



**Univerzita Karlova v Praze**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Jana Slobodníková**

**Ošetrovatelská péče o pacienta s dg. MRSA  
v léčebně dlouhodobě nemocných**

*Nursing Care of a Patient Diagnosed with MRSA  
in Sanatorium*

**případová studie**

*Bakalářská práce*

Praha, duben 2011

Autor práce: Jana Slobodníková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Nováková MBA**  
Pracoviště vedoucího práce: **FN Motol, Praha**

Odborný konzultant: **MUDr. Václava Ryantová**  
Pracoviště odborného konzultanta: **FN Královské Vinohrady, Praha**

Datum a rok obhajoby: červen 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu a znalostí získaných z praxe. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do studijního informačního systému SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne .....

.....

Jana Slobodníková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Novákové MBA a MUDr. Václavě Ryantové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji svým kolegům a kolegyním, se kterými pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných, za pomoc při získávání potřebných materiálů.



# Obsah

<b>OBSAH .....</b>	<b>5</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
1.1 MRSA = METHICILLIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS .....	8
1.1.1 Mikrobiologická charakteristika .....	8
1.1.2 Zdroje a cesty přenosu MRSA .....	11
1.1.3 Rizikové faktory vzniku a výskytu MRSA .....	11
1.1.4 Vyhledávání a mikrobiologická monitorace MRSA u pacientů.....	13
1.1.5 Vyšetření nosičství u zdravotnického personálu.....	14
1.1.6 Kontrola výskytu MRSA.....	14
1.1.7 Protiepidemická opatření u pacientů při výskytu MRSA - multirezistentní kmeny.....	16
1.1.8 Etické a psychologické aspekty kontroly MRSA.....	20
1.1.9 Režimová opatření - pacienti.....	21
1.1.10 Režimová opatření - personál.....	22
1.1.11 Terapie MRSA .....	23
1.2 ZÁKLADNÍ INFORMACE O NEMOCNÉ .....	25
1.2.1 Lékařská anamnéza .....	25
1.2.2 Nynější onemocnění.....	27
1.2.3 Lékařské diagnózy .....	28
1.3 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	36
1.4 PROGNOZA .....	37
<b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL .....	38
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES CHARAKTERISTIKA A FÁZE .....	40
2.2.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	40
2.2.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	40

2.3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	42
2.3.1	<i>Ošetřovatelská anamnéza v den příjmu do nemocnice.....</i>	<i>42</i>
2.3.2	<i>Ošetřovatelská anamnéza dle Virginie Hendersonové.....</i>	<i>45</i>
2.4	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY K PŘÍJMOVÉMU DNI DO LDN.....	50
2.4.1	<i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy v den příjmu na oddělení .....</i>	<i>51</i>
2.4.2	<i>Potencionální diagnózy v den příjmu na oddělení .....</i>	<i>52</i>
2.4.3	<i>Ošetřovatelské diagnózy k 62. dni v LDN.....</i>	<i>66</i>
2.4.4	<i>Stanovení ošetřovatelských diagnóz při pozitivním výsledku MRSA v LDK .....</i>	<i>67</i>
2.4.5	<i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy při pozitivním výsledku MRSA v LDK .....</i>	<i>69</i>
2.4.6	<i>Potencionální ošetřovatelské diagnózy při pozitivním výsledku MRSA v LDK .....</i>	<i>69</i>
2.5	DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	78
2.6	HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO A SOCIÁLNÍHO STAVU .....	79
2.7	EDUKACE.....	80
2.7.1	<i>Edukace o diabetes mellitus a diabetické redukční dietě .....</i>	<i>80</i>
2.7.2	<i>Příjem tekutin .....</i>	<i>81</i>
2.7.3	<i>Protiepidemická opatření u pacientů při výskytu MRSA.....</i>	<i>82</i>
2.8	PROGNÓZA .....	83
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
	<b>SOUHRN .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJE .....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>90</b>

# Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelským procesem o pacientku s dg. MRSA v léčebně dlouhodobě nemocných.

Téma jsem si zvolila z důvodu, že je tato problematika v našich zdravotnických zařízeních stále aktuálnější. Jedná se o komplikaci, kdy je infekce v ráně, v tělních dutinách, v místech vpichu či zavedených katétrů apod., vyvolaná *Staphylococcus aureus*, který je rezistentní na běžná antibiotika, a tím znesnadňuje léčení a ošetřování pacienta.

Případ, který uvádím ve své práci, byl prvním se kterým, jsme se v léčebně dlouhodobě nemocných setkali. Museli jsme se seznámit s protiepidemickými opatřeními při výskytu MRSA, jelikož jsme s danou problematikou neměli zatím žádné praktické zkušenosti.

Mohu konstatovat, že jak pro personál, tak i pro samotného pacienta je tato komplikace nepříjemná. Je to z důvodu, že se ve většině případů jedná o nozokomiální nákazu, při které se musí dodržovat přísný bariérový režim. Protiepidemický režim musí dodržovat pacient, příbuzní, návštěvy a personál. Pro pacienta je to zatěžující z hlediska sociálního a psychického, neboť je nutná izolace jeho od ostatních pacientů.

Chtěla bych touto prací prezentovat fakt, že při infekci methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus* dochází u pacienta k velké kumulaci tělesných i psychických potřeb. Sestře se tak naskýtá možnost sestavit množství ošetrovatelských diagnóz, které si stanoví ve spolupráci s pacientem. Veškerá snaha sestry je pak doplněna přísnými pravidly bariérové ošetrovatelské péče tak, aby se infekce nešířila.

Byla bych ráda, kdyby se má bakalářská práce stala přínosným materiálem i ostatním studentům a studentkám, kteří projeví zájem o problematiku týkající se ošetřování pacienta s infekcí methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus*.

# 1. Klinická část

## 1.1 MRSA = METHICILLIN REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

### 1.1.1 Mikrobiologická charakteristika

#### Rod Staphylococcus

Do rodu Staphylococcus se v dnešní době řadí kolem 40 druhů a poddruhů, z nichž pouze některé mají vliv v humánní medicíně. Z patogenního hlediska mají pro člověka největší význam Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis a Staphylococcus saprophyticus.

Stafylokoky jsou popisovány jako grampozitivní, nesporulující, nepohyblivé a většinou neopouzdržené sférické koky o průměru asi 1  $\mu\text{m}$ . Vyskytují se jednotlivě, ve dvojicích a v nepravidelných shlucích, nebo v hrozníčcích.

Stafylokoky jsou známy tím, že jsou do značné míry rezistentní k nepříznivým vlivům zevního prostředí. Odolávají zahřátí 55°C po dobu 30 minut, vysychání a v zaschlém hnisu vydrží i několik týdnů při optimální teplotě 25°C. (2)

#### Staphylococcus aureus

Vyskytuje se v zevním prostředí jen v okolí člověka a zvířat. Je patogenní pro člověka a prakticky pro všechny teplotokrevné živočichy. Kolonizace člověka stafylokoky je od prvních dnů života, nejčastěji na kůži rukou, perineu, kšticí a na sliznici dýchacího a trávicího ústrojí. Lidský organizmus je naštěstí vůči stafylokokové infekci poměrně značně odolný. K vyvolání onemocnění zpravidla dochází při oslabení organismu nebo při infekci velkou dávkou

virulentního kmene. Významnou příčinou k získání infekce může být chirurgický zákrok, úraz, umělá náhrada, zavedený katétr, diabetes, maligní onemocnění nebo imunologická nedostatečnost. K více ohroženým se řadí také novorozenci, kojenci a staří lidé.

Zdrojem přenosu nákazy může být člověk, zdravý nosič, nebo nemocný člověk s otevřenou hnisavou lézí. Forma přenosu může být vzdušnou cestou, přímým stykem nebo nepřímo. Dojít může k endogenní infekci vlastním kmenem. Zvířata jsou pro člověka zdrojem infekce jen ve výjimečných případech.

Stafylokokové infekce mají sklon k recidivám nebo k chronickému průběhu.

Ke zvlášť nebezpečným stafylokokovým infekcím patří ty, které se dají získat v nemocnicích. Zdrojem těchto infekcí jsou nejčastěji ošetřující personál, prostředí (oděv, lůžkoviny, prach), a také dlouhodobě hospitalizovaní pacienti.

K nejčastějším nozokomiálním infekcím stafylokokového původu patří ranné infekce, mastitidy, novorozenecké infekce, pneumonie, meningitidy, osteomyelitidy, impetigo, panaricium, folikulitida, karbunkl, enterokolitida, záněty spojivek. (2)

### **Laboratorní diagnostika**

U invazivních onemocnění se posílá do mikrobiologické laboratoře serózní a hnisavý exudát, výtěr z nosu, faryngu nebo tonzil, sputum, moč, stolice, likvor a krev.

*Staphylococcus aureus* se diagnostikuje na podkladě mikroskopického vyšetření materiálu barveného podle Grama a kultivačního vyšetření na krevním agaru. U onemocnění komplikovaných septikémií je nutné opakovaně vyšetřovat krev hemokultivací. (8)

### **Methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus***

Jedná se o kmeny, které jsou rezistentní vůči oxacilinu a všem ostatním beta-laktamovým antibiotikům, včetně kombinací s inhibitory beta-laktamáz

a karbapenemů. Rezistence k beta-laktamům bývá obvykle spojená s rezistencí k dalším antibiotikům.

MRSA kmeny nejsou o nic více virulentnější než původní citlivé bakterie druhu *S. aureus*, protože k vyvolání infekce stačí stejný počet bakteriálních buněk. Pro multirezistenci k antibiotikům a k řadě desinfekčních prostředků je však mnohem obtížnější MRSA vymýtit nebo zcela zničit.

Frekvence MRSA kmenů mezi kmeny *Staphylococcus aureus* nemocničního původu se většinou pohybuje od 5 do 15 %. Tento typ rezistence je kódován chromozomálně. MRSA kmeny se ve zdravotnických zařízeních vyskytují zpravidla endemicky jako původci nebezpečných nozokomiálních nálezů. Ve většině případů jsou zpravidla multirezistentní k řadě dalších antibiotik a představují proto u infikovaných pacientů vážný terapeutický a ošetrovatelský problém. MRSA kmeny si v ČR doposud zachovávají velmi dobrou citlivost například k ciprofloxacinu. U nejzávažnějších, život ohrožujících infekcí způsobených multirezistentními kmeny *Staphylococcus aureus*, jsou indikována antibiotika Vankomycin nebo Teikoplanin, ke kterým se rezistence vyskytuje jen ve výjimečných případech. Vzhledem k velké variabilitě rezistence kmene *Staphylococcus aureus* je nutné testovat citlivost k antibiotikům a u těžších infekcí je nutné kvantitativně hodnotit minimální inhibiční koncentrace (MIC) pro monitorování antibioterapie.

MRSA je významný nozokomiální patogen, který má schopnost rychle se šířit, zejména v prostředí vysokého selekčního tlaku antibiotik. V posledních letech byly izolovány i komunitní kmeny MRSA, které se některými vlastnostmi liší od kmenů nozokomiálních. Epidemické nozokomiální nebo komunitní kmeny se mohou šířit i mezinárodně.

Ke zjištění prvních MRSA kmenů ve zdravotnických zařízeních došlo v roce 1961 a k jejich rozšíření došlo koncem 70. a začátkem 80. let 20. století.

K novému nebezpečí dnešní doby se řadí kmeny MRSA, jejichž rezistence se váže k vankomycinu = VRSA. Vznikají jako následek vysoké spotřeby glykopeptidů. (2,8,13)

### **1.1.2 Zdroje a cesty přenosu MRSA**

Významným zdrojem a přenašečem stafylokoků ve zdravotnických zařízeních jsou tzv. asymptomatické nosiči. Jedná se o nosiče, u kterých chybí klinické projevy infekce. Nejčastějším místem lokalizace kmene MRSA je nosní sliznice, kůže (perineum, třísla, axily, hýždě) někdy i faryng. Mikrobiologické vyšetření, při kterém se provede současně výtěr z nosu, krku a perinea, lze prokázat až v 98,3% nosičů MRSA. Infekce MRSA se dá nalézt i v kožních defektech a chronických ránách jako jsou například dekubity, bércové vředy, dále v místě chirurgického zákroku, v ránách po amputacích, apod.

Dalším významným zdrojem přenosu MRSA je infikovaný člověk, kde je velmi vysoké riziko přenosu na personál nebo ostatní pacienty.

Mikrobiologická průkaznost MRSA může být velmi obtížná neboť infekce může probíhat u nosiče s přestávkami. Nosičství může mít různě dlouhou dobu trvání, měsíce, ale i roky.

Mezi nejčastější způsob přenosu infekce MRSA patří kontaminované ruce personálu. Přenos se uskutečňuje při ošetřování a nedodržování protiepidemických opatření infekcí z pacienta na pacienta. K dalším možnostem přenosu patří přenos vyšetřovacími či terapeutickými nástroji, jako jsou například stetoskop, teploměr, manžeta tonometru, atd. Na odděleních, která mají vyšší počet pacientů, kteří jsou zaintubováni, je vyšší riziko přenosu vzduchem. (2, ;8, 13)

### **1.1.3 Rizikové faktory vzniku a výskytu MRSA**

*Mezi faktory, které mají vliv na vznik a šíření rezistence k antibiotikům v lůžkových zdravotnických zařízeních patří:*

- těžké základní onemocnění
- závažně imunokompromitovaní pacienti
- používání nového druhu zdravotnického materiálu na invazivní výkony

- zvýšený příliv rezistentní mikrobiální flóry prostřednictvím pacientů přicházejících z komunitního prostředí
- nedostatečné dodržování hygienicko-epidemiologického režimu na odděleních
- nesprávné využívání izolace pacientů
- vysoká frekvence indikací antimikrobiální profylaxe
- častá aplikace empirické antimikrobiální terapie
- zvýšené používání antibiotik za určitý časový úsek (8)

*Mezi rizikové faktory významně spojené s kolonizací MRSA patří:*

- mužské pohlaví
- věk nad 80 let
- hospitalizace v předcházejících 6 měsících
- periferní vaskulární onemocnění
- tlaková kožní ulcerace
- léčba steroidy
- onemocnění kůže
- antibiotická léčba v průběhu předcházejících 3 měsíců (8)

*Ve zdravotnictví se může MRSA infekce vyskytovat:*

Sporadicky - kdy se jedná o ojedinělé případy, které bývají do nemocnice zavlečeny z jiného zdravotnického zařízení či komunity. Případy jsou bez vzájemné souvislosti.

Epidemicky - (outbreak) v tomto případě je výskyt infikovaných MRSA infekcí již vyšší a mezi jednotlivými případy existuje vzájemná souvislost. Jde o tzv. fenotypovou a genotypovou shodu epidemického klonu.

Endemicky - zde je přítomnost MRSA infekce trvalá. Do zdravotnického zařízení je buď opakovaně zavlekaná nebo je to následkem špatně zvládnutého outbreaku.(16)



### **1.1.4 Vyhledávání a mikrobiologická monitorace MRSA u pacientů**

*Aktivní mikrobiologická surveillance spočívá v cíleném vyšetřování vybraných vzorků na přítomnost MRSA v indikovaných případech:*

Při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení se provádí:

- výtěr z nosu nebo výtěr z krku. Výtěr se provádí tampónem navlhčeným v transportním médiu nebo fyziologickém roztoku z obou nosních dírek
- stěr z perinea nebo výtěr z rekta
- výtěry z ran a defektů, výtěr z tracheostomie, případně sekret z trachey u ventilovaných pacientů, moč u cévkovaných pacientů, pupek u novorozenců

*Toto preventivní opatření je doporučeno dodržovat u:*

- pacientů překládaných z rizikových oddělení jiných zdravotnických zařízení (např. LDN, ortopedie, traumatologie, atd.)
- pacientů překládaných ze zdravotnických zařízení s vysokým výskytem MRSA (pokud je to známo)
- pacientů překládaných ze zdravotnických zařízení nebo pocházejících z geografických oblastí s vysokým výskytem MRSA infekce
- pacientů s anamnézou pobytu na rizikových odděleních, ve zdravotnických zařízeních nebo v geografických lokalitách s vysokým výskytem MRSA v posledním roce (pokud je to známo)
- pacientů, kteří mají v anamnéze prokázané nosičství nebo infekci MRSA
- pacientů přijatých na JIP v rámci rutinního screeningu
- pacientů přijímaných k plánovanému chirurgickému výkonu (zejména v oborech kardiochirurgie, cévní chirurgie, ortopedie a neurochirurgie)

Zdravotnické zařízení si na základě charakteru péče, kterou poskytuje a spektra pacientů vytvoří vlastní konkrétní postupy, které jsou platné pro celou nemocnici, případně jen pro určitá pracoviště, primariáty nebo kliniky. (16)

### **1.1.5 Vyšetření nosičství u zdravotnického personálu**

U ošetrovatelského personálu se vyšetření na MRSA kmeny běžně neprovádí. K jeho provedení vede až epidemický výskyt na daném oddělení. Výtěry se pak provádí před vstupem na oddělení, a to z nosu, krku a při přítomnosti kožních poranění. (16)

### **1.1.6 Kontrola výskytu MRSA**

#### **Organizace kontroly MRSA ve zdravotnických zařízeních**

Vlastní činnost zajišťuje tým pro kontrolu infekcí (TKI), členy jsou dle místních podmínek epidemiolog (hygienik), klinický mikrobiolog a epidemiologické sestry. Rovněž mohou být dle spektra poskytované péče konkrétního zdravotnického zařízení členy týmu zástupci interních a chirurgických oborů, intenzivista a infektolog. Vybraný tým úzce spolupracuje s pověřenými lékaři a sestrami na jednotlivých odděleních a klinikách.

Management zdravotnického zařízení musí být do problematiky MRSA přímo zapojen. Role managementu je nutná i pro realizaci ekonomicky náročných opatření, jako je dostatek kvalifikovaného ošetrovatelského personálu, prostory pro izolaci nemocných, dostatek jednorázových pomůcek a dezinfekčních prostředků, a pro podporu antibiotické politiky.

Hlavní náplní pracovního týmu je z aktivní mikrobiologická surveillance, zajištění adaptace režimových opatření na konkrétní podmínky (včetně kategorizace oddělení dle rizika přenosu při endemickém výskytu), kontrola a vyhodnocování prováděných opatření včetně antibiotické politiky. Nezbytnou

činností týmu je vzdělávání zdravotnického personálu v problematice MRSA a nozokomiálních infekcí formou přednášek, seminářů a konzultací přímo na odděleních. O výsledcích své činnosti vedoucí týmu pravidelně informuje management. (16)

### **Zdroje informací o výskytu MRSA, způsob hlášení a vedení registru MRSA**

Informace o výskytu nemocného s MRSA ve zdravotnickém zařízení může pocházet z mikrobiologické laboratoře nebo z předchozí zdravotnické dokumentace při příjmu nemocného do nemocnice. V případě, že jde o laboratorní nález, skutečnost nahlásí mikrobiolog, pokud je informace získána z anamnestických údajů při přijetí, nahlásí informaci lékař. Každý nový případ je oznámen zodpovědnému členu TKI (nemocničnímu epidemiologovi). Současně je obeznámen pověřený lékař pro nemocniční infekce nebo vedoucí oddělení, kde je nemocný hospitalizován. Okamžitě po zjištění jsou provedena protiepidemická opatření, MRSA pozitivní pacient je izolován, je upraven režim na oddělení pro kontrolu infekcí, zároveň je veden registr pacientů s MRSA pro dané zdravotnické zařízení. (16)

### **EARS-Net**

EARS-Net je mezinárodní síť národních systémů surveillace antibiotické rezistence u nejčastěji se vyskytujících invazivních bakterií na území Evropy. Tento projekt, označovaný v letech 1999 - 2009 jako EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), vznikl na popud Evropské unie. EARS-Net shromažďuje a analyzuje údaje, získané při rutinním vyšetřování citlivosti bakterií na antibiotika.

EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network), je první nezávislý, dlouhodobý projekt surveillace antibiotické rezistence invazivních izolátů bakterií na národní a Evropské úrovni. Mezinárodní síť národních systémů surveillace sdružených v EARSS podporuje DG Sanco,

Evropská Komise (EC). Koordinaci EARS-Net zajišťuje ECDC (Evropské centrum pro prevenci a kontrolu infekčních onemocnění). Cílem je shromažďovat srovnatelné a validní údaje o antibiotické rezistenci pro veřejné zdravotnictví zúčastněných zemí a rychle identifikovat vznik nové antibiotické rezistence na území Evropy. Sledování bylo zahájeno jako systém EARSS v roce 1998 a od roku 1999 byl zaveden ve všech zemích EU, v Norsku a Irsku. ČR se k EARSS připojila v roce 2000. V současné době (2011) je do EARS-Net zapojeno více než 1000 mikrobiologických laboratoří z 28 zemí Evropy.

Od ledna roku 2000 sledují laboratoře v České republice původce invazivních infekcí způsobených *Streptococcus pneumoniae*, v červenci téhož roku bylo zahájeno sledování *Staphylococcus aureus*; od roku 2001 se sleduje AR u invazivních izolátů *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium* a od roku 2005 se sleduje *Klebsiella pneumoniae* a *Pseudomonas aeruginosa*. (12)

### **1.1.7 Protiepidemická opatření u pacientů při výskytu MRSA - multirezistentní kmeny**

Při vyšetřování a ošetřování rizikového pacienta s výskytem MRSA je nezbytné dodržovat přísný bariérový režim vedoucí k minimalizaci rizika přenosu infekce.

