

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Karolína Kosinová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postup převazu u pacienta s nehojící se ránou

Karolína Kosinová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Kosinová**
Osobní číslo: **Z12023**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Postup převazu u pacienta s nehojící se ránou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

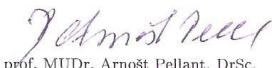
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného řešení dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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


1. STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 371 s. ISBN 978-808-6256-795.
2. POKORNÁ, Andrea a Romana, MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
3. POSPÍŠILOVÁ, Alena a Sabina ŠVESTKOVÁ. Léčba chronických ran. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001, 72 s. ISBN 80-7013-348-1.
4. GROFOVÁ, Zuzana. Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2012, 190 s. ISBN 978-808-7250-211.
5. BUREŠ, Ivo. Léčba rány. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 78 s. ISBN 80-7262-413-X.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Romana Lebedinská
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2013
Termín odevzdání bakalářské práce: 17. července 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. dubna 2015

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Karolína Kosinová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Romaně Lebedinské, za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále děkuji respondentům, kteří mi pomohli s výzkumnou částí práce. Děkuji také mé rodině za podporu a jejich trpělivost.

V Pardubicích dne

Karolína Kosinová

ANOTACE

Téma práce se zabývá péčí o pacienty s nehojícími se ranami. V praxi se setkáváme s tím, že ne vždy je péče o tyto pacienty podle doporučených postupů. Tato práce se zaměřuje zejména na rozdíly v lokální péči o nehojící se rány – metodika převazu rány, dodržování hygienických zásad, používání vhodných roztoků a produktů vlhké terapie v léčbě ran.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nehojící se rána, chronická rána, péče o ránu, převaz, všeobecná sestra

TITLE

Wound dressing changes in patient with non-healing wound

ANOTATION

The scope of the thesis is concerned with the care of patients with non-healing wounds. In reality we see that not always these patients are provided the proper care according to their commended procedures. This thesis focuses on the differences in the care for local non-healing wounds – the methods of bandaging wounds, maintenance of good hygiene, the use of solutions, and appropriate dressing materials for a successful treatment.

KEYWORDS

Nonhealing wound, chronic wound, wound dressing, general nurse

OBSAH

Úvod.....	9
Cíl práce.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Definice rány	11
1.1 Chronická rána	11
1.2 Odborné společnosti.....	11
1.3 Typy nehojících se ran	12
2 Hojení ran.....	15
2.1 Faktory ovlivňující hojení ran.....	15
2.2 Fáze hojení	17
2.3 Kontinuum hojení rány	18
3 Léčba rány.....	19
3.1 Metody léčby.....	19
3.2 Další metody	20
3.3 TIME systém.....	21
4 Sestra a péče o pacienta s nehojící se ránou.....	24
4.1 Kompetence sester v léčbě ran.....	24
4.2 Nehojící se rána a bolest	24
4.3 Převaz rány.....	24
4.4 Dokumentace.....	27
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	30
5 Výzkumné otázky	30
6 Metodika výzkumu	31
7 Prezentace výsledků	32

Diskuze	61
Závěr	64
Soupis bibliografických citací	66
Seznam příloh	68
Seznam ilustrací a tabulek	75
Seznam zkratk a značek	76

Úvod

Tato práce se zabývá problematikou chronických nehojících se ran a péčí o pacienty s těmito ranami různé etiologie. Touto prevalencí 1 - 2 % populace v produktivním věku a neustále jich přibývá (Stryja, 2011, s. 17). Nehojícími se ranami však může trpět každý člověk v jakémkoliv věku. Vliv má především zvyšující se výskyt civilizačních chorob, jako je například diabetes mellitus, obezita nebo ischemická choroba dolních končetin. Péče o pacienta s nehojící ránou je velmi složitým procesem, kde má nezastupitelnou úlohu sestra, která úzce spolupracuje s lékařem. Léčba ran nespočívá pouze v lokální terapii, nedílnou součástí je především zjištění etiologie rány a terapie celková. O metodě léčby rozhoduje lékař. Všeobecná sestra je kompetentní k ošetřování rány. Specifické kompetence mají všeobecné sestry, které získaly specializace v oboru léčba ran.

Teoretická část se zaměřuje na péči o pacienta s chronickou nehojící se ránou, popisuje se zde definice rány, její hojení, léčba a postup převazu.

Výzkumná část je zpracována pomocí dotazníkového šetření metodou kvantitativního výzkumu. Dotazníky, které jsem rozdala nelékařskému zdravotnickému personálu, se zaměřují na zjištění, zdali sestry dodržují správné postupy péče o ránu a její ošetřování. Praktickým výstupem této práce bude edukační leták, který může sloužit jak zdravotním sestřám, tak pacientům. Edukační leták vysvětluje správný postup převazu v domácím prostředí.

Cíl práce

Obecný cíl práce:

- Zjistit postupy péče o nehojící se ránu

Cíle teoretické části

- Seznámit čtenáře s problematikou nehojících se ran a jejich ošetřování

Cíle výzkumné části

- Zjistit postupy využívané v péči o ránu
- Zjistit druh a míru využívání produktů vlhké terapie
- Zjistit druh a míru využívání roztoků k ošetřování ran

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice rány

Rána je definovaná jako ztráta či porušení kožní integrity. U ran rozlišujeme, zda se jedná o ránu akutní, která se většinou hojí per primam – tudíž v krátkém časovém intervalu a bez vážných komplikací. Dále rozlišujeme ránu chronickou (nyní se užívá termín nehojící se rána), hojící se per sekundam – tkáň se hojí zmnožením granulační tkáně tím způsobem, až je zcela vyplněná (Stryja, 2011, s. 27).

1.1 Chronická rána

Správnou definicí, vytvořenou odborníky České společnosti pro léčbu ran je, že *chronická rána je sekundárně hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení* (Bureš, 2006, s. 22). Od května 2010 byl termín chronická rána nahrazen termínem nehojící se rána, tak rozhodla Evropská asociace společnosti pro hojení ran (EWMA) na svém XX. výročním kongresu v Ženevě (Stryja, 2011, s. 27 - 28). Důvodem toho bylo, že termín chronická rána zohledňoval pouze časový faktor, nikoliv stav rány, příčinu či prognózu (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 172).

1.2 Odborné společnosti

Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) a Evropská asociace společnosti pro hojení ran (EWMA)

ČSLR je sdružení lékařů a všeobecných sester se specializací z různých klinických oborů medicíny české republiky. Cílem tohoto sdružení je komplexní péče řešení hojení rány, zlepšování kvality péče, tvorby odborných standardů, edukaci a organizaci školicích akcí (cslr.cz). EWMA vznikla v roce 1991, toto sdružení vzniklo za účelem vzdělávání zdravotníků po celé Evropě. Zabývá se prevencí, epidemiologií a diagnostikou (ewma.org).

1.3 Typy nehojících se ran

Mezi nejčastější typy nehojících se ran patří:

- bérčové vředy venózní,
- bérčové vředy arteriální,
- bérčové vředy smíšené,
- dekubity,
- syndrom diabetické nohy,
- popáleniny
- onkologické defekty
- pooperační nehojící se rány (Stryja, 2011, s. 28).

Venózní bérčové vředy

Bérčové vředy venózního původu vznikají z důvodu chronické žilní insuficience. Vysoký tlak v žilách způsobuje poruchu mikrocirkulace a tím dochází k trofickým změnám kůže a podkoží, k pigmentacím, jizvením, ekzémovým projevům a případně mokvání. Tento druh vředu je lokalizován nejčastěji v okolí vnitřního kotníku (Pokorná a Mrázová, 2012 s. 102). Venózní bérčové vředy jsou charakterizovány střední až silnou rannou sekrecí, navalitymi okraji a spodina rány je bez přítomnosti nekrózy. V okolí tohoto defektu je tuhý otok a hyperpigmentace. Základem léčby těchto vředů je kompresivní terapie krátkotažnými obinadly, správná technika je vysvětlena níže ve 3. kapitole (Stryja, 2011, s. 148-149).

Arteriální bérčové vředy

Vznikají při částečném či úplném uzávěru tepen dolních končetin. Nejčastěji jsou lokalizovány na vnitřní, přední a zadní straně bérce, ale také kolem kotníků a na přední hraně tibie. Arteriální bérčové vředy jsou oproti venózním vředům menší, mají pravidelné okraje okrouhlého tvaru a jsou téměř bez ranné sekrece (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 103). Na spodině rány je často přítomna nekróza. Periferie končetin je bledá, chladná, bolestivá a nelze zde nahmatat pulzaci tepen (Stryja, 2011, s. 150).

Smíšené bérkové vředy

U smíšených vředů nelze určit jednoznačnou příčinu. U těchto ulcerací se kombinují znaky angiopatie a neuropatie. Ischemické bolesti jsou maskovány v důsledku sensorické neuropatie. Do smíšených bérkových vředů řadíme ulcerace venózní a arteriální, diabetické a venózní, arteriální a neuropatické aj. (Stryja, 2011, s. 159).

Dekubity

Dekubity neboli proleženiny jsou časté nehojící se rány. Postihují zejména ležící a těžce nemocné pacienty. Vznikají velice rychle, mohou se objevit již po dvou hodinách působení tlaku na predilekční místa, kterými jsou nejčastěji kost křížová, kost kyčelní, pata či okcipitální část hlavy (Stryja, 2011, s. 98). Vnitřními rizikovými faktory vzniku dekubitů jsou pohlaví – ženy jsou náchylnější ke vzniku proleženin než muži, omezená hybnost, inkontinence moče a stolice, poruchy nutričního stavu, porucha vědomí, infekční onemocnění s vysokými teplotami, onemocnění jakými jsou například anémie, maligní onemocnění, diabetes mellitus nebo neurologické choroby. Do vnějších příčin řadíme mechanické vlivy – intenzivní působení tlaku na tzv. predilekční místa, střížné síly, tření a vlhko – z důvodu inkontinence, pocení, nesprávné hygienické péče. Tyto faktory způsobují vlhkost, maceraci kůže, což ovlivňuje pH kůže a snižuje se tak kožní bariéra (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 113-114).

Popisují se 4 stupně dekubitů dle klasifikace EPUAP guidelines (EPUAP 2003).

1 stadium je erytém kůže v místě vzniku, neboli překrvení. **2 stadium** označuje povrchní poškození kůže, **3 stadium** poškození kůže v celém jejím rozsahu. Je poškozeno podkoží i svalovina zasahující až ke kosti. **4 stadium** je ztráta kůže s poškozením hlubokých struktur, fascií, cév, nervů, svalů, kloubních pouzder a přiléhající kosti (Stryja, 2011, s. 141 – 142).

Důležitým úkolem sestry je polohování pacienta každé dvě hodiny, přiložení antidekubitní matrace, mobilizace pacienta pokud je to možné, ošetřování kůže, zajištění suchého a správně upraveného lůžka, aplikace filmových obvazů na riziková místa a mnohé další úkony (Stryja, 2011, s. 143).

Syndrom diabetické nohy

Dle mezinárodního konsenzu z roku 1999 je syndrom diabetické nohy definován jako ulcerace nebo poškození hlubokých tkání na nohou diabetika distálně od kotníku včetně kotníku. To je spojeno s neurologickými nebo ischemickými abnormality na dolních končetinách a infekcí (Stryja, 2011, s. 32). Diabetická noha je pozdní komplikací u diabetu mellitu. Studie prokázaly, že 40 – 70 % amputací na dolních končetinách bylo provedeno pacientům s touto chorobou (Rybka, 2006, s. 152). Pro rok 2013 bylo 44 657 pacientů se syndromem diabetické nohy (ÚZIS ČR, 2015).

Nejznámější klasifikací k hodnocení syndromu diabetické nohy je Wagnerova klasifikace, která posuzuje hloubku ulcerace a přítomnost infekce (Stryja, 2011, s. 32).

Stupeň 1: povrchní ulcerace kůže

Stupeň 2: hlubší ulcerace zasahující do podkoží, neinfikovaná

Stupeň 3: hluboká ulcerace s abscesem, flegmónou, osteomyelitidou, infekční artritidou

Stupeň 4: lokalizovaná gangréna

Stupeň 5: gangréna nebo nekróza celé dolní končetiny

V léčbě je důležitá kompenzace diabetu mellitu, léčba infekčních komplikací antibiotiky, chirurgická léčba, lokální terapie a správná edukace, která může předcházet komplikacím (Bureš, 2006, s. 42).

2 Hojení ran

Hojení ran je proces obnovy tkání a je ovlivněno mnoha faktory, které dělíme na zevní a vnitřní. Rozpoznání a řešení těchto faktorů je důležité pro vhodnou léčbu lokální i celkovou (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 65).

