

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Veronika Drhová Jeníčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Veronika Drhová Jeníčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S METICILLIN-
REZISTENTNÍ STAPHYLOCOCCUS AUREUS
V AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE**

Bakalářská práce

VEDOUCÍ PRÁCE: MGR. BOHUMILA HAJŠMANOVÁ

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Poděkování patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia. A v neposlední řadě děkuji klientovi a jeho rodině za výbornou spolupráci.

Anotace

Příjmení a jméno: Veronika Drhová Jeníčková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s meticilin– rezistentní Staphylococcus aureus v agentuře domácí péče

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: meticilin– rezistentní Staphylococcus aureus, nozokomiální nákaza, režimová opatření, pacient, rodina.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s nozokomiální nákazou MRSA v domácí péči. Teoretická část poskytuje komplexní informace o domácí péči, charakterizuje meticilin– rezistentní Staphylococcus aureus, nozokomiální nákazy a popisuje principy ošetrování pacienta s MRSA, dodržování ochranné bariéry a režimových opatření. Praktická část je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacienta s MRSA a zhodnocení kvality jeho života.

Annotation

Surname and name: Veronika Drhová Jeníčková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of a patient with meticilin– resistant Staphylococcus aureus in home care

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 21

Keywords: meticilin– resistant Staphylococcus aureus, nosocomial infection, principles of treating, patient, family

Summary:

This thesis deals with a patient with nosocomial infection MRSA in nursing home care. The theoretical part provides comprehensive information about home care, characterizes methicillin - resistant Staphylococcus aureus, nosocomial infections and describes principles of treating MRSA patients, keeping protective barriers and lifestyle changes. The practical part is focused on a MRSA patient nursing home care and appreciation of quality of his life.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CO JE TO DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.1 Historie.....	12
1.2 Domácí péče v Evropě	12
1.3 Domácí péče v českých zemích	12
1.3.1 Domácí péče 19. a počátku 20. století	13
1.3.2 Domácí péče po 2. světové válce.....	13
1.3.3 Domácí péče po roce 1989.....	13
1.4 Domácí péče.....	14
1.4.1 Pro koho je určena domácí péče?.....	14
1.4.2 Princip domácí péče.....	14
1.4.3 Formy domácí péče.....	14
1.4.4 Rozsah, četnost a dostupnost	15
2 CO JE TO MRSA?.....	16
2.1 Staphylococcus aureus	16
2.1.1 Rezistence Staphylococcus aureus na antibiotika.....	16
2.1.2 Výskyt MRSA.....	16
2.2 MRSA- nozokomiální nákaza	17
2.2.1 Zdroje nákazy.....	17
2.3 Nozokomiální nákazy.....	17
2.3.1 Nejčastější nozokomiální nákazy.....	18
2.3.2 Proces šíření nákazy.....	18
2.3.3 Rizikové faktory vzniku nozokomiálních nákaz.....	18
2.3.4 Dělení nozokomiálních nákaz.....	18
3 PRINCIPY OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S MRSA.....	20
3.1 Příjem pacienta.....	20
3.1.1 Překlad pacienta.....	20
3.1.2 Propuštění MRSA pozitivního pacienta.....	20
3.2 Léčba pacienta.....	21
3.3 Zjištěná pozitivita MRSA u zdravotníka.....	21
4 BARIÉRA	22
4.1 Režimová opatření v nemocnici	22
4.2 Režimová opatření v domácí péči	22
4.3 Hygienická dezinfekce rukou.....	23

4.3.1	Pomůcky a prostředky.....	23
4.3.2	Postup pro hygienickou dezinfekci rukou.....	23
4.3.3	Technika mytí rukou dle ČSN EN 1500	24
4.3.4	Nošení šperků na rukou	24
4.3.5	Úprava nehtů.....	24
PRAKTICKÁ ČÁST		25
5	FORMULACE PROBLÉMU	26
6	CÍL VÝZKUMU.....	27
6.1	Dílčí cíle.....	27
6.2	Výzkumné otázky.....	27
7	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	28
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	29
9	KAZUISTIKA	30
9.1	Anamnéza.....	30
9.2	Sběr dat z dokumentace.....	31
9.3	Fyzikální vyšetření a hodnotící škály	32
9.4	Zpracování informací dle modelu M. Gordonové.....	33
10	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	36
11	EDUKAČNÍ PLÁN	46
11.1	Edukace pacienta v oblasti režimových opatření z důvodu nákazy MRSA	46
11.2	Edukace pacienta v oblasti snížené mobility z důvodu degenerativního onemocnění kloubů a neefektivní periferní tkáňové perfuze obou dolních končetin a s tím spojená prevence pádů	47
11.3	Edukace nemocného v oblasti správné výživy u diabetes mellitus	48
12	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA.....	50
DISKUZE		54
ZÁVĚR.....		57
LITERATURA A PRAMENY		59
SEZNAM ZKRATEK		61
SEZNAM PŘÍLOH.....		62
PŘÍLOHA A – MELZACKOVA ŠKÁLA BOLESTI.....		63
PŘÍLOHA B – GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE.....		64
PŘÍLOHA C – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL....		65
PŘÍLOHA D – JEDNODUCHÝ TEST PRO URČENÍ RIZIKA PÁDU		66

ÚVOD

Kdysi vznikla, je a bude - nozokomiální nákaza meticilin – rezistentní *Staphylococcus aureus*, dále jen MRSA. MRSA je nepříjemnou komplikací oslabených pacientů. K nákaze může dojít při návštěvě nemocničního zařízení nebo hospitalizaci a to nejčastěji nedostatečnou hygienou rukou zdravotníka při kontaktu s pacienty. U takto infikovaného nemocného dochází ke zhoršení jak zdravotní, tak psychické stránky, což má následně negativní dopad i na jeho rodinu a na celkové náklady zdravotní péče. Cílem mé bakalářské práce je popsat kvalitu života u pacienta s nozokomiální nákazou MRSA po propuštění z hospitalizace do domácího ošetřování.

Nezbytností je dodržování bariéry při ošetřování infekčního pacienta, poskytnutí komplexních informací o nákaze MRSA jak nemocnému, tak jeho rodině, aby pochopili její problematiku a zamezilo se tím šíření nákazy a také se zmírnily jejich obavy. Základním kamenem pro sestavení ošetřovatelského plánu je nasbírání informací o pacientovi ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s nemocným a jeho rodinou a z vyplnění ošetřovatelského modelu M. Gordonové. Ze získaných informací budu vycházet při stanovení ošetřovatelských diagnóz a edukaci zaměřím na oblasti, ve kterých bude nemocný nedostatečně informován. Pro doplnění informací o pacientovi vyberu hodnotící škály v oblastech, kde bude mít nemocný největší potíže. V diskuzi bakalářské práce zhodnotím strategii péče, změny ve zdravotním stavu pacienta a splnění cílů. Závěrem shrnu problematiku MRSA pozitivního pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CO JE TO DOMÁCÍ PÉČE

1.1 Historie

Myšlenka konceptu domácí péče vznikla v roce 1859 v Liverpoolu panem Williamem Rathbonem, který se staral o těžce nemocnou manželku a ve spolupráci se zakladatelkou moderního ošetrovatelství Florenc Nightingalovou založil první školu pro sestry. V roce 1885 byla ve Spojených státech založena organizace sester v domácí péči. (1)

1.2 Domácí péče v Evropě

V Evropě dochází k rozvoji domácí péče koncem devatenáctého století. Ale v průběhu 1. i 2. světové války dochází k potlačení domácí péče a do popředí se dostávají lůžková zdravotnická zařízení. K návratu využívání domácí péče dochází velmi postupně až na počátku sedmdesátých let dvacátého století a to z toho důvodu, že se začaly zvyšovat náklady ve zdravotnických zařízeních, hlavně stárnoucí populací, které neúměrně zvyšovaly státní rozpočty. (1)

1.3 Domácí péče v českých zemích

Česká forma domácí péče sahá hluboko do historie. Již na počátku dvanáctého století zajišťovaly službu potřebným v rodinách i špitálech řeholní řády Johanitky, Alžbětinky, Řád svatého ducha, Milosrdní bratři, Klaristky a Křížovníci s červenou hvězdou. Postupně se začíná propojovat odborná a charitativní stránka a dochází ke zlepšení péče o nemocné. (1)

1.3.1 Domácí péče 19. a počátku 20. Století

V roce 1874 byla Karolinou Světlou a Eliškou Krásnohorskou, které se v době Národního obrození velmi snažily podporovat sociální a odbornou péči pro všechny obyvatele, založena první ošetrovatelská škola. V této době se také vznikaly různé spolky, podporující sociálně slabé. V období první republiky byly tak vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích, že snahou o jejich snížení vznikla ošetrovatelské péče v domácím prostředí. V roce 1919 vznikl, díky významné pomoci Alice Masarykové, Československý červený kříž, který odstartoval realizaci domácí péče v Praze. Aby byly zajištěny všechny stránky odborné péče, zdravotní i sociální, byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova zdravotní a sociální škola. (1)

1.3.2 Domácí péče po 2. světové válce

Po druhé světové válce zajišťují ošetrovatelskou a zdravotní službu podle vládního nařízení č. 219/1948 Sb Ústavy národního zdraví. (1)

1.3.3 Domácí péče po roce 1989

V roce 1991 odstartoval rozvoj domácí péče v České republice první evropský kongres Domácí péče, konaný ve Strasburgu, kde byly mezi stovkami účastníků různých zemí světa i dvě účastnice z České republiky. Asociace domácí péče České republiky je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO), sídlí ve Washingtonu D.C. a v roce 1996 je Česká republika reprezentována na jejím 1. světovém kongresu. (1)

1.4 Domácí péče

Domácí péče je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta v jeho domácím prostředí, která umožňuje zkrátit dobu hospitalizace a pokračovat v odborné ošetrovatelské péči v jeho domácnosti. Nebo naopak díky odborné ošetrovatelské péči v domácím prostředí nemusí být klient hospitalizován. Cílem domácí péče je zajistit maximálně kvalitní, efektivní a dostupnou zdravotní péči a vyloučit vliv nozokomiálních nákaz. (2)

1.4.1 Pro koho je určena domácí péče?

Domácí zdravotní péče je pro pacienty všech věkových kategorií, kdy je nutná odborná ošetrovatelská péče z důvodu jejich zdravotního stavu a také pro nemocné, kteří jsou propuštěni z hospitalizace a jejich zdravotní stav vyžaduje pokračovat v pravidelné odborné péči. Jedná se především o chronicky nemocné, dlouhodobě nemocné, pacienty v rekonvalescenci, invalidní nebo postižené. (3)

1.4.2 Princip domácí péče

Domácí péče je indikována praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost a je hrazena ze zdravotního pojištění. Domácí péči může indikovat i ošetřující lékař při propuštění pacienta z hospitalizace, ale jen na omezenou dobu 14 kalendářních dnů. Poté přebírá dohled nad péčí pacienta registrující praktický lékař. (3,4)

1.4.3 Formy domácí péče

Akutní domácí péče je doporučena u pacientů s akutním krátkodobým onemocněním a je poskytována v rozsahu dnů, maximálně týdnů.

