

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Eliška Schmidová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Stav péče o nemocné s chronickými ránami

Diplomová práce

2023

Bc. Eliška Schmidová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Eliška Schmidová**
Osobní číslo: **Z21350**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Stav péče o nemocné s chronickými ránami**
Téma práce anglicky: **The State of Care for Patients with Chronic Wounds**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BRABCOVÁ, Soňa. 2021. Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3133-4.
HLINKOVÁ, Edita et al. 2019. Management chronických ran. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.
POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
STRYJA, Jan et al. 2016. Repetitorium hojení ran 2. Vydání 2. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Stav péče o nemocné s chronickými ránami jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25. 4. 2023

Bc. Eliška Schmidová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce prof. MUDr. Sobotkovi, CSc. za odborné vedení a věcné připomínky. Dále bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za podporu nejen během psaní diplomové práce, ale během celého studia. V neposlední řadě patří poděkování vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení za umožnění výzkumného šetření a také všem respondentům, kteří se dobrovolně zúčastnili.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá stavem péče poskytované pacientům s chronickými ránami. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zaměřuje na rozdělení chronických ran, možnosti terapie, celkovou péči o pacienta s nehojící se ránou a aktuální stav poskytované péče v České republice včetně vzdělávání v oblasti hojení ran. Výzkumná část analyzuje výsledky získané dotazníkovým šetřením. Bylo zjištěno, že stav péče poskytované nemocným s chronickými ránami je s mírnými nedostatky kvalitní.

KLÍČOVÁ SLOVA

ošetřovatelská péče, chronické rány, pacient, stav péče

TITLE

The State of Care for Patients with Chronic Wound

ANNOTATION

The thesis is focused on the state of care for patients with chronic wounds. The thesis is divided into theoretical and the research part. The theoretical part covers the classification of chronic wounds, treatment options, overall care of patients with non-healing wounds and the current state of care in the Czech Republic, including education in the field of wound healing. The research part analyses the results obtained from the questionnaire survey. The state of care provided to patients with chronic wounds was found to be of good quality although with slight deficiencies.

KEYWORDS

nursing care, chronic wounds, patient, state of care

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíle práce	14
1.2 Metody k dosažení cíle.....	14
Teoretická část	15
2 Chronická neboli nehojící se rána.....	15
2.1 Definice chronické rány	15
2.2 Rozdělení chronických ran.....	15
2.3 Hojení rány.....	17
2.3.1 Fáze hojení.....	17
2.3.2 Faktory ovlivňující hojení rány.....	18
2.4 Prevence vzniku chronických ran	19
3 Možnosti terapie chronických ran.....	20
3.1 TIME management.....	20
3.2 Moderní převazový materiál	21
3.3 Podtlaková terapie.....	23
3.4 Larvoterapie	23
4 Péče o nemocné s chronickými ránami.....	24
4.1 Vyšetření pacienta s chronickou ránou	24
4.2 Posouzení rány	25
4.3 Dokumentace rány	26
4.4 Komunikace zdravotníků s pacientem	27
4.5 Příprava pacienta k převazu	27
4.6 Stav péče v České republice.....	28
4.7 Vzdělávání sester v oblasti hojení ran.....	29
Výzkumná část.....	32

5	Metodika výzkumné části	32
5.1	Výzkumné otázky a hypotézy	32
5.2	Tvorba dotazníku	32
5.3	Výzkumný vzorek	33
5.4	Sběr dat.....	33
6	Výsledky výzkumu	34
6.1	Zpracování a analýza dat.....	34
6.2	Analýza stanovených hypotéz.....	57
6.2.1	Hypotéza č. 1	57
6.2.2	Hypotéza č. 2	59
7	Diskuze	61
7.1	Limitace výzkumu.....	73
8	Závěr	74
9	Použitá literatura	76
10	Přílohy.....	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	34
Graf 2 Pohlaví respondentů	35
Graf 3 Místo bydliště	35
Graf 4 Vzdělání	36
Graf 5 Zaměstnání	36
Graf 6 Etiologie rány	37
Graf 7 Přidružená onemocnění	38
Graf 8 Délka trvání léčby	38
Graf 9 Návštěva lékaře od vzniku rány	39
Graf 10 Počet navštívených lékařů	40
Graf 11 Dojezdová vzdálenost	40
Graf 12 Kdo provádí pravidelné převazy	41
Graf 13 Pravidelné kontroly	42
Graf 14 Kontrola rány praktickým lékařem	42
Graf 15 Kontrola rány specialistou	43
Graf 16 Řešená problematika	44
Graf 17 Terapie onemocnění	44
Graf 18 Hospitalizace	45
Graf 19 Recept- analgetika	45
Graf 20 Účinnost předepsaných analgetik	46
Graf 21 Tlumení bolesti při převazu	47
Graf 22 Dokumentace rány	47
Graf 23 Stěr z rány	48
Graf 24 Využívání moderních metod hojení	49

Graf 25 Počet způsobů terapie	49
Graf 26 Změna převazového materiálu	50
Graf 27 Dostatek převazového materiálu	51
Graf 28 Finanční zátěž	51
Graf 29 Vývoj chronické rány	52
Graf 30 Změna v péči	53
Graf 31 Předávané informace	53
Graf 32 Dostatek času	54
Graf 33 Přístup personálu	55
Graf 34 Změna psychického stavu	55
Graf 35 Spokojenost s léčbou	56
Graf 36 Kategorizovaný histogram řešená problematika a změna psychického stavu	58
Graf 37 Kategorizovaný histogram délka léčby a pečující o ránu.....	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Řešená problematika a změna psychického stavu	57
Tabulka 2 Délka léčby a pečující o ránu	59

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČSLR	Česká společnost pro léčbu rány
DM	Diabetes mellitus
et al.	et alii (a kolektiv)
H_0	hypotéza nulová
H_A	hypotéza alternativní
mmHg	milimetry rtuťového sloupce
např.	například
s.	strana
SDN	syndrom diabetické nohy
tzn.	to znamená
tzv.	takzvané
UPCE	Univerzita Pardubice

ÚVOD

Chronické neboli nehojící se rány postihují zhruba 1–2 % celé populace a pacientů s nejrůznějším typem ran neustále přibývá. Z velké části vznikají na podkladě jiného závažného onemocnění. Komplikovat život tedy mohou včetně seniorů pacientům všech věkových kategorií. (Stryja et al., 2016, s. 17). Problémem nejsou pouze samotné nehojící se rány a jejich mnohdy složitá terapie, ale také následky s nimi spojené. Ty totiž mohou být v pozdních fázích velmi závažné a mohou tak ovlivnit život pacienta i jeho blízkých. Podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky z roku 2017 vedly chronické rány k amputaci u zhruba 10 000 diabetiků (ÚZIS, 2018). Proto je při zaznamenání rány, jejíž hojení je neobvykle dlouhé, nezbytná včasná návštěva lékaře a zahájení vhodné terapie.

S výskytem chronických ran přirozeně souvisí také náklady na jejich léčbu, která bývá, jak již bylo zmíněno, složitá a zároveň dlouhá. Vhodná je proto nejen kvalitní péče, která efektivně využívá moderní metody hojení ran, ale také správně nastavená preventivní opatření a dostatečná edukace a vzdělanost jak zdravotnických pracovníků, tak následně i samotných pacientů (Hartmann, 2012). Terapie chronických ran je součástí multioborové medicíny, při které se využívá vzájemná spolupráce jednotlivých odborníků a zároveň spolupráce samotného pacienta. Pouze dostatečně informovaný pacient může být následně aktivně spolupracujícím partnerem podílejícím se při hojení rány (Stryja et al., 2016, s. 18).

Při poskytování péče by se pozornost neměla soustředit pouze na fyzické obtíže spojené s chronickou ránou, ale na veškeré aspekty ovlivňující život pacienta. Pro nemocné je rána mnohdy vysilující a zároveň je velmi často spojena s bolestí. To může zanechat následků na psychickém stavu nemocného a následně ovlivnit celkovou kvalitu jeho života (Hlinková et al., 2019, s. 27–29). Nezbytný je tedy profesionální avšak zároveň přátelský přístup, díky kterému se může nejen zlepšit vzájemný vztah založený na důvěře, ale také předejít případné nespokojenosti, která by mohla vést ke zhoršené spolupráci a následně tak prodloužit trvání léčby chronické rány (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 15).

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit stav péče o nemocné s chronickou ránou. V rámci teoretické části byly popsány jednotlivé typy chronických ran, fáze hojení a možnosti léčby. Dále se práce zaměřovala na samotnou péči poskytovanou pacientům s nehojící se ránou včetně komunikace a dále možnosti vzdělávání v oblasti hojení ran. Výzkumná část se zabývá celkovým průběhem poskytované péče, přístupem a komunikací personálu, ale také tlumením bolestí spojených s chronickou ránou a s ní související terapií.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Teoretickým cílem této diplomové práce bylo popsat hlavní rozdělení chronických ran, fázové hojení, možnosti léčby a problematiku týkající se přístupu a komunikace personálu s pacientem. Hlavním výzkumným cílem práce bylo zjistit aktuální stav péče poskytované pacientům s chronickou neboli nehojící se ránou. Tento hlavní cíl byl rozdělen na dílčí cíle a následně byly stanoveny dvě hypotézy, které rozvíjí zkoumanou problematiku.

Hlavní cíl:

Zjistit stav péče o nemocné s chronickými ránami.

Dílčí cíle:

1. Zjistit průběh a postupy při léčbě nehojící se rány.
2. Zjistit, zda jsou dostatečně tlumeny bolesti způsobené chronickou ránou či její léčbou.
3. Zjistit, zda personál dostatečně a efektivně komunikuje s pacientem.
4. Zjistit, zda existuje vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta.
5. Zjistit zda existuje vztah mezi délkou trvání léčby chronické rány a tím, kdo ji pravidelně převazuje.
6. Zjistit, zda jsou pacienti s nehojícími se ránami spokojeni s celkovou péčí a co by popřípadě změnili.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje nejprve na celkovou definici chronických ran včetně jejich procesu hojení a typů ran rozdělených dle příčiny. Dále se tato část zabývá možnostmi terapie, ošetrovatelské péče a v neposlední řadě možnostmi vzdělávání v oblasti hojení nehojících se ran. Pro účely výzkumného šetření práce byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který měl za úkol zjistit jednotlivé informace sloužící k zjištění nejen hlavního, ale také dílčích cílů.

TEORETICKÁ ČÁST

2 CHRONICKÁ NEBOLI NEHOJÍCÍ SE RÁNA

2.1 Definice chronické rány

Rána je stav, kdy dochází k narušení celistvosti kůže. Příčina rány může být vnější (mechanická, fyzikální, termická nebo chemická nebo mikrobiální poškození) nebo vzniklá v důsledku patologických změn organismu (cévní postižení, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění aj.). Chronické neboli nehojící se rány jsou takové, které se hojí neobvykle pomalu. Pomalé hojení se může charakterizovat tak, že rána i přes adekvátní terapii nevykazuje žádné známky hojení a to po dobu 6 až 9 týdnů. Tato doba se však může lišit a to na základě literárního zdroje, ze kterého je čerpáno. Někteří autoři udávají, že za chronickou ránu lze považovat rána, která nevykazuje známky hojení po dobu již 4 týdnů. Chronická rána však může vzniknout také z rány akutní, obvykle z důvodu nedostatečného ošetření či vzniku infekce (Brabcová, 2021, str. 18).

2.2 Rozdělení chronických ran

Chronické rány se rozdělují na rány cévního původu (např. žilní nedostatečnost, tepenné uzávěry, záněty cév a cévní stěny), metabolického původu (např. syndrom diabetické nohy), nádorového původu, rány při chronickém zánětu nebo rány způsobené vnějším poškozením tkání (např. po ozáření, po úrazu). Niže jsou podrobněji probrány pouze nejčastěji se vyskytující chronické rány.

Bércové ulcerace jsou jednou z nejčastějších forem chronické rány. Dle etiologie jsou děleny na venózní a arteriální. **Venózní vředy** (ulcus cruris venosum) jsou nejtěžší formou bércové ulcerace a vznikají na základě pokročilého onemocnění žil dolních končetin či jako posttrombotický syndrom, kdy v každém z těchto případů dochází k zvýšenému tlaku v žilách a následnému městnání krve v dolních končetinách. Vyznačují se nepravidelnými okraji, zánětem v okolí, pigmentací, vyšší bolestivostí a mokváním. Mimo jiné techniky léčby se u vředů venózní etiologie soustředíme na kompresivní terapii. **Vředy arteriálního původu** vznikají při nedostatečném prokrvení tkání a to částečným či úplným uzávěrem tepen. Typicky jsou menší, mají ohraničené okraje a okolní tkáň nebývá postižena zánětem. I u tohoto typu se vyskytuje bolest, avšak klaudikační, které se zpočátku onemocnění vyskytují pouze při chůzi (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 101–104).

Syndrom diabetické nohy (dále jen SDN) patří mezi pozdní komplikace diabetu mellitu, častěji pak druhého typu. Tento typ chronické rány je náročný na léčbu a vyžaduje především komplexní péči. Velmi často končí bohužel amputací dolní končetiny (Vytejková et al., 2015, s. 225). SDN je definován ulcerací tkáně spojenou s infekcí, neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Náročnost léčby SDN je dána tím, že hyperglykémie vznikající při DM je rizikovým faktorem pro sníženou odolnost vůči infekcím a zhoršené hojení ran (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 122–124). Léčba by tedy měla být nejen lokální, ale především komplexní. Samozřejmostí je kompenzace diabetu a úprava nevhodných návyků jako je například alkohol, kouření. Dále je terapie SDN soustředěna na dosažení co nejvyšší možné míry prokrvení a odlehčení postižené končetiny např. vhodnou obuví a klidovým režimem (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 127–129).

Operační rána hojící se per secundam je chronická rána, která vznikla z rány akutní. Příčinou přechodu do chronicity mohou být nevhodně zvolené postupy převazů rány, nedostatečné odstranění či léčba rizikových faktorů (diabetes mellitus) nebo nedostatečné zamezení vstupu infekce do operační rány (Vytejková et al., 2015 s. 225).

Dekubitus se charakterizuje jako rána vznikající tlakem s následnou ischemií tkáně, podkoží až svalů, která má za následek ulceraci až nekrózu. Nejčastěji vzniká na predilekční místech, jinými slovy na místech, kde je kost blízko kůže a nachází se zde malé množství tukové tkáně (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 112–115). V poloze na zádech se pak jedná o kost týlní, trn sedmého krčního obratle, lopatky, lokty, kost křížová a kost patní. Pokud je pacient na boku, predilekčním místem je spánková kost, ucho, kloub ramenní, hřebeny kosti kyčelní, kolena a kotníky. Nejméně častá je poloha na břiše, avšak i zde se nachází predilekční místa. Mezi ně patří čelo, nos, brada, žebra, hřebeny kosti kyčelní, opět kolena a také palce dolních končetin (Vytejková et al., 2015, str. 239). Dle míry poškození se rozlišují čtyři stupně proleženin, kdy první představuje pouze začervenání bez poškození integrity kůže. Přítomnost neporušeného či porušeného puchýře představuje stupeň druhý. Ve třetím stupni již dochází vždy k poškození kůže a podkoží a poslední stupeň představuje nejzávažnější formu dekubitu, tedy defekt zasahující fascii, podkoží, svaly, šlachy a také klouby a kosti. Dekubity obvykle postihují pacienty, kteří jsou staršího věku, mají sníženou pohyblivost či jsou imobilní, trpí malnutricí, obezitou nebo jsou inkontinencí (Vytejková et al., 2015, s. 224–225).

Maligní rány jsou rány vznikající v souvislosti s onkologickým onemocněním, kdy příčinou defektu mohou být kožní nádory a jeho metastázy či například prorůstání nádoru měkkých

tkání do kůže. U těchto ran často nedochází k úplnému zhojení, a proto je pro nás primárním cílem zlepšení komfortu pacienta. Rány jsou buď ulcerózní, tedy do hloubky nebo květákového vzhledu, kdy maligní hmota přesahuje povrch kožního krytu. V případě maligních ran je léčba soustředěna také na chemoterapeutickou a radioterapeutickou či hormonální. Rána je obvykle velmi secernující, zapáchající a pacientovi často způsobuje bolest či svědění (Brabcová, 2021, s. 107).

2.3 Hojení rány

Hojení ran je rozděleno na *per primam intentionem* a *per secundam intentionem*. **Per primam** probíhá nejčastěji u chirurgických zákroků na zdravém člověku, kdy se v ráně nenachází infekce a tkáň je poškozena minimálně a je uzavřena svorkami či stehy. Tato rána se hojí efektivně, bez jakýchkoliv komplikací. Výsledkem je úzká jizva (Hlinková et al., 2019, s. 19). V případě, že rána nemá tendenci k hojení, došlo ke zhoršení stavu či vzniku infekce, pak se rána stává chronickou a toto hojení nazýváme **per secundam**. Hojení takovéto rány je pro organismus náročný proces vyžadující dostatek substrátů, které zajistí následnou reparaci tkáně. Při léčbě ran je důležité přistupovat komplexně a nesoustředit pozornost pouze na samotný defekt. Ke správnému zhojení je tedy nezbytné zachovávat sterilní prostředí při ošetřování rány, respektovat v jaké fázi hojení se rána nachází a podporovat vlhké hojení, také se ale snažit pacienta vnímat holisticky, pokusit se udržet co nejvyšší možnou kvalitu jeho života a v neposlední řadě přemýšlet nad ekonomickou stranou léčby, to znamená snažit se najít ekonomicky efektivní léčbu (Brabcová. 2021, s. 56).

2.3.1 Fáze hojení

Exsudativní neboli zánětlivá fáze je prvním krokem při hojení rány. Cílem organismu je odstranění všech nežádoucích složek z rány, které nám brání ke zhojení. Hlavní úkol mají zánětlivé buňky, které pomocí fagocytózy rozpoznají a následně pohlcují cizorodé částice (Hartmann, 2023). Touto fází procházejí rány všeho druhu. Během zánětlivé fáze dochází v místě poškození tkáně k vazodilataci, zvýšení propustnosti cév, migraci buněk a úniku tekutiny do intersticia. Již pouhým pohledem je zpozorovatelný vznik otoku v okolí, neboli tumor, dále také rubor (začervenání), calor (zvýšení teploty), dolor (bolestivost) a v neposlední řadě též *functio laesa* (poškození funkce). Vyjmenované příznaky jsou označovány jako tzv. Celsovy znaky a jsou typické při zánětu. Rána je také často povleklá, infikovaná, zapáchající a mohou se objevovat také nekrózy, ať už suché či vlhké (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 25–27).

Proliferační fáze zajišťuje v místě poškození neoangiogenezi, neboli vytvoření nových krevních cév za účelem vyplnění defektu novou tkání. V ráně se také postupně vytváří síť kolagenních vláken, která je podkladem pro následnou epitelizaci (Stryja et al., 2016, 29–30). Během této fáze jsou na ráně viditelná granula, která se postupně zvětšují, a jejich barva je lososově červená. Pokud se však barva přemění na naředlou, granula začínají být povleklá či houbovitá, jedná se o známky stagnace hojení (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 25–27).

Epitelizační fáze je poslední fází hojení rány a bezprostředně provází granulaci. Dochází k úbytku cév a vody, nová tkáň se tak zpevňuje a vzniká tkáň jizevnatá. Nově vzniklá tkáň je velmi náchylná k poškození, proto se musí zabránit jakémukoliv traumatu (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 29–30). Nový epitel začíná od okrajů rány nebo také pomocí tzv. epitelizačních ostrůvků uvnitř rány. V této fázi je důležité, aby byla v ráně zachována dostatečná a přiměřená vlhkost. Po zhruba dvou letech získá nová tkáň 80 % pevnosti tkáně původní (Stryja et al., 2016, s. 30).

2.3.2 Faktory ovlivňující hojení rány

Celkové neboli systémové faktory mohou prodloužit hojení rány a je potřeba na ně vždy myslet. Jako první se zjišťuje příčina vzniku chronické rány, zda je traumatické, cévní či například onkologické etiologie. Dále je vhodné se zaměřit na přidružená či nádorová onemocnění, věk pacienta a také jeho nutriční stav. Zjišťováno je také to, jaká farmaka pacient užívá, zda netrpí imunitním onemocněním a zda má dostatek spánku. Velmi opomíjenou součástí systémových faktorů je psychický stav pacienta. Ale právě i úzkost, strach či sociální izolace může být překážkou v efektivní léčbě rány a je nutností ji vždy řešit. Hojení ovlivňuje také životní styl nemocného, především životospráva, pracovní zatížení, pohybová aktivita a v neposlední řadě abúzus návykových látek, kam se neřadí pouze drogy, ale též alkohol nebo kouření (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 19–21). Mimo to je hojení ovlivněno i některými léky, mezi které se řadí např. glukokortikoidy, chemoterapeutika či nesteroidní protizánětlivé látky (Khalil et al., 2015).

Lokální faktory ovlivňující hojení jsou tedy soustředěny přímo na oblast rány. Jedná se o lokalizaci, velikost a hloubku rány, kdy samozřejmě při poškození hlubších či rozsáhlejších struktur tkáně dochází k prodloužení doby hojení. Sledováno je také proudění krve do oblasti, kde se nachází defekt, zda nedochází k ischemii či nevznikla obstrukce v cévním řečišti. Nezbytné je samozřejmě sledovat spodinu rány, především přítomnost a množství sekretu, povlaků a přítomnost nekróz. Ovlivňujícím faktorem jsou také okraje rány

a stav okolní tkáně, např. iritace či macerace okolí. Zkontrolovat by se mělo, zda se v ráně nevyskytují cizí tělesa a zda není přítomna mikrobiální infekce. V neposlední řadě je jedním z faktorů stárí rány, kdy léčba dlouhodobě neléčených ran je náročnější a delší (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 20–21).

Faktorem, který velmi ovlivňuje ránu je samotný převaz. Je důležité dodržovat jednotlivé zásady, počínaje správnou hygienou a dezinfekcí rukou, aseptickým postupem a správnou volbou terapie. Mezi nejčastější chyby, které jsou v praxi bohužel časté, patří například nešetrné sundávání obvazů s následným poškozením rány, nevhodně zvolený materiál, nepoužití ochranných pomůcek (rukavic), úprava materiálu již použitými nůžkami či nedostatečná fixace. Problém vzniká také v případě špatně vedené dokumentace (Bečanová, 2015).

2.4 Prevence vzniku chronických ran

Při péči o pacienta jsou sledovány různé rizikové faktory, které mohou zapříčinit vznik chronické rány. Mezi takové patří včasné odhalení pacientů, kteří mají zvýšené riziko pádu, vzniku dekubitu či poruchy výživy. Tím, že jsou pravidelně a pečlivě hodnoceny rizikové faktory pacientů se může předejít například přechodu ran pooperačních do chronicity nebo alespoň včasné odhalit a léčit již vzniklé komplikace (Brabcová, 2021, s. 20).

Velký důraz by měl být kladen na terapii základního a přidruženého onemocnění pacienta. Mezi nejčastější onemocnění spojené se vznikem chronických ran je řazen např. diabetes mellitus nebo chronická žilní insuficience. Neméně důležité je sledovat nutriční parametry pacienta, které jsou při hojení jedním ze základních prvků při hojení a v případě závažné poruchy je nutné provádět výkony až po zlepšení těchto parametrů (Brabcová, 2021, s. 20). Podvýživa u pacienta má za následek sníženou obranyschopnost těla před infekcí a má nepříznivý vliv na hojení ran. Pro efektivní hojení rány by se tedy mělo dbát na dostatečný příjem především bílkovin, ale také sacharidů a tuků (Saghaleini et al., 2018).

Jako prevenci je vhodné uvést také správnou techniku ošetřování rány či profylaktické podávání antibiotik, které snižují riziko vzniku infekčních komplikací. V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné dostatečné polohování a zvolení šetrné manipulace s pacientem (Stryja et al., 2016, s. 141). Do prevence spadá i správně a profesionálně prováděný ošetrovatelský proces a vzájemná spolupráce, ať už týmová či multioborová (Vytejčková et al., 2015, str. 225).

3 MOŽNOSTI TERAPIE CHRONICKÝCH RAN

Při ošetřování chronických ran je, mimo prevenci vzniku rány a léčby přidruženého onemocnění, nejdůležitější volba správného převazového materiálu, díky čemuž se může předejít vzniku či rozšíření infekce, vysušení spodiny rány, nebo naopak maceraci okolí. Při rozhodování o použitém materiálu je využíváno například kontinuum hojení ran, které bude následně popsáno. Metody hojení ran se obecně rozdělují na suché a vlhké. Suché hojení se skládá z dezinfekce rány a následného přiložení sterilního krytí. Využívá se především za účelem absorpce krve, například u ran operačních, které se hojí per primam. Vlhké hojení je postaveno na předpokladu, že se rány lépe hojí v přiměřeně vlhkém prostředí. Dle sekrece rány a fáze hojení, ve kterém se rána nachází, jsou následně zvoleny vhodné obvazové materiály, které toto prostředí zajistí (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019, s. 81).

3.1 TIME management

TIME management byl sestaven jako návod pro lokální léčbu ran. Skládá se ze čtyř na sebe navazujících kroků. Řadí se mezi ně management tkáně (T- tissue), management infekce a inflamace (I- infection and inflammation), management vlhkosti (M- moisture balance) a management okrajů rány (E- epithelial edge).

Management tkáně je zacílen na odstranění odumřelé neboli nekrotické tkáně, čímž zajišťuje tvorbu tkáně nové. Nekróza je nejen vhodným místem pro množení bakterií, ale také představuje fyzickou překážku v procesu hojení. Hlavním nástrojem tohoto kroku je débridement, který byl již zmiňován. Jedná se tedy o odstranění nekrotické tkáně a to chirurgicky, autolyticky, enzymaticky, biologicky nebo také chemicky (Hlinková et al., 2019, str. 32). Chirurgický débridement je odstranění nezdravé tkáně pomocí chirurgických nástrojů s následnou aplikací vlhkého krytí. Pokud se na ránu pouze přikládá vlhké hojení, například hydrogely či hydrokoloidy, jedná se o débridement autolytický, kdy se nekrotická tkáň postupně rozpouští. Enzymatický débridement využívá vlastnost jednotlivých enzymů zrychlujících biochemickou reakci organismu a použití chemických látek přímo na nekrózu se nazývá chemický débridement. Poslední typ, tedy biologický, je postaven na naložení až 300 larev do rány (Stryja, 2015). **Management infekce** se zaměřuje na snižování bakteriální zátěže a potlačování infekce a zánětu. Pro chronické rány je typické, že jsou kolonizovány bakteriemi. Je rozlišováno, zda jde o biofilm (struktura bakterií obklopená polysacharidy rezistentními před antimikrobiálními látkami), kontaminaci (přítomnost bakterií, které se nemnoží) či kolonizaci (přítomnost množících se bakterií).

Management exsudace/ vlhkosti zajišťuje optimální vlhkost a tím i snižuje jak na jednu stranu riziko macerace okrajů rány, tak na straně druhé zabraňuje tvorbě krusty. Na tento krok navazuje krok poslední a tím je **management okrajů**, který je soustředěn na podporu granulace, epitelizace a ochranu nově vzniklé tkáně lokální, ale i celkovou léčbou (Hlinková et al., 2019, s. 36).

