

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Markéta Bakešová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitem

Markéta Bakešová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Bakešová**
Osobní číslo: **Z16001**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetřovatelský proces u pacienta s dekubitem**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium odborné literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení metodiky a cílů práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. IHNÁT, Peter. Základní chirurgické techniky a dovednosti. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0334-8.
2. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
3. STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. Semily: Geum, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5.
4. TÓTHOVÁ, Valérie. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
5. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Klára Václavíková**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **18. července 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. dubna 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16. 7. 2019

.....
Markéta Bakešová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla vyjádřit své poděkování paní Mgr. Kláře Václavíkové za odborné vedení práce, cenné rady, ochotu a její čas, který mi byl při konzultacích věnován.

Velké poděkování patří i mé rodině, příteli a přátelům za trpělivost a podporu, které se mi dostávalo během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelského procesu u pacientů s dekubity. Práce se skládá z teoretické části a praktické části. Teoretická část se zabývá definicí dekubitu, rizikovými faktory, stupni dekubitů, lokalizací, fázemi hojení ran, hodnotícími stupnicemi pro riziko vzniku dekubitu, prevencí a léčbou dekubitů se zaměřením na produkty vlhké terapie. Praktická část bakalářské práce zahrnuje vypracování ošetrovatelského procesu na základě vybraných kazuistik.

KLÍČOVÁ SLOVA

ošetrovatelský proces, dekubity, ošetrovatelský plán, ošetrovatelská péče, prevence, léčba

TITLE

The nursing process a patient with decubitus ulcer.

ANNOTATION

Bachelor thesis is focused on the issue of the nursing process in patients with decubitus ulcers. The work consists of a theoretical part and a practical part. The theoretical part deals with definition of pressure ulcer, risk factors, the degree of pressure ulcers, localizations, stages of wound healing, the rating scales for risk of developing pressure ulcer, the prevention and treatment of pressure ulcers with a focus on products of moist therapy. The practical part of the thesis includes drawing up the nursing plan, on the basis of selected case reports.

KEYWORDS

the nursing process, decubitus ulcers, nursing program, nursing care, prevention, treatment

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle práce	15
1.1 Hlavní cíl.....	15
1.2 Cíle teoretické části	15
1.3 Cíle praktické části.....	15
2 Péče o pacienta s dekubitem	16
2.1 Dekubity	16
2.1.1 Definice dekubitu.....	16
2.1.2 Rizikové faktory	17
2.1.3 Klasifikace dekubitu	18
2.1.4 Lokalizace dekubitu.....	18
2.1.5 Prevence dekubitu.....	19
2.1.6 Fáze hojení rány.....	21
2.1.7 Hodnocení rizika vzniku dekubitu	21
2.1.7.1 Nortonova stupnice.....	22
2.1.7.2 Waterlova stupnice	22
2.1.7.3 Bradenova stupnice	22
2.1.8 Klasifikace rány	22
2.2 Léčba dekubitu	24
2.2.1 Konzervativní léčba	24
2.2.2 Chirurgická léčba.....	26
2.3 Úloha sestry v péči o dekubity	27
2.4 Ošetrovatelský proces	28
2.4.1 Zhodnocení	28
2.4.2 Diagnostika	28
2.4.3 Plánování	29

2.4.4	Realizace	29
2.4.5	Vyhodnocení	29
3	Průzkum	30
3.1	Stanovení průzkumného vzorku	30
3.2	Metodika	30
3.3	Kazuistiky	31
3.3.1	Kazuistika č. 1	36
3.3.2	Kazuistika č. 2	49
3.3.3	Kazuistika č. 3	60
4	Diskuze	71
4.1	Shrnutí a doporučení	75
	Závěr	79
	Použitá literatura	80
	On-line zdroje	82
	Použité akademické práce	83
	Přílohy	84

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AA	alergická anamnéza
ADL	Activities of Daily Living
AH	arteriální hypertenze
BMI	Body Mass Index
DM	diabetes mellitus
ETK	endotracheální kanyla
FA	farmakologická anamnéza
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
INZ	inzulín
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MFS	Morse Fall Scale
MNA	Mini Nutritional Assessment
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
NGS	nasogastrická sonda
NJS	nasojejunální sonda
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
OD	ošetřovatelská diagnóza
OL	ordinace lékaře
OP	ošetřovatelský proces

PA	pracovní anamnéza
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RA	rodinná anamnéza
RHB	rehabilitace
SA	sociální anamnéza
SHNU	System hlášení nežádoucích událostí
TBC	tuberkulóza
TEP	totální endoprotéza
VAS	vizuální analogová škála bolesti
WHC	Wound healing continuum

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 1	41
Tabulka 2 - Vyhodnocení ošetřovatelské péče u kazuistiky č. 1	43
Tabulka 3 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 2	54
Tabulka 4 - Vyhodnocení ošetřovatelské péče u kazuistiky č. 2	56
Tabulka 5 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 3	65
Tabulka 6 - Vyhodnocení ošetřovatelské péče u kazuistiky č. 3	67

ÚVOD

Problematika výskytu dekubitálních lézí je v současné době stále aktuálním tématem. Proleženiny představují značný problém, postihující pacienty různého věku v různých zdravotnických zařízeních. Nejčastěji vznikají u pacientů se sníženou hybností a u imobilních pacientů upoutaných na lůžko. Vzniklé defekty zvyšují utrpení nemocného člověka a způsobují fyzickou i psychickou bolest. Výskyt proleženin prodlužuje celkovou dobu léčby, hospitalizaci a výrazně snižují kvalitu života nemocného. Dále představují velkou zátěž nejen pro samotného pacienta, ale i pro osoby, které o tyto pacienty pečují (Hlinková a kol. 2019, s. 76). O této problematice by měla být informována i široká veřejnost, neboť proleženiny vznikají také v domácí péči (Vytejková a kol. 2015, s. 224).

Celkový počet hlášených dekubitů v České republice za 1. pololetí roku 2017 představuje 9 123 případů. Fakultní a velké nemocnice akutní péče se vyznačují nejvyšším výskytem hlášených dekubitů u 4 799 pacientů. U 3 275 pacientů se proleženiny vyskytly v ostatních nemocnicích akutní péče. Specializovaná centra či nemocnice nahlásila celkem 211 případů těchto defektů. Psychiatrické nemocnice udávají 636 pacientů s výskytem dekubitálních lézí. V nemocnicích následné péče a léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) se počet hlášených dekubitů vyzdvihl na 95 pacientů, a naopak v lázních či léčebnách se defekty vyskytly u 107 respondentů. Vznik nežádoucích událostí (dekubitů) je sledován a hlášen téměř ve všech zdravotnických zařízeních zapojených v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Nahlášení proleženin v těchto zařízeních představuje 87,3 % (SHNU, 2018, s. 2–5).

Vytejková a kol. (2015, s. 241-244) podotýká, že v problematice výskytu dekubitů je důležité zaměřit se na provádění důsledných preventivních opatření, které by zamezovaly vzniku proleženin, např. pravidelné polohování, péče o kůži, dostatečná hydratace a vyvážená výživa a aplikace antidekubitních pomůcek.

V dnešní době se na trhu nachází široké spektrum moderních obvazových materiálů usnadňujících léčbu těchto vzniklých defektů. Ve zdravotnickém zařízení dochází ke zvýšení nákladů na léčbu proleženin, což je náročné nejen z finančního hlediska, ale i pro celý zdravotnický personál. Výběr vhodné terapie dokáže kladně ovlivnit průběh hojení dekubitů (Krška a kol. 2011, 228-236). Terapie vzniklých dekubitů se stává finančně náročnější než provádění preventivních opatření (Zadák a Havel, 2017, s. 33). Měšťák a kol. (2015, s. 128-129) uvádí, že terapie může probíhat konzervativně nebo chirurgicky.

Velkou výhodou spatřuji v materiálech vlhké terapie, které podporují proces hojení rány, čímž napomáhají následné granulaci a epitelizaci tkáně. Této problematice je věnována kapitola v bakalářské práci. Ihnát (2017, s. 134) uvádí, že při převazování defektu nedochází k traumatizaci rány, odvádí se exsudát a je zajištěno optimální vlhké prostředí, čímž se snižuje frekvence převazů. Určité druhy vlhké terapie mají svá specifika, pro která se nesmí opomíjet typ vzniklého dekubitu či fáze rány. Proto je při pravidelných převazech nezbytné provádět zhodnocení rány. Vhodné krytí se volí podle aktuálního stavu rány.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Vypracovat ošetrovatelský proces u vybraných pacientek s dekubitem.

1.2 Cíle teoretické části

Popsat dekubity, predilekční místa, možnosti léčby a úlohu sestry v péči o dekubity.

1.3 Cíle praktické části

Zmapovat potřeby pacientek s vytvořeným dekubitem v sakrální části, který se zhojil pomocí produktů vlhké terapie.

Zpracovat ošetrovatelský proces na základě zhodnocení daných kazuistik.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 PÉČE O PACIENTA S DEKUBITEM

2.1 Dekubity

Dekubitus, dekubitální léze neboli proleženina je rána způsobená tlakem, střížnými a třecími silami nebo kombinací těchto faktorů. Poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou ulceraci, jež postihuje svaly, šlachy a kosti (Mikula, Müllerová, 2008, s. 10–11). Proleženiny značí běžné, ale i závažné komplikace ve zdravotnické péči, které jsou spojené s bolestí, zpomalenou hojivou tendencí a s omezením běžných denních aktivit. Proleženiny taktéž zvyšují délku hospitalizace a případnou mortalitu (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 112). Nejen špatný zdravotní stav, podcenění rizik podvýživy (malnutrice), chronické bolesti, deliria, ale i nevhodná až špatná ošetrovatelská péče, bagatelizace stávajícího či začínajícího defektu přispívají k rozvoji komplikace – dekubitu (Kabelka, 2017, s. 116).

2.1.1 Definice dekubitu

Kouřilová (2010, s. 23) uvádí: „*Dekubitus neboli proleženina vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo. Na vzniku proleženiny se dále podílí tření a střížné síly (posouváním pacienta po podložce, dochází k hrnutí kůže a jejích vrstev proti podložce a k poruše mikrocirkulace).*“ Podle Kabelky (2017, s. 116) dekubitální léze souvisejí také s hydratací a výživou pacienta. Poruchy citivosti, diabetes mellitus (DM), kontraktury, snížení elasticity kůže, vysoký věk, inkontinence, obezita a poruchy mentálního stavu se řadí k rizikovým faktorům vzniku dekubitu. Podle Vorlíčka a kol. (2012, s. 88) defekty vznikají u pacientů se sníženou hybností a u pacientů upoutaných na lůžko.

Pokorná a Mrázová (2012, s. 113) uvádí, že proleženina značí důsledek místní nedokrevnosti kůže, podkožních tkání a svalů s následující ulcerací až nekrózou. Defekt vzniká spolupůsobením vnitřních a zevních faktorů na predilekčních místech.

Ke vzniku dekubitů dochází v 50 % u lidí starších 70 let, především se jedná o imobilní pacienty. Nejohroženější skupinu u mladých lidí představují např. vozíčkáři. Proleženiny se mohou vyskytovat i u pacientů v domácí péči. S dekubity se ve zdravotnickém zařízení setkáváme u 5–11 % hospitalizovaných pacientů. Hojnost dekubitálních lézí představuje indikátor kvality péče. Existují situace, kdy se i přes optimální péči a všechna preventivní opatření nezabrání vývinu defektu. Jedná se o pacienty s neuspokojivou prognózou a vážně choré, u kterých přítomnost defektu zvyšuje riziko úmrtí (Kalvach a kol. 2011, s. 356).

2.1.2 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory patří činitelé zvyšující vznik defektu. Tyto faktory se dělí na vnější a vnitřní.

Vnější faktory:

Přímý tlak na predilekční místa – Důležitá je délka a intenzita působícího tlaku na stejné místo. Tlak v dané oblasti způsobí poruchy prokrvení, kdy dochází k uzávěru kapilár, ke zvolnění až zastavení krevního proudu, a to vlivem v místě působícího zevního tlaku. K nezvratnému poškození kůže a tkáně dochází již po dvou hodinách mikrocirkulace, kdy kůže a tkáň je nedostatečně zásobována krví, postrádá živiny a kyslík (Mlýnková, 2010, s. 137).

Tření a střížná síla – Tření a střížná síla se označují jako mechanické vlivy, které působí nejvíce vpolosedě, kdy dochází k sesunu pacienta po podložce směrem dolů. Vzniká stříhový efekt, při kterém se kůže tře a odírá o podložku, čímž dochází k nedokrevnosti tkání. Tento stav může vyústit až v následnou nekrózu tkáně. Kůže se tře i při křečích, neklidu, přesunu pacienta a při nerovnosti lůžkového prádla (Stryja, 2011, s. 141). Anatomie a fyziologie kůže přiložena v příloze č. 23 a č. 24.

Vlhkost – Vlhkost může být zapříčiněná stolicí, močí, potem, či při hojné sekreci z rány, kdy vzniká macerace kůže, která je charakteristická sníženou odolností vůči infekci a mechanickým vlivům (Stryja, 2011, s. 141).

Vnitřní faktory:

Věk – Staří lidé mají méně pružnou a pevnou kůži, která se vyznačuje méně prokrvenou pokožkou, díky čemuž má sníženou tendenci hojení. Vznik dekubitu ohrožuje pacienty starších 70 let více než pacienty mezi 20–40 lety (Mikula, Müllerová, 2008, s. 14).

Mobilita – Mobilní člověk mění za běžných okolností svou polohu těla podle potřeb a pohodlí. Zcela imobilní pacient není schopen měnit polohu svého těla. Do rizikové skupiny pacientů ohrožených vznikem dekubitu se řadí pacienti s poruchami vědomí a ochrnutím končetin (Mlýnková, 2010, s. 138).

Souběžné nemoci – Mezi onemocnění, jež podporují vznik proleženin, řadíme DM, zhoubná nádorová onemocnění, nedostatek bílkovin, poruchy nutriční, nemoci cév a anémie. Tato onemocnění způsobují sníženou odolnost tkání vůči tlaku (Stryja, 2011, s. 140).

Vliv léků – Pacienti užívající analgetika, sedativa, cytostatika nebo protizánětlivé léky patří do rizikové skupiny pro vznik dekubitu. Protizánětlivé léky snižující hojení pokožky a cytostatika ničí rostoucí a zdravé buňky (Mikula, Müllerová, 2008, s. 17).

Tělesná hmotnost a stav výživy – Při ztrátě tělesné hmotnosti dochází ke snížení množství podkožního vaziva, tělesného tuku a svalové atrofii. Pomalé a obtížné hojení kožních poranění se objevuje u nedostatečné výživy. Nedostatek vitamínu C, zinku a bílkovin v potravě značně přispívá ke vzniku dekubitu (Mlýnková, 2010, s. 139).

2.1.3 Klasifikace dekubitu

Mikula a Müllerová (2008, s. 21) uvádí, že součástí praxe je schopnost umět posoudit klasifikaci dekubitu. Tlakové léze postupují z hloubky na povrch, nikoliv obráceně, jak se dosud často mylně uvádí. Dekubity mají rozdílný průběh i rozdílně dlouhou dobu vývoje. Nepatrné poškození povrchové vrstvy kůže může značit rozsáhlé poškození pod povrchem.

Stupně dekubitů dle Pokorné a Mrázové (2012, s. 119) jsou:

1. stupeň – erytém – lehce začervenalá kůže, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, bolest v postiženém zarudnutém a zduřelém místě, zarudnutí přechodně bledne po zatlačení prstem (viz příloha č. 6),

2. stupeň – puchýř – dochází k porušení pokožky a škráry, tvorba puchýřů naplněných čirou tekutinou, které se zvětšují a pukají, postižená oblast mokvá, oteklá, přítomný zánět a navalité okraje (viz příloha č. 7),

3. stupeň – nekróza – proleženina zasahuje do epidermis, dermis a subcutis, puchýře praskají, spodina tmavne, až zčerná, dochází k rozvoji nekrózy, serózní sekrece z defektu, defekt se vměšuje do hloubky (viz příloha č. 8),

4. stupeň – komplikovaný vřed – rozsáhlé poškození všech vrstev kůže s nekrózou tkáně, která se rozšiřuje ke kostem, šlachám a kloubům (viz příloha č. 9).

2.1.4 Lokalizace dekubitu

Podle Mikuly a Müllerové (2008, s. 22–23) se proleženiny mohou vytvořit na kterémkoliv místě lidského těla, kde se kosti nachází blízko pokožky a jsou nepříliš izolovány vrstvou tuku, na tzv. predilekčních místech (viz příloha č. 2, 3, 4, 5). Predilekční místa obsahují málo svalové hmoty, žádnou tukovou tkáň či mnoho tukové tkáně. Nejčastějšími predilekčními

místa výskytu proleženin u ležícího či sedícího pacienta (např. na vozíčku) jsou lopatky, obratle, křížová část, sedací oblast, stehna, paty a chodidla (viz příloha č. 21).

Kelnarová a kol. (2015, s. 164) uvádí, že výskyt dekubitů může být i uvnitř těla na sliznicích vlivem tlaku cizího tělesa, např. permanentním močovým katétrem (PMK), endotracheální kanylou (ETK), nasogastrickou sondou (NGS) či zubní protézou.

Proleženiny vyskytující se uvnitř těla jsou hůře rozpoznatelné a jejich léčba představuje velice náročný a zdlouhavý proces.

2.1.5 Prevence dekubitu

Dekubitální léze patří mezi závažné komplikace a jejich léčení představuje zdlouhavý a náročný proces. Proto je důležité dbát na preventivní opatření, aby nedošlo ke vzniku defektu. Zásadní význam při prevenci a léčbě proleženin má kvalitní a řádně organizovaná ošetrovatelská péče (Mikula, Müllerová, 2008, s. 25).

Základní preventivní opatření zahrnuje:

Výživa a hydratace – Podle Grofové (2012, s. 48–49) nedostačující výživa pacienta vede ke snížení odolnosti tkání vůči tlaku. Zvýšený příjem bílkovin prokazatelně snižuje potencionální vznik defektu. Nejen bílkoviny, ale i vitamíny, stopové prvky s antioxidačními účinky hrají důležitou roli v prevenci. Podstatnou roli hraje konzultace a spolupráce s nutričním terapeutem. Solen (2010, s. 60) uvádí, že mezi základní složky ošetrovatelské péče se řadí dopomoc s příjmem potravy, krmení nesoběstačných pacientů, sledování bilance tekutin a množství přijaté potravy. Je vhodné zařadit sipping, což je speciální tekutá výživa k popíjení v lahvičkách. Sipping slouží jako doplněk stravy. Jestliže pacient není schopný přijímat stravu ústy, je nutné zajistit podávání stravy do NGS, nasojejunální sondy (NJS), perkutánní endoskopické jejunostomie (PEJ), perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo parenterální cestou.

Snížení tlaku na tkáň – Nedokrvení a následné odumření tkáně závisí na míře tlaku. Pokud se tlak sníží, zabrání se nedokrevnosti a tím následné odúmrti tkáně. Snížením tlaku dojde k obnově cirkulace krve ve vlasečnicích, které jsou zásobovány živinami a kyslíkem. Živiny a kyslík zajišťují náležitý metabolismus a hojení. Snížení tlaku se dosáhne polohovacími pomůckami, polohovacím lůžkem, změnou polohy pacienta, pasivní či aktivní antidekubitní matrací nebo polštářem (Mikula, Müllerová, 2008, s. 26).

Polohování – Pravidelným polohováním pacienta se snižuje tlak na tkáň. Intervaly polohování se regulují podle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Polohování imobilních pacientů by měly provádět minimálně dvě osoby pomocí polohovacích pomůcek, které ulehčují ošetřujícímu personálu práci. Mezi polohovací pomůcky řadíme různé typy válců, kvádrů, klínů a polštářů (Mlýnková, 2010, s. 150). Polohování se provádí podle polohovacích hodin, zprvu v intervalu 15–30 minut, během dne po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách. Polohování pacienta se provádí šetrně, aby nedošlo k poškození kůže (Vytejšková a kol. 2015, s. 242).

Používání antidekubitních pomůcek – Antidekubitní pomůcky snižují tlak na jednotlivé úseky těla. Existuje řada antidekubitních pomůcek, např. speciální kvádry, válce, klíny, kruhy, antidekubitní matrace, speciální lůžka, podložky a nalepovací gelové chrániče. Pomůcky se snadno používají, usnadňují ventilaci, neomezují pacienta v pohybu, nebrání změně polohy a rozkládají tlak těla na lůžku (Vytejšková a kol. 2015, s. 242).

Soběstačnost pacienta – Cílem je zachovat maximální mobilitu, pomocí aktivního udržování pohyblivosti a rehabilitace (RHB), s ohledem na aktuální zdravotní stav a fyzické možnosti pacienta (Solen, 2010 s. 60). Fyzioterapeut provádí s pacientem aktivní a pasivní cvičení za účelem podpory samostatnosti, sebeděče a soběstačnosti (Vytejšková a kol. 2015, s. 243).

Opatření při inkontinenci – Při inkontinenci moče či stolice se klade důraz na suché a čisté osobní a ložní prádlo. Suchost se zajistí vhodnými pomůckami pro inkontinentní pacienty pomocí absorpčních plen či PMK. U inkontinentních pacientů je nezbytné zajistit včasnou výměnu plen a ošetření kůže nemocného (Vytejšková a kol. 2015, s. 243).

Hygienická péče – Při vykonávání hygienické péče se postupuje šetrně. Denně se hodnotí stav kůže, především u částečně a zcela imobilních pacientů. U inkontinentních pacientů se pravidelně provádí odstranění nečistot, aby se zabránilo vlhkosti kůže. Dává se přednost mycím emulzím (Menalind) před dráždivým mýdlem. Pravidelným promazáváním pokožky zvlhčujícími prostředky se zabrání vysoušení (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 121–122). Pokožka se vysušuje přikládáním ručníku či osušky, nikoliv jejím násilným třením. Voda nesmí být příliš horká, ideální teplota vody se pohybuje mezi 37–40 °C. Osobní a ložní prádlo se musí měnit dle aktuálních potřeb pacienta a musí být vždy suché, čisté a upravené (Vytejšková a kol. 2015, s. 243).