Dlouhodobá domácí péče je určena pacientům s chronickým onemocněním, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou profesionální péči.

Preventivní domácí péči indikuje lékař u nemocných, kde je nutné v pravidelných intervalech sledovat jejich zdravotní a duševní stav.

Hospicová domácí péče je péče o nemocné v terminálním stadiu života.

Jednorázová domácí péče je indikována lékařem k aplikaci injekce, odběru biologického materiálu a podobně. (5, 2)

1.4.4 Rozsah, četnost a dostupnost

Rozsah návštěv u pacienta vždy indikuje lékař, je určen dle číselníku VZP čtyřmi časovými kódy v rozsahu 15 minut, 30 minut, 45 minut a 60 minut. Denně jsou povoleny maximálně tři návštěvy, každá v rozsahu maximálně 60 minut. Služba domácí péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu, 365 dnů v roce. (6)

2 CO JE TO MRSA?

2.1 Staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus je bakterie kulovitého tvaru poprvé popsaná v roce 1880 skotským chirurgem Alexandrem Ogstonem. Bakterie se běžně vyskytuje na nosní sliznici nebo na kůži u 20- 60% zdravých lidí, aniž by jim způsobovala onemocnění. Tito lidé jsou bacilonosiči. Staphylococcus aureus je nejčastějším původcem kožních onemocnění, vyvolává infekci především v tkáních s porušenou integritou a místech, kde je umístěno cizí těleso, například kanyla, katetr, šicí materiál, endoprotéza, a podobně. Z orgánových onemocnění je významná osteomyelitida, bronchopneumonie, endokarditida a sepse. (7,8)

2.1.1 Rezistence Staphylococcus aureus na antibiotika

Již koncem čtyřicátých let se staly některé kmeny Staphylococcus aureus rezistentní na penicilin. Rozvojem nových antibiotik v padesátých a šedesátých letech se k terapii infektů způsobených Staphylococcus aureus začaly používat antibiotika speciálně citlivé na tento mikroorganismus obsahující methicilin. V roce 1961 však byly popsány první kmeny Staphylococcus aureus rezistentní na tento preparát, které byly označeny MRSA. (9,10)

2.1.2 Výskyt MRSA

Sporadický výskyt- představuje ojedinělé případy, které spolu vzájemně nesouvisí.

Epidemický výskyt- znamená významně vyšší výskyt, než je v daném zařízení obvyklé a mezi jednotlivými případy existuje vzájemná souvislost.

Endemický výskyt- je trvalá přítomnost MRSA v nemocnici nebo na některém oddělení. Bývá důsledkem nezvládnutého epidemického výskytu nebo opakovanému zavlečení infekce z jiných zařízení nebo komunity. (13,11)

2.2 MRSA- nozokomiální nákaza

MRSA neboli Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus je odolná forma Staphylococcus aureus a je nebezpečným původcem nozokomiálních nákaz. V případě potvrzení infekce je třeba pacienta izolovat a dodržovat bariéru. (14,15)

2.2.1 Zdroje nákazy

Zdrojem nákazy MRSA je infikovaný nemocný nebo bacilonosič. Nosičství se nejčastěji vyskytuje na nosní sliznici, kůži, chronických ranách a defektech a může přetrvávat od týdnů po roky. (10,12)

2.3 Nozokomiální nákazy

Nozokomiální nákazy neboli nemocniční nákazy jsou nežádoucí komplikací při hospitalizaci a mají řadu negativních důsledků, jako je zhoršení kvality života pacientů, prodloužení doby hospitalizace, zvýšených nákladů na zdravotní péči a vysoká spotřeba antibiotik. Nozokomiální nákaza vzniká v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení, ať ústavní nebo ambulantní části. Za nemocniční nákazu se považuje i nákaza, která se projeví po propuštění do domácí péče. (16)

2.3.1 Nejčastější nozokomiální nákazy

Infekce respiračního traktu průměrně prodlužuje hospitalizaci o 7 – 30 dnů. Infekce krevního řečiště- průměrně prodlužuje hospitalizaci o 7- 21 dnů. Infekce močových cest- průměrně prodlužuje hospitalizaci o 1- 4 dny. Infekce pooperačních ran- průměrně prodlužuje hospitalizaci o 7-8 dnů. (13)

2.3.2 Proces šíření nákazy

Přítomností zdroje původce nákazy, uskutečněním přenosu původce nákazy, přítomností vnímavého jedince. (17)

2.3.3 Rizikové faktory vzniku nozokomiálních nákaz

Oslabení organismu pacienta základním onemocněním- například poruchy výživy, diabetes, polytraumata, nádorová onemocnění, metabolické poruchy, lékařskými výkony – například celková anestézie, operace, aplikovanými léky- například antibiotika, cytostatika, kortikoidy, kontaminací vnitřního prostředí pacienta- například endoprotézy, šicí materiál, nefyziologické otevření krevního řečiště, dýchacích a močových cest a zanedbáním asepse a antisepse. (18)

2.3.4 Dělení nozokomiálních nákaz

Nozokomiální nákazy dělíme podle výskytu na specifické a nespecifické a podle původu na endogenní nebo exogenní. (18,19)

Specifické nákazy vznikají v nemocničním prostředí v souvislosti s diagnostickými a léčebnými výkony. Mohou úzce být specifické i pro typ nemocničního oddělení. Vyznačují se specifickým šířením a vysokou odolností původce. (18,19)

Nespecifické nákazy jsou infekce, vyskytující se i mimo zdravotnické zařízení a jsou vlivem epidemiologické situace v daném regionu, například chřipka. (18,19)

Nákazy endogenního původu jsou způsobeny běžně se vyskytujícími mikroorganismy v těle člověka, které při oslabení imunitního systému mohou proniknout krevním řečištěm do krevního oběhu a způsobit sepsi. Prevencí je imunostimulační terapie, dostatečná oxygenace a antibiotická léčba. (18,19)

U exogenních nákaz je možností prevencí více, základem je dodržování hygienicko- epidemiologického režimu a bariérové ošetřování. (18,19)

3 PRINCIPY OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S MRSA

Ke každému pacientovi přistupuje vždy veškerý zdravotnický personál, jako k potenciálně infekčnímu, stejným způsobem manipuluje s biologickým materiálem. Zásadní je při ošetřování, vyšetřování a léčení pacientů s pozitivitou MRSA používání ochranných pomůcek a důsledně prováděná hygiena rukou po všech výkonech spojených s rizikem kontaminace biologickým materiálem. (9,18)

3.1 Příjem pacienta

Při příjmu každého pacienta v rámci anamnézy zjišťujeme informace významné pro možnou souvislost s MRSA. Při zjištění závažných epidemických údajů nemocného izolujeme a provedeme kompletní vyšetření na nákazu MRSA. (9,18)

3.1.1 Překlad pacienta

Překlady pacientů s MRSA musí být omezeny výhradně na situace, které jsou nezbytné pro léčbu jejich základního onemocnění a musí být předem dohodnuty. Do překladové zprávy ošetřující lékař vždy napíše informace o pozitivitě MRSA, včetně klinického popisu infekce a způsobu léčby. (11)

Nákaza MRSA není při překladech nemocného do zařízení následné péče kontraindikací, ošetřující lékař postupuje stejným způsobem, aby toto zařízení mohlo minimalizovat riziko přenosu na další pacienty v rámci vlastních ošetřovatelských a léčebných postupů. (11)

3.1.2 Propuštění MRSA pozitivního pacienta

Po vyléčení základního onemocnění je hospitalizace pacientů s MRSA, z důvodu eliminace zdroje infekce pro další nemocné, ukončena a pacient je propuštěn do domácího

ošetřování. Ošetřující lékař poučí pacienta i rodinné příslušníky o režimových opatřeních, o nutnosti sdělovat informaci o pozitivitě MRSA při následných ošetřeních, vyšetřeních nebo budoucí hospitalizaci. Do propouštěcí zprávy napíše ošetřující lékař informace o pozitivním nálezu MRSA a tuto informaci doplní klinickým popisem infekce a způsobem její léčby. (11)

3.2 Léčba pacienta

Pokud jde pouze o povrchové záněty kůže nebo ran, postačí jen místní léčba. Používají se dezinfekční prostředky buď jodové (např. Betadine) nebo nejodové (např. Skinsept). Rána se denně asepticky ošetřuje. Některé rány je třeba řešit chirurgicky. Pokud je zjištěn methicillin rezistentní stafylokokus aureus v dýchacích cestách a pacient je bez potíží, jde o nosičství a léčbou je místní aplikace dezinfekční masti do nosu. Antibiotika je třeba použít při známkách celkového zánětu. Antibiotická léčba je nastavena ve spolupráci s antibiotickým centrem, které se na tuto léčbu přímo specializuje. Z odebraných vzorků určí kmen bakterií a jejich citlivost na antibiotika. Poté je ve spolupráci s ošetřujícím lékařem nastavena léčba. Délka léčby závisí na konkrétním typu infekce, minimální doba je pět dnů, ale většinou to bývá doba delší. (12)

3.3 Zjištěná pozitivita MRSA u zdravotníka

U každého zdravotnického pracovníka s pozitivním nálezem MRSA je nutné provést detailní epidemiologické šetření a zhodnotit rizika pro jím ošetřované pacienty. Personál s pozitivním nálezem MRSA na nosní sliznici musí vždy při ošetřovatelských činnostech používat obličejovou roušku, která zakrývá nos i ústa, rukama se jí nedotýká a nesundává si ji. Dočasné omezení pracovní činnosti nebo převedení na jinou práci se zvažuje pouze v případě extrémního rizika pro pacienty. Častá dezinfekce rukou zdravotníka s pozitivním nálezem MRSA je samozřejmostí. (11,13)

4 BARIÉRA

Z důvodu eliminace přenosu nákazy MRSA na další pacienty nebo na personál jsou na oddělení zasažené nozokomiální nákazou nutná režimová protiepidemická opatření, která jsou nedílnou součástí léčby nakaženého pacienta a také důvodem pro zabránění dalšího přenosu. (18)

