

MASARYKOVA UNIVERZITA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA
KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE

Seminární práce z předmětu Odborná ošetrovatelská praxe I

**Ošetrovatelský proces podle modelu Gordonové u pacienta
s diagnózou bulózní erysipel pravé dolní končetiny na oddělení
KICH 2**

Vypracovala: Magda Hlobilková

Ročník: 1.ročník – podzimní semestr

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Akademický rok: 2019/2020

Brno 2019

Obsah

Úvod.....	3
1 Základní informace o pacientovi.....	4
2 Ošetřovatelská anamnéza	7
2.1 Vnímání zdravotního stavu a snaha o udržení zdraví.....	7
2.2 Výživa a metabolismus.....	7
2.3 Vylučování.....	8
2.4 Aktivita – cvičení	8
2.5 Spánek, odpočinek.....	9
2.6 Vnímání, poznávání.....	9
2.7 Sebekoncepce, sebeúcta.....	10
2.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	10
2.9 Sexualita, reprodukční schopnost	11
2.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládnání.....	11
2.11 Víra, přesvědčení, hodnoty	11
3 Objektivní metody a škály	12
3.1 Základní screeningové vyšetření sestrou.....	12
3.2 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření.....	13
3.3 Hodnocení soběstačnosti	14
3.3.1 Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living).....	14
3.4 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006	15
3.5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	16
3.6 Hodnocení stupně dekubitu	16
3.7 Hodnocení flebitidy dle Maddona	17
3.8 Hodnocení nutrice – Mini Nutritional Assessment.....	17
3.9 Hodnocení BMI – BODY MASS INDEX	18
3.10 Hodnocení bolesti – VAS.....	18
3.10.1 Deskriptivní škála verbálního hodnocení bolesti.....	18
Seznam použité literatury	19

Úvod

Marjory Gordon se narodila v Clevelandu a absolvovala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. V rámci dalších studií navštěvovala Hunter College of the City University v New Yorku a Boston College. Již ve své disertační práci se věnovala diagnostickému hodnocení. V roce 1974 stanovila jedenáct okruhů vzorců chování a v roce 1987 publikovala model funkčních vzorců zdraví. Byla členkou Americké akademie ošetrovatelství, prezidentkou severoamerické asociace pro diagnostiku NANDA a dosáhla ocenění American Academy of Nursing „Living Legend“. Na základě svých celoživotních činností a úspěchů je mezinárodně uznávána především pro vizionářský rozvoj jedenácti funkčních vzorců zdraví, rámců pro hodnocení, který umožňuje sestřám formovat ošetrovatelskou diagnózu.

Marjory Gordon je také autorkou Modelu funkčních vzorců zdraví, který umožňuje hodnocení zdravotního stavu pacienta. Gordon popsala 11 funkčních vzorců zdraví, které ovlivňují zdraví a kvalitu života člověka. Každý pacient vykazuje určité chování, to sestra posuzuje a hodnotí jako funkční a dysfunkční. Na základě tohoto posouzení je možno posuzovat míru pacientova zdraví a dále také stanovovat ošetrovatelskou diagnózu.

Ošetrovatelský proces podle modelu Gordonové je tvořen sběrem dat v rámci jedenácti oblastí, každá z nich popisuje určitou oblast pacientova zdraví, ve které odhalujeme její funkční, nebo dysfunkční složky ovlivněné především jeho nemocí. Sběr dat je uskutečňován rozhovorem s pacientem, pozorováním, fyzikálním vyšetřením pacienta, ... ^[1]

1 Základní informace o pacientovi

Iniciály:	J.S.
Pohlaví:	žena
Věk:	61 let
Stav:	vdaná
Zaměstnání:	invalidní důchod, dříve dělnice
Den hospitalizace:	11.den
Důvod hospitalizace:	překlad z Nemocnice Boskovice z důvodu zhoršení stavu při léčbě erysipelu PDK
Základní lékařská diagnóza:	Bulózní erysipel PDK v rozsahu po tříslu v terénu CHVI
Vedlejší diagnózy:	Ulcerace crucis l.dx., lymfedém bil DKK Herpes simplex labialis Akutní renální selhání stupně v.s. prerenální či kombinované po dehydrataci, průjmu, febriliích, sníženém příjmu per os tekutin St.p. masivní PE bilat., etiologie v.s. parciální flebotrombóza VF l.d. x 16, antikoagulace Xareltem St.p. recidiv erysipelech cr.l.ld. pendeponizace CHOPN – spolupodíl exacerpace CRP AB dle anamnézy Arteriální hypertenze II.stupně, přechodné sklony k hypotenzi St.p. APPE Hypoalbuminemie Trombocytóza vs. parainfekčně Hypochromní anemie t.č. akcentováno při infekci Obesitas permagna BMI 54
Pohybový režim:	3-C – částečně soběstačná v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj
Dieta:	3- normální strava

