

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Hodnocení kvality péče v domácí péči z pohledu pacienta
s vředovou chorobou dolních končetin**

Lucie Jakubská

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Jakubská**
Osobní číslo: **Z12245**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnocení kvality péče v domácí péči z pohledu pacienta s vředovou chorobou dolních končetin**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 78-80-7367-818-0.
HANZALÍKOVÁ, Alžběta. Komunitní ošetřovatelství. Martin: Osvěta, 2007. ISBN 80-8063-257-X.
JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-6542-6.
KALVACH, Z., L. ČELEDOVÁ a I. HOLMEROVÁ. Křehký pacient a primární péče. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
ŠKRDLA, Petr a Magda ŠKRDLOVÁ. Kreativní ošetřovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

PROHLÁŠENÍ

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 Hradci Králové dne 29. 12. 2014

Lucie Jakubská

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Haně Ochtinské za cenné rady, podněty a připomínky poskytované při vypracovávání této bakalářské práce. Zároveň bych chtěla moc poděkovat paní Bc. Haně Pekárkové za poskytované informace a všem osloveným pacientům za vyplnění dotazníků. Zároveň velice děkuji své rodině za velikou trpělivost a podporu při zpracování této práce a po celou dobu studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na pacienty s vředovou chorobou dolních končetin, kteří jsou v péči sester agentury domácí péče. Skládá se z teoretické a výzkumné části.

Teoretická část se skládá ze tří hlavních okruhů. 1. Domácí zdravotní péče, kde jsou stručně popsány základní údaje o domácí péči. 2. Kvalita péče. 3. Vředová choroba dolních končetin, kde je stručně popsán charakter tohoto onemocnění a možnosti léčby. Výzkumná část je zpracovaná formou dotazníků, zjišťujících vliv domácího prostředí na pacienty s vředovou chorobou, jejich potřeby a spokojenost s poskytovanou péčí v agentuře domácí péče. V závěru praktické části vyhodnocuji výzkum, který bude sloužit i jako zpětná vazba pro sestry agentury domácí péče o spokojenosti a potřebách pacientů v domácí péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

domácí péče, vředové choroby dolních končetin, kvalita péče, pacienti

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on patients suffering from venous leg ulcer, that are taken care of by home health care agencies (and their nurses). It consists of two parts, the theoretical and the practical one. The theoretical part is divided into three main chapters. 1. Home health care where the basic information related to home care is given. 2. Quality of home health care. 3. Venous leg ulcer with a brief description of the disease and its treatment. The practical part is a questionnaire which deals with the influence of home environment on the patients suffering from venous leg ulcer, investigating their needs and level of satisfaction with the services provided by the home care agencies. The research evaluation and summary, which can be found at the end of the practical part, is also intended to serve as a feedback to the home care nurses, giving them information about the general satisfaction and needs of the patients that are using the home care services.

KEYWORDS

home health care, venous leg ulcer, quality of home health care, patients

OBSAH

ÚVOD	11
CÍL PRÁCE.....	12
I Teoretická část	13
1 Domácí zdravotní péče.....	13
1. 1 Historie domácí péče	13
1. 1. 1 Vývoj domácí péče v České republice	14
1. 2 Formy a cíle domácí péče v ČR	15
1. 3 Zřizování a financování domácí péče.....	16
1. 4 Právní rámec vymezující poskytování domácí péče v ČR	16
1. 5 Personální zajištění agentury domácí péče.....	17
1. 6 Výhody a nevýhody domácí péče	18
2 Kvalita péče.....	19
2. 1 Metody měření kvality péče	19
2. 1. 1 Indikátory kvality	19
2. 2 Ošetrovatelské standardy.....	20
2. 2. 1 Metodika tvorby standardů.....	21
2. 3 Ošetrovatelské audity	21
2. 4 Potřeby pacientů	22
2. 4. 1 Ošetrovatelství a lidské potřeby	22
2. 4. 2 Uspokojování potřeb	23
3 Vředová choroba dolních končetin	25
3. 1 Rány	25
3.2 Ulcerózní choroba dolních končetin.....	27
3. 2. 1 Příčiny bérceových vředů.....	27
3. 2. 2 Komplikace bérceového vředu.....	28
3. 3 Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní chorobou dolních končetin	29
II Výzkumná část	31
4 Metodika výzkumu.....	31
4. 1 Průběh výzkumu.....	31
4. 2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
4. 3 Výzkumné otázky.....	32

4. 4 Presentace výsledků	33
5 DISKUSE	51
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM PŘÍLOH	60

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Jak dlouho dojíždějí sestry z agentury domácí péče	33
Obr. č. 2 Jak často dojíždějí sestry z agentury DP k respondentům	34
Obr. č. 3 Zvýšení kvality života u respondentů využíváním služeb DP	35
Obr. č. 4 Pozitivní vliv domácího prostředí na léčbu rány.....	36
Obr. č. 5 Informovanost od zdravotního personálu DP o onemocnění a léčbě.....	37
Obr. č. 6 Porucha spánku u oslovených pacientů.....	38
Obr. č. 7 Psychické vyčerpání respondentů z nemoci.....	39
Obr. č. 8 Omezení respondentů z důvodu bércevého vředu v pohybu a běžných denních činnostech.....	40
Obr. č. 9 Pocity společenské izolace u respondentů z důvodu nemoci.....	41
Obr. č. 10 Bolest.....	42
Obr. č. 11 Tlumení bolesti.....	43
Obr. č. 12 Dostatečné seznámení s výkonem před jeho vykonáváním	44
Obr. č. 13 Lidské, vstřícné a milé chování sestry z ADP	45
Obr. č. 14 Chování personálu ADP k respondentům	46
Obr. č. 15 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ADP	47
Obr. č. 16 Pocit většího bezpečí díky DP	48
Obr. č. 17 Kontakt na sestru nebo agenturu v akutním případě	49
Obr. č. 18 Návrhy pacientů na zlepšení kvality poskytovaných služeb	50

SEZNAM ZKRATEK

ADP – agentura domácí péče

CMP – cévní mozková příhoda

č. – číslo

ČR – Česká republika

DK – dolní končetiny

DP – domácí péče

např. – například

Obr. – obrázek

pac. – pacient

r. – rok

RTG – rentgen

s. – stránka

Sb. – sbírka

st. – století

tzv. – tak zvaně

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

MR – magnetická rezonance

i. m. – intra muscularně

i. v. – intra venozně

s. c. – sub cutalně

p. o. – per os

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma: „Hodnocení kvality péče v domácí péči z pohledu pacienta s vředovou chorobou dolních končetin.“ Ve své práci se zaměřuji na soukromou agenturu domácí péče, dále jen ADP, kvalitu ošetrovatelské péče a pacienty s vředovou chorobou dolních končetin. Téma jsem si vybrala hlavně z důvodu, že – jak jsem mohla poznat – je domácí péče podceňovaná, a to nejen ze strany veřejnosti, ale i zdravotnických kolegů. Sama jsem pracovala na oddělení v nemocnici a neměla jsem mnoho informací domácí péči a zkušeností s ní. Při mateřské dovolené jsem měla možnost poznat, co domácí péče obnáší a hlavně umožňuje jak ze strany pacienta, tak i sestry. Proto jsem se rozhodla pro téma bakalářské práce z oblasti domácí péče.

Domácí péče je nedílnou součástí našeho zdravotnictví. Za posledních 20 let došlo k velkému rozvoji agentur, které tuto péči poskytují (Jarošová, 2007, s. 60). Díky ADP nemusejí být pacienti dlouhodobě hospitalizováni a mohou se léčit doma. Vyškolené a zkušené sestry provádějí ordinované ošetření a dohlíží na dodržování léčebného režimu, a tím se snižují náklady na ošetření nemocného (Marková, 2010, s. 44). Domnívám se, že pro pacienta, pro kterého je DP vhodná, je výhodnější a jednodušší možností léčby. Myslím si, že následující citát dobře vystihuje profesionální přístup zdravotníků. *„V domácí péči jsi v první řadě člověkem – teprve potom klientem, nebo profesionálem“.* (Misconiová, 2006)

Oblast kvality ve zdravotnictví je v dnešní době velmi aktuální téma. Dnes se všechna zdravotnická zařízení snaží dosahovat co nejvyšší poskytované kvality. V ADP patří ke kvalitě nejen materiální a technologické zabezpečení, ale i vnímavost, vstřícnost a úcta k pacientovi a jeho rodinným příslušníkům. Na rozdíl od nemocničního oddělení, kdy se pacient musí podřídít chodu a režimu nemocnice, tak v DP se musí sestry a zdravotní personál přizpůsobit pacientovi a jeho způsobu života, pokud to nenaruší léčbu.

Neustále se zvyšující věkový průměr populace přináší mnoho onemocnění. V jejich důsledku dochází i ke špatnému hojení ran. Neustále přibývá pacientů s ulcerózní chorobou dolních končetin, kterým agentury domácí péče zajišťují péči, která by měla zvyšovat i kvalitu jejich života.

CÍL PRÁCE

Pro teoretickou část:

1. Sumarizovat a sjednotit informace o tématech: domácí péče, kvalita péče a vředová choroba dolních končetin.

Pro výzkumnou část:

1. Zjistit, jaký vliv má léčba v domácím prostředí na pacienta s ulcerózní chorobou dolních končetin.

2. Zjistit, jaké potřeby mají narušeny pacienti s ulcerózní chorobou dolních končetin během dlouhodobého léčení v domácí péči.

3. Zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou péčí a službami domácí péče.

4. Vytvořit leták, který má sloužit jako informační materiál pro pacienty.

I Teoretická část

1 Domácí zdravotní péče

V termínu domácí zdravotní péče je zahrnuto mnoho činností a služeb, které provádí kvalifikovaná sestra v přirozeném domácím prostředí pacientů. Hlavním cílem je pomáhat jednotlivci, rodině, skupině v podpoře zdraví nebo při léčbě nemoci, provádět činnosti přispívající ke zdraví, uzdravení nebo klidnému umírání v jeho sociálním zázemí. Velká část práce sestry v domácí péči je správná edukace, která povede k změně životního stylu. Sestry se snaží uspokojovat potřeby klienta v nejvyšší možné míře (Hanzlíková, 200, s. 247-248).

„ Domácí péče je péče poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. “
(Hanzlíková, 2007, s. 247)

Domácí péče (dále jen DP), je součástí komunitního ošetrovatelství. Do komunitní péče náleží zdravotní a sociální služby poskytované nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. DP je komplexní péče o pacienta, jak z pohledu sociálního, tak ošetrovatelského a pečovatelského. Tým, pomáhající klientovi v jeho sociálním prostředí, je různorodý. Je tvořen ošetřujícím lékařem, sestrou, sociálním pracovníkem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, psychologem, nutričním terapeutem a dalšími. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je definovaná jako: *„Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v domovech“* (Jarošová, 2007 s. 60-61).

O zahájení léčby klienta v DP rozhoduje ošetřující lékař. V případě, že je pacient propuštěn z nemocnice, může DP doporučit propouštějící lékař, ale pouze na dobu 14 dnů po propuštění. Důležitou roli zde hraje také rodina a vztahy, které v rodině panují. Velice důležité jsou kulturní tradice, legislativa a nastavení systému zdravotnictví (Jarošová, 2007, s. 61).

1. 1 Historie domácí péče

Péče v domácím prostředí je nejstarší způsob léčby a péče o nemocné. V domovech se rodilo, léčilo a umíralo. Moderní koncept DP byl zahájen v r. 1859 Williamem Rathbonem ve spolupráci s Florence Nightingalovou v roce 1859 v Liverpoolu, kde založili první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným a chudým lidem. Roku 1885 ve Spojených státech amerických ve městech New York, Buffalo, Boston a Philadelphia byla

založena organizace sester v DP, která pomáhala všem, kteří to potřebovali (Jarošová, 2007, s. 59).

V 70. letech 20. století se vrací myšlenka DP a nastává její rozvoj v důsledku prosazování ekonomických úspor, stárnutí populace a rostoucího počtu lidí, kteří jsou závislí na pomoci druhých. Východisko se nachází v preferenci primární a domácí péče, a proto WHO v r. 1977 v Alma-Atě vyhláší program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. DP se liší podle geografické formy. Severská forma představuje takový způsob DP, kdy servis, který přichází od státu, vládních nebo nevládních organizací, je doplňován účastí vlastní rodiny a příbuzenstva. Jižní forma DP se opírá o tradici, kdy si pomáhají všichni členové rodiny laickou pomocí a servis státu tuto péči doplňuje (Misconiová, 2006).

1. 1. 1 Vývoj domácí péče v České republice

Česká forma DP má hluboké historické kořeny. Řeholnické řády poskytovaly péči v rodinách i špitálech již od 12. st. (Řád svatého ducha, johanitky, alžbětinky, Milosrdní bratří, Křížovníci s červenou hvězdou, klarisky). Anežka Přemyslovna založila v r. 1223 Laické bratrstvo špitální, z něhož vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou. Za vlády Karla IV. měli na starosti asi 60 špitálů. V 15. st. ošetřovaly v domácnostech diakonky. Za vlády Marie Terezie dochází ke zlepšení péče v sociální sféře (staví se útulky pro pomoc potřebným). V DP se začíná projevovat charita i odbornost. V době národního obrození dochází k podpoře sociální i odborné péče pro všechny, kteří péči potřebují. Toto podporují Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. V r. 1874 vzniká první ošetřovatelská škola v Praze a jediná v Rakousko-Uhersku. Ošetřovatelská péče byla zaměřena na vulnerabilní skupiny, jako byli děti, staří a chudí lidé (Jarošová, 2006, s. 60; Kutnohorská, 2010, s. 115).

Po 2. světové válce došlo k masivnímu rozvoji škol a jeden z oborů, který byl na školách vyučován, nesl název „Výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách.“ Obor se postupně rozvíjel zvláště s ohledem na skutečnost, že po r. 1948 byly řeholné sestry ve zdravotnictví nahrazovány sestrami civilními. Od 19. 8. 1952 přebral podle zákona 103/1951 Sb. odpovědnost za provádění domácí péče stát. Tento způsob péče se stal součástí zdravotní péče, jež byla poskytována ve zdravotnických obvodech (Jarošová, 2007, s. 60; Kutnohorská, 2010, s. 115-160).

K zásadním změnám došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy vznikaly první agentury domácí péče v dnešní podobě (Jarošová, 2007, s. 60).

1. 2 Formy a cíle domácí péče v ČR

Formy domácí péče se liší podle kultury a sociálního a ekonomického zajištění státu, ve své práci se budu zabývat pouze formami v ČR. Domácí péče v ČR je poskytována v 5 základních formách.

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) může být realizována u pacientů s krátkodobým akutním onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci, nebo jako alternativa hospitalizace v nemocnici. Je určena hlavně klientům, kteří jsou po operaci nebo po úraze, v krátkém rozsahu několika dnů, max. týdnů. **Dlouhodobá domácí péče** je určena pacientům s chronickým onemocněním, kteří vyžadují dlouhodobou péči zdravotníků. Bývají to klienti po CMP, s komplikovanou nebo dekompenzovanou cukrovkou, s duševním onemocněním, nebo s defektem z jakékoliv příčiny, s chronickou bolestí a mnoho dalších. Tato péče bývá poskytována často několik měsíců i let. Mnohdy je důležité zdravotní péči doplnit i péčí sociální a ke klientovým potřebám přistupovat komplexně. **Preventivní domácí péče** je určena klientům, kteří již trpí některým z chronických onemocnění a hrozí progrese, nebo jim hrozí některé z onemocnění. Sestry z DP docházejí ke klientovi na doporučení ošetřujícího lékaře, měří fyziologické funkce, luciditu klienta a další. O případných změnách hned informují ošetřujícího lékaře. Domácí **hospicová péče** zajišťuje péči o klienty v neterminálním a terminálním stádiu života. Sestry jsou speciálně školeny, aby zvládly specifickou obtížnost této situace. Sestry DP zajišťují péči o klienta, monitoring a tlumení bolesti, emocionální podporu klientovi i rodině. Velmi podstatný je individuální a empatický přístup ke klientovi i rodině. Jde o velice důležitou část práce sestry, protože zmírňuje utrpení klienta a umožní umírání v rodinném prostředí. Členové ošetrovatelského týmu, kteří často poskytují hospicovou péči, snadněji upadají do syndromu vyhoření. **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)** představuje mimořádný jednorázový úkon, kdy sestra provede odborný výkon, který ordinuje ošetřující lékař. Nejčastěji to bývá aplikace injekce, odběr biologického materiálu a jiné, bez zavedení domácí péče (Jarošová, 2007, s. 65-66).

Cílem domácí péče je pomáhat klientovi dosáhnout tělesného, psychického a sociálního zdraví v souladu s jeho prostředím. Zachovat kvalitu života a umožnit v terminálním stádiu života pobývat v rodinném kruhu a ve svém domácím prostředí. Udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech. Zajistit dodržení léčebného režimu a snižovat negativní vliv nemocničního prostředí. Snižovat náklady na zdravotnictví (Jarošová,

2007, s. 60-61). Komplexní DP je poskytována 24 hodin, 7 dní v týdnu, vychází z aktuálních potřeb klienta (Marková, 2010, s. 42-49).

1. 3 Zřizování a financování domácí péče

Agentury domácí péče může zřídit právnická osoba, kterou mohou být nemocnice, obce, charita, nestátní neziskové organizace. Agenturu domácí péče si může založit i fyzická soukromá osoba, která je zdravotnický pracovník s licenci (lékař, sestra, ...). Je důležité mít připravenou strategii chodu agentury.

Financování DP je podle vyhlášky MZČR č. 326/ 2014 Sb. zajišťováno z fondu veřejného zdravotního pojištění. Záleží, u které pojišťovny je klient pojištěn. Každý výkon, který byl ošetřujícím lékařem indikován, je zahrnut pod časovým kódem. Maximální rozsah je stanoven na tři návštěvy za den podle indikace (na 15, 30, 45 nebo 60 min.). Výkony jsou uvedeny pod kódy. Mezi alternativní možnosti hrazení patří sponzorské dary. Některé výkony si klient hradí sám, pokud výkon není na doporučení lékaře (opakované návštěvy laktální poradkyně), nejsou financovány ze zdravotního pojištění, nebo agentura poskytuje i jiné služby, než pouze zdravotní (půjčovna pomůcek, a jiné). Vždy je nutné informovat klienta dopředu, co si bude hradit sám. Na financování se také podílejí obce, které přispívají sociálně slabým osobám (Jarošová, 2007, s 18-19, 64-65; Krátká, 2008, s. 83-84; Marková, 2010, s 45).

1. 4 Právní rámec vymezující poskytování domácí péče v ČR

Domácí péči v ČR vymezují následující zákony. Zákony jsou uvedeny ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon upravuje Zákon 105/2011 Sb.

Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 223/ 2013 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve změně pozdějších předpisů.

Zákon č. 366/ 2011 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony.

Zákon č. 98/ 2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Zákon č. 31/ 2011 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů.

Zákon č. 31/ 2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Zákon č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Vyhláška MZČR č. 306/ 2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Vyhláška MZČR č. 92/ 2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Vyhláška MZČR č. 99/ 2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška MZČR č. 98/ 2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Vyhláška MZČR č. 326/ 2014 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Věstník MZČR č. 12/ 2004 koncepce domácí péče.

(Marková, 2010, s. 45, 50, 52; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015)

1. 5 Personální zajištění agentury domácí péče

Tým agentury DP je tvořen řadou zdravotníků, ale i nezdravotním personálem. Odborný zástupce agentury musí mít ukončené kvalifikované vzdělání (zákon 96/ 2004 Sb.), mít alespoň 5 let praxe ve zdravotnictví a z toho min. 2 roky u lůžka. Je možné mít specializační vzdělání v oboru komunitního ošetrovatelství, není to ovšem podmínkou. Pracuje v pozici sestry manažerky, nebo sestry terénní. V týmu můžou být pracovníci dalšího zaměření, jako je sestra specialistka, fyzioterapeut, porodní asistentka, laktční poradkyně, dětská sestra, nutriční terapeut, psycholog, ergoterapeut, pečovatelka a další. Celý tým se musí neustále vzdělávat a zjišťovat nové směry a moderní techniky ošetřování klientů (Jarošová, 2007, s. 61; Krátká, 2008, s. 85).

