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

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ S HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZOU

Bakalářská práce

VERONIKA BREJLOVÁ

Praha 2017

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

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ S HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZOU

Bakalářská práce

VERONIKA BREJLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. RS

Praha 2017

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

Brejlová Veronika
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 4. 2016 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacientů s hlubokou žilní trombózou

Education Process in Patients with Deep Vein Thrombosis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne *podpis*

ABSTRAKT

BREJLOVÁ, Veronika. *Edukační proces u pacientů s hlubokou žilní trombózou.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. RS. Praha. 2017. 46 s.

Tématem práce je edukační proces u pacientů s hlubokou žilní trombózou. Úvodní část definuje základní pojmy týkající se onemocnění hluboká žilní trombóza. Je zaměřena na medicínskou problematiku, seznamuje s rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou. Dále pojednává o edukaci a zásadách edukace. Teoretická část také obsahuje ošetřovatelskou problematiku u pacientů s hlubokou žilní trombózou. Praktická část se zabývá tvorbou edukačního procesu u pacientky s hlubokou žilní trombózou. Cíle edukace a edukační jednotky jsme stanovili na základě vstupního testu, který byl pacientce předložen. K realizaci byly stanoveny tři edukační jednotky, které mají pacientku seznámit se specifiky ošetřovatelské péče, se zásadami při léčbě Warfarinem a o možnostech selfmonitoringu. Pro zhodnocení edukace byl použit stejný vstupní test a na jeho základě můžeme cíle označit za splněné. Pacientka nabyla nových vědomostí a je schopna je praktikovat. Konečnou fází praktické části je doporučení pro praxi a vytvoření edukačních materiálů pro pacienty s onemocněním hluboká žilní trombóza. Materiály je možno využít na interním oddělení nebo v ambulancích praktických lékařů.

Klíčová slova

Edukační proces. Hluboká žilní trombóza. Pacient. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

BREJLOVÁ, Veronika. *Education Process in Patients with Deep Vein Thrombosis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Qualification degrese: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. RS. Praha. 2017. 46 s.

The subject of this thesis is the educational process for patients with deep venous trombosis. The introduction defines basic terminology for the disease of deep venous trombosis. It focuses on medical matters, introduces risk factors, diagnostics and treatment. It also deals with education and its principles. The theoretical part also includes nursing issues around patients with deep venous trombosis. The practical part focuses on creation of educational process for a patient with deep venous trombosis. The objective of education and educational unit was set based on an entry test presented to the patient. For implementation, three educational units were set. These shall introduce the patient to the criteria of nursing care, the principles of Warfarine treatment and the possibilities of self monitoring. For evaluation of the education, the same entry set was used. Based on the test, the objectives can be marked as fulfilled. The patient has gained new knowledge and is able to use it. The final phase of the practical part lies in recommendation for practice as well as creation of educational material for patients with deep venous trombosis. The material can be used within the internal department or general practicioners´ ambulances.

Key words

Educational process. Deep venous trombosis. Patient. Nurse.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 7
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ 8
SEZNAM TABULEK 9
ÚVOD 10
1 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA 12
1.1 PATOGENEZE 12
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY 13
1.3 KLINICKÝ OBRAZ 15
1.4 PREVENCE 16
1.5 DIAGNISTIKA 17
1.6 LÉČBA 18
1.7 KOMPLIKACE 21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE 23
3 EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI 28
3.1 KOMUNIKACE V EDUKAČNÍM PROCESU 28
3.2 FÁZE EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ 28
3.3 EDUKAČNÍ CÍLE 29
3.4 FORMY EDUKACE 29
3.5 METODY EDUKACE 29
3.6 REALIZACE EDUKAČNÍHO PROCESU 31
3.7 HODNOCENÍ EDUKACE 32
3.8 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V EDUKACI 32
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZOU 33
4.1 ANAMNÉZA 33

4.2 POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH POTŘEB A EDUKAČNÍCH CÍLŮ 38
4.3 VSTUPNÍ TEST PACIENTKY 43
4.4 DIAGNOSTIKA 44
4.5 PLÁNOVÁNÍ 44
4.6 REALIZACE 46
4.7 VYHODNOCENÍ 53
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 55
ZÁVĚR 56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 57
PŘÍLOHY 60

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

HAK – hormonální antikoncepce

HŽT – hluboká žilní trombóza

LMWH – low molecular weight heparins = nízkomolekulární hepariny

TEN – tromboembolická nemoc

INR – protrombinový čas

(HIRMEROVÁ, 2015), (www.labtestsonline.cz, 20. 03. 2017)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

diabetes mellitus – úplavice cukrová = cukrovka

femoropopliteální - týkající se stehna a podkolenní jamky

flebotrombóza – zánět hlubokých žil

gravidita - těhotenství

hepatální - jaterní

iatrogenní – poškození způsobené lékařem

izokorické – stejně velké

morbidita - nemocnost

mortalita - úmrtnost

polymorbidní – trpící více onemocněními

selfmonitoring - sebepozorování

trombofilie – vyšší riziko vzniku trombóz

(VOKURKA, 2015), (www.slovnik-cizich-slov.abz.cz, 02. 03. 2017)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rizikové faktory vzniku žilní trombózy 15
Tabulka 2 Wellsovo schéma - pravděpodobnost plicní embolie 18
Tabulka 3 Kontraindikace trombolytické léčby (absolutní se stávají relativními v případě život ohrožující plicní embolie) 20
Tabulka 4 Klasifikace posttrombotického syndromu (Villalta, 1994) 22
Tabulka 5 Množství vitamínu K 50

ÚVOD

Hluboká žilní trombóza je závažné onemocnění, jehož následky mohou vést až k náhlému úmrtí na plicní embolii. Ročně onemocní v ČR cca 15 – 20 tisíc pacientů trombózou, z nichž asi 600 zemře na plicní embolii (www.zilniporadna.cz, 14. 03. 2017).

Cílem práce je popsat medicínskou a ošetřovatelskou problematiku u pacientů s hlubokou žilní trombózou a vypracovat edukační proces u vybrané pacientky.

Hlavním cílem teoretické části je zmapovat medicínskou problematiku hluboké žilní trombózy v úrovni současného stavu poznání. Dalším cílem je specifikovat a identifikovat nová teoretická východiska a vymezit základní pojmy. Také je zde cílem specifikovat a popsat ošetřovatelskou péči u pacientů s hlubokou žilní trombózou a základy edukace.

V praktické části je hlavním cílem popsat edukační proces u vybrané pacientky s hlubokou žilní trombózou, která byla hospitalizována na interním oddělení. Dále definovat doporučení pro praxi pro všeobecné sestry a pro pacienty. Také je zde cílem vytvoření tří didaktických pomůcek, které budou sloužit k edukačnímu procesu u pacientů s hlubokou žilní trombózou, s názvy: Specifika ošetřovatelské péče u pacientů s onemocněním hluboká žilní trombóza, Specifika ošetřovatelské péče při užívání Warfarinu, Specifika ošetřovatelské péče se zaměřením na selfmonitoring.

Výstupem této bakalářské práce je edukační materiál vhodný pro použití na odděleních v nemocnici nebo i v ordinacích praktického lékaře, pro pacienty s hlubokou žilní trombózou.

Vstupní literatura

I. HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL. Žilní onemocnění v klinické praxi. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3335-7.

II. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

III. KARETOVÁ, Debora a Jan BULTAS. Farmakoterapie tromboembolických stavů. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-459-3.

IV. WIDIMSKÝ, Jiří a Jaroslav MALÝ. Akutní plicní embolie a žilní trombóza: patogeneze, diagnostika, léčba a prevence. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, c2011. ISBN 978-80-7387-466-7.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně. Časové vymezení bylo zadáno od roku 2007 do současnosti. Pro vyhledávání bylo použito několik elektronických databází, například: Katalog Medvik (knihovny Medvik), Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ - články), Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací) a CINAHL.

1 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA

Žilní trombóza představuje onemocnění, které – přes veškerý dosažený pokrok – stále zůstává významnou příčinou morbidity a mortality postižených pacientů. Roční incidence hluboké žilní trombózy je udávána v počtu 160 případů v populaci 100 000 osob (HIRMEROVÁ, 2015, s. 1).

Nejčastěji se hluboká žilní trombóza vyskytuje na dolních končetinách a to v bércových žilách. Většina žilních trombóz je na levé dolní končetině (HIRMEROVÁ, 2015).

Klinicky lze členit tromboembolickou nemoc na dvě nozologické jednotky: flebotrombózu a plicní embolii. Flebotrombóza pak může, ale nemusí, vést k plicní embolii, naopak plicní embolie může mít i jiné příčiny než flebotrombóza. Závažné je, že tromboembolická nemoc je třetí nejčastější příčinou úmrtí (KARETOVÁ, 2009, s. 10).

Flebotrombóza je onemocnění postihující některou z částí hlubokého žilního systému, jehož podkladem je kompletní nebo částečný uzávěr žíly trombem (KARETOVÁ, 2015, s. 14).

U hluboké žilní trombózy může dojít k rozvoji plicní embolie, a to většinou asymptomaticky. PE vzniká odloučením trombu a vniknutím do plicních tepen (KARETOVÁ, 2015).

Flebotrombóza s sebou nese riziko vzniku závažných komplikací: plicní embolii, následně o vznik postrombotického syndromu a chronické tromboembolické plicní hypertenze (KARETOVÁ, 2015, s. 14).

1.1 PATOGENEZE

Trombóza vzniká většinou při působení více faktorů.

Patogenezi žilní trombózy shrnul v roce 1856 Rudolf Virchow, předtím Carl Rokitansky. Jedná se o Virchowova nebo též Virchowova-Rokytanského trias.

- alterace krevního toku (stáza nebo turbulence),
- změna koagulace krve ve smyslu hyperkoagulace,

- poškození cévní stěny.

Zvýšená tendence ke vzniku tromboembolických stavů může být na základě vrozených nebo získaných faktorů.

Žilní stáza se vyskytuje u všech nemocných připoutaných na lůžko, nejčastěji po operacích. Hrozí také při dlouhém cestování, bez pohybu nohou, dlouhém stání nebo v těhotenství (KARETOVÁ, 2007).

Hyperkoagulace doprovází stavy známé jako trombofilie, vzniká na podkladě získaných nebo vrozených abnormalit. Vrozené neboli genetické jsou nejčastěji deficit antitrombinu, proteinu C a S, mutace faktoru V – tzv. Leidenská mutace. Získané stavy jsou nejčastěji maligní proces, infekce, nespecifické střevní záněty nebo nefrotický syndrom. Poškození cévní stěny bývá způsobeno více faktory, zahrnuje např. úrazy, pooperační stavy, záněty v okolí žíly nebo insuficienci žilního endotelu. Významnou roli hrají také rizikové faktory, jako je věk, trombóza v anamnéze, obezita, hormonální medikace nebo kuřáctví (KARETOVÁ, 2015).

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Na vzniku hluboké žilní trombózy se podílí především tyto rizikové faktory:

Hormonální antikoncepce

U hormonální antikoncepce je nejvyšší riziko vzniku HŽT v prvním roce a záleží na dávce estrogenu. U žen s vrozenou trombofilií a užívajících HAK je riziko až 25krát vyšší. U mladých žen je užívání hormonální antikoncepce hlavní příčinou vzniku hluboké žilní trombózy (WIDIMSKÝ, 2011), (HIRMEROVÁ, 2015).

Těhotenství

Riziko žilní trombózy a plicní embolie je 10krát větší u těhotných žen (WIDIMSKÝ, 2011, s. 28).

U těhotných žen je riziko vyšší z důvodu fyziologického hyperkoagulačního stavu. Nejvyšší je riziko ve III. trimestru a následně v šestinedělí (Rizikové faktory žilní trombózy – www.zdravi.euro.cz , 07. 03. 2017).

Cestovní trombóza

Syndrom ekonomické třídy – riziko se ještě zvyšuje u cestujících s leidenskou mutací, obézních, a žen užívajících hormonální antikoncepci. Při dlouhém sezení je omezena činnost svalů, rizikovým faktorem je také snížený příjem tekutin při cestování (HERMAN a kol., 2011).

