána se hojí a je bez známky infekce. Pacientka je ležící, je zajištěna bezpečnost proti pádu. Je ponaučena o riziku pádu.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

riziko infekce

riziko pádu

PRIORITA

střední

12. KOMFORT

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

„Nikommu se nelíbí v nemocnici. Necítím se pohodlně. Nemůžu dělat to, co se mi zachce, jsem pořád jen v posteli. Bolí mě záda, kyčel. Chci být doma a být zdravá.“

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Pacientka má omezenou pohyblivost. Je částečně soběstačná. Odkázaná na personál. Zvláště při hygieně a podávání stravy. Bolesti udává v oblasti zad a v oblasti kyčle, hodnoceno numerickou škálou č. 4. Cítí se nepohodlně a nepříjemně. RHB probíhá v lůžku s fyzioterapeutem, je zajištěné polohování zdravotnickým personálem vždy po 2 hodinách.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

zhoršená pohyblivost

bolest

PRIORITA

střední

13. RŮST/VÝVOJ

HODNOCENÍ SUBJEKTIVNĚ

Pacientka se nevyjádřila.

HODNOCENÍ OBJEKTIVNĚ

Bez obtíží.

OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

žádný

PRIORITA

žádná

9.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Plánovaně

-CT mozku

-Neurologie

-Kontrolní RTG pro Chirurgii (za 2 měsíce)

Výsledky:

Odběr 15/07/2016:

Biochemie

Leukocyty 5,6

Erytrocyty 4,63

Hemoglobin 141 g/l

Hematokrit (KO+dif) 0,418

Trombocyty 246

Neutrofily 0,52

Lymfocyty 0,36

Monocyty 0,05

Eosinofily 0,04

Basofily 0,00

Konzervativní léčba:

Dieta: 9 (mletá)

Pohybový režim: klidový

RHB: 1 krát za den

Výživa: per os

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

PER OS

Tiapridal 100 mg tbl. 0-0-0-1 (antipsychotika-neuroleptika)

Novalgine 500 mg tbl. 1-1-1 dle potřeby (analgetika)

Gopten 2 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenziva ACE inhibitor)

Xarelto 20 mg tbl. 0-0-0-1 (antitrombotikum)

INTRAVENÓZNÍ

FR 1000ml i.v. 150ml/hod.

Novalgin 1. Ampule i.v. do 100 ml fyziologického roztoku, dle potřeby

SUBKUTÁNNÍ

Fraxiparine 0,4 ml po 12 hod. (antikoagulace)

CHIRURGICKÁ LÉČBA:

02/07/2016

9.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 03/08/2015

Pacientka K. F. ročník 1945 ve věku 71 let, byla ze dne 14/07/2015 plánovaně přeložena z chirurgického oddělení na oddělení X25. Paní K. F. je ležící pacient, nesoběstačná, se zlomeninou krčku stehenní kosti a dekubitem 3. stupně na sakrální části.

Ošetřovatelská anamnéza byla provedena pomocí rozhovoru a spolupráce pacientky. Dále se prováděl test podle Barthelové, při kterém pacientka získala 20 bodů,

neboli je vysoce závislá na personálu. Stupnice podle Northonové vyšla u pacientky na 12 bodů, výsledkem je nebezpečí vzniku dekubitu. Poté se hodnotilo riziko pádu, při kterém pacientka dosáhla 4 body, byla tak edukována o vysokém riziku pádu. A v neposlední řadě byla vykonána hodnocení bolesti podle VAS, při kterém pacientka uvádí bolest č. 5. Kontrola fyziologických funkcí(TK 130/70, P 70/min, D 16, TT 36,5 °C) byla zapsána do dokumentace.

Pacientka má zavedený PŽK (6 den), PMK (16 den). Odvádí čirou moč, bez patologií. Kontrola bilance tekutin, záznam příjem a výdej po dobu hospitalizace. Vyprazdňování stolice je bez problému, nebyla podporována pomocí laxativy, odvádí bez příměsí krve.

