

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S BÉRCOVÝMI VŘEDY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**IDA LACINOVÁ**

**Praha 2016**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U GERIATRICKÉHO  
PACIENTA S BÉRCOVÝMI VŘEDY**

Bakalářská práce

**IDA LACINOVÁ**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2016



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

Lacinová Ida  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

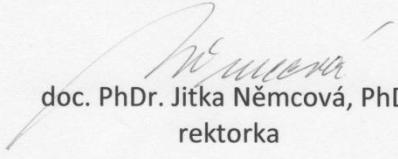
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 04. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy

*Nursing Process in Geriatric Patients with Varicose Ulcers*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy“ vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD. za její ochotu, výborné rady a velkou dávku trpělivosti. Také bych chtěla poděkovat sestřičkám a lékařům na Geriatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice. A velké díky patří celé mé rodině v čele s maminkou za trpělivost, ochotu a podporu, kterou mi věnovali.

## ABSTRAKT

LACINOVÁ, Ida. *Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2016. 55 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy. V teoretické části práce je popsána charakteristika geriatrického pacienta, projevy stárnutí a jeho souhrn změn. Poukazuje na fakta, které jsou v léčbě a péči o geriatrického pacienta důležité a hrají nedílnou součást pro pozitivní vývoj léčby. Například geriatrický tým, který musí spolupracovat. V něm také hraje důležitou roli ošetrovatelský personál, v popředí se zdravotní sestrou, který s pacientem tráví nejvíce času. Dále se zabývá problematikou v podobě rizik, která mohou nastat při ošetrování geriatrických pacientů. Většina teoretické části je věnována bércovým vředům. Popisuje příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu a vzniklé komplikace tohoto onemocnění. V praktické části jsou využívány teoretické znalosti v praxi u konkrétního pacienta. Ošetrovatelský proces byl vypracován a realizován u geriatrické pacientky s dlouholetými bércovými vředy hospitalizované na Geriatrické klinice. Byl zpracován model fungujícího zdraví podle Marjory Gordon. Ke stanovení diagnóz byla využita NANDA taxonomie 2012-2014. Stanovené diagnózy byly následně rozpracovány podle priorit pacienta. Praktická část mapuje průběh hospitalizace.

### Klíčová slova

Bércové vředy. Chronické rány. Léčba chronických ran. Stáří. Ošetrovatelský proces. Ošetrování. Ošetrovatelská péče. Geriatrie, gerontologie.

## ABSTRACT

LACINOVÁ, Ida. *Nursing Process in Geriatric Patients with Varicose Ulcers. Medical College*. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague. 2016. 55 pages.

The theme of the thesis is the nursing process in geriatric patients with leg ulcers. The theoretical part describes the characteristics of geriatric patients, the signs of aging and a summary of the changes. The theoretical part highlights the facts that play an important and integral part in geriatric treatment and care of patients for positive development. For example, a geriatric team must work together. Also the nursing staff in the foreground with a nurse who the patient spends the most time with, plays an important role. It also deals with the issue in the form of risk that may arise in treating geriatric patients. The theoretical part is mostly devoted to stasis ulcers. It describes the causes, symptoms, diagnosis, treatment and resulting complications of this disease. The practical part shows the use of the theoretical knowledge in practice with a particular patient. Nursing process has been developed and implemented in geriatric patients with longstanding leg ulcers hospitalized in Geriatric Clinic. It was made a model of a functioning health by Marjory Gordon. To determine the diagnoses NANDA taxonomy was used from 2012 to 2014. The diagnosis was subsequently developed according to the priorities of the patient. The practical part describes the course of hospitalization.

### Keywords

Venous Ulcer. Chronic wounds. Therapy of chronic wounds. Nursing Process. Nursing. Therapy. Geriatrics.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
<b>1 CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO PACIENTA</b> .....	<b>15</b>
1.1 OŠETŘOVÁNÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA .....	16
<b>2 CHARAKTERISTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ</b> .....	<b>18</b>
2.1 PATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ BÉRCOVÝCH VŘEDŮ .....	18
2.2 ETIOLOGIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ .....	19
2.2.1 VENÓNÍ VŘED .....	21
2.2.2 ARTERIÁLNÍ VŘED .....	21
2.2.3 DIABETICKÝ A NEUROPATICKÝ VŘED .....	21
<b>3 DIAGNOSTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ</b> .....	<b>23</b>
3.1 CÉVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY .....	24
<b>4 TERAPIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ</b> .....	<b>25</b>
4.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ.....	25
4.1.1 FÁZE ZÁNĚTLIVÁ, ČISTÍCÍ .....	26
4.1.2 FÁZE PROLIFERAČNÍ, GRANULAČNÍ .....	27
4.1.3 FÁZE MATURAČNÍ, EPITELIZAČNÍ .....	28
4.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA .....	28
4.3 CELKOVÁ TERAPIE .....	29
<b>5 KOMPLIKACE LÉČBY BÉRCOVÝCH VŘEDŮ</b> .....	<b>30</b>
5.1 ERYSIPEL „RŮŽE“ .....	30
5.2 TROMBOFLEBITÍDA A FLEBOTROMBÓZA .....	30
5.2.1 TROMBOFLEBITIDA .....	31
5.2.2 FLEBOTROMBÓZA .....	31
5.2.3 ZÁPACH .....	31
<b>6 RIZIKA, KTERÁ MOHOU NASTAT PŘI OŠETŘOVÁNÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA</b> .....	<b>32</b>
6.1 RIZIKO DEHYDRATACE .....	32
6.2 RIZIKO NEDOSTATEČNÉ VÝŽIVY .....	33
6.3 RIZIKO PÁDU .....	36



6.3.1 CHARAKTERISTIKA PÁDU .....	36
6.3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PÁDU .....	37
6.3.3 PREVENCE PÁDŮ .....	37
<b>7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O GERIATRICKÉHO PACIENTA S BÉRCOVÝMI VŘEDY .....</b>	<b>38</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>68</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ADL** – aktivity každodenního života

**Apod** – a podobně

**Cca** – cirka

**CEAP** – klasifikace chronické venózní nemoci

**Cm** – centimetr

**Cps** – kapsle

**CRP** – zánětlivé parametry

**CT** – počítačová tomografie

**Et** – ostatní

**KF** – komorová fibrilace

**KO** – klinický obraz

**LDK** – levá dolní končetina

**LHK** – levá horní končetina

**Mg** – miligram

**Mm Hg** – jednotka pro tlak krve

**MMSE** – orientační diagnostický test

**Např** – například

**PDK** – pravá dolní končetina

**pH** – hodnota vyjadřující koncentraci vodíkových iontů v roztoku a tím jeho kyselost či zásaditost

**PHK** – pravá horní končetina

**PMK** – permanentní močový katetr

**QUICK** – koagulační vyšetření

**Resp** – respektivě

**RTG** – rentgenové vyšetření

**Tbl** – tableta

**Tzv** – tak zvaně

**Ug** – mikrogram

**Viz** – odkaz na jiné stránky

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Abiogeneze** – vznik života

**Adherence** – přilnavost

**Adheze** – hojivý proces, při kterém k sobě okraje rány přilnou

**Aktinomykóza** – neinfekční onemocnění způsobené bakterií Aktinomyceton

**Anémie** – chudokrevnost

**Angiopatie** – označení pro onemocnění cév

**Antrax** – akutní infekční onemocnění býložravců, u lidí antrax napadá plíce

**Arteriální** – hlavní tepny v těle

**Aspekce** – zkoumání, prohlídka

**Aterom** – degenerace stěn cév

**Ateroskleróza** – onemocnění cév, kdy se na vnitřní stěně cév tvoří tukové usazeniny

**Atrofie** – zmenšení normálně vyvinutého orgánu

**Bazaliom** – nejčastější typ zhoubného nádoru kůže

**Bazální ganglia** – velká jádra šedé hmoty

**Canisterapie** – léčebný kontakt psa s člověkem

**Cytosin** – báze obsahující dusík, vyskytující se v deoxyribonukleové kyselině

**Débridement** – proces čištění otevřené rány

**Dermatovenerologie** – lékařský obor zabývající se kožními a pohlavními chorobami

**Diftérie** – záškrt

**Dilatace** – zvětšení dutého orgánu

**Dna** – uratická artritida, nahromadění nadměrného množství kyseliny močové v krevním řečišti

**Dysproteinémie** – kvalitativní nebo kvantitativní porucha složení krevních bílkovin

**Edém** – nadměrné nahromadění tekutiny v tělesných tkáních

**Ektyma** – vředovité onemocnění kůže vyvolané streptokoky nebo stafylokoky

**Embolie** – stav, kdy dojde k zaklínění embolu v tepně

**Endarteritis** – chronický zánět vnitřní části stěny tepny

**Epidermis** – pokožka

**Ergoterapie** – metoda léčby a rehabilitace nemocných pomocí vykonávání přiměřené práce (zlepšuje jejich fyzický i psychický stav)

**Expektorace** – vykašlávání hlenů

**Exsudace** – pomalý únik tekutiny

**Fagocytóza** – pohlcení a stravení bakterií a dalších cizorodých částic fagocytem

**Fascie** – povázka

**Fibróza** – zmnožení a zjizvení vaziva

**Fotopletysmografie** – vyšetřovací metoda založená na záznamu změn velikosti objemu orgánu při jeho funkci

**Glaukom** – zelený zákal

**Hematopoéza** – proces tvorby krvinek nebo destiček

**Hemostáza** – zástava krvácení

**Hyperkeratóza** – nadměrné rohovatění kůže

**Hyperparatyreidismus** – nadměrná aktivita příštítných tělísek

**Hypohydróza** – snížená schopnost pít se

**Chemotaxe** – pohyb buňky nebo organismu jako reakce na specifický chemický podnět

**Iatrogenní** – nepředpokládaný nebo nevyhnutelný vedlejší účinek

**Indukce** – úvod do anestezie

**Inhibice** – zabránění či omezení činnosti orgánů

**Insuficience** – neschopnost orgánu nebo jeho části

**Intersticiium** – vmezeřená tkáň orgánů, kterou tvoří řídké vazivo

**Intima** – vnitřní stěna tepny či žíly

**Jejunostomie** – umožnění zavedení katétru do tenkého střeva

**Kalcifikace** – ukládání vápníkových solí ve tkáni

**Katarakta** – šedý zákal

**Koagulopatie** – zvýšená krvácivost způsobená nedostatkem nebo poruchou koagulačních faktorů

**Kokcidomykóza** – onemocnění způsobené houbou *Coccidioides immitis*

**Leishmanióza** – onemocnění časté v tropech a subtropích způsobené parazitickým prvokem, postihuje kožní tkáň

**Lepa** – chronické onemocnění, které způsobuje bakterie *Mycobacterium leprae*, která postihuje kůži

**Livedo reticularis** – prosvítání rozšířených kožních cév

**Lupus erythematosus** – autoimunitní onemocnění, v těle vzniká zánět

**Lymfedém** – Otok vzniklý městnáním lymfatického systému

**Mediastinum** – prostor v hrudníku mezi dvěma pleurálními vaky

**Neoplazie** – tvorba patologických buněk

**Neuropatický** – onemocnění jednoho či více periferních nervů

**Neuropatie** – onemocnění jednoho nebo více periferních nervů

**Osteoporóza** – časté onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty „řídnutí kostí“

**Perianteritis nodosa** – onemocnění tepen, kdy hrozí krvácení nebo ischemie

**Permeabilita** – propustnost membrány pro rozpuštěné látky

**Planta** – chodidlo

**Poliomyelitida** – dětská obrna

**Polyneuropatie** – poruchy periferních nervů

**Ragády** – praskliny nebo dlouhé tenké jizvy na kůži

**Recidiva** – návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

**Sarkom** – maligní nádor pojivové tkáně

**Sclerosis multiplex** – roztroušená skleróza

**Screening** – použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění

**Sklerodermis** – zesílení kůže, postižená kůže je vosková

**Spinaliom** – agresivní nemelanžový nádor kůže

**Sporotrichóza** – chronické onemocnění kůže a povrchových lymfatických uzlin

**Syringomyelie** – onemocnění míchy s tvorbou podélných dutin v krční oblasti

**Trofické** – týkající se výživy nebo zásobení části těla živinami

**Trombocytopenie** – snížený počet krevních destiček

**Trombocytóza** – zvýšená tvorba krevních destiček

**Varikózní** – popisuje vakovitě rozšířené žíly

**Vaskulární** – týkající se krevních cév

**Vaskulitida** – zánětlivé onemocnění stěn malých krevních cév

**Vazodilatancia** – zvětšení průsvitu krevní cévy, především tepny

**Vazospastické** – křečovité zúžení cév

**Wernerova granulomatóza** – autoimunitní onemocnění, které postihuje především nosní průchody

**Wernerův syndrom** – genetická porucha, která vede k předčasnému stárnutí již v adolescenci

(VOKURKA a kol., 2010), (GRADA, KOLEKTIV AUTORŮ, 2007)

## ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelskou péči o geriatrického pacienta hospitalizovaného v nemocničním prostředí, který trpí onemocněním bércových vředů. V ošetrovatelském procesu u geriatrického pacienta je kladen důraz na komplexní péči a nejen na jednotlivé diagnózy. Pacient by měl být v psychické a duševní rovnováze. K tomu napomáhá především kontakt s rodinou a k této myšlence by měl zdravotnický tým přihlížet. Vždy je dobré, když zdravotnický personál a rodinní příslušníci nemocného spolupracují. Nikdo se v nemocnici mezi bílými plášti necítí dobře a tím spíše staří lidé. Potřebují vědět, že za zdmi nemocnice mají rodinu a přátele, kteří na ně myslí a nejsou na tuto životní etapu sami. Přístup k pacientovi, léčícím se onemocněním bércových vředů musí být personál obzvlášť ohleduplný, protože tato choroba velmi negativně ovlivňuje psychiku pacienta. Defekt může zapáchat, převazy se dělají několikrát týdně a mohou být bolestivé. Statistiky uvádějí, že bércové vředy postihují až 1 % populace a jejich výskyt je 3 x častěji u žen než u mužů.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Začátek teoretické části se věnuje charakterizaci geriatrického pacienta. Dále popisuje příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu a vzniklé komplikace onemocnění bércových vředů. Na závěr teoretické části jsou popsána rizika, která mohou nastat při ošetrovatelské péči geriatrického pacienta. Například malnutrice, riziko dehydratace či pádů. V praktické části je vypracován a popsán ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s daným onemocněním.

Na začátku tvorby bakalářské práce byly stanoveny cíle pro teoretickou a praktickou část bakalářské práce daného ošetrovatelského procesu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

**Cíl 1:** Prvním cílem je přiblížit péči o geriatrického pacienta a geriatrický obor jako takový.

**Cíl 2:** Druhým cílem je přiblížení onemocnění bércových vředů.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

**Cíl 1:** Prvním cílem v praktické části je sběr dat o geriatrickém pacientovi s bércovými vředy.

**Cíl 2:** Druhým cílem je vypracování ošetrovatelského procesu u geriatrického pacienta a následný viditelný posun při hojení bércových vředů.

**Cíl 3:** Třetím cílem je zhodnotit realizaci ošetrovatelského procesu.

**Vstupní literatura:**

POLEDNÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve.*

POKORNÁ, A., J., MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry.*

TOPINKOVÁ, 2005. *Geriatric pro praxi.*

**Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborných publikací, které byly zdrojem pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy“ proběhlo v časovém rozmezí srpen 2015 až únor 2016. Zvolena klíčová slova k rešerši: bércové vředy, chronické rány, léčba chronických ran, stáří, ošetrovatelský proces, ošetrování, ošetrovatelská péče, geriatric, gerontologie. V anglickém jazyce byly použity: Venous Ulcer, Nursing, Therapy, Chronic wounds, Therapy of chronic wounds.

# 1 CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO PACIENTA

Geriatrický pacient je definován jako osoba starší 65 let, kterému hrozí, či již má nějaká funkční omezení. Geriatrická péče se snaží o co nejlepší zdravotní stav pacienta, ale také o dosažení maxima funkční zdatnosti a soběstačnosti (SCHULER, 2010), (KALVACH, 2008).

Stáří je proces, který je definován jako souhrn změn ve skladbě a funkcích organismu, kdy dochází například ke zmenšení orgánů a zhoršení jejich funkcí. Z toho vyplývá také zvýšená zranitelnost, pokles schopnosti a výkonnosti, které mohou vyvrcholit v terminálním stádiu až ke smrti. Dále se vyskytuje také snížení výkonnosti srdce a plic, sklerotizace cév, zvyšuje se náchylnost k nádorovým onemocněním, ztrácí se pružnost vaziva, zpomaluje se hojení ran či se snižuje odolnost vůči infekcím. Mohou také odumírat mozkové buňky, docházet k ateroskleróze mozkových cév, k atrofii kosterních svalů, snížení svalové síly i tělesné hmotnosti, tvoří se vrásky, vlasy šednou a padají, dochází ke ztrátám zubů, zhoršení funkce kloubů apod. Všechny tyto příznaky jsou biologickými projevy stárnutí. Proces stárnutí je plynulý, pozvolný, ovlivněný dědičností, životním stylem a prostředím a přítomností onemocnění (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

*Indikace ke geriatrické léčbě:*

- *Věk 80 (85) let nebo starší nebo*
- *křehkost nebo*
- *nutnost péče zjevná nebo požadovaná nebo*
- *obyvatel domova důchodců nebo*
- *omezení základních aktivit všedního života (ADL), existují nebo hrozící*

*Další okolnosti též u mladších pacientů (asi od 65-70 let):*

- *pády v anamnéze*
- *zhoršující se pohyblivost*
- *iktus v posledních 3 měsících*
- *delirium (těž pooperačně, resp. medikamentózně navozené), také při demenci*
- *deprese*
- *demence*



- *vážnoucí výživa*
- *neplánovaný pobyt v nemocnici v posledních 3 měsících*
- *prodloužená nepohyblivost po těžké nemoci nebo operaci*
- *inkontinence*
- *chronická bolest*
- *dekubitus, chronické rány* (SCHULER, 2010 s. 120).

