

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Karolína Jandová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Cesta a život pacienta s nehojící se ránou

Karolína Jandová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Karolína Jandová
Osobní číslo: Z12018
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Cesta a život pacienta s nehojící se ránou
Zadávací katedra: Katedra ošetřovatelství

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

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod cílů a výzkumných závěrů.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Příprava na výzkumné šetření, sběr, zpracování a interpretace dat.
5. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BUREŠ, Ivo. Léčba rány. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 78 s. ISBN 80-7262-413-X.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd.

Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZKOVÁ. Kompendium hojení ran pro

sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. 2. vyd. Semily: Geum, 2011, 371 s.

ISBN 978-80-86256-79-5.

VOHRADNÍKOVÁ, Olga a Jindra PETRUŠICOVÁ. Kožní projevy diabetes

mellitus. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996, 159 s. ISBN 80-85800-38-1.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Romana Lebedinská

Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pelikán, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2015

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Romaně Lebedinské za její odborné vedení, cenné rady a připomínky v průběhu zpracování bakalářské práce. Dále děkuji prim. Ivu Burešovi za praktické rady při sestavování výzkumu. Děkuji sestřám a lékařům, kteří mi byli nápomocni, za možnost provést výzkum v jejich zařízeních a především děkuji klientům za vyplnění dotazníků a jejich spolupráci.

V Pardubicích dne 4.5.2015

Karolína Jandová

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně

V Pardubicích dne 4.5.2015

Karolína Jandová

ANOTACE

Práce popisuje cestu a život pacientů s nehojícími se ranami jako jsou bércové vředy různé etiologie, syndrom diabetické nohy, dekubity a jiné chronické rány. Kvalita života těchto pacientů je narušena a v každodenním životě překonávají mnoho překážek. Práce si klade za cíl zmapovat cestu pacientů v jejich životě, v léčbě a poukázat na nejčastější problémy, které řeší.

KLÍČOVÁ SLOVA

nehojící se rány, chronické rány, život pacienta s nehojící se ránou, bolest

TITLE

Way and the life of the patient in the treatment of non-healing wounds

ANOTATION

Closing writing is engaged to the way of the patient in therapy, their experience and knowledge, their life. Work attitudes their stance in their long time in the cure. The main topic is patient, findings during the treatment of non-healing wounds and their problems.

KEYWORDS

non-healing wounds, chronic wounds, life of the patient with non-healing wound, pain

OBSAH

ÚVOD	9
CÍL	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Definice rány	11
2 Typy nehojících se ran	12
3 Fáze hojení ran a faktory	13
3.1 Fáze hojení ran	13
3.2 Faktory hojení ran místní	14
3.3 Faktory hojení ran celkové	15
4 Léčba nehojících se ran	16
4.1 TIME systém	16
4.2 Débridement	16
4.3 Metody léčby	17
4.3.1 Vlhká terapie	17
4.3.2 Kompresivní terapie	18
4.3.3 Podtlakový uzávěr rány	18
4.3.4 Ostatní metody	19
5 Sestra a pacient s nehojící se ránou	20
5.1 Hodnocení rány	20
5.2 Péče o ránu a okolí	20
5.3 Dokumentace rány	21
5.4 Role sestry	23
6 Život pacienta s nehojící se ránou	24
6.1 Bolest	24
6.2 Převozy, zápach, sekrece	25
6.3 Sociální důsledky a ekonomické hledisko	26
6.4 Systém péče o pacienty s nehojící se ránou	26
6.4.1 Česká společnost pro léčbu rány	27
6.4.2 Pracoviště pro léčbu ran v České republice	28
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	29
7 Výzkumné otázky	29
8 Metodika výzkumu	30

9	Prezentace výsledků	32
	DISKUZE.....	59
	ZÁVĚR.....	63
	Soupis bibliografický citací	65
	Seznam příloh, vlastní přílohy	67
	Seznam ilustrací, tabulek.....	74
	Seznam zkratk	75

ÚVOD

Nehojící se rány jsou od nepaměti problémem lidstva ve všech společnostech. Cesta pacienta v léčbě rány je mnohdy velmi náročná, zdlouhavá a klient se při ní setkává s mnoha novými, někdy neočekávanými fakty. V závěrečné práci se zaměřuji na začátky, průběh a úskalí v léčbě. Zajímají mě očekávání, postřehy, zkušenosti, obavy a poznatky pacienta v průběhu léčby. Jako cíl jsem si zvolila vysledovat a zmapovat, čím musí pacient projít a co ho v životě s chronickou ránou nejvíce trápí.

Pro uvedení do tématu v teoretické části práce zmiňuji základní charakteristiku nehojících se ran, jejich dělení, fáze a faktory ovlivňující hojení a popisuji léčbu. Nezastupitelnou úlohu má v této problematice sestra, která hodnotí ránu, pečuje o ni, sbírá anamnézu a provádí záznamy o vývoji stavu. Popisuji bolest, základní zásady převazů, sekreci a zápach rány, sociální důsledky, ekonomickou zátěž a systém péče o pacienty s nehojící se ránou.

Ve výzkumné části zjišťuji, jak je rána pacientovi převazována, kterými prostředky a zda pacient zdravotnickému personálu důvěřuje. Zda pacient považuje za důležité dodržování diety, pohyb, duševní pohodu či přístup zdravotníků a podílí se na své léčbě vlastní aktivitou. Mapuji, zda má pacient dostatek informací a pomůcek k ošetřování rány a jak hodně se musí na léčbě podílet vlastními financemi. Cesta a život pacienta s nehojící se ránou s sebou nesou mnohé překážky. Společně s rodinou pomáhá sestra pacientovi tento dlouhodobý proces zvládat.

CÍL

Cíle teoretické části

- Shrnout základní problematiku nehojících se ran.
- Popsat přehled metod léčby.
- Popsat problematiku života pacienta s nehojící se ránou.

Cíle výzkumné části

- Zmapovat zkušenosti klientů v léčbě rány v průřezu časem.
- Zjistit základní problémy pacientů při jejich cestě k efektivní léčbě ran, informovanost, možnosti výběru zařízení a lékaře, ošetřování rány, dostupnost zařízení, finanční náročnost a důvěru klientů v personál.
- Zjistit postoje pacientů k léčbě.
- Zjistit, co pacientům pomáhá během léčby ran.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice rány

Rána je porušení celistvosti tělesného krytu. Často je spojena i se ztrátou hmoty tkáně. Pokud jsou okraje akutní rány následně přiloženy k sobě, hojí se tedy přímým prorůstáním okrajů, pak hovoříme o hojení per primam (Stryja, 2011, s. 27). Jestliže je reparace tkáně komplikovaná a vzniklý tkáňový defekt se hojí postupným množением novotvořené granulační tkáně tak, až je zcela vyplněn, hovoříme o hojení per secundam. Chronickou ránu definoval konsensus odborníků České společnosti pro léčbu rány. Chronická rána je sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení (Stryja, 2011, s. 27). Řada akutních komplikovaných ran také vykazuje známky narušeného hojení a postupy v jejich ošetřování jsou podobné algoritmům léčby chronických ran. Evropská asociace společností hojení ran se na 20. výročním kongresu v Ženevě roku 2010 rozhodla pro opuštění od termínu chronická rána a nahradila jej termínem nehojící se rána (non-healing wound), (Stryja, 2011, s. 27).

2 Typy nehojících se ran

Nejčastější nehojící se rány jsou bércové vředy (UC), které rozlišujeme na venózní, vznikající na podkladě chronické žilní nedostatečnosti, dále arteriální na podkladě arteriosklerotických změn, které mají za následek ischemickou chorobu dolních končetin a následný vznik defektů. Často se však v praxi můžeme setkat s bércovými vředy smíšené etiologie. Ty zahrnují obě dvě složky, jak venózní, tak arteriální. Kromě těchto příčin mohou bércové vředy vznikat také na podkladě etiologií jiných. Dalšími velmi častými ranami jsou diabetické defekty, vyskytující se u pacientů trpících chronickým onemocněním diabetes melitus. Sem patří neuropatické kožní vředy a syndrom diabetické nohy. Jako následek poruchy mobility a dlouhodobé inaktivity vznikají dekubity vyskytující se tam, kde dochází ke zvýšenému tlaku na kožní tkáň při dlouhém pobytu na lůžku. Tyto typy ran se nejčastěji vyskytují u ležících a u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. V praxi se můžeme setkat s kožními ranami v terénu lymfedému, ulceracemi vzniklými při autoimunitních onemocněních a vaskulitidách, exulceracemi maligních nádorů, traumatickými ranami a pooperačními ranami hojícími se per secundam včetně popálenin III. stupně (Stryja, 2011, s. 28).

Přehled nejčastějších nehojících se ran:

- **Bércové vředy venózní (UCV)**, (85% UC), (Pospíšilová, 2008, s. 13)
- **Bércové vředy arteriální (UCA)**, (10% UC), (Pospíšilová, 2008, s. 13)
- **Bércové vředy smíšené etiologie (UCM)**, (5% UC), (Pospíšilová, 2008, s. 13)
- **Bércové vředy jiné etiologie**
- **Syndrom diabetické nohy** (6% diabetiků), (Stryja, 2011, s. 156)
- **Dekubity** (4-11% hospitalizovaných), (Stryja, 2011, s. 139)
- **Kožní rány v terénu lymfedému**
- **Ulcerace vzniklé při autoimunitních onemocněním**
- **Exulcerace maligních nádorů**
- **Traumatické rány**
- **Pooperační rány hojící se per secundam**
- **Popáleniny III. stupně**

3 Fáze hojení ran a faktory

3.1 Fáze hojení ran

Každá rána bez ohledu na její etiologii prochází stejnými fázemi. Odborná literatura popisuje tři základní fáze, kterými rána prochází. Tyto fáze se navzájem prolínají, navazují na sebe a nelze je od sebe oddělovat. Jestliže je hojení pozastaveno či zastaveno i přes optimální podmínky, mluvíme o nehojící se ráně.

První je fáze **exsudativní**, zánětlivá, někdy také nazývaná jako čistící fáze, ve které dochází k zástavě krvácení a čištění. Za ideálních podmínek trvá přibližně 3 dny od vzniku rány a je doprovázena typickými místními znaky, rubor, calor, tumor, dolor a functio laesa (Stryja, 2011, s. 29).

V následující **proliferační** (granulační) fázi hojení se v ráně tvoří nové krevní cévy (tzv. neoangiogeneze) a ránu postupně vyplní granulační tkáň. Ta trvá přibližně od 4. dne od vzniku rány (Stryja, 2011, s. 29). V tuto chvíli je důležité zvolit velmi šetrné metody ošetřování. Je důležité zabránit hypergranulacím (nadměrnému růstu granulační tkáně), infekci, traumatizaci rány a je nezbytné udržet optimálně vlhké prostředí (Stryja, 2011, s. 30).

Epitelizační fáze je poslední fází hojení rány. Epitelizace může začínat z okrajů nebo z epitelizačních ostrůvků uvnitř rány. Buňky pak „migrují“ po její vlhké spodině. Z tohoto důvodu je důležité chránit epitelizující ránu před vysycháním. Epitelizace bezprostředně provází fázi granulace, která vytváří nosnou plochu pro tvorbu nového pojivového epitelu a pokožky bez kožních adnex (chlupů, vlasů, žláz a nehtů). Dojde-li k nadměrnému růstu granulační tkáně, je následná epitelizace rány zpomalena až potlačena. Pro rány ve fázi epitelizace je tedy vhodné použít krytí, které ochrání defekt před traumatizací a zároveň udrží optimální prostředí. Někdy je poslední fáze také nazývána fází vyzávací neboli maturační (Stryja, 2011, s. 30).

3.2 Faktory hojení ran místní

Pro adekvátní terapii je třeba si uvědomit důležitost zhodnocení faktorů ovlivňujících vznik a léčbu nehojících se ran. Mezi základní místní faktory pro hojení rány patří bolest. Pro sledování bolesti je třeba vybrat vhodnou škálu pro zakreslení či zápis a dokumentovat tak její vývoj v čase případně stanovit klaudikační vzdálenosti (Stryja, 2011, s. 37).

Při hodnocení místních faktorů zjišťujeme hemostázu, hodnotíme barvu kůže, přítomnost otoků, souměrnost končetin, všímáme si přítomnosti křečových žil. Dále sledujeme ischemii v dané oblasti, sledujeme kapilární návrat na prstech dolních i horních končetin, poškození hlubších i rozsáhlejších tkáňových struktur pohledem, případně ultrazvukovým vyšetřením (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20).

Dále je třeba hodnotit lokalizaci, velikost a hloubku rány. Podle Knightona rozdělujeme rány dle hloubky na povrchové, hluboké, s poškozením svalů, šlach, fascií, vazů, kostí až s poškozením velkých dutin (Stryja, 2011, s. 31). Zjišťujeme přítomnost povlaků, nekróz. Okraje rány mohou být navalité, podminované a neostré (Pokorná, Mrázková 2012, s. 20). Dále hodnotíme spodinu rány. Často je využívána WHC klasifikace, kterou roku 2002 publikovali Gray, White a Cooper. Slouží jako jednoduchá pomůcka k hodnocení spodiny rány. Hodnotíme barvu, která na spodině rány převažuje. K dispozici slouží barva černá, žlutá, červená a růžová s mezistupni, seřazená zleva doprava (Stryja, 2011, s. 34). Sledujeme známky infekce, množství a charakter sekrece (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20). V případě potřeby provádíme stěry na kulturační vyšetření pro zjištění infekce. Pacienta zatěžuje zápach, který jej omezuje v sociálním životě.

Pátráme po predilekčních místech (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20). Na predilekční místa je třeba dbát především u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů a vyřadit nebo alespoň omezit místní tlak. (Grofová, 2012, s. 14). Toho můžeme dosáhnout jedině polohováním, rehabilitací a promazáváním pokožky. Pacienta může trápit omezení pohybu končetiny z důvodu poškození kožní i nervové tkáně v ráně a jejím okolí. Je třeba se ptát na problémy s chůzí, předepsat kompenzační pomůcky, případně rehabilitaci. Vše pečlivě zaznamenáváme do dokumentace rány.

3.3 Faktory hojení ran celkové

Mezi důležité celkové faktory patří stáří (Grofová, 2012, s. 14). Na jeho základě se odvíjejí další faktory spojené s hojením.

Při celkovém vyšetření nás zajímají veškerá onemocnění týkající se jakékoliv orgánové soustavy. Ptáme se na cévní onemocnění. Z těch nás nejvíce zajímá chronická žilní insuficience, ischemická choroba dolních končetin a ischemická choroba srdeční (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20). Pátráme po hypertenzi, onemocnění diabetes mellitus, anémii, koagulopatiích, onkologickém onemocnění, malignitách, traumatech, imunodeficitu (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20).

Nutné je znát úroveň metabolických změn. Například kompenzace diabetes mellitus, funkce jater, ledvin a celkový zánětlivý stav organismu (Grofová, 2012, s. 14).

Je třeba provést fyzikální vyšetření za respektování intimity klienta. Zjišťujeme omezení mobility, inervace i senzitivity, postižení centrální nervové soustavy, poruchy vědomí (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20).

Do celkových faktorů řadíme stav výživy, nedostatek vitamínů a minerálů, užívání některých léků (cytostatik, imunosupresiv, antiflogistik, antihistaminik, kortikoidů) přítomnost kyslíku a živin ve tkáních, infekci organismu, stav soběstačnosti, vitalitu a pružnost klienta (Pokorná, Mrázková, 2012, s. 20).

4 Léčba nehojících se ran

4.1 TIME systém

Abychom postup správně nastínili, ujal se tzv. systém TIME. TIME je akronymem vzniklým z počátečních písmen jednotlivých problémů v ráně. T označuje neživou nebo méněcennou tkáň (z anglického slova tissue) na povrchu rány, I znamená přítomnost infekce nebo zánětu (anglicky inflammation), pod písmenem M chápeme zajištění adekvátní vlhkosti na spodině rány (anglicky moisture) a E zajišťuje epitelizaci a činnosti, které ji podporují. Terapie je potom zaměřena na problémy, které provází jednotlivé fáze hojení (Stryja, 2011, s. 134).

4.2 Débridement

Přítomnost nekrózy v ráně výrazně zpomaluje její hojení. Odumřelá tkáň je navíc vhodným místem pro bakteriální kolonizaci a rozvoj infekce. Débridement slouží k odhalení zdravé tkáně na spodině rány, čehož dosáhneme odstraněním odumřelých tkání, povlaků a veškerých nečistot (Stryja, 2011, s. 69).

Použít můžeme následující metody débridementu, tedy mechanický, autolytický, enzymatický a chemický (Stryja, 2011, s. 71-72).

Do metod mechanického débridementu patří débridement chirurgický, který je nejrychlejší, nejrazantnější, též nejradikálnější formou débridementu. Provádí se pomocí skalpelu, nůžek, exkochleačních lžiček, pinzet apod.

Dále sem řadíme ošetřování krytím wet-to-dry a kompresivní terapii bandážemi. Jinou metodou je autolytický débridement, kam patří veškerá krytí vlhké terapie a podtlaková terapie v léčbě ran.

Enzymatický débridement bude popsán níže v ostatních metodách léčby, a to s ohledem na specifika enzymové terapie. Chemický débridement využívá chemických sloučenin, jak již plyne z názvu.

4.3 Metody léčby

4.3.1 Vlhká terapie

Pro správný postup v léčbě je třeba zvolit správné terapeutické krytí. Nejprve ránu ošetříme vhodným roztokem, čímž zajistíme odstranění nežádoucích mikroorganismů a odhalíme zdravou tkáň. Mezi vhodné **prostředky k ošetření rány** patří Dermacyn, který je nově vyráběn pod názvem Microdacyn. Dalšími prostředky jsou například Prontosan, DebriEcaSan a Aqvitox.

