

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MRSA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA JÍLKOVÁ

Praha 2016

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MRSA

Bakalářská práce

MARKÉTA JÍLKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2016

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE (BEZ NADPISU)

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 PhDr. Moravcové za ochotu, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Velké poděkování patří též mé rodině a nejbližším za podporu a povzbuzení v době studia.

ABSTRAKT

JÍLKOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelská proces u pacienta s MRSA*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2016. XX s.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s infekčním onemocněním MRSA. Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část práce se zabývá problémem nozokomiálních nákaz v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Prevencí nozokomiálních nákaz. Cílem je správně provádět ošetrovatelskou péči a tím snížit riziko vzniku infekce a snažit se minimalizovat výskyt nozokomiálních nákaz. Praktická část se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí u pacienta. Pacient bude zpracován dle modelu Marjory Gordon podle NANDA I taxonomie II 2012-2014 od jeho přijetí po jeho propuštění. Získané informace o pacientovi jsme utřídili dle NANDA I taxonomie II do osmi domén.

Klíčová slova

Definice. Legislativa. Pojmy. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

Jílková, Markéta. *Nursing Process in the Case of Patient with MRSA*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Prague. 2016. XX pages.

This Bachelor's study is focused on the healthcare treatment process of the patient with infection illness MRSA. The text consists from two parts. Theoretical part deals with the problem of nosocomial infections caused by stay in a healthcare facilities, and prevention against nosocomial infections with the aim to provide the right healthcare treatment and to minimize the risk of the nosocomial infections appearance. The practical part describes the complete healthcare treatment of a patient. Patient would be treated according to the model of Marjora Gordon according to NANDA I taxonomy II 2012-2014 from his/her check in till his/her check out of the healthcare facilities. The information of the patient is sorted according to NANDA I taxonomy II into eight domains.

Keywords

Definition. Healthcare treatment. Items. Jurisdiction.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAMO ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZY.....	15
1.1 DEFINICE NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ.....	15
1.2 FAKTORY PŘÍSPÍVAJÍCÍ KE VZNIKU NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ.....	16
1.2.1 PŮVODCI NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZ.....	16
1.3 METHICILIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	17
1.3.1 NOSIČSTVÍ MRSA.....	17
1.3.2 PREVENCE ŠÍŘENÍ MRSA.....	18
1.3.3 HLÁŠENÍ VÝSKYTU INFEKČÍ A NOZOKOMIÁLNÍCH INFEKČÍ 18	
1.3.4 BARIEROVÉ OŠETŘOVATELSKÉ TECHNIKY A POSTUPY	18
2 ŠÍŘENÍ NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ.....	19
2.1 BRÁNA VSTUPU NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ.....	19
2.2 ZDROJ NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ.....	19
3 PREVENCE NOZKOMIÁLNÍCH PNEUMONII.....	22
3.1 PREVENCE	22
4 LEGISLATIVA NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ	23
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	24
5.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI.....	24
5.2 Hodnoty zjišťované při příjmu:	25
5.3 ANAMNÉZA.....	26
5.4 Současný stav pacienta.....	28

5.5	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	30
5.6	AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	33
5.7	POSOUZENÍ PSYCHCKÉHO ŽIVOTA	34
5.8	POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU	35
5.9	MEDICÍNSKÝ MANAGMENT	35
6	SITUAČNÍ ANALÝZA	37
6.1	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNOZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY ZE DNE 10. 1. 2016.....	37
	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY	37
6.1.1	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031).....	38
6.1.2	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Zhoršená verbální komunikace (00051).....	40
6.1.3	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Deficit sebepěče při stravování (00102).....	42
6.1.4	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Deficit sebepěče při koupání (00108).....	44
6.1.5	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Zácpa (00011).....	46
6.1.6	Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Riziko narušení integrity kůže (00047).....	47
6.1.7	Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Riziko vzniku infekce PMK (00004).....	49
6.1.8	Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Riziko infekce TCHS (00004).....	50
6.1.9	Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Narušený vzorec spánku (00198).....	52
6.1.10	Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Riziko pádu (00155).....	53
6.2	Zhodnocení ošetřovatelské péče	55
6.3	Doporučení pro praxi	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	24
Tabulka 2 Hodnoty zjišťované při příjmu.....	25
Tabulka 3 Chronická medikace.....	26
Tabulka 4 Fyzického stavu ze dne 12. 1. 2016	27
Tabulka 5 Barthel test ze dne 12. 1. 2016.....	29
Tabulka 6 Hodnocení vzniku rizik dekubitů dle Nortonové ze dne 12.1.2016.....	29
Tabulka 7 Hodnocení rizika pádů.....	29
Tabulka 8 Posouzení stavu ze dne 12. 1. 2016.....	30
Tabulka 9 Posouzení psychického života ze dne 12. 1. 2016.....	30

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Mikroorganismus - je jednobuněčný, jen mikroskopicky pozorovatelný organismus

Nozokomiální nákaza- infekce spojená s pobytem v nemocnici

Incidence- statistický ukazatel podíl počtu nově hlášených nemocných

Skrínig- vyhledávání chorob v jejich časných stádiích

Izolace - karanténa osob s infekcí

Surveillance - monitorování objektů, procesů

Patogický agens - biologický faktor které může zapříčinit onemocnění hostitele

Letalita- smrtnost

(VOKURKA, HUGO, 2011)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MRSA.....	METHYLREZISTENTNÍ STAPHYLOCCOCUS AURUS
NIP.....	NÁSLEDNÁ INTENZIVNÍ PÉČE
NN.....	NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZA
GIT.....	GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT
UPV.....	UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE
DIOP	DLOUHODOBÁ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
PMK.....	PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATETR

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s MRSA. Nemocniční infekce reprezentují významnou komplikaci zdravotní péče, ale přibližně třetině lze preventivně předejít. Předpokladem je dobře zorganizovaný systém jejich účinné kontroly vycházející ze systému stanovení a dodržování hygienických a protiepidemických zásad. Hygiena rukou je důležitou prevencí nozokomiálních nákaz. Je nejjednodušší a nejlevnější metodou přerušování přenosu mikroorganismů a je součástí bariérové ošetrovatelské techniky.

Cílem bakalářské práce je prevence nozokomiálních nákaz ve zdravotnickém zařízení. Snížit riziko přenosu nozokomiálních nákaz správnou hygienou rukou. Ve zdravotnickém zařízení představuje hygiena rukou účinný postup v prevenci šíření nozokomiálních infekcí od pacienta k pacientovi ke zdravotníkovi a naopak. Správně prováděná ošetrovatelská péče by se měla snažit výskyt nozokomiálních nákaz minimalizovat. (ŠRÁMOVÁ, 2001).

Vstupní literatura

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2013, roč. 2013, č. 2, s. 65-72. ISSN: 1211-0868
HEDLOVÁ, Hana, Urologie pro praxi. 2011, roč. 12, č. 3, s. 185-186. ISSN: 1213-1768; 1803-5299

Popis rešeršní strategie

Vyhledáváním odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s MRSA se zaměřením na nozokomiální nákazy jejich původce a prevence nozokomiálních nákaz, proběhlo v časovém období listopad 2015 až únor 2016. Pro vyhledávání byla použita klíčová slova, jako jsou definice, legislativa, pojmy, ošetrovatelské péče. Rešerše byla zadána

v Národní lékařské knihovně, kde knihovna vyhledala okolo 40 zdrojů, z kterých bylo použito minimu zdrojů pro zpracování bakalářské práce.

1 NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZY

Nozokomiální nákaza je nákaza endogenního i exogenního původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení, ústavním i ambulantní části. Jsou aktuálním problémem všech zdravotnických zařízení. Nozokomiální infekce výrazným způsobem ovlivňují bezpečí pacienta a kvalitu poskytované péče. Správně prováděná ošetrovatelská péče by se měla snažit výskyt nozokomiálních nákaz minimalizovat. (ŠRÁMOVÁ, 2001).