V indikaci geriatrické léčby je uvedena křehkost. Tento pojem je třeba chápat jako omezenou nebo chybějící rezervu k odvrácení komplikací nebo překonání nemoci. Je jedním z nejvýznamnějších geriatrických syndromů. Pacienti bývají velmi často hospitalizováni kvůli opakovaným pádům. K pádům může dojít na základě postižení sluchu či zraku. Toto jsou alarmující signály a měly by nás vést k tomu, že starý člověk je v ohrožení. Komplikace způsobené výše zmíněnými symptomy mohou být příčinou dalších závažných onemocnění (SCHULER, 2010), (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2014).

## **1.1 OŠETŘOVÁNÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA**

Geriatrické ošetřovatelství je velmi specifický obor. Jeho hlavním cílem je poskytovat pomoc seniorům a také jejich rodinám ve zdraví či nemoci. Zlepšovat kvalitu života tím, že napomůžeme ke zvýšení jejich nezávislosti a soběstačnosti. Podporovat a vykonávat činnosti, které přispívají k uzdravení či naopak k pokojnému, důstojnému umírání a smrti (POLEDNÍKOVÁ, 2013).

U ošetřování geriatrického pacienta je důležitý tzv. geriatrický tým včele s lékařem, který se stará o léčbu a ošetřovatelský proces. Tímto způsobem můžeme dosáhnout souhrnné péče o geriatrického pacienta. Charakter onemocnění ve stáří vyžaduje komplexní péči. Proto je důležitá široká spolupráce, při které se různé profesní skupiny snaží o ucelený přístup k pacientovi. Součástí geriatrického týmu je především daný pacient, dále rodina, lékaři, ošetřující personál, pomocný ošetřující personál, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, sociální pracovníci a také pracovníci duchovní a pastorační péče. Tito lidé se snaží o stejnou věc. O individuální přístup, lékařskou a ošetřovatelskou péči, fyzickou, duševní a psychickou pohodu pacienta. Důležitým partnerem v týmu je sám pacient, protože ve většině případů je možná léčba jen s jeho souhlasem. Zřídka kdy se léčba pacienta

odehrává proti jeho vůli. Proto přání pacienta o rozsáhlosti léčby a jejím průběhu je rozhodující (SCHULER, 2010).

Nejvíce času s pacientem stráví ošetřující personál, především všeobecné sestry. V tomto je jejich práce velmi důležitá. Pozorné sledování veškerých změn u pacienta, jeho možnosti a nedostatky, sledování duševního stavu, tvorba aktivizační péče a případné rychlé reagování na situaci, jsou základními pilíři léčby. Předpokladem dobrého fungování týmu s výsledkem dobré lékařské a ošetřovatelské péče je kvalitní komunikace mezi lidmi v týmu. To znamená správná a přesná výměna informací, dobrá spolupráce a vzájemné uznání. Takto docílíme podle plánu profesionální, individuální a účinnou souhrnnou léčbu (SCHULER, 2010).

Ošetřovatelský proces je systematický a účelný postup, plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem je určit pacientův skutečný stav, aktuální nebo potencionální komplikace. Zjištěné potřeby pacienta nás vedou k naplánování jejich uspokojení a vykonání specifických výkonů, až k jejich utišení. Ošetřovatelská péče o seniory má svá specifika, která se vyskytují ve všech fázích ošetřovatelského procesu (POLEDNÍKOVÁ, 2013).

Základní předpoklad pro práci se starými lidmi je vytváření vztahů jistoty, důvěry a bezpečí, které patří mezi jejich základní potřeby. Další nedílnou součástí přístupu ke geriatrickým pacientům je tzv. validace, do které spadá vcítění, tolerance a empatické naslouchání. Toto se především uplatňuje při práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí (demence). Navázání kontaktu s pacienty, kteří nemohou komunikovat nebo komunikují obtížně, umožňuje preterapie, což je kontaktní reflexe. Vždy je kladen, a to je nutno zdůraznit, individuální přístup k pacientovi (PIECKOVÁ, 2011).

## 2 CHARAKTERISTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

*Bércový vřed (ulcus cruris) je definován jako ztráta kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko do podkožních tkání, pod bazální membránu epidermis. Bércový vřed se řadí mezi rány, neboť dochází k porušení anatomické stavby a funkce kůže. Objevuje se nejčastěji v dolní třetině bérců (NOVÁKOVÁ, 2011, str. 73).*

### 2.1 PATOGENEZE ONEMOCNĚNÍ BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Bércový vřed je chronický defekt kůže s rozpadem tkání a nekrotizací. Vyznačuje se dlouhotrvající a nákladnou léčbou. K onemocnění bércového vředu je nutno přistupovat v první řadě z medicínského, ale také ze sociálního, psychologického a ekonomického hlediska. Cílem léčebného procesu celého zdravotnického týmu a pacienta je stimulace a regulace jednotlivých fází hojení ran, aby proces hojení ran byl kvalitní a účinný s co nejkratší dobou, s výsledkem úplného zhojení vředu. Léčba vyžaduje od pacienta spolupráci se zdravotnickým personálem a aktivní přístup stejně tak, jako jeho velkou trpělivost a ukázněnost. Příčiny vzniku bércových vředů jsou žilní insuficience (73 %), jiné příčiny (14 %) to jsou například hematologické onemocnění, infekční a metabolické onemocnění, chemické a fyzikální noxy, poruchy hemostázy, vaskulitidy a maligní nádory, tepenná insuficience (8 %), diabetické (3 %) a poúrazové (2 %). Statistiky dále uvádějí, že toto onemocnění postihuje až 3x více ženy než muže. Bércovými vředy trpí až 1 % populace a s věkem postižených tímto onemocněním přibývá. 3,5 % obyvatel nad 65 let postihuje vředové onemocnění na bércích (STRYJA, 2011).

Všechny klinické projevy se odvíjejí od hlavního patogenetického faktoru, to je chronické zvýšení žilního tlaku na dolních končetinách. Pacienti trpící varixy mají zvýšený žilní tlak, způsobený na základě insuficiencí žilních chlopní. U pacientů, kteří prodělali žilní trombózu se může objevovat porušení funkce chlopní, ale také přítomnost obstrukcí. Důsledkem strukturálních změn žilní stěny u pacientů s primárními varixy může být insuficience žilních chlopní. Ta způsobuje distenzibilitu žilních stěn i při normálních hodnotách tlaku. Opačným procesem může také docházet k insuficienci chlopní a to na podkladě primárně zvýšeného žilního tlaku. Na dolních

končetinách je žilní tlak ovlivněn polohou těla. U pacientů s žilním onemocněním či zdravých jedinců je při stožení žilní tlak stejný, odpovídá výši hydrostatického tlaku daného vzdálenosti od úrovně srdce. Při chůzi se projeví porucha funkce žil a hypertenze tak, že dochází k malému nebo žádnému poklesu tlaku, u vážných poruch se žilní tlak dokonce ještě více zvýší. Snížený žilní tlak, ke kterému dojde při chůzi je u zdravého jedince určitou dobu stálý, na nízkých hodnotách, přinejmenším za 20 vteřin se vrací na původní hodnotu. Naopak u nemocných jedinců po zastavení dochází velmi rychle k návratu tlaku na původní vysoké hodnoty. Dlouhodobé zvýšení žilního tlaku se přenáší na úroveň mikrocirkulace a je příčinou mnohých změn, například zvýšené permeability, tvorba edému, porušené funkce endotelu a hromadění tekutiny, makromolekul a krevních částic v intersticiu. Tento děj má za následek tvorbu typických kožních změn. Ty jsou způsobeny aktivací leukocytů, jejich adhezí a indukci chronického zánětu. Zvýšený žilní tlak je přímým faktorem vzniku bérkových vředů. Bylo zjištěno, že u pacientů s hodnotami nižšími než 30 mm Hg při chůzi k tvorbě vředů nedochází. Čím vyšší tlak při chůzi zůstává, tím častěji dochází k tvorbě bérkových vředů. Pokud je žilní tlak vyšší než 90 mm Hg, dochází ke vzniku bérkových vředů u všech pacientů. U pacienta s chronickou žilní insuficiencí se klinicky projevují subjektivní příznaky, ne vždy jsou specifické. Jsou to například tíha nohou, křeče, svědění a především bolesti. Příznaky objektivní představují palpační bolest, otoky, kožní změny v podobě pigmentace, celulitidy, lipodermatosklerózy, dilatované a varikózní žíly a již zmíněné ulcerace. Podle zjištěných klinických projevů je možné pacienty třídit a odhalit stupeň jejich postižení. V nynější době je doporučována a používána podrobná klasifikace, která je označovaná zkratkou CEAP. Tato klasifikace je založena na hodnocení klinického nálezu, lokalizací v žilním řečišti, patofyziologickém podkladu onemocnění a etiologii (ZELENKOVÁ, 2012), (POKORNÁ, 2012).

## **2.2 ETIOLOGIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ**

Příčina vzniku bérkových ulcerací může být rozmanitá, někdy je považována za polyetiologické onemocnění. Většina případů vzniká následkem závažných trofických poruch způsobených chorobami oběhového původu. Základním předpokladem správné diagnózy a úspěšné léčby je určení příčiny bérkového vředu. Příčinu a prognózu může napovědět již pouhá lokalizace a aspekce, velikost vředu, charakter spodiny a okolí rány.

Dnes existuje mnoho schémat na klasifikaci ulcerací, bohužel v nich nenajdeme žádnou, která vystihne celý symptomový komplex, kterým bércové vředy jsou. Ve výchozím dělení se všechna schémata shodují (POKORNÁ, 2012).

Níže je uveden jeden z typů klasifikace, podle které lze ulceraci zařadit.

### ***I. Ulcerace způsobené zevními vlivy***

1. Fyzikální inzulty: trauma, tlak, teplo, chlad, záření, artefakty.

2. Chemické příčiny: kyseliny, louhy, rostlinné extrakty, léky (např. kumarin).

3. Infekční příčiny: erysipel, tuberkulóza, aktinomykóza, lepra, hluboké mykózy, sporotrichóza, kokcidiomykóza, leishmanióza, stafylokoková ektymata, antrax, diftérie, ev. další.

### ***II. Ulcerace způsobené vnitřními příčinami***

1. Ulcerace venózní: varikózní (při primárních varixech), post-trombotické.

2. Ulcerace arteriální: arteriosclerosis obliterans, endarteriitis obliterans, atrophia blanche, periarteriitis nodosa, livedo reticularis, hypertenze, arteriovenózní anastomózy, diseminovaná intravaskulární koagulopatie.

3. Ulcerace smíšené: arteriální a venózní, venózní a neuropatické, arteriální a neuropatické a další kombinace.

4. Ulcerace hematopoetické: anémie, dysproteinémie, trombocytopenie, trombocytóza.

5. Ulcerace s lymfatickou příčinou: lymfatická dysplazie, pozánětlivý lymf-edém, kongenitální lymfedém, lymfedém při infiltraci uzlin nádorovými buňkami.

6. Ulcerace při neuropatických chorobách: sclerosis multiplex, syringomyelie, polyneuropatie, poliomyelitida, Wernerův syndrom.

7. Ulcerace u metabolických chorob: diabetes mellitus, dna, chronická renální insuficience, hyperparatyreoidismus.

8. Ulcerace autoimunitního charakteru: vaskulitidy, sklerodermie, systémový lupus erythematoses, periarteriitis nodosa, antifosfolipidový syndrom, Wegenerova granulomatóza.

*9. Ulcerace při neoplaziích: bazaliom, spinaliom, melanom, sarkom, Kaposiho sarkom, kožní metastázy (POSPÍŠILOVÁ a kol., 2002).*

### **2.2.1 VENÓNÍ VŘED**

Základní příčinou vředových onemocnění, u dolních končetin zvláště, je špatný průtok krve. Venózní vředy jsou zapříčiněny dysfunkcí svalové pumpy nebo venózním reflexem. Návrat krve proti gravitaci, z povrchového do hlubokého žilního systému a z distálních partií dolních končetin k srdci, zajišťuje svalová pumpa. Žilní chlopně zajišťují jednosměrný tok krve. Krev proudí perforátory z povrchového do hlubokého systému, to se děje při svalové relaxaci. Při svalové kontrakci se vyprazdňuje hluboký žilní systém a dochází k poklesu tlaku v hlubokém systému. Když nastane dysfunkce svalové pumpy, během kontrakce nedochází ke snížení požadovaného tlaku, naopak se vyvíjí venózní hypertenze. To se nazývá venózní insuficience (ZELENKOVÁ, 2012).

### **2.2.2 ARTERIÁLNÍ VŘED**

Při vzniku arteriálních vředů záleží na poškození cév, často jejich vnitřních stěn, intimy. Ta je poškozována ukládáním tuků do cévní stěny, z toho vznikají ateromové pláty s mikrotrombotizací, fibrózou, kalcifikací cévní stěny nebo blokadou lumen. Další příčiny vzniku arteriálních ulcerací jsou vazospastické choroby, cholesterolová embolie a traumata (ZELENKOVÁ, 2012).

### **2.2.3 DIABETICKÝ A NEUROPATICKÝ VŘED**

Vzniku vředů u diabetiků napomáhá angiopatie a neuropatie. Distální symetrickou neuropatií trpí více než 80 % diabetiků s kožní lézí. Není zcela jasné, jakým mechanismem dochází k poškození nervů a cév, ale hladina glykovaného hemoglobinu (HbA1c) je asociována s neuropatií a progresí neuropatie. Ukazatelem kompenzace diabetu je během posledních 90 dní glykovaný hemoglobin. U dobře kompenzovaného diabetu jsou hodnoty 7-8 %. Pokud jsou hodnoty vyšší než 9 %, poškozují se senzitivní a motorické funkce nervů, to se projevuje poškozeným vnímáním bolesti a vytvářejí se deformity. Nejrizikovější místa vzniku jsou na patách, palcích a na plantě v oblasti metatarzálních hlaviček. Autonomní neuropatie je odpovědná za hyperkeratózu, hypohidrózu a tvorbu ragád. Ateroskleróza je patrná na

peroneálních a tibiálních cévách, kdežto pedální cévy nebývají ohroženy. Mnohem dříve se tedy u diabetiků vyskytují arteriální vředy než u ostatní populace. Trpí abnormální mikrocirkulací a zvýšenou cévní permeabilitou. Dále jsou změněny růstové faktory, cytokiny a syntéza kolagenu. Pokud glykovaný hemoglobin (HbA1c) je vyšší než 12 %, vzniká alterace funkcí bílých krvinek například adherence, baktericidní intracelulární aktivita, chemotaxe a fagocytóza (ZELENKOVÁ, 2012).

### 3 DIAGNOSTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Termín *ulcus cruris* specifikuje lokalizaci vředu, ale o charakteru neříká nic. Proto je diagnostika vředu velmi důležitá, pro správnou kauzální terapii. Zhruba 1 % populace trpí bércovými vředy. S věkem výskyt aktivního bércového vředu stoupá. U populační skupiny lidí nad 70 let prevalence bércového vředu dosahuje až 5 %. Léčba pacientů s bércovými vředy je relativně nákladnou zátěží. Pacienti trpící bércovými vředy jsou ovlivněni v každodenních aktivitách, udávají subjektivně ovlivněné pocity horšího zdraví a sociálního chování (STRYJA, 2011).