*K bariérovému režimu patří:*

Izolace pacienta. Jedná se o pacienta, který může být potenciálním zdrojem infekce pro ostatní spolupacienty a ošetřující personál, event. návštěvy. Ideální je izolace na jednolůžkovém pokoji, který je označen nápisem „INFEKČNÍ POKOJ“. Pokoj musí být vybaven umyvadlem, dávkovačem dezinfekce, dávkovačem tekutého mýdla, papírovými ručníky v ochranném boxu, kontejnerem na jednorázový odpad, kontejnerem na biologický odpad a kontejnerem na použité prádlo, výhodou je jednorázové ložní prádlo. Matrace

v lůžku musí být omyvatelné. Pokoj by měl být vybaven vlastním sociálním zařízením (WC, sprcha, event. vana). Vyskytne-li MRSA u více pacientů, je vhodné je soustředit na jeden pokoj.

Mytí a dezinfekce rukou. Hygienická dezinfekce rukou následuje po mytí. Provádí se před a po každém vyšetření a ošetření pacienta a před odchodem z jeho pokoje. Dezinfekce se provádí vždy, i když se použijí jednorázové ochranné gumové rukavice.

*Správný postup dezinfekce rukou:*

Alkoholový dezinfekční prostředek v dávkovači aplikujeme na suché, ozdob zbavené ruce, intenzivně vtíráme 30 - 60 sekund až na oblast zápěstí. Každý pohyb se má opakovat 5x podle postupu:

1. třít dlaň o dlaň
2. pravá dlaň na hřbet levé ruky a levá dlaň na hřbet pravé ruky
3. obě ruce dlaněmi k sobě se zkříženými prsty
4. vnější strana ohnutých prstů k vnitřním plochám dlaně
5. krouživé tření pravého palce v uzavřené levé dlani a opačně
6. krouživé pohyby prstů stažených do špetky jedné ruky na dlani ruky druhé

Používání ochranných rukavic. Používání ochranných rukavic, je nutné vždy, když přistupujeme k pacientovi a hrozí riziko kontaminace biologickým materiálem. Výměna rukavic se provádí vždy při ošetřování a vyšetřování mezi jednotlivými pacienty, rovněž se provádí výměna rukavic u jednoho pacienta mezi různými výkony. Po použití se rukavice ihned odhazují do kontejneru pro biologický odpad.

Dokumentace pacienta. Chorobopis pacienta musí být výrazně označen nápisem „MRSA“, nesmí se vnášet na pokoj pacienta. Při překladau či propuštění je třeba informovat oddělení či zařízení, které pacienta přijímá o jeho pozitivitě.

Při jeho propuštění domů je třeba upozornit na jeho pozitivitu ošetřujícího lékaře, případně odborné ambulantní lékaře.

Nošení ochranného oděvu. Nošení ochranného oděvu jako jsou pláště, empíry, zástěry, ústní roušky, ochranných štítů (hrozí-li potřísnění obličeje či očí tělními tekutinami) je povinné. Ochranný plášť má mít dlouhé rukávy, nechává se na pokoji pacienta a to lícem nahoru, protože jde především o ochranu personálu. Plášť se mění každou směnu, při každém znečištění a vždy po hygieně pacienta. Plášť se z pokoje nevynáší, odkládá se buď na věšák nebo do kontejneru s použitým prádlem. Plášť musí obléci každý, kdo vchází do pokoje, proto musí být těchto plášťů k dispozici více. Upřednostňuje se samozřejmě spíše používání jednorázových plášťů.

Jednorázové ústenky se nasazují vždy při vstupu do pokoje pacienta a odkládají se při odchodu do kontejneru na jednorázový odpad. Ústenka má kryt nos i ústa, při nasazení se jí již rukama nedotýkáme. Není přípustné nosit ústenku na krku a opakovaně si ji nasazovat. Používají se jednorázové pokrývky hlavy.

Použité pomůcky. Použité pomůcky např. fonendoskopy, teploměry, převazový materiál, podložní mísa musí být individualizovány po celou dobu hospitalizace a jsou ponechány na pokoji pacienta. Důsledně se provádí dezinfekce a sterilizace použitých nástrojů a pomůcek, k dezinfekci se použijí dezinfekční přípravky s deklarovaným účinkem proti MRSA.

Prádlo pacienta. Prádlo pacienta se odkládá do kontejneru, který je umístěn na pokoji. V kontejneru je pytel, který se před transportem uzavře a viditelně označí jako infekční. Na pokoji s infekčním materiálem již nemanipulujeme. Zajistí se co nejrychlejší přeprava k vyprání prádla. Osobní a ložní prádlo pacienta se mění denně.

Odpad. Odpad se odkládá do kontejneru umístěného na pokoji, je opatřen igelitovým pytlíkem, který se před odnesením uzavře. S odpadem ve zdravotnictví

se zachází dle vyhlášky č.381/2001 Sb. Katalog o odpadech a zákona č.154/2010 Sb., o odpadech v platném znění..

Povrchová dezinfekce. Povrchová dezinfekce prováděná v ohnisku nákazy patří mezi nejdostupnější a nejvýznamnější opatření, která nejsnáze ovlivní cesty šíření. Je spojena s úklidem a její účinnost spočívá ve správném zvolení a naředění dezinfekčního prostředku. Dezinfekční prostředky se střídají v týdenních intervalech dle účinné látky.

Průběžný úklid. Průběžný úklid pokoje s dezinfekcí se provádí 2 - 3x denně, úklidové pomůcky musí být používány pouze pro tento pokoj. Personál při úklidu pracuje v ochranném plášti, ústence, pokrývce hlavy, používá jednorázové pomůcky. Po ukončení úklidu se provede dezinfekce rukou, jednorázové ochranné pomůcky se odhodí do určeného koše. Po propuštění, přeložení nebo úmrtí pacienta se musí provést závěrečná dezinfekce celého pokoje, povrchů, podlahy, nábytku, omyvatelných stěn, matrací. K dezinfekci se používají stejné přípravky jako u povrchové dezinfekce.

Mytí pacienta. Hygiena pacienta se provádí minimálně jednou denně. Zároveň se doporučuje výplach dutin a ran, použití nosních kapek. Ideální možností použití vany (a dezinfekčními přípravky určenými do koupele) na izolačním boxu v závislosti na zdravotním stavu pacienta. K mytí se vždy používá jednorázový materiál, vhodné je mytí jednorázovými mýdly. Ložní, osobní prádlo a ručníky se mění každý den nebo vždy po znečištění, u infikovaných ran také vždy po převazu. K umývání těla lze použít antibakteriální mycí emulzi **Braunosan**, **Braunol**, **Prontoderm** nebo **Lifo Scrub**. Po té se provede dekolonizace pacienta a to nejen kůže ale i sliznic za použití dezinfekčního mýdla obsahující triclosan, např. **Ariossept** nebo **Skinman Scrub** nebo mýdla obsahující PVP jód například **Betadine** či **Braunol**. K ošetření dutiny ústní se používá **Prontoral**. Dutina nosní se ošetřuje přípravkem **Prontoderm gel light** nanášený štětičkami.

Pohyb pacienta. Je vhodné omezit pohyb pacienta po oddělení a zařízení. Co nejvíce ošetrovacích a léčebných provádět v místě jeho izolace. Vyžaduje-li zdravotní stav pacienta odborné lékařské vyšetření mimo oddělení, je nutné to předem domluvit, zkrátit dobu čekání pacienta na minimum a zařadit jeho vyšetření na konec programu. Po provedeném vyšetření či ošetření pacienta si musí personál důkladně vydezinfikovat ruce a provést důkladnou plošnou dezinfekci všech vyšetřovacích a ošetrovacích pomůcek, nástrojů, včetně přístrojové techniky. Rovněž se nesmí zapomínat informovat konziliární lékaře, kteří pacienta vyšetřují.

Převoz pacienta. Při objednávání dopravy je nutné předem informovat dispečink, že jde o převoz pacienta s MRSA infekcí.

Při převozu pacienta, který má infekci MRSA pozitivní v dutině ústní nebo dutině nosní je nutné, aby pacient použil obličejovou roušku. Lehátko v sanitce se přikryje jednorázovým prostěradlem nebo perlanem. Doprovázející personál si musí po převozu vydezinfikovat ruce a převléknout ochranný oděv. Po převozu je nezbytné prostor dopravního prostředku také vydezinfikovat.

Návštěvy u pacienta. O návštěvách u pacienta rozhoduje ošetřující lékař. Pro návštěvy rovněž platí dodržování protiepidemických opatření.

### **1.1.8 Etické a psychologické aspekty kontroly MRSA**

Nemocný nesmí být v žádném případě poškozen omezením léčebné péče, například zastavením rehabilitace, neprovedením potřebných vyšetření, atd. Je nutné se věnovat psychickým potřebám nemocného. Informace pacientovi a jeho blízkým má být podána adekvátně a empaticky. Pacienta mohou navštěvovat osoby, které po náležitém poučení ošetřujícím personálem dodržují zásady bariérového režimu.



Hlášení. Zjištění každého MRSA pozitivního pacienta musí zdravotnické zařízení hlásit příslušnému územnímu pracovišti KHS. Při výskytu 3 a více případů na jednom oddělení se hlásí jako epidemický výskyt. (14)

### **1.1.9 Režimová opatření - pacienti**

#### **Příjem pacienta**

Při příjmu pacienta do zdravotnického zařízení je třeba v rámci epidemiologické anamnézy pátrat po informacích významných pro možnou souvislost s výskytem MRSA. Při zjištění epidemiologicky závažných údajů se pacient izoluje od ostatních pacientů a provede se screening na MRSA.

#### **Překlad pozitivního pacienta uvnitř zdravotnického zařízení**

Překlady pacientů s MRSA musí být provedeny výhradně za situace, která je nezbytná pro optimální léčbu jejich základního onemocnění. Pacient se izoluje i na novém oddělení, postupuje se dle protiepidemických opatření.

#### **Překlad pozitivního pacienta mimo zdravotnické zařízení**

Překlad MRSA pozitivního pacienta musí být předem dohodnut. Do propouštěcí zprávy je ošetřující lékař povinen zaznamenat pozitivní nález MRSA, včetně popisu vzniklých klinicky manifestních infekcí a způsobu jejich léčby. Překlady pacientů s MRSA do jiných zařízení jsou uskutečněny výhradně za situace, které jsou nezbytné pro adekvátní léčbu jejich základního onemocnění.

#### **Propuštění pozitivního pacienta**

Do propouštěcí zprávy zaznamená ošetřující lékař informace o pozitivním nálezu MRSA. Ošetřující lékař edukuje pacienta o případných režimových opatřeních, o nutnosti informovat při budoucím ošetření, vyšetřování či léčení

ve zdravotnických zařízeních o pozitivitě MRSA. Hospitalizace pacientů s MRSA má být ukončena co nejdříve, jakmile to jejich zdravotní stav dovolí, aby došlo co nejrychleji k eliminaci potenciálního zdroje infekce pro další nemocné.

**Překlad pozitivního pacienta do zařízení následné péče** je možný, neboť pozitivita MRSA není kontraindikací. Vzhledem k charakteristice nosičství se nesmí tito pacienti diskriminovat a jejich pobyt v takových zařízeních omezovat. Je nutné, aby bylo zařízení následné péče o pozitivitě informováno a v rámci vlastních ošetrovatelských a léčebných postupů minimalizovalo riziko přenosu.

Při **poskytování primární péče** pacientům s pozitivním nálezem MRSA je nutné při ambulantních kontrolách dodržovat zásady bariérového ošetřování a důsledně provádět hygienu rukou personálu. Pokud to nevyžaduje zdravotní stav pacienta, není nutné provádět rutinní mikrobiologický screening na zjišťování MRSA pozitivity. Je vhodné provést ho před plánovaným výkonem ve spolupráci se zařízením, kde bude výkon prováděn. Praktický lékař musí zaznamenat údaj o pozitivitě MRSA ve zdravotní dokumentaci nemocného a informovat o této skutečnosti všechna ambulantní i lůžková zařízení, kam pacienta odesílá. (17)

### **1.1.10 Režimová opatření - personál**

Každý pacient se bere jako potenciálně infekční, stejně tak i veškerý biologický materiál. Zdravotnický personál musí při poskytování péče používat předepsané ochranné pomůcky.

Zásadním požadavkem při ošetřování, vyšetřování a léčení pacientů s pozitivitou MRSA je používání ochranných pomůcek a důsledná hygiena rukou - dezinfekce po všech výkonech spojených s rizikem kontaminace biologickým materiálem.

Při zjištění MRSA pozitivity u zdravotnického pracovníka je nutný individuální přístup, provedení detailního epidemiologického šetření a kvalifikované zhodnocení rizik, která vyplývají z této situace pro jím ošetřované

pacienty. Ve všech zjištěných případech nosičství je nutná individuální edukace kolonizovaného pracovníka se zdůrazněním konkrétních preventivních opatření, která musí při své pracovní činnosti striktně dodržovat.

Personál, který má pozitivní nález MRSA na nosní sliznici, musí při epidemicky rizikových činnostech důsledně a správně používat obličejovou roušku. Ústenka musí kryt nos i ústa. Ústenka se nesmí nosit na krku a opětovně se nasazovat. Je vhodné omezit dotýkání se rukama nosu. Nezbytné je časté provádění dezinfekce rukou.

K dočasnému omezení pracovní činnosti, případně převedení na jinou práci může dojít pouze v případě extrémního rizika pro ošetřované nemocné (např. při akutním respiračním onemocnění zaměstnance s nazálním nosičstvím). Represivní opatření vůči zdravotnickému personálu s pracovními důsledky mohou být uplatňována zcela výjimečně, pokud je prokazatelné, že příslušná osoba nedodržuje uložené preventivní postupy. Vždy je nutné individuální zhodnocení konkrétní situace. (17)

### 1.1.11 Terapie MRSA

Onemocnění vyvolané MRSA kmeny se léčí ATB dle stanovené citlivosti a po konzultaci s ATB střediskem.

Dle typu infekce je stanovena doba léčby, minimální doba je alespoň 5 dnů.

Kolonizace rány se ATB neléčí, pouze se lokálně ošetřují dezinfekčními prostředky (jódová antiseptika - **Inadin**, **Braunol**, **Betadine** ředěný 1:10, **Braunovidon ung.** nebo nejódová antiseptika - **Octenisept orig.**, **Skin -Mucosa**).

Kolonizace dýchacích cest rovněž neléčí ATB, pouze při nosičství v nose se provádí ošetřování aplikací mupirocinu **Bactroban ung.** do nosu 3 x denně po dobu 5 dnů. Dále je možno v této indikaci lokálně podat jodpovidon (**Betadine**, **Inadine**), Chlorhexidin, triclosan, **4% tea tree oil** a další.

Obecně platí, že u pacienta kolonizovaného MRSA by se měla léčba podáváním antibiotik co nejvíce omezit! (13)

## **Doporučené a účinné dezinfekční přípravky**

*Dezinfekce rukou* - Promanum, Manusept, Septoderm, Septoderm gel, Sterillium (přípravky se neředí a aplikují se na suché ruce).

*Dezinfekce pokožky* - Betadine liq., Braunol, Septoderm (přípravky se neředí, používají se v koncentrovaném stavu).

*Koupele pacienta* - Betadine liq. (použít 1% roztok), Braunol (naředit 1:100), Prontoderm koncentrát.

*Mytí vlasů, vousů* - Skinsan scrub pěna, Prontoderm pěna (pro očistu bez použití vody).

*Dezinfekce sliznic, výplach dutiny ústní* - Skinsept mucosa (neředí se), Prontoderm gel light (dekontaminace nosní dutiny), ProntOral - ústní voda.

*Dezinfekce povrchů otíráním vodným roztokem* - Bacillocid rasant (použít 0,5% roztok), Desam OX (použít 2% roztok), Desam GC (použít 1% roztok), Persteril (použít 0,5% roztok).

*Dezinfekce povrchů a ploch otíráním dezinfekčními ubrousky* - St-tissues.

*Dezinfekce povrchů postřikem* - Desprej (přípravek se používá v koncentrovaném stavu).

*Dezinfekce použitého instrumentária a pomůcek denní potřeby* - Chirozan (použít 0,8% roztok), Chiroseptol (použít 1% roztok), Korsolex AF (použít 0,5% roztok), Helipur H + N, Stabimed. (15)

## 1.2 Základní informace o nemocné

### 1.2.1 Lékařská anamnéza

#### Osobní údaje:

Příjmení + jméno: AB

Datum příjmu: 23.6.2010

Vstup: dobrovolný

Oddělení: LDN 25/Ip

ZPÚ: způsobilá

Datum narození: 1947

Stav: vdaná

Důvod přijetí: léčebný

Přijetí doporučil: jiné oddělení, překlad z interního oddělení PLB

Bydliště: Praha

Zaměstnání: starobní důchodkyně (předtím sekretářka)

Nejbližší příbuzní: manžel, syn, vnoučata

Pojišťovna: 111

#### Rodinná anamnéza:

Otec zemřel na CMP, měl hypertenzi, matka zemřela na dekubitární sepsi při DMO, měla AP, syn 39 let - podezření na roztroušenou mozkomíšní sklerózu.

#### Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci, ICHS chronická, stav po IM v anamnéze, revmatická horečka v anamnéze s následnou srdeční vadou, hypertenze III. stupně, DM II na PAD t.č. kompenzovaná, diabetická retinopatie, stav po APE, stav po strumektomii s následnou substitucí, stav po 2 konizacích čípku, stav po transmetatarzální amputaci LDK pro gangrénu palce LDK, CHOPN t.č. v klidu, periodická depresivní porucha, v současné době v remisi. Obezita prostá.

#### Farmakologická anamnéza:

Euthyrox	150 mg tbl.	1 – 0 – 0	léky štítné žlázy
Neurontin	300 mg cpsl.	1 – 1 – 1	antiepileptikum
Siofor	850 mg tbl.	1 – 0 – 1	antidiabetikum
Dithiaden	2 mg tbl.	1 – 0 – 1	antihistaminikum
Warfarin Orion	5 mg tbl.	0 - 2 - 0	antikoagulancium
Furon	40 mg tbl .	1 - 0 - 0	diuretikum
Detralex	500 mg tbl.	1 - 0 - 1	venotonikum, vazoprotektikum
Euphyllin	200 mg cpsl.	1 – 0 – 1	antiastmatikum, bronchospasmolytikum
Esprital	30 mg tbl.	1 ½ tbl ve 22,00 h	antidepresivum
Tisercin	25 mg drg.	1 drg ve 22,00 h	neuroleptikum

#### Medikace p.p.:

Při bolestech	Tramal 100 mg	1 tbl / max. 3x den	analgetikum
Při nespavosti	Hypnogen 10 mg	1 tbl. / max. 1x noc	hypnotikum
Při zácpě	Duphalac sirup	10 ml / max. 3x den	laxantiva

#### Ošetrovací pokyny:

Převaz LDK: Oplach rány Ringerovým roztokem, Iruxol ung + sterilní krytí /  
1x D, bandáže obou DK k tříslům.

Ošetřování pokožky: Borovou masťou 1 x D

#### Alergie:

Prach, pyl

#### Gynekologická anamnéza:

1 porod fyziologický, 1 předčasný porod s následným úmrtím dítěte a infekcí, stav  
po 2 konizacích děložního čípku, menopauza před 50 rokem věku.

Abusus:

Dříve kouřila 5 cigaret denně, nyní nekouří, alkohol nepije.

Psychiatrická anamnéza:

Hospitalizovaná v PLB v r.2009 na pav. 2 a následně na pav. 27 I. patro - aplikace ECT.

Sociální anamnéza:

Bydlí s manželem v rodinném domku. Syn bydlí se svojí rodinou v panelovém domě. Pracovala jako sekretářka, nyní ve starobním důchodu.

Parere:

Překlad z interního oddělení PLB k následné péči a rehabilitaci.

### **1.2.2 Nynější onemocnění**

Pacientka přijata na oddělení LDN překladem z interního oddělení Psychiatrické léčebny k doléčení operační rány po transmetatarzální amputaci LDK, která byla provedena na chirurgickém oddělení FN Bulovka.

Na interní oddělení byla přijata pro kolapsové stavy, k doléčení LDK. Rána po amputaci ošetřována, hojí se pomalu, per secundam, granuluje, t.č. povleklá, okraje živé. Pravidelné kontroly v podiatrické poradně IKEM, poslední 16. 5. 2010. RHB zatím v lůžku, LTV, snaha o nácvik sedu a stoje. Pro zhoršenou náladu opakovaně psychiatrické konzilium s úpravou medikace (přidán Esprital). T.č. je pacientka ve stabilizovaném stavu.

SPP:

Lucidní, klidná, spolupracuje ochotně, orientována místem a osobou, časem mírně nepřesně, odpovídá adekvátně, mírná anxieta, bez TS proklamací a tendencí, forie pokleslá, normoprosexie, normohexie, normosomnie, myšlení koherentní, bez bludů, bez poruch myšlení a vnímání.

### Celkový stav:

Bez cyanózy a ikteru, bledý kolorit kůže, afebrilní, hydratovaná, normostenická, kůže čistá, defekt na LDK po transmetatarzální amputaci - hojení od okrajů per secundam, spodina s nažloutlým povlakem, bez sekrece, okolí lehce zarudlé, na pohmat nebolestivé.

*Hlava:* mezocefalická, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, mírná protruze bulbů, všemi směry volně pohyblivé, bez nystagmu. Zornice izokorické, reakce na osvit i konvergenci bilaterálně správná, spojivky bledší, skléry bílé, uši a nos bez sekrece, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí středem, hrdlo klidné. Výstupy n.V nebolestivé, inervace VII. zachovalá.