3.2 Moderní převazový materiál

Škála dostupného převazového materiálu v ČR je velmi obsáhlá a neustále se rozrůstá. Při výběru vhodného materiálu záleží nejen na zkušenostech zdravotnického pracovníka a možnostech zdravotnického zařízení ale také mnohdy na ceně materiálu (Koutná et al., 2015, s. 89). Volba správného materiálu je složitý úkol nezbytný k úspěšné léčbě chronické rány (Stryja et al., 2016, s. 267)

Oplachové roztoky slouží k oplachu, zvlhčení, čištění a ran. Měly by se používat při každém převazu pro odstranění povlaku z rány. Ten často obsahuje nekrotickou tkáň, exsudát či bakteriální povlak. Řadí se mezi ně např. Prontosan, Dermacyn, FR (Bečanová, 2015). Roztoky mají své využití také při odstraňování primárního či sekundárního krytí přilepeného na ránu. Tím se zmírní nejen bolest, ale také traumatizace rány (Stryja et al., 2016, s. 270).

Antiseptické krytí se také mnohdy nazývají jako obvazy první volby (Koutná et al., 2015, s. 90). Je specifické kvůli obsahu dezinfekční látky, nejčastěji jód či chlorhexidin. Používají se k prevenci, ale i léčbě infikované rány, která secernuje mírně či vůbec. V případě, že rána nesecernuje vůbec, je možné antiseptické krytí zkombinovat s hydrogelem a to z důvodu optimální vlhkosti v ráně. Nevýhodou může být alergie na jód, která je u pacientů častá. Naopak výhodou je minimálně 24 hodinová délka aktivity obvazu (Bečanová, 2015).

Algináty jsou materiály, které mají čistící účinky a jsou vyrobeny z mořských řas. Mají výbornou absorpční a bakteriostatickou vlastnost (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 76). Těchto účinků dosahují díky obsažení organických kyselin a schopnosti nasátí exsudátu, odumřelých buněk a bakterií. Po spojení těchto nežádoucích nečistot z rány na materiál dojde ke změně obvazu na kašovitou hmotu a následně gel. Využívají se u středně či silně secernujících ran a jejich výměna závisí především na množství sekrece a přítomnosti infekce v ráně. Algináty jsou například Suprasorb A, Caltostat, Aquacel A. Při ošetření se často aplikují s filmovým krytím, neadherentním obvazem. Z důvodu zvýšené sekrece se také často kombinují s Actisorbem plus (Bečanová, 2015).

Hydrokoloidy jsou savé, přilnavé a voděodolné. Tvořeny jsou polopropustnou vrstvou polyuretanu. Při aplikaci tohoto krytí dochází k nepřístupnosti kyslíku, a proto je hojení rány hydrokoloidy často spojováno s typickým kyselým zápachem. Využívají se především na rány mírně secernující, neinfikované, ve fázi granulace či epitelizace. Hydrokoloidy by měly ránu překrývat minimálně o dva centimetry. Kombinace je možná s hydrokoloidní pastou či zásypem. Zástupci jsou například Hydrocoll, Granuflex (Bečanová, 2015). Kontraindikací hydrokoloidů je infekce (Vytejčková et al., 2015, s. 232)

Hydropolymery neboli pěnová krytí se aplikují na rány mírně až středně secernující. Krytí by mělo přesahovat okraje rány z hlediska prevence macerace okolní tkáně. Nejčastěji se kombinují společně s gely či mřížkami. Mezi hydropolymery patří Mepilex, Biatan Ag. Převaz by se měl opakovat zhruba po třech až sedmi dnech (Bečanová, 2015). Využití se mohou na rány povrchové, ale také do kavit (Koutná et al., 2015, s. 97).

Hydrogely jsou na bázi hydrofilních polymerů s vysokým obsahem vody. Využívají se především k zvlhčení a vyčištění ran, odstranění nekrotické tkáně. Mimo to mají také chladivý a zklidňující účinek. Každý gel má jiné složení, některé obsahují látky, které zajišťují debridement rány, jiné slouží k snížení osídlení rány mikroorganismy či podporují tvorbu granulační popř. epitelizační tkáně (Koutná et al., 2015, s. 141). Nikdy se neaplikují na savý materiál, princip hydrogelu pak ztrácí význam. Nevýhodou je nutnost častých převazů z důvodu vysokého obsahu vody a následné snížené schopnosti krytí absorbovat tekutiny z rány. Převaz by se měl provádět dle sekrece rány, nejpozději pak po 72 hodinách (Bečanová, 2015). Hydrogely jsou buď ve formě klasického gelu či ve formě plošné. Amorfny jsou například Prontosan gel nebo Debricasan gel a plošné Suprasorb či Hydrosorb (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 76).

Obvazy s aktivním uhlím mohou obsahovat mimo aktivní uhlí i jiné látky. Nejčastěji se kombinují s gely a neadherentním krytím a jejich využití je především u středně až silně secernujících ran, které jsou ve fázi čistící, zapáchají a jsou zde příznaky infekce. Frekvence převazu je nejčastěji dle ordinace lékaře (Bečanová, 2015). Mezi zástupce se řadí Vliwaktiv nebo Askina carbosorb. Mohou být také obohaceny o stříbro, které zajišťuje vyšší antimikrobiální účinek, například Actisorb plus nebo Vliwaktiv Ag (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 76).

Neadherentní obvazy jsou mřížky, které mohou být tkané či pletené. Výhodou je snadné snímání krytí z rány a tedy netraumatizování rány. Využití neadherentních obvazů je u ran

s mírnou až střední sekrecí, ve fázi granulace či epitelizace. Zástupci jsou Atrauman, Bionect. Často se na ráně nachází v kombinaci s gely či mastmi (Bečanová, 2015).

Filmové obvazy neboli folie jsou polopropustné, adhezivní a transparentní, což umožňuje neustálou kontrolu rány. Příkladají se na již epitelizující rány a pokožka by se před přiložením měla připravit. Nikdy by se neměly aplikovat na secernující rány (Bečanová, 2015). Není však nutné pokožku odmastit benzínem či alkoholem. Postačí lokalitu omýt klasickým prostředkem k hygieně a osušit (Koutná et al., 2015, s. 99). Řadí se mezi ně Suprasorb F či Askina Derm.

3.3 Podtlaková terapie

Podtlaková terapie neboli NPWT (Negative pressure wound therapy) je léčebná metoda využívající kontrolovaného podtlaku k podpoře hojení rány. Nejčastěji se využívá při léčbě infikovaných pooperačních ran nebo nehojících se ulcerací. Rána je celá vyplněna specifickým krytím (pěnou) a překryta pomocí adhezivního, transparentního filmového krytí. Následně je vytvořen podtlak, kdy se pomocí systému drenážních hadic odsává sekret z rány přímo do rezervoáru. Tlak, pod kterým se sekret odsává, určuje lékař, většinou se pohybuje v rozmezí 90–125 mmHg. Výhodou pro ránu je především snížení bakteriální zátěže (Ihnát, 2017, s. 77). Kontraindikací může být blízkost rány k velkým cévám, nervům, orgánům, malignita vyskytující se na spodině rány, přítomnost suché nekrózy v ráně, poruchy srážlivosti krve nebo píštěle. Výměna probíhá po zhruba 3–5 dnech na sále či oddělení, kde je však nutné zajistit sterilní stůl a instrumentárium pro převaz rány (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 74–75).

3.4 Larvoterapie

Larvoterapie je jedna z možností débridementu rány. Tento typ je velmi specifický a spočívá v aplikaci nejčastěji larev mouchy bzučivky (*Lucilia sericata*) do rány. Tyto larvy se žítí nekrotickou tkání a díky svým trávicím šťávám dokáží nejen rozrušit nekrózu a tím vyčistit ránu, ale také mají dezinfekční účinek a stimulují tkáň k lepšímu prokrvení. Jsou připravovány ve speciálních laboratořích a nejčastěji se využívají jako sekundární débridement po chirurgickém, popřípadě primárně u pacientů, kteří chirurgický débridement netolerují. Do rány se vkládají přímo, anebo v biokapsách neboli ochranných klecích, které zabraňují tomu, aby larvy unikaly pryč z rány (Hlinková et al., 2019, s. 33).

4 PÉČE O NEMOCNÉ S CHRONICKÝMI RÁNAMI

V této kapitole budou popsána specifika péče o nemocné s nehojícími se ránami. Především bude tato část diplomové práce zaměřena na vyšetření pacienta, posouzení a dokumentaci rány, zásady správné komunikace s pacientem a přípravu pacienta před převazem. V neposlední řadě bude zmíněn aktuální stav péče o nemocné s chronickými ránami v České republice a také související možnosti vzdělávání v oblasti hojení ran.

4.1 Vyšetření pacienta s chronickou ránou

Při ošetřování pacienta s chronickou ránou je důležité brát v potaz jeho celkový stav a veškeré faktory, které by mohly ovlivňovat proces hojení. Při prvním vyšetření a setkání s pacientem jsou zjišťovány základní informace jako příčina vzniku rány, lokalizace a velikost poškození, stáří rány, věk pacienta, přidružená onemocnění, schopnost sebeobsluhy, bolestivost nebo také nutriční stav. Na ráně je mimo již zmíněnou velikost a lokalizaci hodnocen také stav okolní tkáně, spodina rány, exsudace a případně její povahu, zápach a množství a také zda je přítomna infekce (Brabcová, 2021, s. 21). Při příchodu pacienta jsou vyžívány fyzikální vyšetření a to především pohled. Pozornost by se měla soustředit také pohyblivosti pacienta a využívání kompenzačních pomůcek nebo hygienickou úroveň pacienta, protože právě hygiena hraje zásadní roli při léčbě chronické rány. Mimo již zmíněné informace je vhodné se snažit zjistit, zda pacient kouří či pije alkohol (Kubátová, Fridrichová a Nejedlá, 2017). Vždy je nutné k pacientovi udržovat holistický přístup, tedy vnímat pacienta jako „celek“ a brát ohledy na potřeby biologické, psychické, sociální, kulturní a také spirituální (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 100–101). Zdravotnický tým se však často zaměřuje především na chronickou ránu, stravu, kouření a na sledování psychického stavu nemocného již není kladen takový důraz, jaký by měl být (Olsson a Friman, 2020). Právě zájem o ostatní potřeby či problémy pacienta může pomoci navázat či zlepšit vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Důvěra, dostatečná komunikace a informovanost nám následně přispívá k vzájemné a rovnocenné spolupráci, která je při hojení rány nezbytná (Lindsay et al., 2017).

Velmi důležitá informace, která by měla být sledována pravidelně, je přítomnost bolesti. Chronická rána je často provázena bolestí, která způsobuje výrazné zhoršení kvality života (Dowsett, 2015, s. 17). Ta u těchto ran bývá především dlouhodobá neboli chronická, která může mít občasné ataky bolesti akutní. Tyto ataky vznikají nejčastěji při převazu rány. Nejen, že bolest je nepříjemným fenoménem pro samotného pacienta, který výrazně snižuje kvalitu jeho života, ale také může prodloužit hojení. Při bolesti totiž organismus vyplavuje stresové

hormony, tedy i kortizol, a právě to může mít za následek prodloužení zánětlivé fáze hojení rány. Bolest se hodnotí pravidelně za pomoci hodnotících škál, ale také je vhodné si všímat chování a výrazů pacienta. Dále je zjišťována lokalizace, intenzita, charakter bolesti a faktory ovlivňující bolest, ať už pozitivně či negativně. Důležitou informací, která by se měla sledovat je efektivnost nastavené analgetické léčby. V případě nespokojenosti s nastavenou terapií bolesti je nezbytné informovat lékaře (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 41-45).

4.2 Posouzení rány

Rána je posuzována počátečně, poté průběžně, kdy je monitorován postup v hojení rány. Vždy se hodnotí šířka a délka rány, k tomu se využívají například jednorázové metry, které se přikládají pouze k ráně, nikdy ne do rány. Dále se zjišťuje také hloubka rány, k tomu poslouží například štětice s následným přiložením k jednorázovému metru. Mimo tyto techniky jsou na trhu také moderní přístroje sloužící k posouzení velikosti rány, např. Visitrak. Velikost rány se pak zaznamenává v pořadí délka x šířka x hloubka (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 79). Na ráně se mimo velikost hodnotí také přítomnost sekretu, popřípadě jeho množství a charakter. Exsudát je běžně vnímán negativně z důvodu macerace okolí, poškození spodiny rány a zvýšení finančních nákladů na převazy. Nutné je však podotknout, že naopak i nedostatečná vlhkost v ráně může mít za následek vysychání spodiny rány. Vlhké prostředí je nezbytné k odstranění poškozených a odumřelých tkání (Brabcová, 2021, s. 107–111). Mimo samotnou ránu se sledují také okraje rány a okolní tkáň. Zaznamenávají se veškeré změny v okolí rány, hodnotí se, zda jsou okraje ohraničené, zda nevzniká nekróza či naopak hypergranulace. Dále se sleduje změna barvy kůže v okolí rány, kterou je taktéž důležité chránit před macerací či podrážděním např. použitím masti či krému (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 79-80).

Nezbytné je u každé rány hodnotit její spodinu. **Wound Healing Continuum** neboli **kontinuum hojení rány** (viz příloha A) bylo sestaveno pro jednodušší rozhodování při výběru krytí právě na základě popisu spodiny rány. Správná diagnóza procesů probíhajících v ráně a následné užití správného materiálu je pro vyléčení rány stěžejní. Škála obsahuje čtyři základní barvy a také přechodné fáze (Brabcová, 2021, s. 57).

Černá barva zobrazuje nekrotickou tkáň, kterou je vždy nutné odstranit. Nekróza může postihovat ránu celou či pouze určité části. **Černožlutá barva** se na ráně vyskytuje v přechodné fázi. **Žlutá barva** na ráně znázorňuje nekrotický podkožní tuk nebo vlhkou vláknitou nekrózu. Tato žlutá nekróza se často vyskytuje pod nekrotickým příškvarem, který

je znázorněn právě černou barvou. U takovéto rány je primárním cílem změkčení a odstranění ložiska. **Žlutá rána** značí taktéž nekrózu a hnis. V této fázi je vysoké riziko vzniku infekce a opět je na místě débridement. **Žlutočervená rána** se může řadit do stadia žluté rány, ale také červené, kdy červená barva značí granulační tkáň. Zde však musí být ošetřující pozorný a ránu správně zhodnotit. Červená barva může znamenat také koagula po poškození rány při odstraňování krytí. K léčbě je využíván débridement, lokální antiseptika a dbá se na udržení optimální vlhkosti v ráně. **Červená barva** označuje již granulující tkáň, na kterou následně navazuje vznik nového epitelu. **Červenorůžová barva** je mezi fází granulace a epitelizace, kdy granulační tkáň překrývá tenká vrstva epitelu. **Růžová rána** je stav, kdy je defekt překryt novým epitelem. V této poslední fázi je nejdůležitější ochrana epitelu před poškozením (Brabcová, 2021, s. 57–58).

4.3 Dokumentace rány

Nedílnou součástí při hojení chronické rány je také její dokumentace. Ta umožňuje především zpětnou kontrolu a zajišťuje tak kontinuitu péče. Nejstarší technika dokumentace rány je důkladný popis do dekurzu, kde se popisuje celkový vzhled, secernace, zápach, bolestivost, také kdo ránu ošetřil, jaký materiál použil a kdy by se měl provést další převaz rány (Brabcová, 2021, s. 23). Dalším způsobem, jak ránu dokumentovat je takzvaná fotodokumentace. Tato metoda je rychlá, snadná, objektivní a snímky je možné dlouhodobě archivovat a není k tomu potřeba drahé či speciální vybavení, vystačíme si s mobilním telefonem či tabletem (Brabcová, 2021, s. 23). Fotografické záznamy smí pořizovat pouze osoby poskytující přímou péči, tedy všeobecné sestry či lékaři. Záznamy by se vždy měly pořizovat ve stejné fázi převazu, ale také fotografovat za stejných světelných podmínek, ze stejné vzdálenosti a úhlu. Vždy by měla být zachována anonymita pacienta, Fotografie ran se stručně ale výstižně popisují a následně se data uchovávají ve formě tištěné, či elektronické (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 78–79).

S dnešní moderní dobou přicházejí však i jiné metody k hodnocení rány a to pomocí softwarových programů. Tyto softwary umožňují sledovat vzhled a velikost rány a následně porovnávat s minulým měřením (Brabcová, 2021, s. 23). Dokumentace rány je používána dle standardů oddělení či zdravotnického zařízení, vždy by ale měla být jasná, stručná, přehledná. Záznam chronické rány neslouží pouze ke kontrole správného provedení převazů, ale také jako právní ochrana personálu (Stryja et al., 2016, s. 214). Nesprávně vedená dokumentace chronické rány pak může vést k nedostatečné kontinuitě péče, nemožnost

hodnocení již provedené péče, ale také legislativní rizika (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 77–78).

4.4 Komunikace zdravotníků s pacientem

Velmi důležité ve zdravotnictví je ovládnání správné komunikace s pacientem. Pokud se personál naučí komunikovat, zvládne tak vytvořit pro pacienta příjemné, důvěrné prostředí, které může zmírňovat pocity strachu či obavy. Vždy je důležité pacienta respektovat a zanechat mu do jisté míry autonomii. O tom, že pracovník v sociálních či zdravotních zařízeních by měl být empatický, jste jistě již několikrát slyšeli, a i přesto to tu bude zmíněno, protože vcítění se do pacientovy situace může kolikrát pomoci k vybudování pozitivního vztahu s pacientem. A právě vztah, který si mezi sebou zdravotník a pacient vytvoří je důležitý pro efektivní spolupráci. V neposlední řadě by pracovník neměl nikdy zapomínat na to, že pacient vnímá nejen to, co říkáme, ale také neverbální stránku komunikace (Zacharová, 2016, s. 31). Pokud nemocný cítí, že zdravotníkovi, ať už všeobecné sestře či lékaři, může důvěřovat, lze předpokládat, že se následně nebude obávat sdělit veškerá svá trápení, starosti a obavy (Ptáček a Bartůněk, 2015, s. 101–105).

Při komunikaci jde také ale o to, aby pacient dostatečně pochopil, co se mu snaží zdravotnický personál sdělit či vysvětlit. Toho může být docíleno tak, že informace budou předávány pomalu, zřetelně a jasně. Vynechat by se měly také odborné pojmy, kterým pacient nemusí rozumět, popřípadě je při použití dostatečně vysvětlit. Důležité je také umět naopak i naslouchat a umět s informacemi, které pacient poskytne pracovat (Zacharová, 2016, s. 40). Při sdělování důležitých informací je vhodné nejen zjišťovat, zda nemocný všemu porozuměl, ale také dát následně prostor pro případné dotazy. Pokud si pacient přeje přítomnost rodinného příslušníka či jiné blízké osoby, mělo by mu to být dopřáno (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 165). Zmiňovaná dostatečná edukace a informovanost pacienta je nezbytná také proto, aby se pacient mohl aktivně zapojit do hojení rány a společně s lékařem rozhodovat o průběhu terapie (Halmo, 2014, s. 20–21).

4.5 Příprava pacienta k převazu

Samotný převaz rány může být pro pacienta velmi nepříjemný, především co se týče již zmíněné bolestivosti. Je proto vždy mimo samotného provedení převazu důležitá také příprava pacienta. Bolest vznikající v souvislosti s převazem by měla být co nejvíce minimalizována. K tomu může pomoci například volba vhodného krytí, které je neadherentní, zvlhčení krytí před jeho sundáváním, anebo farmakologicky. Farmaka se vždy podávají tak,

aby byla jejich účinnost v průběhu převazu maximální. Mimo přípravu týkající se bolesti je vždy nutné pacienta seznámit s tím, co se bude provádět. Pokud lékař rozhodne, že by byl vhodný invazivní zásah, je nutné, aby lékař sepsal s pacientem informovaný souhlas a dostatečně vysvětlil, o co se jedná (Stryja et al., 2016, s. 204–205). Příprava k převazu rány se může lišit dle místa. Jinak to bude v lůžkové a ambulantní části zařízení, či například v domácím prostředí. Vždy je však nezbytná péče o ruce, které by do rány mohly zanést infekci. Ruce by měly být řádně omyty, odezinfikovány a následně jsou použity ochranné rukavice (Vytečková et al., 2015, str. 216–217).

4.6 Stav péče v České republice

I přesto, že chronickými ránami trpí velká část obyvatel české republiky, je toto téma stále nedostatečně probírané a řešené. I z hlediska stárnutí populace se předpokládá, že množství pacientů s nehojící se ránou bude vzrůstat. V roce 2020 proběhl výzkum týkající se chronických ran a péče o pacienty s tímto zdravotním problémem. Během šetření byli respondenti dotazováni, zda jsou s péčí v ČR spokojeni, kdy 81 % dotazovaných odpovědělo, že více či méně ano, jediné co by zlepšili, je rychlejší proces hojení. Spokojenost vyjádřili především respondenti z větších měst, kde je také péče dostupnější. Velkou roli v úspěšnosti zhojení ran jednotlivých krajů hraje také přítomnost pracovišť s certifikací pro léčbu ran. To, že pracoviště nemá tuto certifikaci, nemusí samozřejmě ihned znamenat, že péče je zde méně kvalitní, avšak na certifikovaném pracovišti mají pacienti jistotu, že je zdravotnický personál náležitě vzděláván (Zahojíme, 2020).

Společnost, která udává tyto certifikace nese název Česká společnost pro léčbu rány, z.s., je nezisková a dobrovolná. Podporuje pracoviště, která v České republice zajišťují komplexní péči o pacienty s chronickými ránami. Posláním spolku je jednak sdružování osob, které mají zájem o ošetřování a léčbu pacientů s ranami nejrůznějších etiologií a také zvýšení prestiže těchto pracovišť mezi laiky ale i odbornou veřejností. Po celé české republice se nachází několik desítek pracovišť s touto certifikací. Certifikace je platná vždy na tři roky od udělení a udělovány jsou již od roku 2007 (Česká společnost pro léčbu rány, c2010). Mimo tato pracoviště jsou k dispozici také tzv. podiatrické ambulance. Tyto ambulance se specializují na pacienty se syndromem diabetické nohy nebo osoby se zvýšeným rizikem vzniku tohoto onemocnění. Česká podiatrická společnost ČLS J.E.P. na svých webových stránkách zveřejňuje seznam těchto pracovišť s adresou i případným kontaktem (Zahojíme, 2020). K datu 3. 10. 2022 bylo také v EUC Klinice otevřeno nové Centrum pro hojení chronických ran v Českých Budějovicích, první se nachází v Plzni. Výhoda těchto center spočívá

v komplexní péči poskytovanou takzvaně pod jednou střechou. Přímo na klinikách se nachází tým specialistů, např. cévní chirurg, diabetolog či dermatolog. Kliniky využívají péči založenou na doporučených postupech České společnosti pro léčbu ran (EUC, 2022).

V rozhovoru pro odborný časopis Braunoviny zmínil MUDr. Radovan Čech, že české zdravotnictví je obecně kvalitní a také povědomí lékařů ohledně využívání jednotlivých materiálů při léčbě ran je nyní výrazně na lepší úrovni, než před několika lety. Jak již bylo řečeno, v rámci efektivní léčby rány je důležitá také spolupráce pacienta, v tom právě MUDr. Čech nachází v České republice problém. Dle jeho slov často přijde do kontaktu s pacienty, kteří by ideálně veškeré kroky ke zhojení rány přenechali na zdravotnickém personálu bez jejich vlastní iniciativy a snahy o zlepšení stavu (Polášková, 2016).

Stav péče, kterou české zdravotnictví nejen v oblasti péče o nemocné s chronickými neboli nehojícími se ránami nabízí, je výrazně ovlivněn také zdravotním pojištěním, které je u nás v České republice využíváno. Oproti některým jiným typům pojištění využívaných v odlišných zemích by měla být péče poskytována všem občanům stejně a bez rozdílů a to na základě veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění a veškeré podmínky, práva a povinnosti tohoto pojištění nám upravuje zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zda je toto pojištění výhodnější než jiné, je velmi diskutabilní. Pozitivum lze vidět v dostupnosti a rovnosti péče, relativně kvalitní péči a také v možnosti svobodného výběru zdravotního zařízení (Česko, 1997). Lehká ekonomická diskriminace se však nachází právě u problematiky hojení ran. Materiály na nehojící se rány jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, avšak pouze částečně. Zbytek obvazového materiálu si pacienti musí zakoupit sami. Problém může nastat v případě, že se pacient nachází ve finanční tísní a nemá tak dostatek prostředků pro adekvátní množství materiálu potřebného pro kvalitní ošetřování rány. Některé metody hojení ran dokonce nejsou hrazeny pojišťovnami vůbec, mezi takové řadíme například již zmíněnou larvoterapii (Stryja et al., 2016, s. 201–202).

4.7 Vzdělávání sester v oblasti hojení ran

Pro kvalitní péči o chronické rány je nezbytné, aby byl ošetřující personál dostatečně a průběžně vzděláván. Materiály a krytí se neustále vyvíjí a proto je potřeba, aby zdravotníci znali nejen proces hojení chronických ran, ale také všechny možnosti léčby a uměli s jednotlivými materiály náležitě pracovat. Mimo informace, které všeobecná sestra získá během studia, jsou k dispozici také certifikované kurzy, kterými sestra získá mimo nové

informace také další kompetence (Brabcová, 2021, s. 158). Lékaři pak znalosti mohou čerpat například v rámci semináře zajišťovaného klinickým pracovištěm zabývajícím se hojením ran, na stážích či firemních přednáškách, které zajišťují odborní pracovníci.

Vyhláška č. 252 ze dne 27. září 2019 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která popisuje také kompetence sester, sice obsahuje, že sestra má pravomoc k hodnocení a ošetřování chronických ran, ale již nespecifikuje do jaké míry je kompetentní, co se týče rozhodování o léčbě rány (například volba vhodného krytí nebo frekvence převazů). I proto je vhodné, aby sestry, které se zajímají o problematiku chronických ran, neustále prohlubovaly a zdokonalovaly své znalosti a dovednosti právě například certifikovaným kurzem, ale také, vzhledem k neustálému vyvíjení krycího materiálu, samostudiem. Celoživotní vzdělávání je v České republice pro všechny pracovníky ve zdravotnictví povinné. Není však stanoveno v jaké míře, jak často ani jakou formou je nutno znalosti a dovednosti prohlubovat. Je velmi důležité pro průběžné obnovování a doplňování vědomostí a dovedností zdravotnických pracovníků. Mezi možnosti vzdělávání pak řadíme specializační vzdělávání, účast na školicích akcích, kongresech, konferencích a sympoziích, publikační, vědecko-výzkumná a pedagogická činnosti, účast na odborných stážích v akreditovaných zařízeních nebo již zmíněné samostudium či inovační a certifikované kurzy. Certifikované kurzy jsou vždy realizovány v zařízeních s akreditací pro daný vzdělávací program certifikovaného kurzu. Akreditaci uděluje ministerstvo zdravotnictví. Po úspěšném dokončení tohoto kurzu získává absolvent certifikát s výčtem činností, ke kterým je odborně způsobilý (Česko, 2017).

Z důvodu narůstajícího počtu pacientů s nehojícími se ránami ministerstvo zdravotnictví navrhlo vznik nového oboru specializačního vzdělání zabývajícím se výhradně léčbou chronických ran. Dle jejich slov je současné nastavení vzdělávání v oblasti péče o pacienty s chronickými ránami nedostatečné a vznik tohoto nového oboru by mohlo být přínosem nejen z hlediska zkvalitnění života pacientů, ale také se předpokládá úspora v oblasti zdravotních pojišťoven na léčbu nehojících se ran (Kut Citores, 2023).