2.1.6 Fáze hojení rány

Podle Ferka a kol. (2015, s. 38) mají chronické rány delší dobu hojení než akutní rány. Hojení chronických ran je delší než 8 týdnů. Janíková a Zeleníková (2013, s. 65) uvádí, že hojení chronických ran se rozděluje do tří fází: zánětlivá, proliferační a epitelizační (viz příloha č. 10).

První fáze čistící, zánětlivá, exsudativní

Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 65) tato fáze trvá různě dlouho. Chronická rána se hojí výrazně delší dobu (7–28 dnů). Kouřilová (2010, s. 11) uvádí, že cílem této fáze je zástava krvácení, rychlé vyčištění rány, odstranění místní příčiny, podpora proliferace neboli dělení a granule buněk. Chronická rána se může jevit jako infikovaná i neinfikovaná, zapáchající, nekrotická, povleklá a secernující. Janíková a Zeleníková (2013, s. 75) podotýkají, že pokud se v první fázi vyskytuje suchá spodina, aplikují se hydrokoloidy, hydrogely nebo hydropolymery. U povleklé či silně secernující rány se aplikují algináty, krytí s aktivním uhlím či pěnová polyuretanová krytí. U nekrózy se provádí její odstranění, tzv. debridement.

Druhá fáze granulační, proliferační

Nová granulační tkáň má světle červenou až lososovou barvou. Volba správného krytí podpoří potřebnou granulaci. Zde se aplikují např. hydrokoloidy, hydrogely, neadherentní kontaktní krytí, hydropolymery či pěnová polyuretanová krytí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 65–75). Tato fáze zajišťuje dočištění rány, ochranu granule a případné epitelizace. Dále zabraňuje vysychání rány, udržuje pružnost plochy a okrajů rány (Kouřilová, 2010, s. 12).

Třetí fáze epitelizační, vyzrání

Nově zhojená jizevnatá tkáň se vyznačuje velkou náchylností k poranění. Na epitelizační ránu se využívají hydrokoloidy, filmová krytí, neadherentní kontaktní krytí, hydropolymery či pěnová polyuretanová krytí (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 65–75). Neinfikovaná vyčištěná rána postupně epitelizuje. Šetrným lokálním ošetřováním rány dojde ke zmírnění jizvy a zlepšení elasticity (Kouřilová, 2010, s. 12).

2.1.7 Hodnocení rizika vzniku dekubitu

Pro vyhodnocení rizika vzniku proleženiny slouží řada škál a stupnic. Pravidelným hodnocením rizika vzniku dekubitu se dá kvalitně předejít jeho následnému vzniku. Mikula a Müllerová (2008, s. 18–20) uvádějí, že tyto škály se provádějí při příjmu pacienta na oddělení, v pravidelných intervalech podle stavu a při jakékoliv změně. Hodnotící škály

pomáhají včas uplatnit preventivní opatření u rizikových pacientů. K nejvyžívanějším stupnicím patří škála podle Nortonové, Bradenové či škála podle Waterlowa.

2.1.7.1 Nortonova stupnice

Podle Kelnarové a kol. (2015, s. 166) se nejčastěji používá nejznámější Nortonova hodnotící škála. Zde se bodově hodnotí schopnost spolupráce, stav pokožky, aktivita, pohyblivost, inkontinence, stav vědomí, fyzický stav, věk a každé další onemocnění (DM, obezita, karcinom). Mikula a Müllerová (2008, s. 19) uvádí, že nejvyšší riziko vzniku dekubitální léze představuje 13 bodů a méně. Vysoké riziko se vyskytuje u pacientů, kteří získali 14–18 bodů. Střední riziko se objevuje při 19–23 bodech a nad 24 bodů je riziko vzniku proleženiny téměř minimální (viz příloha č. 12).

2.1.7.2 Waterlova stupnice

Stupnice podle Waterlova se zaměřuje na pohyblivost pacienta, věk, tělesnou konstituci, výživu, stav kůže, kontinenci, velké operační výkony, speciální rizika (kouření, onemocnění), medikaci a neurologická onemocnění. Riziko vzniku proleženin se vyskytuje již od 10 a více bodů. Skóre 15–20 bodů znamená vysoké riziko, více než 20 bodů označuje velmi vysoké riziko vzniku proleženiny. Obecně platí, čím je bodové vyhodnocení vyšší, tím je značnější riziko vzniku defektu u pacienta (Mlýnková, 2010, s. 144).

2.1.7.3 Bradenova stupnice

Mikula a Müllerová (2008, s. 20) uvádí, že Bradenova škála hodnotí aktivitu, pohyblivost, výživu, smyslové vnímání, vlhkost, střížné síly a tření. Oproti ostatním škálám se zde nehodnotí věk a přidružená onemocnění. Vysoké riziko vzniku defektu představuje výsledek 6–9 bodů. Skóre 9–16 bodů se jeví jako střední riziko. Malé riziko je při 16–20 bodech a velmi malé riziko se vyskytuje u skóre nad 20 bodů.

2.1.8 Klasifikace rány

Klasifikace spodiny rány se hodnotí před každým převazem vzniklého defektu. Posouzení barvy rány je nezbytné, neboť podle barvy spodiny rány se aplikují vhodná terapeutická krytí. Fotodokumentace rány přináší výhodu v průběžném sledování procesu hojení rány.

Krška a kol. (2011, s. 231) uvádí, že klasifikace rány vychází z pravidla WHC – Wound healing continuum, neboli Kontinuum hojení ran, (viz příloha č. 11), kdy se hodnotí barva spodiny rány, která převažuje. Barva rány se hodnotí pomocí škály barev zobrazující barvy

zleva doprava od černé, žluté, červené a růžové. Nachází se zde i barvy s mezistupni. Při hojení se mění barva spodiny defektu od černé k růžové.

Černá rána obsahuje černou neboli mrtvou tkáň (nekrózu). Je nezbytné odstranit nekrotické tkáně a zhodnotit strukturu pod nekrózou. Aplikace hydrogelů zajistí rozpuštění nekrotické tkáně a chrání ránu před vznikem sekundární infekce (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 70).

Černo-žlutá rána spadá do přechodných ran. Hodnotí se podle barvy spodiny rány, která převládá. Pokud převládá nekrotická tkáň, léčba se orientuje na změkčení nekrózy, kdy je nutné provést rehydrataci a odstranění žlutých povlaků (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 22–23). Janíková a Zeleníková (2013, s. 70) uvádí, že na tento typ rány se mohou aplikovat algináty se stříbrem.

Žlutá rána je charakteristická přítomností žlutého či bílého povlaku na spodině rány, což značí hnis a infekci v ráně. Cílem ošetrovatelské péče je odstranění povlaků a aplikace alginátů s doplňkem stříbra (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 70).

Žluto-červená rána patří mezi přechodné rány. Žlutá barva znázorňuje přítomnost hnisavého povlaku. Červená barva označuje granulující tkáň, ale může zde být přítomná infekce či krvácení při poranění spodiny rány (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 23). Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 70) se na tento typ rány aplikují algináty s doplňkem stříbra. Cílem je zajistit odstranění povlaků.

Červená rána představuje přítomnost nové granulační tkáně či infekce. Zde se aplikují hydrogely, hydropolymery a polyuretanové pěny (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 70).

Červeno-růžová rána se řadí mezi přechodné rány, kdy se ukončuje proces hojení a defekt se uzavírá. Vyskytuje se zde tenká vrstva epitelu, kde prosvítají zrnka granulační tkáně (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 23). Janíková a Zeleníková (2013, s. 70) doporučují aplikovat na červeno-růžovou ránu neadherentní mřížky, hydrogely či hydrokoloidy.

Růžovou ránu charakterizuje nově vytvořený epitel, který je křehký a náchylný na poranění (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 23). Janíková a Zeleníková (2013, s. 70) doporučují aplikovat na takto zbarvené rány neadherentní mřížky, hydrokoloidy či filmová krytí.

2.2 Léčba dekubitu

Léčba proleženin představuje náročný a různě dlouhý proces, který je závislý na různých faktorech. Podcenění preventivních opatření, vzniklých dekubitů či jejich neléčení může vést k závažným zdravotním komplikacím, které mohou ohrožovat i život pacienta. Léčba dekubitálních lézí začíná pečlivým zhodnocením celkové stavu pacienta ze strany lékaře. Každý stupeň vytvořeného defektu má svá specifika pro ošetřování.

Stryja (2011, s. 146) uvádí, že proleženiny se léčí konzervativně nebo chirurgicky, kdy konzervativní léčba předchází léčbě chirurgické. Podle Měšťáka a kol. (2015, s. 128) se konzervativní léčba uplatňuje při povrchových a menších proleženinách a spočívá ve správném lokálním ošetřování. Rozlehlé dekubity se řeší chirurgickou léčbou, kdy se v první řadě provádí nekrektomie, při které se odstraní odumřelá nekrotická tkáň. Vorlíček a kol. (2012, s. 89) uvádí, že neléčené proleženiny mohou způsobit vážnou celkovou infekci.

2.2.1 Konzervativní léčba

Stryja (2011, s. 146) uvádí, že konzervativní postup se aplikuje u pacientů před chirurgickou léčbou a u těch, kteří nejsou určeni k operaci. Cílem konzervativní léčby je zabezpečit vlhkost v ráně, podpořit granulaci a epitelizaci tkáně, kontinuálně hodnotit ránu a zapisovat hodnocení rány do dokumentace. Nedílnou součástí představuje realizace všech preventivních opatření, léčení bolesti a psychoterapie. Šváb (2008, s. 174) uvádí, že lokální léčba se odvíjí od velikosti, hloubky, lokalizace, zbarvení spodiny, fáze granulace a charakteru exsudátu.

Pokorná (2012, s. 66–67) podotýká, že vlhkost rány se zajistí pomocí materiálů pro vlhké (fázové) hojení. Tyto materiály napomáhají hojení rány, podporují vlhké prostředí, ochraňují ránu před mechanickým poškozením, zamezují maceraci okolní kůže. Šváb (2008, s. 174) uvádí, že produkty fázového hojení zajišťují pacientům větší komfort díky jednoduché manipulaci a v podstatě bezbolestnému provádění převazu. Některé dokonce adsorbují zápach a částečně působí analgeticky. Vlhkost umožňuje prodloužení intervalu mezi určitými převazy.

Před použitím moderních obvazových materiálů vlhké terapie se rána nejprve zhodnotí, očistí se spodina, provede se případně odstranění odumřelé tkáně (nekrektomie) a poté se aplikují obvazové materiály pro vlhkou terapii. Volba vhodného materiálu závisí na řádném zhodnocení rány (Kohout a kol. 2016, s. 120).

Mezi aplikované produkty vlhké terapie patří následující zástupci:

Podle Pokorné (2012, s. 77) se hydrokoloidy používají na rány suché až středně secernující bez známek infekce. Zajišťují hypoxické prostředí, které napomáhá procesu granulace. Nevhodná aplikace je u infikovaných, zapáchajících a silně secernujících ran. Hydroaktivní částice po styku s exsudátem vytvářejí gel setrvávající na spodině rány. Vytvořený gel je charakteristický kyselým zápachem. Bělavé bublinky v krytí značí výměnu krytí (viz příloha č. 22).

Krška a kol. (2016, s. 232–233) uvádí, že hydrogely obsahují až 90 % vody. Používají se u suchých nekrotických ran, kdy cílem je hydratovat spodinu defektu a podpořit granulaci tkáně. Aplikují se i u secernujících ran. Hydrogely se nanáší ve vrstvě 0,5–1 cm, chladí a snižují bolest (viz příloha č. 22).

Mezi další důležitý produkt vlhké terapie se řadí algináty. Krška a kol. (2011, s. 233) uvádí, že algináty se skládají z hnědých mořských řas, které se aplikují na středně až silně secernující rány plošné nebo hluboké. Nevhodná aplikace je u ran s malou sekrecí. Při kontaktu alginátů s exsudátem se vlákna mění v konzistentní hydrofilní gel, který se nelepí ke spodině a umožňuje odstranění choroboplodných zárodků (viz příloha č. 22).

Své uplatnění v konzervativní léčbě mají i materiály se stříbrem. Podle Pokorné (2012, s. 75–76) se materiály se stříbrem používají u infikovaných ran. Kontraindikací jsou silně secernující rány. Za 1–2 týdny od první aplikace by mělo dojít k vyčistění spodiny rány (viz příloha č. 22).

Další významná skupina produktů vlhké terapie se nazývá neadherentní obvazy. Pokorná (2012, s. 82–83) podotýká, že tyto obvazy představuje mřížka impregnovaná vazelínou, která zabraňuje přilnutí ke spodině rány a následnému poškození. Aplikuje se na rány suché až silně secernující, kdy je nutné redukovat množství exsudátu a zamezit přilepení materiálu do rány. Tyto materiály vyžadují sekundární krytí. Neadherentní obvazy nejsou určeny pro vysoce secernující a infikované rány (viz příloha č. 22).

Filmová krytí prezentují jednu z možností léčby slabě secernujících ran. Pokorná (2012, s. 83–84) uvádí, že filmová krytí představují transparentní polyuretanové membrány s hypoalergenním akrylátovým lepidlem. Využívají se i k sekundárnímu krytí hydrogelů. Filmová krytí se aplikují na neinfikované, povrchové, slabě secernující rány. Kontraindikací

filmových krytí představují infikované až silně secernující rány. Filmová krytí jsou propustná pro plyny a vodní páry, naopak nepropustná jsou pro vodu a bakterie (viz příloha č. 22).

Pokorná (2012, s. 81) podotýká, že antiseptické obvazové materiály se skládají z netkané porézní textilie obsahující antiseptickou látku. Aplikují se na rány suché nebo se střední sekrecí. Nevhodná aplikace je u ran silně secernujících, kdy by došlo k vyplavení účinné látky. U jodových preparátů, např. Inadine, dojde ke zbělení obvazu, což je indikací k výměně materiálu. Tyto materiály se mohou použít takřka ve všech fázích hojení (viz příloha č. 22).

Podle Pokorné (2012, s. 78–80) se hydro polymery a polyuretanové pěny vyznačují vysokou absorpční schopností. Semipermeabilní fólie chrání povrch hydro polymerů. Aplikují se na mírně, středně až silně secernující rány. Nerozkládají se ani nezkapalňují, a tím zajišťují čistou spodinu rány. Absorpční jádro, vyskytující se u většiny materiálů, umožňuje odvádění a pohlcení exsudátu. Materiály se dají stříhat a tvarovat. Hydro polymery se neaplikují na rány infikované a na rány s patrnou infekcí (viz příloha č. 22).

Pokorná (2012, s. 80) uvádí, že materiály s aktivním uhlím se skládají z nedráždivé pleteniny obsahující aktivní uhlí. Tyto materiály se indikují u středně až silně secernujících, zápachajících a infikovaných ran. Napomáhají čištění rány, pohlcují zápach a toxiny a působí antisepticky. Nevhodná aplikace materiálů s aktivním uhlím je u suchých ran (viz příloha č. 22).

Materiály se silikony představují atraumatické mřížky obsahující silikon. Indikací jsou rány mírně až středně secernující (Ihnát, 2017, s. 136). Pokorná (2012, s. 86) uvádí, že materiály se silikony poskytují výměnu krytí bez bolesti a traumatizace spodiny, díky měkké, neadhezivní a silikonové vrstvě. Tyto materiály se neaplikují na rány se silnou sekrecí (viz příloha č. 22).

Jednou z posledních možností konzervativní léčby je biokeramické krytí. Podle Ihnáta (2017, s. 136–137) obsahuje jádro s keramickými kuličkami oxidu hlinitého, které obaluje sáček z netkané textilie. Kuličky do sebe vtahují exsudát. Biokeramické krytí absorbuje toxiny, bakterie, zápach, a podporuje vlhké prostředí na spodině rány (viz příloha č. 22).

2.2.2 Chirurgická léčba

V případě neúspěchu konzervativní léčby pomocí produktů vlhké terapie se přechází na chirurgickou léčbu. Stryja (2011, s. 146) uvádí, že dekubity III. a IV. stupně se řeší chirurgickou léčbou, kdy operatér pečlivě zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta a jeho prognózu. Měšťák a kol. (2015, s. 128–129) podotýkají, že se zde vykonává nekrektomie, při

keré se defekt vyčistí. Poté následuje rekonstrukční výkon, během něhož se odstraní proleženinová kapsa, případně kostní hrboly a provede se krytí defektu. Přímé sešití rány je vzácné, proto se defekt kryje velkými prokrvenými laloky, obsahující dostatečné množství svalové tkáně, podkožního tuku a kůže. Po operaci je nutné zajistit celkový nutriční stav, kvalitní, intenzivní a dlouhodobou ošetrovatelskou péči, zahrnující časté převazy defektu a pravidelné polohování pacienta.

2.3 Úloha sestry v péči o dekubity

Jak již bylo zmíněno, ošetrovatelská péče nejen všeobecné sestry, ale i celého zdravotnického personálu je velice významná. Všeobecná sestra má v procesu léčby svoji nezastupitelnou roli a je zodpovědná za správné a řádné dokumentování stavu defektu.

Pokorná a Mrázová (2012, s. 63) uvádí, že všeobecná sestra, sestra s odbornou způsobilostí či sestry specialistky na hojení ran plynule hodnotí a zaznamenávají změny v procesu hojení rány. Povinnou složkou dekurzu je dokumentování nehojící se rány, kde se zaznamenává veškerá výměna a přiložení terapeutického materiálu.

Ošetrovatelská péče a léčba vzniklých proleženin představuje obtížný proces. Vhodně zvolená léčba závisí na stádiu dekubitální léze, ve kterém se zrovna nachází. Všeobecná sestra nejprve posoudí, ve které fázi se dekubit nachází, poté spolu s lékařem stanoví plán péče o daný defekt (Burda a Šolcová, 2016, s. 128–129). Podle Mlýnkové (2010, s. 155) se hodnocení proleženiny realizuje pomocí hodnotící škály, kdy se hodnotí velikost defektu, hloubka, lokalizace, tvar, míra postižení, zápach, množství a charakter sekrece. Při dané ošetrovatelské péči je nutné dbát zásad asepse. Všeobecná sestra se musí řídit možnostmi pacienta a ordinací lékaře (OL).

Při provádění převazu defektu všeobecná sestra dokumentuje velikost rány, která se měří pomocí jednorázových papírových pravítek. Velikost změřené rány se uvádí v centimetrech. Pomocí chirurgických nástrojů či vatových štětiček se měří hloubka rány. Dále se u dekubitů hodnotí, v jaké fázi se právě daný defekt nachází. U hodnocení spodiny rány se všeobecná sestra zabývá vzhledem rány. Sekrece rány se hodnotí vizuálně či podle škály prosáknutí krytí. U sekrece z rány se také hodnotí její charakter a konzistence. Dalším hodnotícím kritériem je přítomnost či nepřítomnost zápalu. Při výměně krytí se všeobecná sestra zaměřuje i na stav kůže v okolí rány, kdy lze zjistit stupeň hojivého procesu či přítomnost komplikací. Podstatný je i popis okrajů defektu (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 64–74). Stryja (2011, s. 32–33) uvádí, že všeobecná sestra ránu dokumentuje prostřednictvím klasického

popisného hodnocení či zhotovením fotodokumentace. Podle legislativy z roku 2011 s pořízením fotografie musí pacient souhlasit pouze tehdy, kdyby byl na snímku vyobrazený pacientům obličej, podle kterého by mohl být identifikován. Výhoda fotodokumentace spočívá v záznamu vývoje defektu.

2.4 Ošetrovatelský proces

Plevová a kol. (2011, s. 108) definují ošetrovatelský proces 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*“. Ošetrovatelský proces (OP) tvoří plánované činnosti orientované na dosažení určitého výsledku (Tóthová a kol. 2014, s. 16).

Podle Plevové a kol. (2011, s. 108) se ošetrovatelský proces skládá z pěti fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

2.4.1 Zhodnocení

Podle Tóthové a kol. (2014, s. 38) se zhodnocení zdravotního stavu pacienta označuje jako první fáze ošetrovatelského procesu, kdy všeobecná sestra sbírá informace o pacientovi nezbytné pro účinnou a plánovanou péči. Získané údaje se týkají tělesné, psychologické a sociální oblasti, proto informace musí být přesné a úplné. V této fázi sestra získává ošetrovatelskou anamnézu a zároveň hodnotí aktuální stav pacienta. Plevová a kol. (2011, s. 110) uvádí, že cíl této fáze znázorňuje vytvoření souboru informací o daném pacientovi, zaměřený na aktuální anebo potencionální problémy.

2.4.2 Diagnostika

Diagnostika představuje druhou fázi ošetrovatelského procesu. Plevová a kol. (2011, s. 114–116) uvádí, že v druhé fázi ošetrovatelského procesu se sesbírané informace z první fáze formulují do ošetrovatelských diagnóz (OD). Diagnózy se řadí podle naléhavosti a důležitosti jejich řešení, kdy v popředí stojí život ohrožující stavy. OD se skládá z diagnostických složek, do kterých se řadí: číselný kód, standardizovaný název, definice, definující charakteristiky, související anebo rizikové faktory. Diagnóza představuje závěr formulací v diagnostickém procesu a vytváří základ pro fázi plánování.

2.4.3 Plánování

Třetí fáze ošetrovatelského procesu se jmenuje plánování. Tóthová a kol. (2014, s. 89–91) uvádí, že v této fázi všeobecná sestra nejprve určí priority cílů a výsledných kritérií, a poté plánuje postup ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy se řadí podle naléhavosti a vážnosti, přičemž prioritní jsou problémy, které ohrožují život pacienta. Cílem fáze plánování je písemný plán ošetrovatelské péče, který usnadňuje komunikaci mezi ošetrovatelským týmem, reguluje péči o pacienta a současně zajišťuje i návaznost péče.

