

Nehojící se rány v domácí péči

Vendula Macíčková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vendula Macíčková**
Osobní číslo: **H15562**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Nehojící se rány v domácí péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování literární rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky nehojících se ran v domácí péči.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace výzkumu metodou kazuistik.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HLINKOVÁ, Edita. Kvalita života pacientů s chronickými ránami. Martin: Osveta, 2015. ISBN 978-80-8063-433-9.

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. Dekubity: prevencia a liečba v praxi. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-95-8.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014. ISBN 0-9579343-X.

POKORNÁ, Alena a Romana MRÁZKOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

STRYJA, Jan. Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně. Semily: Geum, 2015. ISBN 978-80-87969-13-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.2.2018

Maurova

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užívá-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k větší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o nehojící se rány z pohledu sester agentury domácí zdravotní péče. Teoretická část je věnována nehojícím se ranám, specifickým jejich lokálního ošetřování v domácím prostředí a ošetrovatelské dokumentaci zaměřené na péči o rány. V praktické části k dosažení cílů práce byl aplikován kvalitativní výzkum formou kazuistik u vybraných pacientů s nehojícími se ranami v domácí péči. Výstupem práce jsou 4 kazuistiky s cílem informovat odbornou veřejnost, všeobecné sestry, o specifické péči o dekubity a bércové vředy žilní etiologie v domácím prostředí.

Klíčová slova: domácí péče, nehojící se rány, bércové vředy, dekubitus, všeobecné sestry

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of care for non-healing wounds from the point of view of the nurses of the home health care agency. The theoretical part is devoted to non-healing wounds, the specifics of their local nursing in the home environment and nursing documentation aimed at wound care. In the practical part, to achieve the goals of the work, qualitative research was applied in the case of selected patients with non-healing wounds in home care. The output of the thesis are four case studies aimed at informing the general public, general nurses, the specifics of care for decubitus and venous ulcers of venous etiology in the home environment.

Keywords: home care, non-healing wounds, leg ulcers, decubitus, general nurses

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Poděkování

Děkuji paní magistře Silvii Treterové za odborné vedení práce, věcné připomínky, cenné rady, vstřícnost a trpělivost při konzultacích. Současně bych chtěla poděkovat všem sestřám agentury domácí péče, ve které probíhalo výzkumné šetření, za jejich vstřícnost, ochotu, cenné rady a zkušenosti.

Motto:

„I zcela banální rána může mít naprosto fatální následky.“

Jan Stryja, 2016

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 NEHOJÍCÍ SE RÁNY	10
1.1 PŘEHLED ANATOMIE A FYZIOLOGIE.....	11
1.2 PŘÍČINY VZNIKU NEHOJÍCÍCH SE RAN.....	11
1.3 FÁZE HOJENÍ RAN.....	12
1.4 POSOUZENÍ A KLASIFIKACE NEHOJÍCÍCH SE RAN.....	15
1.5 PROJEVY DOPROVÁZEJÍCÍ NEHOJÍCÍ SE RÁNY.....	13
2 PÉČE O NEHOJÍCÍ SE RÁNY	17
2.1 PROSTŘEDKY K OŠETŘOVÁNÍ RAN.....	18
2.2 PŘEVAZ JAKO VÝKON OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	21
3 SPECIFIKA PÉČE O NEHOJÍCÍ SE RÁNU Z POHLEDU SESTRY V AGENTUŘE DOMÁCÍ PÉČE	23
3.1 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	24
3.2 NEJČASTĚJŠÍ NEHOJÍCÍ SE RÁNY V DOMÁCÍM PÉČE.....	25
4 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE V PÉČI O NEHOJÍCÍ SE RÁNU	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 METODIKA VÝZKUMU	33
5.1 CÍLE PRÁCE.....	33
5.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
5.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ POPISOVANÝCH V KAZUISTIKÁCH.....	34
5.4 ORGANIZACE SBĚRU DAT PRO VÝZKUM.....	34
6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
6.1 KAZUISTIKA Č. 1.....	35
6.2 KAZUISTIKA Č. 2.....	47
6.3 KAZUISTIKA Č. 3.....	54
6.4 KAZUISTIKA Č. 4.....	62
DISKUZE	69
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM TABULEK	78
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

V praxi se s nehojícími se ránami můžeme setkat prakticky kdekoliv, na všech odděleních nemocnic, v ambulancích, sociálních zařízeních, stacionářích a v domácí péči. Nejčastěji se setkáváme s bércovými vředy žilního původu a s dekubity.

Téma týkající se péče o nehojící rány v domácím prostředí jsem si vybrala po absolvování praxe v agentuře domácí zdravotní péče, kde jsme měla možnost navštěvovat pacienty v jejich domácím prostředí a získat tak novou zkušenost, která byla odlišná, než jsem znala z péče v rámci nemocničního zařízení.

Domácí péče je zaměřena na udržení, podporu a navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti. Jedná se o zdravotní a pečovatelskou službu, která je poskytována všem věkovým kategoriím. Tato služba je hrazena ze zdravotního pojištění, tudíž je pacientovi poskytována zdarma. Podmíněna je vypsáním poukazu praktickým či ošetřujícím lékařem. Na základě šetření, které se provede v místě bydliště pacienta (klienta) je pak sepsán příjem, vypracován individuální plán, případně dohodnuty další kroky. V dnešní době je mezi sestrami agentur domácí péče mnoho specialistů zaměřujících se na nehojící se rány, péče o ně je tak vedena komplexně. Výhodou této formy ošetřování je snížení nákladů na zdravotní pojišťovnu, omezení vzniku nozokomiálních (nemocničních) nákaz a zapojení pacienta a jeho rodinných příslušníků do léčby.

Koncepce domácí péče se mi líbí, neboť sama žiji v odlehlé vesnici nedaleko státních hranic, kde je dostupnost zdravotní péče problematická a pro pacienty z takových míst, zvláště pro ty starší, je to jediná možnost, jak mít odbornou zdravotnickou pomoc nablízku a mnohdy se tak vyhnout i hospitalizaci.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje nehojícím se ranám, jejich lokální terapii a ošetřovatelské dokumentaci. V praktické části je formou kazuistik popsána ošetřovatelská péče u vybraných pacientů s nehojícími se ránami v domácím prostředí. V práci byly zmapovány specifika péče v domácím prostředí o dekubity a bércové vředy žilní etiologie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEHOJÍCÍ SE RÁNY

Ránu lze definovat jako narušení kontinuity kožního povrchu a integrity organismu. Hojení ran je komplexní, dynamický proces, jehož výsledkem je reparace anatomických poměrů a funkce tkání a buněk. (Hlinková, 2015, str. 18)

Rány lze klasifikovat z různých hledisek, nejčastěji podle průběhu a délky hojení, rozsahu poškození tkání, dle mechanismu vzniku, stupně kontaminace. (Stryja, 2011, str. 20)

O nehojící se ráně mluvíme tehdy, pokud se jedná o ránu hojící se pomalu. Jestliže se rána nehojí ani při ideálním ošetřování, dá se předpokládat, že v ráně došlo k narušení normálního reparativního hojení. Evropská asociace společnosti hojení ran (*European Wound Management Association*) roku 2010 v Ženevě, na svém XX. kongresu doporučila opustit označení chronická rána a nahradit jej novým termínem nehojící se rána (*non-healing wound*). (Stryja, 2011, str. 27-28)

Jako nehojící se rána (*non-healing wound*), či chronická nebo obtížně se hojící rána (*hard to heal wound*) se označuje sekundárně hojící se kožní ulcerace, která i přes adekvátní terapii nevykazuje tendenci k hojení po dobu 6 - 9 týdnů. (Stryja, 2016, str. 27; *Dermatologie pro praxi*, 2017, str. 127)

Demografickým trendem současnosti je stárnutí populace. S narůstajícím věkem v populaci, přibývají také chronicky nemocní pacienti a četnost výskytů nehojících se lézí souvisejících s diabetem, onemocněním cév, a poruchou pohyblivosti. Stárnoucí kůže ztrácí svou přirozenou elasticitu, neboť dochází k destrukci elastických vláken a poruchu integrity kůže mezi dermis a epidermis. (Kubešová, 2015, str. 31)

Stryja (2011, str. 22-28) nehojící ránu definuje jako sekundárně hojící ránu, která se musí uzavřít pomocí výstavby nové tkáně. Jde o narušení celistvosti tkání tělesného povrchu jednotlivých anatomických vrstev, při kterém dochází k porušení některých z fyziologických funkcí kůže.

Mezi nejčastější nehojící se rány patří bércové vředy venózní etiologie, kožní vředy arteriální etiologie, dekubity, neuropatické kožní vředy u diabetu mellitu, kožní vředy v terénu lymfedému, ulcerace při autoimunních onemocněních a vaskulitidách, exulcerované maligní nádory a ulcerace vzniklé při aktinoterapii, pooperační a posttraumační rány hojící se *per secundam*. (Stryja, 2016, str. 28)

Nehojící rány jsou definovány jako sekundárně hojící se rány, které se musí uzavřít pomocí výstavby nové tkáně. Jedná se o narušení celistvosti tkání tělesného povrchu jednotlivých anatomických vrstev, při kterém dochází k narušení některých fyziologických funkcí kůže. (Stryja, 2011, str. 22-28)

1.1 Přehled anatomie a fyziologie kůže

Kůže (*integumentum commune*) je největší plošný orgán. Jeho povrch dosahuje rozměru 1,5 až 1,8 m² a hmotnosti až 4,5 kg. Skládá se ze tří vrstev, epidermis, dermis, a tela subcutanea. (Rokyta, 2016, str. 195) Pokožka (*epidermis*) tvoří povrchovou část kůže. Je tvořena dlaždicovým epitelem, který je při povrchu zrohovatělý. (Hlinková, 2015, str. 17) Těsně pod bazální membránou epidermis se nachází škára (*corium*), která zasahuje až do podkožní vrstvy (*subcutis*). (Naňka, Elišková, 2015, str. 327-329) Podkoží (*tela subcutanea*) je tvořeno řídkým vazivem, krevními a lymfatickými cévami, nervy a potními žlázami. Tloušťka podkožní tkáně je v různých částech těla odlišná. Nejméně se ho nachází na očních víčkách, naopak nejsilnější se nachází na hýždích a břiše. (Stryja, 2016, str. 23) Z epitelu epidermis vznikají kožní adnexa. Mezi ně řadíme chlupy, nehty a kožní žlázy, potní, mazové, mléčné. (Rokyta, 2016, str. 197) Kůže zastává několik funkcí v organismu. Obranná funkce odděluje vnitřní a vnější prostředí a zabraňuje vniknutí škodlivých látek a mikroorganismů do vnitřního prostředí organismu. Chrání tělo před fyzikálním poškozením způsobeným zejména tlakem a tahem, zabraňuje dehydrataci organismu. Udržuje stálou tělesnou teplotu, podílí se jak na výdeji, tak na příjmu tepla z okolí. Hlavní podíl na regulaci tepla mají kožní kapiláry, které se teplem dilatují a tím teplo uvolňují do okolí. Důležitým mechanismem v regulaci je také pocení a odpařování potu, které chrání tělo před přehřátím organismu. (Rokyta, 2016, str. 195-197) V kůži se nachází velké množství senzorů na teplo, chlad, hmat a bolest. Kožní systém se podílí také na resorpci, vstřebávání látek rozpustných v tucích, produkci vitamínu D, působením slunečního záření. Postupně se vitamín D uvolňuje do krve, k jeho aktivizaci dochází v játrech a ledvinách. (Rokyta, 2016, str. 195-197)

1.2 Příčiny vzniku nehojících se ran

Vznik nehojící se rány souvisí s různými příčinami. Příčiny vzniku rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnější faktory představují možné nebezpečí, které přichází k jedinci z vnějšího prostředí. Řadíme sem vlivy mechanické, poranění ostrými předměty, tupým tlakem,

projektilem střelné zbraně, úlomky střepů, dále pak kousnutí hmyzem nebo zvířaty. Trhací síly, kam lze zařadit působení tlaku, tření a nůžkový efekt. Dále mohou být vyvolány působením terapeutických pomůcek, využívaných zejména v chirurgických oborech. Jedná se o vnější fixátory, sádrové obvazy, ortopedické pomůcky, kterými jsou svorky, spony, korzety a ortézy. Dalšími vyvolavateli mohou být sociálně pracovní aspekty, práce s chemikáliemi, četnost a délka ozáření, nízká životní úroveň, infekce, paraziti či vlhkost prostředí. Mezi termické faktory patří působení tepla a chladu. (Hlinková, 2015, str. 17-18)

Celá řada dlouhodobě užívaných léků negativně ovlivňuje hojení tkání. Mezi takové farmaka můžeme například zařadit cytostatika, imunosupresiva, antiflogistika, kolchicin a antikoagulancia. Hojení zpomaluje také nekrotická, devitalizovaná tkáň, neboť se stává ideálním prostředím pro růst bakterií a zdrojem endotoxinů, které inhibují stěhování fibroblastů v ráně. Debridement nekrotické tkáně je v takovém případě základním pilířem pro nastartování hojení rány. (Stryja, 2016, str. 44)

Mezi vnitřní faktory se řadí aspekty, týkající se přímo daného jedince. Habitus, hmotnost, množství svalové hmoty, elasticita kůže, změny v kožním turgoru, stav výživy, obezita, kachexie, dehydratace. Endokrinní, systémové a metabolické poruchy a onemocnění, imunodeficience, onemocnění cév a změny v cirkulaci. Psychogenní faktory, jako je strach, úzkost, deprese, stres. Změny pohyblivosti, nepřiměřené osobní hygienické návyky, nedostatečná osobní hygiena, věk nad 65 let. Ve stáří se kůže stává suchou, tenkou, ztrácí elasticitu a podkožní vazivo, dochází v ní ke snížení cirkulace krve. (Hlinková, 2015, str. 18)

1.3 Fáze hojení ran

Hojení ran lze rozdělit do tří stádií. Správné rozpoznání fáze rány, je nezbytné pro určení dalšího vhodného léčebného postupu, neboť každá fáze vyžaduje odlišný léčebný postup a prostředky podporující zhojení. (Hartmann, 2013, str. 36)

První fáze se nazývá čistící, může být označována i jako zánětlivá či exsudativní, je charakteristická rozvojem zánětu, kterým organismus reaguje na přítomnost nežádoucích složek v těle. V okolí rány můžeme sledovat známky infekce jako je otok, zarudnutí, bolestivost a zvýšení teploty. V ráně se může objevit nekróza, infekce, nebo pokrytí fibrinovým povlakem. Tyto příznaky představují hlavní překážku v nastartování procesu uzavírání rány a proto je nezbytné nejprve je odstranit. V této fázi hojení se využívá krytí podpoření

odloučení nekrotické tkáně, odstranění povlaků, infekce a podpoření procesu hojení s přechodem do další fáze. (Hartmann, 2013, str. 36)

Mezi vhodné produkty čistící fáze můžeme zařadit neadherentní antiseptická krytí, hydroaktivní krytí, hydrobalanční krytí. (Stryja, 2016, str. 287)

Další fáze je granulační, nastává v okamžiku, kdy v ráně začne proces neoangiogeneze. Tvorba nových krevních cév postupně začíná vyplňovat ránu granulační tkání, v níž vznikne síť kolagenních vláken. Ta slouží jako podklad pro obnovení pokožky v místě léze. Za první signál hojení rány, lze tedy považovat tvorbu granulační tkáně. Tento proces je třeba podpořit aplikací šetrných léčebných prostředků. Důležitým atributem správné léčby je vyvarovat se riziku hypergranulace, infekce nebo traumatizaci rány. Stejně tak nezbytné je i udržet ránu v prostředí s optimální vlhkostí. (Hartmann, 2013, str. 36)

K ochraně nově vznikající granulační tkáně a zamezení vzniku hypergranulace, lze využít neadherentní antiseptická krytí, hydroaktivní komprese, hydrokoloidní krytí. Konkrétní prostředek volíme dle vlhkosti a hloubky rány. U silně exsudujících ran lze využít krytí s vysokou absorpční schopností, polyuretanové krytí. Pro hlubší rány, kde je potřeba ránu vyplnit, se může využít hydroaktivní krytí. U hlubší rány vysoce exsudující, alginátové krytí, a naopak u suché rány amorfni gel na vodní bázi. V případě mělkých ran lze sáhnout po hydroaktivním krytí. (Hartmann, 2017, online)

Závěrečným procesem hojení ran je epitelizační fáze. Lze ji rozpoznat dle nově vznikajícího kožního krytu, který se zpravidla objevuje od okraje rány, ve formě malých ostrůvků. Nově vzniklé buňky migrují po vlhké spodině rány, a proto je v této fázi nutné sledovat vlhkost rány, zabránit jejímu vysychání a vyvarovat se nadměrnému růstu granulační tkáně. (Hartmann, 2013, str. 36)

Vhodné krytí chrání defekt před opakovanou traumatizací a udržuje optimální prostředí pro hojení. (Hartmann, 2017, online)

1.4 Klinické příznaky nehojících se ran

Bolest

Světová zdravotní organizace definuje bolest jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání. Jedná se o subjektivně popisovaný zážitek na organickém podkladě. Pacienty jsou mnohé nehojící se rány

popisovány jako bolestivé. Mezi rány s intenzivním vnímáním bolesti se řadí bércové vředy žilní i tepenné etiologie a dekubity. Bolest u nehojících se ran může mít jak negativní tak pozitivní vliv. O pozitivním hovoříme tehdy, když plní ochrannou funkci před poškozením tkání, a funguje jako varovný signál. V případě nehojících se ran řadíme bolest mezi faktory, které zpomalují proces hojení. Z hlediska délky trvání se může jednat o akutní a chronickou bolest různé intenzity, o trvalou a intermitentní. Příčinou vzniku akutní bolesti může být převaz defektu nebo akutní exacerbace infekce na spodině rány. Příčina chronické bolesti může být závislá na základní diagnóze či maceraci okolní pokožky. (Hlinková, 2015, str. 122-123)

Stryja definuje bolest jako individuální projev, který má svou patofyziologickou i psychologickou složku. Bolest v ráně rozdělujeme na akutní a chronickou, trvalou a intermitentní. (Stryja, 2016, str. 189)

U pacientů s bércovým vředem se vyskytují akutní i chronické bolesti. Příčiny mohou být různé. Bolest může být přítomna během dne i v noci. Bolestivost se odvíjí od etiologie vzniku rány. U bércového vředu žilní etiologie může být přítomný edém, dermatitida, flebitida. U arteriálního bércového vředu to může být přítomnost nekrotických ložisek a křečí lokalizovaných v dolních končetinách. (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 42) Z hlediska lokalizace se bolesti u pacientů s bércovými vředy vyskytují častěji v místě rány a jejím okolí s tendencí distálního a kraniálního šíření. U dekubitů se může projevit akutní i chronická bolest. Mezi její příčiny se řadí tlak na místo rány, macerace okolí, střížný efekt nebo převaz rány. Intenzita bolesti se odvíjí od stupně poškození tkáně. Bolest bývá charakterizována jako bodavá, ostrá pálivá nebo palčivá. U diabetických ulcerací se vyskytuje jak akutní tak chronická bolest. Může být klidová i namáhavá, po čas dne i během noci. Bolest pacienti charakterizují například jak ostrou, pálivou, vystřelující, pulzující, vyčerpávající až mučivou. (Hlinková, 2015, str. 126-127)

Svědění

Svědění ran se častěji objevuje u ran větších velikostí, s rozsáhlejším otokem tkáně a přítomností granulační a nekrotické tkáně ve spodině. Ačkoli je svědění známým často objevujícím se klinickým jevem, z fyziologického hlediska je velmi málo prozkoumaným fenoménem. (Pro lékaře, 2018, online)

Zápach

Zápach nehojící se rány může pacienta omezovat v běžném sociálním životě. Závažnost zápachu rány můžeme hodnotit mocí vzdálenosti, na kterou lze zápach cítit. Malý zápach je evidentní v bezprostřední blízkosti pacienta po odstranění obvazu. Mírný zápach je přítomný ve vzdálenosti 1,5 až 3 metry od pacienta po odstranění obvazu. Silný zápach je dán 1,5 až 3 metry s intaktním krytím. (Hlinková, 2015, str. 60)

Sekrece z rány

Většina kožních vředů nepříjemně ovlivňuje stav pacienta sekrecí z rány. U nehojících se ran může být přítomna silná exsudace, která provází infekci v ráně, zpomaluje hojení, představuje ztrátu tekutiny a maceraci spodiny rány a jejího okolí. Sekreci rozlišujeme serózní, spojenou s infiltrací okolí kožního vředu, nebo purulentní, seropurulentní a sanguinopurulentní. U infikované rány nacházíme hojný hnisavý exsudát, okraje jsou podminované, macerované, se zarudnutím a otokem, ulcerace se zvětšuje. (Stryja, 2016, str. 13-132)

Vliv nehojící se rány na kvalitu života

Kvalita života pacientů s nehojící se ránou je ve srovnání se zdravými jedinci výrazně snížena neboť nehojící se rána představuje narušení kvality života samotného pacienta, i jeho rodiny, která je do péče zapojena. Otevřená rána často pacienty sužuje bolestí, ale naskýtá se zde i místo, kterým mohou mikroorganismy vstupovat do těla a způsobit řadu infekčních komplikací. (Stryja, 2016, str. 191) Nehojící se rány představují riziko sociální izolace a mohou mít závažný ekonomický dopad. Mohou narušovat výrazně kvalitu života nemocného. (Stryja, 2016, str. 28-29)

Kvalitu života pacientů s nehojící se ránou lze posoudit dotazníkem Wound Qol, který byl v roce 2014 sepsán kolektivem německých autorů (Matthias Augustin, Christine Blome a kol). Dotazník je složen ze 17 otázek, které pacient hodnotí retrospektivně období posledních 7 dnů. Dotazník Wound Qol je vložen do příloh (Příloha P IV). (Dermatologie pro praxi, str. 126-127)

1.5 Posouzení a klasifikace nehojících se ran

Rána by měla být posuzována a zdokumentována při prvním ošetření a dále před každým převazem. Četnost monitoringu rány je dána typem rány a jejím aktuálním stavem.