Alergie: TTC, susp. PNC a Tazocin

Plánovaná a absolvovaná vyšetření: odběr anamnézy

Bakteriologické vyšetření stolice, průkaz Clostridium Difficile

Biochemické vyšetření krve (ionty, CRP, AST, ALP, hem, GGT, glykemie, APTT, PT), hemokultivace

RTG

Ultrazvuk měkkých tkání

Invazivní vstupy: PMK (8. den), PŽK (2. den)

Výška: 172 cm

Váha: 160 kg

BMI: 54–obezita III. stupně

Vitální funkce: Krevní tlak 125/70 normotenze

Pulz 98 tepů/min reg. normokardie

Dýchání 19 dechů/min eupnoe

Tělesná teplota 37,1 °C subfebris

Medikace v nemocnici:

Chloramfenikol 2 g/100 ml 1/1 PR i.v. (60')	
Fraxiparine 1,0 ml inj.s.c	
Theopluss 300 mg p.o.	1/2-0-1/2
Vesicare 5 mg p.o.	1-0-0
Lorista H 100/25 mg p.o.	1-0-0
Agen 5 mg p.o.	1-0-1
Betaloc ZOK 50 mg p.o.	1/2-01/2

Doreta 75/650 mg p.o.	0-1-0
Rilmenidin 1 g p.o.	0-1-1
Xarelto 20 mg p.o.	0-1-0
Pantoprazole 40 mg p.o.	1-0-0

2 Ošetřovatelská anamnéza

2.1 Vnímání zdravotního stavu a snaha o udržení zdraví

Pacientka byla na KICH2 převezena z Nemocnice Boskovice, kde byla hospitalizována pro bulózní erysipel PDK. Překlad nastal z důvodu akutního zhoršení stavu projevujícího se febrilií, výsevem herpes simplex v dutině ústní a toxoalergického exantému – alergická reakce na PNC.

Pacientka s hospitalizací souhlasí, dodržuje doporučení lékaře a projevuje velkou snahu o zlepšení jejího zdravotního stavu, což ale znesnadňuje silná nadváha, která ji upoutává na lůžko, omezuje pohyb a s tím jsou spojeny další zdravotní komplikace, jako jsou opruzeniny a dekubity. S odběrem anamnézy ochotně souhlasila a odpovídá na všechny dotazy.

Celý život se snažila o zdravý životní styl, který podporovala cyklistikou, turistikou, ale dlouhodobě má problémy s regulací tělesné hmotnosti, která výrazně narostla především kvůli velkým bolestem kolenních kloubů a s tím spojeným omezením pohybových aktivit. V průběhu života netrpěla závažnými zdravotními problémy, až cca před 8 lety se u ní poprvé vyskytl erysipel. Po přeléčení užívala ochranné léky, jako prevenci (injekční terapie, léky), i přes to došlo k recidivě onemocnění. Již několik let se nemůže vyléčit z rozsáhlých bércových vředů na lýtku PDK, a právě toto místo je na vniknutí infekce velmi náchylné. Pacientka nikdy nekouřila, alkohol konzumuje pouze příležitostně (oslavy, rodinné sešlosti). Kávu pije 2x denně, střídá rozpustnou a turka. Sladkosti nekonzumuje, snaží se je nahrazovat ovocem a zeleninou.

Mimo ordinaci lékaře žádné léky, ani podpůrné prostředky neužívá.

Pacientka je dispenzarizována na urologii pro potíže s inkontinencí a na plicním pro vyskytující se astma.