Provádí se RHB na lůžku s fyzioterapeutem; polohování pacientky pravidelně po 2 hodinách. Přebaz rány denně a podle potřeby. Dekubit byl změřen s velikostí 7x3cm.

Psychický stav pacientky je zhoršený z dané nemoci. Je velice úzkostná, v depresi. Často naříká a stěžuje si na bolest, která je též doprovázena z dané nemoci. Má narušený spánek kvůli sousedce, která vydává hlučné chrápání. Je stále unavená a spí přes den. Pacientka je podrážděná, musí být o všem informovaná, dává najevo svojí nedůvěru k zdravotnickému personálu.

9.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Diagnózy byly seřazeny dle priorit ve spolupráci s pacientkou

Akutní bolest (00132)

Narušená integrita tkáně (0044)

Nespavost (00095)

Úzkost (00146)

Narušená integrita kůže (00046)

Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

Zhoršený komfort (00214)

Nedostatek spánku (00096)

Strach (00148)

Beznaděj (00124)
Deficit sebepečce při stravování (00102)
Deficit sebepečce při koupání (00108)
Bezmocnost (00125)
Narušený obraz těla (00118)
Zhoršená paměť (00131)
Snížený objem tekutin v organizmu (00027)
Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organizmu (00002)
Únava (00093)
Riziko infekce (00004)
Riziko pádů (00155)
Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi (00179)

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti) náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekáváním nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- změny v chuti k jídlu
- kódový/číselný záznam (např. použití stupnice bolesti)
- expresivní chování (např. neklid, sténání, pláč, ostražitost, podrážděnost, vzdechy)
- výraz obličeje (např. ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa)
- ochranné chování
- zúžené zaměření pozornosti (změněné vnímání času, narušené myšlenkové procesy, snížená interakce s lidmi a prostředím)

- pozorované známky bolesti
- vyhledávání antalgické polohy
- obranná gesta
- bolest
- sebestřednost
- narušený vzorce spánku

Související faktory:

- původci zranění (např. biologičtí, chemičtí, fyzikální, psychogenní)

Cíl:

- pacientka udává zmírnění bolesti, do 72 hod.
- pacientka hodnotí bolest podle VAS č. 2, do 24 hod.

Priorita:

střední

Očekávané výsledky:

- pacientka bude udávat zmírněnou bolest do 24 hodin
- pacientka chápe důvod vzniku bolesti do 24 hodin
- pacientka bude schopna ohodnotit stupeň bolesti
- pacientka dodržuje nemocniční režim ohledně léků, diety, pohybový režim od 1. dne hospitalizace
- pacientka dobře napolohovaná bez stížnosti na bolest do 24 hodin

Plán intervencí:

Vše provádí sestra:

- hodnotit bolest podle VAS, do 24 hod.
- posoudit v jaké lokalitě je bolest, do 24 hod.
- polohovat pacientku vždy po 2 hodinách
- podat pacientce analgetika dle ordinace lékaře
- posoudit ovlivnitelnost bolesti po dobu hospitalizace
- posoudit všechny možné příčiny, které mají vliv na bolest pacientky, do 24 hod.
- sledovat zda má analgetika účinek na bolest do 1 hod.

- sledovat za jakou dobu má analgetika účinek do 1 hod.
- sledovat vedlejší účinky podávaných léků do 2 hod.
- kontrola fyziologických funkcí (ráno v 8hod., odpoledne v 15 hod., večer v 19 hod.)
- všechny informace zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, do 24 hod.
- zajistit pacientce pohodlí v průběhu dne
- zajistit pacientce klidné prostředí v průběhu dne
- zajistit aby pacientka byla o všem informovaná v průběhu dne
- všechny změny na pacientce vždy informovat lékaři v průběhu dne
- sledovat neverbální projevy pacientky v průběhu dne
- všimnout si chování pacientky a průběžně zaznamenávat do dokumentu, do 24 hod.