Posuzuje se příčina vzniku, predispoziční faktory, bolest. Rána se lokálně charakterizuje pomocí délky, šířky, hloubky, typu, spodiny rány, okrajů, okolí rány, infekce, množství sekretu, a zápachu. (Hlinková Edita, 2015, str. 48)

Při dělení nehojících se ran zohledňujeme charakter spodiny rány. Rozlišují se rány epitelizující, granulující, povleklé a nekrotické. Pokud na spodině lze pozorovat klinické známky infekce, hovoří se o infikovaných ranách, a to jak u hlubokých tak i povrchových. Rána neinfikovaná je bez klinických známek infekce. Ke klasifikaci nehojících se ran je možné využít různé hodnotící nástroje, například klasifikaci Knighton, se šesti stádii, podle hloubky jejich postižení. (Stryja, 2011, str. 31)

V roce 2002 publikovali Gray, White a Cooper klasifikaci založenou na identifikaci barvy spodiny rány, *the Wound Healing Continuum (WHC)*. Pomocí tohoto nástroje lze definovat hlavní progresivní rysy rány, indikátory jejího hojení, fázi, ale i poruchu v hojení. Při úspěšném hojení rány se mění barva spodiny zleva doprava, od černé k růžové. (Stryja, 2016, str. 28)

WHC klasifikace popisuje černou ránu, kdy se na spodině defektu nachází nekróza, suchá nebo vlhká. Pod nekrózou bývá žlutá „blátivá“ spodina, granulační tkáň nebo měkká podkožní tkáň. Černo-žlutá rána je charakteristická žlutou barvou u vlhké nekrózy způsobené nekrotickou tukovou tkání. Nachází se často pod nekrotickým příškvarem. Posunem vlevo vzniká rána černá, vpravo rána červená. Žlutá rána je typická pro nekrózy a přítomnost hnisu. Pro bakterie je nekróza velmi příznivým prostředím, nutno pomýšlet na možnou infekci. Žluto-červená rána, červenou barvu má zdravá granulační tkáň, vytvářená koagula po traumatu, po odstranění adherentního krytí, koagula z drolivých granulací, žluté zbarvení je vyvoláno osídlením vředu hemolytickými bakteriálními kmeny. Červená spodina rány je tvořena zdravou granulační tkání. Červeno-růžová rána značí přítomností čerstvě vytvořeného epitelu, přes který lze spatřit granulační tkáň. Růžová rána naznačuje, že rána byla překryta nově rostoucím epitelem. V této fázi je nutné nově vzniklou tkáň chránit před poškozením. (Stryja, 2016, str. 36-37)

2 PÉČE O NEHOJÍCÍ SE RÁNY

Přetrvávající otevřený defekt je projevem neefektivního hojení tkání. Stává se možným místem pro vstup mikroorganismů do těla pacienta a může vést k rozvoji mnoha infekčních komplikací, jako jsou abscesy, flegmóny, lymfadenopatie až systémové infekce. Převážná většina kožních vředů je bolestivá a nepříjemně ovlivňuje stav pacienta sekrecí z rány, která může vést ke ztrátám tekutin a bílkovin. (Stryja, 2016, str. 28-29)

Ideální krytí vlhké terapie zajišťuje stabilní, přiměřeně vlhké prostředí, stabilní teplotu pH na povrchu rány, výměnu plynů, je bariérou proti infekci. Zabezpečuje minimální traumatizaci rány při převazech a je efektivní v managementu exsudátu. (Stryja, 2011, str. 77)

Debridement představuje klíčovou roli v přípravě rány k hojení, jehož předností je adekvátní vyčištění spodiny, s odstraněním nekrotické a bakteriální vrstvy s následným odhalením zdravé tkáně. Lze ho definovat jako odstranění cizího materiálu, nekrotických a kontaminovaných tkání z traumatické nebo infikované léze. Napomáhá odstranění bakteriální zátěže, zmenšuje zápach nehojící se rány, eliminuje sekreci a zánětlivé reakce okolí. Prvním krokem debridementu je odstranění nekrotické tkáně pomocí chirurgického debridementu, hydrochirurgii nebo larvoterapii. Dalším cílem je udržení čisté rány, bez nekróz. Metody, k jeho provádění je možno rozdělit do čtyř základních skupin, mechanický, autolytický, chemický a enzymatický. Mechanický využívá vlhkých, postupně vysychajících obkladů a výplachů rány. Je indikován u ran s menším množstvím nekrotické tkáně. Autolytický využívá enzymy těla a vlhké prostředí na rehydrataci, jeho provedení je téměř nebolestné. Využívají se zde hydrokoloidy a hydrogely. Enzymatický s použitím proteolytických a exogenních enzymů k odloučení nekrotické struktury. Využití larev je poměrně novým trendem v čištění. Larvy moučnivky bzučivky, které proniknou i do špatně přístupných oblastí bez rizika poškození okolních struktur a odstraní pouze nekrotickou tkáň. Larvy čistí rány rychle, efektivně bez poškození zdravé tkáně. Do ošetrovatelských kompetencí spadá nechirurgický způsob debridementu. (Stryja, 2016, str. 72-74)

Zlatým standardem v hojení ran označuje Stryja, stejně jako většina ostatních autorů zabývajících se touto problematikou, princip vlhkého hojení (*wound management*) s použitím koncepce modelu TIME. (Stryja, 2010, str. 18)

Použití systému TIME, optimalizuje stav spodiny rány zmenšením otoku a exsudátu, snížením bakteriální zátěže a úpravou abnormalit. Uvedený princip slouží k posouzení stavu rány a hojení.

Zahrnuje čtyři složky, složené ze čtyř intervenčních postupů:

T (*tissue*) tkáň, základem úspěšného hojení rány je péče o tkáň, odstranění nekrotické tkáně, neboť tato tkáň může být zdrojem infekce.

I (*inflammation/infection*) infekce, zjišťování zánětu a přítomnosti infekce, přítomnosti patologických mikroorganismů v ráně způsobující prodloužení zánětlivé fáze.

M (*moisture imbalance*) se zaměřuje na kontrolu optimální vlhkosti v ráně a snížení sekrece v ráně.

E (*edge of wound, epithelisation*) podpora epitelizační fáze s cílem obnovení kožního krytu (Matějovská, Kubešová, 2015, str. 38-41)

2.1 Prostředky k ošetřování ran

V současnosti je na našem trhu k dispozici celá řada materiálů a technologií k léčbě nehojících se ran. Využívají se terapeutická krytí na rány, oplachové prostředky, arteficiální kožní kryty, larvoterapie, metody využívající kontrolovaný podtlak a hydroterapie. Svoji úlohu mají také specifické postupy, které vyplývají z charakteru základního onemocnění, např. operační léčba, kompresivní terapie. Moderní terapeutická krytí splňují požadavky na tzv. vlhké hojení ran. Udržování léze ve vlhkém stavu urychluje reepitelizaci a nezvyšuje výskyt infekce. Terapeutická krytí jsou kompatibilní s ostatními prostředky a metodami pro léčbu ran. Ideální krytí vhodné pro všechny typy ran a ulcerací neexistuje. Většina krytí působí na ránu komplexně. (Stryja, 2016, str. 265)

Výběr správného terapeutického krytí na konkrétní nehojící se ránu je první krokem k úspěšné léčbě vředu. Správná volba krytí vychází z aktuálních požadavků rány, deklarovaných vlastností daného krytí a tolerance léčby pacientem. Účinek krytí je nutné průběžně kontrolovat, pokud během 3 - 6 týdnů nedochází ke zlepšení stavu rány, je nutné změnit strategii léčby a aplikovat jiné krytí. (Stryja, 2016, str. 267)

Lokální terapeutické krytí na nehojící se rány

Gázové krytí je indikováno u nehojících se ran k obkladům, k vyplnění rozpadlých ran, k použití u mechanického debridementu (*wet-to-dry*) a jako sekundární krytí, zvláště u

secernujících rány. (Stryja, 2016, str. 285) Impregnovaná gázová krytí mohou obsahovat hypertonický roztok NaCl nebo impregnovaný jód a aplikují se do exsudujících ran s infekcí. (Jirkovský, 2012, str. 143)

Neadherentní antiseptické krytí zabraňuje přilnutí obvazu k ráně pomocí neadherentní mřížky s obsahem antimikrobiálně působící látky. Umožňuje prostupnost, jak pro lokálně aplikované léčiva, tak pro exsudát. Výhodou je široké spektrum využití u defektů s poraněním integrity kůže u infikovaných ran nebo infekcí ohrožených. (Kapounová, 2007, str. 131-135)

Krytí se lehce a bezbolestně odstraňuje z rány, chrání epitel a granulační tkáň. (Stryja, 2016, str. 286). Příkladují se přímo na povrch rány a se sterilním sekundárním krytím. (Jirkovský, 2012, str. 143) Neadherentní mřížky na rány se používají jako primární krytí na nehojící se rány. Využity jsou sítky z tkaných i netkaných materiálů. Dobře se přizpůsobují povrchu rány, slouží jako ochrana granulační tkáně a epitelu. Vyžadují sekundární krytí. Používají se k překrytí hydrogelových interaktivních materiálů. Napomáhá udržení hydrogelů na spodině rány a zabraňuje vsáknutí gelu do svého materiálu. Doporučuje se přesah mřížky 2 cm na zdravé okolí vředu. (Jirkovský, 2012, str. 143)

Hydrokoloidy se skládají ze dvou vrstev, absorpční a semipermeabilní. Udržují vlhké prostředí na povrchu rány, stimulují vytváření granulační tkáně, podporují autolytický debridement. Při kontaktu s exsudátem se vytváří gel. Krytí má přesahovat ránu o 2 – 2,5cm do okolí. Doporučuje se před aplikací nahřát v dlaních z důvodu lepší přilnavosti. (Kapounová Gabriela, 2007, str. 133)

Hydrokoloidy v gelu udržují v kavitách a na povrchu rány optimální vlhké prostředí. Kontaktem s exsudátem vytváří na povrchu rány gel. Nepoužívá se v případech, kdy jde o infikovanou ránu. Podporují autolytický debridement a následně stimulují tvorbu granulační tkáně. (Jirkovský, 2012, str. 144)

Hydrogely s velkým obsahem vody při přiložení na ránu chladí a tlumí bolest. Napomáhají v odloučení nekrotické tkáně a podporují granulaci. Absorbují nadbytečný exsudát, a zároveň rehydratují ránu, včetně suchých gangrén. Nepoškozují zdravé buňky tkání. Jsou indikované k úpravě optimální vlhkosti v ráně a jsou vhodné pro všechny fáze hojení. (Kapounová, 2007, str. 132) Gel se aplikuje přímo do vředu a překrývá se dalším primárním a sekundárním krytím. (Stryja, 2016, str. 302)

Pěnová krytí rozdělujeme do čtyř skupin. Do první skupiny patří neadherentní pěnová krytí. Lze je charakterizovat jako polopropustné s vysokou absorpcí. Jeho aplikací vzniká v ráně vhodné klima k stimulaci čištění rány. Slouží jako bariéra vstupu mikroorganismů do rány, zabraňují maceraci okolní pokožky absorpcí nadbytečného exsudátu. Indikujeme u ran bez infekce v granulační a epitelizační fázi, rány s potřebou redukce granulační tkáně. Druhou skupinou jsou polyuretanové pěny se silikonem, které mají na povrchu vysokou absorpční schopnost. Indikovány k ošetření ran ve stádiu granulace a epitalizace. Jsou vhodné jako prevence macerace okolí. Lze použít i bez sekundárního krytí. Třetí skupinou jsou hydroplymery, které zabraňují zpětné maceraci rány. Mají vysokou absorpci a zajišťují odvod exsudátu. Čtvrtou skupinu tvoří polyuretanové pěny s doplňky, jedná se o polopropustné krytí z polyuretanu s obsahem účinných látek, s hydrokoloidy, hydrogely a se stříbrem. (Jirkovský, 2012, str. 144) Alginátové krytí jsou také vysoce absorpční, z mořských řas s bakteriostatickým, čistícím a hemostatickým účinkem. Ve vlhkém prostředí se rozpadají v organizovaná alginátová vlákna v hydrofilní viskózní gel, která pokrývá spodinu rány a vytváří optimální vlhkost. Aplikují se do rány, tak aby nepřesahovaly okraje rány. Při převazu je nezbytný výplach zbytků krytí z rány. (Stryja, 2016, str. 319)

Antiseptická krytí s obsahem stříbra mají antimikrobiální účinek. Krytí s aktivním uhlím pohlcuje toxiny a zápach, částečně absorbuje exsudát. Využívá se na čištění secernujících, zápachajících, nekrotických, nádorových, kontaminovaných a infikovaných ran. Krytí se vkládá přímo na spodinu defektu. (Jirkovský, 2012, str. 145) Krytí s obsahem medu podporují autolytický debridement a hojení rány. Včelí med má antibakteriální a protizánětlivé účinky, nedoporučuje se využívat neupravený potravinářský med, vyvolává aktivaci bakteriálních spór a existuje také riziko přenosu tetanu. (Stryja, 2016, str. 288) Ozonoterapie zlepšuje desinfekci vředů. Napomáhá k zahájení proces hojení, granulace a epitelizace. Ozonoterapii lze využít pomocí ozonové vody nebo ozonizovaného oleje. Je indikována u píštělí, ulcerací, popálenin a dekubitů. (Kapounová, 2007, str. 134)

Oplachy a laváže jsou u nehojících se ran indikovány zejména při převazech nekrotických a infiltrovaných ran. Kdežto u ran čistých granulujících a epitelizujících výplach rány, zvláště pak antiseptickými roztoky, nemá odůvodnění. (Jirkovský, 2012, str. 143) Výplach rány podporuje čištění rány odplavením pozůstatků sekretu, zbytky bakteriálního biofilmu, povlaků, nekrotické tkáně, hnisu, toxinů a krevních sraženin. Dekontaminací rány se zkracuje doba jejího hojení. Výplach rány napomáhá ke zlepšení prokrvení spodiny rány a

následnou granulaci a epitelizaci. V praxi je možné provést oplach rány proudem roztoku, otřít ránu a její okolí tamponem nebo čtverečkem namočeným v roztoku, případně provést obklad rány s dobou působení 10 – 15 minut. Oplachové roztoky lze využít ke zvlhčení inkrustovaného primárního a sekundárního krytí, které přilnulo k ráně. Oplachové roztoky s antibakteriálním účinkem se využívají k výplachům infikovaným kožním ulceracím, případně jako profylaxe vzniku infekce u kriticky kolonizovaných ran. (Stryja, 2016, str. 270)

Vážnou chybou je, pokud se opomene ošetřit okolí nehojící se rány. Macerace a následná infekce kůže v okolí rány vede k rozšíření plochy vřed. K ošetření okolí nehojících se ran máme k dispozici jak moderní krytí, tak léčivé prostředky ve formě past a mastí. (Stryja, 2016, s. 267) Převaz okolí rány má hned několik důvodů. Jedním z nich je prevence poškození kůže v okolí ve smyslu narušení její integrity (macerace), vznik kontaktní dermatitidy či ekzému. Narušení kůže v okolí může mít dopad negativní dopad na lokální nálezy v ráně a to rozšíření plochy ran, vznik infekce. (Hlinková, 2015, str. 104)

2.2 Převaz jako výkon ošetřovatelské péče

Hlavním cílem převazu rány je vytvořit optimální podmínky, které povedou ke zhojení rány a zmírnění bolestivosti defektu. Prvním správným krokem, je již uvědomění si, že rána hojící se per primam má odlišné nároky na ošetřování, než sekundárně hojící se defekt. Přesto hlavní atributy převazu jsou podobné, zvláště při požadavcích na aseptický postup převazu. (Stryja, 2016, str. 210)

Ošetřování nehojících se ran má ve své kompetenci sestra na základě indikace lékaře. Důležitým předpokladem správně provedeného převazu jsou teoretické znalosti a odborné dovednosti v oblasti péče o ránu. Proto jsou pro sestry pořádány odborné semináře zaměřené na nehojící se rány, vzdělávací kurzy, které jsou pro ně velmi důležité. (Pejznochová, 2010, str. 38)

V první řadě musíme pacienta srozumitelně seznámit s výkonem, který budeme provádět, a poprosit ho, popřípadě, ho uvést do správné polohy k převazu, pokud to sám nesvede. Nezbytností je myslet na pacientovo právo na soukromí a dodržení intimity při ošetření. Dalším krokem je provedení hygienické desinfekce rukou. Bezpodmínečné je použití jednorázových ochranných rukavic. Materiály a nástroje, které přicházejí do přímého kontaktu s otevřenou ranou, používat vždy sterilní a za dodržování aseptických podmínek a „non-touch“ techniky. U pacientů s infekčním onemocněním, nebo nozokomiální náka-

zou rezistentními kmeny, používat ochranné pomůcky například ústenku, rukavice, empír, operační čepici. Vždy je nutné se ujistit, zda pacient není alergický na desinfekční prostředek, který se hodláme použít. Poté může začít samostatný převaz (Stryja, 2011, str. 209-210)

Nesmíme opomíjet zhodnotit ránu, a zapsat stav rány do dokumentace. Díky moderním terapeutickým krytím mohou být intervaly mezi převazy až 7 dní. (Kapounová, 2007, str. 131)

Frekvence převazů se odvíjí od aktuálního stavu nehojící se rány, ve vztahu k hojení, typu rány, charakteru a množství přítomného exsudát, stavu okolí rány či bolestivosti. Musí být zohledněni i potřeby pacienta jako jsou například hygienické návyky. (Hlinková, 2015, str. 85)

Příprava rány k převazu spočívá v šetrném odstranění stávajícího sekundárního a primárního krytí. To je možné dle potřeby zvlhčit Ringerovým roztokem zahřátým na tělesnou teplotu 37°C. V domácích podmínkách lze využít fyziologický roztok nebo pitnou vodu. Následuje oplach rány vhodným oplachovým roztokem, odstranění ulpívajících zbytků krytí a povlaků z rány. Poté může být proveden převaz nový. (Stryja, 2016, str. 205)