Základem v diagnostice ischemické chronické rány je pečlivě odebraná anamnéza nemocného s bércovým vředem a klinické vyšetření. Důležité údaje v anamnéze jsou o rodinném výskytu onemocnění, anamnéza osobní a sociální. Významná otázka je na současné onemocnění, kdy se objevilo poprvé, četnost recidiv, délka hojení, léčba a dodržování preventivních opatření. Během klinického vyšetření se hodnotí celkový stav nemocného, tělesné deformity, konstituce a důležitou součástí je také hodnocení stavu výživy. Velká pozornost se klade na vyšetření končetin. Informace o charakteru otoku, napětí a teplotě kůže, o infiltrátech a otvorech ve fasciích získáme palpačním vyšetřením. U hodnocení ulcerací zjišťujeme její lokalizaci, velikost, okraje, charakter spodiny, jestli je například nekrotická, povleklá, čistá, granulující nebo epitelizující. Dále hodnotíme sekreci z rány, její barvu a také zápach a změny v okolí rány. Ulcerace se odlišují podle jejich příčin vzniku. Například ulcerace žilního původu hluboké, rozsáhlé často až cirkulární s nepravidelnými okraji. Jsou doprovázeny rozsáhlým otokem postižené končetiny, mají výrazný exsudativní charakter, povleklou spodinu a další kožní změny, které spadají do obrazu chronické žilní insuficience. Nejvíce se objevují na vnitřní straně distální třetiny bérce, to však nevylučuje výskyt i na jiných místech. Arteriální ulcerace bývají menší, ale četnější a jsou kruhovitěho tvaru. Nejčastěji se objevují na předních, laterálních a mediálních stranách bérců, ale vyskytují se také na nártách, prstech a patách. Arteriální ulcerace vznikají při parciálním nebo úplném cévním uzávěru, který zapříčiňuje velikost a rychlost šíření ulcerace. V postižené oblasti se arteriální uzávěr projeví na kůži, nejdříve černohnědou nekrózou, poté se odloučí a vznikají ulcerace se žlutými mázdřitými povlaky. Tyto ulcerace jsou značně bolestivé, nejvíce v nočních hodinách. Na prstech nohou, ploskách, ale i na bércích, zejména na vnitřních a předních stranách se objevují ulcerace diabetické.



Příčinou vzniku diabetických ulcerací mohou být změny postihující velké i malé cévy nebo diabetická neuropatie, eventuelně jejich kombinace. Diabetické ulcerace se vzhledem a vývojem podobají ulceracím arteriálního původu. Převážná část bérkových vředů je žilního původu, proto se provádějí funkční zkoušky žilního systému k zhodnocení žilního řečiště. Pokud existuje podezření na arteriální příčiny, jsou indikovány funkční zkoušky tepen. Zmíněná vyšetření, která orientačně vyšetřují o stavu žilního a arteriálního systému, se doplňují přístrojovými metodami, například dopplerovským přístrojem a digitální fotopletyzmografií. Tato vyšetření poskytují přesnější výsledky (STRYJA, 2011), (ZELENKOVÁ, 2012).

### **3.1 CÉVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY**

Od obvyklých cévních vyšetřovacích metod získáme informace o morfologii makroangiopatii. Screeningová metoda v terénní praxi má největší význam ABI – index kotník/paže, doplněný kvalitním dopplerovským vyšetřením tepen dolních končetin. Toto vyšetření popisuje morfologické změny a průtokovou rychlost. Pacienty indikujeme, dle výsledku vyvozených z dopplerovského vyšetření, k provedení CT angiografie, MR angiografie nebo digitální subtrakční angiografie. Metody, které slouží k posouzení mikroangiopatie, jsou vyšetření transkutánní tenze, kožního perfuzního tlaku (fotopletyzmografie, radioizotopová clearance, laser doppler) a vyšetření dopplerovských tlaků. Vyšetření jako jsou například pulzní oxymetrie, vyšetření palcových tlaků, hematologické vyšetření, RTG – skiografie a kvantitativní mikrobiologické vyšetření spodiny rány spadá mezi doplňkové metody (STRYJA, 2011).

## 4 TERAPIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Ulcus cruris neboli bércový vřed je tedy chronická rána se špatnou hojivou tendencí. Při stanovení účinné léčebné strategie a zahájení terapeutických intervencí se vždy snažíme ozřejmit příčinu defektu, takže léčba je determinovaná příčinou bércového vředu. Cílem léčby bércového vředu není jen zahojení vředu, který je vidět na povrchu, ale také odstranění příčiny vzniku tohoto onemocnění. V terapii bércového vředu je na místě věnovat se vlivu rizikových faktorů a snažit se je eliminovat. Tyto rizikové faktory můžeme ovlivnit například zvýšením pohybové aktivity, udržováním přiměřené tělesné hmotnosti, omezením dlouhého stání či sezení, nekouřením a kompenzací základního onemocnění. Cílem léčby u vředů venózního původu je podpora žilního návratu. Předpokladem je vhodná kompresivní terapie krátkotažnými obinadly, která má při správné aplikaci efekt na zúžení dilatovaných žil, zvyšuje se rychlost proudění žilní krve a srovná zpětný transport nashromážděných tekutin. Napomůže k uzavření žilních chlopní, tudíž otoky vzniklé stagnací se vstřebávají a otevřené vředy se lépe hojí. Kompresivní terapii lze doplnit podáváním venofarmak. U vředů arteriálního původu, na rozdíl od předchozího typu je komprese kontraindikována, pokud periferní arteriální tlak klesne pod 80 mmHg. Léčba bércových vředů se zaměřuje na zlepšení prokrvení v tkáních bérce a na obnovu krevního toku. Pacient je tímto onemocněním velmi omezen v běžném životě. Na léčbu bércového vředu je nutné nahlížet komplexně s profesionálním přístupem, aby poskytovaná léčba zajišťovala pacientovi nejvyšší možnou kvalitu života (BERKOVÁ, 2012), (STRNADOVÁ, 2010).

### 4.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Do konzervativní terapie patří kompresivní a medikamentózní léčba včetně převazů, rehabilitace, režimová opatření a nutriční terapie v podobě umělé výživy pacienta (NAVRÁTILOVÁ, 2010).

Etiologie bércových vředů je různá, ale přesto biologické fáze hojení jsou obdobné. První fáze hojení ran je zánětlivá, čistící nebo také exsudativní. Druhá fáze je proliferační nebo granulační a třetí fáze je maturační nebo epitelizační. Fáze hojení rány ovlivňuje lokální terapii. Základní principy pro hojení bércových vředů jsou vyčištění spodiny, poté zabezpečení hojení rány ve vlhkém hojení, takzvaná vlhká terapie a při

převazování nepoškodit, sundáním krycího materiálu nově vznikající epitel. Tyto požadavky na hojení defektů velmi dobře splňují moderní obvazové materiály, které také udržují ideální teplotu a pH, umožňují výměnu plynů, nejsou toxické a vytvářejí dobrou bariéru proti zevní infekci. Pro určení správného typu obvazového materiálu je nutné zhodnotit charakteristiku vředu, barvu spodiny, hloubku vředu, množství a barvu vyloučeného sekretu, zápach, okolí vředu a také bolestivost při převazu. Tento ukazatel může odhalit infekci na spodině vředu. Aby se při převazu nepoškodil nově vzniklý epitel, je vhodné starý obvazový materiál odmočit a následně vřed osprchovat pitnou vodou. Převaz je pro pacienta příjemnější a zároveň osprchování pomůže k mechanickému odplavení bakterií. K oplachu lze použít i Ringerův roztok nebo Dermacyn. Na defekt a okolí rány je vhodné provést obklad ze sterilních čtverců, pokrytých roztokem DebriEcaSanu. DebriEcaSan je superoxidovaný roztok, který je vhodný pro ošetření chronických i akutních ran, dekubitů, ulcerací, popálenin a různých odřenin. Vytváří přirozeně vlhké prostředí ve spodině rány a tím umožňuje rozvinout proces hojení, kvantitativně terminuje mikroby a efektivně potlačuje krvácení. Součástí převazu je odstranění odumřelých tkání a povlaků sterilními nůžkami či exkochleační lžičkou nebo otíráním sterilními čtverci. Poté se postižená končetina promaže hydratační emulzí, okolí rány se ošetří krycí pastou, například Zinkovou a aplikuje se vhodné krytí. Frekvence převazů se určuje podle typu krytí a množství sekretu, ale je dobré četnost omezit, protože každý zásah poruší ideální vlhké a tepelné mikroklima a zpomaluje hojení (NAVRÁTILOVÁ, 2010), (STRNADOVÁ, 2010).

#### **4.1.1 FÁZE ZÁNĚTLIVÁ, ČISTÍCÍ**

Fáze zánětlivá nebo také čistící je charakterizovaná jako snaha odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. V této fázi dochází k rozvoji zánětu, migraci buněk, jejichž hlavní funkce je fagocytóza, rozpoznávání cizorodých částic a jejich pohlcování, dochází tedy k takzvanému vyčištění rány. Defekty jsou v této fázi povleklé a místy i nekrotické, mají velkou sekreci a často zapáchají. Nekrózy a povlaky jsou překážkou pro hojení rány, proto se mechanicky odstraňují. Velká část vředů dlouhodobě stagnuje právě v této fázi. Stagnaci v procesu hojení lze pozitivně ovlivnit co nejefektivnějším čištěním rány. Tato fáze je zásadní fází pro další hojení. Moderní metodou je vlhké hojení ran, které omezuje negativní projevy, jako jsou například velká sekrece a zápach. Vhodným typem materiálu v této fázi hojení jsou materiály s alginátem. Tyto materiály

mají vysokou schopnost vstřebávání sekretu na bázi mořských řas, proto se především využívají na středně a silně exsudující rány. Vlákniťatá struktura algináty se při kontaktu s ránou přemění v gel. Tyto materiály snižují kontaminaci rány bakteriemi, díky své schopnosti navázat na sebe exsudát z rány. Mají také hemostatický efekt. Předpokladem pro využití těchto materiálů je vlhkost, proto se nevyužívají u rány bez sekrece nebo u suché nekrotické rány. Pokud defekt mírně secernuje, alginát lze zvlhčovat fyziologickým roztokem, aby se zachovala jeho funkce. Existují čisté algináty bez sekundárních složek, ale také algináty s přidanou složkou stříbra. Výhoda u alginátu s obsahem stříbra je bakteriostatický účinek. Využívány jsou tedy u ran s vysokým rizikem infekce nebo na rány již infikované (POKORNÁ, 2012), (NAVRÁTILOVÁ, 2010), (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

#### **4.1.2 FÁZE PROLIFERAČNÍ, GRANULAČNÍ**

Ve fázi proliferační nebo také granulační dochází k neoangiogenezi. Tvoří se nová granulační tkáň, která postupně vyplňuje ránu a stává se podkladem pro proces epitelizace. Název této fáze vychází od zjevných známek hojení, které se projevují výskytem světle červených, skelně průzračných jader označovaných granula. Velký význam na efektivní hojení má hodnocení barevné škály nově vzniklých struktur. Pokud se nově vzniklá granulační tkáň, tvořená z granul zvětšuje a mění barvu na lososově červenou, jsou to velmi dobré příznaky, které poukazují na lepší známky hojení. Naopak inhibice, nebo až úplná stagnace hojení se projevuje změnou barvy granulační tkáně v naředlou, ztrácí postupně barvu a může být houbovitá, povleklá. Pokud se granulační tkáň změní na ostré červené útvary, je nutné zvýšit pozornost. Změna granulační tkáně může být příznakem rozvoje infekce a ohnivých granulací, což jsou známky kritické kolonizace. Pro tuto fázi hojení se hodí materiály na bázi hydrokoloidů, podporují granulační proces. Je to jeden z nejstarších typů materiálů ze skupiny vlhkého hojení ran. Absorpční hydrokoloidní krytí obsahuje karboxymethylcelulózy, hydrokoloidní matrix a další látky. Materiály tohoto typu podporují granulaci a abiogenezi, vytvářejí také hypoxické prostředí s nízkým pH. Zajišťují absorpci exsudátu a tím vytvářejí vlhké prostředí v ráně, které napomáhá k dokončení fáze proliferační, pro podporu tvorby granulační tkáně a pro činnost fibroblastů. Hydrokoloidy jsou nevýhodné, pokud je v ráně přítomnost patogenních mikroorganismů, jelikož hrozí jejich pomnožení. Tudíž kontraindikace pro využití tohoto materiálu je riziko vzniku

nebo aktuální přítomnost infekce v ráně. Hydrokoloidy na světovém trhu materiálů pro fázové hojení ran postupně nahrazují materiály na bázi polyuretanových pěn a hydropolymerů. Ty jsou velmi oblíbené z ekonomických důvodů a také proto, že prodloužily intervaly mezi jednotlivými převazy až na pět a více dnů oproti materiálům hydrokoloidním, které bylo nutné obměňovat jednou za tři dny. Vnitřní vrstva těchto materiálů absorbuje exsudát, tím nabobtnává, ale svůj tvar oproti jiným materiálům zachová. Jádro je tvořeno ze suchého hydrogelu, který zajišťuje zesílenou schopnost absorpce. Exsudát se ukládá do jednotlivých vrstev materiálu, díky kterému dochází ke snížení bakteriální zátěže v ráně (POKORNÁ, 2012), (MRÁZOVÁ, 2012), (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

#### **4.1.3 FÁZE MATURAČNÍ, EPITELIZAČNÍ**

Tato fáze je finální etapou v celém procesu hojení rány. Epitelizační proces začíná od okrajů rány nebo se uvnitř rány vytvářejí takzvané epitelizační ostrůvky. Základem této fáze je vlhká skluzná plocha spodiny, aby buňky mohly migrovat po vlhké spodině, další podmínkou je dostatečná saturace kyslíkem. Epitelizační proces bezprostředně provází fázi granulace. Fáze granulace vytváří stěžejní povrch pro tvorbu nové pokožky a pojivového tkaniva. Granulační tkáň ztrácí vodu, tím dochází k úbytku cév v granulační tkáni. Nově vytvořená tkáň se zpevňuje a transformuje se v jizevnatou tkáň, která je ale velmi náchylná k traumatu, tudíž se riziko vzniku nového defektu zvyšuje. Pro zajištění vlhkého prostředí nebo jako ochrana před mechanickým poškozením nově vzniklé tkáně, jsou vhodné pomůcky, jako například filmová krytí ve spreji na bázi silikonů nebo plošná filmová krytí. Tento materiál je selektivně propustný polyuretanový film s adhezí, který je zajištěn akrylátovým hypoalergenním lepidlem. Aby tyto materiály splňovaly svou funkci, nesmí být přítomna sekrece v ráně. Materiály většinou nevyžadují sekundární krytí, jsou voděodolné a až sedm dnů ideálně chrání defekt, který epitelizuje (POKORNÁ, 2012), (MRÁZOVÁ, 2012), (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

## **4.2 CHIRURGICKÁ LÉČBA**

V léčbě ulcus cruris není standardní chirurgická léčba. Přesto výkony na distálních insuficientních perforátorech v některých případech mohou vést k eliminaci rozvoje bércevého vředu. Nejčastěji se z chirurgických postupů používá endoskopická

léčba nebo individuální ligatura jednotlivých perforátorů či skleroterapie pěnou pod ultrazvukovou kontrolou. Při léčbě bércových ulcerací se využívá chirurgický debridement. Je to chirurgický výkon, který se provádí, pokud je v ráně velké množství nekrózy, které je nutno odstranit nebo se v ráně nachází septická tkáň, která se taktéž musí z rány odstranit. Provádí se pomocí exkochleračních lžiček, skalpelu, pinzet a chirurgických nůžek. Při tomto zákroku se často odstraní i zdravá tkáň. Výkon je nutný při bakteriální sepsi, bohužel může být velmi bolestivý. Provádí se na operačním sále a při výkonu se často využívá podtlaková terapie. Podtlaková terapie má výhodu kontroly exsudátu, podporuje hojení rány a napomáhá předcházením nozokomiálním infekcím (NAVRÁTILOVÁ, 2010), (HARTMANN – RICO, 2012).

### **4.3 CELKOVÁ TERAPIE**

K celkové terapii patří léčba antibiotiky, ta je indikována u infikovaných vředů, jestliže infekce je v okolí rány či jsou známky infekce celkové, případně nadměrná hnisavá sekrece na spodině rány je viditelná. Pokud je infekce lokalizována na spodině vředu, můžeme použít pouze lokální antimikrobiální a antiseptická krytí, to jsou nejčastěji materiály s obsahem stříbra. Nebo se podávají antibiotika intravenózně. K hojení vředu napomáhá látka diosminu, ten je obsažen v léku Detralex. Klinické studie dokazují, že přidání Detralexu k léčbě zkracuje dobu hojení (NAVRÁTILOVÁ, 2010).

## **5 KOMPLIKACE LÉČBY BÉRCOVÝCH VŘEDŮ**

Bércový vřed je komplikované onemocnění. Není to jen samostatné onemocnění, ale je kombinované s další závažnou chorobou například hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční a další. Celý organismus je oslabený, navíc je vřed vstupní bránou pro infekci a mikroorganismy různého druhu (VLHOVÁ, 2012).

### **5.1 ERYSIPEL „RŮŽE“**

Nejvýznamnější a nejzávažnější komplikací je erysipel neboli „růže“. Je to bakteriální infekce, která je hlavním faktorem pro stagnaci hojení rány. Zdravé buňky tkání jsou poškozovány, tím je narušený proces hojení. Je to způsobeno bakterií v ráně, která produkuje mikrobiální toxiny. Erysipel se projevuje prudkým vzestupem horečky, může to být až 40 °C, zimnicí, třesavkou, bolesti hlavy, napjatou a teplou kůží v místě infekce, otokem a ohraničeným zarudnutím bérce. Tato infekce bohužel často recidivuje. Recidiva je způsobena obranným mechanismem bakterií, kdy bakterie jsou opouzdřené v tkáni a jsou schopné v této formě přetrvávat. Čekají na jakékoliv oslabení organismu, například viróza, kdy se aktivují, a následuje další vlna projevů. Každé toto vzplanutí infekce zanechává v tkáních větší množství opouzdřených bakterií a z toho důvodu způsobuje, že každá další recidiva je hlubší s větším poškozením tkání. Nebezpečí erysipel je lymfedém. Recidiva erysipel způsobuje poškození mízních cév. Cévy se mohou ucpat a míza špatně proudí, tím vznikají mízní otoky takzvaný lymfedém. Jeho typický projev je otok, který je bledý, chladný, nejdříve měkký, později tuhý, většinou je nebolestivý. V podkoží může docházet k nezvratným vazivovým změnám, pokud tento stav trvá déle než půl roku. Nazýváme ho fibrotizace. Dále to může vést až k elefantíaze (VLHOVÁ, 2012).