V rámci výzkumné části diplomové práce s názvem Nové trendy v hojení chronických ran pak zkoumala autorka Bc. Kamila Krejsková (2013) také právě zájem sester o získávání informací týkajících se nových trendů v ošetřování chronických ran, kdy nejčastější odpovědí bylo, že se o informace zajímají, pokud na ně někde narazí. Pár z nich také aktivně vyhledává nové informace během volného času. Jako zdroj získávání informací uváděly především

odborné časopisy či semináře, dále uvedly například kurzy, internet, setkání sester pečujících o nehojící se rány či přímo od firem nabízejících produkty k léčbě ran. Z hlediska dalšího vzdělávání, v našem případě tedy ohledně péče o pacienty s nehojícími se ránami, je nezbytné, aby byli zdravotníci ke vzdělávání motivováni. Motivace může být různá, avšak jako nejatraktivnějším motivačním faktorem je finanční ohodnocení, dále možnost vykonávat kvalitnější práci a možnost lepšího uplatnění. Motivovat k prohlubování svých znalostí vzděláváním by se měli pracovníci jednak sami, ale motivovat a také podporovat ve vzdělávání by je měl především jejich nadřízený (Krocová et al., 2018).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část je zaměřena na popis použitého dotazníku, průběhu sběru dat a popis výzkumného vzorku. Následně se zabývá analýzou dat, která byla získána pomocí kvantitativní metody, přesněji tedy dotazníkovým šetřením. V této kapitole jsou také popsány stanovené hypotézy včetně jejich závěrů.

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

5.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě hlavního a dílčích cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky a hypotézy.

Výzkumné otázky:

1. Jaký je průběh a postupy při léčbě nehojící se rány?
2. Jakým způsobem komunikuje personál s pacientem?
3. Jsou dostatečně tlumeny bolesti způsobené chronickou ránou či její léčbou?
4. Souvisí řešená problematika během kontrol se změnou psychického stavu pacienta?
5. Souvisí délka trvání léčby chronické rány s tím, kdo ránu pravidelně převazuje?
6. Jsou pacienti spokojeni s celkovou péčí, a co by popřípadě změnili?

Hypotézy:

1. Neexistuje statisticky významný vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta.
2. Neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje.

5.2 Tvorba dotazníku

Dotazník pro toto výzkumné šetření byl použit vlastní. Vytvořen byl autorkou (viz příloha B), na podkladě několika konzultací s vedoucím diplomové práce, jeho odborných rad a znalostí. Pro zjištění srozumitelnosti jednotlivých otázek byl proveden krátký předvýzkum, kdy celkem 5 respondentů vyplňovalo vytvořený dotazník. Při vyplňování se nevyskytl žádný problém a dotazník byl tedy ponechán v původním stavu. Dotazníky vyplněné během předvýzkumu byly použity v rámci výzkumného šetření a následné analýzy dat. V úvodu se respondenti mohli dozvědět jméno autora a vedoucího diplomové práce, již zmíněný název práce a účel

dotazníkového šetření. Dále byly uvedeny instrukce pro správné vyplňování dotazníku a poděkování. Dotazník se skládá ze dvou částí, kdy první se zaměřuje na osobní a demografické údaje respondentů a druhá část se skládá z otázek týkajících se průběhu a postupů léčby, tlumení bolestí, komunikací a přístupu personálu a ostatních problematik souvisejících s dílčími cíli. Otázky v dotazníku byly z velké části pouze uzavřené. Polouzavřené otázky byly celkem čtyři, jednalo se o dotazníkovou položku č. 6, 7, 29 a 30. Otevřená otázka (č. 25) byla pouze jedna a byla zaměřena na počet již použitých způsobů terapie chronické rány. Výsledky se následně analyzovaly a rozdělily do příslušných kategorií.

5.3 Výzkumný vzorek

Výzkumného šetření se tedy zúčastnilo celkem 81 respondentů z České republiky v okolí Libereckého a Pardubického kraje. Tito pacienti navštěvující ambulance specializované na léčbu chronických ran, hospitalizované na lůžkovém oddělení či využívající možnosti služeb domácí péče. Podmínkou pro zařazení respondentů do výzkumu byla skutečnost, že se pacient léčí s chronickou ránou a souhlasil s účastí při výzkumném šetření.

5.4 Sběr dat

Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření v období mezi listopadem 2022 a lednem roku 2023 a to mezi pacienty léčícími se dlouhodobě s jakoukoliv nehojící se ránou. Před započítáním samotného výzkumu byly zajištěny souhlasy s realizací výzkumného šetření nejen s fakultou zdravotnických studií, ale také od vedoucích pracovníků jednotlivých zdravotnických zařízení (viz příloha C). Sběr dat proběhl ve třech zdravotnických institucích Libereckého a Pardubického kraje. Dotazník byl vyplňován respondenty výhradně papírovou formou. Pacienti byli na úvod seznámeni s názvem a cílem diplomové práce a také anonymitou tohoto výzkumného šetření. Následně dostali pokyny ke správnému vyplňování dotazníku. Celkový počet rozdaných dotazníků činil 110 kusů, počet získaných byl 90, z nichž bylo pouze 81 dotazníků řádně vyplněných a tedy i následně použitelných pro účely výzkumné části této diplomové práce. Návratnost tohoto výzkumného šetření tedy činí 73,6 %.

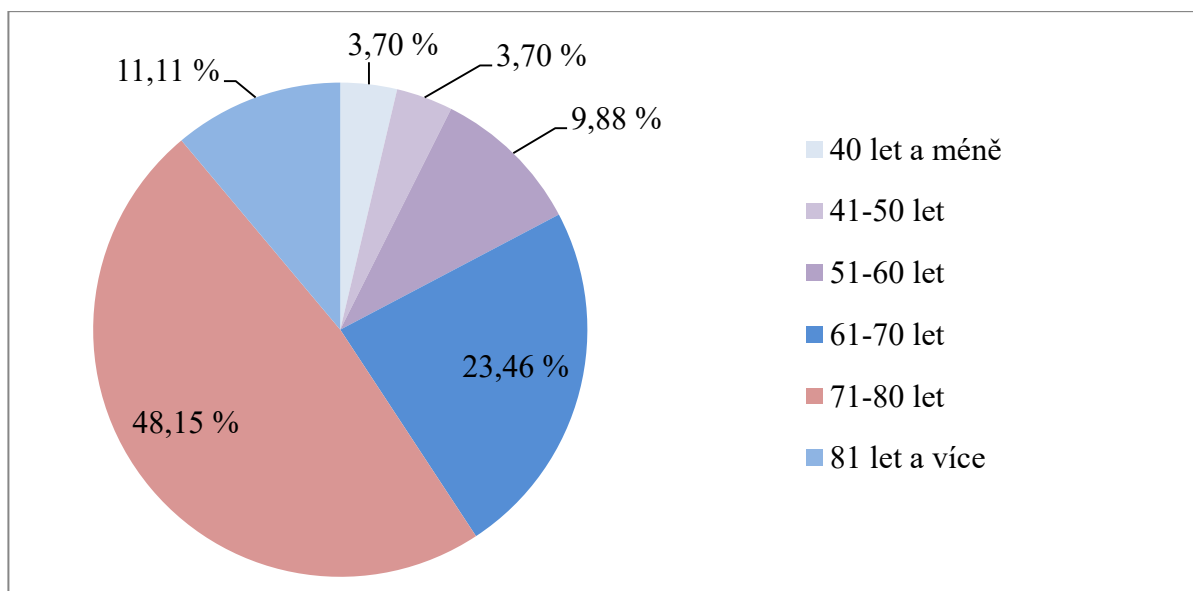
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části diplomové práce budou analyzovány výsledky jednotlivých dotazníkových položek. Dále bude také popsána analýza stanovených obou hypotéz.

6.1 Zpracování a analýza dat

Data získaná z dotazníkového šetření byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a stanovené hypotézy v programu TIBCO Statistica™ 14.0.0. Z jednotlivých otázek byly vytvořeny grafy vyznačující počet respondentů v relativní četnosti, tedy v procentech. Procenta byla pro zachování jednotnosti práce vždy zaokrouhlena na dvě desetinná místa. V popisech grafů jsou pro větší přehlednost čtenářů uvedeny odpovědi včetně četnost relativní také v četnosti absolutní.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

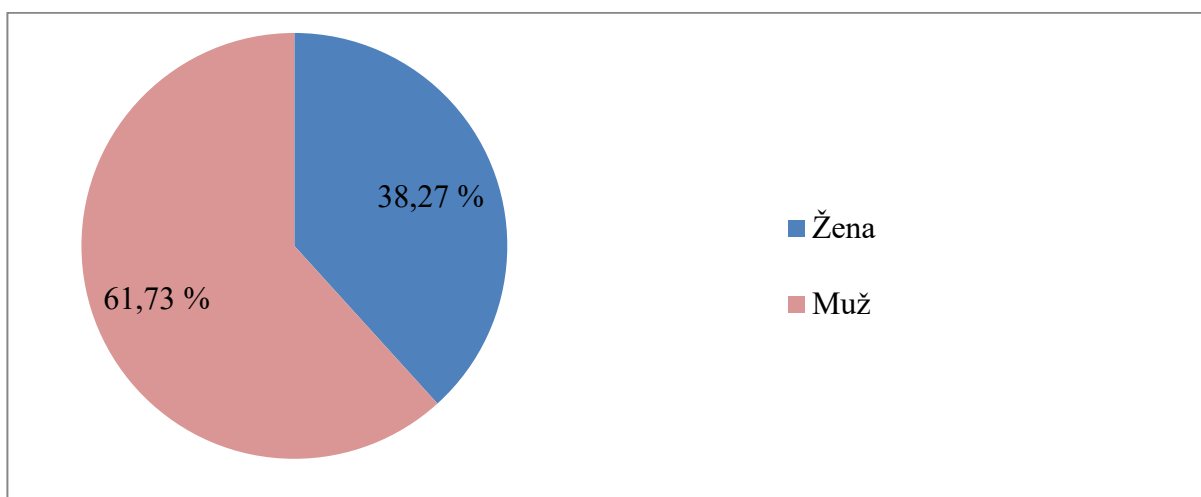


Graf 1 Věk respondentů

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 1 byli respondenti dotazováni na jejich věk. Z grafu je patrné, že největší množství zúčastněných, tedy 39 (48,15 %), bylo ve věku 71-80 let. Druhou nejpočetnější skupinou s počtem 19 respondentů (23,46 %), byli pacienti ve věku 61-70 let. Odpověď 81 let a více uvedlo 9 (11,11 %) dotazovaných a ve věku 51-60 let uvedlo 8 (9,88 %) respondentů. Nejméně respondentů pak bylo ve věku 41-50 let a 40 let a méně, kdy obě skupiny byly zastoupeny 3 (3,70 %) respondenty (viz Graf 1).

Otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

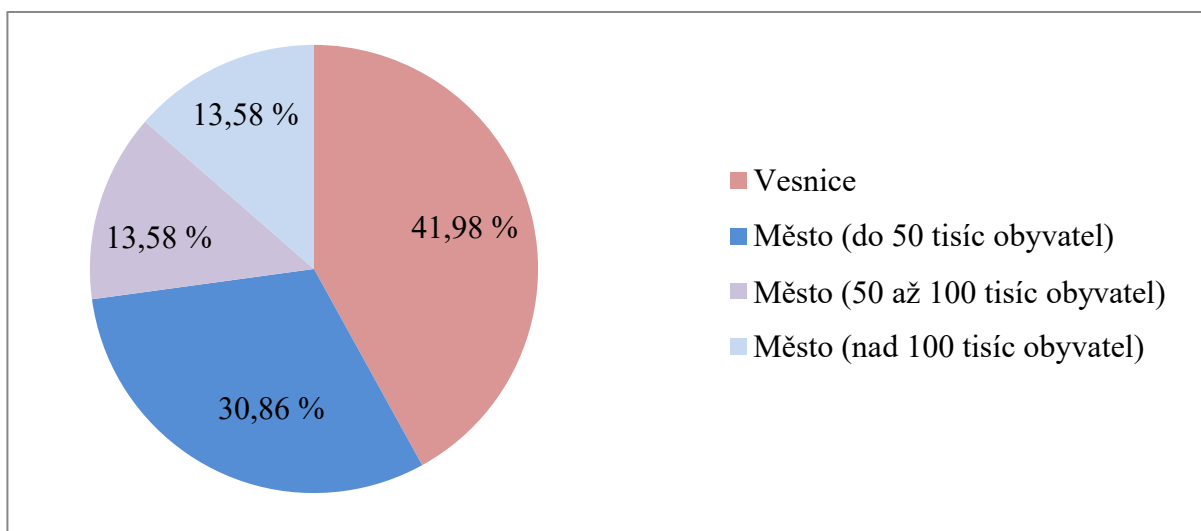


Graf 2 Pohlaví respondentů

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 2 zjišťovala pohlaví respondentů. Graf 2 zobrazuje, že větší množství respondentů, přesněji 50 (61,73 %), tvořili muži. Zbýlých 31 (38,27 %) dotazovaných byly ženy.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše místo bydliště?

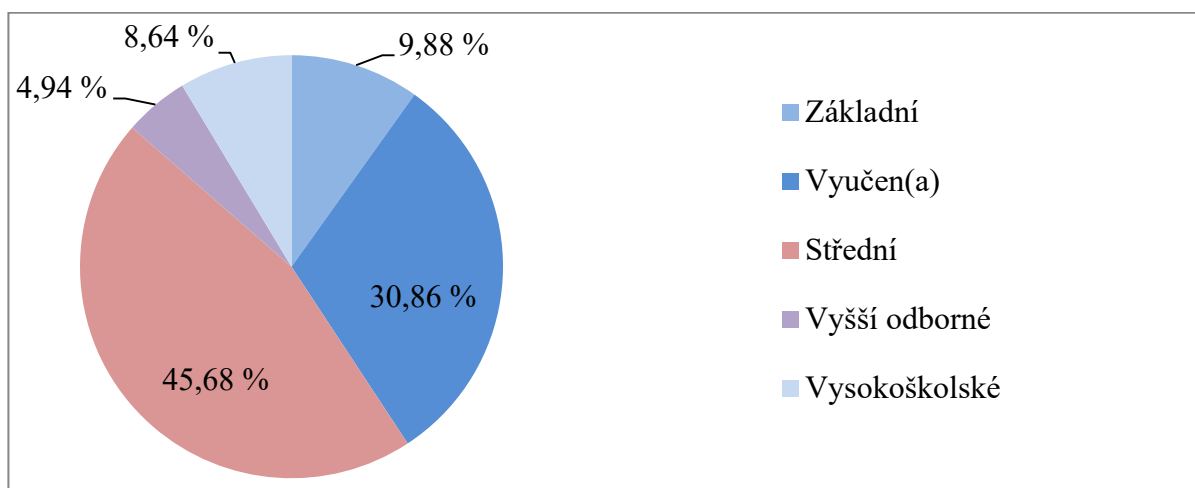


Graf 3 Místo bydliště

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 3 se zaměřovala na místo bydliště pacientů. Velká část, 34 (41,98 %) dotazovaných, uvedla jako místo bydliště vesnici. Ve městě do 50 tisíc obyvatel žije 25 (30,86 %) respondentů a ve městech s 50 až 100 tisíci obyvatel bydlí 11 (13,58 %) pacientů, stejně jako ve městech nad 100 tisíc obyvatel (viz Graf 3).

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

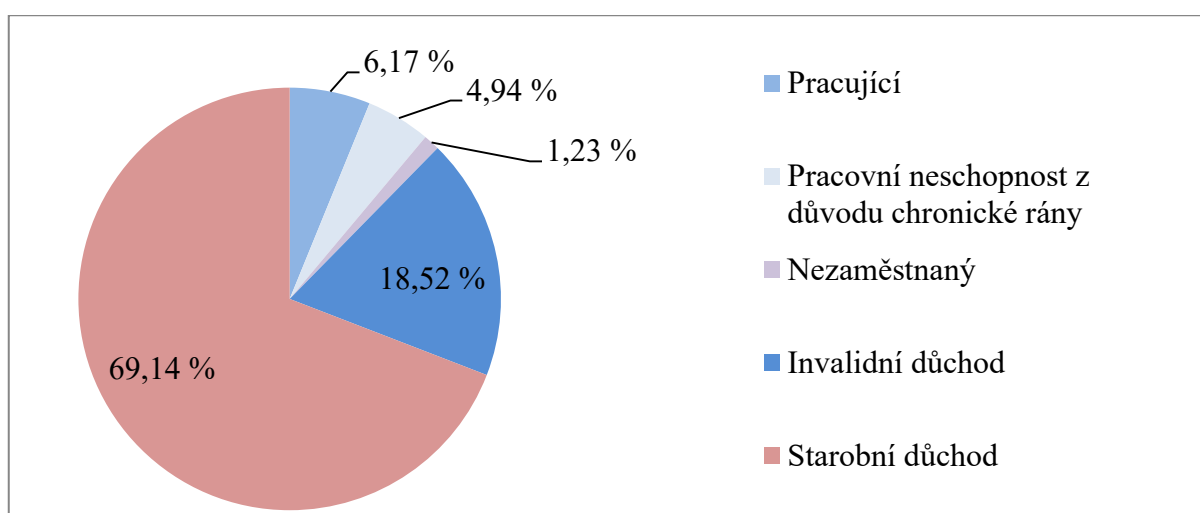


Graf 4 Vzdělání

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 4 bylo zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Největší množství pacientů, tedy 37 (45,68 %), má dokončené střední vzdělání zakončené maturitní zkouškou. Vyučeno je 25 (30,86 %) dotazovaných a 8 (9,88 %) respondentů má pouze základní vzdělání. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 7 (8,64 %) pacientů a 4 (4,94 %) respondenti uvedli jako nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné (viz Graf 4).

Otázka č. 5: Jaký je nyní Váš stav?



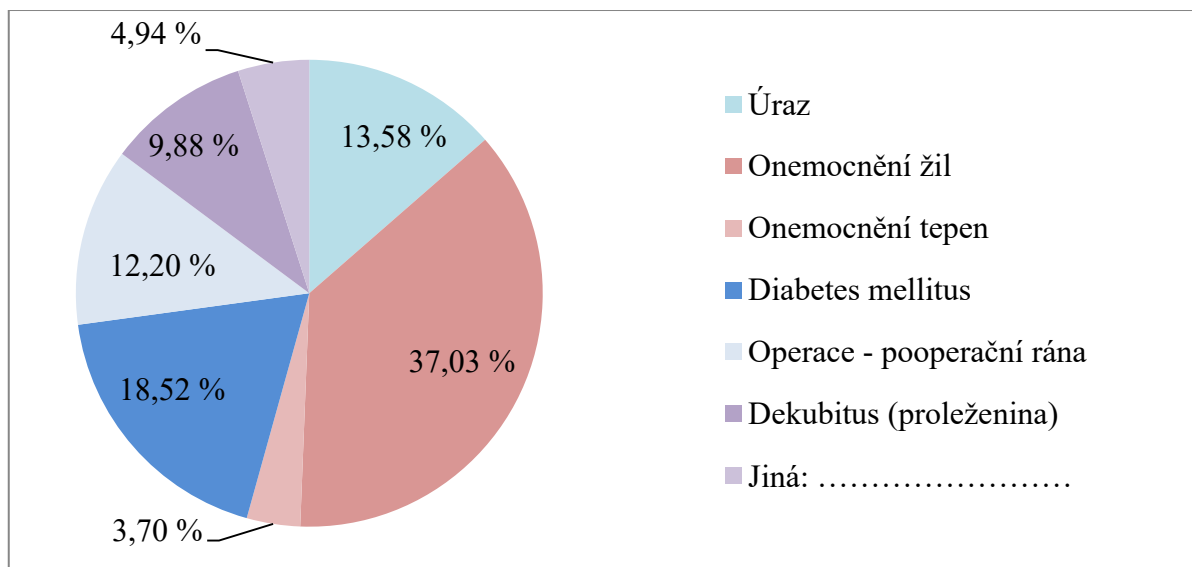
Graf 5 Zaměstnání

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 5 se zaměřovala na to, zda je pacient pracující či ne a popř. z jakého důvodu. 56 (69,14 %) respondentů jsou již ve starobním důchodu a 15 (18,52 %) v důchodu invalidním. Pracujících pacientů se zúčastnilo 5 (6,17 %). V pracovní neschopnosti z důvodu

chronické neboli nehojící se rány jsou 4 (4,94 %) respondenti a pouze 1 (1,23 %) pacient je nezaměstnaný (viz Graf 5).

Otázka č. 6: Co způsobilo Vaši ránu?

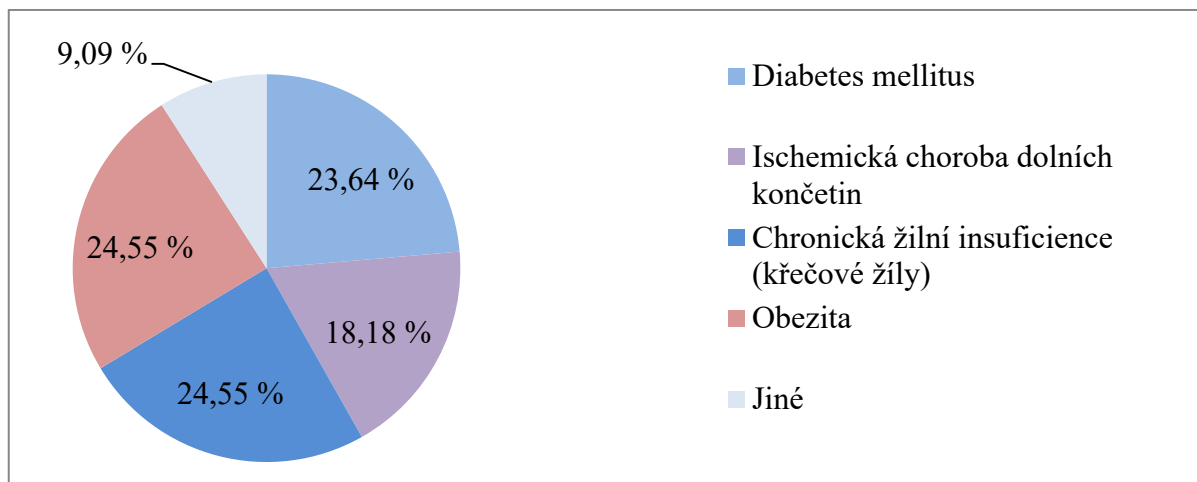


Graf 6 Etiologie rány

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 6 byli respondenti dotazováni na etiologii neboli příčinu vzniku chronické rány. Nejčastější příčinou vzniku nehojící se rány je onemocnění žil, kdy tuto odpověď zvolilo 30 (37,03 %) pacientů. Druhou nejčastější odpovědí bylo onemocnění s názvem Diabetes mellitus, tuto odpověď označilo 15 (18,52 %) respondentů. Úraz jako příčinu zvolilo (13,58 %) pacientů a 10 (12,20 %) dotazovaných se léčí s nehojící se ránou zapříčiněnou komplikovaným hojením původní rány operační. Další skupinu (8 respondentů; 9,88 %) pak tvoří pacienti s dekubitem neboli proleženinou a 3 (3,70 %) respondenti uvedli příčinu vzniku rány na podkladě onemocněním tepen. Odpověď „jiná“ byla zvolena 4 (4,94 %) nemocnými, kdy měli možnost svými slovy popsat příčinu rány (viz Graf 6). Mezi tyto odpovědi se řadil například erysipel, popálenina nebo nehojící se maligní rány.

Otázka č. 7: Máte nějaká přidružená onemocnění související se vznikem rány? Možno vybrat více odpovědí.

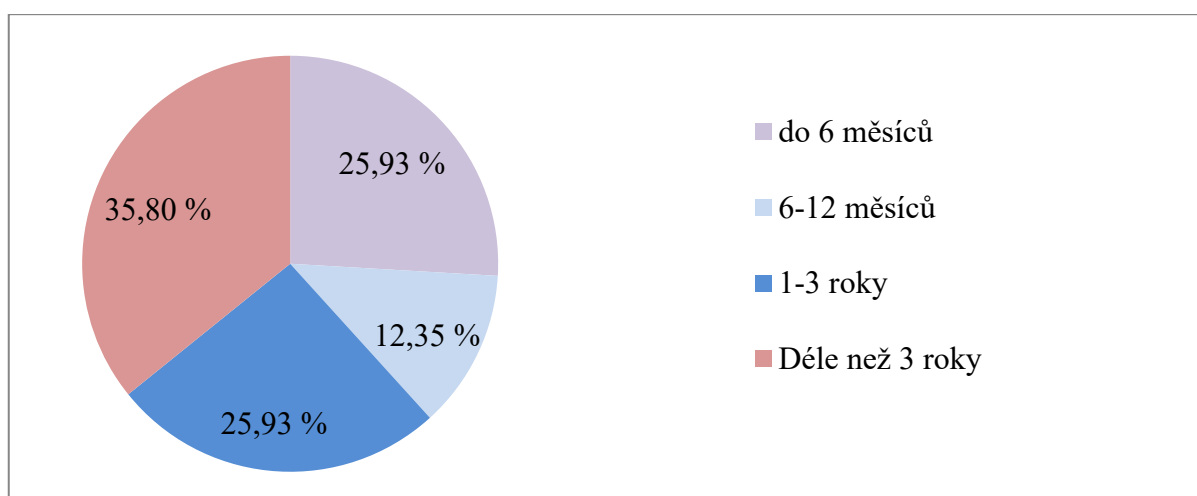


Graf 7 Přidružená onemocnění

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 7 zjišťovala, zda má respondent přidružená onemocnění související s ránou. Bylo možné uvést více, než jednu odpověď. Nejčastějším onemocněním s počtem 27 (24,55 %) respondentů byla chronická žilní insuficience a obezita. S cukrovkou (diabetes mellitus) se léčí 26 (23,64 %) dotazovaných. Ischemickou chorobu dolních končetin uvedlo 20 (18,18 %) respondentů. Posledních 10 (9,09 %) osob zvolilo odpověď „jiné“, kde se opakovala onemocnění jako neuropatie, roztroušená skleróza, kvadruplegie, stav po úrazu či sarkom (viz Graf 7).

Otázka č. 8: Jak dlouho se léčíte s chronickou ránou?

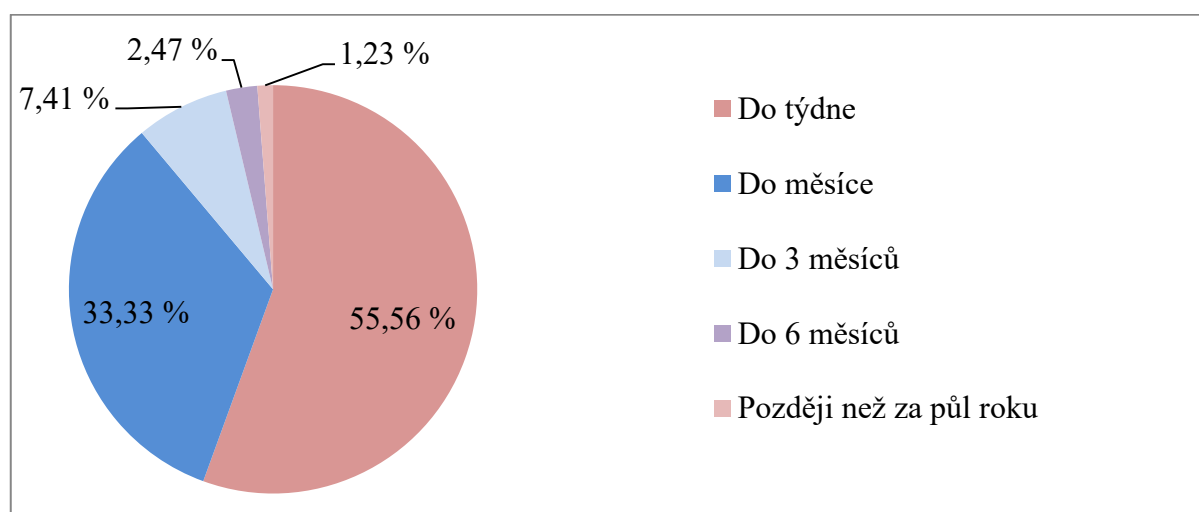


Graf 8 Délka trvání léčby

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 8 byli respondenti dotazováni na trvání léčby chronické rány. Déle než 3 roky se s chronickou ránou léčí 29 (35,80 %) pacientů. Léčbu 1 až 3 roky uvedlo 21 (25,93 %) dotazovaných stejně jako trvání chronické rány do 6 měsíců, což označil stejný počet respondentů, tedy 21 (25,93 %). Poslední možností bylo rozmezí léčby 6 až 12 měsíců, kterou označilo 10 (12,35 %) respondentů (viz Graf 8).