4.1 Režimová opatření v nemocnici

Pacienta poučíme o významu bariérové péče a psychicky ho podpoříme. Pacient musí být na samostatném pokoji. Kdokoliv vstupuje k nemocnému, je povinný si obléct jednorázový plášť, ústenku, čepici, rukavice a návleky na obuv. Při odchodu z pokoje se použité pomůcky vyhazují do speciálního označeného pytle. Při vstupu i výstupu do pokoje je nutné si umýt a vydezinfikovat ruce, protože je prokázáno, že k přenosu infekce mezi pacienty dochází nejvíce rukou zdravotníka. Veškerá dokumentace i pokoj pacienta musí být označen, aby personál věděl, že jde o zvýšené riziko přenosu infekce. Vyšetřovací, hygienické a další pomůcky má pacient na pokoji a jinde nejsou používány. Nástroje a vyšetřovací pomůcky se dezinfikují látkami s prokázanou účinností na MRSA. Prádlo pacienta se dává do pytlů označených jako infekční. Po propuštění pacienta se celý pokoj dezinfikuje a po 24 hodinách, kdy je pokoj zavřený, se odebírají kontrolní vzorky, aby bylo prokázáno, zda se již nákaza na pokoji nenachází. (18,11)

4.2 Režimová opatření v domácí péči

Režimová opatření v domácí péči jsou stejná jako v nemocnici. Sestra při vstupu do bytu pacienta používá jednorázový plášť, ústenku, čepici, rukavice a návleky na obuv. Při odchodu se použité pomůcky vyhazují do označeného pytle a vozí se do spalovny. Sestra si dezinfikuje ruce při vstupu i výstupu do bytu, aby nedošlo k přenosu nákazy na další pacienty. Veškerá dokumentace je označena pro další sestry nebo lékaře, kteří navštíví

pacienta. Pomůcky k ošetřování pacienta se nepřenáší, zůstávají v jeho domácnosti výhradně k jeho ošetřování. (18,11)

4.3 Hygienická dezinfekce rukou

Cílem pro snížení rizika nozokomiálních nákaz je dobře provedená hygiena a dezinfekce rukou. Nemocnice musí mít vypracovány standardy na postupy k mytí a dezinfekci rukou, personál musí tyto postupy umět využívat v praxi a být jedenkrát ročně proškolen. Součástí školení je i závěrečný test. (20)

4.3.1 Pomůcky a prostředky

„ Alkoholový dezinfekční přípravek určený k hygienické dezinfekci rukou.

Dezinfekční přípravek v dávkovači s popisem přípravku, datem plnění a expirací.

Dezinfekční přípravky v individuálním (kapesním) balení.“ (21, s.18)

4.3.2 Postup pro hygienickou dezinfekci rukou

„ Alkoholový dezinfekční přípravek vtírat na suchou pokožku v množství cca 3 ml po dobu minimálně 20 vteřin a vyšší nebo upravené národním předpisem. Ruce musí být po celou dobu trvání postupu dostatečně vlhké. Přípravek aplikovat na suchou pokožku rukou a nechat zcela zaschnout. Ruce neoplachovat ani neotírat. Při správném provedení je hygienická dezinfekce rukou při běžném ošetřovatelském kontaktu mezi jednotlivými pacienty šetrnější, účinnější a lépe tolerována než mytí rukou.“ (21, s.18)

4.3.3 Technika mytí rukou dle ČSN EN 1500

„Zahrnuje následující pohyby, každý pohyb je třeba opakovat pětkrát:

Dozadu a dopředu dlaněmi k sobě, pravou dlaní přes levý hřbet, levou dlaní přes pravý hřbet, dlaně proti sobě s propletenými/ zaklesnutými/ prsty, sevřít hřbetní strany prstů do opačné dlaně, otáčením mnout pravý palec v sevření levé dlaně, otáčením mnout levý palec sevřený v pravé dlani, otáčením mnout sevřené špičky prstů pravé ruky v dlani levé ruky, otáčením mnout sevřené špičky prstů levé ruky v dlani pravé ruky.“ (21, s.21)

4.3.4 Nošení šperků na rukou

„Nošení prstenů a náramků na rukou není přípustné při všech činnostech spojených s přímým poskytováním péče pacientům (kde je prováděna chirurgická nebo hygienická dezinfekce rukou). V operačních provozech nesmí nosit zdravotničtí pracovníci na rukou hodinky.“ (21, s.20)

4.3.5 Úprava nehtů

„Přirozené nehty musí být upravené, krátké a čisté. Úprava nehtů nesmí ohrožovat zdravotní stav pacienta zejména s ohledem na možné šíření nemocničních nákaz a nesmí bránit poskytování zdravotní péče v plném rozsahu. Tento požadavek se týká všech zdravotnických pracovníků, kteří přímo poskytují péči pacientům. Takto udržované ruce jsou základem pro provádění účinné hygieny rukou.“ (21, s.20)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*, dále jen MRSA, je nebezpečná nozokomiální nákaza, která ohrožuje hlavně oslabené a chronicky nemocné pacienty. Pokud tedy dojde k nákaze MRSA u pacienta, měla by ošetrovatelská péče v první řadě dbát na eliminaci šíření nákazy. Každé zdravotnické zařízení má vypracovaný standard, týkající se režimových opatření a bariérového ošetřování a mělo by se jím vždy striktně řídit. Z mých letitých zkušeností však vyplývá, že ne všechna zdravotnická zařízení přistupují k pacientovi s nozokomiální nákazou tak, aby splňovala zamezení šíření nákazy. Dalším velkým nedostatkem spatřuji špatnou informovanost infikovaných pacientů i rodinných příslušníků o jejich nákaze i potřebných režimových opatřeních. Tito lidé neví, jak se chovat po návratu z hospitalizace v domácím prostředí, čeho se vyvarovat a co naopak dělat pro dobro věci, což je nezbytné, protože infikovaní pacienti jsou po vyléčení základního onemocnění propuštěni do domácího ošetřování z důvodu eliminace šíření této nákazy. Tímto si kladu otázku: „Jaká je kvalita života u pacienta s nákazou MRSA v domácím prostředí?“

6 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je kvalita života pacienta s chronickým defektem, infikovaným MRSA, v domácím prostředí.

6.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jaká je informovanost pacienta a jeho rodiny o nákaze MRSA.
- 2) Zjistit, do jaké míry je pacient omezen v běžném životě s chronickými defekty dolních končetin, infikovanými nákazou MRSA.

6.2 Výzkumné otázky

Je pacient dostatečně informovaný o svém zdravotním stavu?

Je nemocný dostatečně informovaný o léčebných a protiepidemických opatřeních s nákazou MRSA při propuštění do domácího prostředí?

Jak ovlivňuje dodržování/nedodržování léčebného režimu kvalitu života pacienta s nákazou MRSA?

Jaký dopad má toto onemocnění na rodinu pacienta?

7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych popsala ošetrovatelskou péči u pacienta s nákazou MRSA. Téma mé bakalářské práce je vysoce individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. Zajímám se o její porozumění, protiepidemická opatření, postup léčby a vliv onemocnění na pacienta a jeho rodinu.

Metoda

Zvolila jsem informace ze zdravotní dokumentace a polostrukturovaný individuální rozhovor.

Výběr případu

Výběr případu byl záměrný, protože pracuji jako sestra v domácí péči a s problematikou nákazy MRSA se setkávám v poslední době často. Každé zdravotnické zařízení má jiný postoj k edukaci, dodržování léčebných postupů a bariéry, což bych chtěla popsat a tím zjistit, jaký je život pacienta a jeho rodiny po propuštění do domácího ošetřování.

Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem v domácím prostředí pacienta a z rozhovoru s jeho rodinnými příslušníky. Základní rozhovor proběhl první den zahájení domácí péče, tedy 21.11.2014, délka trvání rozhovoru byla 2,5 hodiny. Další informace jsem získala z kompletní zdravotnické dokumentace za období roku 2014. Všichni dotazovaní podepsali souhlas s rozhovorem v dekurzu, který je součástí zdravotnické dokumentace.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Na začátku kapitoly popíšu anamnézu pacienta. Dále provedu rozhovor s pacientem a rodinnými příslušníky, na jehož základě vyplním ošetřovatelský model M. Gordonové, čímž získám celkový pohled na zdravotní a psychický stav pacienta, na jehož základě vyberu ošetřovatelské škály k doplnění konkrétních potíží nemocného, na které je třeba se zaměřit v ošetřovatelském plánu. V následující etapě určím ošetřovatelské diagnózy a spolu s informacemi z rozhovoru pacienta, jeho blízkých a výsledků ošetřovatelských škál zjistím, v jakých oblastech je třeba provést edukaci pacienta. Diskusi budu věnovat zhodnocení stavu pacienta a splnění cílů. V závěru bych ráda poukázala na život takto nemocného člověka a přístup zdravotnického zařízení.

9 KAZUISTIKA

71 letý pacient, špatně chodící o dvou holích, propuštěn z Farmakologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň do domácího ošetřování, kde byl hospitalizován pro zhoršení celkového zdravotního stavu a rozsáhlé chronické defekty na bérkách, při chronické žilní insuficienci, s nově zjištěnou kolonizací meticilin resistantní *Staphylococcus aureus*, dále jen MRSA, v defektech obou dolních končetin a krku.

9.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zemřela na centrální mozkovou příhodu v 56 letech, otec zemřel na infarkt myokardu v 61 letech, první bratr zemřel v dětství na černý kašel, druhý bratr zemřel pro karcinom slinivky ve 46 letech, třetí bratr žije a vážněji nestoná. Pacient má tři zdravé děti.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal spálu, jinak běžná dětská onemocnění. Od mládí má křečové žíly, od devatenácti let bérkové vředy. V roce 1994 měl krvácení do pravého oka s odchlípením sítnice, na oko hůře vidí. V roce 1996 prodělal infarkt myokardu, v roce 2008 byl pacientovi implantován kardiostimulátor pro komorovou tachykardii. Z dalších chronických a anamnestických diagnóz uvádím ischemická choroba dolních končetin, ateroskleróza končetinových tepen, artróza kyčelních kloubů, gonartróza IV. stupně, diabetes mellitus nezávislý na inzulínu a esenciální hypertenze.

Operace: 2008 implantace kardiostimulátoru.

Úrazy: neguje.

Alergie: Dalacin- exantém, náplast- exantém.

Abusus: nekouří od prodělaného infarktu myokardu v roce 1996, alkohol pije příležitostně, černou kávu maximálně dva šálky denně.