1. 6 Výhody a nevýhody domácí péče

Výhod DP je mnoho, určitě mezi ně patří ekonomičnost, protože domácí péče snižuje o 1/5 až 1/3 náklady na péči spojenou s hospitalizací. Její další výhodou je individualizovaný charakter péče, neboť každý klient je jedinečná osobnost, která má svoje individuální potřeby. Domácí péče poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou a duševní podporou klienta. Délka péče je určena stavem a potřebami klienta a jeho okolí. Podpora zdraví zahrnuje činnost primární, sekundární a terciární prevence. Domácí prostředí, kdy péče je poskytována v prostředí, které je klientovi známé, umožňuje lepší adaptaci na nemoc a aktuální stav. Umožňuje účast rodinných příslušníků a jejich aktivní zapojení v péči o klienta. Psychická pohoda klienta má velký vliv na uzdravování Marková, 2010, s. 44; Jarošová, 2007, s. 62).

Nevýhodou DP je velká odpovědnost rodiny při ošetřování a velký zásah do soukromí klienta a intimity rodiny. Může dojít i k sociální izolaci klienta. Při snížené soběstačnosti je nutná úprava a přizpůsobení bydlení (Marková, 2010, s. 44; Jarošová, 2007, s. 62).

2 Kvalita péče

V důsledku zvyšování se nároků na zdravotní péči a snižování se ekonomických možností je nutné vytvořit efektivní systém, který bude vyhovovat celé společnosti.

„Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.“

(Gladkij, 2003, s. 364)

2. 1 Metody měření kvality péče

Kvalita ošetrovatelské péče nemá jednoznačná kritéria, záleží především na tom, kdo hodnocení vykonává.

Lékař hodnotí práci sestry podle dodržování diagnosticko-terapeutického plánu pacienta (lékařské ordinace). **Pacient** má pro hodnocení nejen objektivní, ale především subjektivní kritéria. Hodnotí podle toho, do jaké míry jsou uspokojovány jeho potřeby v době nemoci, např. komunikace sestry s pacientem, úprava sestry a kultivovanost jejích projevů. Stejně důležitá je psychická a fyzická pohoda jako diagnosticko-terapeutická část péče. **Sestra** hodnotí podle konceptu, s kterým se ztotožnila. Pokud za hlavní náplň práce považuje pouze plnění ordinací, hodnotí pouze toto kritérium. Pokud přijme individualizovanou péči o pacienta, jsou její kritéria kvality mnohem větší. **Pracovníci ošetrovatelského managementu** usilují o stanovení takových kritérií, která jim umožní objektivně zhodnotit a kontrolovat kvalitu ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006, s. 188-189).

Kvalitu a dodržování standardů lze monitorovat a měřit hned několika způsoby. Můžeme sem zařadit dotazníkovou metodu, která zjišťuje spokojenost klienta či zdravotnických zaměstnanců, dále metodu přímého pozorování, rozhovor, celkový audit, sběr statistických údajů a kontrolu ošetrovatelské dokumentace (Kareš, 2006, s. 113).

2. 1. 1 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnici nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality jsou jedním ze základních nástrojů sledování kvality péče. Nabízejí efektivní možnost monitorování výkonů. Vhodné indikátory lze porovnávat s minulým obdobím nebo jiným

zdravotnickým zařízením. Jsou podkladem pro další šetření a zlepšování, pomáhají při zvyšování kvality péče. Smyslem indikátorů kvality je včas identifikovat a řešit problémy ohrožující kvalitu péče a také zapojit zaměstnance do procesu monitorování kvality. Mohou být zaměřené na negativní nebo pozitivní jevy, nejsou neomylné a mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat „něco s něčím“, bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne nástrojem rozvíjení kvality. Indikátory se mohou týkat struktury-kvalifikace sester, počtu zaměstnanců, technického vybavení pracoviště, procesu měření jeho efektivity nebo správnosti (např. úroveň zdravotnické dokumentace, úroveň ošetrovatelské péče) a výstupů – počet stížností na kvalitu péče (Kareš, 2006, s. 115-116). Indikátory kvality nejsou totéž co standardy péče. Jsou to spíše jednoduché nástroje pro určení oblastí, které potřebují hlubší prozkoumávání. V literatuře jsou indikátory rozdělovány na dva typy. U indikátoru četnosti jde o počet specifikovaných událostí objevujících se v definovaném prostředí. Čítec představuje počet událostí, které jsou předmětem našeho zájmu, a jmenovatel je počet pacientů, u nichž by se mohla daná událost vyskytnout. Strážní indikátor je ukazatel závažných událostí, které jsou předmětem důležitého zájmu. Sledování indikátoru bezpečí pacienta a jeho porovnávání s jinými zdravotnickými zařízeními lze považovat za velmi účinný nástroj ke zjištění kvality služeb ve zdravotnickém zařízení (Gladkij, 2003, s. 27.28; Škrla, 2003, s. 56).

2. 2 Ošetrovatelské standardy

První standardy vznikly v 70. letech 20. století v USA jako odezva na vyhlášení první charty práv nemocných. Ale již F. Nightingalová v r. 1859 v knize Poznámky o nemocnicích zmiňuje pojem standard. V r. 1985 vznikla Mezinárodní společnost pro zjišťování kvality zdravotní péče (Farkašová, 2006, s. 189-190).

Kvalitní péče musí být měřitelná na základě objektivně měřitelných kritérií. Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Určuje, co je potřebné a nezbytné pro základní normu poskytované kvalitní ošetrovatelské péče. Vymezuje minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Každá země při tvorbě standardů vychází z vlastních podmínek, ale všechny mají společné obecné normy pro poskytování ošetrovatelské péče podle doporučení WHO. Standardy také vymezují rozsah a obsahovou náplň činností sestry, kompetence, místo činnosti, etické a vzdělávací normy její práce. Určují, co je ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. Standard by měl být založen na společných výsledcích vědy,

techniky a praxe. Závaznost ošetrovatelských standardů může být dána zákonem (např. vzdělávání sester), pod zákonnými normami, vyhláškami (např. hygienický standard pracovišť v rizikovém prostředí), přijetím ve zdravotním zařízení (např. příjem do péče DP) a přijetím na konkrétním pracovišti (např. způsob ošetření pacienta). Jejich nedodržení je možné trestat postihem (Farkašová, 2006, s. 189-192; Jarošová, 2000, s. 75-76).

2. 2. 1 Metodika tvorby standardů

Vypracování standardů je nezbytné pro vytvoření cílů a postupů, které vedou k dosažení specifického cíle. Měly by být založeny na jasné definici cílů záměrné činnosti. Podporovat co nejlepší rozvoj povolání. Být dostatečně všeobecné, neustále aktualizované. Podporovat a zvyšovat všeobecnou podporu výkonnosti. Měly by obsahovat způsob hodnocení kvality a metodiku kontroly. Musí být uvedeno, pro koho je standard určený a jaké oblasti ošetrovatelské péče se týká. Musí být uvedený cíl, který je jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný. Standard musí být formulován srozumitelně, odpovídat potřebám a možnostem pracoviště, obsahovat měřitelná kritéria a obsahovat přesně specifikované reálné a dosažitelné cíle. Metodika jejich kontroly určuje, kdo může kontroly provádět, jak často a jaké jsou sankce při nedodržení. Na každý standard se vztahuje několik kritérií, je to indikátor kvality péče, podle kterých je možná měřitelná kontrola (Farkašová, 2006, s. 193-194).

Kritéria ošetrovatelského standardu jsou **strukturní** (strukturální), který stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky. Často určují minimální požadavky na úroveň poskytovaných služeb. **Procesuální kritéria** se vztahují na způsob poskytování ošetrovatelské péče, pořadí úkonů. Je to nejrozsáhlejší část standardu. **Kritéria výsledku** znamenají, čeho a jaké úrovně kvality chceme po provedení docílit. Hodnotí, zda byly uspokojeny potřeby pacienta (Farkašová, 2006, s. 193-194; Jarošová, 2000, s. 79).

2. 3 Ošetrovatelské audity

Audit znamená vyhodnocení. Audit se zaměřuje převážně na objektivně měřitelné stránky kvality péče. Vyhodnocují se s ohledem na účinnost, finanční efektivnost a etickou přiměřenost. Je to základní technika na zjišťování kvality. Ošetrovatelský audit hodnotí plnění jednotlivých standardů. Nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou vždy výsledky, dosažené cíle. Neoddělitelnou součástí každého standardu je kontrolní list- ošetrovatelský audit, který obsahuje metodu monitorování a kontroly. Ošetrovatelský audit hodnotí celkovou kvalitu ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006, s. 194-195).

Metody ošetrovateľského auditu jsou následující: Pozorování sester při práci. Kontrolování ošetrovateľské dokumentace. Sběr statistických údajů. Hodnocení ošetrovateľské péče pacienty nebo spolupracovníky. Hodnocení vlastní práce sestry. Měření účinné ošetrovateľské péče podle délky jejího trvání. Sledování, jak si sestry předávají službu u pacientů. Hodnocení ošetrovateľské péče příbuznými pacienta.

Audit dělíme na externí-vykonaný certifikovanou organizací (komise není přímo součástí ošetrovateľského týmu) a interní-vykonaný interními auditory (jsou přímo zapojeni do ošetrovateľské péče) (Farkašová, 2006, s. 195-196).

Využití výsledků hodnocení znamená zhodnocení poskytované ošetrovateľské péče a případné zlepšení. Hodnocení probíhá třemi kroky. 1. Definování toho, co má být. 2. Porovnání toho, co je, s tím, co má být. 3. Identifikace rozdílů a zahájení činností k dosažení stanovených výsledků.

Audit má zajišťovat dostatek informací o kvalitě péče poskytované na určitém oddělení, nebo ve zdravotnickém zařízení. Umožňuje rozvoj ošetrovateľství jako vědního oboru (Farkašová, 2006, s. 195-196; Jarošová, 2000, s. 80).

2. 4 Potřeby pacientů

Vznik potřeb lze vysvětlit na fyziologických potřebách. Vrozeným potřebám odpovídají příslušná podkorová centra, která se dráždí následkem změn krevního chemismu a vnějších vrozených podnětů, např. hlad. Člověk potřebuje k přežití určité látky (potravin, nápoje a jiné), které představují biologické potřeby. Pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, má člověk i další potřeby, které jsou společenské a vyšší. Hodnota je to, o co má člověk usilovat a stojí to za to, aby se to stalo předmětem chtění. Hodnoty se vyvíjejí z kontaktu s lidmi, se životním prostředím i se sebou samým. Tvoří se životními zkušenostmi a tvoří základ chování. Mají veliký význam v rozhodovacím procesu (Farkašová, 2006, s. 61-62).

2. 4. 1 Ošetrovateľství a lidské potřeby

Poznatky o potřebách jiných lidí pomáhají sestře různým způsobem zejména pochopit sebe sama tak, aby mohla uspokojovat osobní potřeby. Prostřednictvím pochopení potřeb jiných sestra lépe chápe jejich chování (např. pacient přivolá sestru, potřebuje pocit bezpečí, cítí se být ohrožený). V ošetrovateľském procesu musí sestra poznat potřeby pacienta, aby mohla pochopit, jak pacient vzniklé subjektivní potřeby pociťuje a posoudit jeho objektivní potřeby,

kteřé souvisejí se změněným a měnícím se zdravotním stavem. Objektívni potřeby, které jsou podmíněné vznikem nemoci, musí sestra rozpoznat a podle potřeby je uspokojovat. Je důležitá spolupráce s pacientem při sestavování cílů a výběru vhodných ošetrovatelských činností. Sestra si musí ujasnit, co všechno působí na pacienta, jak nemoc ovlivňuje uspokojování potřeb a iniciuje vznik nových potřeb. Významným předpokladem spolupráce sestry a pacienta je akceptování jeho subjektivního prožívání při uspokojování potřeb. Je nutný holistický přístup k pacientovi (Farkašová, 2006, s. 64 – 65).

Ošetrovatelská péče je poskytována formou ošetrovatelského procesu, který má 5 fází.

První fáze je získávání informací, kdy sestra hodnotí a posuzuje klienta hned při první návštěvě v jeho domácnosti. Zaznamenává svá objektivní a subjektivní zjištění o klientovi a rodině. Objektívni data jsou zjištěna měřením, pozorováním klienta. Dle potřeby sestra zapojí do ošetrovatelské péče i další složky komplexní péče (fyzioterapeut, sociální pracovník a další). Sestra posuzuje klienta při každé návštěvě.

Druhá fáze je diagnostika problémů, kdy na základě zjištěných dat sestra určuje ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.

Třetí fáze je plánování ošetrovatelských aktivit, kdy na základě sestavených diagnóz sestra s klientem a jeho rodinou určuje krátkodobé a dlouhodobé ošetrovatelské cíle. Ty jsou zaměřeny na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci komplikací. Správně stanovené cíle zajišťují kontinuitu péče a musejí být zapsány v ošetrovatelské dokumentaci.

Čtvrtá fáze je realizace plánu, kdy sestavený individuální ošetrovatelský plán je realizován po celou dobu léčení, dokud nedojde k co nejvyšší úrovni splnění cíle. Sestra rozhoduje o nejlepším způsobu provedení intervencí, aby se klient a rodina na péči aktivně podíleli.

Pátá fáze je hodnocení klientova stavu, kdy sestra společně s klientem, jeho rodinou a dalšími odborníky, kteří se podílejí na léčbě klienta, zhodnotí stav vzhledem k očekávaným výsledkům a stanoveným cílům. Během návštěv klienta a průběhu změny stavu je možné cíle upravovat nebo přidávat nové. Pokud dojde ke zlepšení stavu klienta natolik, že již péče není nutná, po dohodě s lékařem se péče ukončí (Jarošová, 2007, s. 70-71; Krátká, 2008, s. 90; Marečková, 2006, s.33-39).

2. 4. 2 Uspokojování potřeb

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno na péči o tělo, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí, dodržování pohybového režimu, péči o polohu. **Uspokojování psychických potřeb** je zaměřeno na odstraňování a zmírňování

bolesti, předcházení a zmírňování strachu a úzkosti, identifikování obav a nejistot z neznámého, zabraňování ztrátě sebeúcty. **Uspokojování sociálních potřeb** zahrnuje zmírnění sociální izolace, řešení problémů spojených se ztrátou zaměstnání a vytváření estetického prostředí). **Uspokojování duchovních a spirituálních potřeb** je zaměřeno především na respektování náboženské svobody.

Vždy je nutné respektovat práva pacientů (Farkašová, 2006, s. 64-66; Matoušek, 2008, s. 172).

3 Vředová choroba dolních končetin

V této kapitole bych se chtěla blíže věnovat onemocnění ulcus cruris (vředové choroby DK), které je pro pacienta velice nepříjemné a zatěžující. Léčba je dlouhá a často dochází k recidivě, proto je nutné řešit nejen defekt samotný, ale také příčinu onemocnění a prevenci u rizikových pacientů.

3. 1 Rány

Ránu charakterizujeme jako porušení kožní integrity. Kožní kryt může být narušen v různé hloubce a rozsahu, ať už se jedná o pokožku, škáru, podkožní tkáň či kožní adnexa nebo zasažení některých z anatomických struktur (cévy, svaly, nervy, kosti, tělní dutiny nebo orgány) (Pejznochová, 2012, s. 8; Zeman, 2011, s. 41).

Rány můžeme dělit na hluboké a povrchové. Nebo na rány jednoduché, kdy je postižena jen vrchní vrstva, dále komplikované, kdy narušují hlubší strukturu orgánu, a rány penetrující, které pronikají do okolních struktur.

Podle stavu rány a fáze hojení, je možné i následující rozdělení. Rány infikované, nekrotické, povleklé, granulující, a epitelizující. U infikované rány bývají přítomny lokální nebo celkové známky infekce, které se musejí odstranit, aby se tak snížilo bakteriální osídlení. V případě nekrotické rány je nutné odstranit nekrózy a zabránit kontaminaci. U povleklé rány je třeba odstranit povlak, tím dojde k odkrytí spodiny, zlepší se granulace a urychlí se hojení rány. Rány granulující a epitelizující jsou známkou již úspěšného hojení, je nutná podpora granulace a epitelizace a ochrana před mechanickým poškozením. Zajištění přiměřeně vlhkého prostředí a dobře zvolený moderní obvazový materiál košetření rány se zaznamenává do dokumentace pacienta, kde se hodnotí velikost, tvar, hloubka, okraje rány, sekrece, zápach, bolest a známky zánětu (Bureš, 2006, s. 17; Pokorná, 2012, s. 24-25).

Rány akutní a chronické se liší délkou hojení. Rána akutní vzniká ve zdravé tkáni a hojení probíhá per primam bez komplikací. Chronická rána se vytváří často již v troficky změněných tkáních v důsledku působení nepříznivých faktorů (tlak, nedostatečná výživa, a další). Rána, která se hojí déle než 6 týdnů, hojí se per sekundam a stává se chronickou. Mezi nejčastější chronické rány patří ulcerace dolních končetin, pooperační a posttraumatické rány hojící se per sekundam, popáleniny III. stupně, dekubity, diabetické ulcerace - nekrózy. Každou

chronickou ránu je potřeba hodnotit individuálně a zhodnotit i stav pacienta (věk, přidružené nemoci, mobilitu a další.)(Pejznochová, 2010, s. 8; Zeman, 2011, s. 41).

„Hojení je fyziologický proces, při němž dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže. Jedná se o proces reparační, při kterém je poškozená tkáň nahrazena vazivovou tkání, která se mění v jizvu. V průběhu hojení probíhá složitý biologický proces zahrnující interakci různých typů buněk stimulovaných zánětlivými mediátory, růstovými faktory, enzymy, cytosiny a dalšími látkami. Hojení je přirozeným obranným systémem a probíhá v několika fázích, které se vzájemně prolínají, časově se překrývají a navazují na sebe a nelze je oddělovat.“
(Pokorná, 2012, s. 18)

Rána se může hojit- per primam a per sekundam. Primárně (per primam) znamená, že se rána hojí bez komplikací a okraje rány srůstají v hladkou jizvu. Sekundárně (per sekundam) se rána hojí s komplikacemi, nejčastěji infekcí, které prodlužují proces hojení a může mít nepříznivý dopad z hlediska fyzické a psychické zátěže na celkový stav nemocného (Slezáková, 2010, s. 14; Zeman, 2011, s. 45).

Hojení může být nepříznivě ovlivněno lokálními faktory, ale i celkovým stavem organismu. Chronické rány, kde je možné odstranit příčinu (operace varixů u bércevého vředu), mají dobrou hojivou tendenci. Naopak u chronických ran, kde příčina není léčbou odstranitelná a ovlivnitelná, dochází k stagnaci až progresi rány. Mnoho pacientů trpí přidruženými, chronickými nemocemi (hlavně pacienti ve starším věku). Nejčastěji jsou to ischemická choroba dolních končetin, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, arteriální hypertenze, autoimunitní onemocnění, onkologická onemocnění, choroby ovlivňující pohybový aparát a další. S poruchami nutričního stavu se setkáváme u kachektických a anorektických, ale také u obézních, kdy se objevuje tendence k dehiscenci rány a je snížena kontrakční schopnost rány. Nedostatečný přísun základních živin, hlavně proteinů, minerálů a stopových prvků, zpomaluje hojení rány. Nedostatečnou hydratací organismu se poškozuji buněčné funkce (Bureš, 2006, s. 22-23).

V průběhu hojení rány rozlišujeme fázi exsudativní, granulační a epitelizační. Fáze exsudativní nebo také zánětlivá, trvá přibližně první 3 dny, u nehojící se rány je tato doba prodloužená. Během této doby dochází k rozvinutí lokální zánětlivé reakce, která je pro hojení nezbytná. Dále nastává fáze, kdy se rána vyčistí. Zde jsou velice důležité protilátky, leukocyty a proces fagocytózy. V případě tvoření nekrózy a povlaku je důležité jejich odstranění, aby nedošlo k stagnaci hojení. U fáze granulační, která trvá přibližně 1-6 dnů, se postupně vytváří

granulační tkáň. V této fázi je velmi důležité rychlé odstranění zbylých zánětlivých ložisek, zajištění optimální vlhkosti, aby nedocházelo k vysychání a traumatizaci nové granulační tkáně. Důkazem, že se rána hojí efektivně, je správné zabarvení vytvořené granulace, která by měla být lososově červená. Ostře červené ostrůvky v ráně bývají příznakem rozvoje infekce. Fáze epitelizační je posledním stádiem v procesu hojení, kdy dochází k přestavbě tkáně. Během přestavby (6-10 dnů) dozrávají kolagenní vlákna. Ztráta vody a úbytek cév z granulační tkáně mají za následek zpevnění nově vytvořené tkáně a tím vytvoření jizvy (Jeníková, 2013, s. 65; Pejznochová, 2010, s. 12; Pokorná, 2012, s. 18-19).

