



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Jana Tomanová

Ošetřovatelská péče o nemocného s chronickou bolestí u bérkových vředů dolních končetin

Nursing care of patient with chronic pain from leg ulcer

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kulířová

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. 04. 2019.

Jana Tomanová

.....

Podpis

Identifikační záznam

TOMANOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o nemocného s chronickou bolestí u bérkových vředů dolních končetin. [Nursing care of patient with chronic pain from leg ulcer]. Praha, 2019. 70 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulířová, Veronika.

ABSTRAKT

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o nemocného s chronickou bolestí u bérkových vředů dolních končetin. Počet pacientů s bérkovými vředy přibývá a léčba je dlouhodobá a finančně nákladná. Vše ještě komplikuje bolest.

Informace pro teoretickou část jsem čerpala z literatury a odborných časopisů na základě mého vyhledávání a rešerše vytvořené v Národní lékařské knihovně. Také jsem čerpala z internetových zdrojů na toto téma. Další informace jsem získal z doporučení společností zabývajících se hojením ran jako jsou: České společnosti pro léčbu ran, Slovenské společnosti pro léčbu ran, evropské společnosti EWMA a České dermatovenerologické společnosti.

V praktické části jsem zpracovala případovou studii a popsala ošetrovatelský proces u pacientky s bérkovým vředem a chronickou bolestí. Součástí praktické části je posouzení zdravotního stavu podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Informace jsem získala rozhovorem s pacientkou, z dostupné zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním při ošetrování.

Metodika: Kazuistika pacientky s bérkovým vředem a chronickou bolestí s posouzením zdravotního stavu podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové.

Cíl práce: Zaznamenat jaká jsou specifika této ošetrovatelské péče, a to především bolesti. Zjistit, zda správná ošetrovatelská péče může bolest u tohoto onemocnění snížit.

Výsledky: Dodržení správných ošetrovatelských postupů, splnění cílů ošetrovatelských diagnóz u pacientky s chronickou bolestí u bérkových vředů dolních končetin.

Závěr: Při ošetrování ran je potřeba sledovat nové trendy v ošetrování a snažit se minimalizovat bolest. Ta patří mezi nejčastější symptom tohoto onemocnění a jen podávání tablet neznamena vždy snížení bolesti.

Přínosem práce: Je základní shrnutí informací o tomto onemocnění a vytvoření edukačního letáku pro pacienty do domácí péče.

klíčová slova: bérkový vřed, bolest, ošetrovatelská péče, hojení ran, edukace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with nursing care for patient with chronic leg ulcers. The number of patients with chronic leg ulcers is rising and the therapy is long term and costly. Everything is also complicated by pain.

I found information for theoretical part in literature and professional magazines in National Medical Library. Also I gained information from internet resources. Another information was obtained from recommendation concerning about wound healing such as Czech Wound Treatment Society, Slovakian Wound Treatment Society, EWMA European Society and Czech Dermatological Society.

In practical part I processed a case study and described a nursing process of patient with chronic leg ulcers and chronic pain. The practical part including health assessment according to Marjory Gorden's functional model of health. I obtained all information from interview with a patient, from available medical documentation and self-observation during treatment.

Methods: Casuistry of patient with chronic leg ulcers and chronic pain, with health assessment according to Marjory Gorden's functional model of health.

Aim of the thesis: Record the specifics of this nursing care, especially pain. Find out if proper nursing care can reduce pain of this disease.

Results: Compliance proper nursing procedures, reach objectives nursing diagnoses of patient with a chronic pain of leg ulcers.

Conclusion: During the treatment of wounds it is necessary to follow new trends in treatment and try to minimize pain. Pain is the most frequent symptom of this disease and that problem can't be solved just by application of tablets.

Contribution: Is a basis summary of information concerning this disease and creating of education leaflet for patient's home care.

Key words: leg ulcer, pain, nursing process, wound healing, education

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce Mgr. Veronice Kulířové za cenné rady, trpělivost a ochotu. Poděkování patří i pacientce, která mi umožnila zpracovat tuto bakalářskou práci.

Obsah

1. Úvod	9
2. Teoretická část	11
2.1. Anatomie	11
2.1.1. Kůže	11
2.1.2. Pokožka – epidermis	12
2.1.3. Škára – dermis	12
2.1.4. Podkožní vazivo – subcutis	13
2.2. Chronická rána	13
2.2.1. Klasifikace chronických ran	14
2.3. Bércový vřed (Ulcus cruris)	15
2.3.1. Bércový vřed žilního původu (Ulcus cruris venosum)	16
2.3.2. Bércový vřed tepenného původu (Ulcus cruris arteriosum)	16
2.3.3. Bércový vřed diabetický	17
2.3.4. Prevence vzniku bércového vředu	17
2.3.5. Léčba bércového vředu	17
2.3.6. Lokální léčba	18
2.3.7. Faktory ovlivňující hojení ran	21
2.4. Bolest	22
2.4.1. Fyziologie bolesti	22
2.4.2. Akutní bolest	23
2.4.3. Chronická bolest	23
2.4.4. Bolest u vředů dolních končetin	23
2.4.5. Hodnocení bolesti	24
2.4.6. Léčba bolesti	25
3. Použité metody	27
3.1. Případová studie	27
3.2. Metodologie	27
3.3. Etické aspekty	27
3.4. Ošetřovatelský proces	28
3.5. Edukace	31
4. Praktická část	33
4.1. Informace o pacientovi	33
4.2. Lékařská anamnéza a diagnózy	33

4.3.	Ošetrovatelská anamnéza.....	38
4.4.	Průběh hospitalizace.....	40
4.4.1.	Příjem pacientky	40
4.4.2.	2. den hospitalizace.....	41
4.4.3.	3. den hospitalizace.....	42
4.4.4.	17. den hospitalizace.....	44
4.5.	Farmakoterapie	44
4.6.	Zhodnocení stavu podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové	48
4.7.	Ošetrovatelský proces	53
4.7.1.	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	53
4.7.2.	Cíle, plány, realizace a hodnocení.....	53
5.	Diskuse	59
6.	Závěr.....	62
7.	Seznam použité literatury.....	63

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam příloh

1. Úvod

Pro výběr tématu jsem se rozhodla na základě své letité zkušenosti s ošetřováním chronických ran, které jsem získala. V mojí bakalářské práci jsem chtěla poukázat na bolesti pacientů s bérčovými vředy. Bérčový vřed patří mezi nejčastější chronickou ránu. V populaci je jím postiženo asi 1% pacientů v produktivním věku a 4-5% pacientů ve věku nad 70 let. Jedná se o chronické onemocnění, které narušuje kvalitu života ve všech oblastech. Ve své práci jsem vypracovala případovou studii jedné pacientky právě s tímto onemocněním. Popisuji zde specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na bolest u bérčových vředů a zaměřuji se na jeden z nejvýznamnějších symptomů této nemoci: bolest. Sestry pracující ve zdravotních a sociálních zařízeních se s tímto onemocněním setkávají poměrně často. Já sama jsem se opakovaně setkala s tímto onemocněním. Domnívám se, že je v rámci prevence opakování onemocnění, potřeba pacienty dostatečně edukovat, jak mohou sami bérčovým vředům předcházet či jak správně o chronickou ránu v domácím prostředí pečovat. Výstupem mojí práce je proto edukační leták pro pacienty v domácí péči.

Jako metodiku jsem zvolila případovou studii pacientky, která je již potřetí hospitalizovaná na našem oddělení a bérčový vřed ji trápí už třetí rok. Ošetrovatelský proces jsem zpracovala podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové. Informace pro teoretickou část jsem čerpala z literatury a odborných časopisů na základě mého vyhledávání a z vypracované rešerše. Rešerši jsem si nechala v květnu 2018 zpracovat v Lékařské národní knihovně. Dále jsem čerpala z doporučení České společnosti pro léčbu ran, Slovenské společnosti pro léčbu ran, evropské společnosti EWMA a České dermatovenerologické společnosti.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické práci je zpracovaná anatomie kůže, chronická rána, druhy bérčových vředů a bolest. Dále zahrnuje kapitoly popisující léčbu, prevenci a výživu. V praktické části jsem vypracovala případovou studii ošetrovatelské péče 85-tileté pacientky s hlavní diagnózou bérčový vřed. Kapitoly obsahují základní informace o pacientce, lékařskou a ošetrovatelskou anamnézu, průběh hospitalizace, zhodnocení podle modelu funkčního zdraví Marjory

Gordonové a ošetřovatelský proces. Na základě toho jsem vypracovala edukační leták, jak pečovat o bércové vředy v domácím prostředí a jak se stravovat při bércových vředech.

2. Teoretická část

2.1. Anatomie

2.1.1. Kůže

Kůže je ochranný kryt těla, který odděluje vnitřní prostředí organismu od vnějšího. Je to největší orgán lidského těla. Plocha kůže je asi 1,7 m² a hmotnost je asi 8 až 12 % celkové hmotnosti člověka. Kůže chrání tělo před UV zářením, produkuje vitamín D₃ a napomáhá při termoregulaci. Skládá se ze tří základních vrstev: pokožky(epidermis), škůry(dermis) a podkožního vaziva(subcutis). Součástí kůže jsou i kožní adnexa mezi které patří mazové a potní žlázy, vlasy a nehty. V okolí tělních otvorů kůže přechází do sliznic (Koutná et al., 2015).

Funkce kůže:

- **funkce ochranná** – chrání organismus proti působení chemických, mechanických, tepelných a světelných činitelů ze zevního prostředí. Kyselé prostředí povrchu kůže zabraňuje průniku mikroorganismů
- **funkce tělesné teploty** – kůže se podílí na udržování stálé tělesné teploty tím, že umožňuje výměnu tepla mezi organismem a okolím pomocí tepelného spádu. Přebytečného tepla se organismus zbavuje odpařováním potu, přímým dotykem s předměty s rozdílnou teplotou, vedením tepla – kondukcí nebo zářením – radiací
- **funkce vylučovací a resorpční** – se děje pomocí mazových a potních žlázek. Ty vylučují kvanta látek jako např. vodu, organické látky a ionty. Kůži se mohou látky i vstřebávat, ale pouze látky rozpustné v tucích. Využívají se hlavně při podávání léků ve formě mastí a krémů
- **funkce senzorické** – receptory, které jsou obsaženy v kůži zprostředkovávají informace mezi organismem a zevním prostředím. Patří mezi ně mechanoreceptory (reagují na dotyk, tlak a vibraci), nocireceptory (reagují na bolestivé podněty) a termoreceptory (registrují tepelné rozdíly). Jejich množství a umístění v kůži se v různých oblastech těla liší (Rokyta et al., 2016).

2.1.2. Pokožka – epidermis

Pokožka je tvořena mnohavrstevným dlaždicovým rohovějícím epitelem. Je to povrchová část kůže. Hlavní pokožkovou buňkou je keratinocyt, který vytváří pět vrstev: stratum basale, stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum a stratum corneum. **Stratum basale** je nejnižší vrstva pokožky kde se nacházejí kmenové buňky, které mají schopnost dělit se po celý život a tím zajišťují trvalou sebeobnovu kůže. Vždy si jedna buňka po rozdělení nechá původní vlastnost kmenové buňky a druhá se opětovně dělí a přeměňuje. Keratinocyty se posouvají k povrchu, postupně se oplošťují. Na povrchu rohovatějí a poté se odlupují. Tento cyklus zrání trvá za normálních podmínek tři až čtyři týdny. V epidermis se ještě nachází melanocyty, Langerhansovy a Merkelovy buňky. **Melanocyty** obsahují organely s tmavým pigmentem – melaninem. Jejich funkce je ochrana kůže před UV zářením. Nahromaděním se většího množství melanocytů do epidermis může vzniknout naevi pigmentosi a tyto naevi mohou vést ke vzniku zhoubného nádoru – melanomu (Naňka et al., 2015).

2.1.3. Škára – dermis

Škára se skládá ze dvou vrstev. **Stratum papillare** je povrchová vrstva, která vybíhá do epidermis. Je tvořena fibrocyty a řídkým kolagenním vazivem. **Stratum reticulare** se nachází v hlubší vrstvě a přechází do podkožního vaziva. Tvoří ho pruhy hustého kolagenu. Vazivová vlákna tvoří svazky a ty se splétají v prostorovou síť, která zajišťuje v této vrstvě pevnost a elasticitu (Naňka et al., 2015). Škára je velmi bohatě cévně zásobena, probíhají zde mizní a krevní cévy a nervy. V bradavkovitých výběžcích škáry jsou nervová zakončení – receptory. Ty umožňují vnímání bolesti, chladu a tepla. Receptory jsou v kůži rozloženy nerovnoměrně a tak se různí jednotlivé vjemy. Ve škáře jsou uloženy také mazové a potní žlázy (Rokyta et al., 2016).

Mazové žlázy jsou uloženy ve škáře v blízkosti vlasů a chlupů. Svými krátkými vývody ústí do pochvy vlasu nebo chlupu a otvorem mezi povrchem vlasu (chlupu) a stěnou pochvy se maz dostane na povrch těla. Maz je polotekutý a tvoří ho bílkoviny, soli a tukové látky. Má ochrannou funkci a denně se ho vytvoří asi 1 až 2 gramy. Chrání kůži před vysycháním, ve vodě zabraňuje maceraci povrchové vrstvy kůže (Rokyta et al., 2016).

Potní žlázy jsou exkretční. Jsou uloženy hluboko ve škáře a na povrch se dostávají vývody, které vyúsťují v epidermis. Žlázy nejsou v kůži rozloženy rovnoměrně. Nejvíce jsou na dlani, čele a na plosce nohou. Naopak úplně chybějí na okraji rtů. Mezi zvláštní žlázy patří žlázy podpažní a žlázy v kůži zevních pohlavních orgánů. Pot se skládá především z vody a chloridu sodného, dále z kyseliny močové, kreatininu, aminokyselin a dalších látek. Složení potu je nestálé. Denní tvorba potu závisí na plno okolnostech např. teplotě prostředí, příjmu tekutin, vlhkosti ovzduší, druhu onemocnění nebo podáváním některých léků. Proto množství tvorby potu za den může být jeden až deset litrů. Vylučování potu má význam při řízení tělesné teploty (Rokyta et al., 2016).

2.1.4. Podkožní vazivo – subcutis

Podkožní vazivo spojuje dermis s fascií. Je to řídké vazivo, které umožňuje posun kůže. V podkožním vazivu se nacházejí tukové buňky. Jejich množství závisí na životním stylu každého z nás. Ukládání tuku v těle mužů a žen je rozdílné. U mužů se tuk ukládá hlavně do břicha a u žen do prsou, boků a hýždí. Podkožní tukové vazivo vytváří izolační vrstvu těla a má termoregulační funkci (Křivánková et al., 2009).

2.2. Chronická rána

„Jako chronická rána se označuje sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení“ (Stryja et al., 2016, s. 27).

Ránu můžeme definovat jako porušení celistvosti kožního povrchu organismu, narušení funkce tkání, poruchu anatomické struktury kůže a tkání, poruchu funkce kůže. Dochází tím k narušení bariéry mezi vnitřním a vnějším prostředím. Rány dělíme podle délky trvání na akutní a chronické. Akutní rány vznikají náhle a většinou jako dopad působení vnější síly. Podle příčiny vzniku je můžeme rozdělit na mechanické, termické, radiační a chemické. Z pohledu hojení ran jsou rány akutní považovány za rány hojící se per primam, tedy napoprve a bez komplikací. Pokud rány vykazují komplikace, špatně nebo těžce se hojí nazýváme je ranami chronickými (Pokorná, 2012).

2.2.1. Klasifikace chronických ran

Mezi klasické dělení patří klasifikace chronických ran podle **Knighona**. Má šest stádií:

1. Stadium: povrchová rána (epidermis, dermis).
2. Stadium: hluboká rána (zasahuje do subcutis).
3. Stadium: postižení fascií.
4. Stadium: postižení svalstva.
5. Stadium: postižení šlach, vazů a kostí.
6. Stadium: postižení velkých dutin.