3 DOMÁCÍ PÉČE A NEHOJÍCÍ SE RÁNY

„Práce zdravotních sester Charitní ošetrovatelské služby je velmi specifická. Ve svém profesionálním životě se snažíte být na ledacos připravený, ale v okamžiku, kdy překročíte práh cizího bytu, nevíte, co Vás za ním čeká a jak vše zvládnete. Tato skutečnost je umocněna ještě tím, že víte, že je tam nemocný nebo umírající člověk, který Vaši péči potřebuje. Je pouze na Vás jak se k danému problému postavíte, zda si získáte důvěru nemocného a společně se Vám podaří vytvořit dobré podmínky pro zajištění spolupráce.“ (Domácí zdravotní péče, 2018, online)

Domácí péče, jakožto přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. Lidé v rodinách zažívali radosti i starosti. V domácnostech se umíralo, léčilo i rodilo, a to za účasti všech členů rodiny. V roce 1990 začali u nás vznikat první agentury domácí péče (dále v textu ADP). V lednu následujícího roku Ministerstvo zdravotnictví ČR tuto činnost legalizovalo a povolilo její dvouletý experiment, během kterého začalo fungovat 40 agentur domácí péče. V roce 1993 vznikla Asociace domácí péče. V současnosti u nás působí přes 500 agentur domácí péče. Dle typu poskytovaných služeb je dělíme na ošetrovatelské, pečovatelské a komplexní (poskytují ošetrovatelskou i pečovatelskou službu). (Hanzlíková, 2007, str. 238-240)

Domácí zdravotní péče (dále v textu DZP) si klade několik cílů. Zachování důstojnosti a kvality života klienta a jeho příbuzných, udržení a zvyšování soběstačnosti klienta, čímž snižujeme závislost na druhé osobě. Nedílnou součástí je i edukace klienta k zodpovědnosti za své zdraví. Sestry domácí péče napomáhají nemocným a jejich příbuzným dosáhnout pohody v souladu s jejich sociálním prostředím. Domácí péče zajišťuje komplexní péči o pacienty a zabezpečuje dodržování léčebného režimu. Poskytuje psychickou podporu, jak klientovi, tak jeho pečujícím členům rodiny. (Krátká, Šilháková, 2008, str. 81)

Mezi výhody domácí péče můžeme v první řadě zařadit hospodárnost, neboť dochází k redukci nákladů na péči o pacienta zkrácováním hospitalizace na minimum. Víceoborovost, v domácí péči pracuje multidisciplinární tým, složený z více odborníků s komplexností s poskytováním všech souborů činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou podporou a ošetřováním klienta. Individualizovaná péče, každý klient je jedinečnou bytostí s individuálními potřebami, proto se v domácí péči poskytuje péče dle konkrétních potřeb daného jedince. Zpravidla se jedná o dlouhodobou péči

poskytovanou klientovi a jeho rodině v časovém rozmezí od několika týdnů, měsíců i roků. Kromě konkrétní péče o klienta jsou poskytovány i služby primární, sekundární a terciální prevence k podpoře zdraví. (Hanzlíková, 2007, str. 247)

3.1 Systém financování domácí péče v České republice

Domácí péče je zajišťována agenturami domácí péče. Jejich odborný zástupce musí splňovat po ukončení kvalifikačním vzdělání podle platných právních norem minimální rozsah 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka. (Jarošová, 2007, str. 67)

„Materiální a technické vybavení pracovišť je podle vyhlášky MZ ČR č.372/2011 podmínkou k vykonávání činností. Musí splňovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz a zahrnuje také vybavení přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči.“ (Sagit, 2018, online)

Financování domácí péče se realizuje z fondu veřejného zdravotního pojištění dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 467/2012 Sb., který nám přináší seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Úhrada zdravotní péče je realizovaná na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami podle příslušné vyhlášky, hodnotou bodu v Kč, do limitu času nositele výkonu 10 hodin na jeden pracovní den. (Sagit, 2018, online) Přímou platbou pacienta, u těch, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění. Je nutné pacienta informovat, co hradí zdravotní pojišťovna a za jaké výkony a v jaké míře si platí sám hotově. Další možnou variantou realizace financování domácí péče je pomocí sponzorských darů, z nadací, grantů apod. (Malinková, Marková, 2010, str. 45)

Aktivity sestry v domácí zdravotní péči

Ošetřovatelské činnosti jsou prováděny přímou i nepřímou péčí. Přímá péče zahrnuje všechny aktivity, které sestra vykonává u klienta, nebo jeho příbuzných. Řadíme zde monitoraci fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, ošetřování nehojících se ran, prevence dekubitů, edukace členů rodiny apod. (Krátká, Šilháková, 2008, str. 87-88)

Nepřímá péče se týká činností spojených s chodem a provozem agentury. Zajišťuje administrativní a dokumentární práce, konzultace s odborníky, sterilizaci a desinfekci ná-

strojů a pomůcek, přípravu pomůcek, plánování dalších aktivit ošetrovatelského procesu, nákup zdravotnických pomůcek a zdravotnického materiálu. (Jarošová, 2007, str. 76)

Všechny tyto činnosti, jak už to vykonávané přímou či nepřímou péčí jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace není jednotná pro všechny agentury domácí péče. Každá agentura má svoji vlastní dokumentaci, kde zaznamenává vývoj pacientova zdravotního stavu. Dokumentace je vedena individuálně, u každého pacienta, včetně plánování ošetrovatelské péče, dokládá se k následnému vykazování zdravotní péče pro zdravotní pojišťovny. (Krátká, Šilháková, 2008, str. 87-88)

Mezi nejčastější nehojící se rány ošetřující se v domácím prostředí patří bércové vředy venózní etiologie, kožní vředy arteriální etiologie, dekubity a neuropatické kožní vředy u diabetu mellitu. (Hlinková, 2015, str. 51)

3.2 Nejčastější nehojící se rány v domácí péči

Bércové vředy

Bércové vředy (*ulcus crurales*) jsou nehojící se defekty s pomalou tendencí k hojení podmíněné poruchou cévního systému. Podle odhadu trpí bércovým vředem v České republice 100 000 osob, z toho 3,5 % nemocných jsou osoby nad 65 let. (Stehlík, Kalinová, Molitor, 2012, str. 11) Pokorná (2011, str. 198) uvádí výrazné navýšení tohoto onemocnění u osob starších 85 let, a to 10 – 30/1 000 obyvatel. Z hlediska pohlaví se vředy až 3krát častěji objevují u žen. (Hlinková, 2015, str. 148)

Bércový vřed žilní etiologie je definován jako ztráta kožní integrity postihující tkáň do různé hloubky, s dobou hojení delší jak 6 týdnů. (Pospíšilová, 2012, online) Ke vzniku dochází na základě chronické žilní insuficience, při poruše žilně – svalové pumpy, která je odpovědná za žilní návrat krve z dolních končetin. (Musil, 2007, str. 13)

Základem konzervativní terapie je ošetrovatelská péče, zaměřená na komplexní přístup ke klientovi. Všeobecná sestra zaujímá klíčové postavení v procesu péče o pacienty s bércovými vředy. (Pokorná, 2011, str. 199-201)

Za nezbytný předpoklad úspěšné lokální terapie se považuje dobrá edukace nemocného. Ta začíná navozením důvěry mezi ošetřujícím a klientem, včetně empatického přístupu. Důležité je klidné prostředí a dostatek času na převaz, neustálá komunikace, zjišťování bolestivých podnětů a aktivní zapojení klienta. Upozornit klienta na pomalé pravidelné

dýchání během převazu a možnost odpočinku. Nutností zůstává volba vhodného krytí a atraumatický postup převazu. (Stryja, 2010, str. 14-18)

Prostředky aplikované v terapii bércového vředu mají odlišnou konzistenci, složení i účinek, proto se hodí jen v některých fázích hojení. Typickou lokalitou výskytu bývá okolí zevního kotníku, mnohdy až cirkulárního typu s menší bolestivostí. (Pejznochová Irena, 2010, str. 20)

Ulcus cruriosus arteriosus je vřed na bérci, který je tepenného původu a příčinou je obliterující ateroskleróza velkých a středních cév. Poškození ve vnitřní vrstvě tepny zapříčiňuje shlukování krevních destiček, a to má za následek proliferaci myocytů ve střední vrstvě, ty produkují bílkoviny a proteoglykany, které se shlukováním lipidů mění na aterosklerotické pláty. Přítomnost aterosklerotických plátů v tepně způsobuje její zúžení nebo dokonce až její uzavření. Stupeň poškození se vždy odvíjí od rozsahu stenózy. Mezi příčiny se řadí dědičné predispozice, hypertenze, diabetes mellitus, hypothyreóza, plicní insuficience, nefropatie, porucha metabolismu lipidů, kouření, nadváha, stres či nezdravý životní styl. (Grunter, 1999, str. 75)

Preventivní opatření, včasná diagnostika a vhodný management jsou důležité atributy pro zlepšení kvality života pacientů s ulcus cruris. Pacienti musí být edukováni o možnosti ovlivnění rizikových faktorů, kterými jsou sedavý způsob života, obezita, nedostatek pohybové aktivity, vyvarování se dlouhému stání. Musí dbát na prevenci poranění končetin a pravidelně je elevovat. Edukovat pacienty o supinační poloze s končetinami zvednutými nad úroveň srdce, která pozitivně ovlivňuje žilní návrat. Seznámit je, při snížené mobilitě, s intermitentní dorzální a plantární flexí v člunkovém kloubu. Nezastupitelné místo v každodenním životě pacienta s ulcus cruris je vnější kompresní terapie, která ovlivní dilatovanou žílu a částečně tím nahradí funkci žilních chlopní. Pozitivní ovlivnění kvality života popisují sami pacienti, kteří uvádí zmírnění bolesti, zlepšení pohyblivosti a rychlejší hojení bércových vředů. (Hlinková, 2015, str. 158-159)

Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy (dále v textu SDN) zahrnuje pacienty s diagnózou diabetes mellitus, u nichž komplikace tohoto onemocnění způsobily poškození měkkých tkání periferně od hlezenního kloubu. (Jirkovská a kol., 2006, str. 22) Jde o jednu z nejvážnějších komplikací diabetu mellitus. Zahrnuje škálu chorob jako je neuropatický vřed, ischemická gangréna, osteomyelitida, osteoartritida a jejich kombinace. Na vzniku

diabetické nohy se podílí hyperglykemie, ischemická choroba dolních končetin, mediokalcinóza, mikroangiopatie, neuropatie, omezená kloubní hybnost a působení tlaku. (Bureš, 2006, str. 38-39)

Při včasné diagnostice a správném komplexním léčení, je výrazně sníženo riziko komplikací včetně nutnosti amputace. Komplexní terapie SDN spojená s edukací snižuje množství amputací téměř o 50 %. SDN se pojí se snížením kvality života, často také s vyřazením jedince z pracovního a společenského života. U pacientů, kteří již mají v anamnéze zhojení ulcerace, činí riziko návratu defektu do 1 roku asi 50 %. (Haluzík, 2013, str. 344)

V současnosti je snaha zachovat co nejvíce funkčních částí nohy a udržet tím kvalitu života pacienta. K tomu přispívá revaskularizace, specializovaná podiatrická péče a edukace pacientů o syndromu diabetické nohy. (Hlinková, 2015, str. 225)

Amputace je indikována ve shodě s doporučením České diabetologické společnosti, a to v případech těžké ischemické gangrény bez možnosti revaskularizace s bolestmi a progresí, při chronické osteomyelitidě. Dále u chronických deformit s recidivujícími ulceracemi, které jsou obtížně léčitelné a zhoršují kvalitu pacientova života a při rozvoji sepse při infekci ulcerace, která nereaguje na parenterálně podávaná antibiotika. (Haluzík, 2013, str. 343)

Dekubity

Nazýváme také jako proleženiny, prosezeniny, tlakové rány nebo tlakové vředy. Vznikají na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Mohou vzniknout za poměrně krátkou chvíli. Jejich rozvoj je důsledkem zástavy krevního oběhu v kapilárách tkání, které jsou vystaveny déletrvajícím tlaku, dochází postupně k ischemii až nekróze. Rozsah nekrotů se odvíjí od intenzity tlaku, od hmotnosti těla, působení tlaku, odolnosti organismu a vlivu zevního prostředí. Tlaková nekróza postihuje tkáň z hloubky na povrch, a to obvykle mezi podložkou a kostní prominencí. Dle anatomických uspořádání kostí a polohy, kterou pacient zaujímá, můžeme určit tzv. rizikové oblasti, ve kterých dekulubity obvykle nacházíme. Těmto predilekčním místům je nutné věnovat zvýšenou pozornost, neboť počet nově vzniklých dekulubitů odráží kvalitu ošetrovatelské péče. Jejich hojení je zdoluhavé, jedná se o typicky nehojící se rány. (Stryja, 2016, str. 143)

Riziko vzniku dekulubitů se posuzuje hodnotícími nástroji. K nejaplikovanějším patří škála dle Norton nebo Braden, u kterých hodnotíme stav vědomí, pohyblivost, inkontinenci,

aktivitu, tělesný stav, komorbidity, schopnost spolupráce a věk. (Kubešová, 2015, str. 36)
Můžeme využít, ale i jiné škály jako jsou škály autorů Knoll nebo Nonnemacher. (Krajčík, Bajanová, 2012, str. 17)

K hodnocení dekubitů v současné době se využívá klasifikace EPUAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*), která nám rozděluje proleženiny do základních a přechodných stupňů. Základní stupně dekubitů se dělí na I – IV. stupeň. Hlavním znakem I. stádia je zarudnutí kůže, při kterém nedochází k narušení celistvosti. Obvykle se zarudnutí nachází nad kostním výčnělkem. Erytém může mít rozdílnou teplotu (vyšší i nižší) než okolní tkáň. U dekubitu II. stupně nacházíme mělký vřed s růžovo-červenou spodinou, bez povlaku, u kterého dochází k částečné ztrátě kožního krytu. Může se jednat o neporušený či prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou. Dekubitus III. stupně je popisován jako úplná ztráta kožního krytu, ale kosti, svaly a šlachy nejsou odkryté. Pokud dochází k obnažení, kdy jsou viditelné nebo hmatné šlachy, svaly a kosti, mluvíme o dekubitu IV. stupně. Na spodině defektů můžeme nalézt povlaky, nebo černou krustu. (Stryja Jan, 2016, str. 144-145; National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2018, online)

Součástí ošetrovatelského hodnocení v prevenci nehojících se ran musí být sledování rizikových faktorů vzniku nehojící se rány. Cílem hodnocení je včasné odhalení pacientů s rizikem vzniku dekubitu, poruchou výživy a rizikem pádu. Identifikace rizikových pacientů nám dává možnost zabránit vzniku komplikací hojení a jejich přechodu v nehojící se rány, nebo tyto defekty odhalit na počátku stádia. Součástí prevence je také terapie základních a přidružených onemocnění. Z ošetrovatelského hlediska je nezbytným i v domácí péči zaměřit se na pravidelné polohování a šetrnou manipulaci s pacientem a zabránění vzniku ulcerace. (Stryja, 2016, str. 141)

4 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE V PÉČI O NEHOJÍCÍ SE RÁNU

Dokumentování rány při jejím léčení je potřebné a nutné. Tyto záznamy jsou součástí zdravotnické dokumentace. Pro vedení dokumentace existuje celá řada standardizovaných schémat a postupů, je nutné ji vést kontinuálně a pravidelně přehodnocovat stav rány. Při klasickém popisném hodnocení ulcerací se musíme zaměřit na to, kde se ulcerace nachází, co ji způsobilo, zda je vlhká nebo suchá, množství a charakter exsudátu, velikost a hloubka rány, zápach z rány, okolí a okraje rány, bolestivost, spodina rány. Další možnost dokumentace rány je její fotodokumentace nebo Visitrek. (Bureš, 2010, str. 22-23)

Každý převaz je nutno zaznamenávat se všemi zjištěnými údaji do dokumentace, která je připravena dle standardů daného zařízení. Dokumentace musí být přehledná, jasná, aby bylo kdykoliv možné zjistit, co se s pacientem provádělo. Správně sepsaná dokumentace zabezpečuje hladké předání informací o pacientovi mezi personálem. Základem každého protokolu jsou identifikační údaje pacienta, jako je jméno, příjmení, rodné číslo, číslo zdravotní pojišťovny, datum ošetření. Může obsahovat všeobecné údaje jako tělesná teplota, hodnoty krevního tlaku, puls, charakter dýchání. Zaznamenává se předchozí a současná lokální terapie, stav krytí, přítomnost drénů, stav okolí rány. Kromě popisu samotné rány by měla dokumentace obsahovat i doplňující informace, jako jsou otoky končetin, přítomnost pulsací na tepnách a periférii, výskyt bolesti, klaudikací, výpadky cití a motoriky. Vždy se převazují rány neinfikované a poté až infikované – nutno zaznačit v dokumentaci. Do dokumentace zaznamenáváme i datum dalšího převazu. (Stryja, 2016, str. 34-35)

Typ rány můžeme identifikovat dle lokalizace, přítomností souvisejících faktorů, posouzením celkového stavu pacienta. Mezi nejčastější typy ran řadíme chirurgické operační rány, traumatické rány, termické a chemické rány, bércové vředy, exulcerované maligní nádory, dekubity. (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 66)

Lokalizace rány nám napomáhá identifikovat typ rány. Některé rány mají totiž charakteristické místo vzniku. Například diabetické ulcerace jsou lokalizované v oblasti metatarzální hlavičky prvního až čtvrtého prstu, na palci nebo patě. U dekubitů to může být oblast paty, křížové nebo kostrční kosti, záhlaví a v místech kostních výčnělků, které jsou vystaveny tlaku, tahu a tření. Bércové vředy žilní etiologie jsou lokalizovány na mediální a laterální straně kotníku. Vředy arteriální etiologie na distálních částech nohy. (Hlinková,

2015, str. 50-55) Lokalizaci můžeme uvádět pomocí klasického popisného hodnocení slovním opisem nebo udělat záznam do „mapy lidského těla“. (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 64).