Farmakologická anamnéza

Warfarin 5 mg 0-1-0, Corynol 25 mg 0-0-1, Lanzul 30 1-0-0, Furon 40 mg 1-1/2-0, Omnic 0,4 0-0-1, Torvacard 20 mg 0-0-1, Acidum Folicum 1-0-0, Apo- allopurinol 100 mg 0-1-0, Transtec 52,5 uq výměna každé 3 dny, Movalis 0-0-1, Dithiaden 1/2-1/2-1, Vigantol 6 kapek denně. Převasy defektů denně cestou home care- na levé dolní končetině aplikovat Dermacin roztok na desinfekci a obklad a Silver gel, na pravou dolní končetinu jen desinfekci a obklad s Dermacin roztokem, který by měl trvat 15-20 minut.

Pracovní a sociální anamnéza

Pacient je starobní důchodce. Před důchodem opravoval v pivovaru sudy. Žije s manželkou v rodinném domě.

9.2 Sběr dat z dokumentace

Vyšetření:

Stěr z defektu pravé dolní končetiny- meticilin rezistentní Staphylococcus aureus a Pseudomonas aeruginosa s citlivostí na antibiotika Piperacilin, Ceftazidim, Vankomycin.

Stěr z defektů levé dolní končetiny- meticilin rezistentní Staphylococcus aureus s citlivostí na antibiotika Piperacilin, Ceftazidim, Ciprofloxacin.

Výtěr z krku - meticilin rezistentní Staphylococcus aureus s citlivostí na antibiotika Piperacilin, Ciprofloxacin.

Výtěr z nosu a rekta- negativní.

Vzhledem ke zvýšenému CRP v krvi a febriliím byly nemocnému nasazeny antibiotika dle citlivosti. Před propuštěním do domácího ošetřování byly v nemocnici znovu provedeny stěry z defektů obou dolních končetin s nálezem meticilin rezistentní Staphylococcus aureus. Výtěr z krku, nosu a rekta byl negativní. Protože pacient nevykazoval celkové známky infektu a byl afebrilní, antibiotická léčba nebyla znovu

nasazena a pacient byl dimitován do domácího ošetřování s doporučením provádění denních převazů obou dolních končetin cestou home care.

9.3 Fyzikální vyšetření a hodnotící škály

Fyzikální vyšetření

Hmotnost 78 kg, výška 187 cm, BMI 22,3, krevní tlak 125/85 mmHg, puls 97 za minutu, nepravidelný, teplota 36,7°C, dech 16 za minutu, pacient bez cyanózy, pozorují mírné otoky obou dolních končetin s rozsáhlými bércovými vředy, kůže bledá a suchá.

Použité hodnotící škály

Melzackova škála bolesti - zaznamenává denní škálu bolesti číslem v rozsahu 0-5. U pacienta se hodnotila a zaznamenávala škála bolesti každý den. Hodnoty bolesti se pohybovaly v rozsahu 2-5 , kdy nejnižší byla bolest při počínajících známkách hojení defektů a po nalepení nové opiátové náplasti a nejvyšší při vzniklé nekróze levé dolní končetiny a převazu defektů na obou dolních končetinách. (příloha A)

Geriatrická škála deprese - vzhledem ke špatnému psychickému rozpoložení nemocného jsem použila tuto škálu ke zhodnocení jeho skutečného psychického stavu. Výsledek byl 11 bodů, což značí mírnou depresi. (příloha B)

Barthelův test základních všedních činností ADL - tento test jsem použila ke zjištění soběstačnosti pacienta. Výsledný počet bodů byl 80, což značí lehkou závislost. (příloha C)

Test pro určení rizika pádu – z důvodu snížené mobility u pacienta jsem použila tento test ke zjištění rizika pádu. Výsledek byl č. 4, což znamená, že hrozí riziko pádu. (příloha D)

9.4 Zpracování informací dle modelu M. Gordonové

1. *Vnímání zdraví, aktivita k udržení zdraví.*

Subjektivně: Pacient udává, že je ochromený velkou únavou. Pociťuje strach z důvodu nehojících se defektů na obou dolních končetinách. Dále je zužovaný bolestí kloubů, díky které je limitovaný v běžných denních aktivitách. Důsledně dodržuje doporučení lékařů.

Objektivně: Pozoruji u pacienta únavu hlavně v pomalém osobním tempu. Při každém pohybu vidím bolest ve výrazu obličeje nemocného.

2. *Výživa, metabolismus.*

Subjektivně: Nemocný dodržuje racionální stravu. Jídlo mu připravuje manželka, diabetickou dietu nedrží. Pitný režim uvádí 2 litry tekutin denně, preferuje čistou vodu.

Objektivně: Znamky dehydratace nebo podvýživy nemocný nevykazuje. Dle poslední hospitalizace u pacienta zjištěna hypovitaminóza vitamínu D, kdy byla zahájena jeho substituce.

3. *Vylučování.*

Subjektivně: Stolicí mívá pacient pravidelnou, bez příměsí, v intervalu 24 hodin. Při močení potíže nemá, inkontinenci neguje. Nadměrné pocení nepozoruje.

Objektivně: V propouštěcí zprávě z nemocnice nejsou uvedeny potíže v oblasti vylučování. Pokožka je suchá.

4. *Aktivita, cvičení.*

Subjektivně: Nemocný hovoří o své nízké aktivitě, která ho trápí, což vysvětluje bolestí a nejistotou při chůzi, projevuje však touhu být více soběstačný, aby nebyl tak velkou zátěží pro manželku.

Objektivně: Pacient je málo aktivní hlavně z důvodu bolesti dolních končetin, postižených bérčovými vředy a nákazou MRSA, což pozoruji ve výrazu jeho

obličej a projevy povzdechů při sebemenším pohnutí. Sleduji také menší rozsah pohyblivosti kloubů, hlavně kolenních.

5. *Spánek, odpočinek.*

Subjektivně: Pacient je unavený během celého dne, ale nespává, v noci spí většinou dobře.

Objektivně: V propouštěcí zprávě není porucha spánku zaznamenána. Z výrazu obličej pacienta usuzuji, že nemocný trpí únavou.

6. *Vnímání ,poznávání.*

Subjektivně: Trpí krátkozrakostí. Na pravé oko vidí hůře po stavu odchlípení sítnice v roce 1994. Na tento stav si zvykl, nepovažuje ho za handicap. Změnu paměti pán neguje. Udává pocity nejistoty, strachu a úzkosti, aktuální zdravotní stav a bariérová opatření nebyly pánovi dostatečně vysvětleny v nemocničním zařízení. Nerozumí, proč by se po tolika letech, kdy má bércové vředy, musely provádět nějaká opatření, aby se zabránilo šíření nákazy MRSA.

Objektivně: Po mém vysvětlení problematiky MRSA a s tím spojené dodržování režimových opatření, se obavy u pacienta zmírnily. Nemocný nosí brýle.

7. *Sebekoncepce a sebeúcta.*

Subjektivně: Nemocný je celkově unavený, ale je velmi rád, že se vrátil do domácího prostředí, i když hovoří o strachu z budoucnosti. Ve vypjatých situacích spoléhá hlavně na manželku a je smutný, že to s ním má manželka tak složité. Chtěl by se zlepšit v sebeděči, aby manželce trochu ulevil.

Objektivně: Vzhledem k velkým bolestem a snížené mobilitě je zhoršená sebeděče a zvýšená závislost na manželce.

8. *Plnění rolí, mezilidské vztahy.*

Subjektivně: Nemocný je ženatý a má tři děti. S jedním synem žije ve společné domácnosti, s druhým synem se nestýká, důvod neuvedl. Dcera žije s manželem

a třemi malými dětmi v jiném městě, na návštěvy jezdí 1x do týdne. Přátele již nemá, ale pocitem osamělosti netrpí.

Objektivně: Pacient žije v rodinném domě s manželkou a jedním dospělým synem. Chod domu i rodiny zajišťuje hlavně manželka.

9. *Sexualita, mezilidské vztahy.* Na tuto oblast pacient odpovídat nechce.

10. *Stres, zátěžové situace.*

Subjektivně: Nemocný udává, že je ve stresu stále a při každém zhoršení jeho zdravotního stavu se jeho stres velmi prohloubí. Manželka je jeho oporou, ale také si uvědomuje, jak ji tím zatěžuje.

Objektivně: Stres pozoruji u pacienta hlavně z výrazu obličeje a také z jeho počátečních reakcí na nové informace, kdy byl celkově napjatý a rozčílený.

11. *Víra, přesvědčení.*

Subjektivně: Pacient nevyznává žádnou víru, nevěří ani ve spravedlnost. Často si prý pokládá otázku, proč zrovna on, když nikdy nikomu neublížoval, musí tolik trpět.

Objektivně: Vzhledem ke špatnému psychickému rozpoložení pacienta a zhoršení zdravotního stavu dolních končetin nákazou MRSA je nutné nemocného psychicky podpořit, zapojit do podpory i rodinu a ujistit pacienta, že v rámci ošetrovatelské péče bude vše provedeno tak, aby byla naděje na zlepšení jeho zdravotního stavu.

12. *Jiné.* Nemocný nepovažuje za nutné sdělovat další informace.

10 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. *Narušená integrita tkáně (00044) související se špatným prokrvením dolních končetin*, projevující se:

- Subjektivně: Bolestí, nespokojeností.
- Objektivně: Destrukci tkáně na dolních končetinách, zápachem, prokázanou nákazou MRSA.

Očekávaný výsledek:

- Defekty pacienta budou asepticky ošetřovány dle doporučení lékaře s dodržáním bariéry při nákaze MRSA, bolest bude snížena na minimum.

Ošetřovatelské intervence:

- Dodržuj bariéru při ošetřování z důvodu nákazy MRSA.
- Asepticky převazuj defekty dle ordinace lékaře.
- Aplikuj léčiva dle ordinace lékaře.
- Sleduj známky infekce a hojení.
- Denně popisuj stav defektů do dokumentace.
- Informuj nemocného a jeho rodinu o nutnosti dodržování léčebného režimu a režimových opatření.
- Podporuj nemocného po psychické stránce.

Hodnocení:

- První týden po hospitalizaci byly prováděny převazy obou dolních končetin 1x denně. Vzhledem k tomu, že sekrece z ran začala být hojná, bylo za potřebí měnit sekundární krytí 2x denně, což praktický lékař schválil. Stav defektů na levé končetině se nejprve zhoršil, pravděpodobně vznikem nekrózy v defektu, po jejímž odstranění se defekt začal prokazatelně zlepšovat. Defekty na pravé dolní končetině začaly částečně granulovat při mírné sekreci.

2. *Chronická bolest (00133) související se špatným prokrvením dolních končetin, zánětem v defektech na dolních končetinách způsobených nákazou MRSA a degenerativním onemocněním kloubů, projevující se:*

- Subjektivně: Slovním popisem, Melzackovou škálou bolesti.
- Objektivně: Reakcí při převazu, výrazem obličeje při pohybu.