1.1 DEFINICE NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Nozokomiální nákazy jsou infekce, které vznikly ve zdravotnickém zařízení, které nebyly přítomné při přijetí, a pacient v této době nebyl v inkubační době příslušné infekce.

Výskyt nozokomiálních nákaz je velmi významným ukazatelem kvality zdravotnické péče.

Definice nozokomiálních nákaz říká, že se jedná o infekce, které vznikly v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení.

Pojem nozokomiální nákazy má původ v řeckém slově nosokomeion – nemocnice (v řečtině nosos- choroba, komeo- starat se). Podle typu oddělení se liší riziko přenosu NN. Je obecně dokázáno, že oddělení intenzivní péče, operační sály, léčebny dlouhodobě nemocných, chirurgická oddělení jsou rizikovější. Výzkumy prokázaly, že dlouhodobá hospitalizace pro člověka je velkou zátěžovou situací, která bývá prováděna poklesem obranyschopnosti organismu při současném narušení přirozených bariér v prostředí s vysokou koncentrací patogenů. Je třeba podotknout že čím více invazivních vstupů pacient má tím se zvyšuje incidence NN na jednotkách intenzivní péče.(MUDr. STÁDNÍKOVÁ)

Ne každý pozitivní mikrobiologický nález musí znamenat nozokomiální nákazu. Důležité je rozlišovat nosičství, kolonizaci, infekci.

Sledování a hlášení nozokomiálních nákaz dokáže včas odhalit blížící se riziko, které může způsobit epidemii, ohrozit pacienty a zvýšit finanční investice oddělení. Problematika prevence nozokomiálních nákaz by měla být zdůrazňována jako celoživotní vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. Prevence nozokomiálních nákaz může být efektivní tehdy, jestliže jsou vytvořeny podmínky z řad managementu a vedení klinik. V každé nemocnici by měl být určený lékař, který bude sledovat statistiku NN a hlásit je dle směrnice. (MAĎAR, 2006)

1.2 FAKTORY PŘISPÍVAJÍCÍ KE VZNIKU NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Rizikové faktory rozdělujeme do dvou skupin. Vnitřní faktory souvisí s biologickou rovnováhou organismu. Řadíme sem poruchy imunitní, hormonálně oběhové, stav mikroflóry, metabolismus. Vnější faktory mají přímou souvislost s léčebným a diagnostickým plánem pacienta. Tyto faktory jsou operační výkony, miniinvazivní diagnostická vyšetření, katetrizace močového měchýře, intravenózní katetry a další.

Negativním faktorem je nedokonalá hygiena rukou po styku s pacientem a tělními tekutinami a exkrementy. Sestra by měl poznat zdroje a způsoby přenosy mikroorganismů, přičemž jejím hlavním úkolem je prevence těchto infekcí a zároveň šíření nozokomiálních nákaz od infekčních pacientů na jiné osoby.

Dalšími faktory nozokomiálních nákaz jsou vysoký průměrný věk pacientů, vyšší počet invazivních zákroků, pokroky v léčbě onkologicky nemocných pacientů a jiné faktory charakteristické pro moderní medicínu. Působením těchto faktorů stoupá riziko vzniku nozokomiálních nákaz a zároveň prognóza.

1.2.1 PŮVODCI NOZOKOMIÁLNÍ NÁKAZ

Původci nozokomiálních nákaz mohou být prakticky všechny druhy mikroorganismů, jako jsou bakterie, stafylokoky, pseudomonády, streptokoky, aerobní bakterie a dále viry, plísňe, kvasinky. Tito původci se z těla nemocného

vyučují tělními sekrety a exkrementy jako například krví močí, sputem, hlenem, stolicí, vaginálním nebo spojivkovým sekrete apod. Těmito vehikuly se nozokomiální nemoci přímo či nepřímo šíří. (ŠRÁMOVÁ, 2001).

Nespecifické nozokomiální nákazy jsou salmonelózy, chřipka, virová hepatitida apod. Původci nozokomiálních a komunitních nákaz se liší zejména v citlivosti na antibiotika. Rezistence až multirezistence na chemoterapeutika je jednou z charakteristik mikrobiálních nemocničních kmenů. Selektované multirezistentní nemocniční kmeny perzistují, cirkulují a vyvolávají infekce s vysokou morbiditou a mortalitou. Tato situace ne zvláště tíživá na jednotkách intenzivní péče, kde se soustřeďují nemocní s řadou dnes, již známých a definovaných predispozičních faktorů. Multirezistentnímu charakteru nemocničních kmenů je nutno věnovat obzvláště vysokou pozornost s ohledem na vznik, šíření a účinné kontroly. (ŠRÁMOVÁ, 2001)

1.3 METHICILIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Staphylococcus aureus je jednou z nejrozšířenějších bakterií a patří mezi nejčastější příčiny infekčních nemocí u člověka. (MAĎAR, 2006)

Infekci především vyvolávají cizí tělesa např. kanyla, endoprotéza apod. Ideální podmínky, ve kterých *staphylococcus* dlouhodobě přežívá, jsou prach a sucho, v zaschlém hnisu vydrží i několik týdnů.

1.3.1 NOSIČSTVÍ MRSA

K šíření staphylococů ve zdravotnických zařízení významně napomáhají asymptomatictí nosiči. Epidemiologicky nejzávažnější formou je nosní nosičství, které je asi v 30 % trvalé 70% intermitentní. Další formy nosičství jsou kožní, hlavně v případě patologické léze. (MAĎAR, 2006)

Chronický nosič je nebezpečným zdrojem šíření. Bývá to nemocný, který se kolonizoval nebo prodělal infekci při pobytu v nemocnici. Nosičství MRSA může

přetrvávat týdny, měsíce i roky, může být intermitentní a proto mikrobiologicky obtížně prokazatelné (NĚMŠOVSKÁ s. 47, 2009)

1.3.2 PREVENCE ŠÍŘENÍ MRSA

Preventivní opatření jsou především skrining pacientů na přítomnost MRSA a v případě pozitivního výsledku jejich izolace a dekolonizace, důsledné předávání informací zdravotnickému personálu a možné prevenci, edukační programy spojené se správnou hygienou rukou.

1.3.3 HLÁŠENÍ VÝSKYTU INFEKČÍ A NOZOKOMIÁLNÍCH INFEKČÍ

Při výskytu infekčního onemocnění musí lékař postupovat v souladu s platnými předpisy. Současně při zjištění infekce informujeme vedoucího pracoviště. Dále dle standartu oddělení lékař hlásí infekce na Krajskou hygienickou stanici, kde se vyplní žádanka a zašle se faxem na příslušné pracoviště. (PODSTATOVÁ, 2010).

1.3.4 BARIÉROVÉ OŠETŘOVATELSKÉ TECHNIKY A POSTUPY

Bariérové ošetřovatelské techniky a postupy zahrnují používání ochranných oděvů kde je kladen důraz na důsledné převlíkání personálu, používání ochranných pomůcek jako jsou ústenky a rukavice je důležité po každém pacientovi si pomůcky vyměnit. Používání jednorázových ručníků, zajistit dezinfekční přípravky pro mytí rukou na pokoji pacienta. Zajistit na infekčním pokoji samostatný vozík na infekční prádlo pro pacienty vše důkladně polepit infekční prádlo, dále označit infekční odpad, který je nutno dávat do označených pytlů a průběžně likvidovat. Zvýšit dezinfekční a úklidový režim na pokoji pacienta. Z pokoje nesmíme nic vynášet po dobu izolace. Důležité je důkladně označit že na daném pokoji je izolace a informovat o dané situaci personál a zejména rodinu, která dochází za pacientem. (MUDr. BEATA ČEČETKOVÁ, 2010)