Toto dělení zohledňuje charakter spodiny rány. Rozlišuje nekrotické rány, povleklé, granulující a epitelizující (Hlinková et al., 2015).

Klasifikace dle spodiny rány

Jako jednoduchou pomůcku pro sestry ošetřující rány publikovali Gray, White a Cooper v roce 2002 Kontinuum hojení rány – The Wound Healing Continuum (WHC). Opírá se o rozpoznání barvy, která je na spodině převažující a tím pro hojení rány nejdůležitější. Barvy jsou seřazeny zleva doprava. Začíná se černou a končí růžovou. Mezi základní pravidla WHC patří: při úspěšném hojení rány se mění převládající barva spodiny zleva doprava, tedy od černé k růžové. Ke každé ráně je potřeba přistupovat individuálně a na začátku je nutné vybrat barvu, která leží na pomyslné stupnici nejvíce vlevo (Stryja et al., 2016).

Černá rána je charakteristická nekrózou na spodině, vlhkou nebo suchou gangrénou. Je považována za počáteční fázi a často bývá označována jako „nesnadno hojitelná“. Pod strukturou nekrózy se často nachází žlutavá blátivá spodina nebo měkké podkožní tkáně. Černá barva může překrývat celou spodinu rány, a nebo častěji se nalézá pouze na okrajích ran. Nejdůležitější je odstranění této tkáně a zhodnocení struktur pod ní.

Černo-žlutá rána spadá mezi rány přechodné. Může být popisována také jako černá. Žlutá komponenta je tvořena vláknitou vlhkou nekrózou nebo nekrotickým podkožním tukem. Často se nachází pod nekrotickým strupem a může krýt hlubší defekt.

Žlutá rána je znakem přítomnosti hnisu a známkou lokalizované nebo šířící se infekce. Povlak může být i bílé barvy. Vždy je to však místem pro množení mikroorganismů, a tak by měl být odstraněn.

Žluto-červená rána patří také mezi přechodné rány. Červená barva nemusí znamenat přítomnost granulační tkáně. Může to být způsobeno přítomností infekce hlavně betahemolytickými streptokoky nebo krvácením způsobeným při ošetřování rány.

Červená rána má na spodině zdravou granulační tkáň.

Červeno-růžová rána je charakteristickým znakem ukončování procesu hojení podle WHC. Defekt se uzavírá tenkou vrstvou epitelálního krytu se zrnky granulační tkáně.

Růžová rána znamená, že původní defekt je zcela překryt novým epitelálním krytem. Nová tkáň je velmi křehká a náchylná k poškození. Je potřeba opatrnosti a prevence traumatu. Barva nového krytu oproti původní epidermis se může lišit, ale změna nemusí být trvalá. Barva krytu bývá ovlivněna velikostí, hloubkou a délkou hojení původního defektu (Pokorná et al., 2012).

2.3. Bércový vřed (Ulcus cruris)

Mezi nejčastější chronickou ránu patří bércový vřed dolních končetin. Ten lze definovat jako ztrátu kožní hmoty se zásahem do různé hloubky podkoží. Poruší se tím anatomické struktury a funkce kůže. Hlavní příčinou je chronická žilní insuficience, při níž jsou porušeny mechanismy návratu krve k srdci a dochází k městnání krve v žilách dolních končetin a k rozvoji žilní hypertenze. Z pomalý se tok krve a stáza vede k tvorbě kapilárních mikrotrombóz. Výsledkem je tkáňová hypoxie a ischemie s rizikem vzniku bércového vředu. Bércové vředy jsou onemocnění s častými recidivami a s dlouhou dobou hojení. Vřed se stává vstupní branou infekce do organismu a tím prodlužuje a komplikuje hojení. Postihuje více ženy oproti mužům, a to v poměru 2:1. Bércovými vředy netrpí pouze lidé ve starším věku, ale najdeme nemocné i mezi produktivní populací. To přináší komplikace v podobě dlouhodobých pracovních neschopností či předčasné invalidity. Ve všech věkových skupinách způsobuje vřed zdravotní, sociální, ekonomické a psychické problémy. Bércový vřed má několik příčin vzniku. Mezi nejčastější a nejznámější patří žilní, tepenný a diabetický nebo kombinace několik příčin současně. Ty se mohou v dominanci

střídat nebo nemusí být žádná příčina dominantní. Na vzestupu jsou zvláště bérkové vředy žilního původu, a to zejména v některých profesních odvětvích, které jsou spojeny s vyšší zátěží dolních končetin. Náklady na léčbu jsou obrovské proto je správné určení příčiny základ úspěšné léčby (Pospíšilová, 2004).

2.3.1. Bérkový vřed žilního původu (Ulcus cruris venosum)

Chronické žilní onemocnění patří mezi nejčastější civilizační nemoc. Onemocnění se vyskytuje asi u 60 % až 80 % populace od symptomů až po objektivní známky žilní insuficience. Mezi prvotní symptomy onemocnění patří bolest nohou, pocit těžkých nohou, noční křeče, pocit pálení nohou, svědění a neklidné nohy. Bolest a pocit těžkých nohou se zhoršuje odpoledne a především večer. Symptomy se také více zhoršují během léta, v zimě dochází ke zlepšení. U žen má také vliv menses a menopauza. Objektivní známky žilní insuficience jsou viditelné na kůži. Patří mezi ně otok, ekzém, změna trofiky kůže a vznik varixů přes tzv. metličky až po rozšířené žíly různého průměru. Mezi rizikové faktory vzniku patří dědičnost, obezita, věk a ženské pohlaví. Základní vyšetřovací metodou u tohoto onemocnění je ultrazvuk, který určí zda je nutná chirurgická léčba nebo postačí konzervativní postup. Léčbu dělíme na chirurgickou a neoperativní léčbu do které zahrnujeme kompresivní léčbu, venotonika a pohybovou aktivitu. Bérkový vřed žilního původu je nejtěžším stádiem chronického žilního onemocnění. Navyklý způsob léčby se rozšířil o miniinvazivní a chirurgickou léčbu, která je možná i u otevřeného defektu (Julínek, 2017).

2.3.2. Bérkový vřed tepenného původu (Ulcus cruris arteriosum)

Bérkové vředy tepenného původu jsou příznakem velmi pokročilého periferního arteriálního ucpávání cév. Na stěnách cév se tvoří sklerotické pláty, které postupně kalcifikují a následně je zužují. Snižuje se tím průtok krve do tkání dolních končetin. Uzávěrem mohou být postiženy cévy všech velikostí. Pro arteriální vředy je typické hluboké postižení tkáně a silná bolest v okolí defektu. Vředy jsou menší, oválného nebo kulovitého tvaru. Na spodině vředu se nachází nekrotická tkáň žluté, žlutozelené nebo černé barvy. Sekrece z těchto vředů je minimální, kůže je lesklá, bledá a chladná. V případě progresu ulcerací jak do plochy, tak do hloubky hrozí nemocnému až amputace končetiny. Vředy jsou mnohem více bolestivější než vředy žilního původu, zejména

v nočních hodinách. Bolest se zvyšuje po elevaci končetin a ustupuje při jejím svěšení nebo postavením se. Proto pacienti vyhledávají svislou polohu dolních končetin. Je to jeden z hlavních příznaků a nazývá se pokojová ischemická bolest. Dalším charakteristický znakem jsou klaudikační bolesti. Tyto bolesti se objevují během chůze a přinutí postiženého zpomalit až zastavit. Kromě základního vyšetření, sonografického a ultrazvukového vyšetření je vhodné doplnit angiografické vyšetření (Hlinková et al., 2015).

2.3.3. Bércový vřed diabetický

U 3 % pacientů s bércovými vředy se nacházejí diabetické ulcerace. Problém je na úrovni makroangiopatie, mikroangiopatie a neuropatie. Neuropatie je zodpovědná za sníženou citlivost akrálních částí končetin. Mezi příznaky u diabetiků nepatří klaudikace ani klidová bolest. A to ani ve stadiu kritické končetinové ischemie. Hojení bércových vředů u diabetiků je zdlouhavé a často komplikované otoky a ranou infekcí, která opakovaně recidivuje (Stryja et al., 2016).

2.3.4. Prevence vzniku bércového vředu

Preventivní opatření a včasný záchyt onemocnění je velmi důležitý pro zlepšení kvality života nemocných a zároveň se sníží náklady na zdravotní péči. Důležité je zaměřit se na příčiny vzniku rozvoje onemocnění. Především na obezitu, sedavý způsob života a nedostatek pohybové aktivity. Také je potřeba se vyhnout dlouhému stání nebo naopak dlouhému sezení. Důležitá je elevace končetiny a předcházení poranění. Při sedavém zaměstnání se doporučuje intermitentní dorzální a plantární flexe v hlezenním kloubě. Mezi sporty je vhodná turistika, běh, cyklistika, plavání a tanec. Neméně důležitá je volba správného oděvu a obuvi. Oděv nemá škrtit, má být volný a pohodlný, přizpůsobený ročnímu období. Obuv má být také pohodlná, neměla by tlačit. Vhodná je ortopedická a kvalitní obuv (Hlinková et al., 2015).

2.3.5. Léčba bércového vředu

Léčba bércového vředu musí být brána komplexně. Od lokální terapie, zevní komprese až po systémovou a chirurgickou terapii.

Kompresivní terapie se používá u bércových vředů žilní etiologie. Bandáž zrychluje hojení vředů oproti léčení vředů bez komprese. K bandážím je vhodné použít obinadla

s krátkotažným efektem a aplikují se dvě na jednu končetinu. Obinadlo musí být přiloženo po celé ploše dolní končetiny. Od prstů, přes patu až po lýtko. Nejvyšší tlak musí být v oblasti kotníků, směrem ke kolenu klesá. Nejvhodnější je klasový typ a otáčky se vzájemně musí překrývat ze 2/3. Bandáže se nakládají před svěšením končetiny ráno po probuzení nebo po dvacetiminutovém klidu s elevací končetiny. Kotník má být v pravém úhlu. Správné naložení bandáže potřebuje určitou praxi a zručnost. U nemocných s arteriálním onemocněním je kompresivní terapie kontraindikována (Pokorná, 2011).

Venofarmaka představují heterogenní skupinu léčiv. Ta mohou být přírodního nebo syntetického původu. Léky ulevují od řady subjektivních potíží a napomáhají při zmenšování otoku ve všech stádiích onemocnění. Zlepšení bylo prokázáno u defektu o rozměrech 5-10 cm² a zkrácení doby léčby o měsíc. Léky lze používat dlouhodobě. Je to vhodný doplněk ke kompresivní a režimové léčbě (Hnátek, 2014).

Chirurgickou léčbu bérceových vředů můžeme rozdělit na léčbu příčiny, tedy žilní hypertenze nebo na léčbu vředu samotného. Z častých výkonů nelze opomenout chirurgický debridement – nekrektomii a také léčbu pomocí aktivního uzávěru defektu - kožním štěpem (Stehlík et al., 2012).

2.3.6. Lokální léčba

Lokální léčba je podstatná, ale ne jediná při léčbě bérceových vředů. Je potřeba se zaměřit na celkový zdravotní stav pacienta. Léčbě a ošetřování chronických ran se věnují odborné společnosti na národní úrovni jako např. Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) a Slovenská společnost pro ošetřování otevřených ran (SSOOR). Na evropské úrovni je to Evropská asociace pro léčbu ran (EWMA) a na celosvětové úrovni World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Vydávají doporučení, standardy pro léčbu nehojících se ran.

Lokální léčba zaznamenala v posledních letech výrazné změny. Vývoj jde dopředu i v tomto oboru. Na trh přišlo mnoho nových obvazových materiálů a krytí s vylepšenými recepturami. Lokální léčba se zaměřuje se na stav vředu, jeho spodiny a okolí. Cílem je vyčistit spodinu a poté je možno započít fázi hojení.

Primární zhodnocení rány je vždy v kompetenci lékaře. Ošetřování lokálního defektu má většinou ve své kompetenci sestra na základě ordinací lékaře. Postup ošetřování se řídí přesnou osnovou (Pejznochová, 2010):

1. **Toaleta rány** – důkladné odstranění všech zbytků mastí, past a sekretů z rány a okolí. Sprchování středním proudem vlažné vody. Oplachování roztoky k tomu vhodnými (Prontosan, Aquitox roztok, Ringer roztok, Borová voda 3%).
2. **Vizita rány** – posouzení rány dle znalostí o fázích hojení, zápis do dokumentace.
3. **Ošetření okolí rány** – použití past nejlépe s obsahem zinku, zabránění macerace a traumatu okolí vředu.
4. **Výběr materiálu** – vždy záleží na fázi hojení ve které se defekt nachází. Cílem je zabezpečit vždy vlhké prostředí v ráně a omezit bolestivost při manipulaci s defektem.
5. **Sekundární fixace** – má mechanický vliv na udržení krytí rány.
6. **Naložení bandáže** – závěrečná fáze převazu.

Hojení

Bércový vřed je charakterizován jako chronická rána, která se hojí per secundam. Hojení je složitý biologický proces. *„Za fyziologických podmínek začíná srážením krve, pokračuje odbouráváním odumřelé tkáně, buněk, cizích těles a choroboplodných zárodků, výstavbou nové prokrvené tkáně, která vyplní vzniklý defekt a časem se přemění v jizevnatou tkáň“* (Pospíšilová, 2004, s. 63). Z toho vyplývá, že chronická rána neprochází běžným procesem hojení jak z hlediska časového, tak z hlediska patofyziologie hojení (Pokorná et al., 2012).

Hojení probíhá v několika fázích. Tyto fáze se vzájemně prolínají, navazují na sebe a není je možné od sebe oddělovat. Základní fáze hojení jsou (Pokorná, 2012):

1. Fáze - exsudativní, zánětlivá, čistící.
2. Fáze - proliferační, granulační, anabolická.
3. Fáze - diferenciační, epitelizační, reparační.

V **zánětlivé fázi** dochází k čištění rány fagocytózou. Charakterizuje se snahou odstranit nežádoucí složky. Cílem je vyčistit tkáň, inaktivovat nebo zničit nežádoucí noxy a připravit podmínky pro reparaci. Silný zánět je u bakteriální kontaminace. Na nekrotické a povleklé rány samotné fyziologické čištění neplatí. Dochází k rozvoji zánětu, migraci buněk, jejichž základní úlohou je fagocytóza – proces rozpoznání a pohlcování cizorodých částic. Proto je nutné odstranění nekrotické a povleklé tkáně a tím zahájit úspěšné hojení. Povlak můžeme odstraňovat chirurgicky, enzymaticky, pomocí larev, dehydratací a rozvolněním hydrogelů. Na silně sekretující a povleklé defekty jsou vhodné preparáty se značnou absorpční schopností a dezinfekčními vlastnostmi. Na bakteriální dekontaminaci se přikládají antiseptické a antibakteriální materiály. Antiseptické materiály obsahují složku stříbra a je možné je kombinovat s hydrogely. Běžné trvání této fáze u traumatické rány je tři dny od poranění. U nehojících se ran se interval prodlužuje z důvodů fibrinových a nekrotických povlaků, které přetrvávají na spodině rány. Druhým důvodem je přítomnost infekce se známkami zánětu – rubor, calor, dolor, tumor a functio laesae (Pokorná, 2012).

Granulační fáze. Ve druhé fázi hojení probíhá tvorba nových cév a výstavba granulační tkáně. Je to základ pro epitelizaci. Musíme zde udržovat optimální vlhkost a teplotu tkání. Vlhká terapie má tady nezastupitelnou úlohu. Nejčastěji se používá hydroaktivní krytí. Pro správnost procesu hojení je potřeba zhodnocení barvy u nově vzniklých struktur. Lososově červená znamená pokračující hojení, našedlá naopak zpomalení až stagnaci (Pokorná, 2012).