2.4.4 Realizace

Podle Plevové a kol. (2011, s. 124–125) je realizace čtvrtou fází ošetrovatelského procesu, kdy dochází k uskutečnění ošetrovatelských intervencí z třetí fáze s cílem dosáhnout naplánovaných cílů ošetrovatelské péče. Realizace se odehrává v několika krocích, které zahrnují opakované posouzení pacienta, potvrzení platnosti plánu ošetrovatelské péče, posouzení nutnosti asistence při intervencích, uskutečnění intervencí a záznam s hlášením o ošetrovatelských intervencích. Tóthová a kol. (2014, s. 107–108) uvádí, že fáze realizace vytváří flexibilní celek propojením všech fází ošetrovatelského procesu. V této etapě je podstatné, aby pacient představoval aktivního účastníka. Účast daného pacienta závisí především na jeho aktuálním zdravotním stavu.

2.4.5 Vyhodnocení

Poslední, pátá fáze ošetrovatelského procesu se nazývá vyhodnocení, během níž všeobecná sestra hodnotí účinnost ošetrovatelské péče poskytnuté individuálně pacientovi. Vyhodnocením se zjišťuje, v jakém rozměru byly splněny cíle pacienta, a slouží jako zpětná vazba k identifikaci dalších potřeb jedince (Tóthová a kol. 2014, s. 123). Plevová a kol. (2011, s. 126–128) podotýkají, že pokud se nepodařilo cíl splnit, je nezbytné zdůvodnit nesplnění cílů, přezkoumat a modifikovat plán péče. Pokud bylo cíle dosaženo, ošetrovatelská péče může být ukončena.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 PRŮZKUM

Ošetrovatelský proces tvoří nedílnou součást péče, neboť se individualizuje dle potřeb každého pacienta. Velká výhoda v bezchybně vypracovaném ošetrovatelském procesu tkví v tom, že uspokojuje potřeby pacienta ve všech oblastech a vede ke kvalitní ošetrovatelské péči.

3.1 Stanovení průzkumného vzorku

Do průzkumného souboru byly zařazeny pacientky ve věku 70–90 let hospitalizované v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních, a to především z důvodu větší náchylnosti k vytvoření dekubitu u žen než u mužů, díky většímu množství podkožního tuku. Dalšími stanovenými kritérii byla imobilita, vyšší věk a chronické onemocnění. Sběr dat probíhal v rozmezí 7 měsíců od října 2018 do dubna 2019, vždy do doby zhojení dekubitu v sacru.

Do průzkumného souboru nebyly zařazeny nespolupracující pacientky anebo ty, které v průběhu ošetřování musely být přeloženy na jiné oddělení. Dále zde nejsou uvedeny ženy, u kterých došlo během ošetřování a sběru potřebných dat k úmrtí. Posledním vylučovacím kritériem byla událost, kdy se dekubit v sakrální části nedokázal zhojit pomocí aplikace produktů vlhké terapie.

3.2 Metodika

Z možných průzkumných metod pro zpracování praktické části byla vybrána forma zpracování ošetrovatelského procesu. Potřebná data z ošetrovatelské anamnézy byla sesbírána podle „*Modelu fungujícího zdraví*“ Marjory Gordonové. Důležité informace byly získány z ošetrovatelské i lékařské dokumentace, pozorováním, rozhovorem s pacientkou a také od zdravotnického personálu či nejbližších rodinných příslušníků. S respondentky se nejprve provedlo informativní seznámení, které mimo jiné zjišťovalo, zda by souhlasily s podáváním informací do bakalářské práce a s následným anonymním zpracováním a zveřejněním.

Z celkového počtu 10 oslovených respondentek byly vybrány 3 pacientky, u kterých byl vypracován ošetrovatelský proces, díky kterému byly stanoveny ošetrovatelské problémy u dané pacientky. Výsledkem bylo vytvoření plánu individuální ošetrovatelské péče. V průběhu vytváření ošetrovatelského procesu byly snáze naleznuty ošetrovatelské problémy, které zkvalitnily následnou ošetrovatelskou péči. Pacientky i jejich rodinní příslušníci byli seznámeni s ošetrovatelským procesem, s průběhem jeho plnění a následným vypracováním.

Veškeré informace do kazuistik byly sesbírány podle „*Modelu fungující zdraví*“ Marjory Gordonové, který zahrnuje 11 domén. Na základě tohoto modelu byly vyvinuty NANDA domény, (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy), které obsahují 13 domén. V praktické části jsou uvedeny domény s 13 oblastmi, které poskytnou četnější a kvalitnější informace o dané pacientce.

Ošetrovatelské procesy byly vypracovány pomocí NANDA Taxonomie Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015–2017. Tato taxonomie označuje klasifikační systém diagnóz v ošetrovatelství, obsahující domény, třídy a jednotlivé kódy pro každou diagnózu. Díky způsobu rozdělení se stávají ošetrovatelské diagnózy uspořádanými.

Po seznámení se zadaným tématem, vysvětlení metodiky a cíle bakalářské práce byl získán souhlas s průzkumem v dané nemocnici či v jiném zdravotnickém zařízení. V kazuistikách nejsou uvedeny názvy zdravotnických zařízení, ve kterých sběr potřebných informací probíhal. Kazuistiky byly zhotoveny v programu Microsoft Excel a prezentovány formou tabulek.

3.3 Kazuistiky

Tato kapitola byla věnována stručnému popisu všech 10 sesbíraných kazuistik. Každá níže napsaná kazuistika obsahuje důvod přijetí pacientky do daného zdravotnického zařízení, jejich chronické nemoci, soběstačnost či nesoběstačnost. Nedílnou součástí tvoří charakteristika vývoje hojení dekubitu na sacru, který se zhojil prostřednictvím aplikování vlhké terapie.

Kazuistika č. 1 - Pacientka S. F., 86 let, byla přijata z domu pro potřebu intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Při příjmu byla při vědomí, mírně rozrušená z převozu, ale spolupracuje. Pacientka se léčí s arteriální hypertenzí (AH) a diabetem mellitem 2. typu (léčený aplikací inzulínu). Pacientka je nesoběstačná v oblasti hygienické péče, používání WC, oblékání a chůzi po rovině či po schodech. V oblasti příjmu potravy je částečně soběstačná. Pacientka byla přijata s vytvořeným dekubitem v sakrální části o velikosti 3 cm x 2 cm x 1 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné a ohraničené. Defekt nezapáchá. Barva rány je žluto-červená se střední sekrecí. U vytvořeného defektu byl proveden debridement lžičkou, kdy se odstranil přebytečný žlutý povlak z rány a provedl se oplach Prontosanem. Do defektu bylo aplikováno jako primární krytí Sorbalgon (viz příloha č. 15), který byl zvlhčen Prontosanem. Na závěr bylo aplikováno sterilní sekundární krytí s fixací Omnifixu. Po 2 měsících byla rána ošetrována roztokem Prontosanem, aplikována Granuflex pasta +

Granuflex (viz příloha č. 13, 14). Po 60 dnech okolí klidné, dekubit zhojený, ponecháno volně. Sacrum bylo denně kontrolováno, promazáváno mastí Menalind a odlehčováno.

Kazuistika č. 2 – Pacientka S. V., 82 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení pro potřebu intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Pacientka byla při příjmu při vědomí, orientovaná, spolupracuje, ležící na lůžku. Pacientka se léčí s AH. Pacientka je imobilní v oblasti chůze, oblékání, použití WC, hygienické péče. Sama se dokáže najíst. Pacientka má dekubit v sakrální oblasti o velikosti 5 cm x 5 cm x 2 cm. Barva rány je červená. Sekrece z rány je střední, zápach žádný, okraje a okolí rány klidné. U defektu byl proveden debridement lžičkou, oplach roztokem Prontosanem. Na ránu byl aplikován Actisorb plus, který byl navlhčený Prontosanem a bylo podáno sterilní krytí s fixací Omnifixu. Po 3 týdnech byl na ránu aplikován Sorbalgon (viz příloha č. 15) navlhčený Prontosanem, sekundární sterilní krytí a fixace pomocí Omnifixu. Po dalších 14 dnech byl do defektu aplikován Actisorb (viz příloha č. 17), na okolí Mepilex Lite (viz příloha č. 16). Při další výměně krytí byl aplikován Sorbalgon, poté Askina foam (viz příloha č. 18). Grasolind byl poslední medikament, který byl aplikován na ránu (viz příloha č. 19). Po 3 měsících bylo okolí klidné, dekubit byl zhojený. Sakrální část byla odlehčována, denně kontrolována a promazávána mastí Menalind.

Kazuistika č. 3 – Pacientka Š. H., 72 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení z důvodu potřeby intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Při příjmu byla při vědomí, orientovaná, komunikuje, spolupracuje. Pacientka se léčí s AH, anémií a hypotyreózou. Pacientka je imobilní. Nesoběstačná je v oblasti chůze, oblékání, používání WC a hygienické péče. Sama se dokáže najíst. Pacientka byla přijata s téměř zahojeným dekubitem v sakrální části o velikosti 1 cm x 3 cm x 0,5 cm. Defekt byl ošetřen roztokem Aqvitoxem. Okolí a okraje rány jsou klidné, bez zápachu a sekrece z rány, barva rány růžová. Dle OL (ordinace lékaře) byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu Aqvitoxem. Na defekt bylo aplikováno primární krytí Hydrofilm (viz příloha č. 20). Po 1 měsíci na daném oddělení došlo ke zhojení defektu. Sacrum bylo denně kontrolováno, promazáváno mastí Menalind a odlehčováno.

Kazuistika č. 4 - Pacientka B. Z., 76 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení pro potřebu intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Pacientka byla při příjmu při vědomí, orientovaná místem, časem a osobou. Pacientka se léčí s AH, anémií a depresí. Od roku 2014 má vyvedenou kolostomii. Pacientka přijela s vytvořeným dekubitem v sacru o velikosti 2 cm x 1 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné a ohraničené. Defekt je bez zápachu. Barva rány je žluto-červená se střední sekrecí. Defekt byl ošetřen roztokem Prontosanem, na ránu bylo aplikováno primární krytí Sorbalgon navlhčený Prontosanem, dále bylo aplikováno sekundární sterilní krytí a fixace pomocí Omnifixu. Po 2 měsících byl přechod na Granuflex pastu. Poté byl dekubit zhojený, sacrum klidné a čisté. Sakrální část byla ponechána bez krytí, kontroly defektu byly prováděny denně.

Kazuistika č. 5 – Pacientka J. B., 78 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení za účelem léčby jaterní cirhózy. Při příjmu byla bdělá, orientovaná, nespolupracující, bez dušnosti, ikterická kůže s otoky. Udává bodavou bolest v sacru, kterou hodnotí číslem 6. Dle OL byla podána analgetika. Chronické nemoci, se kterými se léčí: AH, DM 2. typu léčený pomocí inzulinu (INZ). Pacientka byla přijata s vytvořeným dekubitem v sakrální části o velikosti 4 cm x 4 cm x 2 cm. Okolí i okraje rány klidné se střední sekrecí, bez zápachu, barva rány červená. Dekubit byl pravidelně asepticky převazován. Defekt byl ošetřen pomocí oplachem roztoku Prontosanu, následně bylo aplikováno primární krytí Alevyn Ag. Následně bylo krytí Alevyn Ag vyměněno za Silvercel a nakonec byl aplikován Grassolind. Po 3 měsících byl dekubit v sacru zahojený, kontrola defektu byla denně.

Kazuistika č. 6 – Pacientka J. K., 73 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení z důvodu potřeby následné rehabilitační péče po totální endoprotéze (TEP) pravého kyčelního kloubu. Pacientka byla při vědomí, orientovaná místem, časem a osobou. Léčí se s AH a DM 2. typu (léčeno perorálními antidiabetiky). Byla přijata s plošnými otlaky v sakrální oblasti. Před úrazem soběstačná, po operaci zhoršená mobilita pravé dolní končetiny. V průběhu hospitalizace byl vytvořen dekubit v sakrální části o velikosti 2 cm x 3 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné, bez sekrece z rány a barva rány červeno-růžová. Dle OL byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu roztokem Prontosanu, aplikováno primární krytí Inadine, poté bylo aplikováno sekundární sterilní krytí s fixací Omnifixu. Poté Inadine bylo vyměněno za Hydrocoll. Po 2 měsících byla rána čistá, dekubit byl zahojený, promazávaný Menalindovou masťou, kontrola defektu byla denně.

Kazuistika č. 7 – Pacientka V. V., 79 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení z důvodu celkového zhoršení zdravotního stavu pro potřebu rehabilitační a ošetrovatelské péče. Pacientka byla při příjmu klidná, bdělá, orientovaná. Trpí Parkinsonovou chorobou. Pacientka byla přijata s vytvořeným dekubitem v sakrální krajině o velikosti 2 cm x 1 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné, sekrece z rány žádná, rána nezapáchá, barva rány černá. Dle OL byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu roztokem Microdacynu. Na defekt bylo aplikováno primární krytí Askina gel a jako sekundární krytí Askina derm. Po 2 týdnech byla nekróza odloučena, poté byla rána žlutá a byl na ní aplikován Vliwkativ Ag. Po dalších 4 týdnech byl na červeno-růžovou ránu aplikován Grassolind. Po 2 měsících byl dekubit v sacru zahojený. Sakrální část byla odlehčována, promazávána mastí Menalind a denně kontrolována.

Kazuistika č. 8 – Pacientka B. M., 73 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení za účelem intenzivní rehabilitační péče po TEP levého kyčelního kloubu. Při příjmu byla bdělá, orientovaná místem, časem a osobou. Při příjmu udávala mírné bolesti levé kyčle. Chronické nemoci, se kterými se pacientka léčí: AH, hypotyreóza a DM 1. typu léčený aplikací inzulínu. Během hospitalizace došlo k vytvoření dekubitu v sakrální oblasti o velikosti 2 cm x 1 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje defektu klidné, bez sekrece z rány, barva rány červeno-růžová. Dle OL byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu roztokem Microdacynu. Na ránu bylo aplikováno primární krytí Grasolind. Jako sekundární krytí byl použit sterilní čtverec zafixovaný pomocí Omnifixu. Po 40 dnech byl defekt zhojený. Sacrum bylo denně kontrolováno, odlehčováno a promazáváno mastí Menalind.

Kazuistika č. 9 - Pacientka J. V., 74 let, byla přijata z domu pro celkové zhoršení zdravotního stavu a nutnou následnou RHB. Při příjmu byla bdělá, orientovaná místem, časem a osobou. Pacientka se léčí s anémií, AH a DM 2. typu na inzulínu. Během hospitalizace došlo k vytvoření dekubitu v sacru o velikosti 2 cm x 3 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje defektu klidné, sekrece z rány mírná, barva rány červeno-růžová. Dle OL byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu roztokem Microdacynu. Na ránu bylo aplikováno primární krytí Askina Hydro, jako sekundární krytí byl aplikován sterilní čtverec, který se zafixoval pomocí Omnifixu. Po 3 týdnech byla rána růžová a bez sekrece. Na ránu byl aplikován Atrauman. Po 50 dnech byl dekubit v sacru zhojený. Sacrum bylo denně kontrolováno, odlehčováno a promazáváno mastí Menalind.

Kazuistika č. 10 – Pacientka S. Z., 70 let, byla přijata z domu z důvodu celkového zhoršení zdravotního stavu a potřeby následné RHB. Při příjmu byla bdělá, orientovaná místem, časem a osobou. Pacientka žádné chronické nemoci neudává. Pacientka byla přijata na oddělení s vytvořeným dekubitem v sakrální části o velikosti 3 cm x 3 cm x 1 cm. Okolí a okraje defektu klidné, střední sekrece z rány, barva rány žluto-červená. Dle OL byly pravidelně prováděny aseptické převazy za pomoci oplachu roztokem Debricasanu. Na ránu bylo aplikováno primární krytí Mepilex Ag. Sekundární krytí představoval sterilní čtverec zafixovaný Omnifixem. Po 3 týdnech byla rána červená, bez povlaku a s mírnou sekrecí. Na červenou ránu byl aplikován Suprasorb P. Po 40 dnech byla rána červeno-růžová, na kterou byl aplikován Bactigrass. Po dvou měsících došlo k zhojení dekubitu, sakrální část byla denně kontrolována, odlehčována a promazávána Menalindovou masťou.

3.3.1 Kazuistika č. 1

Pacientka S. F., 86 let, byla přijata z domu pro potřebu intenzivní RHB a zajištění ošetrovatelské péče. Při příjmu byla při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou i situací. Přijela vleže a v doprovodu rodiny. Byla mírně rozrušená z převozu, ale spolupracuje. Pacientka je afebrilní, bez ikteru, cyanózy či edémů. Chronické nemoci jsou arteriální hypertenze a diabetes mellitus 2. typu léčený pomocí inzulínu. Při příjmu byla zhodnocena rizika pádu pomocí hodnotící škály MFS - Morse Fall Scale (viz příloha č. 26). Výsledek byl vyhodnocen 70 body, což představuje vysoké riziko pádu. Barthelové test základních všedních činností (ADL) byl klasifikován 20 body jako vysoce závislý (viz příloha č. 29). Úroveň vědomí byla vyhodnocena škálou (GCS) 15 body – tedy bez poruchy vědomí (viz příloha č. 30). Vzhledem k nízkému indexu tělesné hmotnosti (BMI) byl proveden test MNA - zhodnocení stavu výživy (viz příloha č. 27), kdy konečný výsledek byl zhodnocen 7 body, tedy jako podvýživa. Po zhodnocení celkového stavu byly vymezeny ošetrovatelské problémy a stanoveny ošetrovatelské diagnózy (viz tabulka č. 1). Následně byly určeny intervence s následným vyhodnocením cíle (viz tabulka č. 2).

NO: Pacientka byla přijata pro potřebu intenzivní rehabilitační a ošetrovatelské péče z důvodu poruchy mobility a soběstačnosti. Byla přijata s vytvořeným dekubitem v sakrální oblasti o velikosti 3 cm x 2 cm x 1 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné, defekt nezapáchá, barva rány žluto-červená se střední sekrecí.

OA: Pacientka v dětství vážněji nestonala, mívala občasně chřipky či virózy. V roce 1944 ji byla provedena klasická apendektomie. Pacientka se léčí s AH a DM 2. typu léčený aplikací inzulínu. Neguje výskyt ICHS (ischemické choroby srdeční), IM (infarktu myokardu), TBC (tuberkulózy), žloutenky či nádorového onemocnění v rodině.

RA: Matka zemřela stářím v 80 letech, otec skonal na zápal plic v 81 letech. Pacientka má dva sourozence, kteří se údajně s ničím neléčí. Rovněž děti jsou zdraví.

PA: Pacientka je vystudovaná kadeřnice, v oboru pracovala 35 let. Pracovala také jako prodavačka v obchodě s potravinami. Nyní je ve starobním důchodu.

FA: Controloc 40 mg tbl 1-0-1-0 (inhibitor protonové pumpy), Novorapid 4j.-6j.-8j. (inzulínové analogum), Stacyl 100 mg 0-0-1-0 (antikoagulancium), Concor 5 mg 1-0-0-0 (antihypertenzivum), Hypnogen 10 mg 0-0-0-1 (hypnotikum), Novalgin 500mg tbl 1-1-1-1 (analgetikum), Infuze – fyziologický roztok 500 ml při nízkém příjmu tekutin (krystaloidní infuzní roztok).

GA: Pacientka měla menses od 13 do 51 let pravidelně. Gravidita 2x, porody 2x, potrat 0x.

AA: Potravinové či jiné alergie neudává.

SA: Pacientka je starobní důchodkyně, vdaná, má syna a dceru. Bydlí s manželem ve vesnici v přízemním bytě panelového domu.

Abúzus: Pacientka dříve kouřila cigarety, již 20 let nekouří. Alkohol pila vždy jen příležitostně. Kávu nepije.

1. den hospitalizace

Po přijetí byla pacientka uložena na lůžko s antidekubitní matrací. Vzhledem doma k nízkému příjmu per os byl zaveden periferní žilní katétr (PŽK). Z důvodu inkontinence byl zaveden permanentní močový katétr. Při přijetí udávala bodavou bolest v sacru, v místě vytvořeného dekubitu na vizuální analogové škále (VAS) číslem 7. Dle OL byla aplikována 1 ampule Novalginu i.v. s efektem. Poté byla bolest snížena na VAS 4. Po aplikaci Novalginu byl proveden převaz defektu o velikosti 3 cm x 2 cm x 1 cm. Okolí a okraje rány byly klidné, defekt nezapáchá, barva rány žluto-červená se střední sekrecí. Lžičkou byl odstraněn žlutý povlak z rány a proveden oplach Prontosanem. Do defektu byl aplikován Sorbalgon zvlhčený Prontosanem. V průběhu dne byla bolest aktivně sledována, hodnocena a zaznamenávána do dokumentace. Po zbytek dne byla bez bolestí. Přes den byla respondentka polohována po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách pomocí polohovacích pomůcek. Přes den klidná, v lůžku, po převozu unavená. V noci nemohla spát, dle OL byla aplikována 1 tbl Hypnogenu 10 mg per os. Do 30 minut usnula, v noci spala 5 hodin.

2. den hospitalizace

Ráno, po probuzení se cítí respondentka odpočatá. Po hygieně byl proveden převaz, rána ošetřena, bylo aplikováno stejné krytí jako předchozí den. Defekt nezapáchá, sekrece rány je mírnější. Po převazu udává bodavou bolest v sacru na VAS číslem 6. Dle OL byla podána 1 ampule Novalginu i.v. Poté byla bolest snížena z VAS 6 na VAS 2. Pacientka nebyla na stolici 5. den, trpí zácpou, dle OL byla naordinována laxativa a byla podána Lactuloza sirup. Odpoledne přichází fyzioterapeut a začíná s intenzivní rehabilitací. Nutričním terapeutem byl sestaven jídelníček.