2.2 Výživa a metabolismus

Lékařem byla naordinována dieta č.3- normální strava. Pacientka měří 172 cm a váží 160 kg, BMI pacientky je 54, což je obezita III. stupně, toto hodnocení odpovídá tělesné konstituci pacientky. V průběhu hospitalizace ke změně hmotnosti nedošlo a v posledních 6- ti měsících její hmotnost kolísá sestupně i vzestupně. Celkově za poslední roky u pacientky docházelo spíše k nárůstu hmotnosti. Z tekutin pacientka konzumuje převážně čistou vodu, výjimečně ochucenou sirupem. Doma denně vypije průměrně 1,5l, ale na pití si musí myslet, protože žízeň sama od sebe téměř nikdy nemá, avšak v nemocnici má pocit žízně neustále. Chuť

k jídlu pacientku neopustila ani během hospitalizace. Doma se snaží, kvůli redukci hmotnosti, konzumovat především ovoce a zeleninu, ve velké oblibě má zeleninové saláty. Poruchy příjmu potravy se u pacientky nevyskytují.

Pacientka má zuby vlastní, a kromě několika kazů s nimi nemá žádné problémy. Je si vědoma důležitosti prevence, a proto chodí 1x ročně na preventivní zubní prohlídku.

Problémy s vlasy a nehty nikdy neměla.

Kůže pacientky je převážně bez viditelných patologií a přiměřeně hydratovaná. Výjimku tvoří kožní poruchy vyvolané pacientčím zdravotním stavem, to jsou opruzeniny ve tříselech a v záhybech kožních řas, které vznikly kvůli obezitě pacientky a tím vyvolanému zapařování kůže. Dále má rozsáhlé defekty na lýtku PDK související s bércovými vředy. Následkem proběhlého erysipelu dochází aktuálně ke slupování postižené kůže (PDK a hýždě). V průběhu hospitalizace se jí také vytvořil dekubit 2. stupně na hýždích, který se nyní začíná úspěšně hojit, protože pacientka začíná s rehabilitací a obnovou chůze.

Na pravém předloktí má zapojen periferní žilní katetr (2. den), jeho okolí nejeví známky zánětu, což odpovídá stupni 0 (není bolest ani reakce v okolí) ve stupnici Hodnocení flebitidy podle Maddona.

2.3 Vylučování

Pacientka je dispenzarizována na urologii pro inkontinenci, na kterou užívá předepsané léky. Nyní je zaveden PMK (8. den), který se má během 2 dnů vyjmout a pacientka bude používat WC. Před hospitalizací a zavedením PMK měla pocity na močení každé 2-3 hodiny, vždy vymočila velmi malou dávku. Barva, zápach moči jsou normální a příměsí v moči pacientka také nepozoruje.

Stolici měla pacientka vždy pravidelnou, 1x denně, a to zůstává zachováno i při pobytu v nemocnici. Je pevného charakteru, příměsí ve stolici nepozoruje, inkontinencí stolice netrpí.

Ztráty tekutin pocením paní netrápí, potí se průměrně (v létě, při větší námaze).

2.4 Aktivita – cvičení

Pacientka je nyní kvůli svému zdravotnímu stavu soběstačná pouze v rámci lůžka, ale projevuje velkou snahu o zlepšení soběstačnosti a pohyblivosti, takže se její pohybový režim

pomalou zlepšuje. Kvůli dekubitu na hýždích je nutné polohování na bok, které pacientka provádí sama a hlídá si ho dle doporučení.

V nemocnici byla u paní zahájena rehabilitace s fyzioterapeutkou, která k ní dochází 1x denně a cvičí s ní formou chůze, zatím pouze po pokoji. To paní velmi oceňuje a zlepšuje jí to náladu.

Dříve pravidelně cvičila, jezdila na kole, chodila na turistické výlety, plavala a navštěvovala saunu. Po zhoršení zdravotního stavu musela s většinou aktivit přestat, což ji velmi mrzí. Pacientka chodí kvůli problémům s koleny o holi, lehce přepadává na postiženou stranu a v důsledku toho má nahrbený postoj. Chodí pomalu, opatrně, ale stabilně, pouze delší chůze do schodů jí dělá problémy, a proto se jim raději vyhýbá. Pociťuje výrazné snížení svalového tonu. Podle Hodnocení rizika pádu podle Conleyové je pacientka ohrožena středním rizikem pádu. Pohybově je jinak soběstačná a řídí auto, které jí usnadňuje návštěvy lékařů a nákupy potravin.

