

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Šárka Kuželová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Šárka Kuželová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ROLE SESTRY V PÉČI O CHRONICKOU RÁNU

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Dana Šlechtová, PhD.

PLZEŇ 2019

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Šárka Kuželová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v péči o chronickou ránu

Vedoucí práce: Mgr. Dana Šlechtová, PhD.

Počet stran – číslované: 121

Počet stran – nečíslované: 75

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: role sestry, edukace, edukační proces, chronická rána, převaz

Souhrn:

Chronická rána je zátěž a velký zásah do života pro každého člověka, u kterého se objeví. Je tedy velmi důležité všechny pacienty a jejich rodinné příslušníky vhodně edukovat, poskytnout rady, jak postupovat při převazu v domácím prostředí, eliminovat případné nedostatky.

Věnuji se popisu a vysvětlení pojmů chronická rána, edukace, která je velmi důležitou, a tedy i nedílnou součástí léčby. Dále se zabývám faktory ovlivňující proces hojení. Ve své práci se zaměřuji na roli sestry v péči o chronickou ránu.

Na základě provedeného výzkumu a po zhodnocení výsledků, kdy se potvrdil nedostatek výukových materiálů jsem vytvořila edukační brožuru a natočila edukační video. Výzkum probíhal na Ambulanci chronických ran při ARO Teplice, kde pracuji.

Abstract

Surname and name: Šárka Kuželová

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: The role of a nurse in the care of a chronic wounds

Consultant: Mgr. Dana Šlechtová, PhD.

Number of pages – numbered: 121

Number of pages – unnumbered: 75

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 35

Keywords: *role of the nurse, education, educational process, chronic wound, dressage*

Summary:

Chronic wound is burden and great interference to life for every person where they will appear. Is therefore very important all patients and their family members properly instructed provide them with advice how to do it during dressage in home, eliminate any shortcomings.

I deal with the description and explanations of terms chronic wound, education, which is very important part of the treatment. I also deal with factors affecting the healing process. In my work I focus on the role of a nurse in caring for a chronic wound.

On the basis of the research and after evaluating the results, when the lack of teaching materials was confirmed, I created an educational brochure and made an educational video. The research was carried out in a chronic wound ambulance at ARO Teplice, where I work.

Předmluva

Důvod, proč jsem zvolila téma: Role sestry v péči o chronickou ránu je velmi jednoduchý. Pracuji jako sestra několik let v ambulanci hojení chronických ran a každodenně se setkávám s pacienty s nehojící se ránou. Velmi často přicházejí naprosto neinformovaní a pak při ošetřování defektů v domácím prostředí dělají chyby. Proto jsem se rozhodla, že vytvořím edukační materiál, který bude sloužit pacientům s různými druhy ulcerací.

Cílem bylo zmapovat informace, které pacienti mají před příchodem do ambulance. Dalším cílem bylo zjistit nedostatky v ošetřování, zjistit zásadní problémy, které pacienti s nehojící se ránou řeší.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Daně Šlechtové, PhD. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji paní Ing. Ireně Kouřilové za poskytování odborných rad při tvorbě edukačního materiálu. A v neposlední řadě děkuji své rodině, která mi byla velkou oporou při psaní diplomové práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM ODBRÁZKŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM ZKRATEK	
ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 EDUKACE	16
1.1 Pojem edukace	16
1.2 Sestra jako edukátorka	16
1.3 Právní rámec v edukačním procesu	17
1.4. Základní pojmy v edukaci	18
1.5 Dělení edukace ve zdravotní péči	20
1.6 Edukační proces	20
1.7 Proces edukační lekce	25
1.8 Potřeby v edukaci	27
1.9 Specifikace edukace u chronicky nemocných	28
2.0 Překážky v edukaci	29
2.1 Příčiny ovlivňující úspěšnost či neúspěšnost edukace	30
2 CHRONICKÁ RÁNA	32
2.1 Kůže: anatomicko - fyziologické základy	33
2.1.1 Funkce kůže	34
2.2 Proces hojení	35
2.3 Faktory ovlivňující hojení	36
2.3.1 Vnitřní faktory	37
2.3.2 Vnější (zevní) faktory	38
2.4 Základní dělení chronických ran	39
2.5 Kožní projevy v okolí rány	41
2.6 Lokální terapie	43
2.7 Celková terapie	44
2.7.1 Hodnocení bolesti u pacientů s ulcerací	45
2.8 Materiály určené pro vlhké hojení	46
2.8.1 Základní skupiny terapeutických materiálů	47
2.9 Kompresivní terapie - nedílná součást léčby bércevého vředu	49
2.9.1 cíl zevní komprese	50
2.9.2 Zásady aplikace	51

2.9.3 Indikace kompresivní terapie	51
2.9.4 Kontraindikace kompresivní terapie	52
2.9.5 Faktory negativně ovlivňující kompresivní terapii.....	52
PRAKTICKÁ ČÁST	53
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	53
3.1 Hlavní cíl	53
4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	54
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	56
6 METODIKA PRÁCE	57
7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	60
7.1 Vyhodnocení dat získaných při studiu materiálu spojených s chronickou ránou ...	60
7.2 Případové studie	62
7.2.1 Základní demografická data	100
7.3 Kategorizace dat v tabulkách	103
DISKUZE	127
ZÁVĚR	135
SEZNAM LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	
Příloha A - Fotodokumentace	
Příloha B - Přepisy polostukturovaných rozhovorů	
Příloha C - Otázky polostrukturovaného rozhovoru	
Příloha D - Informované souhlasy	

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Počet hospitalizovaných pacientů s nehojící se ránou (2015)	61
Graf č. 2: Etiologie ulcerací.....	62
Graf č. 3: Pohlaví pacientů.....	101
Graf č. 4: Věk respondentů.....	102
Graf č. 5: Vzdělání respondentů.....	103

SEZNAM OBRÁZKŮ

Případová studie č. 1: obrázek A-D

Případová studie č. 2: obrázek A-D

Případová studie č. 3: obrázek A-D

Případová studie č. 4: obrázek A-D

Případová studie č. 5: obrázek A-D

Případová studie č. 6: obrázek A-D

Případová studie č. 7: obrázek A-D

Případová studie č. 8: obrázek A-D

Případová studie č. 9: obrázek A-D

Případová studie č. 10: obrázek A-D

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Počet hospitalizovaných v roce 2015.....	61
Tabulka 2: Časový průběh, objevení se prvních příznaků.....	105
Tabulka 3: Příčina vzniku defektu.....	106
Tabulka 4: Vliv dědičné dispozice.....	107
Tabulka 5: Předchozí léčba ulcerace.....	108
Tabulka 6: Anamnéza.....	109
Tabulka 7: Farmakoterapie.....	110
Tabulka 8: Rozsah informací o nehojící se ráně.....	111
Tabulka 9: Zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění...112	
Tabulka 10: Význam kompresivní terapie, přikládání bandáží.....	113
Tabulka 11: Hodnocení bolesti z pohledu pacienta.....	114
Tabulka 12: Farmakoterapie, ovlivnění bolesti.....	115
Tabulka 13: Úloha stravy při hojení nehojící se rány.....	116
Tabulka 14: Pohybová aktivita respondenta v současné době.....	117
Tabulka 15: zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci.....	118
tabulka 16: Problémy s přikládáním bandáže.....	119
Tabulka 17: Potíže při přikládání kompresivní bandáže.....	120
Tabulka 18: Dodržování pohybového režimu, provádění rehabilitačních cviků.....	121
Tabulka 19: Úloha rodiny při péči	122
Tabulka 20: Význam přátel v životě respondenta.....	123
Tabulka 21: Dostupnost informací o kompenzačních pomůckách.....	124
Tabulka 22: Dostupnost informací o možnosti různých příspěvků sociálních dávek.....	125
Tabulka 23: Finanční zatížení rozpočtu respondenta.....	126

SEZNAM ZKRATEK

BMI.....	Body mass index
DK.....	Dolní končetina
DM.....	Diabetes mellitus
FA.....	Farmakoterapie
FiS.....	Fibrilace síní
HT.....	Hypertenze
CHŽI.....	Chronická žilní insuficience
ICD.....	Implantabilní kardioverter – defibrilátor
ICHDKK.....	Ischemická choroba dolních končetin
ICHS.....	Ischemická choroba srdeční
LDK.....	Levá dolní končetina
MKN.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
OA.....	Osobní anamnéza
PAD.....	Perorální antidiabetika
PDK	Pravá dolní končetina
SDN.....	Syndrom diabetické nohy
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ÚVOD

*Člověk nesmí ztrácet naději. Ztratit naději je jako zemřít dvacet let před vlastní smrtí.“
(Ilja Grigorjevič Erenburg)*

Pracuji jako anesteziologická sestra, ale částečný úvazek mám v ambulanci hojení chronických ran. Téměř každý den se setkávám s pacienty, které trápí chronický defekt. Přichází do naší ambulance s velkou bolestí nejen defektu ale i na duši. Již ve dveřích jsou vidět jejich obavy, úzkost, strach a nejistota. „Říkají si, jak to všechno dopadne?“

K eliminaci všech nežádoucích pocitů je nutné poskytnout pacientovi dostatek času a zároveň dostatek informací, neboť pacient má právo na informace, rady a poučení. To je ukotveno v etickém kodexu Práv pacientů. Lékař a sestra mají velký vliv na psychiku pacienta. Kromě informace o vzniku, průběhu léčení a prevenci choroby je důležitou složkou osvěty navodit optimistické ladění, důvěru v možnosti vyléčení. Jakékoli slovo o nevléčitelnosti nebo závažnosti onemocnění by mohlo zanechat dlouhodobé iatrogenní poškození (tj. poškození zdravotnickým personálem). Velkým psychosomatickým pomocníkem jsou sami pacienti, především Ti, kteří se již dobře hojí (Novotný, 2000, s.58).

Vhodně edukovaný a motivovaný pacient lépe spolupracuje, lépe snáší vyšetření a celý proces hojení. Mělo by být naším přáním, aby nám pacienti a jejich blízcí rozuměli, měli k nám důvěru. Pokud chceme léčit nehojící se defekt, je vždy dobré na svou stranu získat pacienta. Ten jedinec, který nechce nebo snad nemůže spolupracovat, je většinou zhojitelný pouze s obtížemi nebo je dokonce nezhojitelný. Je dobře, abychom my zdravotníci věděli, že bez vhodné komunikace se neobejdeme. Učit pacienty převazy krok za krokem pomocí vhodných edukačních materiálů je proto velmi důležité.

Naší snahou je co nejvíce eliminovat omyly, chyby či neznalosti ze strany pacienta již při první návštěvě ambulance, ať už formou ústní nebo písemné edukace. Často se stává, že pacient je při prvním setkání přesycen rozsahem informací. Je tedy s velkou výhodou, pokud pacient může absolvovat několik prvních převazů v ambulanci v kratších časových intervalech, kdy je možnost sledovat kroky ošetření. Během relativně krátké doby se nám podaří zjistit, kteří pacienti nejsou schopni si rány převazovat sami. Pak je dobré informace předávat další osobě (rodinný příslušníci, sestřičky agentur domácí péče). Tato osoba se pro pacienty stává v následujících dnech, měsících a

občas i rocích laickým nebo profesionálním pečovatelem v období, mezi kontrolami v ambulanci. Další možností je, že pacientovi nabízíme možnost kratších intervalů kontrol, aby samostatné převazy byly prováděny co nejméně. V zájmu nemocných trváme na bezpodmínečném dodržování všech pravidel a doporučení.

Ve své diplomové práci s názvem Role sestry v péči o chronickou ránu se zabývám právě edukací našich pacientů a jejich blízkých.

Hlavním cílem diplomové práce je vytvoření edukační brožury pro pacienty. Druhým cílem je vytvoření edukačního videa pro pacienty, jak správně bandážovat dolní končetiny při defektech na podkladě chronické žilní nedostatečnosti.

V diskuzi hodnotím získané údaje. Porovnávám informace z dostupné literatury věnující se dané problematice.

V závěru diplomové práce shrnuji všechny získané informace z obou částí, tedy teoretické i praktické části. Uvádím doporučení pro další postup, výstupem je edukační materiál pro pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

1.1 Pojem edukace

Pojem edukace je odvozen z latinského slova eduko, edukace a v překladu znamená vést vpřed, vychovávat (Magunová, 2009, s. 48). Edukace je nedílnou součástí léčby, je tedy zaměřená na nemocné, kteří onemocněním již trpí. Pojem edukace zahrnuje jak proces učení, tak i výuku a vyžaduje zapojení alespoň dvou osob. Cílem edukace je získat pacienta pro spolupráci a potom udržovat pacienta v úloze aktivního spoluvůrce při léčbě (Magunová, 2009, s. 48). Edukací pomáháme pacientovi vybudovat si nové návyky. Aby byl pacient schopný rozhodnout se pro změnu svého životního stylu, musí mít všechny potřebné informace o svém zdravotním stavu, měl by znát příčiny onemocnění i to, zda je možné tyto příčiny odstranit a způsob léčby. Nemocný by se měl podílet na své léčbě a měl by tak mít pocit zodpovědnosti za své zdraví, což je velkým motivujícím faktorem. Pokud dosáhneme očekávaný výsledek a cíl, klient dosáhne pocitu uspokojení, je to velmi milou, jakousi zaslouženou odměnou a satisfakcí (Šulistová, 2012, s. 213). Při účinné edukaci bychom měli redukovat u pacienta pocity úzkosti a nejistoty, či obavy z budoucnosti. Nemocného podporujeme, poskytujeme mu návod na nový životní styl v rámci jeho zdravotního stavu (Svěráková, 2012, s.29).

1.2 Sestra jako edukátorka

Sestra edukátorka musí mít nezbytné znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství, neboť poskytuje informace, zkušenosti, poučení, různé naučné texty a materiály, rady a návody. Musí být připravená, pacienti často přicházejí se získanými informacemi z internetu, od rodiny či od sousedů, a tak musí umět zareagovat na jejich „základní otázky“. Nejen znalosti jsou předností sestry, každá sestra by měla mít dostatek empatie, umět

pacienta pochopit a povzbudit. Sestra by měla pacienta ujistit, že chápe jeho obavy, pocity nejistoty a úzkosti, snažit se zmírnit jeho obavy z budoucnosti.

Kromě znalostí a dovedností sestra edukátorka oplývá komunikačními (verbálními i nonverbálními schopnostmi) a didaktickými dovednostmi. Verbální komunikace je vyjadřování pomocí slov a symbolů a je úzce spjata s emocemi a myšlenkovými procesy. Při komunikaci a pacientem bychom myslet na to, že komunikace musí být jednoduchá, výstižná, srozumitelná a přizpůsobená schopnostem pacienta. Nonverbální komunikace, starší sestra verbální, je uskutečňována mimoslovně. Vyjadřujeme svoje prožívání, emoce. Komunikace při edukaci plní tyto funkce:

- Zprostředkovává výměnu zkušeností, motivů, informací, postojů a v neposlední řadě emocí
- Umožňuje kontakt mezi edukátorem a edukovaným, posiluje důvěru mezi nimi a tím je ovlivněn proces edukace
- Komunikace je prostředkem k provedení edukace (Juřeníková, 2010, s.20)

Komunikace by měla být na dobré úrovni. Dále je důležitý „cit pro dávkování informací“, které pacientovi poskytuje. Veškeré informace, které sestra poskytuje, jsou v rámci jejích profesních kompetencí. Při uskutečňování edukačních aktivit je třeba neustále uplatňovat holistické pojetí, respektovat odlišnosti pacientů jak etnické, tak i kulturní, dále respektujeme intelektuální předpoklady a sociální postavení (Svěráková, 2012, s. 36). Sestra neustále vytváří motivující prostředí k edukaci, poskytuje informace nejen pacientovi, ale i rodinným příslušníkům. Odpovídá na případné dotazy týkající se celého ošetrovatelského procesu. Výsledkem edukace by mělo být zvýšení a převzetí zodpovědnosti pacienta za své vlastní zdraví (Magunová, 2009, s.48). Kladný výsledek edukace závisí na více faktorech. Na prvních příčkách je to trpělivost s vlídným jednáním, ochota pomoci a pak je to důvěra a víra ve zdravotnický tým, který se na léčbě a edukaci podílí.

1.3 Právní rámec v edukačním procesu

Vyhláška 424/2004 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 4, číslo 1, písmeno j) uvádí, že všeobecná sestra edukuje klienty, pří-

padně jiné osoby (např. rodinu) v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně edukační materiály.

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 31, číslo 1, písmeno a, b) uvádí, že poskytovatel zdravotní péče je povinen zajistit, aby byl klient srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o navrženém individuálním léčebném postupu a o případných změnách. Klientovi musí být umožněno klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a k navrhovaným zdravotním službám. Na kladené otázky musí být vždy srozumitelně odpovězeno.

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 53, číslo 1) uvádí, že každý poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci. Součástí zdravotnické dokumentace je samozřejmě také řádný edukační záznam.

1.4 Základní pojmy v edukaci

Dokumentace v edukačním procesu: jde o edukační záznam obsahující edukační plán, hodnocení edukace. Edukační záznam by měl být srozumitelný, přehledný, stručný, dostupný. Edukační záznam má obsahovat úroveň znalostí pacienta na počátku a na konci procesu edukace, cíl edukace, pomůcky k edukaci, metody a formy edukace, bariéry edukace, obsah edukace (u nás v ambulanci je zaměření na terapeutické materiály, jejich správné přikládání, používání sekundárního krytí a fixace), reakce na edukaci (vyhodnocení cílů), kde jsme edukovali a nedílnou součástí je podpis edukátora a edukovaného (Juřeníková, 2010, s.63).

Edukace – je to proces výchovy a vzdělávání a klade si za cíl nejen získávání nových poznatků, ale i dosažení určitých změn v chování a vytváření nových hodnotových postojů. ().

Edukant – subjekt, který se podrobuje učení. Každý edukant je individuální osoba, která má určité charakterové vlastnosti – fyzické (věk, pohlaví, zdravotní stav); afektivní vlastnosti (např.: motivace, názory, postoje) a kognitivní (např.: schopnost chtít se učit) (Juřeníková, 2010, s.9).

Edukátor/ka – v ošetrovatelství je to jakákoli osoba účastnící se vyučování či jiných edukačních činností (např.: lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut). Má jazykové, didaktické a komunikační předpoklady. Je trpělivá, ochotná pomáhat, má vlídné jednání. Stále se celoživotně vzdělává nejen v ošetrovatelství, ale i v pedagogice a psychologii. Mezi konkrétní činnosti její práce patří:

- diagnostika problému, který je u pacienta nutno napravit
- hodnocení vlastností osobnosti pacienta
- poskytnutí potřebných informací
- předvedení konkrétních činností, kterými chceme dosáhnout změny
- měří a zaznamenává pokroky, které se u pacienta dostavili
- zabývá se zpětnou vazbou od nemocného
- hodnotí, zlepšuje pacientovi dovednosti a znalosti (Svěráková, 2012, s.37)

Edukační prostředí – jde o místo, kde edukace probíhá.

Edukační standard – i s tímto pojmem se můžeme v edukaci potkat. V praxi se využívají standardy pro pacienty s konkrétním onemocněním (Juřeníková, 2010, s.9).

Edukační audit – je závazný pro všechny edukátory, umožňuje objektivní hodnocení edukace a má vliv na kvalitu prováděné edukace.

Edukační cíl – jde o to, čeho chceme edukací dosáhnout, o přesně stanovený výukový cíl. Cíle můžeme dělit na kognitivní (vědomostní – na co mají pacienti nárok, co pro sebou mohou udělat), afektivní (výchovné, postojoyé – pacienti i se svým handicapem nemusí být vyloučeni ze společnosti) a psychomotorické (používání pomůcek, vhodná manipulace s materiály).

Edukační potřeba – je charakterizována jako deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních názorů edukovaného ve vztahu k jeho zdraví, přičemž případné nedostatky mohou mít záporný dopad na zdraví edukanta nejen v současnosti, ale i v době budoucí (Juřeníková, 2010, s.).

Edukační procesy – procesy zahrnují velké spektrum činností, např.: provozní řád, informace o zdravé výživě a vhodné životosprávě. Mezi lidmi edukační proces probíhá neustále od narození až do pozdního věku (Juřeníková, 2010, s.9).

1.5 Dělení edukace ve zdravotní péči

Edukaci ve zdravotní péči je možno rozdělit

- a) Základní edukaci – je realizována hlavně, když pacient nemá o dané problematice žádné informace, a tedy jedinci nebo skupině jsou předávány nové informace a dovednosti včetně motivace ke změně názorů. Tento typ edukace poskytuje nemocným a jejich rodině základní informace, protože při první návštěvě není možné poskytnout všechny informace. Pacienta nebo rodinu bychom tak zahrnuli velkým množstvím nových poznatků, které by pravděpodobně nebyli schopni pochopit a aplikovat v praxi.
- b) Reedukační edukaci – reedukace navazuje na předchozí vědomosti, zahrnuje opakování a zároveň uvedení nejnovějších informací prohlubující vědomosti pacienta. Jde o kontinuální proces. V ambulanci opakujeme informace o terapeutickém krytí, které již bylo používáno nebo se jedná o úplně nové krytí, které bylo nutné přiložit v závislosti na změně stavu a vzhledu rány.
- c) Komplexní edukace – bývají realizovány v rámci edukačních kurzů, při rekondičních pobytech, za hospitalizace nebo při léčbě v ambulanci. Pacientům jsou předávány ucelené vědomosti a informace, jsou budovány zkušenosti a názory na zdraví a pacient se postupně začíná starat o svoje zdraví a přebírá zodpovědnost. V případě mé diplomové práce jde o přikládání terapeutických materiálů, o využití a důležitosti kompresivní terapie při chronické žilní insuficienci, o možnosti užívání doplňků stravy při léčbě chronických defektů. Pacient a rodina se naučí starat se o ránu, reagovat na případné změny v hojení.

1.6 Edukační proces

Příprava edukačního procesu je velmi důležitá, především proto, aby pacient získal pocit, že mu ošetřující personál věnuje maximální pozornost a k edukaci přistupuje zodpovědně. Pod pojmem edukační proces je možno představit si jakoukoli činnost osob, při kterém dochází k předávání informací jednoho subjektu druhému ať už přímo nebo zprostředkovaně za pomoci například technického zařízení, textu či jiných využitelných metod (Průcha, 2013, s.65). Při edukaci hraje velkou roli věk pacienta. Chronická rána je pro-

blémem spíše vyššího věku, nicméně se stále častěji setkáváme s pacienty mladšího věku. A častým problémem v každodenní praxi u pacientů je nedostatek informací, zvláště pak u seniorů. Změny, které nastávají ve stáří, ovlivňují učení, dochází ke změnám v percepci. Seniori mají schopnost se učit, ale proces učení bývá specifický, lépe si zapamatují vizuální informace, na což nesmíme při nácviku zapomínat. Učení seniorů, to je skutečnosti velké množství neopakovatelných, originálních a individuálních životních scénářů, rozličných motivů pro učení. Učební aktivity formujeme minulými a současnými zkušenostmi jedince; tyto zkušenosti a postoje jsou stejně jako otisky prstů jedinečné (Špaténková, 2015, s.25). Pacienti ve vyšším věku mívají problémy se zrakem a sluchem, další potíže mohou mít se schopností soustředit se a udržet pozornost (Svěráková, 2012, s.33). Při edukaci seniora hodnotíme jeho temperament, představitost, odhodlání, s jakým ke svému problému přistupuje. Seniori potřebují více času na osvojení poskytovaných informací, a zpočátku se vyskytují častěji chyby. Starší pacienti řeší situace pomaleji a je nutné při edukaci mít trpělivost, být tolerantní, mít více pochopení a přihlížet k individuálním rozdílům mezi nimi. Individuální rozdíly zohledňujeme u pacientů všech věkových kategorií. **Edukační proces probíhá v několika fázích.**

První fáze je diagnostická. V této fázi edukačního procesu sbíráme informace o pacientovi. Posuzujeme jeho schopnost učit se, motivaci k dalšímu získávání informací. Věk a vzdělání ovlivňují také významně proces edukace, má vliv na efektivitu zvolené učební metody. Je dobré vědět jeho úroveň vědomostí a dovedností, jeho návyky. Zajímáme se o sociálně – ekonomické faktory, které nám pomáhají poznat prostředí, ve kterém nemocný žije. Potřeba učení je posuzována podle motivace k učení, ochoty udělat nějakou změnu ve svých názorech, poslouchat rady sestry.

V první fázi tedy pacienta posuzujeme, sbíráme data, abychom mohli stanovit vědomostně – edukační diagnózy (Magunová, 2009, s.87). Sběr dat musí být kontinuální a systematický a předpokládá aktivní účast edukanta. Informace získáváme rozhovorem s pacientem, s jeho nejbližšími.

Druhou fází je stanovení edukační diagnózy. Vědomostně – edukační diagnózu stanovujeme na základě získaných informací. Ve druhé fázi řešíme deficit vědomostí, postojů a dovedností. Edukační diagnóza se může týkat i nedostatku motivace k léčbě. Rozlišujeme podle aktuálnosti a s ohledem na priority pacienta.

Magunová s Majerníkovou ve své publikaci uvádějí: Cílem diagnostiky pacienta před edukací je: určení potřeby učít se

zjištění důležitých, potřebných

diagnostika potřeb

Pro stanovení diagnózy je využívána NANDA taxonomie II (ošetřovatelské diagnózy), která byla předložena na podkladě podnětů sester klinické praxe v roce 2000. NANDA taxonomie II je založena na konstrukci 13 diagnostických domén a vychází z funkčních vzorců zdraví dle modelu M. Gordonové.

Při stanovování edukační diagnózy v edukačním procesu specifikujeme potřeby pacienta v oblasti nedostatku jeho vědomostí. Řešíme problém deficitu vědomostí nebo zručnosti, ale i nedostatek motivace. Sesterská diagnostika se vztahuje na potřebu něco naučit, získat nové vědomosti, schopnosti a názory u daného problému. Nejčastěji se to týká nedostatku vědomostí a setra by měla být schopná přesně určit, které vědomosti pacientovi chybí, eventuálně zmapovat jaké nové vědomosti by se měl naučit nebo co by bylo potřeba změnit. Nedostatek dovedností a vědomostí může způsobovat další problémy, jakými je úzkost nebo strach.

Je důležité, aby sestra edukátorka vymezila přesně okruhy problémů. Všechny ošetřovatelské diagnózy, které se stanovují při edukačním procesu něco se naučit, patří do skupiny nedostatku vědomostí, dovedností nebo motivace.

Vědomostní diagnózy jsou definované jako dvousložkové a trojsložkové. Dvousložkové formulují problém a etiologii a trojsložkové jsou doplněné o příznaky (Magunová, 2009, s.93).

Třetí fází edukačního procesu je plánování. Plánování se skládá z kroků, které jsou nezbytné pro edukaci, stanovují krátkodobé a dlouhodobé cíle. Výběr vhodné formy a obsahu edukace. Obsah edukace je daný tím, čeho chceme dosáhnout, tedy co chceme pacienta naučit. Vybíráme také vhodné edukační strategie, prostředky, kterými chceme dosáhnout cíle. Metody využívané při edukaci volíme tak, aby se přizpůsobily každému edukantovi. Mohou být využívány tradiční, alternativní nebo i nestandartní metody, ale tak, abychom dosáhli učebního cíle. V úvahu musíme brát resumé edukace, individualitu edu-

kanta a jeho dřívější dovednosti, ale také to, zda provádíme edukaci základní, reedukaci či komplexní edukaci.

Plánování má dvě etapy: 1) stanovení priorit edukace

2) určení edukačního záměru

Stanovují se krátkodobé cíle, které zrcadlí momentální potřeby a dlouhodobé, které jsou spojeny s dlouhodobými potřebami. Při plánování se vytváří časový rámec pro plnění stanovených cílů, respektují se didaktické zásady, jako jsou např.: přiměřenost, názornost, systematickosti, zásady individuálního přístupu. Pro plánování platí i cíl prevence, redukce nebo eliminace možných zdravotních problémů pacienta.

Plánování probíhá v několika stadiích:

- určení priorit edukace
- pojmenování problému s ohledem na současný stav
- stanovení edukačního cíle a záměru
- posouzení překážek při edukaci
- stanovení obsahu edukace
- zjistit potřeby edukantů pro následující tvorbu edukačního plánu
- volba edukační strategie, výběr vhodných pomůcek a studijních materiálů (Magunová, 2009, s.95).

Realizace jako čtvrtá fáze edukačního procesu. V této fázi se pacient/edukant seznamuje s novým učivem. Pacient získává nové poznatky, které mu předává mentor/edukátor. Při realizaci edukačního plánu vycházíme z teoretických analýz v následujících etapách: motivační – snažíme se vzbudit zájem o nové informace týkající se jeho problému, připravujeme pacienta na učení. Nedostatek motivace by mohl překazit i ty nejlépe vypracované edukační procesy. Motivace nám slouží jako prostředek zvyšování efektivity učebního procesu, snažíme se využívat pozitivní vlastnosti jako je sebedůvěra, sebeúcta nebo právo pacienta na omyl. Druhá fáze je expoziční – v této fázi sehrávají významnou roli předchozí zkušenosti, využíváme dostupné postupy, metody a pomůcky. Motivujeme pacienta k učení. Edukace probíhá v klidném prostředí s přiměřenou výmalbou, možností větrání. Při učení využíváme vhodná slova, nepoužíváme odbornou terminologii, snažíme se používat české výrazy, vyhýbáme se nevhodným výrazům, dbáme na spisovný

jazyk a gramatiku. Volíme vhodné učební tempo, neodbíháme od tématu. Snažíme se zapojovat všechny smyslové orgány, používáme dostatek didaktických pomůcek. Do edukace zapojujeme i blízké okolí pacienta a průběžně učivo opakujeme. Třetí fáze fixační – opakování prvotně nabytých informací. Získané informace fixujeme opakováním a cvičením. Následuje fáze diagnostická, při které pracujeme se zpětnou vazbou, zaměřujeme se na učební styl pacienta, na změny, které se u pacienta objevují. Pokud se vyskytnou negativní výsledky, analyzujeme příčiny a hledáme řešení. Poslední fází je aplikace – využívá získaných teoretických vědomostí a dovedností, praktické uplatnění a využití toho, co se pacient naučil (Magunová, 2009, s.96). Součástí procesu realizace učení je motivování pacienta, se kterým úzce souvisí zprostředkování nových poznatků a jejich soustavné procvičování (Florence 9/2012).

Vyhodnocení – 5. fáze edukačního procesu, edukační proces můžeme hodnotit průběžně na konci každého edukačního setkání, tudíž při každé návštěvě v ambulanci. Dále provádíme souhrnné hodnocení, které zahrnuje celkový pohled jak pacienta, tak mentora/edukátora na celý průběh edukačního procesu s hodnocením krátkodobých i dlouhodobých cílů. Vhodně formulované cíle pomáhají sestře edukátorce edukaci naplánovat, tak aby její výsledek byl kladný. Edukační cíle můžeme charakterizovat jako něco, co očekáváme. Výsledek bude pozitivní změnou v pacientových postojích, názorech, návycích, dovednostech a vědomostech (Juřeniková, 2010, s.27). Dosažený cíl můžeme hodnotit následovně: cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně nebo cíle nebylo dosaženo. Pokud dojde ke splnění cíle, problém edukační diagnózy již neexistuje. Pokud byl cíl splněn částečně nebo pokud cíl nebyl splněn vůbec, je potřeba analyzovat příčinu a vhodně přehodnotit, doplnit nebo nově vytvořit edukační program.

Při hodnocení dovedností edukanta pozorujeme, všímáme si, jak provádí daný úkon. V našem případě, jak přikládá materiál, zda dodržuje postup, zda zvládá přikládání pomůcek ke kompresivní terapii. Pro hodnocení vědomostí využíváme rozhovor, pacienta vyslechneme, zhodnotíme jeho názory a připomínky, zodpovíme případné otázky. Hodnocení nám umožňuje zjistit míru efektivity nejen celkové edukace, ale i dílčích fází celého edukačního procesu (Šulistová, 2012, s. 96).

Fáze končí zápisem do ošetrovatelské dokumentace. Zápis je nezbytný, neboť obsahuje i údaje o problémech během edukace, o dosažených vědomostech a dovednostech. Poskytuje informace dalším zdravotnickým pracovníkům. Edukační záznam poskytuje také

ochranu členům ošetrovatelského týmu před případnými stížnostmi ze strany pacienta. Je vhodné nechat si pacientem každou edukační lekci podepsat. Svým podpisem stvrzuje, že edukace na dané téma proběhla, že výklad pochopil a výkon si procvičil a že si uvědomuje, že přebírá odpovědnost za své chování (Svěráková, 2012, s.36).

V dokumentaci by měl být záznam o plánované a vykonané edukaci, o výstupech z edukace. V edukačním plánu bývají uvedeny jednotlivá témata výuky a nedílnou součástí je i stručný popis reakcí pacienta (Svěráková, 2012, s.36).

1.7 Proces edukační lekce

Celý proces edukační lekce se skládá z pěti bodů:

1. Cíl (výsledek, který očekáváme) – ideální představa toho, čeho chceme edukací dokázat. Cíle takového vyučovacího procesu nám určují směr obsahu učiva, výběr vhodných metod a forem a také materiální zabezpečení při výuce. Je velmi důležité, aby cíle byly stanovovány průběžně, nejen na začátku vyučovacího procesu.

Specifické cíle se obvykle dělí na:

- Kognitivní – jde o cíle poznávací a zahrnují oblast poznávacích schopností, intelekt a vědomosti
 - Psychomotorické – cíle dovednostní, používání vhodných pomůcek a zařízení
 - Afektivní – cíle pojímají oblast postojů, hodnot, pocitů a komunikačních dovedností. Afektivní, vývojové cíle jsou hlavním záměrem procesu.
2. Cíle procesu by měly být formulovány jasně, srozumitelně, měly by být ověřitelné a sledovatelné. Obsah – v obsahu jsou zahrnuty soubory informací nezbytné pro realizaci edukačního procesu. Realizace je závislá nejen na našich schopnostech pojmout všechny složky edukačního procesu, ale i na vhodném výběru učební metody (<https://docplayer.cz/865457-Edukace-v-osetrovatelstvi-ii-cast.html>)

Učební metody – při kontaktu s pacientem nejčastěji používáme mluvené slovo. Výhodou je pak především užší kontakt sestry a pacienta, sestra je schopna reagovat na dotazy pacienta nebo jeho blízkých, včas si všimnout změny nálady nebo chování.

3. Při komunikaci je vhodné dodržovat obecné zásady rozhovoru – respektujeme zdravotní stav, vzdělání, věk, osobnostní rysy pacienta. Skutečně nasloucháme tomu, co nám

pacient sděluje, dodržujeme sociální a osobní zóny v komunikaci. V plné míře jsou využity komunikační přestávky (Šamánková a kol., 2011, s.13-14). Při vyjadřování používáme spisovnou češtinu bez vulgarismů a slangových výrazů, vyjadřujeme se jasně a srozumitelně, vyhýbáme se odborným výrazům, které nejsou všeobecně známé, mluvíme pomalu a neustále se snaží i o oční kontakt s pacientem.

Mluvené slovo je možno doplnit o tištěnou informaci. Pacient si může doma, v klidu znovu přečíst veškeré informace, které jsme mu sdělili. To je zejména důležité u pacientů vyšších věkových skupin, kdy by již mohlo docházet k určitému stupni zapomínání nebo ke špatné interpretaci nabytých poznatků. Pacient může být ve stresu nebo se může vyskytnout jiná překážka např.: bolest, osobnostní rysy pacienta, jazykové, kulturní nebo etnické bariery.

Mezi další učební metody patří praktický nácvik, pacienta a jeho neblíží je možno odkázat na televizní pořady se zaměřením na zdravotnictví nebo na webové stránky se zdravotnickou tematikou vytvořené pro laiky (Svěráková, 2012, s.39).

4. Organizace výukového procesu, materiální a technické vybavení – organizace edukační procesu zahrnuje vymezení prostoru pro edukaci, zabezpečení soukromí a je také důležité odstranění případných rušivých elementů. Je vhodné, aby edukace probíhala na klidném místě, důležité je vybavení prostoru – nábytek, barva stěn, osvětlení, čerstvý vzduch, vhodná pokojová teplota. Je zcela nevhodné, aby edukace probíhala ve shonu na chodbě, v čekárně, kde je ruch nebo jiní pacienti.

Materiální vybavení výukového prostoru se odvíjí od rozsahu a charakteru učiva. Používáme různé druhy pomůcek k praktickému nácviku například obinadla s krátkým tahem k nácviku přikládání bandáží, rozličné propagační materiály – brožury, letáky, obrázky, novinové články, modely. Pokud máme k dispozici výukový film či nějaký jiný edukační program je možno jimi výuku zpestřit. Abychom dosáhli co nejlepších výsledků je efektivní metody, prostředky a formy kombinovat.

Dalším důležitým aspektem edukace je využití jiných didaktických pomůcek, pro sestru i pacienta je to zápisník a tužka. Klient si může zapisovat praktické poznatky.