Epitalizační fáze. V poslední fázi začíná migrace, mitóza, diferenciace epitelálních buněk a vyzrávání kolagenních vláken s produkcí jizevnaté tkáně. Epitalizace začíná od okrajů nebo z epitelizačních ostrůvků na spodině rány. Buňky migrují po vlhké spodině, kdy skluzná plocha je podmínkou stejně jako saturace kyslíkem. Nově vzniklá tkáň je velice náchylná k poškození a původní pevnost získá přibližně po dvou letech (Pokorná, 2012).

„Z výše uvedených informací vyplývá, že hojení je složitým procesem, v němž každý krok musí logicky navazovat na předchozí a vést k progresi a výstavbě nové tkáně“ (Pokorná, 2012, s. 19).

2.3.7. Faktory ovlivňující hojení ran

Hojení rány je přirozeným obranným procesem, který vyžaduje buněčnou a tkáňovou regenerační schopnost. Současně je také potřeba reparační schopnosti celého organismu. Vše může být ovlivněno jak pozitivně, tak i negativně vnitřními faktory, vnějšími faktory a celkovým stavem organismu.

Vnitřní faktory ovlivňující hojení ran jsou (Pejznochová, 2010):

- imunodeficit;
- vaskularizace;
- stav výživy – podvýživy;
- obezita, kouření;
- nádorová onemocnění;
- psychický stav, stres, spánek;
- nedostatek bílkovin, vitamínů, železa, vápníku, zinku, stopových prvků.

Vnější faktory ovlivňující hojení ran jsou (Stryja et al., 2016):

- infekce;
- farmakoterapie;
- trauma;
- fyzikálně-chemické zevní vlivy;
- devitalizovaná tkáň.

I když jsou faktory, které mají vliv na hojení ran všeobecně známé často se setkáváme v praxi pouze s jednostrannou léčbou chronické rány. Musíme si uvědomit, že rána je pouze příznak onemocnění nikoliv příčina. Je potřeba na pacienta pohlížet jako na celek teda holistickým pohledem.

Důležité je zaměřit se na výživu pacienta zejména na malnutrici. Stavební jednotkou všech buněk nezbytných pro tvorbu a vznik nových buněk a tkání je bílkovina. Její nedostatek způsobuje snížení imunity a tím sníženou schopnost bílých krvinek pohlcovat a ničit bakterie. Pro úspěch léčby jsou také potřeba vitamíny a minerály. Jejich nedostatek v těle

se může projevit sníženou obranyschopností organismu nebo náchylností organismu k nemocem (Stryja et al., 2016).

Správná hydratace je stejně důležitá jako výživa. V některých případech i důležitější. Tělo se skládá ze 60% z vody. Dostatek tekutin pomůže nastolit příznivé podmínky pro hojení, ale i prevenci vzniku kožních defektů.

Bolest je individuální projev člověka a každý ji vnímá jinak. Bolest snižuje kvalitu a komfort života. Ovlivňuje spánek. U bolestí vysíleného nemocného se hojení pozastaví.

Dlouhodobá, pomalu se hojící rána vede k psychické nepohodě pacienta. Psychická nepohoda vede ke stagnaci v hojení. Je to takový začarovaný kruh. Je potřeba pacientovi poskytnout včasnou psychickou podporu. Pokud budeme brát v úvahu všechny tyto skutečnosti můžeme očekávat úspěšné hojení (Pokorná et al., 2012).

2.4. Bolest

Bolest existuje od nepaměti. Upozorňuje nás na nemoc nebo trauma. Funguje pro tělo jako ochranný mechanismus. Každý člověk má jiný práh bolesti takže reakce je odlišná u každého z nás. Může být odlišná i u stejného člověka v jiné situaci a čase. Lidstvo se pokouší bolesti porozumět a léčit ji (Vaňásek et al., 2014).

2.4.1. Fyziologie bolesti

Na kůži a sliznici jsou umístěny receptory, které kromě tepla a tlaku registrují i bolest – nocicepce. Bolest je fyziologická informace, která nás informuje o tom, že organismus není v pořádku. Může jít o porušení integrity, není to však pravidlo. Je mnoho poruch a chorob, které na začátku probíhají bezbolestně a skrytě. Bolest rozdělujeme podle místa vzniku na somatickou, viscerální a centrální.

Somatická bolest vzniká z podráždění nocireceptorů v kůži nebo sliznici. Tato povrchní bolest je náhlá.

Viscerální bolest je bolest útrobní a rozdělujeme ji podle místa vzniku na bolest peritonea, plicní pleury a perikardu. Útrobní bolest má tupý charakter a projeví se při patologickém dráždění břišních orgánů.

Centrální bolest vzniká drážděním nervových vláken nebo center. Při postižení talamu jsou kruté bolesti známé jako fantomové (Mourek, 2012).

2.4.2. Akutní bolest

Akutní bolest je bolest vzniklá náhle a může trvat několik dnů až týdnů. Většinou má známou příčinu, proto je lépe rozpoznatelná. Je to signál, že v organismu není něco v pořádku. Pokud nebudeme akutní bolest dobře léčit hrozí vznik chronické perzistentní bolesti. Mezi akutní bolest řadíme i pooperační a poúrazovou. **Poúrazová bolest** je následek mechanického, chemického poškození tkání nebo působením mrazu nebo tepla. Krutá bolest může způsobit vznik šokového stavu, proto je nutné začít s léčbou bolesti neprodleně. **Pooperační bolest** je doprovodný efekt různých chirurgických operací, léčebných a diagnostických výkonů. Léčba bolesti v těchto případech by měla být započata již před výkonem. Vyšší výskyt akutní pooperační bolesti znásobuje riziko vzniku chronické bolesti (Rokyta et al., 2009).

2.4.3. Chronická bolest

Chronická bolest je komplikovanější. Její nárůst v populaci stoupá. Za chronickou bolest považujeme bolest delší než tři měsíce. V průměru postihuje asi 30 % obyvatel a ve vyspělých státech až 50 %. Některé případy chronických bolestí zůstanou nevyřešeny. Malé procento je simulantů, ale větší část pacientů bolest opravdu cítí, proto jim musíme věřit. Bolest je subjektivní pocit. U chronické bolesti je problém to, že objektivní nález je vždy menší než intenzita bolesti udávaná pacientem. Bolest má silnou psychickou složku což často vede k odesílání pacientů na psychiatrická pracoviště. Typickým projevem je nevědomé bolestivé chování, grimasy, pláč, vzdychání, úlevové polohy. Chronická bolest je obtížně léčitelná a mezi nejčastější bolest patří neuropatická, vertebrogenní, osteoartrtida, osteoporóza, revmatoidní artritida a bolesti hlavy (Rokyta et al., 2009).

2.4.4. Bolest u vředů dolních končetin

Bércové vředy mohou být nebolestivé nebo mírně bolestivé, ale takových je jen zlomek. Většina pacientů s bércovými vředy má výraznou bolest, která jim zhoršuje kvalitu života. Bolest může být občasná, stálá nebo spojená s převazem. Bolest, která je neléčená, může i po zhojení defektu přetrvávat. Léčba bolesti závisí na diagnóze bolesti a jejím zdroji. U žilní nedostatečnosti přináší úlevu elevace končetin a kompresivní terapie. Je potřeba se také zaměřit na faktory vzniku vředu jako jsou komorbidity, sedavý způsob života a obezita. Bolest vyžaduje dlouhodobou léčbu, někdy i po zhojení vředu. Na bércový vřed a

jeho léčbu se musí pohlížet komplexně. Celková a lokální léčba by měla být doplněna o další postupy jako je rehabilitace, fyzikální a lázeňská léčba. Analgetika volíme podle intenzity bolesti a jejího charakteru. Pokud je bolest mírná až střední postačí neopioidní analgetika. Mezi zástupce patří paracetamol v dávce 750-1000 mg 3x denně nebo metamizol v denní dávce 3 g/den. Tyto léky je možné užívat podle potřeby, před převazem nebo na noc. U středních a silných bolestí indikujeme slabé opiáty s pomalým uvolňováním v pravidelných dávkách po 12 hodinách. Mezi zástupce patří DHC, Zaldiar. Menší části pacientů nestačí slabé opiáty, proto musíme zvolit silné opioidy. Ty se podávají v perorální a transdermální formě. Začíná se s co nejmenší dávkou. Při bolestivosti při převazem je dobré podání analgetik 45-60 minut předem. Nejdůležitější je psychický stav pacienta, proto je někdy vhodné přidání antidepresiv. Neúspěšná léčba bolesti by měla být konzultována s anesteziologem (Vondráčková, 2014).

2.4.5. Hodnocení bolesti

K hodnocení bolesti potřebujeme získat anamnézu, kterou zajistíme rozhovorem s pacientem. Rozhovor musí být přizpůsoben stavu pacienta. U akutní bolesti bude rozhovor kratší, třeba i několik sekund. Naopak u chronické bolesti bude rozhovor delší. Při získávání anamnézy bolesti zjišťujeme lokalizaci, intenzitu bolesti, úlevové polohy, časový průběh a vyvolávající faktory. Podle stupně intenzity bolesti volíme vhodné léčebné postupy a kombinace léčiv (Vaňásek et al., 2014). Jelikož je bolest subjektivní, potřebujeme ji zhmotnit. K tomu nám slouží hodnotící škály. Pacient sám určí počáteční intenzitu bolesti a v průběhu léčby můžeme zhodnotit její efekt.

Stupnice bolesti dělíme na dvě skupiny na jednoduchou nebo vícerozměrnou nebo také verbální a neverbální. Vnímání bolesti se hodnotí např. pomocí verbální škály bolesti, kdy jsou pacientovi nabídnuty kategorie od jedné do pěti. Jednička je bez bolesti, pětka je bolest nesnesitelná. Další hodnotící metodou je vizuální analgetická škála (VAS) (obrázek 1), která patří mezi nejpoužívanější. Zde určí pacient na úsečce bolest, která odpovídá nejvíce skutečnosti. Úsečka je označena čísly od nuly do deseti, kdy začátek úsečky značí „žádná bolest“ a konec úsečky „nesnesitelná bolest“. Její obdoba je numerická škála (NRS). Pro děti a pacienty se zhoršenou schopností komunikace máme k vyjádření škálu obličejů bolesti (Faces Pain Scale) (obrázek 2). Znázorňují se zde obličeje od stavu pohody

- usměvavý obličej až po nejvyšší utrpení - mračící se obličej. Mezi méně používané patří mapa bolesti M. S. Margolese (obrázek 3), která slouží k označení místa bolesti pacientem. Bolest můžeme od sebe barevně odlišit (Vaňásek et al., 2014).

2.4.6. Léčba bolesti

Cílem léčby je pacient bez bolesti nebo s bolestí přijatelnou pro pacienta. Léčba by měla pacientovi umožnit samostatnost a možnosti vhodné aktivity. Během léčby je třeba se vyhnout komplikacím jako jsou pády, žaludeční obtíže, krvácení do gastrointestinálního traktu a změn kognitivního stavu. Léky dělíme na neopioidní a opioidní analgetika (Rokyta et al., 2015).

Neopioidní analgetika. Nesteroidní antiflogistika (NSA) jsou léky, které působí analgeticky, antipyreticky a antiflogisticky. Působí na enzymy, které katalyzují přeměnu kyseliny arachidonové na nestabilní prostaglandin. Ten se podílí na vzniku zánětlivé reakce a bolesti. NSA ve větší koncentraci blokují tvorbu prostaglandinů. Analgetika se používají se při léčbě slabých a středně silných bolestí nocicepčního charakteru. Jsou vhodná k léčbě metastáz do kostí, pro svoji schopnost snižovat vysokou hladinu prostaglandinů. Zvyšování dávky analgezie NSA nevede k zvýšení analgezie. Podávají se per os, při podání se stravou se snižuje výskyt dyspeptických obtíží, ale maximum hladiny v krvi se dostaví za jednu až tři hodiny. Při podání na lačno se v krvi maximální hladina objeví za 45 minut. Délka účinku léku je šest hodin. Je vhodné je kombinovat s opioidními analgetiky. Mezi zástupce těchto léků patří: Paracetamol, Tramadol, Metamizol (Vaňásek et al., 2014).

Opioidní analgetika. Jsou nejúčinnější, ale zároveň hrozí vznik závislosti. Mají účinek analgetický a antitusický. Působí centrálně a tlumí viscerální bolest. Aplikujeme při středně silných až silných bolestech. Podáváme per os, intramuskulárně, intravenózně a transkutánně. Mezi nežádoucí účinky patří útlum dechového centra, nauzea a zvracení, zácpa, spasmus svěrače močového měchýře a ortostatická hypotenze. Podávání analgetik je individuální, závisí na bolesti nemocného, způsobu podání a schopnosti organismu vstřebávat a vylučovat lék. Mezi nejznámější zástupce patří morfin (Vaňásek et al., 2014).

Nefarmakologická léčba bolesti. Patří mezi terapeutické postupy, které se mohou uplatnit i při léčbě chronické bolesti. Dělí se na postupy rehabilitační medicíny, alternativní postupy, režimová opatření a psychologické postupy. Ve spojení s bérčovými vředy se nejvíce uplatní režimové opatření, kdy redukcí hmotnosti a úpravou životního stylu může dojít ke zmírnění bolesti. Správné navození relaxačních technik jako meditace a hluboké dýchání, hypnotické techniky nebo kognitivně – behaviorální terapie může také minimalizovat bolest. V tomto případě je dobré navštívit psychologa zaměřeného na problematiku chronické bolesti. Ten se specializuje na tuto problematiku a pomáhá nemocnému se odpoutat od chronické bolesti a osvojit si strategii zvládnání bolesti. Může zároveň také odhalit významné psychosociální faktory chronické bolesti a tímto směrem pak zaměřit terapii (Lejčko, 2009).

3. Použité metody

3.1. Případová studie

V bakalářské práci jsem použila metodu případové studie. Zaměřila jsem se na vypracování ošetrovatelské péče o pacientku s bércovými vředy a jejím jedním z hlavních symptomů: chronickou bolestí. Vypracováním kazuistiky může napomoci zdravotnickému personálu ke zkvalitnění péče o pacienty.

Případová studie taktéž kazuistika nebo case study patří mezi jednu z metod kvalitativního výzkumu. Je charakterizována jako detailní rozbor jednoho nebo několika málo případů. Ve studii se kombinují různé techniky sběru informací jako je pozorování a interview. Je zde potřeba nasbírat velké množství dat od jednoho nebo pár jedinců. Důkladné prozkoumání jednoho případu umožní porozumět případům podobným (Kutnohorská, 2009).

3.2. Metodologie

Teoretické poznatky pro svoji bakalářskou práci jsem získala vlastním vyhledáváním zdrojů, z literatury a odborných časopisů, pomocí vypracované rešerše v Národní lékařské knihovně a z doporučení odborných společností. Poté jsem si sestavila osnovu práce.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem shrnula poznatky o bércových vředech a bolesti. V praktické části jsem vypracovala kazuistiku pacientky s bércovými vředy a chronickou bolestí a specifickou ošetrovatelskou péčí. Použila jsem informace získané rozhovorem s pacientkou, vlastním pozorováním a ošetrovatelskou péčí. Zhodnotila jsem soběstačnost pomocí Barthelova testu základních všedních činností a riziko vzniku dekubitů podle hodnotící škály Nortonové. Zpracovala jsem model funkčního zdraví podle Majorj Gordon.

Na závěr jsem vytvořila edukační leták pro pacienty v domácí péči s návodem, jak doma pečovat o bércové vředy a vhodná strava při bércových vředech.