Realizace:

Realizace plánu začala od 04/08/2016 do 08/08/2016. Vše bylo provedeno sestrou.

- v 7:30 hod. byla bolest lokalizována v oblasti dekubitu v sakrální části a v oblasti operační rány
- dekubit byl změřen v 7:45 hod. s velikostí 7x3cm
- zajistilo se v 8:00 hod. u pacientky polohování, které bylo v intervalu vždy po 2 hod.
- polohování se střídalo z pravého boku na levý, byly použity antidekubitní pomůcky
- hodnotila se škála bolesti v 8:15 hod. podle VAS, kde udávala pacientka bolest č. 5.
- dále se podávala infuzní terapie s analgetikem v 10:30 hod. dle ordinace lékaře
- analgetika začala účinkovat dle pacientky okamžitě
- všechny fyziologické funkce se změřily v 12:30 hod. a zaznamenaly se do dokumentace (hodnoty nepřekročily fyziologickou mez)
- v průběhu dne se zajistilo pacientce pohodlí a klid na pokoji
- v průběhu dne se zajistily všechny potřebné věci na stolečku a přisunuly se k posteli, aby měla pacientka vždy vše na blízku a po ruce
- denně se kontrolovalo místo dekubitu, hodnotila se bolest vždy po 2 hodinách,
- v 10:30 hod. se podávala infuzní terapie nařazená s 1. Ampulí Novalginu do 100 ml fyziologického roztoku (po 6 hodin.), zajistila se dopomoc a komfort pacientky
- veškeré změny a změřené fyziologické funkce se zaznamenaly do ošetrovatelské dokumentace, do 24 hod.

Hodnocení (po 4 dnech):

- pacientka dokáže posoudit a ohodnotit stupeň bolesti

- pacientka při hodnocení bolesti udává č. 3, bolest je zmírněná
- účinek analgetika zabírá
- velikost dekubitu je 6,7x3 cm
- otevřeně mluví o svém stavu
- je informovaná o příčinách vzniku bolesti
- ošetrovatelské intervence stále pokračují

NARUŠENÁ INTEGRITA TKÁNĚ (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

Určující znaky:

- Poškozená tkáň (např. korneální, slizniční, kůže, podkoží)
- Zničená tkáň

Související faktory:

- nedostatek tekutin
- nedostatečné znalosti
- zhoršená tělesná mobilita
- mechanické faktory (např. tlak, střížné síly, tření)
- nutriční faktory (např. nedostatek nebo nadbytek)

Cíl:

- pacientka bude mít zhojenou tkáň do 6 měsíců
- pacientka bez známky infekce a sekrece do další kontroly
- pacientka bez zhoršení stavu tkáně do další kontroly

Priorita:

střední

Očekávané výsledky:

- pacientka dodržuje dietní režim dle nutriční sestry do doby hospitalizace
- pacientka dodržuje pitný režim, do 72 hod.
- pacientka dodržuje hygienickou péči rány do doby hospitalizace a zahojení rány
- pacientka je plně informovaná o lokální terapii, do 24 hod.
- pacientka je poučena o úlevové poloze a pohybovém režimu, do 24 hod.
- pacientka s pravidelným převazem rány, denně 1x nebo podle potřeby
- pacientka je bez bolesti v ráně, do 24 hod.
- pacientka spolupracuje s fyzioterapeutem v RHB, do 24 hod.

Plán intervencí:

Vše provádí sestra

- měřit rozměry dekubitu a zaznamenávat do dokumentace, do 24 hod.
- sledovat barvu a okolí rány při každé kontrole nebo převazu
- sledovat a zaznamenávat barvu, zápach a typ exsudátu z rány, do 24 hod.
- dodržovat správný postup převazu rány dle doporučení specializované sestry ohledně dekubitů, do 24hod.
- sledovat, zda pacientka dodržuje dietní režim a pohybový režim, do 48 hod.
- sledovat, zda pacientka dodržuje pitný režim, do 24 hod.
- sledovat, zda pacientka dodržuje hygienickou péči v okolí rány, do 48 hod.
- zajistit pacientce dopomoc při polohování vždy po 2 hodinách
- zajistit, aby pacientka měla dostatečné informace o převazu rány, do 24 hod.
- veškeré změny vždy zaznamenávat do dokumentace, do 24 hod.
- zlikvidovat všechny materiály použité na ránu do infekčního odpadu při každém převazu

Realizace:

Realizace plánu začala od 04/08/2016 do 08/08/2016. Vše bylo provedeno sestrou.