5. Kontrolní systém – proces hodnocení a vyhodnocování. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu sestře i pacientovi. Sestra/edukátorka má možnost zjistit, zda naplánovaná edukace byla či nebyla efektivní, a naopak pacientovi je poskytnuta zpětná vazba o jeho pokrocích či neúspěších. Hodnotíme, zda se nám podařilo dosáhnout stanovených cílů. Hodnotící metodou v oblasti vzdělávací je řešení problémových situací a kladení otázek, v oblasti dovednostní posuzujeme provedení úkonu například správné přiložení te-

rapeutického materiálu a manipulace s ním. Výchovné, afektivní cíle hodnotíme pozorováním, všímáme si názorů pacienta při odpovědích.

Při hodnocení edukace pacienta povzbuzujeme, chválíme. Pokud je nutná výtka, vytýkáme špatně provedený úkon.

Pokud zjistíme, že jsme nedosáhli stanoveného cíle, je nutné zjistit důvod neúspěchu. Zdrojem často bývá nepřesně stanovená edukační potřeba a diagnóza, stanovení nových reálných cílů, chyby v komunikaci, nedostatek motivace, nedostatek času a nevhodnost či nedostatek edukačních pomůcek.

1.8 Potřeby v edukaci

V běžném životě se pacient a jeho rodina setkává s různými problémy, které je potřeba konzultovat. Nemocný se potřebuje poradit, zdokonalit již získané vědomosti, jeho postoje se mohou měnit, a proto je důležitá neustálá edukace a reedukace. Pacient i přes probíhající edukace může zapomenout a v tom případě se může využít např. internet, kde je velký dostatek informací vztahující se k dané problematice.

Nemoc bývá často vnímána jako rozporuplná situace jak u pacienta samotného, tak v rodině, souvisí se změnou životního rytmu, pacient nemusí svůj handicap akceptovat (Šamánková, 2011, s.34).

Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, který ovlivňují jednak obecné faktory (rodinný stav, vzdělání, výchova), pak společenské faktory a patologické stavy (teplota, bolest aj.) (Zacharová, 2017, s.26). Chronicky nemocný člověk má potřeby nespokojovány dlouhodobě, nemůže dělat to, co ho baví, v případě chronického defektu je to třeba plavání nebo dlouhé turistické výlety, wellness pobyty. Netroufá si jít do divadla, do restaurace, bojí se, že na něm někdo pozná, že má chronický defekt.

Sestra se při výkonu své práce zaměřuje jak na uspokojování potřeb primárních, kterými jsou například potřeba vylučování, příjmu potravy tak na uspokojování potřeb sekundárních. Mezi sekundární potřeby patří potřeba lásky, potřeba jistoty a bezpečí a další (Šamánková, 2011, s.19).

Mezi ústřední dovednosti sestry v oblasti uspokojování potřeb je respektování jedinečnosti nemocného. Pokud je člověk nemocný, je důležité respektovat jeho názory, předchozí zkušenosti s chorobou. Dáváme mu možnost podílet se na plánování léčby, je mu dána možnost přijmout nebo odmítnout léčebný výkon, je-li to možné (Šamánková, 2011, s.40).

1.9 Specifika edukace u chronicky nemocných

Edukace u pacientů s chronickým onemocněním je specifická. Nemocní často nejsou schopni dlouhodobě dodržovat léčebný režim, zdá se jim, že proces uzdravování je pomalý a velmi tak záleží na postoji pacienta k poskytované léčbě. Chronický defekt představuje pro člověka náročnou životní situaci, zasahuje mu do životních plánů a často brání v uspokojování jeho potřeb. Pacient je nucen přistoupit k jakési nouzové variantě, kde panují zhoršené nebo omezené podmínky (Gurková, 2017, s.21). Pacient se dostává do situace, kdy musí do svého života zakomponovat skutečnosti vztahující se k jeho chronickému onemocnění: změnu životních postojů a chování, léčba může být dlouhodobá možná až celoživotní, občas s nejistým výsledkem (Gurková, 2017, s.21). Centrem pozornosti pacienta je vliv jeho chronického onemocnění na pokračování normálního života a běžných aktivit. Pokud léčba a onemocnění zasahuje denního života, může pacient své onemocnění a jeho příznaky či projevy vnímat negativně (Gurková, 2017, s.22). Abychom byli schopni plnit potřeby pacienta v nemoci, je nutné zjistit si některé informace z doby předchorobí. Zjišťujeme vzdělání, věk, temperament, typ osobnosti nebo žebříček hodnot (Šamánková, 2011, s.33).

Mezi chronicky nemocnými jsou rozdíly a při léčbě je musíme respektovat. Někteří jsou se svou chorobou relativně srovnaní, dodržují životosprávu a snaží se provádět převazy velmi pečlivě. Jiný svou nemoc bagatelizují a nejsou ochotni změnit svoje názory a životní styl. Pacienti podceňují svůj zdravotní stav. Důvodem často bývá přeceňování svých možností, podceňování zdraví. A často za tímto postojem bývá strach např. z bolesti, ztráty osobní prestiže aj (Zacharová, 2017, s.24). Ke každému pacientovi přistupujeme individuálně, snažíme se spíše nabízet řešení a pacienty motivovat, než začneme něco autoritativně přikazovat. Je vhodné pacientovi sdělovat informace o léčbě, o účincích terapeutických

materiálů, protože potřeba dostatku informací je pro pacienta významná a on pak svou nemoc lépe snáší.

Při neuspokojení potřeb bezpečí a jistoty se může projevit na přístupu člověka ke své nemoci:

- **Krajní přijetí nemoci** – nemocný přijímá svou nemoc bez protestů, ale stává se závislým na rodině a zdravotnickém personálu
- **Krajní odmítnutí léčby** – pacient verbálně nebo nonverbálně odmítá fakt, že je nemocný, nedbá na příznaky a není tak motivovaný ke své léčbě, eventuálně chce být zdravý ihned
- **Ambivalentní postoj** – nosofilní až účelový postoj (Zacharová, 2017, s.24) - tento přístup bývá spojený s výhodami, která plynou z nemoci. Jde o to, že nemocný nemusí plnit své povinnosti, jsou na něj brány ohledy, je o něj pečováno
- **Realistické přijetí nemoci** – jde o neoptimálnější způsob, pacient má velmi dobrý předpoklad ke spolupráci s rodinou a ošetřujícím personálem (Magunová, 2009, s.69).

2.0 Překážky v edukaci

Při edukaci se může vyskytnout řada překážek, které by mohly proces výuky negativně ovlivnit. Problémy v edukaci mohou nastat na různých úrovních – biologické (změny v některé oblasti fyziologických funkcí), psychické (např.: poruchy paměti, poruchy soustředění) a také v oblasti prožívání (např.: stavy ohrožení, úzkosti, strachu) (Magunová, 2009, s.98). Je tedy na sestře, aby takové problémy předvídala, reagovala na ně a snažila se je odstraňovat (Svěráková, 2012, s.37).

Překážky při edukaci mohou být dvojí:

- 1) ze strany edukanta
- 2) ze strany zdravotnického personálu (Juřeníková, 2010, s.56-57).

Překážky ze strany edukanta – věk, pohlaví, etnická příslušnost, charakter onemocnění, nízká motivace, jazyková bariéra, osobnostní rysy pacienta, stres, úzkost a bolest v akutní i chronické fázi onemocnění, špatná adaptace na onemocnění (Juřeníková, 2010, s.56-57; Svěráková, 2012, s.38). Nemocný může mít nevhodné názory na zdraví, není ochotný převzít zodpovědnost za vlastní zdraví, nemá zájem se učit (Magunová, 2009, s.98).

Překážky ze strany zdravotnického personálu – na první místo lze zařadit nepřipravenost zdravotníka, kdy edukace probíhá neplánovaně a je roztráštěná, zdravotník má nedostatečné edukační vědomosti (Juřeníková, 2010, s.56-57). Mezi další faktory ovlivňující edukaci patří snížená schopnost empatie a asertivního chování, ignorování potřeb pacienta, nevhodná úroveň komunikace ať už verbální či neverbální, nedostatek času, únava, malá motivace zdravotníka k provádění edukace, negativní vliv prostředí (ztráta důstojnosti, minimalizace soukromí, nadměrný hluk) (Svěráková, 2012, s.37). Zdravotník není schopen shrnout, objasnit a vysvětlit výukové cíle, stanovit a využít metody a pomůcky edukace. Zdravotník není schopen objektivně posoudit nemocného/edukanta ve fázi plánování, přesně a správně vydefinovat edukační diagnózu, důkladně zrealizovat a následně vyhodnotit edukační proces (Magunová, 2009, s.98).

2.1 Příčiny ovlivňující úspěšnost či neúspěšnost edukace

Nejčastější příčiny nesplnění cíle stanovené edukátorem

- Nesprávné posouzení úrovně znalostí a vědomostí nemocného a následně špatně stanovená znalostní diagnóza
- Špatně stanovený cíl edukace
- Nedostatečná motivace pacienta k získávání nových informací
- Nevhodně plánovaná edukační setkání, nevhodný čas a prostředí
- Nevhodná strategie učení, špatně zvolené metody edukace, nevyužívání pomůcek
- Chyby v komunikaci, používání odborné terminologie
- Nerespektování případných poruch pozornosti, myšlení, paměti
- Není prováděno průběžné hodnocení plnění cíle (Magunová, 2009, s.99)

Všeobecné faktory ovlivňující úspěšnost edukace

- Získaná důvěra pacienta
- Vhodně stanovené znalostní diagnózy a cíle edukace
- Vytvoření kladného postoje pacienta k léčbě a léčebným pokynům
- Věrohodnost sestry jako edukátorky

- Srozumitelnost a jednoduchost podávaných informací, jejich vhodný způsob interpretace
- Opakování získaných informací (Magunová, 2009, s.99)

Kritéria hodnocení

- Edukátor zná motivaci pacienta
- Edukátor má zpětnou vazbu o prospěšnosti a pokrocích v edukaci
- Edukátor má zpětnou vazbu o připravenosti pacienta na další fáze učení

2 CHRONICKÁ RÁNA

Péče o pacienta s nehojící se ránou, chronickým defektem, je složitým multidisciplinárním problémem, který v sobě zahrnuje mnoho specifických činností (Pokorná, 2012, s. 97). Členové multidisciplinárního týmu – chirurg, dermatolog, diabetolog, nutriční terapeut, mikrobiolog, fyzioterapeut a plastický chirurg, ti všichni by spolu měli spolupracovat, zlepšovat úroveň péče o pacienty s chronickou ránou. Dalším členem tohoto týmu, který hraje důležitou roli, je zdravotní sestra. Problematikou onemocnění cév a periferní cirkulace se zabývá angiologie. Dílčím oborem angiologie je flebologie, která se zabývá především chronickými venózními onemocněními DK, flebotrombozami, trombózami či tromboflebitidami. Flebologické ambulance pracují nejen v České republice, ale i v zahraničí. I v tamních nemocnicích a institutech se snaží vyvíjet programy zlepšující hojení nebo preventivní programy. Například ve flebologické ambulanci Univerzitní kožní kliniky v Tübingenu věnují již léta pozornost pacientům s chronickým žilním onemocněním. Tamní lékaři ve spolupráci se sportovní teoretičkou vypracovali pohybový a cvičební program. Ukázalo se, že takový program výrazně pomáhá pacientům zlepšovat a chránit jejich žilní systém (Klyscz, 1998, s. 10).

Hojení defektů kůže – hojení defektu je komplexní proces kůže regenerovat epitel a obnovit všechny vrstvy kůže. Hojení lze rozdělit na hojení per primam a per secundam.

Hojení per primam je nekomplikované, nevyžaduje žádný zásah zdravotnického personálu. Naše rady se týkají zhojeného místa. Pacient by měl vědět, že má jizvu promazávat a provádět tlakové masáže, které slouží k posílení zhojeného místa.

Hojení per secundam je s komplikacemi, probíhá déle než 6 týdnů a je vyžadována pomoc zdravotnického personálu.

Pro nelékařské zdravotnické pracovníky českého zdravotnictví jsou pořádány certifikované kurzy, po jejichž absolvování mohou pracovat s pacienty s chronickou ránou samostatně. Chronická rána je specifická svým hojením, neprochází řádným procesem hojení, jak z časového hlediska, tak ani z pohledu patofyziologie hojení (Pokorná, 2012, s. 19). Chronickou ránou řadíme do skupiny onemocnění, která mohou zneprůjemňovat život pacientů. Hojení chronické rány je vysoce specializovaný proces při poškození bariérové

funkce kůže (Han, 2017). Naším úkolem je snaha o kompenzaci zdravotního stavu, o nápravu faktorů zpomalujících či dokonce zabraňujících hojení (Bureš, Léčba ran 3/2018). Pacient s chronickou ránou trpí často bolestí, ta ho může významně omezovat při denních aktivitách (Bureš, Léčba ran 3/2018), má pocit vyčlenění ze společnosti, obává se, že jeho onemocnění je patrné na první pohled. Pacienti s defektem prožívají úzkost a trpí depresemi, trápí je poruchy spánku a s tím je spojená únava (Černohorská, Medical Tribune, 2017). Pacienta izoluje i zápach z rány. Všechny tyto faktory mohou zhoršit hojení (Bureš, Léčba ran 3/2018).

Chronická rána ale zatěžuje pacienta a rodinu i finančně. Často si musí z různých příčin hradit materiál určený k hojení přímo, tedy z vlastních zdrojů. A u diabetiků stoupají náklady ve spojitosti se speciální obuví, s používáním různých typů ortéz, hole, chodítka či používání vozíků (Bureš, Léčba ran 3/2018).

Pro pacienty představuje chronická rána zdravotní, psychické (trápí je stres, bolest) a sociální důsledky v podobě zhoršení mobility, upoutání na invalidní vozík či dokonce trvalé upoutání na lůžko a tím pádem i celoživotní závislost na pomoci druhých (Bureš, Léčba ran 3/2018).

S chronickou ránou se totiž můžeme setkat u lidí všech věkových kategorií. Ve valné většině případů chronická rána vzniká jako důsledek jiného závažného onemocnění, kterými jsou chronická žilní nedostatečnost, diabetes mellitus, ateroskleróza, maligní onemocnění, imobilita. Tato tzv. civilizační onemocnění jsou spojena se současným životním stylem a jejich incidence bohužel stále stoupá (Stryja, 2011, s. 18).

2.1 Kůže: anatomicko – fyziologické základy

Kůže je největším smyslovým orgánem lidského těla. Nutno připomenout, že kůže člověka se skládá ze tří vrstev: zevní pokožky (epidermis) na povrchu, pod ní následuje škůra (korium) a nejnižší část tvoří podkoží (subcutis) složené z vaziva s tukovou tkání (Novotný, 2000, s.20). Nedílnou součástí kůže jsou i přídatné kožní orgány – kožní anexa – žlázy potní, mazové, žlázy mléčné, vlasy, nehty a chlupy (Pokorná, 2012, s.9).

Lidská kůže má specifické ochranné bariéry: fyzikální (silná rohová vrstva na chodidlech, podkožní tukový polštář jako tepelná a protitlaková izolace) dále jsou to bariéry

chemické, antibakteriální a imunologická. Také má kůže své biofunkční charakteristické vlastnosti zastoupené sekreční a exkreceční činností, regulací stálé tělesné teploty pocením (Novotný, 2000, s.9).

Epidermis – pokožka tvoří nejvrchnější část kůže. Její spodina je zvlněná a vytváří kuželovité výběžky vybíhající do škáry. Fyziologickým procesem stárnutí dochází k vyrovnávání tohoto zvlnění, což má za následek snadnější poškození kožního krytu i minimálním traumatu, snadněji se tvoří puchýře. Za normálních okolností trvá obnova 28 dní (Stryja, 2011, s.22). V epidermis nejsou cévy, je vyživována difuzí z kapilárního lůžka dermis. Epidermis obsahuje Langerhansovy buňky, které jsou důležité pro imunitní reakce kůže, dále jsou obsaženy Merkelovy buňky a melanocyty, které vytváří a shromažďují melanin. Ten je odpovědný za barvu kůže, vlasů a chlupů a zároveň chrání kůži před UV zářením (Pokorná, 2012, s.11).

Dermis – škára – korium – vazivová tkáň bohatá na cévy a nervová zakončení. Histologicky dermis rozdělujeme do dvou vrstev, které od sebe nejsou odděleny, odlišují se pouze svou hustotou a uspořádáním vazivových vláken (Pokorná, 2012, s.11). V koriu začínají lymfatické cévy, obsahuje senzitivní nervová zakončení s receptory např. pro vnímání chladu, tlaku, bolesti. V oblasti dermis jsou uloženy mazové a potní žlázy, vlasové folikuly (Pokorná, 2012, s.12).

Subcutis – podkožní tkáň – nejhlubší vrstva kůže tvořená řídkým vazivem, lymfatickými a krevními cévami, nervovými zakončeními a potními žlázami (Stryja, 2011, s.23). Vazivo představuje závěsný aparát pro tukovou vrstvu. Ta má funkci izolační, modelační a zásobní. Síla/tloušťka subcutis se liší dle lokalizace, nejtenčí je na očích víčkách a nejsilnější vrstva je na hýždích, břiše a stehnech (Pokorná, 2012, s.13).

Kožní adnexa – kožními adnexy jsou označovány vlasy, nehty, potní a mléčné žlázy, mazové žlázy a chlupy.

2.1.1 Funkce kůže

Kůže má několik důležitých funkcí.

Ochrana, bariéra před nepříznivými vlivy vnějšího a vnitřního prostředí – chrání před mechanickým poškozením, dále před vlivem chemických látek a před fyzikálními vlivy

(termické poškození, UV záření). Nenarušená rohová vrstva má pH kyselé (4,5 – 5,5) (Stryja, 2011, s.25).

Funkce termoregulace – kůže nám pomáhá udržovat stálou teplotu našeho těla pomocí několika kompenzačních mechanismů (sekrece potu, podkožní tuk, vasodilatace a vasokonstrikce) (Pokorná, 2012, s.14).

Funkce senzitivní – čítí – v kůži je uloženo velké množství rozličných receptorů a zdravá kůže vnímá dotyk, teplo a chlad, tlak a bolest (Stryja, 2011, s.26).

Skladovací a resorpční funkce – v podkožním vazivu se ukládá tuk, který má jednak funkci zásobní a dále má funkce izolační a mechanické. V tukové vrstvě jsou uloženy vitamíny rozpustné v tucích (Pokorná, 2012, s.14).

Funkce sekreční – kůže produkuje keratin, melanin, maz a pot. Ty plní celou řadu úkolů a tělo se jejich pomocí zbavuje i části zplodin (Stryja, 2011, s.25).

Funkce metabolická – kůže je schopna syntézy melaninu a vitamínu D, čímž se velkým dílem podílí na látkové výměně. Metabolická funkce je využívána pro proces tvorby protilátek (Pokorná, 2012, s.15).

Funkce estetická – významná role v sociální interakci. Stav kůže, případné nedostatky nebo negativní změny na kůži významně ovlivňují sebehodnocení jedince a hodnocení jednotlivce okolím (Pokorná, 2012, s.15.).

2.2 Proces hojení

Rozlišujeme tři základní fáze hojení – zánětlivá, proliferační a epitelizační (remodelační).

Fáze zánětlivá (exudativní) – objevuje se v průběhu hojení každé rány nejen chronické a vytváří podklady pro druhou fázi, fázi proliferační. Cílem je odstranění všech možných příčin bránící procesu hojení ran. Snažíme se odstranit nekrózu, povlaky, cizí tělesa, zastavit krvácení a případné další (Janíková, 2013, s.65). Klinicky jde o projevy zánětu tzv. Celsovy znaky: rubor, calor, dolor, funtio laesa, tumor. Na mikroskopické úrovni dochází ke zvýšené propustnosti cév, k vasodilataci, tekutina prostupuje do intersticia a vzniká otok (Stryja, 2011, s.29). Trvání zánětlivé fáze je individuální, ale zpravidla se jedná o 3 až 5 dní, u nehojící se rány bývá zánětlivá fáze prodloužena na 7 až 28 dní, někdy i déle (Janíková, 2013, s.65).

Druhou fází je fáze proliferační – která začíná asi 4 den po poranění. V této fázi se nově tvoří granulační tkáň a ta je základem pro proces epitelizace. Ve fázi proliferace je důležité zachování adekvátní vlhkosti a vhodné teploty tkání. Název této fáze je odvozen od jistých známek hojení, což se projevuje výskytem světle červených jader (granul) vyskytujících se na spodině rány. V této fázi je velmi důležitá právě podpora granulace, a to výběrem vhodného krytí. Krytí volíme tak, aby zajišťovalo adekvátní vlhkost a teplotu (Janíková, 2013, s.65). Barevné spektrum u nově vzniklých struktur je důležité pro hodnocení efektivity procesu hojení. Pokud se nám granule v ráně zvětšují a mění barvu na lososovou, hojení pokračuje příznivě, pokud se naopak barva mění na šedou, granula jsou povleklá, jde o projev progresu nebo stagnace hojení. Dále je třeba věnovat pozornost ostře červeným útvarům tzv. ohnivým granulacím, které mohou být známkou infekce (Pokorná, 2012, s.19).

Třetí fáze epitelizační – epitelizace je finální etapa v celém procesu hojení rány. Epitelizace se objevuje u okrajů, ale nejsou výjimkou epitelizační ostrůvky uvnitř rány. Buňky se pohybují po spodině rány, k čemuž jim pomáhá skluzná plocha spodiny, stejně tak dostatečné zásobení kyslíkem a chemotaktické působení granulační tkáně. Nově vytvořená jizevnatá tkáň je náchylná k traumatu a tím je zvýšeno riziko recidivy defektu (Pokorná, Mrázová, 2012, s.19). Jizva dosahuje původní pevnosti v 80 % asi až po dvou letech od zhojení (Stryja, 2011, s.30). Jak bude proces epitelizace probíhat můžeme ovlivnit udržováním vlhkého prostředí. Ale pozor u chirurgických ran je třeba zabránit maceraci, která nám může ovlivnit konečný kosmetický efekt (Janíková, 2013, s.65).

2.3 Faktory ovlivňující hojení ran

Hojení ran je ovlivňováno mnoha faktory, které je možno rozdělit na vnitřní a vnější. Zhodnocení těchto faktorů je důležité pro správnou volbu celkové a lokální terapie. Mezi vnitřní faktory řadíme stav prokrvení tkáně, stav výživy, oxygenaci kyslíkem ve tkáních, zánět a lze přiřadit i věk (Koutná, 2015, s.5).

2.3.1 Vnitřní faktory

Hojení rány u zdravého jedince, který má dostatečné zásoby energie a svalstva je proces, který nečiní žádné velké problémy. Organismus využívá vlastních zdrojů, zejména jde o kosterní svalovinu, která představuje při hojení největší zdroj bílkoviny (Sobotka, Medical Tribune, 2010). Poruchy výživy, jakými jsou malnutrice nebo obezita nám ovlivňují celkový proces hojení. Je proto nutné pacienta s nehojící se ránou nutričně sledovat. U osob s nehojící se ránou se zaměřujeme na vyhledávání známek malnutrice eventuálně na potencionální inhibující faktory, snažíme se identifikovat poruchy výživy, snažíme se sledovat stav výživy v průběhu procesu hojení a průběžně hodnotíme stav výživy eventuálně se snažíme zajistit nutriční podporu. Nutriční hodnocení je nedílnou součástí holistického pojetí péče pacienta s nehojící se ránou (Pokorná, 2012, s.35). Nedostatek energetických zásob vede právě k prodlouženému hojení. A vzhledem k tomu, že rána existuje, je způsoben chronický systémový zánět, který potlačuje anabolismus. Tak vzniká jakýsi bludný kruh, nehojící se rána způsobuje tělesnou zátěž, snižuje se pohyb a dochází ke snížení příjmu potravy. Příjem potravy je snížen důsledkem snížené chuti k jídlu, což souvisí se zánětem. Tyto procesy vedou k prohloubení pacientovi soběstačnosti nebo končí fatálně (Sobotka, Medical Tribune, 2010). Z toho všeho vyplývá, že sledování nutričního stavu a případné nutriční intervence musí být součástí léčby.

Dalším faktorem je oxygenace kyslíkem ve tkáních. Příčin nedostatečného zásobení kyslíkem může být několik, například onemocnění krve, jakou je anemie, onemocnění srdce a cév nebo některé chorobné změny cév. Dostatečná oxygenace je pro proces hojení důležitá (Stryja, 2011, s.40). Při nedostatečném zásobení se hojení prodlužuje (Kouřilová, 2011, s.56).

Mezi vnitřní faktor patří zánětlivá odpověď, kdy při výskytu infekce v ráně je hojení zpomaleno a pak je prodloužena doba nutná pro léčbu. Je nutné zohlednit několik faktorů jako například vnímavost pacienta, virulence, dále je to agresivita bakteriálních toxinů a další (Koutná, 2015, s.6). Další faktor, který je spojený se zánětem je nepřiměřená odpověď lidského organismu na zánět nebo stavy spojené s poruchou imunity (Koutná, 2015, s.6). Pro proces hojení nebo pro snížení výskytu nových defektů je důležitý celkový stav a dále sledujeme systémový zánět. Základním ukazatelem je C – reaktivní protein (Koutná, 2015, s.6).

Mezi další vnitřní faktory, které se mohou podílet na vzniku nehojící se rány se může řadit věk. Je známo, že kůže věkem ztrácí svou schopnost regenerace. Kůže ve vyšším věku je více náchylná na poranění (Stryja, 2011, s. 41). Vykazuje změny v hydrataci a ve stavu výživy. Nelze však tvrdit, že by hojení bylo vždy horší (Koutná, 2015, s.7). Zpomalená regenerační schopnost kůže může být také jako důsledek zhoršené funkce oběhového systému. Jak ukazují poslední výzkumy není věk u jinak zdravých seniorů rozhodující. Rozdíl v hojení mezi mladou generací a seniory je nepatrný (Stryja, 2011, s.41).

2.3.2 Vnější (zevní) faktory

Vnější faktory ovlivňující hojení jsou lehčeji definovatelné a snadněji odstranitelné než faktory vnitřní. Mezi vnější faktory řadíme tlak, tření a střižné síly, dále je to působení tekutin a chemikálií, fyzikální faktory a farmakoterapie.

Zevní tlak na kůži snižuje perfuzní tlak na tkáň. Zdravý jedinec při diskomfortu změni svou polohu, eliminuje tak nepřiměřený tlak. Pokud jde o jedince, který toto ovlivnit nemůže vzniká tak diskomfortní situace a pacient je ohrožen vznikem nehojící se rány. Mezi další rizikové faktory řadíme tření kůže a střižné síly. Ke tření kůže dochází při nešetrném polohování, nevhodných přesunech pacienta (Koutná, 2015, s. 7).

Jakékoli dlouhodobé působení tekutin nebo chemikálií poškozuje spodinu defektu nebo působí na neporušenou kůži, snižuje mazovou vrstvu, která chrání kůži, která je pak více zranitelná. Snáze pak dochází k poškození kožního krytu (Koutná, 2015, s.7). K poškození může dojít nejen působením tekutiny jako moč nebo pot, ale i nevhodně používanými antiseptiky, detergentními mýdly, různými chemikáliemi, které využíváme pro chemický debridement (Stryja, 2011, s.43).

Fyzikální faktory lze pro podporu hojení využít, jde o kladný vliv fototerapie nebo pobyt v hyperbarické komoře (Stryja, 2011, s. 43). Nebo naopak mohou mít nežádoucí účinky například dlouhodobé působení tepla a chladu. Tyto nežádoucí účinky jsou většinou spojeny s ošetrovatelskou péčí a bývají způsobeny zdravotnickým personálem (Koutná, 2015, s. 8).

Hojení ran negativně ovlivňuje aplikace některých léčiv. Léky, které nám ovlivňují hojení lze rozdělit do dvou skupin: 1) léky, které zvyšují riziko tvorby dekubitů a za 2) léky, které zhoršují hojení. Skupina léků, které zhoršují hojení zahrnuje především cytostatika, antikoagulancia, kortikoidy a imunosupresiva (Janíková, 2013, s.67). Skupina léků zvyšující riziko tvorby dekubitů zahrnuje analgetika, sedativa (ovlivňují vnímání diskomfortní polohy), vazopresory (Koutná, 2015, s. 8).

Zevním faktorem je též životní styl jedince. Nevhodný životní styl, kam lze zařadit nedostatek pohybu, užívání návykových látek nebo třeba nedostatek spánku také negativně ovlivňuje hojení nebo podporuje vznik nehojící se rány. A zde je na sestře jako edukátorce, aby v rámci svých kompetencí pozitivně působila a podporovala zdravé návyky jedince (Janíková, 2013, s. 67).

2.4. Základní dělení chronických ran

Bércový vřed žilní etiologie – nejčastější chronickou ránou, představuje závažný problém jak pro nositele, je omezen v každodenním životě a často v i zaměstnání, což bývá spojeno i s ekonomickými ztrátami, tak i pro společnost. Vzniká v situaci, kdy žíly dolních končetin nevládají plnit svou funkci, dochází k nedostatečnému odtoku krve v žilách směrem k srdci. Tlak v žilním systému se zvyšuje, je blokována resorpce tekutin z kapilár a dochází ke vzniku edému. Nejčastěji v lokalizaci vnitřního kotníku a dolní třetině bérce. Mezi typické příznaky bércové ulcerace se řadí změna pigmentace, ekzémové změny na končetině. Defekty mají nepravidelné okraje, různou hloubku a rozdílnou intenzitu bolesti (Pokorná, 2012, s.102). Léčba bércového vředu je zdlouhavá a ekonomicky náročná. Základem pro úspěch léčby je určení příčiny vzniku vředu (Herman, 2010).

V léčbě má hlavní význam eliminace žilní hypertenze, toho dosáhneme prostou elevací končetiny. Elevace končetiny by měla trvat alespoň jednu hodinu a končetina by měla být 20 cm nad úrovní srdce. Je vhodné mít podložené nohy u postele. V době, kdy pacient není na lůžku, musí mít přiloženou kompresivní bandáž nebo kompresivní punčochu (Herman, 2010).

Bércový vřed arteriální etiologie – vyskytuje se asi u 10 % pacientů s ulcerací. Dochází k ischemii v důsledku arteriosklerotických změn, nejčastěji vznikají na prstech DK, na zevní straně kotníku a na tibií. Vředy se vyznačují pravidelnými okraji, objevují se mírné zánětlivé změny, jsou bolestivé (Stryja, 2011, s. 150). Incidence je vyšší u mužů a průvodním příznakem jsou klaudikační bolesti, zpočátku námahové a později klidové. Pacientům s končetinovou ischemií hrozí ztráta končetiny. Jediným řešením je včasný revascularizační výkon (Pokorná, 2012, s. 103).

Dekubity – definic vystihujících dekubitus je uváděno v literatuře mnoho. Všechny se shodují, že jde o lokální ischemii vznikající především v důsledku působení tlaku na jedno, dlouhodobě zatížené místo. Ve zdravotnických zařízeních sledování dekubitů slouží jako indikátor kvality poskytované péče. Vznikem dekubitu je ohroženo téměř jakékoli místo na těle, dekubity mohou vznikat i na sliznicích. Při příjmu pacienta hodnotíme riziko vzniku dekubitu dle hodnotících škál, zařazujeme preventivní postupy, využíváme polohovací pomůcky u pacientů ohrožených vznikem dekubitu. Při vzniklém dekubitu provádíme hodnocení dekubitu. Hodnotících škál je velké množství a záleží na zdravotnickém zařízení, kterou využívá a má ji zařazenou do svých standardů. Pro příklad uvádím některé z hodnotících škál – podle Daniela, podle Seilera, podle Evropského poradního panelu pro dekubity (EPUAP/NPUAP). Poslední zmiňovaný byl vydaný v roce 2014 a v hodnocení přibily dvě stadia dekubitů. Jde o stádium – *nelze určit stadium*, projevující se suchým, nekrotickým krytem, který dočasně tvoří přirozený kryt, a proto jej v daný okamžik neodstraňujeme. Dalším stádiem je *suspektní hluboké poškození; neznámá hloubka poškození*. Toto stádium se projevuje světle fialovou, fialovou nebo purpurově zbarvenou lokalitou, bývá neporušený kožní kryt nebo se objevuje puchýř s hemoragickým obsahem (Koutná, 2015, s. 43). Prevencí vzniku dekubitů je polohování, péče o kůži, zvládnutí nutriční podpory a týmová spolupráce.

Diabetický vřed (syndrom diabetické nohy) – jde o závažnou komplikaci diabetu, ohrožující diabetika infekcí, sepsí a v důsledku těchto faktorů hrozí ztráta končetiny. Podle definice je syndrom diabetické nohy (dále jen SDN) postižení hlubokých tkání nohy kotníku a dále distálně od kotníku. SDN je nejčastější příčina hospitalizace diabetika a jedná se o závažný medicínský, společenský a ekonomický problém (Pokorná, 2012, s. 123). Na vzniku SDN se podílí řada rizikových faktorů, například kouření, ICHDKK, neuropatie, těžké deformity aj. Terapie SDN musí být účinná, včasná a komplexní, je specifická a je třeba zaměřit se na kompenzaci diabetu, léčbu infekce, provádět efektivní debridement,

zlepšit cévní zásobení postižené končetiny, dostatečně odlehčit končetinu s ulcerací. Neoddělitelnou součástí terapie je nutnost eliminace externích toxických faktorů – abúzus alkoholu, nikotinu, snížit příjem tuků ve stravě (Pokorná, 2012, s. 129).

Ostatní defekty kůže – onkologické rány, exulcerující malignity, operační rány hojící se per secundam

Onkologické rány a exulcerující malignity – pro postiženého jedince představuje devastující proces v oblasti psychické, sociální i fyzické. Typicky se projevují zápachem, bolestí. Jsou rozsáhlé a devastující, nelze je účinně léčit. Je snahou zlepšení kvality života pomocí efektivní lokální terapie (Geršlová, 034/2014).

Operační rány hojící se per secundam – vyznačují se tkáňovým deficitem, okraje rány jsou rozestoupené, je časově náročnější a výsledkem bývá viditelná jizva (Janíková, 2013, s. 65).

2.5 Kožní projevy v okolí rány

Projevy v okolí rány je možno rozdělit do několika skupin: změny barevné, ekzémové projevy, mikrobiální komplikace, atrofické a hypertrofické projevy.

Změny barevné – Pigmentace – světle až temně hnědé skvrny, jsou známkou zvýšené propustnosti žilní stěny a provázejí téměř vždy bércové vředy žilního původu. Nejprve mají charakter červených teček, ty se pak během krátké doby zbarví do žlutohnědého nebo žlutočerného odstínu (Pokorná, 2012, s. 67). Rozsah změn bývá různý, od drobných ložisek až po rozsáhlé splývající plochy po kůži na bérkách. Barevné změny jsou trvalé a nelze je ničím odstranit.

Erytém – v okolí rány může vzniknout zánětem kolem defektu, bývá provázen bolestí a je charakteristický živě červenými prosakujícími plochami kůže (Pokorná, 2012, s. 67). Léčba spočívá v aplikaci analgetik, lokálně protizánětlivé masti (Pospíšilová, 2006).

Ekzémové projevy – kontaktní dermatitis, která vzniká v důsledku dráždivého účinku déle působících sekretů z rány. Kontaktní dermatitida vzniká na zdravé kůži a může

se projevit u každého jedince. Podle průběhu ji dělíme na akutní a chronickou. Akutní dermatitida se projevuje jako erytém, edém a při rozsáhlejších zánětu se objevují eroze a mokvání. Při léčbě nejprve odstraníme vyvolávající příčinu a poté postupujeme dle příznaků. Chronická dermatitida se projevuje především u oslabené kůže a při selhání ochranných reakcí kůže (Pospíšilová, 2006).

Mikrobiální komplikace – jde o zánětlivý proces pravděpodobně na podkladě přecitlivělosti na produkty některých bakterií, v první řadě stafylokoků, kteří se vyskytují ve velké míře na kůži a přežívají v ráně. Mikrobiální ekzém se může z původního místa šířit krevní cestou a pak postihne kůži celého těla (Pospíšilová, 2006). Specifickým projevem je erysipel, který se projevuje otokem, končetina má živě červenou barvu. Akutní stav bývá provázen celkovými známkami infekce: vysoká teplota, zimnice, třes, nevolnost (Pokorná, 2012, s.72).

Atrofické projevy – jedním z projevů je tenká kůže, která se vyskytuje jednak fyziologicky v rámci stárnutí a dále se s tenkou méně pevnou a pružnou kůží setkáváme v okolí bérceových vředů spíše arteriální příčiny (Pokorná, 2012, s. 72). Atrofickou, tenkou kůži je třeba udržovat vláčnou. Mezi další atrofické projevy patří bílá atrofie, která je výrazem těžkého postižení žilního systému. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti kotníků, kde se tvoří lesklé, nepravidelně tvarované jizvičky s červeným nebo hyperpigmentovaným okrajem. Jsou obrazem těžkého žilního postižení (Pokorná, 2012, s.72).

