

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života jedince s chronickou ránou

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Součková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Pokorná

Jihlava 2018

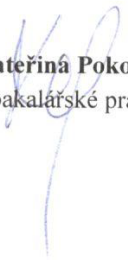


Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kateřina Součková, DiS.
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života jedince s chronickou ránou
Cíl práce:	Zjistit kvalitu života jedince s chronickou ránou.


Mgr. Kateřina Pokorná
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice kvality života jedince s chronickou ránou. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Cílem textu je především zjistit, zda je u pacientů s chronickou ránou ovlivněna kvalita života. Dílčím cílem textu je zjistit, v jakých aspektech došlo ke změnám a zjistit jaké hlavní faktory způsobily změnu kvality života s chronickou ránou.

Klíčová slova

Chronická rána, kvalita života, onemocnění, pacient.

Abstract

The bachelor thesis deals with quality of life of a person with a chronic wound. The thesis is divided into the theoretical and research part. The aim of the work is to determine whether the quality of life is affected in patients with chronic wounds. The partial objective is to find out in what aspects changes have occurred and to see what the main factors have caused a change in quality of life with a chronic wound.

Key words

Chronic wound, Illness, Patient, Quality of life.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě, dne 10. 10. 2018

.....
Podpis

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Kateřině Pokorné za odborný přístup, cenné rady, ochotu a trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Obsah

Obsah	8
Úvod	7
1 Současný stav problematiky	8
1.1 Kvalita života a její vymezení	8
1.1.1 Roviny kvality života.....	9
1.1.2 Možnosti zjišťování, hodnocení a měření kvality života	10
1.2 Chronické rány	11
1.2.1 Etiologie chronických ran.....	11
1.2.2 Proces hojení ran	12
1.2.2.1 Aspekty vlivu na proces hojení	13
1.2.3 Typy chronických ran.....	14
1.3 Bércové vředy.....	16
1.3.1 Definice a popis bérkových vředů	16
1.3.2 Etiologie bérkových vředů	17
1.3.3 Terapie bérkových vředů	19
1.4 Komplexně pojaté hodnocení pacienta s chronickou ránou	20
1.4.1 Dokumentace a popis nehojící se rány	21
2 Výzkumná část	23
2.1 Cíle práce.....	23
2.2 Výzkumné otázky	23
2.3 Metodika výzkumu	23
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24
2.5 Průběh výzkumu	24
2.6 Zpracování získaných dat	25
2.7 Výsledky výzkumného šetření	25
2.8 Návazná diskuze na výsledky zjištění	41
2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi	44
Závěr.....	46
Seznam použité literatury	48
Seznam grafů	51
Seznam zkratk	52
Seznam příloh	53

Úvod

Tématem bakalářské práce je „Kvalita života jedince s chronickou ránou“. Uvedené téma bylo zvoleno zcela záměrně. Kvalita života se stala fenoménem, kterému je věnována stále vyšší pozornost. Kvalita života je zmiňována především v úzké souvislosti s dlouhodobě probíhajícím onemocněním, kterým jsou bezesporu také chronické rány.

Za ránu, která je popisována jako chronická je označována taková rána, která se přes adekvátní léčbu nehojí, a její doba hojení již přesáhla časový limit, který je šest až devět týdnů (Benešová, 2013). Hlavní etiologií vzniku chronické rány, je přeměna akutní rány v chronickou, a to za působení mechanismu infekčního agens, vlivu dalších přidružených onemocnění (např. diabetes mellitus) nebo mikrotraumatizace kůže s následkem nekrotického poškození (Pejznochová, 2010).

Je prokázáno, že rána chronického charakteru velmi negativně ovlivňuje a transformuje kvalitu života pacienta, neboť s sebou přináší celou řadu dalších problémů a těžkostí, jako je prodloužení doby hojení a celkové léčby, ale také problémy, které vycházejí přímo z přítomnosti chronické rány: bolestivost, zápach, nutnost adekvátního ošetřování rány, problémy v oblasti sociální interakce aj.

Bakalářská práce je rozčleněna na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části práce, v rámci jednotlivých podkapitol, je věnována pozornost kvalitě života a jejím specifickým (dimenze a roviny kvality života, možnosti zjišťování a hodnocení či měření kvality života aj.). V následující podkapitole je uveden popis a charakteristika chronických ran, kdy následně je detailněji zmíněna problematika bércových vředů. Teoretická část práce je zpracována za využití odborných zdrojů, jejichž kompletní seznam je uveden v kapitole, Seznam použitých zdrojů.