2 ŠÍŘENÍ NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Šíření multirezistentních kmenů je umožněno nedodržování hygienického režimu oddělení a správné ošetrovatelské péče. Hygienický režim zahrnuje sterilizační a dezinfekční postupy a dodržování zásad osobní hygieny zdravotního personálu včetně mytí rukou správnou technikou a frekvencí. Které eliminují riziko exogenních nemocničních nákaz. Správná ošetrovatelská péče je rovněž nezbytná pro přerušování šíření multirezistentních kmenů. Důležité je i dodržování bariérového režimu a dodržování standartních postup při invazivních zákrocích jako jsou cévní a močové katetrizace, umělé plicní ventilace. (ŠRÁMOVÁ s. 15, 2001)

2.1 BRÁNA VSTUPU NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Původci nozokomiálních nákaz vstupují do organismu třemi velkými (kůže, respirační trakt a alimentární trakt) a dvěma malými (oční spojivky a urogenitální trakt) epiteálními povrchy. Rozhodující je porušení celistvosti povrchu brány stupu. U specifických nozokomiálních nákaz dochází k porušení epitelu při invazivních zákrocích (operace, -skopická vyšetření atd.) (ŠRÁMOVÁ s. 9, 2001)

2.2 ZDROJ NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Humánním zdrojem infekčních agens v nemocničním prostředí může být pacient, zdravotnický personál, návštěvy. Výjimečně může být zdrojem nákazy i zvíře. Pacient je zdrojem nesespecifické, specifické, endogenní i exogenní nozokomiální nákazy. Pacient může být zdrojem nákazy jako nemocná osoba s klinickými projevy, jako nosič patogenních agens bez jakýchkoliv známek klinického projevu. Pacient při exogenní (specifické i nesespecifické) nozokomiální nákaze vylučuje mikroorganismy do vnějšího prostředí a ty buď přímo, nebo nepřímo přenášejí na jinou osobu. Onemocní-li zdravotnický personál, mluvíme nikoliv o nozokomiální nákaze, ale o profesionální nákaze.

Zdrojem nesespecifické nemocniční nákazy se stává pacient, je-li přijat s chybnou základní diagnózou, je přijat v inkubační době nemoci a ta propukne až

během hospitalizace na oddělení. U těchto případů je pacient zdrojem nespecifické neboli komunitní nákazy. Zavlečení do zdravotnického zařízení je jedním z vážných epidemiologických prohřešků. Preventivní opatření spočívá např. v izolaci, cyklizaci pokojů (tzn. přijetí a propuštění všech pacientů pokoje najednou), nebo odeslání pacienta s potvrzenou infekcí na příslušné infekční oddělení.

Zdrojem specifické nozokomiální nákazy se může pacient stát během hospitalizace, jestliže byl osídlen nemocničními kmeny a nozokomiální nákaza u něj propukla. Může se stát u pacientů, kteří jsou opakovaně přijati nebo překládány z jiného zdravotnického zařízení nebo oddělení a bakteriologický nález není součástí zdravotnické dokumentace.

Mnohdy je pacient kolonizován rezistentním nemocničním kmenem (MRSA) několik měsíců i rok po propuštění. Nejčastějším místem kolonizace MRSA je nosní dutina.

Pacient s nozokomiální nákazou musí být identifikován jako zdroj možné nákazy. Identifikace podléhá povinnému hlášení.

Engogenní nozokomiální nákaza je onemocnění, vznikající u pacienta působením vlastní mikroflory běžné i kolonizované. Patogen je mikrob, který je součástí jednoho ze systému s vlastní mikroflórou (kožního, respiračního, urogenitálního a gastrointestinálního).

Původce vyvolávající endogenní nákazy se dostává z vlastního do jiného systému, do serózních dutin, do rány atd. Dochází k tomu při operacích, instrumentálních zákrocích, ale také po ozáření a po imunosupresivní léčbě, při oslabení organismu a může dojít k vzplanutí infekce. Endogenní nákazy nemají inkubační dobu, proti jejich původci nevzniká imunita. Rozlišení endogenních od exogenních nákaz, bývá obtížnější.

Pacient s endogenní nákazou je zdrojem nákazy pro další pacienty. Dalším zdrojem nozokomiální nákazy může být návštěvník. V dnešní době se značně uvolnily předpisy pro četnost a dobu návštěv. Možnost, že návštěvník zavleče infekční onemocnění, trvá. Závisí to na jeho chování (nesmí si sedat na postel pacienta, odkládat tašky, oděv atd. a na jeho uvědomění nenavštěvovat pacienta ve stavu, kdy je sám nemocen.

Zdravotnický personál se může stát zdrojem exogenní nemocniční nákazy v případě vlastního onemocnění, kdy podceňujeme banální nemoci, jako je např. angína.

Opatření pro zdravotnický personál spočívá v používání všech dostupných bariérových ošetrovatelských technik, používat roušky, rukavice, ochranné oděvy, mýt a dezinfikovat si ruce podle potřeby, dodržovat zásady hygienicko-epidemiologického režimu.

3 PREVENCE NOZKOMIÁLNÍCH PNEUMONIÍ

Pneumonie patří k nejzávažnějším onemocněním u hospitalizovaných pacientů. Nozokomiální pneumonii tvoří 10-20 % všech nozokomiálních nákaz, jejich incidence v intenzivní péči však může dosahovat až 65 % s letalitou přesahující 25 %. Nozokomiální pneumonie se vyskytují přibližně u 1 % hospitalizovaných pacientů, po uroinfekcích jsou druhou nejčastější skupinou a ze všech NN mají nejvyšší úmrtnost. (MAĎAR, 2006).

Nozokomiální pneumonie výrazně zvyšují náklady na léčbu a prodlužují dobu hospitalizace. Nejrizikovější pacienti jsou osoby starší 70 let a pacienti s endotracheální intubací, umělou plicní ventilací, poruchou vědomí.(MAĎAR, 2006).

3.1 PREVENCE

Nejdůležitější jsou preventivní opatření u pacientů s umělou plicní ventilací, u kterých bývá častější výskyt nozokomiálních pneumonií. Pacienti, kteří jsou na umělé plicní ventilaci je potřebná pravidelná výměna dýchacích okruhů. Vznik nozokomiálních pneumonií závisí také na konkrétní situaci a stavu pacienta. (MAĎAR,2006)

Dalším významným aspektem prevence je také přísné dodržování zásad asepsy zdravotnickým personálem, včetně hygieny rukou, odsávání tracheálních sekretů, pečlivá mechanická očista a dekontaminace přístrojů a nástrojů. Snížit riziko vzniku nozokomiálních pneumonií můžeme také fyzioterapií, dechovými cviky, polohováním pacienta, zvýšená horní polovina těla (MUDr. VÁCLAVA ADÁMKOVÁ, 2013)

Z organizačního hlediska je v prevenci infekcí důležitá izolace nakažených pacientů a vyloučení rizikových pacientů s příznaky infekce. Důležité jsou také kontroly vzorků pitné a užitkové vody na přítomnost legionel a pseudomonád. (MAĎAR,2006).

V prevenci nozokomiálních pneumonií hraje velkou roli dodržování bariérových ošetrovacích technik, účinná klimatizace. (MAĎAR,2006)

4 LEGISLATIVA NOZOKOMIÁLNÍCH NÁKAZ

Předpis č. 258/ 2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví, vybrané paragrafy:

§ 16 Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče,

§ 19 Hygienické požadavky na výkon činností epidemiologicky závažných,

§ 20 Povinnosti fyzické osoby vykonávající činnosti epidemiologicky závažné,

§ 45 Očkování a spolupráce ochrany veřejného zdraví se zdravotnickými zařízeními,

§ 62 Hlášení infekčních onemocnění a zacházení s biologickým materiálem,

§ 62 a Epidemiologické šetření,

§ 64 Opatření, kterým jsou povinny se podrobit fyzické osoby,

§ 65 Provedení karantény a ohniskové ochranné dezinfekce, dezinfekce a deratizace,

§ 67 Stanovení druhu a způsobu provedení protiepidemiologických opatření v ohnisku nákazy,

§ 68 Provádění opatření před zavlečením infekčních onemocnění za zahraničí.