Očekávaný výsledek:

- Nemocný bude užívat opiátové náplasti dle doporučení lékaře.
- Bolest bude snížena na minimum.

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj účinek opiátových náplastí.
- Pravidelně vyměňuj opiátové náplasti.
- Denně zjišťuj intenzitu bolesti dle Melzackovy škály a zapiš ji do dokumentace
- Při změně bolesti informuj lékaře.
- Akceptuj projevy bolesti u pacienta a psychicky ho podporuj.

Hodnocení:

- Největší bolest pacient pociťoval v prvním týdnu, kdy se zhoršil defekt levé dolní končetiny, zasažené nákazou MRSA, vzniklou nekrózou. Opiátové náplasti neměly žádný účinek. Po odstranění nekrózy se bolest začala zmírňovat a díky opiátovým náplastem hodnotil nemocný bolest dolních končetin během dne většinou střední. Při pohybu je již bolest kloubů dolních končetin také snesitelná, ale dle pacienta záleží na aktuálním počasí, při jehož změně má bolesti větší. Opiátové náplasti tedy dobře tlumí bolest.

3. *Únava (00093) související se zhoršeným psychickým i fyzickým stavem a polymorbiditou, projevující se:*

- Subjektivně: Celkovou slabostí.
- Objektivně: Nevládnutím běžných denních aktivit.

Očekávaný výsledek:

- Nemocný bude soběstačný v běžných denních aktivitách.

Ošetřovatelské intervence:

- Sleduj vitální funkce nemocného a jejich změny.
- Zajisti pacientovi dostatečný odpočinek.
- Pomáhej pacientovi zvyšovat jeho sebevědomí.
- Podporuj nemocného po psychické stránce.
- Zapoj rodinu do psychické podpory nemocného.

- Pozoruj změny ve zvládnání denních aktivit po podání opiátové náplasti a před její výměnou.

Hodnocení:

- Došlo ke zlepšení stavu pacienta po několika dnech, co pobýval doma. Nemalou zásluhu na tomto mělo zmírnění bolesti opiátovými náplastmi po odstranění nekrózy, způsobené nákazou MRSA, na levé dolní končetině. Únava byla prokazatelně menší po podání opiátové náplasti, než před její výměnou.

4. *Strach (00148) související s obavami z budoucnosti vzhledem k dlouhodobému onemocnění a nákaze MRSA, projevující se:*

- Subjektivně: Negativními představami o budoucnosti, negativními myšlenkami o zlepšení zdravotního stavu, obavami z nákazy MRSA.
- Objektivně: Pláčem, výrazem v obličeji.

Očekávaný výsledek:

- Nemocný bude bez obav hovořit o svých pocitech.
- Nemocný si začne uvědomovat příčinu strachu a získá reálný pohled na svoji situaci.
- Strach se zmírní.

Ošetřovatelské intervence:

- Urči škálu deprese.
- Pozoruj verbální i neverbální projevy strachu.

- Pobízej nemocného, aby o svých pocitech hovořil.
- Psychicky podporuj pacienta.
- Zapoj do psychické podpory pacienta i jeho rodinu.
- Při zhoršení psychického stavu informuj lékaře.

Hodnocení:

- V domácím prostředí a edukací nemocného o nákaze MRSA, se do jisté míry podařilo u pacienta zmírnit strach, ale zatím ho není možné úplně odstranit. Ke snížení strachu velmi pomohlo zmírnění bolesti, velká podpora ze strany manželky a pochopení problematiky MRSA.

5. *Úzkost související s dlouhodobým onemocněním a obav z nákazy MRSA, projevující se:*

- Subjektivně: Bušením srdce, nauzeou, lítostivostí a sklíčeností.
- Objektivně: Chvěním hlasu, napjatým výrazem v obličeji, neklidem a zhoršeným očním kontaktem.

Očekávaný výsledek:

- Nemocný si uvědomí svoji úzkost a bude ji schopný popsat slovy.
- Nemocný zjistí, jak si s úzkostí poradit.
- Naučí se řešit problémy.

Ošetřovatelské intervence:

- Naslouchej nemocnému a hovoř s ním o jeho pocitech.

- Zjistí rozhovorem s pacientem vyvolávací impuls jeho úzkosti.
- Nauč pacienta překonat úzkost například dechovým cvičením.
- Doporuč nemocnému návštěvu psychologa nebo psychiatra.

Hodnocení:

- Pacient chápe svoji úzkost, ale není ji schopný překonat. Za podpory manželky jsem nemocnému doporučila návštěvu odborného lékaře (psychiatra nebo psychologa), ale nemocný odmítá.

6. *Neefektivní periferní tkáňová perfuze (00204), související s ischemickou chorobou dolních končetin, atherosklerózou končetinových tepen a diabetem mellitus, projevující se:*

- Subjektivně: Bolestí, pocitem těžkých nohou.
- Objektivně: Bércovými vředy na dolních končetinách, otokem dolních končetin.

Očekávaný výsledek:

- Pacient pochopí příčiny špatné tkáňové perfuze.
- Bude dodržovat léčebný režim a provádět preventivní opatření k zamezení zhoršení stavu dolních končetin.

Ošetřovatelské intervence:

- Prováděj ošetřovatelskou rehabilitaci, vedoucí k prokrvení dolních končetin.

- Doporuč nemocnému, aby při sezení, v rámci možností, pokládal dolní končetiny do zvýšené polohy.
- Vysvětlí nemocnému vhodnost zdvihlého podhlaví lůžka, aby došlo k lepšímu prokrvení dolních končetin gravitací.

Hodnocení:

- Pacient se snaží pravidelně cvičit a chodit po bytě. Vzhledem k degenerativnímu postižení kloubů, je pro pacienta nepříjemné a bolestivé, mít dolní končetiny při sezení ve zvýšené poloze. Naopak při spánku mu vyhovuje zvýšené podhlaví pomocí polohovacího lamelového roštu.

7. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) související s degenerativním onemocněním kloubů dolních končetin, projevující se:

- Subjektivně: Stížnostmi pacienta na obtížnost pohybu, bolesti při pohybu.
- Objektivně: Omezeným rozsahem pohybu, zpomaleným tempem chůze, nestabilní chůzí.

Očekávaný výsledek:

- Pacient bude ochotný projevit účast na aktivitách a bude je pravidelně vykonávat chůzi a jednoduché posilovací cviky.
- V domácnosti pacienta bude bezpečné prostředí pro nácvik chůze.

Ošetřovatelské intervence:

- Dbej na bezpečnost úpravy domácího prostředí.
- Podporuj pacienta v nácviku chůze a jednoduchém posilovacím cvičení.

- Pobízej ho k účasti na běžných aktivitách.

Hodnocení:

- Po úpravě domácího prostředí (demontáž prahů a vytvoření dostatečného prostoru), získal pacient větší jistotu při chůzi. Pokud nebyl limitovaný bolestí, nacvičoval chůzi několikrát denně. Posilovací cvičení vykonával dle svých možností, ale nebylo to pravidelně každý den. Na další denní aktivity nemá nemocný zatím sílu.

8. *Snaha zlepšit sebeděči (00182) související se zhoršenou mobilitou, únavou a bolestí*, projevující se:

- Subjektivně: Slovně vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči, aby tolik nezatěžoval manželku a byl více nezávislý.
- Objektivně: Pacient projevuje snahu a zájem o zlepšení sebeděče.

Očekávaný výsledek:

- U pacienta dojde ke zlepšení sebeděče.

Ošetřovatelské intervence:

- Podporuj nemocného v denních aktivitách.
- Oceňuj sebemenší pokrok vedoucí ke zlepšení sebeděče pacienta.
- Aktivuj psychiku nemocného.
- Pobízej pacienta ke stanovení a dosažení cíle.
- Zapoj rodinu do podpory pacienta.

Hodnocení:

- Ke zlepšení sebepěče u pacienta došlo jen z části. Nemocný se snažil, ale záleželo na aktuálním psychickém stavu pacienta, škále bolesti a únavě. Pokud byl tedy nemocný v dobré psychické kondici a s malou bolestí a únavou, zvládl se obstarat celkem dobře. Oproti tomu, pokud měl nemocný špatný den, ve smyslu psychické nepohody, větších bolestí a únavy, pečovala o něj manželka.

9. *Riziko infekce (00004) související s rozšířením infekce MRSA na jiné části těla pacienta.*

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe příčinu vzniku infekce MRSA a možnost jejího šíření.
- Nemocný porozumí nutnosti aseptických převazů a režimovým opatřením.
- U nemocného se nerozšíří infekce na jiná místa na těle.
- Režimová opatření budou dodržovat i ostatní členové rodiny a zdravotnický personál, aby se zamezilo rozšíření nákazy MRSA.

Ošetřovatelské intervence:

- Informuj pacienta a rodinu o nutnosti aseptických převazů a bariérového ošetřování.
- Asepticky převazuj defekty dle ordinace lékaře.
- Dodržuj bariéru ošetřování.
- Pouč pacienta, aby v žádném případě sám nesundával obvazy.

Hodnocení:

- K rozšíření nákazy MRSA na jiné části těla nedošlo. Převazy byly prováděny pouze zdravotníkem za přísných aseptických podmínek s dodržáním bariéry.

10. Riziko pádů (00155) související se sníženou hybností kloubů, způsobenou jejich degenerativním onemocněním a prokázané hodnotícím testem.

Očekávané výsledky:

- Nemocný se bude schopen pohybovat v prostředí dle potřeby a přání s pomůckami.
- Nedojde k pádu pacienta.

Ošetřovatelské intervence:

- Informuj pacienta a jeho rodinu o výsledku testu provedeného za účelem zjištění rizika pádu.
- Pouč pacienta, jaká jsou rizika při pádu.
- Vysvětli rodině, proč je vhodné, aby pacient chodil za přítomnosti druhé osoby.

Hodnocení:

- Nemocný se dobře pohyboval po bytě, chodil o holích a k pádu pacienta nedošlo. Manželka byla téměř vždy přítomna a pokud ne, chodil pacient jen v akutním případě, například na toaletu. Chůze byla díky snížení bolesti stabilnější.

11 EDUKAČNÍ PLÁN

11.1 Edukace pacienta v oblasti režimových opatření z důvodu nákazy MRSA

Účel: Poskytnout nemocnému a jeho rodině komplexní informace, spojené s důsledným dodržováním režimových opatření při nákaze MRSA.

Cíl: Nemocný i jeho rodina pochopí nutnost těchto opatření a budou se jimi umět řídit.