Praktická část práce popisuje zrealizované výzkumné šetření, jehož hlavním záměrem bylo zjistit, zda u nemocných s chronickou ránou je ovlivněna jejich kvalita života. Dále ozřejmit, jestliže došlo k ovlivnění kvality života u pacientů s chronickou ránou, tak v jakých aspektech jejich života. K výzkumu byla využita kvantitativní výzkumná strategie, dotazníkové šetření u pacientů na interním oddělení nemocnice Havlíčkův Brod.

1 Současný stav problematiky

V rámci této hlavní kapitoly bude pozornost věnována popisu a vymezení základních východisek práce, konkrétně zde bude zmíněna problematika a téma kvality života, téma chronických ran a jejich dopadů na jedince, se zaměřením se na bérkové vředy.

1.1 Kvalita života a její vymezení

Jednoznačná definice a vymezení kvality života zatím nebylo vytvořeno. Důvodem je to, že každý z nás chápe kvalitu života odlišně, neboť kvalita života je velmi subjektivní oblastí, která je tvořena hodnocením rozličných faktorů a aspektů, na které se každý z nás „dívá“ jinak (Matlasová, 2010). V současnosti je známo mnoho definic kvality života. To, co dané definice propojuje je skutečnost, že jsou v kvalitě života obsaženy údaje o tělesném, duševním a také sociálním zdraví jedince. Týká se nejen pocitů fyzického zdraví, tedy případné nepřítomnosti příznaků chorobných stavů či důsledků léčby a terapeutických zásahů. Na kvalitu života nahlížíme jako na vícerozměrnou veličinu, která je zájmem mnoha odborníků z rozmanitých profesních oblastí (Gurková, 2011).

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, což představuje naplnění základních fyziologických potřeb konkrétního jedince (Hudáková, Majerníková, 2013). Plháková uvádí, že: „Maslow výrazně přispěl k velmi volnému prožívání pojmu potřeba v soudobé psychologii. Maslow ve své teorii potřeb neřeší psychofyzický problém, tedy problém vztahu mysli a těla“ (Plháková, 2007, s. 368-369). Maslow rozdělil potřeby, dle jejich důležitosti, do pěti základních skupin: fyziologické potřeby (např. hlad, žízeň), potřeba bezpečí (jistota, stabilita, potřeba spolehlivosti), potřeba lásky a náklonnosti (potřeba někam patřit, potřeba být součástí určité sociální skupiny a zastávat určitou sociální roli), potřeba uznání (představuje potřebu úspěšného vlastního výkonu, uznání a sociální prestiže) a pátou skupinou je potřeba seberealizace (potřeba vlastního sebenaplnění, tendence k uskutečnění svých geneticky daných predispozic) (Plháková, 2007).

Problematika kvality života a nárůst jejího významu se prezentoval zhruba od poloviny 20. století, kdy začala být kvalita života hodnocena především u jedinců se závažným, často chronickým a nevyléčitelným onemocněním nebo u seniorské populace (Dvořáčková, 2012). Bylo zjištěno, že právě hodnocení kvality života, ukazuje subjektivní pojetí nemocného člověka se svým aktuálním životem, ukazuje to, co nemocného jedince opravdu uspokojuje a „dělá mu dobře“, nikoli tedy to, co si myslíme, že by pro něho mohlo být „dobré a prospěšné“ (Csisko, 2013). Důvodem je to, že každý z nás, pro vlastní spokojenost potřebuje něco jiného. Zjišťování a následné hodnocení kvality života u nemocných osob a u seniorů, se stává za současného užití adekvátní léčebné terapie a dalších intervencí, důležitou součástí komplexní léčebné strategie, neboť se zde uplatňuje, kromě oblasti tělesné, i oblast psychická, sociálně-psychologická, sociální či spirituální (Gurková, 2011).