Operace, imobilizace, infekce

Nejvyšší riziko trombózy je u velkých ortopedických zákroků. HŽT je významnou pooperační komplikací, komplikací poúrazového stavu a případně i dlouhodobé imobilizace na lůžku (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

Kouření

Nejvyšší je riziko u žen kuřaček, které současně užívají hormonální antikoncepci (PENKA, 2009).

Nádorové onemocnění

Častou komplikací u nádorů je hluboká žilní trombóza, která tomuto onemocnění i často předchází. Nejčastěji je HŽT komplikací u nádorů pankreatu a mozkových nádorů (Rizikové faktory žilní trombózy – www.zdravi.euro.cz, 07. 03. 2017).

Vrozené trombofilie

Leidenská mutace je popsána v článku Leidenská mutace a hormonální kontracepce na www.zdravi.euro.cz (07. 03. 2017)

- nejčastější vrozený hyperkoagulační stav,
- nejčastější genetická příčina trombózy u žen v těhotenství,
- Faktor V Ledien – genetická mutace, která způsobuje poruchu krevní srážlivosti
- zvýšená pozornost by u těchto žen měla být v těhotenství
- neměly by užívat hormonální antikoncepci

Mutace protrombinového genu popsána na www.trombofilik.cz (07. 03. 2017)

- protrombin je protein, který se vyskytuje v krvi a je důležitý pro srážení krve, je třeba k tvorbě fibrinu
- málo protrombinu = krvácení
- moc protrombinu = srážení krve

- mutace zvyšuje hladinu trombinu v krvi a tím tedy zvyšuje riziko nadměrného srážení krve a tím zvyšuje riziko vzniku trombózy
- pro vznik trombózy u lidí s mutací protrombinového genu je ale zásadní přítomnost dalších rizikových faktorů

Tabulka 1 Rizikové faktory vzniku žilní trombózy

Disponující faktory	Disponující chorobné stavy	Disponující okolnosti
- Věk - Předchozí anamnéza TEN - Varixy dolních končetin - Obezita (BMI>30) - Kuřáctví	- Vrozené trombofilie - Stavy po operaci - Maligní procesy - Dlouhodobá imobilizace - Srdeční a plicní nemoci - Krevní choroby - Nefrotický syndrom - Nespecifické střevní záněty - Septické stavy - Autoimunitní stavy - Heparinem indukovaná trombocytopenie - Popáleniny - Paroxysmální noční hemoglobinurie	- Cestování - Dehydratace - Nitrožilní katétry - Úraz s fixací končetiny - Těhotenství, porod - Šestinedělí - Kortikoterapie - Hormonální léčba - Léčba neuroleptiky

Zdroj: Karetová, 2009, str. 14

1.3 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz je typický v situacích, kdy trombus uzavírá žílu většího kalibru – tedy pánevní, stehenní nebo podkolenní. V řadě dalších lokalizací se trombóza vůbec nemusí manifestovat, např. žilní pleteně pánevní nebo malé žíly bérce. Klinický obraz může být atypický, pokud je žíla vyplněna trombem pouze částečně. Symptomy a příznaky plicní embolie jsou nespecifické, a mohou tak uniknout správné diagnostice (KARETOVÁ, 2015, s. 26).

U anamnézy jsou důležité genetické údaje o výskytu TEN, maligní onemocnění, úraz s důsledkem imobilizace, chirurgický výkon a dlouhodobé upoutání na lůžko, hormonální léčba.

Nejčastějšími příznaky hluboké žilní trombózy jsou bolest a otok končetiny. U plicní embolie nejčastěji vzniká námahou nebo klidová dušnost. V nejhorších případech může být i synkopa nebo náhlá smrt. U otoků dokumentujeme obvod na končetinách (KARETOVÁ, 2015).

Bolest se vyskytuje u 50 % pacientů, závisí na postavení končetiny. Místo, kde bolest vzniká, nemusí odpovídat místu vzniku trombu. Dříve se k diagnostice HŽT využívalo Homansovo znamení – bolest při dorzální flexi. Homansovo znamení lékaři stále využívají, i přes to, že byla prokázána jeho nespolehlivost. Další příznaky jsou dilatace a zvýšená náplň podkožních žil nebo změna barvy pokožky (WIDIMSKÝ, 2011).

1.4 PREVENCE

Prevence žilní tromboembolie je nutná u pacientů se zvýšeným rizikem především z důvodu možnosti, že se neobjeví žádné příznaky hluboké žilní trombózy a může dojít až k plicní embolii. Základem při prevenci TEN je brzké vstávání a rehabilitace po operacích. Důležitý význam v prevenci mají kompresní punčochy. Další složkou prevence TEN je aplikace nízkomolekulárního heparinu, který se podává před operací a k vysazení dochází po mobilizaci pacienta. U pacientů po velkých operacích přetrvává riziko TEN až tři měsíce po operaci (DUNGL, 2014).

Důležitá v prevenci je edukace pacientů po propuštění do domácí péče.

V nemocnicích většinou existují tabulky na hodnocení rizika vzniku žilního tromboembolizmu, kde se hodnotí především velikost výkonu, rizikové faktory jako věk, nynější i prodělaná onemocnění, ale i obezita, hormonální terapie nebo dehydratace.

Riziko hluboké žilní trombózy vzniká také při dlouhém cestování, kde je důležitá prevence především u cest delších než 6 hodin. Jako prevence se doporučuje dostatečná hydratace, cvičení s končetinami, u lidí s HŽT v anamnéze kompresní punčochy a preventivní podání nízkomolekulárního heparinu.

Také u sedavého zaměstnání je důležitá prevence v podobě pravidelného vstávání každých 30-60 minut, cvičení nohou a dostatečná hydratace.

Prevence TEN je důležitá i v těhotenství a šestinedělí. Mezi rizikové faktory v graviditě patří vícečetná gravidita, diabetes mellitus, obezita, věk nad 35 let (WIDIMSKÝ, 2011), (HIRMEROVÁ, 2015).

1.5 DIAGNISTIKA

Diagnostika hluboké žilní trombózy je ztížená tím, že se nemusí příznaky vůbec objevit. Důležitou složkou diagnostiky je odebrání anamnézy, především zjištění přítomnosti tromboembolické nemoci u přímých příbuzných. Dále se provádí fyzikální vyšetření. Je však důležité brát na zřetel, že příznaky jsou nespecifické a můžou se vyskytnout i u jiných onemocnění (KARETOVÁ, 2015).

V ambulantní praxi lze podezření na trombózu vyloučit až u 50 % pacientů pouze na základě nízké klinické pravděpodobnosti (Wellsovo skóre 0-1) a současné negativity D-dimerů (KARETOVÁ, 2015, s. 35).

Metodami jednoznačně prokazujícími diagnózu flebotrombózy jsou duplexní sonografie, flebografie, počítačová tomografie, vzácně nukleární magnetická rezonance (KARETOVÁ, 2015, s. 37).

Duplexní sonografie je jedním z nejvýznamnějších vyšetření v diagnostice hluboké žilní trombózy. Je to neinvazivní vyšetření, je dostupně a šetrně k pacientovi. Duplexní sonografie nemá žádné kontraindikace a jeho výhodou je také vysoká přesnost v diagnostice.

Flebografie je vyšetření žil s kontrastní látkou, toto vyšetření se používá jen zřídka.

Nejčastěji se k diagnostice využívá kombinace diagnostické tabulky podle Wellse, sonografického vyšetření a stanovení D-dimerů. Ale ani využití všech těchto metod není 100% diagnostika u všech nemocných (MUSIL, 2008), (WIDIMSKÝ, 2011).

Tabulka 2 Wellsovo schéma - pravděpodobnost plicní embolie

Klinická charakteristika	Body
symptomy akutní flebotrombózy	3,0
vysoká pravděpodobnost PE oproti jiným dg.	3,0
tachykardie nad 100/min	1,5
operace nebo imobilizace končetin během posledních 4 týdnů	1,5
předchozí TEN	1,5
Hemoptýza	1,0
nádorové onemocnění (s léčbou v posl. 6 měsících, event. paliativním postupem)	1,0
Pravděpodobnost plicní embolie	Celkový počet bodů
minimální	< 2
střední	2–6
Vysoká	> 6,0

Zdroj: Karetová, 2015, str. 36

1.6 LÉČBA

Hlavím cílem léčby je zabránění vzniku trombu, rozpuštění již existujícího trombu a prevence plicní embolie. Základem je antitrombotická léčba, která aktivuje přirozený průběh srážení krve. Neméně důležité jsou opatření vedoucí k zachování žilní cirkulace, např. chůze, cvičení nebo kompresní punčochy (HERMAN a kol., 2011).

V patogenezi trombóz a plicní embolie má jednoznačně přednost aktivace hemokoagulace, lékovou skupinou k profylaxi a léčbě jsou tedy antikoagulancia (KARETOVÁ, 2015, s. 132).

V akutní fázi, jak píše Karetová (2015), je nejvíce významná prevence plicní embolie, která je velkým rizikem u hluboké žilní trombózy, a může jít o potencionálně fatální riziko. Po diagnostice hluboké žilní trombózy je důležité rozhodnout se, zda léčit konzervativně nebo zahájit trombolytickou léčbu. Specifikem léčby u hluboké žilní trombózy je, že neprobíhá jen po dobu akutního onemocnění, ale pokračuje dále několik měsíců, kdy je stále vysoké riziko recidivy. U trombóz, kdy je známá vyvolávající příčina (sádrová fixace), je minimální doba podávání antikoagulancií 3 měsíce. U trombóz bez dalších komplikací je to až 6 měsíců. U některých pacientů jsou ordinována antikoagulancia až na 12 měsíců, výjimečně i doživotně (recidivy hluboké žilní trombózy, plicní hypertenze).

Mezi antikoagulační léčbu, kterou specifikuje Marek a kol. (2010), patří:

- hepariny,
- antagonisté vitaminu K (perorální antikoagulancia),
- přímé inhibitory trombinu,
- přímé inhibitory aktivovaného faktoru X (rivaroxaban,apixaban, otamixaban).

Hepariny

- nefrakcionovaný heparin (v současnosti již nahrazován nízkomolekulárními hepariny),
- nízkomolekulární hepariny (LMWH) – účinnější, bezpečnější, nižší riziko krvácení, lepší biologická dostupnost.

Antagonisté vitaminu K (perorální antikoagulancia)

- Warfarin – antikoagulační účinek nastupuje až za 4-5 dní
    - nutná dietní omezení, opakované monitorování protrombinového času (vyšetření Quickův test)
    - léčbu Warfarinem lze zahájit až po podání heparinu z důvodu možného vzniku vzácné komplikace a to, kožní nekrózy

Přímé inhibitory trombinu

- syntetické deriváty hirudinu – Desirudin (Revasc) – krátkodobá prevence při totální endoprotéze kyčelního kloubu,

- gastrany – přímé reverzibilní inhibitory trombinu – dabigatran etexilát (Pradaxa) – prevence TEN u dospělých pacientů po plánované náhradě kyčelního kloubu.

Přímé inhibitory aktivovaného faktoru X (xabany)

- Xarelto – profylaxe TEN u ortopedických pacientů.

Kompresní terapie v prevenci a léčbě dle Hermana a kol. (2011)

- rychlejší ústup bolesti a otoku,
- snižují výskyt posttrombotického syndromu,
- k vyvolání zevního tlaku se používají elastická obinadla nebo elastické punčochy.

Trombolytická léčba podle Karetové (2015)

- nejčastěji lokální farmakomechanická trombolýza popliteální (podkolenní) žílou,
- rychlé rozpuštění trombu, nižší riziko vzniku posttrombotického syndromu,
- vyšší riziko iatrogenního krvácení,
- nejlépe u nemocných krátce po vzniku příznaků.

Katetrizační metody s provedením perkutánní katétrové embolektomie, lokální aplikace trombolytika, event. s mechanickou fragmentací proximálně uložených embolů jsou pro pacienta šetrnější alternativou chirurgické léčby. Katetrizační metody volíme, když je trombolýza absolutně kontraindikovaná (KARETOVÁ, 2015).