2.1 Faktory ovlivňující hojení ran

Zevní faktory:

Pokorná a Mrázová (2012, s. 20 - 21) uvádějí tyto zevní faktory:

- **Porucha hemodynamiky** – perfúze krve je snížena a může vznikat až ischémie.
- **Hloubka rány** – u hlubší rány je potřeba mnohem více času k hojení, jelikož je zapotřebí více vaskularizované granulační tkáně. Mohou být postiženy i hlubší struktury tkání (svaly, šlachy, kloubní pouzdra, kosti).
- **Velikost rány** – stejně jako u hlubokých ran i velké rány se déle hojí.
- **Spodina rány** – hodnotíme sekreci, povlaky, nekrózy a přítomnost krevních sraženin – pokud jsou v ráně přítomny tyto faktory, hojení je pomalejší.
- **Lokalizace rány** – pokud je rána lokalizovaná na místech, která jsou vysoce namáhaná pohybem, nebo kde je nedostatek tukové tkáně, je předpokladem, že to povede ke špatnému hojení.
- **Okraje rány a její okolí** – Navalité, tuhé, neostré okraje jsou místem, kde se množí bakterie. Mají nepříznivé hojivé tendence.
- **Mikrobiální infekce** – infekce se projeví lokálními známkami zánětu (Celsovy znaky) - rubor – zčervenání, dolor – bolest, tumor – otok, calor – zteplání, functio laesa – porucha funkce.
- **Stáří rány** – Pokud se rána včas neléčí, nastává prolongace jejího hojení.
- **Lokální hypoxie rány** – přísun kyslíku je důležitý pro epitelizaci buněk a syntézu kolagenu. Hypoxie způsobuje infekci v defektu.
- **Teplota rány** – Optimální je tělesná teplota.
- **Cizí tělesa** – pokud je přítomno v ráně nějaké cizí těleso, nastává dráždění tkání a zvýší se riziko infekce.

- **Stav kůže v okolí rány** – exsudát, pot či inkontinence dráždí okolí rány, tak vzniká macerace. Hrozí plísňová či bakteriální infekce.

Vnitřní faktory:

- **Přidružená onemocnění** – mezi onemocnění, které ovlivňují hojení rány, řadíme: diabetes mellitus, (ICHS), hypertenze, malabsorce, imunodeficiencie, onkologická onemocnění (Pokorná a Mrázová, 2012 s. 20).
- **Stáří pacienta** – kůže pacienta v produktivním věku ztrácí svou bariérovou funkci, je velmi náchylná k poranění a má zvýšené riziko vzniku poranění (Stryja, 2011, s. 41).
- **Nutriční stav** – nedostatek minerálů (vitamin C a E) a stopových prvků (Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn). (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 20).
- **Farmakologická léčba** – léky jako jsou například cytostatika, imunosupresiva, antiflogistika, antihistaminika, antikoagulancia mohou u některých nemocných prodloužit dobu léčby v hojení ran (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 20). Po podání některých léků (např. blokátory vápníkových kanálů) můžou být přítomny otoky končetin (Stryja, 2011, s. 43).
- **Obranyschopnost** - Pacienti se sníženou imunitou jsou náchylnější na působení infekčního onemocnění (Bureš, 2006, s. 13).
- **Nádorové onemocnění** – malignity ovlivňují imunitní systém, a tím ovlivňují léčbu (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 21).
- **Spánek a psychická stav pacienta** – stres, úzkost, strach, demotivující projevy a s tím spojený narušený spánek jsou dalšími faktory, které zpomalují hojení (Pospíšilová a Švestková, 2001, s. 25). Nedostatek spánku má vliv na buněčné dělení (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 21).
- **Systémové infekce** - vzniká zhoršený vliv na aktivitu fibroblastů (Bureš, 2006, s. 13).
- **Způsob života** – vliv na hojení ran má také zaměstnání, pohybová aktivita a životospráva, do které spadá i abúzus návykových látek, užívání drog, alkoholu, analgetik a kouření. To vše může výrazně prodloužit dobu léčby (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 21).

2.2 Fáze hojení

Hojení je fyziologický proces, při kterém dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže. V procesu hojení rozlišujeme tři fáze – exsudativní, proliferační a epitelizační, které se vzájemně prolínají a navazují na sebe (Pejznochová, 2010, s. 11).

Exsudativní fáze - čištění

Fáze čištění začíná okamžitě po poranění. Je to obranná reakce organismu. V ráně se objevuje lokální zánět a poté dojde k exsudaci. V tomto procesu je hlavní složkou fagocytóza, kterou vykonávají granulocyty a makrofágy. Tímto proběhne proces čištění rány, krevní srážení a obrana proti infekci. Pokud na spodině rány přetrvávají hnisavé a nekrotické povlaky, tak se tato zánětlivá fáze prodlouží. (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 18). V této fázi je nutné podporovat proliferaci buněk, aktivně čistit ránu a podporovat granulaci (Pejznochová, 2010, s. 11).

Proliferační fáze - granulace

Ve fázi proliferace se tvoří nová granulační tkáň, která vyplňuje defekt. Růstové faktory a cytokiny stimulují fibroblasty a buňky cévního endotelu, tím začíná syntéza kolagenu a vznikají kapilární klubíčka, která se pak spojují ve větší cévy. Exsudace je v granulační fázi mírnější (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 19). Zde se musí zabránit vysychání rány a musí se udržovat elasticita okrajů rány. Nutné je kontrolovat granulaci v ráně a podpořit epitelizaci (Pejznochová, 2010, s. 12).

Epitelizační fáze - epitelizace

V této fázi se přibližují okraje rány a epitelizační tkáň postupně překrývá ránu ve směru od okrajů ke středu rány. Dochází k úplné přestavbě pokožky a probíhají strukturální změny ve škáře. Epitelizace je podmíněna granulací. Kontrakcí rány a vytvořenou jizvou se hojení ukončí (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 19). V epitelizační fázi hojení je nutné podporovat a chránit epitelizaci rány, kontrola okrajů rány a péče o jizvy (Pejznochová, 2010, s. 12).

2.3 Kontinuum hojení rány

The Wound Healing Continuum (WHC) je založena na klasifikaci převažující barvy a spodině rány. Základní typy ran, které charakterizuje tato klasifikace, jsou: černá, žlutá, červená a růžová s mezistupni seřazeno zleva doprava. Při úspěšném hojení se mění barva rány od černé k růžové (Stryja, 2011, s. 34 - 35).

Černá rána – na spodině rány je nekróza nebo gangréna. **Černo-žlutá rána** – bývá pod nekrotickým přiškvarem. **Žlutá rána** – značí hnis a odumřelou tkáň, u takových ran je zvýšené riziko infekce. **Žluto-červená rána** – koagula po traumatu, nebo z drolivých granulací. **Červená rána** – spodina rány je tvořena zdravou granulační tkání. Pokud dojde k rozpadu granulace, je defekt kriticky kolonizován. **Červeno růžová rána** – tvoří ji čerstvě vzniklý epitel, přes který prosvítá granulační tkáň. **Růžová rána** – kožní vřed je překrytý nově vzniklým epitelem. Do dokonalého vyhojení je nutné chránit vzniklý epitel před traumatizací (Bureš, 2006, s. 23 – 25).

3 Léčba rány

U léčby ran se rozlišuje celková a lokální terapie. Rozhodování o léčbě závisí na etiologii rány a také na zevních a vnitřních faktorech, které léčbu ovlivňují (Stryja, 2011, s. 43 – 44).

3.1 Metody léčby

Dnes existuje mnoho způsobů léčby ran. K léčbě nehojících se ran se používají terapeutická krytí zajišťující vlhké hojení, oplachové preparáty, larvoterapie, podtlaková terapie, hydroterapie a mnohé další metody (Stryja, 2011, s. 261).

Vlhká terapie

Vlhké hojení je metoda léčby ran, která udržuje optimální vlhké prostředí v ráně. Správná vlhkost je nezbytná pro čištění, granulaci a epitelizaci rány. Moderní vlhké krytí má absorpční nebo odváděcí schopnost exsudátu, udržuje optimální teplotu rány, zajišťuje výměnu plynů, a zabraňuje přilnutí sekundárního krytí k ráně, zmenšuje bolestivost, má schopnost débridementu a hrozí menší riziko macerace či suché kůže v blízkém okolí. Tímto se prodlouží i intervaly převazů a náklady na léčbu jsou nižší. Mezi základní typy krytí patří neadherentní krytí, antiseptické krytí, obvazy s aktivním uhlím, algináty, hydrokoloidy, hydrogely, polyuretany, pěny a filmové krytí (Hartmann, 2010).

Kompresivní terapie

Je jedním z nejdůležitějších způsobů léčby onemocnění žilního a lymfatického systému. Cílem je zlepšit cirkulaci prokrvení končetin, zmírnit jejich otok a zkrátit tak dobu hojení ran. Používá se při chronické žilní insuficienci, venózních a smíšených bércoých vředech. O přiložení kompresní terapie rozhoduje vždy lékař. V kompetenci sestry je její správná aplikace (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 80). Indikací kompresivní terapie je chronická žilní insuficience, bércoý vřed venózní a smíšený, flebedém a lymfedém, flebotrombóza a tromboflebitida. Kompresivní terapie se nesmí přikládat, pokud pacient tropí srdečním onemocněním, septickou flebitidou, ischemickou chorobou dolních končetin a periferní neuropatií (Stryja, 2011, s. 217 – 218).

Technika bandážování (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 111)

- Používáme krátkotažná obinadla nejčastěji se šíří 8 – 10 cm
- Nejvhodnější je přikládat bandáž hned ráno, kdy je končetina s minimálním otokem, nebo po minimálně 20-ti minutovém klidu
- Obinadlo vineme ze zdola vzhůru po končetině
- Bandáž se tvoří cirkulárními nebo klasovými otáčkami
- Je nutné, aby nejvyšší kompresivní tlak bandáže byl v oblasti kotníků
- Obinadlo nesmíme vázat řídce, vinutí musí překrývat nejméně z jedné poloviny předchozí otáčku
- Žádná část končetiny nesmí být volná (pata, část lýtky apod.)
- Pod kolenem se obinadlo pevně přichytí náplastí či svorkami

Nejčastějšími chybami v bandážování jsou odkrytá pata, nedostatečný tlak v oblasti kotníku, použití úzkého obinadla a zasunutý konec obinadla pod poslední otáčku. Bandáž nesmí na žádné části dolní končetiny tlačit (Stryja, 2011, s. 218 – 219).

3.2 Další metody

Larvoterapie

Larvoterapie využívá larev mouchy *Lucilia secirata* (bzučivka zelená). Larvy ránu čistí, ničí pouze odumřelé tkáně rány a stimulují hojení. Trávicí šťáva larev obsahuje růstové látky, které stimulují hojící se tkáň a zásobují ránu kyslíkem (Medical Tribune, 2012). Larvoterapie se používá na nekrotické a infikované rány, bércové vředy venózní nebo smíšené etiologie, u pacientů se syndromem diabetické nohy, nekrotických dekubitů nebo popálenin (Stryja, 2011, s. 87). U ran komunikujících s tělními dutinami nebo orgány, v blízkosti velkých cév nebo u ran masivně krvácejících je larvoterapie kontraindikována (Stryja, 2011, s. 87).

Podtlaková léčba (NPWT)

Kontrolovaný podtlak je neinvazivní metoda aktivního uzavěru rány. Biologický materiál je odváděn prostřednictvím speciální pěny a hadic do nádoby na infekční odpad. Léčba podtlakem snižuje infekci v ráně, urychluje čisticí fázi hojení a snižuje výdaje na léčbu (Stryja, 2011, s. 74). Tato metoda je indikována u akutních otevřených ran, které mohou být

hluboké i povrchní, povleklé a infikované, exsudující, čisté i granulující. Používá se u traumatických a pooperačních ran, zráťových poranění kožního krytu, popálenin nebo jako krytí dermoepidermálních štěpů. U nehojících se ran, jako jsou dekubity, ulcerace venózního a arteriálního původu a u syndromu diabetické nohy je také možno použít podtlakovou terapii (Stryja, 2011, s. 110). Absolutní kontraindikací je, pokud je na povrchu rány nekrotická tkáň s echarou, suchá gangréna nebo malignita na spodině rány. Relativní kontraindikace jsou neléčená osteomyelitida, píštěle, exponované cévy na spodině rány, a poruchy krevní srážlivosti (Stryja, 2011, s. 111).

HydroTerapie

Účinná a jednoduchá metoda léčby komplikovaných ran. Cílem je provedení débridementu. HydroTerapie je vhodnou terapií pro každou fázi hojení. Má dva hlavní účinky. V prvním kroku čistí nekrotizované, infikované a povleklé rány a tím nastartuje hojení, v kroku druhém ránu chrání a má podpůrný účinek k lepšímu hojení (Hartmann, 2010).

3.3 TIME systém

K efektivnímu zahájení léčby je nutná příprava spodiny rány. K posouzení hojení rány slouží tzv. TIME systém. Jedná se o model, který zahrnuje čtyři komponenty intervenčních postupů a léčby, které provádíme v každé fázi rány a v celém průběhu hojení. Posuzujeme, v jakém stavu je tkáň (T), jestli je v ráně přítomna infekce (I), vlhkost rány (M) a epitelizaci (E) (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 25).

T = neživá tkáň (Tissue management)

I = infekce nebo zánět (Inflammation and infectioncontrol)

M = vlhkost spodiny rány (Moisture balance)

E = podpora epitelizace (Epithelial / edge / advancement)

T – Tkáň

Označuje nekrózu, cizí materiál, kostní fragmenty a povlaky na spodině rány. Ke správnému hojení je důležitý débridement, který podporuje tvorbu zdravé tkáně (Stryja, 2011, s. 134).