3. den hospitalizace

Respondentka se po podání laxativ dostatečně vyprázdnila. Udává velkou úlevu, po vyprázdnění se cítí mnohem lépe. Ráno byl proveden převaz defektu, na ránu bylo aplikováno stejné krytí. Defekt nezapáchá, sekrece je stejná jako předchozí den. Po převazu si stěžuje na bodavou bolest na VAS číslem 6, byla podána 1 ampule Novalginu i.v. s efektem. Bolest byla snížena na VAS 2. Po zbytek dne byla již bez bolestí.

Posouzení současných potřeb pacienta podle NANDA domén

Diagnostická doména č. 1 - Podpora zdraví: Informace byly získány od syna a od samotné pacientky. Při příjmu byla bdělá, částečně komunikuje, z převozu mírně rozrušená. Obtíže neguje, dýchá klidně, bez zahlenění. Dušností netrpí. Léčebný režim pomáhali udržovat v domácím prostředí rodinní příslušníci. Jako příčinu svého nynějšího stavu udává svůj věk. Dříve byla velice aktivní, ráda chodila na procházky či plavala. V současné době k udržení a podpoře soběstačnosti slouží intenzivní rehabilitace poskytována fyzioterapeutem. Pacientka věří, že se defekt v sacru zhojí a její hybnost se zlepší.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa: Pacientka dodržuje diabetickou dietu č. 9, stravu přijímá 4x denně. Potíže s přijímáním stravy nemá žádné, pouze sní menší porce jídla. Udává občasné pálení žáhy a podle doporučení praktického lékaře užívala při obtížích Anacid suspenzi. Stravu a tekutiny přijímá ústy sama, s dopomocí zdravotnického personálu pouze občas. Vlastní horní i dolní zubní protézu, kterou má u sebe. Pacientka trpí podváhou. Její hmotnost je 46,5 kg při výšce 160 cm, což představuje BMI 18,16, tzv. podváhu.

Za 24 hodin vypije zhruba kolem 1500 ml čaje či neslazených tekutin. Pacientce je aktivně nabízený sipping mléčného vanilkového Cubitanu 3x denně. Pocit žízně nemívá. Alergii na potraviny neuvádí.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna: Pacientka trpí inkontinencí, proto má zavedený PMK. Moč má fyziologickou barvu, bez příměsí a zápachu. Obtíže spojené s vylučováním moče neudává. Vyprazdňování stolice je nepravidelné, přetrvává zácpa. Stolice je pevná, formovaná, bez příměsí, má fyziologickou hnědou barvu. Doma k podpoře vylučování používala laxativa, např. Lactulozu sirup či Zaječickou vodu. Po těchto laxativech se vždy dostatečně vyprázdnila. Doma se vyprazdňovala 1x za 48 hodin. Při defekaci jí pomáhal dostatek času a soukromí. Pacientka nevykazuje známky patofyziologického pocení.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita a odpočinek: Pacientka je imobilní. Hygienickou péči, chůzi po rovině či schodech, oblékání, použití WC samostatně neprovede. S pomocí polohovacích pomůcek pacientka dokáže v lůžku sedět s nohama dolů, v lůžku leží s podporou polohovacích pomůcek. V oblasti příjmu potravy je převážně soběstačná, pouze občas potřebuje pomoc. Doma se snažili s pacientkou cvičit rodinní příslušníci.

Doma spala celou noc, 6–7 hodin. Před spaním ráda sleduje televizi či poslouchá rádio. V nynějším zařízení po uložení na lůžko dlouze usíná, zhruba 2x se v noci probudí, ale poté ihned usíná. Po probuzení se cítí odpočatá. Občas pospává i během dne. Hypnotika dříve neužívala.

Diagnostická doména č. 5 – Vnímání a poznávání: Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou a situací. Je velice komunikativní, ráda sděluje své názory a má ráda společnost. Má lehce porušenou paměť, občas zapomíná. Pacientka má zhoršený zrak na blízko i na dálku. Kompenzační pomůcky (dioptrické brýle) jsou v dosahu pacientky. Většinou je má neustále nasazené a používá je. Sluch, čich a chuť jsou v pořádku. O svém nynějším zdravotním stavu je informována. Pacientka je i poučena, že bude probíhat intenzivní rehabilitace.

Diagnostická doména č. 6 - Vnímání sebe sama: Celý život byla pacientka přátelská, veselá a měla ráda společnost. Vyznačovala se i flegmatickou povahou. Nyní se v zařízení chová k personálu a ostatním pacientům mile, ráda si povídá.

Diagnostická doména č. 7 – Mezilidské vztahy: Pacientka doposud bydlela s manželem ve vesnici v přízemním bytě panelákového domu. S celou rodinou kontakt udržuje, rodina pravidelně pacientku navštěvuje. Pacientka se v přítomnosti rodiny cítí klidnější a je spokojenější. Vztahy v rodině a s přáteli jsou dobré, s nikým problémy nemá. Její vnoučata pro ni znamenají vše, dodávají jí sílu a naději.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita: U pacientky nastalo klimakterium v 51 letech, 2x gravidita, 2x porod a potrat 0x. Pacientka má dvě děti, syna a dceru. Dříve neměla žádné problémy v oblasti sexuality.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže: Veškerou životní zátěž a stres lépe snáší s pomocí rodiny či v přítomnosti svých blízkých přátel. Stres u pacientky vyvolá změna prostředí, situace či okolí. Stres bývá nepatrný a krátkodobý.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy: Pacientka nemá zájem o účast na bohoslužbách. Žádné náboženské vyznání neuvádí. Nejdůležitější je pro ni rodina.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost a ochrana: Pacientka má dekubit v sacru. Alergie na léky, potraviny, dezinfekci či jiné alergie neguje. Pacientka je bez edémů. Závislost na drogách, lécích či alkoholu není. Alkohol pila vždy jen při příležitosti oslav, a to převážně víno. Dříve pacientka kouřila cigarety, 20 let nekouří. Má zavedený PMK a PŽK, které jsou pravidelně a asepticky vyměňovány.

Diagnostická doména č. 12 – Tělesný komfort: Pacientka udává bodavou bolest v sakrální oblasti. Na VAS škále bolesti hodnotí bolest číslem 6. Kůže je spíše suchá, promazávána olejem. Pacientka má dekubit v sakrální části, jinak je bez defektů. Sliznice jsou růžové. Nehty a vlasy jsou v pořádku.

Diagnostická doména č. 13 – Růst a vývoj: Žádná odchylka nebyla nalezena.

Tabulka 1 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 1

Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (seřazeny podle naléhavosti)	Kód	Doména	Třída	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/ Nepřijetí OD
Akutní bolest	00132	12. Komfort	1. Tělesný komfort	Vlastní hlášení o příznacích a intenzitě bolesti, vyhledávání antalgické polohy, výraz bolesti v obličeji	Narušení kožní integrity, svalová slabost	Ano
Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu	00002	2. Výživa	1. Příjem potravy	Ztráta hmotnosti při přiměřeném příjmu potravy, BMI 20,8 (podváha)	Psychogenní faktory	Ano
Zácpa	00011	3. Vylučování a výměna	2. Funkce gastrointestinálního systému	Snížená frekvence stolice, tvrdá a formovaná stolice, plnost a tlak v rektu, námaha při defekaci	Nedávná změna prostředí, nedostatečná fyzická aktivita	Ano
Narušený vzorec spánku	00198	4. Aktivita/odpočinek	1. Spánek/odpočinek	Potíže s usínáním, nechtěné probouzení, změna normálního vzorce spánku	Narušení způsobené spolunocležníkem, okolní bariéry (změna prostředí), imobilizace, hluk, světlo, přerušování (polohování v noci)	Ano
Zhoršená tělesná pohyblivost	00085	4. Aktivita/odpočinek	4. Aktivita/cvičení	Zpomalené pohyby, omezený rozsah pohybu, omezená schopnost provádět hrubé a jemné motorické dovednosti	Bolest, farmaka, ztráta kondice, snížení svalové síly	Ano

Deficit sebepéče při vyprazdňování	00110	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebepéče	Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, sedět na toaletě a vstát z toalety	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Deficit sebepéče při koupání	00108	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebepéče	Zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt a usušit si tělo	Slabost, bolest, zhoršená mobilita	Ano
Deficit sebepéče při oblékání	00109	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebepéče	Zhoršená schopnost zapnout oblečení, obléknout si oblečení na horní či dolní část těla, zhoršená schopnost svléknout si části oděvu (ponožky, boty)	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Riziko nestabilní glykémie	00179	2. Výživa	4. Metabolismus		Zhoršený zdravotní stav, nedostatečný příjem potravy, denní fyzická aktivita je nižší	Ano
Riziko infekce	00004	11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce		Chronické onemocnění (DM), změna integrity kůže, zavedení invazivních vstupů (PŽK, PMK)	Ano
Riziko pádů	00155	11. Bezpečnost a ochrana	2. Tělesné poškození		Věk více než 65 let, zhoršená mobilita, antihypertenziva, narušený vzorec spánku	Ano
Snaha zlepšit výživu	00163	2. Výživa	1. Příjem potravy	Vyjadřuje touhu zlepšit výživu		Ano

Tabulka 2 - Vyhodnocení ošetrovatelské péče u kazuistiky č. 1

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oše. péče studentem a pacientem
00132	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest bude snížena dle škály z VAS 6 na VAS 2 do 3 dnů po aplikaci analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> • O bolesti informuj lékaře. • Dle OL aplikuj naordinovaná analgetika při VAS > 5. • Sleduj účinek aplikovaných analgetik. • Pravidelně hodnot' a zaznamenávej bolest (intenzitu, charakter, lokalizaci). • Pravidelně pacientku polohuj a zajisti úlevovou polohu. • Všímej si chování, změn v chování a zhoršujících faktorů bolesti u pacientky. • Pozoruj neverbální projevy bolesti. • Zajisti klidné a bezpečné prostředí. • Snaž se odvrátit pozornost od bolesti vhodnou oblíbenou aktivitou (sledování TV, rozhovor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest se snížila do 2 dnů po aplikaci analgetik z VAS 6 na VAS 2.
00002	<ul style="list-style-type: none"> • Do 3 dnů od přijetí bude edukována nutričním terapeutem a bude sestaven jídelníček do kompenzace stavu. • Dojde do 6 dnů od sestavení jídelníčku ke zlepšení příjmu stravy. • Bude stravu přijímat pravidelně 5x denně do 6 dnů od sestavení jídelníčku a do kompenzace stavu. • Dojde ke zvýšení hmotnosti o 1 kg do 14 dnů od sestavení jídelníčku. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobízej pacientku k pravidelnému a dostatečnému příjmu stravy. • Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem. • Umožni výběr jídla podle pacientčiny chuti. Sleduj vývoj tělesné hmotnosti. • Zabraň působení nepříjemných zápachů při stolování. • Doporuč pacientce sipping Cubitanu. • Sleduj hmotnost minimálně 1x týdně. • Pečuj o hygienu dutiny ústní. 	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů od přijetí byl nutričním specialistou sestaven jídelníček do kompenzace stavu. • Pacientka byla informována v oblasti stravy od nutričního terapeuta do 2 dnů od přijetí. • Došlo ke zlepšení příjmu stravy do 3 dnů od sestavení jídelníčku. • Přijímá stravu 5x denně do 3 dnů od sestavení jídelníčku. • Došlo ke zvýšení tělesné hmotnosti o 1 kg do 8 dnů od vytvoření jídelníčku.

00011	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se bude vyprazdňovat pravidelně, dle svých zvyklostí 1x za 2 dny. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dle OL podej naordinovaná laxativa a sleduj jejich účinnost. • Zajisti dostatek času a soukromí při defekaci. • Po defekaci zhodnoť barvu, příměsi, zápach a konzistenci. • Monitoruj bolest při defekaci. • Podporuj a umožni pacientčiny návyky k vyprazdňování stolice. • Zajisti dostatek tekutin, vlákniny a ovocných šťáv (sušené ovoce, švestkový kompot). • Zajisti dostatek tekutin a vyváženou stravu bohatou na vlákninu. • Mobilizuj pacientku v rámci možností a dle aktuálního stavu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Došlo k defekaci do 1 dne od podání laxativ. • Pacientka se vyprazdňuje pravidelně 1x za 24 hod.
00198	<ul style="list-style-type: none"> • Bude spát do 3 dnů od přijetí 6– 8 hodin. • Usne do 30 minut po podání hypnotik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dle OL podej naordinovaná hypnotika a sleduj jejich účinnost. • Zjistí a zajisti spánkové rituály u pacientky (sledování TV, poslouchání rádia, vyvětraný pokoj, načechráný polštář). • Zjistí důvody poruchy spánku (spolunocležník, bolest, hluk, neznámé prostředí). • Odstraň rušivé vlivy. • Zajisti dostatečnou aktivitu přes den v rámci schopností. • Eliminuj spánek přes den. • Vyhni se nevhodným potravinám a tekutin před spaním (zelený čaj, tučné jídlo). 	<ul style="list-style-type: none"> • V noci spí 7 hodin do 2 dnů od přijetí. • Pacientka usnula do 30 minut po podání hypnotik dle OL. • V noci se neprobouzí, ráno si cítí odpočatá.

00085	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů bude pravidelně 1x denně rehabilitovat s fyzioterapeutem od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zajisti dostupnost polohovacích pomůcek. • Využívej polohovací pomůcky. • Zajisti pravidelnou rehabilitaci s fyzioterapeutem. • Motivuj pacientku k péči o sebe sama. • Při pohybu mimo lůžku zajisti bezpečné prostředí a bezpečnost pacientky. • V případě bolesti před rehabilitací podej analgetika dle OL. • Pečuj o kůži. 	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutem 1x denně. • Při rehabilitaci se pohybuje v bezpečném prostředí do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení.
00110	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu dojde na WC do 21 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v nácviu sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Zajisti soukromí při vyprazdňování. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). • Zajisti bezbariérový přístup na toaletu. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí při vyprazdňování. • Zjistí a umožni návyky při vyprazdňování (dostatek času, soukromí). • Pokud možno ulož pacientku na pokoji co nejbliže k WC. • Umožni přesunutí a vyprazdňování na WC před vyprazdňováním na pokoji před spolupacienty. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu došla na WC do 18 dnů od přijetí.

00108	<ul style="list-style-type: none"> Pacientka se sama vykoupe do 21 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> Buď nápomocná v nácviku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). Zajisti dostupnost příslušných hygienických pomůcek. Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. Poskytni dostatek času a soukromí při provádění hygienické péče. Respektuj rituály při provádění hygieny. Oceň snahu pacientky. Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. Dopomoc v sebedpěči v oblasti koupání (pomoc umýt či osušit partie, které si sám nezvládne umýt či osušit). 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientka se sama zvládá vykoupat do 18 dnů od přijetí.
00109	<ul style="list-style-type: none"> Dojde ke zlepšení sebedpěče v oblasti oblékání do 14 dnů od přijetí. Pacientka se sama oblékne do 21 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> Buď nápomocná v nácviku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. Poskytni dostatek času a soukromí. V případě nutnosti poskytni dopomoc. Oceň snahu pacientky. Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. Zajisti osobní věci a oblečení na dosah. Dopomoc v sebedpěči v oblasti oblékání. 	<ul style="list-style-type: none"> Došlo ke zlepšení sebedpěče v oblasti oblékání do 12 dnů od přijetí. Pacientka se sama zvládá obléknout do 20 dnů od přijetí.
00179	<ul style="list-style-type: none"> Hladina glykémie bude v rozmezí 3,5–6,3 mmol/l (v normě) do 2 dnů od přijetí po dobu hospitalizace. Bude poučena o patologických hodnotách a možných 	<ul style="list-style-type: none"> Pravidelně sleduj, hodnot a zaznamenávej hladinu glykémie. Zajisti aplikaci inzulínu 30 minut před jídlem a kontroluj požití stravy po aplikaci INZ. Sleduj příjem potravy a tekutin během dne. Sleduj případné změny v chování. Sleduj rozvoj případných 	<ul style="list-style-type: none"> Nedošlo k patologickým hodnotám glykémie od přijetí po celou dobu hospitalizace. Hladina glykémie je v normě (4,7–5,1 mmol/l) do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace. Pacientka byla do 2 dnů od přijetí poučena o patologických hodnotách

	<p>projevech komplikací DM do 2 dnů od přijetí.</p>	<p>komplikací (hyperglykémie, hypoglykémie).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouč pacientku o patologických hodnotách glykémie a o možných projevech komplikací. 	<p>glykémie a možných projevech komplikací DM.</p>
00004	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedojde k rozvoji infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pacientka bude poučena o možných příznacích infekce a o prevenci vzniku do 2 dnů od přijetí. • PMK bude pravidelně měněn dle standardu pracoviště (po 2 týdnech). • PŽK bude vyměněn po 72 hodinách od data zavedení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prováděj pravidelné aseptické převazy. • Minimálně 3x denně sleduj projevy v místě zavedení PŽK. • Sleduj funkčnost a dobu zavedení PŽK - po 72 hodinách proved' výměnu PŽK. • Pravidelně hodnot' místo zavedení PŽK dle klasifikace tíže flebitidy dle Maddona. • Sleduj příznaky a projevy celkové infekce (zvýšená tělesná teplota). • Zajisti včasnou mobilizaci. • Dodržuj zásady prevence vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí (hygienická dezinfekce, používání ochranných pomůcek). • Sleduj proces hojení dekubitu. • Udržuj kůži a okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů. • Pravidelně polohuj (ve dne po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách). • Dbej na včasnou mobilizaci a zamez působení mechanických faktorů (tlak). • Zajisti pravidelnou výměnu osobními i ložního prádla. • Zajisti dostatečnou hydrataci a příjem bílkovin. • Minimálně 1x denně kontroluj stav kůže a kůže ošetřuj vhodnými prostředky (neparfémované). • Kontroluj odchod moče z PMK. Sleduj množství, barvu, příměsi v moči. • Sleduj známky infekce (pálení, řezání). • Dodržuj expirační dobu PMK a močového sáčku. Zajisti polohu močového sáčku pod úroveň těla. 	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedošlo ke známám infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Byla poučena o možných příznacích infekce a o jejich prevenci do 2 dnů od přijetí. • PŽK po 72 hodinách vyměněno od data zavedení. • Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona 0 – není bolest ani reakce v okolí (viz příloha č. 28). • Okolí genitálu a PMK pravidelně a dostatečně ošetřováno. • PMK bylo pravidelně měněno dle zvyklosti a standardu pracoviště (po 2 týdnech).

		<ul style="list-style-type: none"> • Zajisti pravidelnou výměnu osobní a ložního prádla. • Udržuj pacientku v suchu a čistu. • Ošetřuj kůži v rámci prevence změn na kůži (opruzeniny). • Informuj pacienta o důležitosti příjmu tekutin, zajisti dostatečný příjem tekutin. 	
00155	<ul style="list-style-type: none"> • Nedojde k pádu po dobu 5 dnů od přijetí a dále po stabilizaci stavu. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí po celou dobu hospitalizace. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informuj a seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními. • Seznam s prostředím pokoje a okolí. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky (postranice, dostatek osvětlení, hrazdička, suchá a čistá podlaha). • Zajisti bezpečnost a dohled při léčebných či ošetrovatelských činnostech. • Zajisti dostupnost signalizačního zařízení. • Zajisti dostupnost a používání kompenzačních pomůcek (brýle). • Při chůzi edukuj o vhodné obuvi (pevné protiskluzové boty). 	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedošlo k pádu od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pohybovala se v bezpečném nemocničním prostředí do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pacientka si je vědoma svých možností.
00163	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka projeví zájem o vhodné složení potravy. • Po vysvětlení a předvedení sestavení jídelníčku nutričním terapeutem, si sama bude schopna sestavit jídelníček. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem. • Zdůrazni význam pravidelné a vyvážené stravy. • Pravidelně hodnot' příjem stravy a tekutin. • Zjistí pacientčiny znalosti o výživě. • Motivuj ke zlepšení výživy. • Sleduj hmotnost minimálně 1x týdně. • Aktivně nabízej potravinové doplňky (sipping). • Zhodnot' znalosti o výživě (rozhovorem s pacientkou). • Nabídni informační letáky týkající se stravy. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka je schopna sestavit jídelníček po konzultaci s nutričním terapeutem. • Projevuje zájem o vhodné složení potravy.

3.3.2 Kazuistika č. 2

Pacientka S. V., 82 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení pro potřebu intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Pacientka byla při příjmu při vědomí, orientovaná, mírně apatická, ležící na lůžku. Pacientka je afebrilní, bez ikteru, cyanózy či edémů. Chronická nemoc, se kterou se léčí, je AH. Při příjmu byla zhodnocena rizika pádu, kdy výsledek škály MFS byl vyhodnocen 70 body, což představuje vysoké riziko pádu (viz příloha č. 26). Test základních všedních činností dle Barthelové byl klasifikován 20 body jako vysoce závislý (viz příloha č. 29). Úroveň vědomí byla vyhodnocena 15 body – tedy bez poruchy vědomí (viz příloha č. 30). Dále byla použita hodnotící škála deprese dle Yessavageho, výsledkem bylo 10 bodů, což signalizuje mírnou depresi (viz příloha č. 25). Po zhodnocení celkového stavu byly vymezeny ošetrovatelské problémy a stanoveny ošetrovatelské diagnózy (viz tabulka č. 3). Následně byly určeny intervence s následným vyhodnocením cíle (viz tabulka č. 4).

NO: Pacientka byla přijata pro intenzivní RHB a ošetrovatelskou péči z důvodu poruchy mobility a soběstačnosti. Pacientka má vytvořený dekubit v sakrální části o velikosti 5 cm x 5 cm x 2 cm. Barva rány je červená. Okolí a okraje rány jsou klidné. Sekrece z rány je střední, bez zápachu.