Ve volném čase se doma věnuje převážně čtení, zahradě (pěstování zeleniny a květin) a luštění křížovek. V nemocnici ho tráví spánkem a čtením knih.

2.5 Spánek, odpočinek

Paní hodnotí svůj spánek jako uspokojivý, i když již několik let není tak kvalitní jako býval. První 3-4 hodiny od usnutí spí bez přerušení, poté se velmi často budí, noční buzení je způsobeno i častými pocity na močení kvůli inkontinenci. V nemocnici spánek probíhá obdobně.

Prášky na spaní neužívá, v nemocnici je zkoušela, ale stejně neměly žádný efekt. Ráda si před spaním čte knihu, u které většinou usne. Přes den pacientka odpočívá po obědě, kdy si buď na 30 minut lehne, nebo si čte.

2.6 Vnímání, poznávání

Pacientka na sobě pozoruje obtížnější učení se novým věcem, také častěji zapomíná. Tyto problémy ji však v běžném životě nijak zásadně neomezují. Je dobře orientovaná, svůj pobyt v nemocnici si plně uvědomuje. Problémy s udržováním očního kontaktu se také nevyskytují. Sluch má v normě. Řeč pacientky je srozumitelná, mluví k věci, snadno tvoří věty. U pacientky se vyskytuje porucha zraku – krátkozrakost, při čtení nosí brýle, které mají 2,5 D. V minulosti u ní proběhla operace šedého zákalu. Na oční kontroly chodí pravidelně.

V průběhu odběru anamnézy byla pacientka bez bolesti (žádná-0). V běžném životě ji však trápí bolesti kolenních kloubů, především po delší námaze (velmi silná- 4). Pravidelně užívá léky proti bolesti, aby ji příliš neomezovala. Bolestem ulevuje také chůzí o holi. Dále pacientku trápí bolesti zad (silná- 3). Intenzita bolesti je konstantní.

Paní si chválí komunikaci s lékaři, o jejím stavu ji průběžně informují, zajímají se o její pocity a snaží se jít cestou vzájemné spolupráce.

2.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Pacientka se popisuje jako přátelská, komunikativní, někdy náladová, své nálady se ale snaží ovládat a být co nejvíce veselá. Od hospitalizace ji častěji přepadají stavy smutky, občas si i popláče. Ke zlepšení nálady pacientce pomáhají rozhovory s personálem, komunikace s ostatními pacienty na pokoji, a především pokroky v obnově soběstačnosti.

Se svým vzhledem spokojená není, obezitu si plně uvědomuje, i to, jak ji limituje v každodenním životě a přispívá k jejím zdravotním problémům. O hubnutí se dlouhodobě snaží, ale nedaří se.

Největší strach, který se u ní v poslední době vyskytuje je obava, že nebude chodit, protože cítí silné ochabnutí svalstva. Nedokáže si představit, že by ve svém věku byla dlouhodobě závislá na pomoci druhých.

2.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je 43 let vdaná. S manželem žijí v rodinném domku s velkou zahradou, který sdílí i s dcerou, zetěm a dvěma vnoučaty. Dům s manželem společně postavili a je na něj velmi hrdá. V rodině pacientky obecně převládají velmi dobré vztahy, všichni se rádi navštěvují a pořádají společné oslavy.

Se zdravotními problémy jí všichni pomáhají, především dcera, která doma zajišťuje i převazy nemocné nohy. Nyní ji pravidelně chodí do nemocnice navštěvovat a volají si každý den.

Pacientka je velmi komunikativní, snadno si hledá nové přátele a se sousedy ze svého bydliště skvěle vychází.

Nyní je v invalidním důchodu, dříve pracovala jako dělnice. Při tomto povolání střídala kancelářské práce a práce v dílně u strojů.

2.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka již není sexuálně aktivní, odůvodňuje to svým vysokým věkem a obezitou. Manžela považuje za svou životní lásku, seznámila se s ním na hodové zábavě. Pokud by o manžela přišla, nad novým partnerem by určitě neuvažovala.