Débridement je odstranění cizího materiálu nebo nekrotických tkání z defektu. Cílem je vyčištění spodiny rány a podpořit tak proces hojení (Stryja, 2011, s. 69). Débridement má dvě

fáze – odstraňovací a udržovací. Nejprve se odstraní nekrotická tkáň pomocí chirurgických nástrojů, larvoterapií či hydroterapií, poté se rána udržuje v čistotě a bez nekrotické tkáně – k tomu slouží terapeutické krytí (Stryja, 2011, s. 70). Provádějí se 4 metody débridementu. **Mechanický** – chirurgický, hydroterapie, débridement wet-to-dry, **autolytický** – osmotický débridement, léčba rány podtlakem, **chemický** a **enzymatický** – Enzymy v externech, larvoterapie (Stryja, 2011, s. 71 – 72).

I – Infekce, zánět

Zánětlivá reakce je fyziologickým dějem v procesu hojení rány. Dochází ke zvýšenému prokrvení, prosáknutí, otoku spodiny rány, rozpadu a odlučování nekrotické tkáně, aktivaci leukocytů a fagocytóze bakterií. V případě místní infekce stoupá lokálně počet leukocytů, zvyšuje se ranná sekrece, okolí defektu je zarudlé, bolestivé, oteklé a kůže zteplá. Tyto příznaky jsou patologické (Stryja, 2011, s. 135). Nejčastějšími bakteriemi postihující ránu jsou *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus species*, *Pseudomonasaeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli* (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 27). K léčbě ranné infekce se používají roztoky k léčbě ran, obvazový materiál s antimikrobiálním účinkem, obvazy se stříbrem nebo systémová antibiotická léčba (Stryja, 2011, s. 136). V této kapitole je nutné zmínit biofilm, který může být přítomen na ráně. Biofilm tvoří mikrobiální polysacharidy, proteiny, glykoproteiny a algináty v podobě hlenu. Zde se tvoří bakterie a biofilm jim napomáhá přežít. K léčbě biofilmu se používá antiseptické krytí (Stryja, 2011, s. 57 – 58).

M - Vlhkost

Udržování vlhkého prostředí rány urychluje reepitelizaci a snižuje riziko infekce. Pokud je spodina rány suchá, může to vést k pomalejšímu hojení (Stryja, 2011, s. 136).

E – Epitelizace

Epitelizace je konečná fáze uzávěru kožního defektu. Dochází při ní k dělení buněk pokožky na okrajích rány a jejich migraci po spodině rány směrem od okrajů defektu nebo z ostrůvků epitelu v ráně. Epitelizace může být narušena přímo i nepřímo. Přímé narušení znamená, že fibroblasty předčasně stárnou a je přítomna porucha přechodu rány z jedné fáze hojení do fáze druhé. Dále narušení proliferace, migrace a adheze keratinocytů. Ischemie a prodloužená hypoxie okrajů a spodiny rány narušují epitelizaci nepřímo. K podpoře epitelizaci je vhodné udržovat vlhké prostředí rány, pravidelně provádět débridement okrajů rány, zahájit včasnou

léčbu infekce a dodržovat metabolickou kontrolu vnitřního prostředí (Stryja, 2011 s. 136 - 137).

4 Sestra a péče o pacienta s nehojící se ránou

4.1 Kompetence sester v léčbě ran

Všeobecné sestry bez certifikovaného kurzu Léčba ran v České republice nejsou kompetentní pro výběr terapeutického krytí. Jsou oprávněné o ránu pouze pečovat, hodnotit, ošetřovat dle ordinace lékaře nebo konzultovat léčbu s lékařem a sestrou specialístkou. Bohužel názory sester nebývají často akceptovány a jejich kompetence jsou velice omezené v tomto směru. O vhodné léčbě rozhoduje lékař. Sestra se specializací nemá právo preskripce produktů vlhké terapie (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 7). O tomto pojednává zákon č. 96/2004 Sb. Zákon 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 (mzcr.cz, 2014).

4.2 Nehojící se rána a bolest

Definice bolesti

Bolest je definována jako nepříjemná senzorická a emoční zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání. Je vždy subjektivní a vnímání bolesti se liší podle věku, pohlaví, rasy a etniky (Rokyta, 2009, s. 21).

Bolest rány

Bolest v ráně rozdělujeme na akutní a chronickou, trvalou a intermitentní. Pokud pacient trpí častými bolestmi a tím spojeným stresem, má to neblahý účinek na hojení ran a tím se tato doba i prodlužuje. Mezi nejbolestivější rány patří bércové ulcerace venózního a arteriálního původu a dekubity (Stryja, 2011, s. 183).

4.3 Převaz rány

Účelem převazu je výměna primárního a sekundárního krytí. V případě, že se dodrží standardizované postupy při převazu ran, může se tím předejít možným komplikacím a urychlit se tak léčba hojení rány. Hlavním cílem převazů je zhojení rány a zkrácení doby

léčby. Délka trvání léčby je u každého pacienta individuální a záleží na jeho celkovém stavu a mnoha faktorech. Kvalita ošetřování je jedním z nich (Stryja, 2011, s. 200 - 201).

Příprava pacienta před převazem

Před plánovaným převazem rány je nutné vždy pacienta informovat a seznámit ho s výkonem, který bude zdravotnický personál provádět. Pokud pacient trpí bolestmi, tak se mu před převazem podají analgetika dle ordinace lékaře. Bezprostředně před převazem zaujme pacient vhodnou polohu, tak, aby byla co nejpohodlnější jak pro něj, tak pro ošetřující personál. Umyjeme si ruce teplou vodou a mýdlem. Následně provedeme hygienickou dezinfekci rukou (Stryja, 2011, s. 207). Dle doporučení ministerstva zdravotnictví dezinfikujeme tímto způsobem: vtíráme asi 3 ml dezinfekčního alkoholového roztoku po dobu 30-60 sekund do suché čisté pokožky rukou do úplného zaschnutí. Ruce se poté neotírají ani neoplachují (mzcr.cz, 2015). Vždy používáme ochranné pomůcky, jako jsou rukavice a ústenka.

Odstranění předešlého krytí

Rozlišujeme primární a sekundární krytí. Primární krytí se přikládá přímo na povrch rány a sekundární krytí ho absorbuje a fixuje nadměrný exsudát z rány. Pokud předchozí krytí nejde odstranit lehce, nikdy ho nestrháváme, abychom nepoškodili nově vzniklou tkáň. K odstranění náplasti nám může pomoci lékařský benzín či lihobenzín. Pokud je přilnuté krytí k ráně, je možné ho zvlhčit fyziologickým roztokem nebo aquou (Pejznochová, 2003, s. 64).

Dezinfekce a čištění okolí rány

Ujistíme se, že pacient není alergický na nějaký dezinfekční prostředek a poté provedeme dezinfekci okolí rány. Odstraníme zbytky mastí či krému např. slunečnicovým olejem. Odstraníme suché krusty pomocí sterilní pinzety. Tuto očistu můžeme nechat až po obkladu, kdy jsou krusty rozmočené a jdou lehce odstranit. Ke změkčení krust můžeme také použít vazelínu. Tímto hrozí menší riziko poranění okolí rány. Čištění okolí rány provádíme zvenku směrem dovnitř. Okolí rány musí být čisté a hydratované. V případě velké sekrece z rány musíme chránit okolí rány před macerací (Stryja, 2011, s. 208).

Obklad rány a débridement

Lékař provede débridement rány - odstranění zbytků nekróz, povlaků nebo fibrinu ze spodiny rány sterilním tampónem, pinzetou, chirurgickými nůžkami, skalpelem nebo exkochleační lžičkou. Všeobecná sestra asistuje lékaři, k provádění débridementu není kompetentní (Stryja, 2011, s. 208). Rychlou a efektivní metodou k débridementu je přípravek Debrisoft. Odstraňuje povlak a exsudát v ráně, zároveň i šupinky a keratózy okolní kůže. Pokud pacient nesnese provedení débridementu touto metodou od zdravotnického personálu, je možnost mu nabídnout provést si débridement rány touto metodou sám. Samozřejmě za splnění všech hygienických podmínek (Lochmann – Rauscher).

U nehojící se rány by se měl vždy provádět obklad na doporučenou dobu, který uvádí výrobce daného přípravku. Mezi vhodné roztoky patří Ringerův roztok, pitná voda o teplotě 36 – 37 °C a oplachové roztoky s mikrobiálním účinkem jako jsou Chlorhexidin, Prontosan roztok, Levamid roztoky, Microdacyn, DebrEcaSan, Octenisept a Octenilin. Do nevhodných roztoků řadíme Chloramin, Kyselinu peroctovou, Rivanol, Peroxid vodíku, Jodisol, Genciánovou violet' a Novikov. U některých z těchto roztoků byla v rámci studií prokázána karcinogenita na sliznici a způsobují předčasné stárnutí buněk (Stryja, 2011, s. 267 – 271).

Hodnocení rány

Rána se hodnotí dle WHC klasifikace, zhodnotíme hloubku a velikost rány pomocí pravítek, štětčiček či přístroje Visitrak. Nutný je podrobný popis rány. Vše se po převazu zapisuje do ošetřovatelské dokumentace (Stryja, 2011, s. 208).

Ošetření okolí rány

Ošetřuje se široké a bezprostřední okolí rány. Na bezprostřední okolí rány se používají ochranné pasty jako je např. Menalind krém nebo Cavidon, široké okolí se promazává vazelínou nebo jinými krémy podporující hydrataci pokožky (Pejznochová, 2003, s. 64).

Volba a aplikace materiálu

Pokud nemá sestra specializaci k hojení ran, vždy se řídí ordinací lékaře. S primárním krytím zacházíme vždy sterilně pomocí sterilních chirurgických nástrojů (nůžky, pinzeta...). Velikost nebo množství krytí se řídí doporučením výrobců terapeutických materiálů (Stryja, 2011, s. 209). Volba krytí záleží na mnoha faktorech a na tom jak ji pacient snáší.

Zvolený terapeutický materiál se musí neustále kontrolovat, jestli je léčba účinná nebo ne. Pokud během 3 až 6 týdnů nedojde ke zlepšení stavu rány, musí se léčivý přípravek změnit (Stryja, 2011, s. 263).

Aplikace sekundární krytí a jeho fixace

Na terapeutický materiál se přikládá sekundární krytí, které se následně fixuje ke kůži pomocí náplasti, fixačních obinadel nebo prubanu. U starších pacientů, kteří mají tzv. papírovou kůži, není vhodné používat náplasti (Pejznochová, 2003, s. 64).

Ukončení převazu

Po dokončení převazu uvedeme pacienta do původní polohy a ujistíme se, že je vše v pořádku. Dále je nutné se zajímat o bolesti pacienta během i po převazu a informovat ho o tom, kdy se bude provádět další výměna krytí. Použitý materiál vyhodíme do biologického odpadu. Chirurgické nástroje, které jsme kontaminovali, ponoříme do příslušné dózy s dezinfekcí. Vše provádíme v jednorázových rukavicích. Provedeme hygienickou dezinfekci rukou. Nakonec vše zaznamenáme do zdravotnické dokumentace (Stryja, 2011, s. 209 – 210).

4.4 Dokumentace

Dokumentace je způsob zachycení a uchovávání rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích. Rozdělujeme ji na lékařskou, ošetrovatelskou a provozní dokumentaci. Lékařská zdravotnická dokumentace zaznamenává poskytování zdravotní péče – ordinace léků, ordinace vyšetření, výsledky vyšetření a souhlas pacientů s hospitalizací, vyšetřením, léčbou. Ošetrovatelská dokumentace zaznamenává poskytované ošetrovatelské péče a denní záznamy sester. Provozní dokumentace informuje o fungování a chodu provozu pracoviště (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 13).

Dokumentace rány

Dokumentace nehojící se rány má účel informační a ochranný, nejen pro zdravotníky, ale i pro pacienty a plátce poskytované péče. Zaznamenávání ošetřování ran a výměn primárního i sekundárního krytí je nezbytné pro zjištění kvality péče i zpětného ověření postupu léčby.

Pokorná a Mrázová (2012, s. 63 - 75) uvádějí, že nutnými údaji v této dokumentaci jsou:

Vstupní hodnocení rány: proč rána vznikla, kde se nachází a jakou má velikost, předchozí terapii včetně primárního a sekundárního krytí, faktory ovlivňující hojení rány, hodnocení nutričního stavu, vyšetření ve vztahu k procesu hojení ran (např. cévní) a terapeutické postupy (kompresivní terapie, fototerapie aj.).

Lokalizace a velikost rány: na obrázek znázorňující lidské tělo se zakreslí, kde se defekt nachází a slovně se popíše přesnější údaje o ráně. Velikost se uvádí v centimetrech v pořadí délka × šířka × hloubka. K měření se používají speciální jednorázová pravítka. Hloubku měříme pomocí chirurgických nástrojů nebo štětíčkami. Naměřenou hodnotu pak přenášíme na pravítko.

Typ rány: Zde zaznamenáváme, zda se jedná o bércový vřed žilní etiologie, bércový vřed arteriální nebo bércový vřed smíšený, dekubit, diabetické defekty, popáleniny, onkologické rány, operační rány aj.

Klasifikace rány: Hodnotíme spodinu a celkový vzhled rány. Spodinu popisujeme jako nekrotickou, povleklou, čistou, granulující, epitelizující. K popisu používáme také WHC klasifikaci, která popisuje fázové hojení rány dle převažující barvy spodiny rány.