OA: Pacientka v dětství vážněji nestonala. V roce 1963 byla na operaci s břišní kýlou. Pacientka se léčí s AH, jiné chronické nemoci neuvádí. V rodině není výskyt TBC, DM, žloutenky či nádorového onemocnění.

RA: Matka zemřela v 68 letech stářím, otec skonal v 75 letech na IM. Sourozenci a její syn jsou zdraví.

PA: Pacientka se vyučila švadlenou. Jako švadlena pracovala 10 let, a poté pracovala jako dělnice v tovární firmě. Nyní je ve starobním důchodu.

FA: Godasal 100 mg tbl 1-0-0 (antikoagulancium, antitrombolytikum), Omeprazol 20 mg tbl 1-0-0-0 (inhibitor protonové pumpy), Prestarium NEO 5 mg 1-0-1-0 (antihypertenzivum), Novalgin 500mg tbl 1-1-1-1 (analgetikum).

AA: Doposud žádné alergie nezjištěny.

GA: Pacientka měla menses od 17 do 53 let pravidelně. Gravidita 1x, porody 1x, potrat 0x.

SA: Pacientka je starobní důchodkyně, vdova, má syna. Bydlí ve městě v bytě panelového domu v 1. patře se synem a jeho rodinou.

Abúzus: Pacientka nekouří, alkohol a kávu nepije.

1. den hospitalizace

V den přijetí byla pacientka uložena na lůžko s antidekubitní matrací. Lůžko bylo vybaveno polohovacími pomůckami. Z předchozího zařízení přijela se zavedeným PŽK a PMK. Po uložení na lůžko udávala tupé bolesti v místě vytvořeného defektu na sacru na VAS číslem 7. Dle OL byla aplikována 1 ampule Novalginu i.v. s efektem. Poté byla bolest na VAS 3. Byl proveden převaz defektu v sacru o velikosti 5 cm x 5 cm x 2 cm. Barva rány je červená. Sekrece z rány byla střední, zápach žádný, okraje a okolí rány klidné. Byl proveden debridement lžičkou, oplach roztokem Prontosanu. Na ránu byl aplikován Actisorb plus, navlhčený Prontosanem. Po převazu udává tupou bolest na VAS číslem 6, byla podána 1 ampule Novalginu i.v. Bolest byla snížena na VAS 3. V průběhu dne byla bolest aktivně sledována, hodnocena a zaznamenávána do dokumentace. Tento den nebyla 4. den na stolicí, má zácpu, byla podána Lactuloza sirup. Po zbytek dne bez bolestí. Přes den byla klidná, v lůžku, mírně apatická. Přes den respondentka byla polohována po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách pomocí polohovacích pomůcek.

2. den hospitalizace

Ráno došlo k defekaci po podání laxativ. Poté byl proveden převaz znečištěného defektu, na ránu bylo aplikováno stejné krytí jako předchozí den. Rána nevykazuje žádné změny. Po provedení hygienické péče udává tupou bolest v sacru, dle OL byla podána 1 ampule Novalginu i. v. s efektem. Bolest byla snížena z VAS 6 na VAS 3. Odpoledne přichází fyzioterapeut a začíná s intenzivní rehabilitací. Po zbytek dne pospává, v noci spí celou noc. Od přijetí smutná, zajištěn častý kontakt s rodinou. V přítomnosti rodiny je pacientka veselejší.

3. den hospitalizace

V tento den byl dekubit ošetřen stejně jako při prvním ošetření. Sekrece z rány je mírnější, defekt nezapáchá, barva rány červená. Po provedení převazu si stěžuje na tupou bolest na VAS číslem 6, byla podána 1 ampule Novalginu i.v. s efektem. Bolest byla snížena na VAS 2.

Posouzení současných potřeb pacienta podle NANDA domén

Diagnostická doména č. 1 – Podpora zdraví: Informace byly získány od syna a částečně od samotné pacientky. Při příjmu byla bdělá, částečně komunikuje, apatická. Obtíže neguje, dýchá klidně, bez zahlenění. Dušností netrpí. Tracheostomii či kardiostimulátor nemá. Potíže s dýcháním žádné neuvádí. Léčebný režim pomáhali udržovat v jiném zdravotním zařízení fyzioterapeuti. Jako hlavní příčinu svého nynějšího stavu označila svůj věk. Dříve ráda jezdila na cyklistickém kole či chodila na dlouhé trasy turistiky. V současné době k podpoře soběstačnosti slouží intenzivní rehabilitace poskytována fyzioterapeutem.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa: Pacientka dodržuje racionální dietu č. 3. Strava se podává ústy v kašovitě formě, protože pacientka má poruchu polykání. Nauzeu neudává, sní malé porce jídla. Hmotnost pacientky je 43 kg a výška 150 cm. Výsledek BMI označuje ideální váhu s výsledkem 19,11. Změnu v tělesné hmotnosti za poslední 3 měsíce neudává. Alergii na potraviny neuvádí. Zubní protézu nevlastní.

Tekutiny přijímá enterálně do PEGU podle rozpisu, denní příjem Nutrisonu Protein Plus Multi Fibre či čaje je kolem 1500 ml. Okolí perkutánní endoskopické gastrostomie se pravidelně sleduje, hodnotí se vstup, asepticky převazuje a polohuje, aby v dané oblasti nevznikly dekubity. Pocit žízně nemá.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna: Pacientka trpí inkontinencí, proto má zavedený PMK, který odvádí moč fyziologické barvy bez příměsí a zápachu. Obtíže spojené s vylučováním moče (např. pálení, řezání, pocit tlaku v břiše) neudává. Denní diuréza je 1600 ml. Vyprazdňování stolice je nepravidelné, pacientka trpí zácpou. Stolica je pevná, formovaná, bez příměsí, bez zápachu a má fyziologickou hnědou barvu. Vyprazdňuje se na podložní míse či se vysazuje na toaletní křeslo. Nosí i zalepovací plenu velikosti M. Pacientka je bez patofyziologického pocení.

V předchozím zdravotnickém zařízení k podpoře vylučování užívala dle ordinace lékaře laxativa, např. Lactulozu sirup nebo Laxygal kapky. Po pravidelném užívání těchto projímadel se vždy dostatečně vyprázdnila. V předchozím zařízení se vyprazdňovala 1x za 72 hodin. Při defekaci jí pomáhalo dostatek času, pohodlí a soukromí.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita a odpočinek: Pacientka je imobilní. Chůzi, oblékání, použití WC, hygienickou péči sama neprovede. Sama se zvládá najíst. S pomocí polohovacích pomůcek v lůžku leží či sedí s nohama dolů. Pacientku pravidelně polohuje zdravotnický

personál. Každý den se vysazuje do vozíčku a pravidelně k pacientce dochází fyzioterapeut za účelem provádění rehabilitace. Přes den ráda sleduje TV, poslouchá rádio či jen tak odpočívá. Během dne usne na zhruba na 2–3 hodiny. Před spaním ráda sleduje televizi. Před spaním má ráda vyvětraný pokoj a spíše chladno než teplo. Poté se jí lépe spí v noci. Doma i v předchozím zařízení spala zhruba 7 hodin. V noci se neprobouzí, spí celou noc a ráno se cítí odpočatě.

Diagnostická doména č. 5 – Vnímání a poznávání: Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou a situací. Má zhoršený zrak na blízko, vlastní dioptrické brýle na čtení, které má většinu času na sobě. Trpí nedoslýchavostí na pravé ucho, kompenzační pomůcku představuje naslouchátko. Naslouchátko má neustále nasazené na pravém uchu. Čich a chuť jsou v pořádku. O svém nynějším zdravotním stavu je informována. Pacientka je i poučena, že bude probíhat intenzivní rehabilitace.

Diagnostická doména č. 6 – Vnímání sebe sama: Pacientka byla odjakživa přátelská, ale vedla spíše samotářský život. Měla jen několik opravdových přátel, a to ji k životu stačilo. Emocionální stav pacientky je klidný, bez projevů agrese. Pacientka bývá často smutná, v přítomnosti rodiny smutek zcela odeznívá, proto rodina jezdí každý den na návštěvy. Nyní se v zařízení projevuje k personálu a k ostatní pacientům klidně a mile.

Diagnostická doména č. 7 – Mezilidské vztahy: Dříve bydlela u svého syna ve městě v bytě panelového domu v 1. patře. S celou rodinou kontakt udržuje, rodina pravidelně a často pacientku navštěvuje. Žádné rodinné problémy neuvádí a vztahy s přáteli má dobré.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita: U pacientky klimakterium nastalo v 55 letech, gravidita 1x, porod 1x, potraty 0x. Má syna. Bez problémů v klimakteriu. Dříve neměla žádné problémy v oblasti sexuality.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže: U pacientky stres vyvolá nemoc, se situací se zvládá vyrovnat sama. Podporou je pro ni rodina a blízcí přátelé.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy: Pacientka vyznává křesťanskou víru. Hospitalizace ji neomezuje v její víře. Nemá zájem účastnit se společenských aktivit.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost a ochrana: Pacientka má dekubit v sakrální krajině. Alergie na léky, potraviny, dezinfekci či jiné alergie neudává. Respondentka je bez otoků. Závislost na drogách, lécích či alkoholu není. Alkohol pila vždy jen příležitostně na

oslavách, a to převážně pivo nebo víno. Nikdy cigarety nekouřila. Pacientka má zavedený PMK a PŽK.

Diagnostická doména č. 12 – Tělesný komfort: Pacientka udává tupou bolest v sakrální části v místě vytvořeného dekubitu. Jiné defekty nemá. Na VAS škále bolesti hodnotí bolest číslem 6. Stav kůže je normální, sliznice jsou růžové. Nehty se zvýšeně třepí a lámou. Vlasy více vypadávají.

Diagnostická doména č. 13 – Růst a vývoj: Vše v normě, bez odchylky.

Tabulka 3 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 2

Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (seřazeny podle naléhavosti)	Kód	Doména	Třída	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/ Nepřijetí OD
Akutní bolest	00132	12. Komfort	1. Tělesný komfort	Vlastní hlášení o příznacích a intenzitě bolesti, vyhledávání antalgické polohy, výraz bolesti v obličeji	Narušení kožní integrity, svalová slabost	Ano
Zácpa	00011	3. Vylučování a výměna	2. Funkce gastrointestinálního systému	Snížená frekvence stolice, tvrdá a formovaná stolice, plnost a tlak v rektu, námaha při defekaci	Nedávná změna prostředí, nedostatečná fyzická aktivita	Ano
Chronický smutek	00137	9. Zvládnání/ tolerance zátěže	2. Reakce na zvládnání zátěže	Smutek (pravidelný, opakující)	Chronické onemocnění, krize související s vývojovým stádiem, změna prostředí, odloučení od rodiny	Ano
Zhoršená tělesná pohyblivost	00085	4. Aktivita/odpočinek	2. Aktivita/cvičení	Zpomalené pohyby, omezený rozsah pohybu, omezená schopnost provádět hrubé a jemné motorické dovednosti	Bolest, farmaka, ztráta kondice, snížení svalové síly	Ano
Deficit sebeděče při vyprazdňování	00110	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebeděče	Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, sedět na toaletě a vstát z toalety	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano

Deficit sebepéče při koupání	00108	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebepečé	Zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt a usušit si tělo	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Deficit sebepéče při oblékání	00109	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebepečé	Zhoršená schopnost zapnout oblečení, obléknout si oblečení na horní či dolní část těla, zhoršená schopnost svléknout si části oděvu	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Riziko infekce	00004	11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce		Změna integrity kůže (dekubitus), zavedený invazivní vstup (PMK, PŽK, PEG)	Ano
Riziko pádů	00155	11. Bezpečnost a ochrana	2. Tělesné poškození		Věk více než 65 let, zhoršená mobilita, farmaka	Ano
Snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu)	00068	10. Životní principy	2. Přesvědčení	Vyjadřuje touhu po lepším zvládnání zátěže, po zvýšení naděje		Ano

Tabulka 4 - Vyhodnocení ošetrovatelské péče u kazuistiky č. 2

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oše. péče studentem a pacientem
00132	<ul style="list-style-type: none"> Bolest bude snížena dle škály z VAS 6 na VAS 2 do 3 dnů po aplikaci analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> O bolesti informuj lékaře. Dle OL aplikuj naordinovaná analgetika při VAS > 5. Sleduj účinek aplikovaných analgetik. Pravidelně hodnot' a zaznamenávej bolest (intenzitu, charakter, lokalizaci). Pravidelně pacientku polohuj a zajisti úlevovou polohu. Všímej si chování, změn v chování a zhoršujících faktorů bolesti u pacientky. Pozoruj neverbální projevy bolesti. Zajisti klidné a bezpečné prostředí. Snaž se odvrátit pozornost od bolesti vhodnou oblíbenou aktivitou (sledování TV, poslech rádia). 	<ul style="list-style-type: none"> Bolest snížena do 3 dnů po aplikaci analgetik z VAS 6 na VAS 2.
00011	<ul style="list-style-type: none"> Bude se vyprazdňovat pravidelně, dle svých zvyklostí 1x za 3 dny. 	<ul style="list-style-type: none"> Dle OL podej naordinovaná laxativa a sleduj jejich účinnost. Zajisti dostatek času a soukromí při defekaci. Po defekaci zhodnot' barvu, příměsí, zápach a konzistenci. Monitoruj bolest při defekaci. Podporuj a umožni pacientčiny návyky k vyprazdňování stolice. Zajisti dostatek tekutin, vlákniny a ovocných šťáv (sušené ovoce, švestkový kompot). Zajisti dostatek tekutin a vyváženou stravu bohatou na vlákninu. Mobilizuj pacientku v rámci možností a dle aktuálního stavu. 	<ul style="list-style-type: none"> K defekaci došlo do 2. dne od podání laxativ. Vyprazdňuje pravidelně 1x za 48 hod.
00137	<ul style="list-style-type: none"> U pacientky bude převládat dobrá nálada, bude zapojena do běžných aktivit do 10 dnů od přijetí po celou dobu hospitalizace. 	<ul style="list-style-type: none"> Zjisti příčiny smutku (odloučení od rodiny, neznámé prostředí). Informuj rodinu a zajisti jejich častou přítomnost u pacientky. Komunikuj s pacientkou o pocitech, vyhraď si čas, aby si ji mohla vyslechnout. Zapoj pacientku do běžných aktivit. Doporuč donést oblíbené osobní věci (rodinné fotografie). Aktivně naslouchej pacientce a přistupuj k ní empaticky. Všímej si neverbálních projevů. 	<ul style="list-style-type: none"> Do 10 dnů má vesměs dobrou náladu, převládají pozitivní myšlenky a je zapojena do aktivit po celou dobu hospitalizace.

00085	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů bude pravidelně 1x denně rehabilitovat s fyzioterapeutem od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zajisti dostupnost polohovacích pomůcek. • Využívej polohovací pomůcky. • Zajisti pravidelnou rehabilitaci s fyzioterapeutem. • Motivuj pacientku k péči o sebe sama. • Při pohybu mimo lůžku zajisti bezpečné prostředí a bezpečnost pacientky. • V případě bolesti před rehabilitací podej analgetika dle OL. • Pečuj o kůži. 	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutem 1x denně. • Při rehabilitaci se pohybuje v bezpečném prostředí do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení.
00110	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu dojde na WC do 21 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v náviku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Zajisti soukromí při vyprazdňování. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). • Zajisti bezbariérový přístup na toaletu. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí při vyprazdňování. • Zjisti a umožni návyky při vyprazdňování (dostatek času, pohodlí, soukromí). • Pokud možno ulož pacientku na pokoji co nejbližší k WC. • Umožni přesunutí a vyprazdňování na WC před vyprazdňováním na pokoji před spolupacienty. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu došla na WC do 21 dnů od přijetí.
00108	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama vykoupě do 21 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v náviku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). • Zajisti dostupnost příslušných hygienických pomůcek. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí při provádění hygienické péče. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama zvládá vykoupat do 21 dnů od přijetí.

		<ul style="list-style-type: none"> • Respektuj rituály při provádění hygieny. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	
00109	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama oblékne do 25 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v náviku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí. • V případě nutnosti poskytni dopomoc. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama zvládá obléknout do 25 dnů od přijetí.
00004	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedojde k rozvoji infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pacientka bude poučena o možných příznacích infekce a o prevenci vzniku do 2 dnů od přijetí. • PŽK bude vyměněn po 72 hodinách od data zavedení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prováděj pravidelné aseptické převazy PŽK a defektu. Zachovej zásady asepse při převazování. • Minimálně 3x denně sleduj projevy v místě zavedení PŽK. • Sleduj funkčnost a dobu zavedení PŽK. • Po 72 hodinách proved' výměnu PŽK. • Pravidelně hodnot' místo zavedení PŽK dle klasifikace tíže flebitidy dle Maddona. • Sleduj proces hojení dekubitu. Udržuj kůži a okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů. • Pravidelně pacientku polohuj a dbej na včasnou mobilizaci. • Zajisti pravidelnou výměnu osobními i ložního prádla. • Zajisti dostatečnou hydrataci a příjem bílkovin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedošlo ke známám infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Byla poučena o možných příznacích infekce a o jejich prevenci do 2 dnů od přijetí. • PŽK po 24 hodinách vyměněno od data zavedení. • Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona 0 – není bolest ani reakce v okolí (viz příloha č. 28).
00155	<ul style="list-style-type: none"> • Nedojde k pádu po dobu 5 dnů od přijetí a dále po stabilizaci stavu. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informuj a seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními. • Seznam s prostředím pokoje a okolí. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky (postranice, dostatek osvětlení, hrazdička, suchá a čistá podlaha). • Zajisti bezpečnost a dohled při léčebných či ošetrovatelských činnostech. • Zajisti dostupnost signalizačního zařízení. • Zajisti dostupnost a používání kompenzačních pomůcek (brýle). • Při chůzi edukuj o vhodné obuvi (pevné protiskluzové boty). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedošlo k pádu od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pohybovala v bezpečném nemocničním prostředí do 1 dne od přijetí. • Pacientka si je si vědoma svých možností.

00068	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka bude mít 3-5 pozitivních podnětů ke zlepšení duchovní pohody do 7 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoz najít pacientce důvod, proč žít a jak se vyrovnávat se stresovými situacemi. • Podporuj ji v naději na zlepšení situace. • Hovoř s pacientkou o jejich problémech. • Zajisti časté návštěvy rodinných příslušníků. 	<ul style="list-style-type: none"> • K zlepšení duchovní pohody došlo do 5 dnů od přijetí. • Převládají pozitivní myšlenky do 7 dnů od přijetí. • Vyjadřuje touhu lépe zvládat zátěž.
-------	---	---	--

3.3.3 Kazuistika č. 3

Pacientka H. Š., 72 let, byla přijata z jiného zdravotnického zařízení pro potřebu intenzivní RHB a ošetrovatelské péče. Při příjmu byla orientovaná místem, časem a osobou. Afebrilní, bez ikteru, cyanózy či edémů. Chronické nemoci jsou AH, anémie a hypotyreóza. Při příjmu byla zhodnocena rizika pádu podle škály MFS (viz příloha č. 26), kdy výsledek byl vyhodnocen 70 body, což představuje vysoké riziko pádu. Test základních všedních činností dle Barthelové byl klasifikován 25 body tedy vysoce závislý (viz příloha č. 29). Úroveň vědomí byla vyhodnocena 15 body – stav bez poruchy vědomí (viz příloha č. 30). Po zhodnocení celkového stavu byly vymezeny ošetrovatelské problémy a stanoveny ošetrovatelské diagnózy (viz tabulka č. 5). Následně byly určeny intervence s následným vyhodnocením cíle (viz tabulka č. 6).

NO: Pacientka byla přijata za účelem intenzivní rehabilitační a ošetrovatelské péče z důvodu poruchy mobility a soběstačnosti. Pacientka je imobilní a přijela s téměř zahojeným dekubitem v sakrální části o velikosti 1 cm x 3 cm x 0,5 cm. Okolí a okraje rány jsou klidné, bez zápachu a sekrece z rány a barva rány růžová.

OA: Pacientka v dětství vážněji nestonala. V rodině není výskyt TBC, ICHS, IM či žloutenky.

RA: Otec zemřel v 76 letech na rakovinu plic, matka v 80 letech na rakovinu tlustého střeva. Sourozence nemá. Obě dcery vážně nestonají, jsou zdravé.

PA: Pacientka vystudovala obor účetní. Celý život pracovala v administrativě jako vedoucí hospodářské správy. Nyní je ve starobním důchodu.

FA: Hypnogen 10 mg 0-0-0-1 (hypnotikum), Agen 10 mg 1-0-0-0 (antihypertenzivum), Sorbifer Durules 320 mg / 60 mg 1-0-1-0 (antianemikum), Letrox 150 mg 0-1-0-0 (hormon štítné žlázy), Tanakan 40 mg 1-1-1-0 (psychoanaleptikum), Novalgin 500mg tbl 1-0-0-1 (analgetikum), Infuze – fyziologický roztok 500 ml při nízkém příjmu tekutin (krystaloidní infuzní roztok).

GA: Pacientka měla menses od 15 do 51 let pravidelně. Gravidita 3x, porody 2x, potrat 1x.

AA: Pacientka má alergii na veškeré ryby. Jiné potravinové, lékové, dezinfekční alergie neudává.

SA: Pacientka je starobní důchodkyně, vdova a má dvě dcery. Bydlí s jednou z dcer ve vesnici v přízemním rodinném domě.

Abúzus: Pacientka dříve příležitostně kouřila cigarety, 30 let již vůbec nekouří. Alkohol pila vždy příležitostně. Každý den vypije 1 šálek kávy s mlékem.