3.3. Etické aspekty

Na zpracování informací pro bakalářskou práci jsem zažádala zdravotnické zařízení o možnost nahlížení do dokumentace, zpracovávání informací a poznatků. Vše je anonymní

a použito pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Také pacientka mi udělila ústní souhlas se zpracováním fotografií defektů a informací, které jsem získala z rozhovorů a mého pozorování. Ubezpečila jsem ji, že se nikde neobjeví její jméno, rodné číslo ani název zdravotnického zařízení. Vzor souhlasu zdravotnického zařízení je anonymizován a přiložen k bakalářské práci v příloze B.

3.4. Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu. Cílem ošetrovatelského procesu je poskytování ošetrovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti“ (Plevová, 2011, s. 108).

V ošetrovatelském procesu se uplatňuje holistický přístup. Pacient je vnímána jako komplexní celek se všemi svými potřebami. Je veden k aktivní účasti v procesu. Zapojuje se do rozhodování o své péči, zkoumá své potřeby, vytváří plán pro jejich naplnění, realizuje je a následně i vyhodnocuje. Aby mohl vznikat tento proces dobře, je důležitá interakce mezi sestrou a pacientem.

Fáze ošetrovatelského procesu se skládají z několika kroků a jsou rozděleny do pěti hlavních fází (Tóthová, 2014):

- zhodnocení/posuzování;
- diagnostika;
- plánování;
- realizace;
- vyhodnocení.

Zhodnocení/posuzování

Je to první fáze ošetrovatelského procesu. Dochází zde ke sběru informací o pacientovi, které jsou nutné pro naplánování péče. Používají se k tomu základní metody jako je rozhovor, pozorování a fyzikální vyšetření. Informace by se měly týkat jeho tělesných, psychologických a sociálních funkcí. Je důležité si uvědomit, že od pacienta nezískáme vždy dostatek informací. Informace nemusí být validní. Mohou být zkreslené z důvodů celkového stavu pacienta nebo ze strachu svěřit se, psychických zábran – obavy, úzkost. Důležité pro nás je zjistit ostatní osoby pro pacienta blízké, které ho znají (příbuzní, sousedi, kamarádi, ale i ostatní lékaři, sociální pracovníci). Pomocí lékařské dokumentace bychom měli do naší ošetrovatelské anamnézy získat informace o lékařských diagnózách, které mohou ovlivnit např. pacientův zdravotní stav, léčbu, psychický stav, reakci na hospitalizaci, na problémy. Zaznamenáváme alergie, trvalé užívání léků, předchozí hospitalizace, chronické onemocnění. V moderním ošetrovatelství klademe velký důraz na odběr sociální anamnézy. Zjišťujeme sociální poměry nemocného, v jakém prostředí žije, s kým žije. Tyto informace nám pomohou zajistit potřebnou péči po propuštění nemocného do domácího prostředí v případech, kdy nemocný není ještě plně soběstačný (Tóthová, 2014).

Diagnostika

Ze získaných informací provede sestra rozbor potřeb nemocného a vyhledá případné problémy. Potřeby nemocného, které nejsou uspokojeny nebo jsou uspokojeny pouze částečně, nazýváme problémem. Dělíme ho na aktuální, potencionální a edukační. Mezi **aktuální** problém patří např. bolest, únava, nechutenství aj. Problém, který nenastal, ale vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného by mohl nastat nebo by mohl zhoršit průběh léčby, se nazývá **potencionální**. Problém **edukační** znamená podporovat stav zdraví, naučit nemocného zdravého životního stylu v dané oblasti a předcházet nemocem. Příkladem je kouření u mládeže nebo nevhodné potraviny u obézních. Po zhodnocení všech potřeb sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy. Ty dělíme na dvousložkové a tříložkové. **Dvousložkové** v sobě zahrnují problém a důvod, příkladem je Bolest z důvodu úrazu kolene. **Tříložkové** v sobě zahrnují problém, důvod vzniku a objektivní nebo subjektivní projev, příkladem je Bolest z důvodu úrazu kolene projevující se úlevovou

polohou. Standardizované názvy ošetřovatelských diagnóz najdeme v NANDA International (Kelnarová et al., 2015).

Plánování

Plánování je důležitou součástí ošetřovatelského procesu. V této části určujeme cíle ošetřovatelské péče zaměřené na pacienta. Tady je důležitá schopnost a zkušenosti sestry, aby určila priority a rozhodla o řešení problému. Po celou dobu procesu sestra spolupracuje nejen s pacientem, ale také s jeho rodinou a se členy týmu. Plánování je proces, který stanovuje strategii nebo intervencí s cílem prevence, redukce a eliminace problémů. Proces musí být uvážený, systematický a vede k dosažení kvalitní ošetřovatelské péče. Vše je naplánované krok za krokem s cílem odstranění problémů stanovených v diagnostickém procesu. Vše je písemně zaznamenáno v plánu péče. Ten musí být zdokumentován tak, aby mohl být dobře zhodnocen (Tóthová, 2014).

Realizace

Ve čtvrté fázi ošetřovatelského procesu provádíme realizaci plánovaných ošetřovatelských intervencí. Na této fázi se podílí celý ošetřovatelský tým a sestra koordinuje jednotlivé postupy péče. Členové týmu se vzájemně informují o průběhu jednotlivých činností. Hodnotíme stav pacienta, zaznamenáváme možné změny a ověřujeme platnost plánu a podmínky pro jeho splnění. Vše se zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace (Kelnarová et al., 2015).

Vyhodnocení

Poslední fáze je velmi významná. Hodnotíme úspěšnost péče, která byla poskytnuta v rámci individuálního plánu pacienta. Zjišťujeme, jestli byly pacientovy cíle splněny. Jestli se zdravotní stav pacienta zlepšil, stagnuje nebo naopak zhoršil. Porovnáváme účinek s očekávanými výsledky, které byly uvedeny v písemném plánu. Správným vyhodnocením poskytujeme zpětnou vazbu, kterou můžeme dále využít. Vyhodnocení této fáze má i svůj význam v měření kvality poskytované ošetřovatelské péče. V případě kladného dosažení vytyčených cílů může být ošetřovatelská péče ukončena. Při nepříznivém hodnocení nebo nežádoucím výsledku provedeme změnu ošetřovatelského plánu a znovu opakujeme fáze

procesu. Vše do vyřešení problému. Hodnocení dělíme podle toho, v které části hospitalizace bylo prováděno. Termínované hodnocení provádíme na konci cyklu v ošetrovatelském procesu. Průběžné hodnocení uskutečňujeme v průběhu celé ošetrovatelské péče. Závěrečné hodnocení provádí sestra v případě překladu nebo propuštění pacienta (Tóthová, 2014).

3.5. Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukace je součástí ošetrovatelského procesu. Je to proces výchovy a vzdělání jedince a jeho rodinných příslušníků, kteří se podílejí na jeho ošetrovatelské péči. Znalost zdravotního stavu s postupem léčby vede k vyšší efektivitě a zkrácení doby léčení. Edukace ve zdravotnictví má předcházet nemocem, navracet zdraví a zkvalitňovat život jedince. Vede ho k samostatnosti a zodpovědnosti za své zdraví. Cílem je získávat nové informace, dovednosti, návyky a pochopit je. Edukaci dělíme na primární, sekundární a terciární. **Primární** edukace se zaměřuje na zdravé jedince. **Sekundární** edukace probíhá u pacientů, kteří již nějakou nemocí trpí. **Terciární** edukace se soustředí na pacienty s již trvalými nebo nezvratnými změnami. K edukaci pacienta v nemocnici dochází vždy při přijetí a při jakékoliv změně zdravotního stavu (Svěráková, 2012).

Tak jako ošetrovatelský proces, tak i edukace má své fáze:

1. Fáze edukačního procesu - zjišťuje koho a proč edukovat. Nezbytný je kontakt s edukantem, poznat v jaké životní a zdravotní situaci se nachází. Důležitá je jeho mentální úroveň a psychomotorická schopnost. Po zjištění těchto faktů si určíme cíl, metody a pomůcky.
2. Fáze edukačního procesu – je projektování. Společně s klientem plánujeme, jakým směrem se bude edukace ubírat. Plánujeme časový harmonogram, cíle, kterých chceme dosáhnout. Vybíráme efektivní didaktické metody.

3. Fáze edukačního procesu - realizace. Vybíráme metody a pomůcky k osvojení znalostí. Sledujeme a hodnotíme snahu, zvládnání a pochopení edukanta. Motivujeme, podporujeme, abychom dosáhli určeného cíle.
4. Fáze edukačního procesu - je poslední fáze, ve které hodnotíme dosažených výsledků. Sestra zaznamenává vše průběžně do dokumentace (Tóthová, 2014).

Shrneme, že edukace je důležitá součást ošetrovatelského a léčebného plánu. Je to způsob předání informací a nácvik dovedností, který můžeme provést formou: ústní, písemnou a praktickým nácvikem.

4. Praktická část

Praktická část bakalářské práce rozebírá kazuistiku pacientky s bércovými vředy a chronickou bolestí. Na oddělení byla přijata pro zhoršený nález na pravé dolní končetině a k úpravě léčby bolesti.

4.1. Informace o pacientovi

Z důvodů zachování anonymity nebude v bakalářské práci zmíněno jméno nebo iniciály pacientky. Nebude uvedeno ani jméno zdravotnického zařízení. Lékařská a ošetrovatelská anamnéza byla sepsána v den přijetí do zdravotnického zařízení. Pacientka hospitalizaci snášela po psychické a fyzické stránce velmi dobře. Je to pacientka, která se k nám opakovaně vrací. Celková doba hospitalizace byla 19 dní a poté byla v dobrém zdravotním stavu propuštěna do domácí péče. Ošetrovatelskou péči jsem v první příjmový den a průběžně po celou dobu hospitalizace.

Pohlaví: žena

Věk: 85 let

Rodinný stav: vdova

Národnost: česká

Kontakt: synovec

Důvod přijetí: příjem pro zhoršený lokální nález na pravé dolní končetině ulcera cruris I.dx s nekrotickými povlaky a úprava léčby bolesti.

4.2. Lékařská anamnéza a diagnózy

Lékařská anamnéza byla odebrána v den příjmu 9. 11. Pacientka již u nás ležela v květnu téhož roku. Byla propuštěna do domácí péče dobrém zdravotní stavu a s vyčištěným bércovým vředem. Defekty ošetřovaly sestry z domácí péče a pacientka chodila na kontroly do ambulance. Lékařkou z naší ambulance byla doporučena hospitalizace pro ulcera cruris I.dx s nekrotickými povlaky.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 66 letech na nádor plic. Matka v 61 letech na infarkt myokardu. Sestra se léčí na osteoporózu a bratr zemřel tragicky před padesáti lety. Děti nemá.

Osobní anamnéza:

Abuzús: nekuřák, alkohol příležitostně, černá káva občasně.

Úrazy: stav po fraktuře krčku humeru vpravo 08/15.

Operace: Stp. LCHCE v roce 1992

Stp. Operaci sítnice v roce 1988

Stp. TEP pravého kolena v roce 2012

Transfuze: ano, opakovaně pro anémii.

Alergie: Pyly, prach, tetracyklin, chloramfenikol, Klacid, ampicilin, penicilin, Oxycodon, Furantoin, Trexan, Glyvenol, Prolia, Alendronát.

Gynekologická anamnéza:

Potrasy a porody neměla žádné. Menses měla od 14 let pravidelně. Menopauza nastala v 51 letech. Gynekologické obtíže nejuje.

Pracovní anamnéza: pracovala jako profesorka na gymnáziu.

Sociální anamnéza: Žije sama v domku a synovec pravidelně dochází. Ošetřování ran provádí domácí péče jedenkrát denně. Domů také docházejí pečovatelky.

Farmakologická anamnéza:

Tabulka 1: Medikace

Medikace	Dávkování
p.o. Bisoprolol 2, 5 mg	1-0-0
p.o. Furon 40 mg	1-0-0
p.o. Detralex 500 mg	2-0-0
p.o. Letrox 50 uq	1-0-0 nalačno
p.o. Medrol 4 mg	1-0-0 sudé dny
p.o. Caltrate 600 mg	1-0-0
p.o. Acidum folicum	1-0-0 sudé dny
p.o. Sorbifer durules	1-0-0
p.o. Helicid 20 mg	1-0-0 nalačno
p.o. Paralen 500 mg	á 6 hodin podle potřeby
p.o. Vigantol gtt 20 kapek	1 x týdně ve středu
loc. Náplast Durogesic 25 ug	á 72 hodin (2. den)

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata do nemocničního zařízení pro zhoršený nález na pravé dolní končetině a pro bolesti dolních končetin. Naposledy hospitalizována zde před šesti měsíci. Již za tři dny po propuštění pozorovala otoky obou dolních končetin. Postupně se defekty

zvětšovaly a povlekly se. V minulých dvou týdnech byla pacientka odeslána praktickým lékařem dvakrát do chirurgické ambulance k nekrektomii. Pro nelepšící se stav doporučena pacientce hospitalizace.

Lékařské diagnózy:

L97 Vřed dolní končetiny NJ

I832 Žilní městky dolních končetin se vředem a zánětem

I872 Chronická žilní insuficience

D649 Anémie NS

M068 Jiná revmatická artritida

E039 Hypotyreóza NS

Stav při přijetí:

Pacientka při vědomí, orientovaná, přiměřené výživy a hydratace. Oběhově kompenzovaná, bez klidové dušnosti, bez ikteru a cyanózy, bledší kolorit. Zornice izokorické, šíje volná, jazyk plazí ve střední čáře, bez povlaku. Dýchání čisté sklípkové oboustranně, akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy, bez šelestů. Břicho v nivou, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, peristaltika přítomna.

Status localis:

LDK bez trofických změn, kůže klidná.

PDK na bérce cirkulární defekt šířky cca 10 cm, spodina s vysokou masou žlutého zapáchajícího povlaku s nekrotizací. Bérce nateklé, kůže napjatá, lesklá. V okolí růžový erytém. Bez krvácení.

Laboratorní výsledky:

Laboratorní vyšetření bylo provedeno druhý den ráno nalačno. Dle výsledků byla zjištěna anémie se kterou se pacientka léčí, zvýšené leukocyty a CRP. V den příjmu byl proveden

stěr z defektu na kultivaci a citlivost. Byl také proveden USG břicha a třísla se závěrem: lipomatóza pankreatu, stp. CHCE, cysty levé ledviny. Třísla bez lymfadenopatie.

Tabulka 2: Laboratorní výsledky- Hematologie

Hematologie	
Leukocyty	15, 2
Erytrocyty	2, 54
Hemoglobin	73
Hematokrit	0, 238
Stř. obj. erytr.	93, 7
Barvivo erytr.	28, 7
Stř. barev. kon.	307
Erytr. křivka	22, 9

Tabulka 3: laboratorní výsledky - Biochemie

Biochemie	
Urea	5
Kreatinin	47, 2
Natrium	139
Kalium	3, 9

Chloridy	99
Glukóza	3, 4
CRP	69
Fe	4, 5
Transferin	1, 40
Ferritin	>2000

4.3. Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sepsaná v den přijetí do zdravotnického zařízení. Informace potřebné k odebrání anamnézy jsem získala rozhovorem s pacientkou, z lékařské dokumentace a od pomocného ošetřovatelského personálu. V den příjmu byly změřeny základní fyziologické funkce, zhodnocena soběstačnost pomocí Barthelova testu základních všedních činností (obrázek 5) a riziko vzniku dekubitů podle hodnotící škály Nortonové (obrázek 4). S lékařem podepsala informovaný souhlas s hospitalizací a byly jí vysvětleny práva a povinnosti pacienta.

Vitální funkce:

Tlak krevní: 107/53 mm Hg

Puls: 79 tepů/min.

Frekvence dechu: 16 dechů/min.