Tabulka 3 Kontraindikace trombolytické léčby (absolutní se stávají relativními v případě život ohrožující plicní embolie)

Kontraindikace	
Absolutní	Relativní
- Hemoragický iktus nebo iktus nejasné etiologie kdykoliv v anamnéze - Ischemický iktus v posledních 6 měsících - Tumor mozku nebo trauma CNS v anamnéze	- Tranzitorní mozková příhoda v posledních 6 měsících - Těhotenství, peripartální období nebo týden postpartálně - Nekompresibilní tepenné punkce - resuscitace s traumatizací

- Trauma nebo chirurgický výkon v předcházejících 3 týdnech - Známá hemoragická diatéza	- Refrakterní hypertenze - Infekční endokarditida - Aktivní vředová nemoc gastroduodenální

Zdroj: Karetová, 2009, s. 76

1.7 KOMPLIKACE

Mezi nejčastější komplikace hluboké žilní trombózy patří:

Plicní embolie jak uvádí Widimský (2011):

- nejzávažnější komplikace
- následkem tromboembolické obstrukce části plicního cévního řečiště – uvolnění trombu a zanesení do plicnice nebo do některé z přívodních tepen
- nejčastějším příznakem je zhoršená klidová dušnost, méně častá je i bolest na hrudi nebo hemoptýza, náhle vzniklá hypotenze nebo synkopa, tachypnoe a tachykardie
- formy plicní embolie
    - akutní masivní plicní embolie,
        - může vést k náhle smrti, ke vzniku kardiogenního šoku
    - akutní submisivní plicní embolie,
    - akutní malá plicní embolie,
    - subakutní masivní plicní embolie,
        - četné menší embolie
    - chronická tromboembolická plicní hypertenze.

Posttrombotický syndrom

- projevuje se chronickou žilní nedostatečností
- k rozvoji dochází během 1–2 let po prodělané symptomatické trombóze

(HIRMEROVÁ, 2015)

Tabulka 4 Klasifikace posttrombotického syndromu (Villalta, 1994)

A. Klinické symptomy I. otok II. indurace III. pigmentace IV. rozšíření žíly V. zarudnutí VI. 6. citlivost bérce	pro každý bod stupeň 1-3
B. Subjektivní potíže I. bolest II. křeče III. pocit těžkých dolních končetin IV. svědění V. 5. parestezie	pro každý bod stupeň 1-3
5-14 = mírný/středně těžký posttrombotický syndrom ≥ 15 nebo bércový vřed = těžký posttrombotický syndrom	

Zdroj: Herman a kol., 2011, s. 179

Phlegmasia dolens, je komplikací hluboké žilní trombózy, kterou popsal Herman a kol. (2011):

- vzácná komplikace trombózy, kdy dochází k nekróze měkkých tkání
- phlegmasia alba dolens – je zachovalý kolaterální hluboký žilní systém – rozsáhlý otok jedné dolní končetiny, bledost a bolestivost končetiny
- phlegmasia coerulea dolens – jsou postiženy i žilní kolaterály, na tepnách vzniká spazmus – otok, cyanóza a ischemická bolest – může dojít až ke gangréně a zvýšenému riziku amputace
- důležitá včasná léčba – prevence gangrény a amputace

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Pacient s hlubokou žilní trombózou a nyní již i se stabilní plicní embolií (klasifikováno po kompletním vyšetření) nemusí být vždy přijatý na lůžkové oddělení, jak uvádí Marek a kol. (2010). Lékař po zhodnocení může určit ambulantní léčbu, nebo nutnost hospitalizace.

Při rozhodování mezi ambulantní léčbou a hospitalizací je nutné zvážit:

- věk,
- rozsah onemocnění,
- pacientův postoj k onemocnění,
- přidružená onemocnění,
- zda je známa příčina, která vyvolala hlubokou žilní trombózu/plicní embolii,
- schopnost pacienta dbát léčebných postupů,
- sociální situace.

Kritéria výběru

Ambulantně

- bércová, nejvýše femoropopliteální trombóza
- dospělý, spolupracující pacient
- hemodynamicky stabilní (TK, srdeční výdej, prokrvení ledvin, periferní pulz)
- krvácení v anamnéze, chirurgický výkon, porod, apod.
- bez renální či hepatální insuficience
- bez alergií na ordinované léky

Hospitalizace

- starší, špatně spolupracující pacient
- obézní či kachektičtí nemocní
- chronické renální nebo hepatální selhání
- pacienti s vyšším rizikem krvácení, polymorbidní nemocní

(KARETOVÁ, 2015)

Ambulantní terapie

U ambulantní léčby hluboké žilní trombózy je důležité celkové vyšetření k průkaznosti základní diagnózy, vstupní náběry a informování pacienta o onemocnění, léčbě i o možných komplikacích onemocnění a podávaných léků. Ambulantní postup je ekonomičtější, především pro pacienta příjemnější a k léčbě přispívá i to, že ponechání hybnost přispívá k obnovení průchodnosti postižené žíly. Důležité je zajištění aplikace LMWH a především nácvik aplikace s pacientem, dále také pravidelné kontroly u lékaře. Nevýhodou je však větší zatížení ambulantního lékaře (KASALOVÁ, 2006 – www.internímedicinapropraxi.cz).

Hospitalizace

Pacienty, jejichž léčba vyžaduje hospitalizaci, přijímáme na standardní oddělení, nemocné podrobíme vyšetření a začneme co nejdříve s léčbou, ta se skládá především s aplikace antikoagulační terapie a režimového opatření. Hospitalizace na jednotkách intenzivní péče (JIP) je indikována u stavů, kdy hrozí vysoké riziko vážných komplikací nebo se již komplikace projevují. U pacientů se podává antikoagulační léčba, nejčastěji aplikace LMWH, kontrolují se u nich výsledky vyšetření krve, provádí se další kontrolní vyšetření. U pacientů s hlubokou žilní trombózou je důležitá monitorace pacientů a případné včasné zachycení komplikací, také sledování příznaků onemocnění a jejich zaznamenávání do dokumentace. Důležitá je také dostatečná hydratace. Také je u nich nutné dodržovat režimová opatření, především kompresi dolních končetin. Pacienti mají klid na lůžku, pouze co nejkratší dobu, poté se začíná s postupnou mobilizací (KARETOVÁ, 2015).

Cíle ošetřovatelské péče, které popisuje Vrublová (2011):

- odstranit u pacientky bolest
- zajistit aktivizaci pacientky
- zamezit vzniku komplikací

U pacienta monitorujeme:

- bolestivost, citlivost, charakter a lokalizace bolesti + záznam do dokumentace pacienta, kdy bolesti hodnotíme nejčastěji stupnicí od 1 do 10, také se ptáme na místo a typ bolesti
- otok, barva kůže na končetině
- celkový stav
- výsledky vyšetření
- možné příznaky komplikací
- účinky léků
- funkčnost bandáže
- pokud má pacient žilní vstup, tak sleduj místo vstupu
- stav hydratace pacienta
- vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace

U pacientů provádíme edukaci, ohledně jejich onemocnění, dodržování léčebného režimu a při propouštění edukujeme především o užívání antikoagulační terapie, dietního opatření u antikoagulační léčby a o nutnosti procvičování dolních končetin, v případě dlouhého sezení užívání kompresních punčoch. Pacient je po propuštění předán do péče praktického lékaře (KARETOVÁ, 2015).

Ošetřovatelský plán dle Slezákové a kol. (2007) a Vrublové (2011)

Vnímání zdravotního stavu

Důležité je zajistit pacientovi dostatek informací o daném onemocnění, léčbě a možných komplikacích. Podat pacientovi informace o způsobech prevence onemocnění.

Poloha a pohybový režim

Zajistíme pacientovi klid na lůžku a poloha končetiny bude ve zvýšené poloze. V klidu na lůžku je pacient, dokud neodezní příznaky. Důležité je zajistit bandáž končetin.

Hygienická péče

Vzhledem ke klidovému režimu pacienta je nutné zajistit hygienickou péči u pacienta, zajistit výměnu prádla. Jakmile je pacient stabilizován, je u něj poskytnut pouze dohled a nápomoc při hygieně. Je důležité věnovat pozornost hygieně nohou a péči o kůži. Předcházíme vzniku dekubitů a opruzenin. Při manipulaci s končetinou spolupracujeme s pacientem.

Výživa

Je možné zajistit dopomoc při jídle, vzhledem ke klidovému režimu, zajistit u jídla vhodnou polohu, tak aby končetina zůstala ve zvýšené poloze. Důležité je zajistit dostatek tekutin a vést záznam bilance. U obézních pacientů je doporučeno snížení hmotnosti. Podáváme vhodnou stravu na podporu vyprazdňování z důvodu možného rizika zácpy.

Vyprazdňování

V akutním stavu zajišťujeme vyprazdňování pacienta na lůžku. V důsledku omezené hybnosti, nedostatku tekutin či změně prostředí, zde hrozí riziko zácpy.

Rehabilitace

Rehabilitace je zahájena po odeznění akutního stavu a dle ordinace lékaře. Je vhodné doporučení na cviky, které může pacient opakovat během dne. Důležitá je kontrola funkčnosti bandáže. Rehabilitaci provádí rehabilitační pracovnice.

Spánek a odpočinek

Vhodné je zhodnotit úroveň spánku, zda pacient dostatečně spí a cítí se odpočatý. Zajistíme klid a čerstvý vzduch. Při případné nespavosti se snažíme odstranit možné příčiny, popřípadě informujeme lékaře.

Psychosociální potřeby

Důležité je poskytnout pacientovi dostatek informací v rámci kompetencí všeobecné sestry. Vhodné poučit pacienta o prevenci onemocnění, úpravě životosprávy a cvičení. Pacientovi je umožněn kontakt s rodinou. Pacienta poučujeme taky o vhodné obuvi – nízký podpatek, pohodlná obuv. Doporučujeme vhodné sporty a relaxační cvičení. Snažíme se zajistit pacientovi psychickou pohodu.

Domácí péče

Pacient je propuštěn do domácí péče po stabilizaci stavu, kdy je důležité edukovat o nevhodnosti dlouhého stání, naučit pacienta správně provádět bandáže, případně doporučit kompresní punčochy.

U pacienta s trombózou je nutné edukovat ohledně antikoagulační terapie, pravidelných kontrol INR, sledování krvácivých projevů, také o stravování a o vhodných pohybových aktivitách (VRUBLOVÁ, 2011).

3 EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Úkolem edukace je pozitivně ovlivnit chování pacienta, jeho postoje, návyky a dovednosti. Důležité je zajistit dostatek informací o vyšetřovacích metodách, léčbě a režimovém opatření. Edukační proces je činnost lidí, kdy dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Edukační procesy probíhají celý život a jsou důležité i v rámci prevence, ve zdravotnictví mají přispět k prevenci nemocí, k uzdravení se či ke zkvalitnění života. Edukátorem je nejčastěji všeobecná sestra, edukantem je nejčastěji pacient (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.1 KOMUNIKACE V EDUKAČNÍM PROCESU

Komunikaci dělíme na verbální (komunikace slovem) a neverbální (beze slov).

Komunikace by měla být jednoduchá, stručná, srozumitelná a především přizpůsobena schopnostem jedince. Roli u verbálního projevu hraje i hlasitost, rychlost řeči, spisovnost a délka projevu. Neverbální komunikace probíhá často nevědomky, vyjadřujeme tak své emoce, postoje a prožívání. K neverbální komunikaci patří i vzdálenost nebo komunikace prostřednictvím dotyků (ONDERKOVÁ, 2007).