1.1.1 Roviny kvality života

V případě, že hovoříme o kvalitě života, tak poté máme na mysli život individua, s přihlédnutím k dílčím životním oblastem daného jedince. Dle Heřmanové jde v oblasti **makro rovin** o otázky, které se dotýkají kvality života společenských celků, jako jsou např. státy nebo kontinenty. V této oblasti se kvalita života stává důležitou součástí jak společenských, tak i politických úvah (Heřmanová, 2012).

Gurková z hlediska **mezo rovin** uvádí, že problematika kvality života se zaměřuje na vybrané sociální skupiny (např. školní třída, nemocniční oddělení aj.). Současně se jedná i o otázky sociálního klimatu a vzájemných sociálních vztahů, které se realizují v určité společenské skupině (např. tým zdravotnických pracovníků), otázky týkající se uspokojování či naopak neuspokojování základních lidských potřeb (Maslowova hierarchie potřeb) (Gurková, 2011).

Mareš uvádí, že **osobní rovina** čili tzv. **personální rovina** je definována nejjednoznačněji a nejpřesněji. Osobní rovinu představuje život jednotlivce, individua, ať je jím lékař nebo nemocný jedinec. Týká se tedy každého z nás a dominuje v ní výrazná osobní subjektivita (Mareš a kolektiv, 2008). Při definování a hodnocení kvality života se jedná o osobní subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu a spokojeností s vlastní úrovní života. Do osobní roviny vstupují osobnostní faktory a aspekty, jako jsou hodnoty, postoje, motivace, představy, tužby, očekávání a další

(Matlasová, 2010). S osobní rovinou kvality života úzce souvisí pojem nazývaný well-being, je oblast osobní pohody, která je často spojována právě se subjektivním vnímáním kvality života. Je možno říci, že osobní pohoda, well-being, je právě tím hodnocením kvality života, kdy je hodnocena komplexně, na podkladě všech jejích atributů. V rámci osobní pohody je reflektována subjektivní i objektivní spokojenost jedince se svým osobním životem. Zdraví nepředstavuje tedy pouhou absenci negativních pocitů, stesků, symptomů onemocnění, příznaků deprese a stresu nebo diskomfortu (Gurková, 2011).

Dimenze objektivní kvality života se zaměřuje na materiální zabezpečení jedince, na jeho sociální podmínky a možnosti, na jeho sociální status a také na úroveň jeho tělesného zdraví. Objektivní dimenzi kvality života lze definovat jako komplex ekonomických, společenských, zdravotních nebo enviromentálních podmínek a faktorů, které velmi výrazně ovlivňují a transformují život individua. **Subjektivní dimenze kvality života** představuje osobní výpověď a pojetí vlastního života a spokojenosti s ním, vzhledem k působení, výše uvedených, objektivních faktorů kvality života. Mimo jiné se také hodnotí, jak sám sebe jedinec vnímá, jak hodnotí vlastní postavení ve společnosti, v kulturním kontextu, jaký je jeho hodnotový a postojevový systém, který je dán osobními cíly, očekáváními a tužbami (Mareš a kolektiv, 2008).

1.1.2 Možnosti zjišťování, hodnocení a měření kvality života

Metody a techniky ke zjišťování kvality života obecné a specifické. **Obecné metody** pro měření kvality života jsou tzv. multidimenzionální, to znamená, že vstupují do více oblastí osobnosti jedince současně. Jejich výhodou je, že mohou být využity u jakéhokoli jedince bez výjimky. Uvedené metody se používají při zjišťování obecného stavu kvality života u daného jedince. Nejčastěji jsou zpracovávány a osobám předkládány ve formě dotazníkového šetření. Jejich nevýhodou je nízká senzitivita v některých oblastech, které zjišťují. Jsou používány jako jakýsi screening (Heřmanová, 2012).

Specifické metody zjišťování kvality života se zaměřují již na vybrané dílčí aspekty a faktory, které jsou specifické pro určitou oblast měření (Gurková, 2011). Například se jedná o přítomnost určité choroby u jedince, přítomnost konkrétního

postižení a určité míry intenzity postižení, určitá věková vymezenost populace, diferenciacie populace podle pohlaví aj. Velmi výraznou výhodou specifických metod měření kvality života je jejich úzká specializace na to, co je cílem měření a hodnocení, a tedy i na přesnější a senzitivnější měření, nežli je tomu u obecných metod užívaných k měření kvality života (Heřmanová, 2012).