Menstruovat začala ve 13 letech a menopauza u ní nastala v 55 letech. Menopauzu kromě ztráty krvácení nijak nepozorovala (negace výkyvů nálad, návalů horka, ...). Hormonální antikoncepci užívala, poté si nechala aplikovat nitroděložní tělísko. V době, kdy měla tělísko zavedené přišla do jiného stavu. Celkem má paní 3 děti- 2 syny a 1 dceru, proběhly u ní 3 porody a potrat žádný neprodělala.

Pravidelně z důvodu prevence navštěvuje gynekologa a chodí na mamografické vyšetření.

2.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládnání

Jako stresové faktory paní popisuje diskutování o citlivých tématech (snadno se rozpláče), křivdy a lži. Stres se snaží zahnat humorem a pozitivním myšlením, ale když už je ho příliš, nebo trvá dlouho, ulevuje si pláčem. Kromě pláče ji uklidní také práce na zahradě a procházky.

Největší změnou a stresem za poslední dobu je současná hospitalizace v nemocnici, která trvá už příliš dlouho. Kromě současného onemocnění je pacientka se svým životem spokojená.

2.11 Víra, přesvědčení, hodnoty

Za nejdůležitější hodnoty v životě považuje zdraví a rodinu. S tím souvisí také její celoživotní cíle, těmi jsou udržování dobrých vztahů a péče o zdraví. Pro pacientku je velmi důležité cítit lásku od své rodiny, hledat v každé situaci naději a pozitiva.

Paní prohlašuje, že je příležitostně věřící. Jako mladá byla k víře vedena a chodila pravidelně do kostela, teď už ho téměř nenavštěvuje. K víře se vrací v těžkých životních situacích, ale nesnaží se do ní nikoho nutit. I své děti nechala, ať si zvolí samy, zda být, či nebýt věřící.

3 Objektivní metody a škály

3.1 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: upravená, čistá

Dutina ústní, nos:	DÚ i nos bez sekretu bez patologického nálezu
Sluch:	v normě
Zrak:	dalekozrakost – hypermetropie
Puls:	98 tepů/min reg. normokardie
Dýchání:	19 dechů/min eupnoe
Krevní tlak:	125/70 normotenze
Tělesná teplota:	37,1 °C subfebris
Saturace krve kyslíkem:	94 % norma
Stisk ruky:	pevný
Rozsah pohybu kloubů:	omezený pohyb v kolenních kloubech
Svalová tuhost, pevnost:	ztráta svalové tuhosti
Kůže:	v normě, bez patologické pigmentace
Chůze:	pomalá, opatrná
Držení těla:	vyrovnávání nestability DK
Chybějící části těla:	nemá
Kanyly intravenózní:	2 dny – pravé předloktí
Odsávání:	ne
Hmotnost:	160 kg
Výška:	172 cm

Vývody, cévky:	PŽK (2. den), PMK (8. den)
Pohybový režim:	3–C – částečně soběstačná v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj

3.2 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření

Orientace:	lucidní, orientovaná
Myšlenky a otázky:	jasné
Řeč, způsob vyjadřování:	mluví srozumitelně, neužívá odborné názvy
Hlas a způsob řeči:	mluví normální hlasitostí, artikuluje
Oční kontakt:	udržuje
Rozsah pozornosti:	bez patologie
Nervozita (rozsah 1-5):	3 – nervózní z aktuálního zdravotního stavu
Asertivita, pasivita (rozsah 1-5):	1 – nebojí se požádat o pomoc

3.3 Hodnocení soběstačnosti

3.3.1 Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living)

Činnost	Provedení	Bodové ohodnocení
Najedení	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Výsledek testu ADL: 75 bodů

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 bodů: vysoce závislá

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

3.4 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu			
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)		3
	věk 65 let a více		2
	pád v anamnéze		1
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkovém odd.		1
	zrakový/sluchový problém		1
	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)		1
Vyšetření	soběstačnost	úplná	0
		částečná	2
		nesoběstačnost	3
	schopnost spolupráce	spolupracující	0
		částečně spolupracující	1
		nespolupracující	2
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)	Míváte někdy závratě?		3
	Máte v noci nucení na močení?		1
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1

Hodnocení rizika pádu Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006: 5 bodů

0-4 bez rizika

5-13 střední riziko

14-19 vysoké riziko

3.5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobry	4
malá	3	do 30	3	alergie	3	DM, teplota, anemie, ...	3	zhoršený	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	ucpávání cév, obezita, ...	2	špatný	2
žádná	1	60+	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1

Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
dobry	4	úplná	4	není	4	chodí	4
apatický	3	částečně omezená	3	občas	3	doprovod	3
zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	upoután na lůžko	1

Hodnocení rizika vzniku dekubitů: 26 bodů – přesto má pacientka dekubit na hýždí

25-24 nízké riziko

23-19 střední riziko

18-14 vysoké riziko

13-9 velmi vysoké riziko

3.6 Hodnocení stupně dekubitu

1. stupeň – ostře ohraničené zarudnutí (překrvení) kůže, které při kompresi přetrvává. Toto stadium je při včasné léčebné zásahu reverzibilní.

2. stupeň – povrchové poškození epidermis, které vypadá jako puchýř nebo mělký kráter, nezasahuje do subcutis

3. stupeň – vzniká nekrotický vřed, hluboký kráter, s možnými podminovanými okraji, který postupuje všemi vrstvami kůže, případně až k fascii (ta zůstává nepoškozena)

4. stupeň – vřed s rozsáhlými nekrózami, který zasahuje svaly a šlachy.

5. stupeň – nekróza postupuje svalem, přičemž dochází k jeho destrukci a k destrukci tkání až na kost

3.7 Hodnocení flebitidy dle Maddona

Stupeň 0- není bolest ani reakce v okolí

Stupeň 1- pouze bolest, není reakce v okolí

Stupeň 2- bolest a zarudnutí

Stupeň 3- bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly

Stupeň 4- hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

3.8 Hodnocení nutriční – Mini Nutritional Assessment

A	Došlo v posledních 3 měsících ke ztátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížené žvýkání či polykání)?	ano, výrazně	0
		jen mírně	1
		ne	2
B	Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce	více než 3 kg	0
		není přesný údaj	1
		1-3 kg	2
		nebyl úbytek hmotnosti	3
C	Pohyblivost/mobilita	upoután na lůžko/vozík	0
		pohyb jen po místnosti	1
		vychází z bytu	2
D	Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?	ano	0
		ne	2
E	Psychický stav	těžká demence nebo deprese	0
		mírná demence nebo deprese	1
		normální stav, bez psychické poruchy	2
F	BMI	BMI < 19	0
		BMI 19 až <21	1
		BMI 21 až < 23	2
		BMI 23 nebo více	3

Hodnocení Škála pro hodnocení stavu výživy: 11 bodů

12-14 stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření

11- méně možná porucha výživy/podvýživy, je nutno doplnit další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

3.9 Hodnocení BMI – BODY MASS INDEX

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
> 18,5	podvýživa	malnutrice
18,5-24,9	normální	minimální
25-29,9	nadváha	lehce zvýšená
30-34,9	obezita I. stupně	středně vysoká
35-39,9	obezita II. stupně	vysoká
> 40,0	obezita III. stupně	velmi vysoká

Hodnocení BMI: 54 obezita III. stupně, velmi vysoká zdravotní rizika

3.10 Hodnocení bolesti – VAS

3.10.1 Deskriptivní škála verbálního hodnocení bolesti

Žádná-0, mírná-1, střední-2, silná-3, velmi silná-4, nesnesitelná-5

Hodnocení:

Aktuální bolest – **žádná 0**

Bolest kolen při chůzi a námaze – **velmi silná 4**

Bolest zad při aktivitě – **silná 3**

Seznam použité literatury

[1] BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *LOGBOOK pro odbornou ošetrovatelskou praxi*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5752-4.

POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ, Andrea MENŠÍKOVÁ a Marta ŠENKYŘÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2019. ISBN 978-80-210-9297-6.

BEHARKOVÁ Natália, DOLANOVÁ Dana, JUŘENÍKOVÁ Petra, KNECHTOVÁ Zdeňka, KRATOCHVÍL Jiří, KYASOVÁ Miroslava, PEŠÁKOVÁ Edita, POKORNÁ Andrea, POSPÍŠILOVÁ Alena, SAIBERTOVÁ Simona, SOLDÁNOVÁ Dana, ŠENKYŘÍKOVÁ Marta, ZÍTKOVÁ Marie. *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory*. Brno, Czechia: Masarykova univerzita, 2019. ISSN 1802-128X.
<http://elportal.cz/publikace/metodika-zp> .