*Krk:* souměrný, ŠŽ ani LU nezvětšeny, pulzace karotid symetricky hmatné, bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená.

*Hrudník:* souměrný, bez výrazných tvarových abnormalit, mammy bez rezistence, dýchání sklípkové, čisté, poklep nad plícemi plný, jasný, akce srdeční pravidelná 80/min, 2 ozvy, ohraničené, bez šelestu.

*Břicho:* souměrné, výrazně nad nivou, poklep diferencovaný bubínkový měkký, volně prohmatné, bez rezistence, aperitoneální, peristaltika živá, játra a slezina nezvětšeny, tapotman negativní.

*Per rectum:* okolí klidné, nebolestivé, tonus přiměřený, ampulace volná, stěny hladké.

*LDK:* otok od místa amputace až k tříslu, nebolestivý, transmetatarzální amputace, rána o velikosti 5 x 6 cm, s hnisavou spodinou, okolí lehce zarudlé, pulzace v periférii nehmatná, v tříslu hmatná bez šelestu.

*PDK:* bez otoků, bez defektu, pulzace v periférii tříslu hmatná.

### **1.2.3 Lékařské diagnózy**

#### Základní diagnóza:

DM II. typu na PAD, t.č. kompenzovaná, diabetická noha, stav po transmetatarzální amputaci LDK pro gangrénu palce LDK na chirurgii FNB



Ostatní diagnózy:

DM retinopatie

Chronická choroba srdeční t.č. kompenzovaná, stav po IM v anamnéze,

Postrevmatická srdeční vada

Hypertenze III. stupně dle WHO

CHOPN t.č. v klidu

Stav po strumektomii s následnou substitucí

Vertebrogenní algický syndrom

Stav po 2 konizacích čípku,

Stav po appendektomii v r. 1965

Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

Obezita prostá

Přehled diagnostických výkonů:

*16. 5. 2010 - Sono břicha*

Játra, žlučník, žlučovody s nálezem přiměřeným. Ledviny částečná dilatace dutého systému oboustranně, vlevo v.s. diabetická nefrokalcinosa

*1. 12. 2009 - CT mozku*

Přiměřený nález

*15. 5. 2010 - EKG Holter vyš.*

Mírná levostranná tachykardie, četnější SVS v podvečerních hodinách

*2. 6. 2010 - RTG pahýlu LDK*

Na předložených skiagramech je patrný stav po transmetatarzální amputaci LDK, zachycen skelet difusně prořídlý, artróza oblasti tarzu LDK. Calcar calcanei p. l. sin. duplex

*15. 12. 2010 - Duplexní UZ žil DKK*

Inkompletní flebopopliteální trombóza LDK. Epifasciální otok LDK, v levém třísele pakety zvětšených LU.

6. 7. 2010 - kontrolní duplexní UZ žil DKK

Známky započaté rekanalizace. Epifasciální otok LDK, v levém třísle zvětšení LU.

24. 6. 2010 - EKG

Sinus 100/min, osa semihorizontální, přechodová zóna V3-V4, PQ 0,16, QRS 0,08, QTc 0,413, obraz ve V1, V2, drobné ascendentní ST elevace ve V3-V6. Bez čerstvých ischemických změn, stav po starém IM přední stěny.

24. 6. 2010 Laboratorní vyšetření

Krev - biochemie

Na	143	mmol/l	[137 - 144]
K	4.75	mmol/l	[3.9 - 5.3]
Cl	108	mmol/l	[98 - 107]
Ca	2.25	mmol/l	[2.2 - 2.55]
Fe	11.9	umol/l	[6.6 - 28]
CRP	13.3	mg/l	[ 0 - 3] !
Urea	8.7	mmol/l	[ 2.9 - 8.2] !
Albumin	36.5	g/l	[32 - 46]
Kreatinin	57	umol/l	[53 - 106]
Osmolalita	298	mmol/l	[280 - 301]
Kyselina močová	255	umol/l	[208 - 434]
Celkové bílkoviny	67.7	g/l	[62 - 77]
Cholesterol	4.73	mmol/l	[3.1 - 5]
Triacylglycerol	1.19	mmol/l	[0.68 - 1.69]
Glukoza	5.2	mmol/l	[4.2 - 5.6]
Quick {INR}	2.46		[2 - 4]
CEA	1,0	ug/l	[0 - 7]
T3	1.00	nmol/l	[0.89 - 2.44]
T4	101.4	nmol/l	[62.7 - 150.8]
TSH	6.78	mU/l	[0.35 - 4.94] !

free T4	14.76	pmol/l	[9.01 - 19.05]
free T3	2.78	pmol/l	[2.63 - 5.7]

#### Krevní obraz

ERY	3.81	10 <sup>12</sup> /l	[3.9 - 5.1]
LEU	9.82	10 <sup>9</sup> /l	[4 - 10]
TROMBO	330	10 <sup>9</sup> /l	[152 - 396]
Hb	126	g/l	[123 - 153]
Ht	0.385		[0.35 - 0.47]
MCV	89	fl	[80 - 96]
MCH	28	pg	[28 - 33]
MCHC	319	g/l	[330 - 360]
RDW	0.132		[0.11 - 0.156]

#### Moč - chemicky

Hustota	1007	kg/m <sup>3</sup>	[1003 - 1035]
pH	5.0		[5.5 - 7]
LEU	neg.		
Nitrity	neg.		
Bílkoviny	neg.		
Glukóza	neg.		
Ketolátky	neg.		
Urobilinogen	neg.		
Bilirubin	neg.		
Krev	neg.		

#### Moč - sediment

ERY	0-4	l/ul	[0 - 5]
LEUKO	0-4	l/ul	[0 - 10]
Epitelie dlaždicové	1-4	l/ul	[0 - 15]

Stolice na okultní krvácení

Okultní krvácení 1 - negativní

Okultní krvácení 2 - negativní

Okultní krvácení 2 - negativní

*Mikrobiologická vyšetření*

24.6.2010 - stěr z rány LDK

četně *Proteus mirabilis*

Amoxicilin .....R

Amoxicilin/klavulanová ....C

Kotrimoxazol.....R

Cefalotin.....C

Cerufloxin.....C

Gentamicin.....C

nečetně *Staphylococcus epidermidis*

kvasinky negativní

23.8. 2010 - stěr z rány LDK

Četně *Staphylococcus aureus* (MRSA)

Amoxicilin.....R

Amoxicilin/klavulanová....R

Kotrimoxazol.....R

Klindamicin.....R

Erytromycin.....R

Vankomycin.....C

Oxacilin .....R

27.6.2010 - stěry na průkaznost MRSA

Stěr z nosu: primo *Staphylococcus koaguláza* negativní

Stěr z krku: pomnožené *Staphylococcus koaguláza* negativní

Stěr z perinea: primo *Staphylococcus koaguláza* negativní

Stěr z třísla: primo *Staphylococcus koaguláza* negativní

## Farmakoterapie:

### *EUTHYROX 150 um*

Indikační skupina: léky štítné žlázy

Kontraindikace: nesmí se užívat při přecitlivělosti na levothyroxin, při zvýšené funkci štítné žlázy jakéhokoliv původu, při neléčené nedostatečnosti nadledvin (hypokortikalismus). Opatrnost je třeba při podávání pacientům trpícím nedostatečným prokrvením srdečního svalu (ICHS), srdečními nepravidelnostmi (arytmiemi) a srdeční nedostatečností.

Nežádoucí účinky: při překročení dávky se mohou objevit typické příznaky zvýšené funkce štítné žlázy jako jsou třes prstů, bušení srdce, nadměrné pocení, průjem, váhový úbytek nebo vnitřní neklid.

### *NEURONTIN 300 mg*

Indikační skupina: antiepileptikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku

Nežádoucí účinky: velmi časté: virové infekce, ospalost, závratě, ataxie, únava, horečka. Časté: pneumonie, infekce dýchacích cest, infekce močového traktu, infekce otitis media, anorexie nebo zvýšená chuť k jídlu, hostilita, zmatenost a emoční labilita aj.

Méně časté: alergické reakce, hypokineze, generalizované otoky, tinitus, palpitace aj.

### *SIOFOR 850 mg*

Indikační skupina: antidiabetikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, diabetická ketoacidóza, diabetické prekóma, selhání nebo dysfunkce ledvin, akutní stavy s rizikem poruchy ledvin.

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, průjem, bolesti břicha, kovová pachůť v ústech, laktátová acidóza.

*DITHIADEN 2 mg*

Indikační skupina: antihistaminikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, status asthmaticus

Nežádoucí účinky: celkový útlum s rizikem snížené pozornosti, anticholinergní účinek, fotosenzitivita. Při delším užívání možnost poruch psychiky, endokrinních (gynekomastie) a metabolických funkcí jater, krvetvorby.

*WARFARIN ORION 5 mg*

Indikační skupina: antikoagulancium

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, krvácivé stavy, závažná jaterní insuficience nebo jaterní cirhóza, neléčená hypertenze, nitrolební krvácení, operace CNS nebo oka, nedostatečná spolupráce s pacientem (demence, psychóza, alkoholismus)

Nežádoucí účinky: nejčastěji krvácivé choroby, nauzea, zvracení, průjem

*FURON 40 mg*

Indikační skupina: diuretikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, akutní selhání ledvin s anurií, jaterní selhání s poruchou vědomí, těžká hypoglykémie, hyponatrémie nebo hypovolémie s hypotenzí nebo bez ní.

Nežádoucí účinky: poruchy elektrolytového a vodního hospodářství, hypovolémie s hypotenzí, hyperurikémie, dnavý záchvat, nauzea, zvracení, průjem, kožní alergické reakce, fotosenzitivita, poruchy krevního obrazu

*DETRALEX 500 mg*

Indikační skupina: venotonikum, vazoprotektium

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, bolesti žaludku, vzácně závratě, bolesti hlavy

*EUPHYLLIN 200 mg*

Indikační skupina: antiastmatikum, bronchospasmolytikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, IM v nedávě době, akutní arytmie s tachykardií

Nežádoucí účinky: neklid, nespavost, třes končetin, bolesti hlavy, zrychlená popř. nepravidelná srdeční akce, nevolnost, průjem.

*ESPRITAL 30 mg*

Indikační skupina: antidepresivum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, současná léčba MAO

Nežádoucí účinky: velmi časté: zvýšená chuť k jídlu, přibývání na váze, ospalost, spavost, bolesti hlavy, sucho ústech

Časté: netečnost, závratě, chvění nebo třes, nevolnost, průjem, zvracení, kožní vyrážka, bolest kloubů, bolest svalů, bolesti zad, pocit na omdlení, otoky, únavy, podrážděnost

Méně časté: pocit zvýšeného vzrušení a radosti (mánie)

Vzácné: žluté zbarvení očí nebo pokožky

*TISERCIN 25 mg*

Indikační skupina: neroleptikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, retence moči, glaukom s úzkým úhlem, Parkinsonova choroba, těžká kardiomyopatie, roztroušená skleróza, těžké poškození jater nebo ledvin

Nežádoucí účinky: zácpa, sucho v ústech, ospalost, tachykardie, hypotenze, závratě, zvýšené pocení, kožní alergické reakce

## 1.3 Průběh hospitalizace

### 1.den

Pacientka byla přijata do léčebny dlouhodobě nemocných k doléčení operační rány po transmetatarzální amputaci LDK a rehabilitaci. Při příjmu bylo u pacientky provedeno základní fyzikální vyšetření, natočeno EKG, naordinovány vstupní odběry, vypsána žádanka na rehabilitaci. Do budoucna byla plánovaná, při zlepšení mobility pacientky, konzultace na protetice.

### 30.den

Pacientka rehabilituje 2 x denně. Probíhá vertikalizace, pacientka chodí o dvou francouzských holí. V doprovodu personálu chodí do jídelny a denní místnosti. Dle ordinace je pacientce měřen 1 x týdně TK + P (pacientka má hodnoty v normě). 1 x měsíčně probíhá kontrola tělesné hmotnosti, pacientka si váhu udržuje. Převezky LDK se provádějí dle ordinace lékaře 1 x denně. Zdravotní i psychický stav je beze změn.

### 62.den

Po celou dobu hospitalizace pacientka pravidelně rehabilitovala. Rehabilitace probíhala 2 x denně za přítomnosti fyzioterapeuta.

Rána na LDK byla ošetřována dle ordinace lékaře 1 x denně. Rána se nejprve vyčistila Ringerovým roztokem, po osušení se na ránu aplikovala mast Iruxol a sterilně obvázála. Obě dolní končetiny se ošetřily borovou masťou a zabandážovaly k tříslům.

V pravidelných kontrolách byly prováděny stěry z rány na mikrobiologické vyšetření. Dne 23. 8. 2011 přišel pozitivní výsledek na MRSA kmeny. Byly učiněny kroky k eliminaci šíření nákazy dle pokynů hygienické stanice. Pacientka byla uložena na jednolůžkový pokoj.



## 1.4 Prognóza

Pokud je kolonizován MRSA kmeny zdravý člověk nepůsobí mu žádné obtíže. Ve většině případů člověk ani neví, že je infikován. Nákaza probíhá bezpříznakově. Člověk se tak může stát trvalým nosičem či občasným.

Osídlení lidského organismu MRSA kmeny je rizikové především u starších, dlouhodobě ležících pacientů, u pacientů se sníženou imunitou, dále u pacientů po komplikovaných chirurgických výkonech atd. To může vést k infekci operační rány, kožních defekt, nosní dutiny atd.

Je vhodné pokud není zdravotní stav pacienta komplikován horečkou, zánětem apod. neordinovat antibiotika. Neuvážené podávání antibiotik zvyšuje riziko rezistence bakterií. Trend zvýšeného výskytu rezistence bakterií k antibiotikům je celosvětový. Ideálním postupem je provádění cílené dekolonizace, dezinfekčními přípravky, v místě kolonizace. K vymizení MRSA kmenů může dojít i spontánně bez léčby.

**Vždy záleží na fyzickém a psychickém stavu pacienta.**

## 2. Ošetrovatelská část

### 2.1 Ošetrovatelský model

Pro vypracování ošetrovatelské anamnézy a získání informací od pacientky jsem si vybrala model Virginie Hendersonové. Jedná se o humanistický model, kde je ošetrovatelství chápáno jako humanitní věda a umění (potřeby člověka).

#### **Definice komplementárně-suplementárního modelu Hendersonové:**

**„Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo návratu jeho zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, pokud by měl potřebnou sílu, vůli a znalosti. Sestra mu tedy pomáhá dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti.“ (9)**

Model Hendersonové, zahrnuje 14 komponent ošetrovatelství, které v případě potřeby pomáhá sestře nemocnému uspokojit. Jedná se o tyto potřeby:

1. Pomoc s dýcháním
2. Pomoc při příjmu potravy
3. Pomoc při vyměšování
4. Pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě. Pomoc při změnách polohy
5. Pomoc při odpočinku a spánku
6. Pomoc používat vhodný oděv, pomoc při svlékání a oblékání
7. Pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. Pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana pokožky
9. Ochrana nemocného před nebezpečím z okolí (nákazami, úrazem, násilím)
10. Pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb

11. Pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
12. Pomoc při produktivní (pracovní) činnosti nemocného
13. Pomoc při odpočinkových (zájmových) činnostech
14. Pomoc nemocnému při učení

## 2.2 Ošetrovatelský proces charakteristika a fáze

### 2.2.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces, byl poprvé použit L. Hallovou v roce 1955 a byl všeobecně přijat jako základ ošetrovatelské péče.

Jde o způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným.

Ošetrovatelský proces vyžaduje od sestry, aby se neustále vzdělávala, byla empatická, vnímala člověka jako holistickou bytost, měla manažerské schopnosti a samozřejmě byla i manuálně zručná.

Ošetrovatelský proces je většinou rozdělen na 5 fází.

### 2.2.2 Fáze ošetrovatelského procesu

1. fáze je **zhodnocení nemocného**, kde probíhá sběr informací o nemocném, nejen o něj samotného, ale i od nejbližších příbuzných, spolupacientů, ale i ošetrovatelského personálu. Informace lze získat rozhovorem, pozorováním, dotazníkem, různými metodami měření, z dokumentace atd.

2. fáze vede ke **stanovení ošetrovatelské diagnózy**, které stanoví primární sestra, na základě získaných údajů. Ošetrovatelskou diagnózu lze rozdělit na aktuální a potencionální. U akutní oš. dg. se jedná o současný problém, který pacienta momentálně trápí. U potencionální oš. dg. jde o rizika, které mohou teprve pacienta ohrožovat. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz se používá taxonomie ošetrovatelských diagnóz, které sjednocuje názvosloví a umožňuje systematické třídění.

3. fáze je vytvoření **plánu ošetrovatelské péče**, ve které si sestra plánuje pracovní postup, určuje prioritu problémů a stanovuje cíl, kterého chce dosáhnout.

Je možné sestavit si krátkodobý nebo dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Zároveň si naplánuje co je schopna pro pacienta udělat sama, co nemocný sám pro sebe, co může zajistit ošetrovatelský personál či rodina a nejbližší příbuzní.

4. fáze je **aktivní ošetrovatelská péče**, kde se jedná o činnosti či pracovní postupy, které vykonává nejen primární sestra, ale zainteresován je ostatní ošetrovatelský personál, rodina, příbuzní atd., u nemocného. Snaží se o dosažení, který si předem stanovila, a se kterým seznámila i všechny zúčastněné v péči o pacienta.

5. fáze je **zhodnocení efektu poskytované péče** u pacienta. V této poslední fázi sestra zhodnotí zda byly splněné cíle ošetrovatelské péče, které si stanovila. Hodnotit může objektivně pozorováním, měřením, za pomoci tabulek a grafů a subjektivně, to znamená, že nám pacient řekne, jak je spokojený s poskytovanou péčí.

## 2.3 Ošetřovatelská anamnéza

### 2.3.1 Ošetřovatelská anamnéza v den příjmu do nemocnice

#### Osobní údaje:

Příjmení + jméno: AB

Datum anamnézy: 23.6.2010

Schopnost odběru dat: 23.6.2010

Datum přijetí: 23.6.2010

Vstup: dobrovolný

Oddělení: LDN 25/Ip

ZPÚ: způsobilá

Pohlaví: žena

Datum narození: 1947

Věk: 64 let

Stav: vdaná

Důvod přijetí: léčebný

Přijetí doporučil: jiné oddělení, překlad z interního oddělení PLB

Bydliště: Praha

Zaměstnání: starobní důchodkyně (předtím sekretářka)

Nejbližší příbuzní: manžel, syn, vnoučata

#### Základní fyzikální vyšetření sestrou:

TK 140/80

P 80 min

TT 36,2 C

váha 92 kg

výška 170 cm

BMI 31,83 (vysoké zdravotní riziko)

D 16 min

Celkový vzhled: upravená

Alergie: pyl, prach

Pozitivita: HIV 0, hepatitis 0, jiné 0

Intoxikace: alkohol 0, medikamenty 0, jiné 0

Suicidalita 0

Heteroagresivita 0

Užívání: rizikové léky 0

Terapeutické, kompenzační a jiné pomůcky:

Pomůcky: francouzské hole, brýle

Vnímání zdravotního stavu:

Náhled na onemocnění: úplný

Motivace k léčbě: ano

Návyky: dříve kouřila 5 cigaret denně, nyní nekouří, alkohol nepije

Výživa, metabolismus, kožní integrita:

BMI 31,83

Stav výživy: obezita

Způsob příjmu stravy: per os

Omezení ve stravě: ano, dietou č.9

Diabetes: ano, PAD + dieta

Chuť k jídlu: přiměřená

Potíže a problémy při jídle: ne

Příjem tekutin za 24 hod.: méně než litr

Kožní turgor: snížený

Stav sliznic: suché, bledé

Stav kůže: změny na kůži, rána – amputace v nártu LDK

Vylučování:

Stolice: nepravidelná, zácpa, inkontinence, užívání projímadel

Močení: inkontinence, pleny celodenně

Pocení: přiměřené

Spánek, odpočinek:

Spánek: narušený, v noci se budí

Odpočinek: pasivní, přes den pospává

Vnímání, poznávání:

Vědomí: jasné

Paměť: neporušená

Myšlení: v normě

Koncentrace: plná

Vnímání: reálné

Psychomotorika: v normě

Orientace: plná orientace

Komunikace: adekvátní

Nálada: emoční labilita, úzkostná

Chování: změny v chování, tenze

Zrak: dobrý, brýle jen na čtení

Sluch: dobrý

Řeč: srozumitelná, plynulá

Tiky: ne

Bolest: udává v LDK

Bolest tiší: úlevovou polohou, léky (Tramal)

Sebepojetí:

Povahové vlastnosti: vytrvalá, zodpovědná

Sebevědomí: v normě

Sebeobviňování: ne

Pocity omezení: ano, nemůže chodit

Role - mezilidské vztahy:

Sociální zázemí: žije s manželem v rodinném domku

Zvládnutí problémů: problémy neudává



Sexualita:

Žena: klimakterium v 55 letech, antikoncepce 0, porody 2, potraty 0

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance:

Změny, krize v životě v poslední době: ano, amputace LDK, pobyt v nemocnici

Co vyvolává stres: nemoc

Zvládnání stresu a krizových situací: zvládá s pomocí rodiny

Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Víra: věřící, katolička

Plány do budoucna: chce chodit, chce být doma

Co očekáváte od léčby: mobilitu, bezbolestnost

Pacientka byla seznámena s:

- právy pacienta
- domácím řádem
- prostředím oddělení
- službami léčebny
- léčebnou terapií
- výběrem regulačních poplatků
- se zásadami bezpečnosti a ochrany zdraví při provádění léčebné terapie

### **2.3.2 Ošetřovatelská anamnéza dle Virginie Hendersonové**

#### 1. Dýchání

Dýchání klidné, čisté, dechová frekvence 16/min. Pacientka udává dušnost již při menší námaze. Nekuřačka, dříve kouřila 5 cigaret za den. 25 let již nekouří.