Mezi možnosti dokumentace rán řadíme také její fotodokumentaci. Výhodou je rychlost provedení a možnost porovnání fotografií. V České republice jsou dostupné speciální programy dostupné pro mobilní telefony umožňující monitorovat vzhled, velikost, a časový vývoj rány, například software Electreasure. Dále můžeme využít také přístroj Visitrak. Výhodou těchto metod je přesná dokumentace celkové plochy defektu, možnost srovnání s předchozím měřením. (Hlinková, 2015, str. 51) Měříme velikost, délku a šířku, a také hloubku rány. Velikost můžeme měřit v cm nebo mřížkou v cm². Pokud měříme velikost v cm, měříme vždy nejvzdálenější okraje. Pokud používáme mřížku, zakreslujeme velikost na transparentní folii, která je přiložena 1 cm nad ránu. Za hloubku rány považujeme vertikální vzdálenost od viditelného povrchu k nejhlubší oblasti na spodině rány. Měřit ji můžeme například pomocí sondy nebo peánu, který zavedeme kolmo do defektu, po vyjmutí z rány přiložíme k pravítku. (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 64-65) Hloubku lze měřit i pomocí slovního popisu. Například povrchová rána, dutinový defekt, hluboký dutinový defekt. Dle spodiny rány můžeme odhadnout předpokládanou délku hojení rány, vznik komplikací. K posouzení můžeme využít kontinuum hojení rány (*Wound Healing Continuum, WHC*) viz kapitola 1. 5 Posouzení a klasifikace nehojících se ran. (Stryja, 2016, str. 36-37)

V okolí rány se hodnotí barva, teplota, palpační citlivost, přítomnost erozí či otok. Zdravá kůže v okolí rány by měla mít růžovou barvu. V případě přítomnosti infekce bude okolí začervenalé, naopak v případě přítomnosti ischemie bude okolí šedo-bílé. Navýšení teploty nastane v případě probíhající infekce, chlad při nedostatečném prokrvení tkáně. Palpační bolest. Popisování okrajů ran má význam při určování etiologie rány. Tepenné vředy jsou hladké, ploché, pravidelné, okolí je bledé, bez ochlupení, s žádným nebo mírným edémem spojený s takzvanou mramorovou kůží. Žilní vředy jsou charakterizovány spíše jako velké, plošné rány s nepravidelnými okraji s edematózním okolím. V okolí je přítomna macerace, hyperpigmentace až dermatitida. Diabetické ulcerace jsou popisovány jako hladké a ploché. Můžou být malé, avšak s hlubokými podkožními abscesy. Typický je kalus v okolí vředu a podminované okraje, hyperkeratóza způsobená trvalým tlakem. Dekubitus se vyznačuje obvykle jako dobře definovaný, většinou okrouhlého tvaru s nepravidelnými okraji. Při infekci okolí je přítomen erytém, edém až zatvrdnutí kůže. Okraje rány lze

opisovat jako mramorové, navalité, klesající, macerované, nebo podminované. (Hlinková, 2015, 52-59)

Přítomnost exsudátu je běžnou součástí hojící se rány. Posuzován musí být jeho charakter a množství. K posouzení množství a viskozity, lze využít klasifikaci WEC (*Wound Exudate Continuum*), díky které lze posoudit číselné skóre. Při hodnocení je bodové rozmezí 2 – 4 = nízká exsudace, nízké riziko; 6 bodů = střední exsudace, střední riziko; 8 – 10 bodů = vysoká exsudace, vysoké riziko. Typy exsudátu můžeme dělit na serózní, fibrinózní, serosanguinózní, sanguinózní, seropurulentní, purulentní, hemopurulentní, hemoragický, dle barevného rozlišení na světlý, zkalený, temně žluté barvy, žlutý, šedý zelený, tmavě červený, červený, slámové barvy. Podle konzistence na vodnatý, řídký, krémový, hustý, viskózní až lepkavý. (Pokorná, 2013, str. 11) Dle zbarvení a zápachu exsudátu může sestra poznat přítomnost bakterií v defektu. Za přítomnosti Stafylokoků je v ráně smetanově žlutý hnis bez zápachu. U Streptokoků je přítomen řídký šedožlutý hnis. Pseudomonas je charakterizován modrozeleným zápachajícím hnisem a Escheria Coli hnědavým hnisem zápachajícím po fekáliích. (Hlinková, 2015, str. 59)

Zápach je přítomen u všech ran. V případě čistých ran je to zápach po čerstvé krvi. Jakýkoliv jiný zápach nám signalizuje chorobné procesy v rány. V praxi může být popsán mnoha adjektivy; malý, mírný, velký, odporný, ostrý, pronikavý, štiplavý, fekální, plesnivý. (Hlinková, 2015, str. 60) Vždy je založen na subjektivním vnímání ošetřujícího personálu. Dle Pokorné (2013, str. 13) by se měl popisovat pouze jako přítomnost nepříjemného zápachu, bez jeho následného subjektivního hodnocení. Přítomnost či nepřítomnost zápachu by měla být však vždy zhodnocena; lze využít charakteristik, žádný zápach, zápach při snímání krytí, zápach při intaktním krytí, zápach při vstupu na pokoj.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části byl aplikován kvalitativní výzkum formou kazuistiky u vybraných pacientů s nehojícími se ránami v domácí péči.

5.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Seznámit odbornou veřejnost, všeobecné sestry, prostřednictvím kazuistik o specifické ošetrovatelské péči u pacientů s nehojícími se ránami v domácí péči v odborném profesním časopise.

Dílčí cíl

Zmapovat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů v domácí péči s mnohočetnými nehojícími se defekty, dekubity, bércovými vředy žilní etiologie a kožními ulceracemi u syndromu diabetické nohy.

Cíl č. 2

Zjistit, jaká je ekonomická náročnost péče o nehojící se ránu pro pacienty v domácím prostředí.

5.2 Metodika výzkumného šetření

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kazuistik. V rámci kazuistiky se mapují a analyzují všechny dostupné materiály, systematicky a podrobně se zkoumá případ jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovorů. Výsledkem činností je systematizace případu a jeho následné klinické a edukační využití. (Hučík, Hučíková, 2010, str. 13) Kazuistika se také definuje jako ucelená a podrobná studie jedince, při které jde o intenzivní metodu studia jednotlivého případu s důrazem na ucelený celkový pohled, včetně základních charakteristik osobnosti jedince, příznaků a vývoje onemocnění. (Kutnohorská, 2008, str. 103) Jde zejména o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že podrobným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. (Hendl, 2008, str. 102)

5.3 Charakteristika respondentů popisovaných v kazuistikách

Kazuistiky v bakalářské práci jsou anonymní, bez možnosti identifikace pacientů z důvodu ochrany osobních údajů. Souhlasné stanovisko k umožnění výzkumného šetření a k umožnění přístupu k informacím bylo podepsáno vrchní sestrou agentury domácí zdravotní péče. Současně byl každým respondentem podepsán souhlas s nakládáním s osobními údaji, tak aby data pro tvorbu kazuistik mohla být využita v této práci. Dokumenty jsou na vyžádání dostupné u autorky bakalářské práce.

Respondenty byli pacienti domácí zdravotní péče s nehojícími se rány. Pacienti pro kazuistiky byli vybráni po konzultaci s vrchní sestrou agentury domácí zdravotní péče a jejich rány splňovali charakteristiku nehojících se ran. V tabulce č. 1 jsou pro přehlednost uvedeny základní charakteristiky respondentů.

Tabulka č. 1 Přehled charakteristiky respondentů popisovaných v kazuistikách

Pořadí kazuistiky	Iniciály pacienta	Pohlaví	Rok narození	V ADZP od:	Dg:
Kazuistika č. 1	A. C.	Žena	1948	2012	Dekubitus + SDN
Kazuistika č. 2	M. C.	Žena	1934	2017	Dekubitus
Kazuistika č. 3	M. S.	Žena	1936	2016	Bércový vřed
Kazuistika č. 4	A. N.	Muž	1957	2008	Bércový vřed

5.4 Organizace sběru dat pro tvorbu kazuistik

Sběr dat pro tvorbu kazuistik byl realizován od července 2017 do února 2018. Při tvorbě kazuistik jsme vycházeli z podkladů získaných při poskytování ošetrovatelské péče o nehojící se rány v agentuře domácí péče, dále byly informace získány a doplněny také z dokumentace pacientů a s rozhovorů s pacienty, popřípadě s jejich rodinnými příslušníky a v neposlední řadě také se sestrami pracujícími v dané domácí péči. Každý případ byl podrobně fotodokumentován. Fotodokumentace uvedená v přílohách bakalářské práce k jednotlivým kazuistikám byla pořízena autorkou této práce.

6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

6.1 Kazuistika č. 1

Péče o mnohočetné nehojící se rány v domácím prostředí

Cíl: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s mnohočetnými nehojícími se defekty v domácí péči, dekubitus v křížové oblasti, kožní ulcerace vzniklé na podkladě ischemické choroby dolních končetin na patě pravé dolní končetiny u syndromu diabetické nohy.

Popis případu: 70letá důchodkyně A. C. žijící s manželem v 6. patře bytového domu v malém městě. Je po vysoké amputaci levé dolní končetiny pro diabetickou gangrénu 1/2012, mobilní na invalidním vozíku. Orientována místem, časem i osobou, vísus odpovídající věku, mírná oboustranná nedoslýchavost. Úplná močová inkontinence, částečná inkontinence stolice. Postava obézní. Pravidelně sledována v ambulanci nehojících se ran, dále pak v ambulanci angiologické, diabetologické a endokrinologické. Pacientka v péči agentury domácí zdravotní péče 7 let. Péče o rány ordinována praktickým lékařem 3krát týdně, v intervalu pondělí, středa, pátek.

Doba sběru dat pro kazuistiku: Ošetrovatelská péče popsána v rámci kazuistiky je za období červenec 2017 až únor 2018.

Diagnózy týkající se ran: Dekubitus III. stupně v křížové oblasti; kožní ulcerace u syndromu diabetické nohy na pravé patě.

Ostatní diagnózy: 1/2012 stav po vysoké amputaci levé dolní končetiny ve stehně pro diabetickou gangrénu; diabetes mellitus II. typu na PAD; hypertenze II. stupně; ischemická choroba dolních končetin, autoimunní thyreoiditida.

Farmakoterapie: Milurit 100 mg tbl. 0-1-0 (antiurátikum), Gopten 2 mg tbl. 1-0-0 (anti-hypertenzivum), Letrox 50 mg tbl. 1-0-0 (hormon štítné žlázy), Ultracod tbl. dle potřeby (analgetikum), Siofor 500 mg tbl. 1-0-1 (antidiabetikum), Enelbin retard 100 mg tbl. 0-1-0 (vasodilatancium);

Pohybový režim: Mobilita zajištěna pomocí invalidního vozíku. Přesun z lůžka na invalidní vozík zvládá pacientka sama bez cizí pomoci. Omezená soběstačnost také v oblasti hygieny, oblékání.

Testy a škály: ADL: 45 bodů, závislost středního stupně; AIDL: 50 bodů, částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života; MMSE: 25 bodů, norma; pro hodnocení bolesti při návštěvách pacientky použita škála VAS, viz text níže;

Subjektivní potíže: bolestivost defektů VAS 1 – 3; fantomová bolest amputované LDK, VAS 2 – 6 řešena analgetiky dle potřeby (Ultracod tbl.), analgetický efekt VAS 1 - 3.

Lokální nález a ošetrovatelská péče o ránu v oblasti dekubitů III. stupně v křížové oblasti; kožní ulcerace u syndromu diabetické nohy na pravé patě:

7. červenec 2017

Dekubitus (viz Příloha V obr. a1) ošetřen oplachem roztoku Betadine naředěným fyziologickým roztokem v poměru 1:10, mechanický debridement exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Aplikace Betadine mast, mastný tyl, sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10 cm, fixace pomocí náplasti Omnifix.

Defekt č. 1 (viz Příloha V obr. b1) defekt č. 2 (viz Příloha V obr. c1) ošetřen oplachem rány Debricasan roztok, do rány aplikován Debricasan gel s nakapáním ozonového oleje, přiložen mastný tyl, sterilní komprese 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit fixovaný prubanem + bandáž pod koleno. Nasazena ortéza typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: pravá dolní končetina s mírným otokem v oblasti nártu, bérec bez otoku, keratózy v oblasti paty. Edukace o odlehčení končetiny, nutného polohování, obeznámení s možnostmi polohování a úlevových poloh. Chápe nutnost dodržování režimu. Inkontinence moči a občas i stolice řešena inkontinenčními plenami. Pacientka udává obavy ze stávajícího zdravotního stavu. Všeobecná sestra poskytuje psychickou podporu.

Tabulka č. 2 Vstupní posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	7 – 8cm	2cm x 2cm	1,5cm x 1,5cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	3 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Lehce povleklá nažloutlým plakem	Nekrotická	Nekrotická
<i>Exudát</i>	Nažloutlý	Středně silné intenzity	Středně silné intenzity

Zápach	Ostrý, kyselý	Slabé intenzity	Slabé intenzity
Okraje rány	Nepřavidelné, ohraničené	Ohraničené, keratózní	Ohraničené, keratózní
Okolí rány	Macerované	Bez známek infekce	Bez známek infekce
Bolest	VAS 2	VAS 2	VAS 2

17. červenec 2017

Dekubitus oplachnutý Octenisept roztokem dle doporučení kožního lékaře. Proveden mechanický debridement exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Do rány aplikován Debricasan gel a přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit, fixace pomocí fixační náplasti Omnifix.

Defekt č. 1 a 2 ošetřen proplachem rány Debricasan roztokem, do rány aplikován Debricasan gel a ozonový olej, přiložen mastný tyl, sterilní komprese 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit 5 x 5 cm, fixace prubanem, bandáž pod koleno. Nasazena ortéza typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: Pravá dolní končetina s mírným otokem v oblasti nártu, bérce bez otoku. Okraje zarůstají keratózou. Edukace o odlehčení končetiny, o nutném polohování a o polohovacích a úlevových polohách. Chápe nutnost dodržování režimu.

Tabulka č. 3 Posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Typ rány	Dekubitus III. stupně	SDN – defekt č. 1	SDN – defekt č. 2
Lokalizace	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
Velikost	7 – 8cm	2cm x 2cm	1,5cm x 1,5cm
Hloubka	5 cm	3 cm	0,5cm
Spodina Rány	Lehce povleklá nažloutlým plakem	Nekrotická	Nekrotická, místy prosvítá granulační tkáň
Exudát	Středně silné intenzity	Středně silné intenzity	Středně silné intenzity
Zápach	Ostrý, kyselý	Slabé intenzity	Slabé intenzity
Okraje rány	Ohraničené	Ohraničené, keratózní	Ohraničené, keratózní
Okolí rány	Macerované	Bez známek infekce	Bez známek infekce
Bolest	VAS 2	VAS 2	VAS 2

9. srpen 2017

Dekubitus proveden oplach rány Debricasan roztokem, mechanický debriedement exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Vložení desinfekčních obložek ze sterilního mulového čtverce navlhčeným Debricasan roztokem s dobou působení 15 minut. Po sejmutí desinfekčních obložek aplikace Debricasan gelu a přiložení krytí Aguacel Ag. Přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit. Fixace krytí pomocí náplasti Omnifix.

Defekt č. 1 a 2 proveden oplach rány Debricasan roztokem, do rány aplikován Debricasan gel s ozonovým olejem, mastný tyl, sterilní komprese 5 x 5cm. Sekundární krytí Zetuvit, fixace prubanem. Provedena bandáž pod koleno. Nasazena ortéza typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: Během měsíce srpna pokračovaly návštěvy sester DZP 3krát týdně ve dnech pondělí, středa, pátek v dopoledních hodinách. Pacientka klidná, orientovaná místem, časem, prostorem. Afebrilní, dýchání klidné, Doporučení ohledně úlevových poloh, odlehčování končetiny a klidového režimu nerespektuje. Většinu dne tráví na vozíku, hojení rány stagnuje. Bolestivost rány je mírná VAS 2. Nyní více fantomová bolest amputované levé dolní končetiny VAS 5, po užití analgetik VAS 3. Žena poučena o nutnosti dodržování klidového režimu, odlehčování končetiny, elevaci končetiny, dodržování diabetického režimu a výživě, psychická podpora. Plánované vyšetření: 9/2017 v plánu vyšetření v angiologické ambulanci.

Tabulka č. 4 Posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	7 – 8cm	2cm x 2cm	1,5cm x 1,5cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	3 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Lehce povleklá, bílo-žlutý povlak	Počínající granulační tkáň	Nekrotická, místy prosvítá granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Nažloutlý	Středně silné intenzity	Středně silné intenzity
<i>Zápach</i>	Silný, ostrý, kyselý	Slabé intenzity	Slabé intenzity

Okraje rány	Nepravidelné, ohraničené	Ohraničené, keratózní	Ohraničené, keratózní
Okolí rány	2 cm od rány zarudlý pruh, nebolestivý, afebrilní	Bez známek infekce	Bez známek infekce
Bolest	VAS 2	VAS 2	VAS 2

29. září 2017

Pro zhoršení stavu pacientky a nutnosti každodenní péče o nehojící se ránu navýšeny návštěvy sester z domácí zdravotní péče. Nyní pacientku navštěvují 5krát týdně, každý den, mimo víkendy.

Další prováděné výkony + konzilia: *Odběr biologického materiálu* na biochemické a hematologické vyšetření krve. Doporučení: Pro patologický nález v krevním obraze, pokles erytrocytů, byl ženě předepsán preparát železa – Sorbifer Durules 320/60 mg tbl. 1 – 0 – 1.

Dle plánu navštívila *angiologickou ambulanci*, kde bylo doporučeno pokračování v zavedené terapii ošetřování ran + nasazena antibiotická léčba Roxithromycin 150 mg tbl. 1 tbl. co 12 hodin.

Ambulance chronických ran - zaveden permanentní močový katétr č. 18, latex. Doporučení: Pozměněna terapie převazů, změna krytí na ránu v křížové oblasti. Přikládat obložky ze sterilního mulového čtverce navlhčeného Betadine roztokem ředěným fyziologickým roztokem 1:10 až 3krát denně po dobu 21 dnů, poté se vrátit k předchozí terapii. Pacientce byl vydán 2krát Debricasan roztok, 10krát Aquacel Ag a Betadine roztok 1l.

Plánované vyšetření: angiologická ambulance 11/2017

U dekubitu dle doporučení angiologické ambulance prováděno ošetření rány pomocí sterilního mulového čtverce navlhčeného se zředěným Betadine roztokem fyziologickým roztokem 1:10. Nutnost mechanického debridementu pomocí exkochleární lžičky a sterilního mulového čtverce. Sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvitem. Fixace pomocí náplasti Omnifix. V poledne a večer převaz rány zajišťuje manžel, který byl edukován o provedení převazu, o nutnosti provádět převaz za aseptických podmínek.

Defekt č. 1 a 2 přiložení obložek ze sterilního mulového čtverce a Debricasan roztoku na 10 minut. Poté odstranění keratózních okrajů kolem rány sterilním skalpelem. Do rány aplikován Debricasan gel, přiložen mastný tyl. Sterilní komprese 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit 5 x 5 cm, fixace prubanem, bandáž pod koleno. Nasazena ortéza typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: pacientka na první pohled bledá, unavená. Fantomové bolesti ustoupili, nyní nepravidelný výskyt. (Bolest VAS 5, po analgetikách VAS 2 – 3) i dva dny po sobě, jindy i týden bez bolesti. Subjektivně se cítí se více unavená, uvádí menší fyzickou výkonnost, horší spánek. Provádění odpoledních a večerních převazů manželem přetrvává. Nutná psychická podpora obou manželů všeobecnou sestrou.

Tabulka č. 5 Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	7 – 8cm	2cm x 2cm	1,5cm x 1,5cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	2 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Bílo-žlutý povlak	narůžovělá granulační tkáň	Nekrotická, místy prosvítá granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Lehce nažloutlý	Střední intenzity	Středně silné intenzity
<i>Zápach</i>	ostrý, kyselý	Slabé intenzity	Slabé intenzity
<i>Okraje rány</i>	Nepřavidelné	Ohraničené, keratózní	Ohraničené, keratózní
<i>Okolí rány</i>	Macerované	Bez infekce, mírně edematózní	Bez známek infekce
<i>Bolest</i>	VAS 2	VAS 2	VAS 2

16. říjen 2017

Další prováděné výkony: proběhla výměna permanentního močového katétru dle 21 denního schématu.

V průběhu měsíce října péče o ránu nepozměněna. Stejná jako předchozí měsíc.

Tabulka č. 6 Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	7 – 8cm	2cm x 2cm	1,5cm x 1,5cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	2 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Bílo-žlutý povlak	narůžovělá granulační tkáň	Nekrotická, místy prosvítá granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Lehce nažloutlý	Střední intenzity	Středně silné intenzity
<i>Zápach</i>	ostrý, kyselý	Slabé intenzity	Slabé intenzity
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelné, ohraničené	Ohraničené, keratózní	Ohraničené, keratózní
<i>Okolí rány</i>	Macerované	Bez známek infekce, mírně edematózní	Bez známek infekce
<i>Bolest</i>	VAS 2	VAS 2	VAS 1

13. listopad 2017

Vyšetření, intervence: říjen 2018 kontrola v angiologické poradně

Angiologické vyšetření - duplexní sonografické vyšetření tepen pravé dolní končetiny (mimo oblast defektu). Závěr: přítomna výrazně periferní forma obliterující choroby tepen pravé dolní končetiny.

U dekubitu (viz Příloha V obr. a2) předešlý měsíc došlo po 21 dnech vysazení Betadine obložky ze sterilního mulového čtverce s ředěným Betadine roztokem fyziologickým roztokem 1:10, které byly aplikovány do rány 3krát denně. Nyní pokračování v terapii, oplach rány Debricasan roztokem. Vložení desinfekčních obložek ze sterilního mulového čtverce + Debricasan roztoku s dobou působení 10 - 15 minut. Po sejmutí desinfekčních obložek aplikace Debricasan gelu a Aquacel Ag. Proveden mechanický debridement exkochleační lžičkou a sterilním mulovým čtvercem. Přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit. Fixace krytí na defektu pomocí náplastí Omnifix.