Tělesná teplota: 36,2 °C

Fyzikální vyšetření:

Výška: 145 cm

Hmotnost: 45 kg

BMI: 21, 40

Hodnotící škály:

Stupnice dle Nortonové: 25 (Nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně)

Barthelův test základních všedních činností ADL: 60 – závislost středního stupně

Další obsah ošetřovatelské anamnézy:

Stav vědomí a orientace: při vědomí, orientovaná, spolupracuje

Komunikace: bez obtíží

Psychický stav: dobrý

Dýchání: spontánní, bez obtíží

Spánek: špatný pro bolest, noční buzení, analgezie na noc

Bolest: dle VAS (Vizuální analogová škála) 3-6

Osobní pomůcky: brýle na čtení, zubní protéza horní a dolní, chodítko

Významné smyslové nebo tělesné handicapy: chůze o chodítko vzhledem k defektu na dolní končetině a bolesti

Stav výživy a hydratace: BMI 21, 40 – pacientka je v ideální, zdravé váze

Močení: bez obtíží, občasný únik moči, používá vložky, toaletní židle k lůžku

Stolice: pravidelná

Vstupy: nemá

Kůže: na pravém bérce cirkulární defekt široký cca 10 cm, nekrotický

Hygiena: s dopomocí

Pohybová aktivita: chůze o chodítku s dopomocí na krátkou vzdálenost. Přesun na toaletní židli s dopomocí.

4.4. Průběh hospitalizace

4.4.1. Příjem pacientky

Pacientka byla přivezena k plánovanému příjmu na vozíku. Od pacientky jsem si převzala doporučení k hospitalizaci. Poté byla uvedena na pokoj, uložena na lůžko a seznámena se signalizací a s chodem oddělení. S pomocí si vybalila věci, které jsme uložili do uzamykatelné skříně na pokoji. Cennosti si chtěla pacientka ponechat u sebe, i když jí bylo nabídnuto uzamčení v trezoru na sesterně. Převlékla se do noční košile a lékařka odebrala anamnézu a provedla fyzikální vyšetření včetně zhodnocení rány, ze které jsem předtím sundala sekundární a primární krytí. S lékařkou pacientka podepsala informovaný souhlas s hospitalizací a byly jí vysvětleny práva a povinnosti pacientů. Pacientce jsem změřila fyziologické funkce, zvažila ji a sepsala ošetrovatelskou anamnézu.

Poté co lékařka zhodnotila defekt na PDK (obrázek 6 a 7) provedla stěr z rány na kultivaci a citlivost. Dle ordinací lékaře jsem provedla očistu defektu od zbylých mastí gázou s medicínálním olejem, překryla ho sterilní gázou a dostatečně nastříkala Aquitoxem oplachovým roztokem. Tento obklad se nechává působit z čistících a dezinfekčních důvodů. Defekt jsem ošetřila dle ordinace lékaře Borovou pastou, která slouží k rozvolnění nekrózy, okolí jsem promazala Borovou vaselinou a vše překryla sterilními čtverci a zavázala jsem fixačním elastickým obinadlem.

Pacientce jsem vysvětlila vizuální analogovou škálu bolesti, první zaznamenaná hodnota byla 5. Pacientka měla z domova nalepenou transdermální náplast Durogesic 25 ug druhý den, ale bolesti pociťuje nadále. S lékařkou vše probrala a ta jí přiordinovala medikaci na bolest a tu jsem pacientce podala. Za hodinu byla hodnota VAS 3 a za další hodinu byl VAS 2. Medikace byla rozepsána podle potřeby nejdříve za 6 hodin od prvního podání.

Pacientce jsem nabídla toaletní židli k lůžku, souhlasila. Z domova si vzala chodítko, které prozatím nevyužije, protože se cítí slabá. Poučila jsem jí o odlehčování predilekčních míst a změnách polohy těla jako prevenci dekubitů.

Pacientce jsme připravili čaj a poučili o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Dietu má pacientka č. 3- racionální.

4.4.2. 2. den hospitalizace

Velikost rány zůstala stejná, došlo k postupnému rozvolnění nekrózy a k mírné sekreci. Rozvolnění postupuje od okrajů rány do středu. V okolí rány mírný erytém přetrvává, otok částečně ustoupil. Sekundární a primární krytí se přichytilo na ránu, abychom předešli poranění a bolesti museli jsme ho dostatečně navlhčit sterilním roztokem. K ošetření jsem použila dle ordinací Borovou pastu na defekt a do okolí bylo mazání změněno za Beloderm mast, která zmírňuje zčervenání a svědění kůže.

Bolesti měla pacientka i v noci. Vše ráno probrala u vizity s lékařkou a ta jí medikaci na bolest nastavila v pravidelných intervalech po šesti hodinách. Transdermální náplast ponechána, výměna zítra.

Dle laboratorních výsledků zjištěna anémie se kterou se pacientka léčí. Pacientce bylo navrhnuo lékařkou podání jedné krevní konzervy. Pacientka souhlasila. Lékařka vypsala žádanku a já odebrala do dvou označených zkumavek krev na transfuzní oddělení. Zavedla jsem asepticky periferní žilní kanylu. Před přinesením krevní konzervy z transfuzního oddělení jsem udělala předtransfuzní vyšetření ke kterému patří TK, P, TT a odběr moči na orientační biochemické vyšetření. Připravila jsem si pomůcky: lékařskou dokumentaci, dekurz s transfuzním razítkem, sangvitet, pomůcky k odběru kapilární krve, transfuzní převodovou soupravu, emitní misku, kontejner na ostrý předměty, fyziologický roztok k proplachu periferní žilní kanyly a nesterilní rukavice. Před podáním transfuzního přípravku, lékař společně s pacientkou podepíše informovaný souhlas s podáním krevních derivátů a seznámí ji s průběhem výkonu. Po přinesení krevní konzervy zkontrolujeme shodnost dat a transfuzním přípravku a výdejce tj. krevní skupina, Rh faktor, číslo konzervy, expirace, množství a druh přípravku. Vizuálně zkontrolujeme přípravek. Po překontrolování sestrou i lékařem a zapsání do dokumentace, vozíkem na který jsme si vše připravili přijedeme k lůžku pacienta. Tam odeberu pacientce kapilární krev a nanesu na sangvitet na k tomu určené místo. Lékař nanese séra provede test. Pokud se krevní konzerva shoduje s krevní skupinou pacientky dá lékař pokyn a do připravené krevní konzervy zavedu transfuzní převodovou soupravu. Poté si lékař kápne krev z konzervy na

příslušné místo na sangvitetu a opět provede test se séry. Pokud se krevní skupina shoduje, propláchnu fyziologickým roztokem kanylu a za dohledu lékaře podám krevní konzervu. Nastavím rychlost podání dle lékaře, v dosahu pacienta nechám signalizační zařízení, opětovně lékař poučí pacientku o nežádoucích příznacích a vše včetně zaznamená do dokumentace. V průběhu transfuze kontroluji stav pacientky, každých 30 minut měřím TK, P, TT. Po dokapání transfuze obal od konzervy se zbytkem krve uschovám na 24 hodin do lednice. Ještě jednou za dvě hodiny po dokapání změřím fyziologické funkce a vše zapíši do ošetrovatelské dokumentace. Na druhý den naordinuje kontrolní odběr krevního obrazu.

4.4.3. 3. den hospitalizace

Velikost rány zůstává stejná. Došlo k většímu rozvolnění nekrózy. Lékařka pomocí sterilní pinzety a nůžek provedla částečnou nekrektomii. Okolí rány je klidné, erytém ustoupil. Otok mírně přetrvává.

Dnes byly vyhodnoceny výsledky ze stěru z defektu na kultivaci a citlivost. Výsledky obsahovali: *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* +, *Enterococcus* sp. +++, MRSA negativní, anaerobní kultivace negativní. Vzhledem k výsledkům citlivosti a alergie pacientky, byl nasazen p.o Ofloxin 200 mg á 12 hodin v 8.00 a 20.00.

Bolesti stále přetrvávají, hlavně v noci. Opět to probrala u vizity s lékařkou a byla jí upravena medikace a zvýšena dávka léků na noc. Dnes výměna transdermální náplasti ve 12.00 hodin.

Tabulka 4: Medikace – úprava

p.o. Bisoprolol 2, 5 mg	1-0-0
p.o. Furon 40 mg	1-0-0
p.o. Detralex 500 mg	2-0-0
p.o. Letrox 50 uq	1-0-0 nalačno
p.o. Medrol 4 mg	1-0-0 sudé dny

p.o. Caltrate 600 mg	1-0-0
p.o. Acidum folicum	1-0-0 sudé dny
p.o. Sorbifer durules	1-0-0
p.o. Helicid 20 mg	1-0-0 nalačno
p.o. Paralen 500 mg	pravidelně v 11.00 1 tbl, v 17.00 1 tbl., ve 22:00 2 tbl., v 6.00 2 tbl.
p.o. Vigantol gtt 20 kapek	1 x týdně ve středu
loc. Náplast Durogesic 25 ug	á 72 hodin dnes výměna
p.o. Ofloxin 200 mg	á 12 hodin 8 -20

Po včerejší transfuzi byl dnes ráno překontrolován krevní obraz.

Tabulka 5: Laboratorní výsledky- Hematologie- po transfuzi

Hematologie	
Leukocyty	10, 2
Erytrocyty	3, 55
Hemoglobin	105
Hematokrit	0, 334
Stř. obj. erytr.	94, 1

Barvivo erytr.	29, 6
Stř. barev. kon.	314
Erytr. křivka	21, 2

4.4.4. 17. den hospitalizace

Na pravém bérci rozsáhlý mapovitý defekt, jen místy drobné okrsky s povlaky, spodina se hezky vyčistila (obrázek 8 a 9). Pacientka bude pozítří propuštěna do domácího léčení. Na ošetřování ran budou docházet sestry z domácí péče. Domu se těší, ale na druhou stranu trochu obává. Bude docházet na pravidelné kontroly do naší ambulance.

Bolest se velmi zmenšila. Pacientce vyhovuje pravidelné dávkování analgetik. Také navýšení tablet na bolest na noc pomohlo a zlepšila se jí i kvalita a délka spánku.

4.5. Farmakoterapie

Informace o lécích jsem získala na webových stránkách *Státní ústav pro kontrolu léčiv* (In: SUKL.cz, 2010).

Bisoprolol

- Léková skupina: antihypertenzivum
- Forma léku: potahovaná tableta
- Způsob podání: per os
- Indikace: podává se k léčbě chronického srdečního selhání se sníženou funkcí levé komory, doplněk léčby diuretik a inhibitory ACE
- Dávkování během léčby: 1 tableta 2, 5 mg v 7.30

Furon

- Léková skupina: diuretikum
- Forma léku: perorální tablety
- Způsob podání: per os

- Indikace: je indikován k léčbě spojené s otoky, může být používán při léčbě vysokého krevního tlaku
- Dávkování během léčby: 1 tableta 40 mg v 7.30

Detralex

- Léková skupina: venotonikum
- Forma léku: potahovaná tableta
- Způsob podání: per os
- Indikace: léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, akutní ataky hemoroidálního onemocnění
- Dávkování během léčby: 2 tablety po 500 mg v 7.30

Medrol

- Léková skupina: kortikoidy
- Forma léku: tablety
- Způsob podání: per os
- Indikace: endokrinní poruchy, revmatické poruchy, systémové onemocnění pojiva, kožní onemocnění, alergické stavy a ostatní
- Dávkování během léčby: 1 tableta 4 mg v lichá dny v 7.30

Caltrate

- Léková skupina: vápník v kombinaci s vitamínem D
- Forma léku: potahovaná tableta
- Způsob podání: per os
- Indikace: korekce kombinovaného deficitu vitamínu D a kalcia u starších osob
- Dávkování během léčby: 1 tableta 600 mg v 7.30

Acidum folicum

- Léková skupina: vitamín, antianemikum
- Forma léku: obalené tablety
- Způsob podání: per os
- Indikace: prevence a léčba nedostatku kyseliny listové
- Dávkování během léčby: 1 tableta 10 mg v liché dny v 7.30

Sorbifer durules

- Léková skupina: antianemikum
- Forma léku: tableta s řízeným uvolňováním
- Způsob podání: per os
- Indikace: prevence a léčba anémie způsobená nedostatkem železa
- Dávkování během léčby: 1 tableta 320 mg/60 mg v 7.30

Helicid

- Léková skupina: inhibitory protonové pumpy
- Forma léku: enterosolventní tvrdá tobolka
- Způsob podání: per os
- Indikace: léčba a prevence duodenálních a žaludečných vředů, léčba reflexní ezofagitidy
- Dávkování během léčby: 1 tobolka 20 mg nalačno, 30 min. před jídlem v 7.00

Paralen

- Léková skupina: antipyretikum, analgetikum
- Forma léku: tablety

- Způsob podání: per os
- Indikace: horečnaté stavy, bolesti
- Dávkování během léčby: 1 tableta 100 mg á 6 hodin v 5.00, 11.00, 17.00, 23.00

Vigantol

- Léková skupina: vitamíny, vitageny
- Forma léku: perorální kapky
- Způsob podání: per os
- Indikace: podpůrná léčba osteoporózy u dospělých, prevence nedostatku vitamínu D
- Dávkování během léčby: 1 X týdně 20 gtt ve středu

Durogesic

- Léková skupina: opioidní analgetikum
- Forma léku: transdermální náplast
- Způsob podání: nalepení na kůži
- Indikace: tlumení silné chronické bolesti vyžadující dlouhodobé kontinuální podávání opioidních analgetik
- Dávkování během léčby: 25 ug á 72 hodin ve 12.00

Ofloxin

- Léková skupina: antibiotikum
- Forma léku: potahovaná tableta
- Způsob podání: per os
- Indikace: určen k léčbě středně závažných až závažných zánětlivých onemocnění vyvolaných mikroorganismy např. infekce močových cest, kůže, dýchacích cest aj.
- Dávkování během léčby: 1 tableta 200 mg á 12 hodin v 8.00 a 20.00

4.6. Zhodnocení stavu podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové

K zhodnocení stavu pacientky jsem si vybrala ošetřovatelský model funkčního zdraví podle Marjory Gordonové.

Na konci 20. století vznikla potřeba definice standardního jednotného modelu, aby z ošetřovatelské péče a holistického pohledu vyhovovala všem sestřám v praxi, studentům, učitelům a managementu.

Marjory Gordonová vychází ve svém modelu z toho, že každý jedinec má společné určité typy chování v souvislosti se zdravím, kvalitou života, schopností rozvoje a potenciálu. Stav zdraví vyjadřuje jako bio – psycho – sociální nedotknutelnost člověka. Porucha v jedné oblasti narušuje rovnováhu celého organismu.

Základní strukturu modelu tvoří 11 oblastí. Každá může představovat funkční nebo dysfunkční oblast zdraví. V případě dysfunkce se jedná o poruchu zdraví a projevuje se celostními reakcemi člověka. Posouzení je na sestře, na její úrovni znalostí a dovedností. Model umožňuje poskytovat péči metodou ošetřovatelského procesu. Systematicky posuzuje zdravotní stav pacienta, stanovuje aktuální a potenciaální diagnózy, plánuje a realizuje individuální ošetřovatelskou péči. V současnosti je tento model považován za standardní.

Marjory Gordonová navrhla 11 oblastí zdraví, které umožňují systematický a standardizovaný přístup ke sběru dat. Sestřám to umožňuje determinovat aspekty zdraví a funkce lidského organismu (Mastiliaková, 2014).

Model funkčního zdraví podle Marjory Gordonové:

- *Vnímání zdraví – aktivity k uzdravení zdraví*

Při posuzování a sběru dat se zde zaměřujeme na klientovo vnímání zdraví a pohody. Hodnotíme jeho návyky škodlivé pro zdraví. Identifikujeme aktuální a potenciaální problémy související se zdravím, potřebu úprav domácího prostředí nebo nezbytnost domácí péče.

- *Výživa – metabolismus*

Tady se zaměřujeme na příjem potravy a tekutin v souvislosti s metabolickými potřebami organismu. Posuzujeme aktuální a potencionální problémy související s bilancí tekutin, trávicím systémem a obranyschopností.