3.2 FÁZE EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Edukace se rozpracovává do 5 fází, jak udává Juřeníková (2010)

A. Fáze pedagogické diagnostiky – zhodnotit úroveň vědomostí a návyků pacienta
B. Fáze projektování – plánování cílů, stanovení metod edukace
C. Fáze realizace – důležité je pacienta motivovat, zprostředkovat nové informace, opakovat a procvičit nové dovednosti a zjistit zda pacient dokáže nové dovednosti použít
D. Fáze upevnění a prohlubování učiva – nutné procvičovat nové dovednosti, aby došlo k zafixování informací v dlouhodobé paměti
E. Fáze zpětné vazby – zhodnotit výsledky, nejen pacienta, ale i naše

3.3 EDUKAČNÍ CÍLE

Edukační cíle jsou očekávaným výsledkem, kterého chceme u pacienta dosáhnout. Správně stanovené cíle pomáhají dobře naplánovat edukaci u pacienta. Cíl by měl být splnitelný a neměl by podceňovat schopnosti jedince. Cíle musí být formulovány jednoznačně a konkrétně (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.4 FORMY EDUKACE

Formy edukace se dělí nejčastěji podle počtu edukantů ve skupině, což popisuje Juřeníková (2010). Rozeznáváme tyto formy edukace:

- individuální – ve zdravotnictví nejčastější
    - úzký osobní kontakt
    - obsah edukace je vytvořen individuálně pro jednoho jedince
    - edukační metody – vysvětlování, rozhovor, praktická instruktáž
- skupinová – nejčastěji v lázeňské péči
    - ideální počet členů je 3-5
    - využívá se často diskuze
    - možnost výměny zkušeností mezi edukanty
- hromadná – sdělujeme všem účastníkům stejný obsah
    - velká skupina osob
    - nejčastěji formou přednášky

3.5 METODY EDUKACE

Metoda je cesta k naplnění cílů, které jsme si stanovili. Důležité je zohlednit cíle, které jsme si stanovili a přihlédnout k osobnosti edukanta. Metody rozepisuje Juřeníková (2010) na následující.

Přednáška

Pomocí přednášky předáváme vědomosti v ucelené podobě. V začátku přednášky je úvod, v něm edukanty seznamuje s problémem a snažíme se získat jejich pozornost. Po úvodu je samotný výklad, v němž prezentujeme podložená fakta, důležité je přednášku logicky ucelit. Po výkladu následuje závěr přednášky, kdy je důležité shrnout hlavní body. Při přednáškách se nejčastěji používá projektor, pomocí kterého do prezentace zařazujeme různé obrázky nebo fotografie.

Vysvětlování

Snažíme se vysvětlit podstatu problému, příčiny a souvislosti. Je dobré vysvětlování doplnit praktickými pomůckami.

Instruktáž a praktické cvičení

Instruktáž je teoretická část před praktickým procvičením. Při instruktáži je důležité vše vysvětlit, význam i výsledek činnosti. U první praktické ukázky dbáme na slovním popisu, předvádíme pomalu. Po instruktáži následuje samotné praktické cvičení, kdy si pacienti zkouší pracovní činnost sami.

Rozhovor

Základem rozhovoru je kladení otázek, kdy mezi sestrou a pacientem dochází k výměně informací. Rozhovor nejčastěji využíváme k získání informací o pacientovi, k předání nových informací nebo k zopakování již získaných vědomostí. Otázky je dobré si rozmyslet předem.

Diskuze

Všichni zúčastnění mají možnost diskutovat, argumentovat, vyjádřit své myšlenky, nápady. Diskuze je dobrá pro procvičení získaných vědomostí pacienta. Zadání diskuze by měli účastníci znát předem, aby se mohli připravit. Na konci diskuze je důležité provést shrnutí.

Konzultace

Nejčastěji užívaná metoda ve zdravotnické praxi. Konzultace je setkání s poradcem, se kterým můžeme probrat svůj problém. Sestra si při konzultaci může ověřit znalosti a dovednosti pacienta a na základě potřeb a problémů pacienta může naplánovat edukaci.

Brainstorming („mozková bouře‘‘)

Ideální počet osob je 12, využívá se k získání co nejvíce informací nebo nápadů v daném časovém limitu a neměla by být delší než 45 minut.

Práce s textem

Práce s textem je další častá metoda využívaná ve zdravotnictví. Jedná se nejčastěji o písemný materiál, jako jsou články, plakáty nebo určité brožury. K edukaci pacienta by neměl sloužit pouze leták nebo brožura, měli bychom přidat například konzultaci či vysvětlování. Letáky a brožurky bývají nejčastěji umístěné v čekárnách ambulancí.

Plán edukace

Plán edukace nejčastěji naplánován písemně dle edukačních potřeb pacienta a vše by mělo být zaznamenáno do dokumentace.

Obsah

- edukační potřeby
- edukační cíl
- kdo pacienta edukuje
- metody, formy edukace
- osnova edukace
- způsob zhodnocení

3.6 REALIZACE EDUKAČNÍHO PROCESU

Edukaci bychom měli důkladně naplánovat a snažit se dosáhnout stanovených cílů. Na realizaci u pacienta by se měl podílet celý zdravotnický tým, každý na základě svých kompetencí a specializace. Na uskutečnění edukace může mít vliv spousta faktorů, které je nutné brát na zřetel již při plánování. Patří mezi ně například pohlaví, věk, zdravotní a psychický stav, schopnosti, dovednosti, ale i vzdělání nebo rodinné vztahy. Důležitá je příprava, jak zdravotníka a pacienta, tak i prostředí a materiálů vhodných pro edukaci. Při přípravě zdravotníka je dobré si písemně sepsat téma, cíl a obsah, co chceme edukantovi sdělit. U přípravy pacienta je dobré ho seznámit s důvody edukace a edukačními cíli, zjistit zda je ochoten se zapojit. Důležitá je také volba prostředí, kde bude dostatečný klid a nebude nás nic rušit.

Edukace musí být zaznamenána do dokumentace pacienta. Vše zapisujeme i v případě, že jí odmítne.

(ŠPIRUDOVÁ, 2006)

3.7 HODNOCENÍ EDUKACE

Hodnotíme především, jakých výsledků jsme dosáhli, zda byly splněny stanovené cíle. V případě nesplnění některých cílů je důležité zhodnotit edukaci, odhalit příčiny a naplánovat další edukaci. Hodnocení edukace můžeme provádět jak v jejím průběhu, tak na závěr celé edukace. Hodnocení pacienta může být verbální i neverbální. U dětí se nejčastěji používá hodnocení pomocí různých symbolů, například červené nebo černé puntíky. Hodnocení ze strany pacienta může proběhnout prostřednictvím dotazníku (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

3.8 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V EDUKACI

Mezi nejčastější chyby v edukaci patří především to, že edukace je spíše monologem lékaře či sestry. Chybou je také to, že edukátor nerespektuje potřeby edukanta. Důležité je neužívat odborné výrazy, nacvičovat spíše praxi, než edukanta zahltit množstvím teorie (KVAPIL, 2011).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S HLUBOKOU ŽILNÍ TROMBÓZOU

4.1 ANAMNÉZA

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Iniciály: M. M.

Datum narození: 25. 1. 1973

Věk: 43 let

Vzdělání: SŠ s maturitou

Zaměstnání: účetní

Stav: rozvedená

Typ přijetí: akutní

Datum přijetí: 4. 7. 2016

Oddělení: interna

Ošetřující lékař: MUDr. Z. V.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Před pár dny mě začala bolet noha, potom jsem si všimla i otoku na levé dolní končetině a už se mi i hůře chodilo z důvodu velké bolestivosti.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Hluboká žilní trombóza na levé dolní končetině - recidiva

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stav po hluboké žilní trombóze na levé dolní končetině v roce 2005

Stav po operaci z důvodu stočení hlavy k jedné straně, provázeného bolestivým spasmem svalů v roce 1979

Stav po laparoskopické operaci myomu dělohy v roce 2014

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 4. 7. 2016

Krevní tlak: 133/90

Pulz: 83/min

Dech: 17/min

Tělesná teplota: 36,6 °C

Výška: 160 cm

Hmotnost: 63 kg

Stav vědomí: při plném vědomí

Řeč: řeč je srozumitelná

Orientace: pacientka plně orientována místem, časem i osobou

Pohyblivost: pohyblivost je u pacientky zhoršená z důvodu bolestivosti a otoku levé dolní končetiny

Nynější onemocnění: Hluboká žilní trombóza levé dolní končetiny (recidiva)

Pacientka přijata pro bolestivost a otok levé dolní končetiny, z důvodu recidivující hluboké žilní trombózy. Pacientka již v minulosti zánět žil prodělala.

Informační zdroje: Dokumentace + rozhovor s pacientkou a fyzikální vyšetření

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: Arteriální hypertenze

Otec: zemřel na anginu pectoris

Sourozenci: bratr diabetes mellitus, zemřel ve 44 letech na celkové selhání (alkoholik)

Děti: tři porody, jeden císařský řez – narozeno mrtvé dítě, dva potraty, dcera a syn jsou zdraví

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: stav po hluboké žilní trombóze v roce 2005

Hospitalizace a operace: operace z důvodu stočení hlavy k jedné straně, provázeného bolestivým spasmem svalů v roce 1979, laparoskopická operace myomu dělohy v roce 2014

Úrazy: drobná dětská poranění

Transfúze: dosud zatím transfuzi nedostala

Očkování: dle očkovacího kalendáře, na doporučení praktického lékaře očkována proti chřipce

LÉKOVÁ ANAMNÉZA (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zyrtec	Tbl.	10 mg	0-0-1	Antihistaminika
Warfarin	Tbl.	5 mg	Sudý týden1 tbl., lichý týden ½ tbl.	Antikoagulancia

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: alergii na léky neudává

Potraviny: alergii na potraviny neudává, nikdy neměla

Chemické látky: nemá

Jiné: udává alergii na prach, pyl – dochází do alergologické ambulance

Abúzy

Alkohol: alkohol užívá v přiměřeném množství a jen příležitostně

Kouření: pacientka nekouření, nikdy nekouřila

Káva: pije jednu až dvě denně, s mlékem a bez cukru

Léky: žádné léky chronicky neužívá, pouze sezóně léky na alergii

Jiné návykové látky: žádné neužívá

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menstruaci měla pacientka od 12 let, nyní po operaci myomu dělohy již nemá. Dříve cyklus nepravidelný, trval až 12 dní a krvácení bylo silné a doprovázené velkými bolestmi.

Antikoncepci pacientka nikdy dříve neužívala.

Samovyšetření prsou pacientka neprovádí. Na gynekologické prohlídky pacientka dochází pravidelně.

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: rozvedená

Bytové podmínky: žije s dcerou v bytě

Vztahy, role a interakce: matka, dcera, přítelkyně, kamarádka

Záliby: četba, cestování

Volnočasové aktivity: četba, výlety

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: SŠ s maturitou

Pracovní zařazení: Účetní, OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná)

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacientka stále pracuje

Vztahy na pracovišti: pracuje většinou z domova, ale s lidmi se kterými spolupracuje, udává dobré vztahy

Ekonomické podmínky: dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: pacientka je křesťanka, ale duchovního v nemocnici nevyžaduje

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Vyšetření hlavy

Oči jsou ve středním postavení, oční štěrbiny jsou souměrné. Barva sklér je bílá, zornice jsou stejně velké a na světlo reagují. Rty jsou růžové, bez viditelných poškození, bez oparu. Jazyk mírně povleklý, růžový a přiměřeně vlhký. Sliznice v dutině ústní bez známek poškození či aftů. Bez zápachu z úst. Zuby má pacientka svoje, chrup zdravý a bez viditelných kazů.

Vyšetření krku

Krk přirozeně pohyblivý, bez bolesti. Uzliny nejsou na pohled ani pohmat zvětšené. Štítná žláza také neviditelná a nehmatná. Náplň krčních žil není zvětšená.

Vyšetření hrudníku

Hrudník je symetrický. Dýchání je čisté, poslechově bez známek šelestu. Srdeční akce je pravidelná.

Vyšetření břicha

Břicho je symetrické, v podbřišku jizva po císařském řezu. Na pohmat je břicho nebolestivé. Poslechově slyšíme pohyb peristaltiky.

Vyšetření končetin a páteře

Páteř je přirozeně zakřivená. Horní končetiny bez otoků, na levé dolní končetině viditelný otok se zarudnutím, na pohmat levá končetina mírně bolestivější. Pravá dolní končetina bez známek otoku či zarudnutí.

Vyšetření kůže

Zabarvení kůže je fyziologicky růžové. Bez známek cyanózy či ikteru. Na levé dolní končetině pohledově zarudlá. Na kůži nejsou žádné viditelné hematomy. Po operacích jsou vidět jizvy, které jsou zahojené, bez jakýchkoliv známek zánětu. Kožní turgor je normální. Teplota kůže není na pohmat snížená ani zvýšená. Nehty jsou v pořádku, udržované.