Hypertrofické projevy – mezi tyto projevy řadíme i suchou, olupující se kůži. Takto suchá kůže je příčinou nepříjemného svědění, které jedince svádí ke škrábání. Takto suchá kůže potřebuje každodenní péči, kůži promazáváme hydratačními krémy, které zvyšují vláčnost a odolnost kůži. Mezi hypertrofické projevy řadíme i vznik hyperkeratoz. Jde o zbytnělou kůži v okolí neuropatických a diabetických defektů nejčastěji lokalizovaných na plosce nohy nebo na konci amputačních pahýlů a znamená to riziko infekce (Pokorná, 2012, s.72). Tato zbytnělá kůže je jednou z příčin špatného hojení. K odstraňování používání změkčující masti nebo je mechanicky odstraňujeme skalpelem (Pospíšilová, 2006).

2.6 Lokální terapie

Je třeba mít na paměti, že obvaz používaný k vlhké terapii musí přesně kopírovat spodinu rány, jinak mohou vznikat mrtvé prostory, kde se budou hromadit bakterie a sekret. Materiály využívané při hojení mají ještě další výhody. Významnou vlastností je především to, že snižují bolest při převazech, zejména ve fázi snímání již spotřebovaného krytí. Další vlastností je i to, že drtivá většina materiálů se může měnit déle než za jeden den. Na ráně, která je čistá, je možno obvaz ponechat i 4 až 7 dní. Je tak umožněn klid v ráně, je snížena bolestivost při převazech a pro pacienta to představuje mnohem větší komfort (Bureš, Léčba ran, 2018). Prostředky určené pro hojení vlhkou terapií jsou volně prodejné ve zdravotnických potřebách nebo lékárnách. Nebo je pacientovi předepisuje lékař – chirurg, internista, angiolog, diabetolog, kožní lékař, popřípadě praktický lékař. Materiály podléhají schválení revizního lékaře dle zdravotní pojišťovny, kde je nemocný registrovaný. Většina materiálů má 100 % úhradu, pouze některé mají úhradu jen 75 % a zbylých 25 % si hradí pacient (Stehlíková, Remedia, 2017).

V průběhu lokální léčby je podle stádia hojení a podle potřeb defektu střídáno na ráně několik typů materiálů. Proto je nutné, aby s materiály pracoval odborně vzdělaný zdravotník, který následně edukuje pacienta. Faktorů pro výběr krytí je mnoho: etiologie rány, bolest, vzhled spodiny, sekrece a zápach, rozsah a lokalita defektu, roční období (defekty se lépe hojí, pokud je chladněji), možnosti kontrol jiným odborníkem, mobilita pacienta (Koutná, Léčba ran, 2018). Koutná dále ve svém článku uvádí, že pacienti (internetový samoléčitelé) si myslí, že ulcerace vzniká na základě lehce odstranitelných chyb, které ale paradoxně mohou způsobit stagnaci v hojení rány; například aplikace krytí u hluboké rány pouze na povrchu, používání jednoho typu krytí několik měsíců, není aplikováno adekvátní krytí, není ošetřeno okolí rány, bývá používáno nevhodné krytí při silné sekreci, není využívána kompresivní terapie. Pokud dojde k nápravě všech nedostatků, nehojící se rána začíná chovat jako hojící se (Koutná, Léčba ran, 2018). Není tedy vhodné, aby s materiály pracoval sám pacient, ten totiž těžko odhadne, v jakém stádiu se rána nachází (Bureš, Léčba ran, 2018). Materiály vlhké terapie vyžadují ke svému použití zkušenosti, neznalost může i ublížit.

Je také nutno zdůraznit, že ne všechny rány jsou vhodné pro tyto metody a materiály. Např.: u ran s ischemickou etiologií, dokud není provedena revaskularizace není vhod-

né používat prostředky vlhké terapie, protože většinou dochází k rozpadu defektu (Bureš, Léčba ran, 2018). U takové rány je lepší ji sušit, zklidnit a snažit se o minimalizaci bolesti. Do objasnění příčiny nemusíme hned na každou černou nekrózu aplikovat gel za účelem nekrózu rozpustit. Pokud černá nekróza nejeví známky podminování, je dobré ji ponechat jako ochranu (Bureš, Léčba ran, 2018).

2.7 Celková terapie

U dlouhodobě hojících se defektů je základem úspěchu léčby co nejkompexnější přístup k pacientovi. Je dobré snažit se odstranit nebo minimalizovat všechny faktory, které nám brání nebo zpomalují hojení, např.: dokud bude mít pacient otoky dolních končetin, není možno bércový vřed zahojit (Bureš, Léčba ran, 2018). U pacientů s defekty na podkladě ischémie se snažíme o odstranění příčiny, ať již nějakým intervenčním výkonem PTA (perkutánní transluminární angioplastika) nebo chirurgickým výkonem, jakým je bypass (Bureš, Léčba ran, 2018).

Při celkové terapii nesmíme zapomínat na výživu. Dobrý stav nutrice je nezbytný pro úspěšné hojení a imunitní odpověď na chronickou ránu. Carbohydráty a tuky zásobují buňky energií. Dostatečné množství vitamínu C, A a E, selen, zinek, měď, thiamin, kyselina panthotenová a magnezium jsou považovány za nezbytné pro hojení (Powers, 2015). Nesmíme zapomínat ani na přísun bílkovin, které jsou stavebním kamenem pro hojící se tkáň, je ideální, aby byl organismus v anabolickém stavu. Anabolismus je proces, kdy z jednoduchých látek vznikají ty složité, v našem případě bílkovina. Pro podporu v domácím prostředí nám slouží sipping = popíjení definované, tekuté výživy, která zajišťuje krátkodobou efektivní nutriční podporu. Na našem trhu jsou přípravky speciálně určené pro zlepšení hojení ran (Bureš, Léčba ran, 2018). Křehcí, geriatrictí pacienti mají zvláště vysoké riziko podvýživy, ale i obézní pacienti mohou být podvyživení a vnímaví k nehojícím se ranám (Powers, 2015).

Z medikamentózní léčby mohou proces hojení zhoršit kumarinové preparáty (antikoagulancia, jejichž zástupcem je kupříkladu Warfarin), kortikoidy, imunosupresiva a cytostatika. Ale na druhou stranu máme i lék, který příznivě ovlivňuje hojení. V roce 2016 vyšlo aktualizované doporučení farmakologické léčby chronické žilní nedostatečnosti. Jako jediné venoaktivní farmakum se stupněm doporučení 1 je přípravek Detralex. Detralex

je indikován pro všechna stádia chronického žilního onemocnění (Černohorská, Medical Tribun, 2017). Narušený psychický stav a bolest v ráně významně zhoršují hojení. Při stresu se defekty špatně hojí, je dobré jako součást léčby využívat antidepresiva, analgetika nebo léky na neuropatickou bolest. Při léčení je dobře mít pacienta na své straně. Ten pacient, který nechce spolupracovat při léčbě, je zhojitelný jen velmi obtížně, pokud se vůbec kdy zahojí (Bureš, Léčba ran, 2018).

2.7.1 Hodnocení bolesti u pacientů s ulcerací

Zpočátku hojení byla pozornost laické i odborné veřejnosti zaměřena na používání terapeutických materiálů. Postupně jak získávali všichni jistotu, začali se zaměřovat i na jiné parametry. Jedním z nich je sledování bolesti. Bolest samotná a její řešení je markantní fenomén, který doprovází rány akutní i chronické. Bolest při chronické ráně byla dlouho podceňována a byl zastáván názor, že bolest je běžná součást života (Pokorná, 2012, s. 41).

To, jak pacient vnímá bolest je individuální záležitost. Intenzita se přímo podílí na kvalitě života. Je snížena schopnost pacientovi spoluúčasti na procesu léčby a na dodržování léčebného režimu. Pokud má pacient bolest, vyplavují se do krve stresové hormony, je špatně prokrvená periferie a dochází k negativnímu ovlivnění hojení. Pacienti s chronickou nenádorovou bolestí mají se zdravotníky četné zkušenosti. Bohužel, spousta pacientů není adekvátně léčena. Většina lékařů, ač mají dobré úmysly, nemají v tomto ohledu adekvátní vzdělání. Pak se stává, že někteří pacienti dostanou opioidy nezávisle na jejich problémech nebo naopak je jim doporučen při silné bolesti paracetamol (kol. autorů, 2006, s. 175).

U jednotlivých typů ran nacházíme různé příčiny a mechanismy vzniku. Podle mechanismu vzniku je možno rozlišit tři typy bolesti – psychogenní, nociceptivní a neuropatickou. Podstatou psychogenní bolesti je strach a úzkost pacienta. Následně dochází k poklesu tolerance bolesti. Opakované působení noxy vede k poruchám spánku, na které navazuje snížení fyzické energie (Pokorná, 2012, s.44). Neurotickou bolest způsobuje poškození periferních nervů, bývá velmi intenzivní a její lokalizace je nejen v ráně, ale i v jejím okolí. Nociceptivní bolest vzniká poškozením tkáně stimulací intaktních nervových zakončení. Bylo prokázáno, že neuropatickou bolestí trpí až polovina pacientů s chronickými bérčovými vředy (Slonková, 2018).

Typ bolesti je důležité určit především z hlediska další terapie. Neuropatická bolest bývá léčena tricyklickými antidepresivy, případně antikonvulzivy. Nociceptivní bolest bývá tlumena nesteroidními antiflogistiky, nejčastěji paracetamol. Pokud je efekt zmírnění bolesti nedostatečný, je možno pacientovi přidat slabý opioid. Pokud i nadále pacient udává bolest přecházíme ze slabého opioidu na silný (Stryja, 2011, s. 194).

Každý vnímá bolest jinak, bolest je vnímána velmi individuálně. Intenzita bolesti je závislá na lokalizaci, na klinickém vzhledu rány, na etiologii, její velikosti, přítomnosti infekce, komorbiditách a jiných, dalších faktorech. Větší část pacientů udává navýšení bolesti během samotného převazu rány. Je proto velmi důležité k převazům používat atraumatická krytí. Jejich použitím minimalizujeme bolest, snižujeme nepříjemné pocity pacientů související s procesem převazu rány (Slonková, 2018).

Abychom mohli efektivně hodnotit bolest je důležité znát determinující faktory zvládnutí a vnímání bolesti, jde o – fyziologicko – biologické faktory, psychologické faktory, kulturně - etnicko - sociální faktory, faktory životního prostředí. Dále se při hodnocení bolesti zaměřujeme na lokalizaci bolesti, intenzitu bolesti, typ bolesti, časový průběh bolesti, další faktory anamnézy např.: farmakologická anamnéza, fyziologické indikátory bolesti, laboratorní vyšetření (Pokorná, 2012, s. 45).

K hodnocení bolesti jsou využívány jednoduché metody, které jsou zaměřeny pouze na jeden faktor, nejčastěji na intenzitu bolesti. Nejčastěji mají podobu škály: VAS – vizuální analogová škála, jejich podoby jsou různé od obličejů přes numerickou úsečku. Bolest lze hodnotit i slovně. Použití verbální škály je limitováno schopností bolest přesně pojmenovat.

Bolest, pokud je nedostatečně léčena může vést ke zpomalení hojení rány. Pokud bolest léčíme účinně, dochází k jejímu zmírnění a je umožněno rychlejší hojení.

2.8 Materiály určené pro vlhké hojení

V první řadě je třeba si uvědomit, že ideální krytí neexistuje. Při hojení chronických ran potřebujeme krytí, které dokonale saje přebytečný exudát, ale zajistí vhodné vlhké prostředí, zamezuje ztrátám tělních tekutin. Vhodný obvaz umí odstranit toxické pro-

dukty, které v ráně mohou vznikat (Kovačková, Sestra, 2011). Obvaz udržuje ideální teplotu v ráně a má ještě další vlastnost, kterou je schopnost zabránit vzniku sekundární infekce za podmínky stálého vnitřního prostředí v ráně. Materiál by nám měl zajistit minimalizaci bolesti při převazu (Mrázová, Florence, 2015). Na našem trhu je celá řada materiálů určených pro vlhké hojení. Vhodným krytím lze příznivě ovlivnit délku léčby, snížit počet potřebných převazů a tím snížit i celkové náklady na péči o pacienta s nehojící se ránou. Neocenitelným přínosem je zvýšený komfort pro nemocného i pro jeho rodinu (Bánská, Léčba ran, 2017). Spektrum materiálů je velké, náš trh je nasycen desítkami druhů, a to je jeden z důvodů proč by si člověk s nehojící se ránou neměl vybírat materiál sám.

2.8.1 Základní skupiny terapeutických materiálů

Antiseptická neadherentní krytí – jedná se o plošné neadherentní krytí impregnovaných látkou s antimikrobiálním účinkem (stříbro, chlorhexidin, med, jod-povidon). S tímto krytím se můžeme setkat při ošetřování nehojící se rány, ale i při ošetřování rány akutní například v traumatologii, na operačním sále nebo při ošetřování invazivních žilních krytí jako krytí preventivní. Krytí nemá absorpční schopnost, je tedy nutné vždy přiložit vhodné sekundární krytí. A zároveň při využití těchto materiálů musíme myslet na případný výskyt alergie, a proto se před přiložením krytí pacienta cíleně na vše vyptáme. Frekvence převazů je závislá na množství exudátu, ale zpravidla je udávána 2-7 dní (Stehlíková, Remedia, 2017).

Hydrokoloidní krytí – primární krytí určené na povrchové rány, kde udržuje vlhké prostředí, stimuluje tvorbu granulace a podporuje epitelizaci, minimalizuje riziko macerace. Materiál podporuje autolytický debridement a při kontaktu krytí s exudátem se na povrchu rány vytváří gel. Krytí by se nemělo používat na infikované rány, rány výrazně secernující (Stryja, 2011, s. 291). Gel, který vzniká na povrchu rány je často mylně považován za hnis, snadno jej lze odstranit oplachovým roztokem a je pacienta třeba upozornit na charakteristický zápach. Aplikujeme na rány ve fázi granulace a frekvence převazů se pohybuje v rozmezí 3-4 dny, ale nebývá výjimkou převaz po 7 dnech. Indikací k výměně je tvorba puchýře v centru krytí (Stehlíková, Remedia, 2017).

Hydroaktivní krytí – krytí na rány, které je využíváno na granulující, povleklé, ale i nekrotické rány. Materiál podporuje granulaci, autolytický debridement, udržuje stálé vnitřní prostředí v ráně, frekvence výměn 1xD. Krytí je aktivované Ringerovým roztokem,

24 hodin ránu promývá – Ringerův roztok se pozvolna uvolňuje do rány a přebytečný exudát je absorbován a uzamčen v jádru polštářku (Stryja, 2011, s. 284).

Hydrogelové krytí – krytí ve formě gelu nebo kompaktní krytí obsahující alespoň 50 % vody, mohou být čisté nebo s příměsí, např.: alginát, NaCl, antiseptikum. Hydrogely rehydratují suchou tkáň, absorbují přebytečný exudát, udržují optimální vlhkost, podporují autolytický debridement, podporují granulaci. Aplikují se výhradně do rány, předcházíme tím vzniku macerace. Jako sekundární krytí je využíváno neadherentních mřížek, filmové nebo pěnové krytí. Frekvence převazů se pohybuje v rozmezí 2-3 dnů u nekrotické rány. Až 7 dní je možno ponechat na ulceraci granulující (Stehlíková, Remedia, 2017).

Algináty – krytí absorbující přebytečný exudát mající původ v mořských řasách. Algináty mohou být obohaceny stříbrem. Ve spojení s exudátem se mění na viskozní gel utvářející na ráně optimální vlhké prostředí. Jsou určené na ulcerace povrchové, hluboké, aplikují se pouze na spodinu rány a vyžadují sekundární krytí. Frekvence výměn je dána velikostí sekrece, zpravidla po 2-3 dnech (Stryja, 2011, s. 314-316).

Pěnová krytí – rozmanitá skupina krytí, základ tvoří polyuretanová pěna s vysokou absorpční schopností. Materiály jsou měkké, poddajné, dobře se přizpůsobují anatomicky svízelným lokalitám. Jsou dostupné ve variantách s lepivým nebo bez lepivého okraje. Jejich využití je rozmanité, jako primární krytí k podpoře granulace a epitelizace, jako sekundární krytí hydrogelu nebo jako preventivní krytí predilekčních míst v profylaxi dekubitů. Také pěnová krytí mohou být rozšířena o doplňky – stříbro, antiseptikum. Takové krytí lze aplikovat na ránu povleklou, výrazně secernující. Aplikujeme na defekt s přesahem 1-2 cm přes okraj, frekvence je přibližně 3-4 dny (dle množství exudátu), občas je možno frekvence prodloužit na 7 dní (Stehlíková, Remedia, 2017).

Absorpční krytí s aktivním uhlím – specifická skupina krytí nasycená aktivním uhlím. Primárně je určeno na rány secernující a zápachající. Materiál je možno kombinovat s hydrogely. Krytí se snadno aplikuje a není vhodné je velikostně upravovat. Výměny se řídí množstvím exudátu a intenzitou zápachu, obvykle 1xD až 1x za 2 dny (Stehlíková, Remedia, 2017).

Specifická krytí – rozmanitá skupina krytí, které je obohacené o různé doplňky – med, kolagen, bioaktivní složku, celulozová krytí, materiál obsahující kyselinu hyaluronono-

vou. Každý z prostředků má jedinečné vlastnosti a specifickou indikaci (Stehlíková, Re-media, 2017).

Oplachové roztoky a laváže rány – jsou určeny k aplikaci přímo na ránu ve formě obkladu na 10-15 minut nebo je možno provádět výplachy rány, které napomáhá k čištění rány odstraněním zbytků povlaků, nekrotické tkáně, biofilmu aj.

- a) Roztoky vhodné - Ringerův roztok, pitná voda, speciální oplachové roztoky s antimikrobiálním účinkem – Prontosan, Prontoderm, Lavanid Dermacyn aj.
- b) Roztoky méně vhodné – především při dlouhodobé aplikaci – fyziologický roztok, hypermangan, Braunol
- c) Roztoky nevhodné – nepoužívají se pro svou nestabilitu (je nutné uchovávat je v lednici) a toxicitu – Chloramin 1 %, Persteril 0,01 %, Peroxid vodíku 1-2%

Okolí ran

Krémy či pasty určené k ochraně okolí. Vytváří ochranou bariéru proti stolici a moči, mají antibakteriální účinek, eliminují zápach z rány, mají hojivý účinek, zvláčňují a zklidňují podrážděnou pokožku. Jsou obohaceny o příměsi např.: lanolin nebo ricinový olej (Černohorská, Dermatologie pro praxi, 2017).

2.9 Kompresivní terapie – nedílná součást léčby bércového vředu žilní etiologie

Využívání kompresivní terapie představuje stále významný způsob léčby chronické žilní insuficience (CHŽI). Pro správnou kompresi je nutné vždy posoudit celou řadu kritérií – zhodnocení stadia žilního onemocnění, zvolit typ komprese, zvážit indikace aplikace kompresivní terapie, posoudit dovednosti a možnosti pacienta a v neposlední řadě je nutné posoudit i faktory negativně ovlivňující kompresi (Navrátilová, 2008).

Kompresivní terapie je v léčbě CHŽI využívána již od dob starého Egypta, přesto významný rozmach zažívá až v posledních 10 - ti letech. O stále větším významu komprese svědčí i fakt, že se stále zlepšují techniky aplikace a rozšiřuje se sortiment materiálů ke kompresivní terapii (Navrátilová, 2008).

Je všeobecně známo, že základním kamenem léčby bércových vředů žilní etiologie je komprese, přičemž při vhodné kompresi se 50 – 70 procent ulcerací do velikosti 10 cm² zhojí do tří až šesti měsíců. „Problémem je, že více než polovina pacientů aplikuje kompresní prostředky špatně. Obvykle argumentují tím, že se se správně přiloženým kompresním obinadlem nevejdou do bot, a tak aplikují pouze jedno obinadlo, a to pouze od kotníku ke kolenu. Tímto způsobem se pacienti spíš poškozují,“ zdůraznila MUDr. Slonková na odborném sympoziu na téma „Zhoršená kvalita života pacientů s žilním onemocněním není pouhým klišé aneb s žilním onemocněním od intimního až po profesní život“, které proběhlo v říjnu 2017 v Olomouci.

2.9.1 Cíl zevní komprese

Zevní komprese vede k redukci žilní dilatace povrchových a hlavních hlubokých žil a to pak vede ke snížení lokálního objemu krve. Dalším významným cílem je ovlivnění nebo dokonce ústup častých subjektivních potíží – otoky, noční bolesti a křeče, pocit napětí a tíhy v nohou (Navrátilová, 2008).

2.9.2 Zásady aplikace

Komprese můžeme aplikovat formou kompresivní bandáže nebo můžeme používat kompresivní elastické punčochy (KEP). Ať už zvolíme jakýkoli způsob, musíme dodržovat pravidla pro správné přiložení kompresivní terapie.

1. Kompresivní pomůcka by měla udržovat kontinuální graduovaný tlak. Maximum tlaku je v oblasti kotníku, směrem vzhůru klesá. Tlak v oblasti kotníku by se měl pohybovat okolo 35-45 mmHg ve stoje.
2. Bandáž by neměla být ukončena v místě varixů nebo otoku. Pokud bychom ji ukončili v těchto místech, mohlo by dojít ke strangulaci žíly, následně hrozí riziko tromboflebitidy a často dochází k progresi varixů lokalizovaných nad místem ukončení komprese.
3. Vždy jsou voleny pomůcky z prodyšných materiálů s nižším dráždivým a senzibilizačním faktorem. Není vzácností, že u pacientů s CHŽI vzniká kontaktní alergický ekzém, někdy vzniká iritativní dermatitida. Pro lepší snášenlivost bandáže je dobré na končetinu navléknout tubulární obvaz.

2.9.3 Indikace kompresivní terapie

Základní typ léčby u CHŽI, zvláště u pacientů s otoky, bolestmi, pocity tíhy a napětí nebo nočními křečemi. Kompresivní terapie má nezastupitelný význam v prevenci recidivy bércového vředu (Navrátilová, 2008). Další indikací jsou stavy po operaci varixů a bércový vřed žilní etiologie (Navrátilová, 2008).

Typy obinadel – Obinadla s dlouhým tahem, pro které je charakteristické, že mají vysoký klidový a nízký pracovní tlak. Tento typ obinadel je vhodný spíše v traumatologii.

Obinadla s krátkým tahem – pro tento typ je charakteristický nízký klidový a vysoký pracovní tlak. Jejich nesprávné přiložení může být příčinou komplikací – strangulace podkoží, zánět povrchového žilního systému nebo dekubitů. Nicméně výhodou tohoto typu bandáže je účinek nejen na mikrocirkulaci a povrchový systém, ale i na hluboký žilní systém. Obinadla s krátkým tahem lze ponechat na končetině i několik dní a jsou určena jak pro pacienty mobilní, tak imobilní (Navrátilová, 2008).

Typy bandáží – bandáž může být aplikována formou jednoduché nebo vícevrstevné bandáže. Jednoduchá většinou postačí pro všechny pacienty s žilním onemocněním, zatímco vícevrstevnou používáme ve stadiu venolymfostatické insuficience nebo posttrombotického syndromu (Navrátilová, 2008).

Při přikládání jednoduché bandáže dbáme vždy na to, aby pod obinadly nebyly žádné záhyby, na místa ohybů aplikujeme preventivně polstrovací vatový materiál. Na oblast kotníku používáme obinadlo o šířce 8-10 cm a na oblast bérce a stehna používáme šíří 12-14 cm. Při podkolenní kompresi používáme dvě obinadla, pokud vážeme i stehno pak použijeme 3-4 obinadla (Navrátilová, 2008).

Kompresivní elastické punčochy – alternativa bandáží, punčochy jsou určeny pro denní nošení. Předpokladem pro správný účinek je správně zvolená velikost. Měření by měl provádět vyškolený pracovník nebo lékař, Je nutné změřit všechny požadované délkové a obvodové míry a porovnat je s velikostními tabulkami (Navrátilová, 2008).

2.9.4 Kontraindikace kompresivní terapie

Bandáž nebo punčochy neaplikujeme u nemocných s pokročilým postižením tepenného systému. Za relativní kontraindikaci je možno považovat dekompenzovanou hypertenzi. Absolutní kontraindikací je dekompenzované srdeční selhání s projevy kardiálního edému (Navrátilová, 2008).

2.9.5 Faktory negativně ovlivňující kompresivní terapii

V první řadě je to nedostatečná edukace pacienta. Pacient musí být poučen jak teoreticky, tak i prakticky. Je vždy s výhodou pacientovi ukázat, jak používat pomůcky určené ke kompresivní terapii. Kompresivní terapie bývá zpočátku přijímána s nedůvěrou, pacient ji může cítit jako určité omezení. Tato psychická disbalance většinou při správně vedené léčbě a vhodné terapii pomine, ale v některých případech může významně ovlivnit negativně další průběh léčby.

Mezi hlavní faktory, které jsou určující pro kvalitu života pacientů s bércovými vředy žilní etiologie patří bolest, doba trvání ulcerace a velikost. Z toho vyplývá, že je nutné včas a účinně zahájit terapii již v počátečních stádiích.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

3.5 Hlavní cíl

Základními cíli diplomové práce bylo

- zmapování informací o nehojící se ráně u nově příchozích pacientů v naší ambulanci.
- zjistit nedostatky v ošetřování chronické rány v domácím ošetření.
- zjistit zásadní problémy, které řeší pacienti při ošetřování nehojící se rány
- zjistit úskalí edukace pacienta s chronickou ránou

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě výše uvedených zjištění provést zhodnocení poskytovaných informací pacientovi s diagnózou chronická rána v oblasti zdravotnických, vzdělávacích a sociálních služeb. Velký problém mají pacienti, kteří přicházejí z terénu, od praktických lékařů, dále ti, kteří si naši ambulanci našli na internetu či přišli na doporučení svých známých. Tito pacienti nemají informace žádné nebo pouze minimální.

Na základě zjištěných skutečností bylo cílem vytvoření edukační brožury a natočení edukačního videa pro pacienty s chronickou ránou. Edukační materiál by měl pomáhat pacientům orientovat se v dané problematice.

4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

K dosažení hlavního cíle diplomové práce byly stanoveny následné výzkumné otázky a podotázky:

- **Jak je v praxi zajištěn přístup pacienta k edukačnímu materiálu?**
- **Jaká je úroveň prvotních znalostí o chronické ráně?**

Do jaké míry jsou pacienti informováni o chronické ráně?

Jsou znalosti, které pacienti mají dostatečné?

Jakým způsobem získávaly informace o chronickém defektu?

- **Jaké zásadní problémy řeší pacienti s nehojící se ránou?**

Ovlivní chronická rána osobní nebo pracovní život pacienta?

Jak žít s nehojící se ránou? Je nějaký vhodný pohyb a mohu se hýbat?

Ovlivní chronická rána finanční rozpočet rodiny?

Má výživa vliv na hojení chronické rány?

- **Do jaké míry je pro pacienta s nehojící se ránou důležité rodinné zázemí, ať již soužití s partnerem, dětmi či příbuznými?**

Ovlivňuje chronická rána zásadním způsobem vztahy mezi jednotlivými členy rodiny?

Jaký význam má pro pacienta pomoc rodiny?

Výzkum probíhal v několika etapách:

- Studium odborné literatury a získávání potřebných informací z jednotlivých oblastí výzkumu probíhalo od března 2018 do června 2018.

- Polostrukturované rozhovory s pacienty s diagnózou nehojící se rána byly realizovány v období květen 2018 do prosince 2018.
- Zpracování případových studií probíhalo v období prosinec 2018 až únor 2019.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

V kvalitativní části výzkumu byl zkoumaný soubor tvořen 10 respondenty. Respondenti byli vybíráni náhodně, bez ohledu na pohlaví, věk nebo vzdělání. Kritérii výběru byla ochota spolupracovat při realizaci polostrukturovaného rozhovoru, dospělý pacient, první návštěva naší ambulance. Z výzkumu byli vyloučeni pacienti, o které pečovaly sestřičky z agentur domácí péče.

6 METODIKA PRÁCE

Pro diplomovou práci jsme zvolili kvalitativní výzkum. Volíme ho pro jeho rozsáhlejší a intenzivnější kontakt s pacienty. Text rozhovoru bude zaznamenáván na diktafon. Kvalitativní výzkum je možno kombinovat se zúčastněným pozorováním, při kterém lze sledovat reakce pacienta, navázat užší kontakt a klást i důvěrnější otázky. Při šetření jsme se zaměřili na rozdíly ve znalostech a dovednostech. Naší snahou bylo eliminovat omyly a chyby ze strany pacientů. Byly hodnoceny počáteční informace a ty pak následně srovnávány s těmi, které pacient získal při edukacích a byl schopen je zopakovat a prakticky aplikovat při péči o svůj defekt. Zároveň byla možnost reakce na případné nedostatky a provést reedukaci.

Dále jsme se při šetření zaměřili na sestru jako edukátorku. Sestra v roli edukátorky provádí velké množství edukací týkajících se bandážování, manipulace a přikládání terapeutického materiálu a vhodného ošetřování okolí. U defektů jako například dekubity či dehiscence operační rány se zaměřuje na změny na kůži v okolí těchto defektů. Byly sledovány parametry

- 1) *jak je provedená bandáž;*
- 2) *zda je správně přiložený terapeutický materiál;*
- 3) *zda pacienti vhodně ošetřují okolí.*

Dalším čtvrtým parametrem byla *velikost defektu*. Vše bylo dokumentováno na fotografiích.

K hodnocení prvních tří parametrů jsme použili stejnou bodovou škálu, jako u předchozích parametrů.

- vše je udělané dobře a pacient tedy chápe edukaci bez problémů;
- vyskytují se drobné chyby (například: použití háčků místo náplasti, nevhodně ošetřené okolí) a je tedy potřeba zaměřit se na problém a pacienta reedukovat;

- jde o nevhodně provedený převaz (špatně provedená bandáž, neošetřené okolí rány a špatně přiložený terapeutický materiál) a je nutné provést reedukaci.

K hodnocení čtvrtého parametru – velikosti jsme opět použili škálu 1 až 3

- Došlo ke zmenšení defektu
- Defekt stagnuje, tzn., že jeho velikost je neměnná
- Došlo ke zhoršení lokálního nálezu

První, příjmovou návštěvu hodnocena nebude. Jde o první rozhovor s pacientem, tedy první provedení edukace. Hodnocena bude návštěva, která proběhne v rozmezí 10 až 14 dní ta bude označena jako první monitorovaná návštěva, další druhá monitorovaná návštěva bude mezi 45, až 50, dnem a poslední třetí monitorovaná návštěva bude kolem dne 100 – 120. Pacienti s jiným defektem než je bércový vřed žilní etiologie, budou mít v první položce uvedenou 0, neprovádějí bandáž.

Ke zpracování výzkumu jsme použili metody a techniky výzkumu: studium a analýzu dostupných vědecké texty, **polostrukturované rozhovory**, případové studie.

Pro sběr dat vlastního kvalitativního výzkumu byl využit **polostrukturovaný rozhovor** (příloha č.). Otázky rozhovoru byly zkompletovány na základě studia literatury zabývající se tématem chronická nebo nehojící se rána.

Polostrukturovaný rozhovor je rozdělen na 4 okruhy. Obsah **prvního okruhu** se dotýká základní charakteristiky pacienta, prostředí, ve kterém respondent žije. Úvodní část rozhovoru byla vedena nenuceně, šlo o navázání kontaktu s pacientem, navození klidné atmosféry, navození oboustranné důvěry. Dále bylo postupováno dle připravené struktury rozhovoru.

Ve **druhém okruhu** polostrukturovaného rozhovoru jsou zařazeny otázky zaměřené na zdravotní problematiku pacienta. Otázky byly zaměřené na přidružené diagnózy, farmakoterapii, na subjektivní pocity včetně hodnocení bolesti.

Třetí okruh rozhovoru je vztažen k samotné problematice edukace. Část otázek byla koncipována pro úvodní – vstupní rozhovor a část pro následující tři monitorované kontroly. Při kontrolách je zjišťována adekvátnost prováděné edukace, manuální dovednost při provádění převazu.

Při první, vstupní návštěvě byly pokládány otázky vztahující se k problematice zdravotní a edukační. Při první až třetí monitorované návštěvě byly pokládány otázky edukační a sociální.

Poslední část rozhovoru je zaměřena na otázky směřující k sociálnímu zajištění pacienta. Jsou zde obsaženy otázky týkající se informovanosti pacienta, otázky k poskytování konkrétních sociálních služeb.

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje 23 otázek (příloha č.). V průběhu jednotlivých rozhovorů byly zařazovány doplňující otázky dle konkrétní situace.

Písemné záznamy rozhovorů s respondenty posloužily k sestavení případových studií. Případové studie vytvořily výzkumnou bázi, ze které vycházejí kategorizované tabulky a grafy, ve kterých jsou sumarizovány stěžejní výsledky prováděného výzkumu.

Vlastní výzkum, uskutečnění rozhovorů s respondenty, probíhal v průběhu roku 2018.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

7.5 Vyhodnocení dat získaných při studiu materiálu spojených s chronickou ránou

Při získávání výchozích dat ve vztahu k nehojící se ráně jsme narazili na problémy související s evidencí pacientů.

V celorepublikové statistice ÚZIS jsme nacházeli data vztahující se pouze k hospitalizovaným pacientům. Diagnóza nehojící se rána není sledována dle klasifikace MKN. V klasifikaci jsou rány rozděleny podle příčiny. Pod kódem E 11.5 nacházíme diabetes mellitus s oběhovými periferními komplikacemi, kód I 70.20 patří ateroskleróze končetinových tepen, bércový vřed je sledován pod kódem I 83.0, I 83.2, dekubitus L 89 a vřed dolní končetiny nezařazený jinde nacházíme pod číselnou diagnózou L 97. Údaje získává ÚZIS na podkladě statistického výkazu (Roční výkaz o činnosti) vyplňovaného na konci kalendářního roku. Jde o analýzu dat, která jsou sbírána v rámci Národního informačního systému a národních zdravotních registrů. Počet hospitalizovaných pacientů s nehojící se ránou je uveden v tabulce a grafu č. 1.

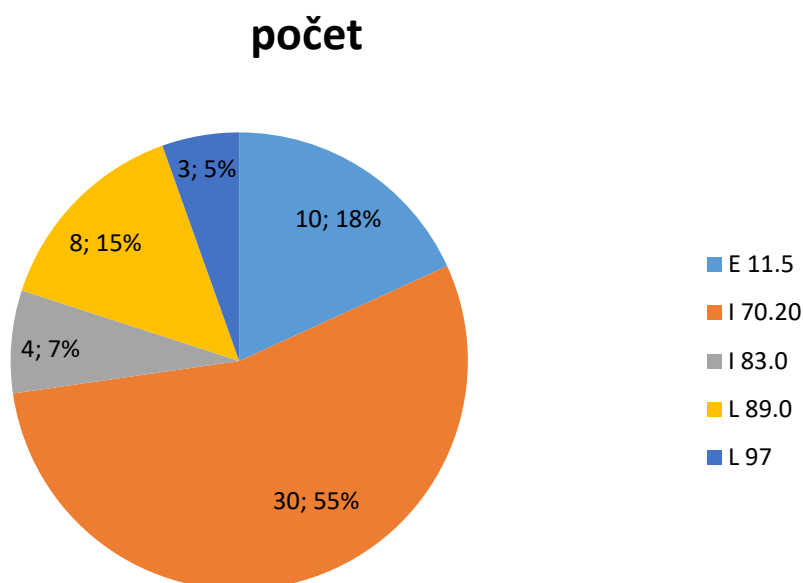
Nicméně vykazování péče o pacienty s nehojící se ránou je v ČR i na mezinárodní úrovni charakterizované podhlášeností a tudíž je obtížné zohlednit plošně dopad vředových onemocnění.

Tabulka č. 1 Počet hospitalizovaných v roce 2015

Nehojící se rána celkem	60 – 80 tisíc
Diabetes mellitus s oběhovými perif. komplikacemi	10 – 15 tisíc
Ateroskleróza končetinových tepen	30 – 40 tisíc
Bércový vřed	4 – 6 tisíc
Dekubitus	8 -10 tisíc
Vřed dolní končetiny nezařazený jinde	3 – 3,5 tisíce

Tabulka byla sestavena na základě údajů čerpaných z materiálů ÚZIS

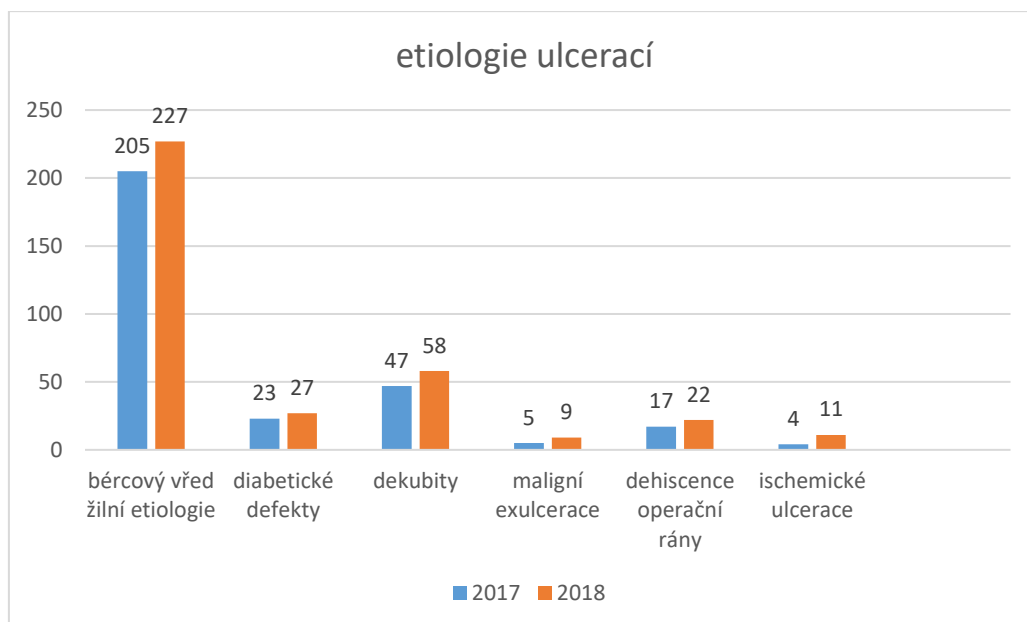
Graf č. 1 Počet hospitalizovaných pacientů s nehojící se ránou (2015)



Jak je uvedeno v tabulce a grafu č. 1 uvedeno nejčastěji zastoupenou skupinou (55%) jsou pacienti s aterosklerózou končetinových tepen, pacienti s diabetem mellitem představují druhou početnou skupinu (18%), třetí místo zastupují pacienti s dekubity (15%) a na čtvrtém místě jsou pacienti s bércovým vředem (7%). Nejméně početnou skupinu představují pacienti se vředem dolní končetiny nezařazeným jinde (5%).