Oblast kognitivní

- Cíl: Pacient bude mít veškeré informace, týkající se režimových opatření při nákaze MRSA a bude chápat jejich nutnost.
- Hlavní body plánu - rozhovor vedoucí k pochopení nutnosti režimových opatření, prováděných při ošetřování pacienta s nákazou MRSA.
- Časová dotace - 15 minut
- Hodnocení - pacient má veškeré informace o nákaze MRSA a rozumí nutnosti dodržování režimových opatření.

Oblast afektivní

- Cíl: Nemocný přijímá režimová opatření a projevuje aktivitu k jejich realizaci.
- Hlavní body plánu - ukázka pomůcek k ochranné bariéře (plášť, čepice, ústenka, rukavice a návleky) a desinfekční prostředek na ruce.
- Časová dotace - 15 minut
- Hodnocení - nemocný souhlasí s režimovým opatřením a bude se jím řídit.

Oblast psycho- motorická

- Cíl: Pacient bude ovládat správnou hygienickou desinfekci rukou.

- Hlavní body plánu - názorná ukázka hygienické desinfekce rukou.
- Časová dotace - 10 minut
- Hodnocení - nemocný samostatně předvedl, jak a kdy si bude správně desinfikovat ruce.

11.2 Edukace pacienta v oblasti snížené mobility z důvodu degenerativního onemocnění kloubů a neefektivní periferní tkáňové perfuze obou dolních končetin a s tím spojená prevence pádů

Účel: Vysvětlit nemocnému, proč je pohyb důležitý a jakým způsobem se pohybovat a cvičit. Seznámit pacienta s opatřeními, která zamezí případnému pádu nemocného a upravit domácí prostředí pro bezpečnou chůzi.

Cíl: Pacient se bude pohybovat bez zábran po bytě a bude provádět lehké kondiční cviky. V bytě budou odstraněny překážky.

Oblast kognitivní

- Cíl: Nemocný bude mít všechny informace o jeho možnostech pohybu, kondičním cvičení a prevenci pádu.
- Hlavní body plánu - rozhovor, který povede k pochopení potřeby pohybu pro organismus a eliminaci rizika možného pádu.
- Časová dotace - 15 minut
- Hodnocení - pacient má veškeré informace o komplikacích imobility a pochopil, jak je důležitý pravidelný pohyb.

Oblast afektivní

- Cíl: Pacient projevuje zájem a aktivitu k realizaci pravidelné chůze a cvičení.
- Hlavní body plánu - ukázka jednoduchých serií kondičních cviků v brožuře.
- Časová dotace - 15 minut
- Hodnocení- nemocný souhlasí s plánem pravidelné chůze a jednoduchých kondičních cviků. Překážky, které by mohly zapříčinit pád nemocného, byly ve spolupráci s rodinou odstraněny (prahy, přesunutí nábytku).

Oblast psycho- motorická

- Cíl: Pacient názorně předvede jednoduchou sérii kondičních cviků a zkusí se projít po bytě.
- Hlavní body plánu - názorná ukázka cviků, procházka po bytě po jeho úpravě (odstranění překážek).
- Časová dotace - 20 minut
- Hodnocení - pacient prováděl cviky s chutí, dobře je předvedl a zapamatoval si. Chůze byla mírně nejistá, z tohoto důvodu a v rámci bezpečnosti jsem nemocnému doporučila trénovat chůzi v doprovodu druhé osoby.

11.3 Edukace nemocného v oblasti správné výživy u diabetes mellitus

Účel: Informovat nemocného o vhodném dietním opatření u diabetiků.

Cíl: Pacient bude znát vhodné a nevhodné potraviny, intervaly mezi jídly, počet denních dávek jídla a jeho množství.

Oblast kognitivní

- Cíl: Pacient bude mít veškeré informace o stravování diabetiků a bude se jimi řídit.
- Hlavní body plánu - vysvětlím nemocnému diabetickou dietu.
- Časová dotace - 20 minut
- Hodnocení - nemocný zná druhy potravin vhodné při diabetes mellitus, umí si rozdělit denní dávky a množství jídla na celý den.

Oblast afektivní

- Cíl: Pacient přijímá pravidla dodržování diabetické diety a rozumí případným komplikacím při jejím nedodržování.
- Hlavní body plánu - prostudování příručky pro diabetiky.
- Časová dotace - 10 minut
- Hodnocení - pacient souhlasí s dodržováním diabetické diety a chce předcházet komplikacím, zejména diabetickým defektům.

Oblast psycho- motorická

- Cíl: Pacient vypracuje denní jídelníček vhodný pro diabetika.
- Hlavní body plánu - dobře vypracovaný jídelníček pro diabetika.
- Časová dotace - 15 minut
- Hodnocení - nemocný vypracoval denní jídelníček správně, počet denních dávek jídla dodržel a nepoužil nevhodné potraviny.

12 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA

Při mé první návštěvě 21.11.2014 u pacienta v jeho domácím prostředí jsem důkladně prostudovala propouštěcí zprávu z nemocnice, provedla rozhovor s pacientem, sepsala anamnézu, vyplnila s nemocným testy na zhodnocení stavu bolesti, vědomí, základních všedních činností a rizika pádu, provedla fyzikální vyšetření, pořídila fotodokumentaci defektů na obou dolních končetinách, zhodnotila defekty a podrobně zapsala do dokumentace, provedla převaz s aplikací léčiv dle doporučení lékaře a sestavila ošetřovatelský plán.

Zjistila jsem, že pacient ani jeho rodina nebyli v nemocničním zařízení dostatečně edukováni v souvislosti s nákazou MRSA, nejsou obeznámeni s bariérovým ošetřováním a dodržováním protiepidemického režimu. Pacient je vystrašený, jakou že to trpí nákazou, že musím být oblečena v ochranných pomůckách? Manželka nemocného je zděšena a vyjadřuje strach o nemocného, ale i o sebe, své děti a vnoučata. Zaměřila jsem tímto jednu z mých edukací v ošetřovatelském plánu.

Při rozhovoru s pacientem pozoruji jeho únavu a neverbální projevy bolesti, kterou, na můj dotaz, potvrzuje. Dále nemocný hovoří o strachu z budoucnosti, má obavy, že o své končetiny přijde a tím se stane ještě větší zátěží pro manželku.

Stav defektů na obou dolních končetinách. Striktně dodržuji bariérové ošetřování. Defekty na vnitřním kotníku pravé dolní končetiny jsou tři o rozměrech: 3cm x 3cm, 2cm x 2cm, 2cm x 1cm. Tvar defektů je nepravidelný, okolí zmacerované, okraje navalité, spodina všech defektů je povleklá, sekrece z ran hojná, sekret hnisavý a zapáchající, fáze hojení ran - fáze čištění. Defekty na levé dolní končetině - vnější strana kotníku - defekty o rozměrech 8cm x 4cm a 18cm x 8cm. Na vnitřní straně kotníku je defekt o velikosti 12cm x 11cm. Tvar všech defektů je také nepravidelný, v okolí macerace, okraje navalité, spodina rány povleklá, místy nekrotická, sekrece z ran hojná, sekret hnisavý a zapáchající, fáze hojení ran - fáze čištění.

Převaz defektů na obou dolních končetinách. Dle doporučení lékaře z propouštěcí zprávy aplikuji léčiva do defektů - Dermacyn roztok, kterým desinfikuji a provádím obklad na obou dolních končetinách po dobu 15 minut a poté do defektů levé dolní končetiny

aplikuji Silver gel. Všechny defekty kryji sterilními čtverci a pokládám, vzhledem k hojně sekreci z defektů, velkou vrstvu sekundárního krytí. Dnes také nalepuji opiátovou náplast. Bolest dle Melzackovy škály číslo 5.

Následující tři dny nedochází u nemocného k žádné změně na defektech obou dolních končetin, ani v celkovém zdravotním stavu, ale pozoruji mírné zlepšení jeho psychiky, pacient je hovornější. Hodnoty škály bolesti jsou v tomto období číslo 5. Čtvrtý den přelepju opiátovou náplast.

25.11.2014 - pátý den ošetřování v domácím prostředí dochází ke zhoršení defektu na vnitřní straně kotníku levé dolní končetiny, defekt má nyní rozměr 12cm x 12cm, bolestivost této končetiny je dle škály bolesti číslo 5, sekrece je velmi hojná, pacient si do mého příchodu obalil končetinu do tří ručníků, které byly prosáknuté. Ihned jsem informovala praktického lékaře, s upozorněním na nákazu MRSA, který poslal pacienta na kožní ambulanci. Pacient je ve velkém stresu, bojí se.

Šestý den mé návštěvy u nemocného nejprve pročítám lékařskou zprávu z kožní ambulance, kde byla nemocnému odstraněna nekróza ze spodiny defektu vnitřní strany kotníku na levé dolní končetině. Lékař doporučil setrvat v dané medikaci i v četnosti převazů dolních končetin a kontrolu za 3 týdny s kontrolními stěry všech defektů. Pacient je rád, že není v nemocnici, je v lepší náladě, než včera. Bolest dle škály číslo 5. Pro setrvalou velmi hojnou sekreci kontaktuji ošetřujícího lékaře s vysvětlením, že sekundární krytí u pacienta je již ve večerních hodinách celé prosáknuté, zda by dočasně povolil ještě večerní návštěvu k výměně sekundárního krytí na dolních končetinách. Ošetřující lékař druhou denní návštěvu povolil. Večer přicházím k nemocnému na druhou návštěvu a vyměňuji sekundární krytí, je opět úplně prosáklé.

Sedmý den ráno jsou defekty stejně povleklé, s hojnou sekrecí a bolestí dle škály číslo 4, což je od předešlého období mírné zlepšení. Psychika nemocného je zhoršena, pravděpodobně po včerejších dni, kdy si pacient uvědomil zhoršení stavu defektů. Snažím se nemocného uklidnit. Večer znovu přicházím vyměnit prosáklé sekundární krytí na defektech obou dolních končetin.

Osmý a devátý den vidím na nemocném úlevu od bolesti, dle škály bolest číslo 3, sám mi sděluje, že se cítí mnohem lépe. Toto přisuzuji dobrému účinku opiátových náplastí. Sekrece z defektů je střední. Stav defektů zůstává nezměněn. Druhá návštěva u

nemocného proběhla ve večerních hodinách, je viditelná menší sekrece z defektů, sekundární obvaz je méně prosáklý.

Desátý den (30.11.2014) pozoruji při převazech obou dolních končetin menší zápach a střední sekreci, tvar a velikost defektů zůstává stejná, pacient se cítí lépe, dnes je i veselý, škála bolesti číslo 3. Přelepí opiátovou náplast. Druhá výměna sekundárního krytí proběhla bez komplikací.