4.2 POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH POTŘEB A EDUKAČNÍCH CÍLŮ

podle Marjory Gordonové

I. Podpora zdraví

Pacientka je přijata z důvodu recidivy hluboké žilní trombózy, pro bolest a otok levé dolní končetiny. Hospitalizaci zvládá dobře, snaží se, sama se zajímá o léčebný režim, spolupracuje. V běžném životě navštěvuje pravidelně preventivní prohlídky, stará se o sebe a pravidelně dochází na očkování. Pacientka má v domácím prostředí dostatek zájmových aktivit. Její způsob života je sedavý, pracuje jako účetní celý den u počítače. Ve volném čase ráda chodí na procházky nebo jezdí s dcerou na výlety. Doma si ráda čte, velmi ráda a často navštěvuje divadla. Spí denně 7 hodin, se spánkem žádné problémy nemá. Nyní pacientka rehabilituje, sama se snaží s končetinou cvičit, zatím stále kompresní terapie. Spolupracuje dobře.

Ošetřovatelský problém: U pacientky je velkým problémem její sedavý způsob života z důvodu práce na počítači, kdy celý den sedí.

Měřící technika: 0

II. Výživa

Pacientka se doma stravuje pravidelně, jí vše, snaží se jíst dostatek zeleniny a ovoce. Žádné dietní omezení dosud neměla. Pacientka vypije 1 litr denně, džusy a minerálky, čaje a přes den vypije maximálně dvě rozpustně kávy s mlékem bez cukru za den. Alkohol pije pouze příležitostně. Nyní po propuštění bude pacientka užívat Warfarin, a tak je důležité ji poučit, kterým potravinám by se měla vyhnout, které ovlivňují srážlivost krve. Pacientka ví, že nyní bude muset upravit stravu. Snažíme se zvýšit příjem tekutin, sleduje se u ní příjem tekutin, kdy si pacientka čárkuje, kolik toho již vypila.

Ošetřovatelský problém: U pacientky byl v domácím prostředí snížený příjem tekutin.

Měřící technika: výpočet BMI – 24,61 = pacientka má BMI v normě

III. Vylučování a výměna

Pacientka doma neměla problémy s močení, bolest ani pálení neudává. Ani na oddělení neudává žádné problémy, moč bez příměsí. V domácím prostředí má pacientka stolici jednou denně nebo jednou za dva dny, průjmy ani zácpou doma netrpí. V nemocnici pacientka měla problém se zácpou, ale nyní již vše bez problému, stolici má pravidelně.

Ošetřovatelský problém: Ohledně vylučování a výměny není žádný ošetřovatelský problém.

Měřící technika: 0

IV. Aktivita, odpočinek

Pacientka doma netrpí problémy se spaním, léky na spaní neužívá. Pravidelně spí 7 hodin denně, udává, že jí to stačí a cítí se odpočatá. V nemocnici spánek taky bez problémů, léky na spaní nevyžaduje. Doma zhoršená pohyblivost nebyla. Za hospitalizace byl nařízen klid na lůžku. Po pár dnech mobilizace pacientky, nácvik vstávání a chůze, aktivizace pacientky a procvičování dolních končetin. Nyní již pacientka zvládá sebepéči sama, nevyžaduje pomoc. Samostatně zvládá oblékání, stravování i vyprazdňování.

Ošetřovatelský problém: U pacientky je stále zhoršená pohyblivost z důvodu kompresní terapie.

Měřící technika: Barthelův test základních všedních činností – 85 bodů = lehká závislost

V. Vnímání, poznávání

Pacientka je orientována, zvládá udržet pozornost. I doma udrží pozornost, soustředí se dobře. Není zmatená, zvládá ovládat emoce, i v domácnosti, především před dcerou. Nyní má nedostatek informací o jejím onemocnění, sama má snahu o zlepšení znalostí. S edukací souhlasí. Pacientka neudává zhoršení paměti. Komunikuje bez jakýchkoli problémů.

Ošetřovatelský problém: Ve vnímání a poznávání není žádný ošetřovatelský problém.

Měřící technika: Glasgow Coma Scale – hodnocení poruchy vědomí – 15 bodů = normální stav, bez poruch vědomí

VI. Sebepojetí

Pacientka se hodnotí jako realista, pohled na život se snaží mít optimistický, snaží se netrápit maličkostmi. Velkou oporou je jí její dcera a příbuzní. Pacientka v životě nepropadá beznaději, ví, že se to vždycky nějak vyřeší a nějak dopadne.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

*Měřící technika:*0

VII. Role, vztahy

Pacientka žije s dcerou v bytě na pražském sídlišti. Na víkendy odjíždí někdy za svou matkou. V rodině se pravidelně stýkají. Vztahy v rodině jsou dobré. Pacientka zvládá plnění svých rolí. S dcerou, se kterou žije, mají velmi dobrý vztah.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

*Měřící technika:*0

VIII. Sexualita

Pacientka měla menstruaci již od 12 let. Nyní od roku 2014 již nemá, z důvodu operace myomu dělohy. Pacientka má dvě zdravé děti.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

Měřící technika: 0

IX. Zvládání zátěže

Pacientka není ráda, že má znovu recidivu již dřívějšího onemocnění, ale zvládá to dobře. Snaží se, už se těší domu. Doma i za hospitalizace se snaží stres zvládat sama, především aby to nepřenesla na svou dceru. Zátěžové situace nemá problém zvládat. Pacientka má nyní strach, aby se jí onemocnění znovu nevrátili nebo aby nenastali nějaké komplikace. Pacientka, je ráda že má kamarádku, se kterou může vše probrat a která jí i přes telefon pomáhá vše zvládnout, je její oporou.

Ošetřovatelský problém: Pacientka má strach z komplikací nebo případné recidivy.

Měřící technika: 0

X. Životní hodnoty

Pro pacientku je velmi důležitá její rodina a zdraví. Je křesťanka, doma občas chodí do kostela. V nemocnici duchovního nevyžaduje, netrpí duchovním strádáním.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

Měřící technika: 0

XI. Bezpečnost, ochrana

U pacientky je nyní riziko krvácení z důvodu užívání antikoagulancií. Také je zde riziko vzniku komplikací. Důležité je také sledovat případné příznaky u rizika alergické reakce na podané léky.

Ošetřovatelský problém: U pacientky je riziko krvácení a alergické reakce.

Měřící technika: Riziko pádu – 0 bodů = bez rizika, Riziko dekubitů dle Nortonové – 33 bodů = bez rizika dekubitů

XII. Komfort

Při příjmu bolest levé dolní končetiny, nyní bez bolesti, jinak se cítí v pořádku. Nehrozí u ní riziko osamělosti, necítí se osamělá.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

Měřící technika: Vizuální analogová škála bolesti – nyní bez bolesti

XIII. Růst a vývoj

Růst a vývoj odpovídá věku pacientky.

Ošetřovatelský problém: Bez ošetřovatelského problému.

Měřící technika: 0

Profil rodiny

Pacientka je rozvedená, žije s dcerou. Má ještě syna, vztahy v rodině jsou dobré. Otec zemřel na anginu pectoris. Matka se léčí s hypertenzí, pravidelně se navštěvují. Bratr zemřel ve 44 letech na selhání organizmu. Dcera (11 let) je zdráva, chodí na základní školu. Syn (26 let) je zdráv. Pacientka vystudovala střední ekonomickou školu, pracuje jako účetní.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně - ekonomický stav

S rodinou se pravidelně navštěvují, ve volném čase se schází se svými sousedy a kamarády. V rodině jsou vztahy dobré. V nemocnici ji navštěvuje dcera a syn. Kontakt s blízkými je dobrý. Sociální a finanční situace jsou v rodině dobré.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Životní styl pacientky je rozmanitý. Snaží se dodržovat základní prvky správné životosprávy. Vykonává domácí práce, ráda zahradničí a má ráda procházky a výlety se svou dcerou. Ráda navštěvuje divadlo a čte knihy. Pacientka je věřící, ale do kostela pravidelně nechodí. Jednou z nejcennějších hodnot je pro ni zdraví. S nemocí je smířená.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina je schopna spolupracovat a komunikovat, zabezpečuje pacientce pomoc a podporu. Největší podporou je jí dcera a syn.

Porozumění současné situace rodinou

Dcera je seznámena s pacientky onemocněním, rodina je ochotna spolupracovat.

Pedagogické zhodnocení pacientky:

Typ učení: emocionální.

Styl učení: vizuální, auditivní.

Postoj k učení: zájem o nové informace.

Bariéry v učení: žádné bariéry v učení nejsou

Motivace pacientky: Pacientka má dostatečnou motivaci, má zájem se učit a získat nové zkušenosti. Motivuje jí zdravotnický personál a nejvíce její rodina.

SITTUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka ve věku 43 let byla přijata na interní oddělení. Přišla k ošetření na interní ambulanci z důvodu otoku a bolesti levé dolní končetiny a následně byla přijata na oddělení. Tam jí byla udělána potřebná vyšetření pro stanovení diagnózy, zahájena antikoagulační léčba a naordinována kompresní terapie a klid na lůžku. U pacientky byly aplikovány ordinované léky a sledován otok a bolestivost dolní končetiny. Postupně jsme zahájili mobilizaci. Proběhla u ní rehabilitace, kdy byly pacientce ukázány cviky s dolními končetinami a prováděn nácvik chůze. Také jí byly doporučeny cviky s dolními končetinami, které může cvičit i doma u počítače.

Pravidelně byly prováděny odběry krve na zjištění hladiny INR. Nejdříve byl aplikován nízkomolekulární heparin a postupně byl pacientce naordinován i Warfarin, který bude užívat i po propuštění. Pacientka zvládá hospitalizaci dobře. Ráda si čte a těší se na návštěvu její dcery. Stravuje se pravidelně, nyní jí byla nastavena dieta s omezením potravin s obsahem vitaminu K. U pacientky sledujeme bilanci tekutin z důvodu sníženého příjmu tekutin. S močením neudává žádné problémy. S důvodu klidového režimu měla pacientka zácpu, nyní již bez obtíží. Pacientka nemá problémy se spánkem. Má deficit ve vědomostech o specifikách ošetřovatelské péče u onemocnění hluboká žilní trombóza, proto je před propuštěním provedena edukace a jsou jí předány edukační materiály.

4.3 VSTUPNÍ TEST PACIENTKY

Otázky	ANO/NE
Víte, jaké jsou rizikové faktory vzniku trombózy?	NE
Vyskytl se u vás v rodině zánět žil?	NE
Víte, jaké jsou příznaky trombózy?	ANO
Znáte zásady správné životosprávy u trombózy?	NE
Víte, co musíte dodržovat při užívání Warfarinu?	NE
Víte, co je to selfmonitoring a jaké jsou jeho možnosti u léčby trombózy?	NE

Na základě vyhodnocení vstupního testu jsme zjistili, že pacientka má nedostatek informací a vědomostí o léčebných postupech, režimu při užívání Warfarinu a o možnostech kontroly krevní srážlivosti v domácím prostředí. Důležité je také, aby pacientka znala preventivní postupy pro vznik komplikací a recidivu její nemoci, měla by také znát další postup po propuštění do domácího ošetření. Vzhledem k léčebnému postupu a riziku vzniku možných komplikací jsme se rozhodli pacientku edukovat v této problematice.

4.4 DIAGNOSTIKA

Deficit vědomostí

- o vzniku a komplikacích onemocnění
- o léčebném režimu
- o změně životního režimu
- o dodržování režimu po propuštění
- ohledně vhodných aktivit, nutnosti užívání kompresních punčoch
- o prevenci onemocnění a jejích komplikacích
- o možnostech léčby onemocnění, o nových způsobech např. měření hladiny INR v domácím prostředí

Deficit v postojích

- strach z nemoci
- nejistota v dodržování správného režimu

4.5 PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vědomostního vstupního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu

Podle struktury: 3. edukační jednotky.

Záměr edukace: pacientka bude mít co nejvíc vědomostí o jejím onemocnění a možných komplikacích, bude znát léčebný režim, bude dodržovat správnou životosprávu, adaptuje se na nové onemocnění a životní situaci

Podle cílů:

A. Kognitivní – vzdělávací – cílem je osvojení si nových vědomostí a schopností
B. Afektivní – postojové – cílem je získání názorů a postojů
C. Psychomotorické – výcvikové – cílem je získání např. pohybových nebo pracovních dovedností

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta, případně na vyšetřovně či denní místnosti pacientů, důležité soukromí a klid

Podle času: edukační proces je rozdělen do dvou dnů, podle zdravotního stavu pacientky a odpoledních návštěv její dcery, v dopoledních hodinách.