### **5.2 TROMBOFLEBITÍDA A FLEBOTROMBÓZA**

Příčiny vzniku zánětu žil jsou nejčastěji varixy, poškozené cévní stěny, porucha průtoku krve cévami, obezita, snížená imunita, dlouhodobé otoky a při chronické žilní nedostatečnosti poškození cévní chlopně dolních končetin (VLHOVÁ, 2012).

### **5.2.1 TROMBOFLEBITIDA**

Je to zánět povrchových žil. Při tromboflebitidě je typickým znakem v průběhu postižené žíly zarudnutí. Končetina je bolestivá, ale není oteklá. Je to velmi nepříjemné. Tento stav není závažný, během krátké doby se vyléčí (VLHOVÁ, 2012).

### **5.2.2 FLEBOTROMBÓZA**

Flebotrombóza je zánět v hlubokém žilním systému se vznikem krevní sraženiny. Nejčastěji se krev sráží v místech své stagnace kvůli zpomalenému průtoku krve cévami. Projevuje se bolestí, nejvíce při chůzi a stání a oproti tromboflebitidě je přítomen otok. K tvorbě krevních sraženin přispívá obezita, antikoncepce, dlouhodobá nehybnost dolních končetin, těhotenství, stavy po velkých chirurgických výkonech, kouření, porucha srážlivosti krve, křečové žíly, poškození chlopní při chronické žilní insuficienci dolních končetin. Flebotrombóza je velmi nebezpečný stav, kdy může způsobit například plicní embolii (VLHOVÁ, 2012).

## **5.3 ZÁPACH**

Zápach je velká komplikace při onemocnění bércevého vředu. Pacient tím není fyzicky ohrožen, ale tím více je ohrožena jeho psychika. Hodně nemocných se vyhýbá společnosti a jakéhokoliv kontaktu s lidmi, protože se za sebe stydí. Například mají potíže nastoupit do městské hromadné dopravy nebo zúčastnit se společenských událostí. Může to přejít až do patologického stavu neboli sociální izolace. Nemocný odmítá přítomnost rodiny, odmítá společné sledování televize, společné večere a tak dále. Člověk je tímto stavem velmi omezen, protože nejenže zápach je velkou psychickou zátěží pro nemocného, ale může znamenat i počínající zánět. Patogeny, které jsou na spodině defektu, uvolňují své toxiny. Toxiny ničí tkáň, jejich zhmoždění je příčinou zápachu. Proto při zhoršení zápachu je nutno navštívit lékaře (VLHOVÁ, 2012).



## **6 RIZIKA, KTERÁ MOHOU NASTAT PŘI OŠETŘOVÁNÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA**

Jak již bylo řečeno v první kapitole, geriatrický obor je odlišný od jiných lékařských a zdravotnických oborů. Při léčbě a ošetrovatelském procesu o geriatrického pacienta je důležitá komplexní péče. Lékař a celý zdravotnický tým musí myslet na různá rizika, která u geriatrického pacienta hrozí a mohou být příčinou onemocnění či hospitalizace v nemocnici nebo komplikací při již vzniklém onemocnění a komplikují léčbu při hospitalizaci (POLEDNÍKOVÁ, 2013).

### **6.1 RIZIKO DEHYDRATACE**

Pitný režim je velmi důležitý pro všechny věkové skupiny. V organismu je vše závislé na tekutině, jejím příjmu a vše se odehrává v roztoku. V organismu má voda podíl 60%, u malých dětí a starých lidí je to i více. Příjem tekutin je životně důležitý. Do organismu může být doplněn přísun vody pomocí pitného režimu, infuzní terapii nebo umělou výživou. Množství tekutin, které by mělo být přijato za den, je kolem 2000-3000 ml. Pokud je horký den nebo je pacient sužován například horečkou, zvracením, průjmem či je velký odpad ze sondy, příjem tekutin by měl být určitě vyšší. Také popálenina, velký dekubitus či rozpadovou ranou se ztrácí významné množství vody. Někdy však dochází k přesunům uvnitř organismu, které nevidíme. Do těchto případů patří crash syndrom z rozdrčení tkáně, retence tekutin v ileózním střevě, ascites nebo velký hydrotorax, při akutní pankreatitidě se ztrácí tekutina do třetího prostoru. Například do tenkého střeva, při jeho neprůchodnosti se vejde 10 litrů tekutiny. K udržení krevního oběhu, až do mikrocirkulace a k řádnému prokrvení tkání a orgánů je důležitá správná hydratace. V těchto uvedených případech je tekutina v organismu přítomná, ale není v cévách, kde je potřebná. U geriatrických pacientů je dehydratace častým problémem, ne vždy jejich pocit žízně odpovídá pokročilosti dehydratace. Obvyklé příznaky jako je třeba snížený turgor, rychlá ztráta hmotnosti, suchá kůže a sliznice, závratě, ortostatické kolapsové stavy, zmatenost, synkopy, apatie, poruchy vědomí, také se mohou připojit záchvaty křečí, tachykardie, tachypnoe, hypotenze nebo horečka. Dehydratovaní geriatrickí pacienti mají různé nástupy těchto příznaků v odlišné míře. Příčiny můžeme dělit na zvýšené ztráty tekutin, například nepřiměřená diuretická léčba, infekce s horečkou a následné pocení, gastrointestinální ztráty (např. průjem nebo

zvracení) a dekompenzovaný diabetes mellitus. Druhou příčinou je nedostatečný přívod tekutin, kupříkladu deprese, nedostatečný pocit žízně, stavy zmatenosti a poruchy vědomí nebo nedostatečný příjem tekutin kvůli špatné dostupnosti (SCHULER, 2010), (GROFOVÁ, 2007).

Vyšetření, která nám napomáhají určit příčinu dehydratace:

- *Diuréza (snížená) a koncentrace moči (specifická váha zvýšená s výjimkou polyurie),*
- *Krevní obraz (hematokrit, koncentrace hemoglobinu i počet leukocytů zvýšený),*
- *Kreatinin, urea (zvýšená koncentrace),*
- *Celková bílkovina (může být zvýšena),*
- *Sérová koncentrace sodíku a osmolarita séra (zvýšení) (SCHULER, 2010 s.66).*

Monitorování množství přijaté tekutiny per os nebo infuzní terapií i výdeje moči a sekretů je dnes již nedílnou součástí ošetrovatelského celku a využívá se již plošně. Je třeba mít na paměti, že denně můžeme narazit na geriatrického pacienta, který nedosáhne na skleničku, nedokáže si dolít či vyndat si láhev s vodou ze stolečku, nezvládne pít sám nebo se jen nedokáže napít vleže. Také existují senioři, kteří se úmyslně brání příjmu tekutin. Ať je to například z důvodu studu močení na mísu či do močové láhve, strachu z přesunu na toaletu nebo nechtějí obtěžovat personál (GROFOVÁ, 2007).

## **6.2 RIZIKO NEDOSTATEČNÉ VÝŽIVY**

Nedostatečná výživa nebo-li podvýživa je definována jako neodpovídající příjem energie, základních živin – proteinů, lipidů, sacharidů a dalších nutrientů (minerálních látek, vitaminů a stopových prvků). Dostatečná a plnohodnotná výživa u geriatrického pacienta je jedním z faktorů ovlivňujícím hojení bércových vředů. Ideální kombinace vhodné stravy a přiměřené pohybové aktivity, není vždy plně zajistitelná, přestože význam je nepochybný. Ve stáří, za běžných okolností se energetické nároky snižují, to je způsobeno poklesem bazálního metabolismu věkem, ovšem je třeba mít na paměti, že energetické nároky se s přítomností choroby opět zvyšují. K udržení svalové hmoty je nutný dostatečný příjem bílkovin. Příjem masa může být u seniorů problém,

například kvůli chybějící dentici či špatně sedícím protézám. Plnohodnotné bílkoviny najdeme například v mase, vejcích, luštěninách, mléce a mléčných výrobcích, zde je výhodou obsah vápníku. Mléko případně i mléčné výrobky nejsou ovšem u geriatrických pacientů vždy dobře tolerovány, kvůli fyziologicky snížené aktivitě laktázy v tenkém střevě. Je tedy nutné vápník suplementovat či jej doplňovat z jiných zdrojů. Až u 85 % geriatrických pacientů je přítomna nedostatečná výživa. Existují různé možnosti jak zajistit dostatečný přísun bílkovin i dalších potřebných látek. Například doplňky stravy v podobě umělé výživy (nutričních suplementů) průmyslově vyráběné (příloha A). Tyto suplementy nabízejí každodenní doplnění energie a živin. Suplementy (sipping) je možné pokrýt plnou denní dávkou výživy pacienta, pokud je zde však možnost příjmu běžné stravy, sipping by měl být pouze jako doplňková výživa. Pro všechny geriatrické pacienty, by tyto nutriční doplňky byly výhodné. Podle jedné studie ve Švýcarsku, pacienti po zlomenině krčku kosti stehenní, kterým byla nutriční podpora podávána, docílili dřívějšího propuštění z nemocnice a lepších výsledků v rehabilitaci. Výhody těchto produktů jsou přívod minerálních látek a vitamínů, rovnováha energetických složek a esenciálních živin, jednoduchá manipulace a chutnost přípravku (SCHULER, 2010), (GROFOVÁ, 2007).

Využívat můžeme výživu podávanou enterální cestou, to je sondou nebo stomií a parenterální, která je aplikována periferními či centrálními žilními přístupy. Enterální výživu lze podávat per os (sipping), do žaludku či střeva. Pro podávání výživy do žaludku se využívá nazogastrická sonda (NSG) nebo perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). Nazojejunální sonda (NJS) a jejunostomie (PEJ) se využívají při podávání do střeva. PEG a PEJ jsou dnes již nejčastěji zaváděny endoskopicky, ale někdy je nezbytné vytvořit je chirurgicky. Zavádění NGS většinou není problematické. Správné uložení sondy prověříme poslechem epigastria fonendoskopem a zároveň aplikací vzduchu do sondy. Měli bychom slyšet probublat vzduch tekutinou, která je v žaludku přítomná. U geriatrických pacientů bývá nejčastěji využívána NGS. Do sondy se podává průmyslově připravená výživa, kde jsou vyrovnané poměry živin. Existují typy výživy upravené například pro diabetického pacienta či přímo formule pro hojení ran. Sonda se proplachuje převařenou, studenou vodou. U zdravých seniorů se energetická potřeba pohybuje kolem 7 000 kJ a u nemocných, speciální doporučení neexistují. Příklady podávání a propočty výživy jsou uvedeny níže (SCHULER, 2010), (GROFOVÁ, 2007).

- Normoenergetická výživa: 120 kJ/kg tělesné hmotnosti,
- Vysokoenergetická výživa: 160-200 kJ/kg tělesné hmotnosti

*Denní energetická spotřeba se vypočítá z energetické potřeby/kg tělesné hmotnosti vynásobením hmotností pacienta.*

*Příklad:*

- $120 \text{ kJ} \times 60 \text{ kg} = 7\,200 \text{ kJ}$  (normoenergetická),
- $180 \text{ kJ} \times 70 \text{ kg} = 12\,600 \text{ kJ}$  (vysokoenergetická)

*Potřeba sondové výživy*

*Energetická potřeba na den (kJ)/energetická hustota (kJ/ml) = sondová výživa v ml.*

*Příklad:  $7\,200 \text{ kJ} / 4 \text{ kJ/ml} = 1\,800 \text{ ml}$  sondové výživy/den (SCHULER 2010, s. 310).*

Při parenterální výživě se podávají výživové roztoky přímo do krevního řečiště. Roztoky obsahují tuky, cukry, bílkoviny, které se podávají v podobě roztoků lipidové emulze, aminokyselin a roztoky glukózy. Vitaminy stopové prvky nebývají běžně v parenterální výživě obsaženy, proto při podávání totální parenterální výživy je nutné jejich doplnění. Jak bylo řečeno, výživu podáváme intravenózně, proto roztoky musí být sterilní. Existují dvě možnosti podání a to je systém multi-bottle, roztoky podáváme z několika lahví nebo systém all-in-one, který je více využívaný, kvůli sníženému počtu manipulací s vakem a tím snížení rizika infekce. Ve vaku jsou všechny složky smíchané. Pro podávání se využívají infuzní pumpy či infuzní sety a jeden vak kape 24 hodin. Parenterální výživa je úplná či doplňková, krátkodobá nebo dlouhodobá. Při volbě typu a množství infuzních, výživových roztoků, by se mělo přihlížet na funkci ledvin a jater. Podává se tedy do periferních nebo centrálních žil. Pokud podáváme výživovou směs do periferních žil, nese to sebou některá rizika a opatření. Nemůžeme podávat vysoce koncentrované roztoky, docházelo by ke dráždění, místnímu poškození či zánětům, také do periférií nemůžeme aplikovat parenterální výživu dlouhodobě. Vaky určené do centrálních žil nesmíme nikdy aplikovat do periferních žil, ale výživu do periferních žil můžeme podat i do centrálních žil (SCHULER, 2010), (GROFOVÁ, 2007).

## 6.3 RIZIKO PÁDU

Důležitý faktor, který rozhoduje o kvalitě života starší populace je schopnost volně se pohybovat. Ohrožuje nezávislost a soběstačnost seniorů a patří mezi nejčastější geriatrické problémy. Nejvýznamnější limitující faktor mobility seniorů je nestabilita s následnými pády. Na pády by se nemělo pohlížet jako na projev stárnutí, ale jako na signál onemocnění, které lze léčit a pádu tak zabránit. Častou příčinou umístění seniora do zařízení dlouhodobé péče je nestabilita s důsledkem pádů, ty se stávají velkým problémem zdravotnictví. Jsou spojeny se zvyšující se morbiditou a mortalitou a s růstem ekonomických nákladů ve zdravotnictví. Mezi základní klinické problémy geriatrické medicíny patří nestabilita, dále také inkontinence, imobilita, poruchy intelektu a iatrogenii. Nestabilita je propojena s rovnováhou, ta závisí na aferentaci z vestibulárního, zrakového a propioceptivního systému. V oblasti mozkového kmene dochází k ucelení těchto informací a koordinaci zajišťují mozeček, bazální ganglia a kortex. Stářím citlivost receptorů klesá, tím je ovlivněno přenášení a vyhodnocení informací. Onemocnění, postihující seniory, způsobují poškození funkcí těchto systémů. Glaukom, okulární degenerace, katarakta a diabetická neuropatie postihují zrakový systém. Jedna z hlavních příčin vestibulární dysfunkce je hypoperfuze vnitřního ucha, která je podmíněna arterosklerózou cévního systému tohoto orgánu. Ve stáří se vyskytují převážně tzv. pseudozávratě, které jsou obvykle extravestibulárního původu. Příčinou je hypoperfuze mozku, metabolické poruchy, psychické příčiny a také častý vliv má užívání farmak (BIELAKOVÁ, 2015), (SCHULER, 2010).

### 6.3.1 CHARAKTERISTIKA PÁDU

Pád lze charakterizovat, jako změnu polohy, která končí kontaktem těla se zemí, může se přidružit porucha vědomí a poranění. Dle statistik třetina seniorů nad 65 let upadne nejméně jednou ročně a v polovině případů se pády opakují. Dále uvádějí, že každý desátý pád vede k závažným zdravotním i psychickým následkům, například zlomeninám kyčle, subdurálnímu hematomu, jiné nitrolební poranění, podchlazení, imobilizačnímu syndromu, ztrátě soběstačnosti, psychickým poruchám až k úmrtí. Pády jsou hlavní příčinou úrazů ve stáří. 10 % vyšetření na urgentních příjmech a 6 % náhlých hospitalizací seniorů jsou z důvodu pádu jako hlavní diagnózy. Polovina až třetina pádů se uskuteční v blízkosti či v domě pacienta (BIELAKOVÁ, 2015), (SCHULER, 2010).

### **6.3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PÁDŮ**

Některé pády jsou způsobeny jedinou příčinou, ale většina je zapříčiněna souhrou vnitřních a vnějších faktorů. Pravidlem je, čím více rizikových faktorů je u jedince přítomno, tím hrozí vyšší riziko pádu. Jedinci, kteří nemají žádné rizikové faktory, mají 8 % riziko pádu. Mezi seniory může procento narůst až na 78 %, pokud mají více než čtyři rizikové faktory. Existují dva typy rizikových faktorů a to jsou vnější rizikové faktory, to je 25–30 % případů a vnitřní rizikové faktory, 70–75 % případů. Vnější rizikové faktory způsobují mechanické pády. Nejčastěji je to způsobeno uklouznutím ve vaně, zakopnutím o práh nebo při chůzi po schodech. Některé pády jsou zapříčiněny nebezpečnou aktivitou. Drtivá většina pádu se uskuteční v domácím prostředí při vykonávání běžných činností. Častým problémem je nevhodné vybavení domácnosti. 50 % případů se stává v koupelně, jde o nejrizikovější místo zapříčiňující pád. Vnitřní rizikové faktory zapříčiňují symptomatické pády, je to důsledek somatického onemocnění nebo užívání rizikových léků například diuretika či psychofarmaka. Tyto léky způsobují takzvané iatrogenní podmíněné pády. Podle dostupných studií je zapříčiněn pád poruchou chůze 25-50 %, důsledkem akutní nemoci 10-20 %, nežádoucím účinkem léků neboli iatrogenně je 10-20 % (BIELAKOVÁ, 2015), (SCHULER, 2010).