- *Vylučování*

Sběr dat a posuzování se zaměřuje na vylučování moče, střev a potu. Hodnotí se pravidelnost, četnost, potíže a poruchy s tím související.

- *Aktivita – cvičení*

Tady se zaměřujeme na každodenní aktivity, které vyžadují energetický výdej. Posuzujeme schopnost pohybu a sebepěče. Hodnotíme i volnočasové a kondiční aktivity. Vše souvisí s kardiovaskulárním, pohybovým a dýchacím systémem, který také posuzujeme.

- *Spánek – odpočinek*

Posuzování a sběr dat se zde zaměřuje na spánek, relaxaci a odpočinek. Identifikujeme problémy související se spánkem, s její kvalitou a poruchami. Posuzujeme reakce pacienta při únavě a nedostatku spánku.

- *Vnímání – poznávání*

Tady se zaměřujeme na smyslové funkce. Hodnotíme stav vědomí, schopnosti chápat a rozumět informacím. Také se zaměřujeme na sluch, zrak a jejich možné poruchy. Vnímání, poznávání se týká hlavně nervového systému. Posuzování a vyhodnocování se tady zaměřuje na vnímání bolesti.

- *Sebepojetí – sebeúcta*

Tady se posuzování a sběr dat zaměřuje na vnímání sama sebe. Vnímání tělesného vzhledu, své identity a pocit vlastní hodnoty. Zahrnují se zde i problémy s úrovní sebeúcty.

- *Plnění rolí – mezilidské vztahy*

Posuzují a sbírají se data zaměřená na osobní životní roli pacienta. Jeho mezilidské vztahy a problémy z nich vyplývající.

- *Sexualita – reprodukční schopnost*

Posuzování a sběr informací se zde zaměřuje na spokojenost nebo nespokojenost pacienta se svojí sexualitou a funkcemi reprodukčních orgánů.

- *Stres – zvládání, tolerance*

Tady se sběr informací a posuzování zaměřuje na stres, zvládání, tolerance, příznaky stresu. Identifikujeme tady nejbližší osobu jako sociální oporu a podpůrné sociální systémy.

- *Víra – životní hodnoty*

Posuzují a sbírají se data zaměřená na duchovní a životní hodnoty pacienta. Na životní cíle, kterými se řídí (Mastiliaková, 2014).

Zhodnocení stavu pacientky podle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové:

- *Vnímání zdraví – aktivity k uzdravení zdraví*

Pacientka se dostavila k plánované hospitalizaci pro zhoršený nález na bércovém vředu PDK a úpravu léčby bolesti. Nyní je hospitalizovaná třetí den. Celkově hospitalizaci zvládá, má zkušenosti z minulé hospitalizace. Před nástupem trpěla dlouhodobě bolestmi PDK a bércového vředu. Nyní se jí zhoršil i nález na defektu. V domácím prostředí se obtížně pohybovala o chodítku pouze po bytě. S nákupy a úklidem jí vypomáhaly pečovatelky a občasně i synovec. První dny hospitalizace pro bolest odmítala chodit, s dopomocí zvládla přesun na vozík. Pro anémii pacientce byla druhý den hospitalizace podána krevní transfuze. Převazy defektu na bérci byly po celou dobu hospitalizace převazovány dle ordinací lékaře. Pacientka byla poučena o odlehčování predilekčních míst, změny polohy těla na lůžku a postupné vertikalizaci dle její možnosti.

- *Výživa - metabolismus*

Doma se pacientka stravuje 4 x denně. Teplé jídlo jí zajišťuje pečovatelská služba, ale porce jsou tak velké, že si je rozděluje na oběd a večeři. Pacientka má dietu č. 3 – racionální. Nepřejídá se, jí střídavě. Nosí horní a dolní zubní protézu a ta ji nezpůsobuje žádné obtíže. Vzhledem k chronickému defektu na PDK by měla pacientka do stravy přidat více bílkoviny, jako základní stavební jednotky orgánů a svalů. Po domluvě s lékařem byly pacientce v kuchyni objednány bílkovinné přídatky. Z tekutin upřednostňuje čaj a vodu. Snaží se za den vypít dva litry tekutin. Kávu pije občasně.

- *Vylučování*

Pacientka problémy s močením nemá. Občasný únik řeší vložkami, ale to jen v případě delší doby mimo domov např. při návštěvě lékaře. Na oddělení jí byla nabídnuta toaletní židle k lůžku, pacientka souhlasila. V první dny při použití toalety měla dopomoc zdravotního personálu. Na stolici chodí pravidelně 1 x denně.

- *Aktivita - cvičení*

Volný čas doma tráví nyní četbou a občas televizí. Dříve ráda chodila do divadla a na výlety. Nyní je pro ní velký problém vyjít před domek. Celkově se cítí částečně soběstačná. Občasně vypomůže synovec, ale ten nebydlí ve stejném městě. Na denní výpomoc má pečovatelskou službu. První dny hospitalizace pacientka trávila na lůžku, přesunula se s dopomocí na vozík. Snažila se alespoň cvičit na lůžku. Po dohodě s lékařem jsem zajistila návštěvy fyzioterapeuta k nácviku vertikalizace a chůze jeden krát denně.

- *Spánek - odpočinek*

Pacientka udává zhoršenou kvalitu spánku pro bolest, která ji v noci budí. Usíná okolo 20.00 hodiny a o půlnoci ji zbudí bolest. Užije analgetikum a spí asi do 4.00 hodin. Poté už nespí. Občas si pospí po obědě asi na jednu hodinu.

- *Vnímání – poznávání*

Pacientka je orientovaná, plně při vědomí. Komunikace probíhá bez problémů, pacientka velmi komunikativní. Z kompenzačních pomůcek používá brýle na čtení. Se sluchem potíže

nemá. V začátku hospitalizace pacientka udávala VAS 5 – 6. Po nastavení léčby udávala VAS 2 – 3. Bolest je nejvíce lokalizovaná na PDK a bércový vřed. Pacientka má v anamnéze také revmatickou artritidu což jí také způsobuje bolest. Pacientka je vnímavá a má zájem o veškeré informace týkající se její osoby. O svém zdravotním stavu vše ví a situaci dobře zvládá.

- *Sebepojetí – sebeúcta*

Pacientka má kladný přístup k životu. Je optimista. Nyní je už ve starobním důchodu, jinak celý život pracovala jako profesorka na gymnáziu. Bohužel už 15 let je vdovou, žije sama. Děti neměla. Při rozhovoru mluví plyně, hlas má jemný a udržuje oční kontakt. Má obavy z návratu domů, ale pokusí se to zvládnout.

- *Plnění rolí – mezilidské vztahy*

Žije sama v rodinném domě. Je vdova, děti nemá. Nejbližší příbuzný je synovec, ale ten nebydlí ve stejném městě. Navštěvuje jí občasně tak jednou za čtrnáct dní. Volá jí denně. Pacientka se na oddělení chová slušně, není konfliktní. Je komunikativní a je ráda za podobně smýšlející spolubydlící. Pacientka byla bez návštěv z důvodů vzdálenosti.

- *Sexualita – reprodukční schopnost*

Potrasy a porody neměla žádné. Menses měla od 14 let pravidelně a menopauza nastala v 51 letech.

- *Stres – zvládání, tolerance*

Stresové situace zvládá celkem dobře. Obává se zhoršení zdravotního stavu a sebepéče. Žije sama v rodinném domě a to je obtížné. Snaží se této situaci přejít tím, že má zažádáno do domova důchodců.

- *Víra – životní hodnoty*

Pacientka je křtěná, jako malá navštěvovala s rodiči kostel. V současné době do kostela nechodí, ale v Boha věří. Důvěřuje dnešní medicíně.

4.7. Ošetrovatelský proces

4.7.1. Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Tyto ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila podle potřeb pacientky v prvních třech dnech hospitalizace. Poté jsem sledovala jestli dochází ke splnění stanovených cílů. Informace důležité k sepsání diagnóz jsem získala z dokumentace pacientky, od ošetřujícího personálu a z mého pozorování. Vycházela jsem z diagnostického algoritmu NANDA (*North American for nursing Diagnosis Association*). Ošetrovatelské diagnózy se dělí na akutní a potencionální.

Akutní ošetrovatelské diagnózy:

1. Narušená integrita kůže z důvodů defektů na DK.
2. Chronická bolest související s onemocněním.
3. Porušený spánek související s chronickou bolestí.
4. Deficit sebepéče při koupání a hygieně.
5. Zhoršená tělesná pohyblivost.
6. Strach a obavy z návratu do domácího prostředí.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Potencionální riziko pádu z důvodů věku

4.7.2. Cíle, plány, realizace a hodnocení

Diagnóza č. 1: Narušená integrita kůže z důvodů defektů na DK a zavedeného PŽK, spojená s eventuelním rizikem infekce.

Cíl: Zabránit vzniku infekce v defektech na DK a v místě zavedeného PŽK. Převazy DK provádíme asepticky a dle ordinací lékaře. Pacientka ví jak pečovat o defekty na DK a zná riziko vzniku infekce.

Pacientka zná možné příznaky vzniku infekce na PŽK a ví, že má v případě komplikací jako je zarudnutí a bolest v místě vpichu, neprodleně informovat zdravotnický personál. Chápe základní hygienická a aseptická pravidla. Dodržuje je.

Plán: Vysvětlím pacientce základní hygienická a aseptická pravidla. Seznámím pacientku s důvodem zavedení PŽK a možnými komplikacemi po zavedení. PŽK je nutné pravidelně kontrolovat. Jakékoliv komplikace bude pacientka neprodleně hlásit.

Realizace: Pacientce byl vysvětlen důvod zavedení PŽK a ošetřující sestra místo vpichu kontroluje minimálně jedenkrát za směnu nebo vždy při každé aplikaci do katetru. Pacientce byl zaveden PŽK druhý den hospitalizace. Vysvětlila jsem pacientce možné komplikace a pravidla péče o kanylu. Pokud si povšimne komplikací, okamžitě informuje sestru. PŽK byl odstraněn třetí den hospitalizace.

Pacientce jsem při převazování defektu na DK vysvětlila, jak postupovat a jaké pravidla dodržovat vždy při převazu. Edukovala jsem ji o základních hygienických a aseptických pravidlech. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka byla seznámena s důvodem zavedení PŽK a možnými komplikacemi. Místo vstupu PŽK bylo klidné a k vzniku infekce nedošlo. Periferní žilní kanyla byla pravidelně kontrolována jedenkrát za směnu tedy minimálně 2 x denně. Zrušena byla třetí den hospitalizace.

Ví co jsou to hygienické a aseptické pravidla při převazu defektů na DK a zná postup převazu. Cíle byly splněny třetí den hospitalizace.

Diagnóza č. 2: Chronická bolest související s onemocněním, projevující se změnami ve výrazu obličeje a stesky.

Cíl: Pacientka byla přijata s dlouhodobou chronickou bolestí. Cílem je bolest zmírnit natolik, aby pacientka byla schopna základních běžných úkonů v péči o sebe. Pacientka dovede hodnotit intenzitu bolesti na škále VAS a stav nahlásí. Po podání analgetik pacientka zhodnotí účinek léčiv. Je seznámena s možnostmi úlevové polohy.

Plán: Vždy včas zaznamenat verbální i neverbální projevy bolesti a podle toho na ně reagovat. Na hodnocení použiji vizuální analogovou škálu – VAS a pacientka mi popíše lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti. Po podání analgetik zpětně sleduji jejich účinek. Stav bolesti kontrolovuji dle standardu.

Realizace: Edukace v oblasti bolesti byla provedena u pacientky v den příjmu. Pokud by pociťovala bolest má stav neprodleně oznámit pomocí signalizačního zařízení. Vysvětlila jsem jí způsob hodnocení intenzity dle VAS.

Hodnocení: Na začátku hospitalizace pacientka udávala bolesti střední až silné, odpovídající dle VAS stupni 3 – 6. Bolest se ustálila, dále se nezhoršovala a po nasazení pravidelných dávek analgetik se bolest zmírnila.

Diagnóza č. 3: Porušený spánek související s chronickou bolestí.

Cíl: Pacientka usíná a spí bez obtíží. Během dne nepociťuje únavu. Uvědomuje si příčinu poruchy spánku. Pokud by potíže přetrvávaly je seznámena a ví, že má možnost požádat o lék na spaní. Ústně potvrdí zlepšení související se spánkem a únavou.

Plán: V plánu je zmírnit nebo odstranit příčiny poruch spánku. Zajistím dostatečné vyvětrání pokoje, umožním pacientce vykonat rituály před spaním na které je zvyklá. Snažím se jí vytvořit klidné a tiché prostředí na noc. V případě přetrvávajících potíží nabídnu pacientce lék na spaní. Do dokumentace budu pravidelně zaznamenávat kvalitu spánku.

Realizace: Pacientka byla ubytovaná na dvoulůžkovém pokoji. Před spaním si pacientka čte, televizi si večer vůbec nepouští. Na pokoji byla s pacientkou se stejným smýšlením. Pokoj jsem na noc vyvětrala a nechala svítit jenom bezpečnostní světýlko, vše po dohodě s pacientkou. Lampičku na čtení měla nad sebou a po dočtení si ji sama vypnula. Byla ji nabídnut lék na spaní při přetrvávajících problémech. Vše jsem zaznamenala do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka usíná a spí bez vážných obtíží od třetího dne. Léky na spaní nepotřebovala.

Diagnóza č. 4: Deficit sebepěče při koupání a hygieně v souvislosti s chronickou bolestí.

Cíl: Zvládat sebepěči při koupání a hygieně. Pacientka by ráda sama zvládala běžné úkony základní hygieny. Chápe rizika spojená se sníženou soběstačností.

Plán: Provést Barthelův test základních všedních činností a vyhodnotit úroveň sebezpečí. Napláňovat koupel ve sprše 1 x denně, nejlépe ráno. Pacientce umožnit péči o dutinu ústní a o zubní protézy vždy po jídle. Zapojit pacientku do úkonů souvisejících se sebezpečím podle momentálních možností pacientky. Informovat pacientku o vhodných kompenzačních pomůckách do koupelny.

Realizace: Při příjmu jsem zhodnotila Barthelův test, který byl 60 bodů a to je závislost středního stupně na pomoci druhých.

Ráno jsem odvezla pacientku do koupelny na vozíku. Informovala jsem ji o vhodných kompenzačních pomůckách jako jsou madla, sedačka do sprchového koutu a protiskluzové podložky. Pacientka se částečně umyla sama a zbytek s mou pomocí. Umožnila jsem jí péči o dutinu ústní hned po ránu a dále po každém jídle. Pacientku jsem zapojila do všech činností a pochválila jsem jí za snahu.

Hodnocení: Cíl splněn, pacientka se cítí spokojeně. Doma se pouze myla u umyvadla. Snažila se spolupracovat a skoro vše zvládla sama. Moje přítomnost v ní vyvolávala pocit bezpečí a jistoty. Ošetřovatelská diagnóza trvá po celou dobu hospitalizace.

Diagnóza č. 5: Zhoršená tělesná pohyblivost.

Cíl: Zlepšení tělesné pohyblivosti. Získat sebejistotu při chůzi o chodítku. Možnost chůze o chodítku pouze s dohledem personálu.

Plán: Napláňovat vhodný čas k tréninku chůze tak, aby pacientka neměla bolest a měla náladu k pohybu. Zajistit bezpečné prostředí na pokoji. Pacientce vysvětlit jak budeme postupovat a zbytečně ji nepřetěžovat.

Realizace: S pacientkou jsme napláňovaly vhodný čas k tréninku. Nejvíce to pacientce vyhovovalo před obědem. Zajistila jsem bezpečné prostředí, aby se všude vešla s chodítkem. Motivovala a chválila jsem ji za pokroky.