Hodnocení exsudátu: Všímáme si rozsahu sekrece a charakter exsudátu. Exsudát může být serózní, seropurulentní, purulentní nebo hemoragický. Množství exsudátu se hodnotí dle prosáknutí krytí dle Wound Exsudate Continuum klasifikace, která má pět stupňů přítomnosti exsudátu – žádná sekrece – mírná sekrece – střední sekrece – rozsáhlá sekrece – tekoucí exsudát.

Zápach rány: Přítomnost či nepřítomnost – charakterizovat zápach je subjektivní. Nepříjemný zápach můžeme ovlivnit krycím materiálem, jako jsou například obvazy s aktivním uhlím (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 150), ty pohlcují zápach a zabraňují infekci (Stryja, 2011, s. 182).

Kůže v okolí rány: okolí rány je důležitý ukazatel v procesu hojení. Všíme si barevných změn, puchýřků, plísňových onemocnění, hypertrofických projevů (xeróza - nadměrně suchá, olupující se kůže, hyperkeratóza – zvýšeně rohovatějící se kůže, dermatoskleróza – lesklá kůže, papilomatóza – bradavčité výrůstky, hypertrofické jizvy, nádorové infiltrace – hrboly kůže, podkožní defekty a atrofické projevy – tenká kůže se sníženou pevností a pružností).

Okraje rány: popis tvaru a pravidelnosti, hodnotíme, zdali jsou okraje rány ohraničené, neohraničené, naválité, edematózní, atonické, podminované, nekrotické, hyperkeratotické, macerované, erytematózní, hypergranulované nebo epitelizující.

Hodnocení bolesti: Pravidelné hodnocení intenzity bolesti je důležité k její správné léčbě. Nejčastěji používanou škálou je vizuální analogová škála bolesti (VAS), kde je číselná přímka s čísly 0 - 10. Nula znamená, že bolest není přítomna, a číslo deset ukazuje na tu největší bolest. Vyjádřená intenzita bolesti je subjektivním pocitem pacienta. Dalšími škálami jsou například numerická škála bolesti (NRS), záznam bolesti dle Melzacka, která hodnotí bolest během celého dne, zajímá se i o spánek a používané léky. Dále jednoduchá deskriptivní škála bolesti označena čísly 1 – 5, dotazník McGillPainQuestionnaire (MPQ), ve kterém se zjišťují sensoricko – emociální bolesti, průběh bolesti a intenzita bolesti. Pro zjištění vlivu bolesti pacienta na běžné denní aktivity se používá Dotazník interference bolestí s denními aktivitami (DIBDA) číslí 0 – 5 (Rokyta, 2009, s. 35 - 37).

Hodnocení cirkulace distální části těla: hodnotíme aspekci, palpaci, teplotu končetiny, identifikaci typu otoku, pulzaci na dolních končetinách a klaudikační bolesti.

Režim převazů: záznam předchozí lokální terapie – nutno uvést název, velikost, a množství primárního krytí. Jaký se používal roztok na obklad či oplach rány a jak dlouho a zda byla rána sprchována. Jaké se přiložilo sekundární krytí a čím bylo fixováno. Dále se popisuje stav krytí při převazu, zdali bylo suché, prosáklé, spotřebované či nespotřebované. Jaký je interval převazů a datum dalšího převazu.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumné otázky

1. Využívá personál pečující o pacienty s nehojící se ránou při převazu ochranných pomůcek?
2. Je v praxi postupováno při převazu nehojící se rány dle doporučených postupů a dodržují sestry své kompetence?
3. Má personál k dispozici standard péče při převazu nehojící se rány a byl personál přeškolen v této problematice?

6 Metodika výzkumu

K výzkumné části této bakalářské práce byla zvolena forma kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník vlastní formy, vytvořen po prostudování doporučených postupů EWMA a ČSLR a odborné literatury, byl rozdán nelékařskému zdravotnímu personálu a sloužil jako nástroj pro zjištění odpovědí na předem stanovené cíle a výzkumné otázky.

Dotazník byl zcela anonymní a tvořily ho uzavřené i otevřené otázky. Skládal se celkem z 29 otázek. Otázky č. 1, 2, 3, 4 jsou zaměřené na pohlaví, věk, vzdělání a pracoviště respondentů. Otázky č. 5 a č. 6 zjišťují, zdali se na pracovišti setkávají s nehojícími se ránami a s jakými typy. Otázky č. 7, č. 8 a č. 16 jsou zaměřené na ochranné pomůcky. Otázky č. 9, č. 10, 11 se ptají na používání vlhké terapie. Otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25 jsou zaměřeny na převaz rány. Otázky č. 20, 21 se ptají na používání klasifikací a znalost WHC klasifikace. Otázky č. 22, 23, 27, 28 zjišťují informace o školení a doporučených postupech. Otázka č. 29 zjišťuje názory respondentů k efektivnější léčbě ran.

Organizace výzkumu

Dotazníky byly určeny nelékařským zdravotním pracovníkům, kteří přicházejí do styku s nehojícími se ránami. Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu měsíce duben 2015 v nemocničním zařízení krajské nemocnice.

Charakteristika zkoumaného souboru

Rozdáno bylo celkem 51 dotazníků na interní oddělení, geriatrické oddělení, traumatologické oddělení a oddělení domácí péče. Vráceno bylo celkem 38 dotazníků, avšak k zpracování jich bylo použito 34, a to z důvodu neúplnosti dat, které byly důležité pro zpracování výsledků.

Metodika zpracování dat

Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. Ke každé otázce byla vytvořena tabulka nebo graf pro lepší přehlednost.

7 Prezentace výsledků

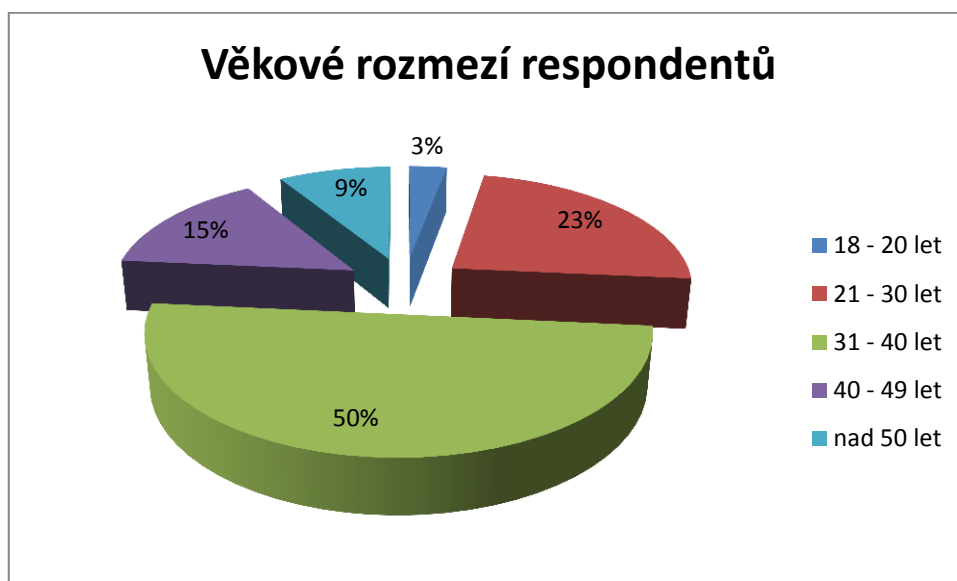
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 1 - pohlaví respondentů

	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
žena	33	97%
muž	1	3%
celkem	34	100%

Z otázky č. 1 vyplývá, že se výzkumného šetření zúčastnilo 33 žen (97 %) a 1 muž (3 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let



Obrázek 1 - věkové rozmezí respondentů

Nejčastější věkové rozmezí respondentů je mezi 31 – 40 lety (50 %), tento věk uvedlo 17 respondentů. Dále mezi 21 – 30 lety (24 %), tak odpovědělo 8 respondentů. Pět dotázaných uvedlo věk mezi 41 – 50 lety (15 %), nad 50 let bylo 3 respondentům (9 %) a pouze 1 dotazujícímu bylo mezi 18 – 21 lety (3 %).

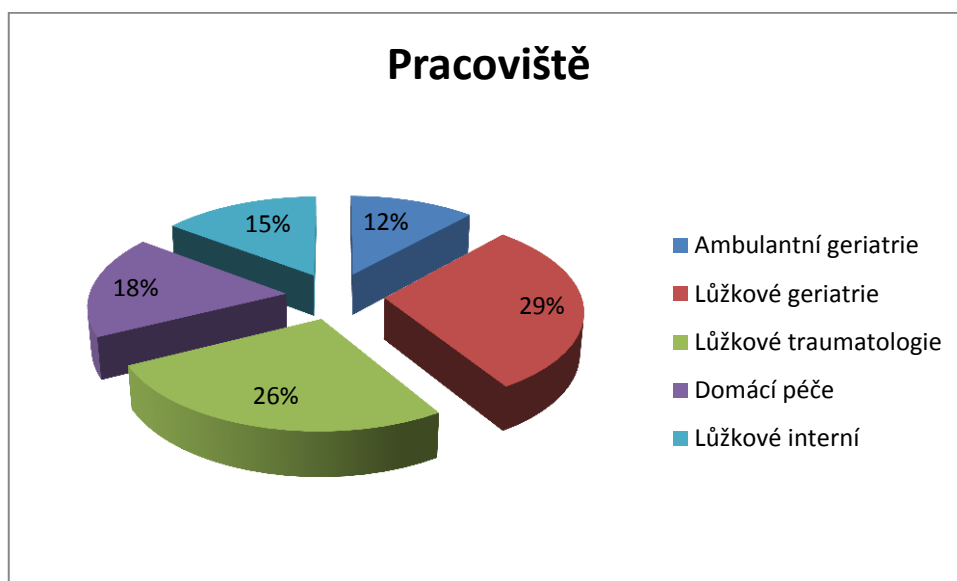
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 2 - nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z výsledků vyplývá, že 15 sester (44 %) má středoškolské vzdělání a jsou všeobecné sestry, 4 zdravotní sestry (12 %) mají také vystudovanou střední školu avšak jako zdravotnický asistent. Devět respondentů (26 %) má vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem, čtyři mají vysokoškolské vzdělání s magisterským titulem (12 %) a jeden z dotazujících má doktorský titul (3 %). Vyšší odbornou zdravotnickou školu má vystudovanou jeden respondent (3 %).

Otázka č. 4: Na kterém typu pracoviště pracujete?



Obrázek 3 - pracoviště respondentů

Z výsledků vyplývá, že 14 respondentů z celkového počtu pracuje na geriatrickém oddělení, z toho 10 z nich na lůžkovém oddělení (29 %) a 4 pracují na geriatrické ambulanci (12 %). Na traumatologickém oddělení pracuje 9 respondentů (26 %), v domácí péči 6 respondentů (18 %) a na interním lůžkovém oddělení 5 respondentů (15 %).

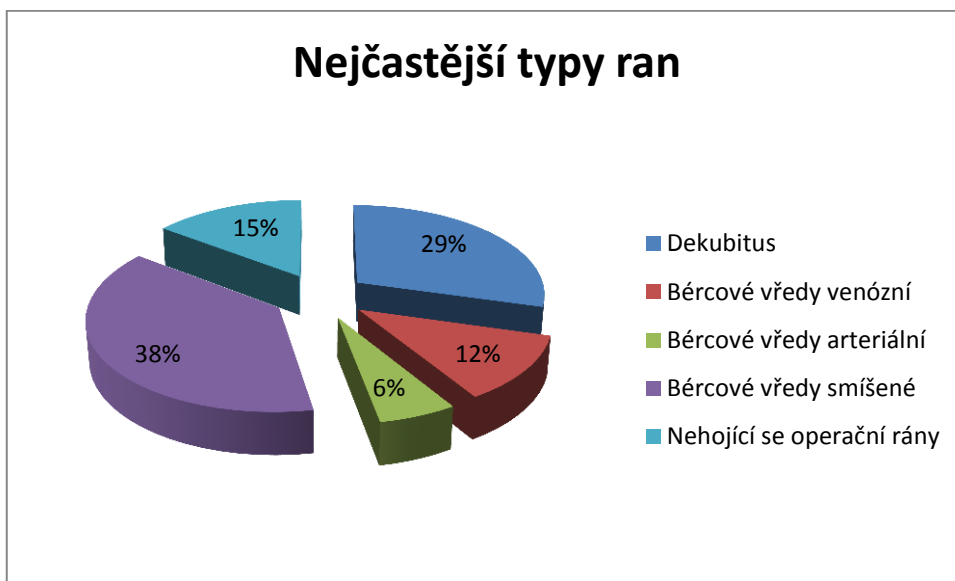
Otázka č. 5: Setkáváte se na Vašem pracovišti s pacienty, kteří trpí nehojící se ránou?

Tabulka 2 - setkávání se s nehojící se ránou

	Počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	34	100%
Ne	0	0%
Celkem	34	100%

Všech 34 dotazovaných odpovědělo, že se setkávají na svém oddělení s nehojící se ránou (100 %).

Otázka č. 6: S jakými nehojícími se ranami se setkáváte nejčastěji?



Obrázek 4 - nejčastější typy ran

Nejčastěji udávanou odpovědí v této otázce bylo, že se sestry nejčastěji setkávají s bércovými vředy smíšenými (38 %) – 13 odpovědí. Druhou nejvíce uváděnou nehojící se ránou byly dekubity (29 %) – 10 odpovědí. Pět respondentů se nejčastěji setkává s nehojícími se operačními ránami (15 %), čtyři respondenti odpověděli, že s bércovými vředy venózními (12 %) a dva z dotazovaných nejčastěji ošetřují bércové vředy arteriální etiologie (6 %).