### **6.3.3 PREVENCE PÁDŮ**

Prevence pádu musí být komplexní léčebná a preventivní opatření. Vyžaduje spolupráci celého zdravotnického týmu (všeobecné sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci v čele s geriatrem), který koordinuje práci veškerého personálu. V domácím prostředí je důležité využití všech dostupných možností a velká spolupráce rodiny. Již samotný věk je hlavním rizikovým faktorem, dále také kognitivní deficit, porucha chůze a rovnováhy, pády v posledním půlroce a užívání rizikové farmakoterapie, například hypnotika, vazodilatancia, hypertenziva, psychofarmaka a okolí, ve kterém se pacient vyskytuje. Důležitá opatření jsou pomůcky při chůzi (chodítka, hole a mechanické vozíky), přiměřená fyzická aktivita, vhodná rehabilitace, edukace o nouzovém signalizačním zařízení a zajištění jeho dostupnosti, bezbariérové a bezpečné prostředí (odstranění překážek v domácím prostředí), zajištění hydratace atd. (BIELAKOVÁ, 2015), (SCHULER, 2010).

## 7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O GERIATRICKÉHO PACIENTA S BÉRCOVÝMI VŘEDY

*Ošetřovatelský proces je systematický, problémy řešící a problémům předcházející přístup k ošetřovatelství, který akceptuje práva pacienta na individuální péči a podle možností účast na péči, včetně rozhodování (SYSEL a kol., 2011, str. 22).*

Ošetřovatelský proces byl vypracován u pacientky s cirkulárním bércovým vředem na Geriatrické klinice VFN a 1. LF UK. Informace byly získány z lékařské dokumentace, ošetřovatelské dokumentace, od zdravotnického personálu, rodinných příslušníků, pacientky a pozorováním. Na základě získaných informací, poznatků a podle zjištěných ošetřovatelských problémů, byl zpracován ošetřovatelský proces a následně stanoveny a vypracovány diagnózy podle Taxonomie II NANDA International 2012-2014. Pacientka byla sledována v období od 3.11.2015-7.12.2015. Jsou zde uváděny pouze iniciály pacientky, kvůli ochraně osobních údajů a nejsou zde uvedeny informace, jako je rodné číslo či přesná adresa bydliště. Ošetřovatelský proces byl vypracován podle vzoru Marjory Gordon dle 13-koncepčních modelů.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: XY	Pohlaví: žena
Datum narození: 15.07.1927	Věk: 89 let
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: Praha	
Rodné číslo: 280000/0000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: důchodkyně
Stav: vdova	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 3.11.2015	Typ přijetí: překlad
Oddělení: Geriatrická klinika	Ošetřující lékař: MUDr. XX

### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Jsem zde na Geriatrické klinice, aby mi doléčili ránu na noze a abych rehabilitovala. Přeju si, aby se mi vyléčila ta noha a chtěla bych lépe chodit, bez doprovodu.“

### Průběh hospitalizace na 1. Chirurgické klinice:

Perioperační i pooperační průběh příznivý, bez vážnějších komplikací. Dle dermatologického konsilia pacientka denně převazována, lokální stav končetiny zlepšen,

celkové příznaky zánětu ustoupily, drény odstraněny, hlavní obtíží pacientky jsou bolesti způsobené defekty. Vedlejší obtíže jsou chronické bolesti zad. Bylo započato s rehabilitací. Domluven překlád k doléčení na Geriatrickou kliniku. Při překládu nemocná v celkově uspokojivém stavu. Za převzetí pacientky děkujeme.

**Medicínská diagnóza hlavní:**

L031 Phlegmona pedis  
I830 Ulcus cruris

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

I831 Žilní městky dolních končetin se zánětem

**Hodnoty zjištěné při příjmu ze dne: 3.11.2015**

Krevní tlak (TK): 128/76 mmHg

Pulz (P): 66/ min

Dechová frekvence (D): 17/ min

Tělesná teplota (TT): 36,6°C

Stav vědomí: při vědomí, bdělý

Řeč, jazyk: český

Výška: 166 cm

Hmotnost: 65 kg

BMI: 23,95 v normě

Pohyblivost: pacientka se sama posadí, přesedne si na pokojové WC a chodí pouze se fyzioterapeutkou v opěrném chodítku

Orientace místem, časem, osobou: pacientka je orientovaná ve všech oblastech

Krevní skupina: A+

**Nynější onemocnění:**

Pacientka přijata pro defekt v oblasti distálního Bérce a silné bolesti v oblasti planty a paty vlevo. Dle RTG susp. Osteomyelitida v oblasti V. MMT. 21.10.2015. Provedena incize flegmony bérce LDK. Pooperační období bez, komplikací, celkové příznaky zánětu ustoupily. K nám na Geriatrickou kliniku přijata na doléčení.

**Informační zdroje:**

Informace byly získány z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, od pacientky a rodinných příslušníků.



# ANAMNÉZA

## Rodinná anamnéza

Matka: zemřela stářím  
Ocet: zemřel v 79 letech na infarkt myokardu  
Sourozenci: nemá  
Děti: 2, syn i dcera jsou zdraví

## Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění: překonala karcinom prsu ve 45 letech, chronická  
bolest  
Hospitalizace a operace: operace pravého kolena  
Úrazy: neguje  
Transfúze: neguje  
Očkování: absolvovala běžná dětská povinná očkování, očkování proti tetanu v roce  
2008

## Léková anamnéza

Letrox 50 ug tbl nalačno 1/2-0-0  
Detralex 500 mg tbl 1-0-1  
Enterol 250 mg cps 1-0-1  
Rodina jí kupovala Wobenzim  
APO-Ibuprofen 400 mg tbl 0-1-0

## Alergická anamnéza

Léky: neguje  
Potraviny: na tresku  
Chemické látky: neguje  
Jiné: na peří

## Abúzy

Alkohol: příležitostně  
Kouření: celoživotní nekuřák  
Káva: ano, každé ráno  
Léky: neguje  
Jiné návykové látky: neguje  
Jiné: neguje

### **Gynekologická anamnéza**

Menarché: od 15 let  
Cyklus: pravidelný  
Trvání: nepamatuje si  
Intenzita, bolesti: 0  
Poslední menstruace: v roce 1962  
Porody: 2 fyziologické  
Umělé přerušování těhotenství: 0  
Antikoncepce: pacientka žádnou nežívala  
Menopauza: v roce 1962  
Samovyšetření prsou: ne  
Poslední gynekologická prohlídka: 5.5.2009

### **Sociální anamnéza**

Stav: vdova  
Bytové podmínky: žije se synem v činžovním domě v prvním poschodí  
Vztahy, role a interakce: se synem, kterým bydlí má dobré vztahy, dcera jí navštěvuje s rodinou a mají také dobré vztahy  
Záliby: četba knih, v mládí chodila ráda na výlety a plavala  
Volnočasové aktivity: ráda sleduje televizi, čte detektivky, luští křížovky a dříve chodila na procházky

### **Pracovní anamnéza**

Vzdělání: středoškolské vzdělání ukončené maturitou  
Pracovní zařazení: sekretářka ve státní firmě  
Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:  
Vztahy na pracovišti:  
Ekonomické podmínky: vyhovující, žije se synem v domácnosti, syn má dobrou práci

### **Spirituální anamnéza**

Religiózní praktiky: pacientka vyznává křesťanství, každou neděli chodila se synem do kostela na mši svatou

## FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 3.11.2015

**Hlava** – mezocefalická, pokleповě nebolestivá, bez deformit, bez zevního traumatu

**Oči** – bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, zornice izokorické, reagují, spojivky bledé

**Uši, nos** – uši bez patologické sekrece, nedoslýchavá, nos průchodný bez deformit

**Rty** – růžové, souměrné, nejeví známky vysušení

**Dásně, sliznice dutiny ústní** – sliznice nejeví známky patologie ani zánětu, dásně i sliznice dutiny ústní jsou růžové, vlhké

**Jazyk** – plazí se ve střední čáře, vlhký, růžový, nepovleklý

**Tonzily** – nehmatné

**Chrup** – sanován, horní i dolní snímatelné zubní protézy

**Krk** – je souměrný, karotidy bez šelestů, štítná žláza nezvětšená, krční žíly nenaplněny, šíje nevázne

**Hrudník** – fyziologické konfigurace, hrudník bez viditelných deformit

**Prsa** – bez patologických změn

**Plíce** – dýchací pohyby symetrické, dýchání spontánní, poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové v celém rozsahu, SpO<sub>2</sub> 97% bez O<sub>2</sub>, bez poslechových fenoménů a expektorace, dechů 17/min

**Srdce** – srdce pokleповě nezvětšeno, akce klidná, pravidelná, 2 ozvy ohraničené bez šelestů, TK – 128/76 mmHg, P – 66/min

**Břicho** – bez patologických změn, nebolestivé, měkké, peristaltika přiměřená, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence

**Játra, slezina** – nepřesahují oblouk žeberní

**Genitál** – bez patologických změn

**Uzliny** – nehmatné, nebolestivé

**Páteř** – bez patologických změn, ve fyziologickém postavení, pokleповě nebolestivá

**Klouby HK** – konfigurace kloubů bez patologie, rozsah pohybu v kloubech aktivní i pasivní, odpovídá věku,

**DK** – klouby kolenní artrotické konfigurace, beze změn měkkých tkání v okolí kloubů, hybnost v kloubech odpovídá věku

**Svaly HK** – svalová síla symetrická

**DK** – svalová síla symetrická

**Reflexy** – zachovány

**Čítí** – zachováno, odpovídá věku

**Periferní pulzace** – pulzace až do periferie hmatná

**Varixy** – nejsou

**Kůže** – na LDK převaz defektu, bér cového vředu

**Otoky LDK** – otok až ke kolenu

**PDK** – bez otoků

**Mobilita a soběstačnost** – částečně pohyblivá, sama se posadí, udrží sed, částečně soběstačná (kolem lůžka)

**Kontinence** – kontinentní

# UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II POSOUZENÍ ZE DNE 4.11.2015

Tabulka 1: utřídění informací dle domén I Nanda Taxonomie II 2012-2014

<p><b>1. Podpora zdraví</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvědomování si zdraví</li> <li>• Management zdraví</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Cítím se celkem dobře na svůj věk, jen mě trápí ta noha a to, že nemůžu být doma se synem. Už jsem v nemocnicích příliš dlouho. Ještě bych si moc přála, aby mi přestali bolet.“</p> <p><b>O:</b> „Pacientka si uvědomuje svůj pokročilý věk. Trápí jí bolesti a nehojící se defekt na noze. Přála by si jít domů, je v nemocnici dlouhou dobu.“</p> <p><b>D:</b> „Syn uvádí, že pacientka je v nemocnici smutná. Přinesl ji televizi, myslí si, že jí to rozveselí. Doma ráda sledovala různé pořady, luštila křížovky a byla aktivní v zjišťování zpráv o okolním světě.“</p> <p><b>H:</b> Pacientka je smutná, že musí být v nemocnici, jinak je smířená s dlouhodobou léčbou defektu. Od té doby, co jí syn přinesl televizi, má lepší náladu a působí vyrovnaně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: není</b></p>
<p><b>2. Výživa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem potravy</li> <li>• Trávení</li> <li>• Vstřebávání</li> <li>• Metabolizmus</li> <li>• Hydratace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Doma jsem se snažila jíst zdravě a vyváženě. Syn nakupoval hodně ovoce. Vypiju denně tak 1-1,5 litrů tekutin. Každé ráno vypiju hrnek kávy. Syn s dcerou mi nosí pitíčka s Aloe Vera, mám to moc ráda.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka má dietu 3G – racionální geriatrická dieta. Má velkou chuť k jídlu. BMI je 23,95 v normě. Přidán 1x denně sippig, Cubitan per os a dále má 3x denně Protifar odměrku do čaje. Cubitan a Protifar napomáhají hojení defektů jako je například bércový vřed. Není omezena ve stravě kulturními zvyky. Sondu ani PEG nemá. Přijímá stravu per os.</p> <p><b>D:</b> Syn: „Doma jedla všechno. Většinou jsme se ve vaření střídali. Snažil jsem se, aby měla pestrou stravu. Nakupoval jsem zeleninu, ovoce, bílkoviny apod.“</p>

	<p><b>H:</b> Většinou sní celou porci. Stravuje se 3x denně dle harmonogramu oddělení. Pacientka se stravuje na lůžku v sedě, dopomoc personálu nepotřebuje. Tekutiny si hlídá, pije dostatečně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Výživový ani pitný ošetrovatelský problém není, pacientka má doplněk stravy, kterým se jí dodává bílkovina v podobě sippinku (Cubitan) a Protifaru, kvůli špatně se hojícímu defektu.</p> <p><b>Priorita:</b> není</p>
<p><b>3. Vylučování a výměna</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkce močového systému</li> <li>• Funkce gastrointestinálního systému</li> <li>• Funkce kožního systému</li> <li>• Funkce dýchacího systému</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Doma jsem chodila močit dobře, nemám problém s inkontinencí, ale raději používám vložky, kdyby náhodou. Chtěla bych už vyndat tu hadičku z močového měchýře. Není mi příjemná Na stolici chodím pravidelně 1x za den občas 1x za dva dny. Dýchá se mi dobře. Problémy s dýcháním jsem nikdy neměla. Ekzém, vyrážku ani modřinu nemám, mám velký defekt na levé noze.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka má na levém bérce rozsáhlý, plošný cirkulární defekt od kotníku do pŕlky bérce. Na dorzu levé nohy defekt cca 10x5cm s nekrotickou spodinou je povleklý. Dýchání čisté, bez expektorace. Má zaveden PMK číslo 16, odvádí čirou moč, bez příměsí a bez známek infekce. Vymočí 1900 ml za den. Ráno stolice hnědá, bez příměsí. Pacientka se vyprazdňuje pravidelně na pokojovém WC, přisedá sama bez pomoci.</p> <p><b>D:</b> Syn uvádí, že maminka neměla nikdy potíže s močením ani s vyprazdňováním stolice. Raději používá vložky, ale jen pro svůj klid. Dýchací problémy nezaznamenal. Velký defekt na levé noze má už dlouho.</p> <p><b>H:</b> : Ráno byla pacientka na stolici. Problémy se zácpou nemá. Moč odchází spontánně do močového sáčku, bez známek infekce a příměsí. Pálení či řezání nepocit'uje. Dýchání v pořádku, obtíže neguje. Převas defektů se dělá 1x denně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Rozsáhlý defekt na LVK a na dorzu. PMK zaveden 2.11., počet dnů 2.</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>4. Aktivita – odpočinek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spánek, odpočinek</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Spím skvěle. Jakmile usnu, spím bez probuzení do rána.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivita, cvičení</li> <li>• Rovnováha energie</li> <li>• Kardiovaskulární-pulmonální reakce</li> <li>• Sebepéče</li> </ul>	<p>Ráno vstávám brzy, ale ve dne nejsem unavená. Dnes už jsem lehce rehabilitovala s fyzioterapeutkou. Péči o sama sebe zvládnou kolem lůžku. Ráno se sama umyji v lůžku u umyvadla, které mi sestřičky připraví. Na pokojové WC si přisednu.“</p> <p><b>O:</b> Podle předávání služby noční sestrou, pacientka dnes spala klidně celou noc. Během dne byla odvezena na aktivizační skupinku, kterou vede aktivizující sestra o patro níže. Fyzioterapeutka zahájila rehabilitační proces, nejdříve v lůžku a poté stoj v chodítku. Dopomoc ošetrovatelského personálu přiměřená. Pacientka je částečně soběstačná.</p> <p><b>D:</b> Doma spala velmi klidně, žádné léky na spaní brát nemusela. Postarala se o sebe a syn jí dopomáhal.</p> <p><b>H:</b> Pacientka spí v nemocnici dobře, nemá se spánkem žádné problémy, hypnotika neužívá. Péči o sebe sama zvládá přiměřeně, je třeba drobná dopomoc personálem. S personálem se snaží spolupracovat.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: není</b></p>
<p><b>5. Percepce/kognice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pozornost</li> <li>• Orientace</li> <li>• Kognice</li> <li>• Komunikace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Myslím si, že pozornost mám stále dobrou. Snažím se mozek procvičovat čtením a luštěním křížovek.“</p> <p><b>O:</b> S pacientkou se velmi dobře komunikuje a spolupracuje. Je velmi zvědavá, chytrá a zábavná. Personál s ní zažívá legraci. Orientována místem, časem i osobou.</p> <p><b>D:</b> Syn: „Maminka měla doma vše v merku. Všechno musela vědět a mít pod dozorem. Luštila hodně křížovky a četla zpravodajské noviny, aby měla přehled. Díky jejímu přehledu jsem si s ní popovídal o čemkoliv.“</p> <p><b>H:</b> Pacientka má MMSE 22 bodů (příloha B). Bohužel špatně slyší, je třeba mluvit hlasitě a dobře artikulovat. Je velmi znalá. Komunikace je plynulá, odpovídá zřetelně a srozumitelně.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: není</b></p>
<p><b>6. Sebepercepcie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebepojetí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Osaměle se necítím, chodí za mnou dcera se synem. Mám</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sebeúcta</li> <li>• Obraz těla</li> </ul>	<p>je moc ráda. Hezky se o mě starají. Přála bych si, aby se mi uzdravila ta noha a já mohla jít domů. Už jsme v nemocnici příliš dlouho.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka působí vyrovnaně. Je trochu smutná, že nemůže jít domů. Má radost, jak jí rodina navštěvuje. Vždy se na personál usmívá a mluví vlídně.</p> <p><b>D:</b> Nelze zcela hodnotit.</p> <p><b>H:</b> Stále doufá, že se jí defekt na noze zahojí a bude moc jít domů. Ze stýskání po domově jí rozveselila canisterapie s vycvičeným psem.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: není</b></p>
<p><b>7. Vztahy mezi rolemi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Role pečovatelů</li> <li>• Rodinné vztahy</li> <li>• Plnění rolí</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Jsem babička, matka a kamarádka. Manžel mi bohužel zemřel, ale mám velkou rodinu, která mě vždy držela nad vodou. Mám skvělého syna, který se o mě stará a skvělou dceru, která se snaží být mi nablízku. Mám úžasná vnoučata, která mě vždy potěší. Naše rodina má přátelské a láskyplné vztahy.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka miluje svou rodinu a ta jí to oplácí.</p> <p><b>D:</b> Syn s dcerou: „Maminka se o nás vždy starala nejlépe, jak dovedla. Snažila se nám pomáhat. Je skvělá maminka a babička. Vnoučata se za ní vždy těší.“</p> <p><b>H:</b> Syn za maminkou chodí, jak nejvíce dokáže. Vždy jí přinese květinu nebo něco dobrého. Dcera jí pere osobní prádlo, aby se v nemocnici cítila co nejlépe. Pacientce se stýská po vnoučatech, rodiče je nechtějí do nemocnice často brát, kvůli negativnímu vlivu na ně. Snaží se si brát pacientku někdy domů, aby si vnoučata babičku užili.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém: 0</b></p> <p><b>Priorita: není</b></p>
<p><b>8. Sexualita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuální funkce</li> <li>• Reprodukce</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Porodila jsem dvě krásné a úžasné děti. Neměla jsem žádné komplikace ani u jednoho porodu. Všechno šlo spontánně.“</p>