- ráno v 7:45 hod. byla provedena kontrola rány, následně byl zhodnocen zápach, barva a stav rány + okolí, konzistence a typ exsudátu z rány.
- v 7:50 hod. byla změřena velikost dekubitu v rozměrech 7x3cm a zaznamenána do dokumentace

- v 8:00 hod. byla rána převázaná, postup byl aseptický, dle doporučení specializované sestry na dekubity, během převazu probíhala komunikace s pacientkou, byla informovaná o postupu
- všechny materiály, které byly použity na ránu, nebo odebrány z rány, byly zlikvidovány do infekčního odpadu
- v 8 hod. bylo pacientce zajištěno polohování z pravého boku na levý, byly použity antidekubitní pomůcky, polohování vždy po 2 hodinách
- sledování pacientky, zda dodržuje pitný režim v průběhu celého dne

Hodnocení (po 4 dnech):

- pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem
- pacientka dodržuje pitný a dietní režim
- pacientka dodržuje hygienu
- pacientka má pravidelně ošetřenou ránu
- pacientka nemá prosáklé krytí
- pacientka neudává bolest v oblasti rány
- rána se hojí, po třech dnech změřena s velikostí 6,7x3cm
- ošetřovatelské intervence stále pokračují

NESPAVOST (00095)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování [organismu].

Určující znaky:

- pacient pozoruje změny emocí
- pacient pozoruje nedostatek energie
- pacient uvádí změny nálad
- pacient uvádí zhoršený zdravotní stav
- pacient uvádí zhoršenou kvalitu života
- pacient uvádí potíže s udržením koncentrace

- pacient uvádí potíže s usínáním
- pacient uvádí potíže se spaním
- pacient uvádí nespokojenost se spánkem (aktuální)
- pacient uvádí nedostatek energie
- pacient uvádí, že došlo k narušení spánku, což se projevuje následující den

Související faktory:

- úzkost
- deprese
- environmentální faktory (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí)
- strach
- častá zdímnutí během dne
- smutek
- přerušovaná spánek
- tělesná diskomfort (např. bolest. Lapavý dech, kašel, gastroezofageální reflux, nauzea, inkontinence/naléhavost)
- stres (např. přemítání před spánkem)

Cíl:

- pacientka bude spát nepřerušovaně minimálně 6 – 8hodin.
- spánekbez rušivé faktory
- pacientka bude pozitivně hodnotit svůj spánek

Priorita:

střední

Očekávané výsledky:

- pacientka usíná mezi 22 hod. – 23 hod.
- pacientka se bude minimálně probouzet v noci, do 48 hod.
- pacientka bude přes den odpočatá, do 48 hod.
- pacientka bude spokojená se spánkem, do 48 hod.

Plán intervence:

Vše provádí sestra

- sledovat psychický stav pacientky a zaznamenávat do dokumentace, do 24 hod.
- sledovat aktivity pacientky přes den a zaznamenávat do dokumentace, do 24 hod.
- zajistit klid a odhlučnění zvuku před spaním (např. ztlumit televizi, utišit ostatní pacienty), do 24 hod.
- zajistit v pokoji čerstvý vzduch, aby se pacientce spalo lépe (např. otevřít okno a vyvětrat), do 24 hod.
- zjistit, zda pacientka je spokojená se spánkem, do 48 hod.
- zjistit, zda je pacientka po probuzení přes den odpočatá, do 48 hod.