Defekt č. 1 (viz Příloha V obr. b2) a defekt č. 2 (viz Příloha V obr. c2) - Provedena toaleta rány a proplach Debricasan roztokem. Odstranění keratózních okrajů pomocí sterilního

chirurgického skalpelu. Do rány aplikován Debricasan gel + Aguacel Ag. Sterilní komprese 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit, fixován prubanem. Bandáž pod koleno a přiložení ortézy typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: V půli měsíce listopadu žena prodělává infekci dolních dýchacích cest. Objevili se zimnice, třesavky, rhinitis, kašel nejprve suchý, poté s expektorací. Zvýšená únava, cítí se slabá. Nasazena antibiotická terapie. Ke konci měsíce stav zlepšen, již bez teplot, rýmy, kašel již jen výjimečně. Opětovná edukace o elevaci končetiny a denním režimu. Doporučen klidový režim v lůžku, pravidelné polohování.

Tabulka č. 7 Posouzení za listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	5 – 7cm	1 cm x 0,5cm	1,3cm x 1,3cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	2 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Prokrvená, granulující bez povlaků	Světle růžová granulační tkáň	Růžová granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Hojný, nažloutlý	Mírná sekrece	Mírná sekrece
<i>Zápach</i>	Mírný	Slabé intenzity	Slabé intenzity
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelné, Ohraničené	Ohraničené, keratózní	Nepravidelné, stahující se do středu rány, Keratózní
<i>Okolí rány</i>	Bez infekce a macerace	Mírně edematózní	Bez známek infekce
<i>Bolest</i>	VAS 1	VAS 1	VAS 2

14. prosinec 2017

Plánované vyšetření: 1/2018 kontrola v ambulanci chronických ran

Proveden odběr žilní krve na endokrinologické vyšetření.

Dekubitus, rána se pomalu uzavírá. Na savém krytí lze pozorovat hojné exudátové prosáknutí s mírným zápachem. Oplach rány Octenisept roztokem. Vložení desinfekčních obložek ze sterilního mulového čtverce + Debricasan roztoku s dobou působení 10 minut.

Proveden mechanický debridement exkochleační lžičkou a sterilním mulovým čtvercem. Po sejmutí desinfekčních obložek aplikace Debricasan gelu a Aquacel Ag. Okolí rány ošetřeno Imazol krémpastou. Přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit. Fixace krytí pomocí náplasti Omnifix. Doporučeno odlehčování oblasti bez plen, větrání rány, promazávání okolí rány Imazol krémpastou.

Defekt č. 1 a 2 – ošetření rány pomocí obložek ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem s dobou působení 10 minut. Do rány aplikován Debricasan gel + Aquacel Ag. Sterilní komprese 5 x 5cm. Sekundární krytí Zetuvit, fixován prubanem. Bandáž pod koleno a přiložení ortézy typu Walker.

Zhodnocení celkového stavu: Výraznější otok dolní končetiny. Doporučena elevace. Při zhoršení potíží navštívit obvodního lékaře.

Tabulka č. 8 Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	4 – 7cm	0,5 cm x 0,5cm	0,8cm x 1cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	2 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Prokrvená, čistá, granulující tkáň	Nelze	Růžová granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Nažloutlé barvy	Mírná sekrece	Mírná sekrece
<i>Zápach</i>	Mírný	Slabé intenzity	Slabé intenzity
<i>Okraje rány</i>	Zarudlé, navalitě	Ohraničené, keratózní	Nepravidelné, stahující se do středu rány, keratózní
<i>Okolí rány</i>	Iritativní dermatitida	Bez infekce a edému	Bez známek infekce
<i>Bolest</i>	VAS 2	VAS 1	VAS 2

17. leden 2018

Konziliární vyšetření: kontrola v ambulanci chronických ran. Kde byl proveden chirurgický debridement rány. Pacientce byl vydán 1krát Debricasan roztok, 20krát Aquacel Ag. Doporučení: převazy co 3 dny. Do dekubitu v křížové oblasti aplikovat

i nadále Debricasan gel + Aquacel Ag. Do defektů na patě nově nasazeno medové krytí L - Mesitran Net. Snížena návštěvnost pacientky sestrami na 3krát týdně (pondělí, středa, pátek).

Plánované vyšetření: Další kontrola v ambulanci chronických ran 3/2018

Do dekubitu (viz Příloha V obr. a3) vloženy desinfekční obložky ze sterilního mulového čtverce + Debricasan roztoku s dobou působení 10 minut. Po sejmutí desinfekčních obložek aplikace Debricasan gelu a Aquacel Ag. Okolí ošetřeno Imazol krémpastu. Přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10 cm. Fixace pomocí náplasti Omnifix. Pokračování v odlehčování oblasti bez plen, větrání rány, aplikace Imazol krémpasty.

Defekt č. 1 a 2 (viz Příloha V obr. c3) obložky ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 10 minut. Nově nasazeno krytí L – Mesitran Net (s medem). Sterilní komprese 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit. Fixace prubanem + bandáž po koleno. Ortéza nenasažena z důvodu uložení pacientky v lůžku.

Zhodnocení celkového stavu: opět se více objevují fantomové bolesti amputované končetiny (VAS 6, po analgetickém účinku 2 – 3). Zlepšen otok nártu a kolem kotníku, nyní téměř bez edému. Celkový stav zhoršen. Žena se cítí velmi slabá, unavená. Uvádí snížení soběstačnosti ve všech oblastech. Ke konci měsíce ženu trápí žaludeční viróza, nechutenství, nauzea, opakované zvracení. Kůže suchá, opocená. Afebrilní. Popíjí pouze čaj, téměř bez jídla. Poučena o nutnosti kontroly glykemií a dostatečné hydrataci.

Tabulka č. 9 Posouzení ran leden 2017 u kazuistiky č. 1

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus III. stupně</i>	<i>SDN – defekt č. 1</i>	<i>SDN – defekt č. 2</i>
<i>Lokalizace</i>	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
<i>Velikost</i>	8 – 7cm	0,5 cm x 0,5cm	0,8cm x 0,8cm
<i>Hloubka</i>	5 cm	2 cm	0,5cm
<i>Spodina Rány</i>	Povleklá, černé barvy, z ½ nekrotická tkáň	Světle růžová	Růžová granulační tkáň
<i>Exudát</i>	Žluto-zelené barvy, výrazná sekrece	Mírná sekrece	Velmi slabé sekrece
<i>Zápach</i>	Mírný	Slabé intenzity	Slabé intenzity

Okraje rány	Zarudlé, navalitě	Ohraničené, keratózní	Nepravidelné, keratózní
Okolí rány	Iritativní dermatitida	Bez infekce a edému	Bez známek infekce
Bolest	VAS 3	VAS 1	VAS 1

2. únor 2018

Plánované vyšetření: 3/2018 ambulance chronických ran.

Další prováděné výkony: proběhla výměna permanentního močového katétru dle 21 denního schématu.

Do dekubitu (viz Příloha V obr. a4) vloženy desinfekční obložky ze sterilního mulového čtverce + Debricasan roztoku s dobou působení 10 minut. Po sejmutí desinfekčních obložek aplikace Debricasan gelu a Aquacel Ag. Okolí rány ošetřeno Imazol krémpastou. Přiložena sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10 cm. Fixace pomocí náplasti Omnifix. Pokračování v odlehčování oblasti bez plen, větrání rány, mazání Imazol krémpastou.

Defekt č. 1 a 2 (viz Příloha V obr. c4) obložky ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 10 minut. Přiloženo medové krytí L – Mesitran Net. Sterilní komprese 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit. Fixace prubanem + bandáž po koleno. Ortéza nenasazena, pacientka uložena v lůžku.

Zhodnocení celkového stavu: Snížená soběstačnost ve všech oblastech. Značná ztuhlost a bolestivost kloubů dolní končetiny VAS 4. Velký otok nártu a kolem kotníku – nasazena diuretická léčba. Diuretika s efektem, otok zmírněn. Celkový stav zhoršen. Zvracení ustoupilo. Nadále trvá únava, pacientka spavá, vyčerpaná.

Pro celkové zhoršení stavu odeslána praktickým lékařem do nemocnice, kde pacientka zemřela dne 5. 2. 2018.

Tabulka č. 10 – posouzení únor 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Typ rány	Dekubitus III. stupně	SDN – defekt č. 1	SDN – defekt č. 2
Lokalizace	Křížová oblast	Ploska pod patou PDK	Zevní pata PDK
Velikost	8 – 7cm	0,5 cm x 0,5cm	0,8cm x 0,8cm
Hloubka	5 cm	2 cm	0,5cm

Spodina Rány	Povleklá, tmavé až černé barvy, téměř z ½ nekrotická tkáň	Světle růžová	Růžová granulační tkáň
Exudát	Žlutý až zelený, výrazná sekrece	Mírná sekrece	Velmi slabé sekrece
Zápach	Hnilobný zápach	Slabé intenzity	Slabé intenzity
Okraje rány	Zarudlé, navalitě	Ohraničené, keratózní	Nepravidelné, keratózní
Okolí rány	Iritativní dermatitida	Bez známek infekce	Bez známek infekce
Bolest	VAS 3	VAS 1	VAS 1

Celkové náklady na léčbu za období 1 týden / 1 měsíc, prosinec 2017:

Tabulka č. 11 Celkové náklady na měsíc léčby u pacientky z kazuistiky č. 1

Zetuvit 10 x 10 cm, 50 ks	130,- Kč
Zetuvit E 15 x 25 cm, 50 ks	269,- Kč
Nesterilní rukavice	175,- Kč
Sterilní jednorázová pinzeta, 12 ks	180,- Kč (1 ks = 15,- Kč)
Omnifix 10 x 10 cm	79,- Kč
Krátkotažné obinadlo 10cm x 5 m, 8x	368,- Kč (1 ks = 46,- Kč)
Debricasan gel 250 ml	240,- Kč
Octenisept 500 ml	335,- Kč
Absorbční podložka 40 x 60 cm, 25 ks (800ml)	276,- Kč
Aquacel Ag 10 ks	1648,- Kč
Imazol krémpasta	119,- Kč
Sterilní mulové čtverce 10 x 10 cm	280,- Kč
Pruban 10 m	250,- Kč
Omnifix náplast 15cm x 10 m	237,- Kč
Debricasan roztok 500 ml	233,- Kč
Celkem:	4819,- Kč
Léčba na 1 týden:	1205,- Kč

Ekonomická zátěž: celkové náklady na měsíc léčby mnohočetných nehojících se ran v domácím prostředí byly 4819 Kč. Pacientka byla dispenzarizována ve více odborných ambulancích, kde jí byly vypsány recepty na potřeby k převazům, které plně hradí zdravotní pojišťovna, nebo jí byly poskytnuty přímo v odborných ambulancích. Komplexní léčba je tedy plně hrazena ze zdravotního pojištění a pacientka na svou léčbu nic nedoplácela.

Diskuze: U kazuistiky č. 1 byl ošetřován dekubitus v sakrální oblasti a syndrom diabetické nohy na pravé dolní končetině. Při prvním zaznamenání v měsíci červenci 2017 byl dekubitus rozměrů 7 – 8 cm x 5 cm, syndrom diabetické nohy 2 x 2 x 3 cm a 1,5 x 1,5 x 0,5 cm. V únoru, kdy proběhla poslední návštěva u klientky, měl dekubitus rozměry 8 x 5 cm, syndrom diabetické nohy 0,5 x 0,5 x 2 cm, 0,8 x 0,8 x 0,5 cm. K ošetření defektu se střídaly různé krycí materiály. Byly použity moderní převazové materiály obsahující stříbro nebo med, ozonový olej, ale i běžné, jako je Betadine roztok.

Závěr: Léčba nehojících se ran je komplexní děj, který se odvíjí nejenom od lokální a kompresivní terapie, ale záleží na mnoha dalších okolnostech. V uvedené kazuistice měl na léčbu defektů vliv celkový stav pacientky, který se během měsíců zhoršoval, a tak i léčba nehojících se ran progredovala.

6.2 Kazuistika č. 2

Péče o dekubitus v domácím prostředí

Cíl: Prezentovat specifika ošetrovatelské péče u nehojících se kožních vředů v domácí péči, dekubity v sakrální oblasti.

Popis případu: 84letá žena M. C., ve starobním důchodě žijící s dcerou v rodinném domě na vesnici, vyžadující celkovou ošetrovatelskou péči. Výrazné projevy pokročilé demence. Časová dezorientace, občas dezorientace místem i osobou. Péče o rány ordinována kožní lékařkou 5krát týdně, ve všední dny mimo víkendy. Sledována v kožní a diabetologické ambulanci.

Doba sběru dat pro kazuistiku: Ošetrovatelská péče popsána v rámci kazuistiky je za období srpen 2017 až prosinec 2017.

Diagnózy týkající se ran: sakrální dekubitus III. stupně;

Ostatní diagnózy: Diabetes mellitus II. typu na inzulínu i perorálních antidiabetících; stav po cévní mozkové příhodě na ischemickém podkladě 3/2014; hypertenze II. stupně;

Farmakoterapie: Metformin 850 mg tbl. 1 – 0 – 1 (antidiabetikum), Bisoprolol 5 mg ½ tbl. 1 – 0 – 0 (antihypertenzivum), Trombex 75 mg tbl. 1 – 0 – 1 (antitrombolytikum), Lantus 4 mj. s.c., 1 – 0 – 0 (inzulín);

Pohybový režim: Dlouhodobě imobilní (od roku 2008), upoutána na lůžko. Značná ztuhlost kloubů, svalová atrofie, probíhá u ní celková ošetrovatelská péče, kterou zajišťuje dcera.

Testy a škály: ADL: 0 bodů = vysoce závislá; AIDL: 0 bodů = nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života; MMSE: 11 bodů = středně těžká kognitivní porucha; VAS – viz text níže.

Subjektivní potíže: Otoky dolních končetin i rukou v oblasti zápěstí, narušená schopnost komunikace.

Lokální nález a ošetrovatelská péče o ránu v oblasti dekubitů III. stupně v sakrální oblasti:

7. srpen 2017

Dekubity (viz Příloha VI obr. d1) oplach ran Debricasan roztokem, vložení do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem. Do rány vloženo Braunovidon krytí, sterilní komprese 10 x 10 cm, sekundární krytí Zetuvit, fixace náplastí Omnifix. Okolí rány ošetřeno Sudocremem.

Zhodnocení celkového stavu: Snížená soběstačnost ve všech oblastech. Nutná celková ošetrovatelská péče, polohování. Značná ztuhlost a bolestivost kloubů končetin VAS 4, při manipulaci VAS 7, po podání analgetik VAS 2. Dezorientovaná místem, čase, orientována osobou. Na verbální komunikaci odpovídá. Na levé dolní končetině dva hematomy o rozměrech 2 x 2 cm, 2 x 3 cm.

Tabulka č. 12 – vstupní posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	7cm x 5cm	6cm x 4cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,4 cm

<i>Spodina rány</i>	Čistá, červené barvy	Čistá červeno růžové barvy
<i>Sekrece</i>	žlutozelené barvy	Nažloutlé barvy
<i>Zápach</i>	Mírný, hnilobný	Mírný
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelné	Nepravidelné
<i>Okolí rány</i>	Iritativní dermatitida	Iritativní dermatitida
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

15. září 2017

Dekubity navlhčeny Debricasan roztokem, do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem. Mechanický debridement exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Do rány aplikován Debricasan gel, vloženo Xeroform krytí. Okolí rány ošetřeno Sudocremem. Sterilní komprese 20 x 20 cm přes oba defekty, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20cm, fixace náplastí Omnifix.

Zhodnocení celkového stavu: Zlepšeny otoky končetin, na horních končetinách v oblasti zápěstí již zcela bez otoků, na dolních končetinách pouze v oblasti kotníků. Bolest „celého těla“ VAS 3.

Tabulka č. 13 Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	7cm x 5cm	6cm x 4cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,4 cm
<i>Spodina rány</i>	Přítomný plak, červené barvy	Povlečená, červeno růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Žlutozelené barvy	Nažloutlé barvy
<i>Zápach</i>	Mírný, hnilobný	Mírný
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelné	Nepravidelné
<i>Okolí rány</i>	Iritativní dermatitida	Iritativní dermatitida
<i>Bolest</i>	VAS 4	VAS 2

17. říjen 2017

Dekubity (viz Příloha VI obr. d2) oplach ran Debricasan roztokem, vložení do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 15 minut. Do rány vloženo Inadine krytí. Okolí rány ošetřeno Clotrimazol krémem. Sterilní komprese 10 x 10 cm přes oba defekty, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10cm, fixace náplastí Omnifix.

Zhodnocení celkového stavu: plně dezorientovaná, nekomunikuje, projevuje se neklidně. Provedena kontrola predilekčních míst. Napohována pomocí polohovacích pomůcek.

Tabulka č. 14 Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	5 cm x 3cm	2,5 cm x 2cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Červené barvy	Červeno růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Žluté barvy	Nažloutlé barvy
<i>Zápach</i>	Nepřítomen	Nepřítomen
<i>Okraje rány</i>	Nepřavidelné	Nepřavidelné
<i>Okolí rány</i>	Iritativní dermatitida	Iritativní dermatitida
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

26. říjen 2017

Dekubity – oplach ran Debricasan roztokem, vložení do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 15 minut. Do rány vloženo Inadine krytí. Okolí rány ošetřeno Clotrimazol krémem. Sterilní komprese 10 x 10 cm přes oba defekty, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10cm, fixace náplastí Omnifix.

Zhodnocení celkového stavu: plně dezorientovaná, nekomunikuje, projevuje se neklidně. Provedena kontrola predilekčních míst.

Tabulka č. 15 Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	5 cm x 3cm	2,5 cm x 2cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Červené barvy	Červeno růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Žluté barvy	Nažloutlé barvy
<i>Zápach</i>	Nepřítomen	Nepřítomen
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelné	Nepravidelné
<i>Okolí rány</i>	Zarudlé	Zarudlé
<i>Bolest</i>	VAS 2	VAS 1

15. listopad 2017

14. 11. 2017 v odpoledních hodinách návštěva obvodní lékařky u pacientky doma. Obvodní lékařka ordinuje 15. 11. 2017 kontrolu krevního cukru pomocí glukometru, infuzní terapii Fyziologický roztok 0,9% NaCl 500 ml s.c. Provedena kontrola krevního cukru, hodnota glykemie 11,2 mmol/l. Aplikován Fyziologický roztok 0,9% NaCl 500 ml. Dcera poučena o infuzní terapii.

Dekubity – oplach ran Debricasan roztokem, vložení do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 15 minut. Do rány vloženo Inadine krytí. Okolí rány promazáno Clotrimazol krémem. Sterilní komprese 20 x 20 cm přes oba defekty, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20cm, fixace náplastí Omnifix.

Zhodnocení celkového stavu: žena navozuje oční kontakt, na dvě kladené otázky odpověděla, zbytek návštěvy bez snahy komunikace. Dezorientace. Neschopna spolupráce. Nutné polohování.

Tabulka č. 16 Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	5 cm x 3cm	2,5 cm x 2cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Červené barvy	Červeno růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Pouze otisková	Pouze otisková
<i>Zápach</i>	Nepřítomen	Nepřítomen
<i>Okraje rány</i>	Ohraničené, bledé krusty	Ohraničené, bledé krusty
<i>Okolí rány</i>	Zarudlé	Zarudlé
<i>Bolest</i>	VAS 4	VAS 3

12. prosinec 2017

Dekubity (viz Příloha VI obr. d3) oplach ran Debricasan roztokem, vložení do rány obklad ze sterilního mulového čtverce s Debricasan roztokem na 15 minut. Do rány vloženo Inadine krytí. Okolí rány ošetřeno Clotrimazol krémem. Sterilní komprese 10 x 10 cm přes oba defekty, sekundární krytí Zetuvit 10 x 10cm, fixace náplastí Omnifix.

Zhodnocení celkového stavu: Pacientka negativně naladěná, při ošetření nařiká a je vulgární. Žena navozuje oční kontakt, na dvě kladené otázky odpověděla, zbytek návštěvy bez snahy komunikace. Dezorientace. Neschopna spolupráce. Nutné polohování. Dolní končetiny oteklé kolem kotníků. Na končetinách suchá kůže, provedeno promazání celého těla hydratačním krémem.

26. 12. 2017 Nalezena rodinou v ranních hodinách bez známek života.