Pro hojení ran dnes nejčastěji používáme prostředky, které zajišťují vlhké prostředí v ráně. Podle složení a účinků rozlišujeme krytí do různých skupin. Podle Bureše sem patří **neadherentní kontaktní krytí**, které odděluje spodinu rány od dalšího obvazu. Zástupcem je Tegapore a Atrauman. Mezi další často užívané krytí patří **hydrokoloidní obvazy**, které využíváme na rány s čistou spodinou, mírnou až středně silnou exsudací. Příkladem je GranuFlex a Comfeel plus (Bureš, 2010, s. 20). **Polyuretanová krytí** se přikládají na granulující a epitelizující rány s mírnou a střední exsudací. Zástupcem je Tielle a Biatin (Bureš, 2010, s. 20). **Hydrogelová krytí** mají až 90% vody, na tomto základě je jejich efekt také rehydratační. Mezi zástupce patří Hydrosorb, Suprasorb G (Bureš, 2010, s. 20). **Alginátová krytí** po přiložení vytváří nepřilnavý gel, který zprostředkovává vlhké prostředí v ráně. Používáme ho na povleklé erudující rány, patří sem Seasorb a Askina Sorb (Bureš, 2010, s. 20). **Prostředky s aktivním uhlím** používáme na páchnoucí a bakteriemi osídlené rány. Mezi zástupce patří Carboflex a Actisorb plus (Bureš, 2010, s. 20). **Krytí ze síťových materiálů** umožňují vstup vody a kyslíku do rány a využíváme je hlavně u povrchových ran (Bureš, 2010, s. 21). **Neadherentní antiseptická krytí** jsou nepřilnavé mřížky obsahující antimikrobiální látky. Často se používá jod, stříbro či pohankový med. Nejznámější je například Inadine či Bactigras (Stryja, 2011, s. 281). Patří sem taková krytí, která snižují riziko alergické reakce na minimum. Mezi antiseptická krytí řadíme také **krytí se stříbrem**, kam patří Actisorb Plus, Actiocat Absorbent (Bureš, 2010, s. 21).

4.3.2 Kompresivní terapie

„*Kompresivní terapie je základní součástí léčby onemocnění žilního a lymfatického systému, zejména projevují-li se otoky s městnáním tělních tekutin v končetinách (Stryja, 2011, s. 213).*“ Protože jsou tato onemocnění často příčinou vzniku chronických ran, kompresivní terapie je nedílnou součástí léčby. Úkolem sestry je pacientovi vysvětlit účel léčby a naučit jej správně aplikovat bandáže dolních končetin, které slouží jako komprese zevnějšku (Stryja, 2011, s. 213). Namotávají se od prstů pod kolena nebo až do třísel, přičemž správná šířka je okolo 10 centimetrů. Volí se však individuálně podle tělesné konstituce pacienta. Pro bandáž používáme krátkotažná obinadla, která zajistí nízký klidový tlak, naopak při pohybu dosáhneme vysokého pracovního tlaku, čímž zajistíme dostatečný žilní návrat. Bandáž nesmí tísnit, musí být účelná.

4.3.3 Podtlakový uzávěr rány

Dalším výhodným doplňujícím postupem je léčba kontrolovaným podtlakem fungující na základě přenosné pumpy vyvíjející podtlak, který se drenážním systémem přenáší na spodinu rány. Raný sekret se shromažďuje v kanystru mimo ránu a spodina je v kontaktu se savým materiálem. Poprvé byla aplikace zveřejněna na základě patentu v roce 1991. Většinou je podtlakový uzávěr používán pro nárůst granulační tkáně v širokém spektru nehojících se ran. Často je lokální podtlak využíván u ran infikovaných, a tam, kde je třeba opakovaná chirurgická a farmakologická intervence (Šimek, Bém, 2013, s. 10). Technika je využívána například u terapie ulcerací diabetické nohy po revaskularizaci, u bérkových vředů žilního i tepenného původu, ale i dekubitů. Další terapeutickou oblastí, kam podtlaková terapie proniká, jsou pacienti s onkologickou terapií s tzv. infaustní prognózou s rozsáhlými secenerujícími ulceracemi a ranými dehiscencemi (Stryja, 2011, s. 110). Častěji je však podtlaková terapie využívána v léčbě akutních dehiscencí a trofických defektů (Šimek, Bém, 2013, s. 29).

4.3.4 Ostatní metody

Pro zajímavost jsou v práci uvedeny ještě některé další metody. První metodou je larvoterapie patří k enzymatickým metodám debridementu. Terapie za pomocí larev se vrací až do počátku 16. století (Stryja, 2011, s. 86). Dnes se nasazují larvy bzučivky zelené, které jsou sterilní. Tak je vyloučená sekundární infekce způsobená tímto léčebným postupem. Larvy selektivně rozkládají nekrotickou tkáň a serózní exsudát prostřednictvím trávicích enzymů, aniž by poškozovaly novou, granulační tkáň (Stryja, 2011, s. 86).

Někdy je larvoterapie doplňována docházením do hyperbarické komory, kde pacienti inhalují 100% kyslík za tlaku vyššího, než je atmosférický (Stryja, 2011, s. 90). **Hyperbarická oxygenoterapie (HPO)** je používána v širokém spektru akutních i chronických stavů, mezi které patří rozsáhlá poranění, těžké popáleniny, nekrotické a povleklé rány s přítomností anaerobní nebo smíšené infekce v ráně (Stryja, 2011, s. 91). HPO je kontraindikována například u neošetřeného pneumotoraxu nebo při akutní infekci horních dýchacích cest (Stryja, 2011, s. 92).

Dále se používá **phototerapie, systémová enzymoterapie a další doplňková léčba**. V léčbě ran je však stěžejní léčit základní příčinu rány a postupovat systémem komplexní terapie.

5 Sestra a pacient s nehojící se ránou

5.1 Hodnocení rány

Pro zvolení správné metody léčby je třeba každou ránu individuálně zhodnotit. Sestra na ráně hodnotí její lokalizaci, velikost, měří délku, šířku a hloubku rány, dále barvu spodiny a okrajů, sekret, zápach a bolest. Bolest má svoji patofyziologickou a patopsychologickou složku. Vnímání bolesti a její zvládnutí je ovlivněno stavem rány, celkovým tělesným i duševním stavem, charakterovými vlastnostmi, kloubní mobilitou, věkem prostředím a sociálním statutem pacienta (Stryja, 2011, s. 183).

Sestra musí být empatická, taktní, předvídativá a především profesionál ve svém oboru. Je nutné, aby zvládala odhadnout pacientův stav, naslouchat, poradit a předcházet nadbytečným bolestem nejen při převazu rány. Débridement není příjemnou záležitostí. Na zdravotnickém personálu je, aby předcházeli strachu pacienta a vytvářeli vztah založený na důvěře. Pokud je třeba, podáváme analgetika dostatečně dlouhou dobu před zahájením převazu, tedy 30 min cestou i. m. a hodinu předem cestou p. o.

5.2 Péče o ránu a okolí

Každý pacient dochází během léčby na převazy. Jeho život se tak záhy přizpůsobuje novým podmínkám prostředí. „*Primárním cílem převazu rány je vytvořit na povrchu rány vhodné podmínky, které povedou k jejímu brzkému zhojení, zmírnit bolest a zajistit psychickou pohodu nemocného (Stryja, 2011, s. 206).*“ Pro ošetřování ran máme několik principů, které je nutno ctít při každém nahlédnutí či zásahu do rány. Postupy upravují poziční dokumenty EWMA, Česká společnost pro léčbu rány vydává doporučení. Pracoviště pro léčbu rány mohou zažádat o certifikát kvality, který uděluje Česká společnost léčby ran na základě prokázaných kvalit pracoviště.

Převazy ve většině případů provádí sestra. Pokud je pacient na kontrole, lékař se na převazování podílí především mechanickým, případně chirurgickým débridementem na operačním sále.

Prvním pravidlem je dodržování aseptického postupu, používání bariérových pomůcek (rukavice, ústenka a pinzeta), veškeré tampony se berou z originálního balení, polévají se

dezinfekcí na kůži po kontrole alergické anamnézy pacienta a to ze vzdálenosti cca 10 cm od tamponu nad emetní miskou. Převazy probíhají na vyšetřovně. Převazový vozík musí být vždy doplněn o potřebný materiál a přehledně uspořádán. Nástroje v jednom obalu podléhají expiraci 6 dní, ve dvojbalu 12 týdnů. Expirace je napsaná na obalu a podléhá datu uvedenému výrobcem.

Výkonu předchází seznámení klienta s jeho průběhem, analgetizace, hygienická dezinfekce rukou. Na sejmutí přilnutého krytí je možno použít fyziologický roztok, destilovanou vodu nebo vhodný prostředek k ošetřování ran (Microdacyn, Aqvitox).

Po sejmutí krytí je třeba ránu zhodnotit. Dále odstraníme mrtvou tkáň v okolí, provedeme očištění a oplach spodiny rány od povlaků, mrtvé tkáně a nečistot včetně masti. Překryjeme vhodným primárním, následně sekundárním krytím. Potom dle potřeby použijeme krátkotažné elastické obinadlo.

Po každém pacientovi odezinfikujeme lůžko, nástroje naložíme do dezinfekce. Jednorázové nástroje vyhodíme do infekčního odpadu. Provedeme hygienickou dezinfekci rukou, zápis do dokumentace a naplánujeme kontrolu s dalším převazem.

Pacienty objednávat podle typu ran od aseptických k septickým. U každého klienta zjišťujeme, zda je schopný se na kontrolu dostavit sám či si může zařídit doprovod. V případě potřeby, objednávat pacientům odvoz sanitním vozem do zdravotnického zařízení a zpět.

5.3 Dokumentace rány

Pro uchování informací bych ráda zdůraznila úlohu psaní dokumentace a popsala úlohy sestry při jejím zpracování. Zdravotnická dokumentace nám shrnuje veškerou odvedenou práci, slouží pro uchování dat a je ze zákona povinná. Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet všichni ti, kterým k tomu dá pacient svolení na začátku nebo v průběhu léčby. Mohou jimi být zdravotníci, kteří se na léčbě pacienta podílejí, studenti zdravotnictví, členové rodiny, akreditační komise a soudní lékaři v potřebě ozřejmění nejasných diagnostických závěrů nebo stížnosti na léčbu z jakékoliv strany. Úlohou sestry je vše jednoznačně, stručně, výstižně a především pravdivě zaznamenat. *„Dokumentace zajišťuje hladké předávání informací o pacientovi mezi personálem. Přesné vedení zdravotnické dokumentace není jen administrativním bičem, ale je to také první ochrana personálu“ (Stryja, 2011, s. 210).*

Charakter rány můžeme dokumentovat také pořizováním a archivováním snímků. Lze provádět takzvanou fotodokumentaci. Tato metoda je výhodná pro pořizování výzkumu a sledování v čase. Jak píše Pokorná, je však třeba zachovat pacientovu anonymitu, myslet na potřebu pravidelné archivace a zpětné kontroly včetně porovnávání snímků.

Do dokumentace sestra zaznamenává rozměry rány, přítomnost povlaků, nekrot, granulující či epitelizující tkáně. Barvu hodnotí dle klasifikace WHC. Dále nás zajímá množství sekretu a jeho charakter (serózní, seropurulentní, purulentní, hemoragický), přítomnost zápachu, vzhled okrajů rány (ohraničené, neohraničené) a vzhled okolí rány (zarudnutí, otok, vyrážka, macerace).

Sestra zapíše, jaký roztok použila na ošetření rány, užití krémů, mastí nebo pastí potřebných pro ošetření okolí rány. Pro ošetření bezprostředního okolí je vhodné použít přípravek Skinsept F nebo Menalind krému. Pro široké okolí používá sestra vazelinu nebo například Infadolan.

Dále sestra do dokumentace uvádí, jaké primární a sekundární krytí na ránu použila, zda bylo nutné aplikovat Zetuvit pro silnou sekreci rány. Čím ránu fixovala (náplast, obinadlo), zda použila kompresivní obinadlo a jak často převaz provádí.

Zaznamenává, jestli provádí fotodokumentaci se všemi nutnými náležitostmi a hodnotí bolest podle její intenzity, charakteru a snesitelnosti. Pokud je třeba, rozšíří dokumentaci o další poznámky.

Zdokumentuje, zda pacient potřebuje nutriční podporu ve stravě a jakou. V neposlední řadě je třeba myslet na záznam případných komplikací. Může se jednat o alergické reakce na prostředky nebo krytí, nežádoucí události např. poranění spodiny nebo okrajů rány během převazu a přenos nozokomiální infekce v rámci oddělení. Při alergické reakci na místní či celkový léčivý prostředek je třeba informovat lékaře a řídit se jeho pokyny (Stryja, 2011, s. 211).

Každé zařízení má své specifické postupy, které dodržuje a je třeba se jimi řídit.

5.4 Role sestry

Sestra má k pacientovi a jeho rodině nejbližší. Získává tak důležité informace o jeho návycích, zlozvycích, sociálních podmínkách a může tak usuzovat, co je pro něj důležité a tím najít vhodnou cestu spolupráce. Rodina nám často poradí, jak s pacientem jednat, podá spoustu informací, které pacienti často neuvádí. Můžeme se dozvědět o pacientově minulosti, změnit přístup v komunikaci, který může napomoci získat pacientovu důvěru. Povinností sestry je vedení dokumentace, plnění ordinací lékaře, telefonické objednávání pacientů, vlastní činnost při převazování rány. Neméně důležitá je informovanost a edukace pacienta o vlastní léčbě, výkonech, zajištění pomůcek, pravidlech přikládání terapeutických prostředků, užívání léků ordinovaných lékařem a dodržování režimových opatření. Pokud nedochází k výrazným změnám, v zájmu sestry je dát pacientovi na vědomí, že o neměnicím se stavu rány víme, situaci chceme změnit. Informujeme lékaře, který by měl ránu v nejbližší době vidět a ordinovat další postupy. Každý z nás si s sebou nese střípky vlastní minulosti. Pokud má pacient neblahou zkušenost z minulého kontaktu se zdravotníky, nemůžeme se divit, že nedůvěřuje. Naším úkolem je pomoci mu najít zpět jeho růžové brýle (Sinelnikov, 2005, s. 27).

Často se stává, že si pacient neví rady s něčím, s čím nerad zatěžuje. Přesto je v zájmu sestry snaha najít řešení jakéhokoliv problému, který se zdánlivě netýká zdravotnictví. Zdravotnický personál pracuje jako multidisciplinární tým. Zdravotnický personál nemusí rozumět ekonomice nebo práci sociálního pracovníka. Je ale třeba si uvědomit, že sestra je profesionálem v oboru, prostředníkem, který má za úkol hledat řešení a tudíž, by se měla snažit pomoci najít správnou cestu a pacienta doprovázet. Proto se musíme aktivně vyptávat, zda pacient kompletně všemu rozumí a případně se snažit jakýmkoliv prostředky získat nezbytné informace od zdravotních pojišťoven, sociálních pracovníků nebo terénní péče. Někteří pacienti jsou ubytováni v domovech pro seniory, někteří byli doposud aktivními sportovci a kompletně se změnil jejich pohled svět s vyhlídkami do budoucna. Sestra je aktivním spoluúčastníkem pacienta na cestě v jeho léčbě a jejím úkolem je naslouchat, shromažďovat materiály, informace a hledat řešení v životní krizi, která některé pacienty potkala (Baldacchino, 2010, s. 195).

6 Život pacienta s nehojící se ránou

6.1 Bolest

Bolest je jeden z faktorů, který pacienta nejvíce trápí. „*Bolest a stres spojený s bolestí zpomalují hojení*“ (Stryja, 2011, s. 183). V důsledku bolesti dochází k omezení hybnosti, vzniku únavy, omezení volných aktivit, zájmů a je ovlivněn náš běžný biorytmus. Léčba bolesti je nezbytnou součástí terapie pacienta. V dnešní době není nutné zbytečně trpět. Pokud máme dostatek podmětů z okolí, aktivity, tišících prostředků a kvalitní mezilidské vztahy, bolest můžeme snížit na minimum.

Trvalá bolest bývá spojena se základní diagnózou. Patří sem ischemická choroba dolních končetin, neuropatie, otoky, infekce, macerace, jizvení nebo ekzém. Může být spojená s nadbytečnou nebo naopak nedostatečnou sekrecí rány (Stryja, 2011, s. 183). Náhle vzniklá bolest je důležitou známkou akutní exacerbace infekce v ráně. Intermitentní bolest vzniká v přímé souvislosti s výkony na ráně, převazy nebo pohybem (Stryja, 2011, s. 183).

Bolest můžeme sledovat na VAS (vizuálně analogové škále), kde hodnotíme intenzitu bolesti od jedné do deseti, přičemž 1 je nejmenší intenzita a 10 největší. Můžeme ji hodnotit na obličejové stupnici dle Wong-Bakerova nebo verbálně (Stryja, 2011, s. 183). Ptáme se na lokalizaci, charakter, vystřelování bolesti do okolí. Zjišťujeme, do jaké míry je bolest snesitelná. Jak hodně nás omezuje ve vykonávání hygieny, při chůzi, cvičení, konání práce nebo při koníčcích. Sestra má za úkol bolest hodnotit, zaznamenávat, tišit komunikačními prostředky, případně aplikovat analgetika dle ordinace lékaře. Lékař předepíše bolestivému pacientovi recept na základě anamnézy. Mezi bolestivé rány patří ulcerózní vředy žilní, arteriální etiologie a proleženiny. Diabetické defekty z důvodu neuropatie naopak často nebolí (Stryja, 2011, s. 183). To však nemusí být podmínkou. Sestra doporučuje pacientovi vhodná cvičení pro posílení svalů. Edukuje o elevaci dolních končetin u bérkových vředů etiologie žilní. U bérkových vředů etiologie tepenné doporučuje polohu s dolními končetinami svěřenými pod úroveň srdce.