Realizace:

Realizace plánu začala od 04/08/2016 do 08/08/2016. Vše bylo provedeno sestrou.

- během noční směny byl monitorován spánek pacientky a vše se zaznamenalo do dokumentace
- v průběhu dne byl sledován psychický stav pacientky a vše se zaznamenalo do dokumentace
- v průběhu dne byla sledována aktivita pacientky a vše se zaznamenalo do dokumentace
- v 15:00 hod. proběhla diskuze o spánku, zjišťovaly se informace, zda je spokojená se spánkem, zda je odpočatá, zda se neprobouzela přes noc.
- před spaním v 21:50 hod. byl zajištěn klid na pokoji, byla ztlumena televize, utišily se ostatní pacientky, aby byly potichu
- v 21:45 hod. byl zajištěn čerstvý vzduch (otevřely se okna) aby pacientka lépe usínala

Hodnocení (po 4 dnech):

- pacientka se cítí odpočatěji než dříve
- pacientka hodnotí svůj spánek jako zlepšení
- pacientka se snaží přes den zapojit se do různých aktivit (čtení knih, čtení časopisů, sledování televize, poslouchání rádia, RHB na lůžku)
- pacientka odmítá brát přes noc hypnotika
- ošetrovatelské intervence stále pokračují

9.7 Celkové hodnocení

Pacientka plánovaně přeložena z chirurgického oddělení na oddělení X. 25. Pacientka s problémem zlomeniny levého krčku stehenní kosti a vzniklým dekubitem 3. stupně. Pacientka je ležící, nesoběstačná. Při rozhovoru 03/08/2016 byla pacientka velice úzkostná, měla strach, byla podrážděná a hodně si stěžovala na bolest.

Podle zpracovaných ošetřovatelských diagnóz je výsledek zlepšení celkového stavu pacientky. Došlo k zlepšení psychické a z části fyzické stránky. U některých stanovených diagnóz nebyl cíl splněn z důvodu krátké doby realizace. Plán intervence byl stanoven na 4 dny. Během těchto dní se zlepšila nálada pacientky. Získala se její důvěra, začala se často svěřovat. Pacientka začala spolupracovat se zdravotnickým personálem. Cítí se lépe. Dokáže se sama najíst bez pomoci. Začala dodržovat pitný režim. Bolest byla zmírněna pomocí analgetik. Dekubit se pomalu hojí. K zlepšení celkového stavu pacientky napomáhala i rodina, která jí podporovala z psychické stránky po dobu hospitalizace. Vzhledem k dané nemoci a věku pacientky je potřeba nadále dodržovat stanovené ošetřovatelské intervence.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dekubity jsou stálým problémem v ošetrovatelské péči, při nichž si zdravotníci nemohou stále najít správný postup, jak těmto problémům předejít. Z těchto důvodů byly navrženy doporučení v praxi pro zdravotníky, pacienty a rodinné příslušníky.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- vysvětlit a poučit o prevenci dekubitu
- plně informovat pacienta a rodinu o onemocnění.
- spolupracovat s lékařem, fyzioterapeutem, nutriční sestrou a ostatními specialisty v oboru
- získat si důvěru pacienta
- snažit se vžít do role pacienta
- přistupovat k pacientovi s vyšší mírou trpělivosti (pacient není z oboru, nemůže všemu rozumět)
- mluvit k pacientovi pomalu a jasně, aby všemu rozuměl a měl tak dost času na odpověď
- respektovat pacienta
- zajistit soukromí
- podporovat a chválit pacienta
- nepodceňovat pacienta
- veškeré informace, které jsou sděleny od pacienta, jsou důvěryhodné
- dodržovat bariérový a aseptický postup při manipulaci s pacientem
- zdravotnický personál by se měl průběžně školit v prevenci s dekubity

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat léčebný režim, který je stanoven.
- dodržet dietní režim.
- snažit se zvýšit svojí soběstačnost.
- ptát se, pokud něčemu nerozumí.
- respektovat zdravotnický personál.
- nepodcenit první příznaky
- proškolit se ohledně prevence před dekubity.