Tabulka č. 17 Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

<i>Typ rány</i>	<i>Dekubitus</i>	<i>Dekubitus</i>
<i>Lokalizace</i>	Levé sacrum	Pravé sacrum
<i>Velikost</i>	3,5 cm x 1cm	1cm x 1cm
<i>Hloubka</i>	0,2 cm	0,1 cm

<i>Spodina rány</i>	Červené barvy	Červené barvy
<i>Sekrece</i>	Nepřítomna	Nepřítomna
<i>Zápach</i>	Nepřítomen	Nepřítomen
<i>Okraje rány</i>	Ohraničené	Ohraničené
<i>Okolí rány</i>	Zarudlé	Zarudlé
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

Celkové náklady na léčbu za období 1 týden/ 1 měsíc, říjen 2017:

Tabulka č. 18 Celkové náklady na měsíc léčby u pacientky v kazuistice č. 2

Zetuvit 10 x 10 cm, 50 ks	130,- Kč
Nesterilní rukavice	175,- Kč
Sterilní jednorázová pinzeta	12 ks = 180,- Kč (1 ks = 15,- Kč)
Omnifix 10 x 10 cm	79,- Kč
Inadine krytí 9,5 x 9,5 cm, 25 ks	891,- Kč
Absorbční podložka 40 x 60 cm, 25 ks	276,- Kč
Imazol krémpasta	119,- Kč
Sterilní mulové čtverce 10 x 10 cm	280,- Kč
Omnifix náplast 15cm x 10 m	237,- Kč
Debricasan roztok 500 ml	233,- Kč
Celkem za měsíc:	2600,- Kč
Léčba na 1 týden:	650,- Kč

Ekonomická zátěž: celkové náklady na léčbu dekubitu v domácím prostředí za období 1 měsíc činí 2600 Kč. Pacientka byla dispenzarizována v kožní ambulanci, kde po konzultaci (poskytnutí fotodokumentace) jí byly vypsány recepty na potřeby k převazům, které plně hradí zdravotní pojišťovna nebo jí byly poskytnuty přímo v kožní ambulanci. Komplexní léčba byla tedy plně hrazena ze zdravotního pojištění, a pacientka na svou léčbu nic nedoplácela.

Diskuze: U kazuistiky č. 2 se ošetřovaly dekubity v sakrální oblasti, které vznikly po hospitalizaci pacientky v nemocnici. Na začátku výzkumu byl dekubit v pravém sacru rozměrů 7 x 5 cm, dekubit v levém sacru 6 x 4 cm. Pozorování bylo ukončeno v prosinci. Levé sacrum bylo rozměrů 3,5 x 1 cm, pravé sacrum 1 x 1 cm. Celkové náklady na léčbu činily 2600 Kč. Pacientce byla péče plně hrazena. Na léčbu nehojících se ran nemusela nic doplácet.

Závěr: Zmapován průběh léčby u dekubitu v sakrální oblasti. Ke zhojení velkou mírou napomohla i péče rodiny. O pacientku se starali, pravidelně ji polohovali a pečovali o její celkový stav.

6.3 Kazuistika č. 3

Péče o ulcus cruris venosum v domácím prostředí I.

Cíl: Ukázat specifika ošetrovatelské péče u nehojících se defektů v domácí péči, bércové vředy žilní etiologie na obou dolních končetinách.

Popis případu: 82letá žena M. S., ve starobním důchodě žijící se synem v rodinném domě na vesnici. Orientována místem, časem, prostorem i osobou. Obě refrakční vady. Pacientka v péči agentury od listopadu 2016. Péče o rány ordinována kožní lékařkou 3krát týdně, v intervalech pondělí, středa, pátek.

Doba sběru dat pro kazuistiku: Ošetrovatelská péče popsána v rámci kazuistiky je za období srpen 2017 až únor 2018.

Diagnózy týkající se ran: bércové vředy žilní etiologie;

Ostatní diagnózy: diabetes mellitus II. typu na perorálních antidiabeticích; hypertenze II. stupně; chronické srdeční selhání;

Farmakoterapie: Godosal 100 mg tbl. 0 – 1 – 0 (antitrombotikum); Concor cor 2,5 mg tbl. ½ - 0 – 0 (antihypertenzivum); Euthyrox 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 (hormony štítné žlázy); Metformin 850 mg tbl. 1 – 0 – 0 (antidiabetikum); Diclofenac tbl. dle potřeby 1 – 0 – 1 (nesteroidní antiflogistikum);

Pohybový režim: Omezený rozsah pohybu. Po domě mobilní pomocí rolátoru. Ven vychází, jen pokud jde k lékaři.

Testy a škály: ADL: 80 bodů = lehká závislost; AIDL: 50 bodů = částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života; MMSE: 26 bodů = pásmo normální stav; VAS – viz text níže.

Subjektivní potíže: chronická bolestivost v oblasti nosných kloubů a páteře VAS 6, řešena nesteroidními antiflogistiky s analgetickým účinkem dávkované dle potřeby (Diclofenac tbl.), analgetický účinek VAS 2 – 3; mírné otoky dolních končetin v oblasti kotníků; námahová dušnost dle klasifikace NYHA II. stupně.

Lokální nález a ošetrovatelská péče o ránu v oblasti vnitřního a zevního kotníku na pravé dolní končetině a v oblasti vnějšího bércu u levé dolní končetiny:

14. srpen 2017

Defekt na zevním (viz Příloha VII obr. e1) a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. f1) a v oblasti vnitřního bércu levé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. g1) oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem. Provedeno promazání okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 10 cm, 5 x 5 cm, 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit, fixační obinadlo.

Zhodnocení celkového stavu: dolní končetiny s mírnými otoky, narušený spánek z důvodu chronické bolesti v oblasti nosných kloubů a páteře, bolest v oblasti defektů nepocituje.

Tabulka č. 19 Posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	3 x 2 cm	10 cm x 7 cm	5 x 2 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,2 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Červené barvy, krusty	Místy bíložlutý plak	Červeno- růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Střední intenzity	Střední intenzity	Střední intenzity
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	Bez zápachu
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru
<i>Okolí rány</i>	Mírně oteklé	Mírně oteklé	Mírně oteklé
<i>Bolest</i>	VAS 0	VAS 0	VAS 0

13. září 2017

V průběhu měsíce září stav rány stejný jako předchozí měsíc. Péče o ránu nepozměněna

Tabulka č. 20 Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	3 x 2 cm	13 cm x 7 cm	5 x 2 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,2 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Červené barvy, krusty	Místy bíložlutý plak	Červeno- růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Střední intenzity	Střední intenzity	Střední intenzity
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	Bez zápachu
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru
<i>Okolí rány</i>	Mírně oteklé	Mírně oteklé	Mírně oteklé
<i>Bolest</i>	VAS 0	VAS 0	VAS 0

16. října 2017

Defekt na zevním (viz Příloha VII obr. e2) a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. f2) v oblasti vnitřního bérec levé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. g2). Oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Mechanický debridement exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem. Provedeno promazání okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 10 cm, 5 x 5 cm, 5 x 5 cm, sekundární krytí Zetuvit fixace pomocí mulového obinadla. Bandáž po kolena.

Zhodnocení celkového stavu: výrazný otok v oblasti kotníků; narušený spánek z důvodu chronické bolesti v oblasti nosných kloubů a páteře VAS 6, po analgetickém účinku VAS 3; bolest v oblasti defektů nepocituje. Včera navštívila praktického lékaře pro zastřený hlas, bolestivost v krku, subfebris - tělesná teplota 37,5 °C. Praktická lékařka ordinuje Paracetamol (antipyretikum/analgetikum) 500 mg tbl. 1 – 0 – 1; Klacid 500 mg tbl. (antibiotikum) po 12 h 1 – 0 – 1, Biopron Premium 9 (probiotikum) cps. 0 – 1 – 0.

Tabulka č. 21 Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	3 x 2 cm	13 cm x 7 cm	3,5 x 1,5 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,2 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Růžové barvy	Místy bíložlutý plak	Růžové barvy
<i>Sekrece</i>	Střední intenzity	Střední intenzity	Střední intenzity
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	Bez zápachu
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru
<i>Okolí rány</i>	Mírně oteklé	Mírně oteklé	Mírně oteklé
<i>Bolest</i>	VAS 0	VAS 0	VAS 0

10. listopadu 2017

Defekt na zevním a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem. Provedeno promazání okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 10 cm, 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit fixace pomocí mulového obinadla. Bandáž po kolena. Rána na vnějším bérci levé dolní končetiny zcela zhojena. Místo po ráně světle růžové barvy. Klidné, bez známek infekce. Místo promazáno regeneračním krémem.

Zhodnocení celkového stavu: subjektivně se cítí lépe. Nyní již zdráva. Afebrilní.

Tabulka č. 22 Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	3 x 2 cm	10 x 4 cm	Zcela zhojen
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,2 cm	-
<i>Spodina rány</i>	Růžové barvy	Místy hypergranulace	-

<i>Sekrece</i>	Mírné intenzity	Mírné intenzity	-
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	-
<i>Okraje rány</i>	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	-
<i>Okolí rány</i>	Mírně oteklé	Mírně oteklé	-
<i>Bolest</i>	VAS 0	VAS 1	-

20. prosince 2017

Defekt na zevním (viz Příloha VII obr. e3) a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. f3) oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem na 10 minut. Ošetření okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 10 cm, 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit fixace pomocí mulového obinadla. Bandáž po kolena. Místo po zhojené ráně světle růžové barvy. Klidné, celistvé, bez známek infekce. Místo promazáno regeneračním krémem. Bandáž po koleno pacientka odmítá.

Zhodnocení celkového stavu: před třemi dny ve večerních hodinách zavolána rychlá zdravotnická pomoc z důvodu nevolnosti. Lékařem rychlé zdravotnické pomoci aplikována Dolmina (nesteroidní antiflogistikum) i.m. a Apaurin i.m. (anxiolytikum). Žena si stěžuje na složitou rodinnou situaci. Všeobecná sestra pacientku psychicky podpoří, nabízí pomoc pracovníku pečovatelské služby.

Tabulka č. 23 Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	3 x 2 cm	10 x 4 cm	Zcela zhojen
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,2 cm	-
<i>Spodina rány</i>	Růžové barvy	Místy hypergranulace	-
<i>Sekrece</i>	Mírné intenzity	Mírné intenzity	-
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	-

Okraje rány	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	-
Okolí rány	Mírně oteklé	Mírně oteklé	-
Bolest	VAS 0	VAS 1	-

15. leden 2017

Defekt zevním a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem. Provedeno promazání okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. V okolí rány pevné šupiny. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 5 cm, 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit fixace pomocí mulového obinadla. Bandáž po kolena. Rána na vnějším bérci levé dolní končetiny zcela zhojena. Dolní končetiny po koleno promazány regeneračním krémem. Bandáž po kolena.

Zhodnocení celkového stavu: Psychicky se cítí lépe. Praktická lékařka nasadila pacientce Lexaurin 1,5 mg tbl. (anxiolytikum) 1 – 0 – 1.

Tabulka č. 24 Posouzení leden 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Typ rány	Bércový vřed	Bércový vřed	Bércový vřed
Lokalizace	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
Velikost	2 x 2 cm	9 x 4 cm	Zcela zhojen
Hloubka	0,2 cm	0,2 cm	-
Spodina rány	Růžové barvy	Růžovo – červené barvy	-
Sekrece	Mírné intenzity	Mírné intenzity	-
Zápach	Bez zápachu	Bez zápachu	-
Okraje rány	Nepravidelného tvaru	Nepravidelného tvaru	-
Okolí rány	Mírně oteklé	Mírně oteklé	-
Bolest	VAS 0	VAS 1	-

26. únor 2017

Defekt na zevním (viz Příloha VII obr. e4) a vnitřním kotníku pravé dolní končetiny (viz Příloha VII obr. f4) oplach a desinfekce ran Debricasan roztokem. Stav rány zhoršen.

Spodina rány povleklá. Nutné provedení mechanického debridementu exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Po telefonické konzultaci s praktickým lékařem z rány odebrány stěry na bakteriologické vyšetření. Obklad ran sterilními mulovými krytími s Debricasan roztokem na 15 minut. Provedeno ošetření okolní pokožky v okolí ran regeneračním krémem. Do ran byl aplikován Debricasan gel a přiloženo krytí Xeroform, sterilní krytí 10 x 5 cm, 5 x 5 cm. Sekundární krytí Zetuvit fixace pomocí mulového obinadla. Bandáž po kolena. Dolní končetiny po koleno promazány. Bandáž po kolena.

Zhodnocení celkového stavu: Pacientka si stěžuje na bolestivost defektů, která ji trápí již 4 dny, VAS 3 a 4. Od bolesti užívá již 4 dny Novalgin tbl. (analgetikum) během snídane. Analgetický účinek VAS 1.

Tabulka č. 25 Posouzení únor 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Zevní kotník PDK	Vnitřní kotník PDK	Vnější bérec LDK
<i>Velikost</i>	2 x 2 cm	9 x 4 cm	Zcela zhojen
<i>Hloubka</i>	0,2 cm	0,2 cm	-
<i>Spodina rány</i>	Bílý povlak	Bílo – žluté barvy	-
<i>Sekrece</i>	Žluté barvy	Žluté barvy	-
<i>Zápach</i>	Bez zápachu	Bez zápachu	-
<i>Okraje rány</i>	Ohraničené	Nepravidelného tvaru	-
<i>Okolí rány</i>	Mírně oteklé	Mírně oteklé	-
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 4	-

Celkové náklady na léčbu za období 1 týden/ 1 měsíc, říjen 2017:

Tabulka č. 26 Náklady za léčbu u pacientky v kazuistice č. 3

Zetuvit 10 x 10 cm, 30 ks	112,- Kč
Nesterilní rukavice	175,- Kč
Sterilní jednorázová pinzeta	180,- Kč (1 ks = 15 Kč) 12 ks
Zetuvit 10 x 20 cm, 30 ks	182,- Kč
Debricasan gel 250 ml	240,- Kč
Absorbční podložka 40 x 60 cm, 30 ks	331,- Kč
Xeroform krytí 5 x 5 cm, 3 balení	267,- Kč (1 balení = 89Kč)
Sterilní mul. čtverce 10 x 10 cm, 50 ks	280,- Kč
Erevit mast	45,- Kč
Debricasan roztok 500 ml	233,- Kč
Celkem za měsíc:	2045,- Kč
Léčba na 1 týden:	511,- Kč

Ekonomická zátěž: Celkové náklady na léčbu defektu za jeden měsíc byly 2045 Kč. Pacientka si platila pouze regenerační krém v hodnotě 45 Kč, který byl využit k ochraně okolí rány.

Diskuze: V kazuistice č. 3 byly mapovány bércové vředy žilní etiologie. U téhle kazuistiky, jako u jediné, došlo k celkovému zhojení alespoň jedné z popisovaných nehojících se ran. Jednalo se o bércový vřed lokalizovaný na vnější straně levého bércu o počátečních rozměrech 5 x 2 cm. Ke zhojení defektu došlo po čtyřech měsících mnou pozorovaném ošetřování. Další defekty byly lokalizovány v oblasti zevního a vnitřního kotníku pravé dolní končetiny s rozměry 3 x 2 cm a 10 x 7 cm. Při poslední návštěvě u pacientky měly defekty velikost 2 x 2 cm, a 9 x 4 cm. Jako terapeutické krytí bylo použito neadherentní krytí s obchodním názvem Xeroform.

Závěr: Zmapován průběh léčby bércového vředu žilní etiologie. Defekt na vnějším bérci levé dolní končetiny byl zhojen. Ošetřování okolí nehojící se rány je důležitým atributem při léčbě samotného defektu.

6.4 Kazuistika č. 4

Péče o ulcus cruris venosum v domácím prostředí II.

Cíl: Popsat specifika léčby a terapie bércových vředů žilní etiologie ošetřovaných v domácí péči.

Popis případu: 61letý muž A. N., žijící v rodinném domě se snachou a jejími dětmi na moravsko-slovenském pomezí. Pro velký rozsah defektů snížena soběstačnost ve všech oblastech. Bydlí v oddělené části RD sám, svobodný, bezdětný, bývalý fumator. Ošetřován již 8 let sestrami z agentury domácí péče pro bércové vředy žilní etiologie. Bércové vředy se ani jednou nezléčily zcela úplně. Zmenšují se a poté zase zvětšují, avšak k úplnému zhojení nedochází. Pacient navštěvoval kožního lékaře, pro velký a stále rozšiřující se rozsah ran začal navštěvovat i ambulanci chronických ran. Avšak léčba byla i nadále neúčinná a bércové vředy se stále zvětšovali. Pacient po letech neúspěšné léčby, začal být velmi skeptický. Ve chvíli, kdy mu chirurgickým lékařem byla navržena amputace obou dolních končetin, přestal navštěvovat obě zmíněné ambulance a svěřil se jen do rukou praktického lékaře a sestrám z domácí péče. Amputaci obou končetin odmítá z osobních a rodinných důvodů. „*Neměl by se o mě kdo starat, takhle si dojdou alespoň na toaletu*“ popisuje. Sestry DZP navštěvují pacienta denně v době 5:45 – 6:45.

Doba sběru dat pro kazuistiku: Ošetrovatelská péče popsaná v rámci kazuistiky je za období červenec 2017 až leden 2018.

Diagnózy týkající se ran: bércové vředy žilní etiologie;

Ostatní diagnózy: Diabetes mellitus II. typu na inzulínu; hypertenze; ischemická choroba srdeční; stav po infarktu myokardu 2007; chronická renální insuficience;

Farmakoterapie: Lomir SRO 2,5 mg tbl. 1 – 0 – 0 (antihypertenzivum); Tenaxum 1 mg tbl. 1 – 0 – 0 (antihypertenzivum); Furon 40 mg tbl. 1 – 0 – 0 (diuretika); Stacyl 100 mg tbl. 1 – 0 – 0 (antiagregancium); Torvacard 40 mg tbl. 0 – 0 – 1 (hypolipidemikum); Detralex tbl. 0 – 0 – 1 (venotonikum), Novalgin 500 mg tbl. (analgetikum) 1 – 0 – 1 dle potřeby, Lantus s.c. 0 – 0 – 8 mj. (inzulin), Novorapid s.c. 0 – 4 mj. – 0 (inzulin);

Pohybový režim: Chůze o dvou francouzských holích. Po rovině ujde asi 50m, zvládá i pár schodů. Ven chodí jen výjimečně. Chůze kolébavá, nejistá.

Testy a škály: ADL: 90 bodů = lehká závislost; AIDL: 45 bodů = částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života; MMSE: 25 bodů = pásmo normální stav; VAS – viz text níže.

Subjektivní potíže: bolestivost defektů VAS 7, řešena analgetiky dle potřeby (Novalgin 500 mg tbl.) analgetický efekt VAS 3.

Lokální nález a ošetrovatelská péče o ránu v oblasti bércového vředu žilní etiologie na dolních končetinách:

17. červenec 2017

Bércový vřed levé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. h1), bércový vřed pravé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. i1), nepravidelných tvarů mapovitého charakteru, rozsáhlé po celém obvodu bérců. Rány granulující s velké části povleklé žlutým až žlutobílým plakem. Místy lze spatřit hypergranulační kopečky. V okolí rány pozměněna pigmentace kůže, v těsné blízkosti rány zbytky ochranného krému, který ulpívá na pokožce. Mechanický debridement rány a okolí proveden exkochleační lžičkou a suchým mulovým čtvercem. Do rány vloženy obložky z Debricasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena mastí Ervevit. Do rány dán Debricasan gel, mastný tyl. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm, 20 x 40 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla. Na přání pacienta, končetiny ponechány bez bandáží. Všeobecná sestra edukovala pacienta o vhodné obuvi.

Zhodnocení celkového stavu: dolní končetiny silně oteklé, patrné otlaky od nevhodné domácí obuvi. Kožní změny v oblasti kotníků, valy.