Zde je pro příklad uvedeno v grafu č. 2 etiologie defektů v naší ambulanci za poslední dva roky.

Graf č. 2: etiologie ulcerací Ambulance hojení ran ARO



7.6 Případové studie

Informace uvedené v případových studiích, tabulkách a grafech jsou zpracovány na základě výzkumu vedeného formou polostrukturovaného rozhovoru. Přepisy rozhovorů jsou k nahlédnutí v příloze B.

Na závěr případové studie jsou uvedené skórovací tabulky, které mapují výsledky pozorování respondentů. Jejich práci s terapeutickým materiálem, péči o pokožku v okolí defektu a přikládání kompresivní bandáže, pokud mají bércový vřed žilní etiologie.

Případová studie č. 1 pan P

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl začátkem května 2018, trval 40 minut a byl veden s pacientem. Druhý rozhovor byl veden taktéž v květnu a trval 15 minut,

třetí rozhovor proběhl v červnu, trval 15 minut. Čtvrtá monitorovaná návštěva byla v srpnu a délka rozhovoru byla 10 minut. Pacient dal písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacienta pečující o svůj defekt.

Jde o muže ve věku 64 let, je ve starobním důchodu. Před tím pracoval jako technik. Do ambulance přichází na doporučení praktického lékaře, kde byl léčen. Nebyl spokojen s postupem a výsledky léčby.

Rodinné prostředí – respondent žije v domácnosti s manželkou, mají vlastní rodinný domek s malou zahrádkou.

Oblast zdravotní

OA: hypertenze (dále jen HT), v kontrolách urologa, chronická žilní nedostatečnost (dále jen CHŽI)

FA: Detralex, Prestance Neo

Objektivní posouzení: defekt starší jak jeden měsíc, jako příčinu udává úraz na zahrádce. Přichází bez přiložené bandáže, defekt ošetřen pouze Framykoinem mastí a sterilní longetou.

Popis defektu: vstupní prohlídka: lokálně na bérci PDK se nacházejí dva defekty, oba defekty mají spodinu se žlutým povlakem, sekrece je mírná, okolí je klidné, okraje jsou naválité, DK je s otokem. Velikosti defektů 3x2 cm + 1x1 cm.

Popis defektu: 1. monitorovaná návštěva – respondent přichází bez přiložené kompresivní bandáže, byla provedena reedukace a bylo pacientovi vysvětlena nutnost přiložené bandáže.

Na bérci dva defekty, spodina se žlutým povlakem + drobné prosvítající granulace, mírná sekrece, okraje naválité, velikost 3x2 cm + 1x1 cm.

2. monitorovaná návštěva – pacient přichází na kontrolu s kompresivní bandáží. Je provedena pouze jedním obinadlem, které končí těsně nad defektem. Na základě zjištěné skutečnosti byla provedena reedukace.

Na bárci se defekty spojily v jeden o velikosti 5x2,5 cm (změna tvaru defektu), spodina je žlutě povleklá, secernuje, okraje rány se mění na povlovné, okolí je klidné.

3. *monitorovaná návštěva* – respondent použil ke kompresivní bandáži dvě obinadla, bandáž splňuje požadavky, defekt je ošetřen vyhovujícím způsobem. Pacient zvládá techniku převazu i bandáže.

Spodina defektu je čistá, epitelizující, mírně secernující, velikost 3x0,5 cm, okolí je klidné.

Posouzení ošetření defektu je prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu je zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, je pořizována fotodokumentace. Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Fotodokumentace: příloha A, případová studie č. 1 obrázky A-D

Subjektivně udává VAS bolesti v postižené končetině 1-2 (bez nutnosti pravidelné medicace), jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientovi je 64 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky.

Je předpoklad, že léčba bude probíhat asi ½ až ¾ roku, pacient bude pravidelně docházet na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se budou intervaly kontrol prodlužovat. Vše se bude odvíjet od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala u praktického lékaře, pacient udává malý zájem lékaře, téměř žádné poskytované informace ze strany lékaře, vyjadřuje obavy z dalšího vývoje. Sám aktivně vyhledával na internetu dostupné informace.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta nedostatek vědomostí o léčbě a ošetřování kožních defektů. Pacient neumí správně provádět bandáže DK. Neví, jak provádět základní hygienickou péči, praktický lékař nic nedoporučoval.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta informoval o jeho onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Je snaha aktivně zapojovat pacienta do léčby, respon-

dent si cvičí pod vedením sestry manipulaci s terapeutickým materiálem, přikládání kompresivních bandáží, učí se jednoduché rehabilitační cviky. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci. Při výskytu nesrovnalostí je prováděna reedukace.

Pacient byl při úvodním rozhovoru upozorněn na rizikové faktory zhoršující nebo prodlužující hojení a zároveň byl informován o dalších krocích celkové léčby – konziliární vyšetření v cévní poradně.

Mezi rizikové faktory respondenta patří obezita. Pacient uvádí, že se pokoušel držet různé diety, ale zatím bez úspěchu. Uvítal by odbornou pomoc. Je domluvena konzultace s nutriční terapeutkou. Konzultace proběhla v průběhu léčby, respondentovi byl sestaven redukční jídelníček, dochází na pravidelné kontroly a je spokojen s výsledky.

Při rozhovoru s pacientem vyplívá ještě jedna obava, má strach, že mu nebudou umožněny procházky se psem. Uvádí *rozporuplné informace, neví, čemu věřit*.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, je ochotný přizpůsobit se léčebnému režimu, změnit své stravovací návyky.

Pacient je komunikativní, projevuje se velmi aktivně. Můžeme tedy předpokládat, že bude schopen s námi spolupracovat, aktivně se zapojovat do léčby.

Oblast sociální

Základním předpokladem pro získávání informací je aktivita pacienta, sám aktivně shání informace. Zdrojem informací pro respondenta je internet. Pacient nepobírá žádné příspěvky na péči ani nevyužil jiných konkrétních sociálních příspěvků. V současné chvíli ani neuvažuje o jejich využívání, věří, že se mu defekt zhojí a on se bude moci zapojovat do různých činností lidského života, především by si rád užil vnoučata.

Závěr

Pacient ke svému problému přistoupil velmi zodpovědně, snaží se dodržovat všechny léčebné pokyny, dodržuje dietní plán sestavovaný nutriční terapeutkou. Postupně na základě edukace, zlepšil techniku bandážování, s terapeutickým krytím a ošetřováním okolí se problémy nevyskytovaly.

Oblast zdravotní

OA: obezita (BMI 53), CHŽI, DM na dietě

FA: léky neužívá žádné, v průběhu léčby začal užívat Detralex

Objektivní posouzení: defekt LDK starší jak dva měsíce, příčinu si nepamatuje. V domácím ošetřování používány různé druhy mastí, např: Framykoin, Calciová mast. Přichází bez přiložené bandáže, defekt ošetřen Framykoinem mastí + neadherentní mřížka a sterilní longeta.

Popis defektu: *vstupní návštěva* - bérec LDK, kde je defekt, který má spodinu lehce povleklou bělavým povlakem, sekrece je mírná, okolí je klidné, okraje jsou spíše navalité, DK je bez otoku. Velikosti defektu 6x3,5 cm.

Popis defektu: *1.monitorovaná návštěva* – respondent přichází s důsledně přiloženou kompresivní bandáží, defekt byl také náležitě ošetřen.

Na bérci defekt, kdy spodina je lehce povleklá, mírně secernuje, granulace v ráně přítomny, objevují se i epitelizace, okolí je klidné. Velikost rány 6x3 cm.

2. monitorovaná návštěva – bandáž i ošetření defektu bylo opět provedeno velmi precizně. Je zřejmé, že pacient přistupuje k péči o končetinu zodpovědně.

Na bérci se defekt rozdělil do tří dílčích ostrůvků, spodiny jsou jen lehce povleklé, minimálně secernující, okolí je klidné. Jeden z ostrůvků je kryt suchou krustou. Velikost 3x3 cm a 1x1 cm.

3. monitorovaná návštěva – respondent měl na končetině tři obinadla s krátkým tahem, terapeutické krytí je aplikováno dle našich požadavků a okolí je důkladně ošetřeno.

Defekt je z větší části zhojen, pouze drobný zbytek defektu o velikosti 1x1 cm, ten má čistou, minimálně secernující spodinu, okolí je klidné.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně udává VAS bolesti v postižené končetině 3-4 (užívá nárazově Brufen), jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientovi je 41 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu. Jeho stravovací návyky jsou bohužel velmi špatné. Problémem byla pohybová aktivita.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacient bude pravidelně docházet na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se budou intervaly kontrol prodlužovat. Vše se bude odvíjet od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala samoléčbou v domácím ošetření, pacient udává, že *si myslí, že to zvládne sám*. Tento jeho fakt se nepotvrdil a nyní vyjadřuje obavy, má strach o svoji končetinu.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta částečný nedostatek vědomostí o léčbě a ošetřování kožních defektů. Část informací o léčbě si sám vyhledal na internetu, dalším zdrojem byl bratr. Všechny tyto informace však byly nedostatečné. Dále bylo zjištěno, že pacient neumí správně provádět bandáže DK, nemá žádný údaj, že je nutno ji provádět. Hygiena končetiny je prováděna v rámci osobní hygieny, žádný zvláštní hygienický režim není dodržován.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta informoval o jeho onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Je snaha aktivně zapojovat pacienta do léčby, při edukaci je však brán zřetel na tělesnou konstituci respondenta. Pacient nás informuje, že s převazy mu bude pomáhat bratrova přítelkyně. Sám žádnou nemá, ale má mnoho přátel, se kterými udržuje kontakt. Pravidelně komunikuje pomocí internetu, telefonu, udržuje řadu i osobních kontaktů, ale žádný z nich není tak blízký, aby se mu svěřil se svým problémem. A také jak sám udává, nechce nikoho obtěžovat. Dále se při úvodním rozhovoru učí jednoduché rehabilitační cviky. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci. I přes nepřítomnost bratrovy přítelkyně se nevyskytovaly problémy s ošetřením defektu.

Pacient byl při úvodním rozhovoru upozorněn na rizikové faktory zhoršující nebo prodlužující hojení a zároveň byl informován o dalších krocích celkové léčby – konziliární vyšetření v cévní poradně.

Mezi rizikové faktory respondenta patří obezita. Pacient uvádí, že se pokoušel držet různé diety, ale bez úspěchu. Intermitentně navštěvuje poradny pro výživu, vyhledává informace na internetu, ale jak respondent uvádí jeho vůle zhubnout není velká. Ke své váze zaujal neutrální postoj, odbornou pomoc nechce.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, je ochotný přizpůsobit se léčebnému režimu, bude se snažit zařadit do svého denního režimu nordic walking, což se mu daří pouze částečně.

Pacient je komunikativní, projevuje se velmi aktivně. Můžeme tedy předpokládat, že bude schopen s námi spolupracovat, aktivně se zapojovat do některých odvětví léčby.

Oblast sociální

Základním předpokladem pro získávání informací je aktivita pacienta. Zdrojem informací pro respondenta je internet, zastává názor, že musí být aktivní. V současné chvíli neuvažuje o využívání příspěvků na péči, věří, že se defekt zhojí a on bude žít plnohodnotný život, zapojí se do činností v domácnosti.

Závěr

Pacient ke svému problému přistoupil velmi zodpovědně, snaží se dodržovat všechny léčebné pokyny. S péčí o defekt mu pomáhá bratrova přítelkyně, nikdy se rozhovorů neúčastnila, přesto byl defekt vždy řádně ošetřen. Respondent předával získané informace velmi pečlivě, nedošlo k žádné komunikační chybě. Do svého denního života se snaží zahrnovat procházky po okolí. Respondent má rodinu, která mu pomáhá, pečuje o něho a podporuje ho.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	1	1	1	1
2 návštěva	1	1	1	1
3 návštěva	1	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Pacientovi při ošetřování defektu pomáhala rodina a při ošetřování se nevyskytly žádné potíže, ani s přikládáním kompresivní bandáže, ani s ošetřováním defektu.

Případová studie č. 3 pan A

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v červnu 2018, trval 30 minut a byl veden s pacientem a jeho manželkou. Druhý rozhovor byl veden rovněž v červnu, třetí v červenci a čtvrtý proběhl v září. Rozhovory probíhaly v časovém horizontu 10-15 minut. Pacient dal písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacienta pečující o svůj defekt. S péčí o nehojící se ránu panu A pomáhá manželka, víceméně přebrala péči o defekt.

Jde o muže ve věku 78 let, je ve starobním důchodu. Celý život pracoval jako dělník ve strojírenském průmyslu. Do ambulance přichází na základě informací od sousedky.

Rodinné prostředí – respondent žije v domácnosti s manželkou, mají byt 3+1, který jim prostorově vyhovuje. Byt je v 5. patře panelového domu, mají výtah.

Oblast zdravotní

OA: HT farmakologicky sanovaná, ICHS chron., stp. CA prostaty s následnou radioterapií 10/2017, hyperlipidemie, stp. spodním IM s SKG 2005

Alergie: neudává

FA: Vasocardin, Warfarin, Spasmed, Sortis, Tamsulosin.

Pro hojení je důležité vědět, že pacient užívá antikoagulační terapii. Je dobře zaměřit se na tento faktor při provádění debridementu. Je třeba myslet na možnost krvácení.

Objektivní posouzení: defekt LDK starší jak jeden měsíc a jako příčinu udává, že se uhodil o židli. V domácím ošetřování aplikoval borovou mast. Tu kombinoval s neadherentní mřížkou, což mu poradili zaměstnanci lékárny. Při vstupní kontrole bylo zjištěno, že respondent má ošetřené okolí defektu, ale na končetině nebyla přiložená kompresivní bandáž.

Popis defektu: *vstupní návštěva* – lokálně je na bérci LDK defekt, který má spodinu lehce povleklou, jedno drobné místo je nekrotické, sekrece je minimální, okolí je klidné, okraje jsou spíše povlovné, DK jen s lehkým otokem v oblasti kotníku otoku. Velikost defektu 1,5x3 cm.

Popis defektu: *1. monitorovaná návštěva* – respondent přichází v doprovodu manželky s důsledně přiloženou kompresivní bandáží a velmi precizně ošetřeným defektem.

Na bérci defekt, kdy spodina je čistá, epitelizace přítomny, mírně secernuje, okolí je klidné. Velikost rány 2x1 cm.

2. monitorovaná návštěva – bandáž i ošetření defektu bylo opět provedeno velmi vhodně provedené.

Defekt na bérci LDK má čistou spodinu, minimálně secernuje, výrazné epitelizace, okolí je klidné, velikost rány je 1x0,5 cm.

3. monitorovaná návštěva – respondentova manželka pečuje o ránu vzorně, nic pro není problém, oba se snaží dodržovat veškerá doporučení.

Defekt epitelizuje, minimálně secernuje, okolí je klidné.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně udává že se cítí dobře, bolesti ani jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientovi je 78 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacient pravidelně docházel na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala samoléčbou v domácím ošetření, pacient udává, že *si myslel, že to zvládne s dopomocí manželky*, která je mu velkou oporou. Bohužel léčbu plně nezvládali, pravděpodobně v důsledku nedostatku informací. Dle hodnocení obou manželů se jim zdála léčba dlouhá, nebyla účinná.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta i jeho manželky nedostatek informací o léčbě a ošetřování kožních defektů. Pacient ani jeho žena neumí správně provádět bandáže DK, neznají jejich význam. Hygiena končetiny je prováděna v rámci osobní hygieny, žádný zvláštní hygienický režim není dodržován.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta informoval o jeho onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Respondent byl informován o povaze jeho onemocnění, o dalších krocích léčby, o nutnosti konziliárního vyšetření v cévní poradně. Pacient i jeho manželka byli upozorněni na rizikový faktor zhoršující hojení respondentova defektu, jde o antikoagulační terapii. Je snaha aktivně zapojovat pacienta do léčby. Aktivně se zapojuje nejen pacient, ale i jeho manželka. Zajímá se o rehabilitaci, chce znát doporučení týkající se stravování. Při úvodním rozhovoru se tedy pacient učí jednoduché rehabilitační cviky. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, je ochotný přizpůsobit se léčebnému režimu. Pacient i jeho manželka se budou snažit do svého denního režimu pohyb, vhodný jídelníček a pitný režim.

Pacient je komunikativní, projevuje se velmi aktivně. Můžeme tedy předpokládat, že bude schopen s námi spolupracovat, aktivně se zapojovat do některých odvětví léčby. Má velkou oporu ve své manželce, je vidět, že žijí jeden pro druhého.

Oblast sociální

Manželé jsou zvyklí spoléhat se sami na sebe. Praktický lékař byl vždy hodný a příjemný, nicméně informace vztahující se k onemocnění jim neposkytl. Jak uvedli, navštívili svého praktického lékaře, chtěli znát jeho názor, získat informace. Hlavním zdrojem informací jsou pro manželé informace od přátel. Vzhledem k věku respondentů internet nebyl využíván.

Příspěvky na péči žádné nevyužívají, udávají, že jim plně stačí důchod.

Závěr

Pacient i jeho žena, která sehrála nezastupitelnou roli v péči o defekt, přistoupili velmi zodpovědně k ošetřování, snažili se dodržovat všechny léčebné pokyny, do svého denního života zahrnuli procházky, nevyhýbali se kontaktu s rodinou, s přáteli. Respondent má rodinu, která mu pomáhá, podporuje ho. Snaží se myslet pozitivně.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	1	1	1	1
2 návštěva	1	1	1	1
3 návštěva	1	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Respondentova manželka, která sehrála nezastupitelnou úlohu v péči o ránu od počátku dodržovala veškeré postupy a doporučení, která jí byla poskytnuta v rámci edukace.

Případová studie č. 4

pan S

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v červnu 2018, trval 40 minut a byl veden s pacientem. Druhý rozhovor proběhl v červenci, třetí začátkem srpna a čtvrtý v září. Délky druhého až čtvrtého rozhovoru byly kolem 15 minut. Pacient dal písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacienta pečující o svůj defekt. S péčí o nehojící se ránu panu S občas pomáhají děti, ale jinak defekt ošetřuje sám.

Jde o muže ve věku 62 let, je v invalidním důchodu. Celý život pracoval jako mistr na šachtě. Do ambulance přichází třetí den po propuštění z hospitalizace, přichází v doprovodu syna.

Rodinné prostředí – respondent je vdovec, žije sám v rodinném domku, užívá přízemí, kde je byt 2+1, I. patro je nevyužité. S domácností mu pomáhají jeho dvě děti, má dva syny. Jeden bydlí ve stejné vesnici, druhý ve městě vzdáleném 20 km.

Oblast zdravotní

OA: ICHS, FiS na chronické antikoagulační terapii, DM II typu na PAD, HT

Alergie: neudává

FA: Xalerto, Bisopropol, Detralex, Doxazosin, Purinol, Ramil, Rytmonorm, Vipdomed

Pro hojení a ošetřování je důležité vědět, že pacient užívá antikoagulační terapii.

Objektivní posouzení: do ambulance přichází s diagnózou stp. amputaci IV a V prstu LDK. K amputaci došlo v důsledku SDN. Předchozí léčba probíhala za hospitalizace, pacientovi byly prováděny obložky Braunolem. Při propuštění vybaven longetami s doporučením nohu sprchovat několikrát denně, převazy na sucho.

Popis defektu: vstupní návštěva – lokální nález – defekt o velikosti 8x4 cm, spodina se žlutým povlakem, spíše charakter fibrinových povlaků (při debridementu lze odstranit), secernace střední, okraje jsou napnuté s lehkým zarudnutím.

Popis defektu: 1. monitorovaná návštěva – respondent přichází v domluvený čas na kontrolu již sám, defekt je náležitě ošetřený.

Defekt granuluje, na spodině je zbytek biofilmu (lze jej odstranit), sekrece je mírná až střední, okolí je klidné, velikost je menší – 7x3 cm.

2. monitorovaná návštěva – ošetření defektu terapeutickým materiálem i ošetření okolí bylo provedeno velmi vhodně.

Rána se stahuje, velikost je 6x2 cm, spodina granuluje, ale ještě se vyskytují zbytky biofilmu, sekrece je mírná, na okrajích jsou drobné suché krusty.

3. monitorovaná návštěva – respondent ošetřuje ránu vzorně, snaží se dodržovat veškerá doporučení.

Defekt o velikosti 4x1 cm má spodinu jen s lehkým povlakem, granulace a epitelizace jsou přítomny, okraje se výrazně stahují, sekrece je mírná.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znaménáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně při vstupním vyšetření udává že se cítí dobře, bolesti ani jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientovi je 62 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacient pravidelně docházel na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala v nemocnici na chirurgickém oddělení. Defekt ošetřoval zdravotnický personál, který ránu převázal dle ordinace lékaře, ale na veškeré dotazy respondenta ohledně převazu odpovídal personál minimálně, spíše ve smyslu ať se nestará, že oni ránu ošetří. Odpovědi personálu se respondentovi nelíbily, začal si shánět informace sám. Na internetu zjistil možnost léčení defektu ve specializované ambulanci.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta nedostatek informací o léčbě a ošetřování kožních defektů, při propuštění dostal jen minimální informace o péči.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta informoval o jeho onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Respondent byl informován o nutnosti pravidelných kontrol v diabetologické poradně. Pacient byl upozorněn na rizikové faktory při hojení, jde o antikoagulační terapii a vlivu cukrovky. Aktivně zapojujeme pacienta do léčby. Zajímá se o rehabilitaci, uvědomuje si nutnost dodržování dietního režimu. Při úvodní návštěvě se pacient učí jednoduché rehabilitační cviky. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, je ochotný přizpůsobit se léčebnému režimu. Jen po zkušenostech z hospitalizace je skeptický, spíše zdrženlivý.

Pacient zpočátku komunikuje omezeně, jeho projevy jsou rezervované. V průběhu léčby se však jeho postoj mění, více komunikuje, aktivně se zapojuje do léčby, příznivě hodnotí výsledky léčby. Snad jediným problémem je dodržování klidového režimu, respondent je zvyklý pracovat na zahrádce, která je součástí jeho domku a dále byl zvyklý chodit s přáteli na turistické výšlapy, je členem turistického oddílu. Oba synové, dle jeho vyjádření, se mu snaží pomáhat.

Oblast sociální

Vzhledem k minimu poskytovaných informací za hospitalizace a k doporučení při propuštění ohledně péče o ránu, si aktivně sám sháněl informace o možnost jiné léčby. Zdrojem informací pro respondenta byli přátelé a internet. Tak se dozvěděl o možnosti léčby ve specializované ambulanci, kam se ještě v den propuštění objednal. Respondent byl zvyklý spoléhat se sám na sebe. Bylo pro něj těžké přijmou pomoc od druhých.

Léčba diabetika bývá často svízelná a finančně náročná. Respondent i přesto nevyužívá žádné příspěvky na péči ani jiné konkrétní příspěvky. Respondent se snažil dodržovat léčebný režim, udržoval vyrovnanou hladinu cukru v krvi, prováděl selfmonitoring. Při chůzi používal odlehčovací ortézu doporučovanou lékařem protetiky.

Závěr

Pacient přistoupil velmi zodpovědně k ošetřování, snažil se dodržovat všechny léčebné pokyny, udržoval vyrovnanou hladinu cukru v krvi vyváženým jídelníčkem. Léčba diabetika bývá často problematická, respondent si byl vědom všech rizik i možných fatál-

Oblast zdravotní

OA: s ničím se neléčí

Alergie: neudává

FA: pravidelně žádnou medikaci neužívá

Objektivní posouzení: do ambulance přichází s diagnózou bércový vřed LDK, předchozí léčba žádná, nyní překrytou pouze gázou, dle jejího vyjádření - defekt má prý 14 dní. Příčinu vzniku ulcerace neudává.

Popis defektu: *vstupní návštěva* – lokální nález – defekt o velikosti 9x12,5 cm, spodina povleklá, výrazně secernující, okraje navalité a okolí je zarudlé.

Popis defektu: *1. monitorovaná návštěva* – respondentka přichází v domluvený čas na kontrolu již sama, na končetině nebyla přiložena kompresivní bandáž, defekt nebyl ošetřen terapeutickým materiálem, okolí bylo ošetřeno.

Defekt o velikosti 8x11 cm (i přes zhoršený lokální nález a pravděpodobně velmi špatné ošetřování, se rána mírně zmenšila), má spodinu z 1/3 nekrotickou, 2/3 jsou poměrně čisté s granulacemi, sekrece je výrazná se zápachem, okolí se zklidňuje.

2. monitorovaná návštěva – ošetření defektu terapeutickým materiálem i ošetření okolí bylo provedeno bezchybně. Kompresivní bandáž byla provedena s chybami, nebyla zabandážovaná pata a komprese neplnila svůj úkol. Při této návštěvě pacientka uvedla, že do péče se začal zapojovat i manžel.

Na spodině defektu o velikosti 6x10 cm přetrvávají drobná nekrotická ložiska, granulace přítomny, sekrece mírnější již s eliminovaným zápachem.

3. monitorovaná návštěva – respondentka s pomocí manžela ošetřuje ránu vzorně, snaží se dodržovat veškerá doporučení včetně přikládání kompresivní bandáže.

Spodina rány je jen mírně povleklá, středně secernuje, již zcela bez zápachu, okraje se mění na povlovné, okolí je klidné a velikost rány je 5x9 cm.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace, byla pořizována fo-

todokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně při vstupním vyšetření udává že se cítí dobře, bolesti má pouze při převazu, občas užije Brufen. Jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientce je 60 let, bylo by tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky. Do svého jídelníčku zařazuje zeleninu, alkohol nepije.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacientka pravidelně docházela na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba nebyla v tomto případě žádná. Pacientka přikládala pouze gázu, kterou si kupovala ve zdravotnických potřebách.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili pacientka nemá žádné vědomosti a informace o léčbě a ošetřování kožních defektů.

Při úvodním rozhovoru lékař pacientku informoval o jejím onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat, o nutnosti přikládání kompresivní bandáže i o významu kompresivní terapie. Respondentka byla informována o nutnosti vyšetření v cévní poradně. Pacientka byla upozorněna na rizikové faktory při hojení. U této pacientky to byl především pohyb, který sice měla, leč velmi nevhodný. Naší snahou je aktivně zapojit pacientku do léčby. Zprvu se nám to příliš nedaří, až když pacientka vidí posun v léčbě, začíná projevovat iniciativu.

Respondentka uvádí, že *se chce uzdravit*, nicméně při prvních kontrolách je spíše pasivní.

Pacientka zpočátku komunikuje omezeně, její projevy jsou až negativní. V průběhu léčby se však její postoj mění, více komunikuje, snaží se aktivně zapojovat do léčby, přiznává hodnotí výsledky léčby.

Oblast sociální

Respondentka neměla počáteční informace žádné, z její strany nebyla žádná snaha vyhledat odbornou pomoc. Až ve chvíli, kdy si začaly všimát její kolegyně, že má často špinavé nohavice, že je tak nějak nečistá, začala řešit svůj problém, i když zpočátku „lajdácky“. Bylo pro ni těžké smířit se s faktem, že se od ní vzdalují přátelé, že s ní nikdo nechce pracovat. Až zpětně přiznala, že to pro ni bylo špatné období, téměř bolestné, ale bála se požádat kohokoli o pomoc.

Respondentka pracuje, proto nevyužívá žádné příspěvky na péči.

Závěr

Pacientka se zpočátku jevila velmi negativně, neměla absolutně důvěru v poskytovanou péči. Ke svému problému přistupovala téměř iracionálně a své onemocnění začala řešit ve chvíli, kdy se od ní začali odvracet přátelé. Poté dokázala změnit svůj postoj a ke svému defektu přistupovala velmi zodpovědně. Snažila se o dodržování léčebných pokynů, do léčby se nebála zapojit rodinu, dokázala požádat o pomoc.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	3	3	1	1
2 návštěva	2	1	1	1
3 návštěva	1	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii č.5 jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Respondentka při první kontrole neměla ošetřený defekt dle našich doporučení, byla provedena reedukace a na druhou monitorovanou kontrolu přichází s ošetřeným defektem, nicméně bandáž ještě stále není přiložená vhodným způsobem. Při 3 tí monitorované kontrole bylo vše v pořádku. Na respondentce byl vidět zřetelný posun v postoji ke svému problému.

Případová studie č. 6

paní D

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v červenci 2018, trval 35 minut a byl veden s pacientkou. Druhý rozhovor byl veden začátkem srpna, třetí koncem srpna a čtvrtý po polovině října. Délka druhého rozhovoru byla 20 minut, třetí a čtvrtý rozhovor trval 10 minut. Pacientka dala písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacientky pečující o svůj defekt. Péči o ránu prováděla pacientka sama, je zvyklá starat se sama o sebe.

Jde o ženu ve věku 77 let, je vyučená a již několik let je ve starobním důchodu. Do ambulance přichází po propuštění z nemocnice, kde byla hospitalizována pro excizi rozsáhlejšího pigmentového névu.

Rodinné prostředí – respondentka je vdova, žije sama v malém rodinném domku, kde obývá dvě místnosti a kuchyň.

Oblast zdravotní

OA: chron. FiS, HT, známky klidové plicní hypertenze, ICHS, stp. implantaci ICD, chronické selhávání ledvin, divertikuloza sigmoidu

Alergie: jarní trávy

FA: antikoagulační terapie Pradaxa, Controloc, Furon, Betaloc, Detralex, Asolfena

Objektivní posouzení: do ambulance přichází s diagnózou dehiscence operační rány, předchozí léčba za hospitalizace, prováděny výplachy a obklady Betadinou

Popis defektu: *vstupní návštěva* – lokální nález – defekt o velikosti 2,5x1x0,5 cm má jen lehce povleklou spodinu, výrazněji serosangvinozně secernuje, okraje jsou navalité, okolí lehce iritované (susp. vlivem předchozí léčby)

Popis defektu: *1.monitorovaná návštěva* – respondentka přichází v domluvený čas na kontrolu, defekt byl velmi dobře ošetřen.

Defekt o velikosti 2,2x1x0,5 cm má spodinu se zbytky povlaků, sekrece se mírní a je spíše charakteru serozního, okraje jsou stále navalité, okolí je podrážděné.

2. *monitorovaná návštěva* – ošetření defektu terapeutickým materiálem i ošetření okolí bylo provedeno bezchybně. Na pacientce je vidět, že k léčbě přistoupila velmi zodpovědně, má radost z úspěšné léčby a hlavně ze své samostatnosti.

Na spodině defektu o velikosti 1,5x0,6 cm již nejsou přítomny žádné povlaky, granulace přítomny, sekrece minimální, okraje povlovné, okolí je klidné.

3. *monitorovaná návštěva* – respondentka dodržuje veškeré léčebné pokyny, plně se zařadila do běžného denního života

Dehiscence je téměř zhojena, na spodině výrazné epitelizace, sekrece minimální, okolí klidné, velikost dehiscence je 0,2x0,5 cm. Při této návštěvě bylo s respondentkou domluveno ukončení pravidelných kontrol. Byly jí poskytnuty informace o dalším postupu.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně při vstupním vyšetření udává že se cítí dobře, teploty nemá a také bolesti neguje.

Pacientce je 77 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky, ze svého jídelníčku vyloučila již před lety alkohol, zařadila ovoce a zeleninu, dodržuje vhodný pitný režim.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacientka pravidelně docházela na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba byla prováděna za hospitalizace ošetrovatelským personálem. Převazy prováděly erudované zdravotní sestry. Do domácí ošetření nebyla pacientka ničím vybavena, tzn. ani materiálem ani prvotními informacemi. V nemocnici respondentce řekli, že jí veškeré informace týkající se převazů poskytneme v ambulanci. Pacientka si převazy

a kontroly v naší ambulanci domluvila ještě za hospitalizace. Informace o možnosti léčby ve specializované ambulanci získala od rodiny. Ta si vše vyhledala na internetu.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili pacientka nemá žádné vědomosti a informace o léčbě a ošetřování kožních defektů.

Při úvodním rozhovoru lékař pacientku informoval o jejím onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Pacientka je vstřícná, není problémem, aktivně ji zapojit do léčby.

Respondentka uvádí, že *se chce uzdravit*, že potřebuje být zdravá, neboť má ještě plno plánů.

Pacientka od počátku komunikuje velmi živě, zajímá se o všechny postupy. Po celou dobu léčby se snažila mít pestrý jídelníček plný vitamínů.

Oblast sociální

Respondentka po propuštění z nemocnice neměla informace o postupu léčby a o ošetřování kožních defektů žádné. Nicméně v průběhu léčby se její znalosti zlepšovaly, byla velmi aktivní, vyhledávala si informace na internetu. Po celou dobu ošetřování ulcerace jí oporou byly kamarádky, má jednu dceru, která dle slov respondentky bydlí daleko. Kamarádky jí často doprovázely i na kontroly u nás v ambulanci. I přes svůj drobný „handicap“ respondentka žila po dobu léčby běžný život, chodila na koncerty.

Sociální dávky žádné nepobírá a zatím ani neuvažuje, že by nějaké pobírat mohla.

Závěr

Pacientka od počátku věřila ve své uzdravení, ve zhojení dehiscence i v dobrý výsledek histologického vyšetření. Ve své léčbě a při dodržování všech postupů byla velmi svědomitá a pečlivá. Respondentka často mluvila v budoucím čase, má spousty plánů. Pacientka neumí odpočívat, musí neustále vyvíjet nějakou aktivitu. Nemá ráda samotu, proto jsou v její blízkosti často kamarádky. To, jak přistupovala ke své léčbě by mohlo být vzorem pro ostatní pacienty.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	0	1	1	2
2 návštěva	0	1	1	1
3 návštěva	0	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Pacientka neprováděla kompresivní bandáž, byla ošetřována pro dehiscenci operační rány. Je zvyklá starat se sama o sebe a nebyl pro ni problém dodržovat veškeré pokyny v rámci edukačního procesu vedeného při kontrolách v ambulanci.

Případová studie č. 7 pan B

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v srpnu 2018, trval 45 minut a byl převážně veden s pacientovou manželkou. Délka druhého rozhovoru byla 30 minut a hovor proběhl také v srpnu. Třetí rozhovor proběhl koncem září a trval 20 minut, čtvrtý rozhovor byl veden začátkem listopadu a jeho délka byla 15 minut. Pacient i jeho manželka dali písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacienta pečující o svůj defekt. S péčí o dekubitůs panu B pomáhá manželka, v podstatě přebrala péči o defekt. Vzhledem k lokalizaci to bylo nutné.

Jde o muže ve věku 68 let, středoškolsky vzdělaného, až do propuknutí onemocnění pracoval. Do ambulance respondenta přiváží sanitka, informace o možnosti léčení v Ambulanci hojení chronických ran získal od neteře, která je zaměstnankyní nemocnice Teplice.

Rodinné prostředí – respondent žije v domácnosti s manželkou, mají byt 3+1, který jim prostorově vyhovuje. Byt je ve 3. patře panelového domu, mají výtah.

Oblast zdravotní

OA: ICHS, HT, CHŽI, gonartrosa II – III stupně bilat., stp. subarachnoideálním krvácení, stp. implantaci ventrikuloperitoneálním shuntu, stp. umělé plicní ventilaci s tracheostomií

Alergie: neudává

FA: Trombex, Stacyl, Gutron, Rosucard, Vigantol,

Objektivní posouzení: dekubitus v sakrální oblasti III stupně, snížená mobilita. Na první návštěvu respondenta přiváží sanita, pacient je ležící.

Popis defektu: *vstupní návštěva* – lokálně je v sakrální oblasti dekubitus III stupně o velikosti 7x4x3 cm, spodina je jen lehce povleklá, prosvítají granulace, sekrece je střední, okraje navalitě, okolí je mírně macerované.