3.2 Ulcerózní choroba dolních končetin

Bércový vřed je chronická rána, která se nachází na dolní končetině v oblasti bérce. Dochází ke ztrátě kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko. Dochází k narušení anatomických struktur a funkce tkáně, proto často bývá označován jako rána. Jde o porušení integrity kůže, kde může dojít ke vstupu infekce, která komplikuje průběh hojení. Hojí se sekundárně a léčba trvá zpravidla déle než 6 týdnů. Podle závažnosti poškození tkáně se rozlišují tři stupně. **První stupeň** je chronická rána se ztrátou pokožky a škáry. **Druhý stupeň** je rána se ztrátou pokožky, škáry a podkožní tkáně a **třetí stupeň** je spojen se ztrátou celé struktury kůže, nekrózou s poškozením svaloviny, obnažených svalových šlach, kloubních pouzder, případně kostí (Pospíšilová, 2004, s. 11).

3. 2. 1 Příčiny bércových vředů

Určení správné etiologie bércového vředu je velice důležité pro správné léčení rány. Je několik klasifikačních schémat, která jsou zaměřena na příčinu onemocnění. Bércové vředy může často způsobovat i více vyvolávajících faktorů najednou.

Zevní příčiny jsou zevní vlivy (poranění, teplo, chlad, tlak, RTG záření, sebepoškození).

Chemické příčiny (kyseliny, louhy, léky, umělá hnojiva, rostlinné extrakty). Infekční onemocnění (erysipel, osteomyelitis, mykózy, difterie, kožní formy tuberkulózy a další).

Vnitřní příčiny jsou žilní a tepenné poruchy (křečové žíly, žilní insuficience, zánět hlubokých žil, zúžení a uzávěr tepen), tvoří kolem 70% defektů. Poruchy mizního systému (vrozené defekty mizních cév, primární a sekundární lymfedém). Krevní poruchy (různé druhy anémií, zvýšený počet krevních destiček). Poruchy látkové výměny (diabetes mellitus, chronické selhávání ledvin a další). Poruchy nervového systému (sclerosis multiplex, poliomyelitis, polyneuropatie, a další). Autoimunitní onemocnění (Arthritis rheumatica,

onemocnění postihující vazivovou tkáň a další). Benigní a maligní kožní nádory, metastázy vnitřních malignit do kůže. Malnutricie (nedostatek vitamínů A a C, nedostatek proteinů a další) (Pospíšilová, 2004, s. 12-14).

3. 2. 2 Komplikace bércového vředu

Každý bércový vřed je osídlen mikroby. Neznamená to však, že je v ráně infekce, ale že je rána kontaminovaná. K nejčastějším mikrobům v ulceracích patří: *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*. U ran se suchou spodinou se často nachází *Staphylococcus aureus*. Rány, které silně mokvají, mají šedozelený povlak a silně zapáchají, bývají osídlené bakteriemi *Pseudomonas* a *Proteus*. Bakterie nepříznivě zasahují do hojení ran, ovlivňují dobu léčby, zvyšují bolestivost v místě defektu. Pokud dojde k značné kontaminaci u velkých vředů, je třeba myslet i na možnost přenosu krevní cestou do celého organismu.

Růže (erysipel) je akutní zánětlivá reakce kůže vyvolaná streptokoky skupiny A, po inkubační době (2-48 hod.) se onemocnění projeví v místě otokem a zarudnutím silně červené barvy, která se šíří dále do těla. Silný zánět je provázen i celkovými příznaky infekce. Při zanedbání infekce se mohou objevit nekrózy, bércový vřed se může mnohonásobně zvětšit a může dojít až k amputaci končetiny.

Lymfedém (otok z místní příčiny) je otok mízního původu, který je bledý, chladný, zprvu měkký, později tuhý a nebolestivý. S kombinací s otokem žilním je kůže pigmentovaná, suchá, olupující se. Mízní otoky po erysipelu bývají zarudlé. Otoky mízního systému způsobují mokvání a zvětšování bércového vředu.

Zánět povrchových žil (trombophlebitis), kdy příčiny zánětu jsou poškození žilní stěny, zpomalení krevního proudění, změny ve složení krve, ložiskové infekce. Zánět se projevuje ohraničeným otokem, zarudnutím a bolestivostí místa, pod kterým je možné nahmatat postiženou žílu. Někdy dojde k ztvárštění žilní stěny a jsou hmatatelné flebolity (zatvrdliny).

Venózní dermatitida, která se vyskytuje na bérkách a v okolí bércového vředu žilního původu. Projevuje se mokváním, pigmentací kůže, stroupky, šupinkami, bradavčitými výrůstky podmíněnými bujením pokožky a škáry. Velký význam má preventivní používání kompresivních punčoch a obinadel (Pospíšilová, 2010, s. 36-47; Tošenovský, 2007, s. 69-79).

3. 3 Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcerózní chorobou dolních končetin

Důležitým faktorem pro dobré hojení bércevého vředu je kvalita jeho ošetřování, která závisí na znalostech a zkušenostech ošetřující osoby o stádiích hojení rán a účincích používaných materiálů. Důležitá je také spolupráce pacienta a rodiny.

Diagnostika bércevého vředu závisí na příčině vzniku. Proto je vždy na prvním místě anamnéza (která je součástí každé diagnostiky) a klinické vyšetření, kde využíváme základní vyšetřovací metody (pohled, pohmat, čich). Důležité jsou dále funkční vyšetření u onemocnění žil a tepen. Sem patří hlavně Perthesův test, Trendelenburgův test, poklepový Schwarzův test, test chůze, Ratschowa polohová zkouška. Nezastupitelná jsou i přístrojová vyšetření, kde důležité zastoupení má ultrazvukové vyšetření, (Dopplerova sonografie), periferní angiografie a angiografie magnetickou rezonancí, flebografie a další (Karen, 2007, s. 3; Pospíšilová, 2004, s. 48-60).

U léčby bércevého vředu, který se většinou léčí dlouhodobě, je důležitý individuální a zodpovědný přístup s ohledem na možnosti a potřeby klienta.

Terapii můžeme rozdělit na čtyři základní skupiny. **První skupinu reprezentuje systémová léčba**, kdy se neléčí jen místní defekt, ale příčina vzniku, nutriční stav klienta, přidružená onemocnění psychosociální návyky a aspekty. **Druhou skupinu představuje kompresivní léčba**, kam patří správně prováděné bandáže (používání elastických punčoch), kompresivní terapie přístrojová. **Třetí skupinu tvoří lokální léčba**, kde je důležité znát fáze hojení, kdy každá fáze vyžaduje jiné podmínky a jiný obvazový materiál (viz příloha A). Čistící fáze vyžaduje materiál, který odsává sekret a brání sekundární infekci. Granulující fáze potřebuje materiál, který udržuje vlhké prostředí a podporuje tvorbu granulační tkáně. Pro epitelizační fázi je důležité, aby rána nebyla suchá. **Čtvrtou skupinou je chirurgická léčba**, kdy se u pacienta s ischemickým defektem provádí distální bypass, který s kombinací správného lokálního ošetření umožní zhojení defektů a odvrácení od amputace DK (Karen, 2006, s. 4-7; Pejznochová, 2010, s. 30-38; Pospíšilová, 2004, s. 80-104). **Samostatnou skupinou je alternativní lokální terapie**, kdy se používají sterilní larvy mouchy bzučivky zelené, které se aplikují do rány, jež je infikovaná, nebo nekrotická. Tato metoda je schválenou léčbou v ČR od 27. 10. 2003 (Stejskalíková, 2007, číslo 4, s. 32-33).

Významnou součástí prevence a léčby je edukace nemocného a členů rodiny. Dodržování několika preventivních opatření a terapeutických zásad může snížit počet recidiv a zvýšit

úspěch léčby. Patří sem včasná farmakologická léčba (venofarmaka, vazodilatancia a další), léčba primárního onemocnění, kompresivní terapie, výběr vhodných bot, punčoch a ponožek, elevace DK, vyvarování se působení vysokých teplot (sauna, koupání a další), úprava stravy a tělesné hmotnosti (Pospíšilová, 2004, s. 127). Postup při ošetření chronické rány (viz příloha B).

II Výzkumná část

4 Metodika výzkumu

Moje práce je teoreticko-výzkumná. Pro vytvoření výzkumné části jsem zvolila kvantitativní metodu sběru dat formou dotazníkového šetření. Mezi výhody kvantitativního šetření oproti kvalitativnímu patří menší časová náročnost a poměrně rychlá analýza dat. Výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi a mohou mít abstraktní a obecnou podobu. V kvantitativním výzkumu mají data numerickou podobu a je jednodušší určit reliabilitu a validitu (Bártlová, 2005, s. 17-18; Reichel, 2009, s. 40-43). Na základě předem stanovených cílů byl vytvořen dotazník vlastní tvorby (příloha C), který se skládá z 18 otázek. Použila jsem otázky uzavřené polytomické (č. 1, 3, 4, 5, 10, 12, 13, 16), uzavřenou alternativní (č. 17), polouzavřené otázky (č. 2, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15) a jedna otázka je otevřená (č. 18), která dávala respondentům možnost vlastního vyjádření.

4. 1 Průběh výzkumu

Výzkum jsem prováděla v soukromé agentuře domácí péče, která poskytuje ošetrovatelskou (pediatrickou péči, peritoneální dialýzu, péče o pac. s umělou plicní ventilací, a jiné), rehabilitační a paliativní péči, která je ordinována lékařem. Mezi její další činnosti patří péče o těhotné ženy a ženy v šestinedělí (příprava ženy k porodu, cvičení pro těhotné a jiné). V současné době se odborný tým skládá ze zdravotních sester, sester specialisek, porodní asistentky, fyzioterapeutek, dětských sester. Patří mezi pracoviště, která mají kompetence k hojení ran. V ošetrovatelské péči měsíčně ošetří až 470 lidí a ročně kolem 1300 pacientů, z toho je až 80 % defektů (ulcerózní defekty na DK, diabetické nohy, dekubity, které vznikly před péčí, a jiné).

Dotazník jsem respondentům vysvětlila a předala v jejich sociálním zařízení osobně. Ponechala jsem jim týden na vyplnění a poté jsem si ho osobně vyzvedla. Před vyplněním dotazníku byl vždy klient informován o dobrovolnosti vyplnění, čeho se otázky v dotazníku týkají, vždy jsem zdůraznila, že nebudu požadovat žádné osobní údaje a že jde o anonymní vyplnění dotazníku, což je zajištěno obálkami, které jsem vždy přidala k dotazníku.

Výsledky získané dotazníkovým šetřením jsem znázornila ve výsečových grafech. Prezentuji je v relativní a absolutní četnosti. Data jsem zpracovala v programech Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

4. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkem jsem oslovila 50 klientů soukromé agentury domácí péče a požádala je o vyplnění dotazníku. Návratnost byla 36 dotazníků (72 %), ale 6 dotazníků bylo vyplněno špatně, nesprávně nebo neúplně, takže jsem je do výsledných dat nemohla započítat. Klienti byli vybráni záměrným výběrem a museli splňovat následující kritéria. Pacient musel být dospělý jedinec, který je v dlouhodobé péči agentury domácí péče a léčí se s chronickou ránou ulcerózní choroby dolních končetin déle než 3 měsíce, pacienti museli být ochotní a schopní spolupráce a odpovídat na dotazníkové šetření. Oslovovala jsem je v jejich sociálním prostředí.

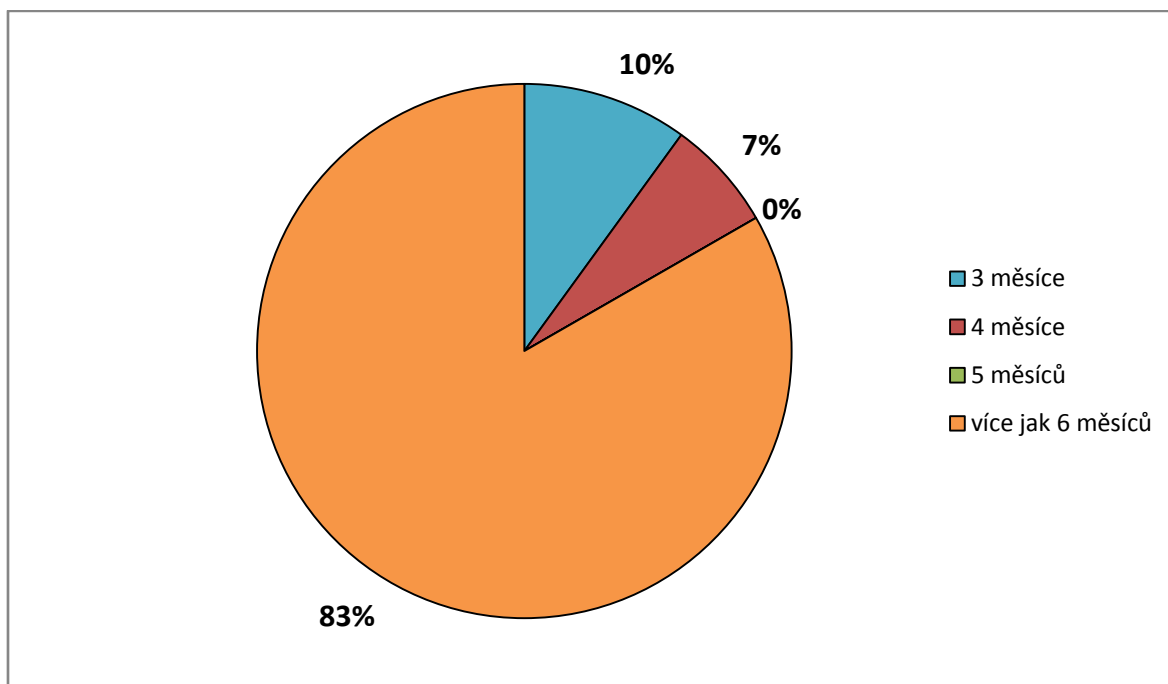
Ve výběru respondentů nebylo zohledněno pohlaví, věk dospělého jedince a ani přidružená onemocnění. Výzkum jsem prováděla v termínu od 1. 1. 2015 – 28. 2. 2015.

4. 3 Výzkumné otázky

1. Působí u pacientů s ulcerózní chorobou dolních končetin domácí prostředí pozitivně?
2. Jaké potřeby mají pacienti s ulcerózní chorobou dolních končetin během dlouhodobého léčení v domácím prostředí?
3. Jsou pacienti s ulcerózní chorobou dolních končetin spokojeni s poskytovanou péčí a službami v domácí péči?

4. 4 Presentace výsledků

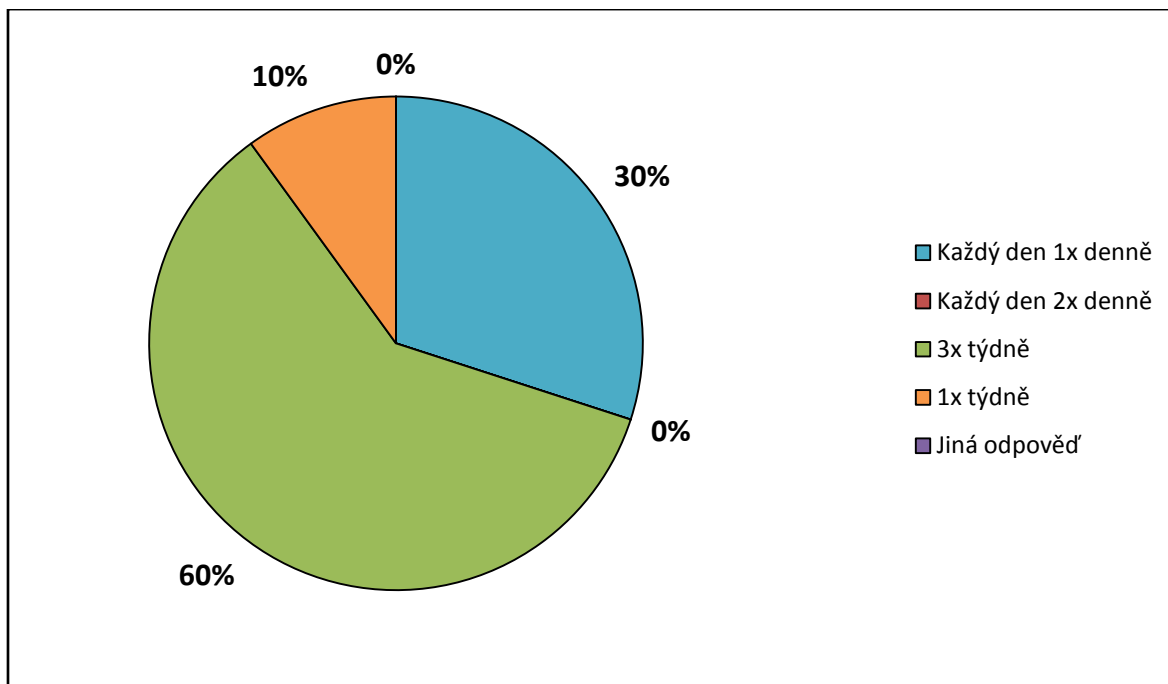
Otázka č. 1: Jak dlouho k Vám dojíždějí sestry z agentury domácí péče?



Obr. č. 1: Jak dlouho dojíždějí sestry z agentury domácí péče

Obr. č. 1 znázorňuje graf, který se zaměřuje na délku doby, kterou sestry z DP dojíždějí k respondentům. Z grafu vyplývá, že značně převažuje odpověď více jak 6 měsíců. Z celkového počtu 30 respondentů ke 25 (83%) osloveným pacientům dojíždějí déle než 6 měsíců, 3 měsíce dojíždějí k 3 (10%) respondentům a ke 2 (7%) respondentům 4 měsíce, možnost 5 měsíců se netýkala žádného z respondentů.

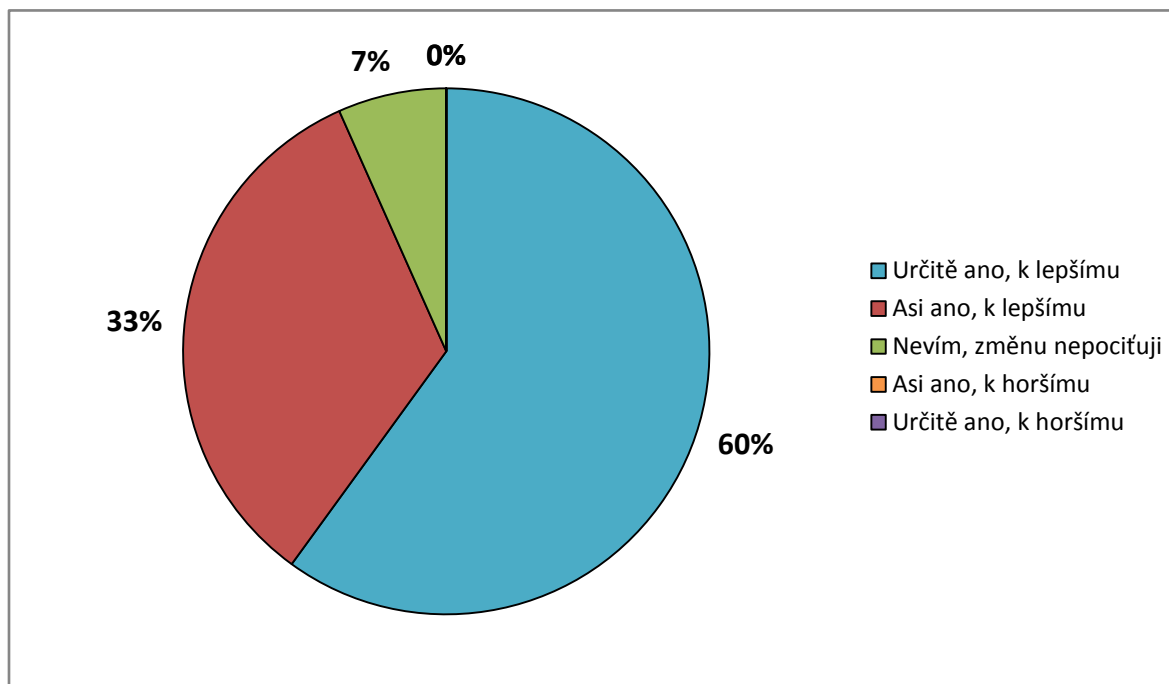
Otázka č. 2: Jak často k Vám jezdí sestry z agentury domácí péče?



Obr. č. 2: Jak často dojíždějí sestry z agentury DP k respondentům

Z obr. č. 2 lze vyčíst, jak často jezdí sestry z ADP k osloveným pacientům s vředovou chorobou dolních končetin. Z mého šetření nejčastěji vychází odpověď 3x týdně, a to u 18 (60 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla každý den 1x denně, a to u 9 (30 %) pacientů. Možnost 1x týdně zvolili 3 pacienti (10%) respondentů. Možnosti každý den, 2x denně a jiná odpověď nezvolil nikdo.