Tabulka č. 27 Posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 1,5 cm do 24 cm	od 8 cm do 19 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, nazelenalá, místy růžová
<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný, hnilobný	Výrazný, hnilobný
<i>Okraje rány</i>	Nehraničené, navalitě	Nehraničené

<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 6	VAS 5

15. srpen 2017

U bércových vředů stav rány beze změn. Včera pacienta navštívila praktická lékařka, která do rány doporučuje aplikovat mastný tyl s mletou kurkumou. Mechanický debridement rány a okolí navlhčeným mulovým čtvercem a Debricasan roztokem. Do rány vloženy obložky z debriecasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena mastí Ervevit. Do rány dán mastný tyl s mletou kurkumou. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm, 20 x 40 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla.

22. září 2017

Bércové vředy – Rána se v horní části bérce začíná stahovat směrem do středu rány, zmenšení o 3 cm. Mechanický debridement rány a okolí navlhčeným mulovým čtvercem a Debricasan roztokem. Do rány vloženy obložky z Debricasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena mastí Ervevit. Pokračování v zavedené terapii s mastným tylem a kurkumou. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm, 20 x 40 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla.

Tabulka č. 28 Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 1,5 cm do 19 cm	od 8 cm do 17,5 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, nazelenalá, místy růžová
<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný, hnilobný	Výrazný, hnilobný
<i>Okraje rány</i>	Nehraničené, navalité	Nehraničené
<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

21. říjen 2017

Bércový vřed levé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. h2), bércový vřed pravé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. i2), proveden mechanický debridement rány a okolí navlhčeným mulovým čtvercem a Debricasan roztokem. Do rány vloženy obložky z Debricasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena mastí Ervevit. Pokračování v zavedené terapii s mastným tylem a kurkumou. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm, 20 x 40 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla.

Tabulka č. 29 Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 1,4 cm do 16 cm	od 8 cm do 14 cm
<i>Hloubka</i>	0,3 cm	0,3 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, místy růžová
<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný	Výrazný
<i>Okraje rány</i>	Nehraničené, navalité	Nehraničené
<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 4	VAS 2

18. listopad 2017

Pokračování v zavedené terapii kurkumou a mastným tylem.

Tabulka č. 30 Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 1,3 cm do 14 cm	od 8 cm do 12,5 cm
<i>Hloubka</i>	0,2 cm	0,2 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, místy růžová

<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný	Výrazný
<i>Okraje rány</i>	Stahující se do středu	Stahující se do středu
<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

15. prosinec 2017

Bércové vředy – mechanický debridement rány a okolí navlhčeným mulovým čtvercem a Debricasan roztokem. Do rány vloženy obložky z Debricasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena mastí Ervevit. Do rány aplikován mastný tyl s kurkumou. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla.

Tabulka č. 31 Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 1 cm do 13,5 cm	od 8 cm do 12,5 cm
<i>Hloubka</i>	0,2 cm	0,2 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, místy růžová
<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný	Výrazný
<i>Okraje rány</i>	Stahující se do středu	Stahující se do středu
<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

16. leden 2017

Bércový vřed levé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. h1), bércový vřed pravé dolní končetiny (viz Příloha VIII obr. i1) mechanický debridement rány a okolí navlhčeným mulovým čtvercem a Debricasan roztokem. Do rány vloženy obložky z debricasan roztoku a sterilní gázy s dobou působení 15 minut. Okolní pokožka ošetřena regeneračním

krémem. Do rány aplikován mastný tyl s kurkumou. Sterilní komprese rozměrů 20 x 20 cm, sekundární krytí Zetuvit 20 x 20 cm. Fixace pomocí fixačního obinadla.

Tabulka č. 32 Posouzení leden 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

<i>Typ rány</i>	<i>Bércový vřed</i>	<i>Bércový vřed</i>
<i>Lokalizace</i>	Levá dolní končetina	Pravá dolní končetina
<i>Velikost</i>	od 0,8 cm do 13 cm	od 7 cm do 10 cm
<i>Hloubka</i>	0,2 cm	0,2 cm
<i>Spodina rány</i>	Žlutá, místy prosvítá růžová	Žlutá, místy růžová
<i>Sekrece</i>	Výrazná	Výrazná
<i>Zápach</i>	Výrazný	Výrazný
<i>Okraje rány</i>	Stahující se do středu	Stahující se do středu
<i>Okolí rány</i>	Mapovité	Mapovité
<i>Bolest</i>	VAS 3	VAS 2

Celkové náklady na léčbu za období 1 týden/ 1 měsíc, říjen 2017:

Tabulka č. 33 Náklady za léčbu u pacienta v kazuistice č. 4

Zetuvit 20 x 20 cm, 50 ks, 2 bal	448,- Kč (1 bal = 224,- Kč)
Zetuvit 20 x 40 cm	469,- Kč
Sterilní jednorázová pinzeta 12 ks	180,- Kč (1 ks = 15,- Kč)
Nesterilní rukavice	175,- Kč
Mastný tyl 10 x 20 cm, (1 bal. = 5 ks)	1260,- Kč (1 bal. = 45,- Kč)
Absorbční podložka 40 x 60 cm, 30 ks	331,- Kč
Regenerační krém	36,- Kč
Sterilní mulové čtverce 10 x 10 cm	560,- Kč (1 bal. = 280,- Kč)
Kurkuma mletá, 6 ks	84,- Kč (1 bal = 14,- Kč)
Debricasan roztok kanystr 5l	1473,- Kč
Celkem za měsíc:	5016,- Kč
Léčba na 1 týden:	1254 Kč

Ekonomická zátěž: Z důvodu odmítání pacienta navštěvovat odborné ambulance, si hradí léčbu sám. Dle uzavřené smlouvy s agenturou domácí péče, je mu zaplacen pouze obvazový materiál a pomůcky k převazům (rukavice, sterilní pinzeta). Zbytek si hradí za plnou cenu. Celkové náklady na 1 měsíc (na měsíc říjen 2017) léčby činily 5016 Kč. Doplatek na léčbu ran za měsíc říjen činil pro pacienta 2853 Kč.

Diskuze: U kazuistiky č. 4 byly ošetřovány bércové vředy žilní etiologie za pomocí alternativní metody. K léčbě defektů se využíval Indický šafrán, známější spíše pod názvem kurkuma. Kurkuma má protizánětlivé účinky, kterých bylo v této kazuistice využito. Na počátku sběru dat měl defekt na levé dolní končetině rozměry od 1,5 cm do 24 cm. V lednu 2018, kdy končí sběr dat má defekt na levé končetině rozměry 0,8 x 13 cm. Jde téměř o 11 cm zhojené tkáně. Taktéž velký posun byl vidět i na bércovém vředu na pravé dolní končetině, který na počátku byl rozměrů od 8 cm do 19 cm a při posledním sběru dat byl rozměrů 7 x 10 cm. Což činí 9 cm zdravé tkáně. Ačkoliv ke konci sběru dat hojení začalo stagnovat a muselo být využito jiné metody k dalšímu ošetřování rány, pomohla alternativní metoda ke zhojení 9 cm na pravé dolní končetině a 11 cm na levé dolní končetině.

Závěr: Zmapován průběh léčby a péče o bércový vřed žilní etiologie. K léčbě defektu bylo využito alternativní metody za pomocí lokální aplikace kurkumy. Stav rány výrazně zlepšen. Defekt zcela nezhojen, pacient i nadále v péči sester agentury domácí zdravotní péče.

DISKUZE

Cílem č. 1 bakalářské práce bylo seznámit odbornou veřejnost, všeobecné sestry, prostřednictvím kazuistik o specifické ošetrovatelské péči u pacientů s nehojícími se ránami v domácí péči v odborném profesním časopise. Odborný článek bude během měsíce května zaslán do redakce.

Dílčí cílem práce bylo zmapovat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů v domácí péči s mnohočetnými nehojícími se defekty, dekubity, bércovými vředy žilní etiologie a kožními ulceracemi u syndromu diabetické nohy. V následujícím textu shrneme uvedené 4 kazuistiky, tak abychom poskytli přehled o léčbě a péči nehojících se ran v domácím prostředí. U kazuistiky č. 1 byly ošetrovány nehojící se rány, dekubitus v sakrální oblasti, a defekty u syndromu diabetické nohy na pravé dolní končetině. Sběr dat pro tvorbu kazuistik probíhal od července 2017 do února 2018. V červenci 2017 byl dekubitus rozměrů 7 – 8 cm x 5 cm, defekty na pravé dolní končetině 2 x 2 x 3 cm a 1,5 x 1,5 x 0,5 cm. V únoru, kdy proběhla poslední návštěva u pacientky, měl dekubitus stejné rozměry, defekty na dolní končetině měřily 0,5 x 0,5 x 2 cm a 0,8 x 0,8 x 0,5cm. K ošetření defektu se střídaly různé lokální terapeutická krytí. Byly použity moderní převazové materiály obsahující stříbro nebo med, ozonový olej, ale i běžné prostředky jako je Betadine roztok. Pacientce byla péče plně hrazena. Na léčbu nehojících se ran nemusela nic doplácet. U kazuistiky č. 2 se ošetrovaly dekubity v sakrální oblasti, které vznikly po hospitalizaci pacientky v nemocnici. Na začátku sledování byl dekubitus v pravé sakrální oblasti rozměrů 7 x 5 cm, dekubitus v levé sakrální oblasti 6 x 4 cm. Pozorování bylo ukončeno v prosinci 2017. Levá strana měla rozměry 3,5 x 1 cm, pravé strana 1 x 1 cm. Došlo k částečnému zhojení obou dekubitů za pomoci různých terapeutických krytí. V kazuistice č. 3 byly mapovány bércové vředy žilní etiologie. V této kazuistice, jako u jediné, došlo k celkovému zhojení alespoň jedné z popisovaných nehojících se ran. Jednalo se o bércový vřed lokalizovaný na vnější straně levého bérce o počátečních rozměrech 5 x 2 cm. Ke zhojení defektu došlo po čtyřech měsících ošetrování. Další defekty byly lokalizovány v oblasti zevního a vnitřního kotníku pravé dolní končetiny s rozměry 3 x 2 cm a 10 x 7cm. Při poslední návštěvě u pacientky měly defekty velikost 2 x 2 cm a 9 x 4 cm. Jako terapeutické krytí bylo použito neadherentní krytí s obchodním názvem Xeroform.

U kazuistiky č. 4 byly ošetřovány bércové vředy žilní etiologie za pomoci alternativní metody. K léčbě defektů se využíval Indický šafrán, známější pod názvem kurkuma. Ta má protizánětlivé účinky, kterých bylo při léčbě využito. Na počátku sběru dat, červenec 2017 měl defekt na levé dolní končetině rozměry od 1,5 cm do 24 cm. V lednu 2018, kdy končil sběr dat, měl defekt na levé končetině rozměry 0,8 x 13 cm. Zhojení rány bylo téměř o 11cm. Velký posun byl vidět i na bércovém vředu na pravé dolní končetině, který byl na počátku rozměrů od 8 cm do 19 cm a při posledním sběru dat byl rozměrů 7 x 10 cm, rána se částečně zhojila o 9 cm. Ke konci sběru dat hojení začalo stagnovat a bylo využito jiného terapeutického lokálního krytí k dalšímu ošetřování rány. Dle dostupných ošetřovatelských dokumentací a záznamů z agentury domácí péče a z výpovědi pacienta, je to největší posun za celých 10 let, co je pacient ošetřován sestrami z agentury domácí péče.

Léčba a péče o nehojící se rány v domácím prostředí je trend, kterým se tato oblast začíná pomalu ubírat a upouští se od léčby těchto ran za hospitalizace. Myslíme si, že důležitou roli v domácí péči sehraává hledání individuálních způsobů efektivní péče o nehojící se rány, s využitím také alternativních přístupů. I v domácím prostředí péči o rány musí doplňovat odborné posouzení rány, vhodná volba materiálu a jeho správné použití a včasná reakce na různé fáze hojení. Je potřeba zabránit mikrobiálním komplikacím, okolí ran musí být čisté a hydratované. (Hartman, 2018, online) Souhlasíme s tím, že podstatná je také péče o okolí ran.

Cílem č. 2 bylo zjistit, jaká je ekonomická náročnost péče o nehojící se rány pro pacienty v domácím prostředí. U každé kazuistiky byla stanovena ekonomická zátěž za jeden měsíc. K dosažení tohoto cíle byl u každého pacienta vybrán jeden měsíc, kdy byly sepsány všechny pomůcky použité při ošetřování nehojících se ran, jejich množství a četnost jejich využití za dané období k převazům a následně byly oceněny dle platných cen uváděných na současném trhu. U každé kazuistiky vznikl individuální seznam použitých pomůcek, s aktuální cenou. Ceny jednotlivých pomůcek byly sečteny a byl vytvořen přehled ekonomické náročnosti u jednotlivých kazuistik. Ekonomickou zátěž ovlivňoval rozsah ran, četnost převazů, množství a druh používaného materiálu. Ekonomická zátěž pro samotné pacienty se odvíjela nikoli od rozsahu rány, četnosti převazů či využitého materiálu, ale dle pravidelných návštěv v ambulancích chronických ran či kožních ambulancích. Tyto odborné ambulance mají možnost vypisovat pacientům preskripci specifických pomůcek bez doplatku nebo s nepatrným doplatkem. Nebylo ani výjimkou, že si pacienti odnášely

potřebné pomůcky, přímo z ambulance. Náklady na léčbu nehojící se rány v domácím prostředí se pohybovala od 2045 Kč do 5016 Kč na měsíc (viz tabulka č. 34). Většina materiálů a výkonů poskytovaných pacientům s nehojící se ránou je hrazena zdravotními pojišťovnami. Pro pacienty v ambulantní péči platí, že pomůcky k převazům musí projít schválením revizního lékaře zdravotní pojišťovny (úhrada 75 – 100 %). Ceny za primární krytí se pohybují v přepočtu na 1 cm² od 0,30 Kč do 7 Kč, kdežto ceny sekundárního krytí v řádu 0,04 Kč. Tento na první pohled patrný nepoměr může vést k mylným domněnkám, řady ekonomů, že moderní léčba rány je ekonomicky nevýhodná. Avšak je nutné pomýšlet na to, že delší frekvence mezi převazy, menší spotřeba antibiotik a analgetik, a rychlejší růst granulační tkáně, zapříčiní nižší ekonomické náklady. (Stryja, 2016, str. 226) S tímto postojem se naprosto ztotožňujeme a apelujeme na to, aby agentury domácí péče využívaly při lokální terapii nehojících se ran možnosti moderních lokálních prostředků.

Tabulka č. 34 Přehled zhodnocení ekonomické zátěže u sledovaných pacientů

Číslo kazuistiky	Iniciály pacienta	Dg.	Náklady na týden léčby	Náklady na měsíc léčby	Doplatek pacienta
Kazuistika č. 1	A. C.	Dekubitus + SDN	1205 Kč	4819 Kč	0 Kč
Kazuistika č. 2	M. C.	Dekubitus	650 Kč	2600 Kč	0 Kč
Kazuistika č. 3	M. S.	Bércový vřed	511 Kč	2045 Kč	45 Kč
Kazuistika č. 4	A. N.	Bércový vřed	1254 Kč	5016 Kč	2853 Kč

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala tématu nehojících se ran v domácím prostředí. Za nehojící se ránu obecně považujeme defekt, který se nezhojí do šesti týdnů. K základním příčinám vzniku této rány patří, podle dostupné literatury, nedostatečný krevní oběh, infekce, edém, proteinová malnutrice pacienta a opakované traumatizace rány. K léčbě takových defektů, můžeme využít jak klasické, tak moderní metody pro lokální léčbu ran.

V praktické části bakalářské práce byl aplikován kvalitativní výzkum formou kazuistiky u vybraných pacientů s nehojícími se ránami v domácí péči. V jednotlivých kazuistikách byla popsána a zmapována specifická ošetrovatelská péče u pacientů v domácí péči s mnohočetnými nehojícími se defekty, dekubity, bércovými vředy žilní etiologie a kožními ulceracemi u syndromu diabetické nohy. Rány v kazuistikách byly ošetřovány za pomoci různých terapeutických krytí. Byly použity moderní převazové materiály obsahující stříbro nebo med, ozonový olej, ale také běžné prostředky péče o ránu jako je Betadine roztok. Ideální krytí vhodné pro všechny typy ran a ulcerací neexistuje. Nabídka je však v dnešní době veliká, a proto je nutné vybrat správné krytí dle individuálních potřeb daného jedince. Podstatná je také péče o okolí ran, kde je potřeba zejména zabránit mikrobiálním komplikacím. V jedné z uvedených kazuistik byly ošetřovány bércové vředy žilní etiologie za pomoci alternativní metody. K léčbě defektů se využíval Indický šafrán, známější pod názvem kurkuma. Ta, má protizánětlivé účinky, kterých bylo při léčbě využito. Rány se částečně podařilo zahojit.

Výhodou péče v domácím prostředí je snížení nákladů na zdravotní pojišťovnu, omezení vzniku HAI nákaz a aktivizace pacienta a jeho rodinných příslušníků zapojením do péče a léčby. Moderní léčba rány je také ekonomicky výhodná. Delší frekvence mezi převazy, menší spotřeba antibiotik a analgetik, a rychlejší růst granulační tkáně zapříčiní nižší ekonomické náklady.

U každé kazuistiky byla také stanovena ekonomická zátěž pacienta za jeden měsíc péče. Většina materiálů a pomůcek k převazům využívaných u pacientů s nehojící se ránou v domácí péči byla a je hrazena zdravotními pojišťovnami a nemocné nezatěžuje z ekonomického hlediska.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BELÁČEK A KOLEKTÍV Jozef. 2013. *Vredy predk olenia*. Bratislava: Herba. ISBN 987-80-89631-15-5.

BUREŠ, Ivo. 2006. *Léčba rány*. Praha: Galén. Care. ISBN 80-7262-413-x.

Domáci zdravotní péče: Oblastní Charita Uherský Brod [online]. 2018 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.uhbrod.charita.cz/domaci-zdravotni-pece/>

Department of Health and Human Services National Institutes of Health. *MedlinePlus: Trusted Health Information for You*[online]. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S.: Department of Health and Human Services, 2018 [cit. 2018-04-27]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/druginfo/natural/35.html>

GUNTER MUDR, Germann, et al. 1999. *Kompendium rán a ich ošetrovania*. HARTMANN-RICO s.r.o. Bratislava. CMC Medical Information D-89522 Heidenheim. ISBN 3-929870-19-3.

HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.

HALUZÍK A KOLEKTIV, Martin. 2013, *Praktická léčba diabetu*. Praha: Mladá fronta a. s. ISBN 987-80-204-2880-6.

HARTMANN, Rico. 2013. Tři fáze hojení ran - tři pravidla pro úspěšnou léčbu. *Florence*, (4), str. 36. [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/4/tri-faze-hojeni-ran-tri-pravidla-pro-uspesnou-lecbru/>

Hartmann - Ošetřování ran: Portál pro lékaře a zdravotníky [online]. 2017 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.lecbarany.cz/o-lecbe-ran/faze-hojeni-ran>

HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4

HLAVÁČKOVÁ, Kateřina. Domáci péče. *SestraIN: učebna.net pro sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře* [online]. 2013 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMEOVÁ a Michaela MIERTO VÁ. 2015. *Nehojace sa rany*. ISBN 978 -80-8063-433-9.

HUČÍK, Jan a Alena HUČÍKOVÁ. 2010. *Kazuistika v sociální práci*. Druhé. Bratislava: Beki design. ISBN 978-80-89271-66-5.

JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. 2012. *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol., 2006. *Syndrom diabetické nohy*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-095-X.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-1830-9.

KOUŘILOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. 2012. *Dekubity prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-95-8.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.

KRIŠKOVÁ, Anna. 2006. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností; učebnica pre lekárske fakulty*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3202-2.

KUBEŠOVÁ, Hana. 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7.