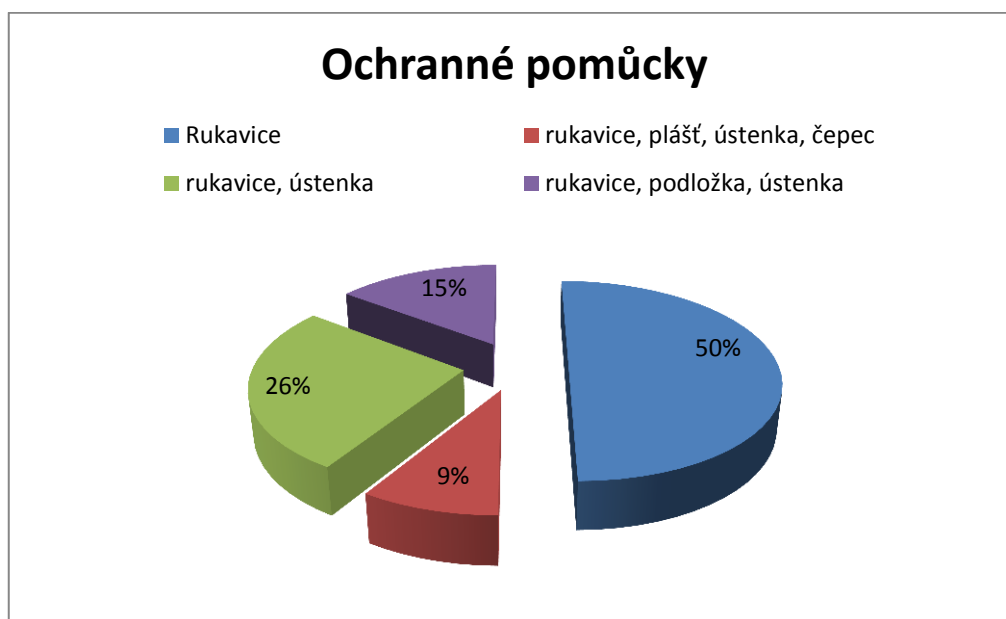
Otázka č. 7: Používáte při převazech ran nějaké ochranné pomůcky?

Tabulka 3 - používání ochranných pomůcek

	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	34	100%
Ne	0	0%
Celkem	34	100%

Z tabulky plyne, že každý z respondentů používá při převazech ochranné pomůcky (100 %)

Otázka č. 8: Jaké ochranné pomůcky používáte při aseptických převazech?



Obrázek 5 - ochranné pomůcky

Graf ukazuje, že 17 sester používá při převazech ran rukavice (50 %), dalších 9 používá rukavice a ústenku (26 %). Pět respondentů uvedlo, že k rukavicím a ústence používá ještě podložku (15 %). Rukavice, plášť, ústenku a čepec používají 3 respondenti (9 %).

Otázka č. 9: Používáte obvazový materiál pro vlhkou terapii? (např. antiseptické krytí, hydrokoloidové krytí, hydrogelové krytí...)

Tabulka 4 - používání obvazového materiálu pro vlhkou terapii

Sloupec1	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	33	97%
Ne	1	3%
Celkem	34	100%

Pouze jeden z respondentů uvedl, že nepoužívá obvazový materiál pro vlhkou terapii (3 %), 33 respondentů odpovědělo, že ano (97 %).

Otázka č. 10: Jaké nejčastější produkty?

Tabulka 5 - nejčastěji používané produkty pro vlhké hojení ran

Sloupec1	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Hydrosorb gel	6	18%
Inadine	7	21%
Flamigel	10	29%
Aquacel	7	21%
Betadine	2	6%
Flamigel, Hydrosorb gel, Hyodine	1	3%
Hyodine	1	3%
Celkem	34	100%

Deset respondentů uvedlo, že nejčastěji používají Flamigel (29 %), druhou nejčastější odpovědí byl Aquacel (21%) – tento produkt zvolilo 7 dotazovaných a zároveň Inadine (21 %) – i tento produkt zaznamenalo 7 dotazovaných. Hydrosorb gel by zvolilo 6 respondentů (18 %). Jeden z dotazovaných napsal, že nejčastěji používá tyto terapeutické materiály: Flamigel, Hydrosorb gel a Hyodine (3 %), a jeden z respondentů uvedl produkt Hyodine (3 %).

Otázka č. 11: Máte na oddělení či ambulanci dostatek převazového materiálu?

Tabulka 6 - dostatek převazového materiálu

Sloupec1	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	6	18%
Ne	28	82%
Celkem	34	100%

Pouze šest respondentů udává, že mají na pracovišti dostatek převazového materiálu (18 %), zbylých dvacet osm dotazovaných dostatek terapeutického materiálu k převazu ran nemají (82 %).

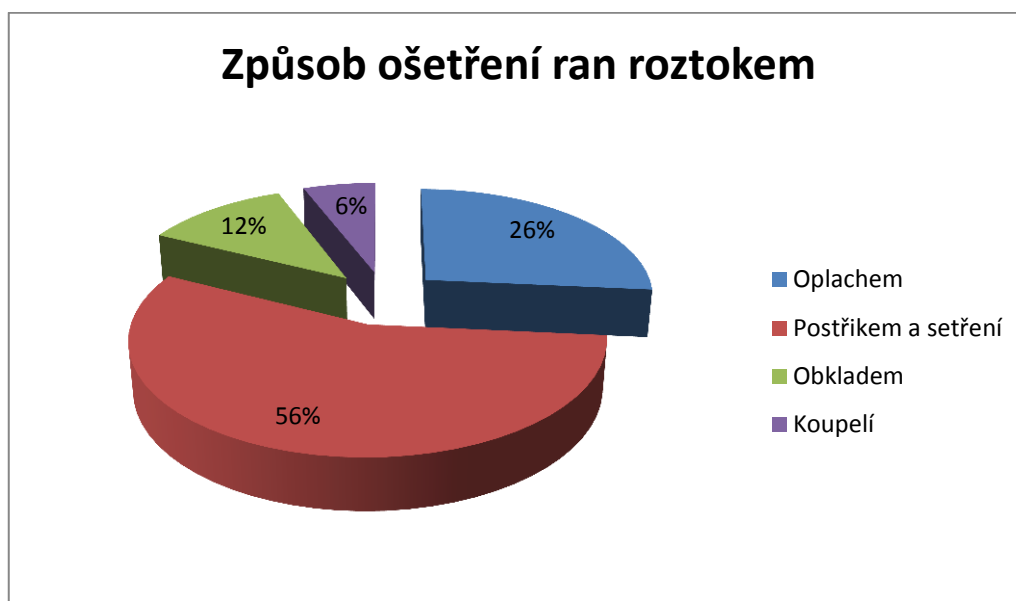
Otázka č. 12: Jaké používáte roztoky k ošetření ran?

Tabulka 7 - používané roztoky k ošetření ran

	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Fyziologický roztok	5	15%
Betadine	0	0%
Ringerův roztok	3	9%
Peroxid vodíku	0	0%
Prontosan	8	24%
Dermacyn	15	44%
DebriEcaSan	3	9%
Jiné	0	0%
Celkem	34	100%

Dermacyn používá k ošetření ran 15 zdravotníků (44 %), Prontosan 8 zdravotníků (24 %), Fyziologický roztok 5 zdravotníků (15 %), Ringerův roztok 3 (9 %) a stejně tak DebriEcaSan 3 zdravotníci (9 %). Žádné jiné roztoky respondenti nezmínili.

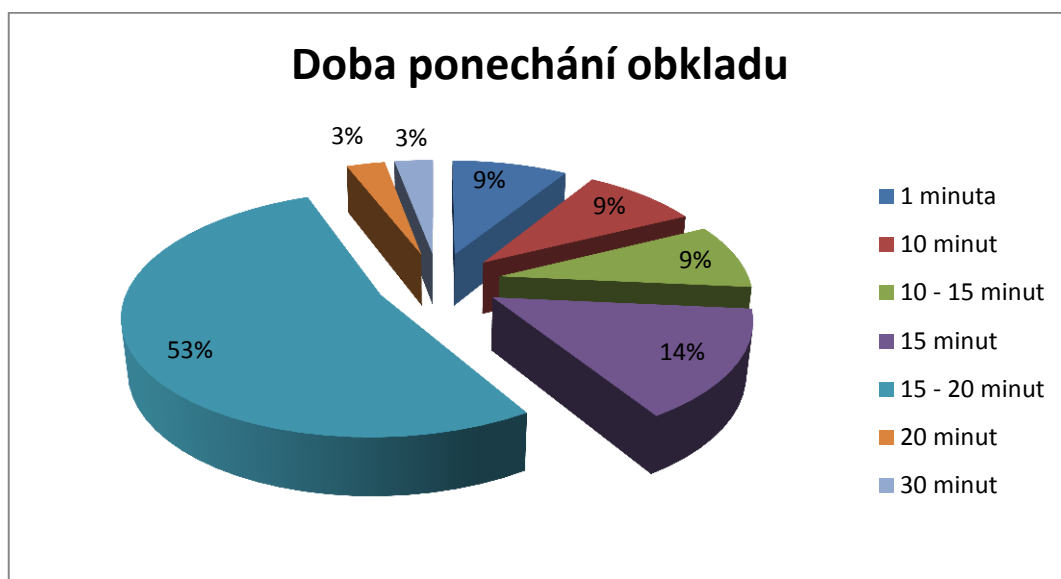
Otázka č. 13: Jakým způsobem používáte přednostně roztok k ošetření ran?



Obrázek 6 - způsob ošetření ran roztokem

Více jak polovina respondentů (19) čistí ránu postřikem a setřením (56 %), devět uvádí oplach rány (26 %), čtyři z dotazovaných provádí obklad rány (12 %) a dva respondenti čistí ránu koupelí (6 %)

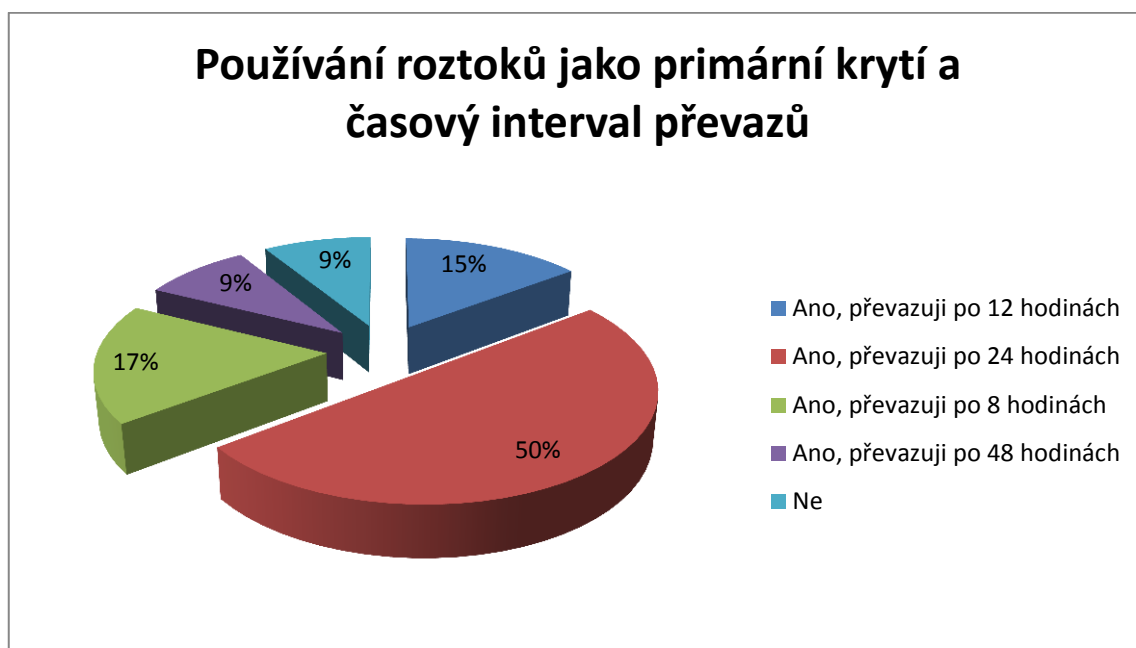
Otázka č. 14: Jak dlouho necháváte obklad s roztokem na ráně, těsně před definitivním ošetřením?



Obrázek 7 - doba ponechání obkladu s roztokem na ráně

Většina sester nechává obklad na ráně 15 – 20 minut (53 %), tak odpovědělo 18 dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo 15 minut (15 %), takto dlouho nechává obklad na ráně 5 sester. Z tabulky je dále jasné, že tři sestry nechávají obklad 1 minutu (9 %), tři 10 minut (9 %), a tři 10 – 15 minut (9 %). Jeden respondent napsal, že 20 minut (3%) a jeden že 30 minut (3 %).

Otázka č. 15: Používáte roztoky také jako primární krytí na ránu? (Např. čtverce napuštěné Dermacynem, Betadinem ...). Pokud ano, po kolika hodinách převazujete?