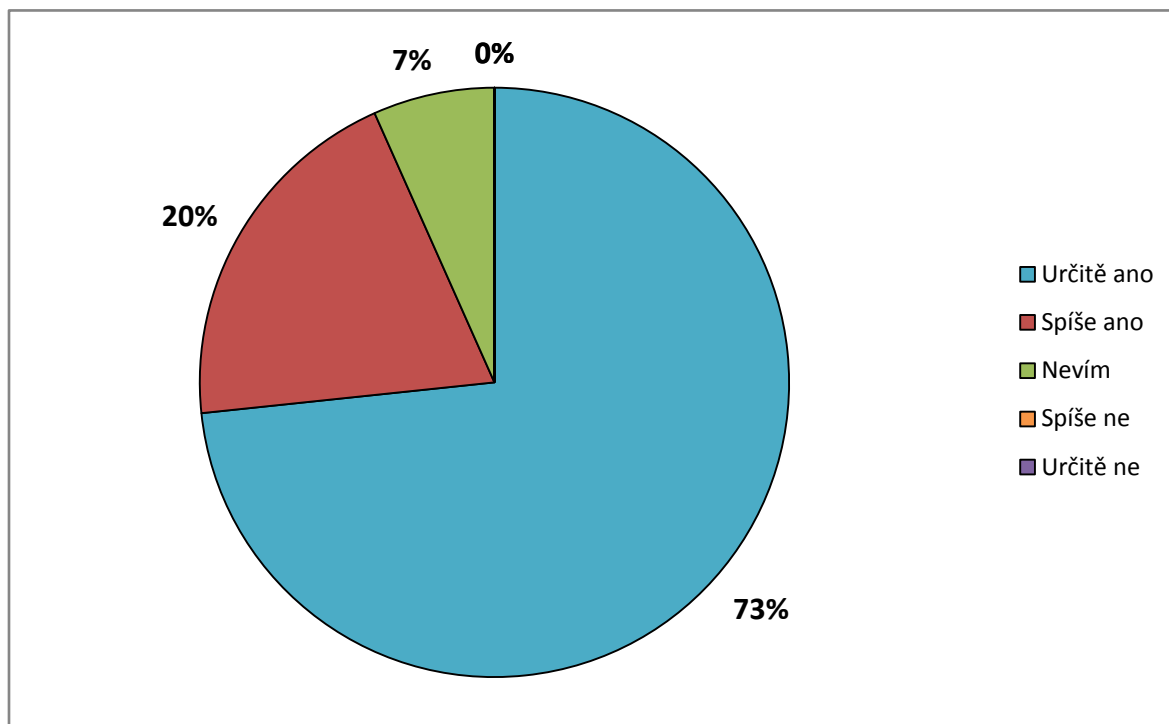
Otázka č. 3: Využíváním služeb DP se Vaše kvalita života změnila?



Obr. č. 3: Zvýšení kvality života u respondentů využíváním služeb DP

Na obr. č 3 vidíme, že z 30 oslovených respondentů u více jak poloviny došlo určitě ke zvýšení kvality jejich života. Na otázku, zda se využíváním služeb DP Vaše kvalita života změnila, odpovědělo 18 (60%) oslovených pacientů určitě ano, k lepšímu. Možnost asi ano, k lepšímu zvolilo 10 (33%) respondentů. Možnost nevím, změnu nepociťuji, zvolili 2 (7%) respondentů. Možnost asi ano, k horšímu a určitě ano, k horšímu nezvolil žádný oslovený pacient DP.

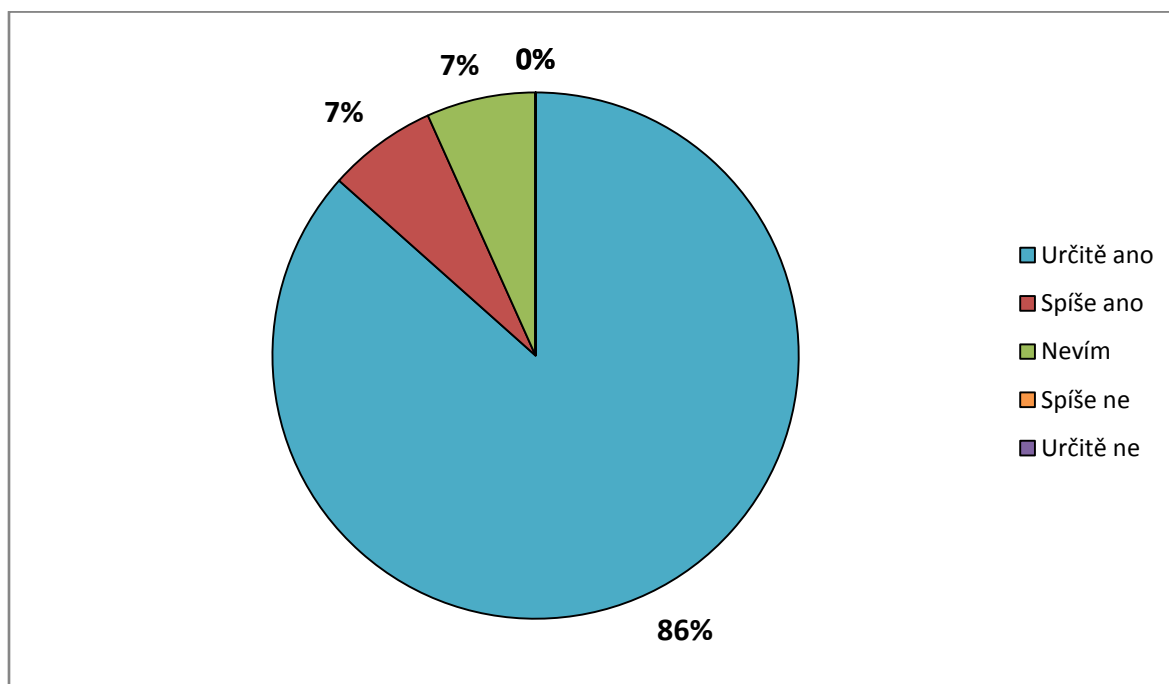
Otázka č. 4: Myslíte si, že má domácí prostředí pozitivní vliv na léčbu rány?



Obr. č. 4: Pozitivní vliv domácího prostředí na léčbu rány

Z použitých 30 správně vyplněných dotazníků je vidět, že téměř $\frac{3}{4}$ klientů si myslí, že má domácí prostředí pozitivní vliv na léčbu rány. Možnost určitě ano zvolilo 22 (73%) respondentů. Možnost spíše ano zvolilo 6 (20%) respondentů. Odpověď nevím použili 2 (7%) z oslovených pacientů. Odpovědi spíše ne a určitě ne nezvolil nikdo.

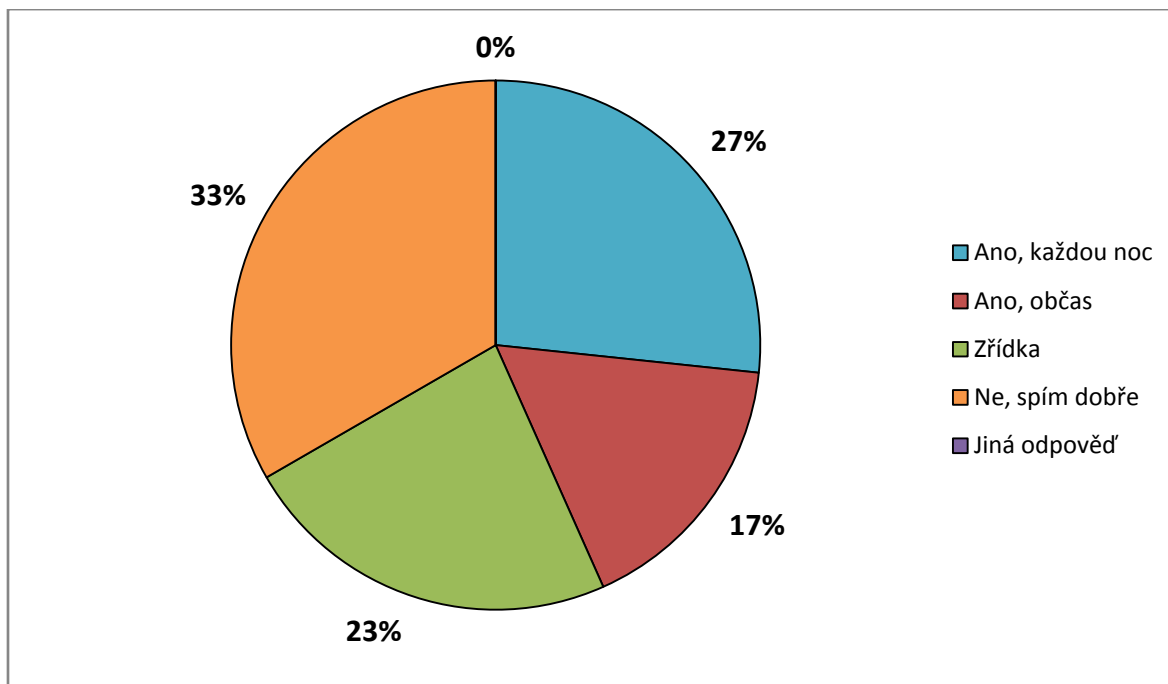
Otázka č. 5: Myslíte si, že Vám zdravotní personál podává dostatek informací o Vašem onemocnění a léčbě?



Obr. č. 4: Informovanost od zdravotního personálu DP o onemocnění a léčbě

Z obrázku č. 5 je vidět, že více jak 90% (28) respondentů hodnotí kladně informovanost od zdravotního personálu DP. Možnost odpovědi na tuto otázku zvolilo 26 (86%) respondentů. Možnost odpovědi spíše ano zvolili 2 (7%) oslovení pacienti. Možnost nevím zvolili také 2 (7%) respondenti. Odpověď spíše ne a určitě ne nezvolil nikdo.

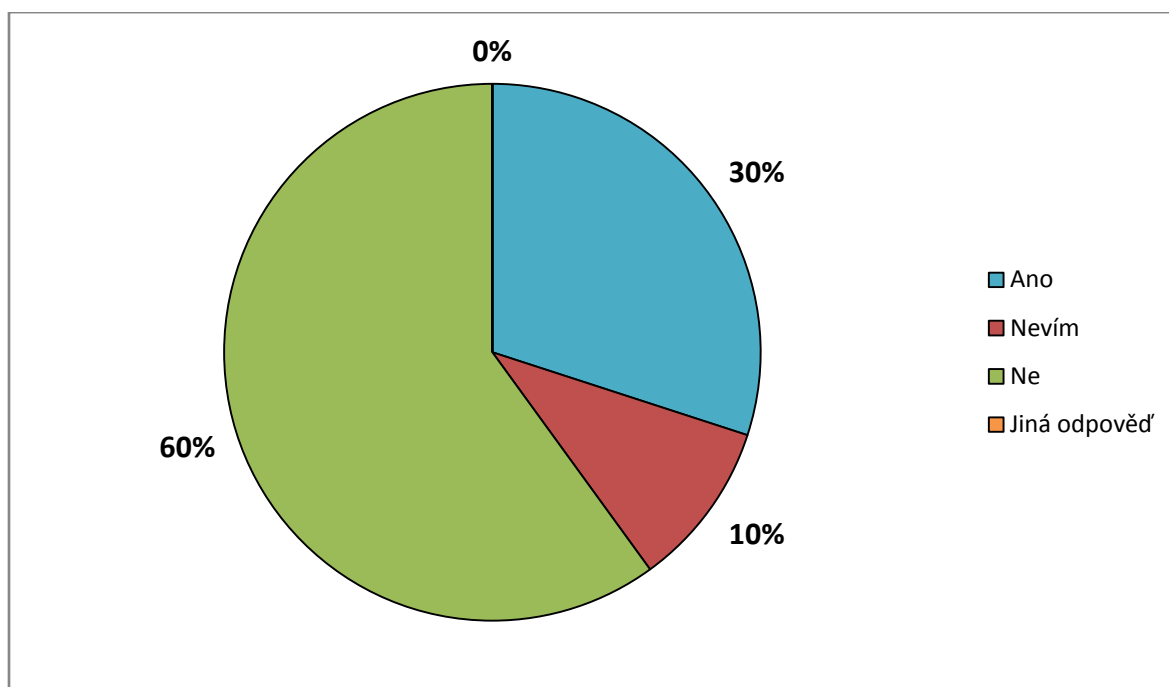
Otázka č. 6: Trpíte poruchou spánku?



Obr. č. 5: Porucha spánku u oslovených pacientů

Tuto otázku jsem zvolila proto, že potřeba spánku je důležitá lidská potřeba a když dojde z jakékoliv příčiny k jejímu narušení, velice to ovlivní kvalitu života člověka. Z možností, které byly v dotazníku na výběr, nejčastěji volili pacienti možnost ne, spím celou noc a to 10 (33%) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla ano, každou noc a tuto možnost zvolilo 8 (27%) oslovených klientů. Třetí nejčastěji používaná odpověď byla zřídka a tuto možnost zvolilo 7 (23%) oslovených klientů. Zbytek respondentů zvolil odpověď ano, občas, a to bylo 5 (17%). Možnost jiná odpověď nezvolil nikdo.

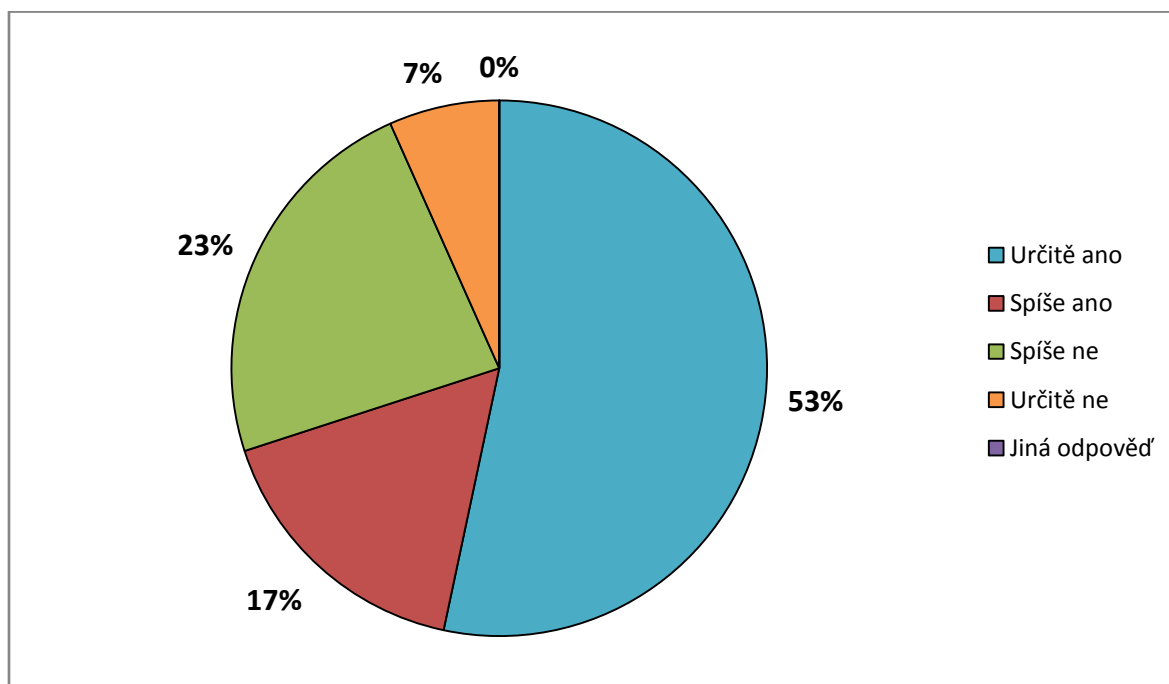
Otázka č. 7: Cítíte psychické vyčerpání z nemoci?



Obr. č. 6: Psychické vyčerpání respondentů z nemoci

Na obrázku č. 7 je vidět, že více jak polovina klientů psychické vyčerpání z nemoci nepocítuje. Nejčastěji volená odpověď z daných možností byla ne, a to u 18 (60%) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla ano, tuto možnost zvolilo 9 (30%) oslovených pacientů. Možnost nevím zvolili 3 (10%) respondenti. Odpověď na tuto otázku v kategorii jiná odpověď ne zvolil nikdo.

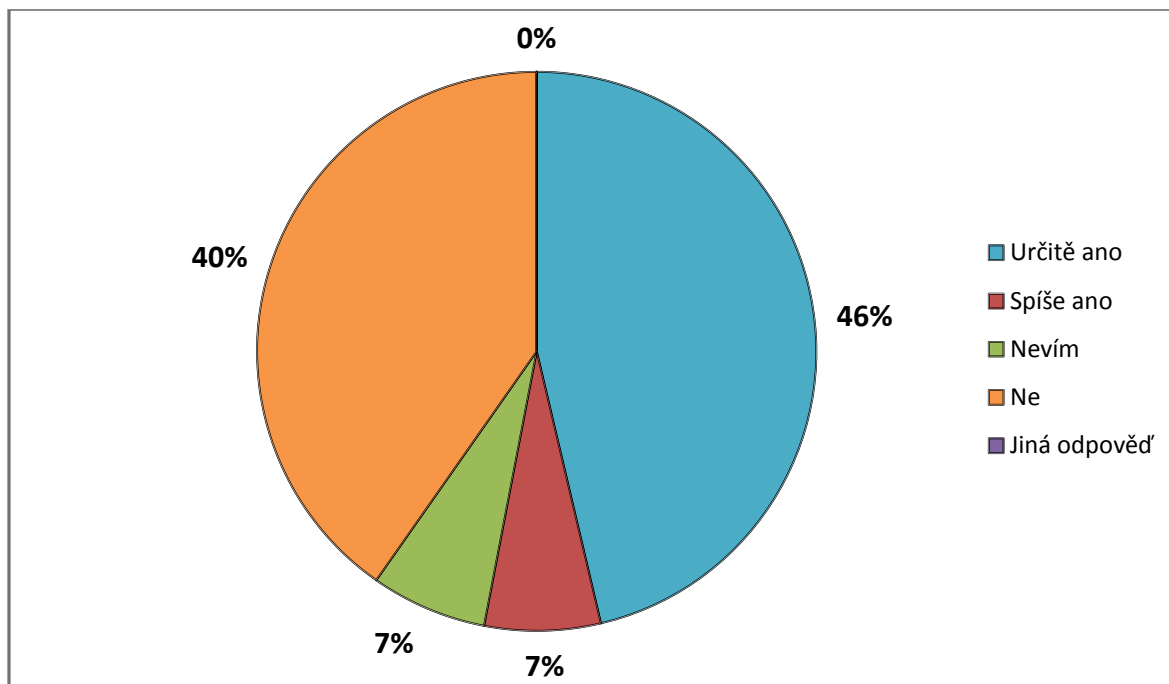
Otázka č. 8: Omezuje Vás bérkový vřed v pohybu a běžných denních činnostech?



Obr. č. 7: Omezení respondentů z důvodu bérkového vředu v pohybu a běžných denních činnostech

Na obrázku č. 8 je vidět, že více jak polovina oslovených pacientů pociťuje omezení v pohybu při běžných denních činnostech z důvodu bérkového vředu na DK. Nejvíce volená odpověď na tuto otázku z mého dotazníku byla určitě ano, a tu zvolilo 16 (53%) respondentů. Druhá nejčastěji volená odpověď na tuto otázku byla spíše ne, tu zvolilo 7 (23%) respondentů. Třetí nejčastěji volenou odpovědí na tuto otázku byla odpověď spíše ano, a tu zvolilo 5 (17%) respondentů. Možnost odpovědi na tuto otázku zvolili 2 (7%) respondenti. Možnost jiná odpověď nezvolil nikdo.