Otázka č. 9: Po jak dlouhé době od vzniku chronické rány jste navštívil/a lékaře?

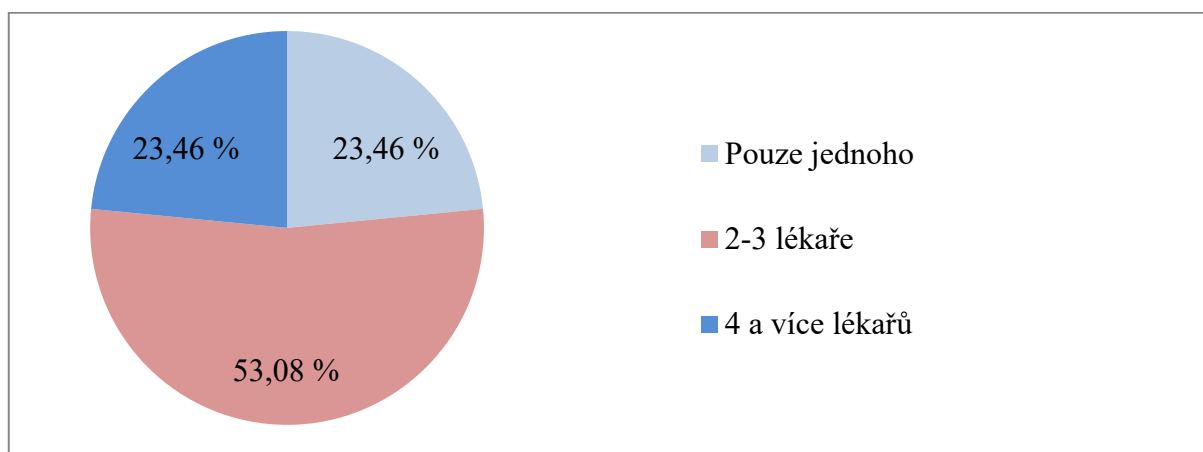


Graf 9 Návštěva lékaře od vzniku rány

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 9 se dotazovala respondentů na dobu uplynutou od vzniku rány po první návštěvu lékaře. Největší počet respondentů, přesně 45 (55,56 %), navštívil lékaře do týdne od vzniku rány. Odpověď do 1 měsíce označilo 27 (33,33 %) dotazovaných. Do 3 měsíců absolvovalo kontrolu u lékaře 6 (7,41 %) respondentů a do 6 měsíců 2 (2,47 %) dotazovaní. Později než za půl roku uvedl pouze 1 (1,23 %) respondent (viz Graf 9).

Otázka č. 10: Kolik lékařů jste celkem během léčby chronické rány navštívil/a?

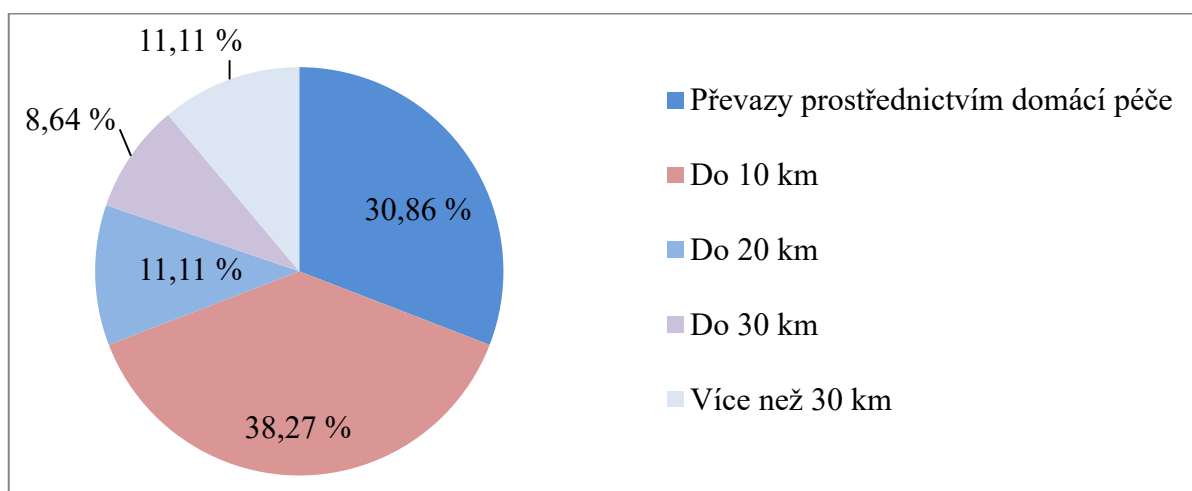


Graf 10 Počet navštívených lékařů

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 10 byl zjišťován počet lékařů, který během léčby své rány pacienti navštívili. Více než polovina, přesněji 43 (53,08 %), dotazovaných odpovědělo, že vystřídal 2 až 3 lékaře. Dalších 19 (23,46 %) respondentů uvedlo, že během léčby chronické rány navštěvují pouze jednoho, stále stejného lékaře a stejný počet, tedy 19 (23,46 %), dotazovaných byl léčen více než 4 lékaři (viz Graf 10).

Otázka č. 11: Jak daleko musíte dojíždět na pravidelné kontroly/ převazy?



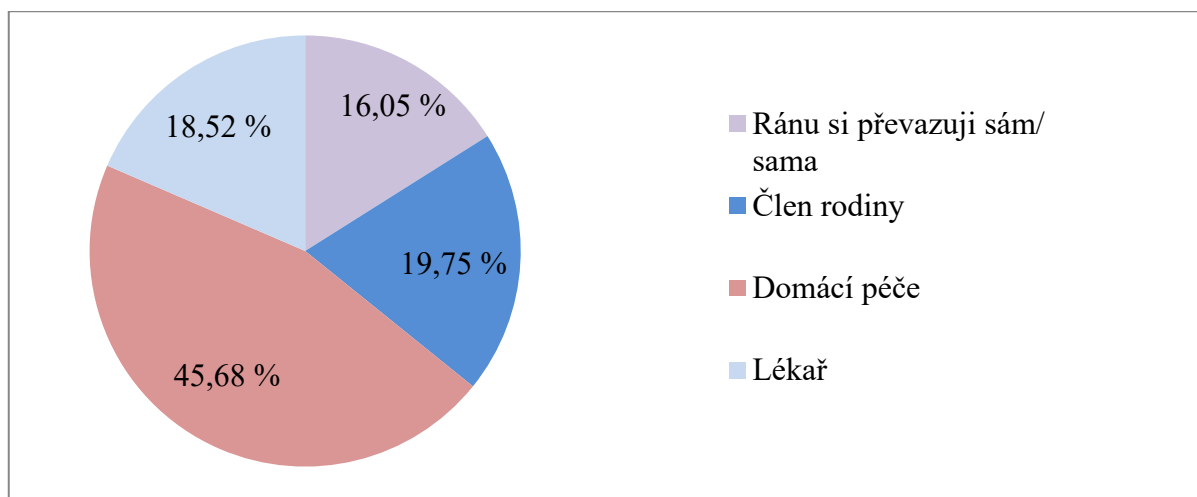
Graf 11 Dojezdová vzdálenost

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 11 se zajímala o vzdálenost, kterou pacienti musí dojíždět na pravidelné kontroly. Do 10 km odpověděli v počtu 31 (38, 27%) respondentů, 25 (30, 86 %) pacientů využívá služeb domácí péče, 9 (11,11 %) pacientů má dané zdravotnické zařízení do 20 km od místa

bydliště a stejný počet osob, tedy 9 (11,11 %), dojíždí na pravidelné kontroly a převazy dokonce více než 30 km. Posledních 7 (8,64 %) respondentů odpovědělo, že dojezdová vzdálenost od jejich místa bydliště je do 30 km (viz Graf 11).

Otázka č. 12: Kdo Vám ránu pravidelně převazuje?

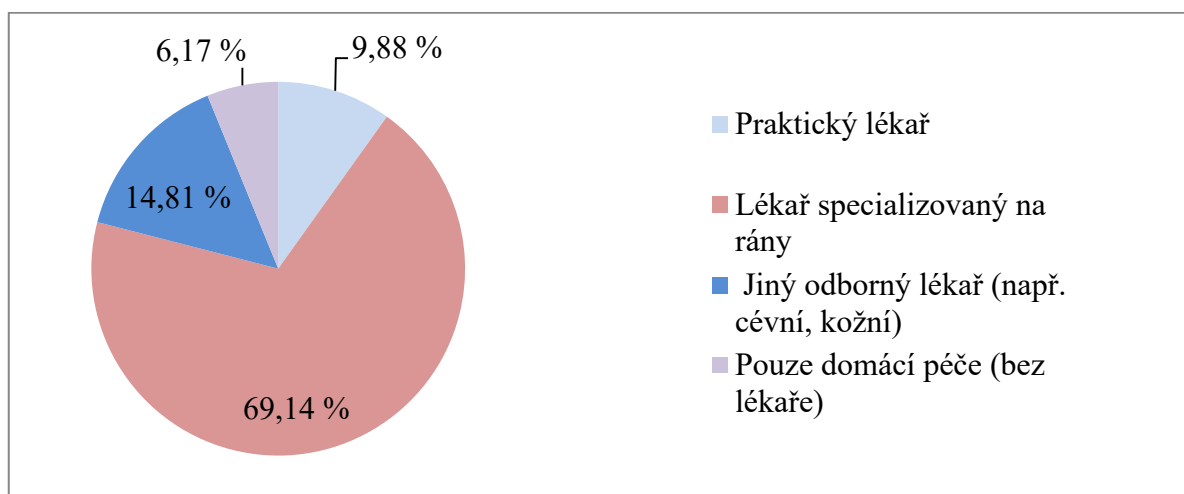


Graf 12 Kdo provádí pravidelné převazy

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 12 respondenti odpovídali na to, kdo jim ránu pravidelně převazuje. Největší množství, přesněji 37 (45,68 %), pacientů využívá služeb domácí péče, která ránu ošetří v místě bydliště pacienta. U 16 (19,75 %) respondentů provádí převazy člen rodiny. K lékaři dojíždí na pravidelné ošetření rány 15 (18,52 %) dotazovaných a samostatně si ránu převazuje 13 (16,05 %) pacientů (viz Graf 12).

Otázka č. 13: Kdo Vám ránu pravidelně kontroluje?

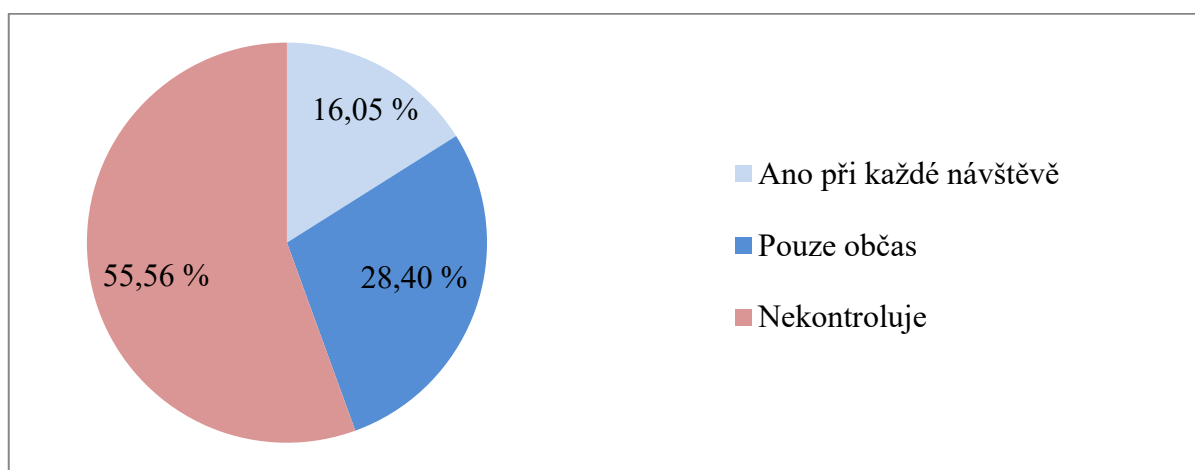


Graf 13 Pravidelné kontroly

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 13 se zajímala o problematiku pravidelných kontrol stavu chronické rány. Kontroly u lékaře specializovaného na léčbu chronických ran podstupuje 56 (69,14 %) respondentů. Dalších 12 (14,81 %) dotazovaných odpovědělo, že jim pravidelné kontroly provádí jiný odborný lékař, jako například cévní nebo kožní. K praktickému lékaři dochází na kontroly 8 (9,88 %) respondentů. Posledních 5 (6,17 %) osob uvedlo, že jim ránu kontrolu pouze domácí péče a to bez přítomnosti lékaře (viz Graf 13).

Otázka č. 14: Kontroluje Vám praktický lékař při návštěvě chronickou ránu?



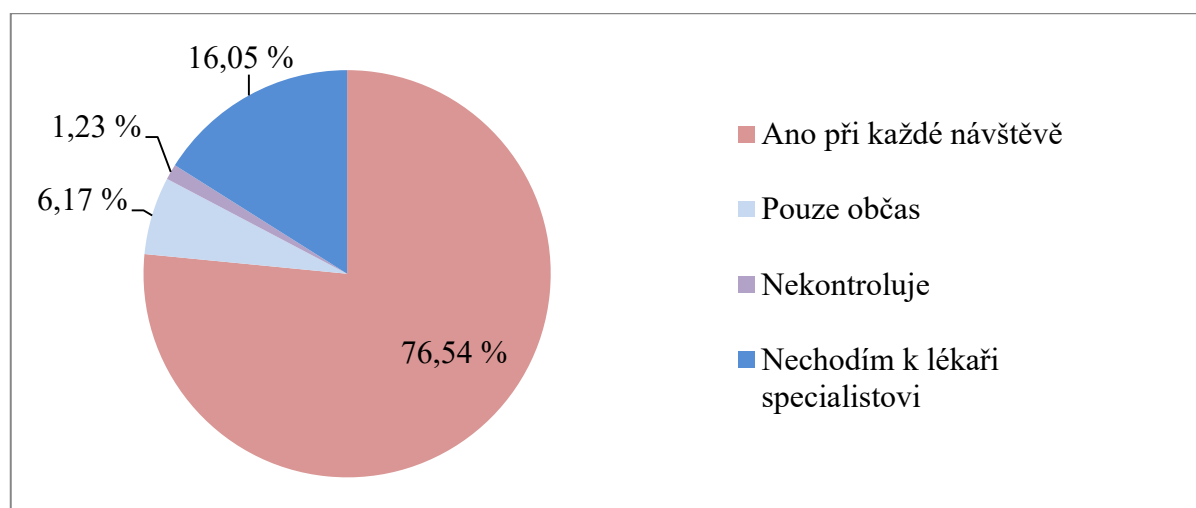
Graf 14 Kontrola rány praktickým lékařem

(zdroj: vlastní)

Dále bylo zjišťováno, zda je nehojící se rána kontrolována také při návštěvě praktického lékaře, k čemuž byla využita otázka č. 14. Více než polovina, přesněji 45 (55,56 %), uvedla,

že jim praktický lékař ránu nekontroluje vůbec. Dále 23 (28,40 %) dotazovaných zvolilo odpověď, že pouze občas a posledním 13 (16,05 %) respondentům je rána praktickým lékařem kontrolována, a to při každé návštěvě (viz Graf 14).

Otázka č. 15: Kontroluje Vám ránu specializovaný lékař?

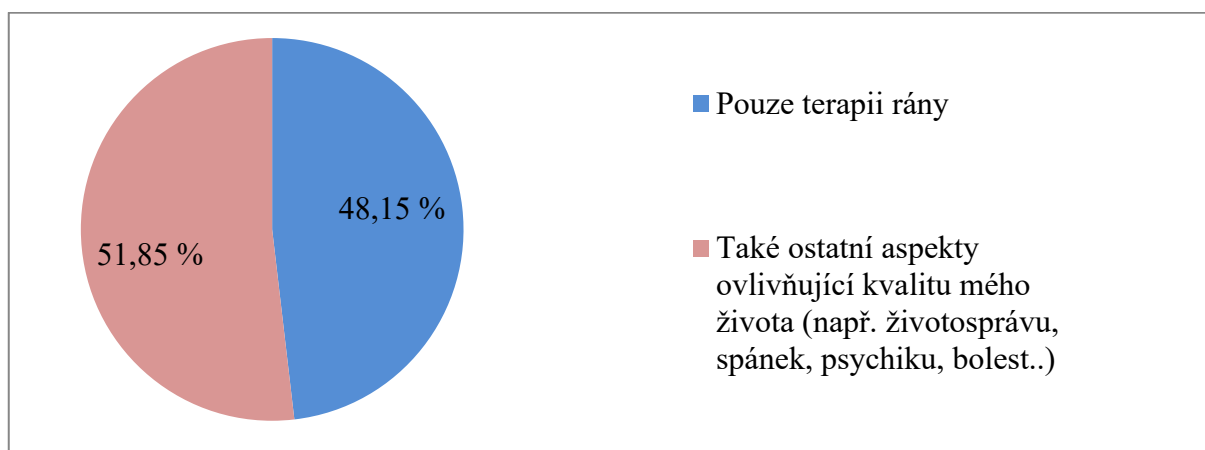


Graf 15 Kontrola rány specialistou

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 15 se opět soustředila na kontrolu rány, tentokrát lékařem specializovaným buď na chronické rány, či jiným specialistou (viz otázka č. 15). Největší počet respondentů, tedy 62 (76,54 %), respondentů má ránu kontrolovanou při každé návštěvě. Další větší skupinou byli pacienti, kteří nechodí k lékaři specialistovi vůbec, těch bylo přesně 13 (16,05 %). Dále 5 (6,17 %) dotazovaných uvedlo, že jim je rána kontrolována pouze občas a 1 (1,23 %) respondent uvedl, že rána není kontrolována vůbec (viz Graf 15).

Otázka č. 16: Co vše řešíte s lékařem/sestrou, který/á ránu ošetřuje?

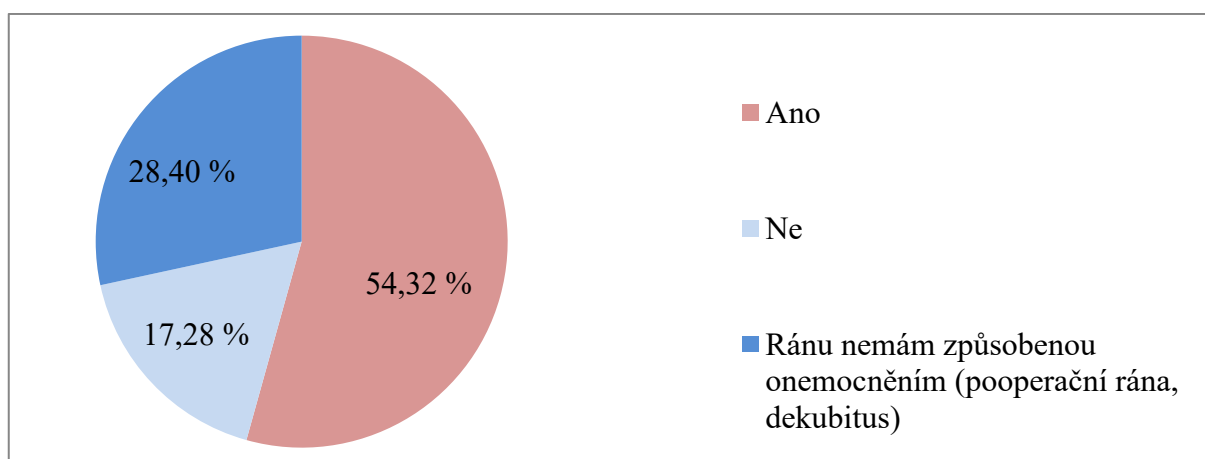


Graf 16 Řešená problematika

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 16 se zaměřovala na problematiku řešenou s pacientem během kontroly/ ošetřování rány. Více než polovina 42 (51,85 %) odpovědělo, že je s ním konzultována také celková kvalita života např. zda pacient netrpí bolestmi, zda nemá problémy se spánkem, psychikou, či jakým způsobem se stravuje. Zbývajících 39 (48,15 %) respondentů zvolilo odpověď, že je při kontrolách středem zájmu pouze terapie nehojící se rány a na ostatní problémy se již příliš nesoustředí (viz Graf 16).

Otázka č. 17: Pokud je Vaše rána způsobena onemocněním, je léčeno také toto onemocnění? (např. výživa, léky..)



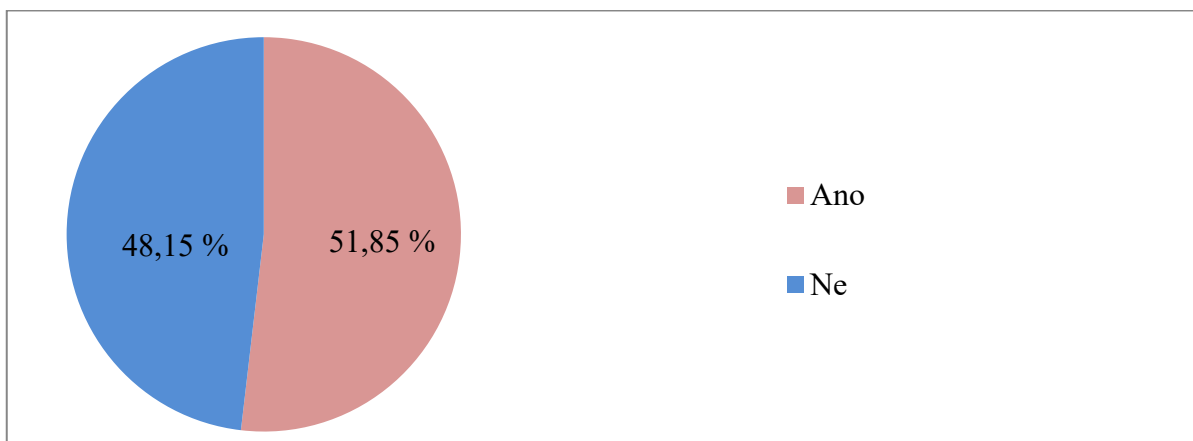
Graf 17 Terapie onemocnění

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 17 byli respondenti dotazováni na terapii onemocnění způsobující chronickou ránu, samozřejmě pouze za předpokladu, že rána je způsobena na podkladě onemocnění.

Prvních 44 (54,32 %) dotazovaných označilo, že mimo terapii chronické rány je léčeno také příčinné onemocnění. Dále 23 (28,40 %) respondentů odpovědělo, že ránu nemají vzniklou na podkladě nemoci. U posledních 14 (17,28 %) pacientů je však terapie tohoto onemocnění opomenuta (viz Graf 17).

Otázka č. 18: Musel/a jste být někdy kvůli nehojící se ráně hospitalizován/a?

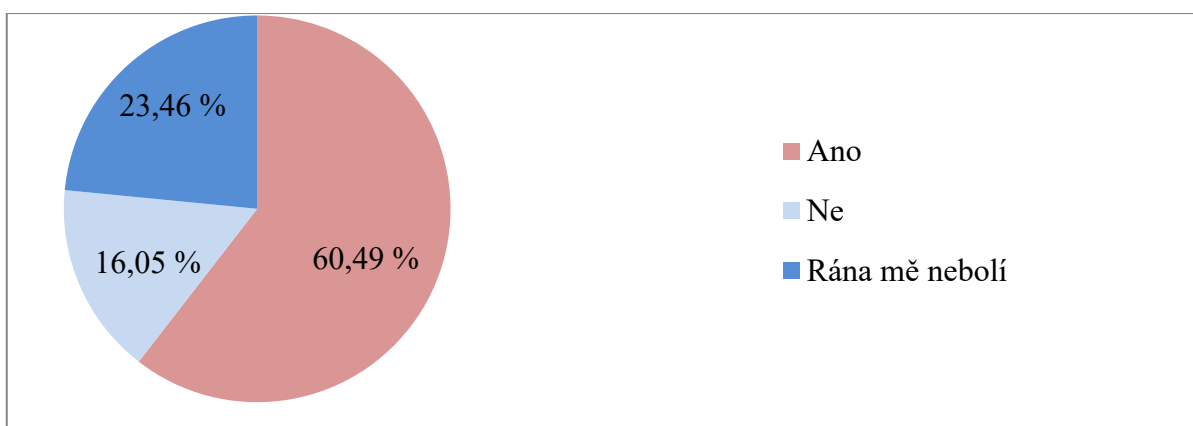


Graf 18 Hospitalizace

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 18 měla za cíl zmapovat, kolik účastníků výzkumného šetření bylo nuceno být v souvislosti s chronickou ránou hospitalizováno. Hospitalizaci spojenou s chronickou ránou podstoupilo 42 (51,85 %) respondentů a 39 (48,15 %) dotazovaných hospitalizováno nebylo (viz Graf 18).

Otázka č. 19: Byl Vám nabídnut recept na léky tlumící bolest?

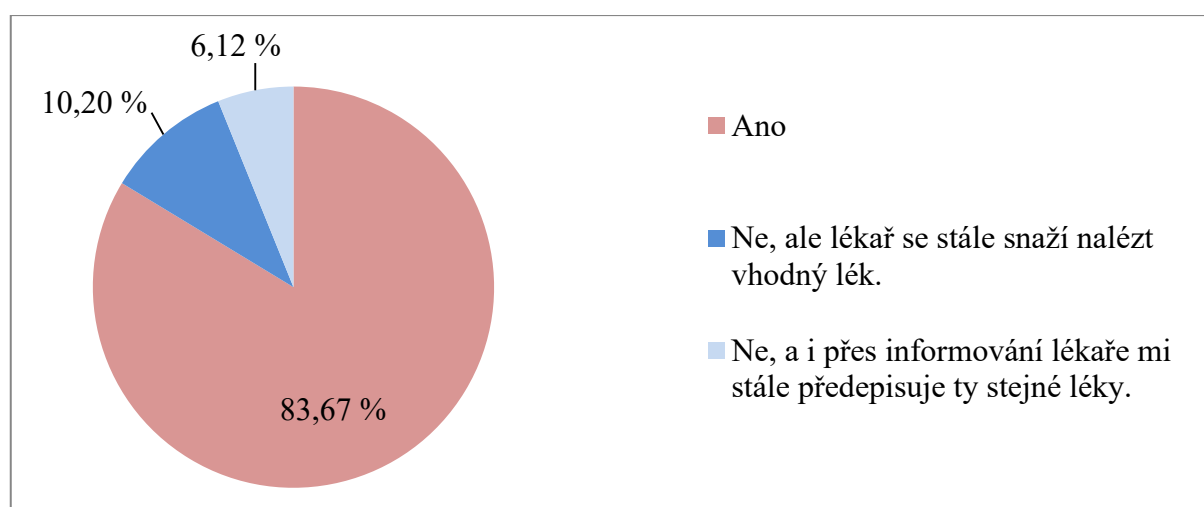


Graf 19 Recept- analgetika

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 19 se zajímala o problematiku tlumení bolesti. Přesněji byla zaměřena na to, zda bylo pacientovi nabídnuto vypsání receptu na analgetika neboli na léky tlumící bolest. Tuto možnost mělo 49 (60,49 %) respondentů, dalších 19 (23,46 %) osob chronická rána nebolí, tudíž nebyla tato nabídka ani potřeba. Zbývajících 13 (16,05 %) dotazovaných však odpovědělo, že i přes bolesti způsobené nehojící se ránou jim léky k tlumení bolesti nabídnuty nebyly (viz Graf 19).