Obrázek 8 - používání roztoků jako primární krytí a časový interval převazů

Pouze tři z dotazovaných odpověděli na tuto otázku, že nepoužívají roztoky jako primární krytí (9 %). Zbýlých 31 používá roztoky jako terapeutický materiál. Po 24 hodinách převazuje 17 respondentů (50 %), po 8 hodinách 6 respondentů (18 %), po 12 hodinách 5 respondentů (15 %) a po 48 hodinách 3 respondenti (9 %).

Otázka č. 16: Vyměňujete si rukavice po sundání předchozího krytí?

Tabulka 8 - výměna rukavic

Sloupec1	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	25	74%
Ne	9	26%
Celkem	34	100%

25 respondentů si rukavice vyměňuje (74 %), zbylých 9 odpovědělo, že ne (26 %).

Otázka č. 17: Čím ošetřujete bezprostřední okolí rány?

Tabulka 9 - ošetření bezprostředního okolí rány

Sloupec1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ochrannými pastami (Menalind, Pityol ...)	18	53%
Antibiotickými mastmi (Fucidin, Bactroban ...)	0	0%
Antimykotickými mastmi (Imazol ...)	8	24%
Cavilon sprej	4	12%
Ničím	4	12%
Celkem	34	100%

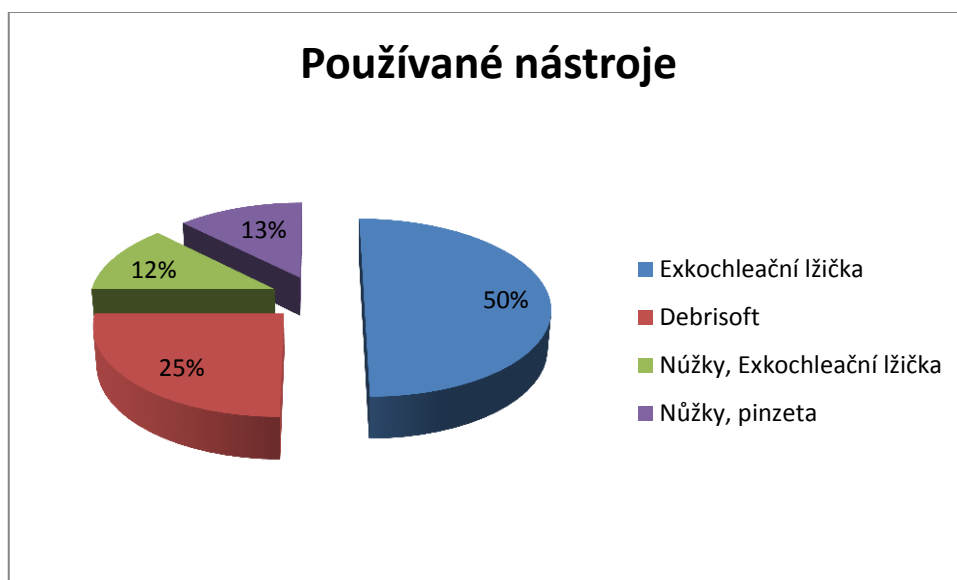
Více jak polovina respondentů uvedlo, že bezprostřední rány ošetřují ochrannými pastami (53 %) – 18 respondentů. 8 respondentů používá antimykotické masti (24 %), 4 z dotazovaných zaškrtnulo možnost „jiné“ a uvedli, že používají Cavilon sprej (12 %). Antibiotické masti nepoužívá nikdo z dotazovaných a 4 respondenti neošetřují bezprostřední okolí ničím (12 %).

Otázka č. 18: Používáte při čištění (débridementu) rány nějaké nástroje či Debrisoft?

Tabulka 10 - používání nástrojů k čištění rány

Sloupec1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	8	24%
Ne	26	76%
Celkem	34	100%

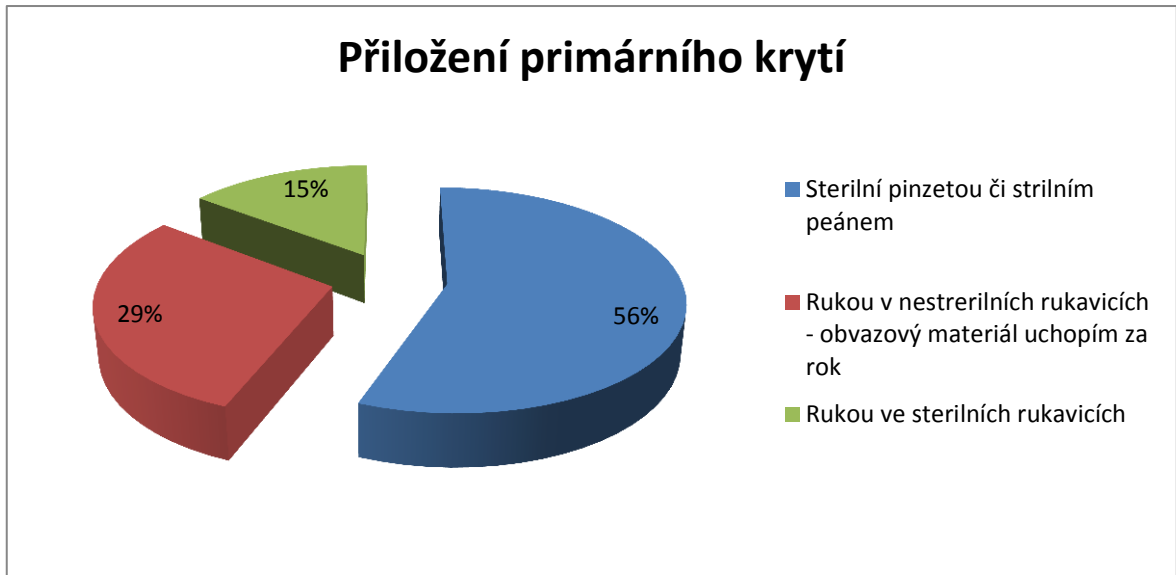
Většina respondentů (26) nepoužívá k čištění rány nástroje (76 %), zbylých 8 uvedlo, že ano.



Obrázek 9 - uváděný typ nástrojů k čištění rány

Čtyři respondenti používají k débridementu exkochleační lžičku (50 %), Debrisoft uvedli 2 dotazovaní (25 %), jeden respondent používá k čištění nůžky a exkochleační lžičku (13 %) a jeden nůžky a pinzetu (13 %).

Otázka č. 19: Jakým způsobem aplikujete primární krytí na ránu?



Obrázek 10 - přiložení primárního krytí na ránu

Sterilní pinzetou či sterilním peánem aplikuje primární krytí na ránu 19 respondentů (56 %). Deset z dotazovaných uvedlo, že obvazový materiál uchopí v nesterilních rukavicích za roh a poté krytí přiloží na ránu (29 %). Pět respondentů přikládá krytí na ránu rukou ve sterilních rukavicích (15 %).

Otázka č. 20: Používáte při hodnocení stavu rány nějaké škály?

Tabulka 11 - používání škál k hodnocení stavu rány

Sloupec1	Počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	5	15%
Ne	29	85%
Celkem	34	100%

Pouhých 5 dotazovaných odpovědělo, že používá škály k hodnocení stavu rány (15 %), všech pět uvedlo, že používá Nortonovu stupnici. 29 škály nepoužívá (85 %).

Otázka č. 21: Znáte WHC klasifikaci rány?

Tabulka 12 - znalost WHC klasifikace

Sloupec1	počet odpovědí	Počet odpovědí v %
Ano	14	41%
Ne	20	59%
Celkem	34	100%

WHC klasifikaci zná 14 respondentů (41 %), dvaceti respondentům tento pojem nic neříká (59 %).

Otázka č. 22: Prošli jste na Vašem oddělení školením o léčbě ran a doporučených postupech?

Tabulka 13 - školení na pracovišti

Sloupec1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	23	68%
Ne	11	32%
Celkem	34	100%

68 % zdravotníků bylo proškoleny v této tématice – tak odpovědělo 23 respondentů. Zbýlých 11 proškoleny na téma léčba ran nebylo (32 %).

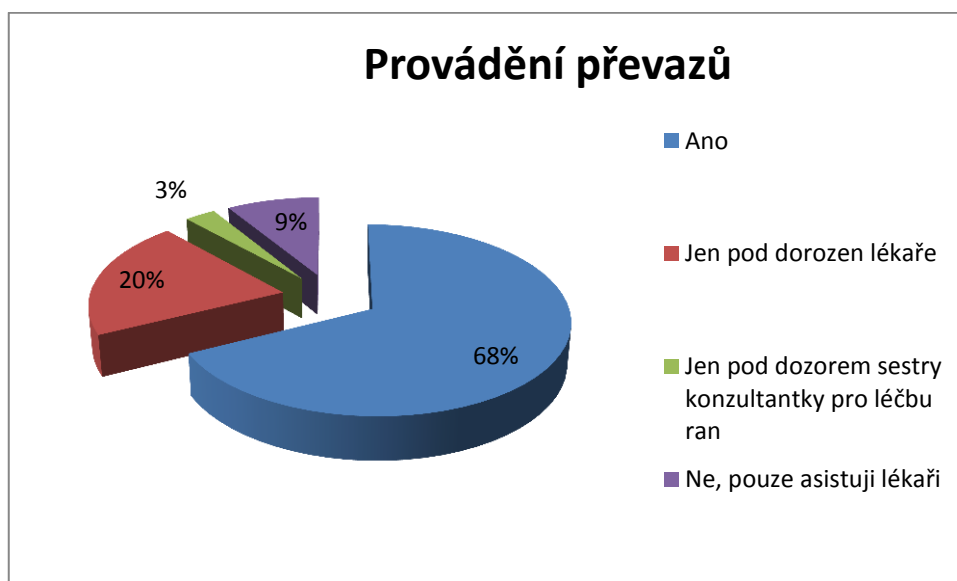
Otázka č. 23: Měli byste o školení zájem?

Tabulka 14 - zájem o školení

Sloupec1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Ano	33	97%
Ne	1	3%
Celkem	34	100%

Až na jednoho respondenta (3 %) by všichni z dotazovaných (33) měli zájem o školení (97 %).

Otázka č. 24: Provádíte u pacientů převazy sám/sama?



Obrázek 11 - provádění převazů

23 respondentů dělá převazy ran samo (68 %). Jen pod dozorem lékařem převazuje 7 respondentů (21 %), 3 z dotazovaných uvedlo, že pouze asistují lékaři (9 %) a jeden respondent uvedl, že převazuje rány pouze pod dozorem sestry konzultantky pro léčbu ran (3 %).

Otázka č. 25: Kdo rozhoduje ve vašem zdravotnickém zařízení o výběru krytí, které se aplikuje na ránu?

Tabulka 15 - rozhodování o výběru terapeutického krytí

Sloupec1	počet odpovědí	počet odpovědí v %
Lékař	28	82%
Sestra specialista - konzultantka pro léčbu ran	2	6%
Všeobecná sestra	4	12%
Celkem	34	100%

Většina sester odpovědělo (28), že v jejich zdravotnickém zařízení rozhoduje o výběru terapeutického krytí lékař (82 %), 4 respondenti uvedli, že o tomto rozhoduje všeobecná sestra (12 %). Sestra se specializací rozhoduje dle dotazníku u 2 respondentů (6 %).

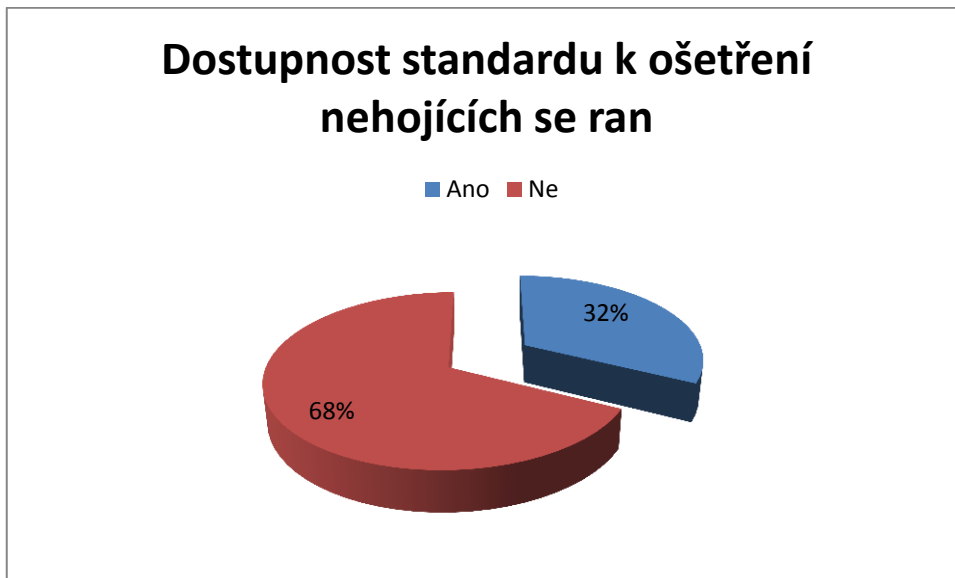
Otázka č. 26: Myslíte, že jsou lékaři dostatečně vzděláni v této problematice?



Obrázek 12 - pohled zdravotníků na vzdělání lékařů v léčbě ran

Více jak polovina dotazovaných (22) si myslí, že lékaři nejsou v této problematice dostatečně vzděláni (65 %). Zbýlých 12 respondentů má opačný názor (35 %).

Otázka č. 27: Máte k dispozici metodický pokyn – standard k ošetření nehojící se (chronické) rány?