Jedenáctý a dvanáctý den udává pacient bolest dle škály bolesti číslo 2, dle manželky je nemocný po celé dva dny veselejší, těší se, až bude pěkné počasí a půjde na zahradu. Sekrece z defektů na pravé dolní končetině je mírná, serózní a bez zápachu. Na levé dolní končetině ke změně nedošlo, sekrece je střední. V tomto období jsem vyměnila při druhé návštěvě sekundární krytí pouze na levé dolní končetině.

Třináctý den je nemocný ve špatné náladě, stěžuje si, že ho nebaví takový život, má dnes i větší bolesti dolních končetin, dle škály bolesti číslo 4. Defekty nevykazují zhoršení. Zvýšení bolesti přisuzuji změně počasí, na kterou nemocný, dle jeho sdělení, reaguje. Druhá denní výměna sekundárního krytí proběhla jen na levé dolní končetině. Přelepí opiátovou náplast.

Čtrnáctý den (4.12.2014) je pacient v dobrém psychickém rozpoložení, bolest dle škály číslo 3, všechny defekty na pravé dolní končetině mají minimální sekreci, spodina je místy povleklá a místy bez povlaku, rozměry stejné, okolí klidné, fáze hojení - fáze čištění. Defekty na levé dolní končetině jsou rozměrově beze změny, sekrece mírná, serózní s mírným zápachem, spodina povleklá, bez nekrózy, okolí navolitě a mírně zarudlé, fáze hojení - fáze čištění. Vzhledem k mírné sekreci z defektů dolních končetin nebude již nutná druhá výměna sekundárního krytí. Informovala jsem praktického lékaře, že od dnešního dne bude u pacienta dostačující provádět znovu jen jednu návštěvu. Následný zavedený režim dle doporučení kožního lékaře bude pokračovat nadále do případné změny ordinace lékařem nebo do změny zdravotního stavu pacienta.

Návštěva po týdnu (21.12.2014) - nemocný je v dobré psychické náladě, těší se na Vánoce, kdy bude celá rodina pohromadě. Dnešní bolest dle škály číslo 2. Všechny defekty na pravé dolní končetině začínají po okrajích granulovat, spodina je místy ještě povleklá, ale z větší části je čistá, sekrece minimální. Aktuální rozměry defektů: 2,5cm x 3cm, 2cm x 1,5cm a 1,5cm x 1cm. Mírné zmenšení defektů a jejich stav značí ústup infekce MRSA a

počátek hojení. Defekty levé dolní končetiny mají spodinu povleklou, bez nekrózy, sekrece mírná, okolí naválité a mírně zarudlé. Aktuální rozměry defektů: vnější strana kotníku - defekty o rozměrech 8cm x 4cm a 18cm x 8 cm a na vnitřní straně kotníku je defekt o velikosti 12cm x 11cm. Dle rozměrů i stavu defektů hodnotím stále fázi čištění.

DISKUZE

V mé bakalářské práci jsem se věnovala ošetrovatelské péči u polymorbidního pacienta s rozsáhlými bércovými vředy, infikovanými nákazou MRSA, její vliv na kvalitu života nemocného a jeho rodiny, sestavila jsem a realizovala ošetrovatelský plán.

Porušenou integritou tkáně trpí nemocný od devatenácti let, kdy se střídala období vzniklého defektu a úplného zhojení. V poslední době je u nemocného jen období s narušenou integritou tkáně a to zřejmě díky dalším chronickým onemocněním a oslabení jeho imunitního systému, kdy došlo k infikování defektů dolních končetin nákazou MRSA, což celkově narušilo pohodu v rodině z důvodu obav z této nákazy a z počátku také dodržováním ochranné bariéry, než pacient i jeho rodina pochopili její nutnost. Nezbytné bylo edukovat nemocného o nákaze MRSA, dále zajistit aseptické převazy defektů s aplikací léčiv dle ordinace lékaře a dodržet ochrannou bariéru. Defekty byly z počátku povleklé, s hojnou hnisavou zapáchající sekrecí a v první polovině mého ošetřování došlo u pacienta ke zhoršení defektu na levé dolní končetině pro vzniklou nekrózu, kdy musel nemocný navštívit lékaře. Po odstranění nekrózy bylo viditelné postupné zlepšování stavu tohoto defektu, hojná sekrece pomalu přešla v sekreci mírnou, serózní a méně zapáchající. U ostatních defektů ke komplikaci nedošlo a jejich stav značil známky postupného hojení.

Další důležitou ošetrovatelskou diagnózou u pacienta je chronická bolest, související se špatným prokrvením dolních končetin, která způsobuje defekty, zánětem v defektech, způsobených nákazou MRSA a s degenerativním onemocněním kloubů dolních končetin. Pro denní hodnocení velikosti bolesti jsem použila Melzackovu škálu bolesti a její hodnoty jsem denně zapisovala do dokumentace. V počátku období měl nemocný bolesti dle škály číslo 5 a ač používal na bolest opiátovou náplast, nebyl vidět její účinek. Toto přisuzuji velkému zánětu nákazou MRSA se vzniklou nekrózou v defektu levé dolní končetiny, kdy po jejím odstranění a postupnému zlepšování všech defektů, jsem začala pozorovat dobrý účinek opiátových náplastí, bolest byla snesitelnější, hodnoty bolesti dle škály se pohybovaly mezi čísly 2-4. Z rozhovoru s nemocným vyplynulo, že je na bolest zvyklý vzhledem ke svým onemocněním, ale tak velkou bolest, jakou prožil v posledních dnech, ještě nikdy neměl. Jeho sdělení potvrzuje i manželka, kterou utrpení manžela velmi trápí.

Únava byla u pacienta velká, souvisela nejen s chronickými onemocněními a zánětem způsobený infekcí MRSA v defektech obou dolních končetin, ale také s bolestí a psychickým stavem nemocného. V druhé polovině období ošetřování nemocného došlo ke zmírnění únavy a to jak z důvodu zlepšení psychické stránky, tak i zdravotní, kdy došlo ke zmenšení zánětu defektů obou dolních končetin vyvolaného infekcí MRSA a díky dobré funkci opiátových náplastí, které zmírnily bolest nemocného.

Strach doprovázel nemocného po celou dobu mého ošetřování a byl úzce spjatý s úzkostí. Při mé první návštěvě byl pacient vyděšený z informací o nákaze MRSA, ale po edukaci se trochu uklidnil. Ke stanovení celkového psychického stavu jsem použila Geriatrickou škálu deprese, z jejíhož výsledku vyplynulo, že nemocný trpí mírnou depresí. Mým cílem bylo snížit pacientův strach a obavy vysvětlením problematiky MRSA, psychicky nemocného podpořit, zapojit do podpory rodinu a motivovat ho, což se z části podařilo. Nemalou zásluhu na částečném úspěchu mají i opiátové náplastí, které snížily bolest pacienta.

Vzhledem k ischemické chorobě dolních končetin, ateroskleróze končetinových tepen a diabetes mellitus nezávislý na inzulínu, jsem jako další z ošetřovatelských diagnóz zvolila - Neefektivní periferní tkáňová perfuze. Z uvedených chronických onemocnění pacienta je zřejmé, že k výraznému zlepšení stavu dolních končetin nedojde, ale je nutné, aby pacient udělal opatření, vedoucí k nezhoršování zdravotního stavu. Zaměřila jsem se na edukaci nemocného v oblasti snížené mobility, kdy pacient pochopil, proč je pohyb důležitý, v rámci svých aktuálních možností prováděl posilovací cviky a denně nacvičoval chůzi. Dále jsem nemocného edukovala v oblasti správné výživy u diabetika, kdy byl pacient schopný vyjmenovat vhodné a nevhodné potraviny pro diabetiky a sestavit denní jídelníček ve správném počtu denních dávek jídla a jejich množství.

Důvodem zhoršené tělesné pohyblivosti nemocného je porušení integrity tkáně dolních končetin s nákazou MRSA spojenou s bolestí a degenerativní onemocnění kloubů dolních končetin. Menší rozsah pohybu kloubů nesvědčí stabilitě a jistotě nemocného při chůzi. Provedla jsem v této oblasti edukaci a přizpůsobili jsme s rodinou prostředí nemocného (vyndání prahů, vytvoření dostatku prostoru odstraněním překážek) pro bezpečný nácvik chůze a zmírnění rizika pádu. Za takto nastavených podmínek nemocný souhlasil s režimem pravidelného nácviku chůze a kondičního cvičení a pokud byl

v dobrém psychickém rozpoložení a neměl velké bolesti, pravidelně, za účasti a pomoci manželky, tyto aktivity prováděl.

Při rozhovoru s pacientem ze dne 21.11.2014 vyplynulo, že nemocný touží po větší nezávislosti a zvýšení sebeděče, aby nebyl pro manželku takovou zátěží. Určila jsem ošetrovatelskou diagnózu - Snaha zlepšit sebeděči. I přes velkou snahu dosáhl pacient cíle jen z části, protože ho v některých dnech omezovala bolest, únava a špatné psychické rozpoložení. Pokud měl nemocný obtíže menší, byl velmi snaživý a z dosažených výsledků, ukazujících zlepšení jeho sebeděče, měl radost. Snížení sebeděče jsem doložila výsledkem Barthelova testu.

Z potencionálních diagnóz jsme stanovila - Riziko infekce, které je u tohoto pacienta vysoké, vzhledem k nákaze MRSA v defektech dolních končetin, ale je vždy důležité udělat veškerá opatření, která povedou k nerozšíření této nákazy na další části těla pacienta nebo jeho osoby blízké. Komplexními informacemi a postupy v zabránění rozšíření nákazy MRSA jsem edukovala pacienta i jeho rodinu. K rozšíření nákazy nedošlo a pacient i jeho rodina přednesená opatření dodržovali.

Druhou potencionální diagnózu jsem určila - Riziko pádů. U pacienta, chodícího o 2 holích a se sníženou mobilitou, způsobenou chronickým onemocněním, bolestí a porušenou integritou tkáně s nákazou MRSA, je vyšší pravděpodobnost této nehody. Mojí edukací v této oblasti pacient dobře pochopil, jak se chovat, aby zabránil pádu. Bylo uzpůsobeno i prostředí nemocného, aby došlo k eliminování rizika. Z preventivních důvodů prováděl nemocný chůzi převážně v přítomnosti druhé osoby. Chůze, doplňovaná aktivním cvičením, se dařila nemocnému po celé období dobře zvládat, pokud nebyl limitován velkou bolestí a únavou. K pádu nemocného nedošlo.