Podle metody:

A. Slovní metody – monologické, dialogické, metody písemných prací nebo práce s učebnicí (např. popis, vysvětlování, rozhovor)
B. Názorně demonstrační metody – pozorování, předvádění, projekce
C. Metody praktické činnosti – nácvik pohybových nebo praktických dovedností, pracovní činnosti, výtvarné činnosti

Edukační pomůcky: audiovizuální pomůcky, obrázky, odborná brožura, edukační karty

Podle formy: individuální

Struktura edukace

1. Edukační jednotka: Specifika ošetřovatelské péče o pacientku s onemocněním hluboká žilní trombóza

2. Edukační jednotka: Specifika ošetřovatelské péče při užívání Warfarinu

3. Edukační jednotka: Specifika ošetřovatelské péče se zaměřením na selfmonitoring

Časový harmonogram edukace

1. Edukační jednotka: 2016 od 10:00 do 11:00 (60 minut)

2. Edukační jednotka: 2016 od 9:30 do 10:15 (45 minut)

3. Edukační jednotka: 2016 od 10:30 do 11:05 (35 minut)

4.6 REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Specifika ošetřovatelské péče o pacientku s onemocněním hluboká žilní trombóza

Místo edukace: v soukromí na jídelně oddělení

Časový harmonogram: 60 minut

Cíl:

- Kognitivní - pacientka nabyla dostatečných vědomostí o vzniku onemocnění, rozezná příznaky, zná postup léčby a umí specifikovat léčebný režim.
- Afektivní - pacientka má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi o chorobě.

Forma: individuální.

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta, diskuze.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, brožura, publikace, edukační karta.

Realizace 1. edukační jednotky

- *Motivační fáze:* (5 minut) pozdravit a představit se, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- *Expoziční fáze*: (35 minut)

- *Seznámení pacientky s příznaky nemoci:*

- Hluboká žilní trombóza je zánět hlubokých žil, kdy dochází k ucpání některé z žil krevní sraženinou. Nejčastěji se vyskytuje na žilách dolních končetin. Základem léčby je včasná diagnostika. Důležité je přijít s příznaky včas k lékaři. Typickými příznaky, podle kterých můžeme poznat toto onemocnění, jsou otok dolních končetin, zarudnutí na končetině a bolestivost. Onemocnění se může kdykoli navrátit i přesto, že je pacientka zaléčena Warfarinem. Proto je důležité, znát příznaky onemocnění a případných komplikací a včas vyhledat lékaře.

- *Rizikové faktory pro vznik flebotrombózy:*
  - Rizikové faktory vzniku zánětu hlubokých žil jsou vrozené i získané. K vrozeným patří zejména dědičné poruchy krevní srážlivosti. Hlavními získanými rizikovými faktory jsou věk, obezita, kuřáctví, hormonální léčba nebo i vznik nádorového onemocnění, také dlouhodobé upoutání na lůžko, sádrová fixace či operační výkon. Po prodělané hluboké žilní trombóze je v prevenci důležité omezit rizikové faktory jako je užívání hormonální antikoncepce, dlouhé sezení a cestování, kouření. V rámci prevence jsou důležité bandáže nebo používání kompresních punčoch, které předepisuje praktický lékař. Bandáže jsou vhodné 10 až 20 cm nad místo trombózy. V rámci prevence je také důležité dodržování léčebného režimu, u užívání Warfarinu především pravidelné odběry krve na krevní srážlivost a užívání správného množství léku.

- *Seznámit pacientku s léčebným režimem:*
  - Při užívání Warfarinu je velmi důležitá monitorace krevní srážlivosti. Dávku léků určuje praktický lékař na základě výsledku těchto testů. U léčby je nutné omezit konzumaci některých potravin., především obsahujících vitamin K. Důležité je také dávat pozor při některých činnostech, kde by mohlo dojít k poranění. U pacientů užívajích Warfarin dochází i při drobném poranění k delší době zástavy krvácení. Při výskytu častějšího slizničního krvácení nebo při větší tvorbě modřin je důležité navštívit svého praktického lékaře. K dlouhodobé léčbě také patří nošení kompresních punčoch, především při delším sezení nebo stání, také při cestování. Při plánovaném delším cestování je důležité použití kompresních punčoch, dodržovat dostatek tekutin a je vhodné informovat praktického lékaře, hlavně je dobré pravidelně vstávat, cvičit

s dolními končetinami a cestovat v pohodlném oblečení. U trombózy je také vhodné drobné cvičení s dolními končetinami pro posílení lýtkového svalstva, například výstupy na špičky nebo cviky s končetinami ve vzduchu jako je „jízda na kole ve vzduchu“, Postupně je možné zařadit opatrnou jízdu na kole nebo rotopedu a pomalu se prodlužující procházky. Nevhodné jsou cviky se zvedáním břemen a posilovací stroje.

Kdy vyhledat lékařskou pomoc?

- krvácení nepřestává ani 10 minut po ošetření
- zvracení krve
- časté krvácení z nosu či dásní
- neobvyklá tvorba modřín
- neobvyklé otoky či bolesti
- pád či úder do hlavy
- zhoršené dýchání
- zvýšený pocit únavy a slabosti

- *Fixační fáze:* (10 minut) důkladné zopakování důležitých informací o onemocnění, shrnutí, zdůraznění závažnosti nemoci.
- *Hodnotící fáze:* (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, kladení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení správnosti jejích odpovědí.

Kontrolní otázky pro pacientku:

Jaké jsou příznaky trombózy?

Kdy vyhledat lékaře?

Jaké jsou základy léčebného režimu?

Zhodnocení edukační jednotky

- Cíle, které jsme si stanovili, byly splněny. Na závěr jsme se pacientky zeptali na pár kontrolních otázek, na které správně odpovídala. Tím prokázala základní vědomosti o onemocnění, jejích příznacích i komplikacích a léčbě. Pacientka je velmi zodpovědná, na edukaci se soustředila, projevila aktivní zájem o nové informace. V rámci diskuze jsme si potvrdili, že jsme obsah této edukační jednotky určili správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Specifika ošetřovatelské péče při užívání Warfarinu

Místo edukace: v soukromí na jídelně

Časový harmonogram: 45 minut

Cíl:

- Kognitivní: pacientka má vědomosti o zásadách léčby Warfarinem a všech nutností spojených s jeho užíváním
- Afektivní: pacientka má zájem o vědomosti, je spokojená s nově získanými vědomostmi, uvědomuje si všechny okolnosti léčby Warfarinem

Forma: individuální

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení otázek, diskuze

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, brožurky, edukační karta, obrázky

Realizace 2. edukační jednotky:

- *Motivační fáze:* (5 minut) pozdravit a představit se, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- *Expoziční fáze:* (20 minut)

- *Pravidla užívání Warfarinu:* Warfarin je nasazen v nemocnici, dále jeho dávku určuje praktický lékař na základě výsledků krevní srážlivosti. Důležité je mít u sebe průkazku o léčbě Warfarinem, kam se zaznamenávají výsledky INR a následná ordinovaná dávka. Je vhodné jí mít stále u sebe i z důvodu, kdy dojde k autonehodě či úrazu. Při výskytu nadměrné krvácivosti nebo větší tvorbě modřin je nutné kontaktovat svého lékaře. Dobré je také lék užívat každý den ve stejnou dobu. Před každým vyšetřením nebo zákrokem informujte lékaře, že užíváte Warfarin. Při indikaci nějakého zákroku, např. i trhání zubu, dochází u pacienta s Warfarinem k vysazení na nějakou dobu, pacient si po tuto dobu aplikuje nízkomolekulární heparin podkožními injekcemi.

- *Pravidelná kontrola INR:* Vyšetření krevní srážlivosti se u léčby Warfarinem provádí pomocí tzv. Quickova testu, kdy výsledkem je hodnota INR a jeho hladina by se měla pohybovat v rozmezí 2,0-3,0. K odběru nejčastěji dochází 1krát za 3-4 týdny. Důležité je na kontroly docházet pravidelně. U INR nad 5 se výrazně zvyšuje riziko krvácení. Při snížení INR pod dolní hranici se zvyšuje riziko tvorby krevní sraženiny.
- *Lékové a potravinové interakce:* Účinky Warfarinu ovlivňují některé potraviny, především ty s obsahem vitaminu K, které účinek Warfarinu snižují. Mezi potraviny s obsahem vitaminu K patří: játra, brokolice, růžičková kapusta, špenát, kapusta, zelí. Užívání alkoholu nebo ovocné šťávy naopak jeho účinek zvyšují, může tak dojít k předávkování a zvýšenému riziku krvácení. Není nutné potraviny úplně vynechávat, ale postačí jejich omezení na malé množství. Dále účinek Warfarinu mohou ovlivnit některé léky, např. na nachlazení nebo na bolest, proto je vždy důležité se nejdříve poradit s lékařem nebo lékárníkem. Srážlivost krve také ovlivňují některé bylinné nebo vitaminové produkty, jako zelený čaj, třezalka, koenzym Q10.

Tabulka 5 Množství vitamínu K

Množství vitaminu K v některých potravinách	
Zelenina	
Kapusta	440 µg/100 g
Špenát	380 µg/100 g
Brokolice	180 µg/100 g
Okurky	20 µg/100 g
Rajčata	6 µg/100 g
Tuky a oleje	
Sojový olej	193 µg/100 g
Slunečnicový olej	3 µg/100 g
Vařená jídla	
Salátové dresingy	100 µg/100 g
Majonéza	41 µg/100 g
Hot dog	3 µg/100 g

Zdroj: www.warfarin.cz (cit. 07. 03. 2017)

- *Fixační fáze:* (10 minut) důkladné zopakování důležitých informací o Warfarinu, shrnutí jeho užívání a všech nutností s tím spojených.
- *Hodnotící fáze:* (10 minut) zhodnocení zpětné vazby, kladení kontrolních otázek pacientce a vyhodnocení správnosti jejích odpovědí.

  Jaká je správná hladina INR?

  Jaké léky například nesmím k Warfarinu?

  Jakým potravinám se vyvarovat a proč?

Zhodnocení edukační jednotky: Stanovené cíle byly splněny. Na závěr jsme se pacientky zeptali na pár kontrolních otázek, na které pacientka správně odpovídala. Tím prokázala základní vědomosti ohledně užívání Warfarinu. Pacientka je velmi zodpovědná, na edukaci se soustředila, projevila aktivní zájem o nové informace. V rámci diskuze jsme si potvrdili, že jsme obsah této edukační jednotky určili správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 45 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Specifika ošetřovatelské péče se zaměřením na selfmonitoring

Místo edukace: v soukromí na jídelně

Časový harmonogram: 35 minut

Cíl:

- Kognitivní: pacientka získá dostatek informací a nové metodě kontroly INR, s možností kontroly v domácím prostředí, prostřednictvím přístroje CoaguCheck.
- Afektivní: pacientka projevuje dostatek zájmu o získání nových informací ohledně možnosti sebetestování, udává spokojenost s podanými informaci ohledně možnosti selfmonitoringu.