Metodické opatření č. 6 ve Věstníku MZ ČR v roce 2005 Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči:

Předpis č. 378/ 2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,

Předpis č. 137/ 2004 Sb. Vyhláška o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách pracovní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných,

Vyhláška č. 92/ 2012 O požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces jsme zpracovali u pacienta, který byl přijat na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče nemocnice Neratovice s diagnózou kraniotrauma. Pacient byl do nemocnice přeložen z FNKV NIP kde byl postupně odvykán od ventilátoru. Při příjezdu pacienta na oddělení jsme následně zjistili, že má MRSA a ihned jsme zahájili bariérový režim. Pacient není schopen podepsat informovaný souhlas s hospitalizací, proto bylo zahájeno detenční řízení.

Detenční řízení je vystaveno u všech pacientů, kteří se dostali do nemocnice, a jejich stav jim nedovoluje podepsat informovaný souhlas. Detenční řízení je nutně poslat do 24 hodin na příslušný soud, kde bude určen opatrovník. Vše se zapisuje do zdravotnické dokumentace. Při úmrtí pacienta se detenční řízení zruší.

5.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

Tabulka 1- Identifikační údaje

Jméno a Příjmení: K. V.	Datum přijetí: 10. 1. 2016
Pohlaví: muž	Oddělení: Nemocnice Neratovice oddělení DIOP
Datum narození: 6. 3. 1954	Číslo pojišťovny: 207
Věk: 62 let	Státní příslušnost: česká
Vzdělání: elektrikář	Typ přijetí: překlad z FNKV
Zaměstnání: důchodce	
Stav: ženatý	

Důvod přijetí udávaný rodinou: Manžel nalezen ležící v bezvědomí v koupelně

Medicínská diagnóza hlavní:

Ložiskové poranění mozku, neotevřená rána. Úrazové subdurální krvácení. Akutní respirační selhání. Tracheostomie.

Medicínská diagnóza vedlejší:

Běžné dětské nemoci, Hypertenze, Abúzus,

5.2 Hodnoty zjišťované při příjmu:

Tabulka 2 Hodnoty zjišťované při příjmu ze dne 10. 1. 2016

TK: 160/80	Výška: 180 cm
P: 80/ min	Váha: 82
D: 18	BMI: 25 - nadváha
TT: 36,3	Pohyblivost – ležící pacient
SPO2: 96 %	Stav vědomí: vigilní stav

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacienta

Nynější onemocnění:

30. 11. 2015 Pacient přivezen cestou RZP avizován jako potencionální kraniocerebrální poranění, GSC 3, UPV ventilace, bezvědomí. Včera dle informací od záchranky ebrieta, následný pád v koupelně. Manželka ho tam nechala ležet, aby se z toho vyspal. Ráno se neprobíral, proto volala RZP. Pacient na místě v bezvědomí, bez reakce na oslovení, algický podnět, GSC 3, na místě intubace, bez viditelných známek aspirace. Na vstupním CT rozsáhlý nález, subdurální hematom vlevo a kontuze, indikován k revizi, provedena dekompresní kraniotomie, na kontrolních CT nález nevyžaduje další chirurgickou intervenci. Stav je komplikován

bronchopneumonií. Opakované teploty, fyzikálně chlazen. 10. 12. provedena tracheostomie. Porucha vědomí na úrovni vegetativního stavu.

5.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 55 letech karcinom prsu

Otec: zemřel v 65 letech na mozkovou mrtvici

Sourozenci: sestra a bratr oba zdraví

Děti: dcera zdráva s ničím se neléčí

Osobní anamnéza:

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. Jinak se s ničím neléčil. Pacient neprodělal žádné úrazy. Dle dcery žádné transfúze nedostával. Očkování- povinná.

Léková anamnéza:

Tabulka 3 chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Godasal	tbl	100 mg	6	
Prestarium Neo	tbl	5 mg	6	
Mirtazapin	tbl	45 mg	21	
Rivotril	tbl	1 mg	6	
Omeprazol	tbl	20 mg	6	

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: pravidelně

Kouření: neudává

Káva: 1krát denně

Léky: neudává

Jiné: neudává

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: pacient žije s manželkou v panelovém domě

Záliby: četba

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední odborné

Pracovní zařazení: nyní již v důchodu dříve pracoval jako elektrikář

Čas působení: odchod do starobního důchodu v 56 letech

Vztahy na pracovišti: bezkonfliktní

Ekonomické podmínky: nezjištěné

Spirituální anamnéza: pacient je ateista

5.4 Současný stav pacienta

Tabulka 4 Fyzického stavu ze dne 12. 1. 2016

Hlava	stp. po kraniektomii- jizva vlevo, afebrilní
Oči	zornice izokor. reagující, bulby volné, sleduje, fixuje, vigilita kolísá během dne
Uši, nos	nos bez deformit, uši bez výtoku
Rty	
Dásně, sliznice dutiny ústní	sliznice vlhké
Jazyk	Povleklý, bez poranění
Tonzily	nezvětšené
Chrup	umělý
Krk	tracheostoma klidné, TSK in situ
Hrudník	souměrný, bez deformit
Plíce	
Srdce	Oběhově kompenzován
Břicho	měkké, peristaltika pohyblivá, nebolestivé
Játra	nehmatám
Slezina	nehmatám
Genitál	bez deformit
Uzliny	uzliny nehmatné
Páteř	Pacient ležící minimální pohyb
Klouby	
Reflexy	zpomalené
Čítí	
Periferní pulzace	Dobře hmatná
Varixy	0
Kůže	Suchá bez dekubitů
Otoky	Končetiny bez známek otoku

Tabulka 5 Barthel test ze dne 12. 1. 2016

Činnost	S pomocí/ bez pomoci	Počet bodů
Příjem potravy	S pomocí	5
Oblékání	Neprovede	0
Koupání	Neprovede	0
Osobní hygiena	Neprovede	0
Kontinence moči	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Neprovede	0
Přesun na lůžko/ židle	Neprovede	0
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0

Celkový počet bodů 5 – vysoce závislý

Tabulka 6 Hodnocení vzniku rizik dekubitů dle Nortonové ze dne 12. 1. 2016

Schopnost spolupráce	žádná	1 bod
Věk	> 60	1 bod
Stav pokožky	suchá	1 bod
Přidružená onemocnění	obezita	2 body
Tělesný stav	zhoršený	3 body

Stav vědomí	bezvědomí	1 bod
Aktivita	leží	1 bod
Pobyblivost	žádná	1 bod
Inkontinence	stolice i moč	1 bod

Celkem 12 bodů – vysoké riziko vzniku dekubitů

Tabulka 7 Hodnocení rizika pádu

Pohyb	Neschopen přesunu	1 bod
Vyprazdňování	v anamnéze inkontinence	1 bod
Medikace	užívá léky ze skupiny: Antihypertenziva	1 bod
Přidružená onemocnění	žádné	0 bodů
Mentální status	občas, noční dezorientace	1 bod
Věk	18 až 65 let	0 bodů

Celkové zhodnocení 4 body - střední riziko pádu

5.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 8 Posouzení ze dne 12. 1. 2016

1. Podpora zdraví <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	Pacient má coma vigille. Kdy během dne se mění nálady.
---	--

<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Pacient má pravidelný příjem a 3 hodiny per os, problémy s trávením nemá. Je nutné pacienta do pití pobízet. Sám se nenapije.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Pacient má zavedený PMK je trvale inkontinentní moč i stolice. Stolice je nepravidelná.</p> <p>Kůže je suchá je potřeba ji pravidelně promazávat. Vzhledem k imobilizačnímu syndromu je nutné pacienta polohovat, aby nevznikly dekubity.</p> <p>Dříve pacient problémy s dýcháním neměl vzhledem k onemocnění je nutné pacienta odsávat.</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Pacient bývá v noci dezorientovaný, zmatený. Přes den spí.</p> <p>Nutnost polohování aby nevznikly dekubity.</p> <p>U pacienta se provádí celková ošetrovatelská péče protože je nepohyblivý.</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Pacient bývá agresivní, zmatený. Má potíže s komunikací vzhledem k onemocnění</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta 	<p>Nelze zjistit.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Obraz těla 	
7. Vztahy mezi rolemi <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovateli • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	Za pacientem dochází dcera pravidelně. Po celou dobu návštěvy mu vypráví.
8. Sexualita <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	Sexuálním životem již nežije
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	Nelze zjistit.
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání 	Nelze zjistit.
11. Bezpečnost – ochrana <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	Pacient má zavedený PMK, TSK. Při výměně vstupů se chováme asepticky, abychom zabránili riziku infekce.
12. Komfort <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	Pacientovi se snažíme zajistit co nejlepší komfort tím, že pacienty každý den koupeme, polohujeme, dbáme, aby byli čistý a suchý, dostatečně promazáváme.
13. Růst/vývoj <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	

5.6 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu a kvalitě vědomí není možno odebrat informace pro zpracování subjektivních údajů.