Obrázek 13 - dostupnost standardu k ošetření nehojících se ran

Standard k ošetření nehojících se ran má k dispozici 11 sester (32 %), 23 dotazovaných vedlo, že tento metodický pokyn k dispozici nemá. (68 %)

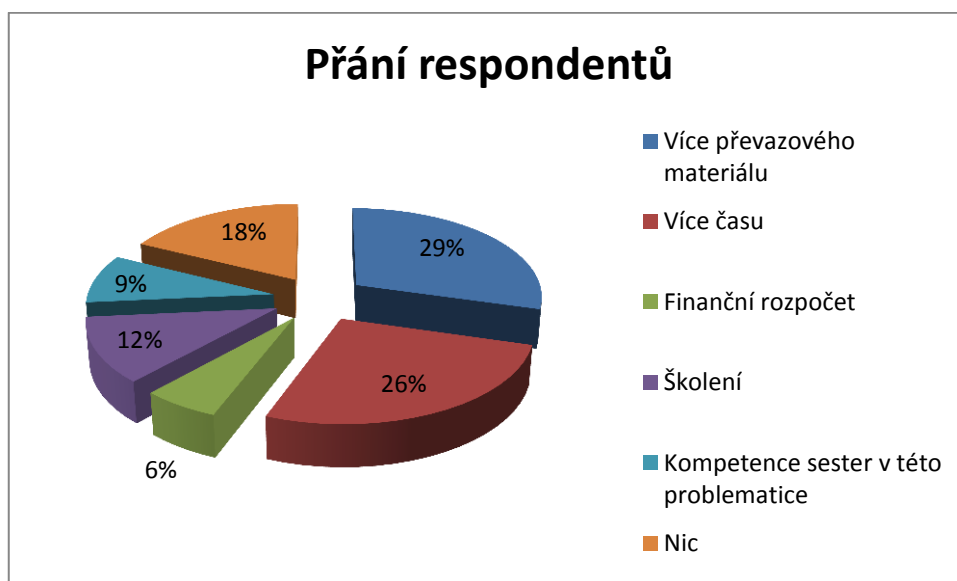
Otázka č. 28: Myslíte si, že děláte převazy ran dle nejnovějších doporučení?



Obrázek 14 - pocit zdravotníků z provádění převazu

Téměř polovina (16) si myslí, že převazy nedělá dle nejnovějších doporučení (47 %), 13 respondentů se domnívá, že ano (38 %) a pět z dotazovaných neví, zdali dělají převazy dle standardu (15 %).

Otázka č. 29: Co si myslíte, že je třeba na Vašem oddělení změnit ve prospěch správného postupu v převazech a péči o rány?



Obrázek 15 - přání respondentů ve prospěch zvýšení úspěšnosti převazů a péči o rány

Více převazového materiálu by si přálo 10 respondentů (29 %), více času by potřebovalo 9 respondentů (26 %), školení by pomohlo 4 respondentům (12 %), tři z dotazovaných by si mělo zájem o zvýšení kompetencí v této problematice (9 %), dva respondenti si myslí, že by oddělení pomohlo více financí (6 %) a šest respondentů uvedlo, že není třeba změnit nic (18 %).

Diskuze

Rozdáno bylo celkem 51 dotazníků na interním oddělení, geriatrickém oddělení, traumatologickém oddělení a na oddělení domácí péče. Vráceno bylo celkem 38 dotazníků, avšak k zpracování jich bylo použito 34, a to z důvodu neúplnosti dat.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 33 žen a 1 muž a to nejčastěji ve věku 31 – 40 let. Největší počet respondentů udává, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Jednalo se tedy o nelékařské zdravotnické pracovníky. Jak se dalo čekat, všichni z respondentů uvedli, že se na svém pracovišti setkávají s nehojícími se ranami a to nejčastěji s bércovými vředy smíšené etiologie. MUDr. Jan Stryja, člen společnosti ČSLR uvádí, že nejčastějšími nehojícími se ranami jsou bércové vředy venózního původu, poté arteriálního původu i defekty smíšené etiologie.

Výzkumná otázka č. 1: Využívá personál pečující o pacienty s nehojící se ránou při převazu ochranných pomůcek?

Každý z respondentů uvedl, že pokaždé při převazu používá ochranné pomůcky. Avšak v následující otázce jsem zjistila, že většina sester nepoužívá ochranné pomůcky dle doporučených léčebných postupů v léčbě ran, vydaných Českou společností pro léčbu rány. Polovina respondentů odpověděla, že používá pouze rukavice. U běžných převazů se mají používat rukavice a ústenka (Stryja, 2011, s. 202 – 203). Mnohé ze sester uvedlo pomůcky, jako jsou kromě rukavic a ústenky ochranný plášť a čepec. Takové to pomůcky se používají u převazu pacienta s nozokomiální nákazou. V další otázce týkající se ochranných pomůcek většina respondentů odpověděla, že si vyměňuje rukavice po sundání spotřebovaného materiálu, ale našli se i tací, co si rukavice nevyměňují, což je zásadní chybou při převazech v rozporu s doporučenými postupy. Možno porovnat s otázkou která se zabývá tím, zdali byl personál dostatečně proškolen a má na oddělení k dispozici metodický manuál. Proškoleny bylo 68 % dotazovaných sester a 74 % sester uvedlo, že si rukavice vyměňují.

Vlhké hojení

Další otázky se zabývaly vlhkým hojením ran, což bylo jedním z mnou stanovených cílů. Ukázalo se, že produkty pro vlhké hojení ran používají až na jednoho respondenta pracujícího na traumatologickém oddělení všichni z dotazovaných. Nejčastější používaným produktem je Flamigel, Inadine, Aquacel, dále Hydrosorb gel, Betadine a Hyodine. Výsledky z otázky č. 11 ukázaly, že pouhých 18 % respondentů udává, že na svém pracovišti má dostatek převazového materiálu k hojení ran. 82 % není spokojeno s množstvím terapeutického materiálu. Zde to můžeme srovnat i s poslední otázkou v mém dotazníku, kdy se sestry mohly vyjádřit, co by podle svého názoru bylo zapotřebí změnit ve prospěch správného postupu v péči o ránu. Nejčastěji udávanou odpovědí zde bylo také to, že sestry nemají dostatek převazového materiálu (viz graf č. 30 a graf č. 11).

Roztoky k čištění ran

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjistit využití roztoků. V otázce č. 12 byl nejčastěji uváděnou možností Dermacyn, dnes pod názvem Microdacyn – 44 %, dále Prontosan – 24 %, Fyziologický roztok – 15 %, Ringerův roztok - 9 % a DebriEcaSan také 9 %. Tyto roztoky jsou vhodné k ošetřování ran, a to z důvodu, že udržují vlhké prostředí v ráně, pohlcují zápach, urychlují hojení a odstraňují odumřelé buňky a suché nekrózy. Položku Peroxid vodíku, nikdo z dotazovaných nepoužívá, což je správné. Jak již zmiňuji v teoretické části, tento roztok a mnohé další, jako jsou například prostředky Jodisol, Novikov, Rivanol aj. se nedoporučují používat k ošetření ran, jelikož studie prokázaly, že tyto roztoky mohou způsobovat předčasné stárnutí buněk a karcinogenitu sliznic (Stryja, 2011, s 267 – 271). Z otázek č. 13 – 15 nelze posuzovat nějaké závěry, tyto otázky jsou pouze informační k zjištění postupu používání roztoku. Zajímavé ale je, že většina sester čistí ránu postříkem a setřením. Podle mého názoru je nejvhodnějším způsobem čistit ránu obkladem, tím dochází k uvolnění biofilmu na ráně. Domnívám se, že to může být tím, že sestry jsou mnohdy limitované časem.

Výzkumná otázka č. 2: Je v praxi postupováno při převazu nehojící se rány dle doporučených postupů a dodržují sestry své kompetence?

V otázce, kde se sester ptám, zdali používají při débridementu rány nějaké nástroje, mi 24 % odpovědělo, že ano a to pomocí převážně exkochleační lžičky, z čehož vyplývá, že porušují své kompetence. Débridement je kompetencí lékaře a sestra může pouze asistovat při této fázi ošetření ran. Žádná ze sester nevedla, že by měla specializace k léčbě ran. K podobným výsledkům dospěla i autorka bakalářské práce Kompetence všeobecných sester v ošetřování chronických ran z roku 2013, Anežka Hyráková, která ze svého výzkumu zjistila, že sestry mnohdy porušují své kompetence, ale mají dostatek znalostí v problematice hojení ran. Dále mě překvapilo, že 12 % z dotazovaných respondentů neošetřuje bezprostřední okolí rány ničím. Bezprostřední okolí rány se musí ošetřovat pokaždé, tím se zabraňuje maceraci kůže v okolí rány a mnoha dalším komplikacím. Nejdůležitější je to však vzhledem k ochraně epitelu a podpoře epitelizace z okrajů rány. Pokud správně pečujeme o okolí rány, tak se hojení vyvíjí tím správným směrem a rána se rychleji uzavírá. Otázka č. 19 je zaměřována na způsob přiložení primárního krytí na ránu. 56 % respondentů přiloží krytí k ráně pomocí sterilní pinzety nebo sterilním peánem, 29 % uchopí obvazový materiál za roh v jednorázových nesterilních rukavicích a 15 % ve sterilních rukavicích. Lze tedy říci, že většina sester, zachová sterilitu terapeutického materiálu, avšak správný postup je pomocí sterilních chirurgických nástrojů.

Výzkumná otázka č. 3: Má personál k dispozici standard péče při převazu nehojící se rány a byl personál přeškolen v této problematice?

Na výzkumnou otázku č. 3, která se týkala školení sester v péči o nehojící se rány a kde se ptám, zdali mají k dispozici metodický pokyn, mi výsledky ukázaly, že 68 % sester prošlo školením v této problematice a 32 % ne. Tento výsledek mě celkem překvapil, jelikož každá z dotazovaných sester uvedla, že se na svém oddělení setkává s nehojícími se ránami. Stejně tak další zajímavostí je, že metodický pokyn má k dispozici 32 % sester na oddělení a zbylých 68 % tento metodický pokyn nemá. Všichni až na jednoho z respondentů by měli zájem o školení v této problematice.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na postup převazu rány u pacientů s nehojící se ránou. Hlavním cílem bylo zjistit postupy péče ošetrovatelského personálu o pacienta s nehojící se ránou.

Průzkumem jsem chtěla zjistit, zdali sestry pracují dle doporučených postupů v ošetřování a léčby ran a v rámci svých kompetencí. Z výsledků mi vyšlo, že i přesto, že povětšina sester prošla školením o tom, jak pečovat o nehojící se ránu, tak porušují své kompetence, a téměř polovina sester si je vědoma, že nedodržuje doporučené postupy o léčbě a ošetření rány. Nabízí se otázka proč.

Z praxe vím, že mnoho sester chce pracovat v tomto směru samostatně, některé z nich by i rády pracovaly ve svých ambulancích pod supervizí lékaře v komplikovaných případech. Problém je v tom, že někteří lékaři s tím zásadně nesouhlasí, je zde vliv placení péče a někteří lékaři nechtějí všeobecným sestřám kompetence a platby od pojišťovny ponechat.

Doporučila bych se touto problematikou se dále zabývat a v příštím výzkumu na obdobné téma vytvořit dotazník určený zdravotním sestřám i lékařům, aby bylo možné srovnání jejich názorů v této problematice.

Dále bych doporučila zvýšení kompetencí všeobecných sester v ošetřování ran a také aby sestry byly více proškoleny.

Vzdělání sester problematiky nehojící se rány začíná již na středních zdravotnických školách v předmětech chirurgie a ošetrovatelství. V bakalářských a magisterských programech se nehojícími se ranami zabývají předměty dermatologie, onkologie a domácí péče. Dalším navazujícím vzděláním jsou certifikované kurzy, které probíhají na akreditovaných pracovištích pro léčbu nehojících se ran. Další formou vzdělávání jsou semináře pořádané klinikami zabývajícími se hojením ran, mezinárodní kongresy, konference, odborné časopisy a edukační materiály.

Zdravotní sestry chybují hlavně v používání ochranných pomůcek, nepoužívají ochranné pasty na okolí rány, dále také chybují v přiložení terapeutického materiálu na ránu, neznají pojem WHC klasifikace a nepoužívají škály k posouzení rány.

Také bych sestrám v praxi doporučila, aby při čištění ran používaly obklad na dobu určenou výrobcem i přes časovou tíseň a vše konzultovaly se sestrou specialístkou v tomto oboru či s lékařem.

I když více jak polovina sester si myslí, že lékaři nejsou dostatečně vzděláni v léčbě ran, tak by přesto vše měly konzultovat s lékařem, či sestrou specialístkou s certifikátem k hojení ran. Proto si myslím, že v každém nemocničním zařízení by měla taková to sestra být vždy k dispozici. Ne v každém nemocničním zařízení tyto sestry jsou.

Jako praktický výstup této práce jsem se rozhodla vytvořit edukační leták o správném převazu rány v domácím prostředí. Leták může sloužit jak zdravotním sestrám, které budou pacienta edukovat, tak i pacientům, nebo rodinným příslušníkům, kteří se budou o nehojící se ránu starat.