1. den hospitalizace

V den přijetí byla pacientka uložena na lůžko s antidekubitní matrací. Lůžko bylo vybaveno polohovacími pomůckami. Přes den byla polohována po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách pomocí polohovacích pomůcek. Z předchozího zařízení přijela se zavedeným PŽK a PMK. Po přijetí udává tupou bolest na VAS číslem 5, dle OL byla podána 1 ampule Novalginu i. v. Bolest byla snížena na VAS 3. V průběhu dne byla bolest aktivně sledována, hodnocena a zaznamenávána do dokumentace. Přijela s téměř zahojeným dekubitem v sacru o velikosti 1 cm x 3 cm x 0,5 cm. Defekt byl ošetřen roztokem Aqvitoxem. Okolí a okraje rány jsou klidné, bez zápachu a sekrece z rány, barva rány růžová. Na defekt bylo aplikováno primární krytí Hydrofilm. Po zbytek dne byla bez bolestí. Pacientka trpí nespavostí, v noci nemůže spát, dle OL byla podána 1tbl Hypnogenu 10 mg per os s efektem. Uvnula do 30 minut a spala 5 hodin.

2. den hospitalizace

Při polohování v lůžku aktivně spolupracuje. Tento den nebyla 5. den na stolicí, trpí zácpou, byla podána Lactuloza sirup. Odpoledne přichází fyzioterapeut a začíná s intenzivní rehabilitací. Po rehabilitaci udává bolest v sacru, dle OL byla podána 1 ampule Novalginu i. v. s efektem. Bolest byla snížena z VAS 5 na VAS 2. Převaz defektu není třeba, krytí drží, splňuje funkce.

3. den hospitalizace

Ráno došlo k defekaci po podání laxativ. Po vyprázdnění udává úlevu. V tento den byl dekubit ošetřen stejně jako při prvním ošetření defektu. Barva rány je růžová, sekrece žádná, bez zápachu, defekt nekrvácí. Po provedení převazu si stěžuje na bolest na VAS číslem 5, byla podána 1 ampule Novalginu i. v. s efektem. Bolest byla snížena na VAS 2. Po zbytek dne již bez bolestí.

Posouzení současných potřeb pacienta podle NANDA domén

Diagnostická doména č. 1 – Podpora zdraví: Informace byly získány od dcery a od samotné pacientky. Při příjmu byla bdělá, komunikuje, po převozu se cítí unavená. Kromě únavy z důvodu převozu žádné obtíže neudává. Dušností netrpí, dýchá klidně, pravidelně a zahleněná není. V dětství často trpěla na chřipky, jinak vážněji nestonala. Léčebný režim pomáhali udržovat v jiném zdravotním zařízení fyzioterapeuti. Jako příčinu svého nynějšího zdravotního stavu označila svůj věk. Dříve ráda jezdila na kolečkových bruslích a hrála házenou. V současné době je její soběstačnost podporována intenzivní rehabilitací poskytovanou fyzioterapeutem.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa: Pacientka dodržuje racionální dietu č. 3, stravu přijímá 5x denně. Potíže s příjmem stravy či tekutin neudává. Stravu a tekutiny přijímá per os. Hmotnost pacientky je 41 kg, výška 145 cm, BMI označuje hodnotu 19,5, tedy ideální váhu. Změna hmotnosti za poslední tři měsíce není. Vlastní horní a dolní zubní protézu, kterou má neustále nasazenou.

Pacientka za 24 hodin přijme 1500 ml. Ráda pije ovocné šťávy, džusy, čaj či minerální vody. Pacientce je aktivně nabízen sipping Cubitanu s příchutí broskve 2x denně. Pocit žízně nemá. Alergii na potraviny neuvádí.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna: Pacientka trpí inkontinencí, proto k vylučování moči slouží zavedený PMK, který odvádí fyziologickou moč fyziologické barvy. Moč je bez příměsí a bez zápachu. Žádné problémy (např. pálení, řezání, pocit tlaku v břiše) spojené s vylučováním moče neudává. PMK je pravidelně asepticky vyměňován.

Vylučování stolice je nepravidelné, pacientka se vyprázdní 1x za 5 dní, trpí zácpou. Stolica je formovaná, pevná, fyziologické hnědé barvy, bez příměsí a zápachu. Pacientka nosí zalepovací pleny velikosti L. V předchozím zařízení pravidelně dle OL užívala na zácpu laxativa, např. Lactulozu sirup a Regulax kapky. Po těchto laxativech se vždy dostatečně vyprázdnila. V předchozím zařízení se vyprazdňovala 1x za 48 hodin. Pro bezproblémovou defekaci potřebuje dostatek času a soukromí, ráda si během ní čte časopisy či noviny. Pacientka je bez patofyziologického pocení.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita a odpočinek: Pacientka je imobilní. Chůzi, oblékání, použití WC sama nezvládne. Částečně soběstačná v osobní hygieně, potřebuje pomoci jen s partiemi, kam sama nedostane. Sama se dokáže najíst. Na lůžku se polohuje pomocí

polohovacích pomůcek, sed v lůžku s nohama dolů možný s pomocí polohovacích pomůcek. Přes den ráda sleduje TV, luští křížovky či poslouchá audioknihy.

Pacientka trpí nespavostí. Usíná zhruba za 1 hodinu po ulehnutí, v noci se zhruba 3x vzbudí a po probuzení se cítí unavená. Doma i v předchozím zařízení spala zhruba 6–8 hodin. V předchozím zdravotnickém zařízení užívala dle OL na spaní hypnotika, která byla s efektem. Během dne usne zhruba na 30 minut, více ne. Před spaním ráda sleduje televizi. Respondentce se lépe spí, když se před spaním vyvětrá pokoj a načechrá polštář. V místnosti vyžaduje tmou i ticho.

Diagnostická doména č. 5 – Vnímání a poznávání: Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou a situací. Má ráda společnost, je přátelská a optimistická. Oční kontakt udržuje. Má lehce porušenou paměť, občas zapomíná. Zhoršený zrak na dálku, nosí dioptrické brýle, které má většinou na sobě nebo v dosahu. Patologie v oblasti sluchu a čichu nenalezeny. O svém nynějším zdravotním stavu je informována. Pacientka je i poučena, že bude probíhat intenzivní rehabilitace s pomocí fyzioterapeuta.

Diagnostická doména č. 6 – Vnímání sebe sama: Pacientka byla celý život přátelská, optimistická a komunikativní. Má ráda společnost, ráda si s někým povídá. Nyní se v zařízení projevuje k personálu a k ostatním pacientům mile.

Diagnostická doména č. 7 – Mezilidské vztahy: Pacientka doposud bydlela s dcerou ve vesnici v přízemním domě. Se všemi rodinnými příslušníky vychází bez problémů, jsou neustále v kontaktu a pravidelně se navštěvují. Vztahy v rodině a s přáteli jsou dobré, s nikým problémy nemá. Pro pacientku je rodina velmi důležitá a vždy na prvním místě. Bez rodiny si nedokáže svůj život představit. Rodinní příslušníci ji ve všech oblastech podporují a pomáhají jí. K ostatním lidem se chová přátelsky.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita: U pacientky nastalo klimakterium v 51 letech, gravidita 3x, porody 2x, potrat 1x. Má dvě dcery. Dříve neměla žádné problémy v oblasti sexuality.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže: Pacientka je optimistická, stres a zátěž ji pomáhají zvládat dcery, ale i sama tyto stavy snáší velice dobře. Ve všech situacích hledá pozitiva, podle ní se vše děje z nějakého důvodu a má to vždy kladný efekt. Stres bývá nepatrný a velice krátkodobý. Nejdůležitější je pro ni rodina a blízcí přátelé. Nade vše miluje svoje vnoučata, na která nedá dopustit.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy: Pacientka nemá zájem o účast na bohoslužbách. Žádné náboženské vyznání neudává.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost a ochrana: Pacientka má dekubit v sakrální oblasti. Bez edémů či cyanózy. Pacientka má zavedený PMK a PŽK. Invazivní vstupy se pravidelně asepticky vyměňují. Udává alergii na ryby, jiné alergie neguje. Závislost na drogách, lécích či alkoholu není. Alkohol pila vždy jen příležitostně, nikdy nekouřila.

Diagnostická doména č. 12 – Tělesný komfort: Pacientka udává tupou bolest v sacru v místě vytvoření dekubitu. Žádné jiné defekty nemá. Na VAS škále bolesti hodnotí bolest číslem 4. Stav kůže je normální, sliznice jsou růžové. Nehty a vlasy jsou v pořádku.

Diagnostická doména č. 13 – Růst a vývoj: Růst a vývoj je v normě, bez jakýchkoliv odchylek.

Tabulka 5 - Přehled ošetřovatelských diagnóz u kazuistiky č. 3

Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (seřazeny podle naléhavosti)	Kód	Doména	Třída	Určující znaky	Související faktory	Přijetí/ Nepřijetí OD
Akutní bolest	00132	12. Komfort	1. Tělesný komfort	Vlastní hlášení o příznacích a intenzitě bolesti, vyhledávání antalgické polohy, výraz bolesti v obličeji	Narušení kožní integrity, svalová slabost	Ano
Zácpa	00011	3. Vylučování a výměna	2. Funkce gastrointestinálního systému	Snížená frekvence stolice, tvrdá a formovaná stolice, plnost a tlak v rektu, námaha při defekaci	Nedávná změna prostředí, nedostatečná fyzická aktivita	Ano
Nespavost	00095	4. Aktivita/odpočinek	1. Spánek/odpočinek	Potíže s usínáním a se spaním, nespokojenost se spánkem, nedostatek energie	Tělesný diskomfort (bolest, polohování), environmentální faktory (neznámé prostředí), hluk, světlo	Ano
Zhoršená tělesná pohyblivost	00085	4. Aktivita/odpočinek	2. Aktivita/cvičení	Zpomalené pohyby, omezený rozsah pohybu, omezená schopnost provádět hrubé a jemné motorické dovednosti	Bolest, farmaka, ztráta kondice, snížení svalové síly	Ano
Deficit sebeděže při vyprazdňování	00110	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebeděže	Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, sedět na toaletě a vstát z toalety	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano

Deficit sebepéče při koupání	00108	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebpéče	Zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt a usušit si tělo	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Deficit sebepéče při oblékání	00109	4. Aktivita/odpočinek	5. Sebpéče	Zhoršená schopnost zapnout oblečení, obléknout si oblečení na horní či dolní část těla, zhoršená schopnost svléknout si části oděvu	Bolest, slabost, zhoršená mobilita	Ano
Riziko alergické reakce	00217	11. Bezpečnost a ochrana	5. Obranné mechanismy		Alergie na jídlo (ryby)	Ano
Riziko infekce	00004	11. Bezpečnost a ochrana	1. Infekce		Změna integrity kůže (dekubitus), zavedený invazivní vstup (PMK, PŽK)	Ano

Tabulka 6 - Vyhodnocení ošetrovatelské péče u kazuistiky č. 3

Kód	Očekávaný výsledek/cíl	Ošetrovatelské intervence	Vyhodnocení oše. péče studentem a pacientem
00132	<ul style="list-style-type: none"> Bolest bude snížena dle škály z VAS 5 na VAS 2 do 3 dnů po aplikaci analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> O bolesti informuj lékaře. Dle OL aplikuj naordinovaná analgetika při VAS > 4. Sleduj účinek aplikovaných analgetik. Pravidelně hodnot' a zaznamenávej bolest (intenzitu, charakter, lokalizaci). Pravidelně pacientku polohuj a zajisti úlevovou polohu. Všímej si chování, změn v chování a zhoršujících faktorů bolesti u pacientky. Pozoruj neverbální projevy bolesti. Zajisti klidné a bezpečné prostředí. Snaž se odvrátit pozornost od bolesti vhodnou oblíbenou aktivitou (sledování TV, poslech audioknih, luštění křížovek). 	<ul style="list-style-type: none"> Bolest snížena do 3 dnů po aplikaci analgetik z VAS 5 na VAS 2.
00011	<ul style="list-style-type: none"> Bude se vyprazdňovat pravidelně, dle svých zvyklostí 1x za 2 dny. 	<ul style="list-style-type: none"> Dle OL podej naordinovaná laxativa a sleduj jejich účinnost. Po defekaci zhadnot' barvu, příměsí, zápach a konzistenci. Zajisti dostatek času a soukromí při defekaci. Monitoruj bolest při defekaci. Podporuj a umožni pacientčiny návyky k vyprazdňování stolice. Zajisti konzumaci vlákniny a ovocných šťáv (sušené ovoce, švestkový kompot). Zajisti dostatek tekutin a vyváženou stravu bohatou na vlákninu. Mobilizuj pacientku v rámci možností a dle aktuálního stavu. 	<ul style="list-style-type: none"> K defekaci došlo do 1 dne od podání laxativ. Pacientka se vyprazdňuje 1x za 24 hod.
00095	<ul style="list-style-type: none"> Bude spát do 4 dnů od přijetí 6 - 8 hodin. Usne do 30 minut po podání hypnotik 	<ul style="list-style-type: none"> Dle OL podej naordinovaná hypnotika a sleduj jejich účinnost. Dokumentuj délku spánku. Zjisti a zajisti spánkové rituály u pacientky (sledování TV, poslech audioknih, vyvětraný pokoj). Zabraň působení rušivých vlivů (světlo, hluk, bolest). Sleduj důsledky poruchy spánku (únava). Odstraň rušivé vlivy. Zajisti dostatečnou aktivitu přes den v rámci schopností. Eliminuj spánek přes den. 	<ul style="list-style-type: none"> V noci spí 8 hodin do 3 dnů od přijetí. Usnula do 30 minut po podání hypnotik dle OL. V noci se neprobouzí, ráno si cítí odpočatá.

		<ul style="list-style-type: none"> • Vyhni se nevhodným potravinám a tekutin před spaním (zelený čaj, tučné jídlo). 	
00085	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů bude pravidelně 1x denně rehabilitovat s fyzioterapeutem od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Bude do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zajisti dostupnost polohovacích pomůcek. • Využívej polohovací pomůcky. • Zajisti pravidelnou rehabilitaci s fyzioterapeutem. • Motivuj pacientku k péči o sebe sama. • Při pohybu mimo lůžku zajisti bezpečné prostředí a bezpečnost pacientky. • V případě bolesti před rehabilitací podej analgetika dle OL. • Pečuj o kůži. 	<ul style="list-style-type: none"> • Do 2 dnů pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutem 1x denně. • Při rehabilitaci se pohybuje v bezpečném prostředí do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Do 1 dne od přijetí poučena o signalizačním zařízení.
00110	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu dojde na WC do 14 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v nácviu sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Zajisti soukromí při vyprazdňování. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). • Zajisti bezbariérový přístup na toaletu. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí při vyprazdňování. • Zjisti a umožni návyky při vyprazdňování (dostatek času, čtení novin, soukromí). • Pokud možno ulož pacientku na pokoji co nejbliže k WC. • Umožni přesunutí a vyprazdňování na WC před vyprazdňováním na pokoji před spolupacienty. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka s pomocí zdravotnického personálu došla na WC do 12 dnů od přijetí.

00108	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama vykoupne do 14 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v nácvičku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí a bezpečnost pacienta (suchá podlaha, pevná obuv). • Zajisti dostupnost příslušných hygienických pomůcek. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí při provádění hygienické péče. • Respektuj rituály při provádění hygieny. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka se sama zvládá vykoupat do 12 dnů od přijetí.
00109	<ul style="list-style-type: none"> • Dojde ke zlepšení sebepéče v oblasti oblékání do 7 dnů od přijetí. • Pacientka se sama oblékne do 14 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buď nápomocná v nácvičku sebeobsluhy, předcházej riziku úrazu. • Motivuj pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama. Buď oporou. • Poskytni dostatek času a soukromí. • V případě nutnosti poskytni pomoc. • Oceň snahu pacientky. • Monitoruj bolest, při bolesti aplikuj dle OL naordinovaná analgetika. 	<ul style="list-style-type: none"> • Došlo ke zlepšení sebepéče v oblasti oblékání do 7 dnů od přijetí. • Pacientka se sama zvládá obléknout do 12 dnů od přijetí.
00217	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedojde ke vzniku alergické reakce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Alergen bude zapsán v ošetrovatelské dokumentaci od přijetí po celou dobu hospitalizace. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapiš stávající alergie do dokumentace, informuj celý zdravotnický tým. • Nepodávej pacientce k jídlu ryby (alergie). • Zabraň vzniku alergické reakce. 	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedošlo ke vzniku alergické reakce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Alergen byl zapsán do dokumentace v den přijetí. • O alergii byl informován celý zdravotnický tým.

00004	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedojde k rozvoji infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pacientka bude poučena o možných příznacích infekce a o prevenci vzniku do 2 dnů od přijetí. • PŽK bude vyměněn po 72 hodinách od data zavedení. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prováděj pravidelné aseptické převazy PŽK a defektu. Zachovej zásady asepse při převazování. • Minimálně 3x denně sleduj projevy v místě zavedení PŽK. • Sleduj funkčnost a dobu zavedení PŽK. • Po 72 hodinách proved' výměnu PŽK. • Pravidelně hodnot' místo zavedení PŽK dle klasifikace tíže flebitidy dle Maddona. • Sleduj proces hojení dekubitu. • Udržuj kůži a okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů. • Pravidelně pacientku polohuj a dbej na včasnou mobilizaci. Zajisti pravidelnou výměnu osobními i ložního prádla. Zajisti dostatečnou hydrataci a příjem bílkovin. 	<ul style="list-style-type: none"> • U pacientky nedošlo ke známám infekce od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pacientka byla poučena o možných příznacích infekce a o jejich prevenci do 2 dnů od přijetí. • PŽK po 48 hodinách vyměněno od data zavedení. • Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona 0 – není bolest ani reakce v okolí (viz příloha č. 28).
00155	<ul style="list-style-type: none"> • Nedojde k pádu po dobu 5 dnů od přijetí a dále po stabilizaci stavu. • Bude se bezpečně pohybovat v nemocničním prostředí do 2 dnů od přijetí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informuj a seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními. • Seznam s prostředím pokoje a okolí. • Zajisti bezpečné prostředí v okolí pacientky (postranice, dostatek osvětlení, hrazdička, suchá a čistá podlaha). • Zajisti bezpečnost a dohled při léčebných či ošetrovatelských činnostech. • Zajisti dostupnost signalizačního zařízení. • Zajisti dostupnost a používání kompenzačních pomůcek (brýle). • Při chůzi edukuj o vhodné obuvi (pevné protiskluzové boty). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedošlo k pádu od přijetí po celou dobu hospitalizace. • Pohybovala v bezpečném nemocničním prostředí do 1 dne od přijetí. • Pacientka si je vědoma svých možností.

4 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce bylo stručně popsáno 10 kazuistik. Podrobně byly zpracovány 3 kazuistiky, u kterých byl následně vypracován ošetrovatelský proces. Díky NANDA Taxonomii 2015–2017 byly snáze nalezeny ošetrovatelské diagnózy. Potřebné informace byly získány z lékařské či sesterské dokumentace, ale i od nejbližších rodinných příslušníků nebo přímo od pacientů.

Výsledky práce u 3 podrobně zpracovaných kazuistik byly porovnány s výsledky závěrečných prací. Mezi bakalářské práce, se kterými se výsledky konfrontují, se řadí: Jaroslava Štěpánková, 2016, „*Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem*“, dále Zuzana Volná, 2015, „*Plán ošetrovatelské péče pro geriatrického pacienta s dekubity*“, pak i Tereza Kejíková, 2017, „*Ošetrovatelský proces v péči o pacienta s dekubitem*“ a v poslední řadě Adam Hrůzek, 2016, „*Plán ošetrovatelské péče pro pacienty s dekubity*“.

Jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy byly uváděny bolest, zhoršená tělesná pohyblivost, deficit sebepéče v oblasti koupání, oblékání, zácpa, riziko infekce či riziko pádu.

Nejaktuálnějším a nejčastějším problémem byla stanovena bolest, kterou uvádí všech 5 respondentů. Akutní bolest udává jeden respondent z bakalářské práce Štěpánkové (2016), v tom se shoduje s mou prací, kdy u všech pacientek byla stanovena diagnóza akutní bolest. Naopak v ostatních porovnaných pracích dotazovaní udávají bolest chronickou. Očekávaný výsledek u Štěpánkové zněl, že po dobu hospitalizace dojde ke zmírnění bolesti a dotazovaná bude chápat její příčinu. Z hodnocení vyplývá, že respondentka pociťuje při léčbě bolest mírnou, zaujímá úlevovou polohu, chápe příčinu bolesti. Očekávaný výsledek byl tedy splněn. Oproti tomu Kejíková (2017) u svého pacienta stanovila cíl minimalizovat projevy bolesti, přičemž sledovala výrazy pacienta. Cíle bylo dosaženo, postupně se bolestivé výrazy při mobilizaci zmírňovaly. Volnou (2015) byl stanoven očekávaný výsledek, kdy bolest bude snížena z VAS 5 na VAS 2. Do intervencí zařadila např: podat analgetika dle ordinace lékaře (OL), sledovat jejich účinnost, monitorovat bolest 3x denně, dopomocť nalezení úlevové polohy, na bolest se ptát cílenými dotazy a zajímat se o ovlivnitelnost bolesti. Naopak Hrůzek (2016) mezi své intervence zařadil aplikaci nefarmakologických metod zvládání bolesti, udržovat v ranně vlhké prostředí, volit materiály umožňující atraumatické a méně časté převazy nebo zvážit možnost aplikace krycího materiálu napuštěného ibuprofenem k topické analgezii. U všech pacientů došlo ke zmírnění bolesti po podání analgetik. Dle OL byla aplikována naordinovaná analgetika, u kterých byl sledován jejich požadovaný účinek. Nesmí se

zapomínat sledovat i neverbální projevy pacienta, např. bolestivý výraz při pohybu. Bolest je třeba aktivně sledovat, zaznamenávat její charakter, intenzitu a lokalizaci.