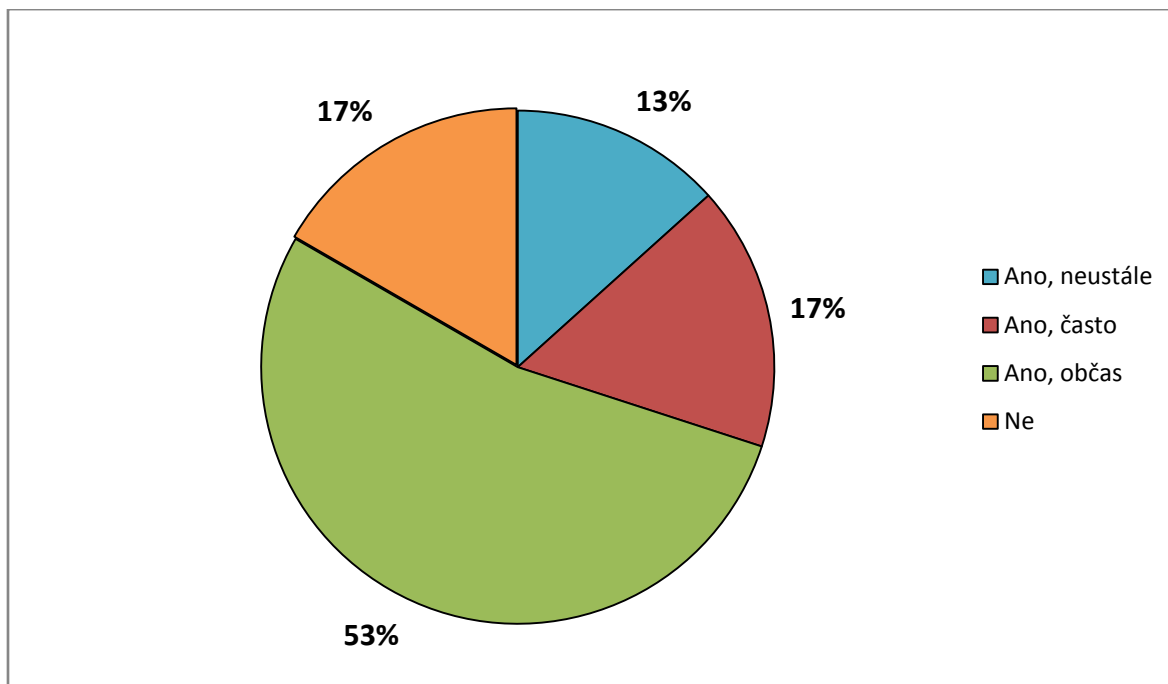
Otázka č. 9: Pociťujete společenskou izolaci v důsledku nemoci?



Obr. č. 8: Pocity společenské izolace u respondentů z důvodu nemoci

Na obrázku č. 9 vidíme, že na otázku pociťujete společenskou izolaci, odpovědělo možností určitě ano 14 (46%) respondentů. Možnost spíše ano zvolili 2 (7%) respondenti. Možnost nevím zvolili také 2 (7%) oslovení pacienti DP. Druhá nejčastěji volená odpověď byla ne a tuto možnost zvolilo 12 (40%) oslovených klientů DP. Možnost jiná odpověď nezvolil nikdo.

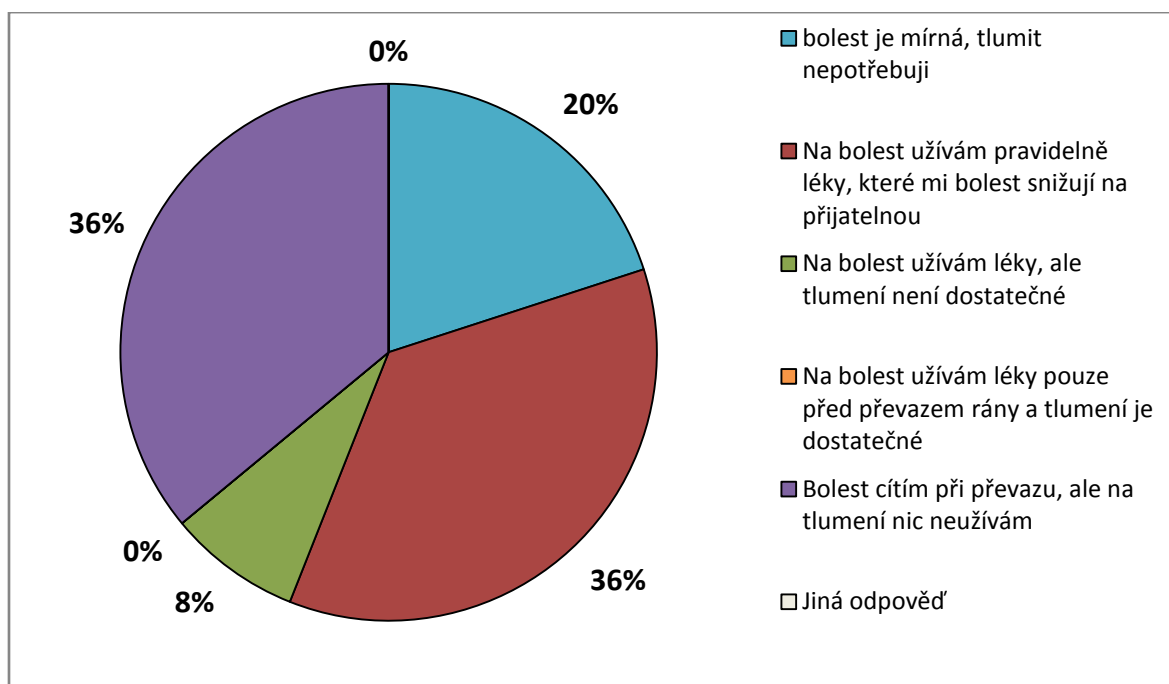
Otázka č. 10: Trpíte bolestí?



Obr. č. 9: Bolest

Na obrázku č. 10 vidíme, že na otázku: trpíte bolestí? Odpovědělo nejvíce respondentů pozitivně. Možnost ano, neustále zvolili 4 (13%) oslovení pacienti. Možnost ano, často zvolilo 5 (17%) oslovených pacientů. Nejčastěji volenou odpovědí je možnost ano, občas a tuto možnost si vybralo 16 (53%) oslovených pacientů. Možnost ne uvedlo 5 (17%) oslovených pacientů. Tato otázka byla vylučovací pro následující otázku č. 11. Kdo v této otázce odpověděl možností ne (5 respondentů), tak neodpovídal na otázku č. 11.

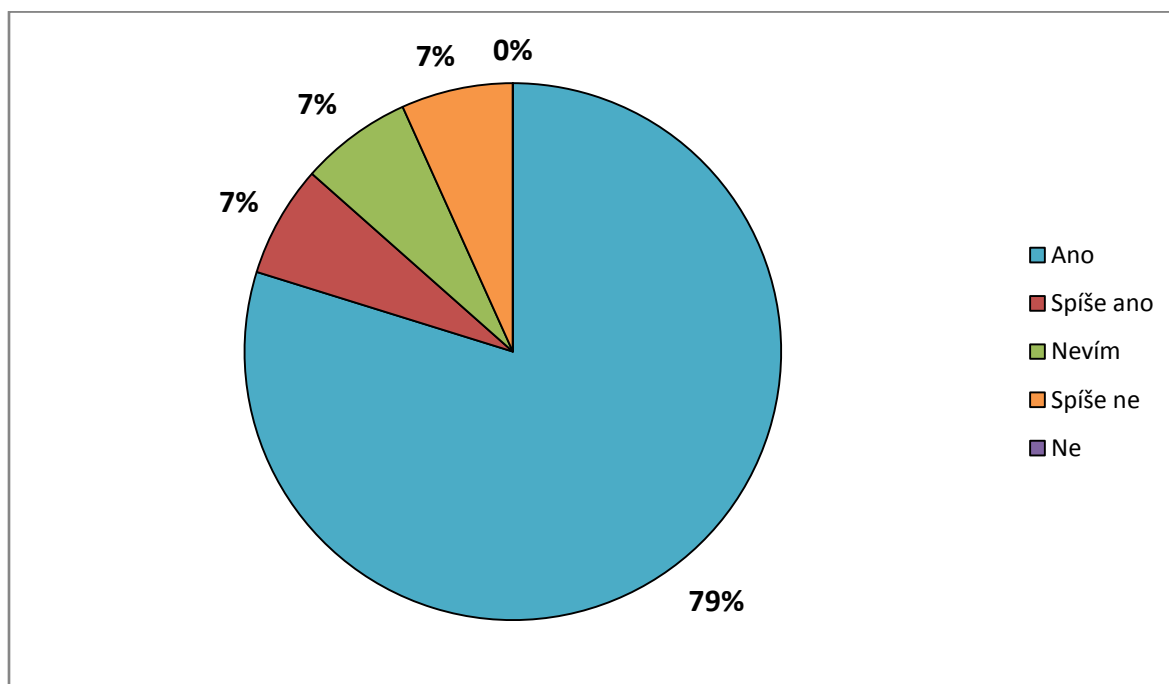
Otázka č. 11: Jak jste spokojená s tlumením bolesti?



Obr. č. 10: Tlumení bolesti

Tato otázka je spojená s otázkou č. 10, která je pro tuto otázku vylučující. Kdo v předchozí otázce odpověděl možností ne (5 respondentů, 17%), tak na tuto otázku neodpovídal. Data jsou tedy zpracována z počtu 25 (100%) dotazníků. Na otázku Jak jste spokojen/á s tlumením bolesti? Uvedlo nejvíce respondentů odpověď, že na bolest užívám pravidelně léky, které mi bolest snižují na přijatelnou, a to 9 (36%) respondentů tlumení. Stejný počet respondentů 9 (36%) zvolil odpověď, bolest cítím při převazu, ale na nic nepotřebuji. Druhá nejčastější odpověď na tuto otázku byla bolest je mírná, tlumit nepotřebuji, a to 5 (20%) respondentů. Možnost na bolest užívám léky, ale tlumení není dostatečné, zvolilo 2 (8%) respondentů. Možnost:jiná odpověď ne zvolil nikdo.

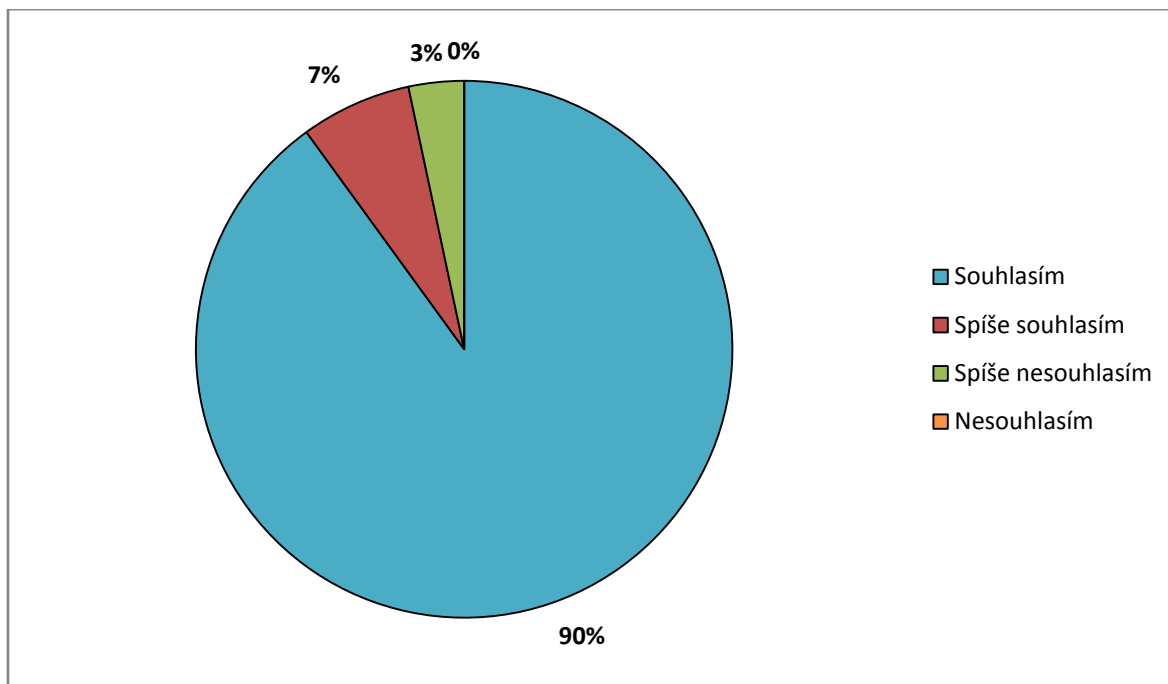
Otázka č. 12: Seznamuje Vás sestra s výkonem, který bude provádět (převaz rány a další)?



Obr. č. 11: Dostatečné seznámení s výkonem před jeho vykonáváním

Tuto otázku jsem zvolila, abych se dozvěděla, jestli mají pacienti pocit, že jsou dostatečně sestrami DP informováni o výkonu, který budou provádět. Každý by měl mít dostatek informací o péči a výkonech, které mu jsou prováděny. Na první pohled vidíme, že více jak $\frac{3}{4}$ oslovených pacientů má dostatek informací a jsou seznámeni s výkonem: Na tuto otázku tedy zvolilo odpověď ano 24 (79%) respondentů. Odpověď spíše ano zvolili 2 (7%) respondenti. Odpověď nevím zvolili také 2 (7%) respondenti. Nedostatečné seznámení s výkonem pociťují 2 (7%) respondenti, ti tedy zvolili odpověď spíše ne. Nikdo nezvolil odpověď ne.

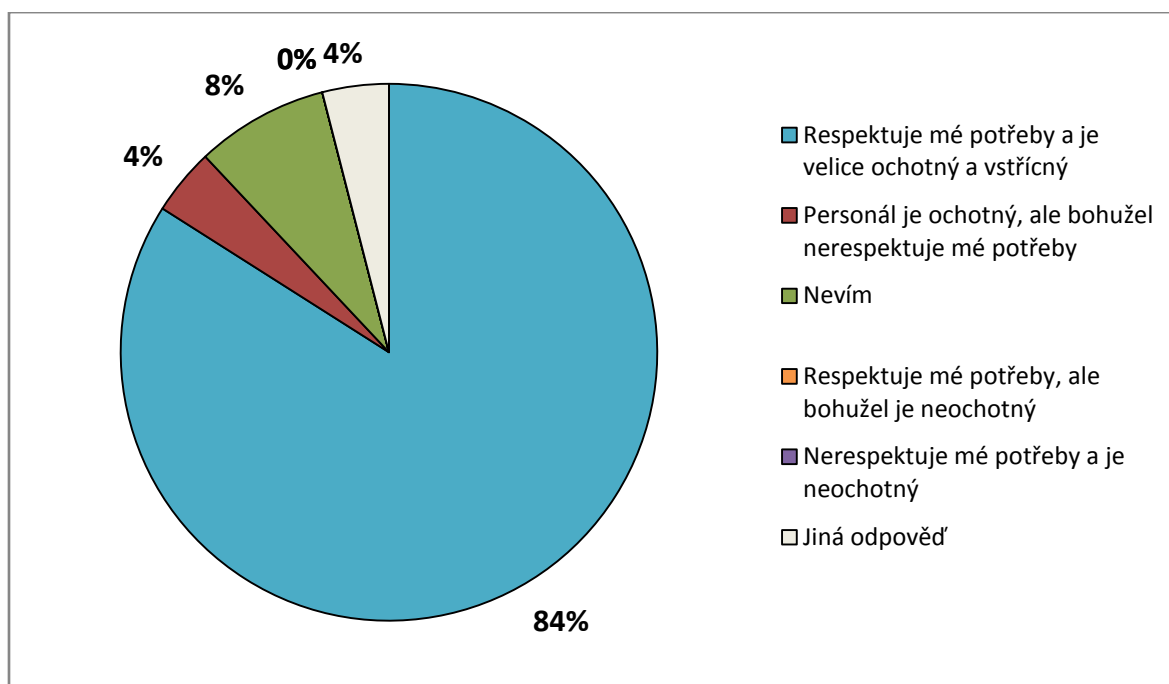
Otázka č. 13: Je sestra agentury domácí péče vstřícná, milá, lidská?



Obr. č. 12: Lidské, vstřícné a milé chování sestry z ADP

V této otázce je na první pohled jasně vidět, že většina pacientů souhlasí s otázkou, že je chování sestry ADP lidské, vstřícné a milé. Možnost souhlasím zvolilo 27 (90%) respondentů. Možnost spíše souhlasím zvolili 2 (7%) respondenti. Možnost odpovědět spíše nesouhlasím zvolil 1(3%) respondent. Odpověď nesouhlasím na tuto otázku ne zvolil nikdo.

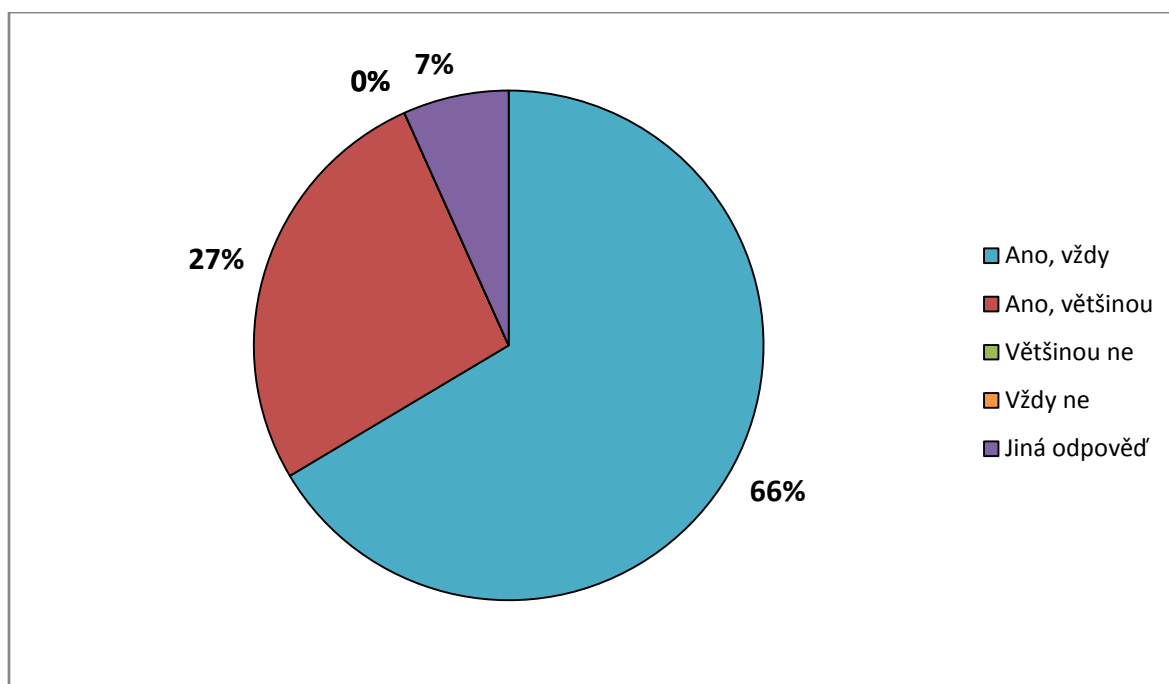
Otázka č. 14: Jak se k Vám chová personál ADP?



Obr. č. 13: Chování personálu ADP k respondentům

Tuto otázku týkající se chování personálu ADP k respondentům jsem zařadila z důvodu, protože klient, který je v péči ADP, musí mít důvěru a cítit možnost vyjádření se k personálu AGP. Na tuto otázku zvolilo možnost odpovědi respektuje mé potřeby a je velice ochotný a vstřícný 26 (84%) respondentů, což je nejčastěji zvolená odpověď. Možnost personál je ochotný, ale bohužel nerespektuje mé potřeby zvolil 1 (4%) respondent. Možnost odpovědi nevím zvolili 2 (8%) respondenti. Možnosti odpovědi respektuje mé potřeby, ale bohužel je neochotný a nerespektuje mé potřeby, nezvolil nikdo z oslovených pacientů. Možnost jiná odpověď zvolil 1 (4%) respondent a odpověď byla, že personál přistupuje profesionálně, ale sestra je neosobní.