Soupis bibliografických citací

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

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. 1. vyd. Veverská Bítýška: Hartmann - Rico a.s. 2003, 85 s. ISBN: 80-238-9971-6.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea a Romana, MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

POSPÍŠILOVÁ, Alena a Sabina ŠVESTKOVÁ. *Léčba chronických ran*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001, 72 s. ISBN 80-7013-348-1.

ROKYTA Richard a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vyd.Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

RYBKA Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1.vyd.Praha: Grada, 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 371 s. ISBN 978-808-6256-795.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

Elektronické zdroje

ČSRL [online]. [cit. 2015-07-01]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/>

EWMA ORG [online]. [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://ewma.org/english/about-ewma.html>

HARTMAN-RICO a.s. ©2010. Léčba ran – způsoby léčby. *Lecbarany.cz* z [online]. [cit. 2014-05-23]. Dostupné z <http://www.lecbarany.cz/o-lecbe-ran/zpusoby-lecby>

MZCR CZ, *Metodický návod na mytí rukou*. Mzcr.cz, [online]. [cit. 2015-04-13]. Dostupné z Http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/metodicky-navod-na-myti-rukou-mz_2377_20.html.

ÚZIS: *Činnost diabetologických ordinací*. Uzis.cz [online]. 2015 [cit. 2015-07-08]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2013>

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Kosinová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi pomůže s vypracováním mé bakalářské práce na téma Postup převazu u pacienta s nehojící se ránou. Dotazník je anonymní, proto prosím o pravdivé vyplnění. Děkuji za Váš čas.

Odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě dopište.

1) Vaše pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2) Kolik je Vám let?

- a) 18 až 20 let
- b) 21 až 30 let
- c) 31 až 40 let
- d) 40 až 49 let
- e) Nad 50 let

3) Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola – všeobecná sestra
- b) Střední zdravotnická škola – zdravotnický asistent
- c) Vyšší odborná zdravotnická škola
- d) Vysokoškolské – Bakalářské
- e) Vysokoškolské – Magisterské
- f) Vysokoškolské – Doktorské
- g) Jiné (specializace).....

4) Na kterém typu pracoviště pracujete?

- a) Ambulantní – které:.....
- b) Lůžkové – které:.....

5) Setkáváte se na Vašem pracovišti s pacienty, kteří trpí nehojící se ránou?

- a) Ano
- b) Ne

6) S jakými nehojícími se ranami se setkáváte nejčastěji?(U bércových vředů prosím specifikujte, o jakou etiologii se jedná – venózní, arteriální, smíšený...)

.....
.....

7) Používáte při převazech ran ochranné pomůcky?

- a) Ano, pokaždé
- b) Ne
- c) Jen při převazu septických ran

8) Jaké ochranné pomůcky používáte?

.....
.....

9) Používáte obvazový materiál pro vlhkou terapii? (např. antiseptické krytí, hydrogelové krytí, hydrokoloidové krytí...)

- a) Ano
- b) Ne

10) Jaké nejčastější produkty?

.....
.....

11) Máte na oddělení či ambulanci dostatek převazového materiálu k léčbě ran?

- a) Ano

b) Ne

12) Jaké používáte roztoky k ošetření ran?

- a) Fyziologický roztok
- b) Betadine
- c) Ringerův roztok
- d) Peroxid vodíku
- e) Prontosan
- f) Dermacyn (Microdacyn)
- g) DebriEcaSan
- h) Jiné

13) Jakým způsobem používáte roztok k ošetření rány?

- a) Oplachem
- b) Postříkem a setřením
- c) Obkladem
- d) Koupelí

14) Jak dlouho necháváte obklad s roztokem na ráně, těsně před definitivním ošetřením?

.....

15) Používáte roztoky také jako primární krytí na ránu? (Např. čtverce napuštěné Dermacynem, Betadinem ...) Pokud ano, po kolika hodinách převazujete?

- a) Ano, převazuji po 12 hodinách
- b) Ano, převazuji po 24 hodinách
- c) Ano, převazuji po jiném čase, než je zde uvedeno.....
- d) Ne

16) Vyměňujete si rukavice po sundání spotřebovaného krytí?

- a) Ano
- b) Ne

17) Čím ošetřujete bezprostřední okolí rány?

- a) Ochrannými pastami (Menalind, Pityol ...)
- b) Antibiotickými mastmi (Fucidin, Bactroban...)
- c) Antimykotickými mastmi (Imazol...)
- d) Jiné
- e) Ničím

18) Používáte při čištění (débridementu) rány nějaké nástroje či Debrisoft?

- a) Ano, jaké
- b) Ne

19) Jakým způsobem aplikujete primární krytí na ránu?

- a) Sterilní pinzetou či sterilním peánem
- b) Rukou v nesterilních rukavicích - obvazový materiál uchopím za roh
- c) Rukou ve sterilních rukavicích

20) Používáte při hodnocení stavu rány nějaké škály?

- a) Ano, jaké
- b) Ne

21) Znáte WHC klasifikaci rány?

- a) Ano
- b) Ne

22) Prošli jste na Vašem oddělení školením o léčbě ran a doporučených postupech?

- a) Ano
- b) Ne

23) Měli byste o školení zájem?

- a) Ano
- b) Ne

24) Děláte u pacientů převazy sám/sama?

- a) Ano
- b) Jen pod dozorem lékaře
- c) Jen pod dozorem sestry konzultantky pro léčbu ran
- d) Ne, pouze asistuji lékaři

25) Kdo rozhoduje ve vašem zdravotnickém zařízení o výběru krytí, které se aplikuje na rány? (Zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď)

- a) Lékař
- b) Sestra specialista - Konzultantka pro léčbu ran
- c) Všeobecná sestra
- d) Někdo jiný.....

26) Myslíte, že jsou lékaři dostatečně vzdělaní v této problematice?

- a) Ano
- b) Ne

27) Máte k dispozici metodický pokyn – standard k ošetření nehojící se (chronické) rány?

- a) Ano
- b) Ne

28) Myslíte si, že děláte převazy ran dle nejnovějších doporučení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

29) Co si myslíte, že je třeba na Vašem oddělení změnit ve prospěch správného postupu v převazech a péči o rány?

.....

.....

.....

.....

Postup převazu nehojící se rány v domácím prostředí

Milá pacientko, milý paciente,

držíte v ruce leták, který Vám poslouží jako návod k převazu nehojící se rány.

Nyní si v jednotlivých bodech vysvětlíme, jak správně postupovat při převazu nehojící se rány:

- 1) Převaz rány je nutné provádět v čistém prostředí a mít všechny potřebné pomůcky na dosah ruky – mezi pomůcky patří jednorázové rukavice, pinzeta, nůžky, roztok k ošetření rány, dezinfekce na kůži v okolí rány, terapeutické obvazové krytí na ránu, sterilní čtverce, obvazy, náplast, ochranné masti či pasty na okolí rány.
- 2) Připravte si igelitový sáček či pytel na odložení spotřebovaného materiálu.
- 3) Bezprostředně před převazem je nutné umýt si ruce teplou vodou a mýdlem, pokud je to možné, tak dezinfekčním. Dále bych doporučila používat také dezinfekci na ruce, kterou snadno seženete v jakékoliv lékárně.
- 4) Zvolte si pohodlné místo, a pod ránu vložte jednorázovou podložku – zabráníte tím znečištění například židle nebo prostěradla.
- 5) Nasad'te si jednorázové rukavice.
- 6) Sundejte předešlé obvazy a krytí rány – všimněte si, zdali byl obvaz prosáklý. Pokud bude obvaz k ráně přilepený, obvaz nestrhávejte!! Obvaz zvlhčete například vodou nebo roztokem k ošetření ran, a poté pomalu krytí odstraňte. Spotřebované obvazy odložte do igelitového pytle na odpad.
- 7) Proveďte dezinfekci okolí rány a setřete povlak na ráně
- 8) Pokaždé je nutné si rukavice vyměnit po sundání předešlého krytí.
- 9) Ránu je možné osprchovat pod tekoucí vodou o teplotě 37 °C – proud vody odstraní z rány zbytky předešlého materiálu a ostatních nečistot. Proveďte úklid koupelny pomocí dezinfekčních prostředků a teplé vody. Cestou z koupelny ránu neustále kryjeme sterilním čtvercem

- 10) Vhodné je dávat na ránu obklad s čistícím roztokem. Obklad se připraví tak, že ránu přiložíte sterilní čtverec (stačí tenká vrstva) a poté na něj nalije roztok na rány v dostatečném množství – čtverec by měl být celý mokrý. Poté se obklad přiloží na ránu a to minimálně na 20 minut. Roztok k ošetření ran seženete v lékárně.
- 11) Po sundání obkladu ošetřete okolí rány. Zbytky předešlých mastí či past lehce odstraníte slunečnicovým olejem. Pokud máte v okolí rány suché zbytky kůže, odstraňte je pinzetou. Bezprostřední okolí rány ohraničte tenkou vrstvou ochranné pasty. Končetinu promažte například vazelínou nebo jiným ošetřujícím krémem.
- 12) Nyní do rány vložte doporučený obvazový materiál, mělo by to být provedeno sterilně – nejlépe za pomoci pinzet. Použijte vhodné množství, pokud máte masti, gely aj. – stačí tenká vrstva, vždy se držte ordinace lékaře a doporučení od zdravotní sestry. Ostatní obvazový materiál připravte tak, aby zbytečně nepřesahoval ránu, ale aby ránu zcela vyplňoval.
- 13) Následně obvazový materiál překryjte sterilními čtverci, popřípadě dalším materiálem jako jsou například savé kompresy, které fixujeme pomocí náplastí nebo fixačními obinadly. Množství čtverců zvolte dle přítomnosti sekrece v ráně.
- 14) Pokud trpíte bércovými vředy žilního původu, velmi důležitou součástí léčby je kompresivní terapie, tzv. bandáže dolních končetin. Tuto léčbu vždy určí lékař. Správnou techniku bandážování Vám vždy vysvětlí a ukáže sestra. Je zapotřebí mít krátkotažná elastická obinadla, které lehce seženete v lékárně. Krátkotažná obinadla poznáte dle toho, že jsou méně pružná než dlouhotažná. Na jednu končetinu spotřebujete minimálně dvě obinadla pod koleno, proto je vhodné mít na každou dolní končetinu dvě obinadla navíc v případě znečištění. Obinadla je možno prát a to nejlépe v ruce, aby neztrácela svou pružnost. Nejvhodnější je bandáže přikládat hned ráno, nebo po 20 minutovém klidovém režimu. S obvazováním se začíná od prstů dolní končetiny až pod koleno, jednotlivé otáčky by se měli překrývat z 2/3. Nejvyšší tlak musí být v oblasti kotníku. Dejte pozor, aby všechny části byly dolní končetiny byly překryty a obvaz nesjížděl dolů. Pod kolenem zafixujte obinadlo svorkami či náplastí.

Pokud si nevíte rady, doporučila bych Vám se obrátit na webové stránky www.poradna-hojeni-ran.cz, nebo na Vašeho ošetřujícího lékaře.

Seznam ilustrací a tabulek

Obrázek 1 - věkové rozmezí respondentů	33
Obrázek 2 - nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	34
Obrázek 3 - pracoviště respondentů	35
Obrázek 4 - nejčastější typy ran	37
Obrázek 5 - ochranné pomůcky	39
Obrázek 6 - způsob ošetření ran roztokem	44
Obrázek 7 - doba ponechání obkladu s roztokem na ráně.....	45
Obrázek 8 - používání roztoků jako primární krytí a časový interval převazů	46
Obrázek 9 - uváděný typ nástrojů k čištění rány	49
Obrázek 10 - přiložení primárního krytí na ránu.....	50
Obrázek 11 - provádění převazů	55
Obrázek 12 - pohled zdravotníků na vzdělání lékařů v léčbě ran	57
Obrázek 13 - dostupnost standardu k ošetření nehojících se ran	58
Obrázek 14 - pocit zdravotníků z provádění převazu.....	59
Obrázek 15 - přání respondentů ve prospěch zvýšení úspěšnosti převazů a péči o rány	60
Tabulka 1 - pohlaví respondentů	32
Tabulka 2 - setkávání se s nehojící se ránou	36
Tabulka 3 - používání ochranných pomůcek	38
Tabulka 4 - používání obvazového materiálu pro vlhkou terapii.....	40
Tabulka 5 - nejčastěji používané produkty pro vlhké hojení ran	41
Tabulka 6 - dostatek převazového materiálu.....	42
Tabulka 7 - používané roztoky k ošetření ran	43
Tabulka 8 - výměna rukavic	47
Tabulka 9 - ošetření bezprostředního okolí rány.....	48
Tabulka 10 - používání nástrojů k čištění rány	49
Tabulka 11 - používání škál k hodnocení stavu rány	51
Tabulka 12 - znalost WHC klasifikace	52
Tabulka 13 - školení na pracovišti	53
Tabulka 14 - zájem o školení	54
Tabulka 15 - rozhodování o výběru terapeutického krytí	56

Seznam zkratek a značek

Aj.	a jiné
ČSLR	Česká společnost pro léčbu ran
DIDBA	Dotazník interference bolesti s denními aktivitami
EWMA	Evropská asociace společnosti pro hojení ran
ICHS	Ischemická choroba srdeční
MPQ	dotazník McGillPainQuestionnaire
Např.	například
NPWT	Negative-pressurewoundtherapy
NRS	numerická škála bolesti
Tzv.	takzvaný
s.	strana
VAS	Visuální analogová škála bolesti
WHC	WoundHealingContinuum