Doporučení pro rodinu:

- podporovat pacienta
- projevit zájem o pacienta
- zapojit se do prevence dekubitu
- spolupracovat s pacientem a se zdravotnickým personálem
- podílet se na dodržování léčebného režimu s pacientem
- komunikovat o daném problému s pacientem
- informovat zdravotnický personál o problémech pacienta (veškeré informace jsou užitečné)
- být trpělivý
- respektovat zdravotnický personál

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s dekubitem 3. stupně.

V teoretické části bakalářské práce jsme se společně zaměřili na problematiku vzniku dekubitů. Uvedené informace se týkaly postupu při léčbě a prevenci dekubitů, při jeho klasifikaci, hodnotící závažnost, fáze vyvíjejících se dekubitů. Také jsme se zaměřili na různé typy léčby jako je larvoterapie a fototerapie. V poslední řadě jsme zpracovali edukaci rodinných příslušníků a jak předcházet dekubitům. Všechny uvedené informace byly zpracované podrobně v jednotlivých kapitolách.

V praktické části bakalářské práce jsme vytvořili ošetrovatelský proces u reálné pacientky se vznikem dekubitů 3 stupně. V první řadě jsme získávali informace pomocí rozhovoru s pacientkou. Pomocí sběru těchto informací jsme posoudili její zdravotní stav. Zároveň byl vypracován ošetrovatelský proces a sestaveny ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA I taxonomie II, které byly seřazeny podle závažnosti. V závislosti na stavu pacienta bylo sestaveno mnoho ošetrovatelských diagnóz, ale podrobně byly vypracovány pouze prioritní diagnózy. Byly stanoveny ošetrovatelské cíle, plán intervence, její realizace ošetrovatelské péče a poté vyhodnocení léčebného procesu.

Cílem této práce je poučit zdravotnický personál jak předejít vzniku dekubitu, jelikož se tento problém stále objevuje i přes všechny novodobé technologie. Je určena i pro laickou veřejnost, rodinné příslušníky nemocných pacientů. Tato bakalářská práce nám podala podrobné informace a znalosti o dané problematice, která nám může prospět jak v zaměstnání, tak i v osobním životě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON. 2010. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-36-4.
- BALOGOVIÁ, Eva a Jana BOROŇOVÁ. 2014. Vplyv výživy na priebeh hojenia rán. In: *Florence*, roč. 10, č. 12, s. 6-9. ISSN 1801-464X.
- BUREŠ, Ivo. 2006. *Léčba rány*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-413-X.
- CSISKO, Matej. 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. In: *Sestra*, roč. 24, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
- ČÁSTKOVÁ, Jana, Eva HRACHOVÁ a Petra RACOCCHOVÁ. 2007-2013. *Prevence proleženin*. Praha: Ústřední vojenská nemocnice.
- FIALOVÁ, Petra a Vladimír Vašků. 2010. *Moderní fototerapie v dermatologii – minimalizace rizik* [online], [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/moderni-fototerapie-v-dermatologii-minimalizace-rizik-450832>
- GROFOVÁ, Zuzana. 2012. *Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří*. První vydání. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-21-1.
- HARTMANN. 2012. *Možnosti fototerapie při hojení ran* [online], [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/moznosti-fototerapie-pri-hojeni-ran>
- HILŠEROVÁ, Stanislava. 2010. Dekubity - prevence a jejich léčba. In: *Urologie pro praxi*, roč. 11, č. 1, s. 47-49. ISSN 1213-1768.
- HRONOVSKÁ, Lenka. 2011. *Proleženiny a další poruchy kůže u nádorových onemocnění obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-0670-1.
- KOUŘILOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- KOUTNÁ, Markéta a Ondřej. ULRYCH. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- LAHODOVÁ, Miroslava. 2007. Ošetřování dekubitů. In: *Urologie pro praxi*, roč. 8, č. 5, s. 245-246. ISSN 1213-1768.
- MANDYSOVÁ, Petra, Edvard EHLER a Lenka TREJBALOVÁ. 2012. Česká verze Škály Bradenové: metodika překladu a shoda mezi posuzovateli. In: *Ošetrovatel'stvo*, roč. 2, č. 4, s. 137-142. ISSN 1338-6263.