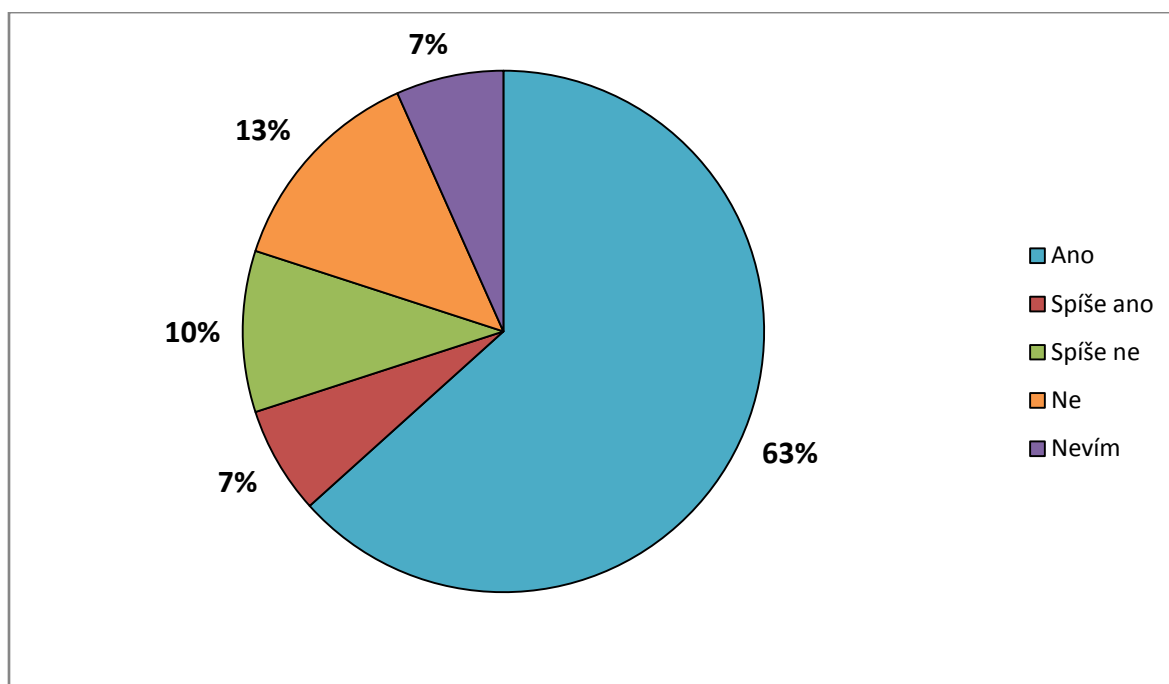
Otázka č. 15: Jste spokojen/a s ošetřovatelskou péčí ADP?



Obr. č. 14: Spokojenost respondentů s ošetřovatelskou péčí ADP

V této otázce mě zajímalo, zda jsou pacienti s péčí, kterou poskytuje ADP, spokojeni a více jak $\frac{3}{4}$ respondentů uvedlo, že spokojeni jsou. Zvolili nejčastěji odpověď na tuto otázku ano, vždy a to 20 (66%) respondentů. Možnost ano, většinou zvolilo 8 (27%) respondentů. Odpověď většinou ne a vždy ne nezvolil nikdo. Možnost jiná odpověď zvolili 2 (7%) respondenti a odpovědi byly kladné. První odpověď je: „Jsem spokojená se svou sestrou, ale nelíbí se mi, když se sestry střídají“. Druhá odpověď je: „Jsem velice spokojená s péčí“.

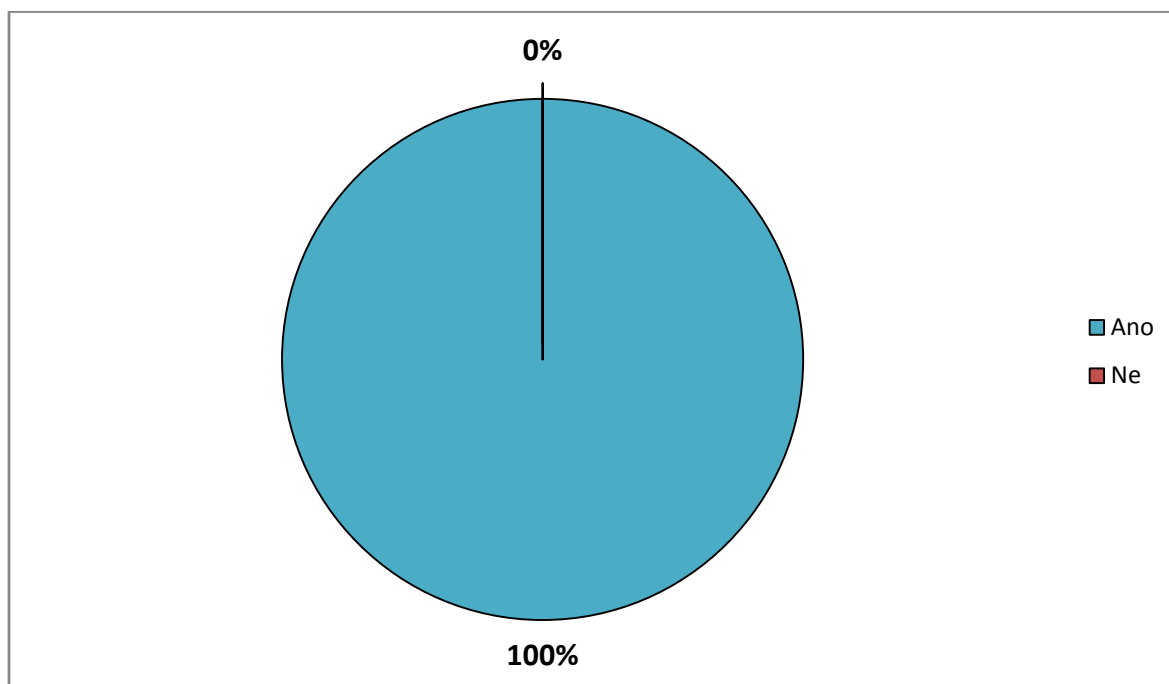
Otázka č. 16: Máte díky DP pocit většího bezpečí?



Obr. č. 15: Pocit většího bezpečí díky DP

Po uspokojení fyziologických potřeb člověka je třeba uspokojit potřeby bezpečí a jistoty. Pokud tato potřeba není uspokojena, je narušena kvalita jeho života (Farkašová, 2006, s. 62-63). Proto jsem tuto otázku zvolila do dotazníku. Zajímalo mě, zda využíváním DP se zvýšil pocit bezpečí. Na obrázku č. 16 je vidět, že více jak polovina respondentů vnímá větší pocit bezpečí díky DP. Možnost odpovědi ano zvolilo 19 (63%) respondentů. Možnost odpovědi spíše ano zvolili 2 (7%) respondenti. Odpověď spíše ne zvolili 3 (10%) respondenti. Odpověď ne zvolili 4 (13%) respondenti a 2 (7%) respondenti zvolilo odpověď nevím.

Otázka č. 17: Máte pro případ akutních potíží kontakt na sestru nebo agenturu?

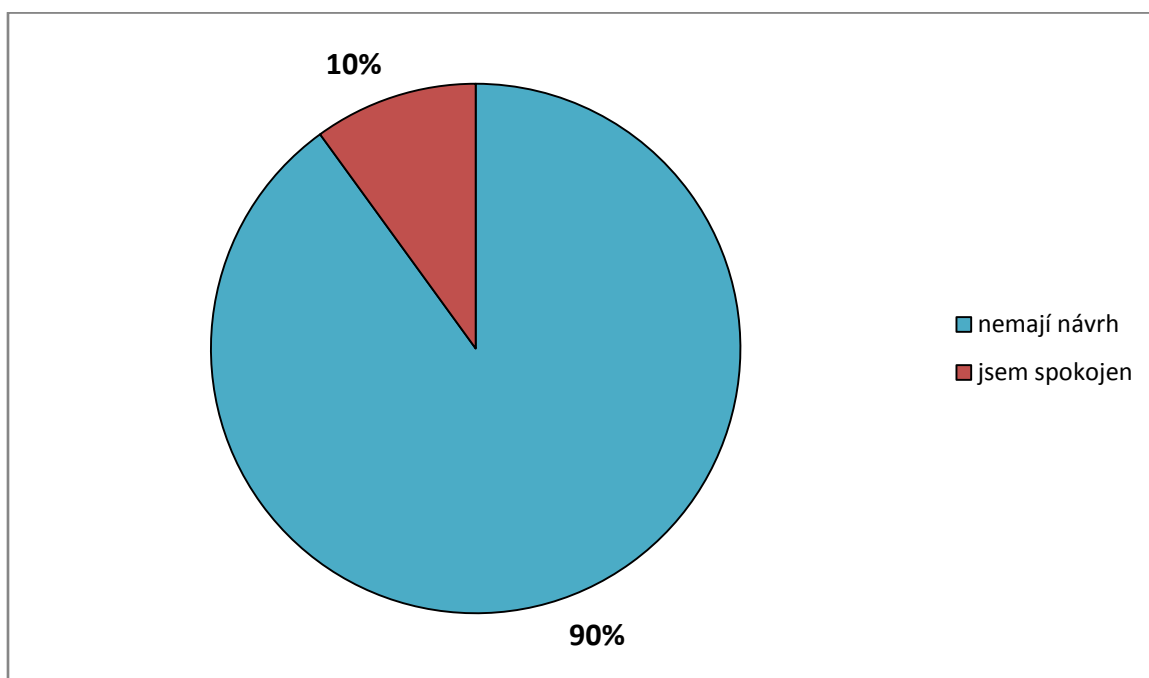


Obr. č. 16: Kontakt na sestru nebo agenturu v akutním případě

Na obrázku č. 17 je vidět, že všichni respondenti odpověděli na otázku, zda mají v případě akutních potíží kontakt na sestru nebo agenturu, kladně, tedy 30 (100%) oslovených pacientů zvolilo odpověď ano. Odpověď ne nezvolil nikdo.

Otázka č. 18: Máte nějaký návrh pro zvýšení kvality poskytovaných služeb ADP?

Tato otázka je otevřená. V dotazníku je umístěna záměrně, protože mě zajímá, jestli pacienti mají nějaký vlastní návrh, jak by se péče dala zlepšit a jestli jim v poskytovaných službách agentury něco neschází. Na tuto otázku mi odpověděli 3 (10%) respondenti, „jsem spokojen“, ale návrh na zlepšení kvality péče a poskytovaných služeb ADP nikdo nenapsal. Otázku nevyplnilo 27 (90%) respondentů. Proto do grafu uvádím odpovědi a vyhodnocení otázky, ale návrhy od pacientů na zvýšení kvality nejsou žádné.



Obr. č. 17: Návrhy pacientů na zlepšení kvality poskytovaných služeb

5 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá kvalitou péče v agentuře domácí péče, kterou hodnotí pacienti s vředovou chorobou dolních končetin. Výzkum jsem prováděla v soukromé agentuře domácí péče.

Účelem výzkumné části bylo získat informace od pacientů, které jsem oslovila v jejich domácím prostředí formou anonymního vlastního dotazníku. Rozdala jsem 50 dotazníků, ale data jsem zpracovala z 30, protože se všechny nevrátily a některé se nedaly použít pro špatné vyplnění.

V rámci výzkumné části jsem stanovila 3 výzkumné otázky.

Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Působí u pacientů s ulcerózní chorobou dolních končetin domácí prostředí pozitivně?

Výzkumná otázka se vztahuje k dotazníkové otázce č. 3, 4, 5, obr. č. 3, 4, 5 a cíli č. 1.

Po vyhodnocení výsledků z mého šetření vyplynulo, že na první výzkumnou otázku mohu odpovědět kladně, ano, domácí prostředí působí na pacienty s ulcerózní chorobou dolních končetin pozitivně. Usuzuji podle dotazníkových otázek č. 3 a 4, kde odpovědělo 93 % oslovených pacientů pozitivně a žádný oslovený pacient neodpověděl negativně. Moje výsledky se shodují s výsledky výzkumu Petry Vonešové (2009), která uvádí ve své bakalářské práci téma *Vliv domácího prostředí na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče*, že domácí prostředí působí pozitivně na pacienty s chronickou ránou. V obou šetřeních je shodné, že domácí prostředí nepůsobí přímo pozitivně na léčbu lokálního defektu, ale na psychiku a pohodu klienta a nadále přispívá ke zlepšení psychosomatického zdravotního stavu. V domácím prostředí je ale nutné zapojit rodinu a případně i sociální služby více, než pokud je pacient hospitalizován v nemocničním zařízení. Z mého šetření také vyplývá, že je u pacientů nutný individuální přístup ze strany zdravotníků.

Na první výzkumnou otázku mohu tedy odpovědět pozitivně: ano, u pacientů s vředovou chorobou dolních končetin působí prostředí pozitivně.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké potřeby mají pacienti s ulcerózní chorobou dolních končetin během dlouhodobého léčení v domácím prostředí?

Výzkumná otázka se vztahuje k dotazníkovým otázkám č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, obr. č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 a k cíli č. 2.

U pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni s vředovou chorobou dolních končetin, dochází často k problémům, které vedou k narušení potřeb. Mezi tyto potřeby určitě patří bolest, poruchy spánku a odpočinku, sociální izolace, úzkost a snížení mobility. Zajímalo mě, jak tyto faktory vnímají pacienti, kteří se léčí ve svém sociálním prostředí a dojíždí k nim na převaz sestra z agentury domácí péče.

Porucha spánku - k této potřebě se vztahuje obr. č. 6. Z mého šetření vyplynulo, že v domácím prostředí 33 % pacientů spí celou noc a netrpí vůbec poruchou spánku a 23 % pacientů trpí pouze zřídka poruchou spánku. Naopak 44 % pacientů uvedlo, že trpí často, nebo dokonce pravidelně poruchou spánku. MUDr. Veronika Slonková Ph.D.(2014 s. 89-92) uvádí v odborném časopise *Dermatologie pre prax* ve studii s názvem *Kvalita života, sociálně-ekonomické aspekty bércových vředů a nové možnosti celkové terapie*, že až dvě třetiny klientů s bércovými vředy na dolních končetinách trpí poruchou spánku. Autorka však neuvádí, jestli jde o pacienty léčené v domácí péči, nemocničním zařízení, nebo zda dojíždějí na převazy do zdravotnického zařízení, proto usuzuji, že v tomto hodnocení jsou zahrnutí pacienti z různých zařízení. Toto tvrzení se z mého výzkumu nepotvrdilo. Proto se domnívám, že domácí prostředí klientů napomáhá uspokojovat potřebu spánku a odpočinku.

K psychickému vyčerpání z nemoci se vztahuje obr. č. 7. Z mého šetření vyplývá, že 30 % oslovených respondentů pociťuje psychické vyčerpání. Domnívám se tedy, že i tady má velice dobrý vliv domácí prostředí a blízký kontakt s rodinou a přáteli. Sociální izolaci v mém výzkumu pociťuje 54 % respondentů – tento údaj se vztahuje k obr. č. 9. Izolaci nepociťuje 40 % respondentů. Vždy je důležité si uvědomit, že pacient s rozsáhlým bércovým vředem na dolních končetinách má sníženou pohybovou schopnost, a proto vždy musíme zaměřit pozornost nejen na léčebné prostředí, ale i na sociální zajištění místa bydliště (počet schodů, obydlí na samotě, sociální vyžití v okolí domu, spolupráce a funkčnost rodiny a jiné) a případně zajistit sociální pracovníky a zahájit šetření. Důležité jsou i volnočasové aktivity a zájem o to, jak pacient tráví den (Kalvach, 2008, s. 56). Z důvodu takto rozsáhlé potřeby se dá předpokládat, že většina pacientů bude v důsledku nemoci pociťovat omezení v sociální izolaci, proto je velice důležitá komunikace a všímavost sester z domácí péče a rodiny. Určitě

je vždy nutné klientům nabízet podněty k volnočasové aktivitě a zajistit kontakt s okolím (Krátká, 2008, s. 88-89).

Bolest je jedním z hlavních faktorů, který snižuje kvalitu života u pacienta s bércovým vředem, a s ní spojený stres přispívá k zhoršení a zpomalení léčby vředu (Stryja, 2008, s. 97). V mém šetření, kde tento faktor ilustrují obr. č. 10 a 11, je vidět, že 87 % oslovených pacientů z domácí péče trpí bolestí v důsledku bércového vředu (zahrnuti jsou pacienti s častou i občasnou bolestí). Pouze 17 % pacientů bolest nepocítuje žádnou. MUDr. Veronika Slonková (2014) uvádí, že bolestivost je u 60 – 80 % klientů s ulcerací, a z toho 20 % trpí bolestí nesnesitelnou. Výsledky z mého šetření udávají vyšší počet klientů s bolestí, a to o 7 %. V údajích MUDr. Slonkové jsou ale zahrnuti všichni klienti bez ohledu na prostředí léčby. Ve svém výzkumu udávám výsledky pouze u klientů domácí péče, kde vyšší počet pacientů s bolestí může být dán zvýšeným pohybem a nutností zvýšené sebepéče. Bolest často vede k poruchám spánku a odpočinku. Zajisté intenzivní bolest má také veliký vliv na sociální izolaci a nezájem pacienta o okolí a zájmové aktivity (Stryja, 2008, s. 97). S bolestí souvisí i obr. č. 11, kde skupina pacientů, kteří uvedli v dotazníkové otázce č. 10, že trpí bolestí (25 respondentů, tj. 87 %), je znázorněna tak, že je vidět, kdo a kdy bolest tlumí. Z celkového počtu respondentů jich 7 % uvedlo, že je bolest tlumena farmakologicky, ale tlumení není dostatečné. Zdravotnický personál by se měl zaměřit na tyto klienty a zjistit, z jakého důvodu není léčba dostatečná a zda je možné klientům pomoci ke zmírnění jinými metodami.

Abychom mohli uspokojovat potřeby pacienta k jeho spokojenosti a přispívali tak k jeho uzdravování, je nutné ošetrovatelskou péčí dobře plánovat. Pacient má v souvislosti s chronickým defektem spoustu problémů, které my, zdraví lidé okolo něj, ani nemusíme vnímat, nebo nutnost jejich řešení nepocítujeme tak palčivě, jako sám pacient. Proto je velmi důležitá komunikace a empatické jednání s pacientem (Hanzlíková, 2007, s. 57).

Výzkumná otázka č. 3: Jsou pacienti s ulcerózní chorobou dolních končetin spokojeni s poskytovanou péčí a službami v domácí péči?

Výzkumná otázka se vztahuje k dotazníkovým otázkám č. 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 obr. č. 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a k cíli č. 3.

K dotazníkovým otázkám č. 5 a 12 se vztahují obr. č. 5 a 12. Otázky jsou určeny pacientům a zajímá mě, zda mají pocit, že dostávají od zdravotního personálu agentury domácí péče dostatek informací o následujících výkonech, o zdravotním stavu a režimových opatřeních,

kteřé je nutné dodržovat a naopak, co léčbu zpomaluje a zdravotní stav zhoršuje. Na obr. č. 5 je vidět, že výsledky z mého šetření jsou kladné. Více jak 94 % pacientů má dojem, že jim zdravotní personál poskytuje dostatek informací o výkonu, který bude sestra provádět. Se svým zdravotním stavem a léčbou se cítí být dostatečně seznámeno 86 % dotazovaných pacientů. Myslím, že i v této oblasti by se zdravotnický personál měl zaměřit na spolupráci s pacientem a popřípadě s rodinou. Ne každý pacient chce být seznámen s výkonem (je mu to nepříjemné, bojí se a jiné), proto je vždy nutné tyto informace s pacientem probrat před zahájením výkonu. Sestra v domácí péči by měla být vždy profesionální a usměvavá a nahlížet na pacienta jako na celistvou a jedinečnou osobnost (Krátká, 2008, s. 32).

Důležitým aspektem kvalitní domácí péče je jistě i přístup zdravotního personálu ke klientovi. K tomuto tématu se vztahuje obr. č. 14 a 15. Z mého šetření vyplynulo, že 84 % klientů je s chováním personálu spokojeno a nemá výhrady. 4% pacientů uvádějí, že je sestra neosobní a 4% pacientů pociťují nedostatečné respektování osobních potřeb. Jistě také hraje velkou roli, zda ošetřující sestra přistupuje k pacientovi lidským, milým a vstřícným způsobem. Z mého šetření vyplývá, že 97 % pacientů souhlasí, že ošetřující sestra k nim právě takto přistupuje. Spokojeno s ošetřovatelskou péčí této soukromé agentury je 93% oslovených klientů s vředovou chorobou dolních končetin. Zbývajících 7% uvádí, že k ošetřovatelské péči výhrady nemá, ale vadí jim střídání sester. Přípomínky na zlepšení ošetřovatelské péče žádný z oslovených klientů neuvedl.

Na třetí výzkumnou otázku po vyhodnocení výsledků mohu odpovědět ano, pacienti jsou se zdravotní ošetřovatelskou péčí v této soukromé agentuře domácí péče spokojeni.

ZÁVĚR

V současné době je přístup k léčbě vředů založen na mezioborové spolupráci a významné místo v léčbě ran zaujímají praktičtí lékaři, sestry domácí péče a pracoviště, která mají kompetence k hojení ran, kde se denně setkávají s pacienty trpícími chronickými ranami, nejčastěji s bérčovými vředy.