## 2. Výživa a hydratace

Pacientka je plnější postavy, měří 170 cm, váží 92 kg, BMI 31,83 (nadváha I.stupně). Má horní a dolní zubní protézu. Žádné potíže týkající se zubní protézy, žvýkání a polykání neudává. Chuť k jídlu dobrá. Pacientka má d č.9, ví že má dodržovat dietní režim. Snaží se jíst 6 x denně. Poslední jídlo jí kolem 21. hodiny, většinou je to jogurt. Pacientka umí vyjmenovat potraviny, které jsou vhodné pro diabetika, u některých potravin si, ale není jistá vhodností. Pacientce nabídnuto přinesení letáčků a brožurek, týkajících se diabetické diety. V případě zájmu je možnost zajistit konzultaci s nutričním terapeutem. Pacientka edukaci přijímá pozitivně. Strava v nemocnici jí moc nechutná, je zvyklá více solit a používat koření. Sní tak  $\frac{3}{4}$  porce, kterou dostane. Pokud má hlad dojídá se většinou jogurty nebo ovocem. Má ráda českou kuchyni (omáčky, guláše atd.). Doma se snažila diabetickou dietu dodržovat.

Stravuje se v lůžku, je soběstačná, požívá příbor, maso si nakrájí sama. Před jídlem je nutné pacientce pomoci do sedu.

V pitném režimu je nedůsledná. Málo pije, necítí potřebu žízně. Má ráda ovocné čaje a neperlivé minerálky. Doma si dá výjimečně pivo. Pacientka neví jaký je přiměřený denní příjem tekutin. Kožní turgor má snížený. Kůži má bledou, suchou.

## 3. Vylučování

Pacientka se vyprazdňuje do plenkových kalhotek z důvodu imobility. Není schopna dojít na WC Močí spontánně, bez potíží, cítí potřebu na močení. Žádné potíže při močení neudává. Objektivně je moč bez zápachu, bez viditelných příměsí. Laboratorní výsledky bez patologického nálezu.

Vyprazdňování stolice je rovněž do plenkových kalhotek. Pacientka si stěžuje na zácpu. Udává, že má zácpu od chvíle co je upoutaná na lůžko. Proto také přidala do stravování více mléčných přípravků. Zároveň udává pocit studu a hanby. Je jí nepříjemné vyprazdňovat se do plenkových kalhotek. Plyny odchází. Objektivně je stolice tuhá, bobkovitá. Frekvence 1 x 48 – 60 hodin. Je zvyklá užívat Duphalac sirup.

Pocení je přiměřené.

#### 4. Pohyb

Pacientka imobilní. Chtěla by co nejdříve chodit, aby mohla domů. Pacientka je po transmetatarzální amputaci LDK. V rámci lůžka je soběstačná, schopná otočit se z boku na bok. Ví, že je nutné se lůžku otáčet, aby neměla proleženiny. Byla poučena již na chirurgii. Nutná rehabilitace – vertikalizace.

Dříve ráda chodila na procházky, ráda se procházela s manželem. Cvičila spíše rekreačně, měla ráda jízdu na kole a ráda hrála volejbal.

#### 5. Spánek a odpočinek

Doma neměla s usínáním žádné potíže. Je zvyklá spát 7 – 8 hodin denně. Spát chodí kolem 22,00 hodiny a budí se kolem 6,00 hodiny ranní. V nemocnici se během noci několikrát vzbudí. Má pocit, že ji někdo volá. Ráno se cítí mírně unavená. Je zvyklá brát léky na spaní co je hospitalizovaná v nemocnici. Bolest ji ze spaní nebudí. Před spaním je zvyklá sledovat televizi nebo si číst. Má ráda, když je na noc pootevřené okno, má ráda čerstvý vzduch a nepřetopenou místnost.

#### 6. Oblékání

Vhledem k tomu, že je pacientka ležící, má nemocniční prádlo. Pacientka informována, že může mít i své osobní prádlo. Pacientka má na sobě oblečený svůj svetr a ponožky. Oblékání a svlékání svetrů a ponožek zvládá pacientka sama.

#### 7. Regulace tělesné teploty

Při příjmu naměřena TT 36,2°C. Má raději chlad, doma hodně větrá. Na noc je zvyklá mít pootevřené okno.

#### 8. Hygiena

Pacientka byla doma zvyklá sprchovat se 2x denně, spíše chladnější vodou. Vlasy si myla 2x týdně. Nehty si stříhá sama, byla zvyklá je nosit upravené a nalakované. Dříve pravidelně chodila na manikúru a pedikúru.

O zubní protézy pečuje sama, na noc je dává do kelímku s Corega tabs.

Kůži má suchou a bledou, je nutné ji ošetřovat mastí, aby nedošlo k poranění.

#### 9. Ochrana před nebezpečím

Pacientka byla seznámena s prostředím oddělení. K lůžku jí bylo dáno signalizační zařízení. Před pádem lůžka je pacientka na noc chráněna postranicemi. Na návštěvu za ní chodí manžel, syn a vnoučata. Veškeré informace o zdravotním stavu se mají sdělovat manželovi a synovi. Písemný souhlas s poskytováním informací podepsala při příjmu. Je ráda, že jsou zde návštěvní hodiny každý den od 8,00 - 20,00 hodin.

Pacientka slyší dobře. Brýle nosí jen na čtení, má 1,5 dioptrie. Na dálku vidí dobře. Na kontrole u očního lékaře byla před 2 roky. Chuť, čich i hmat udává pacientka beze změn.

Kompenzační pomůcky: francouzské hole

#### 10. Komunikace a kontakt

Pacientka je vstřícná, chce si povídat, na otázky odpovídá ochotně. Řeč je srozumitelná, plynulá, používá rozvitých vět. Ihned se zajímá a seznamuje se spolupacientkami na pokoji. Oční kontakt se snaží udržet. Pacientka je orientovaná místem, osobou, časem mírně nepřesně.

#### 11. Víra

Pacientka je věřící - katolička. Do kostela pravidelně nechodí.

#### 12. Aktivity a zájmy

Ráda chodila na dlouhé procházky s manželem, s manželem jezdili hodně na výlety po republice. Pacientka ráda plete a háčkuje. Doma také ráda vařila, hlavně českou kuchyni, kterou má rád manžel i syn.

Teď se převážně věnuje čtení. Také ráda sleduje televizi hlavně soutěžní pořady a české seriály.

### 13. Práce

Pacientka je nyní ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako úřednice v kanceláři. Práce ji bavila, protože se tam setkávala s novými lidmi.

### 14. Učení

Pacientka byla při příjmu sestrou seznámena s právy pacienta, domácím řádem, prostředím oddělení, službami léčebny, léčebnou terapií, výběrem regulačních poplatků, se zásadami bezpečnosti a ochrany zdraví při provádění léčebné terapie.

## **2.4 Ošetrovatelské diagnózy k příjmovému dni do LDN**

Pro získání informací od pacientky jsem si vybrala den příjmu, a to hlavně z toho důvodu, že jsem ji měla na starosti po celou dobu její hospitalizace jako primární sestra. Měla jsem tudíž možnost seznámit se s pacientkou hned při příjmu na oddělení a získat, tak její důvěru a spolupráci. Zároveň jsem jí mohla poskytnout informace, které ji zajímaly.

### **1.den - příjem**

Pacientka byla přijata na oddělení LDN v červnu 2010.

Byla uložena na pětilůžkový pokoj, na polohovací lůžko a antidekubitní matrací, vlevo u lůžka bylo umístěno signalizační zařízení, kterým si mohla v případě potřeby zavolat ošetrovatelský personál. K základní výbavě lůžka patří dvě zábrany, zajišťující bezpečnost pacientky a snižující riziko pádu. Dále hrazdička, umožňující vytažení pacientky v lůžku. Lůžko se polohuje pomocí elektrického ovladače, umístěného na pravé straně lůžka. Pacientka byla seznámena s obsluhou ovladače a možnostmi dát lůžko do různých poloh. Součástí lůžka je stoleček se zabudovaným jídelním stolem. Výšku jídelního stolu lze nastavit dle potřeb pacientky. Za účasti pacientky byly vybaleny její osobní věci a uloženy do stolečku a skříňě umístěné na pokoji. Na pokoji je k dispozici pro pacientky lednice a televize.

Při příjmu pacientka podepsala informovaný souhlas s hospitalizací, s poskytováním informací (syn a manžel) a souhlas s nahlížením do dokumentace. Poté byla pacientka seznámena s denním řádem na oddělení, s právy pacienta, s léčebným režimem na oddělení a s výběrem regulačních poplatků. Pacientka bylo rovněž informována o primární sestře a jejich kompetencích.

Poté byly pacientce změřeny základní fyziologické funkce TK 130/80, P 80/min, TT 36,2 C, D 16/min, váha 92 kg, výška 170 cm, a natočeno EKG - bez patologického nálezu. Byl založen záznam o ošetrovatelské péči a záznam o ošetrovatelské rehabilitaci.

Po odpočinku pacientky byla u pacientky provedena podrobná ošetřovatelská anamnéza, nejprve dle příjmového listu PLB, poté byly získány informace dle vzoru Virginie Hendersonové.

Odpoledne byl proveden převaz rány na LDK, hlavně z důvodu revize a stanovení ošetřování. V té době ještě nebyla rána kolonizována MRSA kmeny. Ještě předtím byla však provedena celková koupel pacientky, která patří ke standardu při přijetí.

### **2.4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy v den příjmu na oddělení**

1. Změna pocitu tělesné pohody z důvodu porušení kožní integrity, projevující se bolestí.

2. Snížený příjem tekutin z důvodu neznalosti příjmu adekvátního množství tekutin, vysokého věku a příjmem diuretik, projevující se suchou kůží a sliznic, pocity žízně, zpomalení žilní náplně, psychickými poruchami, zpomaleným procesem hojení

3. Porucha sebepojetí z důvodu vyprazdňování se do plenkových kalhotek, projevující se bezmocností, sociální izolací a verbální komunikací.

4. Porucha ve vyprazdňování stolice v důsledku nedostatečného pohybu a sníženého příjmu tekutin a vlákniny ve stravě, projevující se pocitem tlaku v plnosti v rektu, hromaděním hmatatelné stolice v rektu, snížené frekvenci defekace a tuhou stolicí.

5. Neschopnost adekvátního dýchání z důvodu nadváhy a imobility, projevující se únavou a dušností při rehabilitaci

6. Porušená pohyblivost z důvodu dlouhodobé imobilizace na lůžku, projevující se změnou chůze, pohybem navozené dušnosti, nejistotou a strachem z chůze.

7. Deficit informací v oblasti vhodných potravin u diabetické diety z důvodu zapomenutí se zeptat v diabetické poradně, projevující se nedostatečnou znalostí.

#### **2.4.2 Potencionální diagnózy v den příjmu na oddělení**

1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity projevující se bolestí, bakteriologickým nálezem v LDK, zvýšenou tělesnou teplotou



## **ad 1.4.1 - Stanovení ošetrovatelských diagnóz v den příjmu**

### **1. Změna pocitu tělesné pohody z důvodu porušení kožní integrity, projevující se bolestí.**

#### Cíl: Klientka s bolestí:

- udává zmírnění nebo odstranění bolesti do 1 hodiny po podání analgetik
- nemá neverbální projevy bolesti a neprojevuje verbálně bolest
- na analogové škále bolesti bude pacientka udávat stupeň 2
- umí kontrolovat svoji bolest
- je schopná vykonávat běžné denní činnosti
- se nebude v noci budit bolestí

#### Ošetrovatelské intervence:

- podejte pacientce dostatek informací ohledně příčiny, trvání, a možnostech snížení či zabránění vzniku bolesti
- sledujte verbální i neverbální projevy bolesti
- nechte pacientku nerušeně vypovídat o pocitech bolesti
- vzbudte v pacientce důvěru a věřte pacientce při její výpovědi o bolesti
- podávejte léky proti bolestem dle ordinace lékaře
- sledujte účinek léků proti bolestem
- zhodnoťte intenzitu bolesti podle analogové škály
- zhodnoťte lokalizaci, typ a charakter bolesti
- zjistěte příčiny volávající bolest
- informuj pacientku o možnostech nefarmakologického tišení bolesti (obklady, úlevová poloha atd.)
- zjistěte vliv bolesti na spánek, příjem potravy, tělesnou a duševní aktivitu u pacientky

### Realizace a hodnocení péče:

I když je pacientka již delší dobu po amputaci transmetatarzální části LDK udává bolest v místě rány. Má strach, že bude mít při rehabilitaci bolesti, neboť rána na LDK ještě není zahojena. Pacientku jsem uklidnila, informací, že si může říci o lék proti bolesti a to v intervalech á 8 hodin. Může mít tedy 3 tablety Tramalu 100 mg za den. Pacientka má k dispozici formulář pro záznam bolesti, kam zaznamenává intenzitu bolesti.(Příloha č. 4) Pacientka zakroužkováním čísla na stupnici označí jak silnou bolest pociťuje. Na analogové škále ukazuje pacientka v prvních dnech stupeň 8. Za 45 minut po podání analgetik udává pacientka zmírnění bolesti a na analogové šále pro záznam bolesti udává stupeň 2. Pacientka udává zmírnění bolesti. Je klidná, ví, že si může říct o lék proti bolestem. Sestrám důvěřuje, ví, že se na ně může spolehnout. Snaží se bolest nevnímat a soustředit myšlenky na jiné zájmy. Na noc zaujímá úlevou polohu, kdy si dává končetiny do zvýšené polohy. V noci spí klidněji, bolestí se nebudí.

**Cíle dosaženo.**

**2. Snížený příjem tekutin z důvodu neznalosti příjmu adekvátního množství tekutin, vysokého věku a příjmem diuretik, projevující se suchou kůží a sliznic, pocity žízně, zpomalené žilní náplně, psychickými poruchami, zpomaleným procesem hojení.**

Cíl: Klientka se sníženým příjmem:

- ví, jaký je přiměřený denní příjem tekutin
- zná účinky podávaných léků, zejména diuretik, zná také vedlejší účinky, které by mohly ovlivnit hydrataci
- má v normě fyziologické funkce, zejména TK a P
- má dobrý kožní turgor, vlhké sliznice, neporušenou kůži
- má zajištěný dostatečný příjem tekutin
- nemá žízeň
- má fyziologické hodnoty laboratorních vyšetření
- přijme za den 2500 ml tekutin
- je v psychické pohodě

Ošetřovatelské intervence:

- sledujte vitální funkce pacientky, zvláště TK a P, suchost sliznic, snížení kožního turgoru
- kontrolujte hodnoty laboratorních vyšetření
- sledujte účinky podávaných léků, zejména pak diuretik
- zajistěte dostatečný přísun tekutin
- pobízejte pacientku k pití
- poučte pacientku, že má vypít nejméně 2500 – 3000 ml tekutin za 24 hodin
- vycházejte z požadavků pacientky při výběru tekutin a potravin s vysokým obsahem vody
- sledujte ztráty tekutin potem, dechem, defekací, močením
- sledujte psychický stav pacientky
- kontrolujte vlhkost a teplotu prostředí

### Realizace a hodnocení péče:

Při příjmu měla pacientka snížený příjem tekutin, snížený kožní turgor a suchou kůži. U pacientky jsem provedla edukaci ohledně pitného režimu. Vysvětlila jsem pacientce nutnost dostatečného příjmu tekutin, zjistila jsem jaké má ráda nápoje, doporučila ji a poprosila, aby si vedla sama záznam kolik tekutin za den vypije. Pacientka je nadšená, bere to jako hru. Dělá si čárky do notýsku 1 čárka = 1 hrneček = 250 ml tekutin. Také jsem ji řekla, že se do tekutin započítává polévka a zároveň jsem jí poučila, že se, ale nezapočítává mléko. U pacientky došlo ke zlepšení pitného režimu. Snaží se přes den vypít minimálně 2500 ml tekutin. Sliznice jsou vlhké, kožní turgor v normě. Pacientka má nejraději slabé ovocné čaje a neperlivé minerální vody. Rodina ji při návštěvě nosí zásoby minerálních vod. Ovocný čaj si pacientka nechává uvařit od personálu v čajové kuchyňce. Během hospitalizace má pacientka hodnoty TK a P v normě. V této oblasti je spolupráce s pacientkou výborná, rovněž tak i s rodinou, která jí nosí nápoje.

**Cíle dosaženo.**

### **3. Porucha sebepojetí z důvodu vyprazdňování se do plenkových kalhotek, projevující se bezmocností, sociální izolací a verbální komunikací.**

#### Cíl: Klientka s poruchou sebepojetí:

- aktivně se podílí na péči a rozhodování o ní
- projevuje důvěru k ošetřovatelskému personálu
- projevuje zájem začlenit se do společnosti
- verbalizuje spokojenost se svoji osobou
- se bude vyprazdňovat na WC

#### Ošetřovatelské intervence:

- motivujte pacientku ke zvýšení sebepéče a soběstačnosti
- snažte se dosáhnout maximální důvěry pacientky
- hledejte způsoby řešení v její intimní potřebě, to znamená, vyprazdňovat se v soukromí, na WC a fyziologické poloze
- pomozte pacientce naučit se redukovat stres a osvojit si alternativní techniky, jak se vypořádat s pocity bezmocnosti a zvládnout situaci

#### Realizace a hodnocení péče:

Při příjmu měla pacientka plenkové kalhotky z důvodu, že se bála chodit. U pacientky byla zajištěna intenzivní rehabilitační péče v oblasti vertikalizace a chůze. Ze začátku pacientka nacvičovala sed v lůžku, poté následoval nácvik přesunu z lůžka do křesla. Během měsíce byla schopna chůze o dvou francouzských holí. Při nácviku přesunu z lůžka do křesla, jsem pacientce navrhla možnost dát jí k lůžku pokojové WC, kde by mohla vykonat potřebu. Pacientka tuto možnost přivítala, i když jí bylo nepříjemné, že stále bude vykonávat potřebu před ostatními pacienty. Pacientce jsme daly k dispozici paravan, tuto možnost, alespoň částečné intimity přivítala. Pacientka se při RHB velmi dobře spolupracovala. Motivovalo ji, že bude chodit na WC a nebude muset močit do plenkových kalhotek. Pacientka dělala značné pokroky, pomoc přijímala ochotně a vyjadřovala spokojenost sama se sebou.

**Cíle dosaženo.**

**4. Porucha ve vyprazdňování stolice v důsledku nedostatečného pohybu a sníženého příjmu tekutin a vlákniny ve stravě, projevující se pocitem tlaku a plnosti v rektu, hromaděním hmatatelné stolice v rektu, bolestivé a snížené frekvenci defekace a tuhou stolicí.**

Cíl: Klientka s poruchou vyprazdňování stolice:

- si uvědomuje vyvolávající příčiny poruchy pasáže střev a vyprazdňování
- se pravidelně vyprazdňuje, při defekaci nepocítuje bolest
- má měkkou a normálně formovanou stolicí
- nepocítuje nepříjemný tlak a plnost konečníku
- ve stravě má dostatečný příjem vlákniny
- má dostatečný přísun tekutin
- umí vyjmenovat potraviny s vysokým obsahem vlákniny
- vyprazdňuje se min. 1 x 48 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- zjistíte příčiny, které ovlivňují pacientčinu zácpu a poruchu vyprazdňování
- zjistíte stravovací režim pacientky s ohledem na příjem tekutin a vlákniny ve stravě
- edukujte pacientku v oblasti příjmu vlákniny ve stravě a tekutin
- zajistíte soukromí, dostatek času a fyziologickou polohu při defekaci
- zajistíte dostatečnou hygienu po vyprázdnění
- zjistíte pacientčiny návyky při vyprazdňování doma
- zvyšujte mobilitu pacientky

Realizace a hodnocení péče:

Již při příjmu a sběru dat ošetrovatelské anamnézy pacientka udávala, že má potíže s defekací. Udávala, že má zácpu od té doby co je upoutaná na lůžko. U pacientky jsem se snažila rozhovorem zjistit hlavní příčiny zácpy. Společně jsme zjistily, že hlavními příčinami jsou nedostatečný pohyb, strava chudá na vlákninu a snížený příjem tekuti. Poučila jsem pacientku o vhodných

potravinách, které zlepšují vyprazdňování stolice, jako je např. švestkový či meruňkový kompot, jogurty s probiotiky, potraviny obsahující vlákninu např. ovesné vločky, ovoce a zelenina. Rovněž jsme probraly důležitost dostatečného příjmu tekutin z hlediska úpravy defekace. U pacientky došlo k velkým pokrokům v rámci mobility. Během jednoho měsíce byla pacientka schopna samostatné chůze s pomocí dvou francouzských holí. Pacientka se vyprazdňuje na WC. Stravu se snaží upravit, přijímá více jogurtů a vlákniny v potravinách. Snaží se vypít dostatečně množství tekutin během dne. Rodinný příslušníci jí nosí vhodné potraviny. Vzhledem k mobilizaci pacientky se upravila i stolice, pacientka již nemá zácpu. Verbálně vyjadřuje spokojenost.