Ošetrovatelské cíle byly z části splněny, můj obdiv patří hlavně pacientovi, který i přes počáteční nedůvěru, strach z nákazy MRSA a velké bolesti dolních končetin, byl schopný dobře spolupracovat a řídit se doporučeními a neméně i pacientově rodině, která nemocnému pomáhala a podporovala ho. Mně velmi pomohl zvolený ošetrovatelský model M. Gordonové, z jehož výsledku jednoznačně vyplynulo, v jakých oblastech má pacient problém a touto cestou jsem nasměrovala ošetrovatelský plán.

ZÁVĚR

Mým cílem bylo zhodnotit kvalitu života u pacienta s nákazou MRSA v domácí péči. MRSA je beze sporu nebezpečná nozokomiální nákaza, která si vybírá oslabené jedince, zhoršuje jejich zdravotní stav a tím nejen prodlužuje dobu léčení, ale i zvyšuje její celkové náklady. Ano, může se stát, že ač se snažíme sebevíc, někdy nemůžeme zabránit, aby se pacient infikoval nozokomiální nákazou. Pokud se tedy tak stane, je naší povinností poskytnout nemocnému a jeho rodině veškeré informace a zavést všechna opatření, vedoucí k eliminaci šíření této nákazy a zabezpečit ošetrovatelskou péči v maximálním rozsahu. U mého pacienta bohužel v nemocnici nedošlo k dostatečné edukaci v souvislosti s nákazou MRSA, což prohloubilo jeho strach, který negativně ovlivnil psychiku nemocného. Uvědomují si pracovníci nemocničního oddělení, ze kterého propouští MRSA pozitivního nemocného, že je nezbytné dodržování režimových opatření i v domácím ošetřování, aby nedošlo k dalšímu šíření nákazy a k tomu musí mít nemocný potřebné informace? Že v jeho rodině mohou být další oslabení jedinci nebo děti? Telefonicky jsem si ověřila na Krajské hygienické stanici Plzeň, zda postupují dobře při dodržování bariérového ošetřování u pacienta s MRSA a při jeho edukaci. Lékařem mi bylo sděleno, že nákaza MRSA stále patří k nebezpečným nákazám a dodržování přísných režimových opatření je nutné.

U sledovaného pacienta jsem došla k závěru, že nákaza MRSA v defektech dolních končetin velmi negativně ovlivnila jeho život. Nemocný je sice rád, že je doma, ale zhoršilo se jeho psychické rozpoložení z důvodu strachu a úzkosti a to nejen z jeho zhoršeného zdravotního stavu, kdy se bolest dolních končetin vyšplhala až na maximální hodnotu vzniklým zánětem a nekrózou, způsobených nákazou MRSA, což bylo pro nemocného několik dní téměř nesnesitelné a z minulosti neznámé a uvědomoval si, že zhojení jeho defektů je nejisté, ale i z velkých obav z nákazy MRSA, kdy nemocný neměl potřebné informace, jak zabezpečit, aby nedošlo k rozšíření nákazy na jeho rodinu. Narušená sebezpěče u pacienta byla způsobená nejen degenerativním onemocněním kloubů dolních končetin, ale hlavně díky nesnesitelným bolestem dolních končetin, způsobené nákazou MRSA, která úzce souvisela se zhoršenou mobilitou s vysokým rizikem pádu. Rodina nemocného maximálně podporuje, ale její zatížení, ve smyslu zvýšené péče o

nemocného, pomoci při denních aktivitách, psychické podpory a dodržování režimových opatření, je velké.

V naší domácí péči je vždy bariérové ošetřování dodržováno bez výjimky a edukujeme pacienta v maximální možné míře, protože víme, že samotná nákaza a bariérová péče má u pacienta negativní vliv nejen na jeho psychiku, ale i na psychiku jeho rodiny, která je do určité míry omezená v běžném životě po všech stránkách, což se může odrazit v celkovém výsledku uzdravování nemocného. Dále je nezbytné, aby sestra, navštěvující pacienta s nákazou MRSA v jeho domácnosti, důsledně dodržovala režimová opatření, aby nedošlo k nákaze dalších pacientů, které navštíví v jejich domácím prostředí.

Pro zmírnění stresu u takto nemocného pacienta, ale i u jeho rodinných příslušníků, bych jednoznačně doporučila lepší informovanost ze strany nemocnice při nákaze MRSA, například vytvořením letáčku se základními důležitými informacemi o nákaze MRSA ve smyslu co tato nákaza znamená, jak se přenáší a jaká jsou režimová opatření, aby nedošlo k jejímu šíření.

Nezbývá mi, než věřit, že možná díky mé bakalářské práci, kde jsem opakovaně upozornila na nedostatky v edukaci nemocného v souvislosti s nákazou MRSA v nemocničním zařízení a dokázala jsem negativní dopad nákazy MRSA nejen na zdraví a psychiku pacienta, ale i na jeho rodinu, dojde ke zlepšení práce zdravotníků v této oblasti.

LITERATURA A PRAMENY

- (1) MISCONIOVÁ, Blanka. Historie domácí péče. *Historie domácí péče* [online]. 2006, č. 1 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
- (2) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
- (3) Sekce domácí péče. *O domácí péči* [online]. 2008, č. 1 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- (4) Domácí péče o pacienty v terminálním stadiu. *Domácí péče o pacienty v terminálním stadiu* [online]. 2009, 7-8 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: (<http://zdravi.e15.cz/oborove-specialy/domaci-pece/>)
- (5) MGR. HAJŠMANOVÁ, Bohumila. Co je to domácí péče?. *Multidisciplinární péče*. 2006, č. 4. Dostupné z: <http://www.ieducare.com>
- (6) . VZP. *Číselník výkonů* [online]. 2012 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: vzp.cz/uploads/document/vykony-872.pdf
- (7) SCHINDLER, Jiří. *Mikrobiologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 215 s., xxiv s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4771-2.
- (8) MGR. ŠKOCHOVÁ, Dagmar. Florence. *MRSA (bariérový ošetrovatelský režim)*. 2013, č. 9.
- (9) MATĚJKOVÁ, A., SVOBODOVÁ, M., *Odkud přichází a kam směřuje MRSA*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2009, roč. 5, č. 8, s. 12 – 13. ISSN 1801-1349.
- (10) POUROVÁ, E., MARYŠKOVÁ, J., *MRSA – závažný problém*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2007, roč. 3, č. 5, s. 182 – 183. ISSN 1801-1349.
- (11) Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. *Doporučený postup pro kontrolu výskytu kmenů Staphylococcus aureus rezistentních k oxacilinu (MRSA) a s jinou nebezpečnou antibiotickou rezistencí ve zdravotnických zařízeních* [online]. 2003, č. 1 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty/dp_mrsa.doc
- (12) RAMPACHOVÁ, V., *MRSA infekcia v zdravotníckom prostredí*. Sestra a lékař v praxi, 2010, roč. 9, č. 7 – 8, s. 19 – 21. ISSN 1335-9444.

- (13) ŠRÁMOVÁ, Helena. *Nozokomiální nákazy II*. 1. vyd. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c2001, 303 s. ISBN 8085912252.
- (14) KOLLÁROVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly z epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 206 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4427-157.
- (15) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
- (16) KRUPKOVÁ, S., MÍČKOVÁ, E., *Problematika MRSA ve zdravotnickém zařízení*, Diagnóza v ošetrovatelství, 2008, roč. 4, č. 2, s. 10-11. ISSN 1801-1349.
- (17) TUČEK, Milan a Alena SLÁMOVÁ. *Hygienu a epidemiologii pro bakaláře*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2012, 214 s. ISBN 978-80-246-2136-4.
- (18) MAŘAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 178 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1673-9.
- (19) CHALUPOVÁ, Vladimíra MUDr., *Nozokomiální nákazy a nová legislativa*. Sestra, 2001, roč. 11, č. 6, s. 42- 44. ISSN1210-0404.
- (20) SESTRA. *Hygienu rukou k akreditaci zdravotnického zařízení*. 2009, 10, str.39.
- (21) Věštník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče. *Věštník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 2012, roč. 2012, č. 5 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html

SEZNAM ZKRATEK

MRSA.....methicillin rezistentní *Staphylococcus aureus*

CRP.....C-reaktivní protein

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Melzackova škála bolesti
- Příloha B – Geriatrická škála deprese
- Příloha C – Barthelův test základních všedních činností ADL
- Příloha D – Jednoduchý test pro určení rizika pádu

PŘÍLOHA A – MELZACKOVA ŠKÁLA BOLESTI

Melzackova škála bolesti

- 0 - žádná
- 1 - mírná
- 2 - nepříjemná
- 3 - intenzivní
- 4 - krutá
- 5 - nesnesitelná

Bolest pacienta dle Melzackovy škály jsem denně zaznamenávala do zdravotní dokumentace, její hodnoty se pohybovaly v rozmezí 2-5.

PŘÍLOHA B – GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE

Geriatrická škála deprese

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?

ANO - 0 / NE - 1

2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejně jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a?

STEJNÉ - 0 / ZANECHAL/A - 1

3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?

ANO - 1 / NE - 0

4. Často se nudíte?

ANO - 1 / NE - 0

5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?

DOBŘÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1

6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?

ANO - 1 / NE - 0

7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?

ŠTĚSTNÝ/Á - 0 / NEŠTĚSTNÝ/Á - 1

8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?

ANO - 1 / NE - 0

9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?

DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0

10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?

ANO - 1 / NE - 0

11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?

ANO - 0 / NE - 1

12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží,

nerespektují Vás, nemají Vás rádi?

ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0

13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?

ANO - 0 / NE - 1

14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?

ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?

ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

Hodnocení:

0-7 bodů odpovídá normě

8-12 bodů mírná deprese

13-15 bodů těžká deprese

11 bodů

PŘÍLOHA C – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

1. najedení, napití	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 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

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

50 bodů

PŘÍLOHA D – JEDNODUCHÝ TEST PRO URČENÍ RIZIKA PÁDU

Jednoduchý test pro určení rizika pádu

Jestliže je skóre vyšší než 3, informuj rodinu.

Pohyb neomezený	0
Používání pomůcek	1
Potřebuje pomoc k pohybu	1
Neschopen přesunu	1
Vypražňování - nevyžaduje pomoc	0
Historie inkontinence	1
Vyžaduje pomoc	1
Rizikové léky neužívá	0
Užívá léky ze skupiny: Diuretik Antikonvulziv Antiparkinsonil Antihypertenziv Psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy žádné	0
Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav orientován	0
Občasná/noční dezorientace	1
Historie dezorientace/demence	1
Věk 18-75	0
75 a výše	1