	<p>Potrat jsem nezažila nikdy.“</p> <p><b>O:</b> Nelze hodnotit.</p> <p><b>D:</b> Nelze hodnotit.</p> <p><b>H:</b> Nelze hodnotit.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> není</p>
<p><b>9. Zvládání/tolerance zátěže</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatické reakce</li> <li>• Reakce na zvládání zátěže</li> <li>• Neurobehaviorální stres</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Jste tu na mně všichni hodní a věnujete mi tolik péče. Ránu se mi snažíte převazovat velmi šetrně, ale přesto to bolí. Bojím se, že se rána už nikdy nezahojí. Přes veškerou péči a vlídné slova, která mi věnujete, bych chtěla už domů. Necítím se tu pod stresem, ale doma je doma.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka je velmi milá a spolupracující. Na nemocniční prostředí a stres s ním spojený reaguje dobře.</p> <p><b>D:</b> Doma reagovala na stres vždy dobře.</p> <p><b>H:</b> Viz objektivní hodnocení.</p> <p><b>Ošetřovatelský problém:</b> Strach z nehojící se rány.</p> <p><b>Priorita:</b> středí</p>
<p><b>10. Životní principy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodnoty</li> <li>• Přesvědčení</li> <li>• Soulad hodnot/přesvědčení/jednání</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Na prvním místě je pro mě rodina. Nikdy mě nenechá na holičkách. Vždy se o mě postarali a pomohli mi. Jsem křesťanka a věřím v Boha. Věřím, že každý z nás má svého strážného anděla, který nad ním střeží. Se synem jsme chodívali každou neděli na mši svatou. Tady mi to trochu chybí, ale občas se pomodlím pro sebe a je mi dobře.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka hodně mluví o své rodině. Je křesťanka a někdy o své víře vypráví, ale jsou to velmi příjemné rozhovory. Nikomu svou víru a přesvědčení nevnucuje. Žebříček hodnot uspořádala okamžitě po položení otázky.</p> <p><b>D:</b> „ Chodívali jsme společně každou neděli do kostela.“ -&gt; uvádí syn</p> <p><b>H:</b> Duchovní strádání nepocítuje. Modlí se sama v tichosti.</p>

	<p>Pastorační péči nevyžaduje.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> není</p>
<p><b>11. Bezpečnost – ochrana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekce</li> <li>• Fyzické poškození</li> <li>• Násilí</li> <li>• Environmentální rizika</li> <li>• Obranné procesy</li> <li>• Termoregulace</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „V nemocnicích je tolik nemocných pacientů, že nakazit se můžete velmi snadno. Určitě jste si toho sama vědoma, když pracujete v takovémto prostředí. Ránu mi převazujete určitě dobře, proto nemám strach, že bych zde chytla nějakou infekci, ale vím, že takové riziko existuje.“</p> <p><b>O:</b> Defekt je potenciální vstup pro infekci. Převaz rány je proto prováděn za přísně aseptických podmínek. Všichni zdravotničtí pracovníci používají ochranné pomůcky při ošetřování rány (rukavice, rouška). Obvazové materiály jsou sterilně zabaleny v neporušených obalech. Všechny použité materiály jsou likvidovány jako infekční odpad. Tělesná teplota pacientky je 36,6 °C</p> <p><b>D:</b> Rodina uvádí, že pacientka doma nikdy nespadla. Pohybovala se po bytě pomocí pevného chodítka.</p> <p><b>H:</b> Viz objektivní hodnocení. Hrozící riziko infekce. Zamezeno aseptickým postupem při převazu rány.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> Riziko vstupu infekce.</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>12. Komfort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tělesný komfort</li> <li>• Komfort prostředí</li> <li>• Sociální komfort</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „V rámci možností se tu cítím dobře. Všechen personál doktoři, sestřičky, sanitáři a fyzioterapeutka jsou moc příjemní a ochotní. Postel by mohla být trošku modernější a mohla by tu být lepší matrace, ale asi na to nejsou peníze.“</p> <p><b>O:</b> Pacientka při převazu má mimické projevy bolesti. Vždy před převazem je tišena analgetiky. O hodnotící škále bolesti je edukovaná. Pro zpříjemnění prostředí jí rodina donesla televizi a personál jí poskytl knihy. Pacientka je dostatečně poučena sestrou o ovládání postele a signalizačního zařízení.</p> <p><b>D:</b> „Doma to měla maminka vždy velmi pěkně uklizené. Měla ráda doplňky a výzdobu. Vždy se starala, abychom se doma cítili útulně.“ -&gt; uvádí syn</p>

	<p><b>H:</b> U pacientky je nutno častěji měnit ložní prádlo, kvůli znečištění sekretem z defektu. Během dne se jí zdravotnický personál ptá na stupeň bolesti a zaznamenává se do dokumentace. Na bolest se reaguje podáním analgetik dle ordinace lékaře a opětovným zápisem do dokumentace.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> bolest</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>
<p><b>13. Růst/vývoj</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Růst</li> <li>• Vývoj</li> </ul>	<p><b>Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:</b></p> <p><b>S:</b> „Můj porod proběhl v pořádku bez komplikací. V dětství jsem prodělala běžná dětská onemocnění. Trpěla jsem na časté angíny.“</p> <p><b>O:</b> Nelze posoudit.</p> <p><b>D:</b> Nelze posoudit.</p> <p><b>H:</b> Nelze posoudit.</p> <p><b>Ošetrovatelský problém:</b> 0</p> <p><b>Priorita:</b> není</p>

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 4.11.2015

### Ordinovaná vyšetření:

CRP, KO, QUICK, ionty, RTG hrudníku, RTG levé nohy, kontrolní vyšetření chirurgem

### Výsledky:

CRP (zánětlivé parametry) – v normě

KO (krevní obraz) - mírně snížené erytrocyty, jinak vše v normě

QUICK (koagulační vyšetření krve) - v normě

Ionty: v normě

RTG hrudníku: kontury bránice jsou hladké, KF úhly jsou ostré, pleurální lišta vlevo laterálně v dolním poli, stará fraktura žeber vpravo, plíce jsou bez ložiskových změn, s přiměřenou vaskulární kresbou, hily jsou přiměřené, horní mediastinum bez dilatace, srdeční stín doleva rozšířen

RTG levé nohy: patry jsou neostře ohraničené okraje v oblasti tuberositas MTT V s drobným projasněním susp. Osteomyelitis, ostatní zachycený skelet bez zjevných známek zánětu, bez čerstvých traumatických změn, postavení v zachycených kloubech je správné

Kontrolní vyšetření chirurgem:

Subjektivní: bolesti levého bérce

Objektivní: pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná, eupnoická, orientovaná, afebrilní, na levém bérce rozsáhlý plošný defekt od kotníku do půlky bérce cirkulárně, s drobnými nekrózami, na dorzu levé nohy defekt cca 10x5 cm s nekrotickou spodinou, povlak, mezi oběma defekty macerovaná kůže, proti minulému nálezu bez progresu

### Konzervativní léčba:

Dieta: 3G – racionální geriatrická

Výživa: Cubitan per os 1x denně dopoledne, Protifar 3x denně odměrka do pití

Pohybový režim: rehabilitace, nácvik chůze

RHB: aktivizace zdravotnickým personálem během dne, nácvik chůze s fyzioterapeutkou v opěrném chodítku

### Medikamentózní léčba:

Novalgin 500 mg tbl 1-1-0

Protifar 2,5 g odměrka do jídla 2-2-2

Frontin 0,25 mg tbl 1-0-0

Letrox 50 ug tbl nalačno 1/2-0-0

Detralex 500 mg tbl 1-0-1

Enterol 250 mg cps 1-0-1

Furon 40 mg tbl 0-1-0

Verospiron 25 mg tbl 0-1-0  
APO-Atorvastatin 20 mg tbl 00-1

### **Chirurgická léčba, výkon:**

Angiografie těchto cévních oblastí: viscerální oblast  
pánevní oblast dx  
pánevní oblast sin  
infrainguinální oblast sin  
infrapopliteální oblast sin

Popis katetrizace:

Pacientka byla převzata sestrou na katetrizační sál v 9:00. Před vyšetřením byl TK: 130/90 mmHg. Pro nemožnost extenze v kyčlích se angiografie provedla cestou arterie brachialis v levé kubitě. Bylo podáno 100 ml kontrastní látky. TK: 118/84 mmHg po vyšetření. Na místo vpichu byla zafixována komprese, která se má ponechat do 15:00. Čas odjezdu pacientky z katetrizačního sálu byl 11:05.

Výsledky:

Noha je dobře plněna. Podíl ischemie na etiologii defektu je nevelká. Další postup konzervativní.

## SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 4.11.2015

Pacientka ve věku 89 let, plánovaně přijata dne 3.11.2015 ve 12:10 na Geriatrickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice ve stabilizovaném stavu jako překlad z I. Chirurgické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice pro doléčení ulcus cruris a rehabilitační péči. Na I. Chirurgické klinice Všeobecné fakultní nemocnice byla dne 21.10.2015 provedena incize flegmóny bérce.

Pacientka je na nyní na Geriatrické klinice 1. den ve stabilizovaném stavu. Dne 2.11. byl zaveden permanentní močový katétr číslo 16., odvádí čistou moč, bez příměsí bez známek infekce, vymočí 1900 ml za den. TK: 125/83 mmHg, P: 86/min, TT: 36,6°C. Pacientka je klidná, spolupracující, orientovaná místem, časem osobou MMSE: bodů (viz příloha).

Dnes proveden převaz defektů na LDK. Před převazem (30 minut), aplikován Tramal 100 mg, 2 ml s.c. Sundávání starého obvazového materiálu se provádí ve sprše, aby se materiál odmočil. Je to šetrnější a nejméně bolestivé. Defekt se osprchuje vlažnou vodou. Na sterilní čtverce se nanese DebriEcaSan nebo Prontosan a na defekty se udělají cca 15minutové obklady. Okolí rány se ošetří Menalindovou nebo Zinkovou pastou a celé končetina je vhodná promazat borovou vazelínou. Na defekt se aplikuje Višněvského balzám. Dle ordinace lékaře se převaz bude provádět 1x denně. Lékař kontroluje stav defektů, jejich sekreci a zápach.

Pacientka se v lůžku polohuje sama. Pacientka je edukována o lepším hojení ran, pokud končetiny jsou vypodkládány, aby ustupoval otok. Pacientka si stěžuje na bolest zad, proto raději většinu dne v lůžku sedí nohama dolů. Během dne ji zdravotnický personál aktivizuje v lůžku.

Hodnoceno riziko vzniku dekubitů: 24 bodů – nízké riziko vzniku dekubitů (příloha C), Barthelové test základních denních činností: 70 bodů – lehký stupeň závislosti (příloha D). Hodnocení rizika pádu: 10 bodů- vzniká riziko pádu (příloha E).

# **STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT ZE DNE**

**4.11.2015**

1. Akutní bolest (00132)
2. Narušená integrita tkáně (00044)
3. Zhoršené vylučování moči (00016)
4. Snaha zlepšit vylučování moči (00166)
5. Riziko infekce (00004)
6. Chronická bolest (00133)
7. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
8. Strach (00148)
9. Zhoršený komfort (00214)
10. Snaha zlepšit komfort (00183)
11. Snaha zlepšit sebeděči (00182)

# ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

## Akutní bolest

**Název + kód:** Akutní bolest (00133)

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního 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 očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

### Určující znaky:

Kódový/číselný záznam (např. použití stupnice bolesti)  
Expresivní chování (např. vzdechy)  
Výraz obličeje (např. ztráta lesku v očích, grimasa)  
Vyhledávání antalgické polohy  
Bolest

### Související faktory:

Původci zranění (fyzikální)

**Rizikové faktory:** Žádné

### Cíl:

**Dlouhodobý:** Pacientka se zbaví bolesti, v co nejkratší době to bude možné, 4 měsíce.

**Krátkodobý:** Pacientce se zmírní bolest do 12 dnů o jeden stupeň na hodnotící škále bolesti.

**Priorita:** Vysoká

### Očekávané výsledky:

- Pacientka spolupracuje při stanovení její bolesti na hodnotící škále (1-10).
- Pacientka uvádí 3x denně stupeň bolesti po dobu hospitalizace.
- Pacientka umí lokalizovat bolest do jednoho dne.
- Pacientka nejeví známky vedlejších účinků na podaná analgetika do 4 hodin po podání (např. nauzea, zvracení)
- Pacientka je poučena o úlevové poloze v případě bolesti.
- Pacientce se zmírňuje bolest do týdne o jeden stupeň na hodnotící škále.
- Analgetika budou podávána podle přesného rozpisu lékaře



### **Plán intervencí:**

- Proved' důkladné posouzení bolesti, její lokalizaci, charakter, zhoršující se faktory včetně se stupněm bolesti a zapiš to do hodnotící tabulky od 0 do 10 ihned – všeobecná sestra
- Pravidelně kontroluj verbální i neverbální projevy pacienta (např. změnu chování, mimiku, postoj těla) po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Ptej se pacientky minimálně 2x denně na stupeň bolesti – všeobecná sestra
- Zjištěné informace řádně zapiš do tabulky (např. lokalizace, stupeň, charakter bolesti) - všeobecná sestra
- Podej pacientce analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- Řádně zapiš do dokumentace název léku, hodnotu léku a čas podání – všeobecná sestra
- Zhodnoť účinek/efekt podaného léku za jednu hodinu po podání – všeobecná sestra
- Zeptej se pacientky, zda se jí po analgetiku ulevilo a na stupeň momentální bolesti - všeobecná sestra
- Sleduj, zda se u pacientky neprojeví nežádoucí účinky léků po dobu hospitalizace - všeobecná sestra
- Šetrně manipuluj s tělem pacientky a nepospíchej – všeobecná sestra, ošetrovatelský personál
- Doporuč pacientce úlevové polohy a nauč jí, jak se do nich dostane – všeobecná sestra, fyzioterapeut
- V rámci možností zajisti pacientce klid po dobu hospitalizace – všeobecná sestra
- Pečuj o pohodlí pacientky, které je nedílnou součástí nefarmakologické léčby po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

### **Realizace:**

Dne 4.11.2015 pacientku probouzíme v 6:45 a přinášíme jí umyvadlo s teplou vodou. Pacientka zvládne hygienu samostatně, vyžaduje dopomoc při mytí zad. V 7:35 je pacientce podána snídaně. V 7:45 dostává svou nastavenou chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-1-1. 8:20 pacientku seznamujeme s numerickou škálou bolesti a pravidelně během dne se jí ptáme na stupeň bolesti a zapisujeme do dokumentace (2-3x denně). Na stupnici 0-10 uvádí bolest LVD číslem pět. Řádně jsme vše zapsali do dokumentace. Pacientka neprojevuje žádné nežádoucí účinky. V 9:00 aplikujeme pacientce před převazem Tralgit 100mg 2ml s.c. jako prevenci bolesti, vše jsme zapsali do dokumentace. V 9:30 provádíme převaz. Převaz je prováděn za přísných aseptických podmínek a je přítomen lékař. Pacientka si během převazu na bolest nestěžuje. Vše je zapsáno do dokumentace. Fyzioterapeutka přichází k pacientce v 10:40 a nacvičují chůzi po pokoji v chodítku. Dále ji fyzioterapeutka ukázala úlevové polohy při bolesti. Ošetrovatelský personál je edukován o šetrném zacházení s pacientkou při manipulaci. V 11:30 podán oběd a pacientka dostává v 11:45 svou

chronickou medikaci proti bolesti Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-1-1. Během dne je pacientka milá a usměvavá, je v dobré náladě. Odpoledne má návštěvu syna. V 16:44 dostává večeři a v 17:20 jí podáváme večerní chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-1-1. Pacientky se ptáme na stupeň bolesti, uvádí číslo pět. Stupeň bolesti řádně zapisujeme do dokumentace. V 18:20 kontrolujeme stupeň bolesti a pacientka uvádí úlevu, stupeň bolesti je nyní na stupnici 0-10 číslo 3. Opět jsme to řádně zapsali do dokumentace.