Popis defektu: *1. monitorovaná návštěva* – respondent přijíždí na vozíku v doprovodu manželky. S naší pomocí se pacient přesouvá na vyšetřovací lůžko, defekt je velmi přesně ošetřený.

V sakrální krajině dekubitus o velikosti 7x4x2,5 cm má lehce povleklou spodinu, granulace +, sekrece střední, okraje nadále navalitě, okolí je lehce zarudlé s drobnými exkoriacemi nebo podrážděním od náplasti.

2. monitorovaná návštěva – pacient ještě na kontrolu přijíždí na vozíku, nicméně naši pomoc k přesunu na vyšetřovací lůžko již nepotřebuje. Dekubitus je výborně ošetřen, je vidět posun v hojení.

Na spodině dekubitu jsou fibrinové nálety, které lze při debridementu odstranit, granulace a epitelizace +, sekrece stále střední (ale již se zmírňuje), okraje navalitě, okolí je klidné, velikost je 6x2,5x1 cm.

3. monitorovaná návštěva – respondentova manželka pečuje o ránu vzorně, oba se snaží dodržovat veškerá doporučení. Na tuto kontrolu přichází respondent o dvou francouzských holích, je vidět posun nejen v hojení dekubitu, ale i v celkovém stavu pacienta.

Dekubitus se stahuje, na spodině zbytek ulpívajícího povlaku (střed rány), granulace a epitelizace, sekrece spíše mírnější, okraje jsou navalitě, okolí je klidné a růžové. Velikost rány je 6x1x0,4 cm.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně udává při první návštěvě, že se necítí příliš dobře, udává únavu. Bolesť ani jiné subjektivní obtíže vztahující se k dekubitu neudává.

Pacientovi je 68 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky, které ale v tomto případě bude nutné podpořit intervencí v nutriční poradně.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacient pravidelně docházel na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala za hospitalizace, kde ošetření a veškerou péči zajišťoval zdravotnický personál. Vzhledem k tomu, že základní problém, pro který byl respondent hospitalizován byl vyřešen, rodina si nepřála další hospitalizaci.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta i jeho manželky nedostatek informací o léčbě a ošetřování kožních defektů. Dále bylo zjištěno, že neznají preventivní opatření týkající se vzniku dekubitů. Zároveň jim chybí dostatek vědomostí a zručnost, které jsou potřebné k polohování.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta a jeho manželku informoval o jeho onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat. Rodina byla informována o možnosti konzultace v nutriční poradně. Dále jsme jim poskytly informace o možnosti domácí rehabilitační péče, vybavili jsme je edukačním materiálem týkající se polohování, polohovacích pomůcek. Pacient i jeho manželka byli upozorněni na rizikové faktory zhoršující hojení

respondentova defektu - nevhodné složení jídelníčku, chybění některých složek stravy potřebné k lepšímu hojení. Dále jsme vysvětlili nutnost polohování, dlouhodobé setrvání v jedné poloze je také jedním z rizikových faktorů ovlivňující efektivitu léčby. Je snaha aktivně zapojovat pacienta do léčby. Zpočátku je aktivní především manželka. Zajímá se o rehabilitaci, chce znát doporučení týkající se stravování. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, že nechce být nikomu na obtíž.

Pacient i jeho manželka se budou snažit zařadit do denního režimu vhodný pohyb, vhodný jídelníček a pitný režim.

Pacient je komunikativní, projevuje se velmi aktivně. Můžeme tedy předpokládat, že bude schopen s námi spolupracovat, aktivně se postupně bude zapojovat do některých odvětví léčby. Má velkou oporu ve své manželce, je vidět, že žijí jeden pro druhého.

Oblast sociální

Manželé jsou zvyklí spoléhat se sami na sebe, ale velmi jim pomáhá i zbytek rodiny. Mají dvě dcery, které k nim velmi často docházejí. Radami a poskytovanou péčí pomáhal i praktický lékař. Zařídil pomoc rehabilitační pracovnice, poskytl informace o možnosti využívání kompenzačních pomůcek. Rodina využila především možnost pořídit polohovací postel, invalidní vozík, polohovací pomůcky. S pořízením pomůcek neměla rodina žádné potíže. Kromě praktického lékaře je dalším zdrojem informací pro manželé internet.

Respondentova manželka využila možnosti příspěvku na péči, s vyplněním žádosti jí pomohla dcera.

Závěr

Pacient i jeho žena, která sehrála nezastupitelnou roli v péči o defekt, přistoupili velmi zodpovědně k ošetřování, snažili se dodržovat všechny léčebné pokyny. Při první návštěvě respondentova manželka vyjadřovala obavy, zda vše zvládne. Uvádí pocit nejistoty a strach z možnosti vzniku dalších dekubitů. Má strach z relapsu původního onemocnění. Ani na okamžik ale nepřipouštěla možnost další hospitalizace. V průběhu léčby postupně zlepšovala techniku převazů, stávala se zručnější. Při edukaci o přikládání terapeutického krytí vždy pečlivě naslouchala, při nácviu odborně pracovala s materiálem. Respondent si velmi cení rodiny, která mu pomáhá, podporuje ho.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	0	1	1	2
2 návštěva	0	1	1	1
3 návštěva	0	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Respondent kompresivní bandáže neprováděl, do ambulance docházel pro dekubitus na sakru. Vzhledem k lokalizaci péči o defekt převzala manželka. Vždy pečlivě poslouchala naše pokyny v rámci edukace, aktivně se o vše zajímala.

Případová studie č. 8

paní A

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v srpnu 2018, trval 45 minut a byl veden s pacientkou. U rozhovoru byl syn respondentky, který byl pouhým pozorovatelem, hovor se neúčastnil. Druhý rozhovor trval 20 minut a byl veden začátkem září. Třetí rozhovor proběhl začátkem měsíce října a čtvrtý v listopadu, délka obou byla 15 minut. Pacientka dala písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacientky pečující o svůj defekt. Péči o ránu prováděla pacientka sama, je zvyklá starat se sama o sebe, nevidí důvod žádat o pomoc jiné členy rodiny.

Jde o ženu ve věku 84 let, je vyučená a již několik let je ve starobním důchodu. Do ambulance přichází po propuštění z nemocnice, kde byla hospitalizována na kožním oddělení pro erysipel a zhoršený lokální nález, defekt mediálního kotníku LDK. Do ambulance respondentku odeslala lékařka kožního oddělení. Respondentka udává vznik defektu asi před třemi měsíci, než byla hospitalizována, ošetřovala defekt borovou masťou. Na příčinu vzniku si nepamatuje.

Rodinné prostředí – respondentka je vdova, žije se synem a jeho ženou rodinném domku, kde obývá přízemí a k užívání má dvě místnosti a kuchyň.

Oblast zdravotní

OA: HT, astma bronchiale v kontrolách plicního odd., hypacismus, stp. strippingu LDK (neví před kolika lety)

Alergie: prach, intolerance ostrého jídla

FA: Lusopress. Tenaxum, Glyvenol, Amiclon

Objektivní posouzení: do ambulance přichází s diagnózou nehojící se defekt LDK, předchozí léčba za hospitalizace, prováděny převazy sírovou vaselinou, dále aplikovány antibiotika v masti. Defekt je ošetřen, na končetině nemá kompresivní bandáž, i přestože byla propuštěna z lůžkového oddělení.

Popis defektu: *vstupní návštěva* – lokální nález – defekt o velikosti 9x7 cm, má žlutě povleklou spodinu, hojnou zapáchající sekreci, okraje jsou navalitě, okolí s keratózami, DK je s otokem, teplá a červená

Popis defektu: *1. monitorovaná návštěva* – respondentka přichází v domluvený čas na kontrolu, defekt byl velmi dobře ošetřen. Bohužel přichází bez přiložené kompresivní bandáže. VAS bolesti je snížena na 3-4, subj. udává bolesti spíše klidové, nadále užívá Brufen (navrhovanou medikaci odmítá – pacientka je svéhlavá)

Defekt o velikosti 10,5x8 cm (velikost defektu nemá spojitost se špatným ošetřením, pouze se debridementem spodiny odhalila pravá velikost). Rána má spodinu jen mírně žlutě povleklou, sekrece je střední s mírným zápachem, otok DK je v regresy, končetina je stále červená a teplá

2. monitorovaná návštěva – přichází s vhodně ošetřeným defektem i okolím. Kompresivní bandáž je provedena jedním obinadlem, neplní tedy svou funkci. Pacientčin postoj k problému je mimořádný, je houževnatá a stále se snaží zlepšovat svou zručnost při převazu.

Na spodině defektu o velikosti 8x8 cm je stále přítomen žlutý povlak, sekrece trvá střední, okraje se postupně mění na povlovné, končetina je bez otoku, klidná.

3. monitorovaná návštěva – respondentka dbá pečlivě o svůj defekt, dodržuje doporučení týkající se aplikace materiálu. Na kontrolu přichází s nevhodně přiloženou kompresivní bandáží, použila jen jednou obinadlo.

Spodina defektu o velikosti 6x8cm je žlutě povleklá, sekrece mírná bez zápachu, okraje spíše povlovné, okolí klidné. Pouze na nártu drobné exkoriace od stržené náplasti.

Posouzení ošetření defektu bylo prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace, byla pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně při vstupním vyšetření udává že se cítí dobře, teploty nemá, VAS bolesti udává na numerické škále 5 – intermitentně užívá Brufen

Pacientce je 84 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky.

Při vstupním hodnocení nebylo možno odhadnout délku trvání léčby. Pacientka pravidelně docházela na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se intervaly kontrol prodlužovaly. Vše se odvíjelo od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba byla prováděna za hospitalizace na kožním oddělení ošetrovatelským personálem. Do domácího ošetření byla pacientka vybavena gázou a sírovou vaselinou, ačkoli jí lékařka lůžkového oddělení objednala na den propuštění do naší ambulance. Byly jí poskytnuty informace jednoduché, provádějte převazy denně mastí, nekoupejte. Pacientka vyjadřovala zmatenost z poskytnutých informací, nechápala proč jí dala lékařka mast, když ji odeslala do specializované ambulance.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili pacientka nemá žádné vědomosti a informace o léčbě a ošetřování kožních defektů materiály vlhké terapie.

Při úvodním rozhovoru lékař pacientku informoval o jejím onemocnění, o postupu lokální léčby, která bude následovat, o dalších krocích léčby – vyšetření v cévní poradně. Pacientka i přes svůj věk, je velmi činorodá, není problémem zapojovat ji do léčby.

Respondentka uvádí, že *se chce uzdravit*, že potřebuje být zdravá, neboť má ještě plno plánů. Je bývalou členkou Českého červeného kříže. Stále se účastní akcí pořádaných touto organizací. Dále se zapojuje do činnosti Klubu důchodců. Jde o pacientku, která je

velmi čínorodá. Možná v tom je také trochu problém, nedodržíje pokyny týkající se odlehčení končetiny. Vzhledem ke všem jejím aktivitám má končetiny často svěšené, často sedí. Svě činnosti nechce nijak omezovat.

Pacientka od počátku komunikuje velmi živě, zajímá se o všechny postupy. Snaží se mít pestrou stravu, dostatečný pitný režim, ale jak sama přiznává *na akci si dám dortík*.

Oblast sociální

Respondentka po propuštění z nemocnice měla jen omezené informace o ošetřování kožních defektů. V průběhu léčby se její znalosti zlepšovaly, byla velmi aktivní. Při kontrolách v ambulanci se zajímala o stav defektu. Po celou dobu léčby jí byl oporou syn, vždy jí doprovázel na kontroly, ale nikdy se neúčastnil našich rozhovorů. Jak bylo uvedeno, respondentka má velmi mnoho aktivit, setkání s přáteli se rozhodně nevyhýbá.

Sociální dávky žádné nepobírá a zatím ani neuvažuje, že by nějaké pobírat mohla. Připadá jí zatěžující vyplňovat žádosti, přikládat lékařské zprávy a stanoviska. Zastává názor, že čas může trávit i jinak než běháním po magistrátu.

Závěr

Pacientka si od počátku přeje zhojení defektu. Při své léčbě je pečlivá, snaží se svědomitě dodržovat postup převazu, jak sama udává je taky sestra a byla by hanba, kdyby převazy nezvládla. Pacientka se raduje ze života. Je spokojená ve společnosti, syn i jeho rodina jí s aktivitami pomáhají. Hojení probíhá pomalu, pravděpodobně jde o kombinaci věku pacientky, nedodržování pohybového režimu. V tomto případě jde spíše o psychickou pohodu pacientky, ona sama hojení jako pomalé neoznačuje. Je si vědoma nedostatků, ale je se situací vyrovnaná, a i nepatrné zlepšení bere jako velký úspěch.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	3	1	1	3
2 návštěva	2	1	1	1
3 návštěva	2	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. U pacientky byly prováděny pravidelné edukace při každé kontrole naší ambulance. Bohužel, pacientka dodržovala pouze část z pokynů, které jí byly sdělovány při edukacích. O defekt se starala vždy pečlivě, kompresivní bandáž prováděla pouze jedním obinadlem. V této případové studii byla edukace vedena dostatečným způsobem, ale respondentka měla svou hlavu.

Případová studie č. 9 pan B

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v srpnu 2018, trval 40 minut a byl veden s pacientem a jeho manželkou. Délka druhého rozhovoru byla 30 minut a hovor proběhl v září, třetí rozhovor proběhl v říjnu a čtvrtý v listopadu, délka rozhovorů byla 20 minut. Pacient dal písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacienta pečující o svůj defekt.

Jde o muže ve věku 61 let, je ve invalidním důchodu. Před tím pracoval jako elektrikář. Do ambulance přichází na doporučení praktického lékaře, který zhodnotil léčbu jako komplikovanou a pacienta odeslal do specializované ambulance. K praktickému lékaři se respondent dostavil po hospitalizaci na kardiochirurgické klinice FN Motol.

Rodinné prostředí – respondent žije v domácnosti s manželkou, obývají byt 4+1 ve IV. patře panelového domu, výtah je k dispozici.

Oblast zdravotní

OA: HT, DNA, DM na inzulinoterapii, obezita

FA: Glukophage, Metopropolor, Valsap – combi, Doxazosin, Purinol, Godasal, Novomix s.c.

Objektivní posouzení: defekt starší jeden měsíc, jde o dehiscenci operační rány při SDN

Popis defektu: *vstupní prohlídka* – na nártu LDK je defekt s lehce povleklou spodinou, ojediněle se vyskytují zbytky nekrozy + se objevují i drobné granulace (v tomto defektu se prolíná fáze proliferační a granulující), sekrece je mírná, serózní, okraje navalitě a lehce zarudlé, nárt klidný. Velikost 7x4x0,5 cm.

Popis defektu: *1. monitorovaná návštěva* – respondent přichází s ošetřeným defektem, převaz byl proveden postupem, který si manželka nacvičila při vstupní návštěvě

Dehiscence rány má lehce povleklou spodinu s drobnými zbytky nekrozy s prosvítajícími granulacemi, sekrece mírná, serózní, okraje navalitě a lehce zarudlé, nárt klidný. Velikost 7x3,7x0,5 cm

2. monitorovaná návštěva – pacient přichází na kontrolu s pečlivě provedeným převazem a ošetřeným defektem.

Ulcerace se zbytky povlaků, granulace přítomny, epitelizace okrajů, sekrece mírná, serózní, okraje navalitě a klidné, nárt je také klidný. Velikost 6x2x0,3 cm

3. monitorovaná návštěva – respondent má převaz provedený přesně dle požadavků a provedené edukace

Defekt má velmi mírně povleklou spodinu, granulace a epitelizace přítomny, sekrece je mírná, serózní, okraje se postupně mění na povlovné, nárt je klidný. Velikost 5x1x0,2cm

Posouzení ošetření defektu je prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace, je pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně udává VAS bolesti v postižené končetině 1-2 (bez nutnosti pravidelné medikace), jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientovi je 61 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky. Cukrovku má několik let, dodržuje dietní režim a selfmonitoring diabetika.

Při hojení dehiscence při SDN nelze odhadnout délku léčby, pacient bude pravidelně docházet na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se budou intervaly kontrol prodlužovat. Vše se bude odvíjet od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba probíhala za hospitalizace. Po propuštění byl pacient předán do péče praktického lékaře. Pacient udává malý zájem lékaře, poskytované informace a prováděné převazy byly dle mínění respondenta nedostatečné. Praktický lékař sám situaci vyhodnotil jako komplikovanou a předal pacienta do péče naší specializované ambulance.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacienta nedostatek zručnosti při ošetřování kožních defektů. Pacient ani jeho žena nemají povědomost o provádění základní hygienické péči, praktický lékař nic nedoporučoval.

Při úvodním rozhovoru lékař pacienta informoval o postupu lokální léčby, která bude následovat. Je snaha aktivně zapojovat pacienta do léčby. Pacient udává, že on sám převazy nezvládne. Přebazy bude provádět respondentova manželka. Ta si cvičí pod vedením sestry manipulaci s terapeutickým materiálem, pacient se učí jednoduché rehabilitační cviky. Vše je demonstrováno při kontrolách v ambulanci. Pokud by se vyskytly nesrovnalosti bude provedena reedukace.

Pacient byl při úvodním rozhovoru upozorněn na rizikové faktory zhoršující nebo prodlužující hojení a zároveň byl informován o dalších krocích celkové léčby.

Mezi rizikové faktory respondenta patří obezita a cukrovka. Pacient uvádí, že se snaží dodržovat režim diabetika, provádí selfmonitoring. Problémem zůstává obezita a pohybový režim, pacient je v současné chvíli upoután na invalidní vozík, nemá žádný významnější pohyb. Pacient nemá žádné neurologické onemocnění, pouze mu bylo ve FN Motol doporučeno užití vozíku, pro svou váhu by nezvládal chůzi o berlích.

Při úvodním rozhovoru, pacient a jeho manželka vyjadřují velké obavy o končeti- nu, jsou úzkostní. Příznávají, že jsou bezradní, neví, co budou dělat při výskytu komplikací. Nemají důvěru v nemocnici Teplice. Pacientova manželka nevlastní řidičský průkaz, byl by tak velký problém transport do Prahy. Na pomoc praktického lékaře se spoléhat také nemohou, o víkendu není dostupný. Nezařídí tedy převoz sanitkou.

Respondent uvádí, že *se chce uzdravit*, je ochotný přizpůsobit se léčebnému režimu.

Pacient i jeho manželka jsou komunikativní, nicméně jejich projev je rezervovaný. Při vstupní návštěvě nelze předpokládat, že respondent bude schopen s námi spolupracovat, aktivně se zapojovat do léčby.

Oblast sociální

Pacient aktivně nevyhledává informace, spoléhá na rozhovory v ambulanci. Informace nevyhledává především z důvodu strachu, dle jeho tvrzení se bojí, co by se ještě dozvěděl. Pacient si zažádal o příspěvek na péči, vlastní kartu ZTP. Kartu ZTP má již několik let, s vyplněním formulářů na příspěvek na péči rodině pomohla sociální pracovnice FN Motol.

Závěr

Pacient i jeho manželka byly skeptičtí, ale postup převazu respondentova manželka zvládala bravurně. Postupně, jak oba viděli pokroky v léčbě se jejich postoj měnil, uklidňovali se, důvěra v naší ambulanci se postupně zvyšovala. Pacientova manželka časem zlepšila techniku převazu, práci s terapeutickým krytím a zejména zvládala techniku debriementu spodiny za pomoci speciálního materiálu.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	0	1	1	1
2 návštěva	0	1	1	1
3 návštěva	0	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii č.9 jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Respondent kompresivní bandáž neprováděl, v ambulanci byl evidován pro defekt při SDN. Péči o defekt převzala pacientova manželka, která vždy velmi pečlivě sledovala proces převazu v ambulanci, aktivně se zapojovala do demonstrací prováděných v ambulanci. Edukační proces hodnotím jako přínosný.

Případová studie č. 10

paní W

Případová studie je sestavena na základě odpovědí získaných z polostrukturovaného rozhovoru. První rozhovor proběhl v září 2018, trval 35 minut a byl veden s pacientkou. Další v pořadí druhý rozhovor proběhl v říjnu, třetí v listopadu a čtvrtý v prosinci. Jejich délka byla 15 minut. Pacientka dala písemný souhlas s pořizováním záznamu (příloha D).

V případové studii je zachycena edukační, zdravotní a sociální situace pacientky pečující o svůj defekt.

Jde o ženu ve věku 74 let, je ve starobním důchodu. Před tím pracovala jako kuchařka ve školní jídelně. Do ambulance přichází na doporučení lékařky kožního oddělení, kde byla léčena standardními způsoby.

Rodinné prostředí – respondentka obývá byt 3+1 v rodinném domku, v patře bydlí dcera s rodinou, u domu je zahrádka.

Oblast zdravotní

OA: HT, DNA, DM II. typu na PAD, antifosfolipidový syndrom, v kontrolách endokrinologa, gastralgie

FA: Detralex, Cynt, Milurit, Warfarin, Omeprazol, Bleslin Plus, Rivocor, Oltar, Metformin, Letrox

Alergie: PNC, Klacid, Dalacin

Objektivní posouzení: defekt v oblasti vnitřního kotníku LDK starší jak jeden měsíc, jako příčinu udává štípnutí hmyzem. Přichází bez přiložené bandáže, defekt je ošetřen mastí do vředu používanou na kožním oddělení.

Popis defektu: vstupní prohlídka – lokálně je v oblasti vnitřního kotníku LDK defekt, na spodině je zbytek povlaků, granulace jsou přítomny, sekrece je hojná, okolí hyperpigmentované, na lýtku jsou suché exkoriace, velikost 2x1cm

Popis defektu: 1.monitorovaná návštěva – respondentka přichází bez přiložené kompresivní bandáže, defekt je vhodně ošetřený. Vzhledem k tomu, že pacientka nedržela postup, byla provedena reedukace a byla jí vysvětlena nutnost kompresivní terapie.

Na vnitřním kotníku ulcerace s čistou spodinou, sekrece je mírná, okolí hyperpigmentované; na lýtku suché exkoriace, které respondentku svědí, velikost ulcerace je 1,8x0,8 cm

2. *monitorovaná návštěva* – pacientka přichází na kontrolu s přiloženou kompresivní bandáží. Je provedena pouze jedním obinadlem, otáčky mají široké rozestupy, bandáž končí v nejširším místě lýtku.

Ulcerace v oblasti kotníku má čistou granulující spodinu, mírně secernuje, okolí je hyperpigmentované. Exkoriace na lýtku se zklidňují, velikost 1,8x0,8 cm.

3. *monitorovaná návštěva* – respondentka použila ke kompresivní bandáži dvě obinadla, bandáž splňuje požadavky, defekt je ošetřen námi požadovaným způsobem. Pacientka se naučila techniku převazu i bandáže.

Spodina defektu je čistá, epitelizující, mírně secernující, okraje povlovné, velikost 0,5x0,5 cm, okolí je klidné hyperpigmentované.

Posouzení ošetření defektu je prováděno při každé monitorované návštěvě. Hodnocení defektu je zaznamenáváno do ošetřovatelské dokumentace, je pořizována fotodokumentace, příloha A (obrázek A-D). Do dokumentace je znamenáno hodnocení bolesti, eventuálně medikamentózní intervence.

Subjektivně udává VAS bolesti na numerické škále v postižené končetině 5 (pravidelně užívá Zaldiar s efektem, hodinu před převazem navíc užívá Paralen 2 tbl.), jiné subjektivní obtíže neudává.

Pacientce je 74 let, je tedy možno usuzovat, že má již pevně ukotveny zásady životního stylu, má vytvořené stravovací návyky. Pravidelně dochází na odběry k praktickému lékaři k vyšetření koagulačních faktorů, dále pravidelně navštěvuje diabetologickou ambulanci. Doma si glykémii měří jen občas.

V úvodu léčby nelze odhadnout domu léčení, pacientka je diabetik užívající antikoagulační terapii. Jde o kombinaci, která může komplikovat hojení. Pacientka bude pravidelně docházet na kontroly do ambulance, zpočátku častěji, poté se budou intervaly kontrol prodlužovat. Vše se bude odvíjet od aktuálního lokálního nálezu.

Oblast edukační

Fakta získaná během rozhovoru

Předchozí léčba byla poskytována za hospitalizace. Pacientka od přátel věděla, že existují i jiné možnosti léčby, na kožním oddělení materiály pro vlhké hojení však nejsou dostupné. Pacientka požádala o převedení do péče naší specializované ambulance, což jí bylo umožněno.

Na základě úvodního rozhovoru a pozorování jsme zjistili u pacientky nedostatky o léčbě a ošetřování kožních defektů. Pacientka přiznává, že neumí správně provádět bandáže DK.

Při úvodním rozhovoru lékař pacientce poskytl informace o jejím onemocnění, o dalších postupech při lokální terapii. Domníváme se, že se pacientka aktivně zapojí celého procesu léčby. Při úvodní návštěvě si pacientka nacvičí manipulaci s terapeutickým materiálem, přikládání kompresivních bandáží. Při výskytu problému je prováděna reedukace, při změně materiálu probíhá další nácvik manipulace s materiálem.

Pacientka byla při úvodním rozhovoru upozorněna na rizikové faktory, které by mohly zpomalovat nebo zastavit hojení a zároveň byla informována o dalších krocích celkové léčby – konziliární vyšetření v cévní poradně.

Při rozhovoru s pacientkou vyplývá, že vzala situaci takovou, jaká je a je potřeba ji zvládnout.

Respondentka uvádí, že jejím cílem je zhojení defektu, je ochotná najít kompromis mezi svými aktivitami a svým zdravotním stavem.

Pacientka s námi komunikuje velmi živě, je aktivní. Předpokládáme, že se pacientka bude zapojovat do léčby.

Oblast sociální

Informace získává od přátel, internet nemá. Až do návštěvy u nás v ambulanci nebyla řádně nikým poučena, nevěděla, na co má nárok v oblasti hojení.

Respondentka čerpá příspěvek na zakoupení pohonných hmot, jiné příspěvky nepobírá. O jiných příspěvcích neuvažuje, výše poskytované částky by pokryla pouze zlomek

nákladů a ve vyplňování žádostí spatřuje spoustu problémů, unavuje ji neustálé pobíhání mezi praktickým lékařem, magistrátem a jednotlivými specialisty. Z výše uvedených důvodů proto o jiných příspěvcích neuvažuje.

Závěr

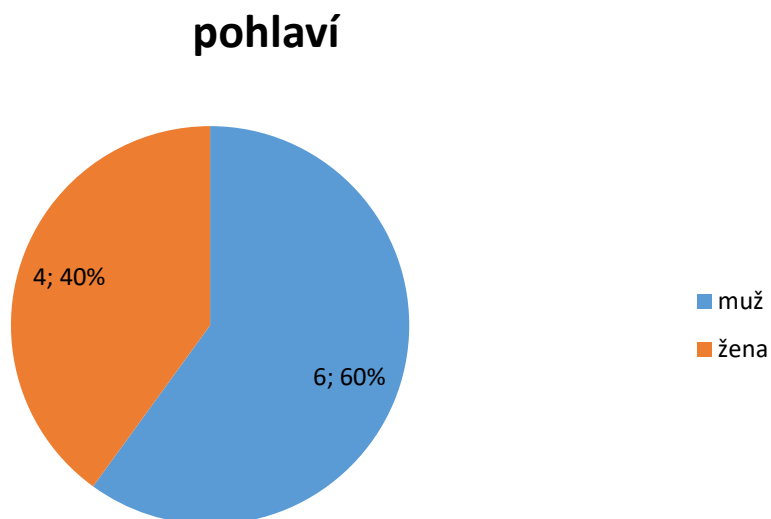
Pacientka zpočátku nebyla v péči o svůj defekt příliš pečlivá, terapeutický materiál byl přiložen dobře, problém byl s kompresivní terapií. Byly prováděny reedukace zaměřené právě na provádění bandáží. Pacientce nejdříve připadaly zbytečné, až v průběhu léčby změnila názor. Viděla, že s kompresí se defekt mnohem lépe hojí a defekt podstatně méně secernuje. Přiznala, že končetina s přiloženou bandáží i méně bolí. Psychickou oporou je pro pacientku rodina, dcera jí často doprovázela na kontroly.

	bandáž	terap. materiál	okolí	velikost
1 návštěva	3	1	1	1
2 návštěva	2	1	1	2
3 návštěva	1	1	1	1

Ve skórovací tabulce k případové studii jsou uvedeny výsledky edukační činnosti. Pacientka prováděla převazy sama. Ač vždy bedlivě naslouchala při edukaci, bandáže zpočátku neprováděla vhodným způsobem. Poprvé přišla bez bandáže, podruhé použila jedno obinadlo. Stagnace při hojení při druhé monitorované návštěvě je možno přičíst ne příliš dobrým kompresivním bandážím. Defekt ošetřovala dobře, zde si pokyny pamatovala velmi dobře.

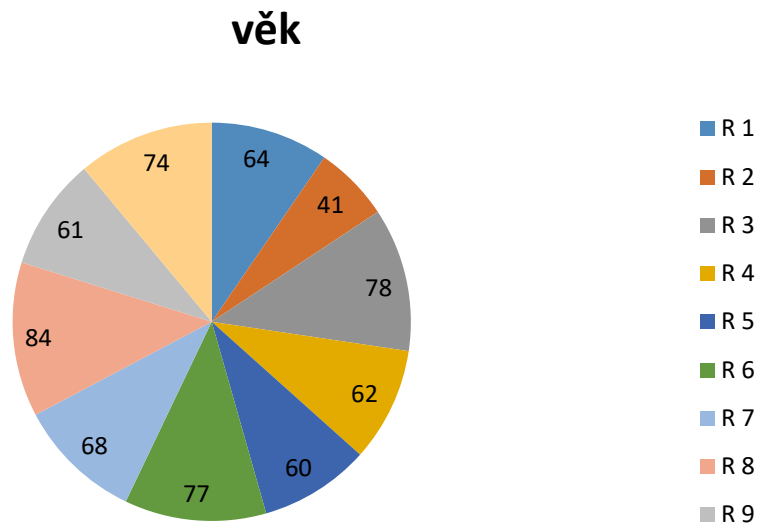
7.6.1 Základní demografická data

Graf č. 2: Pohlaví pacientů



Graf č. 2 ukazuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 10 respondentů bylo 6 (60%) mužů a 4 (40%) žen.

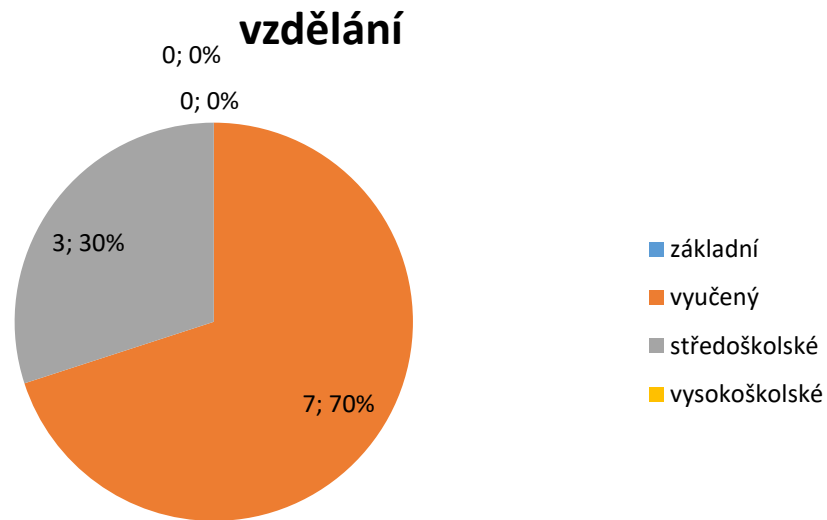
Graf č. 3: Věk respondentů



V grafu

č. 3 je uveden věk respondentů. Nejmladšímu účastníku výzkumu je 41 let a nejstarší účastníci 84 let. Nejpočetněji je zastoupen věk 60 – 70 let, v této kategorii je 5 respondentů, ve věkové kategorii 70 – 80 let jsou tři respondenti.

Graf č. 4: Vzdělání respondentů



Graf č. 4 prezentuje dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 10 respondentů je 7 vyučených, 3 mají středoškolské vzdělání. Základní nebo vysokoškolské nemá ani jeden respondent.

7.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Seznam dat vstupní návštěva

Časový průběh, objevení se prvních příznaků spojených s budoucím onemocněním

Příčina vzniku defektu

Vliv dědičné dispozice na vznik onemocnění

Předchozí léčba ulcerace

Anamnéza

Farmakoterapie, léky ovlivňující hojení

Rozsah informací o nehojící se ráně

Zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění

Význam kompresivní terapie, přikládání kompresivní bandáže

Hodnocení bolesti z pohledu respondenta

Farmakologické ovlivnění bolesti

Úloha stravy při hojení nehojící se rány

Pohybová aktivita respondenta

Zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci

Seznam dat 1 až 3 monitorovaná návštěva

Problémy s přikládáním materiálu

Potíže při přikládání kompresivní bandáže

Dodržování pohybového režimu, provádění rehabilitačních cviků

Úloha rodiny při péči

Význam přátel v životě respondenta

Dostupnost informací o kompenzačních pomůckách, o možnosti různých příspěvků sociálních dávek

Finanční zatížení rozpočtu respondenta

Tabulka č. 2: Časový průběh, objevení se prvních příznaků spojených s budoucím onemocněním

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Starší jeden měsíc	1	1	1	1				1	1	1	7
Starší 6 měsíců				1							1
Mladší jeden měsíc					1	1	1				3
Nepamatují se									1		1
Celkový výskyt	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	12

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázky časové osy, na vznik defektu. V rozhovoru byla otázka formulována: *Jak dlouho máte defekt?*

Nejčastěji se při rozhovorech objevovala odpověď, že defekt je starší jednoho měsíce, to bylo v 6 případech. 3 krát byla uvedena, že defekt nemají déle jak jeden měsíc. Respondent č. 4 uvedl, že se první příznaky objevily před více než půl rokem, samotnou nehojící se ránu má více než jeden měsíc. Respondent č. 9 si objevení prvních příznaků nepamatuje. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 12.

Tabulka č. 3: Příčina vzniku defektu

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Zná příčinu	1		1	1		1	1		1	1	7
Nezná příčinu/ nepamatují si		1			1			1			3
Celkový vý- skyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka č. 3 prezentuje v kategorizované podobě odpovědi na otázku *Zda znají příčinu vzniku nehojící se rány?* 7 respondentů uvedlo, že zná příčinu vzniku. Je to dáno pravděpodobně tím, že jsou všímaví ke svému tělu, nebo jde o defekt vzniklý v důsledku základního onemocnění. Skupina 3 respondentů uvedla, že nezná příčinu vzniku. Nelze s určitostí tvrdit, že by byli nevšímavý, je tedy velmi možné, že si neuvědomují, že by se uhodili, byli v kontaktu s nějakým hmyzem. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 4: Vliv dědičné dispozice na vznik onemocnění

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Rodiče		1									1
Prarodiče	1										1
Nevím			1		1			1		1	4
Irelevantní				1		1	1		1		4
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

V této tabulce jsou data týkající se dědičného vlivu. V rozhovoru byla pokládána otázka: *Uvědomujete si, že měl někdo v rodině bércové vředy?* Odpověď, že bércové vředy měla babička, uvedl respondent č. 1, respondent č. 2 odpověděl, že bércové vředy měla matka. Další respondenti s bércovou ulcerací R 3, 5, 8 a 10 si nevybavují onemocnění u nikoho v rodině. Respondenti R 4, 6, 7 a 9 na tuto otázku neodpovídali. Jejich nehojící se rána vznikla v souvislosti s diabetem, u jednoho respondenta se jednalo o dekubitus, který vznikl při hospitalizaci pro subarachnoideální krvácení. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 5: Předchozí léčba ulcerace

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Hospitalizace				1		1	1	1	1	1	6
Léčba PL, běžně dostupná	1	1	1					1			4
Žádná					1						1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11

Tato tabulka prezentuje v kategorizované podobě odpovědi respondentů na předchozí léčbu, otázka: *Jak byla nehojící se rána ošetřována, než jste přišel k nám do ambulance?*

Kategorie odpovědi, *hospitalizace*, se objevila 6 krát. Kategorie, *léčba praktickým lékařem nebo běžně dostupnými prostředky zakoupenými v lékárně*, se vyskytla 4 krát a 1 krát se objevila odpověď *žádná*. Respondent č. 8 odpověděl ve dvou kategoriích. Odpověď souvisí s postupem hojení, zpočátku respondentka ošetřovala defekt sama doma, poté při zhoršení byla léčba vedena za hospitalizace erudovaným personálem. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 11.

Tabulka č. 6: Anamnéza

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
CHŽI	1	1					1	1			4
DM na dietě, PAD, inzulino- linoterapii		1		1					1	1	4
Obezita		1							1		2
Ostatní onem., která mohou ovlivňovat hojení – HT, FiS aj.	1		1	1		1	1	1	1	1	8
Celkový výskyt	2	3	1	2		1	2	2	3	2	18

Tabulka č. 6 ukazuje v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku týkající se jejich onemocnění: *S čím se léčíte? Jaká máte onemocnění?*

Nejčastěji uváděnou odpovědí byla kategorie ostatní, jsou zde zařazeny hypertenze, onemocnění srdce s nutností antikoagulační léčby. Tato dvě onemocnění se vyskytují v odpovědích často, ostatní onemocnění jako gastralgie nebo kontroly na urologii nejsou plně relevantní pro hojení rány. Kategorie odpovědi, že trpí CHŽI byla uvedena 4 krát a stejným počtem je zastoupena kategorie nemocných s DM. Respondentka č. 5 uvedla, že se s ničím neléčí. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 18.