Dalším nejčastějším problémem byla zhoršená pohyblivost, která se vyskytuje u všech dotazovaných. U všech pacientů probíhala intenzivní rehabilitace za účelem zlepšení mobility a jako prevence následných komplikací, např. kontraktury svalů. Kejíková ve své práci vymezila očekávaný výsledek, kdy klient bude schopen provádět na lůžku základní pohyby vedoucí ke zlepšení schopnosti sebezpěče. V hodnocení cíle uvádí, že se pacient zpočátku pravidelně polohoval a po vytvoření rehabilitačního plánu byla zlepšena mobilita natolik, že po určité době si došel na pokojové WC. Oproti tomu Štěpánková u své respondentky stanovila cíl, že se neobjeví komplikace spojené se zhoršenou pohyblivostí po dobu hospitalizace. Během hospitalizace nedošlo ke komplikacím souvisejícím se zhoršenou pohyblivostí. Očekávaného výsledku bylo tedy dosaženo. Hrůzek a Volná mezi své intervence zařadili zhodnotit funkční schopnost pohyblivosti, motivovat pacienty k péči o sebe sama a zajistit konzultaci s fyzioterapeutem. V mé práci byly pacientky do 1 dne od přijetí seznámeny se signalizačním zařízením, do 2 dnů od přijetí probíhala intenzivní rehabilitace 1x denně, během níž se pohybovaly v bezpečném prostředí. U všech pacientek se díky intenzivní rehabilitaci zlepšila pohyblivost.

V práci Hrůzka a Štěpánkové byla jako diagnóza stanovena nespavost. Naopak Volná u pacienta prezentuje narušený vzorec spánku. V mé práci respondentka č. 1 má narušený vzorec spánku, naopak pacientka č. 3 trpí nespavostí, kdy jako nejčastější příčiny poruch spánku uváděly bolest a hluk z chodeb. U respondentů Hrůzka a Štěpánkové se rovněž objevuje bolest. Dotazovanému v práci Volné naopak spánku bránil hluk či neznámé prostředí. Volná a Hrůzek stanovili očekávaný výsledek, že jejich pacienti budou spát alespoň 6 hodin. Jako společné intervence uvedli zjistit příčiny poruch spánku, zjistit a umožnit spánkové rituály a zajistit aplikaci farmakoterapie dle OL. Respondentka Štěpánkové se během hospitalizace budila méně, občas na přání byla podána analgetika, ale hypnotika neužívala. Naopak v mé práci pacientkám č. 1 a č. 3 byla dle OL aplikována hypnotika, díky kterým spaly 7–8 hodin v noci.

Zácpa byla určena v mé práci u všech 3 respondentek a u jednoho respondenta v práci Štěpánkové. V mé práci pacientky dle OL užívaly laxativa, která podpořila defekaci. Dotazovaná č. 1 a č. 3 se vyprázdnila do jednoho dne, pacientka č. 2 do dvou dnů. Oproti tomu Štěpánková udává, že dotazovaná po provedení všech intervencí (zajištění dostatku

tekutin, vyvážené stravy bohaté na vlákninu, mobilizaci, dostatku soukromí a po aplikaci naordinovaných laxativ) se vyprazdňuje pravidelně 1x za 3 dny. Intervence stanovené Štěpánkovou jsou stejné s intervencemi v mé práci.

Deficit sebekpěče v oblasti vyprazdňování byl určen pouze v práci Kejíkové, která vymezila dva cíle. První cíl, aby dotazovaný aktivně spolupracoval při hygienické péči v rámci svých možností. Druhý cíl představoval zajištění dostatečné hygieny o okolí análního otvoru. Pacientovi se nejprve vyměňovaly inkontinenční pomůcky, poté se vyprazdňoval na podložní míse. Respondent si po určité době zvládá dojít s dopomocí na WC, obou požadovaných cílů bylo dosaženo. Ostatní porovnávané práce tento deficit neuvádí. Díky intenzivní rehabilitaci s fyzioterapeutem, která probíhala všech v mé práci u dotazovaných do 2 dnů od přijetí, si pacientka č. 3 se do 12 s pomocí zdravotnického personálu přešla na WC. Respondentka č. 1 si do 18 dnů od přijetí zvládla dojít na WC. Naopak dotazovaná č. 2 si do 21 dnů došla na WC. Během hospitalizace je důležité vést pacienty k sebekpěči a co nejvíce jim zajistit psychickou oporu.

Deficit sebekpěče v oblasti koupání byl stanoven u všech porovnávaných prací. Štěpánková u pacientů vymezila očekávané výsledky, že si respondenti alespoň částečně zvládnou sami provést hygienickou péči. Očekávaných výsledků bylo dosaženo. Po určité době zvládli hygienu s mírnou dopomocí. Cílem Kejíkové bylo, aby pacient aktivně spolupracoval při hygienické péči v rámci svých možností. Zpočátku respondent nespupracoval, po zlepšení mobility se dotazovaný zvládá umýt se sprše sám za asistence zdravotnického personálu. Naopak Hrůzek ve své práci vymezil cíl, že po dobu hospitalizace bude dotazovanému zajištěna komplexní hygienická péče, při které aktivizoval pacienta, oceňoval snahu, zajistil dostupnost hygienických pomůcek, jemně a citlivě ošetřovateli kůži a sledoval změny kožní integrity. Stejně intervence uvedla ve své práci Volná, kdy si za cíl určila, že se pacient bude zapojovat do péče v rámci svých možností a bude motivován k aktivitě. V mé práci se pacientka č. 1 zvládla vykoupat sama do 18 dní, respondentka č. 2 do 21 dní a dotazovaná č. 3 do 12 dní.

Deficit sebekpěče v oblasti oblékání byl stanoven ve všech pracích, naopak nebyl nalezen pouze v práci Hrůzka. U Kejíkové byl pacient schopen díky rehabilitaci se sám obléknout a svléknout, případně zdravotnický personál dopomohl. Tento splněný cíl koresponduje s mými výsledky. Pacientka Štěpánkové při sebeobsluze aktivně spolupracovala a byla čistě upravená a oblečená. Očekávaného výsledku bylo dosaženo. Volná svého dotazovaného

motivovala ke zlepšení sebezpečí, oceňovala snahu, zhodnotila stav soběstačnosti a případně pacientovi dopomohla. V mé práci se respondentka č. 1 se zvládla sama obléknout do 20 dní, pacientka č. 2 do 25 dní a dotazovaná č. 3 do 12 dní.

Ošetrovatelská diagnóza nevyvážená výživa byla vytyčena v práci Kejíkové, Volné a Hrůzky. V mé práci jsem tuto diagnózu stanovila u pacientky č. 1. Naopak Štěpánková tuto diagnózu neuvádí. Z práce Kejíkové je patrné, že při propuštění byl sledován hmotnostní nárůst o 5 kg. Během hospitalizace byla hmotnost stabilizována a byla zajištěna nutričně vyvážená strava. Oproti tomu Volná stanovila cíl, aby pacientova tělesná hmotnost vzrostla o 3 kg do 14 dní. Cílem Hrůzky bylo, že pacient v průběhu hospitalizace bude udržovat příjem mikronutrientů a makronutrientů. U Volné a Hrůzky dosažení cíle není uvedeno.

Snaha zlepšit výživu byla definována v mé práci, ale i v práci Volné. Moje respondentka od přijetí projevovala touhu zlepšit příjem stravy a zajímala se o vhodné složení potravin. Po vysvětlení a představení sestaveného jídelníčku nutričním terapeutem byla schopna si na základě určených potravin sama sestavit jídelníček. Volná stanovila u svého pacienta cíl, aby se stravoval pravidelně. Respondenta edukovala o příjmu stravy a potravinových doplňcích, motivovala ke zlepšení výživy a upozornila na význam vyvážené stravy, zajistila konzultaci s nutričním terapeutem, alespoň 1x týdně sledovala hmotnost, a nakonec znalost pacienta o výživě zhodnotila. Vyhodnocení cíle chybí.

Riziko nestabilní glykémie bylo stanoveno v mé práci u pacientky č. 1, ale také v bakalářské práci Kejíkové. Hodnoty glykémie se u obou respondentů pohybovaly v normě, v mé práci v rozmezí 4,7–5,1 mmol/l a u Kejíkové 4,3–5,5 mmol/l. Žádné komplikace se při pobytu nevyskytly. Kejíková mezi své intervence zařadila sledování hodnot glykémie před jídlem, sledování příjmu potravy a tekutin a projevů hypoglykémie a hyperglykémie. Aplikovala inzulin 30 minut před jídlem dle aktuálních hodnot cukru v krvi a sledovala změny v chování. K diagnóze jsem rovněž zařadila předešlé intervence. U ostatních prací nebyla tato diagnóza stanovena.

Riziko vzniku infekce bylo určeno v práci u Kejíkové a Volné. U ostatních dotazovaných riziko infekce nebylo uvedeno. V mé práci u všech pacientek nedošlo k rozvoji infekce po celou dobu hospitalizace a rovněž je tomu tak i u respondenta Kejíkové. Během zavedení PŽK nebyla sledována komplikace, krytí se vyměňovalo každý den. Volná mezi své intervence zařadila aseptický přístup při ošetřování invazivních vstupů, sledování známek infekce či dodržování zásad prevence vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí. Nedílná součást

ošetřovatelské péče tkví v pravidelném aseptickém ošetřování všech invazivních vstupů. Všeobecná sestra vhodnou péčí zabraňuje vzniku infekce a případnému vzniku komplikací, které mohou prodloužit hospitalizaci.

Volnou, Kejíkovou a Štěpánkovou, u svých pacientů, bylo stanoveno riziko pádu. Naopak Hružek ve své práci riziko pádu neuvádí. U respondentů Kejíkové a Štěpánkové během hospitalizace nedošlo k pádu. Pacienti se pohybovali v bezpečném prostředí. V mé práci prezentuji, že všechny pacientky se pohybovaly v bezpečném prostředí do 1 dne od přijetí po celou dobu hospitalizace a byly si vědomy svých možností. Volná ve svých intervencích uvádí, že seznámila pacienta s prostředím, edukovala jej o pořízení vhodné obuvi, zajistila dostupnost signalizačního zařízení a upozornila na vytírání chodeb označených kuželem.

V mé bakalářské práci, oproti výše porovnávaným pracím, byly navíc vymezeny ošetřovatelské diagnózy: chronický smutek, snaha zlepšit well-being (pohodu) a riziko vzniku alergické reakce.

V práci Štěpánkové byly navíc vymezeny diagnózy: průjem, strach, porušená kožní integrita a riziko deficitu tělesných tekutin.

U Kejíkové byly navíc uvedeny tyto diagnózy: snížený objem tekutin v organismu, funkční inkontinence moči, inkontinence stolice, narušená kožní integrita, zhoršená pohyblivost na lůžku, deficit sebepěče při stravování, zhoršená verbální komunikace a riziko krváčení.

Volnou byly navíc určeny, oproti mé práci, následující diagnózy: úzkost, narušený obraz těla, inkontinence stolice a deficit sebepěče při stravování.

U Hružka byly navíc stanoveny diagnózy: narušená kožní integrita, zhoršené vylučování moči, inkontinence stolice a riziko sníženého objemu tekutin v organismu.

4.1 Shrnutí a doporučení

Podpora zdraví – U všech respondentek byl stanoven deficit sebepěče v oblasti vyprazdňování, oblékání a koupání. Doporučení: dostatek času a trpělivosti, zajistit intenzivní rehabilitaci s fyzioterapeutem, aktivně podporovat a motivovat v péči o sebe sama, zajistit bezpečnost při veškerém pohybu.

Výživa – Pacientka č. 1 dodržuje diabetickou dietu, stravu přijímá 5x denně. Potíže s příjmem potravy nemá žádné, ale trpí podváhou. BMI označuje hodnotu 18,16. Dotazované byla určena diagnóza nevyvážená výživa. Doporučení: zajistit konzultaci s nutričním terapeutem,

nutričním terapeutem sestavit jídelníček, vysvětlit nutnost pravidelné konzumace vhodných potravin a tekutin, doporučit sipping, minimálně 1x týdně vážit, sledovat hmotnostní přírůstek, vše zaznamenávat do dokumentace.

Vylučování a výměna – V oblasti vylučování stolice mají všechny respondentky stolicí tuhou, pevnou, formovanou, bez příměsí. Vyprazdňují se obtížně a nepravidelně, proto byla stanovena u všech dotazovaných zácpa. Doporučení: dostatek tekutin a stravy bohaté na vlákninu, včasná mobilizace, zjistit a umožnit rituály spojené s vyprazdňováním, zajistit dostatek času, soukromí a pohodlí při defekaci, informovat lékaře, dle OL podat naordinovaná projímadla a sledovat jejich účinek, vše zaznamenávat do dokumentace.

Aktivita a odpočinek – V této oblasti u pacientky č. 1 byla definována diagnóza narušený vzorec spánku a u dotazované č. 3 byla určena diagnóza nespavost. Dle OL byla u respondentek č. 1 a č. 3 aplikována naordinovaná hypnotika, která byla s efektem. V noci spaly 6–8 hodin a po probuzení se cítily odpočaté. Doporučení: zjistit příčiny poruch spánku, odstranit rušivé elementy, aktivizovat během dne, omezit spánek během dne, zamezit konzumaci nevhodných potravin či nápojů před spaním, zjistit rituály před spaním, o poruchách spánku informovat lékaře, dle OL podat hypnotika a sledovat jejich účinek, vše zaznamenávat do dokumentace.

U všech dotazovaných byla stanovena diagnóza zhoršená tělesná pohyblivost. Doporučení: zajistit včasnou mobilizaci, vést k soběstačnosti, podporovat v provádění péče o sebe sama, zajistit intenzivní rehabilitaci s fyzioterapeutem, při pohybu zajistit bezpečnost respondentky a bezpečné prostředí, zajistit dostupnost signalizačního zařízení.

Vnímání a poznávání – Respondentky č. 1 a č. 3 mají zhoršený zrak, vlastní brýle. Pacientka č. 2 používá kompenzační pomůcky brýle a naslouchátko. Doporučení: zajistit dostupnost a využití všech kompenzačních pomůcek, vysvětlit nezbytnost užívání, sledovat jejich funkčnost a užívání.

Vnímání sama sebe – Pacientka č. 3 velice přátelská, hovorná, optimistická. Ve všem hledá to dobré. Pacientka č. 1 je jako pacientka č. 3 přátelská, hovorná a má ráda společnost. U pacientky č. 2 byla stanovena ošetřovatelská diagnóza chronický smutek. Doporučení: analyzovat příčiny smutku, zajistit častou přítomnost rodiny či blízkých přátel, zapojit pacientku do běžných aktivit přes den, umožnit vykonávat oblíbené činnosti v rámci aktuálního zdravotního stavu, všimát si neverbálních projevů, aktivně naslouchat, komunikovat a chovat se empaticky.

Snaha zlepšit pohodu byla definována u pacientky č. 2. Doporučení: aktivně naslouchat, empatický přístup, komunikovat a podporovat pacientku, zajistit časté návštěvy rodiny či přátel.

Mezilidské vztahy – Všechny dotazované uvedly, že se v rodině žádné problémy nevyskytují. Rodina pro ně znamená oporu a díky ní zvládají veškerou zátěž a stres. Doporučení: zajistit časté návštěvy rodinných příslušníků či přátel.

Sexualita – U všech 3 pacientek bez poruchy, vše v normě.

Zvládání zátěže – U všech pacientek pomáhají zvládat jakoukoliv zátěž rodina či blízcí přátelé. Bez rodiny si život nedokáží představit. Doporučení: zajistit časté návštěvy rodiny či přátel.

Životní principy – V této oblasti vyznává křesťanskou víru pouze pacientka č. 2. Ostatní pacientky žádnou víru nevyznávají, nemají zájem účastnit se bohoslužeb. Pro všechny tvoří rodina nejdůležitější celek. Doporučení: zajistit časté návštěvy rodiny či přátel.

Bezpečnost a ochrana – Riziko alergické reakce bylo stanoveno u dotazované č. 3. Ostatní pacientky žádné alergie neuvádí. Doporučení: alergii zapsat červeně do dokumentace, informovat o dané alergii celý zdravotnický tým, zamezit podání alergenu, sledovat případné projevy alergické reakce, při rozvoji alergické reakce neprodleně kontaktovat lékaře, vše zaznamenávat do dokumentace.

U všech respondentek bylo určeno riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK, PMK a narušené kožní integrity. Doporučení: provádět pravidelné a aseptické převazy, sledovat příznaky infekce, při projevech infekce informovat lékaře, poučit pacientky o příznacích a komplikacích infekce, dodržovat expiraci invazivních vstupů, zajistit suchou a čistou kůži, vše zaznamenávat do dokumentace.

Pacientka č. 1 je ohrožena rizikem nestabilní glykémie z důvodu DM. Doporučení: pravidelné měření hladiny glykémie, všimnout si případných komplikací, poučit pacientku o přírodních projevech komplikací, INZ aplikovat dle OL, INZ aplikovat 30 minut před jídlem, sledovat požití stravy po aplikaci inzulínu, případné komplikace ihned nahlásit lékaři.

U všech respondentek bylo vyhodnoceno riziko pádu. Doporučení: bezpečně upravit prostředí, zajistit bezbariérový přístup, dostatek osvětlení, madla na zdích, zajistit dostupnost signalizačního zařízení, suché a celistvé podlahy, mokré podlahy označit kuželem. Důležité je zajistit i bezpečnost samotného pacienta např. vhodnou pevnou obuví.

Tělesný komfort – Všechny respondentky uváděly akutní bolest v sakrální části, v místě vytvořeného dekubitu. Pacientka č. 1 hodnotí bolest jako bodavou číslem 6. Po podání analgetik se bolest snížila na VAS 2. Pacientka č. 2 hodnotí bolest jako tupou. Po podání analgetik se bolest snížila z VAS 6 na VAS 2. Pacientka č. 3 na VAS udává bolest číslem 4, po aplikaci analgetik hodnotí bolest na VAS číslem 1. Doporučení: pravidelné polohování přes den po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách, udržovat kůži čistou a suchou, aktivně sledovat bolest a zaznamenávat do dokumentace, informovat o bolesti lékaře. Dle OL aplikovat naordinovaná analgetika a sledovat jejich účinnost. Zjistit vyvolávající faktory a bolest tiší faktory, pomoc najít úlevovou polohu a umožni její využití.

Růst a vývoj – V této oblasti u všech pacientek nebyly shledány žádné abnormality. Růst a vývoj v normě.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo podat základní informace o dekubitech a přiblížit tak problematiku stále aktuálního výskytu těchto defektů. Teoretická část se zabývá rizikovými faktory, klasifikací, stupni, lokalizací, prevencí vzniku a léčbou vzniklého dekubitu. Nachází se zde charakteristika hodnotících škál a úloha všeobecné sestry v péči o proleženiny.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vytvořit ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitem v sakrální části, který se zhojil pomocí produktů vlhké terapie. V praktické části bylo uvedeno celkem 10 kazuistik, z nichž byly 3 podrobně popsány, zpracovány a následně k nim byl vytvořen ošetrovatelský proces. Díky sběru dat podle „*Modelu fungujícího zdraví*“ Marjory Gordonové byly získány nezbytné informace o všech pacientkách pro zpracování ošetrovatelských procesů. Výsledky byly zpracovány a prezentovány v tabulkách. Praktickým výstupem této bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s dekubitální lézí.

Nejprve byl vypracován ošetrovatelský proces, kde byly zhodnoceny individuální potřeby. Ošetrovatelské diagnózy byly seřazeny podle naléhavosti, u kterých byly uvedeny určující znaky a související faktory. Poté byl stanoven očekávaný cíl s ošetrovatelskými intervencemi. V poslední části bylo uvedeno vyhodnocení očekávaného výsledku, zda došlo či nedošlo k uspokojení dané potřeby.

Jako nejproblematictější byla vyhodnocena bolest způsobená vzniklou dekubitální lézí v sakrální části. Dále byly stanoveny diagnózy: nespavost či narušený vzorec spánku, zácpa, nevyvážená výživa, chronický smutek, zhoršená pohyblivost, deficit sebeděče v oblasti koupání, oblékání a použití WC. Vyhodnoceno bylo i riziko pádu, nestabilní glykémie, infekce a alergické reakce. V poslední řadě byla určena ošetrovatelské diagnóza snaha zlepšit výživu a snaha zlepšit duchovní well-being (pohodu).

Vypracováním bakalářské práce bych ráda poukázala na nezbytnost provádění preventivních opatření, aby k rozvoji defektů nedocházelo. Při výskytu dekubitů zajistit ošetřování pomocí produktů vlhké terapie, které udržují v ranně optimální vlhké prostředí a tím podporují granulaci a epitelizaci tkáně. Důležitý celek tvoří i nutriční podpora a intenzivní rehabilitace pacienta. Na závěr bych ráda zdůraznila nezbytnost aplikování ošetrovatelského procesu do praxe, kdy cíl tkví ve vytvoření individuálního ošetrovatelského plánu pro každého pacienta. Právě díky vytvoření ošetrovatelského plánu se snáze uspokojí dané potřeby pacientů.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BERGEROVÁ, Yvonne, BRYCHTA, Pavel a Jan J STANEK, ed. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.
2. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.
3. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
6. GROFOVÁ, Zuzana. *Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří*. Praha: Forsapi, c2012. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-21-1.
7. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.
8. HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
9. IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0334-8.
10. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
11. 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.
12. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
13. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
14. 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.

15. KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2016. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-32-7.
16. KOUŘILOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.
17. KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
18. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ. *Somatologie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2988-6.
19. KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPÍČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.
20. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen, [2010]. ISBN 978-80-87327-36-4.
21. MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ. *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2839-4.
22. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
23. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
24. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.
25. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.
26. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelsví ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3422-4.
27. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
28. POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.

29. POKORNÁ, Andrea. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6048-7.
30. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
31. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5.
32. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
33. ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2604-5.
34. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
35. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
36. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.
37. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.
38. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.