Dne 9.11.2015 má pacientka naordinován Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-0-1 dle ordinace lékaře. Před podáním chronické medikace si pacientka stěžuje na intenzitu bolesti na numerologické škále bolesti číslo čtyři. Bolest určuje v oblasti LDK na bérce. V 7:50 jí podáváme nastavenou chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-0-1. V 8:50 zjišťujeme, zda se pacientce ulevilo, sděluje nám, že se jí ulevilo, intenzita bolesti není už taková, stupeň bolesti určuje číslem 3. Vše jsme řádně zapsali do dokumentace. V 9:00 aplikujeme pacientce Tralgit 100mg 2ml s.c a po půl hodině provádíme převaz. Při převazu si pacientka na bolest nestěžuje. Mimické projevy bolesti nemá, velmi dobře komunikuje a spolupracuje. Odpoledne rehabilituje s fyzioterapeutkou. Polohuje se do úlevových poloh. Večer v 17:35 podán Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-0-1. Spala klidně, bolesti v noci neměla.

Dne 14.11.2015 má pacientka jako chronickou medikaci Novalgin 500mg 1 tbl per os už jen jedenkrát denně a v případě potřeby v intervalech osmi hodinách. Před snídaní pacientka uvádí bolest číslo 3. Hodinu po podání chronické medikace v 8:45 uvádí bolest číslo 2. V 15:00 uvádí bolest číslo 3 a lokalizuje LDK v oblasti bérce. Dle ordinace jsme podali Novalgin 500mg 1 tbl. Vše jsme řádně zapsali do dokumentace. V 16:00 jsme bolest zhodnotili a pacientka už neuváděla žádnou bolest. Cítila se dobře, komunikovala a spolupracovala dobře. Mimické ani jiné projevy bolesti neměla.

### **Hodnocení:**

Hodnocení 14.11.2015 ukázalo, že krátkodobý cíl byl splněn. Pacientce se bolest zmírnila za 12 dnů z čísla pět na číslo tři až čtyři. Pacientka se cítí dobře. Analgetika byla postupně snižována z dávky 3x denně na 1x denně plus v případě potřeby. V intervalech se stále pokračuje. Dlouhodobý cíl za mé přítomnosti na oddělení nesplněn.

## **Narušená integrita tkáně**

**Název+ kód:** Narušená integrita tkáně (00044)

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Fyzické poškození

**Definice:** Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

### **Určující znaky:**

Poškozená tkáň

Zničená tkáň

### **Související faktory:**

Změny oběhu

Zhoršená tělesná mobilita

Nedostatek znalostí

**Rizikové faktory:** Do narušené tkáně se dostane infekce.

### **Cíl:**

**Dlouhodobý:** Pacientce se zhojí bércový vřed do 9 měsíců.

**Krátkodobý:** U pacientky dojde k viditelným známkám hojení do 25 dní.

**Priorita:** Střední

### **Očekávané výsledky:**

- Pacientka se bude snažit držet defekt v čistotě a suchu
- Pacientka se bude snažit podkládat nohy a držet je vysoko kvůli otokům
- Pacientka má pestrou stravu po dobu hospitalizace
- Pacientka je seznámena o aseptickém přístupu k defektům po dobu hospitalizace
- Pacientka bude pít nutriční podporu po dobu hospitalizace
- Pacientka bude spolupracovat a popisovat veškeré pocity, které cítí v ráně
- Pacientka nebude pociťovat bolesti při převazu
- Pacientce se defekt hojí a neprosakuje

### **Plán intervencí:**

- Pouč pacientku o dodržování léčebného režimu – všeobecná sestra
- Pouč pacientku o nutnosti udržování defektu v suchu a čistotě – všeobecná sestra
- Pravidelně kontroluj krycí materiál, jestli defekt neprosakuje – všeobecná sestra
- Pravidelně kontroluj čistotu ložního prádla – ošetřovatelský personál
- Udržuj pacientku v suchu a čistotě – všeobecná sestra, ošetřovatelský personál
- Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře v dostatečném předstihu před převazem, aby převaz nebyl bolestivý – všeobecná sestra
- Před převazem si umyj a vydezinfikuj ruce – všeobecná sestra

- Použij polohovací pomůcky na podložení nohy při převazu, aby se pacientka cítila co nejpohodlněji a nohu neměla v křeči – všeobecná sestra
- Sleduj barvu a stav kůže v okolí defektu – všeobecná sestra
- Zaznamenávej barvu, množství a zápach sekrece z defektu do ošetrovatelské dokumentace  
– všeobecná sestra
- Při převazu používej ochranné pomůcky (např .rukavice, roušku, empír)
- Po celou dobu hospitalizace prováděj převazy za přísných aseptických podmínek  
– všeobecná sestra
- Vždy využívej pouze sterilní materiál pro převaz – všeobecná sestra
- Zlikviduj biologický odpad z rány do infekčního odpadu podle standardů oddělení – všeobecná sestra
- Během převazu sleduj pacientku, její mimické projevy a dotazuj se zda nepocítí uje bolest – všeobecná sestra
- Sleduj proces hojení ran a vše řádně zapisuj do ošetrovatelské dokumentace  
– všeobecná sestra
- Měř velikost defektu a vše řádně zapiš do ošetrovatelské dokumentace  
– všeobecná sestra
- Vždy řádně zapiš do ošetrovatelské dokumentace, který materiál byl při převazu použit – všeobecná sestra

### **Realizace:**

Dne 4.11.2015 pacientku probouzíme v 6:45 a přinášíme jí umyvadlo s teplou vodou. Pacientka zvládne hygienu zad sama, je třeba jen pomoci umýt záda. V 7:35 je pacientce podána snídaně. V 7:45 dostává svou nastavenou chronickou medikaci proto bolesti, Novalgin 500mg 1 tbl per os 1-1-1. Pacientka neprojevuje žádné nežádoucí účinky. V 9:00 aplikujeme pacientce před převazem Tralgit 100mg 2ml s.c. jako prevenci bolesti. V 9:30 odvážíme pacientku do sprchy a defekty levé dolní končetiny sprchujeme vlažnou vodou, kterou si pacientka sama určila, a postupně sundáváme krycí materiál. Na levém bérce je rozsáhlý plošný cirkulární defekt od kotníku do půlky bérce cca 21 cm s drobnými nekrózami. Na nártu neboli dorzu defekt cca 10x5 cm s nekrotickou spodinou. Bércové vředy jsou velmi povleklé (příloha F). Pacientku jsme po osprchování defektu odvezli zpět na lůžko a na defekty pokládáme obklady ze sterilních čtverců a DebriEcaSanu. Obklady ponecháváme 15 minut. Po uplynulé době obklady odstraňujeme a celou končetinu ošetříme Borovou vazelínou, kolem ran nanášíme Menalind pastu. Na sterilní čtverce naneseš Višněvského balzám a pokládáme na defekty. Další sací vrstvou jsou vliwazelly ty přikládáme na sterilní čtverce v místech defektů. Krycí materiál zafixujeme obvazovým materiálem. Biologický odpad jsme zlikvidovali do infekčních odpadů podle zvyklostí na oddělení. Celý převaz je prováděn za přísných aseptických podmínek a využívali jsme ochranné

pomůcky. Při převazu je přítomen lékař. Pacientka si během převazu na bolest nestěžuje. Vše jsme řádně zhodnotili a zapsali do ošetrovatelské dokumentace. V 10:30 pacientku edukujeme o polohování a vypodložení nohou do výšek a proč je to pro hojení ran důležité, také jí informujeme o procesu hojení bércových vředů. Dle ordinace lékaře se převazy budou provádět 1x denně.

Dne 13.11.2015 byl aplikován pacientce před převazem v 9:30 Tralgit 100mg 2ml s.c. Půl hodiny po té v 10:00 jsme rány pacientce osprchovali a aplikovali jsme obklady s DebriceaSanem. Obklady jsme na defektech ponechali 15 minut. Okolí rány je zdravě narůžovělé. Defekty jsou povleklé, ale méně, drobné nekrózy se zmenšují, místy granulace (příloha G). Končetina je promazána Borovou vazelínou a okolí rány jsme ošetřili Menalindovou pastou. Na drobné nekrózy jsme aplikovali Nu-gel, na zbytek rány jsme aplikovaly Aquacel Ag +Extra. Převaz jsme prováděli za přísných aseptických podmínek a dle ordinace lékaře. Převaz se dle ordinace lékaře bude provádět 3x za týden Po-St-Pá. Vše jsme řádně zapsali do dokumentace. Pacientka při převazu neměla mimické projevy bolesti, ani bolesti neudávala.

Dne 30.11.2015 před převazem pacientce aplikujeme Tralgit 100mg 2ml s.c.. Půl hodiny po té v 10:15 defekt osprchujeme, aplikujeme obklady na 15 minut. Okolí obou ran je růžové, defekty jsou mnohem méně povleklé a nekrózy se vyskytují minimálně. Defekt na bérce je stále cirkulární a vysoký 19.5 cm a jsou na něm velké granulující plochy. Defekt na nártu je 8x3 cm (příloha H). Za přísných aseptických podmínek a dle ordinace jsme provedli převaz. Na defekty jsme aplikovali Aquacel Extra bez stříbra, na drobné nekrózy Nu-gel. Celá končetina promazána, okolí rány ošetřeno Menalind pastou. Pacientka bolesti neudává a bolestivé projevy nemá. Vše jsme řádně zapsali do ošetrovatelské dokumentace.

Dne 7.11.2015 v 8:30 je pacientka transportována na Dermatovenerologickou kliniku na konzilium. Pacientku si na Dermatovenerologické klinice ponechali pro podezření na Erysipel. V odpoledních hodinách se Erysipel potvrdila. Pacientku umístili na infekční pokoj a péče u ní probíhala s ohledem na přísný bariérový režim. Zahájili antibiotickou terapii. Lékaři Dermatovenerologické kliniky se s lékaři z Geriatrické kliniky domluvili, až se pacientky stav stabilizuje a výsledky na Erysipel budou negativní, vrátí se pacientka zpět na Geriatrickou kliniku pro doléčení.

## **Hodnocení:**

Hodnocení ke dni 7.12.2015. Krátkodobý cíl nebyl splněn, kvůli vzniklé komplikaci. Pacientce se bércové vředy sice zmenšily a začaly vykazovat projevy hojení, ale bohužel se do ran dostala bakteriální infekce Erysipel, proces hojení se zastavil. Dlouhodobý cíl za mé přítomnosti na oddělení splněn nebyl. Zda na Dermatovenerologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy pokračují v intervencích, není zjištěné.

## **Snaha zlepšit vylučování moči**

**Název + kód:** Snaha zlepšit vylučování moči (00166)

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 1:** Funkce močového systému

**Definice:** Vzorec močových funkcí, který je dostatečný pro plnění potřeb vylučování a lze jej posílit.

### **Určující znaky:**

Výdej moči je ve fyziologickém rozmezí  
Vyjadřuje ochotu zlepšit vylučování moči  
Příjem tekutin odpovídá denní potřebě  
Moč je bez zápachu  
Moč je slámově zbarvená

**Související faktory:** Nejsou

**Rizikové faktory:** Vznik infekce v močové trubici.

### **Cíl:**

**Dlouhodobý:** Pacientka nebude mít retenci ani inkontinenci po vytažení PMK.

**Krátkodobý:** Pacientce bude vytažen PMK, tím dojde ke snížení rizika infekce.

**Priorita:** Střední

### **Očekávané výsledky:**

- Pacientka bude spolupracovat
- Pacientka bude nacvičovat udržení moči
- Pacientka po vytažení PMK nebude trpět inkontinencí
- Pacientka zvládne přesun na pokojové WC
- Pacientka bude zvládat osobní hygienu
- Pacientka bude udržovat vstup do močové trubice v čistotě

### **Plán intervencí:**

- Prováděj u pacientky tzv. trénink močového měchýře, pacientce pravidelně uzavírej katétr pomocí kolíčku, než bude pociťovat nucení vyprázdnění, například uzavři katétr na 2-3 hodiny a uvolni na 5 minut, aby se pacientka vyprázdnila – všeobecná sestra
- Seznam pacientku s plánovaným výkonem (vytažením PMK) – všeobecná sestra
- Zajisti soukromí při vytažení katétru – všeobecná sestra
- Zkontroluj první spontánní močení po vytažení PMK (musí proběhnout do šesti hodin po vytažení katétru) a řádně zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra
- Pouč pacientku, že po vytažení katétru může nastat krátkodobá inkontinence moči, kvůli ochabnutí svalů pánevního dna – všeobecná sestra
- Ukaž pacientce jednoduchý cvik na posílení pánevního dna – všeobecná sestra
- Zajisti dostatečný příjem tekutin – ošetrovatelský personál
- Zajisti čisté lůžko – ošetrovatelský personál
- Zajisti, aby pacientka měla v posteli jednorázovou podložku, kvůli unikající moči – ošetrovatelský personál
- Nauč pacientku přesun na pokojové WC – všeobecná sestra, ošetrovatelský personál
- Pouč pacientku o signalizačním zařízení v případě potřeby, například než si bude pacientka sama jistá v přesunu na pokojové WC – všeobecná sestra, ošetrovatelský personál
- Dopomoc pacientce při přesunu na pokojové WC, než tento úkon bude zvládat sama – ošetrovatelský personál
- Kontroluj barvu, množství, zápach a možné příměsi moči dva dny po vytažení PMK – všeobecná sestra

### **Realizace:**

Dne 23.11.2015 nás lékař informoval o plánovaném vytažení permanentního močového katétru. V 10:00 pacientku edukujeme o plánovaném výkonu. Upozorňujeme pacientku na možnou krátkodobou inkontinenci. Ukazujeme pacientce jednoduché cviky na posilování pánevního dna. V 10:15 uzavřeme pacientce katétr. Ve 12:00 pacientka zvoní na signalizační zařízení, pociťuje nucení na močení. Katétr uvolňujeme a pacientka se vymočila do močového sáčku. Katétr znovu uzavíráme. Tento proces opakujeme několikrát po sobě.

Dne 24.11.2015 v 8:00 uzavírám pomocí kolíčku katétr a ponecháváme ho uzavřený až do 10:00, poté ho povolujeme a pacientka se vyprázdní. PMK opět uzavíráme. Vyzíváme pacientku, aby nám ukázala cvik na posilování pánevního dna. Zajišťujeme dostatečný příjem tekutin. Okolo 11 hodiny pacientku s ošetrovatelským personálem učíme přesun na pokojové WC. Klademe důraz na signalizační zařízení, že se nemusí bát zazvonit, abychom jí pomohli s přesunem na pokojové WC. Pacientka je velmi šikovná a snaží se pomáhat. V 11:30 edukujeme pacientku o správné a pravidelné hygieně genitálu. Všechny rady a pokyny poslouchá a snaží je vykonat. Ve 12:45

pacientku informujeme o průběhu výkonu, zajišťujeme soukromí a pod pacientku připravíme jednorázovou podložku. Pacientku uvedeme do správné polohy na zádech s pokrčenými nohy. Injekční stříkačkou odsajeme fyziologický roztok z balónky umístěného na konci katétru a šetrně vytáhneme permanentní močový katétr. Vše zlikvidujeme do infekčního odpadu, dle standardů na oddělení. Vše jsme řádně zapsali do ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelskému personálu dáváme pokyn, aby kontroloval a doléval pacientky skleničku a termosku. V 16:00 kontrolujeme, zda má pacientka dostatečný přísun tekutin a zda už se nevymočila. V 16:25 pacientka nahlašuje první, spontánní močení.