Tabulka č. 7: Farmakoterapie, léky ovlivňující hojení

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Antikoagulační th			1	1		1	1		1	1	6
Kortikoidy											
Ostatní	1		1	1		1	1	1	1	1	8
Celkový výskyt	1		2	2		2	2	1	2	2	14

Z tabulky č. 7 vyplívá, že respondenti užívají spousty léků na svá základní onemocnění, jde o 8 respondentů. 6 krát se objevila odpověď, že užívají antikoagulační terapii. 6 respondentů odpovídalo ve dvou kategoriích, tzn., že užívají léky ze skupiny antikoagulačních a další léky. Dva respondenti R 2 a 5 ne užívají žádné léky. Léky ze skupiny kortikoidů ne užíval žádný ze sledovaných respondentů. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 14.

Tabulka č. 8: Rozsah informací o nehojící se ráně

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Dostačující											
Minimální	1	1	1	1			1	1	1	1	8
Žádné					1	1					2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka č. 8 v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Měl jste k dispozici dostatek informací? Jaký rozsah informací vám poskytl ošetřující lékař?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *minimální*, byla zaznamenána celkem 8. Pacienti přicházející do ambulance, mají velmi omezené znalosti o nehojící se ráně. Informace jim nebyly poskytovány ani při hospitalizaci. Kategorie, *žádné*, byla zaznamenána 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 9: Zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Rodina		1					1				2
Přátelé			1	1	1	1			1	1	6
Internet	1	1		1					1		4
Ostatní - ošetř. nebo praktický lékař						1	1	1	1		4
Celkový výskyt	1	2	1	2	1	2	2	1	3	1	16

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku zdroje informací: *Jaký je zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění?*

Nejčastější kategorie odpovědí, *přátelé*, byla zaznamenána 6. Stejným počtem 4 krát byla zaznamenána kategorie, *internet nebo ošetřující či praktický lékař*. 2 krát byla zaznamenána kategorie, *rodina*. Respondenti měli možnost uvést více možností. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 16.

Tabulka č. 10: Význam kompresivní terapie, přikládání kompresivní bandáže

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Znají význam a nutnost komprese											
Nezná význam komprese	1	1	1		1			1		1	6
Celkový výskyt	1	1	1		1			1		1	6

Tabulka č. 10 v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Znáte význam kompresivní terapie? Umíte správně přikládat kompresivní bandáž?*

Na tuto otázku odpovídalo 6 respondentů. Kategorie odpovědí, *neznám význam komprese a neumím ji přikládat*, byla uvedena 6. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 6.

Tabulka č. 11: Hodnocení bolesti z pohledu respondenta

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Bolest VAS 1-4	1	1	1	1	1	1	1		1	1	9
Bolest VAS 5-7								1			1
Bolest VAS 7-10											
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Jak hodnotí bolest spojenou s nehojící se ránou?*

Kategorie odpovědí, *bolest VAS 1-4*, byla uvedena 9 krát. Kategorie, *bolest VAS 5-7*, byla zachycena 1 krát. Kategorie, *bolest VAS 7-10*, nebyla zachycena vůbec. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 12: Farmakologické ovlivnění bolesti

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Léky nikdy neužívá	1		1	1		1	1		1		6
Léky užívá nárazově		1			1			1			3
Léky užívá pravidelně										1	1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Užíváte léky k ovlivnění bolesti?*

Nejčastější kategorie odpovědí, *léky nikdy neužívám*, byla prezentována 6 krát. Kategorie odpovědí, *léky užívám nárazově*, byla zaznamenána 3 krát. Kategorie odpovědí, *léky užívám pravidelně*, se objevila 1 krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 13: Úloha stravy při hojení nehojící se rány

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Běžná strava		1			1						2
Dieta	1			1			1		1	1	5
Pestrý jídelníček obohacený o vitamíny, pitný režim			1			1	1	1			4
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	11

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě odpovědi na otázku: *Uvědomujete si nezastupitelnou úlohu stravy při hojení rány, snažíte se o pestrý jídelníček nebo dodržujete dietu v rámci základního onemocnění?*

Nejčastěji se vyskytující kategorie odpovědí, *dodržuji dietu*, byla uvedena 5 krát. Kategorie odpovědí, *snažím se o pestrý jídelníček s dostatkem vitamínů a vhodným pitným režimem*, byla zaznamenána 4 krát. Kategorie odpovědi, *jím běžnou stravu*, jak jsem zvyklý, byla prezentována 2 krát. Respondent č. 7 odpověděl ve dvou kategoriích. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byla 11.

Tabulka č. 14: Pohybová aktivita respondenta v současné době

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Vhodný	1					1					2
Žádný		1			1				1		3
Zajímám se o možnosti			1	1			1	1		1	5
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka prezentuje v kategorizované podobě odpovědi respondentů na otázku: *Jaká je vaše pohybová aktivita v současné době?*

Nejčastěji zastoupenou kategorií odpovědí, *zajímám se o možnost hýbat, naučím se vhodné cviky*, byla prezentována 5 krát. Kategorie odpovědi, *nemám žádný vhodný pohyb*, byl zaznamenán 3 krát. Kategorie odpovědi, *mám vhodný a dostatečný pohyb*, byla zaznamenána 2 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 15: Zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci

R= respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Informace od praktického lékaře	1								1		2
Informace od přátel, rodiny		1	1		1	1				1	5
Informace z internetu				1			1				2
Informace ošetřujícího lékaře kožního oddělení								1			1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě ukazuje odpovědi respondentů na otázku: *Jaký jste využily zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *informace od přátel nebo rodiny*, byla zaznamenána 5 krát. Kategorie odpovědi, *informace od praktického lékaře a informace z internetu*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědi, *informace ošetřujícího lékaře kožního oddělení*, se vyskytla 1 krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 10.

Tabulka č. 16: Problémy s přikládáním materiálu

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Žádné problémy	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Špatná manipulace											
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě ukazuje odpovědi respondentů na otázku: *Vyskytly se nějaké problémy s přikládáním terapeutického materiálu?*

Zde se vyskytuje pouze jedna kategorizovaná odpověď, *žádné problémy*, byla zaznamenána 10 krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka č. 17: Potíže při přikládání kompresivní bandáže

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Žádné problémy jsem neměl		1	1								2
Ano, mám problémy, nejsem zručný	1				1			1		1	4
Celkový výskyt	1	1	1		1			1		1	6

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Vyskytly se problémy při přikládání kompresivní bandáže?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *ano, mám problémy, nejsem zručný*, byla prezentována 4 krát. Kategorie odpovědi, *žádné problémy jsem neměl*, byla zaznamenána 2 krát. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 6.

Tabulka č. 18: Dodržování pohybového režimu, provádění rehabilitačních cviků

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Neprovádím									1		1
Mám pohyb, ale necvičím		1			1			1		1	4
Mám pohyb a provádím doporučené RHB cviky	1		1	1		1	1				5
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Dodržujete pohybový režim, provádíte rehabilitační cviky?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *mám pohyb a provádím doporučené rehabilitační cviky*, byla prezentována 5 krát. Kategorie odpovědi, *mám pohyb, ale necvičím*, byla prezentována 4 krát. Kategorie odpovědi, *pohyb neprovádím*, byla zaznamenána v jednom případě.

Tabulka č. 19: Úloha rodiny při péči

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Psychická podpora	1	1							1		3
Pravidelná pomoc		1	1		1		1	1	1		6
Občasná pomoc	1			1						1	3
Rodina se na pomoci s péčí nepodílí						1					1
Celkový výskyt	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	13

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Jakou úlohu plní rodina respondentů při zajištění péče o nehojící se ránu?*

Kategorie odpovědi, *poskytuje pravidelnou pomoc*, byla prezentována 6 krát, kategorie, *občasná pomoci a psychické podpory*, byla zaznamenána 3 krát. Kategorie odpovědi, *rodina se na péči nepodílí*, byla uvedena 1 krát a to jen z důvodu, že dcera respondentky bydlí daleko od města respondentky. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů bylo 13.

Tabulka č. 20: Význam přátel v životě respondenta

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Přátelské kontakty- sporadické			1						1	1	3
Přátelské kontakty-časté				1				1			2
Převažuje spoléhání se sám na sebe nebo rodinu	1	1	1		1		1		1	1	7
Převažuje spoléhání se sám na sebe						1					1
Celkový výskyt	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	13

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: *Jaký význam mají přátelé v životě respondenta?*

Kategorie odpovědi orientace na *spoléhání se sám na sebe* byla uvedena 7 krát. Ukázalo se, že respondenti preferují pomoc rodiny nebo spoléhají sami na sebe. Kategorie odpovědi, *přátelské kontakty sporadické* byla zaznamenána 3 krát. Kategorie odpovědi, *přátelské kontakty – časté* byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědi, *převažuje spoléhání se pouze sám na sebe*, se objevila 1 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 13.

Tabulka č. 21: Dostupnost informací o kompenzačních pomůckách

R= respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Informace od praktického lékaře							1				1
Pocítuje nedostatek informací z dané oblasti											
Informace z internetu							1				1
Informace prostřednictvím sociální sestry							1		1		2
Nepotřebuje kompenzační pomůcky	1	1	1	1	1	1		1		1	8
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	12

Tabulka v kategorizované formě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Jak získáváte informace o kompenzačních pomůckách?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *nepotřebuje kompenzační pomůcky* byla zaznamenána 8 krát. Kategorie odpovědi, *informace prostřednictvím sociální sestry*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědi, *informace z internetu a informace prostřednictvím praktického lékaře*, byla zaznamenána 1 krát. Respondent č. 7 odpověděl ve třech kategoriích, tzn. celkem 3 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 12.

Tabulka č. 22: Dostupnost informací o možnosti různých příspěvků sociálních dávek

R= respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Informace od praktického lékaře							1			1	2
Pocítuje nedostatek informací z dané oblasti											
Informace z internetu							1				1
Informace prostřednictvím sociální sestry							1		1		2
Nechce využívat sociální příspěvky	1	1	1	1	1	1		1			7
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	12

Tabulka v kategorizované formě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Jak získáváte informace o možnosti využívat různé sociální dávky?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *nechci využívat příspěvky* byla zaznamenána 7 krát. Kategorie odpovědi, *informace prostřednictvím sociální sestry*, byla uvedena 2 krát. Také též kategorie odpovědi, *informace prostřednictvím praktického lékaře*, byla uvedena 2 krát. Kategorie odpovědi, *informace z internetu*, byla zaznamenána 1 krát. Respondent č. 7 odpověděl ve třech kategoriích, tzn. celkem 3 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí byl 12.

Tabulka č. 23: Finanční zatížení rozpočtu respondenta

R = respondent	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	Součet
Onemocnění negativně ovlivnilo rozpočet											
Onemocnění rozpočet nezatížilo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tabulka v kategorizované podobě prezentuje odpovědi respondentů na otázku: *Ovlivnilo onemocnění váš rodinný rozpočet?*

Nejčastější kategorie odpovědi, *onemocnění rozpočet nezatížilo*, byla prezentována 10 krát. Kategorie odpovědi, *onemocnění negativně ovlivnilo finanční rozpočet*, nebyla vůbec prezentována. Celkový počet kategorizovaných odpovědí byl 10.

DISKUZE

Předmětem výzkumu bylo zmapování informací o chronické ráně u pacientů, kteří poprvé přijdou do ambulance hojení chronických ran. Dále bylo cílem zjistit nedostatky v péči o nehojící se ránu v domácím ošetřování. Výsledky výzkumu jsou publikovány na základě provedených rozhovorů s pacienty naší poradny, popřípadě s jejich rodinnými příslušníky, kteří se péče účastnili.

Hlavním těžištěm výzkumu bylo sledování respondentů, objektivní posouzení ošetření defektu a sledování subjektivních hledisek respondentů. To, jak prožívali péči o svůj defekt, jaké problémy a úskalí museli řešit. Podstatné výsledky jsou obsaženy v kategorizovaných skupinách v kapitole výsledky výzkumu. V diskuzi bude pracováno s výsledky zpracovanými pomocí rámcové analýzy.

Pro výzkum byla zvolena Ambulance hojení chronických ran v Teplicích, kde se snažíme pacientům poskytnout komplexní péči. K hojení využíváme široké spektrum materiálu vlhké terapie a péči jsme rozšířily o provádění medicínální tzv. suché pedikúry určené primárně diabetikům.

Spektrum ran, který se věnujeme: v největší míře bércové vředy žilní etiologie – jejich procento je vysoké a vzhledem ke komorbiditám a rozsahu defektů probíhá hojení i několik let, pak jsou to dekubity, diabetické defekty a další nehojící se defekty.

Podle zkušeností a dlouholeté praxe jsme pacienty rozdělili do tří pracovních skupin. V té první jsou pacienti, kteří přicházejí do ambulance se zcela nevhodnou lokální terapií (rána překrytá pouze gázou, dlouhodobě používaný jeden typ krytí nebo se nezřídká stává, že krytí chybí úplně). Druhou skupinu tvoří pacienti, kteří ať úmyslně nebo neúmyslně nedodržují léčebný režim a třetí skupinu tvoří pacienti, kteří vyžadují kompenzaci zdravotního stavu za hospitalizace.

Naše ambulance není jediná, nicméně lze předpokládat, že v České republice stále nacházíme pracoviště, která se drží tradičních postupů a snad se i bojí změn. Tato jejich zdrženlivost ve skutečnosti stojí více vynaložených finančních prostředků než změna ve výběru a používání materiálů.

Je patrné, že léčba nehojícího se defektu připomíná skládání puzzle. Jednotlivé složky, které ovlivňují hojení, skládáme k sobě a pokud nám nějaký dílek vypadne nebo se dokonce ztratí, je pravděpodobnost, že se nám zhojení zpomalí nebo, že ke zhojení nedojde vůbec.

Léčba takových nehojících se ran vyžaduje komplexní, holistický přístup k pacientovi. Někdy je zapotřebí vytrhnout pacienta ze zaběhnutých stereotypů a poskytnout mu adekvátní péči za hospitalizace. Ne vše se dá hojit v domácím prostředí.

Výběr správného krytí vyžaduje v dnešní době nejen znalost veškerých dostupných novinek, ale také znalost doporučených postupů EWMA (Evropská společnost pro léčbu rány). Je potřeba stále se vzdělávat v problematice ošetřování nehojící se rány. Pro všeobecné sestry a další NLZP jsou pořádány certifikované kurzy **Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty**, kde frekventantky kurzů získávají potřebné vědomosti a zručnosti. Hlavní význam spatřuji především v získávání ucelených informací na základě znalostí z medicíny, získávání nejnovějších vědeckých poznatků v péči o nemocné. V kurzech je kladen důraz na komplexní přístup k pacientovi. Dalším významným faktorem je, že většina poskytovaných informací je orientována na maximální využití v praxi. Sestry studující v kurzu musí prokázat, že jsou schopné implementovat získané informace. Nejsou tedy jen pouhými pasivními posluchačkami, ale zapojují se aktivně do praktických cvičení. Sama jsem lektorkou takové ho kurzu a vidím jejich zájem, odpovídám na zvědavé otázky. Naše ambulance slouží jako výukové pracoviště, studentky kurzů si mohou na materiály sáhnout, vidí materiály pracovat na defektech jedinců, v podstatě je zapojujeme do celého procesu péče včetně monitoringu dalších faktorů ovlivňující proces hojení např.: nutrice, hodnocení bolesti.

Při studiu dostupné literatury týkající se hojení chronické rány, jsem zjistila, že téměř veškerá doporučení se opírají o poziční dokument, který vydala EWMA tzv. TIME management a pouze jejich postupy doplňují o své zkušenosti vyplývající z dlouholeté praxe. Využití TIME managementu je detailně popsáno v článku Wound healing and treating wounds – Chronic wounds care and management. V článku jsou také uvedeny faktory ovlivňující nárůst počtu nehojící se rány. Nárůst se očekává vzhledem ke stárnoucí populaci a k vysokému výskytu cukrovky. Analýzou bylo zjištěno, že chronická rány jsou jedním z největších finančních zatížení a v USA je tato částka téměř 10 bilionu za rok. Data nelze srovnat se situací v České republice, protože ÚZIS nedisponuje přesnými daty. Nicméně podle analýzy prováděné v roce 2015 bylo v České republice až 80 000 pacientů s chronickou ránou. Je předpoklad, že incidence bude také stále stoupat.

1. Vstupní návštěva – zdravotní problematika

Ač se nehojící se rána omezená na několik centimetrů čtverečních je třeba k pacientům přistupovat komplexně. Je potřeba se vždy cíleně ptát, *Jak dlouho má pacient*

defekt? Ze sledovaného souboru 10 respondentů jich 6 uvedlo, že defekt je starší 1 měsíce, 1 respondent měl defekt starší šesti měsíců a 3 respondenti udali staří defektu méně než 1 měsíc (tabulka č. 2). Další otázkou, na kterou je třeba se ptát, je *Jak rána vznikla?* Na příčinu vzniku si pamatuje 7 respondentů, 3 respondenti uvádějí, že si příčinu vzniku nepamatují (tabulka č. 3). Třetí otázku, kterou pacientům pokládáme je *Měl někdo v rodině bércové vředy.* Pro 4 respondenty z 10 byla otázka irelevantní, přišli do ambulance pro jinou nehojící se ránu. 4 respondenti uvedli, že si nevybavují u nikoho v rodině bércové vředy. 2 respondenti uvedli, že ano, v rodině se vyskytly vředy, u jednoho z nich to bylo u matky a u druhého u babičky (tabulka č. 4). Další otázkou jsou *anamnestická data, S čím se léčíte?* Je uváděno v literatuře různých autorů, že některá onemocnění ovlivňují hojení. 8 respondentů uvádí onemocnění jako HT, ICHS, FiS. 4 respondenti trpí cukrovkou a 4 pacienti mají CHŽI. 2 respondenti uvádí obezitu, z nichž jeden trpí maligní obezitou, jeho BMI je 53 (tabulka č. 6). Při úvodní návštěvě musí zaznít otázka *Jaké užíváte léky.* Je velmi důležité znát tato fakta, neboť i některé léky ovlivňují proces hojení. 8 respondentů z 10 užívá kombinaci léků na svá onemocnění. 6 respondentů uvádí antikoagulační terapii (tabulka č. 7). Při první návštěvě je třeba *znát i rozsah informací, které pacienti již mají.* 6 respondentů odpovědělo, že jim první ošetření bylo poskytnuto za hospitalizace, 4 respondenti ránu ošetřovali pomocí běžně dostupných prostředků z lékárny a 1 respondent léčbu neprováděl vůbec. 1 respondent odpovídal ve dvou kategoriích, nejdříve zkoušel léčbu sám doma, ale pro zhoršení byl hospitalizován (tabulka č. 5). Ve výzkumu byl sledován fenomén bolesti a jejího hodnocení. Stryja (2016) se přiklání k názoru, že bolest je významnou komplikací při hojení chronické rány a je tedy důležité mít co nejvíce informací. Šlo o otázku *hodnocení bolesti a farmakologickému ovlivnění bolesti.* V otázce hodnocení bolesti 9 respondentů uvedlo VAS 1-4, jeden z respondentů uvedl VAS 5-7. Potřebu farmakologického ovlivnění, pravidelné užívání analgetik uvedla 1 respondentka, 3 respondenti užívají analgetika pouze nárazově a 6 respondentů analgetika neužívají vůbec. Že je potřeba zaměřit se na všechny tyto faktory uvádí ve svém článku autorka Kubátová (Florence, 2017)

Jak bylo popsáno výše je nutný při hojení nutriční screening, to potvrzuje profesor Sobotka. Ve svém článku uvádí, že sledování stavu nutriční a případné intervence musí být součástí péče o nehojící se ránu. S tím souhlasím, pacienti, kteří jsou vhodně živeni, mají dostatek vitamínů a dodržují pitný režim, jsou na tom mnohem lépe. Na doporučení vhodného jídelníčku se zaměřujeme v i ambulanci. Jak je uvedeno v tabulce č. 13 *Úloha stravy při hojení nehojící se rány,* 5 respondentů uvedlo, že se snaží o dietu především

v rámci svého základního onemocnění, jakým je cukrovka a 4 respondenti se snaží mít pestrý jídelníček se spoustou vitamínů, dodržují pitný režim. Dále zařazují do své stravy stopové prvky v podobě potravinových doplňků. Pacienti mohou využít konzultaci nutriční terapeutky. Pokud se jedná o sipping velmi dobře funguje i nutriční poradna s lékařem. Lépe jsou na tom i po psychické stránce, protože jsou schopni se snáze zapojit do celého procesu léčby rány. O vlivu výživy probíhaly i klinické studie, nicméně v současné době je velmi problematické provádět další. Vše souvisí zejména s etickými problémy, s současné chvíli se ví, že podvýživa stav jedince zhoršuje, tudíž randomizace podvyživených jedinců s ranami je neetická. Nicméně výše uvedenému se lehce vymyká studie o vlivu Cubitanu na hojení dekubitů. Tato studie z etických důvodů probíhala na pacientech, kteří intervenci nepotřebovali. Dle mého názoru nejsou výsledky úplně objektivní. Ve studii se sledovala rychlost hojení, finanční náklady spojené s hojením a čas, který ošetřující personál strávil převazem. Studie prokázala, že nutriční podpora může zkrátit dobu hojení a současně snížit počet převazů. Nicméně tak jako u všech procesů ve zdravotnictví je lepší zaměřit se na prevenci podvýživy než komplikovaně řešit důsledky.

Vstupní návštěva – edukační problematika

Studiem dostupné literatury našich nebo zahraničních autorů jsem došla k závěru, že edukace je nedílnou součástí našich životů po staletí. Edukace nás provází celým životem. Tématem edukace se v Čechách zabýval již J.A.Komenský, ve svém díle *Didaktika magna*. Pojem edukace = výchova se začal prolínat do zdravotnictví. Důležitost výuky pacientů je chápána jako nutnost po desetiletí. Již v 19. století psala Florence Nightingelová o nutnosti získávat a vychovávat pacienty ke spolupráci v péči o své zdraví.

Při vstupní návštěvě se zpočátku zaměříme na získání informací od pacienta, které již má. Od tohoto faktu se odvíjí další postup, abychom udržovali určité kontinuum.

V ambulanci jsme se zajímali o rozsah informací otázkou *Měl jste dostatek erudovaných informací?* 8 respondentů uvedlo informace za minimální, 2 respondenti neměli informace žádné (tabulka č. 9). Informace neměli ani pacienti po hospitalizaci. Tématem edukace za hospitalizace se zabývá autorka Kučerová ve své diplomové práci a výsledkem její práce bylo zjištění nedostatků v edukaci, malé množství edukačních materiálů. Další otázkou bylo *Jaký je zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění?* 6 respondentů uvedlo, že zdrojem byly přátelé, pro 4 respondenty byl zdrojem internet a 2 respondenti získávali informace od rodiny. 4 respondenti uvedli, že získala alespoň minimální informace prostřednictvím praktického nebo ošetřujícího lékaře. Někteří re-

spondenti odpovídali ve více kategoriích, využívali více zdrojů (tabulka č. 9). Vzhledem k tomu, že měli jen minimální rozsah informací, je pravděpodobné, že ani původci informací nebyly příliš znalí.

Při vstupní návštěvě pozorujeme pacientovo oblečení, obuv, ošetření defektu a přiložení bandáže. Velmi často se stává, že pacienti přicházejí bez přiložené kompresivní bandáže nebo je přiložena velmi ledabyly. I proto je nutné při edukaci zaměřit na provádění kompresivní bandáže. Při příjmu zjišťujeme *Znáte význam kompresivní terapie? Umíte správně přikládat kompresivní bandáž?* Všech 6 respondentů uvedlo, že neznají význam bandáže a ani ji neumějí vhodně přikládat (tabulka č. 10). Při vstupní návštěvě je dobře zhodnotit i pohybovou aktivitu otázkou *Jaká je vaše současná pohybová aktivita?* 5 respondentů uvedlo, že se zajímají o vhodnou pohybovou aktivitu, 3 respondenti nemají pohyb žádný a 2 respondenti mají pohyb dostatečný.

Edukační problematika 1–3 monitorovaná návštěva

Na vhodnost edukačního procesu jsou zaměřeny tabulky č. 16–18, *Problémy s přikládáním materiálu, Potíže s přikládáním kompresivní bandáže, Dodržování pohybového režimu a provádění rehabilitačních cviků*. Všech 10 respondentů ve svých odpovědích týkajících se přikládání materiálu uvádí, že se s žádným problémem nepotýkaly. Na otázku přikládání kompresivní bandáže odpovídalo 6 respondentů, ti měli bércový vřed žilní etiologie. 4 respondenti uvedli, že měli problém při bandážování, chvíli jim trvalo, než získali potřebnou zručnost. U dvou respondentů se potíže s bandážováním nevyskytovaly, bandáže prováděl člen rodiny. Jak uvedla MUDr. Vojtíšková na sympoziu v Olomouci v roce 2017 jsou základním pilířem léčby režimová opatření. Ovšem, jak bylo zjištěno studií Adherence 2014 je režimová opatření schopna dodržovat pouze jedna třetina pacientů. Druhým neméně důležitým pilířem léčby bércového vředu žilní etiologie je kompresivní terapie. Tu pacienti často neprovádějí správně nebo ji odmítají úplně. Pravidelnost a přiměřenost fyzické aktivity doporučuje ve své knize Bártlová (2010). Messer (2016) zase zdůrazňuje důležitost pohybu jako prevenci eliminující vnik chronické rány a odkazuje na možnost využití rehabilitační sestry docházející domů za pacientem. Tato služba je hrazená z veřejného zdravotního pojištění. S přiměřenou fyzickou aktivitou a prováděním rrb cviků nemělo žádné potíže 5 respondentů. 4 respondenti neprováděli doporučené cviky, ale uskutečňovali procházky, což je doporučovaný pohyb při diagnóze bércový vřed žilní etiologie. 1 respondent nedodržoval pohybový režim, důvod nám nebyl schopný sdělit.

Vstupní návštěva – sociální problematika

Situace pacientů a jejich rodin pečující o nehojící se ránu je složitá a z hlediska společenského pohledu a ekonomické zátěže důležitá a závažná. Pacient v souvislosti s realizací péče mění své zvyklosti, cíle a záměry, mění se také kvalita života nejen pacienta, ale i celé rodiny

V sociální oblasti můžeme ekonomický dopad považovat za jeden z hlavních činitelů nepříznivě ovlivňující situaci pacienta nebo jeho rodiny. Je nemožné, aby finanční podpora poskytovaná sociálními odbory dostatečně vykompenzovala zátěž, kterou vynaloží pacient na péči a pomůcky. Důsledkem by mohlo být snížení životního standardu a s tím souvisí až možnost sociálního vyloučení.

V daném výzkumu byla jako poslední oblast sledována sociální problematika. V další části diskuse budou rozebrány výsledky.

Za podstatné je rovněž možno považovat otázky týkající se rodiny, udržování kontaktu s přáteli. Bylo zajímavé sledovat vyjádření respondentů k těmto otázkám. Respondenti se shodují, že podpora a pomoc rodiny a přátel má nezanedbatelný význam. Jsou významným zdrojem emoční opory, pomoci. V rodině se stmelili, začali řešit problémy společně a dá se říci, že se jejich život stal bohatším. Pro respondenty byly významnými pomocníky při získávání informací. To se potvrdilo v odpovědích na otázku, *Jaký jste využily zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci?* (tabulka č. 15) Oporou a pomoc přátel a rodiny uvedlo 5 respondentů, 2 respondenti uvedli, že jim pomáhal praktický lékař, 2 respondenti si vyhledali informace sami na internetu a 1 respondentu poskytl informace ošetřující lékař kožního oddělení.

Sociální problematika 1 – 3 monitorovaná návštěva

Jak se stále častěji ukazuje je pro každého z nás rodina nedílnou součástí života. Ve výzkumu byly zaznamenány výsledky, které tomu odpovídají. 6 respondentů uvádí pravidelnou pomoc rodiny, 3 respondenti občasnou pomoc při péči a 3 respondenti uvedli, že rodina poskytuje psychickou podporu. Je zaznamenána i jedna negativní odpověď, rodina se na péči nepodílí. Respondentka má dceru, která bydlí v jiném městě a ona nevidí důvod, proč by jí měla pomáhat s péčí o nehojící se ránu (tabulka č. 19).

V souboru byly také vyhodnocovány odpovědi týkající se významu přátel. Respondenti převážně preferují spoléhání se sám na sebe nebo na rodinu, a to v počtu 7 respondentů. Někteří z těchto respondentů dokonce uvedli, že přátelské kontakty udržují pouze sporadické, jednalo se o 3 respondenty. Časté návštěvy přátel byly zaznamenány u dvou respondentů a 1 respondent uvedl, že se spoléhá výhradně sám na sebe (tabulka č. 20). Výsledky se dají srovnat s tvrzením doktorky Slonkové (2018). Ta ve svém článku uvádí, že většina pacientů s nehojící se ránou, a především s chronickým bércovým vředem udává omezení sociálních kontaktů, někdy až sociální izolaci. Důsledkem strádání může být prodloužení doby hojení, pacienti v produktivním věku udávají problémy v zaměstnání.

Na problematiku řešení sociálních a psychologických aspektů jsem narazila i u autorky Tyčové (2018). V její práci byla však této problematice věnována pouze jedna věta. Po prostudování dostupné literatury na téma soc. začlenění jsem došla ke zjištění, že této problematice není bohužel věnována dostatečná pozornost.

Výsledky výzkumu zachycují odpovědi na otázky dostupnosti informací o kompenzačních pomůckách (tabulka č. 21). 8 respondentů takové pomůcky nepotřebuje, 2 respondenti se o možnosti využívat ve svém běžném životě kompenzační pomůcky dozvěděli od sociální sestry, jednomu respondentu poradil praktický lékař. Respondent č.7 odpověděl 3 krát, informace mu částečně poskytl praktický lékař v kombinaci s internetem a sociální sestrou. Situace z hlediska informovanosti o možnosti získat a využívat různých příspěvků je podobná (tabulka č. 22). 7 respondentů nechce využívat možnosti příspěvku na péči ani jiných konkrétních příspěvků. Mají pocit, že vynaloží více úsilí na získání takového příspěvku, než dostanou. Při obíhání různých specialistů, návštěvách odborů sociální péče musí vyvinout značné úsilí a trpělivost. S předchozími dvěma výsledky souvisí i odpověď na dotaz týkající se finančního zatížení rodiny. Všech 10 respondentů se vyjádřilo ve smyslu, že péče o chronickou ránu nijak finančně rodinu nezatížila.

Náročná situace pacientů pečujících o svůj defekt představuje složitý komplex vztahů, problémů a specifik, což nám neumožňuje realizovat jednotný postup.

ZÁVĚR

Edukace pacientů s nehojící se ranou je stále zkoumaným fenoménem. Celý proces edukace, který představuje výchovu a vzdělávání je nedílnou součástí péče a pomáhá pacientům v soběstačnosti a sebepěči.

Edukovat pacienta je na místě, chceme-li, aby pacient sám pečoval o svůj defekt v domácím prostředí.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat vědomosti pacientů o chronické ráně, zaměřit se na konkrétní oblasti edukace – jako je sprchování, přikládání terapeutického materiálu, přikládání kompresivní bandáže, péče o okolí defektu, hodnocení bolesti.

Dalšími cíli bylo zjistit nedostatky v ošetřování chronické rány v domácím prostředí, zjistit zásadní problémy, které řeší pacienti při ošetřování nehojící se rány a v neposlední řadě zjistit úskalí edukace pacienta s chronickou ránou.

Teoretická část je rozdělena do dvou bloků. První je zaměřen na vysvětlení pojmů týkající se edukace, edukačního procesu. Druhá půle teoretické části se zaměřuje na pojmy chronická rána, management hojení a sledování parametrů ovlivňující hojení - hodnocení výživy a bolesti.

Ke zpracování diplomové práce byla využita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkum probíhal ve třech etapách v průběhu roku 2018. K získání vlastních dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, po které následovala analýza dat.

Pro naplnění výzkumného záměru byly stanoveny výzkumné otázky. V textu, který následuje jsou uvedeny hlavní záměry.

Provedený výzkum měl přinést odpověď na otázku přístupu pacienta k edukačním materiálům. Pacient má potřebu získat všechny dostupné informace o svém defektu, o postupech, které přispívají k lepšímu hojení. Je tedy závažné, že ve zdravotnickém zařízení nefiguruje na prvních místech, pacient hledá informace a edukační materiál na internetu, získává poznatky od přátel. Dá se říct, že výzkum odhalil nedostatky v dostupnosti informací.

Další otázkou, na kterou měl daný výzkum přinést odpověď, je úroveň prvotních znalostí pacientů. Bohužel i zde byly odhaleny nedostatky, pacienti mají pouze minimální znalosti o chronické ráně. Informace v zařízeních poskytující péči o nehojící se ránu nejsou

dostatečné, pacient je odkázán na zprostředkované informace od rodiny, přátel nebo informace nachází na internetu. Zdravotnický personál je odsunut na zadní příčky.

Pacienti s nehojící se ránou řeší, zda defekt nějak ovlivní jejich osobní nebo pracovní život. Výzkum ukázal, že osobní a ani pracovní život nebyl výrazně negativně ovlivněn. Pro pacienty je tu vždy někdo z rodiny nebo přátel, kdo je ochotný přispěchat na pomoc, podat pomocnou ruku. Podpořit pacienta jsou ochotni i spolupracovníci.

Provázanost výživy, fyzické aktivity a zdravého životního stylu je naprosto nepostradatelná. A to, jak vyplynulo z výzkumu vědí nebo spíše se postupně dozvídají i pacienti ambulance hojení chronických ran v rámci prováděných edukací.

Z výzkumu rovněž vyplynulo, že pro pacienty s nehojící se ránou je nesmírně důležité mít rodinu, zázemí. Rodina je pro ně oporou, poskytují pacientům klid a pohodu, v rámci možností pomáhají s péčí o ránu, někteří přebírají péči na 100 %.

Závěrem lze říci, že výzkum odhalil nedostatky, je proto důležité zaměřit se na tyto nedostatky vyplývající z výzkumu. Je nutné stále rozvíjet dovednost edukace, zlepšovat dostupnost informací. Je nutné pacienty edukovat a tím zvyšovat jejich kvalitu života.