STRAVOVÁNÍ:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient přijímá stravu per os, léky drtíme.

PŘÍJEM TEKUTIN:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient je celý den pobízen pít. Vypije až 2 litry za den.

VYLUČOVÁNÍ MOČI:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient je inkontinentní, má zavedený PMK

VYLUČOVÁNÍ STOLICE:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient je inkontinentní, využívají se inkontinentní podložky,
stolice nepravidelná

SPÁNEK A BDĚNÍ:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient má narušený denní biorytmus.

AKTIVITA A ODPOČINEK

V nemocnici:

Objektivně: Za pacientem dochází jednou denně fyzioterapeut.

HYGIENA

V nemocnici:

Objektivně: Pacient je závislý na komplexní ošetrovatelské péči.

SAMOSTATNOST:

V nemocnici:

Objektivně: Pacient je zcela závislý na zdravotnickém personálu.

5.7 POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO ŽIVOTA

Tabulka 9 Posouzení psychického života

	Subjektivně	Objektivně
Vědomí	Nelze zjistit	Pacient s lehkou poruchou vědomí
Orientace	Nelze zjistit	V noci dezorientovaný, zmatený
Nálada	Nelze zjistit	Pacient občas bez nálady
Paměť	Nelze zjistit	Nelze zjistit porucha vědomí
krátkodobá	Nelze zjistit	Porucha vědomí
dlouhodobá		
Myšlení	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Temperament	Nelze zjistit	Dle mého úsudku je pacient choleric-bývá často agresivní
Sebehodnocení	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Vnímání zdraví	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Vnímání zdravotního stavu	Nelze zjistit	Porucha vědomí

Reakce na onemocnění	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Reakce na hospitalizaci	Nelze zjistit	Pacient agresivní
Adaptace na onemocnění	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Projevy jistoty a nejistoty	Nelze zjistit	Porucha vědomí
Zkušenosti z přechozích hospitalizací	Nelze zjistit	Porucha vědomí

5.8 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Vzhledem ke stavu pacientova vědomí nelze posoudit sociální stav. Komunikace- neverbální, vegetativní projevy, návštěvy rodiny.

5.9 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Dýchání – pacient z předchozího pracoviště odvykán od ventilátoru u nás už pouze na zvlhčeném kyslíku závislý na odsávání z dýchacích cest.

Ordinová vyšetření – pacient při příjezdu nemá ordinovaní žádná vyšetření.

Pohybový režim – fyzioterapeut provádí pouze pasivní cvičení v lůžku.

Výživa – pacient je schopný přijímat stravu per os je krmen personálem. Není schopen se najíst sám.

Odběry biologického materiálu – pacientovi se ihned po příjezdu dělal vstupní odběr skrínig MRSA. První odběr se odebral 10. 1. 2016, výsledky byli až 12. 1. 2016 s tím že byli pozitivní na MRSA, ihned jsme zahájili bariérový ošetrovatelský režim. Další odběr dle normy nemocnice se dělal za 72 hodin, to znamená, že 15. 1. 2016 se dělal další odběr, který byl negativní. Při zrušení bariérového režimu musí být tři po sobě jdoucí výsledky negativní.

- 18. 1. 2016 – stěr nos, krk – výsledek negativní

- 21. 1. 2016- stěr nos, krk – výsledek negativní
- Dne 24. 1. 2016 zrušen bariérový ošetrovatelský režim.

6 SITUAČNÍ ANALÝZA

62letý pacient byl přeložen z FNKV 10. 1. 2016 přivezen RZP na DIOP nemocnice Neratovice. GSC 8. Pacient po kraniotraumatu. Po příjezdu neklidný, agresivní, hojně zahleněný. Napojen na monitor na 24 hodin, hypertenze, tachypnoe. Z tracheostomické kanyly odsáván zelenožlutý sekret. Pacient se postupně zklidňuje a adaptuje na oddělení.

Provedena celková koupel na lůžku, převaz tracheostomické kanyly, převaz PŽK. Ošetření dutiny ústní, očí, nosu, kůže promazána. Na hlavě zhojena rána po kraniektomii, rána klidná. Kůže čistá bez defektů. Funkční okolí katetru. Moč žlutá, čirá, bez patologie. Stolice nebyla. Fyzioterapeuti provádí pasivní cvičení v lůžku. Pacient stabilní. Na návštěvy pacient reaguje zlepšením nálady.

6.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNOZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT ZE DNE 10. 1. 2016

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Riziko infekce (00004) TCHS

Zácpa (00011)

Obezita (00232)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko aspirace

Riziko pádu (00155)

Riziko narušení kožní integrity kůže (00047)

Narušený vzorec spánku (00198)

Riziko vzniku infekce PMK (00004)

6.1.1 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Doména 11:Bezpečnost/ ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté.

Určující znaky:

- Nadměrná produkce hlenu
- Neefektivní kašel
- Cyanóza
- Neklid
- Rozšířené zorničky

Související znaky:

- Překážky v dýchacích cestách
- Nadměrné produkce hlenu
- Sekrety v průduškách

Cíl krátkodobý: Pacient má průchodné dýchací cesty

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

- Pacient má dýchací cesty průchodné – do 5 minut po odsávání
- Pacient má hodnoty fyziologického dýchání – do 2 hodin
- Pacientovo dýchání je klidné, sekrece hlenu je přiměřené – do 2 hodin
- Pacientova saturace kyslíkem neklesne pod 95 % - do 2 hodin

Ošetrovatelské intervence:

1. Odsávej pravidelně přes zavedenou TCHS kanylu sputum – pouze všeobecné sestry
2. Podle potřeby pacienta prováděj léčebné laváže – všeobecná sestra
3. Dbej o správné uložení, hloubku zavedení a náplň obturace v TCHS kanyle, dle stavu pacienta a dle standardu pracoviště – všeobecná sestra
4. Ošetřuj pravidelně okolí tracheostomatu, dutinu ústní dle stavu pacienta všeobecná sestra
5. Měj u lůžka připravený resuscitační vak k okamžitému použití vždy- všeobecná sestra
6. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace fyziologické funkce a abnormality hlas lékaři, dle stavu pacienta – všeobecná sestra
7. Asistuj lékaři při invazivních výkonech- vždy všeobecná sestra
8. Aplikuj inhalace a ordinovanou terapii podle ordinace lékaře a sleduj vedlejší účinky vždy – všeobecná sestra
9. Dodržuj bariérovou ošetrovatelskou péči vždy – všeobecná sestra

Realizace:

Dle potřeby pacienta odsáváno zelenožluté sputum v cca dvou hodinových intervalech, prováděny léčebné laváže. Aplikace léčiv pro inhalaci do nebulizace dle

ordinace lékaře. Prováděno ošetření okolí tracheostomatu, kontrola stavu obturace, fixace kanyly- průběžně. Kontrola funkčnosti TCHS kanyly dle potřeby dofouknout balonek manometrem.