Hodnocení: Během hospitalizace pacientka zlepšovala svoji pohyblivost. I nadále bude k chůzi potřebovat chodítko a to i z důvodů větší jistoty.

Diagnóza č. 6: Strach a obavy z návratu do domácího prostředí.

Cíl: Pacientka bude propuštěna z našeho oddělení bez strachu a obav, jak to bude doma zvládat.

Plán: Naplánovat propuštění. Zajistit domácí péči na převazy defektů. Zajistit pečovatelskou službu, která k ní již docházela a zajistit dovážkovou službu oběda ode dne propuštění. Zkontaktovat synovce o termínu propuštění.

Realizace: Primářka s pacientkou naplánovala propuštění do domácí péče dva dny dopředu. Zajistila jsem domácí péči na převazy defektů a zkontaktovala pečovatelskou službu, která již k pacientce dochází a oznámila jim termín propuštění. Dovážkové službě jsem také nahlásila po domluvě s pacientkou termín propuštění. Synovce o termínu propuštění si pacientka informovala sama telefonem.

Hodnocení: Pacientka má pro návrat do domácího prostředí do začátku zajištěné základní potřeby. Cítí se již klidněji.

Diagnóza č. 6: Potencionální riziko pádu z důvodů věku.

Cíl: Pacientka je edukována o prevenci pádu z důvodů věku. Je poučena o nutnosti asistence zdravotnického personálu při vertikalizaci. K přivolání zdravotnického personálu použije signalizační zařízení. Při dodržování preventivních opatření nedojde k pádu a úrazu pacientky.

Plán: V plánu je edukace pacientky o prevenci pádu. Provedení jednoduchého „screeningového“ nástroj pro určení rizika pádu a zhodnocení výsledku. Pacientka bude seznámena se signalizací a možnostmi si přivolat zdravotnický personál. Věci osobní potřeby jí budou dány na dosah a na noc jí budou zvednuty zábrany u lůžka.

Realizace: Při příjmu na oddělení byl pacientce proveden jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu a dle výsledků byla pacientka poučena o nutnosti dohledu zdravotnického personálu při vertikalizaci. Byla jí na dosah ruky přidělena signalizace a předvedena její funkčnost. Osobní věci a nápoje jí byly také dány v dosah. Na noc jsme se domluvily o zvednutí zábran u lůžka. Pacientka souhlasila a byla ráda za tu možnost.

Hodnocení: Cíl byl splněn na konci hospitalizace. Pacientka vstávala pouze za dopomoci a dohledu zdravotnického personálu. Hospitalizace bez pádu.

5. Diskuse

V mé bakalářské práci jsem se zabývala problematikou bérkových vředů a chronické bolesti. Bérkové vředy jsou onemocněním, které představuje dlouhodobý zdravotní a ošetrovatelský problém. Pacientů s bérkovými vředy přibývá. Kromě starší populace se onemocnění vyskytuje i mezi lidmi v produktivním věku. To přináší komplikace v podobě dlouhodobých pracovních neschopností a předčasné invalidity. Onemocnění je zálučné v tom, že dochází k častým recidivám a má dlouhou dobu hojení. Bérkový vřed se vyskytuje třikrát častěji u žen než u mužů, a to musím ze své praxe potvrdit. Kromě rizikových faktorů podporující vznik bérkového vředu má významnou roli i způsob života.

V praktické části jsem se věnovala pacientce, která se s bérkovým vředem léčí již tři roky. Nejprve to zvládala pouze ambulantně, poté se začaly defekty zhoršovat a zvětšovat, pak se přidala i bolest, která trvá již minimálně dva roky. Pacientce byla doporučena hospitalizace lékárnou z naší ambulance. Doma byla částečně soběstačná s dopomocí pečovatelské služby, kterou si hradí. K narůstajícím bolestem, které se výrazně zhoršovaly přestala pacientka doma chodit úplně. Z rozhovoru jsem získala informace, které potvrdily, že kvalitu života ovlivňuje chronická bolest a bérkové vředy. Porucha kožní integrity a chronická bolest se staly největším ošetrovatelským problémem během hospitalizace a jednou z mých stanovených diagnóz: *Chronická bolest související s onemocněním, projevující se změnami ve výrazu obličeje a stesky a Narušená integrita kůže z důvodů defektů na DK a zavedeného PŽK, spojená s eventuelním rizikem infekce.* Bolest je jeden z nejčastějších příznaků onemocnění a výrazně narušuje léčbu i motivaci k léčbě. Z částečně soběstačné pacientky se díky zhoršujícím se a dlouhotrvajícím bolestem stala pacientka nesoběstačná. Bolest ji ovlivnila natolik, že musela být hospitalizovaná. Vše, ale také souviselo se zhoršujícím se nálezem na dolní končetině. Stačil špatný pohyb nebo změna polohy končetiny a bolest ji vyřadila z běžných denních činností. Jelikož jí bolest provázela i v nočních hodinách a narušila jí kvalitu spánku stanovila jsem další ošetrovatelskou diagnózu a to: *Porušený spánek související s chronickou bolestí.*

Pacientka byla ohrožena rizikem pádu z důvodů věku a zhoršené pohyblivosti, a proto jsem stanovila dvě diagnózy: *Zhoršená tělesná pohyblivost* a *Potencionální riziko pádu z důvodů věku.* Vyprazdňování prováděla s dopomocí zdravotnického personálu do

toaletní židle umístěné u lůžka. Pomocí chodítka a doprovodu personálu si na toaletu došla až ke konci hospitalizace. Do koupelny byla pacientka odvezena na vozíku a při hygieně potřebovala dopomoc zdravotnického personálu, proto jsem stanovila další ošetrovatelskou diagnózu: *Deficit sebezpečí při koupání a hygieně v souvislosti s chronickou bolestí.*

Dalším faktorem ovlivňujícím kvalitu života je psychický stav. Pacientka v průběhu hospitalizace projevila strach a obavy z návratu domů. Stanovila jsem tedy další ošetrovatelskou diagnózu: *Strach a obavy z návratu do domácího prostředí.* Po ujištění, že před dimisí z našeho oddělení, pacientce pomůžeme zajistit převazovou, pečovatelskou a donáškovou službu se její obavy zmírnily.

Další hodnocenou oblastí byl rozsah edukace a množství předaných informací. Pacientka po dobu hospitalizace, vždy při převazech byla edukovaná v oblasti převazů bérkových vředů. Domů jí sice ze začátku bude docházet převazová sestra, ale poté si chce pacientka defekty převazovat sama. Zajímá se o postupy při převazech bérkového vředu a dodržování hygienických a aseptických pravidel, a na ty byla upozorněna. Byla jí doporučena vhodná strava při onemocnění bérkových vředů, zejména zvýšení bílkovin ve stravě. Pacientka byla zvědavá, se zájmem o onemocnění a žádné nedostatky jsem při edukaci jsem neshledala. Vše bylo zaneseno do zdravotnické dokumentace.

Podle Vondráčkové je v odborné literatuře věnovaná velká pozornost léčení bérkových vředů, jsou formulované postupy, ale chybí doporučení léčby bolesti. Bolest je však jedním z klinických příznaků (Vondráčková, 2014), a s tím musím souhlasit. Bolest je závislá na plno okolnostech. Stačí špatný pohyb, změna polohy končetiny, a to vyvolá bolest. Bolest je individuální projev člověka. Jak píše ve své knize (Vaňásek et al., 2014) bolest nelze objektivně změřit a tak jsme pacientovi povinni věřit. Každý člověk reaguje na bolest jinak a má jiný práh bolesti. Je zajímavé, že může být odlišná i u stejného člověka v jiné situaci a čase. Největším problémem, která způsobuje bolest je podle mého názoru převazování defektů. Vypozorovala jsem to během mé praxe na našem oddělení a potvrdila jsem si to i u této bakalářské práce. Nejenže sundávání sekundárního a primárního obvazu bylo pro pacientku stresující, ale i delší doba odkrytého defektu ji způsobovala bolest. Pacientce jsem proto sekundární a primární krytí odstraňovala těsně před lékařskou vizitou, a následně co nejdříve defekt ošetřila a zavázala.

Důsledná léčba chronické bolesti (Vondráčková, 2014) zlepšuje kvalitu života a tím přispívá k lepšímu hojení bércových vředů. Pokud jsou pacienti před převazem správně nemedikováni, pociťují sníženou intenzitu bolesti a dokonaleji se ošetřují defekty. I s tím musím souhlasit. Z mých zkušeností se k nám většinou vrací k hospitalizaci právě tito pacienti. Nedostatečně doma užívají medikaci, jelikož ji mají nastavenou pravidelně, bolest tedy nepociťují, proto léky vysazují „proč by je vlastně brali, když je nic nebolí“. Bolest se znovu zintenzivní a oni nejsou schopni si doma dokonale ošetřit defekty, ty se pak zhoršují a oni jsou okolnostmi donuceni k hospitalizaci. Někdy se stává, že už třetí den jsou defekty čisté a klidné. Já jsem tento problém u své pacientky neměla. Pacientka je zodpovědná a medikaci si v domácím prostředí brala svědomitě, přesto bolesti měla. Jelikož navštěvovala naši ambulanci pravidelně, navštěvovala i praktického lékaře se stejnými obtížemi, a to chronickou bolestí. Ten ji předepsal transdermální náplast. Pacientka si ji svědomitě lepila a každých 72 hodin měnila, přesto k tomu doma užívala i perorální analgetika. Ač jsem se ji snažila vysvětlit, že transdermální náplast je opiát, tedy silné analgetiku, trvala stále na perorálním analgetiku a udávala bolesti VAS 4-6. Náplast ji byla po celou dobu ponechána a lékařky ji rozepsaly perorální analgetika pravidelně. Někdy jsem měla pocit, že tabletky v ruce ji uklidnily. Můj názor je takový, že lékař měl konzultovat její chronickou bolest s ambulancí bolesti, kde je odborník, specialista a může pomoci s nastavením léčby bolesti. V nedávné době se pacientka k nám dostavila opět k hospitalizaci a je již bez transdermální náplasti, pouze na perorálních analgeticích a vše dobře zvládá.

Také podle Zavadilové v článku hojení jizev, ran, bércových vředů podporuje léčbu bércových vředů léčba bolesti, kvalita spánku a nutriční podpora (Zavadilová, 2013). Nutriční podpora má zdárný vliv na hojení ran. A to mě přivedlo k tomu, abych nastudovala odbornou literaturu a sestavila jednoduchý edukační leták s vhodnými potravinami, které obsahují látky prospěšné pro zdárný průběh hojení.

Bércový vřed je chronická rána, často recidivující. Pacienti se k nám opakovaně vrací a to převážně se zhoršeným nálezem na defektech. To mě dovedlo k myšlence vytvořit jednoduchý edukační leták opatřený obrázkovým doprovodem, jak si správně doma ošetřovat bércové vředy.

6. Závěr

Péče o pacienty s bércovými vředy je pro zdravotnický personál vždy velmi náročná. A to nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Bércový vřed patří mezi nejčastější chronickou ránu, a proto je péče dlouhodobá, někdy i celoživotní. Důležitá je komunikace, tolerance a vzájemná spolupráce.

Česká dermatovenerologická společnost vydala standard k efektivní léčebné a preventivní léčbě pro *Ulcus cruris venosum*. Tyto vředy se podílejí na 1% pracovních neschopností s délkou ošetřování více jak 30 dní. Toto onemocnění vyžaduje komplexní terapii, posouzení celkového stavu nemocného a správné lokální ošetřování vředu a jeho okolí. Ke každé ráně přistupujeme individuálně, tak jako ke každému pacientovi a snažíme se uspokojit jeho bio – psycho – sociální potřeby.

V bakalářské práci jsem přiblížila problematiku bércového vředu, rozdělila na typy vředů a vliv rizikových faktorů na vznik a vývoj onemocnění. V teoretické části jsem zpracovala základní informace o kůži a bércovém vředu. V praktické části jsem zpracovala kazuistiku jedné pacientky formou ošetřovatelského modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové a stanovila si ošetřovatelské diagnózy dle Nanda taxonomie.

Přínosem této práce je shrnutí základních informací o tomto onemocnění a vytvoření edukačního letáku pro pacienty do domácí péče. To vše by mohlo pomoci sestřám, studentům nebo i laikům, kteří mají zájem o tuto problematiku. Včasný záchyt tohoto onemocnění zkrátí dobu léčby, a proto je důležité, aby pacient navštívil lékaře co nejdříve.

7. Seznam použité literatury

CASEY, Georgina. *Chronic wound healing: Leg ulcers* [online]. New Zealand: Kai Tiaki, December 2011/January 2012 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/openview/4cb659640c1b6022e769a6368320b8f1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=856343>

HERDMAN, T. Heather. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

HOPMAN W. M., et al. *Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers* [online]. Chronic Diseases and Injuries in Canada, June 2013 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: https://scholar.google.cz/scholar?q=pain+and+health-related+quality+of+life+in+People+with+chronic+leg+ulcers&hl=cs&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar#d=gs_qabs&u=%23p%3DgVM9fEzhFdcj

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Michaela MIERTO VÁ. *Nehojace sa rany: vysokoškolská učebnica*. Martin: Osveta, 2015. ISBN 978-80-8063-433-9.

HNÁTEK, Lukáš. Farmakoterapie chronického žilního onemocnění. *Medicína pro praxi*. 2014, **11**(4), 159-163. ISSN 1214-8687.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.

JULÍNEK, Simon. Chronické žilní onemocnění - diagnostika a terapie. *Causa subita*. 2017, **20**(2), 60-62. ISSN 1212-0197.

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

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ a Dana HAUSEROVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.

KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 9788074921902.

KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ. *Somatologie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024729886.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LEJČKO, Jan. Možnosti léčby chronické bolesti. *Medicína pro praxi*. 2009, 6(3), 150-154. ISSN 1214-8687.

MACHOVCOVÁ, Alena. *Bandážování a kompresivní léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-1980-4.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 9788074922060.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

PEATE, Ian a Wyn GLENCROSS. *Wound care at a glance*. Malden, MA: Wiley Blackwell, 2015. ISBN 978-1118684672.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bércovými vředy. *Medicína pro praxi*. 2011, 8(4), 198-201. ISSN 1214-8687.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024733715.

POKORNÁ, Andrea. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 9788021060487.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I*. V Praze: Triton, 2004. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-469-1.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed: Standard léčebného plánu* [online]. 2010 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/download/bercovy-vred-standard-cslr.pdf>

RENNER REGINA, et al. *Associaation of Pain Level, Health and Wound Status in Patients with Chronic Leg Ulcers* [online]. *Acta Derm Venereol*, Jan 2014 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23975009/>

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024730127.

ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 9788020439451.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie: učebnice*. 7. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-306-8. .

SINHA, Sankar. *Management of venous leg ulcers in general practice - a practical guideline* [online]. *Australian family physician*, September 2014 [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25225642/>

STEHLÍK, Daniel, Lucie KALINOVÁ a Martin MOLITOR. Chirurgicko-plastická léčba bércoých vředů a ran. *Dermatologie pro praxi*. 2012, **6**(1), 11-15. ISSN 1802-2960.

STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 9788087969182.

Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. Praha, 2010 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.

VONDRÁČKOVÁ, Dana. Bolesti u bércoých vředů a jejich léčení. *Medicína pro praxi*. 2014, **11**(4), 155-158. ISSN 1214-8687.

ZAVADILOVÁ, Markéta. Hojení jizev, ran, bércoých vředů. *Dermatologie pro praxi*. 2013, **7**(1), 33-35. ISSN 1802-2960.