**Cíle dosaženo.**

## **5. Neschopnost adekvátního dýchání z důvodu nadváhy a imobility, projevující se únavou a dušností při rehabilitaci.**

### Cíl: Klientka s neschopností adekvátního dýchání:

- má fyziologickou frekvenci dýchání (16 – 20 vdechů za minutu).
- vykonává aktivity denního života bez dušnosti
- umí si stanovit tělesnou zátěž, kterou zvládne
- hlídá si energetický příjem ve stravě
- zná účel podávaných léků i jejich vedlejší účinky
- pravidelně provádí dechová cvičení

### Ošetrovatelské intervence:

- pomáhajte pacientce překonávat její obavy a strach z dušnosti
- naučte pacientku techniku dýchacích cvičení, bráničního dýchání, zvýšení inspiračního úsilí nebo prodloužené expirace, ve spolupráci s rehabilitační sestrou
- sledujte a zaznamenávejte kvalitu a frekvenci dýchání
- pravidelně větrejte na pokoji
- motivujte pacientku ke spolupráci při rehabilitaci
- zařaďte do denního režimu pacientky pravidelná dechová cvičení
- sledujte energetickou hodnotu potravin
- při zhoršení dušnosti neprodleně informujte lékaře

### Realizace a hodnocení péče:

V průběhu rehabilitace si stěžovala na zhoršené dýchání. Brzy po zátěži se zadýchávala.

Rehabilitační sestra si společně s pacientkou sestavily cvičební a zátěžový plán. Pacientka rovněž každé ráno provádí dechovou gymnastiku na lůžku u otevřeného okna. Aktivita v lůžku po čtrnácti dnech provádí bez dušnosti. Sama udává mírné zlepšení dýchání.

**Cíle dosaženo částečně.**



## **6. Porušená pohyblivost z důvodu dlouhodobé imobilizace na lůžku, projevující se změnou chůze, nejistotou a strachem z chůze.**

### Cíl: Klientka s porušenou hybností:

- zná svou situaci, vyvolávající příčiny, principy léčby i bezpečnostní opatření, které je nutno dodržovat
- umí se sama posazovat v lůžku, vstávat z lůžka, přesunout se do křesla
- udržuje správnou polohu těla a umí využívat správně mechaniku pohybu těla
- udržuje si svalovou hmotu a přiměřenou kondici
- je schopna postupně sama vykonávat aktivity denního života

### Ošetřovatelské intervence:

- určete rozsah imobility dle používané klasifikace
- předcházejte vzniku komplikací, které vznikají v důsledku imobility
- dbejte o fyziologické postavení jednotlivých částí těla
- seznamte pacientku s možnostmi používání pomůcek, které usnadňují udržování i změnu polohy postižených částí těla
- zajistěte pacientce vhodné pomůcky, které zabraňují vzniku komplikací vznikajících z imobility
- ved'te pacientku k soběstačnosti nebo k udržení částečné soběstačnosti
- dbejte o bezpečnost pacientky
- zaměřte se na prevenci pádu
- zhodnoťte riziko pádu dle používané klasifikace
- zapojte do nácviku chůze pac. i blízké rodinné příslušníky

### Realizace a hodnocení péče:

Při příjmu byla pacientka imobilní, zvládala pouze lehké úkony v rámci lůžka. Otáčela se sama na pravý a levý bok, s pomocí druhé osoby byla schopna se vytáhnout v lůžku. Vzhledem k mentálním a fyzickým možnostem pacientky byla zahájena intenzivní rehabilitační péče. Pacientku jsem za každý pokrok pochválila a motivovala k dalším pokrokům. Během hospitalizace došlo

u pacientky ke zlepšení pohyblivosti. Na začátku rehabilitace měla pacientka strach, bála se provést jakýkoliv pohyb, neustále hledala oporu. S rehabilitační sestrou nacvičily jak se má pacientka dostat do sedu, jaké kompenzační pomůcky k tomu využít např. hrazdičku u lůžka, žebříček, která je umístěn v čele postele. Pacientka se zvládá posadit sama lůžku i přesunout do křesla během čtrnácti dnů. Je velmi houževnatá, rehabilituje i bez přítomnosti rehabilitační sestry. Těší ji, když ji někdo za pokroky pochválí. Do měsíce od příjmu, zvládla nácvik chůze. Zatím chodí po rovině, k chůzi používá francouzské hole. Rovněž rodina, která chodila pravidelně na návštěvy se snažila s pacientkou rehabilitovat, procházeli se s ní po chodbě Při rehabilitaci velmi dobře spolupracovala, snažila se cvičit i sama.

**Cíle dosaženo.**

**7. Deficit informací v oblasti vhodných potravin u diabetické diety z důvodu nesoustředění se při podávání informací v diabetologické poradně, projevující se nedostatečnou znalostí.**

Cíl: Klientka s deficitem informací o diabetické dietě:

- umí vyjmenovat vhodné potraviny při diabetické dietě
- dodržuje doporučená opatření ohledně diety
- ví o existenci hotových dia potravin
- stravuje se 6 x denně v přiměřených porcích stravy

Ošetřovatelské intervence:

- poučte pacientku o diabetické dietě
- seznámete pacientku s hotovými potravinovými přípravky, které lze zakoupit v obchodě
- vyjmenujte vhodné i nevhodné potraviny při diabetické dietě
- vysvětlíte nutnost pravidelného stravování
- poskytněte pacientce brožurky a informační letáčky o diabetes mellitus a dietě
- zprostředkuje setkání s nutričním terapeutem
- opakovaně se ujistěte, že pacientka všemu rozumí
- náhodně pokládejte otázky

Realizace a hodnocení péče:

Pacientka projevila zájem o možnosti dovědět se informace o diabetické dietě, i když už je slyšela, ale už je to delší čas. Sama se aktivně ptá, letáčky i brožurky si přečetla. Měla zájem o schůzku s nutričním terapeutkou, která jí ochotně podala množství informací o dietě, přípravě jídla, energetické hodnotě stravy atd. Pacientka vyjadřuje verbální spokojenost.

**Cíle dosaženo.**

## **ad 1.4.2 - Potencionální diagnózy v den příjmu na oddělení**

### **1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity projevující se bolestí a negativním bakteriologickým nálezem v LDK.**

Cíl: Klientka s potencionálním rizikem vzniku infekce:

- nejeví známky infekce
- nepociťuje bolest nebo je bolest na hranici únosnosti
- dosahuje progresivního zlepšení při hojení rány LDK
- chápe nutnost časně mobilizace

Ošetrovatelské intervence:

- popište stav rány ( typ, velikost, hloubku, okolí rány, sekrece, zápach, fázi hojení, přítomnost infekce )
- denně kontrolujte stav rány a zaznamenávejte do ošetrovatelského listu
- provádějte převaz za aseptických podmínek a podporujte prokrvení sousedních tkání, aby se podpořil přirozený proces hojení
- sledujte proces hojení
- dbejte na časnou mobilizaci pacientky
- dle ordinace lékaře odeberte vzorky exsudátu na kultivaci a citlivost ATB
- sledujte laboratorní výsledky, zejména krevní obraz, elektrolyty, glukózu a kultivace
- proveďte vyhodnocení rizika výskytu dekubitu podle Nortonové tabulky a zaveďte záznam o ošetřování ran
- dbejte na dobrou výživu s adekvátním příjmem bílkovin a vitamínů důležitých pro proces hojení
- edukujte pacientku v oblasti výživy, mobilizace, a zabránění vzniku infekce

### Realizace a hodnocení péče:

Převaz rány na LDK byl prováděn každý den. Po sejmutí předchozího obvazu, byla rána nejprve vyčištěna Ringerovým roztokem, sterilním čtvercem osušena, do defektu byla aplikována Iruzol mast, okolí bylo ošetřeno borovou mastí, celá rána byla kryta sterilními čtverci a obinadlem. Poté byly obě dolní končetiny ošetřeny borovou mastí až ke kolenům, a provedena bandáž elastickými obinadly až k tříslům. Převazovalo se vždy dopoledne, po ranní hygieně, kdy bylo lůžko i pacientka v čistotě, aby nedošlo k zanesení infekce do defektu. 1 x týdně se rána měřila.

Po měsíci došlo k úpravě terapie. Rána se nadále čistila Ringerovým roztokem, na defekt se dával Atrauman Ag a sterilní čtverce namočené v Dermacynu. i nadále se dělaly bandáže DK až k tříslům.

Během převazu se pacientka vždy aktivně zajímala, jak se defekt hojí, jak to vypadá. Vždy, když se rána měřila si pacientka zjištěné údaje zapisovala do kalendáře, který měla na stolečku. Při převazu vždy spolupracovala, namotávala elastická obinadla atd.

Přes veškerou snahu ošetřovatelského personálu a spolupráci pacientky došlo ke kolonizaci rány LDK methicillin rezistentním Staphylococem Aureem. Převazy byly prováděny denně dle ordinace lékaře a za aseptických podmínek, přesto se nepodařilo infekci zabránit. Velikost, hloubka, okolí rány i exsudace zůstaly nezměněny.

**Cíle nedosaženo.**

### 2.4.3 Ošetrovatelské diagnózy k 62. dni v LDN

V průběhu dvouměsíční hospitalizace na našem oddělení došlo u pacientky ke značným pokrokům zejména v oblasti mobility a sebeděče. S pacientkou jsem navázala vztah založený na důvěře a vzájemném respektu. Vždy když jsem byla ve službě, jsem si udělala na svou pacientku čas, abychom si mohly popovídat. Pokaždé jsem se jí ptala zda něco nepotřebuje, jestli ji nemohu s něčím pomoci či poradit. Často jsme si povídaly jen tak o všedních věcech denního života, o její rodině, přátelích atd. Zároveň se mi pacientka pochlubila a převedla jakých pokroků dosáhla. Vždy měla velkou radost, když se jí něco povedlo.

Za největší úspěch u pacientky považuji zlepšení její mobility. Na naše oddělení byla přijatá jako ležící, pohyblivá jen v rámci lůžka. V současné době chodí o dvou francouzských holí, stravuje se v jídelní místnosti na oddělení, chodí se dívat na televizi do denní místnosti, když je hezké počasí, prochází po parku v areálu, nebo si jde sednout na verandu, které naše oddělení má. Zde také nejčastěji čeká a vítá své návštěvy. Rovněž ji zlepšení mobility, umožnilo, aby se mohla chodit vyprazdňovat na WC. Na začátku hospitalizace se pacientka vyprazdňovala do plenkových kalhotek, což byl jeden z větších problémů, který pacientku, trápil. Zvýšená pohybová aktivita vedla k postupnému snížení tělesné hmotnosti,. Za dva měsíce pacientka snížila váhu o 5 kg. Zlepšila se jí svalová síla dolních končetin zároveň se jí lépe dýchá..

V oblasti pitného režimu zvýšila příjem tekutin, snaží se vypít během dne minimálně 2500 ml tekutin, kožní turgor je v normě, sliznice jsou vlhké. Ve stravování dodržuje dietu č.9 (diabetická), umí vyjmenovat vhodné potraviny. Těší se až půjde domů, ráda vaří a peče.

I nadále se provádí aseptické ošetřování rány na LDK po metatarzální amputaci. Zde bohužel nejsou úspěchy velké, proces hojení je totiž komplikován chronickým onemocněním diabetem mellitem. Dle ordinace lékaře byl proveden stěr z rány na mikrobiologickou kultivaci + citlivost.

#### **2.4.4 Stanovení ošetrovatelských diagnóz při pozitivním výsledku MRSA v LDK**

62. den byl u pacientky proveden stěr z rány LDK, na kultivaci a citlivost ATB, jelikož nedocházelo ke zlepšení hojení. Velikost, hloubka i okolí rány zůstávaly beze změn. Z laboratoře byl nahlášen pozitivní výsledek na methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus*. Z tohoto důvodu bylo nutné provést neprodleně protiepidemická opatření dle pokynů hygienické stanice. Jednalo se o zavedení přísného bariérového režimu, což je systém opatření, který zabraňuje šíření nozokomiálních nákaz. Jsou to opatření, která se týkají pokynů pro personál, pracovních opatření a zásad vlastní ošetrovatelské péče o pacienta s nozokomiální nákazou. Opatření se týkají i poskytnutí informací nemocnému a jeho rodinným příslušníkům. Naskytl se mi tak možnost sestavit nové ošetrovatelské diagnózy, s ohledem ke vzniklé situaci, týkající se ošetrovatelské péče o pacientku s infekcí methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus*.

Pacientka byla po předchozím rozhovoru s lékařem, který ji informoval o pozitivním výsledku stěru z LDK a o nutnosti provést protiepidemická opatření, přestěhována na třílůžkový pokoj. Na pokoji byla sama, neboť se jednalo o izolaci v rámci daných opatření. K dispozici měla na pokoji televizi, rádio, lednici, jídelní stůl, šatní skříň, lůžko bylo vybaveno antidekubitní omyvatelnou matrací. V rámci daných opatření byl pokoj dále vybaven dvěma odpadkovými koši s víkem, dvěma umělohmotnými koši s víkem na znečištěné prádlo, dezinfekcí u umyvadla, zásobníkem na papírové ručníky, zásobníkem na jednorázové gumové rukavice. Na pokoji byl ponechán tonometr, fonendoskop a digitální teploměr.

U pacientky byla prováděna denně celková koupel v dopoledních hodinách. Provedení hygieny u této pacientky jsme nechávaly na konec, až po vykoupání ostatních pacientek. Pacientku jsme v koupelně osprchovaly, vzhledem k ráně na LDK a horší mobilitě, nebylo možné pacientku koupat ve vaně. Po osprchování, byla provedena dekolonizace kůže Prontoderm roztokem, který se nechal na kůži zaschnout. Rána po amputaci na LDK byla očištěna roztokem Prontosanu, na ránu byl dán Braunovid mast, sterilně kryta

a převázána. Obě dolní končetiny byly dále ošetřeny Borovou masťou a byla provedena bandáž až k tříslům. Ráno a večer byla u pacientky ošetřována dutina nosní Prontoderm gelem light z preventivních důvodů. Pacientka byla poučena, aby si po použití WC ošetřovala ruce Septoderm gelem.

Úklid u pacientky probíhal 3 x denně, a to vždy ráno a odpoledne a navečer. Podlaha se vytírala dezinfekčním prostředkem Desam OX, povrchy (včetně kliky u dveří, ovladače na televizi, vypínačů) se dezinfikovaly Desprejem.

Výměna ložního prádla se prováděla 2 x denně, použité prádlo se dávalo červených igelitových pytlů, které byly výrazně označeny nápisem MRSA. Infekční odpad, jako byl například použitý převazový materiál se dával do malých červených igelitových pytlů, které se co nejdříve dávaly k likvidaci.

Kontrolní stěry byla provedeny i u ostatních pacientek se kterými byla pokoji. Jednalo se o pět pacientek, u kterých byly provedeny výtěry, z krku, nosní dutiny a perinea. Všechny pacientky měly výsledek negativní.



### **2.4.5 Aktuální ošetrovatelské diagnózy při pozitivním výsledku MRSA v LDK**

1. Nedostatek informací z důvodu nezkušeností s danou problematikou, projevující se strachem, úzkostí a verbální žádostí o informace.

2. Sociální izolace z důvodu protiepidemického opatření při výskytu MRSA, tj. uložení na jednolůžkový pokoj, projevující se pocitem osamělosti, sníženou aktivitou a pocitem špatné nálady.

3. Porucha kožní integrity aktuální z důvodu poruchy výživy (nadváha), snížené pohyblivosti a chronického onemocnění (diabetes mellitus), projevující destrukcí tkání s následnou komplikací MRSA.

4. Porucha spánku z důvodu psychického stresu, projevující se verbální stížností na potíže s usínáním, stížností na únavu, objektivně se projevující apatií a častým zíváním.

5. Nedostatek aktivity z důvodu izolace a osamocení, projevující se verbálním vyjádřením touhy po nějaké činnosti a zvyšující se dobou spánku přes den.

### **2.4.6 Potencionální ošetrovatelské diagnózy při pozitivním výsledku MRSA v LDK**

1. Riziko nedostatečné spolupráce z důvodu nedostatečných znalostí o infekci MRSA, projevující se slovní bagatelizací o infekci MRSA od pacientky.

## **ad 1.4.4 - Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. Nedostatek informací z důvodu nezkušeností s danou problematikou, projevující se strachem, úzkostí a verbální žádostí o informace.**

#### Cíl: Klientka s nedostatkem informací:

- správně chápe informace a v plné šíři jim rozumí
- má dostatek informací
- dochází ke zmírnění strachu a úzkosti
- důvěřuje ošetrovatelskému personálu

#### Ošetrovatelské intervence:

- vysvětlíte pacientce výkony, pomůcky, nástroje a přístroje, které během ošetřování používáte, svá vysvětlení průběžně opakujte
- ujistěte, že vám pacientka rozumí
- poskytněte pacientce dostatečný časový prostor na otázky
- vysvětlíte nutnost daných protiepidemických opatření při výskytu MRSA
- požívejte slovní zásobu a výrazy, kterým bude pacientka rozumět
- udržujte oční kontakt s pacientkou během podávání informací
- komunikujte s pacientkou klidným hlasem
- projevujte empatii při úzkosti a strachu, který pac. pociťuje
- edukaci provádějte i pomocí letáčků a brožurek
- poskytněte dostatek informací i rodině

#### Realizace a hodnocení péče:

Pacientce byly poskytnuty veškeré informace o postupech při zajišťování přísného bariérového režimu. Pacientku rovněž informoval i ošetřující lékař. Informace se týkaly zejména o nutnosti izolace pacientky od ostatních pacientů, o postupech při osobní hygieně pacientky, ošetřování rány LDK a provádění úklidu na pokoji. Pacientce bylo rovněž vysvětleno, že se jedná o základní opatření v prevenci šíření nozokomiálních nákaz, nutných i k přerušení cesty

přenosu infekce na ostatní pacienty a zdravotnický personál. Pacientka byla při zjištění dané komplikace nervózní a neklidná. Zpočátku byla zamlklá, měla slzy v očích. Pacientku jsem se snažila verbálně uklidnit. Také informace jsem pacientce podávala opakovaně, aby bylo zajištěno, že jim pacientka rozumí. Při kontrolních dotazech, které jsem pacientce dávala, odpovídala správně, uvědomuje si nutnost dodržovat doporučená opatření. Informováni byli i její rodinní příslušníci. Rovněž rodina ze začátku projevovala překvapení a nejistotu. Rodina byla ujištěna, že se mohou kdykoliv na cokoliv zeptat, pokud by si při návštěvě pacientky nebyli něčím jistí. Pacientce i rodině byl poskytnut letáček, který jim podával podrobné a srozumitelné informace (Příloha č.3). Spolupráce s pacientkou i rodinnými příslušníky byla výborná. Rodina během návštěv dodržovala doporučená opatření, projevovali zájem o danou problematiku.

**Cíle dosaženo.**

**2. Sociální izolace z důvodu protiepidemického opatření při výskytu MRSA, tj. uložení na jednolůžkový pokoj, projevující se pocitem osamělosti, sníženou aktivitou a pocitem špatné nálady.**

Cíl: Klientka se sociální izolací:

- pacientka chápe, kde je zdroj jejich potíží
- zvládne techniky efektivního vyrovnávání se s novou situací
- udržuje harmonický vztah s rodinou
- využívá jiné techniky spojené s kontaktem společnosti např. mobilní telefon

Ošetřovatelské intervence:

- informujte pacientku o nutnosti izolace od ostatních pacientů
- informujte rodinu o nezbytnosti daných opatření
- nechte pacientce možnost upravit si pokoj, rozhodnout si, kde má být co uloženo
- ujistěte se, že pacientka všemu rozumí
- nabídněte pacientce k prostudování letáčky a brožurky o infekci MRSA
- pomozte pacientce naučit se redukovat stres a osvojit si alternativní techniky, jak se vyrovnat s pocity osamělosti a zvládnout situaci

Realizace a hodnocení péče:

Pacientce byla vysvětlena nutnost izolace od ostatních pacientů. Pacientka měla k dispozici na pokoji televizi, rádio, knihy. Dle časových možností se personál snažil pacientce věnovat co nejvíce a komunikovat s ní. Taktéž byly dohodnuty návštěvy rodiny u pacientky. Rodina se snažila pacientku navštěvovat co nejčastěji, během návštěvy si povídají hrají společenské hry např. člověče nezlob se, karty atd. Pacientka se na návštěvy vždy velmi těšila. Ráda o své rodině povídala ošetřujícímu personálu. Pacientka chápe situaci, spolupracuje, nálada se jí zlepšila.

**Cíle dosaženo.**

**3. Porucha kožní integrity aktuální z důvodu poruchy výživy (nadváha), snížené pohyblivosti a chronického onemocnění (diabetes mellitus), projevující se destrukcí tkání s následnou infekcí MRSA.**

Cíl: Klientka s poruchou kožní integrity aktuální:

- má negativní laboratorní výsledky z kultivace rány LDK
- dochází k regeneraci porušené tkáně
- neobjevují se žádné jiné komplikace v procesu hojení
- se účastní preventivních opatření a léčebného programu
- dodržuje protiepidemická opatření při výskytu MRSA

Ošetrovatelské intervence:

- převaz rány LDK provádějte 2 x denně, dle pokynů hygienické stanice a ošetřujícího lékaře
- pravidelně kontrolujte a zaznamenávejte stav hojení rány LDK
- převaz provádějte za přísných aseptických podmínek
- používejte jen roztoky, masti a gely, které jsou účinné proti infekci MRSA
- dodržujte všechny postupy k zabránění šíření infekce MRSA
- používejte vhodný obvazový a krycí materiál, aby nevznikla alergie
- informujte pacientku o všem, co během převazu děláte
- podporujte pacientku k pohybu
- stěr z rány LDK na kultivaci a citlivost na ATB provádějte dle instrukcí mikrobiologické laboratoře
- sledujte výsledky z laboratoře

Realizace a hodnocení péče:

Pacientce byla rána na LDK ošetřována 2 x denně dle doporučení hygienické stanice a pokynů lékaře.