6.2 Převazy, zápach, sekrece

Časté převazy jsou dalším faktorem výrazně zhoršujícím život pacienta s nehojící se ránou. Naším úkolem je používat taková krytí, abychom intervaly mezi převazy pokud možno prodloužili a pacienta zbytečně netraumatizovali. Vzhledem k moderním krytím se snižuje počet nutných převazů (Stryja, 2011, s. 183). Průměrná frekvence jednotlivých převazů moderními technikami se dnes pohybuje kolem tří dnů a vlhké krytí umožňuje snadnější odstranění (Stryja, 2011, s. 183). Hydrokoloidy a algináty, při reakci s raným sekretem, vytvoří na povrchu rány gel, který absorbuje zápach. Hydrogely hydratují ránu na tolik, že nedojde k přilnutí krytí ke spodině rány. Při převazu jdou potom snadno odstranit a nezpůsobují poškození novotvořené granulační tkáně na spodině rány. (Stryja, 2011, s. 183-184). Krytí se stříbrem využívají intermitentního uvolňování účinné látky na povrch rány (Stryja, 2011, s. 184). Jestliže chceme počet převazů rány snížit, je nutné ji ošetřit tak, aby byla před účinky exsudátu chráněna až do další výměny krytí (Stryja, 2011, s. 184).

Dále pacienta zatěžuje zápach, který ho omezuje v sociálním životě. Ten je známkou přítomnosti nekrózy a infekce v ráně. Specifický zápach se může objevit i u používání hydrokoloidů. Tento zápach je nutný odlišit od zápachu infikované rány (Stryja, 2011, s. 182). Je třeba fyzikálního vyšetření a případné doporučení pomůcek pohlcujících zápach a potlačujících infekci. Jako vhodná volba poslouží antiseptika nebo krytí s aktivním uhlím či stříbrem (Stryja, 2011, s. 182). Pacient musí také vědět, že není důvod k tomu, aby ze strachu z poškození obvazu zanedbával hygienu, ba naopak si uvědomil, že je jedním ze stěžejních faktorů adekvátní léčby. Při mytí je třeba vynechávat blízké okolí rány a oplachovat ji zvláště ve speciální doporučené koupeli, pokud to stav rány dovoluje a pacient je schopen se o ni starat sám. Pro ošetření širokého okolí kůže můžeme použít chladivé mazání s výtažky s mentolem, Imazol a Menalind krém pro promaštění bezprostřední okolní tkáně.

Pacient by měl být informován o možnosti objevení sekrece. Silná sekrece je přítomna na počátku zánětlivé fáze a provází infekci v ráně. Exsudát hodnotíme jako serózní, seropurulentní, purulentní nebo hemoragický. „*Raný exsudát způsobuje zpomalené hojení, ztráty tekutin, maceraci spodiny rány a jejího okolí, přispívá k dyskomfortu pacienta*“ (Stryja, 2011, s. 181). Úkolem je snížit tvorbu exsudátu a omezit jeho negativní vliv na okolí (Stryja, 2011, s. 181). Ovlivnit jeho tvorbu můžeme přiložením kompresivních bandáží, débridementem, krytím a především léčbou celkového onemocnění (srdeční selhání, renální selhání) a léčbou infekce a zánětu (Stryja, 2011, s. 181).

6.3 Sociální důsledky a ekonomické hledisko

„*Chronická rána je bezesporu významným socioekonomickým problémem*“ (Stryja, 2011, s. 185). Pokud ulcerace trvají řadu měsíců i déle, zcela určitě ovlivní náš osobní život a pozmění naše hodnoty. Změní se rodinný život, pracovní výkon, i záliby. Takový pacient potřebuje radu sestry, někdy také sociálního odborníka. Kvalitu života nemocných s chronickou bérceovou ulcerací zkoumal například prof. Peter Franks. Nejčastěji zjišťoval snížení kvality života v souvislosti s častými převazy, vyčerpáním a depresemi. Ty často pramenily z imobility, nesoběstačnosti a bolesti nebo přítomnosti infekce (Stryja, 2011, s. 185). Všechny vyjmenované problémy se odráželi v životě pacientů, izolovali je od okolního světa zdravých lidí a znemožňovali zvládat běžné denní činnosti. Na tomto základě začali u pacientů převažovat nelibé pocity, jako je rozmrzlost, bezmocnost a beznaděj (Stryja, 2011, s. 185). Tyto faktory přispívají k prodloužení hojení, a proto byly apelem pro zefektivnění péče a rozšíření zařízení zaměřených na léčbu chronických defektů.

Protože terapeutická krytí je velice nákladné, je třeba navázat co nejlepší spolupráci zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Pacienti mají dnes z velké části prostředky hrazeny. Velkou zásluhu má také podpora domácí péče ze strany pojišťoven a praktických lékařů, která pacientovi pomáhá vyřešit problém s dojížděním na převazy a odbornou péčí v domácím prostředí. Úlohou sestry je pacienta informovat o možnosti zajištění agentury domácí péče, která ještě není dostatečně v podvědomí české populace a snažit se ve spolupráci s lékařem naplánovat frekvenci převazů tak, aby snížila náklady na dojíždění, analgetika i materiál k ošetřování rány (Stryja, 2011, s. 183).

6.4 Systém péče o pacienty s nehojící se ránou

Většina pacientů primárně navštíví svého praktického lékaře, kožního specialistu nebo chirurga. Někdy defekt vznikne při pobytu ve zdravotnickém zařízení z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku a ztráty soběstačnosti. Na oddělení o pacienty pečuje sestra po domluvě s lékařem. V případě nehojících se ran zažádá lékař o konziliární vyšetření specialistou. Sestra zajistí vyšetření. Následně se rozhodne o další péči a případném překladi pacienta na jiné odborné pracoviště. Jestliže je pacient propuštěn do domácího ošetřování, sestra jej informuje o možnostech dalších postupů. Po domluvě pacient přechází do péče

specializované ambulance. Ambulance jsou vedeny pod záštitou České společnosti pro léčbu ran.

6.4.1 Česká společnost pro léčbu rány

Pro ucelení problematiky a možnosti pacientů i zdravotníků odkazovat se na jeden ustálený zdroj informací, vznikla v roce 2001 Česká společnost pro léčbu rány). ČSLR je občanské sdružení lékařů a všeobecných sester se specializací z různých klinických oborů medicíny z celé ČR. Vzniklo z potřeby věnovat se kvalitněji chronickým ranám a defektům podle nejnovějších poznatků. Členové jsou lékaři z různých oborů, zdravotní sestry z nemocnic, ambulancí, ale i domácí péče, ostatní vysokoškoláci, vědečtí pracovníci. Členy se mohou stát i laičtí pečovatelé. Jejím cílem je podílet se na komplexním řešení problémů spojených s hojením ran a na zlepšování kvality péče o pacienta. Ve své činnosti zahrnuje výuku a edukaci zdravotníků i laiků a podílí se na tvorbě odborných standardů v péči o pacienty s chronickými defekty nejrůznější etiologie. Vede edukaci, výuku, organizaci školicích a vědeckých akcí s důrazem na meziprofesi a mezioborovou komunikaci. Od roku 2003 je ČSLR kooperující organizací EWMA / European Wound Management Association. ČSLR mimo jiné organizuje kurzy a semináře, vydává vlastní periodikum, pravidelně informuje členy i veřejnost o aktualitách na svých webových stránkách. Publikuje zde práce, tiskové zprávy nebo kazuistiky (Česká společnost pro léčbu rány, 2010).

O zvýšeném zájmu zdravotníků svědčí také největší republiková akce této společnosti, celostátní a dnes již mezinárodní kongres pořádaný na téma mezioborová spolupráce při léčbě chronických ran a defektů. Bohužel ne všichni odborníci věnující se léčbě ran využívají nové trendy. Proto se v této oblasti vyskytují značné rozdíly mezi jednotlivými ambulancemi, zařízeními lůžkové i terénní péče a mezi zdravotníky, jež péči poskytují (Bureš, 2010, s. 3).

6.4.2 Pracoviště pro léčbu ran v České republice

V České republice fungují pracoviště různých odborností – geriatrická, podiatrická, kožní, cévní, chirurgická a další.

Odborná veřejnost získává informace také na internetových portálech, např. Hojení ran - edukační a informační internetové stránky pro laickou i odbornou veřejnost zabývající se problematikou hojení ran (Hojení ran, 2012). Mezi další patří poradna Hojení 21. Česká společnost podpory zdraví při Thomayerově nemocnici zřídila online veřejnou poradnu pro řešení problematiky hojení ran (Česká společnost podpory zdraví, 2012). Merudia je výukový portál pro vzdělávání odborníků v oblasti hojení ran formou online kurzů (Merudia, 2011).

V roce 2005 vznikl projekt „Hojení 21“, jako součást občanského sdružení České společnosti pro podporu zdraví. Projekt má vlastní internetové stránky, kde edukuje laickou veřejnost o příčinách vzniku ran, jejich léčbě i prevenci a nabízí také informační prospekty, uvádí adresář poraden a mnohé další cenné informace spojené s hojením ran. Nejprve byla tři roky provozována telefonní linka pomoci pro pacienty s ranami, ta byla v roce 2009 nahrazena internetovou poradnou.

Kromě uvedených společností se problematikou hojení ran zabývají firmy vyrábějící obvazový materiál, moderní krytí či oplachové roztoky.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumné otázky

- Co je pro pacienta v jeho životě s ránou nejdůležitější?
- Jaká je dostupnost péče a pomůcek k léčbě ran?
- Které faktory mají podle pacienta největší vliv na hojení rány?
- Co pacienta v životě s ránou nejvíce trápí?
- Co a kdo pacientům na jejich cestě k léčbě ran pomáhá?
- Vkládá pacient svůj život do rukou personálu nebo se více snaží najít vlastní cestu k vyléčení?

Výzkumné otázky byly vybrány s ohledem na problematiku. Zjišťujeme, co je pro pacienta důležité a co v léčbě strádá. Co se v jeho životě díky léčbě změnilo. Při zjišťování dostupnosti péče se dozvídáme o problémech s hledáním a dojížděním do zdravotnického zařízení. Faktory, které respondenti uvedli jako důležité, vypovídají o pacientových hodnotách a jeho postojích k životu. Postoje k životu svědčí o postoji k léčbě. Pokud zjistíme, v čem pacienta léčba omezuje, zjistíme i zájmy a hodnoty v jeho životě. Zjistíme-li, jak pacient léčbu zvládá a kdo mu pomáhá, dostaneme informace o jeho soběstačnosti, aktivitě a mezilidských vztazích.

Na základě všech dotazníkových otázek získáváme odpovědi svědčící pro celkový přístup pacienta k onemocnění. Chyby a nedostatky vedou k vytvoření praktického výstupu práce.

8 Metodika výzkumu

Cílem výzkumné práce je zjistit, co pacienta trápí, co mu pomáhá, co ho podporuje, co mu bere síly k další léčbě, co považuje za důležité, co pro něho naopak význam nemá a co si myslí o aktuálním stavu rány.

Jako nejvhodnější forma se jevil kvantitativní výzkum. Za hlavní metodu sběru dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření s ohledem na možnosti získání velkého množství informací v poměrně krátkém časovém intervalu, s možností statistického zpracování a relativně malými náklady. Je zde zachována anonymita respondenta. Byl vytvořen originální dotazník (viz příloha A, s. 66-71).

Celému průzkumnému šetření předcházela krátký předvýzkum. Dotazník byl předložen malé skupince sedmi respondentů. Úkolem bylo zjistit, zda jsou uvedené položky v dotazníkovém formuláři pro dotazované jasné a srozumitelné. Vzhledem k tomu, že v pilotním šetření jsem zaznamenala chyby, nejasnosti a přebytečné otázky a pacienti odpovídali na některé otázky stejně, bylo třeba dotazníkový formulář pozměnit a zkrátit.

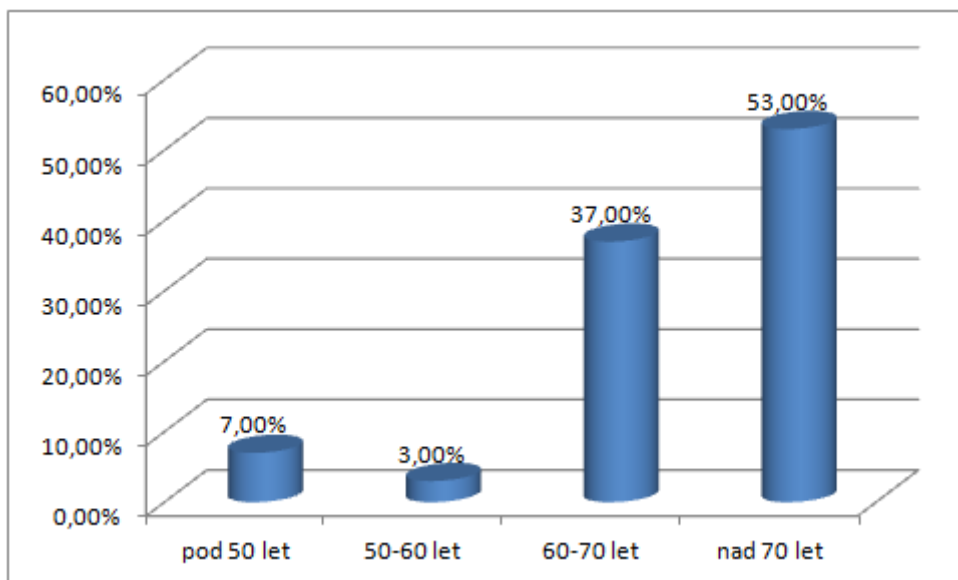
Všechny dotazníky jsem s respondenty osobně doplňovala, abych mohla svůj výzkum obohatit o poznámky z léčby klientů a minimalizovala pravděpodobnost nepravdivých odpovědí.

Respondenti vyplňovali dotazník z vlastní vůle se zachováním anonymity. V úvodu žádám respondenty o vyplnění dotazníku, uvádím zde účel a pokyny k jeho vyplnění. Dotazník má celkem 21 otázek. Dotazovaných respondentů bylo pro dostatečně široký výzkumný vzorek celkem 30. Jako respondenty jsem si vybrala pacienty docházející do geriatrické ambulance. Jako kritéria jsem si stanovila minimální dobu trvání léčby pět měsíců bez omezení věku pacienta. Jedna položka identifikuje věk respondentů. Šest položek zkoumá časový úsek trvání rány, zjišťuje, kde a kdo pacientovi ránu diagnostikoval, kdo a jak často ránu ošetřuje, jak často pacient chodí na kontroly a zda před první návštěvou lékaře váhal. Jedna položka zjišťuje stav rány z pohledu pacienta. Dvě zjišťují, jakými prostředky se rána převazuje a zda má pacient informace o jejich účincích. Jedna položka zjišťuje, zda si pacient myslí, že je lékař v léčebných postupech aktivní a flexibilní. Další položka zjišťuje, zda se pacient léčí pro jiná onemocnění. Dvě položky mapují, které faktory jsou pro pacienty důležité a jaké potíže pacientovi rána přinesla. Dvě položky sledují, zda se zdravotnický personál ptá na pacientovu bolest, jak ji hodnotí a zda ji léčí. Jedna položka zjišťuje, zda si pacient píše poznámky o průběhu léčby a na základě toho

doplňuje výzkum o zajímavé informace. Dvě položky zjišťují pacientovu důvěru v personál a informovanost o léčbě. Dvě položky zjišťují, jak zvládá pacient péči a kdo je mu největší oporou v životě s ránou. Jedna otázka zjišťuje, do jaké míry se pacient podílí vlastními financemi na léčbě a poslední se ptá na největší překážky v cestě léčby nehojící se rány. Na konci dotazníku doplňují, o jaký typ rány se jedná, úroveň mobility pacienta a přítomnost či nepřítomnost infekce v ráně.

9 Prezentace výsledků

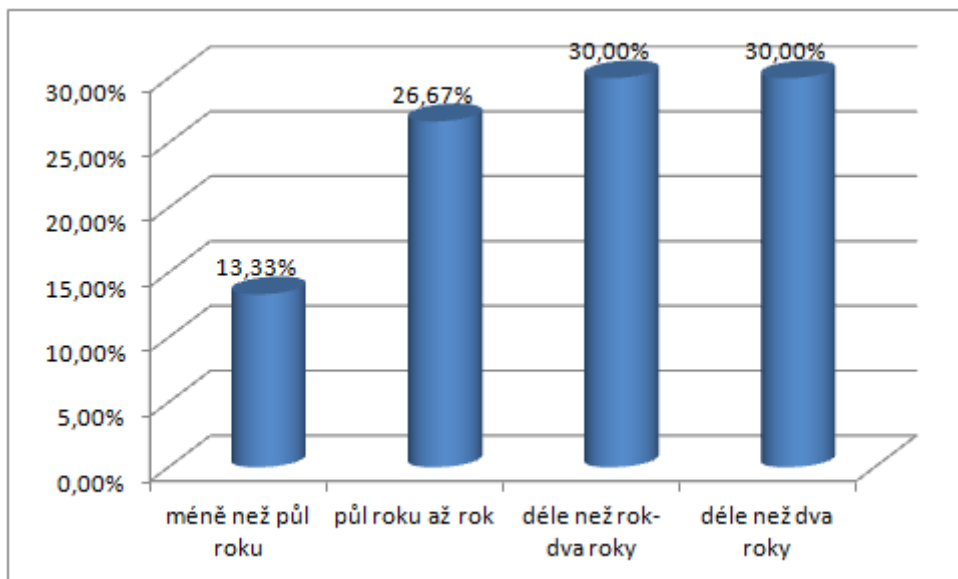
Dotazníková položka č. 1: Věková kategorie



Obrázek 1 Věková struktura respondentů

V dotazníkové položce č. 1 zjišťujeme věkovou kategorii respondentů. Z dotazníkového šetření je jasně vidět největší podíl klientů nad 70 let, a to v 53 %. Zastoupení pacientů ve věkovém rozmezí 60-70 let je také hojné a jeho součet tvoří 37 %. Mladších pacientů ve věku 50-60 let jsou pouhá 3 %, pod 50 let jen 7 %.