MELUZÍNOVÁ, Hana, Pavel WEBER, Zuzana NAVRÁTILOVÁ a Hana KUBEŠOVÁ. 2007. Dekubitus – komplexní pohled geriatra. In: *Interní medicína pro praxi*, roč. 9, č. 11, s. 499-506. ISSN 1212-7299.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

NANDA INTERNATIONAL. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol. 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PETERSON, ANN M. 2012. Wound Care Primer: What to Consider When Reviewing a Pressure Ulcer Case. In: *Journal of Legal Nurse Consulting*, roč. 23, č. 1, s. 35-47. ISSN 1080-3297.

STEJSKALÍKOVÁ, Lenka. 2007. *Alternativní léčba – larvální terapie a čištění ran v praxi* [online], [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/alternativni-lecba-larvalni-terapie-a-cisten-ran-v-praxi-301146>

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

Stupnice dle Bradenové. In: *ZSHK* [online]. ZSHK, 2012 [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5819.pdf>

ONDŘIOVÁ, Iveta a Terézia FERTAĽOVÁ. 2013. Dekubity jako indikátor kvality péče. In: *Sestra*, roč. 23, č. 1, s. 48-51. ISSN 1210-0404.

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

ZÁDRAPOVÁ, Jana. 2008. *Historie a současnost larvální terapie* [online], [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12909>

PŘÍLOHY

Příloha A –Škála dle Northonové	I
Příloha B –Škála dleKnolla.....	II
Příloha C –Škála dle Waterlewové	III
Příloha D – Dekubity 3. stupně.....	IV
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	V
Příloha F –Rešeršní protokol	VI

Příloha A – Škála dle Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Příloha B – Škála dle Knolla

- Započítat dvojnásobně

Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	Dobry	Přiměřený	Chatrný	Skomírající
Mentální stav	Bdělý	Letargie	Semikomatózní	Komatózní
Aktivita	Chodící	Potřebuje pomoc	<ul style="list-style-type: none"> • Trvale na vozíku 	<ul style="list-style-type: none"> • Trvale na lůžku
Pohyblivost	Plná	Omezená	<ul style="list-style-type: none"> • Velmi omezená 	<ul style="list-style-type: none"> • Imobilita
Inkontinence	Žádná	Občasná	<ul style="list-style-type: none"> • Obvykle močová 	<ul style="list-style-type: none"> • Úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	Dobry	Přiměřený	Špatný	Žádný
Příjem tekutiny ústy	Dobry	Přiměřený	Špatný	Žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	Chybí	Nevelká	Průměrná	Silná

(ZSHK, 2012)

Příloha C – Škála dle Waterlowové

Poměr výška / váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná / katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován / inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (třteplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		Medikace	
úplná	0	průměrná	0	DM	4 -	ortopedická, pod úroveň pasu	5 6	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
neklidný	1	chabá	1	RSM	4 -	páteř, na stole déle než 2 hod	5 6		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 -		6		
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5822.pdf>

Příloha D – Dekubity 3. stupně



(HOANGOVÁ, 2016)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA

S DEKUBITEM

HoangováThuNga

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova: dekubitus, rány – hojení, ošetřování, ošetřovatelský proces, pressureulcers, nursing

Časové vymezení: 2005 – současnost

Druhy dokumentů: knihy, články, kapitoly

Počet záznamu: 91 (knihy: 16, články: 74, kapitoly: 1)

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

Základní prameny: Medvik(katalogy NLK, BibliographiaMedicaČechoslovaca), CinahlComplete

Rešerše č. 796/2015