Výstupy pro praxi

- Informace o chronické ráně, o postupu převazu, o technice bandážování, o péči o nohu při SDN, o péči a preventivních opatřeních u dekubitů – edukační brožura
- Informace o technice bandážování – edukační video

SEZNAM LITERATURY

1. BÁNSKÁ, Jitka, SLABYHOUDKOVÁ, Andrea. *Použití vhodných krytí nám pomáhá při léčbě ran*. Léčba ran. Vzdělávání IN. 2017, 3. ISSN 2336-520X
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2010. ISBN 978-80-7013-499-3
3. BUREŠ, Ivo, MEZERA, Vojtěch. *Problematika léčby nehojících se ran*. Léčba ran. Vzdělávání IN. 2018, 3. ISSN 2336-520X
4. ČERNOHORSKÁ, Júlia. *Novinky v léčbě akutních a nehojících se ran*. Dermatologie pro praxi. 2017. ISSN
5. ČERNOHORSKÁ, Júlia. *Farmakoterapie chronického žilního onemocnění má smysl*. Medical Tribune, 2017, 25. ISSN 1214-8911. Dostupné online: [cit 2019-03-28]. <https://www.tribune.cz/clanek/42688-farmakoterapie-chronickeho-zilneho-onemocneni-ma-smysl>
6. GERŠLOVÁ, Alena, ADAMOVÁ, Dagmar, ŠTUKAVCOVÁ, Alena, POKORNÁ, Andrea, *Důsledky maligních exulcerujících ran*, Absktakt 034/2014, prezentováno Konference: 2014 XXXVIII. Brněnské onkologické dny a XXVIII. Konference pro NLZP
7. GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění*. Praha: Grada, 2017. 197 s. ISBN 978-80-271-0461-1
8. HAN George, CEILLEY Roger. Chronic Wound Healing: A Review of Current Management and Treatments Adv Ther. *Advances in therapy*. [online]. 2017, vol 34, no. 3., s. 599-610. [cit. 2018-05-26]. Dostupné prostřednictvím PMC <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350204/>
9. JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti, příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4

12. KOUŘILOVÁ, Irena. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. Hartmann-Rico a.s., 2011, 2. vydání. ISBN 978-80-254-9105-8
13. KOUTNÁ, Markéta. *Hledání příčiny nehojící se rány, práce téměř detektivní*. Léčba ran. Vzdělávání IN. 2018, 3. ISSN 2336-520X
14. KOUTNÁ, Markéta, ULDRYCH, Ondřej et al. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, 2015. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2
15. KOUTNÁ, Markéta. *Kompetence sester v hojení ran*. Florence, 2010, 6(3), s. 28-37. Ambit media. ISSN 1801-464X
16. KOVAČKOVÁ, Martina, SEMORÁDOVÁ, Lenka. *Moderní obvazový materiál a hojení ran*. Sestra. 2011, 68 s. ISSN 1210-0404
17. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1
18. MAGUNOVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2009. ISBN 978-80-8063-326-4
19. MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0215-0
20. MRÁZOVÁ, Romana. *Materiály na vlhké hojení ran – stále velká neznámá?* Ambit Media: Florence. 2015, 3, 52. ISSN 1801-464X
21. NOVOTNÝ, František. *Zásady a zajímavosti lidské kůže*. Praha: Grada, 2000. 130 s. ISBN 80-7169-961-6
22. POKORNÁ, Andrea, MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
23. POWERS, Jennifer, HIGHAM, Catherinae, BROUSSARD, Karen, PHILLIPS, Tania. *Wound healing and treating wounds, Chronic wound care and management*. Journal of the American Academy of Dermatology. [online]. 2016, no. 4. [cit. 2018-05-26]. Dostupné prostřednictvím <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.08.070>
24. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 4 vydání. Praha: Portál, 2013. 488 s. ISBN 978-80-262-0456-5
25. SLONKOVÁ, Veronika. *Kvalita života pacientů s bércovým vředem*. Vyškov: An-gis Revue, 2017, roč. 10, č. 4. [cit. 2018-05-26]. Dostupné prostřednictvím <http://www.medvik.cz/link/bmc18005273>

26. SOBOTKA, Luboš. *Nutriční intervence a hojení ran*, Medical tribune (Praha), 2010, č. 3. ISSN: 1214-8911 [cit. 2018-05-26] Dostupné prostřednictvím Medical Tribune <https://www.tribune.cz/clanek/16680-nutricni-intervence-a-hojeni-ran>
27. STEHLÍKOVÁ, Kateřina. *Moderní přístupy v hojení chronických ran*. Remedia. 2017, 27(5), 498-501. ISSN 0862-8947
28. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2.*, 1 vyd. Semily: GEUM, 2011. ISBN 978-808-6256-795.
29. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. 2012. ISBN 978-80-7262-845
30. ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda, SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů*. Praha: Grada, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8
31. ŠULISTOVÁ, Radka, TREŠLOVÁ Marie. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012, 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5
32. TYČOVÁ, Denisa. *Převazy chronických ran v domácí péči*. 2018. Bakalářská práce
33. Vyhláška č. 424, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (autorský zákon), Praha: MZ ČR, 2004. Novela 55/2011 Sb.
34. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-271-0155-9
35. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), Praha: MZČR, 2011. 89 s

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – fotodokumentace
- Příloha B - přepisy polostrukturovaných rozhovorů
- Příloha C – otázky polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha D – informované souhlasy

Příloha A – fotodokumentace

Případová studie č.1

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 2

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 3

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 4

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 5

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 6

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

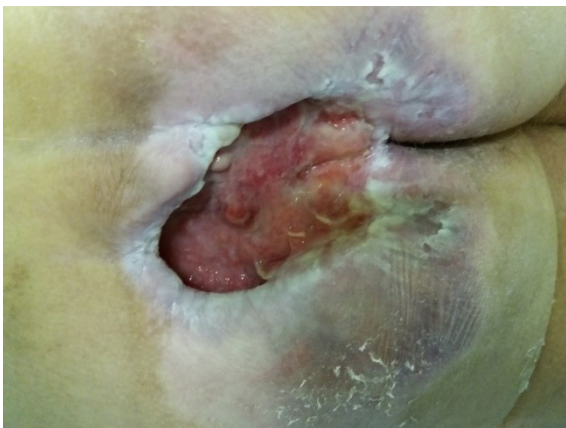
D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 7

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 8

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B- 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Případová studie č. 9

A - Příjem v ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

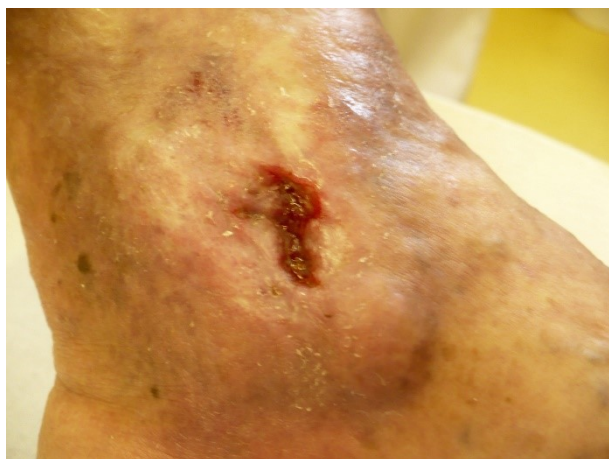
Případová studie č. 10

A - Příjem na ambulanci



Zdroj: vlastní

B - 1.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

C - 2.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

D - 3.monitorovaná návštěva



Zdroj: vlastní

Příloha B – přepisy polostrukturovaných rozhovorů

Případová studie č. 1

1. návštěva: převaz a edukace

S – „Pane P, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.“

P – se zamyslí a pak se ptá „A sestři, kde vezmu ty materiály? Prodají mi to v lékárně?“

S – „Ne neprodají, všechny tyto materiály od nás dostanete domů. Koupit si musíte náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.“

P – chvíli je opět ticho a pak se zeptá: „A to mi nemůžete dát i tu náplast?“

S – „Ne to bohužel nemohu, ale nebojte se, náplast nestojí tak moc.“

Pacient zatím mlčí a pozorujeme mě.

S – „Pane P, začneme, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, elastická obinadla, pokud nejsou špinavé od sekrece z rány, můžete vyprat.“

P – „Jak jako vyprat?“ ptá se pacient.

S – „Vyprat v ruce, ve vlažné vodě, bez použití aviváže“ odpovídám a pokračuji dál ve výkladu, „po vyprání a vyždímání, ty obinadla rozložíte na sušák nebo pověsíte na šňůru, aby pořádně uschly.“

P – „Jo dobře, řeknu to manželce“ reaguje pacient.

S – já pokračuji „takže obinadla je možno vyprat, ale jinak všechno ostatní vyhodíte do připraveného odpadkového koše. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,“

P – „A sestři můžu si ji mýt mýdlem?“

S – „Ano pane, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky.“

P – „Aha, dobře. Sestři, napíšete mi to, víte, abych nezapomněl. To ta moje hlava“ říká pán.

S – usměji se a říkám: „nebojte, napíšu.“ Pokračuji ve vysvětlování, „po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.“ Pacient přikyvuje, a tak pokračuji dál v edukaci „namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelínu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu.“

P – „Takže je jedno co použiju, manželka má určitě něco doma.“

S - „*Ne, ne, Vaše paní bude mít určitě nějaké speciální krémy, a to by neměla asi radost. Lepší bude, když budete používat něco z toho, o čem jsem mluvila, vazelína nebo indulona.*“ Pacient přikyvuje. „*Až, budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Když půjdete do lékárny, určitě Vám poradí.*“

P – se ptá „*A proč se to dělá?*“

S – „*Hned Vám to vysvětlím. Okolí je nutné ošetřovat. Jde o to, že tak chráníme kůži v okolí defektu. Ta by mohla být porušována od sekretu a mohlo by dojít například k začervenání kůže nebo k porušení a tím pádem ke zvětšení defektu.*“ Pacient se tváří trochu vyděšeně, a tak ho hned uklidňují: „*Ničeho se nebojte, když budete dělat, všechno, co Vám říkám, tak je riziko vzniku komplikace malé.*“ Pacient se dál tváří vyděšeně, ale ptá se: „*A co dál?*“

S – pokračují „*Pan doktor Vám ordinoval Mepilex Ag*“, ukazují pacientovi materiál a dál vysvětlují: „*Vidíte, je to taková šedá houbička, na jedné straně je ochranná folie. Vy si doma ustříhnete potřebný kousek, klidně může být větší, než je Váš defekt, bude se Vám lépe s materiálem pracovat, sundáte tu ochranou folii a tu houbičku přilepíte na defekt.*“ Ještě, než přiložím materiál, defekt změřím a ránu vyfotím. „*Nemusíte se bát, i když to lepí, jde to krásně bez bolesti sundat. Opravdu se nemusíte bát. Tím, že materiál lepí, hezky Vám přilne k ráně a nemusí se nijak přilepovat.*“

P – „*Jo a sestři, kdy to mám vyměnit? Večer?*“

S – „*Ne, večer to neměňte. Je to materiál se stříbrem. Stříbro se uvolňuje pomalu a materiál začíná pracovat až tak za 6-8 hodin. Materiál budete měnit podle prosáknutí, klidně až za tři dny.*“

P – „*Aha, to tedy znamená, že s tím nebudu mít práci.*“

S – „*Máte pravdu. Ale, aby to nebylo až tak jednoduché, nohu je potřeba bandážovat. To jste asi dosud nedělal, že?*“

P – „*Ne, ne nikdo mi nic takového neříkal, ani náš pan doktor.*“

S – „*Nevadí já Vám to vysvětlím*“ a pokračují

S – „*Vezmete si dvě obinadla s krátkým tahem. Bandáž vždycky musí být od prstů, přes patu a končí tak dva centimetry pod kolenní jamkou. Největší tlak musí být kolem kotníku, ale ne zas příliš velký. Vždycky použijte dvě obinadla, užší přes prsty a kotník a širší na zbytek nohy. Začínáme u prstů; začínám namotávat a pokračuji; „otáčky by se měly ze dvou třetin překrývat, dávejte si pozor na patě, aby Vám nikde nekoukala. Až spotřebujete první obinadlo, vidíte někde tady nad kotníkem, volně navážete druhým obinadlem a pokračujete. Obinadlo po noze*

spíše valíte, pokud jste již pod kolenem, můžete ještě motat obinadlo směrem dolů ke kotníku. Potom přilepíte náplastí. Ty háčky, které tu jsou, prosím vyhod'te. Nikdy nepoužívejte na končetinu, mohl by jste se tím háčkem zranit. Já to teď sundám a Vy si to vyzkoušíte“ říkám.

P – *„Tak jo, to bych docela rád.“*

S – *sundám obinadla a pán si zkouší bandáž. První pokus nevypadá moc dobře, ale druhý je o moc lepší, je vidět, že se pán snaží. Pak končetinu zabandážuji a připravím pacientovi materiál na domácí ošetřování. Nakonec si ještě ověřuji, zda všemu rozumí: „Pane P je Vám všechno jasné? Mohl by jste mi zopakovat postup.“*

P – *„Všechno sundám, nohu osprchuji, dáme tam tu houbu, a uděláme bandáž.“*

S – *„Prosím, ještě, než přiložíte ten materiál, nezapomeňte nohu promazat, ošetřit okolí zinkovou pastou a hlavně nezapomeňte sundat tu ochranou folii, jak jsem Vám ukazovala“ připomínám.*

P – *„Já bych málem zapomněl, vidíte“ reaguje s úsměvem pán.*

S – *„Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsáný.“*

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu bez přiložené bandáže s odůvodněním: *„Bandáž mi v noci spadla, a když jdu sem k Vám na kontrolu, tak nám to přišlo zbytečné dělat tu bandáž.“* Pánovi jsme vysvětlili, že zbytečné to není a že je potřeba, abychom viděli a tím si ověřili, zda přikládá bandáž správně. Pán přislíbil, že příště se to již nestane. Terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel, okolí bylo ošetřeno vhodně. Na otázku: *„Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?“* Nám odpověděl: *„že nic, všechno dobrý, nic mě nebolí, nádhěra.“* Ještě nám pán sdělil termín vyšetření v cévní poradně a výsledek konzultace v nutriční poradně: *„S nutriční terapeutkou jsme se domluvili, jak upravit jídelníček, dala mi několik tipů a pomohla mi sestavit jídelní lístek na 14dní a prý si to mohu libovolně obměňovat. Jsem spokojený a manželka se tím začala hned řídit. Moc děkuji, že jste mě tam poslali. Sám bych to asi nezvládl.“*

Po celou dobu převazu jsme s pacientem komunikovali, pán měl doplňující otázky: *„Co bych pro sebe mohl ještě udělat? Existují nějaké vitamíny?“*

S – *„Ale ano existují – selen, hořčík, zinek. Tyto tři pozitivně ovlivňují hojení, stavte se v lékárně, určitě Vám poradí.“*

P – „Dobře sestřičko, stavím se tam, děkuji za radu.“

S – „A jak jste se ptal, co ještě můžete udělat? Ještě Vám ukáži nějaké jednoduché cviky k procvičování končetin a výborná je hlavně chůze. Předvedla jsme pánovi cviky a pacient je spokojený, připravený doma rehabilitovat.“

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

S – „Dobrý den, pane P ta bandáž ještě stále není správná. Takhle si naděláte spíše problémy, protože ta Vaše bandáž vůbec neplní svůj účel.“

Pacient se brání slovy: „sestřičko to stačí, vždyť to mám zavázané, a to je důležitý.“

S – „Ne takhle zavázané to nestačí, to je úplně k ničemu. A vidíte tady“, ukazuji pánovi, „to máte pevně utažené, vidíte tu rýhu, jak jste se snažil, aby Vám to vyšlo nad tu ránu“, říkám. Až tu nožku zkontrolujeme a ošetříme, znovu si ukážeme, jak správně bandážovat. Nebo vám mohu nabídnout, že k Vám budou chodit sestřičky z domácí péče a o tu nohu se Vám budou starat“.

P – „Ne, ne sestři já to určitě zvládnu, nechci nikoho otravovat a snad nejsem hloupý, abych to nezvládnul“.

S – „Tak dobře“ usměji se a provedu ošetření defektu a končetiny. Při převazu s pacientem komunikuji, bavíme se, co doma, co pejsek a pán vypráví, jak chodí spolu na procházky, jak se snaží cvičit, ale to, že občas zapomíná. A dál vypráví, jak se manželka snaží vařit zdravě a „představte si, sestři, už jsem zhubnul 1,5 kila. To je dobré, že. Sám mám radost“.

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

S – „No teda, máte jedničku, takhle nějak jsme si to představovali. Jste šikovný a teď se ještě podíváme, co dělá ten Váš defekt“ chválíme pacienta.

P – „Sestři, děkuji, je to perfektní, budete mít radost“ a je na něm vidět, že se nemůže dočkat, až sundáme všechny obvazy. A pak ještě dodává „A taky se musím pochlubit, další dvě kila dole, ten jídelníček je zázrak. Jo a na procházky chodím“ dodává pán.

S – „To je moc dobře, myslíte na to, že tohle všechno děláte především kvůli sobě. Tím, že shodíte nějaké kilo, ulevíte svým kloubům, srdíčku, a to je důležité.“

Případová studie č. 2

1 návštěva v ambulanci: převaz a edukace – příjem pacienta

S – „*Pane V, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.*“

P – se ptá „*A materiál mi dáte? Víte, brácha všechno dostával*“

S – „*Já vím, Vašeho bratra si pamatuji a ano téměř všechno od nás dostanete. Koupit si musíte náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.*“

P – „*Ale já mám doma na promazávání mast z kožního oddělení, víte, já jsem měl růži*“.

S – „*Nevím, co je to za mast, ale bylo by lepší držet se našich doporučení. Jde určitě o nějakou speciální mast a tu v současné chvíli nepotřebujete. A jak je to dlouho, co jste měl ten zánět?*“

P – „*No asi tak půl roku*“

S – „*Tak tu mast určitě nepoužívejte a bylo by dobré, aby jste ji vrátil do lékárny. Je velmi pravděpodobné, že bude prošlá*“.

S - „*Pane V, máte ještě nějakou otázku? Ptejte se*“ pobízím pacienta. Ale pán kývá hlavou, že nyní žádnou otázku nemá.

S – „*Pane V, vrátíme se tedy k převazu, ano. Doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, elastická obinadla, pokud nejsou špinavé od sekrece z rány, můžete vyprat.*“

P – „*Aha vyprat, to se jako smí? Víte, brácha je neměl*“ reaguje pacient.

S – „*Ano smí, vyprat v ruce nebo i v pračce, na 30 až 60 stupňů, bez použití aviváže*“ odpovídám a pokračuji dál ve výkladu, „*po vyprání a vyždímání, ty obinadla rozložíte na sušák nebo pověsíte na šňůru, aby pořádně uschly.*“

P – „*Jo dobře, řekneme to doma Pětě*“ říká pacient a kýve hlavou směrem k bratrovi.

S – pokračuji „*takže obinadla je možno vyprat, ale jinak všechno ostatní vyhodíte do připraveného odpadkového koše. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,*“

P – „*A sestři můžu si ji mýt mýdlem?*“ skočí mi do řeči pacient.

S – „*Ano pane V, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky.*“

P – „*OK, tak to koupíme, hned jak půjdeme od Vás*“.

S – pak pokračuji ve vysvětlování, „po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.“ Pacient přikyvuje, a tak pokračuji „namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí, ale ne tou co máte doma. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelínu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu.“

P – „Takže je jedno co použiju“ ujišťuje se pacient.

S - „Ano, něco z toho, o čem jsem mluvila, vazelína nebo indulona.“ Pacient přikyvuje. „Až budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Když půjdete do lékárny, určitě Vám poradí.“

P – říká „To si pamatuji, to jsi dělal taky, vid' brácha“ obrací se pohledem na bratra.

S – „Vysvětlím Vám, proč je to nutné dělat. Jde o to, že tak chráníme kůži v okolí defektu. Ta by mohla být porušována od sekretu a mohlo by dojít například k začervenání kůže nebo k porušení a tím pádem ke zvětšení defektu.“

S – pak pokračuji „Pan doktor Vám ordinoval Cerdak, je to materiál a antibakteriálním účinkem, tzn., že umí ničit bakterie v ráně“, ukazuji pacientovi materiál a dál vysvětluji: „Vidíte, je to materiál, který se přikládá na ránu tou lesklou stranou a poté se ještě přiloží mulové čtverečky a všechno se přichytí obvazem.“ Před aplikací materiálu, defekt změřím a ránu vyfotím.

P – „Sestřičko a jak často se to vyměňuje?“

S – „Materiál budete měnit podle prosáknutí, klidně až za tři dny.“

P – „A jak to poznám, že to mám převázat?“

S – „Podívejte pane, tady na tom materiálu se začne objevovat kolečko, a to se bude zvětšovat. Vy jako chlap odhadnete, že už je to tak 0,5cm k okraji, a to je čas na výměnu.“

P – „Jo dobře, dobře“ říká pacient a vypadá docela spokojeně.

S – „A je potřeba mít nohu zabandážovanou, aby lépe fungovaly ty Vaše žíly“

P – „I v noci?“

S – „Ne v noci to není nutné, ale než půjdete spát, obinadla si připravíte k lůžku a ráno, než vstanete tak si nohu zabandážujete.“

S – „Vezmete si tři obinadla s krátkým tahem. Ve Vašem případě jsou tři nutné, máte silnou nohu a dvě by nestačily. Vždycky musí být od prstů, přes patu a končí tak dva centimetry pod kolenní jamkou. Největší tlak musí být kolem kotníku, ale ne zas příliš velký. Vždycky použijte tři obinadla, jedno užší přes prsty a kotník a širší na zbytek nohy. Začínáme u prstů“; začínám namotávat; „otáčky by se měly ze dvou třetin překrývat, dávejte si pozor na patě, aby Vám

nikde nekoukala. Volně navázete druhým obinadlem a pokračujete směrem ke kolenu. Obinadlo po noze spíše valíte, pokud jste již pod kolenem, můžete ještě motat obinadlo směrem dolů ke kotníku. Potom přilepíte náplastí. Ty háčky, které tu jsou, prosím vyhod'te. Nikdy nepoužívejte na končetinu, mohl by jste se tím háčkem zranit, pojd'te, zkusíte si to.“

P – „*Sestři to asi ne, víte, já si na nohu nedosáhnou, mě to bude převazovat Petra, ale nebojte, my jí všechno řekneme, co má dělat a jak, vážně“* říká pán.

S – „*Pane V je Vám všechno jasné? Chcete se na něco zeptat?*“ Pán kývnutím hlavy naznačuje, že ne. „*Mohl by jste mi zopakovat celý postup, prosím.*“

P – „*Všechno sundáme, osprchují se, dáme tam ten materiál, a uděláme bandáž, jo a taky nohu namažeme“* a pak ještě pokračuje, „*ale dáte mi prosím telefonní číslo, kdybychom něco potřebovali.*“

S – „*Ano, samozřejmě, budete ho mít napsané ve zprávě od pana doktora.*“

S – „*A ještě Vám dám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsany.*“

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu s důkladně přiloženou bandáží, a i terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel. Na otázku: „*Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?*“ Nám odpověděl: „*že nic, všechno dobrý, nic mě nebolí, nádhera.*“ Ještě nám pán sdělil termín vyšetření v cévní poradně

Po celou dobu převazu jsme s pacientem komunikovali, pán měl doplňující otázky: „*Co bych pro sebe mohl ještě udělat?*“

S – „*Bylo by určitě velmi dobré, kdyby jste něco shodil. Je mi jasné, že to ve Vašem případě není vůbec jednoduché. Ale v nemocnici máme výbornou nutriční terapeutku a ta by Vám určitě pomohla sestavit redukční jídelníček.*“

P – se tváří velmi skepticky „*Já moc dobře vím, že bych měl zhubnout, ale nemám na to pevnou vůli, ale i tak, děkuji za radu.*“

S – „*Nebo zkuste navýšit trochu pohyb, poříd'te si hůlky a začněte chodit na delší procházky. Chůze je taky výborný pomocník při hojení defektů. Zlepší se vám krevní oběh, určitě i nálada, venku potkáte spousty lidí, popovídáte si, potkáte někoho nového.*“ Pán slíbil, že to alespoň zkusí

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

S – „*Dobrý den, pane, jak se dnes máte, A co Vaše noha?*“

Pacient se trochu mračí, ale říká „*Jo dobrý. Proč? Mělo by se něco dít?*“

S – „*Ne, jen se ptám, jak se daří*“ odpovídám.

P – „*Aha tak to jo.*“

S – „*Tak ukažte, mrkneme na to*“ usměju se a provedu ošetření defektu a končetiny. Při provádění převazu s pacientem komunikuji, bavíme se, co doma. A přijde řeč i na procházky. Pán odpovídá „*Zkusil jsem to, ale po chvíli mě začaly bolet nohy, tak jsem toho nechal.*“ Já odpovídám „*No tak vidíte, zkusil jste to a je dobrý zkusit to znova, nevzdávat to po prvním neúspěchu. Uvidíte, ono to půjde, důležité je to zkoušet, nebojte se toho.*“

Provedla jsem edukaci o přikládání jiného terapeutického materiálu.

S – „*Pane V, pan doktor Vám změnil materiál, defekt se hezky hojí. Podívejte se prosím, dostanete takový čtvereček napuštěný jodem, vy si ustříhnete potřebnou velikost, odstraníte z obou stran tu ochranou folii a materiál přiložíte na ránu, je jedno, kterou stranou, obě jsou stejné.*“ Podívám se na pacienta, ten kýve hlavou, že rozumí a ještě dodává „*Nebojte, řeknu to Petře, co a jak.*“

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

S – „*No teda, jako vždycky, všechno máte na jedničku. Jste šikovní a teď se ještě podíváme, co dělá ten Váš defekt*“.

P – „*Sestři, děkuji a zbytek doma vyřídím, noha je perfektní, budete mít radost*“ a je na něm vidět, že se nemůže dočkat, až sundáme všechny obvazy. „*Jo a taky zkouším ty procházky, ale přiznávám se, není to ono,*“ říká pacient s nešťastným výrazem ve tváři.

Snažím se ho povzbudit, podpořit ho v pokračování, v jeho snaze pohybovat se.

Případová studie č. 3

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „*Pane A, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.*“

P – „*Sestřičko říkejte to manželce, já bych to zapomněl a sám bych to ani nezvládnul*“

S – „Dobře, budu to tedy říkat Vám oběma, jsme domluveni.“

S – „Dobře tak začneme. Jen se ještě zeptám, zvládnete si nohu osprchovat?“

P – „Ale určitě sestři, to není problém, víte, máme jen sprchový kout.“

S – „Tak to je dobře. Až budete dělat převaz, to bude za 4 dny, všechno sundáte a ty použité obvazy vyhodíte. Pak si tu nohu osprchujete vlažnou vodou. K osušení použijete čistý ručník.“

P – „Jo to je jasný.“

M – „Nebojte se, já na něj dohlédnu“ vstupuje do rozhovoru manželka.

S – „Po osušení promažete nohu například vaselinou, obyčejnou bílou, ošetříte okolí defektu. To už jste dělali a velmi dobře.“

M – „Děkuji, snažím se.“

S – „A pak přiložíte krytí, které Vám předepsal pan doktor – tuhle tu mřížku a takovou speciální pěnu, oba ty materiály podporují hojení.“

M – „Ta mřížka, kterou stranou se dává do té rány?“ ptá se paní.

S – „Tady vidíte, z jedné strany je taková folie, ta se sundá a strana, která lepí, se přiloží na ránu. Nemusíte se bát, že by se Vám přilepila k ráně a nepůjde sundat, je tam speciální vrstva, která tomu brání a až budete převazovat, krásně jí sundáte. Zatím všemu rozumíte?“

M – „Ano, zatím v pořádku. Folii sundám a dám na tu ránu.“

S – „A pak to ještě přelepíte touhle pěnou, funguje jako náplast s polštářkem. Vidíte, sundáte opět folii a přilepíte přes mřížku a uhladíte. S takhle ošetřeným defektem se můžete i sprchovat, ta pěna sprchování vydrží“ říká pánovi a pak pokračuje ve výkladu. Po osprchování pouze poklepem osušit, nohu promazat.

S – „Pane a paní V, je všechno jasné?“

M – „Já myslím, že ano, to zvládnou. A už je to všechno?“

S – „Ne ještě ne, ještě jedna věc a tou je bandáž. Já Vám ji teď ukážu, pak si to můžete zkusit.“

Provedeme bandáž, paní si jí vyzkoušela, a oba vypadají trochu zaskočení.

S – „Koukám, že jste nějak zaraženi, děje se něco?“

M – „No Vám to tak pěkně jde, ale co já?“

S – „Nebojte se, naučíte se a pokud by se Vám nedařilo, je možnost domluvit převazy cestou agentury domácí péče. Přijedou k Vám domů sestřičky a o všechno kolem převazu se postarají“ uklidňují a zároveň povzbuzují paní.

M – „Kdyby mi to náhodou nešlo, zavolám Vám. Jde to domluvit i po telefonu, myslím ty sestřičky?“

S – „*Ano jde to i po telefonu a klidně volejte*“ A nohu zabandážuji. „*Máte nějaké otázky?*“

M – „*Snad jenom, kdy přijdeme na kontrolu?*“ Otázku zodpovím, vydám materiál a pán s paní odchází.

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu (v doprovodu manželky) s přiloženou bandáží, a i terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel. Zároveň okolí bylo vhodně promazáno. Na otázku: „*Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?*“ Nám odpověděl: „*že nic, všechno dobrý, nic mě nebolí, nádhera a manželka se o mě výborně stará.*“

P – „*A sestři už jsem objednaný do té cévní poradny*“

S – „*Dobře, termín si napíšu, abychom eventuálně sladily kontroly.*“

Po celou dobu převazu jsme s pacientem i jeho manželkou komunikovali. Paní měla otázky ohledně podpůrných cviků, na co by se pán měl zaměřit. Vysvětlila jsem jim, oběma, že důležité jsou pravidelné procházky a doporučila některé cviky.

S – „*Během dne si zkuste stoupat na špičky nebo můžete kroužit nohama v kotnících. Je taky dobré v leže propínat a krčit špičky střídavě na obou končetinách. A taky je dobré, když si přes den lehnete, třeba 3 až 5krát, zvednete končetiny nad úroveň srdce alespoň na 5 až 10 minut.*“

P – „*To bych mohl zvládnout, já myslel, že mě budete honit někde po tělocvičně. Manželka mě strašila.*“ Paní se jen smála a já pána ujistila, že do tělocvičny opravdu nemusí.

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pán přichází s přiloženou bandáží. Defekt je dobře ošetřený, a i okolí je vhodně promazáno. Již ode dveří se pacient směje.

P- „*Budete mít radost, je to dobrý*“ říká nám pán.

S – „*Byly nějaké problémy? A co cvičení?*“

P – „*No vy jste mi dali, paní mě teď honí a kontroluje, jestli cvičím. Ať je to už zahojený, budu mít klid.*“

S – „*Pane V, ale procvičovat nohy a chodit na procházky by jste měl i po zhojení. Je to v rámci prevence, pohyb je dobrý pro organismus celkově.*“

P – „*Uvidíme*“ říká pán.

S – „*Žádný uvidíme, pohyb potřebujete, a nejen kvůli nohám. Je vhodný i pro Vaše srdíčko a pro Váš psychický stav, budete mít sám ze sebe lepší pocit.*“

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacient byl edukován nezbytnosti přikládání bandáží i po zhojení defektu.

P – „*A to nic jiného neexistuje na to bandážování, víte něco jednoduššího?*“

S - „*Ano, samozřejmě, máte možnost nechat si napsat poukaz na kompresivní podkolenky. S tím pak půjdete do zdravotnických potřeb, oni Vám změří nohu a vydají Vám podkolenky. Je tam na ně nějaký doplatek.*“

Případová studie č. 4

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „*Pane S, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.*“

P – se zamyslí a pak se ptá „*A prosím Vás, kde vezmu ty materiály? Prodají mi to v lékárně? Protože, když jsem šel z nemocnice, dostal jsem jen ty longety nebo jak tomu říkáte.*“

S – „*Jsou to longety, říkáte to dobře. Materiál na převazy od nás dostanete domů. Koupit si musíte náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.*“

Pacient zatím mlčí a pozoruje mě.

S – „*Pane S, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, a vyhodíte do připraveného pytle na odpad. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,*“

P – „*A mohu si ji omýt mýdlem?*“

S – „*Ano pane, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky. Usměji se a pokračuji ve vysvětlování, „po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.“ Pacient přikyvuje, a tak pokračuji „namažete si nohu nějakým*

mastnější krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelinu nebo třeba můžete použít modrou Indulonou. “ Pacient přikyvuje. *„Až budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Když půjdete do lékárny, určitě Vám poradí. Zatím je všechno jasné?“*

P – *klidně odpovídá „Ano, samozřejmě.“ Do rozhovoru se vmísí syn, který se ptá: „Je to nutné? To ošetřování toho okolí, aby to tatínek neměl složité. My tam sice chodíme, ale ne vždycky úplně pravidelně.“*

S – *„Ano je to nutné a hned Vám řeknu proč. Okolí je nutné ošetřovat. Jde o to, že tak chráníte kůži v okolí defektu. Ta by mohla být porušována od sekretu a mohlo by dojít například k začervení kůže nebo k porušení a tím pádem ke zvětšení defektu.“*

S – *„Mohu pokračovat?“ ptám se, a když pán pokývá hlavou, pokračuji „Pan doktor Vám ordinoval gel a mřížku “, ukazuji pacientovi materiál a dál vysvětluji: „Vidíte, je to taková mřížka, na obou stranách je ochranná folie. Vy si doma ustříhnete potřebný kousek, klidně může být i větší než Váš defekt, dáte gel do rány, nemusíte moc, stačí tenká vrstva, pak sundáte tu ochranou folii z mřížky a přiložíte ji na defekt.“*

P – *„Prosím, kdy to mám vyměnit? Večer?“*

S – *„Ne, večer to neměňte. Dnes máte volno, převaz provedete až zítra. Pane S je Vám všechno jasné? Mohl by jste mi zopakovat, jak budete postupovat.“*

P – *„Všechno sundám a vyhodím, nohu osprchuji, osuším, promažu a přiložím materiál. Je to tak?“*

S – *„Ano je, Vám ty převazy půjdou jedna báseň, hlavně nezapomeňte sundat tu ochranou folii, jak jsem Vám ukazovala.“*

P – *„Ano, samozřejmě, nebojte“ reaguje s úsměvem pán.*

S – *„Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsany.“*

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu, terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel. Okolí defektu bylo rovněž dobře ošetřeno. Na otázku: *„Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?“* Nám odpověděl: *„že bylo vše v pořádku a že už se na nás těšil.“* Po celou dobu převazu jsme s pacientem komunikovali, pána jsem edukovala o cvičení, které by měl provádět.

S – „*Během dne si zkuste stoupat na špičky nebo můžete kroužit nohama v kotníčích. Je taky dobré v leže propínat a krčit špičky střídavě na obou končetinách. A taky je dobré, když si přes den lehnete, třeba 3 až 5krát, zvednete končetiny nad úroveň srdce alespoň na 5 až 10 minut.*“

P – „*A to je všechno? Chybí mi procházky, jsem zvyklý chodit*

S – „*Já to chápu, ale nyní je pro Vás lepší, když je noha v klidu. Až se to zhojí, budete moci zase chodit na ty Vaše oblíbené procházky.*“

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pán přichází s dobře ošetřeným defektem, vhodně ošetřené okolí i přiložený terapeutický materiál, pacient se usmívá, je v dobré náladě.

S – „*Dobrý den, pane S jak se dnes daří? Je všechno v pořádku?*“

P – „*Ano, všechno je v naprostém pořádku. Byl u mě syn, když jsem si převazoval nohu a moc se mu to líbilo. Říkal, že to vypadá mnohem líp. Tak jsem moc rád.*“

S – „*Tak se na to podíváme a uvidíme.*“

P - „*No tak samozřejmě.*“

Na závěr jsem se ptala, jak pán cvičí.

P – „*To víte, že cvičím, neflákám se. Je to i tím, že mi chybí procházky, jsem zvyklý chodit.*“

S – „*Tak to je moc dobře a vydržte, rána se Vám krásně hojí, dejte tomu čas*“ chválím a zároveň povzbuzuji

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacient přichází opět s vhodně ošetřeným defektem, správně přiložený materiál, ošetřené okolí.

Případová studie č. 5

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „*Paní K, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.*“

P – „*Dobře sestřičko, povídejte*“

S – „Všechny materiály, které na budete na defekt přikládat, od nás dostanete domů. Koupíte si náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.“

P – „Dobře sestřičko, dobře.“

Pacientka mě pozoruje.

S – „Paní K, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, elastická obinadla, pokud nejsou špinavé od sekrece z rány, můžete vyprat.“

P – „Dobře, tak já je vyperu“ a pak se ještě pacientka ptá „a můžu je vyprat v pračce?“

S – „Ano můžete, jednak vyprat v ruce, ve vlažné vodě, bez použití aviváže nebo v pračce, snesou teploty až 60 stupňů“ odpovídám a pokračuji dál ve výkladu, „po vyprání a vyždímání, ty obinadla rozložíte na sušák nebo pověsíte na šňůru, aby pořádně uschly.“

P – „Dobře sestřičko“ reaguje pacientka.

S – pak pokračuji „takže obinadla můžete vyprat, ale jinak všechno ostatní vyhodíte do připraveného odpadkového koše. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,“

P – „A sestřičko můžu si ji mýt mýdlem?“

S – „Ano paní K, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky.“

P – „Aha, dobře sestřičko.“

S – Na pacientku se usmívám a říkám: „ničeho se nebojte, to zvládnete. A pokud by byl nějaký problém, tak přijdete nebo zavoláte a společně to vyřešíme.“ Pak pokračuji ve vysvětlování, „po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.“ Pacientka přikyvuje, a tak pokračuji „namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelinu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu.“

P – „Dobře sestřičko, mám indulonu“

S - „Tak to je fajn, indulona je dostačující. Až budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Napíšu Vám to na papírek. Až půjdete od nás, zastavte se v lékárně.“

P – se ptá „A proč se to dělá?“

S – „Hned Vám to vysvětlím. Okolí je nutné ošetřovat. Jde o to, že tak chráníme kůži v okolí defektu. Ta Vaše už je porušena od tekutiny, která Vám teče z rány, a tak by se mohlo připad-

ně stát, že se Vám ta rána ještě zvětší. Proto je nutné ošetřovat a promazávat okolí, abychom tomu zabránili. A ve Vašem případě napravili škody, ke kterým už došlo.“

P – „Dobře sestřičko, dobře.“

S – Pokračuji dál „Pan doktor Vám ordinoval Mepilex Ag“, ukazuji pacientce materiál a dál vysvětluji: „Vidíte, je to taková šedá houbička, na jedné straně je ochranná folie. Vy si doma vezmete jeden celý plátek, sundáte tu ochranou folii a tu houbičku přilepíte na defekt. Nemusíte se bát, i když to lepí, jde to krásně bez bolesti sundat. Opravdu se nemusíte bát. Tím, že materiál lepí, hezky Vám přilne k ráně a nemusí se nijak přilepovat.“

P – „Dobře sestřičko“

S – „Paní K, ten materiál je se stříbrem. Stříbro se uvolňuje pomalu a materiál začíná pracovat až tak za 6-8 hodin. Materiál vyměníte za tři dny.“

P – „Dobře sestřičko, za tři dny to převážu.“

S – „Dobře a teď poslední věc. Aby se Vám ta nožka hojila je ještě potřeba jí trochu pomoci a to tak, že budete dělat bandáže, že si tu nohu budete stahovat, dodala jsem poté, co se paní na mě dívala trochu nechápavě. Ale stahování už rozuměla, usmála se.