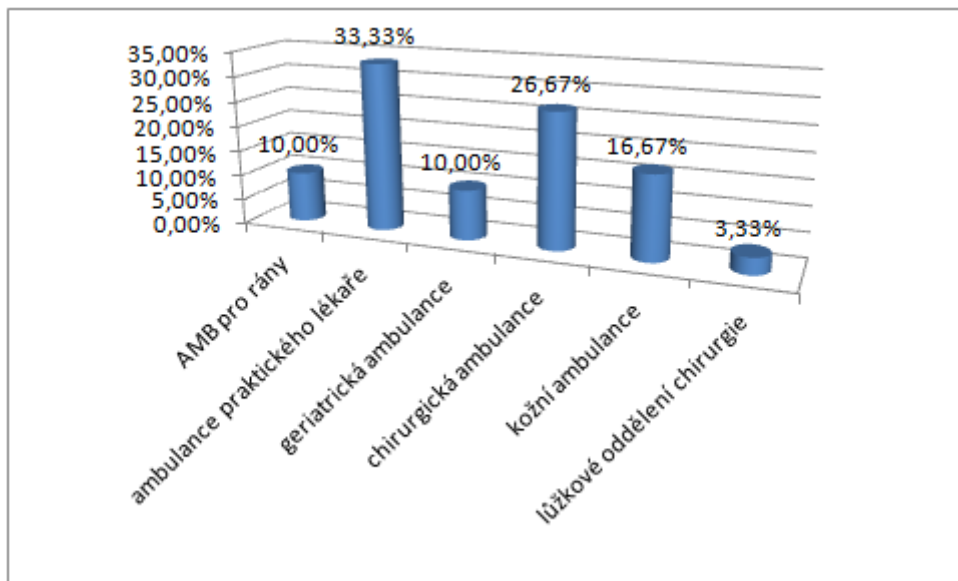
Dotazníková položka č. 2: Délka léčby defektu



Obrázek 2 Délka trvání léčby rány

V otázce číslo 2 jsem mapovala, jak dlouhá je cesta k vyléčení. Stanovila jsem si čtyři časová rozmezí a z průzkumu vyšlo, že 30 % lidí se s ránou léčí dva až dvanáct let, dalších 30 % déle než rok. 26,67 % pacientů se s nehojící se ránou potýká více než půl roku a méně než půl roku pouze 13,33 %.

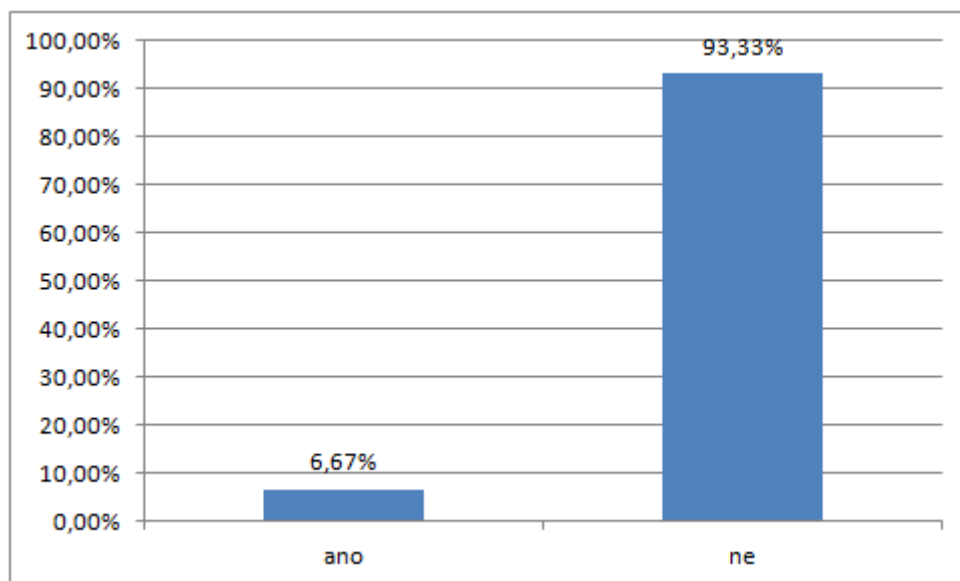
Dotazníková položka č. 3: Kde byla nehojící se rána diagnostikována?



Obrázek 3 Kde byla nehojící se rána diagnostikována

Otázkou číslo tři, zjišťují, kde pacientům nejčastěji diagnostikovali nehojící se ránu. Podle výzkumu vyšlo, že nejčastějším diagnostikem byl praktický lékař, který pacienta svěřil do rukou specialisty, čísla činí 33,33 %. Dalším velmi častým pracovištěm byla chirurgická ambulance, a to 26,67 % a 16,67 % kožní ambulance. Po 10 % přímo ambulance pro rány a geriatrická ambulance. 3,33 % nehojících se defektů **vzniklo** přímo v souvislosti s pobytem na chirurgickém pracovišti.

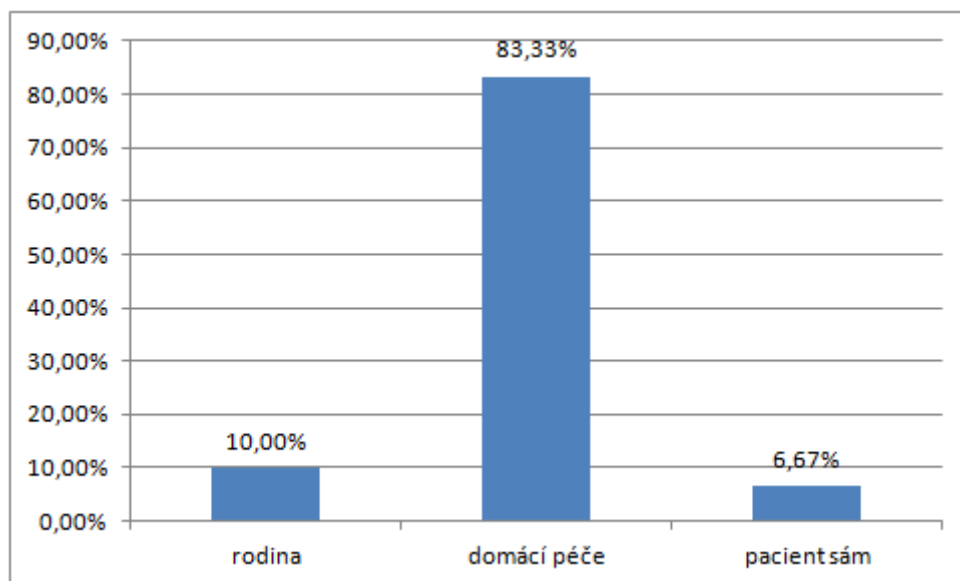
Dotazníková položka č. 4: V jaké četnosti pacienti váhali, než navštívili lékaře?



Obrázek 4 Počet váhání

4. položka zjišťuje, zda se mezi pacienty objevují tací, kteří váhají, než jdou s takovýmto problémem k lékaři. Z výzkumu plyne, že váhalo pouze 6,67 % pacientů. Ti léčili ránu doma nebo doufali, že se sama zhojí. Ostatní šli ihned k lékaři.

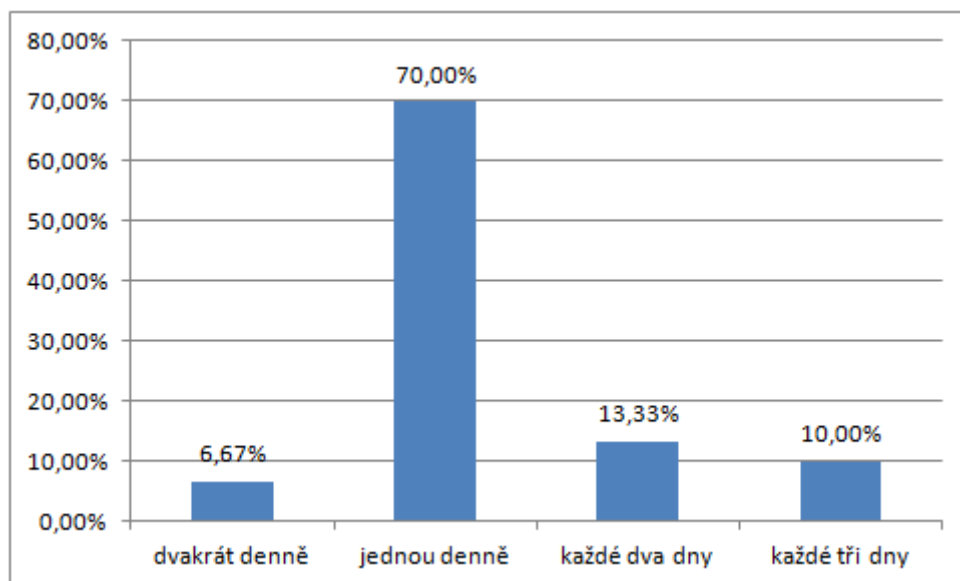
Dotazníková položka č. 5: Kdo pacientovu ránu převazuje?



Obrázek 5 Kdo ránu převazuje

Z výzkumu plyne, že nejčastěji pacientovi ránu převazují sestry s domácí péče, a to v 83,33 %. 10,00 % pacientů si nechává pomoci od rodiny a pouhých 6,67 % si ránu zvládá ošetřit samo.

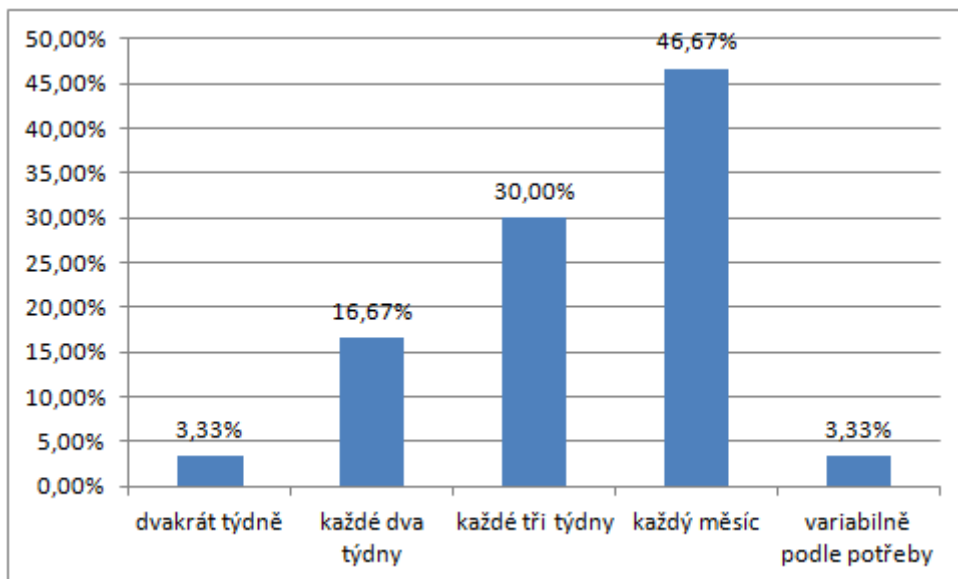
Dotazníková položka č. 6: Jak časté jsou převazy?



Obrázek 6 Četnost převazů

Podle výsledků jsou v 70,00 % rány ošetřovány jednou denně, 13,33 % jednou za dva dny a 10,00 % každé tři dny. Dvakrát denně je ošetřováno pouze 6,67 % nehojících se ran.

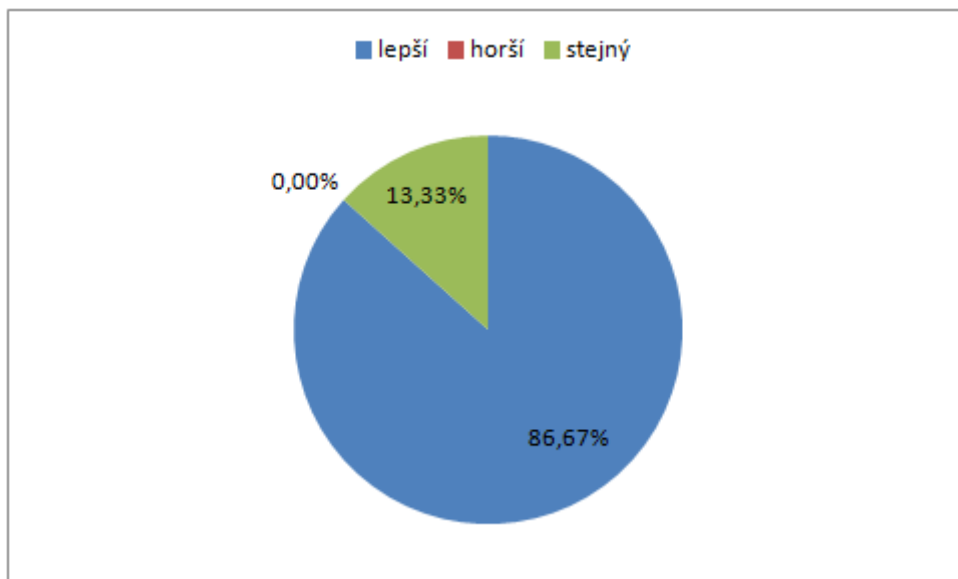
Dotazníková položka č. 7: Jak často chodí pacient na kontroly?



Obrázek 7 Četnost kontrol

Podle výsledků chodí pacienti na kontrolu v nejvyšší četnosti každý měsíc, tj. 46,67 %. 30,00 % jich kontrolu absolvuje každé tři týdny a 16,67 % každé dva týdny. Nejmenší zastoupení činí kontrola dvakrát týdně a kontrola podle potřeby, přičemž obě tyto možnosti se vyskytují pouze v 3,33 %, což odpovídá jednomu respondentovi u každé z možností.

Dotazníková položka č. 8: Stav rány

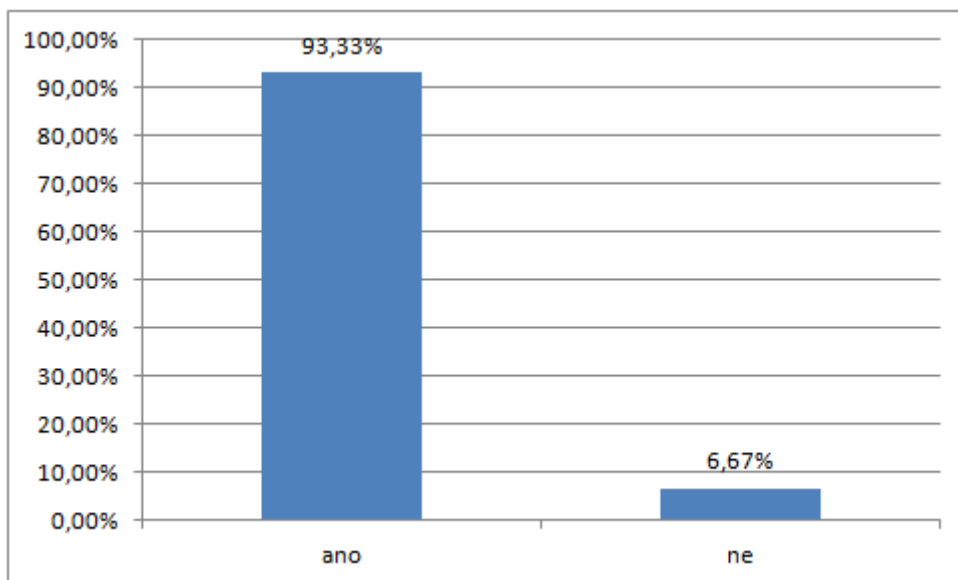


Obrázek 8 Stav rány

V otázce číslo 8 se pacientů dotazují na mínění o stavu rány v současnosti. Výzkum ukazuje, že 86,67 % pacientů se shodne na názoru, že se stav rány zlepšil. 13,33 % pacientů udává, že stav rány je už delší dobu stejný. Nikdo však nezakroužkoval stav horší, a tak z výsledků plyne, že nikdo nehodnotí léčbu striktně negativně.