Forma: individuální

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta, diskuze

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, brožurky, edukační karta, obrázky

Realizace 3. edukační jednotky:

- *Motivační fáze:* (5 minut) pozdravit a představit se, vytvořit vhodné edukační prostředí, příjemnou atmosféru, povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných vědomostí.
- *Expoziční fáze:* (15 minut)

- *Sebetestování:* Sebetestování má výhodu, že pomocí kapilární krve lze stanovit hladinu INR v domácím prostředí a pacient to zvládne sám. Další výhodou je, že se pacient sám aktivně účastní léčebného režimu, také je zde větší možnost kontroly nad možnými komplikacemi z důvodu změny životosprávy, díky častějšímu měření INR.
- *Základní informace o selfmonitoringu:* Selfmonitoring je možné provádět sám po celkovém a důkladném zaškolení pověřenou a kvalifikovanou osobou. Testování pomocí přístroje Coaguchek je jednoduché, přístroj vás pomocí symbolů na displeji sám provede testem krok za krokem. Po zapnutí přístroje se vloží testovací papírek, na který se aplikuje vzorek krve. Výsledek se zobrazí asi za minutu po aplikaci kapky krve. Po měření si přístroj automaticky výsledek uloží do paměti. Do paměti se vejde až 100 výsledků s časem i datem. Přístroj Coaguchek je zejména vhodný při cestování, kdy si kdykoli a téměř kdekoli můžete změřit hladinu INR.
- *Kde zjistit více informací:* Více informací dostanete na stránkách přístroje Coaguchek. Kde naleznete všechny důležité informaci, i odpovědi na nejčastější otázky. Také se zde můžete objednat na školení, které je nutné absolvovat před začátkem selfmonitoringu. Přístroj Coaguchek, ani papírky používané na testování, zatím pojišťovna neproplácí, proto je důležité vše probrat, dobré je poradit se s praktickým lékařem.

- *Fixační fáze:* (5 minut) zopakování informací ohledně selfmonitoringu, zdůraznění možnosti získání dalších informací.

- *Hodnotící fáze:* (10 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi, zhodnocení pomocí kontrolních otázek, zda pacientka získala podstatné informace k tématu selfomitoringu.

  Víte co to je, selfmonitoring?

  Víte, kde získáte další informace ohledně přístroje CoaguCheck?

  Měla byste zájem o více informací k tomuto produktu?

Zhodnocení edukační jednotky: Na závěr jsme se pacientky zeptali na pár kontrolních otázek, na které pacientka správně odpovídala. Tím prokázala, že zná základní informace ohledně selfomonitoringu, ví kam se případně obrátit pro získání dalších informací. Pacientka je velmi zodpovědná, na edukaci se soustředila, projevila aktivní zájem o nové informace. V rámci diskuze jsme si potvrdili, že jsme obsah této edukační jednotky určili správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 35 minut.

4.7 VYHODNOCENÍ

K závěrečnému vyhodnocení jsme použili stejný vstupní test jako ve fázi posuzování a na jeho základě jsme vyhodnotili, zda edukace splnila své cíle.

Otázky	ANO/NE	Po edukaci
Víte, jaké jsou rizikové faktory vzniku trombózy?	NE	ANO
Vyskytl se u vás v rodině zánět žil?	NE	NE
Víte, jaké jsou příznaky trombózy?	ANO	ANO
Znáte zásady správné životosprávy u trombózy?	NE	ANO
Víte, co musíte dodržovat při užívání Warfarinu?	NE	ANO
Víte, co je to selfmonitoring a jaké jsou jeho možnosti u léčby trombózy?	NE	ANO

- Pacientka získala podstatné vědomosti o onemocnění, léčebném režimu i o možných komplikacích.
- Pacientka prokazuje vědomosti o správném životním režimu při užívání léku Warfarin.
- Pacientka se ráda dozvěděla o nové metodě měření INR v domácím prostředí pomocí přístroje Coaguchek.
- Pacientka je spokojena se získanými vědomostmi.
- Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, které byly pro pacientku srozumitelné, při edukaci výborně spolupracovala, nechala si vše vysvětlit, pokud něčemu nerozuměla, pokládala otázky.
- Edukační cíle (kognititvní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, edukace je ukončena, na základě splněných cílů.
- Na základě odpovědí edukantky, které uvedla ve výstupním testu a na základě splněných stanovených cílů usuzujeme, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.
- Edukace byla účinná a zlepšila psychický stav a vědomosti pacientky.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecné sestry

- Pacienta berte jako bio-psycho-sociální jednotku.
- Berte ohled na pacientovi hodnoty, jeho životní styl.
- Dodržujte důvěrnost informací, které vám pacient sdělí.
- Zjistěte pacientovi dovednosti, vědomosti a jeho postoje.
- Pacienta vždy o všem informujte, seznamte ho vždy s průběhem léčebného režimu, edukace.
- Na pacienta mluvte srozumitelně, bez odborných výrazů.
- Pacientovi vždy nechte dostatek prostoru pro jeho dotazy.
- Pacientům doporučujte kvalitní zdroje pro získávání dalších informací.
- Při edukaci využívejte brožury, edukační materiály a praktické ukázky.
- Ohledně edukované problematiky rozvíjejte i své vědomosti, získávejte nové informace, případně navštivte konference nebo semináře na dané téma.
- Dbejte na celoživotní vzdělávání.

Doporučení pro pacienty

- Dbejte doporučení od sester a lékařů.
- Pravidelně docházejte na kontroly.
- Nebojte se na cokoli, čemu nerozumíte, zeptat.
- Nepodceňujte prevenci, vyhýbejte se rizikovým faktorům.
- Dodržujte správnou životosprávu, omezte potraviny s obsahem vitaminu K.
- Sledujte případné příznaky komplikací.
- Při výskytu jakýchkoli komplikací navštivte svého praktického lékaře.
- V případě zájmu se zeptejte na zdroje, kde zjistit další kvalitní a věřené informace.
- Pokud něčemu nerozumíte, nebo chcete cokoli objasnit, ptejte se.

ZÁVĚR

Teoretická část měla uvést čtenáře do problematiky onemocnění hluboká žilní trombóza, seznámit s rizikovými faktory vedoucími k tomuto onemocnění, komplikacemi a léčbou. Cílem také bylo, zdůraznit důležitost role všeobecné sestry v rámci edukace pacienta a vysvětlit základy a náležitosti edukace. U pacientů se často vyskytuje nedostatek informací, což ovlivňuje i jejich psychický stav.

Cílem bakalářské práce bylo ukázat na důležitost edukace pacientů s onemocněním hluboká žilní trombóza. Edukaci jsme ukázali u pacientky hospitalizované na interním oddělení z důvodu zjištěné hluboké žilní trombózy. Po vstupním testu, který jsme u pacientky provedli, jsme stanovili na základě deficitu znalostí tři edukační jednotky. V první jsme pacientku edukovali ohledně základních informací o hluboké žilní trombóze a léčebném režimu. V druhé jsme edukaci zaměřili na užívání Warfarinu, důležitost měření hladiny INR a dietním omezení. V poslední jsme pacientku edukovali o možnosti měření INR v domácím prostředí nebo na cestách, pomocí přístroje Coaguchek. Edukační proces jsme naplánovali tak, aby odpovídal potřebám pacientky. Na závěr jsme u pacientky provedli znovu vstupní test a na základě jeho výsledků jsme usoudili, že cíle, které jsme si stanovili, hodnotíme jako splněné. Pacientka byla velmi ochotná spolupracovat a byla vděčná za nové vědomosti.

Výsledky, které jsme po edukaci získali, prokazují, že edukace pacientů s hlubokou žilní trombózou je důležitou součástí léčebného procesu. Edukační materiály, které jsou výstupem této bakalářské práce, jsou vhodným podkladem pro všeobecné sestry v klinické praxi, na interním oddělení i v ordinacích praktického lékaře. Vznik edukačních materiálů byl konzultován se staniční sestrou na interním oddělení jablonecké nemocnice, kde probíhala odborná praxe, potřebná k získání informací a důležitých podkladů k tvorbě této bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8

HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3335-7.

HIRMEROVÁ, Jana. *Akutní žilní trombóza 2015: současný stav prevence, diagnostiky a léčby:* doporučený postup České angiologické společnosti ČLS JEP. Olomouc: Solen, 2015. ISBN 978-80-7471-094-0.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KARETOVÁ, Debora a František STANĚK. *Angiologie pro praxi*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-115-8.

KARETOVÁ, Debora a Jan BULTAS. *Farmakoterapie tromboembolických stavů: průvodce ošetřujícího lékaře.* Praha: Maxdorf, 2009. Farmakoterapie pro praxi, sv. 38. ISBN 978-80-7345-184-4.

KARETOVÁ, Debora a Jan BULTAS. *Farmakoterapie tromboembolických stavů*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-459-3.

KASALOVÁ, Zdislava, MUDr. *Ambulantní léčba hluboké žilní trombózy*. Interní medicína pro praxi [online]. 2006 [cit. 2017-03-10]. ISSN - 1803-5256 Dostupné z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/02/03.pdf

KVAPIL, Milan. *Edukace správně a nesprávně*. Medical tribune, 2011, roč. 7, č. 17, A6. ISSN: 1214-8911.

KŘEPELKA, MUDr. Petr. *Leidenská mutace a hormonální kontracepce* [online]. 2004 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/leidenska-mutace-a-hormonalni-kontracepce-161849

Lab Test Online [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.labtestsonline.cz/tests/INR.html?tab=3

MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

MATÝŠKOVÁ, CSC, MUDr. Miloslava a MUDr. Alena. BULIKOVÁ, PH. D. *Rizikové faktory žilní trombózy, trombofilie*. Postgraduální medicína [online]. 2015 [cit. 2017-03-07]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/rizikove-faktory-zilni-trombozy-trombofilie-480298

MUSIL, Dalibor, Jiří HERMAN a Ivo HOFÍREK. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2161-3.

MUSIL, Dalibor. *Ultrazvukové vyšetření žil dolních končetin.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5597-7.

NANDA INTERNATIONAL, Inc. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4402-5.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.* Praha, 2013. ISBN 978-80-902876-9-3.

ONDERKOVÁ, Alice Mgr. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra [online]. 2007 [cit. 2017-03-07]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukacni-proces-z-pohledu-komunikace-mezi-klientem-a-zdravotnike-334439

PENKA, Miroslav a Alena BULIKOVÁ. *Neonkologická hematologie*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2299-3.

Sharepoint - vszdrav.cz. Vysoká škola zdravotnická o. p. s. [online]. [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/default.aspx

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-1775-3.

Slovník cizích slov [online]. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: www.slovnik-cizich-slov.abz.cz

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Ošetřovatelská péče v interních oborech*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-052-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

WIDIMSKÝ, Jiří a Jaroslav MALÝ. *Akutní plicní embolie a žilní trombóza: patogeneze, diagnostika, léčba a prevence*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton, c2011. ISBN 978-80-7387-466-7

Žilní trombóza: Zánět žil. Žilní poradna [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: http://www.zilniporadna.cz/tema/zilni-tromboza-zanet-zil-3

PŘÍLOHY

Příloha A I

Příloha B II

Příloha C III

Příloha D IV

Příloha E V

Příloha F VI

Příloha G VII

Příloha H VIII

Příloha A

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukační proces u pacientů s hlubokou žilní trombózou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škola zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 15. 3. 2017

Brejlová Veronika

Příloha B

Výpočet rizika TEN

NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p.o.

Jméno: .....
Příjmení: .....
Rodné č.: .....

VÝPOČET RIZIKA ŽILNÍHO TROMBOEMBOLIZMU

u pacientů s akutním interním onemocněním pro indikaci profylaxe s LMWH

Je pacient starší 40 let s redukovanou mobilitou?	ANO	NE
ONEMOCNĚNÍ	**BODY**	
srdeční selhání NYHA III-IV	2	
akutní respirační selhání	2	
recentní iCMP	2	
recentní infarkt myokardu	2	
akutní závažná infekce (včetně sepse)	2	
malignita (aktivní nebo léčená)	2	
myeloproliferativní stavy	2	
akutní revmatologické onemocnění	2	
prodělaná ŽT nebo PE v anamnéze	2	
věk nad 75 let	2	
nefrotický syndrom	1	
imobilizace (méně než 30 min chůze denně po nejméně 3 dny)	1	
obezita	1	
známý laboratorní trombofilní stav (vč. trombocytózy)	1	
chronická žilní insuficience s kmenovými varixy	1	
šestinedělí/těhotenství	1	
hormonální terapie (kontraceptiva, substituční terapie)	1	
dehydratace	1	
SOUČET		

Pokud je součet bodů větší nebo rovno 3 je pacient indikován k profylaxi žilního tromboembolizmu LMWH

Pacient je indikován k farmakologické profylaxi žilní trombózy:

Lék:.....**Dávka:**.....