Dne 26.11.2015 kontrolujeme pacientky moč. Moč je slámově zbarvená, bez příměsi krve a bez zápachu. Pacientka močí dostatečné množství moči. Zajišťujeme s ošetrovatelským personálem dostatečný příjem tekutin. V 11:15 nám pacientka předvádí posilování pánevního dna a přesun na pokojové WC. Vše zvládá skvěle. Má dobrou náladu a radost, že už nemusí mít PMK. Pocity pálení nebo řezání nepocituje.

#### **Hodnocení:**

Hodnocení ke dni 26.11.2015 krátkodobý cíl splněn. Pacientce se odstranil permanentní močový katétr bez komplikací. Dlouhodobý cíl prozatím splněn. Pacientka netrpí inkontinencí ani retencí. Riziko infekce se odstraněním PMK velmi snížilo.

#### **Celkové zhodnocení:**

O pacientku jsme se starali v lůžkové péči na Geriatrické klinice. Určili a rozpracovali jsme tři diagnózy podle potřeb pacientky. Diagnózu „akutní bolest“ jsme zpracovali po dobu tří ošetrovatelských dní a určili jsme krátkodobý a dlouhodobý cíl. Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka pocítovala úlevu bolesti. Dlouhodobý cíl za mé přítomnosti na oddělení nebyl splněn. Diagnózu „narušená integrita tkáně“ realizace byla zpracována na čtyři dny ošetrovatelského procesu. Byl také určen krátkodobý a dlouhodobý cíl. Za mé přítomnosti na oddělení nebyl splněn ani jeden ze dvou cílů. Pacientka byla přeložena na Dermatovenerologické oddělení, kvůli podezření na infekci Erysipel, která byla následně potvrzena. Třetí určená diagnóza „Snaha zlepšit vylučování moči“ byla zpracována jako předešlé dvě diagnózy. Také byly určeny dva cíle. Za mé přítomnosti na oddělení byly oba splněny. Paciente byl odstraněn permanentní močový katétr a netrpí inkontinencí. Pacientky zdravotní stav se celkově



zlepšil. Lépe zvládá péči o sebe, přesun na pokojové WC zvládá bez problémů, v chůzi v pevném chodítku se také zdokonalila. Při chůzi je stabilnější a má větší výdrž. Při ošetřování pacientky s onemocněním bércových vředů jsem se naučila, že se k pacientům musí přistupovat empaticky, vstřícně a pozitivně. Věnovat jim dostatek času při ošetrovatelské péči a být jim oporou. Převoz se musí dělat vždy za přísných aseptických podmínek.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Život geriatrického pacienta s bércovými vředy je velmi komplikovaný. Znepříjemňuje život jak pacientovi, tak i jeho rodině. Délka hospitalizace je u každého pacienta s bércovým vředem individuální a velmi záleží na zdravotním stavu pacienta a vzniklých komplikací při léčbě defektů. Součástí bakalářské práce bylo sledování a vytváření ošetrovatelského procesu u geriatrického pacienta s bércovými vředy. Informace byly získané pozorováním, vytvářením ošetrovatelského procesu, z ošetrovatelské dokumentace, z lékařské dokumentace, od rodiny, od pacienta a z použité literatury. Na základě získaných informací jsme narazili na některá ošetrovatelská hlediska, kterým by se měla věnovat pozornost. Poukazujeme zde na doporučení pro zdravotnický personál, pacienty s bércovými vředy a jejich blízké.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- Vzdělávat se v problematice bércových vředů
- Snažit se vzdělávat a získávat nové poznatky v terapii bércových vředů
- Spolupracovat v týmu při ošetrovatelském procesu
- Informovat blízké pacienta jak mohou pomoci při léčbě bércových vředů
- Dodržovat ordinace lékaře
- Dodržovat převazování a využívání materiálu dle ordinace lékaře
- Přistupovat k pacientovi jako profesionál
- Motivovat a naplňovat pacienta pozitivní náladou
- Být empatický při péči o pacienta
- Projevovat zájem o pacienta, jeho starosti a léčbu

### **Doporučení pro pacienta:**

- Nepodceňovat bolest, pokud je pacient v domácím prostředí
- Nepodceňovat vytvořený sebemenší defekt a vyhledat odbornou pomoc

- Nepodceňovat zvýšenou sekreci či zápach z již vytvořeného defektu a navštívit odbornou pomoc
- Doma i v nemocnici dodržovat klidový režim a končetinu s defektem podkládat, aby se mírnil otok
- Aktivně se podílet na rehabilitaci
- Pečovat o osobní hygienu
- Spolupracovat s lékařským, zdravotnickým a ošetrovatelským personálem
- Hlásit lékařskému i nelékařskému personálu jakékoliv pocity v ráně (bolest, pálení, svědění, napětí atd.)
- Vyvarovat se pádu
- Nepodceňovat jakoukoliv oděrku na těle

#### **Doporučení pro rodinu:**

- Být pro pacienta co největší oporou
- Pozitivně pacienta motivovat a poskytnout mu lásku a bezpečí
- V domácím prostředí podporovat pacienta v běžných denních činnostech a dopomáhat mu
- Pacienta fyzicky nepřetěžovat
- V domácím prostředí uzpůsobit vše pro potřeby a pohodlí pacienta

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámit se s geriatrickým oborem, geriatrickým pacientem s problematikou bércových vředů a zpracovat ošetrovatelský proces. Záleží na velikosti bércového vředu, ale lze konstatovat, že přes veškerou snahu zdravotníků není možné kompletní zhojení defektu do jednoho měsíce. Ze všeho nejdůležitější je najít a vyléčit příčinu, proč bércový vřed vznikl. Pro lokální hojení bércového vředu je důležité najít správný krycí materiál, aby podporoval a vytvářel přirozené prostředí pro proces hojení.

Cílem v teoretické části bakalářské práce bylo přiblížení geriatrického pacienta, geriatrického oboru a problematiky při péči o geriatrického pacienta. Seznámení s onemocněním bércových vředů a jeho charakterizaci. Popsat příčiny, příznaky, diagnostiku, možnou léčbu v určitých fázích hojení těchto defektů a také případné komplikace, které mohou při ošetrování geriatrického pacienta s bércovými vředy nastat.

Cílem v praktické části bakalářské práce bylo sběr dat a následné rozpracování ošetrovatelského procesu u konkrétního geriatrického pacienta s viditelným procesem hojení bércových vředů. U pacientky, jejíž stav byl rozpracován v této bakalářské práci, se jednalo o rozsáhlý cirkulární bércový vřed na levé dolní končetině a malý defekt na nártu. U pacientky nebyla zjištěna příčina vzniku bércových vředů. Tudíž se defekty léčili lokálně krycím materiálem. Proces hojení byl viditelný, ale léčbu zkomplikovalo bakteriální onemocnění kůže.

V této části práce byla dále popsána a realizovaná individuální ošetrovatelská péče. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle priorit NANDA taxonomie 2012-2014. Následně byl stanoven individuální plán péče, který byl zrealizován a nakonec byl zhodnocen. K závěru práce bylo sepsáno doporučení pro praxi, které je věnováno pacientům, jejich rodinám, studentům zdravotnických oborů a široké veřejnosti.

Velkým přínosem z psaní bakalářské práce bylo získání zkušeností díky setkání s pacientkou, seznámení s problematikou geriatrických pacientů s bércovými vředy, pochopení specifík onemocnění a vypracování bakalářské práce z odborných zdrojů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERKOVÁ, A., 2012. Využití alginátu se stříbrem v léčbě bércového vředu. *Hojení ran*. (6), (2), 22-24. ISSN 1802-6400.
- BIELAKOVÁ, K., H., MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ a kol., 2015. Pády u geriatrických pacientů. *Vybrané klinické stavy u seniorů*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 179-188, 10 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7.
- GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora. Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- Ošetřování ran* [online]. HARTMANN-RICO, 11.10.2012. [20.12.2015]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/clanky/jak-na-debridement.cz>.
- KALVACH, Z. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Překlad: DICARA, V., VIDOVIČOVÁ, H. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2240-5.
- MRÁZOVÁ, R., 2012. Možnosti v hojení ran. *Pro sestry. Medicína pro praxi*. [online] 83-86. [cit. 5.1.2016]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/11.pdf>.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
- NAVRÁTILOVÁ, Z., 2010. Pacient s ulcus venosum v ambulanci praktického lékaře. *Mezioborové přehledy. Medicína pro praxi*. [online] 280-283. [cit.10.1.2016]. Dostupné z: . <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/08.pdf>.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2682-3.

- PIECKOVÁ, L., 2011. Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra*. (21), (4), 40-41. ISSN 1210-0404.
- POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POKORNÁ, A., J., MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-7961-4.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol., 2013. *Ošetrovatelský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Vydavateľstvo Osveta, spol. s r.o., Slovenská republika: Jilemnického 57. ISBN 978-80-8063-4010-0.
- POSPÍŠILOVÁ, A., 2010. Bércové vředy a chronické rány. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. (52), (3), 1-64. ISSN 1213-9106.
- POSPÍŠILOVÁ, A., 2007. Hojení chronických ran, žilní insuficience, krycí materiály. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. (49), (2), 1-64. ISSN 1213-9106.
- Bércový vřed – etiologie, diagnostika a léčba* [online]. Postgraduální medicína.
- POSPÍŠILOVÁ, A., S., ŠVESTKOVÁ, 18.9.2002. [13.11.2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/bercovy-vred-etologie-diagnostika-a-lecba-148151.cz>.
- SCHULER, M., P., OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SLEZÁKOVÁ, L., I., NOVÁKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- STRNADOVÁ, A., 2010. *Practicus. Péče o seniory*. (9), (4)-Supl. (Supplementum pro sestry). ISSN 1213-8711.
- STRYJA, J. A KOL., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. GEUM. ISBN 978-80-86256-79-5.
- SYSEL, D., H. BELEJOVÁ, O. MASÁR a Z. SYSLOVÁ, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2628-4.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Copyright, Galén. ISBN 80-7262-365-6.

*Poradna hojení ran* [online]. VLHOVÁ, H., 2012. [12.12.2015]. Dostupné z: <http://www.poradna-hojeni-ran.cz/Clanky/Details/6#Komplikace-bércového-vředu.cz>.

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

ZELENKOVÁ, D., 2012. Bércový vřed. *Česká dermatovenerologie*. (2), (3), 144-156. ISSN 1805-0611.

## **PŘÍLOHY**

PŘÍLOHA A – ÚKÁZKA VÝROBKŮ NUTRIČNÍ PODPORY.....	II
PŘÍLOHA B – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE).....	III
PŘÍLOHA C – RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ.....	V
PŘÍLOHA D – BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH DENNÍCH ČINNOSTECH..	VI
PŘÍLOHA E – HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU.....	VII
PŘÍLOHA F – DEFEKT ZE DNE 4.11.2015.....	VIII
PŘÍLOHA G – DEFEKT ZE DNE 13.11.2015.....	IX
PŘÍLOHA H – DEFEKT ZE DNE 30.11.2015.....	X
PŘÍLOHA CH – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ..	XI
PŘÍLOHA I – REŠERŠNÍ PROTOKOL.....	XII



Příloha A – Ukázka výrobků nutriční podpory



NUTRIDINK

Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden



CUBITAN

Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden



NUTRISON

Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden



NUTRIDRINK - CRÈME

Zdroj: nutridrink.cz, rok neuveden

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

**1. Orientace**  
Položte nemocnému následující otázky:

1.  „Které je roční období?“  
 1.  „Který máme nyní rok?“  
 1.  „Kolikátého je dnes?“  
 0.  „Který den v týdnu je dnes?“  
 1.  „Který je měsíc?“  
 1.  „Ve kterém jsme městě?“  
 1.  „Ve kterém jsme okrese?“  
 1.  „V jaké jsme zemi?“  
 0.  „Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?“  
 0.  „V kolikátém jsme poschodí?“

**2. Opakování a paměť**  
Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:  
„Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám.“

1.  LOPATA 1.  ŠÁTEK 0.  VÁZA  
„A nyní prosím slova zopakujte.“

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

**3. Pozornost a počítání**  
„Nyní odečtěte od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.“

1.  93 0.  86 1.  79 0.  72 0.  65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:  
„Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“

0.  M 0.  R 0.  K 0.  O 0.  P

**4. Vybavování**  
„A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal.“

1.  LOPATA 1.  ŠÁTEK 0.  VÁZA

**5. Poznání předmětů**  
„Co je to?“ 1.  Ukažte hodinky.  
„Co je to?“ 1.  Ukažte tužku.

**6. Opakování**  
Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:  
1.  „První pražská paroplavba.“

**7. Stupňovaný příkaz**  
Položte před pacienta čistý papír.  
„Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu.“

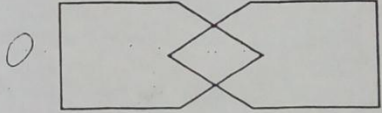
1. stupeň:  1 uchopení papíru do pravé ruky  
 2. stupeň:  1 přeložení papíru na polovinu  
 3. stupeň:  1 položení papíru na podlahu

**8. Reakce na psaný pokyn**  
Napište na papír čitelný pokyn „ZAVŘETE OČI“. Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:  
1.  „Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to.“

**9. Psaní**  
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:  
1.  „Napište libovolnou větu.“

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat pravopisné chyby, ale musí mít podnět a přísudek.

**10. Malování podle předlohy**  
Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevedí.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 - 9 bodů	demence středního až těžkého stupně
0 - 5 bodů	demence těžkého stupně

POZNÁMKY:

*věta mám. Váš rada*



ZAVRETE

OČI

Zdroj: dokumentace  
Ze dne: 3.11.2015

Příloha C – Riziko vzniku dekubitů

**Riziko vzniku dekubitů dle Northonové**

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

Riziko vzniká při 25 bodech a méně  
(TOPINKOVÁ, 2005)

RIZIKO VZNIKU DEKUBITU - STUPNICE NORTONOVÉ										
Opakujte screeniny po 7 dnech hospitalizace.										
schopnost spolupráce	věk	kůže	další onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	pohyblivost	inkontinence	body	
úplná 4	< 10 let	normální	žádné	dobry	bdělý 4	chodící	úplná	kontinentní 4	4	
malá	< 30 let	alergie	snížení imunity horečka DM	zhoršený 3	apatický	chodící s doprovodem 3	částečně omezená 3	občasná	3	
částečná	< 60 let	vlhká	sclerosis multiplex obezita anémie	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	převážně moče	2	
žádná	> 60 let 1	suchá 1	onemocnění cév kachexie karcinom 1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moče a stolice	1	
celkem bodů: 24										
9 - 13 bodů: velmi vysoké riziko				19 - 23 bodů: střední riziko				26 a více bodů: bez rizika		
14 - 18 bodů: vysoké riziko				24 - 25 bodů: nízké riziko						

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace  
Ze dne: 3.11.2015



Příloha D – Barthelové test základních denních činnostech

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ		
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
celkem bodů:		40
<b>Hodnocení stupně závislosti:</b>		
0 - 40	vysoký stupeň závislosti	
41 - 60	střední stupeň závislosti	
61 - 95	lehký stupeň závislosti	
96 - 100	nezávislý	

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace  
Ze dne: 3.11.2015

Příloha E – Hodnocení rizika pádu

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU (*modifikovaná škála)	body
poruchy chůze / omezení mobility	4
závratě / zmatenost	3
inkontinence moče / zavedený PMK	2
poruchy zraku a/nebo sluchu	1
věk 70 a více let	1
medikace (diuretika, antidepressiva, sedativa, psychotropní látky, tranquilizery, hypnotika, antihypertenziva, laxantia)	2
období 24 hodin po výkonu	2
<b>celkem bodů:</b> 10	
<b>1 - 2 body: bez rizika pádu</b> <span style="float: right;"><b>3 a více bodů: riziko pádu</b></span>	

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

Ze dne: 3.11.2015

Příloha F – Defekt ze dne 4.11.2015



Zdroj: Geriatrická klinika, převazová sestra  
Ze dne: 3.11.2015



Příloha G – Defekt ze dne 13.11.2015



Zdroj: Geriatrická klinika, převazová sestra  
Ze dne: 13.11.3015



Příloha H – Defekt ze dne 30.11.2015



Zdroj: Geriatrická klinika, převazová sestra  
Ze dne: 30.11.2015

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy 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 I – Rešeršní protokol

**Téma rešerše:** Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta s bércovými vředy

**Žadatel:** Ida Lacinová

**Jazykové vymezení:**

Čeština, angličtina

**Klíčová slova v češtině:** Bércové vředy, chronické rány, léčba chronických ran, stáří, ošetrovatelský proces, ošetřování, ošetrovatelská péče, geriatric, gerontologie

**Klíčová slova v angličtině:** Venous Ulcer, Nursing, Therapy, Chronic wounds, Therapy of chronic wounds

**Časové vymezení:**

V českých zdrojích: 2006-2015 články, 2004-2015 knihy

V zahraničních zdrojích: 2006-2015

**Druhy dokumentů:**

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

**Počet záznamů:**

**České zdroje:** 92 záznamů / plné texty: 20

**Zahraniční zdroje:** 5 záznamů / plné texty: 5

**Základní prameny:** Medvik (knihovny Medvik+Bibliographia medica Czechoslovaca), CINAHL, Theses

**Zpracoval:** Mgr. Lojdová, NLK  
27.11.2015

Zdroj: Národní lékařská knihovna, rešerše  
Ze dne: 27.11.2015