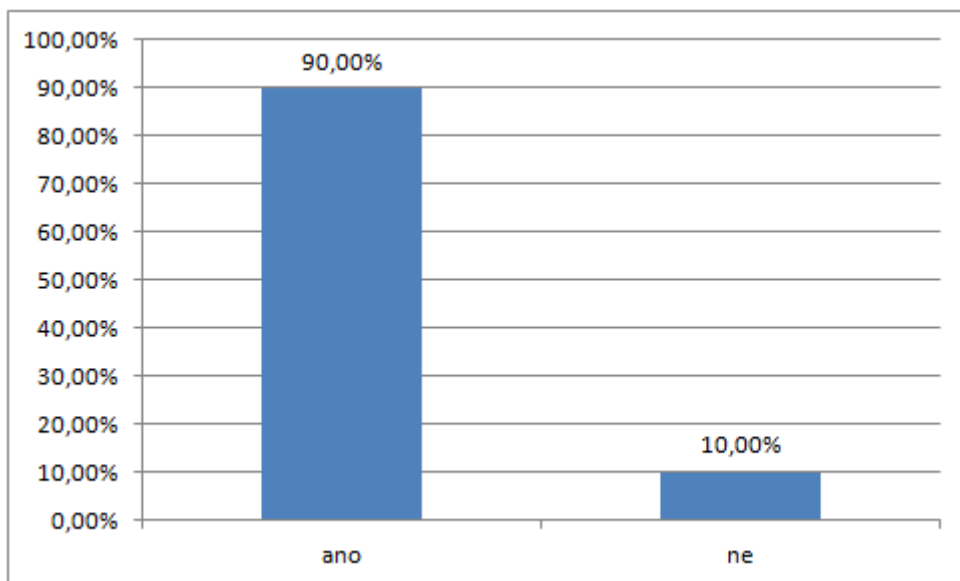
Dotazníková položka č. 9: Povědomí o používaných krytích a prostředcích

Vzhledem k rozmanitosti problematiky prostředků a krytí užívaných na nehojící se rány, jsem se rozhodla vytvořit více grafů a v každém se zabývat jednou problematikou.



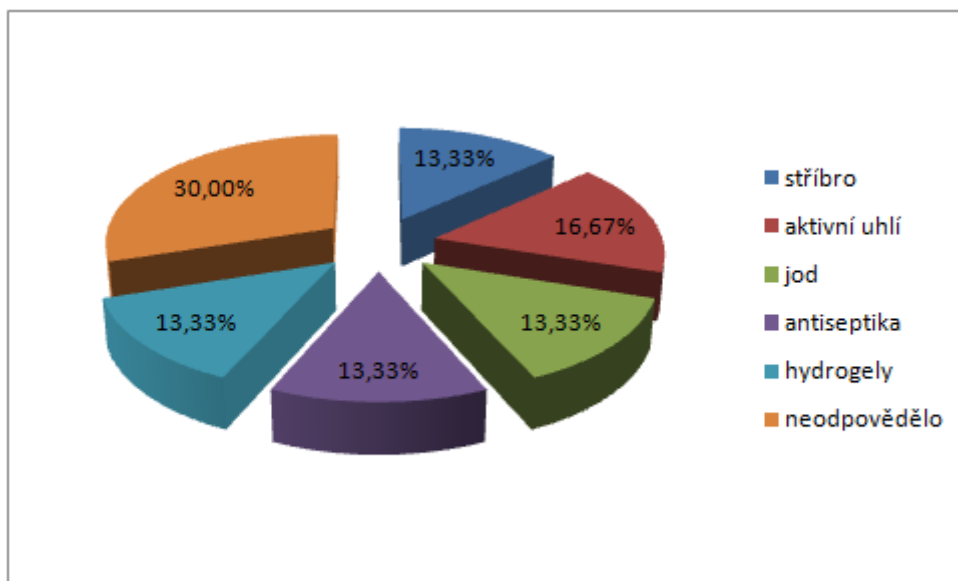
Obrázek 9 Přítomnost débridementu rány

Graf číslo devět nás informuje, u kolika respondentů je pravidelně prováděn mechanický débridement rány. 93,33 %, tj. 28 respondentů odpovědělo, že lékař pravidelně provádí mechanickou očistu rány za pomoci exkochleační lžičky. U 6,67 % lékař débridement neprovádí. Absence débridementu potencuje riziko vzniku zánětu, zvětšuje sekreci a zápach. Při odhalení zdravé tkáně dáme možnost růstu a granulační a epitelizační tkáně.



Obrázek 10 Přítomnost užívání sekundárního krytí

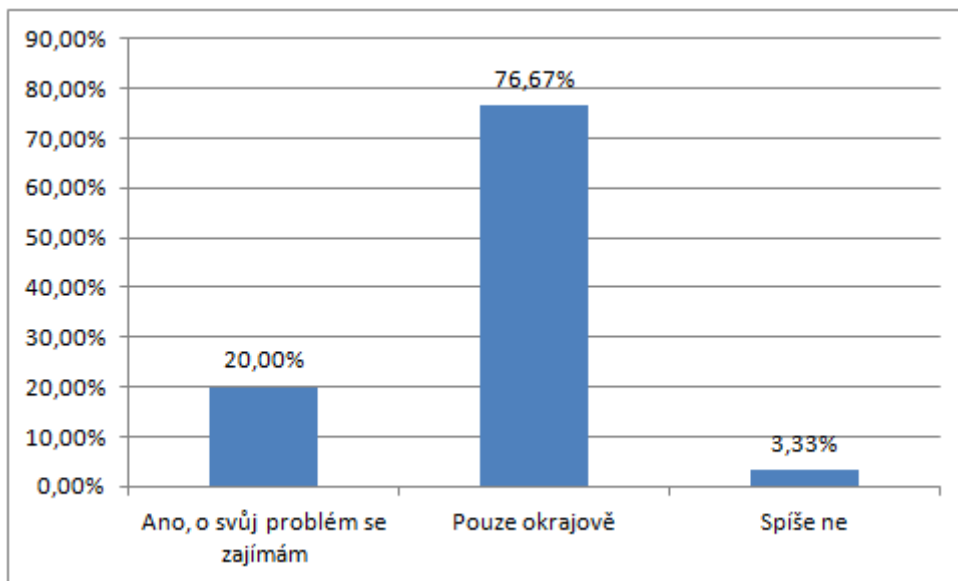
Graf č. 10 nám ukazuje, že 90,00 % ran je po přiložení krytí k vlhkému hojení překryto sekundárním krytím. Sekundární krytí je nezbytné, protože vstřebává exsudát mezi jednotlivými převazy. U 10,00 % respondentů se sekundární krytí nepřikládá. U těchto pacientů jsou na ránu používána polyuretanová krytí a kompresivní bandáže. Všichni tito mají mírně exsudující ránu.



Obrázek 11 Četnost užívání jednotlivých krytí vlhké terapie

Graf č. 11 přehledně vypovídá o frekvenci využívání jednotlivých přípravků vlhké terapie a zároveň o povědomí respondentů o užívané terapii. 30,00 % respondentů na otázku neodpovědělo. Užívání jednotlivých krytí je potom v téměř shodném počtu. Aktivní uhlí se využívá u 16,67 % nehojících se ran. Stříbro, jod, antiseptika a hydrogely u 13,33 %. Vzhledem k možnosti dotazování klientů osobně, jsem také zjistila, že 6,67 %, tj. 2 respondenti, používají koupele s bylinkami a mechanicky čistí ránu kartáčkem na nehty vyhraněným pouze pro ošetřování rány. 16,67 % respondentů, tj. 5, používá pravidelně pasty, masti a gely pro ošetření okolí rány.

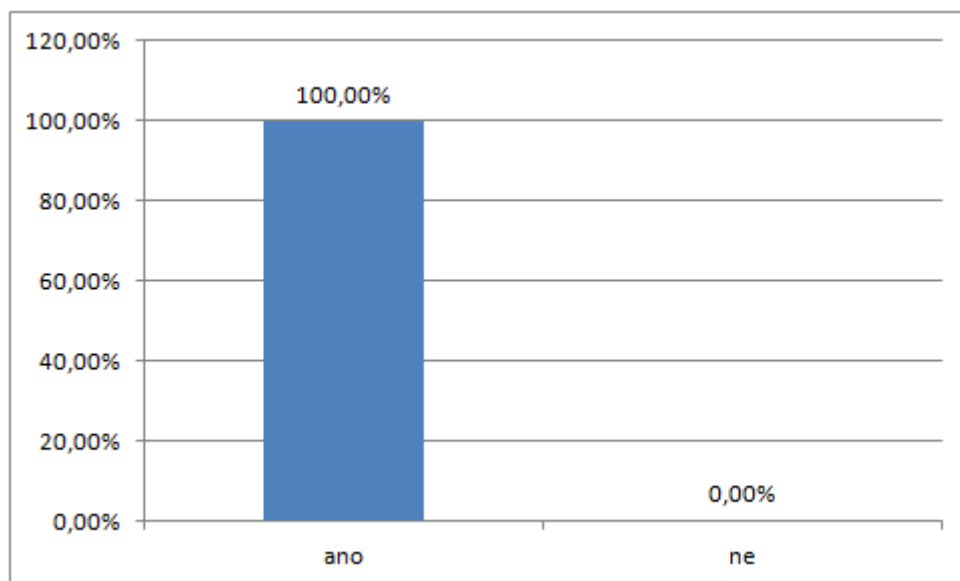
Dotazníková položka č. 10: Povědomí pacientů o účincích krytí



Obrázek 12 Povědomí respondentů o účincích krytí

Otázka číslo 10, má za úkol zjistit, do jaké míry jsou pacienti uvědomělí o účincích krytí a o účincích prostředků k ošetření rány, které sestra s lékařem na ránu přikládají. 76,67 % pacientů odpovědělo, že zná účinky pouze okrajově, 20,00 % se o používané prostředky aktivně zajímá a 3,33 %, tj. jeden pacient odpověděl, že nemá vůbec žádnou představu.

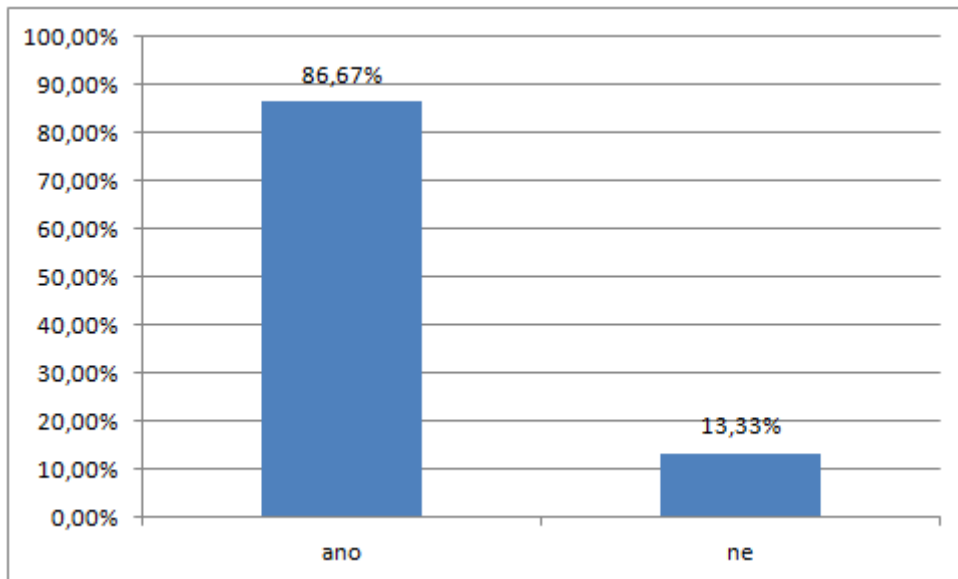
Dotazníková položka č. 11: Aktivita a flexibilita lékaře a sestry dle pacienta



Obrázek 13 Aktivita personálu v postupech léčby

Z výzkumu jasně plyne, že zcela všichni respondenti považují personál za aktivní ve své práci.

Dotazníková položka č. 12: Léčba jiných onemocnění

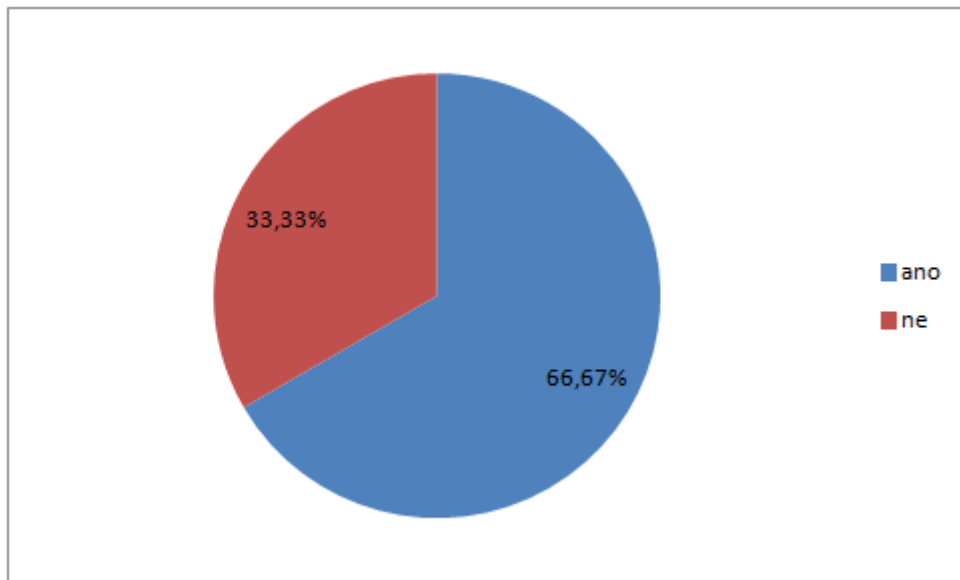


Obrázek 14 Počet respondentů léčících se s jiným onemocněním

Z průzkumu můžeme vidět, že 86,67 % respondentů se léčí s dalším přidruženým onemocněním. Pouhých 13,33 % pacientů žádné jiné onemocnění nemá, avšak díky vysokému věku je u nich omezena mobilita.

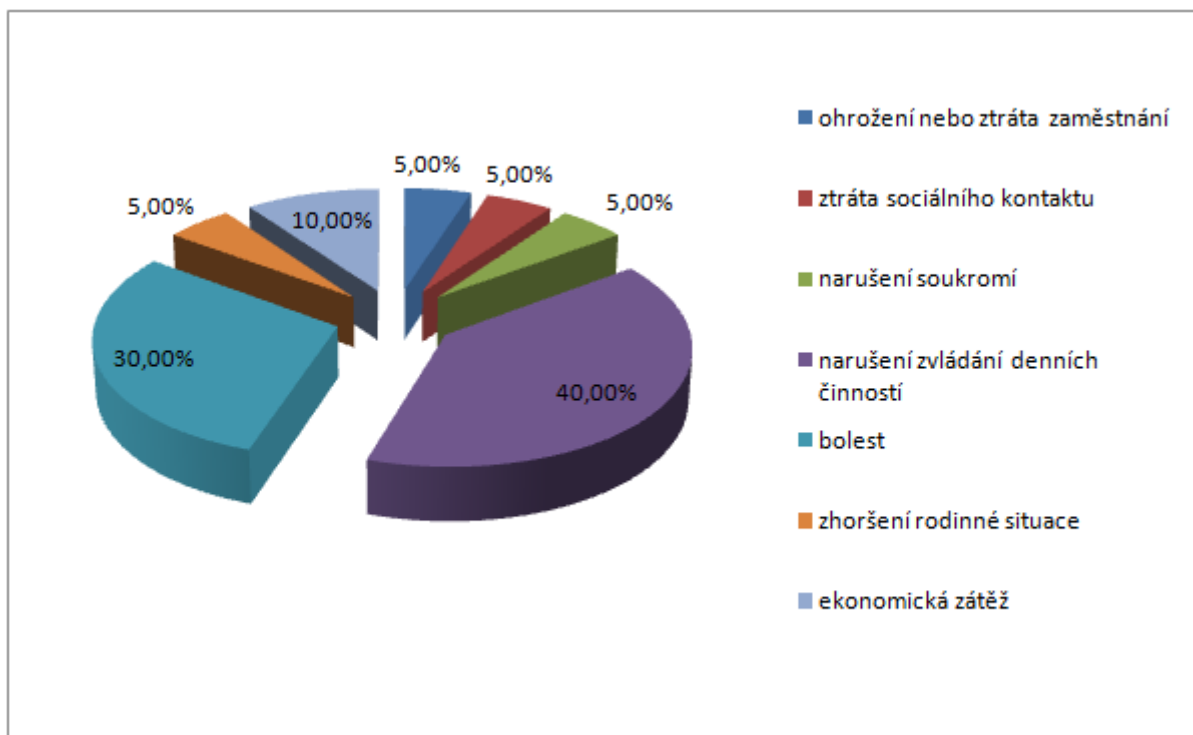
Dotazníková položka č. 13: Potíže způsobené léčbou

Pro úplnost jsem nejdříve vytvořila graf vypovídající, kolik procent pacientů vnímá svoji diagnózu jako problém a sleduje vzniklé potíže.



Obrázek 15 Potíže vzniklé v důsledku léčby

33,33 % respondentů odpovědělo, že jim rána žádné potíže nepřináší. Zbylých 66,67 %, tj. 20 respondentů, však udává různorodé problémy, které jim rána přinesla. Pro úplnost odpovědí uvedu nejčastější problémy včetně jejich procentuálního zastoupení.