ON-LINE ZDROJE

1. POKORNÁ, Andrea. Centrální systém hlášení nežádoucích událostí - Metodika Nežádoucí událost DEKUBITUS [online]. 2019,[cit. 2019-07-09]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Dekubity_plna_verze.pdf
2. SHNU [online]. 2018. [cit 15. 12. 2018]. Dostupné z <https://shnu.uzis.cz/cs/srovnani-dle-typu-nu/dekubity/>.

POUŽITÉ AKADEMICKÉ PRÁCE

1. HRŮZEK, Adam. *Plán ošetrovatelské péče pro pacienty s dekubity*. Ostrava, 2016. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Ostravské univerzity. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šáteková.
2. KEJÍKOVÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces v péči o pacienta s dekubitem*. Ostrava, 2017. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Ostravské univerzity. Vedoucí práce Mgr. Eva Janíková.
3. ŠTĚPÁNKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.
4. VOLNÁ, Zuzana. *Plán ošetrovatelské péče pro geriatrického pacienta s dekubity*. Ostrava, 2015. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Ostravské univerzity. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šáteková.

PŘÍLOHY

Příloha 1 – *Vrstvy kůže*

Příloha 2 – *Predilekční místa v poloze na zádech*

Příloha 3 – *Predilekční místa v poloze na boku*

Příloha 4 – *Predilekční místa v poloze na břiše*

Příloha 5 – *Predilekční místa v poloze vsedě*

Příloha 6 – *Dekubitus I. stupně (erytém)*

Příloha 7 – *Dekubitus II. stupně (puchýř)*

Příloha 8 – *Dekubitus III. stupně (nekróza)*

Příloha 9 – *Dekubitus IV. stupně (vřed)*

Příloha 10 – *Fáze hojení rány*

Příloha 11 – *Wound Healing Continuum - Kontinuum hojení rány*

Příloha 12 – *Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové*

Příloha 13 – *Granuflex pasta – hydrokoloidní pasta*

Příloha 14 – *Granuflex – hydrokoloidové krytí*

Příloha 15 – *Sorbalgon – alginátové krytí*

Příloha 16 – *Mepilex Lite – polyuretanové krytí*

Příloha 17 – *Actisorb – krytí s aktivním uhlím*

Příloha 18 – *Askina Foam - polyuretanové krytí*

Příloha 19 – *Grassolind – neadherentní krytí*

Příloha 20 – *Hydrofilm – filmové krytí*

Příloha 21 – *Lokalizace dekubitu*

Příloha 22 – *Zástupci produktů vlhké terapie*

Příloha 23 - *Anatomie kůže (cutis, derma)*

Příloha 24 - *Fyziologie kůže*

Příloha 25 - *Geriatrická škála deprese dle Yessavageho*

Příloha 26 - *MFS - Morse Fall Scale – stupnice pádů*

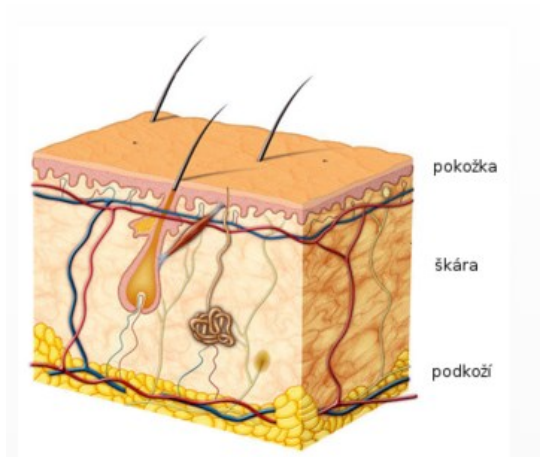
Příloha 27 - *MNA - Mini Nutritional Assessment – hodnocení stavu výživy*

Příloha 28 - *Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona*

Příloha 29 - *Barthelové test základních všedních činností - ADL – Activities of Daily Living*

Příloha 30 - *Glasgow Coma Scale – GCS – posouzení stavu vědomí*

Příloha 1 – Vrstvy kůže



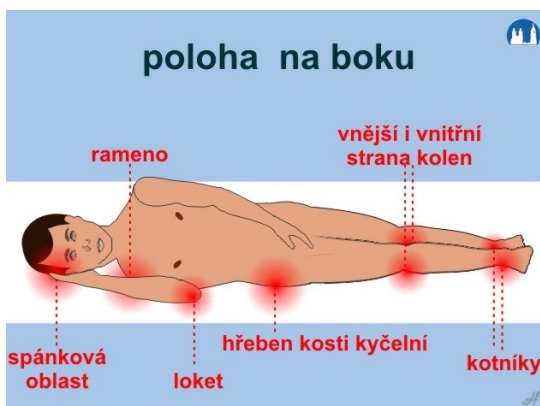
Zdroj: <https://www.hojeni-ran.cz/anatomie-lidske-kuze>

Příloha 2 – Predilekční místa v poloze na zádech



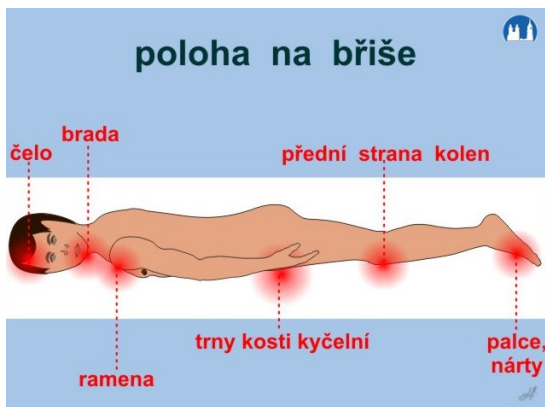
Zdroj: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>

Příloha 3 – Predilekční místa v poloze na boku



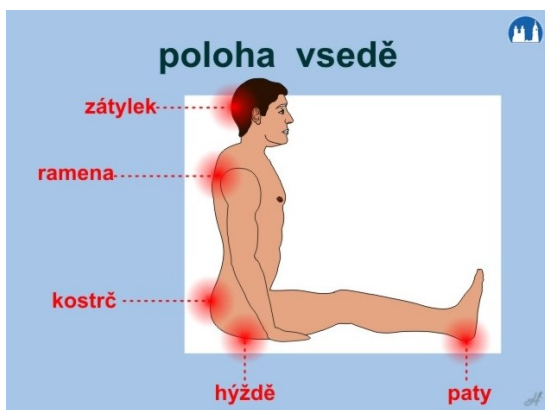
Zdroj: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>

Příloha 4 – *Predilekční místa v poloze na břiše*



Zdroj: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovateleske-diagnozy.aspx?id=40>

Příloha 5 – *Predilekční místa v poloze vsedě*



Zdroj: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovateleske-diagnozy.aspx?id=40>

Příloha 6 – *Dekubitus I. stupně (erytém)*



Zdroj: *Prevence dekubitů*, Mikula a Müllerová, (2008) s. 98.

Příloha 7 – *Dekubitus II. stupně (puchýř)*



Zdroj: Prevence dekubitů, Mikula a Müllerová, (2008) s. 98.

Příloha 8 – *Dekubitus III. stupně (nekróza)*



Zdroj: Prevence dekubitů, Mikula a Müllerová, (2008) s. 99.

Příloha 9 – *Dekubitus IV. stupně (vřed)*



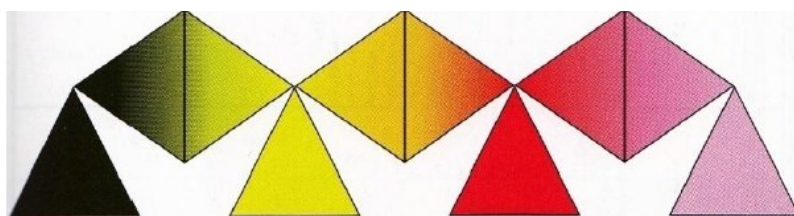
Zdroj: Prevence dekubitů, Mikula a Müllerová, (2008) s. 99

Příloha 10 – Fáze hojení rány



Zdroj: https://is.muni.cz/el/1411/podzim2015/BVLV0533p/um/Vyziva_a_hojeni_ran.pdf

Příloha 11 – Wound Healing Continuum - Kontinuum hojení rány



Zdroj: Kompendium hojení ran pro sestry, Pokorná a Mrázová, (2012), obrazová příloha 1.

Příloha 12 – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Bodů	1	2	3	4
Schopnost spolupráce	žádná	částečná	malá	úplná
Věk	60	60	30	10
Stav pokožky	suchá	vlhká	alergie	normální
Každé další onemocnění dle odp. stupně	diabetes, teplota, kachexie, anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom			žádné
Fyzický stav	velmi špatný	špatný	zhoršený	dobrý
Stav vědomí	bezvědomí	zmatený	apatický	dobrý
Aktivita	leží	sedačka	s doprovodem	chodí
Pohyblivost	žádná	velmi omezená	částečně omezená	úplná
Inkontinence	moč a stolice	převážně moč	občas	není

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: http://www.szscb.cz/wp-content/uploads/2016/09/vy_32_inovace_os1-ry-14.pdf

Příloha 13 – *Granuflex pasta – hydrokoloidní pasta*



Zdroj: <https://www.convatec.sk/hojenie-r%C3%A1n/granuflex-krytia/granuflex-hydrokoloidn%C3%A1-pasta/>

Příloha 14 – *Granuflex – hydrokoloidové krytí*



Zdroj: <https://www.apotek.cz/granuflex-e-thin-15x15cm-5ks>

Příloha 15 – *Sorbalgon – alginátové krytí*



Zdroj: <https://www.lecbarany.cz/produkty/sorbalgonr>

Příloha 16 – *Mepilex Lite* – polyuretanové krytí



Zdroj: <https://www.lekarnaagel.cz/kryti-mepilex-ag-10x10cm-5ks~z7332430873927.html>

Příloha 17 – *Actisorb* – krytí s aktivním uhlím



Zdroj: <https://www.vitalmedicalsupplies.com.au/catalogue-products/wound-management/dressings/actisorb-plus-10.5x19cm-10s/>

Příloha 18 – *Askina Foam* - polyuretanové krytí

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



Zdroj: <http://www.artifofo.pt/pt/product/penso-askina-foam-10x10cm-10un>

Příloha 19 – *Grassolind – neadherentní krytí*



Zdroj: <https://www.zdravotnickepotreby-lbc.cz/cz-detail-901884298-grassolind-neutral.html>

Příloha 20 – *Hydrofilm – filmové krytí*



Zdroj: <https://www.lekarnahartmann.cz/hydrofilm>

Příloha 21 – *Lokalizace dekubitu*

Trup	Horní končetiny	Křížová oblast	Trochantery	Hýždě	Dolní končetiny	Paty
4 %	3 %	31 %	10 %	27 %	5 %	20 %

Příloha 22 – Zástupci produktů vlhké terapie

Hydrokoloidy zástupci:	
Granuflex	Comfeel plus
Askina Hydro	Askina Biofilm Transparent
Hydrocoll	Suprasorb H
Tegasorb	
Hydrogely zástupci:	
Hypergel	Askina gel
Hydrosorb comfort	Normlgel
Granugel	Flaminal
Flamigel	Suprasorb X
Tegaderm Hydrogel	Prontosan gel
DebriEcaSan aquagel	
Algináty zástupci:	
Sorbalgon	Askina Sorb
Kaltostat	Seasorb
Melgisorb	Urgosorb
Kalginate	Tegagen
Materiály se stříbrem zástupci:	
Biatain Ag	Atrauman Ag
Vliwaktiv Ag	Mepilex Ag
Polynem Ag	Silvercel
Acticoat	

Neadherentní obvazy zástupci:	
Grassolind	Atrauman
Jelonet	Adaptic
N-A Ultra Dressing	Bactigras
Xenoform Xeroflo	
Filmová krytí zástupci:	
Hydrofilm	Askina Derm
Tegaderm	Suprasorb F
OpSite Flexigrid	
Antiseptické obvazové materiály zástupci:	
Braunovidon	Bactigras
Inadine	Iodosorb
Hydropolymery a polyuretanové pěny zástupci:	
PermaFoam	Tielle
Mepilex	Tegagen
Askina Foam	Suprasorb P
Biatain	Polymem
Materiály s aktivním uhlím zástupci:	
Vliwaktiv	Carbonet
Askina Carbosorb	Actisorb plus
Bauer bandage	

Materiály se silikony zástupci:

Mepital

Atrauman

Tegapore

Biokeramické krytí zástupci:

Cerdak Aerocloth

Cerdak Aerofilm

Cerdak Basic

Příloha 23 - *Anatomie kůže (cutis, derma)*

Kůže – cutis či derma, patří k největším orgánům lidského těla. Plocha kůže u dospělého člověka představuje zhruba 1,5 - 2,0 m². Stavba kůže se skládá ze tří základních vrstev – epidermis, dermis a subcutis (viz příloha č. 1). Ke kůži se řadí tzv. kožní adnexa (přídavné orgány) – potní žlázy, mazové žlázy, mléčné žlázy, nehty a vlasy (Bergerová a kol. 2014, s. 15). Cutis tvoří přibližně 12–16 % celkové tělesné hmotnosti. Umožňuje zbavovat se odpadních látek, zadržuje vodu v organismu, dovoluje vnímat teplo a chlad, reguluje tělesnou teplotu a vytváří vitamín D (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 9). Mourek (2012, s. 185) uvádí, že na povrchu kůže se vyskytují receptory registrující bolest – nocicepce, tlak a vibrace – mechanocepce, teplo – termocepce.

Epidermis (pokožka)

Epidermis náleží mezi nejpovrchovější, nejtenčí a bezcévnou vrstvu kůže vybíhající v čepy. Pokožku tvoří mnohvrstevnatý rohovějící dlaždicový epitel, skládající se z keratinocytů (Bergerová a kol. 2014, s. 15). Dále obsahuje melanocyty chránící kůži před UV zářením. Langerhansovy buňky zajišťující imunitní reakce kůže a Merkelovy buňky fungující jako mechanoreceptory (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 11). Zrohovatělé, odumřelé buňky se odlupují a jsou nahrazovány buňkami z hlubších vrstev (Dylevský, 2009, s. 509).

Dermis, korium (škára)

Škára je hojná na nervová zakončení a krevní cévy. Jsou zde uloženy váčky chlupů, vlasů, potní a mazové žlázy. V této vrstvě kůže se nacházejí lymfatické cévy a senzitivní nervová zakončení s receptory, mezi které patří: Merkelova tělíska zajišťující hluboké kožní cití a Meissnerova tělíska umožňující povrchové taktilní cití. Dále se zde nacházejí Krauseho receptory, které dovolují vnímat chlad. Ruffiniho tělíska naopak zajišťují vnímat teplo. Vaterova - Paciniho tělíska poskytují vnímání tlaku a volná nervová zakončení bolest (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 11–13). Ve výběžku papil jsou uložena hmatová tělíska. Papily vytvářejí kožní lišty, které tvoří jedinečnou a neměnnou kresbu individuálně pro každého jedince (Křivánková, Hradová, 2009, s. 119).

Tela subcutanea, subcutis (podkoží, podkožní vazivo)

Podkoží patří mezi nejhlubší kožní vrstvu, kterou tvoří vazivová vlákna, lymfatické a krevní cévy, nervová zakončení, potní žlázy a tukové buňky (Stryja, 2011, s. 23). Podkožní vazivo zajišťuje termoregulaci (Křivánková, Hradová, 2009, s. 119).

Příloha 24 - Fyziologie kůže

Derma vykonává řadu důležitých funkcí. Vytváří bariéru, která člověka chrání před nepříznivými vlivy vnějšího prostředí.

Mezi nejvýznamnější funkce se řadí:

Funkce ochranná - Kůže vytváří bariéru mezi vnějším a vnitřním prostředím. Působí proti virové, bakteriální, mykotické infekci. Zabraňuje proniknutí fyzikálních vlivů (termické, mechanické, UV záření) a chemických látek (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 14).

Funkce termoregulační - Kůže zachovává stálou tělesnou teplotu pomocí podkožního tuku, vazodilatací, vazokonstrikcí, pocením, ochlupením a vlasy (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 14).

Funkce propustná - Pro většinu látek je kůže obtížně propustná (tekutiny, plyny), díky tomu brání organismu před vysycháním (Stryja, 2011, s. 25).

Funkce sekreční (vylučovací) - Z lidského těla vylučuje chemické látky pomocí potních a mazových žláz. Maz a pot chrání kůži (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 14–15).

Funkce smyslová (senzitivní) - V kůži jsou uložena nervová zakončení, vnímající teplo, chlad, bolest, dotyk a tlak (Stryja, 2011, s. 26).

Příloha 25 - Geriatrická škála deprese dle Yessavageho

Číslo	Otázka	ano	ne
1.	Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem?	0	x
2.	Musel(a) jste se vzdát mnoha svých aktivit a zájmů?	x	0
3.	Máte často pocit prázdnoty svého života?	x	0
4.	Pocítujete často nudu?	x	0
5.	Máte většinou dobrou náladu?	0	x
6.	Obáváte se, že by se Vám mohlo přihodit něco zlého?	x	0
7.	Jste většinou spokojený/spokojená?	0	x
8.	Cítíte se často bezmocný/bezmocná?	x	0
9.	Jste raději doma, než byste šel/šla ven a něco podnikl(a)?	x	0
10.	Domníváte se, že máte více potíží s pamětí než jiní lidé?	x	0
11.	Myslíte si, že je krásné žít?	0	x
12.	Máte tak, jak na tom nyní jste, pocity vlastní bezcennosti?	x	0
13.	Cítíte se plný/plná energie?	0	x
14.	Myslíte si, že je Vaše situace beznadějná?	x	0
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	x	0
Výsledek		Celkový počet bodů (součet všech „x“) _____	

Otázky 1,5,7,11, a 13 u odpovědi „ne“ a u ostatních otázek u odpovědi „ano“ jsou hodnoceny 1 bodem. Maximální počet bodů je 15, při 6 a více bodech je deprese pravděpodobná.

Zdroj: Geriatrie od A do Z pro sestry, Schuller a Oster, (2010), s. 89.

Příloha 26 - MFS - Morse Fall Scale – stupnice pádů

	Položka		Skóre
1.	Pád v anamnéze	ne ano	0 25
2.	Přidružená diagnóza	ne ano	0 15
3.	Pomůcky k chůzi ▪ žádné/klid na lůžku/pomoc sestry ▪ berle/hůl/chodítka ▪ nábytek		0 15 30
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	ne ano	0 20
5.	Chůze ▪ normální/klid na lůžku/vozik ▪ chabá ▪ narušená		0 10 20
6.	Psychický stav ▪ orientovaný ve vlastních schopnostech ▪ přečnuje se/zapomíná na svá omezení		0 15
<p><i>Celkové skóre</i> 0 není riziko pádu < 25 nízké riziko 25–44 střední riziko ≥ 45 vysoké riziko</p>			

Zdroj: Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství, Jarošová a kol. (2015) s. 140.

MNA - Mini Nutritional Assessment

Datum vstupu:

Datum kontroly:

Věk:

Váha [kg]:

Výška [cm]:

Vyplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtěte čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu.

VSTUP	KONTR.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A) Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] výrazné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] mírné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] žádné snížení příjmu potravy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B) Úbytek váhy za poslední 3 měsíce	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] úbytek váhy větší než 3 kg	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] neví	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] úbytek váhy mezi 1 a 3 kg	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] žádný úbytek váhy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C) Mobilita	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík - imobilní	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] samostatná chůze bez omezení	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D) Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] ANO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] NE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E) Neuropsychické poruchy nebo obtíže	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] vážná demence nebo deprese	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[1] mírná demence	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[2] žádné psychické problémy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F) Obvod lýtka v cm (měří se v nejširším místě)	F) BMI (Body Mass Index)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[0] menší než 31	[0] BMI < 19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		[1] BMI 19 a < 21
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		[2] BMI 21 a < 23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[3] 31 nebo větší	[3] BMI >= 23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Výsledek Screeningu = součet bodů (max 14)	Vyhodnocení Screeningu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		12 - 14 bodů: normální výživový stav
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8 - 11 bodů: v riziku pod výživy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		0 - 7 bodů: podvyživený

* BMI = hmotnost/(těl.výška)² v kg/m²

Zdroj: Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení, Kuckir a kol. (2016), s.

Příloha 28 - *Klasifikace tíže flebitidy dle Maddona*

Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
I.	pouze bolest, není reakce v okolí
II.	bolest a zarudnutí
III.	bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: Ošetrovatelství v chirurgii, Slezáková a kol. (2010), s. 37.

Příloha 29 - *Barthelové test základních všedních činností - ADL – Activities of Daily Living*

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 stolice	▪ Plně kontinentní	10
	▪ Občas inkontinentní	5
	▪ Trvale inkontinentní	0
6. Kontinence moči	▪ 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 stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0–40 bodů: vysoce závislý		65–90 bodů: lehká závislost
45–60 bodů: závislost středního stupně		100 bodů: nezávislý

Zdroj: Mlýnková, Pečovatelství 2. Díl, sociální péče, pečovatelské činnost (2010), s. 53 – 54.

Příloha 30 - *Glasgow Coma Scale – GCS – posouzení stavu vědomí*

Glasgow Coma Scale		
otevření očí	spontánní	4 body
	na oslovení	3 body
	na bolestivý podnět	2 body
	neotevře oči	1 bod
slovní reakce	orientovaná	5 bodů
	zmatená	4 body
	nepřiměřená	3 body
	nesrozumitelná	2 body
	žádná	1 bod
motorická reakce	vyhoví výzvě	6 bodů
	cílená reakce na bolest	5 bodů
	necílená reakce na bolest	4 body
	dekortikační křeče – flekční	3 body
	decerebrační křeče – extenční	2 body
	bez reakce	1 bod

Zdroj: Urgentní medicína v klinické praxi pro lékaře, Šeblová a Knor (2018), s. 169.