Hodnocení: po 2 hodinách

Po odsátí nahromaděného sputa a provedení laváže jsou dýchací cesty pacienta průchodné. Do 2 hodin dochází k postupné úpravě fyziologických funkcí stran dýchání a hlenovitá sekrece je snížena. Saturace kyslíkem neklesla po 95 %.

Cíl byl splněn, ovšem i nadále je důležité pečovat o dýchací cesty pacienta, je zapotřebí i nadále pokračovat v naplánovaných intervencích 1- 9.

6.1.2 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/ kognice

Třída 5: Komunikace

Definice: Snížená, zpožděná nebo neexistující schopnost přijímat, vysílat anebo využívat systém symbolů.

Určující znaky:

- Neschopnost mluvit

Související faktory:

- Alterace cerebrálního nervového systému
- Fyzická bariera (tracheostomie)

Cíl krátkodobý: Pacient nemá potíže domluvit se pomocí slov nebo krátkých spojení.

Cíl dlouhodobý: Nemocný bude mluvit plynule v den propuštění z nemocnice.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacient využívá metody komunikace, umožňující vyjádření jeho potřeb – do 48 hodin.

Ošetrovatelské intervence:

1. Vytvoř si s pacientem vztah důvěry, pečlivě mu naslouchej a pozorně sleduj verbální i neverbální vyjádření při každém kontaktu – všeobecná sestra, lékař.
2. Udržuj oční kontakt, nejlépe v úrovni pacienta při každém kontaktu – všeobecná sestra, lékař.
3. Veď jednoduchou komunikaci s využíváním všech cest, jak získat informace (zrak, sluch) při každém kontaktu – všeobecná sestra, lékař.
4. Jednej s pacientem klidně a vlídně, vždy mu dej dostatek času při každém kontaktu – všeobecná sestra, lékař.
5. Urči význam slov užívaných pacientem a shodu mezi komunikací a neverbálním sdělením při každém kontaktu - všeobecná sestra.
6. Nepodceňuj význam neverbální komunikace, ale pamatuj, že její výklad je nespolehlivý a může být zavádějící, pokud pacientovi nerozumíš, porad se spolupracovníky vždy – všeobecná sestra.
7. Povzbuzuj rodinu k častým návštěvám, aby pacient byl stimulován ke komunikaci denně – všeobecná sestra
8. Využívej ke komunikaci blok, obrázky, tužku vždy – všeobecná sestra.
9. Zajisti návštěvu logopeda – denně- sestra

Realizace:

Sestra si vytvořila vztah důvěry s pacientem. Dodržuje oční kontakt podle možností. Předví potřeby pacienta a následně je saturuje. Ošetrovatelských intervencí se zúčastňuje rodina.

Hodnocení:

Jsou využívány všechny zdroje ke komunikaci. Verbální a neverbální komunikace je ve shodě.

Cíl krátkodobý byl částečně splněn.

Cíl dlouhodobý se nepodařilo splnit, pacient má poruchu vědomí a dělá mu obtíž mluvit přes tracheostomickou kanylu.

Nadále pokračujeme v intervencích.

6.1.3 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Deficit sebepěče při stravování (00102)

Doména 4: Aktivita / odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Určující znaky:

- Neschopnost dostat jídlo na příbor.
- Neschopnost zacházet s příborem
- Neschopnost uchopit hrnek
- Neschopnost připravit jídlo ke konzumaci

Související faktory:

- Zhoršená percepce
- Zhoršení kognice
- Snížená motivace

Cíl krátkodobý: Pacient zvládne uchopit hrnek a sám se napít.

Cíl dlouhodobý: Pacient se zvládne sám najíst před ukončením hospitalizace.

Priorita: Střední

Ošetřovatelská intervence 12. 1. 2016:

1. Během dne nabízej pacientovi tekutiny per os vždy – všeobecná sestra.
2. Sleduj stav hydratace a výživy dle stavu pracoviště a standardu, dokumentuj – všeobecná sestra.
3. Sleduj hmotnost dle standardu 2 x do měsíce zvaž pacienta, úbytky na váze hlas lékaři – všeobecná sestra.
4. Sleduj příjem a výdej při nedostatku výživy a tekutin zaved NGS – všeobecná sestra.
5. Asistuj pacientovi při přípravě jídla.
6. Nacvič s pacientem úchop hrnku.

Realizace 12. 1. 2016:

Příprav pacientovi snídani a následně ho nakrm, pacient přijímá stravu bez komplikací. Stravu toleruje, nezvrací. Docházej za pacientem pravidelně a podávej tekutiny. Přijatou stravu zaznamenávej do dokumentace. Nacvičuj s pacientem úchop hrnku, aby se mohl sám napít.

Hodnocení po 48 hodinách:

- Pacient má saturované výživové požadavky.
- Pacient stravu per os přijímá bez komplikací, stravu toleruje.
- Pacient zvládá uchopit hrnek.

Cíl krátkodobý splněn pacient zvládne uchopit hrnek.

Cíl dlouhodobý se zatím nepodařil splnit.

Nadále pokračuj v intervencích 1-6.

6.1.4 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita / odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- Neschopnost dostat se do koupelny.
- Neschopnost usušit tělo.
- Neschopnost regulovat vodu pro koupání.
- Neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody.

Související faktory:

- Zhoršená kognice.
- Zhoršení percepce.
- Snížená motivace.

Cíl krátkodobý: Pacient má zajištěný hygienický režim dle pracoviště.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacient je během dne čistý a upravený – denně.

Během hospitalizace se u pacienta neobjeví žádné kožní projevy imobility – denně.

Pacientovi během dne vytíráme oči, nos, pusu – denně.

Ošetřovatelské intervence 12. 1. 2016:

1. Prováděj komplexní hygienickou péči u pacienta dle stavu nejméně 2 x denně – všeobecná sestra
2. Dbej na intimitu pacienta při provádění hygienické péče vždy – všeobecná sestra
3. Prováděj výměnu ložního prádla nejméně 2 x denně – všeobecná sestra.
4. Pečuj o kůži pacienta – všeobecná setra.
5. Polohuj pacienta á 3 hodiny - prevence dekubitů – všeobecná sestra.
6. Pečuj o nehty na nohou a na rukou – všeobecná sestra.

Realizace 12. 1. 2016:

Celková hygienická péče u pacienta prováděna 2 x denně i s výměnnou ložního prádla.

Pacient polohován á 3 hodiny.

Kůže pacienta promazávaná ochrannými krémy podle potřeby pacienta.

Hodnocení po 48 hodinách:

Pacient má zajištěný hygienickou péči.

U pacienta se neobjevily kožní projevy imobility.

Cíl byl splněný, je potřeba nadále pokračovat v naplánovaných intervencích.

Další interval hodnocení za 48 hodin.

6.1.5 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Zácpa (00011)

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: *Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.*

Rizikové faktory:

Funkční:

- Oslabené břišní svaly
- Nedostatečná fyzická aktivita
- Nedostatečné vyprazdňování

Psychogenní:

- Deprese
- Emoční stres
- Psychická zmatenost

Fyziologické:

- Dehydratace
- Změna obvyklých jídel
- Snížená motilita gastrointestinálního traktu

Farmakologické:

- Antidepresiva
- Sedativa

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient se vyprázdní do 12 hodin po podání laxativ.

Cíl dlouhodobí: Pacient má při dimisi pravidelné vyprazdňování

Očekávané výsledky:

Pacient se vyprazdňuje pravidelně. Příjem tekutin je vyšší než 1500 ml za den.
Pacient se vyprázdní do 12 hodin po podání laxativ.

Ošetřovatelské intervence ze dne 12. 1. 2016:

1. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace, kdy byla poslední stolice – vždy – všeobecná sestra.
2. Dle ordinace lékaře podej laxativa – všeobecná sestra.
3. Sleduj odchod stolice po podání laxativ – všeobecná sestra.
4. Dohlížej na pravidelné podávání tekutin – všeobecná setra.