Seznam zkratek

aj. – a jiné

BMI- body mass index

C- celsia

cca - přibližně

CHCE- cholecystoektomie

CRP- C-Reaktivní Protein

č. - číslo

DK – dolní končetina, dolní končetiny

Erytr. – erytrocyty

Fe – železo

gtt - kapky

LDK- levá dolní končetina

mg - miligramů

mm Hg- milimetr rtuťového sloupec- Torr

min. - minuta

např. – například

NKL – Národní lékařská knihovna

Obj. – objem

P - puls

PDK- pravá dolní končetina

PŽK – periferní žilní kanyla (katetr)

Stp. – stav po

Stř. – střední

Stř. barev. kon.- střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytu

TEP – totální endoprotéza

tbl. - tablety

tj. – to je

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

USG – sonografické vyšetření

ug - mikrogram

WHC - The Wound Healing Continuum - Kontinuum hojení rány

Seznam tabulek

Tabulka 1: Medikace.....	33
Tabulka 2: Laboratorní výsledky - Hematologie.....	36
Tabulka 3: Laboratorní výsledky - Biochemie.....	36
Tabulka 4: Medikace - úprava.....	41
Tabulka 5: Laboratorní výsledky - Hematologie - po transfuzi.....	42

Seznam obrázků

Obrázek 1: Vizuální analogová škála (VAS)

Obrázek 2: Obličejová škála pro měření bolesti

Obrázek 3: Mapa bolesti M. S. Margolese

Obrázek 4: Příloha č. 4: Stupnice dle Nortonové

Obrázek 5: Příloha č.5: Barthelův test základních všedních činností ADL

Obrázek 6: Příjmový den – fotografie bércového vředu

Obrázek 7: Příjmový den – fotografie bércového vředu

Obrázek 8: 17. Den hospitalizace – fotografie bércového vředu

Obrázek 9: 17. Den hospitalizace – fotografie bércového vředu

Seznam příloh

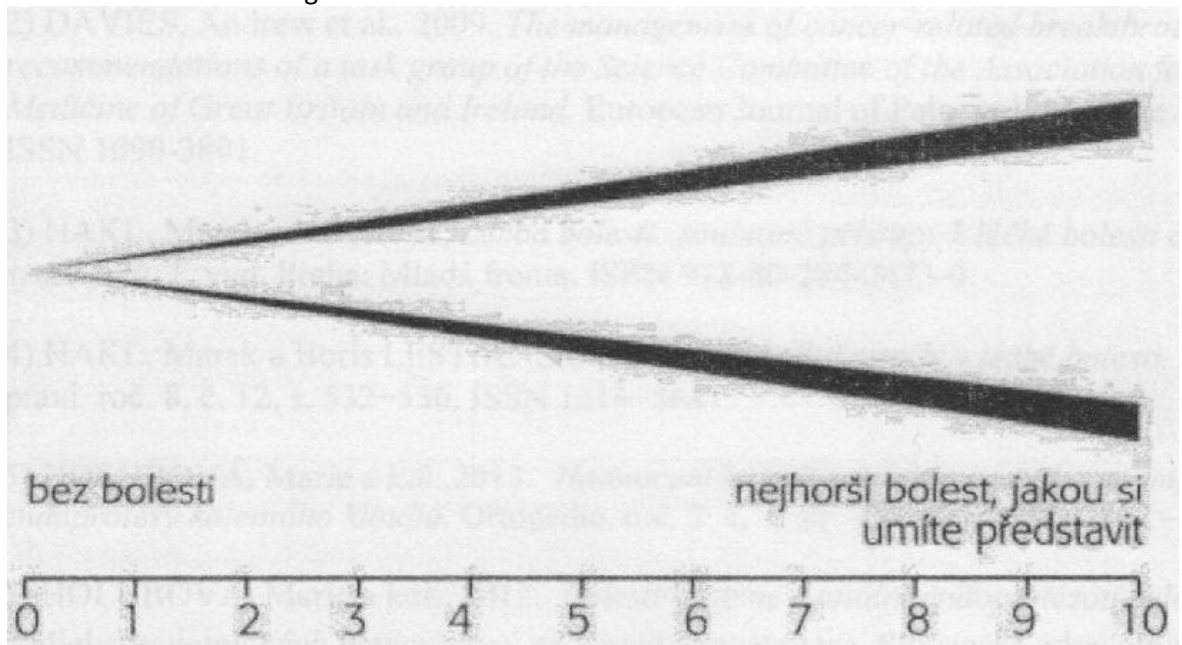
Příloha A: obrázky

Příloha B: Žádost o povolení sběru dat a informací

Příloha C: Edukační leták

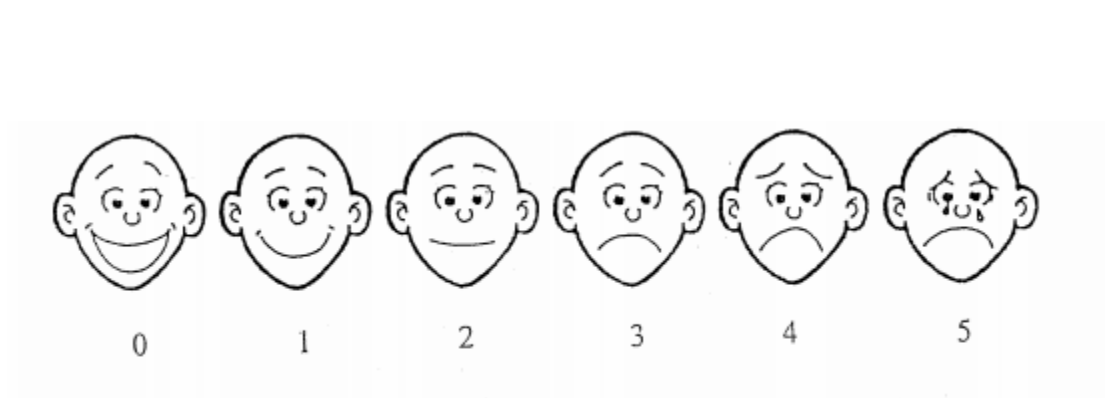
Příloha A: Obrázky

Obrázek 1: Vizuální analogová škála bolesti



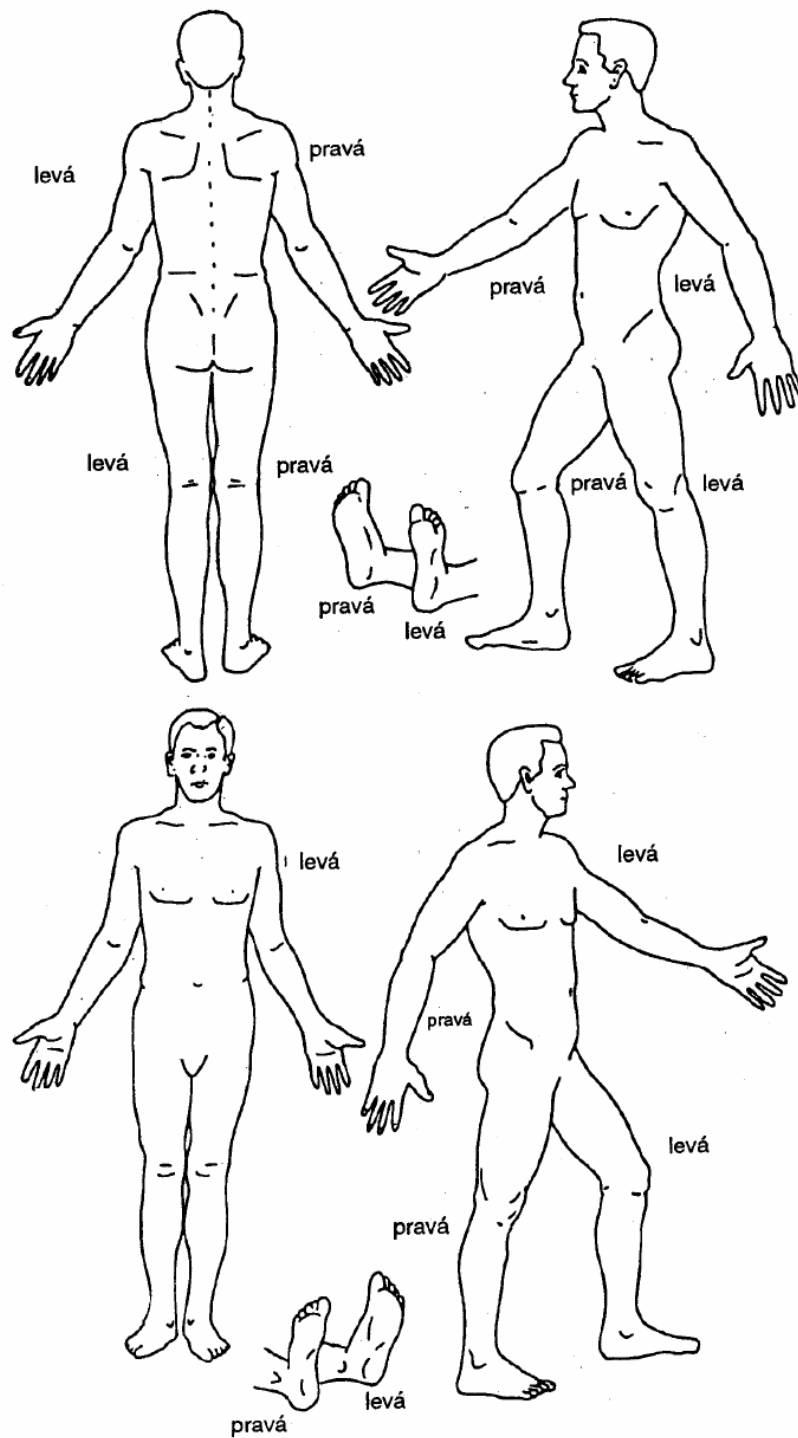
Zdroj: Bolest v ošetrovatelství (Vaňásek et al., 2014)

Obrázek 2: Obličejová škála pro měření bolesti



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5837>.

Obrázek 3: Mapa bolesti M. S. Margolese



Obrázek 4: Stupnice dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

schopnost spolupráce		věk		stav pokožky		každé další onemocnění		fyzický stav		stav vědomí		aktivita		pohyblivost		inkontinence	
úplná	4	<10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	<30	3	alergie	3	DM, anémie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	Občas	3
částečná	2	<60	2	vlhká	2	kachexie, ucpaná tepna	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	>60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč+ stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

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

Obrázek 5: Barthelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

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 nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo 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
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ: 0-40 bodů vysoce závislý, 45-60 bodů závislost středního stupně, 65-95 bodů lehká závislost, 100 bodů nezávis

Obrázek 6: Příjmový den – fotografie bércevého vředu



Zdroj: Autor

Obrázek 7: Příjmový den – fotografie bércevého vředu



Zdroj: Autor

Obrázek 8: 17. Den hospitalizace – fotografie bércevého vředu



Zdroj: Autor

Obrázek 9: 17 den hospitalizace – fotografie bércevého vředu



Zdroj: Autor

Příloha B: Vzor žádosti o povolení sběru dat a informací

Vážená paní

XY

Hlavní sestra zdravotnického zařízení

Věc: Žádost o povolení sběru dat a informací

Jmenuji se Jana Tomanová. Jsem studentkou bakalářského studia Ošetřovatelství, kombinované formy na Univerzitě Karlově, se sídlem v Praze 1, Ovocný trh 3/5, 11636, týkající se součásti: 1.lékařská fakulta, Kateřinská 32, 12108 Praha 2. Pracuji na XY pracovišti.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Ošetřovatelská péče o nemocného s chronickou bolestí u bércových vředů dolních končetin“. Žádám Vás o povolení sběru dat a informací pro mou bakalářskou práci v rámci vypracování kazuistiky. Jedná se o sestavení ošetřovatelského procesu u vybraného pacienta.

Prohlašuji, že veškerá data a informace budou anonymní a budou použita pouze pro účel méj bakalářské práce.

S poděkováním Jana Tomanová

Adresa bydliště

E – mail

Telefon

Schvaluji

Podpis

Razítko

V XY dne

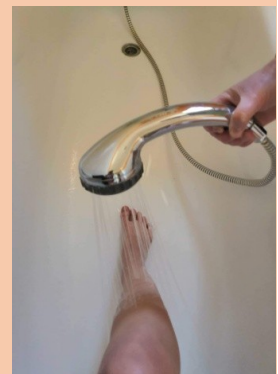
Jak správně ošetřovat bércové vředy v domácím prostředí?

1. Opatrně odstraňte obvaz a krytí z rány – vředu. Pokud je obvaz přischlý dostatečně zvlhčete, předejete tím bolesti a krvácení.



2. Čistým rostlinným olejem odstraňte zbytky starých mastí.

3. Osprchujte končetinu vlažnou vodou tak, aby voda po ráně pouze stékala, sprchujte přibližně 10min. Odstraníte tím nečistoty z rány, jako jsou odumřelá tkáň a bakterie. Zlepšíte hojení. Poté osušte mulovými čtverci.



4. Ošetřete (promazejte) okolí vředu dle ordinace lékaře. Je to důležité, zabrání to dalšímu poškození kůže a zvětšování rány.

5. Naneste mast nebo vlhké krytí dle ordinace lékaře. Dodržujte přesné pokyny, správný materiál a frekvenci převazu.



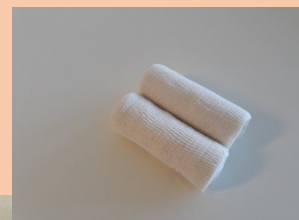
6. Překryjte sterilními čtverci a zavázejte fixačním elastickým obinadlem.

7. Elastickým obinadlem provedte kompresivní terapii – bandáž.

Bandáž zrychluje hojení, zmenšuje otoky a sekreci.

O bandáži se poraďte s lékařem.

!!! Není vhodná u bércoých vředů arteriálního původu.



Doporučujeme při odpočinku nebo sezení mít dolní končetiny ve zvednuté poloze na měkké podložce.

Vhodná strava při bércových vředech

1. **Bílkovina** – je stavební jednotka všech buněk. Je potřebná pro tvorbu a vznik nových buněk a tkání. Je to základ správného hojení ran.



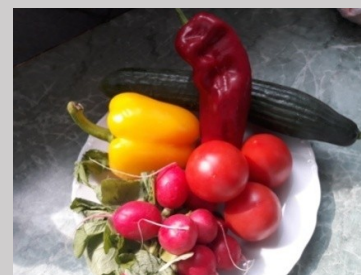
Bílkovina

živočišná se nachází: maso (hovězí, telecí drůbež a ryby)

mléko, kefír vejce, bílý jogurt, tvaroh, sýry

Bílkovina rostlinná se nachází: luštěniny (hrách, fazole, čočka), olejniny (arašídy, mák, ořechy)

2. **Vitamíny a minerály** – jsou potřebné pro správné fungování metabolismu. Jsou důležitý pomocník pro správné hojení ran. Nedostatek se může projevit náchylností k nemocem a sníženou obranyschopností.



Vitamín A – nedostatek narušuje hojení a zpomaluje epitelizaci (mrkev, rajčata, zelená listová zelenina, meruňky, pomeranče, žlutomasé broskve)

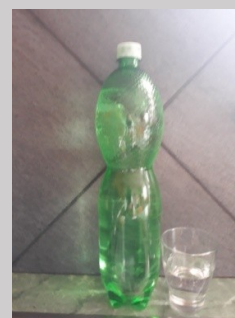
Vitamín C - nedostatek způsobuje křehkost a kvalitu vlásenec (šípky, černý rybíz, červená paprika, kiwi, brokolice, zelí, kapusta)

Vitamín K – nedostatek může způsobovat zvýšené krvácení (listová zelenina, kapusta, růžičková kapusta, hlávkové zelí)

!!! Pozor: může snížit účinek Warfarinu

Zinek – nedostatek je rizikem pro hojivý proces (ryby, maso, játra, luštěniny, vaječný žloutek, dýňová a slunečnicová semínka)

3. **Hydratace** – je stejně důležitá jako výživa. Dostatek tekutin pomůže nastolit příznivé podmínky pro hojení a prevenci vzniku kožních defektů.



~~Cukr~~

~~Tučná jídla~~

~~Kouření~~

Pohyb