Otázka č. 20: Jsou tato předepsaná analgetika dostatečně účinná? Odpovězte, pouze pokud jste zvolili v otázce č. 19 odpověď a).

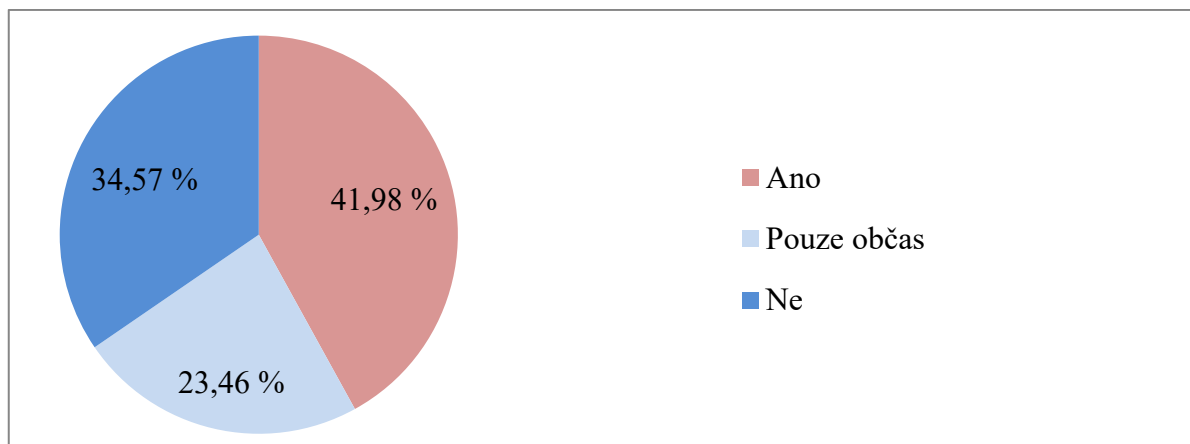


Graf 20 Účinnost předepsaných analgetik

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 20 byla určena pouze pro pacienty, kteří v otázce č. 18 odpověděli, že jim byla předepsána analgetika, odpovědělo proto pouze 49 pacientů. Většina z nich, přesně 41 (83,67 %) respondentů je s předepsanými léky spokojeno. Dalších 5 (10,20 %) dotazovaných odpovědělo, že jim analgetika nezabírají dostatečně, avšak lékař se snaží najít jiná, vyhovující. Poslední 3 (6,12 %) respondenti však nejsou s výběrem a účinností analgetik spokojeni, avšak analgetika jim jsou i přes informování lékaře stále předepisována stejná (viz Graf 20).

Otázka č. 21: Je Vám při náročnějším/ bolestivějším převazu rány nabídnuto tlumení bolesti?

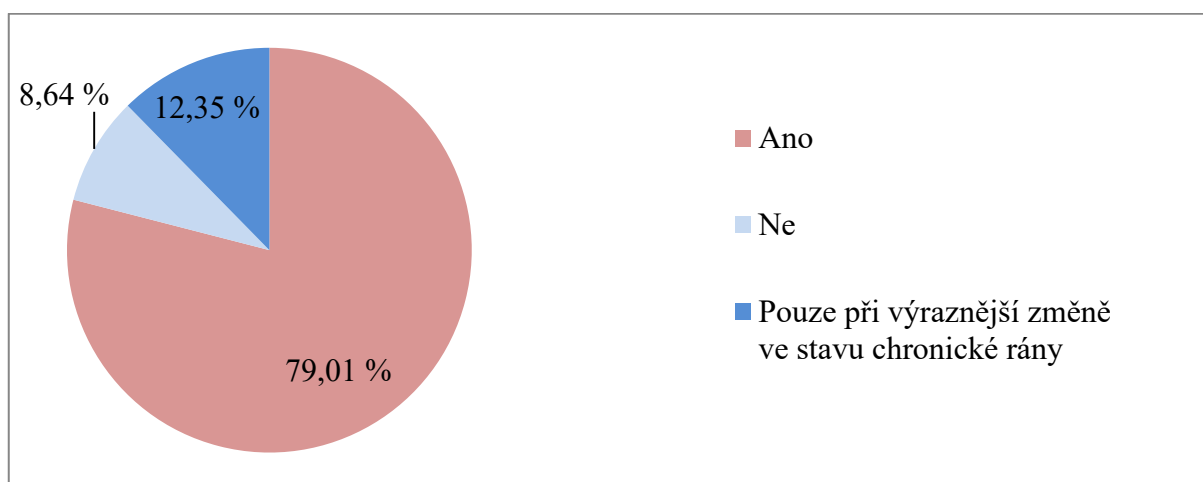


Graf 21 Tlumení bolesti při převazu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 21 měla za úkol zjistit od respondentů, zda je jim při náročnějším či bolestivějším převazu chronické rány nabídnuto tlumení bolesti. Pokaždé je tlumení bolesti nabídnuto 34 (41,98 %) dotazovaným. Dalších 28 (34,57 %) respondentů uvedlo, že jim tlumení bolesti nabízeno naopak není a zbylých 19 (23,46 %) pacientů tvrdí, že pouze občas (viz Graf 21).

Otázka č. 22: Je Vaše chronická rána během kontrol zaznamenávána (měřena, zapisována do dekurzu, fotografována)?



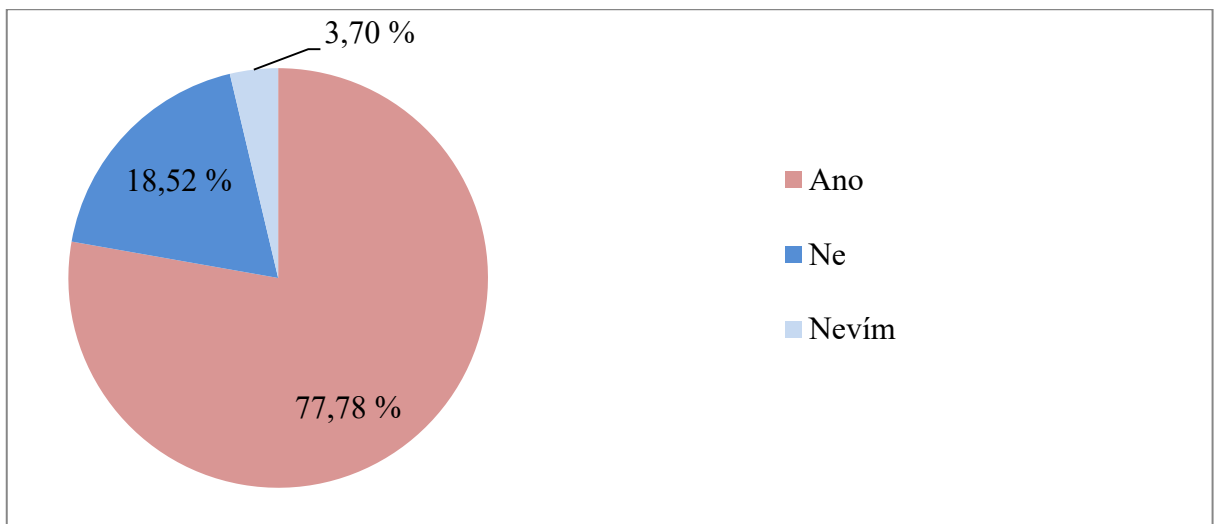
Graf 22 Dokumentace rány

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 22 se zaměřovala na pravidelnou dokumentaci rány, tzn. fotodokumentací či alespoň měřením velikosti rány a následným popisem. Výsledky byly velmi uspokojivé, protože 64 (79,01 %) respondentů uvedlo, že je jim rána pravidelně zaznamenávána.

Dalším 10 (12,35 %) pacientům je rána zaznamenávána pouze při výraznější změně ve stavu nehojící se rány a 7 (8,64 %) respondentů tvrdí, že jim ránu během kontrol nikdo nezaznamenává (viz Graf 22).

Otázka č. 23: Byl alespoň jednou proveden stěr z rány (mikrobiologické vyšetření)?

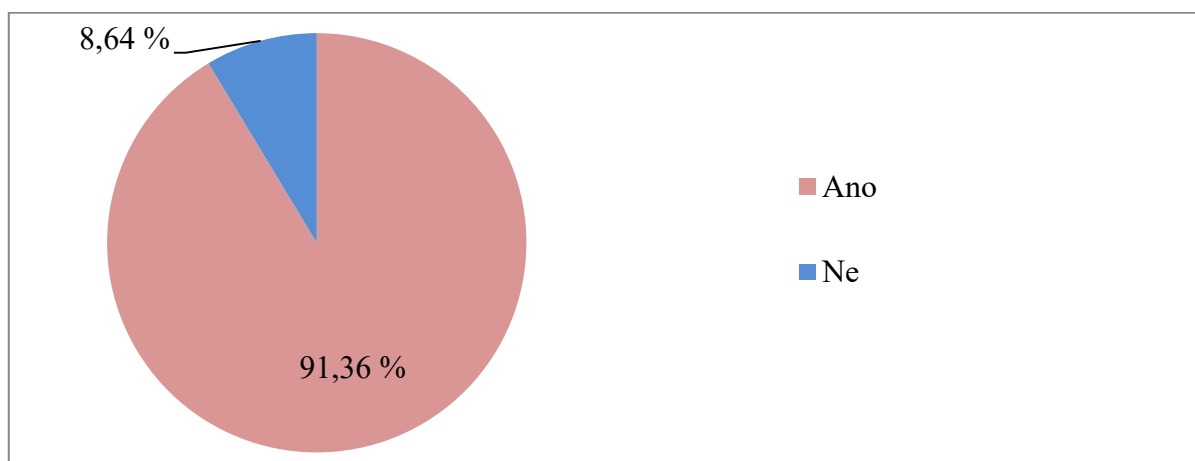


Graf 23 Stěr z rány

(zdroj: vlastní)

Další informací, která byla od respondentů zjišťována, byla, zda proběhlo v průběhu terapie rány alespoň jednou provedení stěru z rány na mikrobiologické vyšetření, které může být pro terapii rozhodující. Velké části pacientů, tedy 63 (77,78 %) dotazovaných, byl stěr proveden. Dalším 15 (18,52 %) nemocným však nebyl a zbývajících 3 (3,70 %) respondenti zvolili odpověď „nevím“ (viz Graf 23).

Otázka č. 24: Jsou využívány moderní metody pro hojení rány?

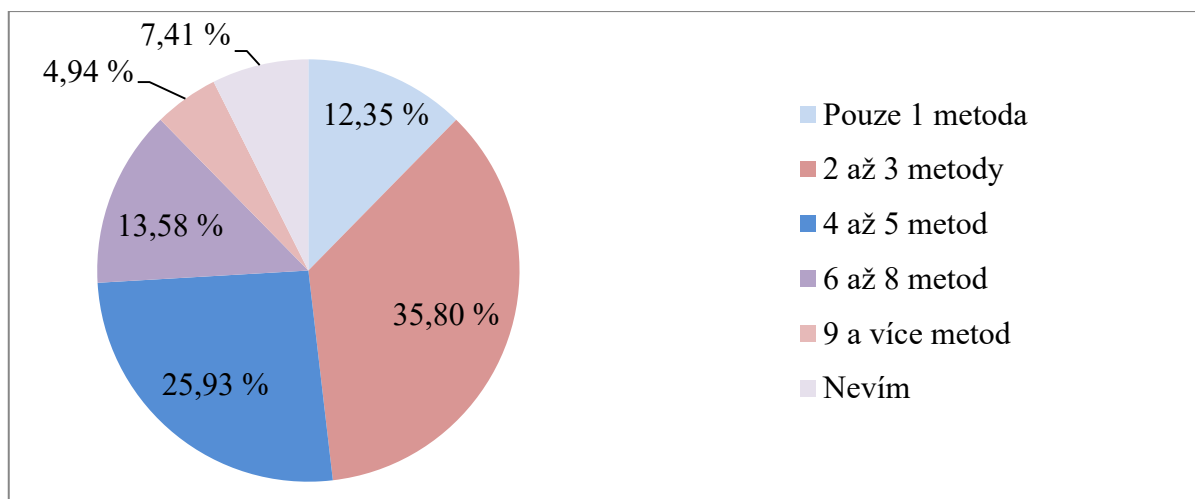


Graf 24 Využívání moderních metod hojení

(zdroj: vlastní)

Na využívání moderních metod hojení ran byli pacienti dotazováni v otázce č. 24. Většina nemocných, tedy 74 (91,36 %), odpověděla, že tyto metody jsou při terapii využívány a pouze u 7 (8,64 %) pacientů se moderní prostředky nevyužívají (viz Graf 24).

Otázka č. 25: Kolik různých způsobů léčby bylo vyzkoušeno?



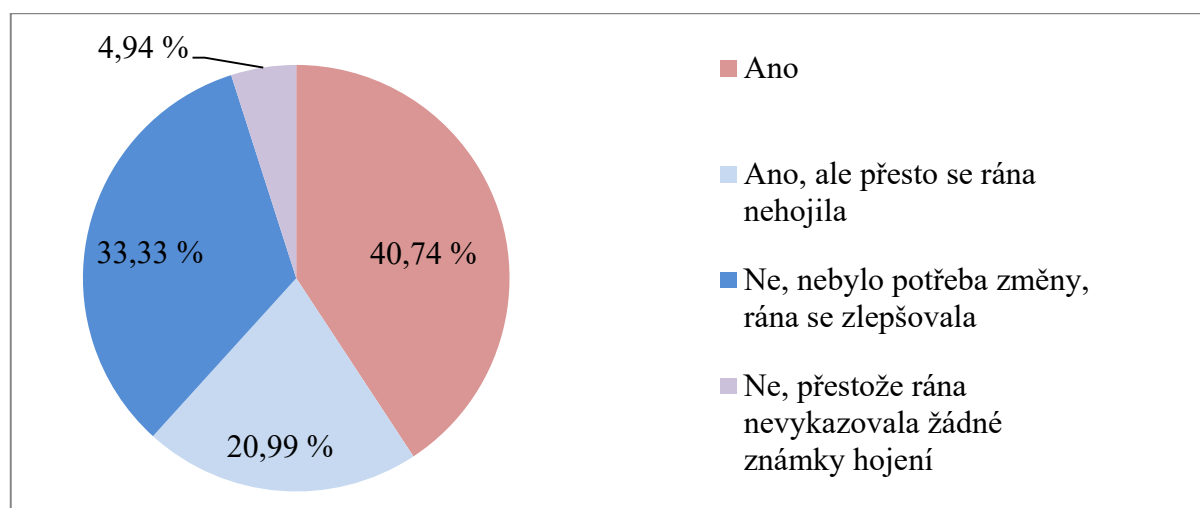
Graf 25 Počet způsobů terapie

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 25 se zajímala o množství způsobů léčby chronické rány. Tato otázka byla otevřená, následně byly jednotlivé odpovědi analyzovány a výsledky byly rozděleny do následujících kategorií. První skupinou byli pacienti, kteří vyzkoušeli 2 až 3 metody hojení, těch bylo 29 (35,80 %), 4 až 5 metod bylo vyzkoušeno 21 (25,93 %) respondenty. Dalších 11 (13,58 %) dotazovaných vyzkoušelo již 6 až 8 metod a 10 (12,35 %) pouze jednu jedinou možnost

hojení rány. Někteří respondenti si tuto informaci nevybavují, tuto odpověď zvolilo 6 (7,41 %) nemocných a 4 (4,94 %) pacienti vystřídali dokonce více než 9 způsobů léčby rány (viz Graf 25).

Otázka č. 26: Došlo v průběhu hojení rány ke změně převazového materiálu?

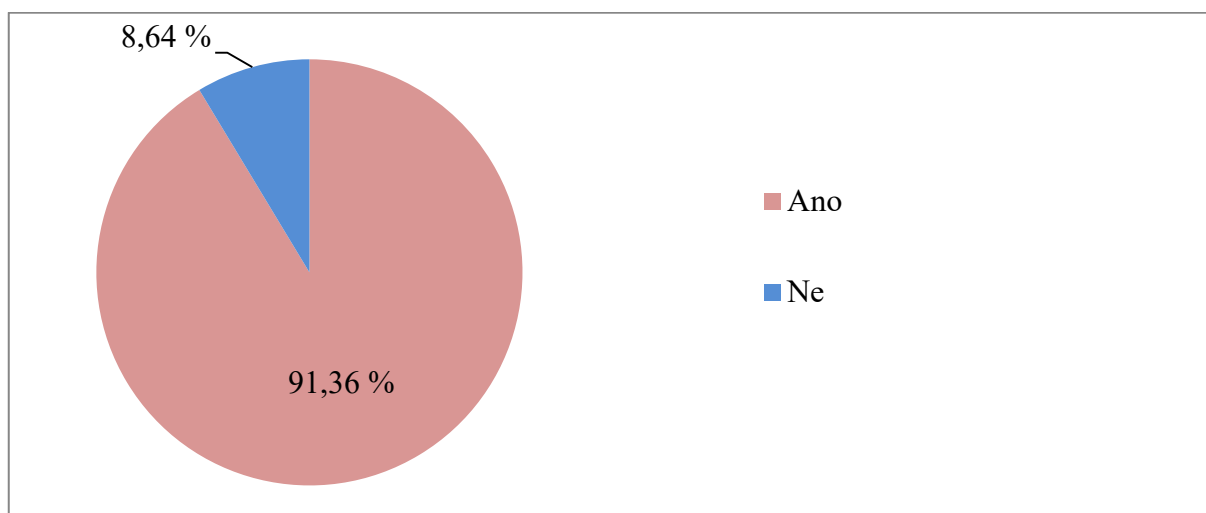


Graf 26 Změna převazového materiálu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 26 měla za úkol zjistit, zda došlo za poslední dobu ke změně používaného materiálu. Ke změně došlo u 33 (40,74 %) respondentů. U 27 (33,33 %) dotazovaných pak ke změně nedošlo a to z důvodu, že se rána při stávající terapii zdárně hojila. Dalších 17 (20,99 %) odpovědělo, že terapie sice byla pozměněna, ale ani přesto nedocházelo ke zlepšení rány. Poslední 4 (4,94 %) respondenti mají léčbu nastavenou stále stejně a to i přesto, že rána nevykazuje žádné známky hojení (viz Graf 26).

Otázka č. 27: Máte k dispozici dostatek převazového materiálu pro domácí převazy?

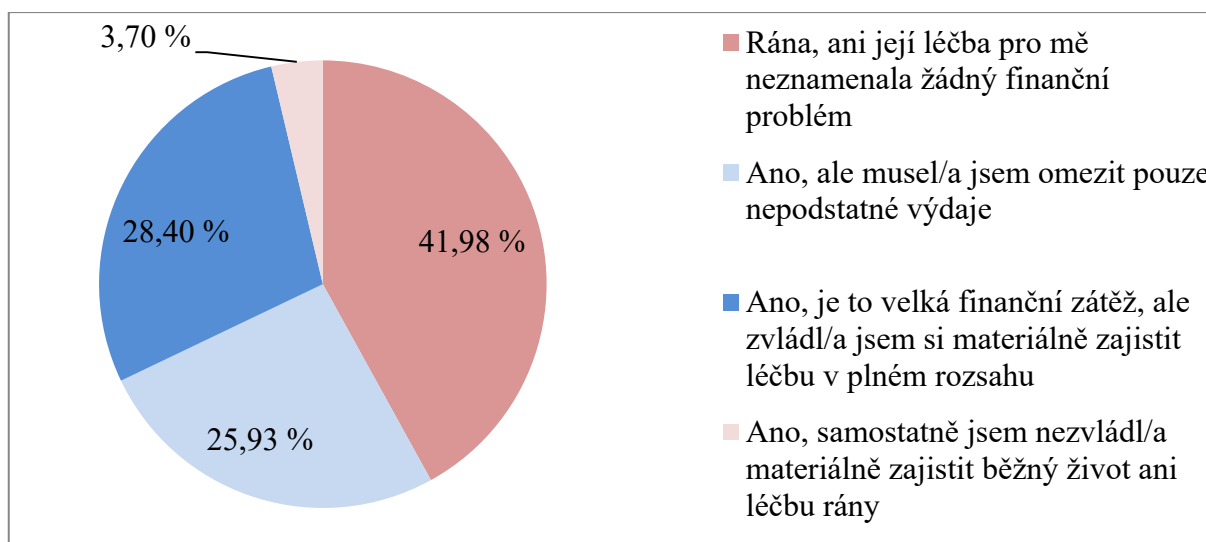


Graf 27 Dostatek převazového materiálu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 27 od respondentů zjišťovala informaci o tom, zda mají dostatek materiálu na převazy prováděné v domácím prostředí. Dostatek materiálu má 74 (91,36 %) dotazovaných, zbývajícím 7 (8,64 %) respondentům převazový materiál chybí (viz Graf 27).

Otázka č. 28: Znamenala pro Vás přítomnost rány finanční problém?



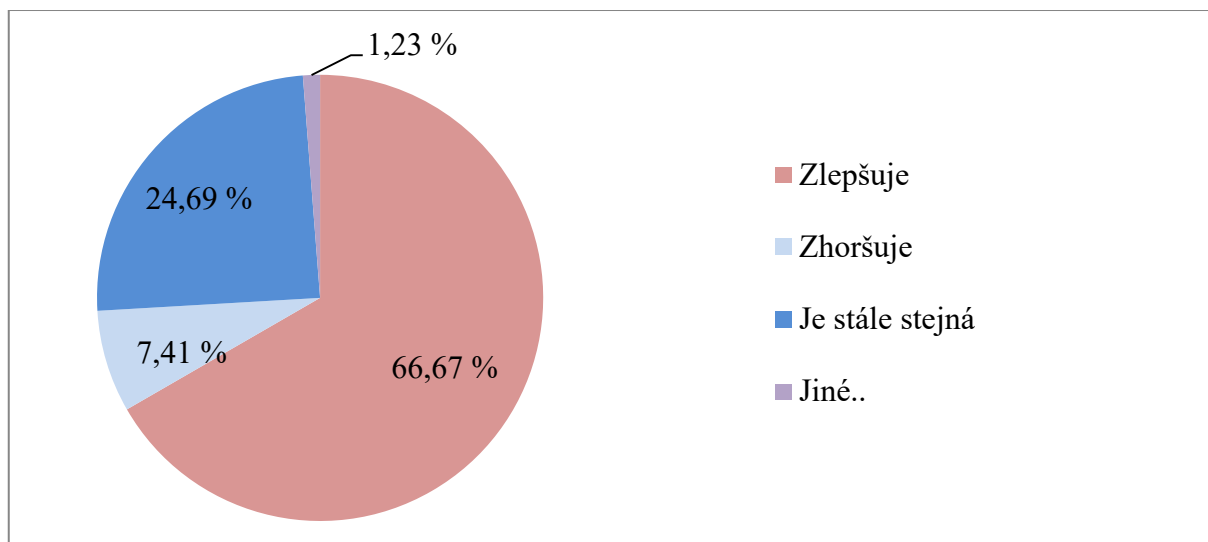
Graf 28 Finanční zátěž

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 28 měla za cíl zjistit, zda a popřípadě jak velkou finanční zátěž znamená pro pacienta přítomnost a léčba rány. Žádný finanční problém uvedlo 34 (41,98 %) respondentů. Velkou finanční zátěž znamenala léčba rány pro 23 (28,40 %) respondentů a menší finanční

zátěž s omezením pouze nepodstatných výdajů pocítilo 21 (25,93 %) dotazovaných. Zbývající 3 (3,70 %) respondenti tuto situaci finančně nezvládli vůbec (viz Graf 28).

Otázka č. 29: Máte pocit, že se rána za poslední měsíc.. (doplňte větu).

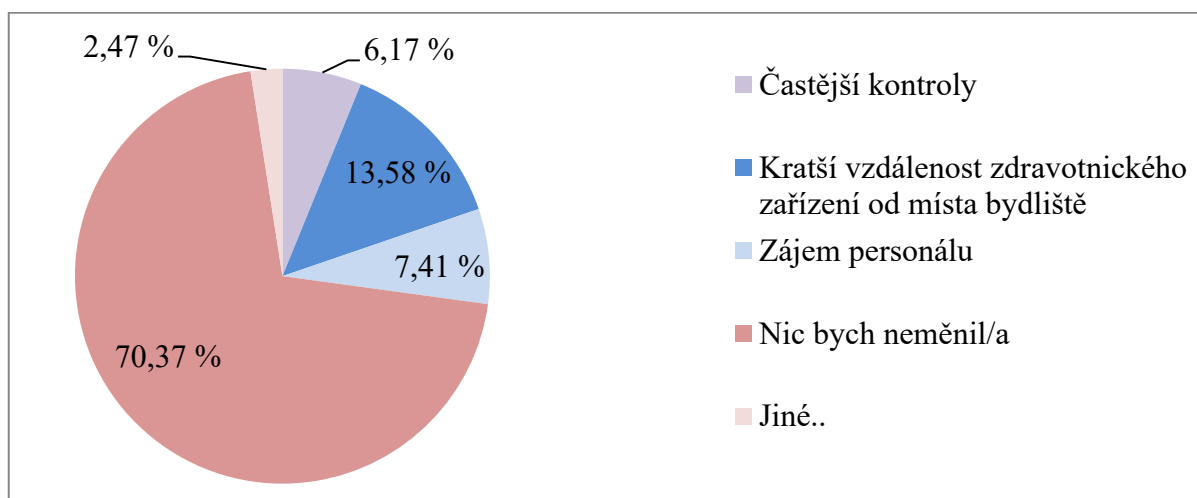


Graf 29 Vývoj chronické rány

(zdroj: vlastní)

Na vývoj chronické rány se dotazovala otázka č. 29. Zlepšování rány pozoruje 54 (66,67 %) respondentů. Stále ve stejném stavu shledává svou ránu 20 (24,69 %) nemocných a 6 (7,41 %) pacientů uvedlo, že se jejich rána naopak v průběhu času zhoršuje. Poslední 1 (1,23 %) respondent zvolil odpověď jiné s tím, že stav jeho rány stále kolísá (viz Graf 29).

Otázka č. 30: Co byste na péči o nemocné s chronickými ránami změnili?