S – „Vezmete si dvě obinadla s krátkým tahem, ty taky dostanete. Vždycky musí být bandáž od prstů, přes patu a končí tak dva centimetry pod kolenní jamkou. Největší tlak musí být kolem kotníku, ale ne zas příliš velký. Vždycky použijte dvě obinadla, užší přes prsty a kotník a širší na zbytek nohy. Začínáme u prstů; začínám namotávat a při tom pokračuji; „otáčky by se měly ze dvou třetin překrývat, dávejte si pozor na patě, aby Vám nikde nekoukala. Až Vám dojde první obinadlo, asi někde tady nad kotníkem, volně navážete druhým obinadlem a pokračujete. Obinadlo po noze spíše valíte, pokud jste již pod kolenem, můžete ještě motat obinadlo směrem dolů ke kotníku. Potom přilepíte náplastí. Ty háčky, které tu jsou, prosím vyhodte. Nikdy nepoužívejte na končetinu, mohla by jste se tím háčkem zranit. Tak paní K a teď vy, budu se na Vás dívat a vy si zavážete nohu.

P – „Dobře sestřičko“ a paní váže nohu, vcelku se jí daří dobře, a tak jí chválím.

Když paní skončí, ještě jednou celý postup zopakují a nohu zabandážují. Připravím paní materiál na domácí ošetřování. Pak si ještě ověřuji, zda všemu rozumí: „Paní K, je Vám všechno jasné?“

P – „Ano je, sestřičko.“

S – „Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsáný.“

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacientka přichází na kontrolu bez přiložené bandáže a bez terapeutického krytí s odůvodněním: že jí to nějak nevyšlo. A navíc defekt bylo i cítit. Okolí bylo ošetřeno. Na otázku „*Jak nevyšlo?*“ nám paní odpověděla: „*Já jsem to prostě nějak nestihla, ten převaz.*“ Pacientce jsme vysvětlili, že je nutné, aby se o svou nohu starala, že ji bude ještě potřebovat řešení případných komplikací by mohlo vyžadovat i hospitalizaci. Provedla jsem tedy celý edukační příjmový pohovor a lékař mezitím telefonicky paní objednal do cévní poradny. Po celou dobu převazu jsme s pacientkou komunikovali. Vysvětlila jsem paní K co s novým materiálem, jak ho bude přikládat.

S – „*Vzhledem k tomu, že se Vám ten defekt trochu zhoršil, pan doktor Vám změnil léčbu. Vidíte, budete si dávat tenhle polštářek. Je také se stříbrem, ale ještě je tam uhlí. Uhlí je tam proto, aby ten defekt nebyl tak cítit a je jedno, kterou stranou ho přiložíte, obě jsou stejné.*“

P – „*Jo to máte pravdu sestřičko, trochu to smrdí.*“ Pacientka mě pozoruje, jak jí převazuji nohu.

S – „*A co ta bandáž? Chcete si ji znovu vyzkoušet?*“ Paní si bandáž ochotně znovu zkouší. Při nácviku spolu komunikujeme a já ještě navrhuji: „*Mohu vám doporučit nějaké jednoduché cviky k procvičování končetin a výborná je hlavně chůze.*“ Když paní dovázala končetinu, Předvedla jsem jí cviky a pacientka vypadala celkem spokojeně, připravená doma rehabilitovat.

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Paní přichází s přiloženou bandáží (pata není zabandážovaná, ale oproti minulé návštěvě jde o velkou změnu), terapeutický materiál je přiložený a okolí je také vhodně ošetřené.

S – „*Dobrý den, paní K, dneska skoro na výbornou, ta pata se úplně nepovedla, ale jinak, naprosto úžasná změna.*“

P – „*Víte, on mi pomáhá manžel. Já mu říkala, jak jste se zlobili. A taky ten zápach, to bylo hrozný. Ted' je to mnohem lepší, jak mi pomáhá. Já se snažila mu všechno říct. Mohl by příště přijít se mnou?*“ Tuto změnu hodnotím velmi kladně, paní se zapojila do léčby, neváhala požádat manžela.

S – „*Ale samozřejmě. Mohl přijít i dneska, aby se podíval.*“

P – „*Já ho vezmu příště sestřičko.*“

S – „*Tak dobře*“ usměju se a provedu ošetření defektu a končetiny

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacientka přichází se zabandážovanou nohou, dnes je bandáž je v pořádku. Terapeutický materiál je přiložený správně a okolí je ošetřené. Do ambulance přichází v doprovodu manžela. Ihned chválíme a hodnotíme ten velký posun.

P – „Víte, já jsem tomu moc nevěřila, že mi tu nohu dáte dohromady.“

S – „My děkujeme za pochvalu, ale velký kus práce jste odvedli doma, my Vás jen navedli. Vážně, velká pochvala. Tak se na to podíváme.“

P – „Jo určitě.“

Provedena edukace příkládání nového materiálu, reedukace kompresivní terapie

Případová studie č. 6

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „Paní D, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak si budete ránu převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.“

P – „Tak to já budu jako ostriž sestři, všechno budu sledovat.“

S – „To mě těší, tak jen se dívejte a ničeho se nebojte, určitě to zvládnete“

P – „Jé sestři to víte, že to zvládnu, jsem zvyklá se o sebe postarat.“

S – „Takže paní D, doma veškerý materiál, který máte přiložený na ráně, sundáte a všechno vyhodíte do předem připraveného odpadkového koše nebo pytlíku, pak pokud to půjde ránu si osprchujete, pokud ne, kdyby jste se nedostala do té Vaší vany, tak si uděláte obklad té rány, tímhle oplachovým roztokem. Dám Vám ho domů a vy si nalejete ten roztok na připravenou gázu a přiložíte na ránu, když to půjde, zatlačíte ji i dovnitř, do té rány. Obklad necháte přiložený na ráně 15 až 20 minut.“

P – „Dobře a sestři, když bych vlezla do té vany, můžu se umýt mýdlem?“

S – „Ano paní D, můžete, ale použijte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky a pak všechno pořádně osprchovat.“

P – „No tak uvidíme, já se alespoň pokusím třeba ob den do té sprchy nebo jak to půjde. Hlavně ať se toho zbavím.“ říká paní.

S – usmívám se a říkám: „nebojte, určitě se s tím poperete, já vám věřím.“ A pak pokračuji: „po sprchování nebo po obkladu se osušíte. Když se nebudete sprchovat tak osušíte jen tu ránu, když ano osušíte ránu až naposled, nebude jí dřít, jen pěkně poklepem. Potom si proma-

žete okolí a těsně k okrajům máznete ve slabší vrstvě ochranný krém, co obsahuje zinek.

V lékárně Vám poradí, nebo mi používáme Menalid nebo Sudocrem.“

P – *„Setři, prosím napsat, nebo to zapomenu, děkuji.“*

S – *„Samozřejmě, já Vám to napíšu.“*

S – Pak pokračuji *„Pan doktor Vám ordinoval Mesalt“*, ukazuji pacientce materiál a dál vysvětluji: *„Vidíte, je to takový materiál, co vypadá skoro jako plátýnko. Vy si to opatrně roztrěpnete a ustrihnete si potřebný kousek a vložíte do té rány.“*

P – *„Jo a sestři, kdy to mám převázat?“*

S – *„Zítra, ten materiál je napuštěný solí, aby se Vám ta rána dobře čistila. Ten materiál v té ráně vydrží jeden den. Pan doktor Vám ho předepsal i proto, aby jste si mohla ránu každý den osprchovat nebo očistit, vzhledem k tomu, že ji máte téměř v podbřišku.“*

P – *„Děkuji, moc Vám sestřičko děkuji.“*

S – *„Paní D nakonec si dáte gázu a přilepíte, vhodnější je papírová nebo látková náplast, nedráždí tolik kůži. Stavte se pro tu náplast ve zdravotnických potřebách. Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsany.“*

1 Monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacientka přichází na kontrolu s vhodně přiloženým terapeutickým krytím, okolí bylo také ošetřené, ale výrazněji iritované. Na otázku: *„Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?“* Nám odpověděla: *„Hrozně mě to okolo svědilo, tak jsem to trochu škrábala. Takový ty místa, co byly minule červené, tak asi nebude mít radost.“*

S – *„Něco na to vymyslíme, nebojte. Pan doktor se na to podívá a řekne co s tím.“* Po celou dobu převazu jsme s pacientkou komunikovali. Jednou z otázek byla strava.

S – *„Paní D a co to jídlo? Jak baštíte?“*

P – *„Jo dobrý, nechávám si jídlo dovážet. Je to docela dobrý a velký porce, polévka mi zbývá k večeri. A víkendy si vždycky něco udělám, sousedka mě bere do obchodu, je hodná.“*

S – *„Tak to se máte a je dobře, že už jíte pravidelně, je to pro hojení velmi důležité. Jinak abych se vrátila k Vaší ráně, je to lepší. To okolí zvládnete tou mastičkou a bude to ještě lepší.“*

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Paní přichází s výborně ošetřeným defektem, je vidět, že k léčbě přistoupila velmi zodpovědně. Terapeutický materiál je přiložený, plní svou funkci, okolí ošetřené.

S – *„Tak co paní D, nějaký problém?“*

P – „*Ne nic, všechno v pořádku. A už to ani nesvědí, přestalo po té kouzelné mastičce, děkuji za ní.*“

S – „*Tak super*“ usměji se a udělám obklad.

Při provádění převazu s pacientkou komunikuji, bavíme se, co doma a o jiných věcech běžného denního života a zároveň vysvětluji postup převazu s novým materiálem.

S – „*Paní D, dostane takový gel, je ve stříkačce, bude se Vám s tím dobře manipulovat. Dáte tedy ten gel do rány, přes gel přiložíte tuhle mřížku. Z té si ustříhnete potřebný kousek, pak odstraníte tyhle ochranné folie a přiložíte na ránu.*“ Paní D kývá hlavou, že rozumí.

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacientka přichází s ošetřenou ránou, cítí se dobře, na pohled vypadá spokojeně.

S – „*Tak co? Jak se máte?*“

P – „*Sestři, děkuji, je to perfektní, budete mít radost, já ji mám taky.*“

Pacientka byla edukována nezbytnosti přikládání materiálu až do úplného vyhojení

S – „*Paní D, materiál si budete dávat až do zhojení, okraje, tyhle jizvy, co máte, bude promazávat, což už děláte a budete provádět tlakové masáže. Tzn. promažete, zatlačíte v místě jizvy, budete počítat do deseti a takhle po celé délce jizvy.*“

P – „*Spolehněte se, budu. A moc Vám děkuji, za všechno, co jste pro mne udělali, byli jste na mě hodní.*“

Případová studie č. 7

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „*B, tedy hlavně paní B, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak si budete ránu převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát. Pak se ještě domluvíme, jak budete polohovat a o nějaké prevenci.*“

P – „*Děkuji, snad to nějak půjde.*“

S – „*Paní B, já Vaše obavy chápu, ale pokusíme se Vám pomoci. Tak aby to pro Vás bylo schůdné, ničeho se nebojte, určitě to zvládnete*“

P – „*Jdeme na to, abychom Vás příliš nezdržovali.*“

S – „*Nás nezdržujete*“ usměji se na oba a začínám s edukací o převazu „*Paní B, doma veškerý materiál, který je přiložený na ráně, sundáte a všechno vyhodíte do předem připraveného odpadkového koše nebo pytlíku, pak uděláte obklad té rány, tímhle oplachovým roztokem.*“

Dám Vám ho domů a vy nalejete ten roztok na připravenou gázu a přiložíte na ránu, když to půjde, zatlačíte ji i dovnitř, do té rány.

P – *„Dobře a sestři, takže obklad.“*

S – *„Po obkladu, tak za 15 až 20 minut obklad sundáte, pokusíte se tou longetkou tu ránu vytřít, pak ránu osušíte, promažete okolí, nejdříve nějakým mastným krémem nebo mastí například bílá vaselina, indulona a k okrajům ještě máznete krém se zinkem třeba Sudocrém nebo něco jiného, hlavně tady na tu porušenou kůži. Při převazu tu starou vrstvu odstraníte, nejde to úplně vodou, stačí když použijete olej, my používáme stolní, ale to nechám to na Vás.“* Paní se usměje a říká: *„Sudocrém si pamatuji, dcera ho používala na zadeček u vnuka a olej máme taky, otevřu nový.“*

S – *„Tak super a pak budete pokračovat a přiložíte krytí, které Vám doporučil pan doktor. Tím, že je to na sakru, je důležitá hygiena, a i proto jste dostali materiál, který se mění jednou denně, popřípadě častěji, například při znečištění stolicí.“*

P – *„Nebojte se, já, když potřebuji na záchod řeknu si“* zapojuje se do hovoru i pacient.

S – *„Tak to je fajn. Ten materiál je velikostně upravitelný, to znamená, že si ustříhnete potřebný kousek a ten pak vložíte přímo do defektu, je jedno, kterou stranou, jsou obě stejné. Přes toto krytí přiložíte ještě tyhle savé čtverečky, jsou i trošku vyšší a zmírní tak tlak, když bude pán ležet na zádech. Zatím všechno jasné?“* ptám se a paní odpovídá: *„Ano, tohle by šlo. Copak tam máte dál?“*

S – *usmívám se, snažím se paní povzbudit a říkám: „Vím, že to nebudete mít jednoduché, ale nebojte se, určitě to zvládnete, já vám věřím. A kdyby to snad nešlo, tak je tu možnost převazů přes agenturu domácí péče.“*

P – *„Těch převazů se nebojím, já se bojím toho polohování, abych mu neublížila.“*

S - *„Nebojte, ono to nebudete tak hrozné. Váš pán je šikovný a bude se na boky otáčet sám, vy mu jen vhodně vypořádáte záda a nohy, těmi ještě moc nehýbe. A nohy budete vypořádávat i když bude pán ležet na zádech.“*

P – *„Setři a nemáte nějaký letáček nebo něco, abych si to uměla představit“*

S - *„Samozřejmě, mám a připravím Vám to ke zprávě od pana doktora.“*

Pak pokračuji v edukaci o péči o pokožku, o výživě, která by měla být hodnotná na bílkovinu a vitamíny a připomínám, aby nezanedbávali pitný režim. Na závěr připravím veškerý materiál včetně edukačního letáku o polohování. Oběma připomínám možnost telefonické konzultace, popřípadě možnost pomoci přes agenturu domácí péče.

1 Monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu s manželkou, která ho přivezla na vozíku. S naší pomocí se pán přesouvá na vyšetřovací lůžko. Na otázku: „*Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?*“ Nám oba téměř shodně odpověděli: „*Všechno v pořádku*“ a paní pak ještě pokračovala: „*chodí k nám sestřička z rehabilitace, s manželem cvičit. Poslala ji k nám naše paní doktorka obvazní.*“

S – „*To je fajn, určitě je vám líp, že?*“

P – „*Je to lepší, ale chci, aby to bylo ještě víc, nechci přidělovat manželce práci*“, na to jeho paní reaguje: „*není to žádné přidělování práce. Ale chci se zeptat – na internetu jsme četli, že existují nějaký pitíčka přímo na hojení dekubitů a v lékárně nás informovali, že nám je může napsat lékař. Tak se chci zeptat, jestli by to bylo možné?* Lékař sloužící v ambulanci jim vysvětlil vše kolem doplňků stravy a domluvil kontrolu v nutriční poradně.

2 Monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu s manželkou, opět přijíždí na vozíku, ale již od nás nepotřebuje dopomoc, přesouvá se na lůžko sám. Rána je výborně ošetřená, vše je, jak má být. Terapeutický materiál přiložený, plní svou funkci, okolí ošetřené.

S – „*Tak co pane B, nějaký problém?*“

P – „*Ne nic, všechno v pořádku. Vidíte, dělám pokroky. Já jsem tak rád a doma chodím už pár dní v chodítku. To si neumíte představit, po takový době.*“

S – „*Tak super*“ usměji se a začínám provádět převaz.

S – „*A co ta pitíčka? Užíváte je?*“

P – „*Jo, jasný, jedno denně a když je to studený tak se to dá i vypít. Ale teplý je to hnus.*“

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacienta přichází s manželkou a jde o dvou francouzských holích, cítí se dobře, myslí pozitivně, na pohled vypadá spokojeně.

S – „*Vypadáte výborně, děláte úžasný pokroky. Jak se máte?*“.

P – „*Sestři, děkuji, je mi fajn, chodím, po bytě už bez holí, ale ven si ještě netroufám, tak chodím s holemi. Zadek snad taky dobrý, ale to musíte s manželkou.*“ Manželka přikyvuje, usmívá se, vyznačuje z ní klid a pohoda.

S – „*Pane B užíváte stále ty pitíčka?*“

P – „Ano, ještě je piju jedno denně, ale už se mi občas stane, že zapomenu. Máme v tom pokračovat?“

S – „Určitě, minimálně do příští kontroly zde v ambulanci, je vidět, že vám pomáhají v hojení a pak se domluvíte s panem doktorem.“

P – „No už jsem si na ně zvykl, ale jak říkám, občas už zapomenu.“

S – „Nic se neděje, jinak jste vzorný pacient.“

Případová studie č. 8

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „Paní A, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.“

P – „Dobře, jen povídejte“

S – „Všechny materiály, které na budete na defekt přikládat, od nás dostanete domů. Koupíte si náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.“

P – „Dobře, děkuji.“

S – „Paní A, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, elastická obinadla, pokud nejsou špinavé od sekrece z rány, můžete vyprat.“

P – „Dobře, tak já je vyperu“ a pak se ještě pacientka ptá „a můžu je prát v pračce?“

S – „Ano můžete, jednak vyprat v ruce, ve vlažné vodě, bez použití aviváže nebo v pračce, snesou teploty až 60 stupňů“ odpovídám a pokračuji dál ve výkladu, „po vyprání a vyždímání, ty obinadla rozložíte na sušák nebo pověsíte na šňůru, aby pořádně uschly.“

P – „Aha, dobře sestřičko“ reaguje pacientka.

S – pak pokračuji „takže obinadla můžete vyprat, ale jinak všechno ostatní vyhodíte do připraveného odpadkového koše. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,“

P – „A můžu si ji mýt mýdlem?“

S – „Ano paní A, můžete, ale použijte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky.“

P – „Aha, to je jasné, hlavně, aby se mi to zahojilo.“

S – Na pacientku se usmívám a říkám: „*ničeho se nebojte. A pokud by byl nějaký problém, tak přijdete nebo zavoláte a společně to vyřešíme.*“ Pak pokračuji ve vysvětlování, „*po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.*“ Pacientka přikyvuje, a tak pokračuji „*namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelínu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu.*“

P – „*Dobře sestřičko, mám indulonu*“

S - „*Tak to je fajn, indulona je dostačující. Až budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Napišu Vám to na papírek. Až půjdete od nás, zastavte se v lékarně.*“

S – Pokračuji dál „*Pan doktor Vám ordinoval Mepilex Ag*“, ukazuji pacientce materiál a dál vysvětluji: „*Vidíte, je to taková šedá houbička, na jedné straně je ochranná folie. Vy si doma vezmete jeden celý plátek, sundáte tu ochranou folii a tu houbičku přilepíte na defekt. Nemusíte se bát, i když to lepí, jde to krásně bez bolesti sundat. Opravdu se nemusíte bát. Tím, že materiál lepí, hezky Vám přilne k ráně a nemusí se nijak přilepovat.*“

P – „*Tak dobře, rozumím.*“

S – „*Paní A, ten materiál je se stříbrem. Stříbro se uvolňuje pomalu a materiál začíná pracovat až tak za 6-8 hodin. Materiál vyměníte za tři dny.*“

P – „*Dobře sestřičko, za tři dny to převážu.*“

S – „*Dobře a teď poslední věc. Aby se Vám ta nožka hojila je ještě potřeba jí trochu pomoci a to tak, že budete dělat bandáže.*“

S – „*Vezmete si dvě obinadla s krátkým tahem, ty taky dostanete. Vždycky musí být bandáž od prstů, přes patu a končí tak dva centimetry pod kolenní jamkou. Největší tlak musí být kolem kotníku, ale ne zas příliš velký. Vždycky použijte dvě obinadla, užší přes prsty a kotník a širší na zbytek nohy. Začínáme u prstů; začínám namotávat a při tom pokračuji; „otáčky by se měly ze dvou třetin překrývat, dávejte si pozor na patě, aby Vám nikde nekoukala. Až Vám dojde první obinadlo, asi někde tady nad kotníkem, volně navážete druhým obinadlem a pokračujete. Obinadlo po noze spíše valíte, pokud jste již pod kolenem, můžete ještě motat obinadlo směrem dolů ke kotníku. Potom přilepíte náplastí. Ty háčky, které tu jsou, prosím vyhodte. Nikdy nepoužívejte na končetinu, mohla by jste se tím háčkem zranit. Tak paní A a teď vy, budu se na Vás dívat a vy si zavážete nohu.*“

P – „*Dobře, zkusím to, sestřičko*“ a paní váže nohu.

Když paní skončí, ještě jednou celý postup zopakují a nohu zabandážují. Připravím paní materiál na domácí ošetřování. Pak si ještě ověřuji, zda všemu rozumí: „*Paní A, je Vám všechno jasné?*“

P – „*Ano je, sestřičko.*“

S – „*Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsáný.*“

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacientka přichází na kontrolu bez přiložené bandáže ale s důkladně ošetřeným defektem.

Pacientce jsme vysvětlili, že je nutné, aby si prováděla kompresivní bandáž.

S - „*paní A, ten defekt se bude hojit pomalu, je potřeba dělat ty bandáže. Znovu Vám je ukáži.*“

P - „*Vím, že bych je měla dělat, chci to zahojit, tak já se polepším.*“

S – „*A co ta bandáž? Chcete si ji znovu vyzkoušet?*“ Paní si bandáž ochotně znovu zkouší. Při nácviku spolu komunikujeme a já ještě navrhuji: „*Mohu vám doporučit nějaké jednoduché cviky k procvičování končetin a výborná je hlavně chůze.*“

P - „*Jé, sestři, pohybu mám dost, pořád někde jsem. Chodím do klubu a tak.*“

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Paní přichází s přiloženou bandáží (použité pouze jedno obinadlo), terapeutický materiál je přiložený a okolí je také vhodně ošetřené.

S – „*Dobrý den, paní A, ta bandáž ještě nic moc*“

P – „*Já vím, ale mě to takhle stačí*“

S – „*Ne paní A, takhle to nestačí. Jsou potřeba dvě obinadla.*“

P – „*Ale to je zbytečný, pro takovou starou ženskou, jako jsem já.*“

S – „*Nic není zbytečné. Takže dvě obinadla, ať se ta nožka hezky hojí.*“

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacientka přichází se zabandážovanou nohou, ovšem opět pouze jedno obinadlo. Terapeutický materiál je přiložený správně a okolí je ošetřené.

S - „*Paní A, již několikrát jsme si říkaly, že dvě obinadla na bandáž. A vy zase jen jedno.*“

P – „já Vám pokaždé říkám, že mě to stačí. Noha se hojí, tak co Musíme šetřit to naše zdravotnictví.“

S – „paní A, tak znova. Pro Vaše hojení je nejlepší bandáž ze dvou obinadel. Zlepší se Vám prokrvení a tím se zlepší hojení.“

P – „Sestři já nikam nespíchám.“

Případová studie č. 9

1 návštěva: převaz a edukace – příjem v ambulanci

S – „Pane B, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.“

P – se zamyslí a pak se ptá „A ten materiál vezmu kde? Prodají mi to v lékárně? Protože, když jsem šel z nemocnice, dostal jsem jen ty longety.“

S – „Materiál na převazy od nás dostanete domů. Koupit si musíte náplast na přichycení obinadel a krém nebo mast na ošetření okolí defektu. I to Vám ukážu, jak budete provádět.“

S – „Pane S, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, a vyhodíte do připraveného pytle na odpad. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,“

P – „A mohu si ji omýt mýdlem?“

S – „Ano pane, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky. Usměji se a pokračuji ve vysvětlování, „po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.“ Pacient přikyvuje, a tak pokračuji „namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelínu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu.“ Pacient přikyvuje. „Až budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Když půjdete do lékárny, určitě Vám poradí. Zatím je všechno jasné?“

S – „Mohu pokračovat?“ ptám se, a když pán i jeho paní, která je tu také odpoví, že ano, pokračuji „Pan doktor Vám ordinoval gel a stříbro“, ukazuji pacientovi materiál a dál vysvětluji: „Vidíte, jsou to v podstatě takové chlupy a je jedno, kterou stranou je přiložíte. Vy si doma ustrihnete potřebný kousek, klidně může být i větší než Váš defekt, dáte gel do rány, nemusíte moc, stačí tenká vrstva a přiložíte ty chlupy.“

P – „Prosím, kdy to máme vyměnit? Večer?“

S – „*Ne, večer to neměňte. Dnes máte volno, převaz provedete až zítra. Pane a paní B je Vám všechno jasné? Mám něco zopakovat?*“

P – „*Všechno sundám a vyhodím, nohu osprchuji, osuším, promažu a přiložím materiál. Je to tak?*“

S – „*Ano je, Vám ty převazy půjdou jedna báseň. A jen připomínám dieta, pitný režim, ale to Vám asi říkali v nemocnici.*“

P – „*Ano, samozřejmě, nebojte*“ reaguje s úsměvem pán. „*A jen co když se něco stane? Co když se mi rána zhorší. Co má dělat? Tady do nemocnice nejdu, nevěřím jim.*“

S – „*Pokud se Vám nebude něco líbit, i třeba maličkost, zavoláte a nějak se domluvíme.*“

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu, terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel. Okolí defektu bylo rovněž dobře ošetřeno. Na otázku: „*Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?*“ Nám odpověděl: „*že bylo vše v pořádku a že už se na nás těšil.*“ Po celou dobu převazu jsme s pacientem komunikovali, pána jsem edukovala o cvičení, které by měl provádět.

S – „*Během dne si můžete kroužit nohama v kotnicích. Je taky dobré v leže propínat a krčit špičky střídavě na obou končetinách. A taky je dobré, když si přes den lehnete, třeba 3 až 5krát, zvednete končetiny nad úroveň srdce alespoň na 5 až 10 minut.*“

P – „*Aha jo jasný. I když nejsem fanda pohybu. A taky mám strach, aby se mi ta rána nezhoršila, když to budu namáhat.*“

S – „*Já to chápu, ale tyto cviky Vám neublíží, nebojte, spíš naopak. A taky, abych nezapomněla, žádanka na objednání na protetiku, ohledně zhotovení ortézy.*“

P - „*Děkuji, málem bych zapomněl? A platí se něco?*“

S - „*Ano nějaký doplatek tam je, tak s tím počítejte. Ale budete moci začít trochu chodit.*“

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pán přichází s dobře ošetřeným defektem, vhodně ošetřené okolí i přiložený terapeutický materiál, pacient se usmívá, je v dobré náladě.

S – „*Dobrý den, pane B jak se dnes daří? Je všechno v pořádku?*“

P – „*Ano, všechno je v naprostém pořádku.*“

S – „*Tak se na to podíváme a uvidíme.*“

P - „*No tak samozřejmě.*“

Na závěr jsem se ptala, jak pán cvičí.

P – „*To víte, že cvičím, manželka mě kontroluje. A taky se snažím trochu chodit, co mám tu ortézu.*“

S – „*Tak to je moc dobře a vydržte, rána se Vám krásně hojí.*“ chválím a zároveň povzbuzuji.

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

Pacient přichází opět s vhodně ošetřeným defektem, správně přiložený materiál, ošetřené okolí.

Případová studie č. 10

Příjem na ambulanci - návštěva: převaz a edukace

S – „*Paní W, dnes jste tu poprvé, a tak Vám vysvětlím a ukážu celý postup, jak budete defekt převazovat. Všechno Vám budu ukazovat, nemusíte se bát.*“

S – „*Paní W, začneme, doma veškerý materiál, který máte přiložený na končetině, sundáte, elastická obinadla, pokud nejsou špinavé od sekrece z rány, můžete vyprat.*“

P – „*Jak jako vyprat?*“ ptá se pacientka.

S – „*Vyprat v ruce, ve vlažné vodě, bez použití aviváže*“ odpovídám a pokračuji dál ve výkladu, „*po vyprání a vyždímání, ty obinadla rozložíte na sušák nebo pověsíte na šňůru, aby pořádně uschly.*“

P – „*Jo dobře*“

S – já pokračuji „*takže obinadla je možno vyprat, ale jinak všechno ostatní vyhodíte do připraveného odpadkového koše. Pak je možno končetinu osprchovat, nohu sprchujte vlažnou vodou,*“

P – „*A sestři můžu si ji mýt mýdlem?*“

S – „*Ano paní, můžete, ale používejte mýdlo bez parfému. Takové, aby nedráždilo, nejlepší jsou dětská mýdla, takové ty obyčejné kostky.*“

P – „*Aha, dobře. Sestři, napíšete mi to, víte, abych nezapomněl. To ta moje hlava*“

S – usměji se a říkám: „*nebojte, napíšu.*“ Pokračuji ve vysvětlování, „*po osprchování nohu osušíte čistým ručníkem a defekt osušíte jako poslední. Defekt osušte jemně, poklepem, nijak nedřete.*“ Pacientka přikyvuje, a tak pokračuji dál v edukaci „*namažete si nohu nějakým mastnějším krémem nebo mastí. Je dobré používat nedráždivá tělová mléka, bílou vazelinu nebo třeba můžete použít modrou Indulonu. Až, budete mít promazanou nohu, ošetříte ještě okolí defektu krémem, který obsahuje zinek. My používáme Menalind nebo Sudocrém. Když půjdete do lékárny, určitě Vám poradí.*“

S – pokračuji „*Pan doktor Vám ordinoval takovou antibakteriální mřížku*“, ukazuji pacientce materiál a dál vysvětluji: „*Vidíte, je to taková zelená mřížka, je z obou dvou stran stejná. Vy si doma ustříhnete potřebný kousek, klidně může být větší, než je Váš defekt, bude se Vám lépe s materiálem pracovat.*“

P – „*Jo a sestři, kdy to mám vyměnit? Večer?*“

S – „*Ne, večer to neměňte. Materiál budete měnit podle prosáknutí, klidně až za tři dny.*“

P – „*Aha, to tedy znamená, že s tím nebudu mít práci.*“

S – „*Máte pravdu. Ale, aby to nebylo až tak jednoduché, nohu je potřeba bandážovat. To jste asi dosud nedělala, že?*“

P – „*Ne, ne nikdo mi nic takového neříkal.*“

S – „*Nevadí já Vám to vysvětlím*“ a pokračuji

S – „*Vezmete si dvě obinadla s krátkým tahem. Bandáž vždycky musí být od prstů, přes patu a končí tak dva centimetry pod kolenní jamkou. Největší tlak musí být kolem kotníku, ale ne zas příliš velký. Vždycky použijte dvě obinadla, užší přes prsty a kotník a širší na zbytek nohy. Začínáme u prstů; začínám namotávat a pokračuji; „otáčky by se měly ze dvou třetin překrývat, dávejte si pozor na patě, aby Vám nikde nekoukala. Až spotřebujete první obinadlo, vidíte někde tady nad kotníkem, volně navážete druhým obinadlem a pokračujete. Obinadlo po noze spíše valíte, pokud jste již pod kolenem, můžete ještě motat obinadlo směrem dolů ke kotníku. Potom přilepíte náplastí. Ty háčky, které tu jsou, prosím vyhoďte. Nikdy nepoužívejte na končetinu, mohla by jste se tím háčkem zranit. Já to teď sundám a Vy si to vyzkoušíte“ říkám.*

P – „*Tak jo, to bych docela ráda.*“

S – „*Paní W je Vám všechno jasné? Mohla by jste mi zopakovat postup.*“

P – „*Všechno sundám, nohu osprchuji, dáme tam tu houbu, a uděláme bandáž.*“

S – „*Dám Vám domů takový letáček, postup převazu je tam stručně popsany.*“

1 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

Pacient přichází na kontrolu s bandáží i terapeutický materiál byl přiložen dobře, plnil svůj účel, okolí bylo ošetřeno vhodně. Na otázku: „*Zda bylo vše v pořádku nebo zda byl nějaký problém?*“ Nám odpověděla: „*že nic, všechno dobrý, nic mě nebolí, nádhera.*“

Po celou dobu převazu jsme s pacientkou komunikovali, paní měla doplňující otázky: „*Co bych pro sebe mohla ještě udělat? Existují nějaké vitamíny?*“

S – „*Ale ano existují – selen, hořčík, zinek. Tyto tři pozitivně ovlivňují hojení, stavte se v lékárně, určitě Vám poradí.*“

P – „*Dobře sestřičko, stavím se tam, děkuji za radu.*“

S – „*A jak jste se ptala, co ještě můžete udělat? Ještě Vám ukáži nějaké jednoduché cviky k procvičování končetin a výborná je hlavně chůze.*“

2 monitorovaná návštěva: převaz a edukace

S – „*Dobrý den, paní W, převaz na jedničku*“

P - „*Snažím se, chci, aby se mi to zahojilo.*“

S – „*To je dobře. Jste šikovná. A nepotřebujete s něčím poradit?*“

P – „*Ne, ne sestři, všechno dobrý*“.

3 monitorovaná návštěva: kontrola a edukace

S – „*No teda, zase máte jedničku, jste šikovná.*“

P – „*Sestři, děkuji, je to perfektní, budete mít radost. Všechno se mi daří.*“

Příloha C - Otázky polostrukturovaného rozhovoru:

- 1) Jak dlouho máte defekt?**
- 2) Znáte příčinu Vašeho defektu? Jak se Vám to stalo?**
- 3) Uvědomujete si, že by měl někdo v rodině bércové vředy?**
- 4) Jak byla Vaše rána ošetřována, než jste přišel k nám do ambulance?**
- 5) S čím se léčíte? Jaká máte onemocnění?**
- 6) Jaké užíváte trvale léky?**
- 7) Jaký rozsah informací Vám poskytl lékař, který viděl defekt před návštěvou v naší ambulanci?**
- 8) Jaký je zdroj informací využívaných k získávání informací o povaze onemocnění?**
- 9) Znáte význam kompresivní terapie? Umíte správně přikládat bandáž?**
- 10) Jak hodnotíte bolest spojenou s nehojící se ránou?**
- 11) Užíváte léky k ovlivnění bolesti?**
- 12) Uvědomujete si nezastupitelnou úlohu stravy při hojení rány, snažíte se o pestrý jídelníček?**
- 13) Jaká je vaše pohybová aktivita v současné době?**
- 14) Jaký jste využily zdroj informací o možnosti léčby ve specializované ambulanci?**
- 15) Vyskytly se nějaké problémy s přikládáním terapeutického materiálu?**
- 16) Vyskytly se problémy s přikládáním kompresivní bandáže?**
- 17) Dodržujete pohybový režim, provádíte rehabilitační cviky?**
- 18) Jakou úlohu plní Vaše rodina v péči o nehojící se ránu?**
- 19) Jaký význam mají přátelé ve Vašem životě?**
- 20) Jak získáváte informace o kompenzačních pomůckách?**

21) Jak získáváte informace o možnosti využívat různé sociální dávky?

22) Ovlivnilo onemocnění Váš rodinný rozpočet?

Příloha D – informované souhlasy

KZ03_PS0007 Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

PRÍPADOVÁ STUDIE č. 1

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: *P. P.*

Datum: *4.5.2018*

Podpis pacienta: *Paulus*

Účinnost od:
15.11.2010

Garant:
NZDP

Uvolnil:
NSR

Schválil:
R KZ

Verze:
1

Distribuce:
Intranet

Strana
1 z 1

PRÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,


- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: *P. V.*

Datum: *25.5.2018*

Podpis pacienta: 

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: *J. A.*

Datum: *9. 6. 2018*

Podpis pacienta: *[Signature]*

PŘÍDAJOVÁ STUDIE č. 4

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: J. S.

Datum: 19. 6. 2018

Podpis pacienta: 

PRÍPAJOVÁ STUDIE č. 5

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: *A. K.*

Datum: *3. 4. 2018*

Podpis pacienta: *Louisa*

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 6

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: M. J.

Datum: 16. 4. 2018 /

Podpis pacienta: *M. J.*

PRÍPADOVÁ STUDIE č. 4

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,


- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: M. B.

Datum: 2. 9. 2018

Podpis pacienta: 

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 8

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: F. A.

Datum: 22. 9. 2018

Podpis pacienta: *[Handwritten signature]*

PRÍPADOVÁ STUDIE č. 9

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: *L. B.*

Datum: *29. 8. 2018*

Podpis pacienta: *Bokor*

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 10

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Krajská zdravotní, a.s.,

- Nemocnice Děčín, o. z.
- Nemocnice Chomutov, o. z.
- Nemocnice Most, o. z.
- Nemocnice Teplice, o. z.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Souhlas pacienta s fotografováním a digitálním záznamem

Souhlasím s tím, že podle § 16, odst. 3 zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů může Krajská zdravotní, a. s., zacházet s mými osobními údaji včetně obrazových záznamů, které mohou být využívány při prezentacích a výukových programech v nemocnicích.

Jméno a příjmení pacienta: T. W.

Datum: 20.9.2018

Podpis pacienta: 