Prioritou u hojení akutní rány je co nejrychlejší kompletní uzávěr defektu. U chronické nehojící se rány je nejvýznamnějším cílem zachovat, respektive zlepšit kvalitu života pacienta. Kvalitu života nemocných s chronickým bérčovým vředem zkoumal prof. Peter Franks (Franks, 2003, s. 26-30). Z výzkumu vyplynulo, že kvalita byla snížena v souvislosti s bolestí, častými převazy, poruchou spánku a vyčerpáním celého organismu (Stryja, 2008, s. 99). Dojde-li k narušení kvality života, jsou narušeny i potřeby pacientů. Proto jsem si ve své bakalářské práci stanovila 4 cíle pro výzkumnou část, které mi pomohly zmapovat potřeby pacientů a kvalitu péče jim poskytovanou.

Spokojenost pacienta je subjektivní, záleží na míře uspokojení osobních potřeb. Pacienti, kteří jsou spokojeni a důvěřují zdravotnímu personálu, dobře spolupracují, a to může pozitivně ovlivnit i jejich léčbu. Proto je kladen takový důraz na kvalitu péče z pohledu pacienta.

Na závěr práce sděluji hlavní výsledky svého šetření. Domácí prostředí u pacientů s ulcerózní chorobou dolních končetin působí pozitivně, musí však být navázána dobrá spolupráce s rodinou a pacient musí spolupracovat. Pacienti s vředovou chorobou dolních končetin mají narušenou potřebu spánku a odpočinku, trpí sociální izolací, bolestí a sníženou pohyblivostí. Všechny narušené potřeby spolu navzájem souvisejí. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče v agentuře domácí péče, kde jsem prováděla výzkum, je pacienty vnímána pozitivně. Žádný oslovený respondent neuvedl nic, co by mu v poskytované péči chybělo, nebo naopak vadilo. Všichni respondenti uvedli, že jsou s ošetrovatelskou péčí spokojeni. Ke kvalitní ošetrovatelské péči patří jistě i dostatečná edukace pacienta. Je důležité uvědomit si, že 80 % informací člověk přímá zrakem, 12 % sluchem, 5 % hmatem a 3 % ostatními smysly (Juřeníková, 2010, s. 50). Proto jsem vytvořila edukační materiál pro pacienty, kde je stručně popsáno, co je vředová choroba dolních končetin za onemocnění a jak se léčí. Snažila jsem se věnovat pozornost doporučením pro pacienty, aby léčba byla co nejefektivnější a došlo co možná nejdříve ke zhojení defektu (viz příloha D).

Zkoumané problematice by bylo dobré věnovat pozornost i nadále a uskutečnit výzkum, který by se zajímal o financování agentur domácí péče a zda tato péče není podhodnocena.

Předmětem výzkumu by rovněž měla být otázka, zda sestry v domácí péči netrpí syndromem vyhoření z důvodu dlouhodobého a opakovaného ošetřování stejných pacientů.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Soupis literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
2. BUREŠ, Ivo. *Léčba rány*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80- 7262- 413- X.
3. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
4. FERKO, Alexander. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 978- 80- 247- 0230- 8.
5. FRANKS, P., L. McCULLANGH a J. MOFFATT. *Assessing Quality of Life in Patients with Chronic Leg Ulceration using the Medical Outcomes Short Form – 36 Questionnaire*. *Ostomy/Wound Management* 49, 2003.26-37.
6. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80 – 7226 – 996 – 8.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978- 80- 247- 2150- 7.
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978- 80- 247- 2150- 7.
9. JENÍKOVÁ, Eva a Renata ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978- 80- 247- 4412- 4.
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80- 247- 2171- 2.
11. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrický syndrom a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KAREŠ, J., M. DRLÍKOVÁ a I. BRABCOVÁ. *Moderní metody v řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. ISBN 80-7040-852-91.
13. KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978- 80- 7318- 726- 2.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978- 80- 247- 3224- 4.
15. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a. s., 2006. ISBN 80- 247- 1399- 3.

16. MARKOVÁ, Marie a Sylva BÁRTLOVÁ. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978- 80- 7013- 499- 3.
17. MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-818-0.
18. MUDGE, E., S. MEAUME a K. WOO. *Patientsexperienceofwound - relatedpain: aninternational perspective*. EWMA Journal 2008; 8: 19–28
19. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetření rana defektů na kůži*. 1.vyd.Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978- 80- 247- 2682- 3.
20. PEŇÁZOVÁ, Veronika. *Chronická žilní insuficience, varixy, Dermatologie pro praxi*. 2007, č. 2, s. 83-86. ISSN 1337-1746.
21. POKORNÁ, Andrea a Renata MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978- 80-247-3371-5.
22. POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80- 7254- 469- 1.
23. SLONKOVÁ, Veronika. *Kvalita života, sociálně-ekonomické aspekty bérkových vředů a nové možnosti celkové terapie*. Dermatologia pre prax. 2014, č. 4, s. 89-92. ISSN 1337-1746.
24. STEJSKALÍKOVÁ, Lenka, *Alternativní léčba-larvální terapie a čištění ran v praxi*. Sestra, ročník 17, číslo 4, 2007. ISSN 1210-0404.
25. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*.1. vyd. Semily: Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.
26. ŠKRLA, Petr, a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, ISBN 80-7172-841-1.
27. TOŠENOVSKÝ, Patrik a Bohumil ZÁLEŠÁK. *Trofické defekty dolních končetin*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978- 80- 7262- 439- 3.
28. VÍZNER, Karel. *Hojení chronických ran a domácí péče podruhé na Homolce*, Hojení ran. 2011, roč. 5, č. 3, s. 11. ISSN 1802-6400.

Soupis internetových zdrojů

1. ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR o. s. asociace domácí péče cr.cz [online]. 2015 [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/4811/historie-domaci-zdravotni-pece/>.

2. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO LÉČBU RÁNY. Informace pro praxi – standard oše. dokumentace [online]. 2015[cit. 2015-3-22]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/Informace-pro-praxi/Standard-os-dokumentace/>.
3. KAREN, Igor, ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Chronický vřed dolníkončetiny*. [online] Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2007 [cit. 2015-3-17]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, s. 1 - 10. ISBN: 80- 86998- 18-5. Dostupné z: <https://.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Vred-DK.pdf>
4. NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Domaci pece-info.info [online]. Blanka Misconiová. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
5. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Hlavní stránka - platná legislativa [online]. 2015 [cit. 2015-3-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/platna-legislativa_1784_11.html
6. VONEŠOVÁ, Petra. *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče agenturou domácí péče*. [online]. České Budějovice, 2009, s. 59 a 75, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce, Mgr Alena Machová R. N. [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: http://theses.cz/id/t6wpdu/downloadPraceContent_adipIdno_13250

Doporučoval bych sjednotit zápis autorů, někde uvádíš celá jména, jinde jen zkratky/iniciály – mělo by to asi být všude stejné!!!!!!!!!!!!!!

SEZNAM PŘÍLOH

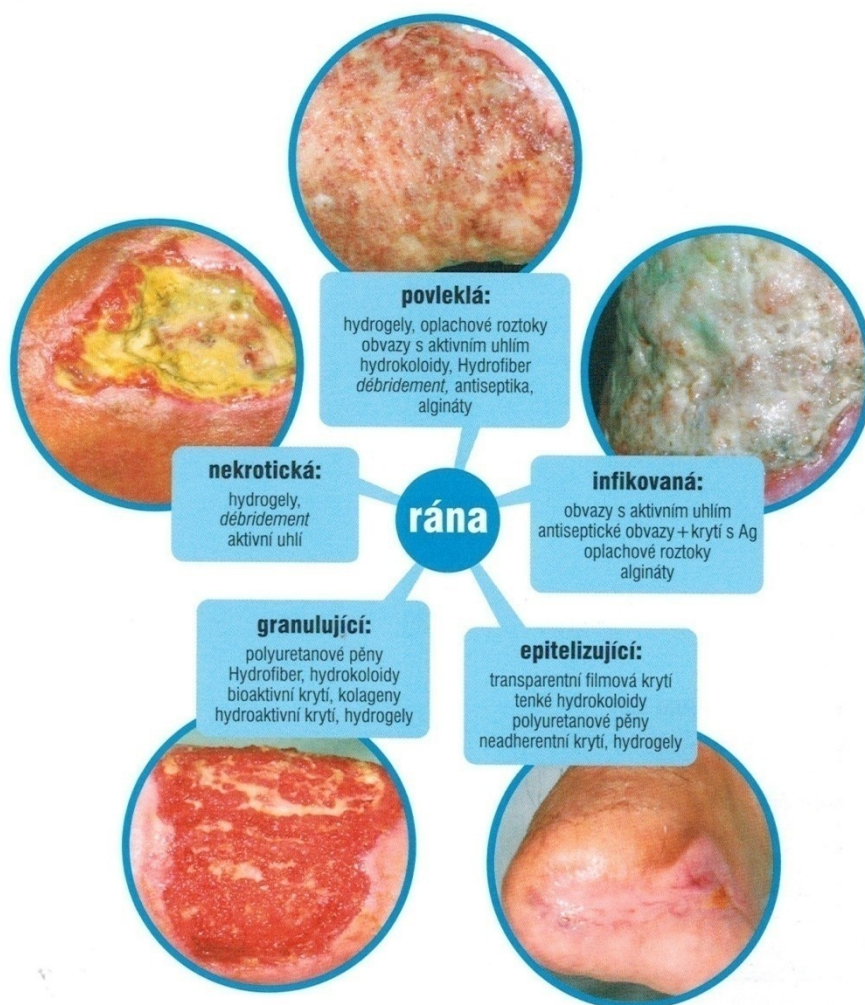
Příloha A – přehled vhodně zvoleného převazového materiálu podle charakteru spodiny chronické rány

Příloha B – postup oš. péče o chronické rány

Příloha C – vlastní dotazník k výzkumné části bakalářské práce

Příloha D – edukační materiál pro pacienty s bércovým vředu

Příloha A - přehled vhodně zvoleného převazového materiálu podle charakteru spodiny chronické rány



Obr. 1: Rozdělení rány podle fáze hojení (Stryja, 2008, s. 199)

Obr. 2: Tabulka vhodně zvoleného materiálu podle spodiny rány (Karen, 2007, s. 7)

Fáze čisticí:	a) nekróza:	chirurgický debridement
		enzymatický debridement
		mokrā terapie
		gelové prostředky
	b) povleklā, silně secernující spodina:	absorpční krytí
		algináty
		pěnovā polyuretanovā krytí
		mokrā terapie
	c) suchā spodina:	pěnovā silikonovā krytí
		mokrā terapie
		hydrokoloidy
		hydropolymery
Fáze granulační:		gelové prostředky
		hydrokoloidy
		hydropolymery
		algináty
		hydrogely
		absorpční krytí
		síťové materiály
Fáze epitelizační:		pěnovā polyuretanovā krytí
		hydrokoloidy
		hydropolymery
		pěnovā polyuretanovā krytí
		pěnovā silikonovā krytí
		síťové materiály
		mokrā terapie

Příloha B –postup ošetření chronické rány

1. Příprava klienta – srozumitelné seznámení klienta s výkonem, který budete provádět, uvedení do vhodné polohy k ošetření. Respektujte pacientovo právo na soukromí a intimitu při ošetření.
2. Podle ordinace lékaře analgezuj pacienta s předstihem a dostatečně.
3. Hygienická dezinfekce rukou zdravotníka před převazem.
4. Použití jednorázových ochranných rukavic.
5. Materiál, který přichází do přímého kontaktu s otevřenou ránou, je nutné používat vždy sterilní a za dodržování podmínek asepse.
6. U velkoplošných ran, u převazu pacienta s infekčními onemocněními a nozokomiálními nákazami rezistentními kmeny je třeba používat ústenku, která zakrývá nos i ústa.
7. Ujistěte se, zda pacient není alergický na dezinfekční prostředek a léčebný materiál, který hodláte použít.
8. Sejmутí původního obvazu a krytí tak, aby nedošlo k poranění spodiny rány a jejího okolí. Přischlé krytí je možné zvlhčit fyziologickým roztokem, destilovanou vodou, případně oplachovým prostředkem s antiseptickým působením.
9. Zhodnocení a dokumentace rány (fotodokumentace rány, podrobný popis rány v dokumentaci zaměřený na charakter rány, sekreci z rány, příznaky infekce a jiné).
10. Ošetření okolí rány: očištění a případná dezinfekce kůže v okolí rány, odstranění krust, povlaků, zbytků mastí a past aplikovaných na okolí rány. Čištění okolí provádíme vždy směrem z okolí dovnitř, aby nedošlo k případnému poranění okolí.
11. Provedení oplachu rány – odstranění zbytků nekróz, povlaků, fibrinu pomocí tampónu, pinzetou, nůžkami, skalpelem a exkochleární lžičkou. Roztoky k oplachu mají mít vždy teplotu 37 °C. Okolí osušíme sterilním tampónem nebo čtvercem.
12. V případě diabetické nohy a kožních vředů na chodidlech je nutné věnovat pozornost odstranění hyperkeratóz, tvrdé kůže a otlaků na chodidlech.
13. Zvolte vhodné primární terapeutické krytí na ránu podle momentálního stavu rány. Podminované okraje rány a dutiny je nutné krytím vytamponovat a zajistit tak dostatečnou drenáž exsudátu do krytí.

14. Zhodnocení stavu tkání v okolí vředu a ošetření okolí vhodným materiálem s ohledem na ranou sekreci a případnou maceraci. K léčbě macerace okolí lze použít i samotná terapeutická krytí. K ochraně a zklidnění podrážděné epidermis lze použít dermatologická externa.
15. Překrytí primárního krytí krytím sekundárním – podle velikosti rány a sekrece. Kvalitní a estetické přiložení sekundárního krytí má i psychologický účinek, u pacienta budí dojem profesionálního a kvalitního ošetření.
16. Podle charakteru základního onemocnění (lymfedém, chronická žilní insuficience) doplníme fixaci přiložením bandáže z krátkotažného obinadla.
17. Po ukončení převazu pomůžeme pacientovi do jemu pohodlné polohy.
18. Použité obvazové materiály vyhodíme do kontejneru na infekční odpad. Kontaminované nástroje určené k více použitím vložíme do kontejneru s dezinfekcí. Provedeme úklid prostředí.
19. Proved'te hygienickou dezinfekci rukou.
20. Součástí převazu je naplánování dalšího termínu převazu.

(Stryja, 2008, s. 110-113)

Příloha C–vlastní dotazník k výzkumné části bakalářské práce

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lucie Jakubská, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku s názvem: „Hodnocení kvality péče v domácí péči z pohledu pacienta s vředovou chorobou dolních končetin“. Bude sloužit jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce. Při vyplňování dotazníku, prosím, zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď. Pokud Vám nebude vyhovovat ani jedna z nabízených variant, doplňte vlastními slovy jinou možnost. Dotazník je zcela anonymní. Prosím o pravdivé vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky a předejte Vaší sestřičce z agentury domácí péče.

Za vyplnění dotazníku předem moc děkuji.

Lucie Jakubská

1) Jak dlouho k Vám dojíždějí sestry z agentury domácí péče?

- a) 3 měsíce
- b) 4 měsíce
- c) 5 měsíců
- d) Více jak 6 měsíců

2) Jak často k vám jezdí sestry z agentury domácí péče?

- a) 2x denně
- b) 1x denně
- c) 3x týdně
- d) 2x týdně
- e) Jiná odpověď:

3) Využíváním služeb domácí péče se kvalita Vašeho života změnila?

- a) Určitě ano k lepšímu
- b) Asi ano k lepšímu
- c) Nevím, změnu nepocítuji
- d) Asi ano k horšímu
- e) Určitě ano k horšímu

4) Myslíte si, že má domácí prostředí pozitivní vliv na léčbu rány?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

5) Myslíte si, že Vám zdravotní personál podává dostatek informací o Vašem onemocnění a léčbě?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

6) Trpíte poruchou spánku?

- a) Ano, každou noc
- b) Ano, občas
- c) Zřídka
- d) Ne, spím dobře
- e) Jiná odpověď:

7) Cítíte psychické vyčerpání z nemoci?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne
- d) Jiná odpověď:

8) Omezuje Vás bércový vřed v pohybu a běžných denních činnostech?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Jiná odpověď:

9) Pociťujete společenskou izolaci v důsledku nemoci?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Ne
- e) Jiná odpověď:

10) Trpíte bolestí?

- a) Ano, neustále
- b) Ano, často
- c) Ano, občas
- b) Ne

11) Jak jste spokojený/á s tlumením bolesti?

Odpovídejte pouze, pokud jste v předchozí otázce zvolili odpověď: a), b), c),

- a) Bolest je mírná, tlumit nepotřebuji
- b) Na bolest užívám pravidelně léky, které mi bolest snižují na přijatelnou
- c) Na bolest užívám léky, ale tlumení není dostatečné
- d) Na bolest užívám léky pouze před převazem rány a tlumení je dostatečné
- e) Bolest cítím při převazu, ale na tlumení nic nepoužívám
- f) Jiná odpověď:

12) Seznamuje Vás sestra s výkonem, který bude provádět (převaz rány a další)?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

13) Je sestra agentury domácí péče vstřícná, milá a lidská?

- a) Souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím
- d) Nesouhlasím

14) Jak se k Vám chová personál agentury domácí péče?

- a) Respektuje mé potřeby a je velice ochotný a vstřícný
- b) Personál je ochotný, ale bohužel nerespektuje mé potřeby
- c) Nevím
- d) Respektuje mé potřeby, ale je neochotný
- e) Nerespektuje mé potřeby a je neochotný
- f) Jiná odpověď:

15) Jste spokojen/a s ošetřovatelskou péčí agentury domácí péče?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, většinou
- c) Většinou ne
- d) Vždy ne
- e) Jiná odpověď:

16) Máte díky domácí péči pocit většího bezpečí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

17) Máte pro případ akutních potíží kontakt na sestru nebo agenturu?

a) Ano

b) Ne

18) Máte nějaký návrh pro zvýšení kvality poskytovaných služeb agentury domácí péče?

.....

.....

.....

.....

.....

Bércový vřed

**Informační materiál pro všechny, kdo trpí
bérčovými vředy**



Obr. č. 1: Úvodní obrázek „sportem ke zdraví“ (Hartmann-rico a. s.)

Úvod

Vážený paciente,

vytvořila jsem tuto příručku, abych Vám pomohla dozvědět se více o Vašem onemocnění. Tato příručka Vám může poradit, jak pozitivně můžete pomoci léčbě vředu, co působí škodlivě a čemu je třeba se při léčbě vyvarovat.

Bércový vřed je chronické a dlouhodobé onemocnění a při jeho léčbě je nutný aktivní přístup a spolupráce nemocného. Vyžaduje trpělivost a ukázněnost. Pokud budete všechna doporučení dodržovat, může to pozitivně ovlivnit dobu hojení rány a zabránit recidivě onemocnění.

Doufám, že Vám příručka odpoví na všechny potřebné otázky k Vašemu onemocnění.