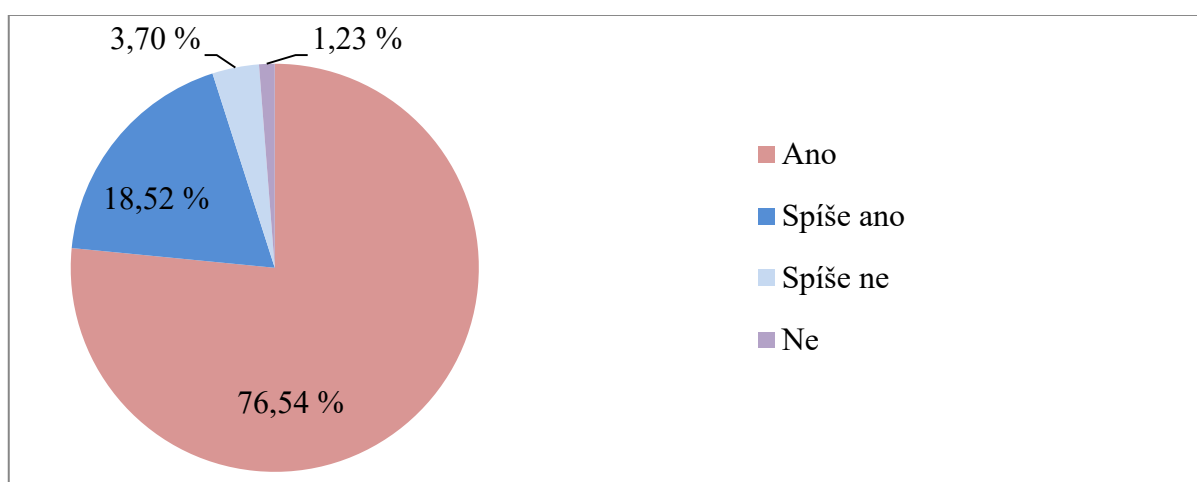


Graf 30 Změna v péči

(zdroj: vlastní)

V otázce č. 30 respondenti odpovídali na to, zda a popřípadě co, by pacienti změnili v celkové péči o nemocné s nehojícími se ránami. Uspokojivý počet, přesněji 57 (70,37 %) respondentů uvedlo, že by nic neměnili. Dalších 11 (13,58 %) dotazovaných by uvítalo, kdyby bylo možné, aby bylo zdravotnické zařízení blíže k jejich místu bydliště. Zvýšení zájmu personálu zvolilo 6 (7,41 %) nemocných a častější kontroly rádo podstupovalo 5 (6,17 %) respondentů. Poslední 2 (2,47 %) pacienti uvedli možnost „jiné“, kdy doplňující informace popsal pouze jeden respondent, který by uvítal větší prostory ordinace (viz Graf 30).

Otázka č. 31: Jsou Vám informace ohledně rány či léčby předávány srozumitelně?

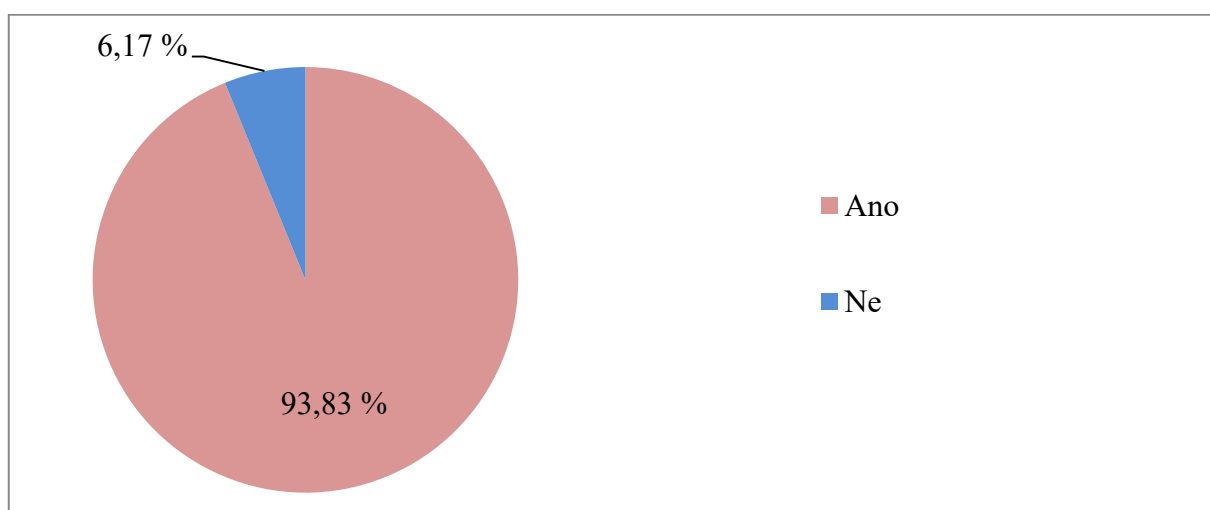


Graf 31 Předávané informace

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 31 zjišťovala srozumitelnost předávaných informací. Většina respondentů, přesněji 62 (76,54 %), odpověděla, že jim jsou informace předávány srozumitelně. Odpověď celkem ano označilo dalších 15 (18,52 %) dotazovaných. Spíše ne zvolili 3 (3,70 %) pacienti a jasné ne označil 1 (1,23 %) respondent (viz Graf 31).

Otázka č. 32: Máte pocit, že má na Vás lékař/sestra při kontrole vyhrazen dostatek času?

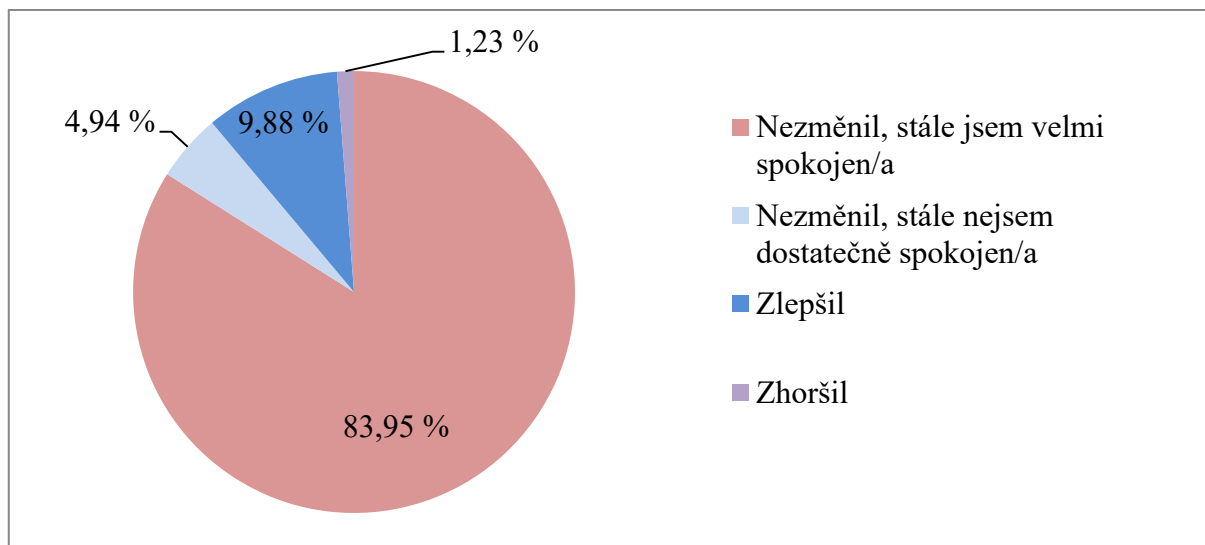


Graf 32 Dostatek času

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 32 byla zaměřena na množství času, které má sestra či lékař vyhrazen na ošetření a kontrolu pacienta. Výsledky byly velmi kladné, 76 (93,83 %) respondentů má pocit, že čas vyhrazen na jejich ošetření je dostačující. Dalších 5 (6,17 %) dotazovaných však tento pocit nemají a uvítali by větší časové rozmezí (viz Graf 32).

Otázka č. 33: Přístup zdravotnického personálu se k Vám za poslední měsíc.. (doplňte větu)

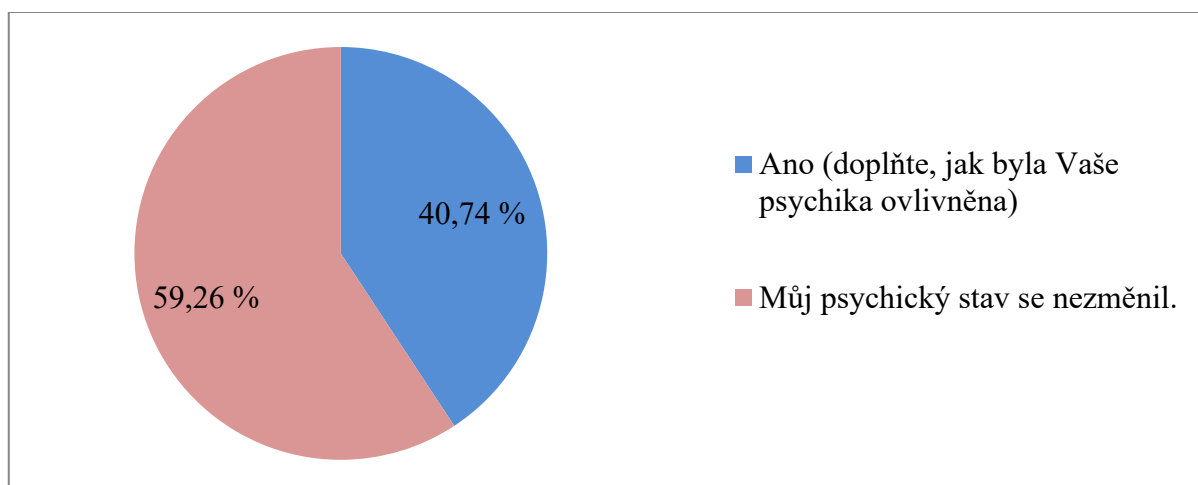


Graf 33 Přístup personálu

(zdroj: vlastní)

Na změnu pozorovanou v přístupu personálu vůči pacientovi byla zaměřena otázka č. 33, kde přístup subjektivně hodnotili a vyjádřili svůj názor. To, že přístup je stále stejný a dotyčný je s ním stále spokojen uvedlo 68 (83,95 %) dotazovaných. Zlepšení v přístupu pociťuje 8 (9,88 %) respondentů, 4 (4,94 %) dotazovaní však nebyli a stále nejsou s přístupem spokojeni a u 1 (1,23 %) pacienta se přístup dokonce zhoršil (viz Graf 33).

Otázka č. 34: Změnil se Váš psychický stav v souvislosti s chronickou ránou a terapií s ní spojenou?

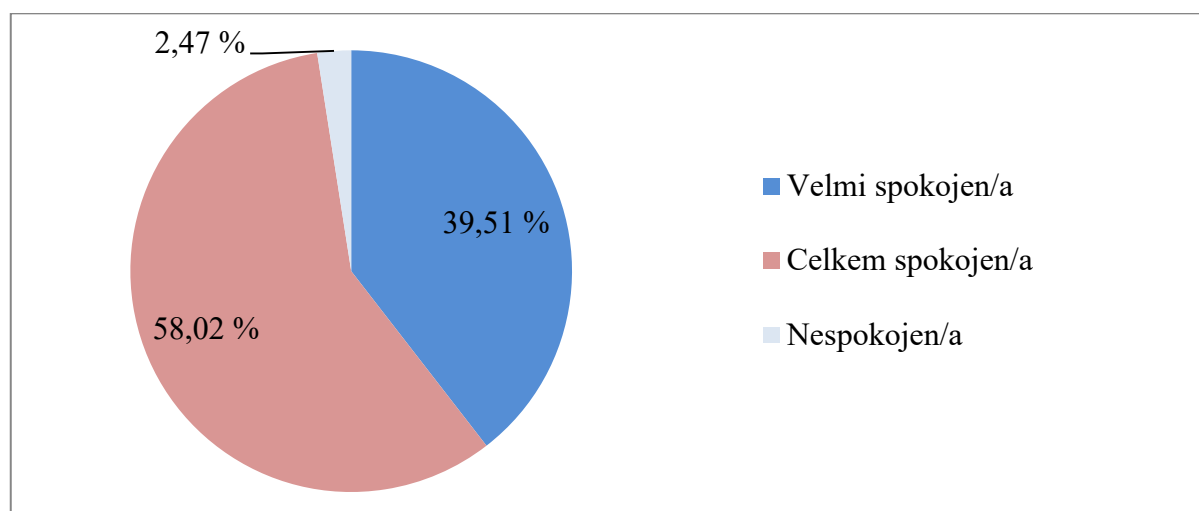


Graf 34 Změna psychického stavu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 34 se týkala změny psychického stavu v důsledku chronické rány či v důsledku terapie spojené s nehojící se ránou. Nezměněný psychický stav uvedlo 48 (59,26 %) respondentů, avšak 33 (40,74 %) dotazovaných zaznamenalo změnu psychiky (viz Graf 34). Změna psychiky byla vždy v negativním slova smyslu, tedy došlo ke zhoršení psychického stavu. Jednalo se o strach ze snížení samostatnosti či strach ze zhoršení celkového stavu. Dále zhoršení psychického stavu z důvodu bolesti, omezené pohyblivosti; vyčerpání, pocity selhání z důvodu nezvládnání stejných činností jako dříve. Dále na sobě pacienti pozorují častý smutek a mrzuté chování.

Otázka č. 35: Jak jste s dosavadním průběhem léčby rány spokojen/a?



Graf 35 Spokojenost s léčbou

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 35 byla zaměřena na spokojenost pacientů s dosavadním průběhem léčby. Celkem spokojeno je 47 (58,02 %) respondentů, velmi spokojeno 32 (39,51 %) dotazovaných a nespokojeni jsou 2 (2,47 %) pacienti (viz Graf 35).

6.2 Analýza stanovených hypotéz

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit stav péče o pacienty léčícími se s chronickou ránou a zjistit, v jaké oblasti se nacházejí případné nedostatky. Stav péče byl subjektivně hodnocen pohledem samotných pacientů. Byly stanoveny výzkumné otázky, které budou podrobněji rozebrány v diskuzi a dále byly stanoveny dvě hypotézy.

6.2.1 Hypotéza č. 1

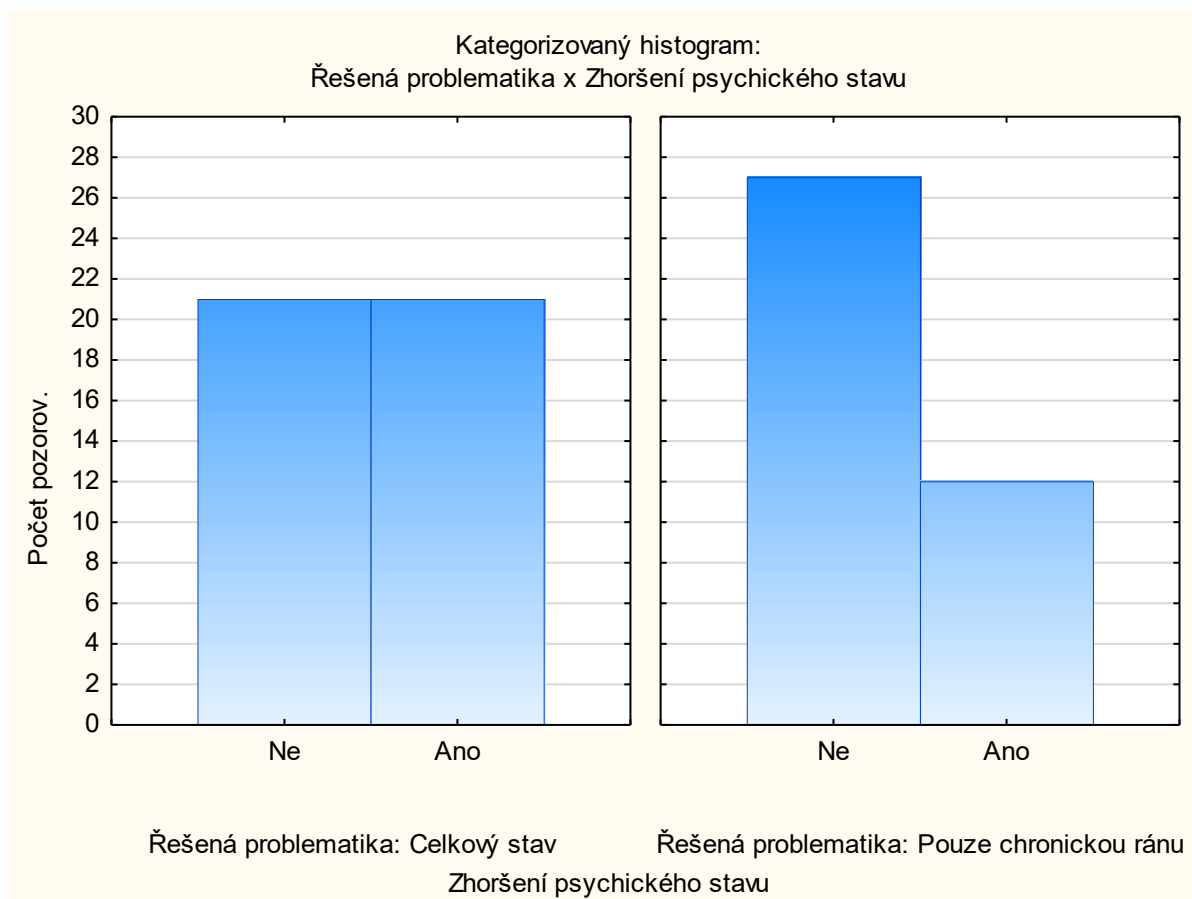
Hypotéza č. 1: „Neexistuje statisticky významný vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta“

Tabulka 1 Řešená problematika a změna psychického stavu

(zdroj: vlastní)

Řešená problematika	Psychický stav nezhoršen	Psychický stav zhoršen	Celkem odpovědí
Celkový stav	21	21	42
Pouze chronická rána	27	12	39
Celkem odpovědí	48	33	81

Pro účely testování hypotézy číslo 1 byla data zpracována do jedné kontingenční tabulky (viz Tabulka 1). Data byla zaznamenána absolutní četností. Celkový počet odpovědí je shodný s celkovým počtem respondentů zapojených ve výzkumném šetření. Tabulka zobrazuje dvě informace. První informací je problematika, kterou personál probírá s pacientem během kontrol a druhou informací je zhoršení či zachování stejného stavu psychiky. Pacienti, se kterými se personál snaží řešit i problémy a potřeby přesahující samotnou terapii rány se rozdělili přesně na dvě skupiny. Polovina z nich, tedy 21, odpověděla, že jejich psychický stav nebyl zhoršen a druhá polovina pak naopak, že jejich psychická pohoda byla z důvodu chronické rány či léčby s ní spojené narušena. Respondenti, kteří uvedli, že je s nimi probírána pouze terapie chronické rány, pak v počtu 27 zodpověděli, že jejich psychika nebyla nijak narušena a posledních 12 pacientů z této skupiny uvedlo, že se jejich psychický stav zhoršil.



Graf 36 Kategorizovaný histogram řešená problematika a změna psychického stavu (zdroj: vlastní)

Vztah problematiky probírané při kontrolách a změna psychického stavu pacienta je také znázorněn v kategorizovaném histogramu absolutních četností (viz Graf 36).

Testování hypotézy č. 1

Pro účely testování hypotézy č. 1 byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a alternativní (H_A).

H_0 : „*Neexistuje statisticky významný vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta*“

H_A : „*Existuje statisticky významný vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta*“

Po stanovení nulové a alternativní hypotézy byla data testována. Testování proběhlo pomocí programu TIBCO Statistica™ 14.0.0. Výsledkem použitého Pearsonova chí kvadrát testu byla hodnota $p = 0,07840$. Při zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ je $p > \alpha$. Nulová hypotéza (H_0) se tedy nezamítá. **Závěrem** testování této hypotézy je tvrzení, že mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta nebyl prokázán statisticky významný vztah.

6.2.2 Hypotéza č. 2

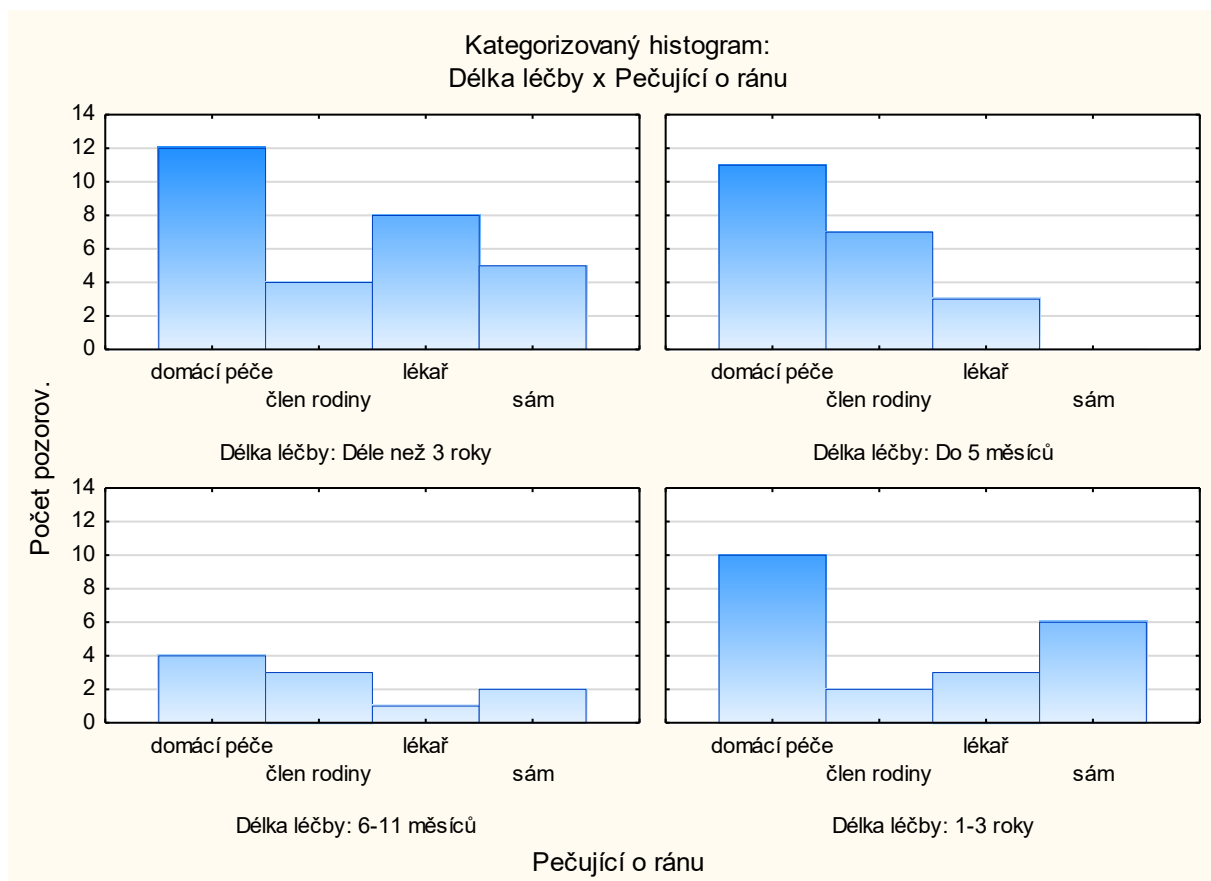
„Neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje.“

Tabulka 2 Délka léčby a pečující o ránu

(zdroj: vlastní)

Délka léčby	Domácí péče	Člen rodiny	Lékař	Sám/sama	Celkem odpovědí
Déle než 3 roky	12	4	8	5	29
1 až 3 roky	10	2	3	6	21
6 až 11 měsíců	4	3	1	2	10
Do 5 měsíců	11	7	3	0	21
Celkem odpovědí	37	16	15	13	81

Pro účely testování této hypotézy byla nejprve data zpracována do jedné kontingenční tabulky (viz Tabulka 2). Data byla zaznamenána absolutní četností, kdy celkový počet odpovědí je shodný s celkovým počtem respondentů zapojených ve výzkumném šetření. Tabulka zobrazuje délku trvání léčby chronické rány a toho, kdo o ránu pravidelně pečuje a provádí pravidelné převazy. Pacienti léčící se s ránou déle než 3 roky mají chronickou ránu převazovanou domácí péčí v počtu 12 pacientů, členem rodiny 4 pacienti, lékařem v počtu 8 pacientů a sám/sama si ránu převazuje 5 pacientů. Respondenti s trvajícím délkou léčby chronické rány 1 až 3 roky využívají služeb domácí péče v počtu 10 pacientů, 2 pacienti mají ránu převazovanou členem rodiny, 3 respondenti lékařem a samostatně si ránu převazuje 6 respondentů z této skupiny. Pacienti léčící se 6 až 11 měsíců mají ránu pravidelně převazovanou domácí službou v počtu 4 pacientů, členem rodiny 3 nemocní, 1 respondent dochází na pravidelné převazy k lékaři a sám/ sama si ránu ošetřují 2 pacienti. Poslední skupinou jsou pacienti s délkou trvání léčby do 5 měsíců, kdy 11 z nich využívá služeb domácí péče, 7 pacientů má ránu ošetřovanou členem rodiny a lékařem v počtu 3 pacientů.



Graf 37 Kategorizovaný histogram délka léčby a pečující o ránu

(zdroj: vlastní)

Vztah délky léčby nehojící se rány a tím, kdo ránu pravidelně převazuje je znázorněn také v kategorizovaném histogramu absolutních četností (viz Graf 37).

Testování hypotézy č. 2

Pro účely testování hypotézy č. 2 byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a alternativní (H_A).

H_0 : „*Neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje.*“

H_A : „*Existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje.*“

Po stanovení nulové a alternativní hypotézy byla data testována a to pomocí programu TIBCO Statistica™ 14.0.0. Výsledkem použitého Pearsonova chí kvadrát testu byla hodnota $p=0,20397$. Při zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$ je $p>\alpha$. Nulová hypotéza (H_0) se tedy nezamítá. **Závěrem** testování této hypotézy je tvrzení, že mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje, nebyl prokázán statisticky významný vztah.

7 DISKUZE

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na zjištění stavu péče o nemocné s chronickými ránami. Zkoumán byl celkový průběh léčby, postupy při ošetřování, tlumení bolestí, komunikace a přístup personálu a také celková spokojenost s péčí z pohledu samotných pacientů. Stav poskytované péče nezávisí pouze na využívání moderních metod hojení ran, ale také na vzájemné spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem. Úkolem personálu je nejen kvalitní a kontinuální péče, ale také správná komunikace a dostatečná edukace nemocného. Naopak úkolem pacienta je aktivní spoluúčast při léčbě rány a také otevřená komunikace, díky které se bude léčba moci zacílit na všechny problémové oblasti (Stryja et al., 2016, s. 18).

K diplomové práci byl stanoven hlavní cíl: Zjistit stav péče o nemocné s chronickou ránou. Tento cíl byl následně rozdělen na 6 dílčích cílů: Zjistit průběh a postupy při léčbě nehojící se rány. Zjistit, zda jsou dostatečně tlumeny bolesti způsobené chronickou ránou či její léčbou. Zjistit, zda personál dostatečně a efektivně komunikuje s pacientem. Zjistit, zda existuje vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta. Zjistit zda existuje vztah mezi délkou trvání léčby chronické rány a tím, kdo ji pravidelně převazuje. Zjistit, zda jsou pacienti s nehojícími se ránami spokojeni s celkovou péčí a co by popřípadě změnili. Na základě hlavního a dílčích cílů bylo stanoveno 6 výzkumných otázek a 2 hypotézy, které budou podrobněji popsány níže.