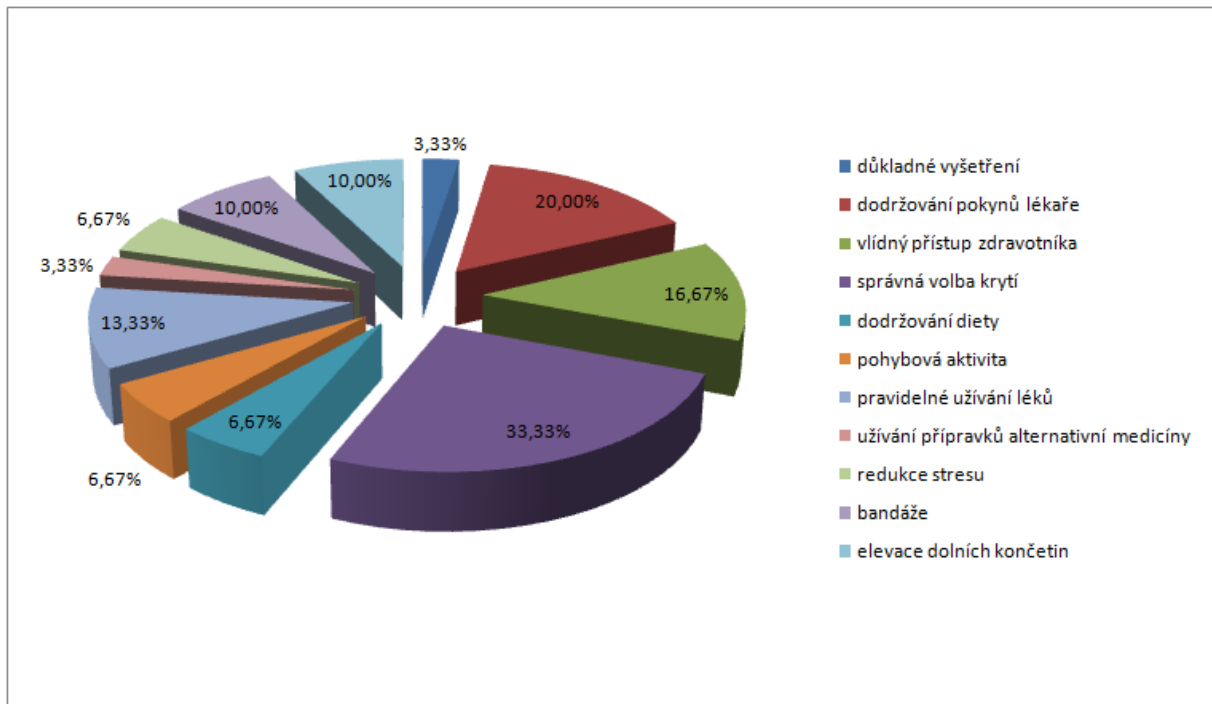


Obrázek 16 Zastoupení konkrétních potíží

Jak víme z předešlého grafu, 20 respondentů udává mnohočetné problémy. Z grafu č. 16 můžeme vysledovat následující data. Nejvíce si respondenti ztěžují na narušení zvládání běžných denních činností, na které byli zvyklí. Konkrétně se tento problém vyskytuje u 40 % dotazovaných. 30 % pacientů udává bolest způsobenou poškozením tkáně. 10 % respondentů pociťuje ekonomickou zátěž. 5 % pacientů trápí ohrožení nebo ztráta zaměstnání, stejný počet narušení soukromí jako důsledek všech vyšetření, které museli od vzniku defektu absolvovat, zhoršení rodinné situace a ztráta sociálního kontaktu.

Dotazníková položka č. 14: Nejdůležitější faktory léčby dle mínění pacienta

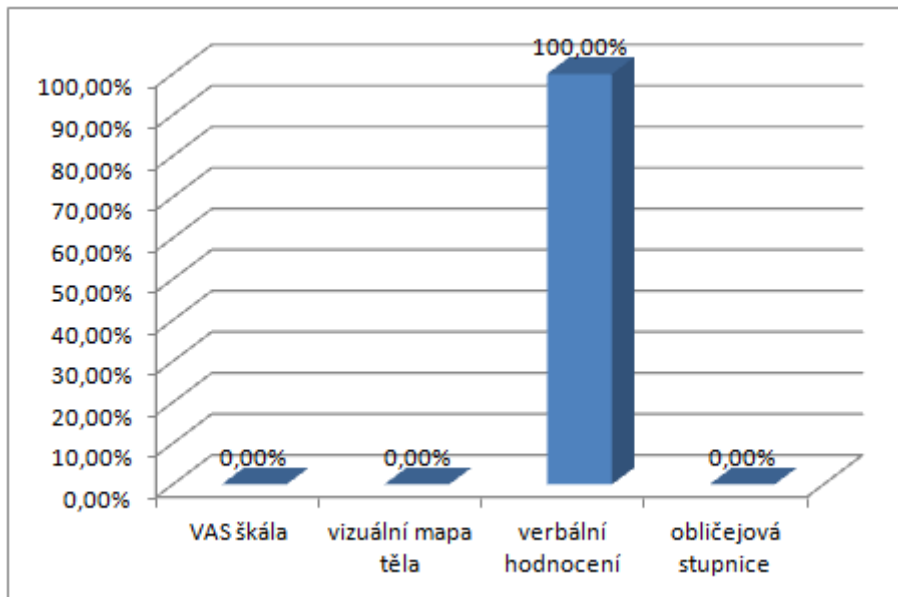
Na otázku číslo 14 jsem od respondentů často dostávala mnohočetné odpovědi. Proto jsem vytvořila graf, který ukazuje, v jakém procentu jsou pro respondenty důležité konkrétní faktory.



Obrázek 17 Nejdůležitější faktory hojení rány z pohledu pacienta

Nejvyšší zastoupení, a to 33,33 % tvoří správná volba krytí. Tu pacienti dle výzkumu považují za nejdůležitější. 20 % respondentů považuje za důležité dodržování pokynů lékaře. Poměrně vysokému procentu, 16,67 % se jeví přístup zdravotníků jako jeden z hlavních faktorů pro úspěšnou léčbu a 13,33 % zodpovědné užívání ordinovaných léků. Po 10 procentech hodnotí klienti jako důležitou elevaci dolních končetin, tam, kde se vyskytuje chronická žilní insuficience. Stejně procento příkládání bandáží dolních končetin. Dodržování diety, pohybová aktivita i redukce stresu získali důležitost na 6,67 %. Důkladné vyšetření a užívání přípravků alternativní medicíny přijde důležité pouze 3,33 %, tj. 1 respondent. Tento pacient si připravuje silný odvar z bazalky a majoránky na omývání exsudující rány. V potravě vyhledává selen pro podporu hojení rány. Najdeme ho např. v celozrnné mouce, mořských plodech, játrech, ale i česneku.

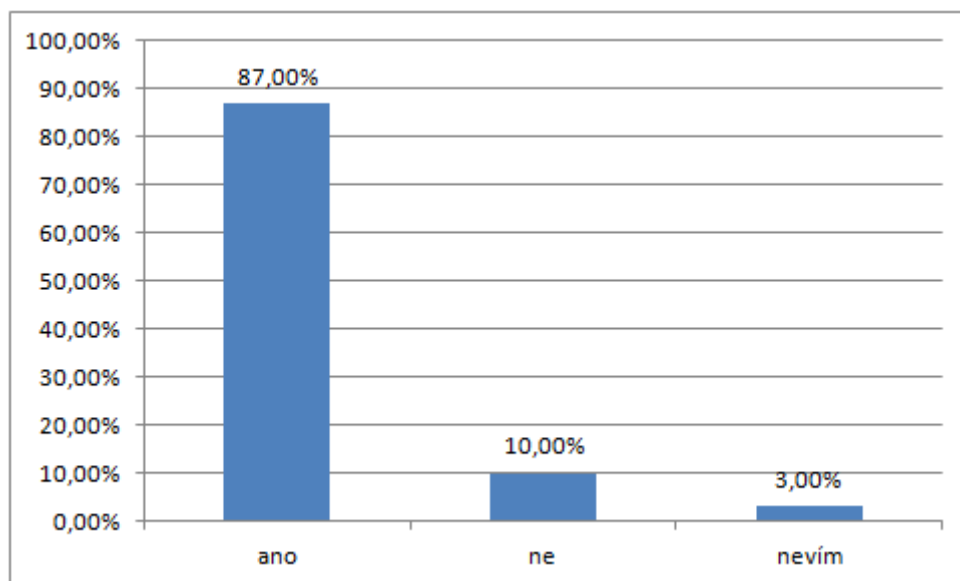
Dotazníková položka č. 15: Hodnocení bolesti



Obrázek 18 Zastoupení metod hodnotících bolest

Otázka číslo 15 zjišťuje, zda personál hodnotí pacientovu bolest, jaké metody k tomu využívá a zda pacientovu bolest léčí. Všichni, tedy 100 % pacientů odpovědělo, že personál bolest aktivně sleduje, zaznamenává a léčí. Zajímavé výsledky ukazuje graf č. 15, který jednoznačně dokládá, že 100 % respondentů odpovědělo, že personál se ptá na charakter (ostrá, tupá, bodavá, apod.) a snesitelnost bolesti.

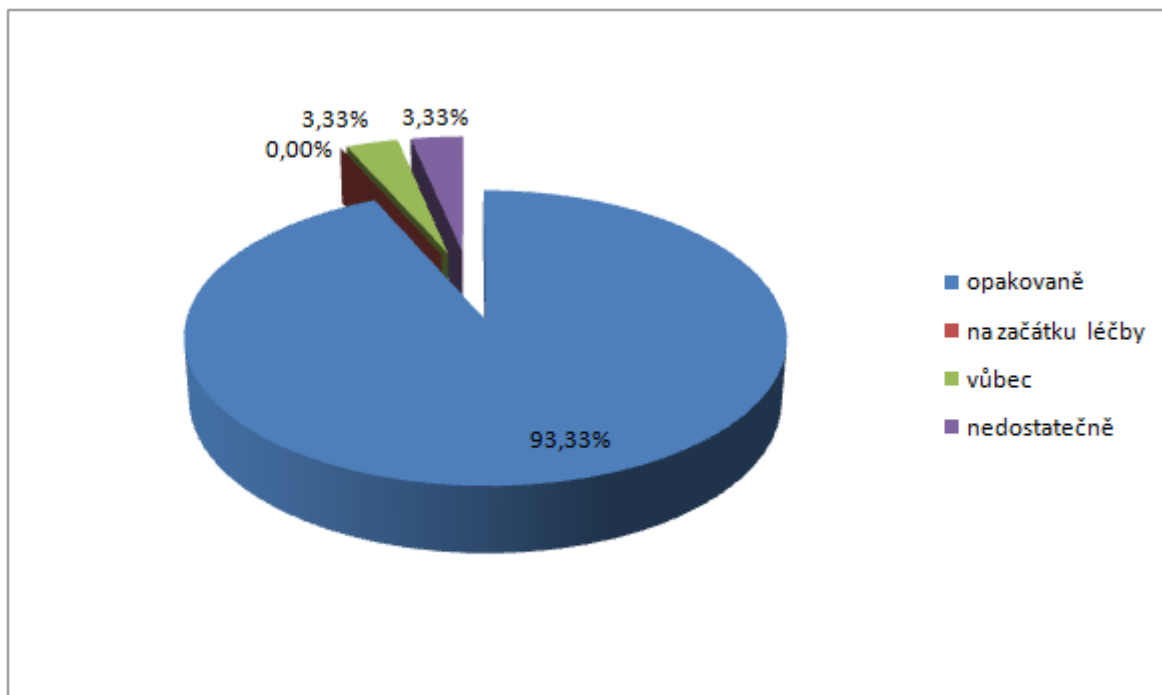
Dotazníková položka č. 16: Důvěra respondenta v práci personálu



Obrázek 19 Důvěra pacienta v práci personálu

Položka číslo 16 zjišťuje, kolik pacientů zdravotnickému personálu a jeho práci důvěřuje. 26 respondentů, tj. 87,00 % odpovědělo, že důvěřuje, 10,00 % ne a 3,00 % neví.

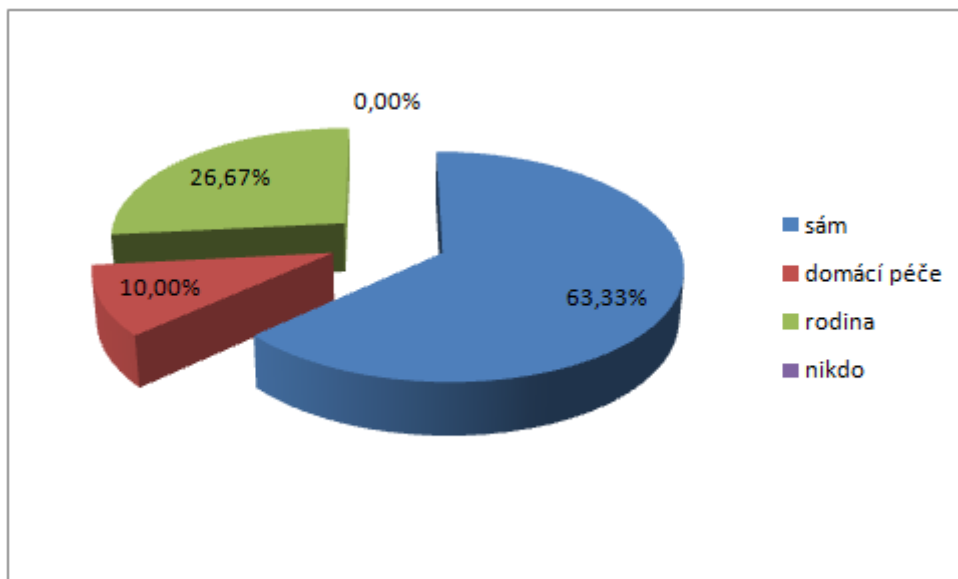
Dotazníková položka č. 17: Informovanost respondentů o jejich léčbě



Obrázek 20 Informovanost respondentů

Otázka číslo 17 si klade za cíl zjistit, do jaké míry jsou klienti informováni o léčbě a léčebných postupech. 26 respondentů, tj. 93,33 % odpovědělo, že je informováno opakovaně. Odpověď pouze na začátku léčby neoznačil nikdo, tj. 0,00 % a po 3,33 %, tedy jeden a jeden respondent odpověděli, že nebyli informováni vůbec nebo nedostatečně.

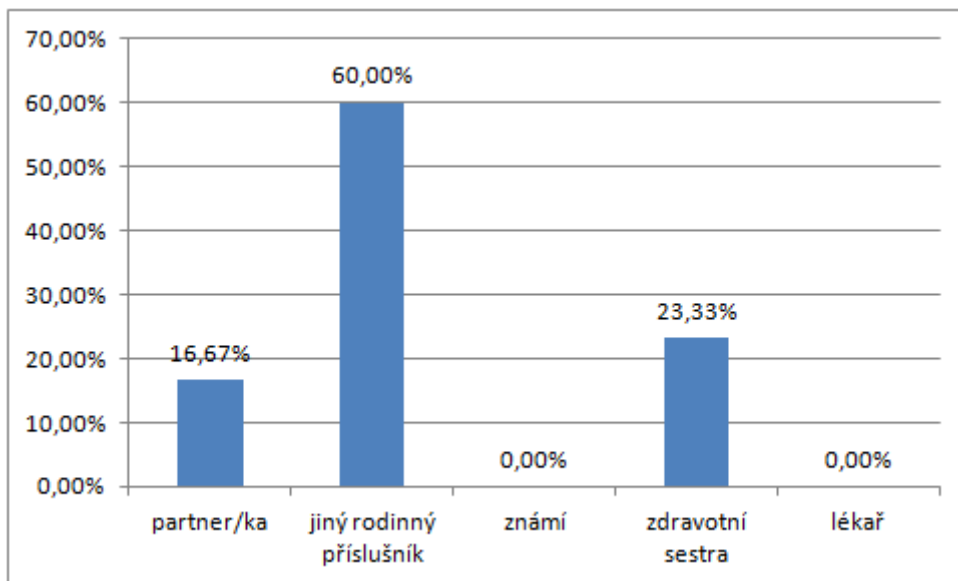
Dotazníková položka č. 18: Zvládání péče



Obrázek 21 Zvládání péče a potřeba dopomoci

Otázka č. 18 zjišťuje, kolik respondentů si s ošetřováním vystačí samo, kolik jich potřebuje pomoci a kdo jim pomáhá. 63,33 % respondentů odpovědělo, že pomoc nepotřebuje. 26,67 % nachází pomoc u rodinných příslušníků a 10,00 % u sester domácí péče. Nikdo není na léčbu sám.

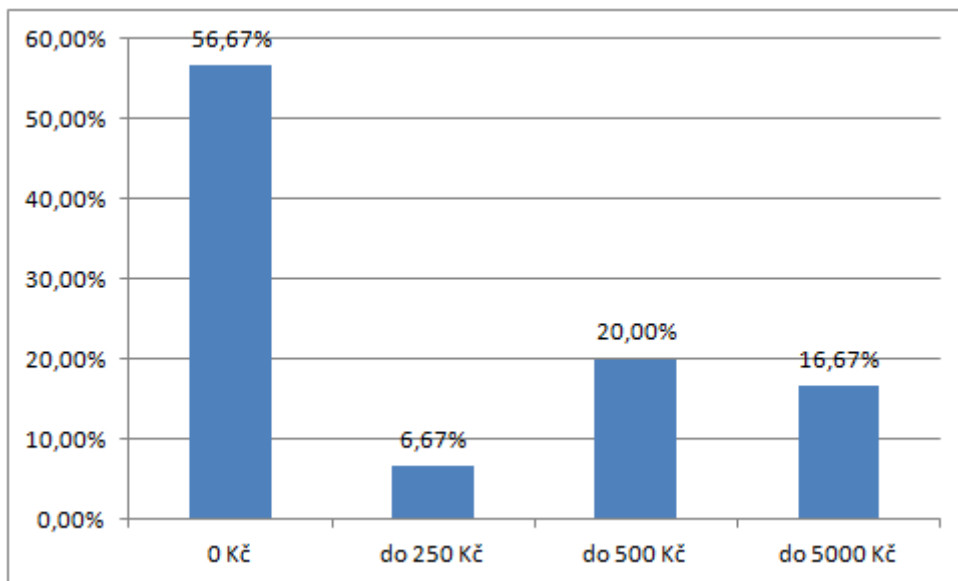
Dotazníková položka č. 19: Kdo je pacientovi největší oporou v léčbě?



Obrázek 22 Největší opora v léčbě

Z výzkumu vychází, že největší podporu pro respondenty tvoří rodinní příslušníci, a to 60,00 %, tj. 18 respondentů. 23,33 %, tj. 7 respondentů, považuje za největšího pomocníka v léčbě zdravotní sestru a 16,67 %, tj. 5 respondentů má za největší oporu partnera. Nikdo neodpověděl, že je pro něj zásadní opora ze strany známých nebo lékaře, tedy po 0,00 %.