MUSIL, Dalibor. 2007. Onemocnění žil v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. [online]. Olomouc: Solen, s.r.o., roč. 4, č. 1, s. 13-16 [cit. 2018-05-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/03.pdf>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

- PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha 10: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ. 2017. Česká verze dotazníku Wound-QoL. *Solen: Dermatologie pro praxi*. 2017, 11(3), 126-130. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/der-201703-0007_Ceska_verze_dotazniku_Wound-QoL.php
- POKORNÁ, Andrea. 2011. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bércovými vředy. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o., roč. 8, č. 4, s. 198-201 [cit. 2018-05-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/med/2011/04/12.pdf>
- POKORNÁ, Andrea. 2013. *Klinický algoritmus pro hodnocení nehojící se rány*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-563-1.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2012. Komplexní přístup k léčbě bércového vředu. *Zdravotnické noviny* [online]. Praha: Mladá fronta a. s. [cit. 2017-12-12]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/komplexni-pristup-k-bercoveho-vredu-151860>
- Pro lékaře: Hojení ran. [online]. 2018 [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/hojeniran-novinky/vlastnosti-chronicky-chranicky-ran-souvisejici-se-svedenim-pri-jejich-hojeni-4041?confirm_rules=1
- ROKYTA, Richard. 2016. *Fyziologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
- SAGIT. *Sagit: 2018. Právní a ekonomické nakladatelství* [online]. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/sb11372>
- STEHLÍK, Daniel, KALINOVÁ, Lucie, MOLITOR, Martin. 2012. Chirurgicko-plastická léčba bércových vředů a ran. *Dermatologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s.r.o., roč. 6, č. 1, s. 11-15 [cit.2018-05-12]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/01/03.pdf>
- STRYJA, Jan. 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.
- STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	A kolektiv
ADL	Barthelův test základních všedních činností
AIDL	Test instrumentálních všedních činností
ADZP	Agentura Domácí Zdravotní Péče
atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
et al.	Et aliae (a podobní)
EWMA	European Wound Management Association
kg	Kilogramů
LDK	Levá dolní končetina
MZ ČR	Ministerstvo Zdravotnictví České republiky
m ²	Metr čtvereční
mg	Miligram
MMSE	Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam
např.	Například
n.	Nervus
PDK	Pravá dolní končetina
popř.	popřípadě
Qol	Quality of life
r.	Ramus
sol	solutions
str.	strana
stp.	stav po

SDN	syndrom diabetické nohy
Tbl.	tablety
ung.	unguentum
WHC	Wound Healing Continuum

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Přehled charakteristiky respondentů popisovaných v kazuistikách

Tabulka č. 2: Vstupní posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 3: Posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 4: Posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 5: Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 6: Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 7: Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 8: Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 9: Posouzení leden 2018 u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 10: Posouzení únor 2018 nehojících se ran u kazuistiky č. 1

Tabulka č. 11 Celkové náklady na měsíc léčby u pacientky z kazuistiky č. 1

Tabulka č. 12: Vstupní posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 13: Posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 14: Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 15: Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 16: Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 17: Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 2

Tabulka č. 18 Celkové náklady na měsíc léčby u pacientky z kazuistiky č. 2

Tabulka č. 19: Posouzení srpen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 20: Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 21: Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 22: Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 23: Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 24: Posouzení leden 2018 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 25: Posouzení únor 2018 nehojících se ran u kazuistiky č. 3

Tabulka č. 26: Celkové náklady na měsíc léčby u pacientky z kazuistiky č. 3

Tabulka č. 27: Posouzení červenec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 28: Posouzení září 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 29: Posouzení říjen 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 30: Posouzení listopad 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 31: Posouzení prosinec 2017 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 32: Posouzení leden 2018 nehojících se ran u kazuistiky č. 4

Tabulka č. 33: Celkové náklady na měsíc léčby u pacienta z kazuistiky č. 4

Tabulka č. 34: Zhodnocení ekonomické zátěže u sledovaných pacientů

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Hodnotící nástroj pro riziko vzniku dekubitů stupnice dle Norton.

PŘÍLOHA P II: Hodnotící nástroj pro riziko vzniku dekubitů stupnice dle Braden

PŘÍLOHA P III: Stupnice dle Nonnemacher k hodnocení rizika vzniku dekubitů

PŘÍLOHA P IV: Dotazník Wound QoL k posouzení života u pacientů s nehojící se ránou

PŘÍLOHA P V: Fotodokumentace ke kazuistice č. 1

Obr. a1; b1; c1. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. a2; b2. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. a3; c3. Zdroj fotografie: Macíčková, 2018

Obr. a4; c4. Zdroj fotografie: Macíčková, 2018

PŘÍLOHA P VI: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 2

Obr. d1. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. d2. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. d3. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

PŘÍLOHA P VII: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 3

Obr. e1, f1, g1. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. g2, f2. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. e3, f3. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. e4, f4. Zdroj fotografie: Macíčková, 2018

PŘÍLOHA P VIII: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 4

Obr. h1. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. i1. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. h2. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. i2. Zdroj fotografie: Macíčková, 2017

Obr. h3. Zdroj fotografie: Macíčková, 2018

Obr. i3. Zdroj fotografie: Macíčková, 2018

**PŘÍLOHA P I: HODNOTÍCÍ NÁSTROJ PRO RIZIKO VZNIKU
DEKUBITŮ STUPNICE DLE NORTON**

<i>Schopnost spolupráce</i>		<i>Věk</i>		<i>Stav pokožky</i>		<i>Další nemoci</i>		<i>Tělesný stav</i>		<i>Aktivita</i>		<i>inkontinence</i>		<i>polyblivost</i>	
<i>Úplná</i>	4	<i>Do 10</i>	4	<i>Normální</i>	4	<i>Žádné</i>	4	<i>Dobrý</i>	4	<i>Chodí</i>	4	<i>Není</i>	4	<i>Úplná</i>	4
<i>Malá</i>	3	<i>Do 30</i>	3	<i>Alergie</i>	3	<i>DM, Ca</i>	3	<i>Zhoršený</i>	3	<i>Doprovod</i>	3	<i>Občasná</i>	3	<i>omezená částečná</i>	3
<i>částečná</i>	2	<i>Do 60</i>	2	<i>Vlhká</i>	2	<i>Anémie</i>	2	<i>Špatný</i>	2	<i>Sedačka</i>	2	<i>Močová</i>	2	<i>omezená velmi</i>	2
<i>žádná</i>	1	<i>60 +</i>	1	<i>Suchá</i>	1	<i>On. Cévy</i>	2	<i>Velmi špatný</i>	1	<i>Upoután na lůžko</i>	1	<i>Stolice</i>	2	<i>žádná</i>	1
						<i>Obezita</i>	1			<i>jiné</i>	1	<i>obojí</i>	1		

Vyhodnocení: Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů u nemocných, kteří dosáhli méně než 25 bodů. Čím méně bodů, tím vyšší riziko vzniku dekubitů.

(Zdroj: *Multimediální тренажер планирования ошeтроватeлскe пeчe* [online]. Hradec Králové [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>)

**PŘÍLOHA P II: HODNOTÍCÍ NÁSTROJ PRO RIZIKO VZNIKU
DEKUBITŮ STUPNICE DLE BRADEN**

<i>Citlivost /percepce</i>	<i>Úplně limitovaný</i>	<i>1</i>	<i>Hodně limitovaný</i>	<i>2</i>	<i>Mírně limitovaný</i>	<i>3</i>	<i>Žádný poškození</i>	<i>4</i>
<i>Vlhkost</i>	<i>Velmi vlhká kůže</i>	<i>1</i>	<i>Příležitostně mokrá</i>	<i>2</i>	<i>Zřídka mokrá</i>	<i>3</i>	<i>Nikdy mokrá</i>	<i>4</i>
<i>Aktivita</i>	<i>Upoutání na lůžko</i>	<i>1</i>	<i>Připoutaný k židli</i>	<i>2</i>	<i>Příležitostně chodí</i>	<i>3</i>	<i>Chodí často</i>	<i>4</i>
<i>Pohyblivost</i>	<i>Úplná nehybnost</i>	<i>1</i>	<i>Velmi omezená</i>	<i>2</i>	<i>Mírně omezená</i>	<i>3</i>	<i>Bez omezení</i>	<i>4</i>
<i>Výživa</i>	<i>Velmi špatná</i>	<i>1</i>	<i>neadekvátní</i>	<i>2</i>	<i>Adekvátní</i>	<i>3</i>	<i>Výborná</i>	<i>4</i>
<i>Tření</i>	<i>problém</i>	<i>1</i>	<i>Možný problém</i>	<i>2</i>	<i>Bez problému</i>	<i>3</i>		
<u>Počet bodů:</u>	<i>16 bodů</i> – minimální riziko vzniku dekubitů, <i>13-15 bodů</i> – střední riziko vzniku dekubitů, <i>12 a méně</i> – vysoké riziko vzniku dekubitů							

(Zdroj: *Multimediální тренажер планирования ошeтроватeлскe пeчe* [online]. Hradec Králové [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>)

PŘÍLOHA P III: STUPNICE DLE NONNEMACHER K HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

	Počet bodů
Omezená pohyblivost trvající víc než 24 hodin, pacient nemůže samostatně měnit polohu při ležení nebo sezení	7
Přítomnost zhoubného onemocnění	2
Bolest	2
Dehydratace	1
Hyponutricie	2
Používání léků s výrazným sedativním účinkem	2
Narušení vnímání bolesti	1
Porušení kůže v oblastech vystavených tlaku	7
Vznik dekubitu v minulosti	12
Celkové oslabení kůže	1
Působení tření nebo střížného účinku	3
Počet bodů vyšší jak 6 znamená zvýšené riziko vzniku dekubitů	

(Zdroj: *Multimediální тренажер планирования ошeтřovatelské пeče* [online]. Hradec Králové [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>)

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK WOUND QOL K HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S NEHOJÍCÍ SE RÁNOU

<i>Za posledních 7 dnů...</i>		<i>Vůbec ne</i>	<i>Trochu</i>	<i>Středně</i>	<i>Docela dost</i>	<i>Hodně</i>
1	<i>... mne moje rána bolela</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<i>... moje rána zapáchala</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<i>...se objevil sekret z rány</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<i>...rána ovlivnila můj spánek</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<i>...pro mne bylo ošetřování rány zátěží</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<i>...mne rána činila nešťastným/nešťastnou</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<i>...jsem měl/a pocit zklamání, že hojení rány trvá dlouho</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<i>...jsem měl/a obavy ohledně rány</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<i>...jsem měl/a obavy, že stav rány zhorší nebo, že se objeví další rány</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<i>...jsem měl/a obavy, že se do rány uhodím</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<i>... jsem měl/a kvůli ráně problémy s pohybem</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<i>...pro mne byla chůze po schodech kvůli ráně obtížná</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<i>...jsem měl/a problém kvůli ráně zvládat běžné denní činnosti</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<i>...rána omezovala moje volnočasové aktivity</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<i>...mne rána nutila omezit své činnosti s ostatními</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<i>...jsem se cítil/a kvůli ráně závislý/á na pomoci druhých</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	<i>...pro mne rána představovala finanční zátěž</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Zdroj: PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ. 2017. Česká verze dotazníku Wound-QoL. Solen: Dermatologie pro praxi. 2017, 11(3), 126-130. [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/der-201703-0007_Ceska_verze_dotazniku_Wound-QoL.php)

PŘÍLOHA P V: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 1

Fotodokumentace ke kazuistice č. 1 – červenec 2017, zdroj: Macíčková, 2017 a1 ; b1; c1

Obr. a1



Obr. b1



Obr. c1



Fotodokumentace ke kazuistice č. 1 – listopad 2017, zdroj: Macíčková, 2017a2; b2

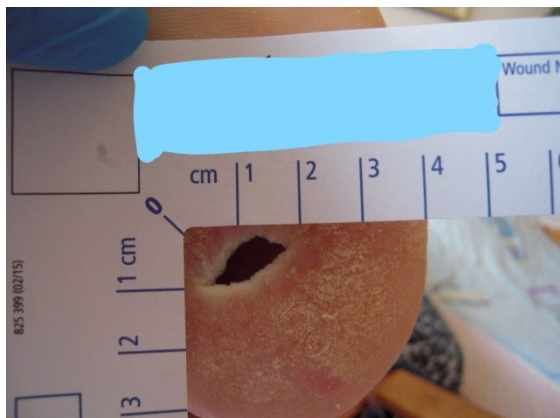
Obr. a2



Obr. b2



Obr. c2

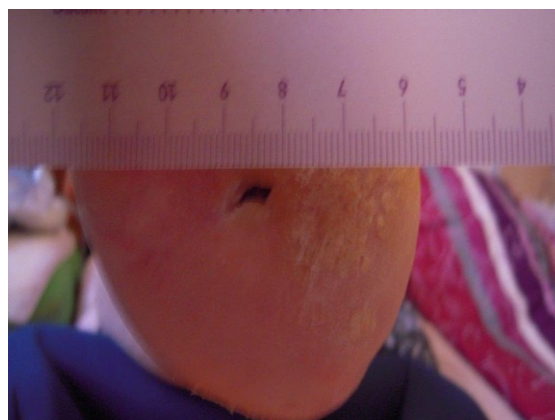


Fotodokumentace ke kazuistice č. 1 – leden 2018, zdroj: Macíčková, 2018 a3; c3

Obr. a3



Obr. c3



Fotodokumentace ke kazuistice č. 1 – únor 2018, zdroj: Macíčková, 2018 a4; c4

Obr. a4



Obr. c 4



PŘÍLOHA P VI: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 2

Fotodokumentace ke kazuistice č. 2 – srpen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. d1



Fotodokumentace ke kazuistice č. 2 – říjen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. d2



Fotodokumentace ke kazuistice č. 2 – prosinec 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. d3



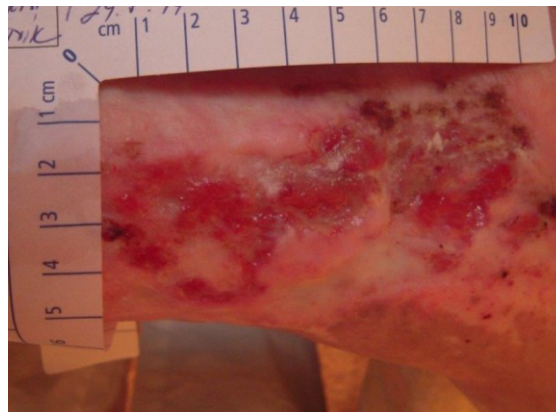
PŘÍLOHA P VII: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 3

Fotodokumentace ke kazuistice č. 3 – srpen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. e1, f1, g1

Obr. e1



Obr. f1



Obr. g1

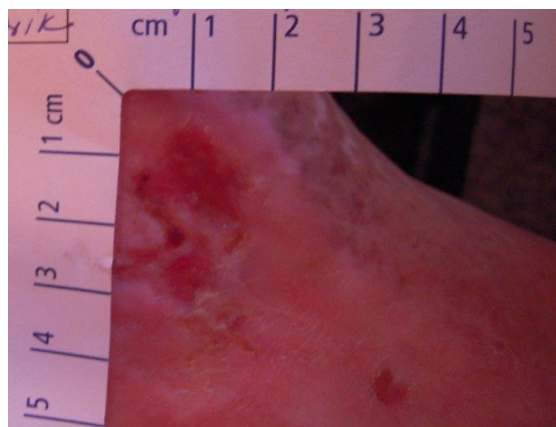


Fotodokumentace ke kazuistice č. 3 – říjen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. g2, f2

Obr. f2

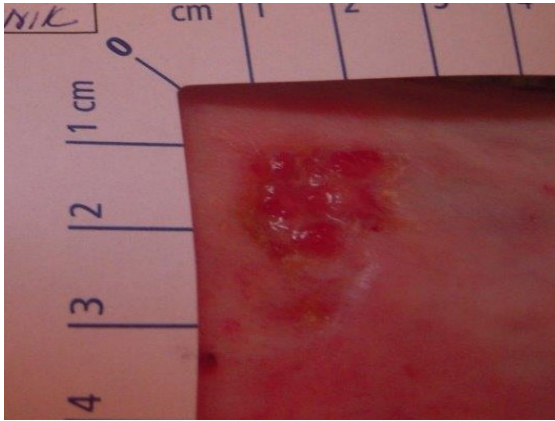


Obr. g2



Fotodokumentace ke kazuistice č. 3 – prosinec 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. e3, f3

Obr. e3

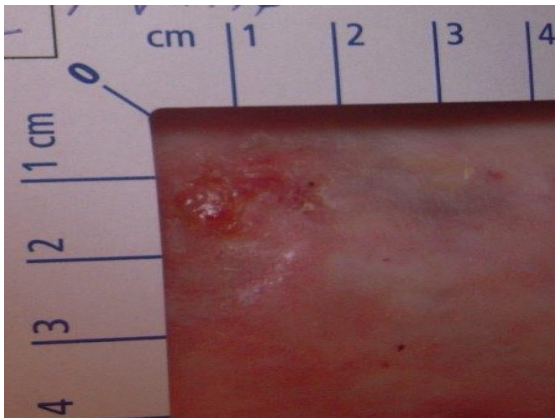


Obr. f3

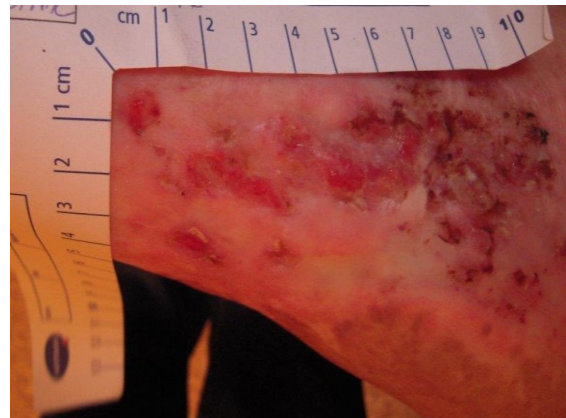


Fotodokumentace ke kazuistice č. 3 – únor 2018, zdroj: Macíčková, 2018, Obr. e4, f4

Obr. e4

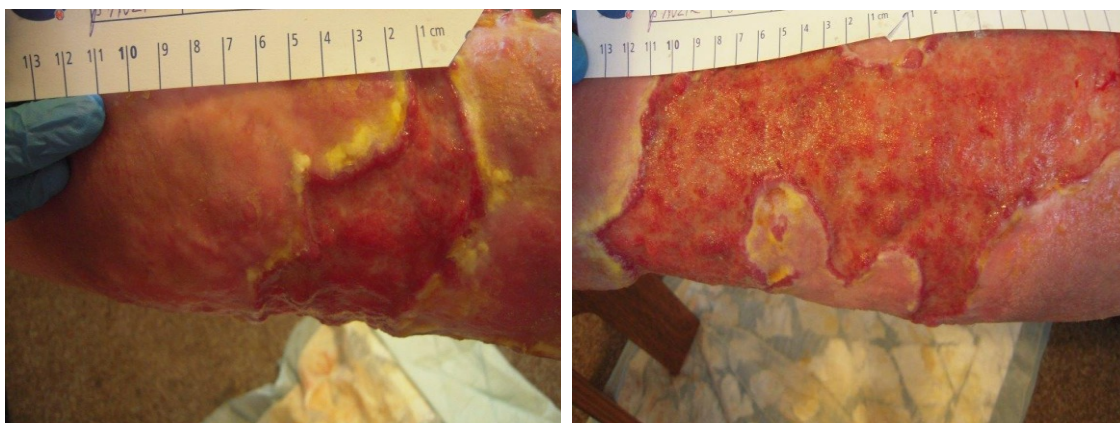


Obr. f4



PŘÍLOHA P VIII: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 4

Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – červenec 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. h1



Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – červenec 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. i1



Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – říjen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. h2

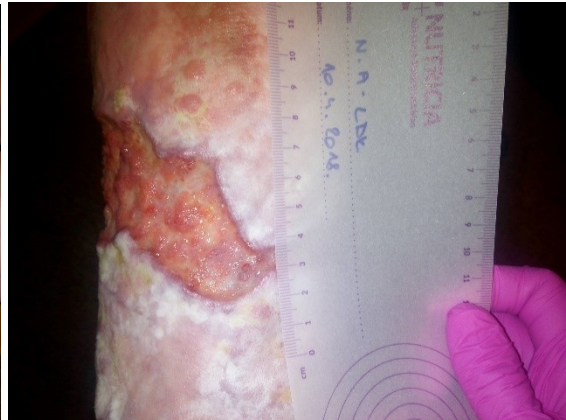


Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – říjen 2017, zdroj: Macíčková, 2017, Obr. i2



Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – leden 2018, zdroj: Macíčková, 2018, Obr. h3





Fotodokumentace ke kazuistice č. 4 – leden 2018, zdroj: Macíčková, 2018, Obr. i3