Po celkové koupeli, kdy byla zároveň prováděna dekolonizace povrchu těla a sliznic přípravkem Prontoderm roztok, který se nemusí oplachovat a zůstává tak na povrchu těla, také rána LDK byla opláchnuta, ale roztokem Prontosanu,

poté byla rána ošetřena Braunovidonem a sterilně kryta. Po celou dobu převazu byly dodržovány aseptické podmínky.

Dutina nosní byla vytírána Prontoderm gelem light 2x denně. Ve 14-denních intervalech byly prováděny kontrolní stěry na kultivaci a citlivost na ATB z nosu, krku, perinea a rány LDK. Vždy se prováděla série stěrů sterilními štětkami ( 3 x 3 dny po sobě ), aby mohlo dojít ke zrušení bariérového režimu, musely být všechny stěry ve třech sériích negativní. Veškeré ošetrovatelské výkony, které byly u pacientky prováděny, byly zaznamenány do dekurzu a ošetrovacího listu.

K dekolonizaci MRSA došlo u pacientky po dvou měsících ošetřování.

**Cíle dosaženo.**

**4. Porucha spánku z důvodu psychického stresu, projevující se verbální stížností na potíže s usínáním, stížností na únavu, objektivně se projevující apatií a častým zíváním.**

Cíl: Klientka s poruchou spánku:

- usíná do 30 minut po uložení do lůžka
- ovládá relaxační techniky, které navozují spánek
- verbálně konstatuje zlepšení svého spánku
- udává zlepšení celkové pohody a odpočinitosti
- spí v noci bez přerušení minimálně 6 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- sledujte průměrnou délku spánku pacientky
- udržujte klidné a tiché prostředí
- aktivizujte pacientku přes den
- posuďte souvislost spánkové poruchy se vzniklou zdravotní komplikací
- pozorujte fyzické známky únavy
- pokud je nutný spánek během dne, doporučte tak činit v dopoledních hodinách. Odpolední pospávání může narušit noční spánek.
- vyzkoušejte různé způsoby, jak zlepšit kvalitu spánku (např. teplé mléko před spaním, vyvětrání pokoje, poslech meditační hudby atd.).

Realizace a hodnocení péče:

Po podrobné ošetrovatelské anamnéze a důkladném rozhovoru, byly pacientce navrhnuty možnosti, jak zlepšit kvalitu spánku. Pacientka vyzkoušela některá navrhovaná doporučení. Nechala si od manžela přinést CD přehrávač a CD s meditační hudbou. Pacientka vyjadřuje slovní uspokojení, hudba se jí moc líbí. Nejraději poslouchá hudbu s ptačím zpěvem. Uvádí, že došlo ke zlepšení spánku. Léky na spaní stále nepotřebuje. Ráno se cítí svěží a odpočinitá.

**Cíle dosaženo.**

**5. Nedostatek aktivity z důvodu izolace a osamělosti, projevující se verbálním vyjádřením touhy po nějaké činnosti a zvyšující se dobou spánku přes den.**

Cíl: Klientka s nedostatkem aktivity:

- si uvědomuje své vlastní psychické reakce, pocity nudy a beznaděje a snaží se je překonat
- najde si vhodné aktivity, které by ji zabavily během dne
- udává zlepšení nálady

Ošetřovatelské intervence:

- v rámci ošetřovatelské anamnézy zjistěte pacientčiny zájmy a koníčky
- sledujte pacientku ve volných chvílích, její činnosti a komunikaci
- poskytněte pacientce vhodné stimuly, jako hudbu, hry, literaturu, možnost sledování televize, návštěvy a relaxační techniky
- k odstranění stereotypu a povzbuzení mysli pomáhejte pacientce zvolit si nejvhodnější techniky aktivity
- zapojte do péče fyzioterapeuty, ergoterapeuty, rodinné příslušníky atd.

Realizace a hodnocení péče:

Ve spolupráci s rodinou byly pacientce navrhnuty možnosti, jak se zabavit během dne.

Pacientka doma ráda pletla a háčkovala. Rodina donesla pacientce potřebné věci, aby se mohla věnovat svým zálibám. Také jí byly přineseny knížky a časopisy. Na pokoji má pacientka k dispozici televizi a rádio. Poté co se mohla pacientka věnovat svým koníčkům se jí nálada zlepšila. Sama vyjadřovala uspokojení a ukazovala své práce. Měla radost, že může zase něco vytvářet. Chtěla uplést svetríky na zimu pro svoje vnučata. Má dvě vnučky - dvojčata. Snažila se přes den nespát.

**Cíle dosaženo.**



## **ad 1.4.5 - Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

### **1. Riziko nedostatečné spolupráce z důvodu nedostatečných znalostí o infekci MRSA, projevující se slovní bagatelizací o MRSA od pacientky.**

#### Cíl: Klientka s rizikem nedostatečné spolupráce:

- pochopí podstatu svého onemocnění a základní principy léčby
- je zapojena do péče a aktivně se na ní podílí
- zahájí potřebné změny životního stylu a účastní se léčby
- pacientka ví, co je infekce MRSA

#### Ošetrovatelské intervence:

- zjistěte, co ví pacientka o infekci MRSA
- všimněte si celkového chování a postojů pacientky k infekci v závislosti na jejím věku a závažnosti zdravotního stavu
- snažte se odhadnout její vnitřní pocity, zábrany a vše co ji trápí
- získejte důvěru pacientky
- motivujte pacientku ke spolupráci
- poskytněte pacientce možnost prostudovat informační letáčky a brožury

#### Realizace a hodnocení péče:

Během hospitalizace jsem se u pacientky snažila získat její důvěru, abychom mohly úspěšně zvyšovat její soběstačnost a sebepěči. Při vzniklé komplikaci MRSA infekcí jsem se snažila být pacientce co nejvíce k dispozici, abych mohla zodpovědět její dotazy, zmírnit úzkost a motivovat ji ke spolupráci. Vstřícným a klidným přístupem jsem se jí snažila dát najevo, že se jedná i situaci, která se dá při dodržování určitých pravidel zvládnout.

Spolupráce s pacientkou byla velmi dobrá. Rovněž spolupráce s její rodinou je výborná.

**Cíle dosaženo.**

## 2.5 Dlouhodobý plán péče

Pacientka byla přijata do LDN k pokračování rehabilitace, kdy šlo hlavně o nácvik vertikalizace a zároveň k ošetrovatelské péči po transmetatarzální amputaci LDK. Převozby LDK byly prováděny 1 x denně za přísných aseptických podmínek, i přesto bohužel došlo ke kolonizaci rány methicillin rezistentním *Staphylococem aureus*. Bylo důležité, aby došlo k dekolonizaci rány, aby mohlo dojít k procesu hojení.

Rehabilitace probíhala 2 x denně, dopoledne a odpoledne ve spolupráci s rehabilitační sestrou. V průběhu dne a o víkendech cvičila pacientka sama nebo za pomoci rodiny.

Během hospitalizace se soběstačnost výrazně zlepšila, a to jak v oblasti sebeděče tak i v mobilitě. Pacientka se postupně zvládla posadit v lůžku sama, přemístit se na pokojové WC, za pomoci vozíčku dojet na WC, po měsíci hospitalizace již zvládala chůzi o dvou francouzských holí.

Motivací ke zvyšování soběstačnosti jí bylo, že si ji rodina chtěla vzít domů. Důležité bylo, aby byla pacientka mobilní a co nejvíce soběstačná v oblasti sebeděče, neboť rodinní příslušníci včetně manžela chodí do práce.

## 2.6 Hodnocení psychického a sociálního stavu

Pacientka byla na oddělení přijata 23.6.2010, kdy byla uložena na šestilůžkový pokoj, což jí vyhovovalo, neboť byla velmi společenská a komunikativní. Hned v den příjmu se snažila seznamovat s ostatními spolupacientkami na pokoji. Před příjmem na naše oddělení, dle jejího sdělení byla mírně depresivní a úzkostná, neboť jí vadilo, že má být přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných. Myslela si, že půjde do nějakého rehabilitačního centra. Bohužel i v dnešní době, má pověst LDN spíše negativní. I v dnešní moderní a civilizované době je LDN chápána jako místo kam se chodí umírat.

Během pobytu pacientka spolupracovala, snažila se být co nejvíce soběstačná ve všech oblastech sebepečce (oblékání, stravování, hygiena atd.). Velmi intenzivně se věnovala rehabilitaci. Nejlepší náladu měla pokud měla návštěvu a to nejen rodiny, ale i svých přátel.

Bohužel, během hospitalizace došlo u pacientky ke komplikaci nákazou MRSA, která ji velmi omezovala v jejích sociálních potřebách. Pacientka byla opět v depresi, neboť došlo k její izolaci od ostatních pacientů, také návštěvy rodiny a známých byly omezeny. Rovněž tak denní režim byl narušen, jelikož se u pacientky musela provádět denně celková koupel zároveň s dekolonizací povrchu těla a sliznic. Také jí byla 2 x denně, dopoledne a večer, převazována rána na LDK.

Pacientka byla klidnější po získání informací, které jí podal ošetřující lékař a poté i její primární sestra. Informace jí byly poskytnuty nejen rozhovorem, ale i formou letáčku. Pacientka se snažila veškerá doporučení vedoucí k odstranění infekce MRSA dodržovat. Po dobu izolace se věnovala hlavně svým koníčkům, což byly hlavně ruční práce, pletení a háčkování. Rodina se snažila pacientku co nejčastěji navštěvovat, v době režimového opatření si spíše telefonovali.

Během celé hospitalizace byla spolupráce s pacientkou i její rodinou výborná.

## 2.7 Edukace

Pacientka byla během hospitalizace edukována v těchto oblastech:

1. Diabetes mellitus a diabetická redukční dieta (vhodné a nevhodné potraviny, příprava jídla, recepty)
2. Pitný režim - adekvátní příjem tekutin
3. Protiepidemiologická opatření u pacientů při výskytu MRSA

### 2.7.1 Edukace o diabetes mellitus a diabetické redukční dietě

Pacientka byla edukována o diabetické redukční dietě nutriční terapeutkou a primární sestrou. Edukace proběhla 7.den hospitalizace na pokoji. Informace se týkaly vhodných a nevhodných potravin, správné technologické úpravy při vaření. (Příloha č. 1, č. 2)

Pacientce bylo vysvětleno, že její tělo není schopno při onemocnění DM udržet správnou hladinu cukru, a proto je cílem léčby kam patří i dodržování diety, zabránění vzniku akutních i pozdních komplikací. Je proto nutné, aby hladina cukru v krvi tj. glykémie byla v určité hladině. Hladina glykémie závisí na několika faktorech: typu cukrovky, věku, pohlaví, životním stylu, přítomnosti pozdních následků cukrovky nebo jiných onemocnění. Strava by měla být rozložena do 6 dávek za den, přitom poslední jídlo by mělo být konzumováno nejpozději ve 21,00 h. Je vhodné omezit konzumaci tuku, cukru a soli. Důležitá je rovněž fyzická aktivita.

#### **Vhodné potraviny:**

Maso - doporučuje se maso libové (krůtí, kuřecí, králičí, hovězí zadní, vepřová kýta). Velmi vhodné jsou ryby ať už sladkovodní či mořské, v jídelníčku by se měly objevit aspoň 1 - 2 x týdně.

Mléko a mléčné výrobky - mléko je vhodné polotučné, nízkotučné nebo odstředěné, a také zakysané mléčné výrobky. Z mléčných výrobků jsou to bílé jogurty, tvrdý i měkký tvaroh nízkotučný, tavené i tvrdé sýry do 30% t.v s., žervé, lučina atd.

Vejsce - max. 1 kus za týden, není vhodné ve smažené formě. Nezapomínat, že se vejce používají i při přípravě různých pokrmů.

Tuky - oleje, rostlinná másla, pomazánková másla

Zelenina - bez omezení

Ovoce - téměř bez omezení, pozor jen při konzumaci příliš sladkých či přezrálých druhů, jedná se o banány, švestky nebo hroznové víno.

Doporučená technologická úprava potravin při vaření:

- dušení
- vaření
- gril
- teflon
- používat co nejméně tuk (pokrmu upravujeme na such, tuk dáváme do hotového pokrmu)
- zapékání ve vodní lázni
- pečení

### **2.7.2 Příjem tekutin**

Pacientka byla informována v tomto směru o vhodných nápojích, o adekvátním příjmu tekutin za den, o projevech organismu při nedostatečném příjmu tekutin.

Adekvátní příjem tekutin by měl být 2,5 - 3 litry za den, při zvýšené námaze, horečce, průjmu atd. by měl být ještě větší.

Vhodné nápoje - pitná voda z vodovodu:

- kojenecká voda
- stolní voda
- minerální přírodní voda
- čerstvé ovocné a zeleninové šťávy

Projevy nedostatku tekutin:

- malátnost, ospalost
- bolest hlavy
- suchá, bledá, málo vypjatá kůže
- acetonový zápach z úst
- zapadlé, lesklé oči, kruhy pod očima
- slabé močení, barva moči sytě žlutá

### **2.7.3 Protiepidemická opatření u pacientů při výskytu MRSA**

Pacientka byla nejprve lékařem informována o pozitivním výsledku ze stěru rány LDK, o infekci MRSA a nutnosti provést opatření k zabránění šíření infekce.

Mezi opatření, která vedou k eliminaci šíření patří izolace pacienta od ostatních pacientů, požívání jednorázových ochranných pomůcek personálu, vyčleněné pomůcky, které se používají jen pro infikovaného pacienta, vhodné léčebné přípravky k ošetřování kůže a sliznic.

Pacientce i rodině byli dány k dispozici informační letáčky a prostor pro zodpovězení případných dotazů. (Příloha č.3)

## 2.8 Prognóza

Velkou roli při léčbě MRSA infekce hraje celkový zdravotní a psychický stav pacienta. Prognóza úspěšného vyléčení je tedy dána somatickým stavem pacienta, přidruženými nemocemi a dalšími faktory jako je např. věk, doba hospitalizace atd. Ve většině případů se nákaza neléčí antibiotiky, ale provádí se tzv. dekolonizace v místě nálezu, za pomoci dezinfekčních přípravků, které jsou určeny svou účinností proti MRSA. Léčba je zdlouhavá a finančně náročná. Důležitá je rovněž spolupráce pacienta, který musí dodržovat přísná bariérová opatření.

V případě pacientky AB byla léčba úspěšná. Pozitivními faktory, které vedly k úspěšnosti v léčbě, v jejím případě byly pozitivní přístup k danému problému, dobrá spolupráce s rodinou, věk a zdravotní stav.

## Závěr

Příklad, který uvádím ve své bakalářské práci, byl prvním výskytem methicillin rezistentního *Staphylococca aurea* na oddělení, kde pracuji. Tudíž se veškerý personál na oddělení seznamoval s problematikou protiepidemických opatření při výskytu infekce methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus*.

Z praxe mohu říci, že se jedná o zatěžující komplikaci, nejen co se týká dodržování protiepidemických opatření, které zatěžují plynulý chod oddělení, vysokých ekonomických nároků, ale i uspokojování potřeb pacientky a péčí o ní.

Pacientka během celé hospitalizace spolupracovala. Snažila se dodržovat všech rad a doporučení, které jí byly poskytnuty. Rovněž tak spolupráce s rodinou byla vynikající.

Ošetřování LDK po transmetatarzální amputaci probíhá i nadále, neboť hojení je komplikováno diabetem mellitem. A v průběhu hospitalizace také kolonizací rány *Staphylococem aureem*, kterou se, ale podařilo odstranit. Dochází k pozvolnému hojení, zmenšování rány, okraje rány jsou čisté, probíhá epitelizace. Před propuštěním pacientky do domácího ošetřování byla rodina instruována primární sestrou o postupu převazování rány. Pokud bude pacientka spolupracovat, mít zájem, a nedojde ke komplikacím v hojení rány, ke zhoršení zdravotního stavu je v plánu pacientku objednat na protetickou ambulanci.

Před propuštěním byla pacientka i rodina informována o možnosti objednat si přes domácí agenturu, vyškolenou sestru na převazování ran. Také byla nabídnuta možnost donáškové služby stravy.

Pacientka i její rodina byly spokojeni s úrovní a kvalitou poskytnuté péče. Ocenili zejména individuální přístup a ochotu personálu nejen k pacientce, ale i k rodinným příslušníkům.



# Souhrn

Ve své bakalářské práci jsem zaměřila na ošetrovatelský proces u pacientky s dg. MRSA v léčebně dlouhodobě nemocných. Methicillin rezistentní Staphylococcus Aureus je kmen, který je rezistentní na většinu běžně používaných antibiotik. Ve zdravotnických zařízeních se objevuje většinou endemicky, jako původce nebezpečných nozokomiálních nákaz.

Při ošetřování a vyšetřování a pacienta s infekcí MRSA je třeba dodržovat přísný bariérový režim a tím minimalizovat přenosu infekce. Jedná se o izolaci pacienta, zásad vstupu na osob na pokoj, transport infekčního materiálu, osobní hygienu pacienta, péči o lůžkoviny a osobní pomůcky pacienta, každodenní úklid a dezinfekci pokoje, dezinfekci použitých pomůcek, odpad, návštěvy u pacienta, převoz pacienta a hlášení výskytu MRSA příslušné hygienické stanici.

Práci jsem rozdělila na klinickou a na ošetrovatelskou část.

V klinické části popisuji všeobecně problematiku MRSA a základní lékařské informace o pacientce .

V praktické části se zabývám sběrem ošetrovatelské anamnézy a stanovením ošetrovatelských diagnóz před a při stanovení průkaznosti infekce MRSA u pacientky hospitalizované v léčebně dlouhodobě nemocných. Zaměřuji se rovněž na psychický a sociální stav pacientky, a neméně prostoru věnuji edukaci pacientky.

Na závěr práce jsou zařazeny seznam použité literatury, seznam použitých zkratk a přílohy.