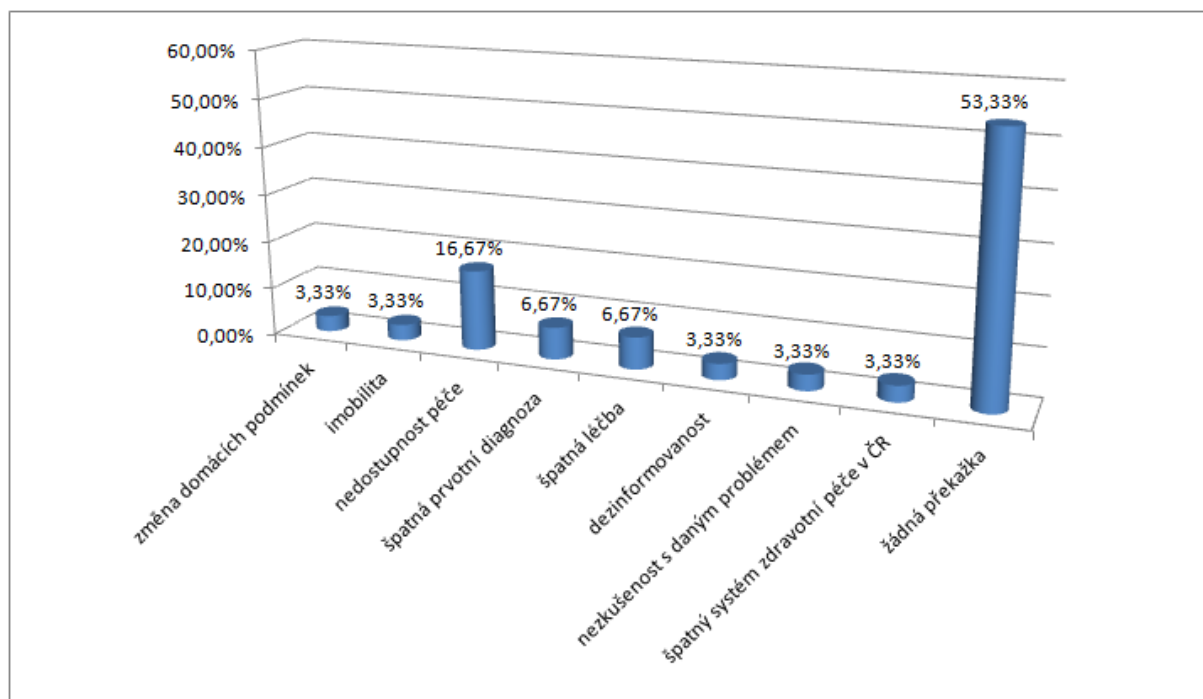
Dotazníková položka č. 20: Podílení vlastními financemi



Obrázek 23 Orientační částka za jeden měsíc

Otázka číslo 20 zjišťuje, do jaké míry se pacienti podílí na financování léčby. 17 respondentů, tedy 56,67 % udává, že se na léčbě podílet nemusí vůbec. Pro 20,00 % činí léčba do 500 Kč měsíčně. 16,67 % respondentů udává částku od 500 Kč až do 5000 Kč. U těchto pacientů částka stoupá vzhledem ke vzdálenosti zdravotnického zařízení od místa bydliště s nutností dojíždění na vlastní náklady. Zbýlých 6,67 %, tj. 2 respondenti vynakládají z vlastních úspor měsíčně do 250 Kč.

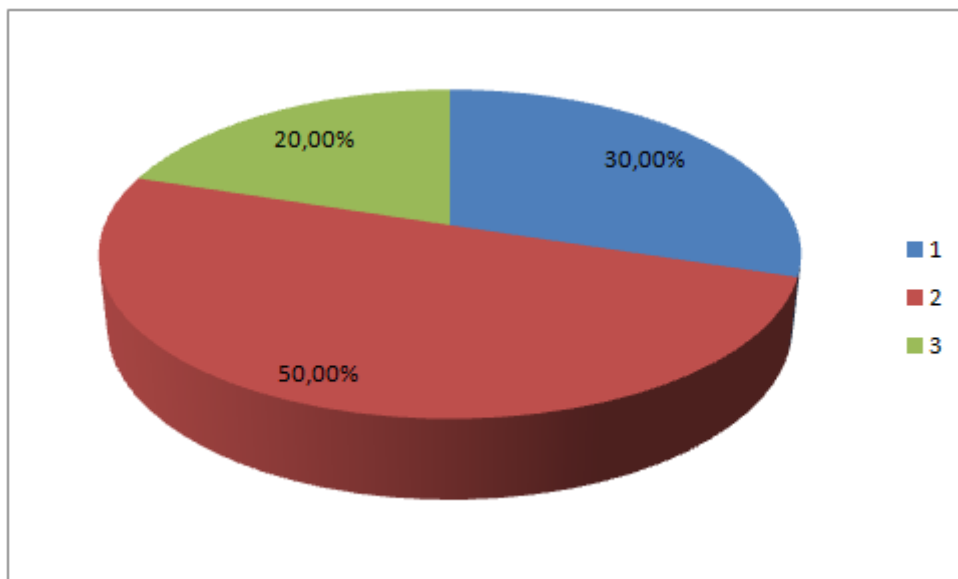
Dotazníková položka č. 21: Překážky v léčbě



Obrázek 24 Největší překážky v léčbě

Otázka č. 21 mapuje, co pacient považoval za největší problém znemožňující vyléčení. 53,33 %, tj. 16 respondentů odpovědělo, že žádnou zvláštní překážku v léčbě neznamenal. V 16,67 % je zastoupena nedostupnost péče. 6,67 % považuje za překážku špatnou prvotní diagnózu a stejné procento špatnou léčbu. Po 3,33 % jsou potom zastoupeny problémy spojené se změnou rodinných podmínek, imobilitou, dezinformovaností ze strany personálů, nezkušeností s daným problémem a špatným systémem péče v České republice.

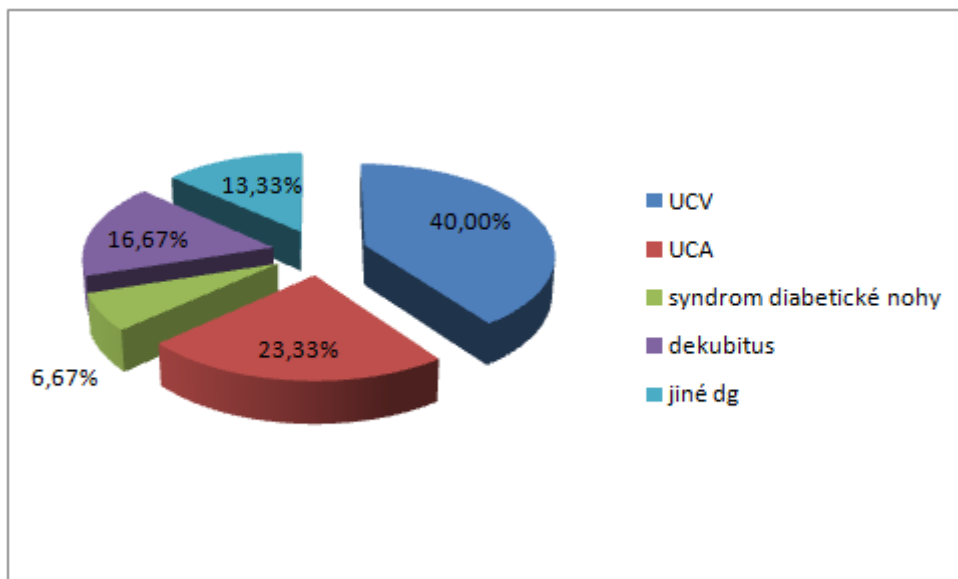
Dotazníková položka č. 22: Mobilita respondentů



Obrázek 25 Úroveň mobility

Položka 22 zaznamenává, v jakých procentech jsou zastoupeni respondenti soběstační a do jaké míry respondenti potřebující v denních činnostech pomoc prostřednictvím kompenzačních prostředků. 50,00 % respondentů používá francouzské hole nebo berle, 30,00 % je zcela soběstačných a 20,00 % používá invalidní vozík. Tato fakta vyjadřují, že 70,00% pacientů s nehojící se ránou má narušenou mobilitu.

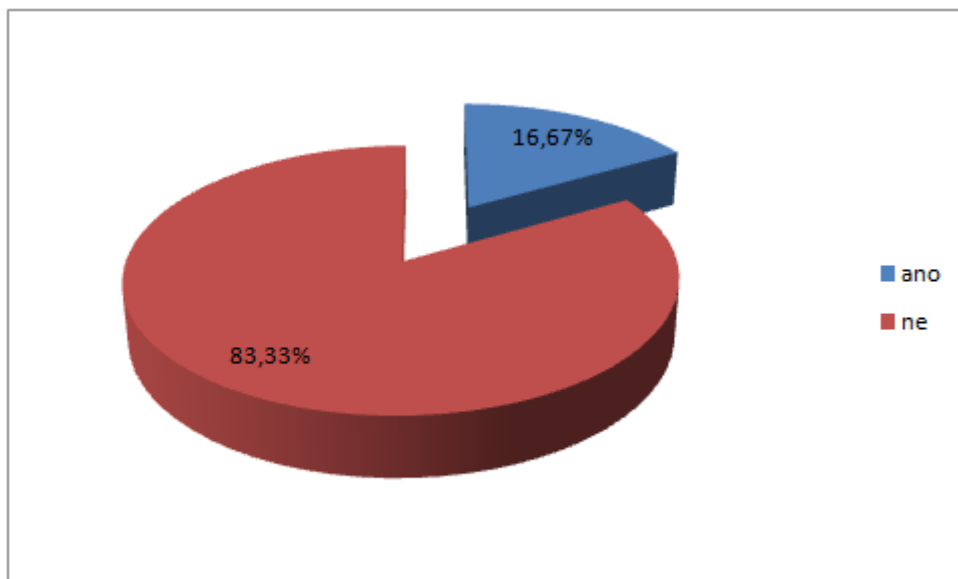
Dotazníková položka č. 23: Typ rány, diagnóza



Obrázek 26 Četnost jednotlivých diagnóz

Položka č. 23 udává četnostní zastoupení jednotlivých diagnóz zkoumaného souboru. Nejvíce, a to 40 % respondentů, tj. 12, se léčí s UCV. 23,33 % s UCA. 16,67 % se léčí s dekubitem, 13,33 % s jiným defektem a 6,67 % se syndromem diabetické nohy.

Dotazníková položka č. 24 Přítomnost infekce v ráně



Obrázek 27 Přítomnost infekce

Položka č. 24 sleduje u respondentů přítomnost infekce. 83,33 % infekci nemá, u 16,67 %, tedy pěti pacientů je známá infekce v ráně, která je aktuálně léčena antibiotiky.

DISKUZE

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jaké potíže pacientovi přináší život s nehojící se ránou a jaká je jeho cesta.

Do průzkumu byli zařazeni pacienti docházející pravidelně do geriatrické ambulance, kde ošetřuje pacienty specializovaný, vyškolený, multidisciplinární tým pro léčbu ran. Kvantitativní výzkum probíhal v březnu až dubnu roku 2015 a bylo při něm vyplněno 30 dotazníků.

Velká část dotazníkového formuláře, konkrétně otázky 2 až 8, byly zaměřeny na časové rozmezí, ve kterém se pacient s ránou potýká a na zjištění, kde a kdy pacienti hledají zdravotnickou péči. Otázky 13 až 22 se zaměřují na pacientovy problémy, překážky, bolest a zjišťují, kdo mu s nimi pomáhá, komu pacient důvěřuje a co je pro něj zásadní. Také bylo důležité, jak se pacient podílí na léčbě sám, zda si připadá informován a jak zvládá cestu v léčbě sám.

Nyní se pokusím jednotlivé oblasti shrnout a vyvodit z nich, jaké poznatky nám jejich odpovědi přinesly.

Položka č. 1, která zjišťuje **věk pacientů**, nám ukazuje, v jakém životním období nás toto onemocnění častěji trápí. Přes 50 %, tj. 16 pacientů z celkového počtu 30 je starších více než 70 let. 37,00 % se pohybuje ve věkové kategorii nad 60 let a pouze 10% pacientů je mladších než 60 let. Z těchto odpovědí můžeme usuzovat, že s věkem stoupá riziko vzniku nehojících se ran. Hovoří o tom také např. Pospíšilová, která uvádí, že prevalence bércových ulcerací je v populaci civilizovaných zemí 1 až 2 % (Pospíšilová, 2015). Bc Eva Kučerová ve své práci udává nejnižší věk pacientů s nehojící se ránou 50 let (Kučerová, 2012, s. 52). Podle EWMA je incidence nehojících ran v Celé Evropě 3 581 927 za jeden rok (Pospíšilová, Remedia, 2010). V České republice jsou vysledovaná určitá data o diabetických defektech. Syndromem diabetické nohy trpí v ČR zhruba 40 000 pacientů. Také je prokázáno, že 19 % všech amputací bylo nutno provést právě pro syndrom diabetické nohy (Pospíšilová, Remedia, 2010).

Časové období hojení rány (položka č. 2) nám ukazuje, že 60 % respondentů se s nehojící se ránou léčí déle než jeden rok, z toho 30 % dva roky až dvanáct let.

U položky č. 3, **kde byla rána diagnostikována**, sledujeme statisticky mnohočetné odpovědi s malým zastoupením. Můžeme pouze říci, že nejčastěji pacient nejprve navštíví praktického lékaře, a to ve 33,33 %.

Položka č. 4 zjišťuje, že pouze 6,67 % pacientů váhalo. Nejsou to velká čísla, avšak ani ne zanedbatelná. Je třeba, aby klienti věděli, že mohou do zdravotnického zařízení přijít s jakýmkoliv problémem. Zejména u syndromu diabetické nohy je včasný příchod klíčový.

Kdo ránu převazuje, jak často, kontroly a stav rány (položka č. 5 až 8) ukazuje, že s naprostou převahou převazují rány sestry z domácí péče, 83,33 %. Toto vysoké procento svědčí o dobré spolupráci mezi sestrou a pacientem, o důvěře pacienta v sestru a o rozšiřování povědomí klientů o možnosti ošetřování ve vlastním domácím prostředí. Domácí péče je ve většině případů jak ekonomičtější, tak příjemnější volbou pro klienta. 70 % převazů probíhá jedenkrát denně. Kontroly lékař ordinuje nejčastěji po třech týdnech (30 %, tj. 9) až jednom měsíci (46,67 %, tj. 14).

Jaké prostředky, krytí na rány a povědomí pacientů o jejich účincích (položka č. 9 a 10), nám ukazuje, že z naprosté většiny, a to z 93,33 % se provádí mechanický débridement rány. 76,67 % lidí odpovědělo, že má nějaké povědomí o účincích těchto metod. Můžeme říct, že pouze 20 % respondentů se o léčbu opravdu zajímá. Zbytek vkládá důvěru ve zdravotnický personál a povědomí o ranách příliš nemá, ať už z důvodu neznalosti oboru medicíny nebo z odevzdanosti a očekávání profesionality ze strany multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Položka č. 12 se vztahuje na **zjištění dalších chorob**, které se vyskytují u 86,67 % respondentů, z čehož vyplývá vliv přidružených onemocnění, jako jsou především onemocnění cévního systému, onemocnění diabetes mellitus, srdeční, nervové a kloubní vady.

Položka č. 11 a 13 až 21 jsou zaměřeny na hlavní téma, **pacienta a jeho problémy, život s ránou, úskalí, zátěž, podpora, ochrana, názor na péči, schopnost zvládnání vlastní situace**. 100 % shledává personál aktivní ve všech postupech v léčbě, 10 % však nechová k personálu důvěru a má obavy, zda jsou jejich vědomosti a dovednosti dostačující, jejich postupy správné a zda systém funguje zcela, jak by měl. Přesto 93,33 % odpovědělo, že jsou informovaní a informace považují za dostatečné. Z čehož můžeme usuzovat větší oddanost k personálu než snahu řešit vlastní zdraví.

Co rozhodně můžeme hodnotit velice kladně, je informace, kterou nám dokládá graf u položky číslo 10, a to, že 100 % pacientů je spokojených se **sledováním a léčbou bolesti**. Víme tak, že se zdravotnický personál snaží dělat vše proto, aby pacient netrpěl bezúčelnou bolestí. Tato informace je velice příznivá už proto, že v položce č. 13 se dozvídáme, že 30 % klientů bolesti má, a to v takové míře, že je hodnotí jako **největší potíží v životě s ránou**.

Ještě větší procento, 40 %, však tvoří narušení zvládnání běžných denních činností nepochybně spojených s režimovými opatřeními, ztrátou svalové hmoty, zákazem některých pohybových aktivit a nemožností konat některé činnosti přes bolest a z obavy z porušení krytí na ráně.

Celkový počet pacientů udávajících potíže je 20, tj. 66,67 %. 33,33 % nemá dojem, že by je rána zásadně obtěžovala a přidělovala jim starosti.

Jako **nejdůležitější faktory** pro hojení považuje řada klientů naprosto různé položky. Můžeme říci, že nejčastější odpovědí je správná volba krytí, můžeme usuzovat na důvěru ve firemní prostředky z drahých materiálů a účinnost léčiv vyráběných farmaceutickými firmami.

63,33 % pacientů **zvládá péči doma** bez zvláštní potřeby pomoci. 26,67 % pomáhá někdo z rodinných příslušníků. Jako největší oporu považují dle výzkumu pacienti rodinu, která ji zahrnuje v 76,67 %, tj. 23 respondentů a 7,23 % považuje za největší oporu zdravotní sestru.