Realizace 12. 1. 2016:

Ráno na lačno podána Lactulosa sirup. Podávej dostatek tekutin přes den.
Sleduj vyprázdnění pacienta.

Hodnocení po 12 hodinách:

Pacient se do 12 hodin po podání sirupu nevyprázdnil.

Cíl krátkodobý nesplněn, nadále pokračuj v zavedených intervencích.

6.1.6 Ošetřovatelská diagnóza aktuální – Riziko narušení integrity kůže (00047)

Doména 11: Ochrana/ bezpečnost

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko změny v epidermis nebo dermis.

Rizikové faktory:

Vnější:

- Exkreta.
- Vzdušná vlhkost
- Fyzická imobilizace
- Mechanické faktory

Vnitřní:

- Zhoršená citlivost.
- Medikace.

Cíl dlouhodobý: U pacienta po dobu hospitalizace se neprojeví žádné projevy imobilizačního syndromu.

Priorita: střední

Ošetřovatelské intervence:

1. Použivej antidekubitní pomůcky – všeobecná sestra.
2. Dbej na pravidelné polohování pacienta – všeobecná sestra.
3. Kontroluj predilekční místa – všeobecná sestra.
4. Prováděj pravidelnou hygienickou péči – všeobecná sestra.
5. Kontroluj funkčnost permanentního katetru – všeobecná sestra.
6. Udržuj volné dýchací cesty – všeobecná sestra.

Realizace 12. 1. 2016:

Polohuj pacienta a 3 hodiny. Odsávání z dýchacích cest podle potřeby. Při polohování kontroluj predilekční místa. U pacienta je vykonaná komplexní hygienická péče 2 x denně podle potřeby.

Hodnocení po 48 hodinách:

Integrita kůže není porušena. Permanentní katetr je funkční, odvádí moč. Dýchací cesty jsou volné.

Cíl byl splněn, nadále pokračujeme v zavedených intervencích.

Další hodnocení za 48 hodin.

6.1.7 Ošetrovatelská diagnóza potencionální – Riziko vzniku infekce PMK (00004)

Doména 11: Bezpečnost / ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana.
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient po dobu zavedení PMK nemá infekci.

Ošetrovatelské intervence:

1. Dle standartu oddělení vyměňuj pravidelně PMK nebo podle potřeby (např. neprůchodnost) – všeobecná sestra.
2. Zajisti soukromí při výměně PMK – vždy – všeobecná sestra.
3. Před výkonem si připrav vhodné pomůcky – všeobecná setsra.
4. Při výkonu použij sterilní rukavice – vždy- všeobecná setra.

5. K výkonu přistupuj asepticky – všeobecná sestra.
6. Při slévání močového sáčku sleduj barvu, zápach moče – všeobecná sestra.
7. Dbej na hygienu okolí močového katetru – všeobecná sestra.

Realizace 12. 1. 2016:

Při hygieně každé ráno je pacientovi ošetřeno okolí zavedení permanentního katetru. Od 12. 1. zaveden nový permanentní katetr dle výrobce je nutná á 3 týdny výměna. K výkonu byly připraveny pomůcky. Zajištěno soukromí při výměně. Nejdříve jsme odstranili dosavadní katetr, poté zavedli nový katetr. PMK zavedeno bez komplikací, odvádí čistou moč bez příměsi krve. Pacientovi podáváme pravidelně tekutiny. Sledujeme barvu a zápach při slévání moče.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn, pacient má PMK zaveden dlouhodobě, zatím se neobjevili žádné známky infekce.

6.1.8 Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Riziko infekce TCHS (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory:

- Nedostatečná primární obrana
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Cíl krátkodobí: Pacient nemá projevy místní ani celkové infekce - po dobu zavedení invazivního vstupu TCHS.

Cíl dlouhodobý: U nemocného nevznikne infekční komplikace po dobu pobytu v nemocnici.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Invazivní vstup TCHS pacienta je průchodný – denně

Pacient nemá známky sepse – denně

Ošetřovatelské intervence:

1. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce – všeobecná sestra.
2. Prováděj denně nebo dle potřeby a stavu pacient převaz TCHS – všeobecná sestra.
3. Průběžně kontroluj místo zavedení invazivního vstupu – všeobecná sestra.
4. Udržuj pacienta i lůžku vždy v čistotě – všeobecná sestra.
5. Sleduj délku zavedení invazivního vstupu dle stavu pacienta a dle standartu pracoviště, dokumentuj – všeobecná sestra.

Realizace:

Fyziologické funkce jsou pravidelně sledovány. Převaz invazivního vstupu denně za přísně aseptických podmínek. Sledována funkčnost invazivního vstupu. Délka zavedení invazivního vstupu řádně zapsaná do dokumentace.

Hodnocení:

Invazivní vstup je průchodný. Pacient nemá známky místní infekce.

Cíl krátkodobí splněn.

Cíl dlouhodobí: Zatím splněn. Nadále pokračuj v zavedených intervencích.

6.1.9 Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Narušený vzorec spánku (00198)

Doména: Aktivita/ odpočinek

Třída 1: Spánek odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky:

- Změna normálního vzorce.
- Snížená funkce fungovat.

Související faktory:

- Změna ve vystavení dennímu světlu / tmě.
- Světlo.
- Nedostatečná kontrola nad režimem spánku.

Cíl krátkodobý: Pacient nejeví známky poruchy spánku.

Očekávané výsledky:

Pacient v noci klidně spí, neprobouzí se v noci.

Ošetřovatelské intervence:

1. Informuj lékaře o potížích ze spánkem vždy – všeobecná setra.
2. Požádej lékaře, zda li připíše medikaci na noc denně – všeobecná setra.
3. Vytvoř lepší podmínky ke spaní.
4. Omez hluk na oddělení.

Realizace 12. 1. 2016:

Přes den se snaž pacienta motivovat, aby nespál.

Dle ordinace lékaře podej pacientovi medikaci na noc. Zhasni na pokoji světlo. Kontroluj pacient v noci, jestli spí.

Hodnocení po 72 hodinách:

Pacient v noci spal.

Cíl krátkodobí splněn, nadále pokračujeme v naplánovaných intervencí.

6.1.10 Ošetřovatelská diagnóza potencionální – Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšení náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

Dospělí:

- Věk na 65 let a více
- Pády v anamnéze

Kognitivní:

- Zhoršený mentální stav

Environmentální:

- Slabě osvětlený pokoj
- Zábrany

- Neznámí pokoj

Medikace: Hypnotika, Diuretika.

Cíl krátkodobý: Pacient po celou dobu hospitalizace neupadne.

Priorita: střední

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' riziko pádu u pacienta v den přijetí – všeobecná sestra.
2. Dbej na bezpečnost a prevenci pádu pacienta – všeobecná sestra.
3. Zhodnot' věk pacienta, poruchy vědomí – všeobecná sestra.
4. Prováděj záznamy do dokumentace průběžně a zejména při změně stav či pádu – všeobecná sestra.

Realizace: 12. 1. 2016

V den přijetí byl u pacienta proveden screening rizika pádů kde dosáhl pouze čtyř bodů – riziko vzniku pádu.

Opatření:

- postranice u lůžka
- zajištěno vhodné noční osvětlení
- pacient umístěn blízko sesterny.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn pacient během doby hospitalizace neupadl. Nadále pokračujeme v zavedených intervencích.

6.2 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient K. V. přijat na oddělení DIOP nemocnice Neratovice s infekčním onemocněním MRSA.

U pacienta jsme ihned po přijetí zahájili bariérový ošetrovatelský režim z důvodu pozitivního výsledku MRSA z předchozího pracoviště. Dle ordinace lékaře jsme pacientovi ihned odebrali stěr krk, nos. Výsledky byly známi až za dva dny. Jelikož výsledky byly pozitivní, museli jsme pokračovat v zavedeném režimu. Dne 24. 1. 2016 zrušen bariérový ošetrovatelský režim. U pacienta jsme stanovili 3 aktuální diagnózy, které jsme řádně rozpracovali a stanovili cíle, očekávané výsledky, ošetrovatelskou intervenci a zrealizovali individuální ošetrovatelskou péči.