Tento edukační materiál byl vytvořen v rámci bakalářské práce na téma: Hodnocení kvality péče z pohledu pacienta s vředovou chorobou dolních končetin

Vypracovala: Lucie Jakubská (hrubalu@seznam.cz). Hradec Králové 2015

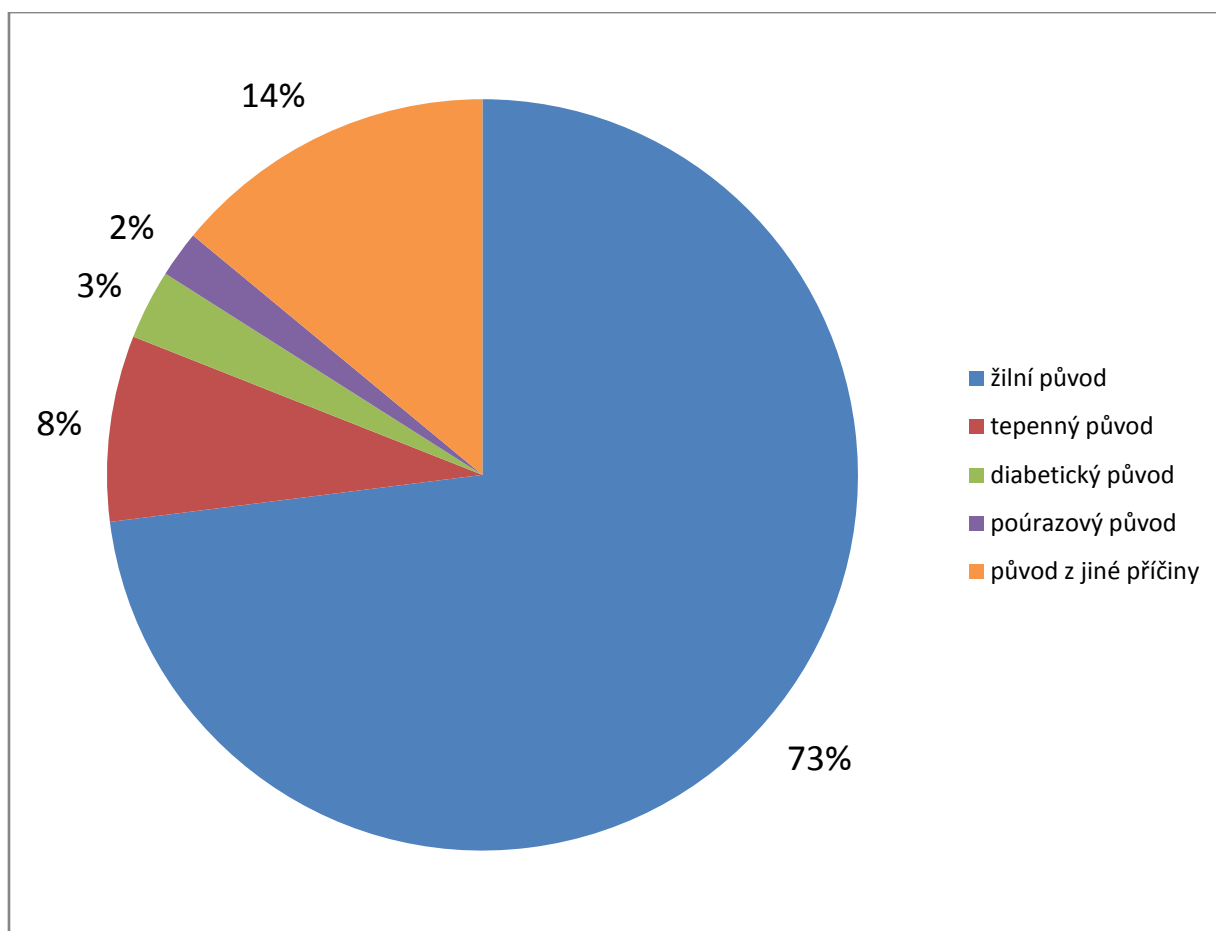
Vedoucí práce: Mgr Hana Ochtinská

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Co jsou to bércové vředy?

Bércový vřed je chronická rána, která se nachází na dolní končetině v oblasti bérce. Dochází ke ztrátě kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko. Je charakterizován rozpadem tkáně a jejím odumíráním, je to vstupní brána infekce. Jde o chronickou ránu, která se často hojí komplikovaně (Pospíšilová, 2004, s. 11).

Bércové vředy mohou vznikat z různých příčin. Nejčastěji jsou žilního původu, často z tepenného nebo diabetického důsledku (viz. obrázek č. 2 Příčiny vzniku bércových vředů). Onemocnění se objevuje častěji s přibývajícím věkem.



Obr. č. 2: Příčiny vzniku bércových vředů (Švestková, 2008, s. 3)

Léčba bércových vředů

Léčba bércových vředů musí být komplexní. Můžeme ji rozdělit na čtyři základní skupiny. Léčbu nechte vždy na svém ošetřujícím lékaři a dbejte na jejich doporučení, pokyny a ordinace. V následujících podkapitolách Vám velmi stručně přiblížím oblast léčby chronických ran. Při převazu je vždy nutné myslet na nutnost čistého okolí rány a ránu samotnou. Vždy po sundání starého obvazu nohu důkladně osprchujeme vlažnou, až studenou vodou (nezapomínáme na meziprstí). Poté nohu zlehka osušíme (ne třecími pohyby) a nohu ošetříme podle ordinace lékaře a fáze hojení.

1. skupina – místní léčba rány

Je vhodné používat vlhké ošetření rány, kdy se obvaz k ráně nepřilepí a nezničí nově vytvořenou tkáň a převaz bývá méně bolestivý. Vytváří příznivé mikroklima a dochází k urychlení hojení rány. Rozeznáváme 3 základní fáze hojení: čistící, granulační a epitelizační. Tyto fáze hojení musejí lékař a sestra dobře znát. Každá fáze vyžaduje jiné podmínky a jiné obvazové materiály k ošetření.

Fáze čistící

Ve fázi čistící podporuje vhodně zvolený materiál odsávání nadbytečné tekutiny s choroboplodnými zárodky, chrání ránu před infekcí, podporuje přirozenou obranyschopnost a schopnost hojení. Používají se např. tyto materiály: hydrogely, algináty, krytí s aktivním uhlím a jiné.

Fáze granulační

Ve fázi granulační podporuje vhodné krytí tvorbu nové tkáně. Brání vysychání rány, funguje jako ochrana před infekcí a chrání granulační tkáň před mechanickým poškozením. Používají se např. tyto materiály: kolageny, hydropolymery, algináty a jiné.

Fáze epitelizační

Ve fázi epitelizační obvaz brání vysychání a tvorbě předčasného strupu, který hojení rány zpomalí. Požívají se např. tyto materiály: hydrokoloidy, hydropolymery, síťové materiály a jiné (Karen, 2006, s. 4-7; Pejznochová, 2010, s. 30-38).

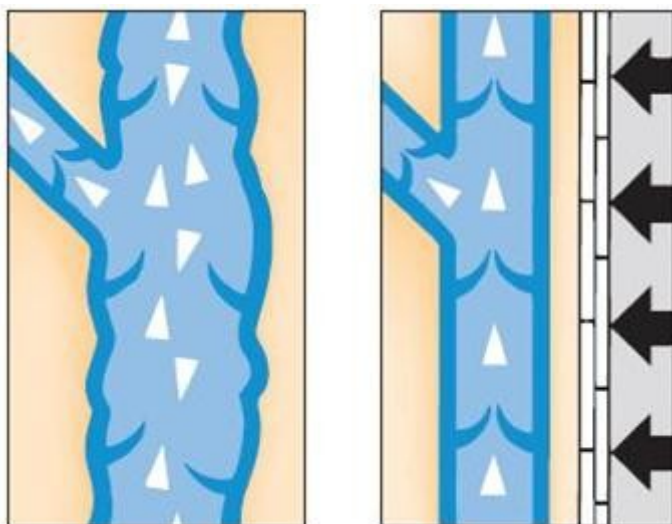
Postup při převazu vředu dolní končetiny

1. Vždy je nutné mít čisté prostředí při převazu. Nikdy nezapomínáme před převazem omýt, popřípadě dezinfikovat si ruce. Zásadně nutné je použití jednorázových rukavic.
2. Vždy je nutné zjistit, zda se neobjevuje alergie na používaný materiál a dezinfekce.
3. Opatrné sejmутí původního obvazu, aby nedošlo k poranění spodiny rány a jejího okolí. Místo, kde je přischlý obvaz, je možné zvlhčit oplachovým prostředkem nebo destilovanou vodou. Zhodnocení a dokumentace rány.
4. Vhodné ošetření okolí rány (čištění, dezinfekce, zbavení krust) vždy provádíme zvenku směrem dovnitř rány.
5. Provedení oplachu rány, odstranění zbytků nekróz a povlaků. Vhodné prostředky napomáhající odstranění nekróz jsou hydrogely a hydrokoloidy.
6. Zhodnocení stavu tkání v okolí vředu a ošetření vhodným materiálem s ohledem na sekreci a možnou maceraci kůže.
7. Terapeutický materiál kryjeme sekundárním krytím, které zafixujeme obinadlem a náplastí.
8. Přiložíme bandáž z krátkotažného obinadla (viz obr. č. 4) (pokud není kontraindikace bandáže).
9. Po převazu uklidíme kontaminovaný materiál a provedeme dezinfekci povrchů a rukou.
10. Naplánování dalšího převazu rány. (Stryja, 2008, s. 110-113)

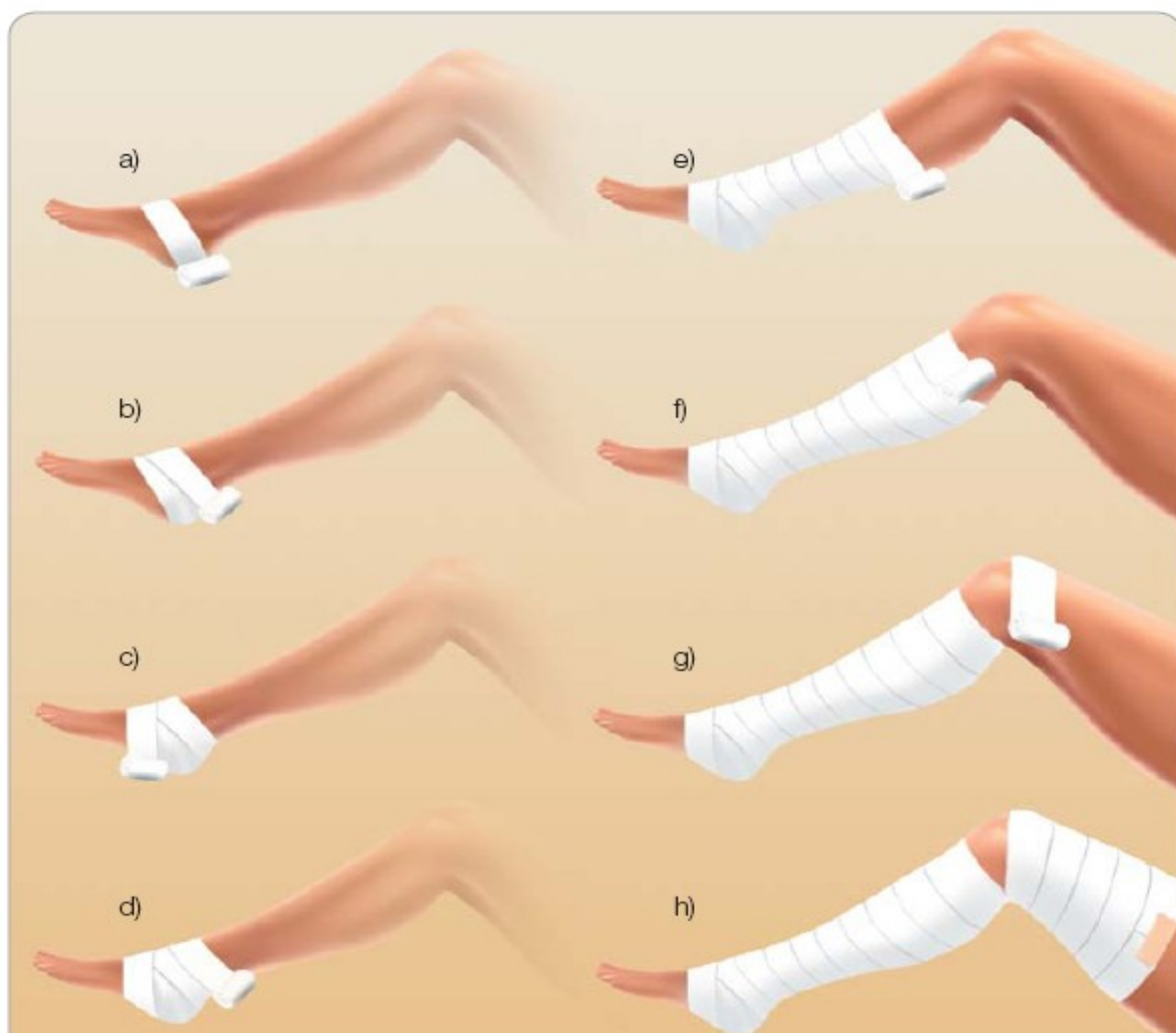
2. skupina – zevní kompresivní léčba

Je to základní léčba bércových vředů žilního původu. Patří sem správně provedená bandáž dolních končetin (mohou se používat punčochy správné velikosti a třídy, s výběrem velikosti poradí prodávající v lékárně nebo prodejně zdravotnických potřeb a třídu určí Váš lékař. Princip bandáže je velice jednoduchý. Obvaz obepíná končetinu po celém jejím obvodu pevným tlakem, takže rozšířené žíly se opět zúží a chlopně, které brání zpětnému toku krve, opět mohou plnit svoji funkci a díky tomu se zvýší rychlost proudění žilní krve. Dochází k zmenšení otoků, zrychluje se návrat krve z dolních končetin, a tím dochází k zlepšení a urychlení hojení rány. Je dobré bandáž kombinovat s pohybem a platí, že čím více se v bandáži pohybujete, tím je účinek léčby lepší.

Kompresní obvaz by se měl přikládat ráno v posteli, než se svěsí končetiny z postele. Při obvazování je důležité mít kotník v pravém úhlu. Účinný kompresivní obvaz musí končetinu pevně obepínat, nesmí ale škrtit a řezat (Peňázová, 2007, s. 84; Švestková, 2010, s. 18-23).



Obr. č. 3: Vliv kompresního obvazu na rozšířenou žílu dolní končetiny (Švestková, 2008, s. 18)



Obr. č. 4: Přikládání kompresního obvazu na dolní končetinu – bandážování (Hartmann-rico)

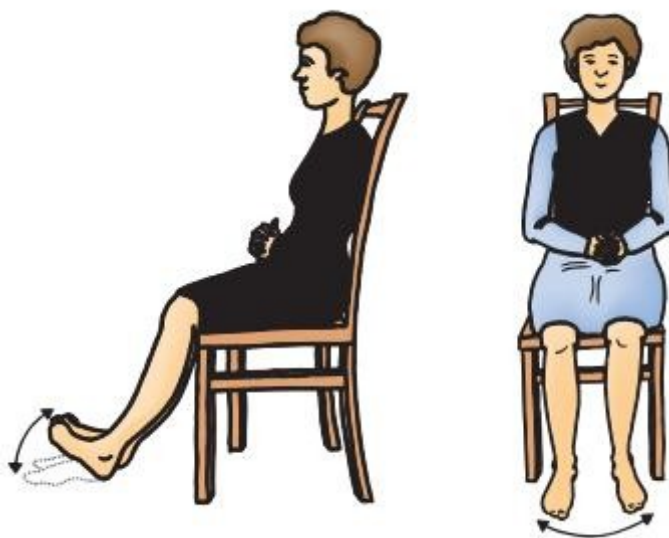
Při přikládání obvazu je důležité nezapomínat na pravý úhel v kotníku. První otáčku vedeme přes patu k nártu, z vnitřní strany nohy ven(a), druhá otáčka je vedena směrem ke kolenu(b). Obvaz se musí vždy překrývat ze 2/3 a nesmí vytvářet přehyby. Třetí otáčka je vedena přes nárt a chodidlo (c) a dále pokračujeme vzestupně od paty ke kolenu (d, e, f). Pokračujeme-li obvazem stehna (bandáž je efektivnější), vedeme obvaz vzestupně přes stehno stejným způsobem (česka může zůstat částečně volná g). Konec obvazu fixujeme neдрáždivou náplastí, nebo svorkami (nikdy nezastrkujeme za poslední otáčku) (h). Dobře přiložená bandáž je oporou pro celou končetinu, je důležité, aby nebolela.

3. skupina – systémová léčba

V jejím rámci se neléčí jen rána na bérce, ale vždy i příčina vzniku, Váš výživový stav, kdy je nutné dbát na pestrost stravy a udržování přiměřené hmotnosti. Strava by měla být bohatá na bílkoviny, zeleninu a dostatek tekutin. Je dobré vyhýbat se tučným jídlům, alkoholu a perlivým nápojům (Švestková, 2008, s. 25).

Pohyb

Nezbytnou součástí léčebného procesu musí být i přiměřená fyzická aktivita. Při vyšší fyzické aktivitě dochází ke zlepšení oběhových poměrů v končetinách a rána se lépe a rychleji hojí. Zařaďte proto do svého denního programu procházky a lehká cvičení dle vašich možností. Zkuste si během dne alespoň 10 x stoupnout na špičky, nebo kroužit nohama v kotnících. Zkuste i další cviky podle obrázků (Peňázová, 2007, s. 85)



Vsedě se střídavě opírejte o paty a špičky.

Vsedě se opřete o paty a špičkami pohybujte do stran



Vleže simulujte jízdu na kole.



Vleže propínejte a krčte špičky.

Vleže se zvednutými končetinami krčte a natahujte prsty



Obr. č. 5: Ukázky cviků při onemocnění bérce vředy (Švestková, 2008, s. 23-25)

Elevace končetin

Při onemocnění žilního systému pomáhá zvednutí dolních končetin nad úroveň srdce v době klidu, spánku a odpočinku. Během dne si nohy položte 3 - 5 x denně na 5 – 10 min. do zvýšené polohy. Je dobré i podložení nohou u postele v nohách o 10 cm (Švestková, 2008, s. 25).

Masáže studenou vodou

Masáže studenou vodou trénují cévní systém a přispívají ke zlepšení návratu krve k srdci. Sprchování je prospěšné i při převazu bércevého vředu, protože proudem vody jsou odstraněny povlaky i zbytky mastí.



Obr. č. 6: Masáž studenou vodou (Švestková, 2008, s. 26)

Péče o kůži

Charakter kůže se s přibývajícím věkem mění. Pokožka se ztenčuje a ztrácí svou pevnost a pružnost. Kůže se stává sušší a citlivější, proto je třeba pravidelné ošetření, díky kterému se kůže lépe regeneruje, hydratuje a zvyšuje svou odolnost. Můžete používat např. tyto přípravky: Menalind profesional, Cannaderm (Švestková, 2008, s. 28; Vízner, 2011, s. 11).

4. skupina – chirurgická léčba

U pacienta s nedokrvenými (ischemickými) defekty se provádí náhrada poškozené cévy cévou zdravou, tento výkon se jmenuje distální bypass, který s kombinací správného lokálního ošetření urychlí hojení rány.

(Karen, 2006, s. 4-7; Pejznochová, 2010, s. 30-38)

V případě dalších otázek se vždy informujte u svého ošetřujícího lékaře, nebo u sestry z domácí péče, která k Vám dojíždí na ošetřování bércevého vředu. Nebojte se zeptat, když Vás něco zajímá a trápí.

Shrnutí

Co je prospěšné při léčbě bércových vředů

- 1) Vhodná lokální (místní) léčba – vždy necháme na ordinaci lékaře.
- 2) Správně provedená zevní komprese dolních končetin (bandáž), lze nahradit správně zvolenými elastickými punčochami.
- 3) Vhodně zvolený pohyb dle Vašich možností s kombinací správné zevní komprese.
- 4) Dbát na pestrou stravu a udržovat přiměřenou hmotnost.
- 5) Elevace končetin 3-5x za den na 5-10 min.
- 6) Masáže studenou vodou, nezapomínat provádět při převazu.
- 7) Nezapomínat na pravidelnou péči o kůži

(Švestková, 2008, s. 28)

Co prospěšné při léčbě bércových vředů není

1) Dlouhé stání a sezení.

2) Působení vyšších teplot (sauna, horké lázně, koupele,...)

Nikdy nepokládat nohy na přímé zdroje tepla a nevystavovat přímému slunečnímu záření.

3) Škracení oděvu, punčoch a ponožek. Škodlivé je i řezání a pálení a zevní komprese dolních končetin.

4) Kouření

5) Drobná poranění na dolních končetinách, která se pak špatně hojí, proto se jim snažíme předejít.

6) Škodí nošení bot na vysokém podpatku, nebo bot bez úplného podpatku. Je nutné volit vhodnou a pohodlnou obuv.

(Švestková, 2010, s. 27).

Literatura

1. KAREN, Igor a Sabina, ŠVESTKOVÁ. Chronický vřed dolní končetiny, 2007 [online] Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře [cit. 2015-3-17]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, s. 1 - 10. ISBN: 80- 86998- 18- 5. Dostupné z: <https://.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Vred-DK.pdf>
2. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetření rana defektů na kůži*. 1.vyd.Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978- 80- 247- 2682- 3.
3. POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80- 7254- 469- 1.
4. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*.1. vyd. Semily: Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.
5. ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Bércové vředy, praktické rady pro pacienty*. Veverská Bitýška, Hartmann, 2008.

Seznam Obrázků

Obr. č. 1 Úvodní obrázek „sportem ke zdraví“ (Karetová, 2008, s. 155).....	1
Obr. č. 2 Příčiny vzniku bércových vředů (Švestková, 2008, s. 3).....	3
Obr. č. 3 Vliv kompresního obvazu na rozšířenou žílu bérce (Švestkova, 2008, s. 18).....	6
Obr. č. 4 Příkládání kompresního obvazu na dolní končetinu (Karetová, 2008,s.155-159).....	7
Obr. č. 5 Ukázky cviků při onemocnění bércovými vředy (Švestková, 2008, s. 23-25).....	9
Obr. č. 6 Masáž vlažnou vodou (Švestková, 2008, s. 26).....	10