Co se týče **finančních nákladů**, 56,67 % respondentů se na léčbě finančními prostředky nepodílí vůbec, což je velmi dobrá zpráva. Problém s finančními náklady se vyskytuje u pacientů dojíždějících ze vzdálených míst do ambulance, kde vidí naději na vyléčení. Toto zjištění svědčí o nedostatku specialistů pro léčbu rány stejně jako poslední položka, která ukazuje, že 16,67 % respondentů považuje za největší překážku v léčbě nedostupnost specializovaných pracovišť v blízkosti domova.

Během psaní mé bakalářské práce jsem přečetla řadu závěrečných prací studentů vysokých škol s tematikou hojení ran. Některé z nich uvedu.

Diplomová práce s názvem Znalosti všeobecných sester o moderních způsobech hojení chronických ran je zaměřena na potíže pacienta, na nehojící se rány z jeho pohledu, na překážky, nedostatky, potřeby, tísně a názory pacienta (Bc. Michaela Wilczková). Výzkum je však zaměřen na sestru a její znalosti, nikoliv na pacientovo mínění.

Další zajímavou prací byla diplomová práce s názvem Edukace pacientů s nehojící se ránou v průběhu hospitalizace od Bc. Evy Kučerové z Masarykovy univerzity v Brně. Byla zaměřena na edukaci pacientů, způsoby a kvalitu edukace pacientů. Řeší problémy pacienta v edukačním procesu a zohledňuje je. Studentka píše, u kterých ran se bolest vyskytuje a do jaké míry. Nezabývá se však o komplexní problémy během celé léčby pacienta.

Bc. Michaela Větrovcová napsala diplomovou práci Proces péče o nemocné s nehojící se ránou v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Zjišťuje, jaký vliv má vzdělání sestry na povědomí

o léčebných účincích prostředků, avšak z pohledu sestry, nikoliv pacienta. Proto jsem se rozhodla zjistit povědomí pacienta a zmapovat jeho znalosti o léčbě ran.

Nejvíce se mému tématu blížila bakalářská práce Ivany Špelinové, DiS. ze Západočeské univerzity v Plzni s názvem Ošetřovatelská péče o pacienta s chronickou ránou. Práce porovnává rozdíly mezi péčí o pacienty v domácím a nemocničním prostředí. Zajímá se také o pacientovy ošetřovatelské problémy. Sleduje tak snížení kvality života, ale i bolesti pacienta s nehojící se ránou, stejně jako má práce. Studentka vypracovala tři kazuistiky a na jejich základě vypracovala tři ošetřovatelské plány. Vypracované kazuistiky Špelinové svědčí stejně, jako má práce, pro přítomnost přidružených onemocnění u pacientů s nehojící se ránou a pro porušenou mobilitu. Dalším společným výsledkem je, že pacienti udávají bolesti v ráně a narušení zvládnutí denních činností. Také zjišťuje, že ulcerózní vředy jsou nejčastěji se vyskytující rány. Autorka však řeší problémy pacienta v souvislosti s pobytem v nemocnici nikoliv např. dojíždění pacienta na kontroly a finanční náklady na léčbu.

Podle výzkumného šetření a pozorování během své praxe soudím, že pacienti si moc často nestěžují, neptají se, nehodnotí práci zdravotníků a nechávají vše v jejich kompetencích, ač by bylo mnohdy potřeba zapojit se do procesu hojení vlastními silami. Například si vůbec neuvědomují důležitost dodržování diety, absenci kouření, nutnost pohybové aktivity a nedochází jim, jak velký vliv mají jiná onemocnění a celkový zdravotní stav na hojení jejich rány.

ZÁVĚR

Hlavní cíl práce byl zmapovat cestu a život pacienta s nehojící se ránou. Zjistit, co narušuje pacientův život a jaké překážky musí pacient denně překonávat. Vysledovat, jaké nejčastější problémy pacient řeší. Zmapovat, jaký vztah má k pacientovi zdravotní sestra a jak pacientovi pomáhá. Rozpoznat, co pacient považuje za důležité, zda myslí na dodržování diety, pohyb, duševní pohodu či přístup zdravotníků a podílí se na své léčbě vlastní aktivitou. Udělat závěry o chybách, které pacientům prodlužují dobu hojení a shrnout návrhy, které by jejich problémy zmírnily na minimum adekvátními prostředky. Pokud zefektivníme proces hojení, můžeme tak navrátit pacienta z izolace, kterou mu přinesl nelibivý a zapáchající defekt, který ho může provázet i mnoho let života.

Po zrekapitulování výzkumu můžeme soudit, že s prodlužováním věku v poslední době přibývají chronická onemocnění a s nimi nehojící se chronické rány. Vyhledky směřují k prodlužování života pacientů, je třeba naučit se s klienty pracovat tak, aby svoje problémy považovali za své a vlastními silami usilovali o zlepšení svého zdravotního stavu, protože pomoci si vždy nejlépe umí každý z nás sám. Pokud budou mít lidé dostatečné povědomí a anatomii a funkci vlastního těla, budou se zajímat o své zdraví a přispívat mu, bude se jim s jejich zdravotními problémy daleko lépe pracovat.

Mnoho lidí dnes sužuje nedostatek času. Je třeba myslet na to, že pokud zdraví není, čas nám nepostačí. Proto je třeba udělat vše proto, abychom měli dostatek času na sebe a uspokojovali své potřeby a tak předcházeli možným problémům. Úkolem sestry je pacientovi stát po boku a spolupracovat se svými kolegy v multidisciplinárním týmu natolik adekvátně, aby se pacient vracel s důvěrou a ochotou přijímat nové informace a podílel se na své léčbě.

Téměř všichni klienti sice zodpovídají, že informováni jsou, malá část z nich má však správné mínění o příčinách vzniku defektů, o účincích krytí a o souvislosti mezi fyzickou zdatností, duševní pohodou, celkovým zdravím a vznikem rány. Sestra má tyto záležitosti s pacientem řešit. Měla by na něj mít dostatek času a měla by sledovat, zda se jeho zdravotní návyky zlepšují v jeho prospěch.

Výsledky výzkumu poukazují na nedostatek kvalifikovaných pracovišť pro léčbu ran a specializovaného personálu. V další práci bych se proto ráda zaměřila na příčinu nedostatku kvalifikovaných pracovišť pro léčbu ran a zjišťovala, do jaké míry se zdravotničtí pracovníci účastní odborných konferencí pro léčbu ran. Zajímala bych se také o kompetence

všeobecných sester a sester specialistek a vzhledem k nim zmínila návrhy, které by mohly ušetřit čas lékaři a vyzdvihly práci sestry

Jako praktický výstup práce jsem se proto rozhodla vytvořit edukační materiál s praktickými radami, které by mohly pacientovu léčbu zefektivnit a minimalizovat možné problémy.

Pro zdokonalení práce by bylo vhodné se dále zaměřit na zjišťování příčiny nedostatečné spoluúčasti pacientů na vlastní léčbě.

Soupis bibliografický citací

1. BALDACCHINO, Donia. *Spiritual Care: Being in Doing*. 1. vyd. Marsa, Malta: Preca Library, 2010, 350 s. ISBN 978-99909-54-58-6.
2. BUREŠ, Ivo. *Léčba ran a péče o pokožku. Příloha periodik pro zdravotnické pracovníky. Slovo úvodem*. Olomouc: Solen, 2010, 90 s. ISBN 978-80-87327-36-4.
3. BUREŠ, Ivo. *Léčba rány*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 78 s. ISBN 80-7262-413-X.
4. Česká společnost podpory zdraví. Thomayerova nemocnice s poliklinikou. Hojení 21: *Poradna hojení 21*. [online]. 2012 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.hojeni21.cz>
5. Česká společnost pro léčbu rány. ČSLR. [online]. 2010 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz>
6. GROFOVÁ, Zuzana, Kala. *Dieta na podporu hojení ran*. 1.vyd. Praha: Forsapi, 2012, 190 s. ISBN 978-80-87250-21-1.
7. Hojení ran. *Odborné informace pro laickou i profesionální veřejnost*. [online]. 2012 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z: <http://www.hojeniran.cz/default.aspx>
8. KUČEROVÁ, Eva. *Edukace pacientů s nehojící se ranou v průběhu hospitalizace*. [online]. Brno, 2012. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/381821/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_-_Bc._Eva_Kucerova.pdf
Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí kvalifikační práce Mgr. Jana Straková.
9. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZKOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
10. POSPÍŠILOVÁ, Andrea. *Bércový vřed*. Lékařské listy. Praha 4: Mladá fronta, 2008, 57, 17, s. 13.
11. POSPÍŠILOVÁ, Andrea. *Remedia. Epidemiologie chronické rány*. [online]. 2010 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Moderni-postupy-v-lecbe-nehojicich-se-ran/6-F-TD.magarticle.aspx>
12. POSPÍŠILOVÁ, Alena. ČLS JEP. ČDS. *Klasifikace ran*. [online]. 2015 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: <http://dermat.webnode.cz/napln/standardy/hojeni-chronicky-ran-doc-pospasilova/>

13. SHUTTERSTOCK. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. [online]. 2015 [cit. 2015-05-04]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikacni-signaly-sestry-eliminujici-stres-u-pacienta-461368>
14. SINELNIKOV, Valerij. *Dohoda s nemocí*. 1. vyd. Praha: Zvonící cedry, 2005, 103 s. ISBN 80-903302-4-X.
15. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. 2 vyd. Semily: Geum, 2011, 371 s. ISBN 978-8/0-86256-79-5.
16. ŠIMEK, Martin a Robert BÉM. *Podtlaková léčba ran*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 240 s. ISBN 978-80-7345-352-7.

Seznam příloh, vlastní přílohy

Příloha A *Dotazník*

Dotazník

Vážená pacientko, paciente,

jmenuji se Karolína Jandová a ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Cesta pacienta k efektivní léčbě ran.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. U každé položky označte (zakroužkujte) jednu nebo více odpovědí nebo odpověď dopište.

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a čas.

Karolína Jandová

1) Jaký je Váš věk?

- a) do 30 let
- b) do 40 let
- c) do 50 let
- d) do 70 let
- e) nad 70 let

2) Jak dlouho se s ránou léčíte? (Uveďte)

3) Kdo Vám diagnostikoval nehojící se defekt?

- a) Praktický lékař
 - b) Lůžkové oddělení
 - c) Ambulance pro rány
 - d) Kožní ambulance
 - e) jiné.....
-

4) Váhal/a jste, než jste navštívil/a lékaře? Pokud ano, jak dlouho? (Uveďte)

5) Kdo Vám ránu převazuje?

- a) Sám
- b) Zdravotní sestra
- c) Lékař
- d) Zdravotní sestra z domácí péče
- e) Rodina
- f) jiné.....
-

6) Jak často se rána převazuje? (Doplňte)

7) Jak často máte ordinované kontroly lékařem? (Doplňte)

8) V jakém stavu se dle Vás nachází rána nyní?

- a) V horším stavu
- b) V lepším stavu
- c) Ve stejném stavu jako na začátku léčby

9) Věděl/a byste, jaká krytí či jiné prostředky jsou na léčbu rány využívány? (Uved'te)

10) Máte představu o jejich funkci, účincích a pravidlech přikládání?

- a) Ano, o svůj problém se zajímám
- b) Pouze okrajově
- c) Spíše ne

11) Myslíte, že je personál ve svých léčebných postupech aktivní? Hledá například jiná řešení, pokud je to třeba?

- a) Ano
- b) Ne

12) Léčíte se dlouhodobě s nějakým jiným onemocněním? (Pokud ano, uveďte s jakým)

13) Jaké potíže Vám rána přinesla? (Zakroužkujte hodící se)

- a) Ohrožení nebo ztráta zaměstnání
 - b) Ztráta kontaktu s blízkými
 - c) Narušení soukromí
 - d) Narušení zvládnání denních činností
 - e) Bolest
 - f) Zhoršení rodinné situace
 - g) Ekonomická zátěž
 - g) Jiné.....
-

14) Které faktory jsou podle Vás pro hojení rány důležité? (Zakroužkujte hodící se)

- a) Dodržování pokynů lékaře
 - b) Vlídny přístup zdravotníka
 - c) Správná volba krytí
 - d) Dodržování diety
 - e) Pohybová aktivita
 - f) Pravidelné užívání léků
 - g) Užívání přípravků alternativní medicíny
 - h) Redukce stresu
 - i) Bandáže
 - j) Elevace dolních končetin
 - k) jiné.....
-

15) Sleduje a hodnotí sestra nebo lékař Vaši bolest a léčí ji? Pomocí čeho? (Na otázku odpovídejte pouze, pokud jste na předchozí otázku odpovědi ano)

- a) Na škále od 1 do 10
 - b) Na škále od 1-4
 - c) Pomocí vizuální mapy těla, na které zakresluje body bolesti
 - d) Pomocí vizuální škály obličejů
 - e) Zaznamenává intenzitu bolesti písemnou formou v průběhu celého dne
 - f) Jiné.....
-

16) Máte důvěru v lékaře a sestry, kteří o Vás pečují?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17) Jste informován/a o své nemoci a o možnostech a postupech léčby?

- a) Pouze na začátku léčby
- b) Opakovaně v průběhu léčby
- c) Nebyl jsem poučen
- d) Jiné.....
.....

18) Jak zvládáte péči doma?

- a) Úplně sám
- b) Pomáhá mi rodina
- c) Nemám nikoho, kdo by mi mohl pomoci
- h) Jiné.....
.....

19) Kdo je Vám největší oporou v léčbě?

- a) Partner/ka
- b) Jiní rodinní příslušníci
- c) Známi
- d) Zdravotní sestra
- e) Lékař
- i) Jiné.....
.....

20) Jaký finanční obnos pro Vás alespoň přibližně obnáší léčba za jeden měsíc? (Uved'te přibližnou částku)

21) Co bylo nebo je největší překážkou ve zdárné cestě k cíli? (Uveďte)

Prosím, následující již nevyplňujte.

Mobilita:

- a) kategorie 1
- b) kategorie 2
- c) kategorie 3
- d) kategorie 4

Typ rány:

- a) dekubitus
- b) ulcus cruris venosum
- c) ulcus cruris arteriosum
- d) ulcus smíšené etiologie
- e) diabetická noha

Výskyt klinicky významné lokální infekce v chronické ráně

- a) ano
- b) ne

***Edukační materiál
pro zlepšení života pacienta s ránou***



Obrázek 28 Sestra a pacient (SHUTTERSTOCK, 2012)

1. Zním svoje tělo a zajímám se o své problémy.
2. Sleduji, jak se rána mění.
3. Netrpím bolestí, můj život má hodnotu.
4. Neberu pokyny lékaře na lehkou váhu.
5. Nenechám se odbýt, pokud potřebuji vědět více.
6. Aktivně se zajímám o účinky léčebných přípravků, které užívám.
7. Nezapomínám na léčbu všech neduh, které mě trápí.
8. Zapojuji do své léčby blízké.
9. Pracuji s knihami a internetem.
10. Na internetu se dozvím téměř vše, co mě zajímá, můžu se podílet anonymně se svými problémy, získat nové přátele, svěřit se, nechat si poradit ale i poradit druhým.
11. Každý den se alespoň jednu hodinu aktivně pohybuji.
12. Jednu hodinu denně si udělám čas na sebe.
13. Spím tak dlouho, jak jen potřebuji.
14. Umím říkat NE.
15. Nebojím se o svém problému mluvit.
16. Když už nemám nikoho z rodiny, vždy je po mém boku sestra, na kterou se mohu spolehnout, jsme prostě tým.

Seznam ilustrací, tabulek

Obrázek 1 Věková struktura respondentů	32
Obrázek 2 Délka trvání léčby rány	33
Obrázek 3 Kde byla nehojící se rána diagnostikována.....	34
Obrázek 4 Počet váhání	35
Obrázek 5 Kdo ránu převazuje	36
Obrázek 6 Četnost převazů.....	37
Obrázek 7 Četnost kontrol.....	38
Obrázek 8 Stav rány	39
Obrázek 9 Přítomnost débridementu rány.....	40
Obrázek 10 Přítomnost užívání sekundárního krytí	41
Obrázek 11 Četnost užívání jednotlivých krytí vlhké terapie	42
Obrázek 12 Povědomí respondentů o účincích krytí	43
Obrázek 13 Aktivita personálu v postupech léčby	44
Obrázek 14 Počet respondentů léčících se s jiným onemocněním.....	45
Obrázek 15 Potíže vzniklé v důsledku léčby	46
Obrázek 16 Zastoupení konkrétních potíží	47
Obrázek 17 Nejdůležitější faktory hojení rány z pohledu pacienta.....	48
Obrázek 18 Zastoupení metod hodnotících bolest	49
Obrázek 19 Důvěra pacienta v práci personálu.....	50
Obrázek 20 Informovanost respondentů	51
Obrázek 21 Zvládání péče a potřeba dopomoci	52
Obrázek 22 Největší opora v léčbě	53
Obrázek 23 Orientační částka za jeden měsíc	54
Obrázek 24 Největší překážky v léčbě	55
Obrázek 25 Úroveň mobility	56
Obrázek 26 Četnost jednotlivých diagnóz.....	57
Obrázek 27 Přítomnost infekce	58
Obrázek 28 Sestra a pacient (SHUTTERSTOCK, 2012).....	73

Seznam zkratek

UC	ulcus cruris
UCV	ulcus cruris venosum
UCA	ulcus cruris arteriosum
UCM	ulcus cruris mixtum
HPO	hyperbarická oxygenoterpie
VAS	vizuální analogová škála
WHC	wound healing continuum