## Seznam použité literatury a zdroje

- 1.) Bencko, V., et. al., *Hygiena a epidemiologie*, 1. vydání, Praha: Karolinum, 2006, str. 166 - 168, ISBN 80-246-1129-5
- 2.) Bednář, M., et. al., *Lékařská mikrobiologie, bakteriologie, virologie, parazitologie*, 1. vydání, Praha: Marvil, 1996, 558 stran, ISBN —
- 3.) Bergerová, T., et. al., *Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie: Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních*, 1. vydání, Praha: SZÚ, 2006, 18 stran, ISSN 1211 - 7358
- 4.) Doenges, M., Moorhouse, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Grada Publishing, 2001, 565 stran, ISBN 80-247-0242-8
- 5.) Gopfertová, D., et. al., *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena*, 3. vydání, Praha: Triton, 2002, 148 stran, ISBN 80-7254-223-0
- 6.) Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., *Ošetrovatelstvo I.*, 1. vydání, Martin: Osveta, 1995, 838 stran, ISBN 80-217-0528-0
- 7.) Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., *Ošetrovatelstvo II.*, 1. vydání, Martin: Osveta, 1995, strany 839 - 1447, ISBN 80-217-0528-0
- 8.) Maďár, R., Podstatová, J., Řehořová, J., *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2006, 180 stran + strany barevné přílohy, ISBN 247-1673-9
- 9.) Staňková, M., *Základy teorie ošetrovatelství*, 1. vydání, Praha: Regleta s.r.o., 193 stran, ISBN 80-7184-243-5 (str.75)

- 10.) Podstatová, H., *Základy epidemiologie a hygieny*, 1.vydání, Praha: Galén a Karolinum, 2009, str. 88 - 94, ISBN 978-7262-597-0 (Galén), ISBN 978-80-246-1631-5 (Karolinum)
- 11.) Šrámová, H., *Nozokomiální nákazy*, 1. vydání, Praha: Maxdorf-Jessenius, 224 stran, ISBN 80-85912-00-7
- 12.) Trachtová, E., et. al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 186 stran, ISBN 80-7013-324-4
- 13.) Workman, B. A., Bennett, C. L., *Klíčové dovednosti sester*, 1.vydání, Praha: Grada Publishing, 2006, 260 stran, ISBN 80-247-1714-X
- 14.) *Doporučené postupy pro kontrolu MRSA* [online]. c2011 [cit. 2011-02-04]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.spnn.estranky.cz/clanky/dokumenty/doporucene-postupy-pro-kontrolu-mrsa.html>>
- 15.) *Problematika methicilin rezistentních kmenů Staphylococcus aureus (MRSA)*. c2007 [2011-02-12]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.khsova.cz/01\\_obcanum/mrsa.php?datum=2004-11-25](http://www.khsova.cz/01_obcanum/mrsa.php?datum=2004-11-25)>
- 16.) Mayerhoferová, S. *Protiepidemická opatření u pacientů při výskytu MRSA (methicillin rezistentní Staphylococcus aureus) - multirezistentní kmeny - doporučovaný postup*. c2010 [cit. 2011-02-04]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.supervize-poradenstvi.cz/images/ke-stazeni/doporuceni-hs-hlm-prahy.pdf>>
- 17.) Urbášková, P. *O EARS-Net v České republice*. c2008-2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.szu.cz/ears-net-4/o-earss-v-ceske-republice>>
- 18.) Bergerová, T., et al. *Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních*. c2006 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.bpp.cz/solan/PDF/MRSA\\_1.pdf](http://www.bpp.cz/solan/PDF/MRSA_1.pdf)>

## Seznam použitých zkratek

ATB - antibiotika  
apod. - a podobně  
atd. - a tak dále  
BMI - body mass index  
cpsl. - kapsle  
D - dech  
DM - diabetes mellitus  
drg. - dražé  
h. - hodina  
ECT - elektrokonvulzní terapie  
EKG - elektrokardiograf  
LDK - levá dolní končetina  
LDN - léčebna dlouhodobě nemocných  
max. - maximálně  
mg - miligramů  
ml - mililitrů  
MRSA - methicillin rezistentní Staphylococcus aureus  
např. - například  
NN - nozokomiální nákaza/y  
oš. dg. - ošetřovatelská diagnóza  
P - puls  
PAD - perorální antidiabetika  
pav. - pavilon  
p.p. - podle potřeby  
RHB - rehabilitace  
tbl - tableta/y  
tj. - to jest  
TK - krevní tlak  
TKI - tým pro kontrolu infekcí

TT - tělesná teplota

t. v s. - tuku v sušině

ung. - unguentum (mast)

WC - toaleta

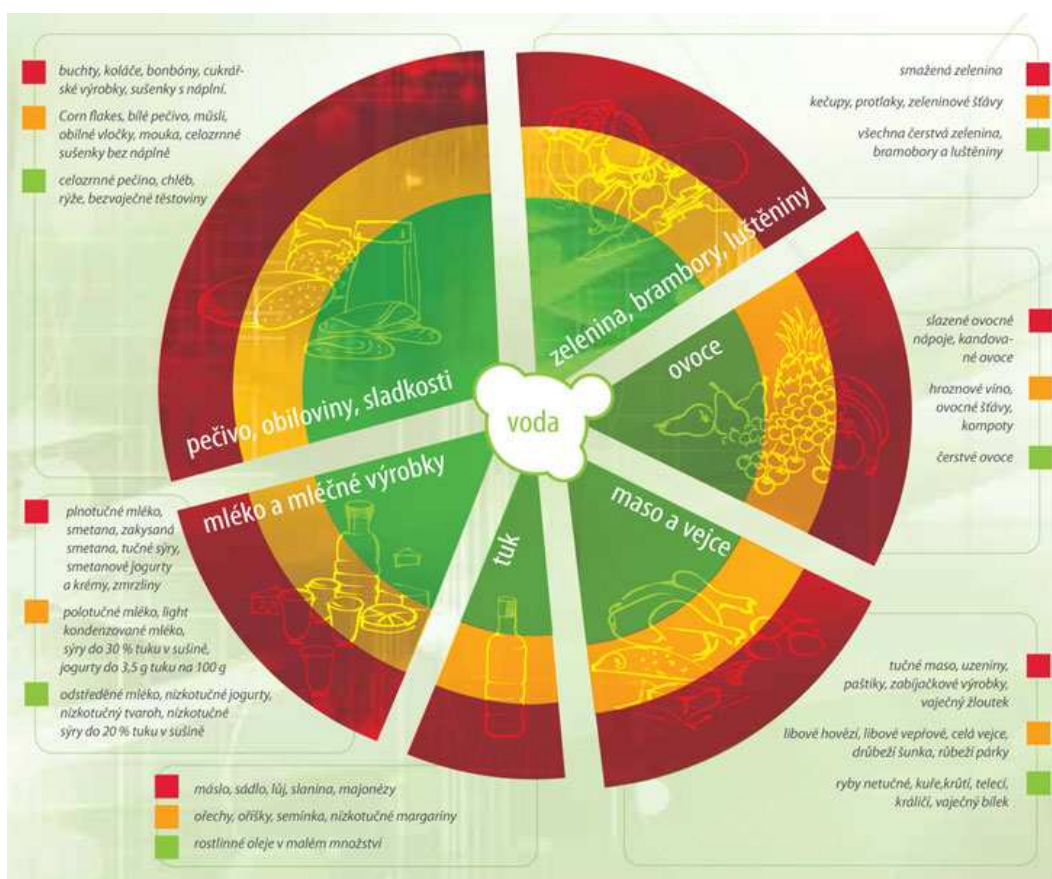
## Seznam příloh

Příloha 1 - Jaké potraviny konzumovat a jakým se vyhnout.....	1
Příloha 2 - Hlavní zásady stravování při diabetu.....	2
Příloha 3 - Informace pro pacienta s nálezem MRSA.....	4
Příloha 4 - Hodnocení bolesti.....	7
Příloha 5 - Anamnéza pacienta.....	8
Příloha 6 - Záznam o ošetrovatelské rehabilitaci.....	11
Příloha 7 - Barthelův test.....	12
Příloha 8 - Záznam o ošetrovatelské péči.....	13
Příloha 9 - Charakteristika a ošetření rány.....	14
Příloha 10 - Plán ošetrovatelské péče.....	16
Příloha 11 - Režim při indikaci MRSA.....	22
Příloha 12 - Žádost o použití formulářů PLB.....	23

## Příloha 1 - Jaké potraviny konzumovat a jakým se vyhnout

V dnešní nabídce potravin na trhu je velmi těžké se vyznat. Pro správnou zdravou stravu jsou některé potraviny velmi vhodné, některé méně a některým je potřeba se přímo vyhnout.

Následující obrázek ukazuje, které potraviny jsou pro Vás ty vhodné (označené zeleně) a které jsou vyloženě nevhodné (označeny červeně). Jednotlivé výšece pak ukazují, jaké procentní zastoupení by měly mít jednotlivé skupiny v celodenním příjmu potravy.



<http://www.mte.cz/stravovani-co-konzumovat.htm>

## **Příloha 2 - Hlavní zásady stravování při diabetu**

**1.** Kontrolujte vliv stravy na glykémii (před jídlem a 1 - 2 hod. po jídle) glukometrem nebo testačními proužky na moč.

**2.** Celodenní příjem sacharidů (polysacharidy - pečárenské a moučné výrobky např. pečivo, chléb, těstoviny, rýže, knedlíky, brambory, mouka apod.) rozdělte do několika dávek za den)

**3.** Jednoduché sacharidy (monosacharidy, disacharidy - mléko, jogurty, ovoce) konzumujte na svačinu. Velmi výjimečně konzumujte banány, hroznové víno, hrušky a švestky. Mohou negativně ovlivnit hladinu cukru v krvi.

**4.** Slad'te nekalorickými sladidly.

**5.** Sladkosti při redukční dietě se nedoporučují. Při uspokojivé kompenzaci diabetu lze konzumovat sladkosti do 50 g/den (max do 10% energické spotřeby) v rámci dodržení celkové spotřeby sacharidů za den.

**6.** Omezte živočišné tuky (sádlo, máslo, tučná masa, uzeniny, tučné sýry, tučné jogurty), obsah tuků by měl být za den < 35% (u osob s nadváhou do 30%) z celkové denní energie. Omezíte tím nejen energii, ale i příjem cholesterolu. Omezte - nejlépe vylučte z jídelníčku uzeniny.

**7.** Nejezte zbytečně množství bílkovin Doporučené množství pro dospělé je 1 - 1,5 (2) g/kg normální hmotnosti (bílkovinné potraviny obsahují i tuky). Ve velkém množství mohou mít u diabetiků negativní vliv na funkci ledvin.

**8.** Jezte dostatečné množství zeleniny a ovoce pro obsah vlákniny - doporučené množství je 40g/den vlákniny nebo 20g/1000kcal (4000kJ) z celkové denní energetické spotřeby/den. Doporučujeme 5 porcí zeleniny nebo ovoce denně a 4 porce luštěnin/týden.

**9.** Pijte dostatečné množství nesladkých tekutin minimálně 1,5 - 2 l za den.

**10.** Vylučte alkohol. Má značný obsah energie a při léčbě diabetu tabletami nebo inzulině může způsobit těžkou hypoglykémii.

**11.** Zkontrolujte obsah sacharidů a energie na obalech potravin, vybírejte si potraviny nízkoenergetické - light.

**12.** Dodržujte si odstupy mezi jídly (4 - 6 hodin mezi hlavními jídly a svačiny 2-3 hodiny po hlavním jídle).

**13.** Mějte pravidelnou fyzickou aktivitu



**14.** Pokud máte přiměřenou hmotnost, naučte se znát potraviny podle obsahu sacharidů. Pokud máte nadváhu nebo jste obézní, naučte se znát rozdělení potravin i podle obsahu energie a tuků.

**15.** Dia výrobky mohou obsahovat stejné množství sacharidů a energie jako podobné výrobky "nedia". Sacharidy a energie musí být započítány do celodenního příjmu.

Poradte se svým lékařem, jaké změny ve stravovacím režimu jsou pro vás vhodné.

#### *Kompenzace diabetu*

	<b>výborná</b>	<b>uspokojivá</b>	<b>neuspokojivá</b>
<b>nalačno</b>	4,0-6,0	6,0-7,0	>7
<b>po jídle</b>	5,0-7,5	7,5-9,0	>9

<http://www.diety.name/diabeticka/>

<http://www.abbottdiabetescare.cz/edukace/diabeticke-diety.html>

### **Příloha 3 - Informace pro pacienta s nálezem MRSA**

Vážená paní, vážený pane,

při mikrobiologickém vyšetření byla na některých místech Vašeho těla zjištěna bakterie, která je označována jako methicilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*, zkráceně MRSA. Dovolte, abychom Vás informovali o tom, co to pro Vás znamená.

Každý člověk je trvale osídlen různými druhy bakterií. Bakterie se vyskytují zejména v dutině ústní, v tlustém střevě, ale také na kůži, na nosní sliznici apod. Tyto bakterie za normálních okolností nevyvolávají žádné potíže ani onemocnění, člověk je na jejich přítomnost adaptován. Při porušení sliznice nebo při výrazném útlumu imunity však mohou i tyto běžné bakterie způsobit zdravotní komplikace - říkáme, že tyto bakterie jsou podmíněně patogenní.

Mezi takovéto podmíněně patogenní bakterie patří i stafylokoky, které se u zdravých osob mohou vyskytovat zejména na nosní sliznici a na kůži. U oslabených jedinců mohou vyvolat hnisavá ložiska v kůži nebo i v různých hlubokých orgánech a tkáních. Mohou způsobit i sepsi /otravu krve/.

MRSA patří do rodiny běžně se vyskytujících stafylokoků a odlišuje se od nich jen jednou podstatnou věcí, a tou je jeho necitlivost k obvykle používaným antibiotikům. Tuto necitlivost si stafylokoky vypěstovaly a rozšířily zejména v poslední době jako obranu před naší léčbou. Nejvyšší výskyt necitlivých bakterií je vždy na těch odděleních nemocnice, kde se antibiotika nejvíce podávají. Ve světě existují země, kde podíl necitlivých bakterií dosahuje 50% i více, u nás to jsou zatím naštěstí jen ojedinělé případy.

MRSA zůstávají stále ještě citlivé k některým antibiotikům, které si ponecháváme v záloze, léčba těmito antibiotiky je však delší, komplikovanější a také dražší. Proto se snažíme každého pacienta, u kterého byla přítomnost MRSA zjištěna, izolovat od ostatních nemocných, aby nedošlo k rozšíření této nákazy.

Upozorňujeme ještě, že samotný nález MRSA není nutně projevem onemocnění. Může se jednat o pouhé nosičství, tj. osídlení sliznic nebo kůže touto

rezistentní formou stafylokoka. V takovém případě stafylokok svým nositelům žádné potíže nedělá a neohrozí ani zdravé osoby v okolí. Může však způsobit onemocnění u jedinců s porušenou kůží, např., když mají kožní ekzém nebo nějaké povrchní poranění. Taková místa se snadno stávají vstupní branou infekce.

Nosičství MRSA může být v určitých případech vyléčeno pomocí dezinfekčních prostředků, případně může samovolně skončit tím, že se u člověka obnoví přirozené mikrobiální osídlení. Než ale k postupnému vymizení této bakterie dojde, je třeba dodržováním určitých opatření zabránit přestupu MRSA na jiné lidi a většímu rozšíření v populaci.

Sestavili jsme pravidla, která Vás budou do určité míry omezovat, znamenají však ochranu osob ve Vašem okolí. Prosíme Vás o pochopení a lidskou ohleduplnost k ostatním. Jistě se Vám v budoucnu Vaše laskavost v nějaké podobě vrátí.

*Opatření, o jejichž dodržování se budeme společně snažit, jsou následující:*

Během Vaší hospitalizace Vás musíme umístit na izolační pokoj. Zdravotnický personál bude po vstupu do Vašeho pokoje dodržovat přísnější hygienická opatření (bude si například brát zvláštní plášť, používat ústenku a rukavice, dezinfikovat si ruce před odchodem z pokoje apod.).

Jestliže po dohodě s ošetřujícím lékařem budete moci vycházet ven ze svého pokoje, prosíme Vás, abyste dodržoval(a) naše pokyny: před odchodem z pokoje si umýt a vydesinfikovat ruce, na chodbě se ničeho nedotýkat, používat jen vyčleněného WC a koupelny, nestýkat se s pacienty z jiných pokojů. Budete-li mít známky infekce dýchacích cest (rýma, kašel, apod.), musíte po opuštění svého pokoje používat ústenku.

Návštěvy Vašich blízkých nebudou omezeny, navštěvující osoby však musí dodržovat ve Vašem pokoji výše uvedená opatření.

Přítomnost MRSA není důvodem prodloužení hospitalizace ani pracovní neschopnosti. Bude-li Vaše základní onemocnění vyléčeno, můžete být propuštěn(a) do domácí péče. Můžete pak i kamkoli cestovat. Jestliže bydlíte

ve společné domácnosti s někým, kdo má porušenou kůži, domluvíme s Vámi individuální postup, aby tento člověk nebyl od Vás nakažen.

Pokud vyhledáte ambulantní ošetření jiným lékařem nebo budete kdekoli hospitalizován, informujte prosím lékaře o svém nosičství. Jestliže byste se měl(a) podrobit nějakým lékařským zákrokům, je třeba, abyste o svém nosičství informoval(a) zdravotnický personál v předstihu.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

**Zveřejněno 25. listopadu 2004**

## Příloha 4 - Hodnocení bolesti

### Hodnocení bolesti

Jméno a příjmení pacienta: *AD*

Oš. číslo:

Oddělení: *LOW 351P*

Datum: *23.6.2010* Čas: *1900h*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik - *TRAMAL 100mg 1x1 p.o.*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Datum: *24.6.2010* Čas: *800h*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik - *TRAMAL 100mg 1x1 p.o.*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Datum: *24.6.2010* Čas: *1800h*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik - *TRAMAL 100mg 1x1 p.o.*

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Datum: Čas:

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Datum: Čas:

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Datum: Čas:

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

Po podání analgetik

žádná bolest.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....nesnesitelná bolest

## Příloha 5 - Anamnéza pacienta

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

schopnost odběru dat: 23.6.2010

Jak si přejete být osloven(a): pan

TK: 140/80 puls: 80/min TT: 36,2°C dýchání: 16/min

tělesná hmotnost (kg): 92 kg výška (cm): 190 cm

celkový vzhled, úprava:  upravený  neupravený  zanedbaný  jiné:

alergie na: pylo, jvach

pozitivita:  HIV  hepatitis B  hepatitis C  jiná:

intoxikace:  alkohol  medikamenty  jiná:

suicidalita:  stav po suicid.pokusu  tendence  proklamace  automutilace

heteroagres.:  v anamnéze  verbální  brachiální  vůči lidem  vůči předmětům

užívání:  rizikové léky pády:  v anamnéze inkontinence:  v anamnéze

epidemiologie:  vši  svrab  jiné:

jiná rizika:

### TERAPEUTICKÉ, KOMPENZAČNÍ A JINÉ POMŮCKY

kanyly:  periferní žilní od:  centrální žilní od:  arteriální od:

tracheotomická kanyla: od:

sondy:  nasogastrická od:  nasojejunální od:

stomie:  gastrostomie od:  nefrostomie od:  kolostomie od:

epicystomie od:  jiné od:

močový katetr: od:

pomůcky:  kardiostimulátor  inzulínové pero  inzulínová pumpa  hůl  berle

chodítka  vozík  končetinová protéza  brýle  kontaktní čočky

oční protéza pravá  oční protéza levá  naslouchadlo pravé  naslouchadlo levé

zubní protéza horní  zubní protéza dolní  jiné:

### 1. VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

náhled na onemocnění:  úplný  částečný  žádný

motivace k léčbě:  ne  ano

návyky:  kouření, kolik cigaret denně: 50 cigaret denně (25 let je mlouví)

alkohol, jaký, jak často, kolik:

drogy, které, jak často:

gambling, jaký, jak často:

jiné, jaké, jak často:

### 2. VÝŽIVA, METABOLISMUS, KOŽNÍ INTEGRITA

stav výživy:  v normě  malnutrice  kachexie  obezita

způsob příjmu stravy:  per os  sonda  stomie  pumpa

omezení ve stravování:  ne  ano:  jaké:

dieta č.: 9

diabetes:  ne  ano:  dieta  PAD  inzulín

chuť k jídlu:  přiměřená  zvýšená  snížená  nechutenství  zvláštní chuť

jiné:

potíže a problémy při jídle:  ne  ano:

v dutině ústní  s kousáním  při polykání  pálení žáhy  říhání

zvracení  pojídá nestravitelné  jiné:

příjem tekutin za 24 hod.:  2 litry (dostatečný)  méně než 0.5 litru  méně než 1 litru

více než 2 litry

kožní turgor:  v normě  snížený  jiné:

stav sliznic:  v normě  změněné:  suché  bledé  soor  afty  jiné:

stav kůže:  bez defektu  změny na kůži:

rána - lokalizace, popis: LDK (ampulace v máku)

bércový vřed - lokalizace:

dekubit - lokalizace, stupeň:

popálenina - lokalizace, stupeň:

zarudnutí - lokalizace:

zatvrdnutí - lokalizace:

vpichy - lokalizace:

opruzenina - lokalizace:

vyrážka - lokalizace:

hematomy - lokalizace:

otoky - lokalizace:

varixy - lokalizace:

cyanóza - lokalizace:

jiné:

kožní potíže:  svědění  pálení  jiné:

### 3. VYLUČOVÁNÍ

stolice:  pravidelná; interval; kdy naposledy:

zácpa:

průjem:

jiné:

přiměsí ve stolici:

inkontinence:  občas  trvale

užívá projímadla, jaká, jak často:

močení:  bez potíží

problémy při močení:  bolest  pálení, řezání  retence  příměsy, jaké:

inkontinence:  pleny na noc  pleny celodenně

pocení:  přiměřené  nadměrné  noční  jiné:

### 4. AKTIVITA, CVIČENÍ

úroveň soběstačnosti v sebeděči, schopnost:

najíst se:  10  11  12  13  14  15

napít se:  10  11  12  13  14  15

umýt se:  10  11  12  13  14  15

vykoupat se:  0  1  2  3  4  5

obléci se:  10  11  12  13  14  15

při vyprazdňování stolice:  10  11  12  13  14  15

při vyprazdňování moči:  10  11  12  13  14  15

přesun lůžko - židle:  0  1  2  3  4  5

chůze po rovině:  0  1  2  3  4  5

chůze po schodech:  0  1  2  3  4  5

uvařit si:  0  1  2  3  4  5

nakoupit si:  0  1  2  3  4  5

udržovat domácnost:  0  1  2  3  4  5

samostatně se pohybovat na veřejných komunikacích:  0  1  2  3  4  5

samostatně používat MHD:  0  1  2  3  4  5

používat telefon:  10  11  12  13  14  15

faktory bránící tělesné aktivitě:  dušnost  bolest  srdeční onemocnění

onemocnění pohybového aparátu  nezájem o pohyb.aktivitu  celková tělesná slabost

svalové křeče  v rámci psychického onemocnění  paréza  plegie

chybějící části těla, které: **LOK (TRANSHEZITAZIČNÍ)** jiné:

volný čas, zájmy, záliby:  kultura  četba  zahrádka  sport  křížovky

rukodělná činnost  jiné:

### 5. SPÁNEK, ODPÓČINEK

spánek:  kvalitní  narušený:  zhoršené usínání  časté buzení  předčasné probuzení

nadměrná spavost  nespavost  spánková inverze  jiné:

odpočinek:  aktivní  pasivní  spí přes den

### 6. VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

vědomí:  jasné  změněné:  somnolence  delirium  zmatenost  jiné:

paměť:  neporušená  změněná:  zapomínání  amnézie  konfabulace  jiné:

myšlení:  v normě  zpomalené  zrychlené

konzentrace:  plná  částečná  nesoustředí se

vnímání:  reálné  nereálné  jiné:

psychomotorika:  v normě  změněná:

orientace:  plná orientace  plná dezorientace  částečná orientace:

osobou  časem  místem  situací

kommunikace:  adekvátní  neadekvátní:  neschopnost navázat slovní kontakt

nerozumí mluvenému slovu  nerozumí psanému slovu  jazyková bariéra

odmítá komunikovat  smyslový handicap:

jiné:

nálada:  přiměřená  nepřiměřená:  emoční labilita  subdepresivní  úzkostná

euforická  hypomanická  manická  jiné:

chování:  bez nápadnosti  změny v chování:  nedůvěřivé  ostýchavé  negativismus

apatie  verbální agresivita  brachiální agresivita  bizarnosti  tenze

rezonance  suicidální tendence  jiné:

zrak:  dobrý  zhoršený  nevidomý

sluch:  dobrý  nedoslýchavý  neslyšící

reč:  srozumitelná; plynulá  nesrozumitelná



-----  
bolest: [ ]neudává [X]udává: [ ]vnímání bolesti, (škála 1 - 10): 8  
[X]lokalizace: LDK  
[ ]typ: [ ]charakter: lupá [ ]vyzařuje:  
[ ]bolest tiší: [ ]léky, jaké:  
[X]úlevová poloha [X]relaxační technika [ ]masáže [ ]obklady [ ]jiné:  
-----