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 81 pacientů, kteří pocházeli z okolí Libereckého a Pardubického kraje. První část dotazníku tvořily obecné informace, ze kterých vyplývá, že se zúčastnilo nejvíce respondentů, přesněji 39 (48,15 %), ve věku 71-80 let. Další početnější skupina byla ve věku 61-70 let, tu tvořili pacienti v počtu 19 (23,46 %). 81 let a více uvedlo 9 (11,11 %) nemocných. Ve věku 51-60 let odpovídali respondenti v počtu 8 (9,88 %). Skupinu pacientů ve věku 41-50 let tvořili 3 (3,70 %) pacienti stejně jako skupinu 40 let a méně. Z 81 respondentů bylo 50 (61,73 %) mužů a 31 (38,27 %) žen. Dále bylo zjišťováno, odkud respondenti pocházejí. Na vesnici bydlí 34 (41,98 %) dotazovaných. Město do 50 tisíc obyvatel uvedlo 25 (60,86 %) pacientů. Ve městě s 50 až 100 tisíci obyvateli bydlí 11 (13,58 %) pacientů stejně jako ve městech nad 100 tisíc obyvatel. Největší množství pacientů, tedy 37 (45,68 %) má dokončené střední vzdělání s maturitou, vyučeno je 25 (30,86 %) nemocných a základní vzdělání má 8 (9,88 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání má 7 (8,64 %) dotazovaných a 4 (4,94 %) pacienti mají vyšší odborné vzdělání. Co se týče zaměstnanosti, 56 (69,14 %) nemocných

je již ve starobním důchodu a v důchodu invalidním dalších 15 (18,52 %). V pracovní neschopnosti z důvodu chronické rány jsou 4 (4,94 %) pacienti a nezaměstnaný 1 (1,23 %). Pracujících respondentů se zúčastnilo z celkového počtu pouze 5 (6,17 %). Příčinu rány zjišťovala otázka č. 6. Onemocnění žil označili respondenti v počtu 30 (37,03 %), diabetes mellitus v počtu 15 (18,52 %), úraz v počtu 11 (13,58 %), komplikované hojení operační rány v počtu 10 (12,20 %), dekubitus v počtu 8 (9,88 %) a onemocnění tepen v počtu 3 (3,70 %) nemocných. Zbylí 4 (4,94 %) pacienti označili odpověď „jiné“, kde byl zmíněn například erysipel, popálenina či maligní rány. S touto otázkou souvisela také poslední otázka z obecné části dotazníku zaměřující se na přidružená onemocnění související se vznikem či průběhem léčby chronické rány. V této otázce bylo možné uvést více odpovědí. Nejčastější odpovědí s počtem 27 (24,55 %) byla obezita a chronická žilní insuficience. Diabetes mellitus byl označen 26 (23,46 %) respondenty. Ischemickou chorobu dolních končetin uvedlo 20 (18,18 %) nemocných a 10 (9,09 %) pacientů uvedlo odpověď vlastní, např. roztroušenou sklerózu, kvadruplegii, sarkom či neuropatii.

Výzkumná otázka č. 1

Jaký je průběh a postupy při léčbě nehojící se rány?

Tento dílčí cíl je nejobsáhlejší a to z důvodu zaměření diplomové práce. K této otázce se řadily dotazníkové otázky č. 9–11, 13–15, 17, 18 a 22–29. Má za úkol zmapovat celkový průběh pacientovi léčby chronické rány včetně terapeutických a ošetrovatelských postupů.

Otázka č. 9 měla za úkol zjistit čas uplynutý od vzniku rány do doby, kdy se nemocný rozhodl navštívit lékaře. Do 1 týdne od vzniku rány byly odpovědi v počtu 45 (55,56 %) pacientů, do 1 měsíce v počtu 27 (33,33 %), rozmezí do 3 měsíců označilo 6 (7,41 %) osob a do půl roka 2 (2,47 %) respondenti. Později než za půl roku navštívil lékaře 1 (1,23 %) nemocný. I přesto, že většina našich respondentů navštívila lékaře včas, je vhodné si připomenout, že právě včasná diagnostika má často vliv na průběh a délku léčby nehojící se rány. Na počet navštívených lékařů za účelem vyléčení chronické rány se zaměřovala otázka č. 10. Léčbu chronické rány pod vedením stále stejného lékaře uvedlo 19 (23,46 %) nemocných. Zhruba 2 až 3 lékaře vystřídal 43 (53,08 %) pacientů a více než 4 lékaře navštívilo 19 (23,46 %) nemocných. Otázka č. 11 byla zaměřena na dojezdovou vzdálenost od místa bydliště. Služeb domácí péče využívá 25 (30,86 %) respondentů. Do 10 km dojíždějí nemocní v počtu 31 (38,27 %), do 20 km v počtu 9 (11,11 %). Do 30 km dojíždí 7 (8,64 %) a více než 30 km uvedlo 9 (11,11 %) nemocných.

Otázka č. 13 se zajímala o problematiku pravidelných kontrol rány. Kontroly u lékaře specializovaného na léčbu nehojících se ran uvedlo 56 (69,14 %) pacientů. Jiný odborný lékař, jako například cévní nebo kožní, kontroluje ránu dalším 12 (14,81 %) dotazovaným. Praktický lékař ránu kontroluje 8 (9,88 %) respondentům a zbylých 5 (6,17 %) pacientů tvrdí, že jim ránu kontrolu pouze domácí péče bez přítomnosti lékaře. Otázka č. 14 se dotazovala na to, zda v případě návštěvy praktického lékaře jim lékař ránu zkontroluje. Velká část respondentů, přesněji 45 (55,56 %), tvrdí, že jim ránu praktický lékař nikdy nekontroluje, 23 (28,40 %) dotazovaným pouze občas a 13 (16,05 %) pacientům kontroluje praktický lékař ránu pokaždé. Otázka č. 15 měla stejné zaměření jako otázka č. 14, avšak zkoumala tuto problematiku při kontrolách u lékaře specialisty. Tam kontrola rány probíhá pokaždé v počtu 62 (76,74 %), občas v počtu 5 (6,17 %) a nikdy v počtu 1 (1,23 %) respondentů. Zbývajících 13 (16,05 %) nemocných uvedlo, že nechodí k lékaři specialistovi.

Mimo chronické rány je nezbytné léčit také onemocnění na podkladě kterého, mohla rána vzniknout. Tuto problematiku zkoumala otázka č. 17, kdy 44 (54,32 %) pacientů uvedlo, že je léčeno také příčinné onemocnění a 14 (17,28 %) respondentů mají pocit, že terapie tohoto onemocnění je zanedbávána. Posledních 23 (28,40 %) odpovědělo, že ránu nemají vzniklou na podkladě nemoci. Mimo terapii chronické rány a právě chorob s ránou souvisejí, je nezbytné kontrolovat například nutriční parametry pacienta, které jsou jedním ze základních faktorů efektivního hojení rány (Brabcová, 2021, s. 20).

Ohledně nutnosti hospitalizace v souvislosti s chronickou ránou, ať už z důvodu zhoršení stavu rány či nutnosti provedení náročnějšího výkonu, se dotazovala otázka č. 18. Zde 42 (51,85 %) respondentů bylo hospitalizováno a 39 (48,15 %) respondentů ne. Nutnost hospitalizace může mít negativní dopady na kvalitu života a prožívání nemocného. Ročně je zhruba 36 tisíc nehojících se ran hlavní diagnózou pro přijetí pacienta do zdravotnického zařízení a u dalších 35 tisíc hospitalizací je chronická rána uvedena jako diagnóza vedlejší (ÚZIS, 2017).

Otázka č. 22 se zaměřovala na dokumentaci stavu chronické rány např. fotodokumentace či měření velikosti. Pravidelná dokumentace a zaznamenávání rány probíhá u 64 (79,01 %) respondentů, 10 (12,35 %) zaznamenalo dokumentaci pouze při výraznějších změnách ve stavu rány a 7 (8,64 %) pacientů tvrdí, že jim ránu během kontrol nikdo nezaznamenává. Řádně vedená dokumentace chronické rány nám umožňuje kontinuitu péče a například fotodokumentace je nejen ekonomicky nenáročná forma dokumentování, ale zároveň

je snadná, rychlá a snímky je možné archivovat dlouhodobě. Zároveň zpětné vyhledání bývá nenáročné (Brabcová, 2021, s. 23). Naopak nesprávně vedená dokumentace či její úplná absence může vést právě k narušení kontinuity péče a nemožnosti zhodnocení již provedené péče (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 159).

Dotazníková položka č. 23 byla zaměřená na problematiku mikrobiologického vyšetření, přesněji, zda byl alespoň minimálně jednou během celé léčby proveden stěr z rány. Stěr z rány byl proveden u 63 (77,78 %) nemocných, u 15 (18,52 %) však proveden nebyl. Zbylí (3,70 %) nemocní zvolili odpověď „nevím“. Odběr na mikrobiologické vyšetření je nezbytný při diagnostice infekce v ráně. Přítomnost mikroorganismů v ráně je standartním stavem, avšak tento stav nevykazuje známky zástavy hojení. Infekce nastává v době, kdy obranné mechanismy pacienta nezvládnou ránu ochránit před působícími mikroorganismy. Důležité je si tedy všimnout abnormálního zápachu či exsudace, zhoršení spodiny rány či okrajů, vystupňování Celsových příznaků, prodloužení čistící fáze hojení a v neposlední řadě zhoršení subjektivních obtíží nemocného. V tomto okamžiku by měl přijít na řadu zmiňovaný stěr z rány, který nám odhalí původce infekce. Stěr by měl být vždy prováděn po oplachu rány, nikoliv z kontaminovaného sekretu (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 57–59). Provedení stěru z rány je při podezření na infekci v ráně rozhodující při následném plánování léčby.

O využívání moderních metod léčby se zajímala otázka č. 24, kde výsledky byly velmi jednoznačné. Moderními metodami je léčeno 74 (91,36 %) nemocných a pouze 7 (9,64 %) tvrdí, že se moderní prostředky při léčbě jejich chronické rány nevyužívají. Na počet vystřídání způsobů terapie odpovídali respondenti v otázce č. 25. Pouze jeden způsob léčby uvedlo 10 (12,35 %) respondentů, 2 až 3 metody vyzkoušelo 29 (35,80 %) nemocných, 4 až 5 způsobů vystřídalo 21 (25,93 %) pacientů, 6 až 8 způsobů léčby bylo vystřídáno u 11 (13,58 %) dotazovaných a více než 9 metod vyzkoušeli 4 (4,94 %) nemocní. Zbývajících 6 respondentů neví. Otázka č. 26 měla za úkol zmapovat problematiku právě již zmíněných změn převazových materiálů. U 33 (40,74 %) pacientů došlo ke změně používaného materiálu s pozitivním výsledkem, u 17 (20,99 %) nemocných byla terapie pozměněna, ale i přesto se rána ani nadále nehojila. Dalších 27 (33,33 %) respondentů má léčbu nastavenou stále stejně, jelikož se rána při stávající terapii zdárně hojí. Stále stejně nastavenou léčbu mají i zbývajících 4 (4,94 %) nemocní, a to ani přesto, že jejich chronická rána nevykazuje žádné známky hojení. Aplikace správného materiálu je zásadní pro efektivní léčbu rány. Působení krytí na ránu může být u každého pacienta zcela odlišné, a proto je nutné účinek

kontrolovat. Pokud nedojde ke zlepšení stavu rány v rozmezí 3 až 6 týdnů, měla by se nalézt vhodnější metoda terapie a změnit aplikované krytí (Stryja et al., 2016, s. 267).

Na dostatek převazového materiálu se dotazovala otázka č. 27. Dostatek materiálu uvedlo 74 (91,63 %) nemocných a zbylých 7 (8,64 %) pacientů má pocit, že mají převazového materiálu málo. Dále byla zkoumána finanční zátěž související s nehojící se ránou a její léčbou a to v otázce č. 28. U 34 (41,98 %) nemocných neznamenal přítomnost rány žádný finanční problém. Menší finanční zátěž s omezením pouze nepodstatných výdajů pocítilo 21 (25,93 %) respondentů a velkou finanční zátěž s velkým omezením pak pocítilo 23 (28,40 %), avšak tito pacienti si zvládli zajistit léčbu v plném rozsahu. Poslední 3 (3,70 %) nemocní však tuto situaci nezvládli finančně vůbec a museli požádat o pomoc. Finanční situace může být narušena například již zmíněným nedostatkem převazového materiálu, ale také částečnou či úplnou pracovní neschopností. K té může dojít následkem snížené fyzické aktivity, poruch spánku či následkem psychických problémů a s tím související sociální izolací (Hlinková et al., 2019, s. 94). Obvazové materiály jsou sice zdravotní pojišťovnou hrazeny, ale pouze z části. Pokud je tedy pacient omezen financemi, je možné, že kvalita ošetřování ran nebude na požadované úrovni. Některé metody hojení nejsou hrazeny vůbec a pacient si je plně hradí sám (Stryja et al., 2016, s. 201).

Otázka č. 29 se zajímala o subjektivní hodnocení vývoje rány pacientem za poslední měsíc. Zlepšování pozoruje 54 (66,67 %) nemocných, 20 (24,69 %) pacientů má pocit, že je rána stále stejná a u 6 (7,41 %) respondentů se jejich rána zhoršila. Poslední, tedy 1 (1,23 %) pacient zvolil možnost jiné, kde uvedl, že jeho stav rány neustále kolísá. Na tom, zda se rána zlepšuje či ne však závisí spousta faktorů, které byly již několikrát zmiňovány a také zkoumány v rámci jednotlivých dotazníkových položek. Nutno dodat, že stav rány byl hodnocen subjektivním pocitem pacienta. Jinak bude vnímat i minimální zlepšení pacient léčící se s ránou několik let a naopak jinak mladý člověk s drobnou nehojící se ránou (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 155).

Závěrem lze říct, že 83,95 % respondentů dochází k lékaři specialistovi, který jim ránu ze 76,74 % kontroluje při každé návštěvě a služby domácí péče využívá až 30,86 % pacientů. Problémem však může být malá účast praktického lékaře, který pacientovi při prohlídce ránu vždy zkontroluje pouze z 16,05 % a občas z 28,40 %. Ve zbývajících 55,56 % ránu praktický lékař nekontroluje nikdy. Toto číslo je velmi vysoké a bylo by vhodné tento nedostatek vylepšit, a to z důvodu zkrácení doby od prvních příznaků k ošetření moderními metodami

a předejít tak rychlému zhoršení rány. Kvůli zhoršení stavu rány musí být často pacienti hospitalizováni, to dokazují také výsledky dotazníkové položky č. 18, kdy 51,85 % muselo být minimálně jednou v souvislosti s ránou hospitalizováno. Důležitou roli však hraje také včasná diagnostika, kterou primárně včetně již zmíněného praktického lékaře zajistí právě samotný pacient. V našem výzkumu však 55,56 % nemocných navštívilo lékaře již do 1 týdne od vzniku rány a zajistilo si tím tak včasnou diagnostiku a zahájení léčby. Mimo tyto faktory ovlivňující hospitalizaci pacienta je důležitá také terapie příčinného onemocnění, která je u 54,32 % z celkového počtu 58 pacientů (pouze pacienti, kteří mají ránu vzniklou na podkladě onemocnění) léčena. Za účelem vyléčení rány vystříдалo 53,08 % 2 až 3 lékaře, 23,46 % více než 4 a 23,46 % dochází stále ke stejnému lékaři. 30,86 % nemocných ale dojíždí na pravidelné kontroly více než 10 km, což může být pro některé jedince komplikované. Co se týče dokumentace rány, při každé kontrole je prováděna u 79,01 % nemocných, stěr na mikrobiologické vyšetření byl pak proveden minimálně jednou u 77,78 %. Kladně dopadla také položka ohledně využití moderních metod hojení ran, kdy je tímto způsobem léčeno 91,36 % pacientů a v průměru jsou během léčby vystřídaný 4 různé způsoby/ metody terapie. Efektivní změny v převazovém materiálu fungují u 74,047 % pacientů. S tím může souviset také změna stavu chronické rány za poslední měsíc, kdy ke zlepšení došlo u 66,67 % nemocných. Finanční zátěž pocítilo až 58,02 % a to buď minimální (25,93 %), významnou (28,40 %) až nezvladatelnou (3,70 %). Dostatek převazového materiálu na domácí převazy má však 91,63 %.

Výzkumná otázka č. 2

Jsou dostatečně tlumeny bolesti způsobené chronickou ránou či její léčbou?

Dostatečné tlumení bolesti je při léčbě nehojící se rány důležitým aspektem, který může ovlivnit nejen kvalitu života, ale také prodloužit trvání samotné terapie. Jak již bylo zmíněno v teoretické části diplomové práce, při bolesti tělo vyplavuje mimo jiné kortizol, který může prodloužit zánětlivou fázi a tím i celý proces hojení nehojící se rány (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 41–42). K této výzkumné otázce byly stanoveny dotazníkové položky č. 19, 20 a 21.

U otázky č. 19 odpovídali respondenti na to, zda jim byl v případě bolestí vzniklých chronickou ránou či její léčbou nabídnut recept na analgetika neboli léky tlumící bolest. 19 (23,46 %) nemocných zvolilo odpověď, že nepocítují žádné bolesti a tudíž ani nevyžadují řešení této problematiky. Více než polovina pacientů, tedy 49 (60,49 %), odpověděla, že s nimi byla při kontrole problematika bolesti řešena a recept na analgetika

jim byl nabídnut. Zbýlých 13 (16,05 %) dotazovaných však odpovědělo, že i přes bolesti způsobené nehojící se ránou či související terapií jim léky k tlumení bolesti nabídnuty nebyly vůbec. Hodnocení přítomnosti bolesti by přitom mělo být samozřejmostí při každé návštěvě pacienta. Pokud zjistíme, že nemocný trpí bolestmi, snažíme se dále zjistit podrobnější informace jako je například lokalizace, charakter, intenzita nebo také časový průběh bolesti (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 45).

Dalším úskalím terapie bolesti je dostatečná účinnost nastavené terapie. Proto je nezbytné, aby se nastavená analgetická léčba průběžně hodnotila a v případě neefektivnosti se nastavila terapie nová (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 45). Dotazníková otázka č. 20 byla určena pouze pro pacienty, kteří v předešlé otázce zvolili odpověď a), tedy, že s nimi problematika bolesti byla probírána. Na tuto otázku tedy odpovídalo pouze 49 respondentů z celkového počtu 81. Respondenti byli dotazováni, zda jsou léky, které jim byly předepsány k léčbě bolestí, dostatečně účinné a pokud ne, jak se k tomu staví lékař. Výsledky této otázky byly velmi uspokojivé. Velká většina, přesněji 41 (83,67 %), je s předepsanou medikací spokojena a bolesti jsou tedy dostatečně tlumeny. Dalších 5 (10,20 %) nemocných pocítuje nedostatečný analgetický účinek léku, avšak lékař se s nimi snaží tento problém dále řešit a najít jiná, vhodnější analgetika. Poslední 3 (6,12 %) pacienti pak nejenže nemají bolesti dostatečně tlumeny, ale lékař jim i přesto předepisuje analgetika stále stejná. Nastavení efektivní terapie bolesti může být mnohdy velmi náročné a často je nutností multidisciplinárního přístupu. Pro nemocného je v případě trvajících bolestí mimo jejich zmírnění důležité také to, aby mu lékař aktivně naslouchal, nepochyboval o jeho obtížích a ujistil ho, že se pokusí najít vhodné řešení. Právě takový přístup může zaprvé zmírnit negativní psychický stav závislý na trvajících bolestech a zadruhé přispěje k rozvoji vztahu založenému na důvěře, který je při léčbě chronické rány základem pro aktivní spolupráci pacienta s lékařem (Rokyta et al., 2017, s. 370, online). Dále Rokyta et al. (2017, s. 393, online) vypsaly možné příčiny nedostatečné léčby bolesti, mezi které zařadil například využívání šablonovité analgetické terapie, která nezohledňuje odlišné patofyziologické typy bolestí nebo strach ze závislosti na opioidních analgetících a následné odmítání pacientem. Dále neznalost nových možností terapie ale také nedostatečná znalost samotné bolesti jako je například její rozvoj či trvání.

Poslední dotazníková položka, která se k této výzkumné otázce pojila, byla otázka č. 21. Ta byla zaměřena na tlumení bolesti při náročnějších/ invazivnějších převazech chronické rány. Z celkového počtu 81 dotazovaných zodpovědělo 34 (41,98 %) pacientů, že jim je při náročnějších převazech vždy nabídnuto tlumení bolesti. Naopak dalších

28 (34,57 %) respondentů tvrdí, že jim tlumení bolesti nebývá nabídnuto vůbec. Zbývajícím 19 (23,46 %) pacientům jsou analgetika nabídnuta pouze občas. V problematice tlumení bolesti spojené s převazem rány je nutností nejen tedy lék v první řadě nabídnout, ale také lék podat dostatečně včas. Naším cílem je, aby bylo ošetření rány prováděno během maximálního účinku farmaka (Stryja et al., 2016, s. 204).

Závěrem lze tedy říci, že bolesti způsobené chronickou ránou jsou dostatečně tlumeny, avšak tlumení bolesti při náročnějších převazech či výkonech je nedostatečné. Pokud opomineme jedince, kteří bolesti netrpí, tedy 19 (23,46 %) z celkového počtu, a analgetika tedy nepotřebují, tak ze 79,03 % byla možnost analgetické terapie nabídnuta. Z těchto 49 jedinců (100%) je 83,67 % s nastavenou analgetickou léčbou spokojeno a u dalších 5 (10,20 %) je alespoň snaha ze strany personálu o náhradní a vhodnější farmakologickou terapii. Nedostatky se však nachází v tlumení bolesti při bolestivějších převazech, kdy nabídnutí analgezie je vždy u 31 (34,98 %) pacientů, pouze občas u dalších 19 (23,46 %) a s absolutní absencí nabídky je převazováno dokonce 28 (34,46 %) pacientů, což je s ohledem na celkový počet respondentů nemalé číslo.

Výzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem komunikuje personál s pacientem?

Jak popsala Gurková (2017, s. 75) ve vztahu zdravotník a pacient je nejdůležitější vzájemná spolupráce, která by měla být postavena na myšlence, kdy zdravotník představuje odborníka na onemocnění, zatímco nemocný experta na svůj vlastní život. Tento vztah založený na vzájemné důvěře a spolupráci však nemůže nikdy vzniknout bez dostatečné komunikace a správného přístupu. K výzkumné otázce číslo 2 týkající se komunikace a přístupu personálu byly přiřazeny otázky č. 31, 32 a 33. Otázka č. 31 se zabývala tím, zda jsou pacientovi předávány veškeré informace srozumitelným způsobem. Na výběr bylo ze 4 odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne a ne. Odpověď „ano“ byla označena v počtu 62 (76,54 %) pacientů. Odpověď „celkem ano“ vybralo dalších 15 (18,52 %) dotazovaných. „Spíše ne“ zvolili 3 (3,70 %) pacienti a jasné „ne“ označil 1 (1,23 %) respondent. Předávání informací by mělo být vždy být přesné, krátké a především srozumitelné. Také je vhodné přemýšlet nad tím, zda náš projev nezní negativně. Jak je popsáno ve článku s názvem Vztah lékaře a pacienta zásadně ovlivní úspěch léčby, pro nemocného je velký rozdíl mezi tím, zda je pacientovi například sděleno, že třetina pacientů s touto chronickou ránou končí s amputovanou

končetinou anebo naopak, že dvou třetinám nemocných se podaří tento typ rány zhojit (Víchová, 2019).

Další otázkou byla otázka č. 32, která se zajímala o to, zda má pacient při kontrolách pocit, že je na jeho ošetření a celkovou kontrolu vyhrazen dostatek času. Tato otázka byla úspěšná, jelikož 76 (93,83 %) respondentů vnímá časové rozmezí kontrol jako dostačující. Pouze 5 (6,17 %) nemocných uvedlo, že jsou z jejich pohledu kontroly nedostatečně dlouhé. Nemělo by se však zapomínat na to, že právě čas je jedním z faktorů ovlivňující kvalitu předávání informací pacientovi (Víchová, 2019).

V dotazníkové položce č. 33 respondenti odpovídali, zda během průběhu léčby zaznamenali změnu v přístupu personálu a popřípadě zda v pozitivním či negativní slova smyslu. Stále stejný přístup, se kterým jsou nemocní spokojeni, uvedlo 68 (83,95 %) dotazovaných. Zlepšení nastalo u 8 (9,88 %) pacientů. Další 4 (4,94 %) však s přístupem nebyli a stále ani nejsou spokojeni a 1 (1,23 %) pacient má dokonce pocit, že se přístup vůči němu zhoršil. Jak zmiňuje Bednařík a Andrášiová (2020, s. 38), na pacienta působíme buď terapeutickým, nebo až traumatizujícím způsobem. V jednom případě z nás vycítí pomoc a pochopení, v tom druhém naopak nepochopení či dokonce odmítnutí. To, jaký máme k pacientovi přístup, se následně odráží i na budování či v druhém případě narušování vzájemného vztahu, spolupráci či nespolepráci a v neposlední řadě na prohlubování důvěry či nedůvěry.

Závěrem lze říci, že komunikace a přístup personálu k pacientům je pozitivní. Srozumitelně předávané informace získává 77 (95,06 %) nemocných. S tím souvisí také, zda má na pacienta personál vyhrazen dostatek času a má tak dostatek prostoru na dostatečnou a efektivní komunikaci, i zde byly výsledky velmi uspokojivé, 76 (93,83 %) respondentů totiž uvedlo, že je na jejich kontroly vyhrazen vždy dostatek času. Také co se týče změny přístupu personálu v průběhu léčby, byly výsledky kladné. Stále spokojeno je 68 (83,95 %) nemocných a u dalších 8 (9,88 %) došlo dokonce ke zlepšení.

Výzkumná otázka č. 4

Souvisí řešená problematika během kontrol se změnou psychického stavu pacienta?

K této výzkumné otázce byly stanoveny otázka č. 16 týkající se toho, co vše se s pacientem snaží personál probírat během kontroly a dále otázka č. 34, která se zaměřuje na to, zda došlo ke změně pacientova psychického stavu a to v důsledku samotné chronické rány či v důsledku terapie s ní spojenou. K této výzkumné otázce se také pojila hypotéza číslo 1. K této hypotéze

byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 1) obsahující jednotlivé informace a dále byl vytvořen kategorizovaný histogram, který nabízí přehlednější zobrazení dat (viz Graf 36).

Otázka č. 16 byla tedy zaměřena na řešenou problematiku během kontrol. Celkový stav, myšleno i problémy a potřeby přesahující samotnou terapii rány, je řešen s více než polovinou respondentů, přesně se 42 (51,85 %) pacienty. Mezi takové problémy se řadí například psychický stav, bolesti, fyzická výkonnost, výživa nebo kvalita spánku. Dalších 39 (48,15 %) nemocných má však pocit, že se během kontrol soustředí veškerá pozornost na léčbu rány a ostatní problémy se neprobírají. Také Olsson a Friman (2020) popisují, že zdravotnický tým klade větší důraz na fyzickou stránku nemocného a o sledování psychického stavu pacientů již není vedeno tolik záznamů, kolik by bylo třeba. Kolikrát přitom pro úlevu od starostí není nutné vést dlouhé konverzace ohledně pacientových potíží, ale postačí pouze aktivní naslouchání ze strany personálu (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 119).

Změnu psychického stavu způsobené nehojící se ránou či terapií spojenou s ránou uvádí 33 (40,74 %) pacientů. Zbýlých 48 (59,26 %) respondentů však změnu psychického stavu nepocítuje. Při zvolení odpovědi, že byl psychický stav pacienta změněn, bylo možné odpovědět, jakým způsobem došlo ke změně stavu. Tyto odpovědi byly vždy v negativním slova smyslu, tedy zhoršení psychického stavu. Velmi často se opakoval strach z budoucnosti, pocity méněcennosti, mrzutost a také bezmoc. Tyto výsledky se o moc neliší od odpovědí pacientů ve výzkumu s názvem „Otevřené rány, skrytá trápení, otevřená komunikace“, kde pacienti popisovali nepříjemné pocity z důvodu pohledů ostatních lidí na jejich defekt, stahování do ústraní, ale i potíže ohledně udržování vztahů (Zahojíme, 2020).