Pacientův stav na oddělení se pomalu zlepšuje. Za pacientem dochází obden dcera, pacient má hned lepší náladu. Při cvičení je pacient hodně pasivní.

6.3 Doporučení pro praxi

Podle získaných zkušeností a poznatků by mohla být u pacientů s prodělaným Infekčním onemocněním MRSA důležitá tato doporučení.

Doporučení pro rodinu nemocného:

- Edukovat rodinu o nutnosti dezinfekce rukou než vstoupí na pokoj.
- Edukovat aby pacient nekrmili domácí stravou.
- Dbát aby nesedali do lůžka nemocnému.
- Doporučit aby nechodili nemocný za pacientem.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- Dodržuj zásady a techniky mytí rukou, dezinfekci rukou.
- Používej dle standartu nemocnice osobní ochranné pracovní prostředky (rukavice, plášť, ústenka, ochranné brýle)
- Dodržuj zásady bariérové ošetrovatelské péče.
- Dodržuj zásady správného zacházení s dezinfekčními přípravky.
- Celoživotně se vzdělávat.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce bylo v dnešní době hodně probírané téma Nozokomiální nákazy. Jak je důležité předcházet nozokomiální nákazám díky prevenci a to zejména dodržovat správné techniky při mytí a hygieně rukou. Správně používat ochranné osobní pomůcky, řádně si je měnit mezi každým pacientem.

V teoretické části jsme se dozvěděli informace o nozokomiálních nákazách, jak postupovat při hlášení nozokomiálních infekcí, jak je důležitá prevence.

Při vypracování praktické části jsme použili model ošetrovatelské dokumentace od Marjory Gorgon, kterou jsme vypracovali pomocí údajů zjištěných odběrem anamnézy a fyzikálního vyšetření nemocného. Stanovili jsme si diagnózy dle NANDA I taxonomie II a tři nejaktuálnější diagnózy rozpracovali. Praktická část dále obsahuje doporučení pro praxi. Toto doporučení edukuje rodinu jak postupovat při příchodu do nemocnice aby chránili sami sebe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEČETKOVÁ, B. a kol., 2014. *Společnost pro mikrobiologii a epidemiologii*. Elektronické vydání. ISSN 1210-7913.

FRANCOVÁ, M., *Význam mytí a hygieny rukou*. In *Sestra*. 2011. č. 9, s. 34-35, ISSN 1210-0404

MAŘAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., 2006. *Prevence Nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1673-9.

MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vydání první. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MARILYNN, E. DOENGES, MARY F. MOORHOUSE., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0242-8.

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.

PODSTATOVÁ, R., 2010. *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-212-4

Sharepoint [online]. 2015. *Ošetrovatelské dokumentace*. [cit. 2015-10-20] Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%C5%99ovate%20lisk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncept%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

ŠRÁMOVÁ, H. a kol., 2001. *Nozokomiální nákazy II*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-25

STÁDNÍKOVÁ, M. *Nozokomiální nákazy na OCHRIP*. In *Sestra*. 2010. č. 6, s. 39, ISSN 1210 -0404

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

Vyhláška č. 306/ 2012 Sb. Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Vyhláška č. 137/ 2004 Sb. Vyhláška o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní hygieny při epidemiologicky závažných činnostech

VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3419-4

Zákon 258 / 2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

PŘÍLOHY

Příloha A – Postup při mytí rukou	I
Příloha B – Kdy dezinfikovat ruce	II
Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu	III
Příloha D – Žádost o umožnění sběru dat	IV
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VI
Příloha F – Rešeršní protokol	VIII

Postup při mytí rukou

MYJTE SI POUZE VIDITELNĚ ZNEČIŠTĚNÉ RUCE, JINAK POUŽÍVEJTE DEZINFEKCI!

 Doba trvání celé procedury: 40–60 vteřin



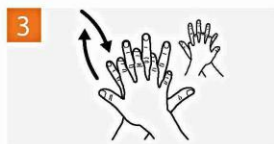
0 Navlhčete si ruce vodou.



1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



2 Třete ruce dlaní o dlaň.



3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



4 Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



5 Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



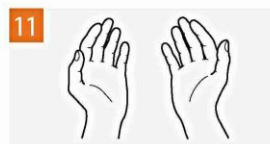
8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.

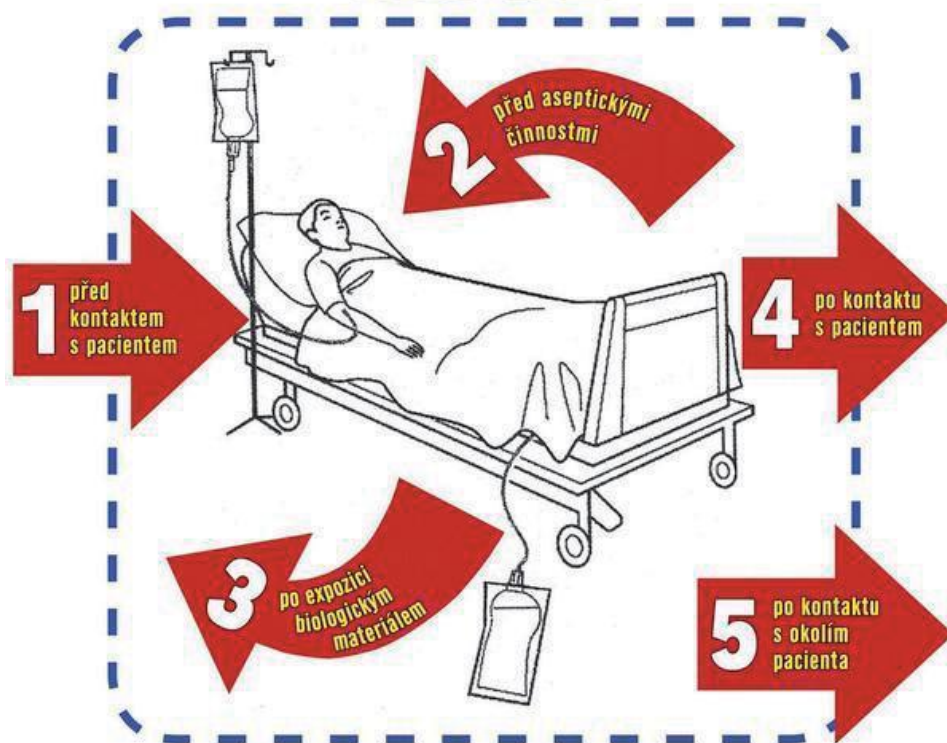


10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou Vaše ruce čisté.

KDY DEZINFIKOVAT RUCE



Příloha C - Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

Abstrakt mi překládal 25. 3. 2016 pan Ing. Marek Šlechta ale bohužel teď leží v nemocnici a není možné doložit potvrzení.

Příloha D – Žádost o umožnění sběru dat

Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s MRSA 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

Příloha F – Rešeršní protokol

Téma rešerše:

Ošetřovatelský proces u pacienta s MRSA

Formulář

Objednávka rešerše : 2015-11-18 12:42:57

Číslo objednávky

res00344/15

Podrobné tematické vymezení

nozokomiální nákazy

Klíčová slova a jejich kombinace

nozokomiální nákazy, prevence, nové trendy v oblasti nozokomiálních nákaz,
legislativa

Časové vymezení (retrospektiva)

Od roku: ..2010.

Do roku: současnost

Jazykové vymezení

čeština

Typ rešerše

vícezdrojová

Druh výstupu

CD-ROM -

Termín vyhotovení

27. 11. 2015

Rešerše pro účely

bakalářská práce

Příjmení a jméno (titul)

Jílková Markéta

Název pracoviště (u studentů školy)

Vysoká škola zdravotnická

Číslo průkazu čtenáře NLK

F2199

Zpracoval: Mgr. Jana Hercová – Rešeršní oddělení NLK