7. SEBEPOJETÍ  
povahové vlastnosti: [ ]neudává [ ]udává: [ ]optimista [ ]pesimista [X]vytrvalý/á  
[ ]bez pevné vůle [X]zodpovědný/á [ ]nezodpovědný/á [ ]jiné:  
sebevědomí: [X]v normě [ ]zvýšené [ ]snížené  
sebeobviňování: [X]ne [ ]ano; uved:  
pocity omezení: [ ]ne [X]ano; v čem; jaké: nemůžu chodit  
-----

8. ROLE - MEZILIDSKÉ VZTAHY  
sociální zázemí: *byl s manželkou v rodinném domku*  
zvládání problémů: [X]problémy neudává [ ]udává problémy:  
[ ]v rodině [ ]v partnerském vztahu [ ]v zaměstnání [ ]v mezilidských vztazích  
[ ]existenční [ ]jiné:  
-----

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST  
žena: [X]klimakterium [ ]menstruace: [ ]pravidelná [ ]nepravidelná  
[ ]naposledy, kdy: [ ]jiné:  
[ ]hormonální léčba, jaká:  
[ ]jiné:  
-----

10. STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE  
změny, krize v životě v poslední době: [ ]ne [X]ano; jaké: ampulace LDK, polyk v nemocnici  
co vyvolává stres: [X]nemoc [ ]rodina [ ]škola [ ]zaměstnání [ ]nezaměstnanost  
[ ]odchod do důchodu [ ]okolí [ ]jiné:  
zvládání stresu a krizových situací:  
[ ]nezvládá [ ]zvládá bez pomoci [X]zvládá s pomocí: *rodinou*  
[ ]relaxace [ ]alkohol [ ]drogy [ ]léky [ ]jídlo [ ]jiné:  
-----

11. VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY - *náboženství, katolické*  
životní hodnoty, uved:

duchovní hodnoty, potřeby, přání, uved:

plány do budoucna, uved: *chci chodit, dceru být doma*

co očekáváte od léčby, uved: *mobilitu, bezbolestnost*  
-----

12. JINÉ  
Co pro vás mohu nyní udělat?

Další důležité informace:

-----  
ZÁVĚR  
Specifity oddělení (doplňující informace oš. anamnézy):

Pacient byl seznámen s: [X]Právy pacientů [X]Domácím řádem [X]prostředím oddělení  
[X]službami léčebny [X]léčebnou terapií [X]výběrem ReP  
[ ]se zásadami bezpečnosti a ochrany zdraví při provádění léčebné terapie  
-----

Oš. anamnézu sespsal(a): *Radka Jany*  
23.6. 2010



# Příloha 6 - Záznam o ošetrovatelské rehabilitaci

## ZÁZNAM O OŠETŘOVATELSKÉ REHABILITACI



Pavilon: **25 LB**

List č.: 1

PŘÍMENÍ: AB

JMÉNO: .....

OŠ. Č.: .....

Dne: 23/6 2011

PŘÍSEK NA ODD.

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	24	2	4	6
LEVÝ BOK								X		X			X				X	
PRAVÝ BOK					X	X	X				X				X			
ZÁDA					X	X			X			X						
SED V KŘESLE																		
STOJ																		
SED V LŮŽKU																		
KONČETINY																		

Dne: 24/6 11

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	24	2	4	6
LEVÝ BOK					X			X					X				X	
PRAVÝ BOK				X					X									
ZÁDA										X					X			
SED V KŘESLE											X	X						
STOJ												X	X					
SED V LŮŽKU		X	X			X	X											
KONČETINY																		

Dne: 25/6 11

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	24	2	4	6
LEVÝ BOK					X				X						X			
PRAVÝ BOK				X				X									X	
ZÁDA										X			X					
SED V KŘESLE		X	X															
STOJ						X	X											
SED V LŮŽKU						X	X				X	X						
KONČETINY																		

Dne: 26/6 11

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	24	2	4	6
LEVÝ BOK				X						X			X				X	
PRAVÝ BOK						X		X							X			
ZÁDA																		
SED V KŘESLE						X	X											
STOJ																		
SED V LŮŽKU		X	X								X	X						
KONČETINY																		

Dne: 27/6 11

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	22	24	2	4	6
LEVÝ BOK															X			
PRAVÝ BOK																	X	
ZÁDA													X					
SED V KŘESLE		X	X			X	X											
STOJ																		
SED V LŮŽKU											X	X						
KONČETINY																		

## Příloha 7 - Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností - 23.6.2010  
(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta: AB

Datum narození pacienta (věk): 64 let

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre*
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			35

Hodnocení stupně závislosti:\*\*

ADL 4	0 – 40 bodů	vysoce závislý
ADL 3	45 – 60 bodů	závislost středního stupně
ADL 2	65 – 95 bodů	lehká závislost
ADL 1	96 – 100 bodů	nezávislý

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

VYPRACOVALA: SLOBODNIKOVA JANA  
M. J. J.



# Příloha 8 - Záznam o ošetrovatelské péči

## ZÁZNAM O OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

1

Jméno: \_\_\_\_\_  
oř.č.: \_\_\_\_\_

Tituli: \_\_\_\_\_

Příjmení: **AD**

č.č.: **25. J. PATRO**

KRMENÍ ANO <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/>	KRMENÍ SONDOU												CELKEM DENNÍ	CELKEM NOČNÍ	CELKEM za 24 hod.	
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
TERIURNÍ PER OS SAHA														100	100	100
TERIURNÍ IV (INFUZE)														300	300	300
CEVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)																
INFORMAČNÍ POMŮCKY VÝDEJ PMK (ml)																
CELKOVÁ KOUPEL	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
KRMENÍ	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
TERIURNÍ PER OS SAHA														100	100	100
TERIURNÍ IV (INFUZE)														200	200	200
CEVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)																
INFORMAČNÍ POMŮCKY VÝDEJ PMK (ml)																
CELKOVÁ KOUPEL	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
KRMENÍ	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
TERIURNÍ PER OS SAHA														100	100	100
TERIURNÍ IV (INFUZE)														300	300	300
CEVKOVÁNÍ JEDNORÁZOVÉ (ml)																
INFORMAČNÍ POMŮCKY VÝDEJ PMK (ml)																
CELKOVÁ KOUPEL	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
OŠETŘENÍ KŮŽE	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														
KRMENÍ	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input checked="" type="checkbox"/>														

# Příloha 9 - Charakteristika a ošetření rány

## CHARAKTERISTIKA A OŠETŘENÍ RÁNY



PŘÍJMENÍ: AB  
 JMÉNO: .....  
 OŠ. Č.: .....

list č.: 1

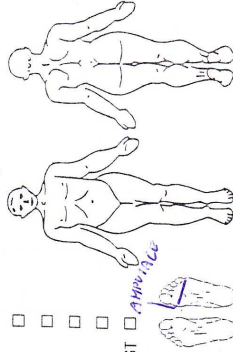
HODNOTIČÍ ŠKALA NORTONOVÉ		Nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně							
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každá další onemocnění dle odpo. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Součet
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádná	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
malá	3 < 30	3 alergje	3 diabetes, teplota	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 část omezená	3 občas	9
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 anémie, kachexie	2 špatný	2 zmatený	2 sedáčka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2
žádná	1 > 60	1 suchá	1 arterioskleróza	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice	3
			1 obezita, karcinom						<b>CELKEM</b>

23.6.2010  
 [Signature]  
 DATUM a PODPIS SZP

ANALÝZA RÁNY	POVAHA RÁNY	EXUDÁT	ZÁPACH	OKOLÍ RÁNY	OKRAJE RÁNY	BOLEST
1 dekubitus	1 epitelizující	1 bílý	1 lehký	1 otok	1 ohraničené	1 mírná
2 bércový vřed	2 granubující	2 žlutý	2 osivý	2 zandruš	2 neohrančené	2 střední
3 gangréna diabetická	3 nekrotizující	3 zelený	3 žádný	3 ekzém	3 silná	3 silná
4 jiné kožní defekty	4 infikovaná	4 krvavý	4 jiný	4 macerace	4 žádná	4 žádná
		5 žádný		5 křivé	5 neze hodnotit	5 neze hodnotit

### Vyznačit dekubitus červeně / rány modře

- 1 ZČERVENÁNÍ
- 2 PUCHÝŘ
- 3 POŠKOZENÍ KŮŽE
- 4 HLUBOKÉ POŠKOZENÍ
- 5 NEKROSA, DEKUBITUS NA KOST



### Plán realizace péče

Datum	Velikost	Analýza rány	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest	Ošetření	Další převaz	Podpis
23/6 2010	5x6cm	3	4	2	1	1	1	1	OPLACH RINGEROVYH ROZTOCEM, IRUXOL MAST + STERILNI KIBTI, BAUDAŠ DİK	24/6 2010	[Signature]
24/6 2010	-/-	3	4	2	1	1	1	1	OPLACH RINGEROVYH O, IRUXOLING + KIBTI, BAUDAŠ DİK	25/6 2010	[Signature]
25/6 2010	-/-	3	4	2	1	1	1	1	OPLACH RINGEROVYH O, IRUXOLING + KIBTI, BAUDAŠ DİK	26/6 2010	[Signature]



# CHARAKTERISTIKA A OŠETŘENÍ RÁNY



Příjmení: AB  
 JMÉNO: .....  
 OŠ. Č.: .....

list č.: .....

HODNOTÍČÍ ŠKÁLA NORTONOVÉ		Nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně							
Setpnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každá další onemocnění dle odpo. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Polybilivost	Inkontinence	Součet
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádná	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
malá	3 < 30	3 alergie	3 diabetes, teplota	3 zhoršený	3 apatický	3 s doprovodem	3 část. omezená	3 občas	3
částičná	2 < 60	2 vlhká	2 anémie, kachexie	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice	1
<b>CELKEM</b>									<b>30</b>

*Michal Jurek*  
 DŮM a POUŠPIS SZP

ANALÝZA RÁNY	POVAHA RÁNY	EXUDÁT	ZÁPACH	OKOLÍ RÁNY	OKRAJE RÁNY	BOLEST
1) dekubitus	1) eptielizující	1) bílý	1) lehký	1) olok	1) ohraničené	1) miná
2) břecový vřed	2) granulující	2) žlutý	2) ostrý	2) zarudnutí	2) neohrančené	2) střední
3) gangréna diabetická	3) nekrotizující	3) zelený	3) žádný	3) ekzém	3) silná	3) silná
4) jiné kožní defekty	4) infilovaná	4) krvavý	4) jiný	4) macerace	4) žádná	4) žádná
		5) žádný		5) klidné	5) nelze hodnotit	5) nelze hodnotit

Vyznačit dekubitus červeně / rány modře

- 1 ZČERVENÁNÍ
- 2 PUCHÝŘ
- 3 POŠKOZENÍ KŮŽE
- 4 HLUBOKÉ POŠKOZENÍ
- 5 NEKROSA, DEKUBITUS NA KOSTI

## Plán realizace péče

Datum	Velikost	Analýza rány	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest	Ošetření	Další převaz	Podpis
23.8.2010	5x6cm <sup>R</sup>	3	4	1,2	3	2	1	1	OTZACH RÁNY, PŘIČTOUŠAVEM, NA RÁNU 3200VUVID + STABILIZ. KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	23.8.2010	<i>Jan Jurek</i>
23.8.2010	5x6cm <sup>V</sup>	3	4	1,2	3	2	1	1	OTZACH RÁNY, PŘIČTOUŠAVEM, NA RÁNU 3200VUVID + STABILIZ. KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	24.8.2010	<i>Jan Jurek</i>
24.8.2010	5x6cm <sup>R</sup>	3	4	1,3	3	2	1	1	okraje rány přehledně, nov. kůže, přehledně + MASTI KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	24.8.2010	<i>Jan Jurek</i>
24.8.2010	5x6cm <sup>V</sup>	3	4	1,2	3	2	1	1	okraje rány přehledně, nov. kůže, přehledně + MASTI KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	24.8.2010	<i>Jan Jurek</i>
25.8.2010	5x6cm <sup>R</sup>	3	4	1,2	3	2	1	1	OTZACH RÁNY, PŘIČTOUŠAVEM, NA RÁNU 3200VUVID + STABILIZ. KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	25.8.2010	<i>Jan Jurek</i>
25.8.2010	5x6cm <sup>V</sup>	3	4	1,2	3	2	1	1	OTZACH RÁNY, PŘIČTOUŠAVEM, NA RÁNU 3200VUVID + STABILIZ. KRTI, DLE PŘIHOZBY BOZOVU MASTI + BAUBAŽE	26.8.2010	<i>Jan Jurek</i>





2

Datum	PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (krátkodobý, dlouhodobý)	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	lékař
23.6. 2010	Bohužel v gymnastice od střední v cvičeních, jak vlastně pohybu a součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti ně stává, propyneje se pocitem tlaku a přechází kde, v momentálním křehkosti středě, v křehkosti, křehkosti a součinnosti jakmile vyjde z křehkosti stává.	- v součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti a součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	ly Jan	lékař
23.6. 2010	Kvalitativně odlišnost dýchání a součinnosti v součinnosti, propyneje se v součinnosti a součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	ly Jan	lékař
23.6. 2010	Součinnosti v součinnosti a součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	- součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti - součinnosti v součinnosti příjmu, jakmile v součinnosti	ly Jan	lékař











3

Datum	PROBLÉM PACIENTA	CÍL OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (krátkodobý, dlouhodobý)	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	HODNOCENÍ	SZP	léčitel
23/8 2010	Nedostatek aktivity a činnosti motace a činnost, projev svyží se vzhledem k vyšetření na nervy, 40 minut činnosti a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem.	- pac. si uvědomuje stav /krátkodobý, dlouhodobý/ - pac. si uvědomuje stav - např. vzhledem k vyšetření a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	- v rámci os. anamnézy společně pac. septický v činnosti - např. vzhledem k vyšetření a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	Pac. se uvědomuje stav a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	Gy	
23/8 2010	Riziko nedostatečné motace a činnosti o infekci MRSA, projev vzhledem k vyšetření a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem.	- pac. si uvědomuje stav /krátkodobý, dlouhodobý/ - pac. si uvědomuje stav - např. vzhledem k vyšetření a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	- v rámci os. anamnézy společně pac. septický v činnosti - např. vzhledem k vyšetření a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	Pac. se uvědomuje stav a barvami, vyšetření v činnosti společně s pacientem. - motivace pacienta - motivace pacienta - motivace pacienta	Gy Jm	

## Příloha 11 - Režim při indikaci MRSA



### Režim při indikaci **MRSA** nebo jiných **ATB** rezistentních kmenů

co / kdo	kdy	jak	čím
<b>pozitivní nález MRSA</b>	po zjištění MRSA, nebo jiných ATB rezistentních kmenů	<ul style="list-style-type: none"> <li>izolace pacienta na samostatném pokoji - označit pokoj názvem "izolace"</li> <li>chorobopis označit názvem "MRSA"</li> <li>všechny žádanky výrazně označit nápisem MRSA</li> <li>poučte pacienta i příbuzné o důvodech opatření i o následcích jejich nedodržování</li> </ul>	
<b>personál</b>	před vstupem do pokoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>obléct jednorázový oděv (nebo plášť, který zůstává v pokoji), ústenku, čepici</li> <li>provést hygienickou dezinfekci rukou</li> <li>navléknout jednorázové rukavice</li> </ul>	Septoderm Septoderm Gel
	manipulace s pacientem	<ul style="list-style-type: none"> <li>před vyšetřením pacienta provést hygienickou dezinfekci rukou</li> <li>při manipulaci s pacientem i s předměty v místnosti vždy používat jednorázové rukavice</li> </ul>	
	při odchodu z pokoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>použitý jednorázový oděv, rukavice, čepici, ústenku odložit do boxu s označením infekční odpad</li> <li>použitý ochranný plášť zůstává v pokoji 1 pracovní směnu, manipulace jako s infekčním prádlem</li> <li>provést hygienickou dezinfekci rukou</li> </ul>	
<b>pacient</b>	po kontaminaci	<ul style="list-style-type: none"> <li>ruce - hygienická dezinfekce po použití WC po styku s tělními tekutinami (kýchání, smrkání, kašláni)</li> </ul>	Septoderm Septoderm Gel
	2 x denně	<ul style="list-style-type: none"> <li>osobní hygiena celého těla s antibakteriálními emulgemi (vlasy, obličej, krk, horní část těla, třísla, genitálie, nohy, chodidla), usušit, ošetřit pokožku</li> <li>sliznice - výplach nebo vytření s antiseptickými přípravky</li> <li>ústní dutina - vyčistit zuby, dezinfikovat protězu, výplach</li> </ul>	antibakteriální emulze a antiseptika s prokázanou účinností na MRSA
	rány	<ul style="list-style-type: none"> <li>infikované rány ošetřit antiseptickými přípravky</li> </ul>	antiseptika
<b>nástroje a pomůcky</b>	po použití	<ul style="list-style-type: none"> <li>používat vyšetřovací pomůcky jen pro jednoho pacienta (teploměr, fonendoskop, tlakoměr, ...)</li> <li>po použití jednorázové pomůcky odložte do označeného boxu na odpady</li> <li>vyšetřovací pomůcky a nástroje zůstávají v pokoji, po dezinfekci možno vynést z pokoje</li> </ul>	Chirosan 0,8% / 15 min Chiroseptol 1,5% / 30 min
		<ul style="list-style-type: none"> <li>stoly, stolký, křesla, rámy postele, vypínače, ovladače TV, všechny kontaktní plochy se dezinfikují otřením na vlhko</li> <li>rám postele, matrace se dezinfikují při výměně prádla</li> <li>všechny předměty musí být dezinfikovány před vnesením z pokoje včetně nádob na odpad</li> <li>komunální odpad - infekční režim</li> <li>umývadla, výlevky - přelít dezinfekčním roztokem</li> </ul>	Desam Extra 1% / 15 min Desam OX 1% / 15 min Desam GK 1% / 30 min Savo Prim 3% / 30 min Chloramin BM 2% / 4 min Chloramix DT 5 tbl/ 8 l vody Desprej konc. / 2 min
<b>ložkoviny a prádlo, osobní pomůcky pacienta</b>	denně	<ul style="list-style-type: none"> <li>ložní prádlo po stažení ihned vložit do označeného pytle na prádlo, neprotřepávat</li> <li>pyžama, noční košile, ručníky vložit do označeného pytle</li> </ul>	Savo Prim 3% / 30 min Chloramin B 3% / 60 min Chloramin BM 2% / 30 min
	po použití, nebo 3 x denně	<ul style="list-style-type: none"> <li>osobní pomůcky (hřeben, brýle, šperky, pantofle, mobilní telefony ...) se dezinfikují namočením nebo otřením</li> </ul>	Desam Extra 1% / 15 min Desam OX 1% / 15 min Desam GK 1% / 30 min Chirosan 0,8% / 15 min Savo Prim 3% / 30 min Chloramin BM 2% / 4 min Chloramix DT 5 tbl/ 8 l vody Desprej konc. / 2 min
<b>nádoby</b>	po použití	<ul style="list-style-type: none"> <li>ponořením oplach pitnou vodou</li> </ul>	Savo Prim 3% / 30 min Chloramin B 3% / 60 min Chloramin BM 2% / 30 min
<b>závěrečná dezinfekce</b>	po ukončení izolace	<ul style="list-style-type: none"> <li>celková dekontaminace ploch a povrchů, nástrojů a přístrojů v místnosti</li> <li>po dezinfekci ponechat 24 hodin uzavřenou místnost</li> <li>provést kontrolní stěry z kritických míst</li> <li>označte postel MRSA a dezinfikujte v centrální úpravně lůžek nebo v místnosti urč. pro dezinfekci postelí</li> </ul>	Desam Extra 1% / 15 min Desam OX 1% / 15 min Desam GK 1% / 30 min Savo Prim 3% / 30 min Chloramin BM 2% / 4 min Chloramix DT 5 tbl/ 8 l vody Desprej konc. / 2 min

www.bochemie.cz

## Příloha 12 - Žádost o použití formulářů PLB


Univerzita Karlova  
3.lékařská fakulta  
Ruská 87  
Praha 10  
10000

Studentka: Jana Slobodníková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra  
3.ročník kombinovaná forma

### Žádost o použití formulářů PLB

Žádám o povolení použití: Vstupní ošetrovatelská anamnéza, Záznam o ošetrovatelské péči, Charakteristika a ošetrování rány a Plán ošetrovatelské péče, uvedené formuláře potřebuji pro zpracování bakalářské práce.

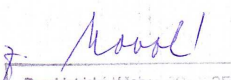
Děkuji

  
Jana Slobodníková

V Praze dne 18.4.2011

18.4.2011

Soubledná

  
Psychiatrické léčebne BOLESLAV  
Ústavní 91, 181 02 Praha 6