Hypotéza č. 1:

„Neexistuje statisticky významný vztah mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta.“

Po stanovení nulové a alternativní hypotézy byla data testována. Testování proběhlo pomocí programu TIBCO Statistica™ 14.0.0. Výsledkem použitého Pearsonova chí kvadrát testu byla hodnota $p = 0,07840$. Při zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ je $p > \alpha$. Nulová hypotéza (H_0) se tedy nezamítá. **Závěrem** této hypotézy je tvrzení, že mezi řešenou problematikou během kontrol a změnou psychického stavu pacienta nebyl prokázán statisticky významný vztah. Přitom právě správný přístup včetně dostatečného zájmu o pacientovi potřeby, tedy nejen samotnou terapii, jsou jedním z faktorů, které mohou mít vliv na psychický stav nemocného. Psychika a tělesný stav jdou ruku v ruce. Pokud se podaří zlepšit psychický stav pacienta,

může se tak následně předpokládat i efektivnější spolupráce a hojení rány, naopak pokud se jako první podaří zlepšit stav chronické rány, pacient se bude po psychické stránce cítit nejspíš lépe (Pospíchal, 2020). Jak je uvedeno v knize s názvem Komunikace s nemocným, výzkumy týkající se tělesného a psychického propojení potvrzují, že zdravotní stav pacienta není vždy jen o fyzických symptomech, ale také o způsobu jakým je pacient prožívá. A právě to je do jisté míry ovlivněno tím, jak s ním lékař o jeho potížích komunikuje. Nespokojenost s přístupem však pacient často neprojeví přímo a odráží se pak například ve zhoršené spolupráci, což následně může komplikovat průběh léčby (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 15).

Výzkumná otázka č. 5

Souvisí délka trvání léčby chronické rány s tím, kdo ránu pravidelně převazuje?

K této výzkumné otázce se pojila dotazníková otázka číslo 8 ohledně délky trvání léčby chronické rány a dále otázka číslo 12, která se zajímalo o to, kdo provádí pravidelné převazy a ošetření nehojící se rány. Byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 2) obsahující tyto zmíněné informace a následně byl vytvořen kategorizovaný histogram (viz Graf 37). K této výzkumné otázce byla stanovena hypotéza číslo 2.

V otázce č. 8 uvedlo léčbu delší než 3 roky 29 (35,80 %) pacientů a 1 až 3 roky se s chronickou ránou léčí 21 (25,93 %) dotazovaných. Možnost 6 až 11 měsíců označilo 10 (12,35 %) pacientů a léčbu nehojící se rány trvající do 5 měsíců uvedlo 21 (25,93 %) jedinců. Mimo faktory jako jsou věk nebo celkový zdravotní stav, ovlivňuje délku trvání léčby také právě dostupnost kvalitní péče (Zahojíme, 2020).

V otázce ohledně toho, kdo ránu pravidelně převazuje, byla v počtu 37 (45,68 %) zvolena domácí péče a v počtu 16 (19,75 %) člen rodiny. Pravidelné kontroly prováděné lékařem uvedlo 15 (18,52 %) nemocných a samostatně si ránu ošetřuje 13 (16,05 %) respondentů. Z těchto výsledků vyplývá, že většina převazů probíhá v domácím prostředí, ať už samostatně pacientem, rodinným příslušníkem či domácí péčí. Péče v domácím prostředí nemusí znamenat horší nebo méně precizní, avšak je důležité, aby měl převazující dostatečné znalosti a dovednosti nejen o způsobu ošetřování rány a přikládání materiálu, ale také ohledně dodržování čistoty a zásad hygieny. Pokud však tyto informace nemají, může v důsledku toho docházet ke zbytečným komplikacím a následnému prodlužování trvání léčby (Kuželová, 2019). Pokud pacient řekne, že si ránu bude převazovat sám či někdo z blízkých, je nutné vždy zhodnotit, zda je to opravdu reálné. V potaz se bere nejen fyzický a psychický stav

pacienta, ale také lokalizace rány. Pokud má zdravotnický pracovník pocit, že tento způsob ošetřování rány není vhodný, je vždy na místě nabídnutí spolupráce s domácí péčí. V případě, že se pacient rozhodne pro ošetřování rány členem rodiny, je vhodné nabídnout, aby na pravidelné kontroly docházel spolu s pacientem a byl tak o postupech při převazu rány poučen přímo zdravotnickým personálem (Brtníková, 2012).

Hypotéza č. 2:

„Neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje.“

Testování hypotézy probíhalo v programu TIBCO Statistica™ 14.0.0. a to za použití Pearsonova chí kvadrát testu, kdy na základě zvolené hladiny významnosti 5 % se nulová hypotéza (H_0) nezamítá. **Závěrem** je tedy tvrzení, že mezi délkou trvání léčby s chronickou ránou a tím, kdo ránu pravidelně převazuje, nebyl prokázán statisticky významný vztah. Je tedy pravděpodobné, že pokud ránu převazuje nezdravotník, jeho znalosti a dovednosti jsou na dobré úrovni a to může být také objasněno výsledky výzkumné otázky č. 3, která zobrazuje, že předávání informací a komunikace personálu s pacientem je efektivní.

Výzkumná otázka č. 6

Jsou pacienti spokojeni s léčbou chronických ran, a co by popřípadě změnili?

K výzkumné otázce č. 6 byly stanoveny 2 dotazníkové položky, mezi které patřila otázka č. 30 dotazující se na to, zda a popřípadě co by pacienti na péči o nemocné rozhodně změnili a otázka č. 35, která se zajímala o celkovou spokojenost s péčí. Otázky k tomuto dílčímu cíli byly stanoveny především pro přehled samotných zdravotnických pracovníků. Pacient tyto informace často neřekne sám, a proto je vhodné, aby se personál snažili získat případné pocity nespokojenosti sami a aktivně.

V otázce č. 30 uvedlo 57 (70,37 %) respondentů, že by nic neměnili, 11 (13,58 %) dotazovaných by uvítalo bližší vzdálenost zdravotnického zařízení od místa bydliště. Dalších 6 (7,41 %) pacientů by bylo rádo, kdyby se zvýšil zájem personálu. Kratší časové rozmezí mezi jednotlivými kontrolami by uvítalo 5 (6,17 %) respondentů. Možnost jiné zvolili 2 (2,47 %) nemocní, kde byly zmíněny např. větší prostory ordinace.

Otázkou č. 35 se zakončovalo dotazníkové šetření a dotazovala se na celkovou spokojenost s péčí o nemocné s chronickými ránami. Na výběr bylo ze tří možností. Velmi spokojeno je 32 (39,51 %) pacientů, celkem spokojeno 47 (58,02 %) a nespokojení s poskytovanou péčí

jsou 2 (2,47 %) nemocní. Jak vyplývá z výsledků a zároveň jak také popisuje Holmerová (2015, s. 365–366, online) kvalita dlouhodobé péče v České republice není tak špatná, jak si často laická, ale i odborná veřejnost myslí. Dlouhodobá péče, tedy i péče o nemocné s chronickými ránami, je možná méně atraktivním oborem, ale přesto velmi významná z hlediska nejen medicínského a lidského, ale také ekonomického.

Závěrem lze říci, že pacienti jsou s celkovou péčí o nemocné s chronickými ránami z 97,53 % spokojeni, z 39,51 % velmi a z 58,02 % celkem. Z celkového počtu respondentů by 70,37 % na péči dokonce nic měnit nechtěli a změnu by tedy uvítalo pouze zbývajících 29,63 % nemocných.

7.1 LIMITACE VÝZKUMU

Limitací diplomové práce by mohl být menší počet zúčastněných respondentů, který byl původně směřován k počtu 100. Dotazník byl rozdán 110 osobám, avšak řádně vyplněn byl pouze od 81 zúčastněných. Vliv na počet respondentů může mít také doba výzkumu, kdy sběr dat probíhal po dobu 3 měsíců. Výzkumné šetření však bude nadále pokračovat pod vedením prof. MUDr. Luboše Sobotky CSc. a výzkum tak bude doplněn o data získaná od dalších pacientů léčících se s chronickou ránou. V rámci limitujících faktorů je vhodné podotknout, že veškeré dotazníkové položky byly zodpovězeny na základě subjektivních pocitů respondentů. Také je potřeba zohlednit fakt, že výzkum probíhal pouze v okolí Libereckého a Pardubického kraje.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá péčí poskytovanou pacientům s nehojící se ránou. Cílem teoretické části bylo shrnutí celkové problematiky včetně jednotlivých typů ran, fází hojení, metod využívaných k terapii, komunikace personálu s pacientem a specifika péče o nemocné léčící se s chronickou ránou. Také byl popsán aktuální stav péče o nemocné v České republice a problematika vzdělávání sester v souvislosti s hojením ran. Cílem výzkumné části bylo zjištění stavu péče o pacienty s chronickou ránou. K získání poznatků byl využit autorkou vytvořený dotazník, který byl následně odborně schválen vedoucím diplomové práce. Dotazník řádně vyplnilo 81 respondentů léčících se s jakoukoliv nehojící se ránou z okolí Libereckého a Pardubického kraje.

Závěrem lze říci, že péče poskytovaná pacientům s chronickými ránami je v ČR na dobré úrovni. S celkovou péčí a léčbou rány je spokojeno 97,53 % pacientů, z toho 39,51 % velmi a 58,02 % alespoň částečně. Zjištěno bylo také to, že komunikace s pacientem bývá efektivní, 95,06 % nemocných získává informace srozumitelně a z 93,83 % má personál na pacienta vyhrazen vždy dostatek času. Důležitým ukazatelem kvalitní péče se zaměřením na potřeby pacienta je také efektivní tlumení bolesti, kdy 83,67 % je s nastavenou analgetickou léčbou spokojeno. Nedostatky pak nacházíme v tlumení bolesti při náročnějších převazech rány. Vždy je tlumení bolesti nabídnuto pouze u 34,98 % pacientů, občas u 23,46 % nemocných a 34,46 % nemocných tuto nabídku nedostává nikdy. Důležité pro kvalitně poskytovanou a především kontinuální péči je také zaznamenávání a dokumentování stavu rány, to je splňováno u 79,01 % nemocných. Kontrola rány specializovaným lékařem probíhá při návštěvě ze 76,74 % vždy, méně uspokojivé výsledky jsou pak u kontrol rány praktickým lékařem, který ránu kontroluje vždy pouze u 16,05 % a u dalších 28,40 % nemocných občas. Dalším zjištěním bylo, že na zhoršení psychiky nemocného nemá významný vliv, zda řeší či neřeší své problémy přesahující terapii chronické rány (spánek, bolest, psychika aj.) s lékařem. Také není významná souvislost mezi tím, jak dlouho se nemocný léčí s chronickou ránou a tím, zda pravidelně převazuje ránu řádně informovaný laik či zdravotnický pracovník.

Doporučení pro praxi je především dostatečná edukace zdravotnických pracovníků nejen ohledně léčby chronických ran, ale také ohledně správné a efektivní komunikace s pacienty. Především pak zaměřením se na aktuální potřeby a problémy, které nemocného trápí, a to nejen v rámci onemocnění (v našem případě nehojící se rána), ale se zahrnutím psychické pohody i ostatních aspektů, které mohou ovlivňovat celkovou kvalitu života pacienta. Vzhledem k malému zájmu praktických lékařů o problematiku chronických ran vyplývající

z výzkumného šetření existuje možnost, že se následně nemocní nedostávají ke specializovaným lékařům včas. Bylo by proto vhodné zvýšit informovanost praktických lékařů ohledně nutnosti kontrol a dále možností léčby. To by mohlo probíhat například formou povinných seminářů. Přínosem by také mohlo být soustředění léčby chronických ran do specializovaných center. Do těchto center by pak měli být nemocní doporučováni v co nejkratším intervalu od vzniku rány. V neposlední řadě by bylo přínosné také dostatečně informovat rizikové jedince o možnosti vzniku nehojící se rány a především o preventivním opatření, kterým mohou předejít nejen chronické ráně, ale také dalším komplikacím. Zajistit informovanost rizikových pacientů je nejspíše opět na praktických lékařích. Tento problém by mohl být vyřešen vytvořením edukačních letáků, které by byly v čekárnách nejen praktických lékařů, ale také například na ambulancích cévních, kožních či na diabetologii.

9 POUŽITÁ LITERATURA

BEČANOVÁ, Květa, 2015. Ošetrovatelská péče o chronické rány. *Florence* [online]. Březen 2015, 11(3), 15–16 [cit. 2022-12-10]. ISSN 1801-464X. Dostupné z:

<https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/3/osetrovatelska-pece-o-chronicke-rany/>

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.

BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3133-4.

BRTNÍKOVÁ, Eva, 2012. Ekonomické aspekty hojení chronických ran. *Medical Tribune* [online]. Březen 2012 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z:

<https://www.tribune.cz/archiv/ekonomicke-aspekty-hojeni-chronicky-ran/>

Česká společnost pro léčbu rány [online], c2010. Pardubice: Pardubická krajská nemocnice [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.cslr.cz/>

ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 16, s. 1186–1264. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

ČESKO, 2017. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 72, s. 2065–2084. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

ČESKO, 2019. Vyhláška č. 252 ze dne 27. září 2019 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 109, s. 2450–2451. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

DOWSETT, Caroline, 2015. Breaking the cycle of hard-to-heal wounds: balancing cost and care. *Wounds International 2015* [online]. 6(2), 17–21 [cit. 2023-04-17]. ISSN 2044-0057.

EUC, 2022. Otevřeli jsme nové Centrum hojení chronických ran. In: *EUC* [online]. c2022 EUC, říjen 2022 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/otevřeli-jsme-nove-centrum-hojeni-chronicky-ran/>

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HARTMANN, 2012. Chronické rány – celoevropský problém. In: *Léčba rány: Praktický portál pro odborníky a pacienty* [online]. Hartmann, c2023 Léčba rány, 17. 09. 2012 [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/premiove-clanky/chronicke-rany-celoevropsky-problem>

HARTMANN, c2023. Fáze hojení ran. In: *Léčba rány: Praktický portál pro odborníky a pacienty* [online]. Hartmann, c2023 Léčba rány [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/odbornik/o-lecbe-ran/faze-hojeni-ran>

HLINKOVÁ, Edita et al., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.

HOLMEROVÁ, Iva, 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-4-11]. ISBN 978-80-247-5439-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/dlouhodob-pece-2460/>

IHNÁT, Peter, 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.

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

KHALIL, Hanan et al., 2015. Elements affecting wound healing time: An evidence based analysis. *Wound Repair and Regeneration* [online]. Wiley, 23(4), 550–556 [cit. 2023-04-20]. ISSN 10671927. Dostupné prostřednictvím Wiley z: <https://doi.org/10.1111/wrr.12307>

KOUTNÁ, Markéta et al., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

- KREJSKOVÁ, Kamila, 2013. *Nové trendy v hojení chronických ran*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta.
- KROCOVÁ, Jitka et al., 2018. Postoj sester k profesi a jejich motivace k dalšímu vzdělávání. *Florence* [online]. Zář 2018, **14**(4), 18–20 [cit. 2023-04-02]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/postoj-sester-k-profesi-a-jejich-motivace-k-dalsimu-vzdelavani/>
- KUBÁTOVÁ, Lucie, L. FRIDRICHOVÁ a Markéta NEJEDLÁ, 2017. Co vše musíme vědět při léčbě nehojící se rány. *Florence* [online]. Květen 2017, **13**(5), 8–10 [cit. 2023-20-03]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/5/co-vse-musime-vedet-pri-lecbe-nehojici-se-rany/>
- KUT CITORES, Filip, 2023. Vláda schválila vznik nových odborů specializačního vzdělávání sester. *Medical Tribune* [online]. Medical Tribune CZ, **2023**(5) [cit. 2023-03-28]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/vlada-schvalila-vznik-novych-oboru-specializacniho-vzdelavani-sester/>
- KUŽELOVÁ, Šárka, 2019. *Role sestry v péči o chronickou ránu*. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií.
- LINDSAY, Ellie et al., 2017. Patient-centred care: a call to action for wound management. *Journal of Wound Care*, **26**(11), 662–677. ISSN 20522916. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/jowc.2017.26.11.662>
- OLSSON Malin a Anne FRIMAN, 2020. Quality of life of patients with hard-to-heal leg ulcers: a review of nursing documentation. *British Journal of Community Nursing*, **25**(12), 13–19. ISSN 2052-2215. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjcn.2020.25.Sup12.S12>
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- POLÁŠKOVÁ, Marie, 2016. Chronické rány ohrožují čím dál tím mladší ročníky. In: *Braunoviny* [online]. Říjen 2016 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/chronicke-rany-ohrozuji-cim-dal-mladsi-rocniky>

- POSPÍCHAL, Martin, 2020. Vliv naší mysli na hojení ran. In: *Zahojíme* [online]. Dialog Jessenius [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.zahojime.cz/pacient-a-rodina/vliv-psychiky/>
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
- ROKYTA, Richard et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-08]. ISBN 978-80-271-0312-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/lecba-bolesti-v-primarni-peci-4303/>
- SAGHALEINI, Seied et al., 2018. Pressure Ulcer and Nutrition. *Indian Journal of Critical Care Medicine* [online]. April 2018, **22**(4), 283–289 [cit. 2023-04-17]. DOI: 10.4103/ijccm.IJCCM_277_17. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930532/>
- STRYJA, Jan, 2015. *Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-13-7.
- STRYJA, Jan et al., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- ÚZIS, 2018. *Zdravotnická ročenka České republiky 2017* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-04-18]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008381/zdrroccz2019.pdf>
- VEVERKOVÁ, E., E. KOZÁKOVÁ a L. DOLEJŠÍ, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VÍCHOVÁ, Tereza, 2019. Vztah lékaře a pacienta zásadně ovlivní úspěch léčby. In: *Vitalia.cz* [online]. Březen 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/vztah-lekare-a-pacienta-zasadne-ovlivni-uspech-lecby/>
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7
- ZAHOJÍME, 2020. *Otevřené rány, skryté trápení, otevřená komunikace* [online]. Dialog Jessenius [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: https://www.zahojime.cz/wp-content/uploads/2020/06/2020-06-22-Pruzkum_otevrene_rany_skryte-trapeni_otevrena-komunikace.pdf

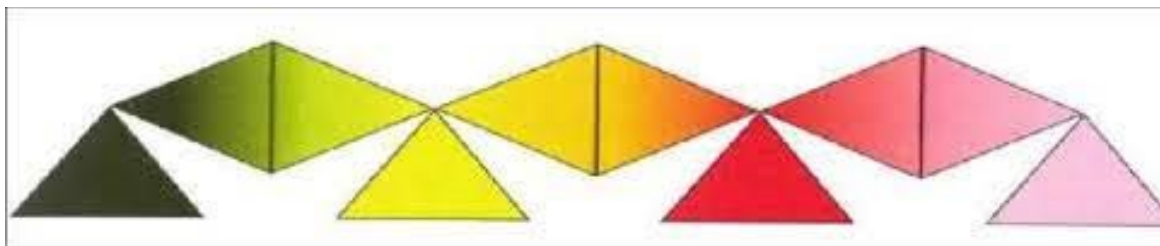
ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.
ISBN 978-80-271-0156-6.

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Kontinuum hojení rány- Wound Healing Continuum</i>	82
Příloha B – <i>Dotazník k diplomové práci</i>	83
Příloha C – <i>Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce</i>	88

Příloha A – *Kontinuum hojení rány- Wound Healing Continuum*

(Pokorná a Mrázová, 2012, s. 1, obrazová příloha)



Příloha B – Dotazník k diplomové práci

(zdroj: vlastní)

Vážená paní, vážený pane,

mé jméno je **Eliška Schmidová** a jsem studentkou navazujícího magisterského studia (kombinovaná forma- obor Ošetřovatelství v interních oborech) na fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V souladu se zásadami etiky výzkumu se na Vás obracím s žádostí o zapojení do dotazníkového šetření, které bude následně použito do diplomové práce. **Výsledky budou vyhodnoceny a prezentovány zcela anonymně.**

Název diplomové práce: Stav péče o nemocné s chronickými ránami

Vedoucí diplomové práce: prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.

Účel dotazníkového šetření: Zjistit stav péče o nemocné s chronickými ránami

POKYNY PRO VYPLNĚNÍ:

- Pokud není uvedeno jinak, označte vždy pouze jednu odpověď.
- V případě otevřené odpovědi popište vlastními slovy.

Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí výzkumného šetření a s následným využitím získaných dat k analýze a publikaci.

Předem Vám děkuji za spolupráci,
Bc. Eliška Schmidová.

ČÍSLO PACIENTA:

INICIÁLY:

DATUM NAROZENÍ:

1) Jaký je Váš věk?

- a) 40 let a méně
- b) 41-50 let
- c) 51-60 let
- d) 61-70 let
- e) 71-80 let
- f) 81 let a více

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

3) Jaké je Vaše místo bydliště?

- a) Vesnice
- b) Město do 50 tisíc obyvatel

- c) Město mezi 50 až 100 tisíc obyvatel
- d) Město nad 100 tisíc obyvatel

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Učiliště
- c) Střední
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

5) Jaký je nyní Váš stav?

- a) Student
- b) Pracující
- c) Nezaměstnaný
- d) Důchodce

6) Co způsobilo Vaši ránu?

- a) Rána způsobená úrazem
- b) Bércový vřed
- c) Diabetická noha
- d) Pooperační rána
- e) Dekubitus (proleženina)
- f) Jiná:

7) Máte nějaká přidružená onemocnění související se vznikem rány?

Možno vybrat více odpovědí.

- a) Diabetes mellitus
- b) Ischemická choroba dolních končetin
- c) Chronická žilní insuficience
- d) Obezita
- e) Jiné.. (doplňte)

8) Jak dlouho se léčíte s chronickou ránou?

- a) Do 5 měsíců
- b) 6 až 11 měsíců
- c) 1 až 3 roky
- d) Déle než 3 roky

9) Po jak dlouhé době od vzniku chronické rány jste navštívil/a lékaře?

- a) Do 1 týdne
- b) Do 1 měsíce
- c) Do 3 měsíců
- d) Do 6 měsíců
- e) Déle, než za půl roku

10) Kolik lékařů jste celkem během terapie chronické rány navštívil/a?

- a) Pouze jednoho

- b) 2 až 3 lékaře
- c) 4 a více lékařů

11) Jak daleko musíte dojíždět na pravidelné kontroly/ převazy?

- a) Převazy probíhají doma prostřednictvím domácí zdravotní péče
- b) Do 10 km
- c) Do 20 km
- d) Do 30 km
- e) Více než 30 km

12) Kdo Vám ránu pravidelně převazuje?

- a) Domácí péče
- b) Člen rodiny
- c) Lékař
- d) Sám/ sama

13) Kdo Vám ránu pravidelně kontroluje?

- a) Praktický lékař
- b) Lékař specializovaný na léčbu chronických ran
- c) Jiný specializovaný lékař (např. cévní, kožní)
- d) Pouze domácí péče (bez lékaře)

14) Kontroluje Vám praktický lékař při návštěvě chronickou ránu?

- a) Ano, při každé návštěvě
- b) Pouze občas
- c) Nekontroluje

15) Kontroluje Vám ránu specializovaný lékař?

- a) Ano, při každé návštěvě
- b) Pouze občas
- c) Nekontroluje
- d) Nechodím k lékaři specialistovi

16) Co vše řešíte s lékařem/ sestrou, který/á ránu ošetřuje?

- a) Pouze terapii chronické rány
- b) Chronickou ránu a také ostatní aspekty ovlivňující kvalitu mého života

17) Pokud je Vaše rána způsobena onemocněním, je léčeno také toto onemocnění? (např. výživa, léky..)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ránu nemám způsobenou na podkladě chronického onemocnění (dekubitus, pooperační rána..)

18) Musel/ a jste být někdy kvůli nehojící se ráně hospitalizován/ a?

- a) Ano
- b) Ne

- 19) Byl Vám nabídnut recept na léky tlumící bolest?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Rána mě nebolí
- 20) Jsou tato předepsaná analgetika dostatečně účinná?**
Odpovězte pouze, pokud jste zvolili v otázce č. 19 odpověď a).
- a) Ano
 - b) Ne, ale lékař se stále snaží nalézt vhodný lék.
 - c) Ne, a i přes informování lékaře mi stále předepisuje ty stejné léky.
- 21) Je Vám při náročnějším/ bolestivějším převazu rány nabídnuto tlumení bolesti?**
- a) Ano
 - b) Málokdy/ občas
 - c) Ne
- 22) Je Vaše chronická rána během kontrol zaznamenávána (měřena a následně zapisována, fotografována)?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Pouze při výraznější změně ve stavu chronické rány
- 23) Byl alespoň jednou proveden stěr z rány (mikrobiologické vyšetření)?**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 24) Jsou využívány moderní metody pro hojení rány?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 25) Kolik různých způsobů léčby bylo vyzkoušeno?**
- a) Pouze 1 metoda
 - b) 2 až 3 metody
 - c) 4 až 5 metod
 - d) 6 až 8 metod
 - e) 9 a více
 - f) Nevím
- 26) Došlo v průběhu hojení rány ke změně převazového materiálu?**
- a) Ano
 - b) Ano, ale přesto se rána nehojila
 - c) Ne, nebylo potřeba změny, rána se zlepšovala
 - d) Ne, přestože rána nevykazovala žádné známky hojení
- 27) Máte k dispozici dostatek převazového materiálu pro domácí převazy?**

- a) Ano
- b) Ne

28) Znamenala pro Vás přítomnost rány finanční problém?

- a) Rána ani její léčba pro mě neznamenal žádný finanční problém
- b) Ano, ale musel/a jsem omezit pouze nepodstatné výdaje
- c) Ano, je to velká finanční zátěž, ale zvládl/a jsem si materiálně zajistit léčbu v plném rozsahu
- d) Ano, samostatně jsem nezvládl/a materiálně zajistit běžný život ani léčbu rány

29) Máte pocit, že se rána za poslední měsíc.. (doplňte větu)

- a) Zlepšuje
- b) Zhoršuje
- c) Je stále stejná
- d) Jiné.. (doplňte vlastními slovy)

30) Co byste na péči o nemocné s chronickými ránami změnili?

- a) Častější kontroly
- b) Menší vzdálenost zdravotnického zařízení od místa bydliště
- c) Komunikaci personálu
- d) Nic bych neměnil/a
- e) Jiné.. (doplňte vlastními slovy)

31) Jsou Vám informace ohledně rány či léčby předávány srozumitelně?

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

32) Máte pocit, že má na Vás lékař/sestra při kontrole vyhrazen dostatek času?

- a) Ano
- b) Ne

33) Přístup zdravotnického personálu k Vám za poslední měsíc..(doplňte větu)

- a. Nezměnil, stále jsem velmi spokojen/a
- b. Nezměnil, stále nejsem dostatečně spokojen/a
- c. Zlepšil
- d. Zhoršil

34) Změnil se Váš psychický stav v souvislosti s chronickou ránou a terapií s ní spojenou?

- a) Ano (doplňte, jak byla Vaše psychika ovlivněna)
- b) Ne, můj psychický stav se nezměnil.

35) Jak jste s dosavadním průběhem léčby rány spokojen/a?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Celkem spokojen/a
- c) Nespokojen/a

Příloha C – Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

(UPCE, Fakulta zdravotnických studií)



Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Bc. Eliška Schmidová
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Ošetřovatelství
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetřovatelství v interních oborech, 2. ročník
Typ práce (bakalářská, magisterská)	magisterská
Téma	Stav péče o nemocné s chronickými ránami
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Soubor respondentů	80-100
Metodika výzkumu	Dotazníkové řešení
Zahájení výzkumu	Listopad 2022
Konec výzkumu	Leden 2023
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky:
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:
Vyjádření odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: S prováděním výzkumu souhlasím/nesouhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta/ky / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta/ky souhlasím/nesouhlasím Jméno: Pozice: Razítko a podpis:

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

Potvrzený souhlas s výzkumem k bakalářské nebo diplomové práci odevzdá student se dvěma výtisky práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu Fakulty zdravotnických studií.

* V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti jiných fakult UPa, vyjádření vyplní proděkanka pro studium a vzdělávací činnost Fakulty zdravotnických studií. V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti FZS, vyjádření vyplní vedoucí katedry, pod kterou student provádějící výzkum patří.

Aktualizace: duben 2021