Podpis lékaře:.....**Datum:**.....

zdroj: Interní oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou

Příloha C

Doporučení pro pacienty

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY NA ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBĚ

Úskalí léčby, které je spojeno s antikoagulační léčbou, je možné se vyhnout dodržováním těchto doporučení:

- **Řádně užívat předepsané dávky**
- **Dodržovat dietní doporučení**
  - Je doporučen příjem stabilního, průměrného množství vitaminu K v potravě.
  - Vyloučit potraviny s vysokým a zároveň nestabilním obsahem vitaminu K.
  - Není vhodná výrazná restrikce příjmu vitaminu K potravou.
  - Vyvarovat se náhlých změn v jídelníčku i jednorázových gastronomických excesů.
  - Vyvarovat se excesům v konzumaci alkoholu a kouření.
- **Dodržovat termíny kontrol**
- **Vyvarovat se nepravidelnému užívání jiných léků bez povědomí lékaře**
- **Zajistit tok informací mezi lékaři**

OBSAH VITAMINU K V POTRAVINÁCH[1]

Nízký obsah < 10 µg/100 mg – mléčné produkty, cereálie, pečivo, rýže, maso, ryby, vejce, ovoce (koncentrovaným zdrojem vitaminu K je slupka), sladkosti, zmrzlina, nápoje včetně piva a vína (obojí méně než 0,01 µg), zelenina: rajská jablka, ředkvičky, kukuřice, cibule, brambory, tuky – máslo, slunečnicový olej

Střední obsah 10–40 µg/100 g – zeleninová šťáva, fazolky, zelí, mrkev, míchaná zelenina, olivový olej, majonéza

Vysoký obsah > 40 µg/100 g – brokolice, kapusta, špenát, salát, sojový olej, zelený čaj, avokádo

[1] Leffterová K. Úskalí antikoagulační léčby warfarinem u nemocných s fibrilací síní, Interv Akut Kardiol 2008; 7(6): 220–224.

MNOŽSTVÍ VITAMINU K V NĚKTERÝCH POTRAVINÁCH

Zelenina	µg/100 g
Kapusta	440
Špenát	380
Zelené saláty	315
Brokolice	180
Růžičková kapusta	177
Zelí	145
Chřest	60
Zbílek jedlý	40
Ledový salát	35
Zelené fazole	33
Zelený hrášek	24
Okurky	20
Květák	20
Celer – kořen	12
Mrkev	10
Cuketa	3
Rajčata	6
Cibule bílá syrová	2
Brambory	1

Tuky a oleje	µg/100 g
Sojový olej	193
Bavlníkový olej	60
Olivový olej	55
Tuhákový olej	24
Margarín	42
Slunečnicový olej	3
Máslo	7
Zdroje proteinů	**µg/100 g**
Suché sojové boby	47
Suchá čočka	22
Játra	5
Vejce	2
Syrová masa	<1
Syrové ryba	<1
Mléko	<1
Jogurt – nízkotučný	0,3
Jogurt – 10 % tuku	0,8
Jogurt – ovocný	2

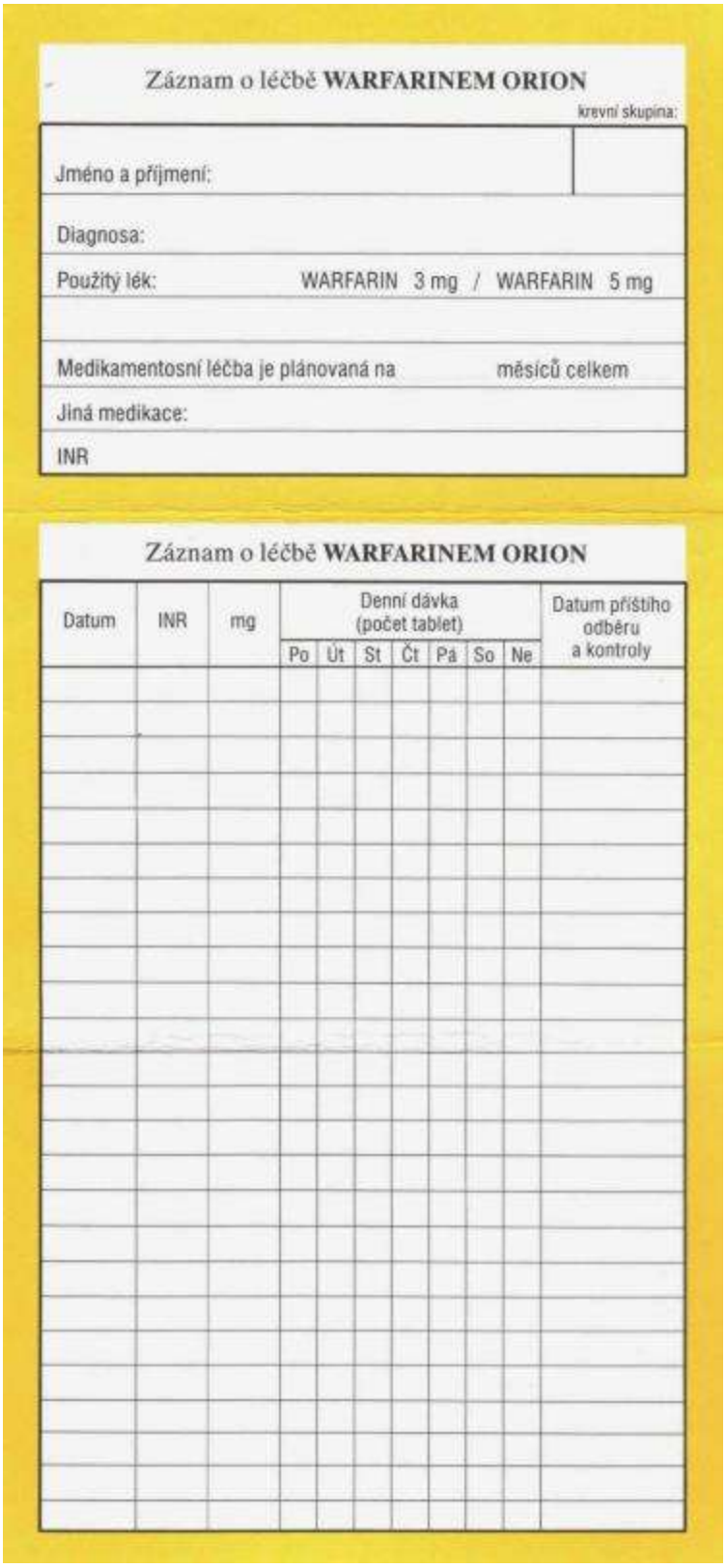
Vařená jídla	µg/100 g
Salátové dresingy	100
Zelný salát	80
Majonéza	41
Muffins	25
Koblihy	10
Jablkový koláč	11
Chipsy (bramborové)	15
Hranolky	5
Makarony se sýrem	5
Lasagne	5
Pizza	4
Hamburger v housce	4
Hot dog v housce	3
Chléb	3

Legenda k tabulce:
- střední hodnoty byly získané z Booth et al. (1993, 1995), Kolwu et al. (1997), Piironen et al. (1997) a Shaerer et al. (1996)
- byly použity hodnoty ve vařených i čerstvých potravinách
- obsah vitaminu K se může lišit v závislosti na zdroji oleje použitého k přípravě potravy

zdroj: leták pro pacienty rozdávaný na interním oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou

Příloha D

Kartička pro pacienty sloužící k záznamu léčby Warfarinem.



Záznam o léčbě **WARFARINEM ORION**

krevní skupina:

Jméno a příjmení:

Diagnosa:

Použitý lék: WARFARIN 3 mg / WARFARIN 5 mg

Medikamentosní léčba je plánovaná na měsíců celkem

Jiná medikace:

INR

Záznam o léčbě **WARFARINEM ORION**

Datum	INR	mg	Denní dávka (počet tablet)							Datum příštího odběru a kontroly
			Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	

zdroj: Interní oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Příloha E

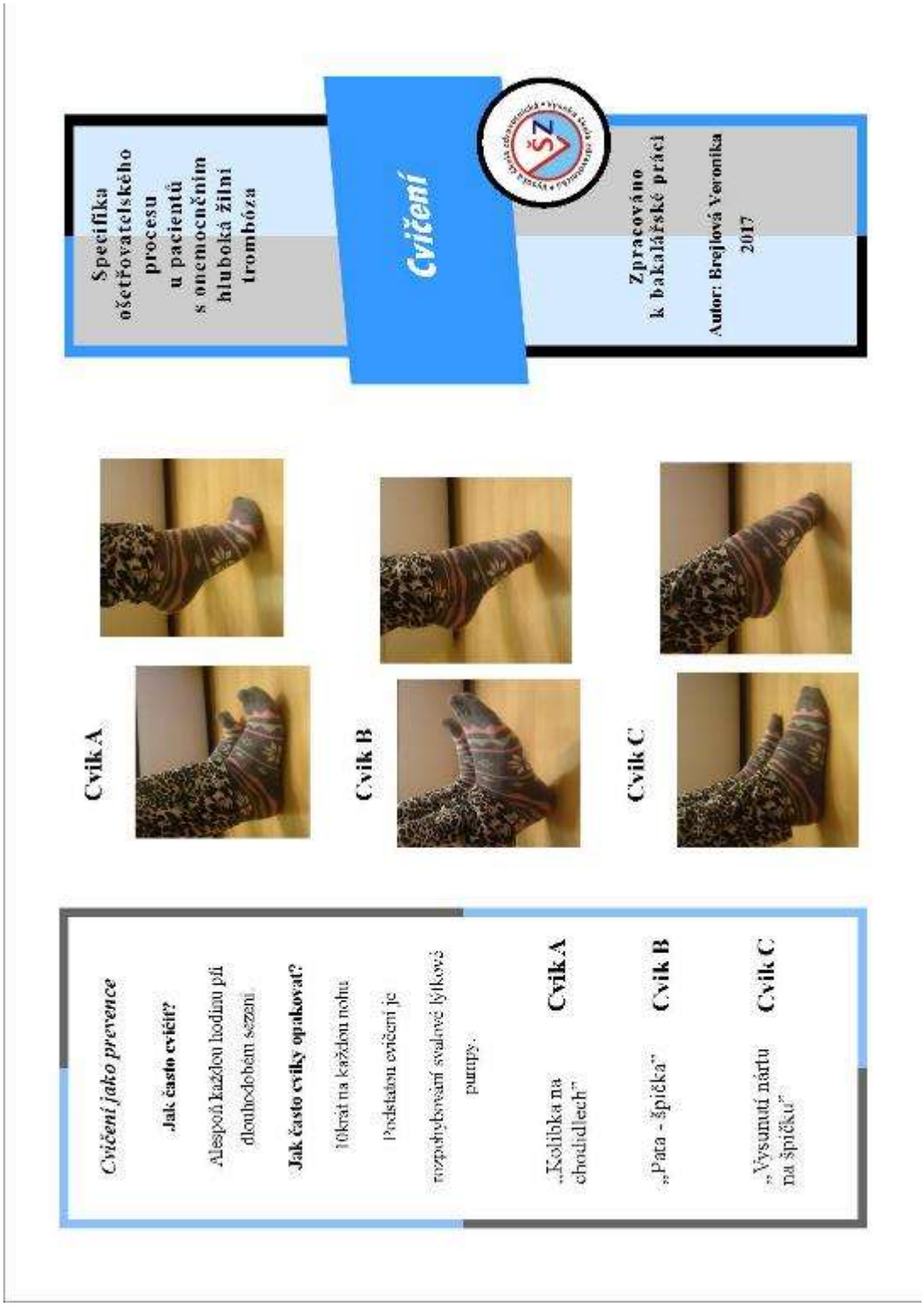
Edukační leták - selfmonitoring

Příloha F

Edukační leták – Specifika ošetřovatelské péče při užívání Warfarinu

Příloha G

Edukační leták – cvičení s dolními končetinami



Příloha H

Rešerše

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Brejlová Veronika
Název práce: Edukační proces u pacientů s hlubokou žilní trombózou

Jazykové vymezení:
čeština, angličtina

Rešeršní strategie
je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,
klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:
dle zadavatele (není-li uvedeno jinak, tak 10 let, tzn. 2007-2016), práce jsou seřazeny od nejnovější k nejstarší

Druhy dokumentů:
v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)
KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta
Počet záznamů:
číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu
tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Základní prameny:
Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)
Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)
Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací
Internet
Medline
CINAHL