1.2 Chronické rány

Ránu je možné charakterizovat jako stav, kdy dochází k narušení integrity, tj. celistvosti tělesného krytu, tedy kůže. Mnohé akutně vznikající rány mají podklad v důsledku působení určité vnější síly na kůži. Podle příčiny lze rány diferencovat na (Benešová, 2013):

- Traumatického charakteru.
- Termického charakteru.
- Chemického charakteru.
- A rány radiační etiologie (Benešová, 2013).

Chronická rána je zprvu akutně vzniklá rána, která se, ale i přes adekvátní terapii nehojí, tedy nevykazuje známky hojivého procesu, a to po dobu šesti až devíti týdnů. Jestliže k procesu hojení rány, a to za příznivých podmínek stále nedochází, tak v tomto případě lze předpokládat a predikovat, že je narušen fyziologický proces hojení a obnovy kůže (Stryja a kolektiv, 2011).

1.2.1 Etiologie chronických ran

Hlavní příčinou pro vznik chronické rány je přestup, původně akutně vzniklé rány, do rány chronického charakteru. Dominující příčinou, v mnoha případech je zanesení infekce do rány, ale také vliv dalších přidružených chorob (např. diabetes mellitus, ischemická choroba dolních končetin apod.), ale také vliv mikrotraumatizace kůže nebo progredující stav nekrózy kůže (Stryja a kolektiv, 2011).

Chronické rány velmi zásadním a negativním způsobem ovlivňují a determinují kvalitu života nemocného pacienta (problém bolestivosti, zápachu, nutnosti opakovaného převazování rány apod.) (Pokorná, Mrázová, 2012). Do skupiny chronických ran lze

zařadit bércové žilní vředy, arteriální kožní vředy, dekubity a neuropatické kožní vředy, jako důsledek onemocnění diabetes mellitus. Dále to mohou být druhotně se hojící pooperační a posttraumatické rány, popáleniny III. stupně (Stryja a kolektiv, 2011).

1.2.2 Proces hojení ran

Hojení ran je poměrně složitým procesem, neboť při něm dochází k obnově a také k zacelování narušené celistvosti kůže a tkáně. V počáteční fázi hojení je tkáň nejdříve nahrazena jakousi prozatímní, tj. vazivovou tkání, která se následně přeměňuje v jizvu (Benešová, 2013). Pokorná a Mrázová k problematice hojení uvádějí, že: „*v průběhu hojení probíhá složitý biologický proces zahrnující interakci různých typů buněk stimulovaných zánětlivými mediátory, růstovými faktory, enzymy, cytokiny a dalšími látkami*“ (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 18). V rámci procesu hojení dochází ke zcela přirozenému pohybu a také dělení tkáňových buněk. V případě fyziologických podmínek, proces hojení ve všech svých fázích, trvá několik málo dní. Samozřejmě, ale záleží na velikosti rány a na její etiologii (Pejznochová, 2010).

Jednotlivé fáze procesu hojení ran, jsou za fyziologických podmínek, tři. Jedná se o fázi exsudativní, granulační a epitelizační. První fází je **fáze zánětlivá neboli exsudativní**, jejímž záměrem je z rány odstranit a eliminovat, pro organismus, veškeré patologické a nežádoucí části. Zánětlivý proces se, v této fázi, rozvíjí tak, že buňky schopné fagocytózy, začnou migrovat a rozpoznávají cizorodé látky, organismu neznámé, které pohlcují (fagocytují). V této fázi může být významnou překážkou či problémem hojení, že se v ráně nachází nekrotická tkáň, která neumožňuje rozvoj exsudativní fáze, tudíž je nutné nekrotickou tkáň z rány odstranit prostřednictvím chirurgického zákroku (např. u popálenin). Nekrotická tkáň se projevuje přítomností tzv. hemopurulentní exudátu (výpotku), výrazným zápachem z rány, zatvrdnutím tkáně a také necitlivostí. Typicky se zde prezentují celkové symptomy infekce (tj. zvýšená tělesná teplota, leukocytóza) (Pokorná, Mrázová, 2012).

Po fázi exsudativní následuje **fáze granulační** čili proliferační, kdy dochází k tomu, že se rána postupně vyplňuje nově vzniklou tkání, která je granulačního charakteru, a také dochází k tvorbě nových kapilár a kapilárek v této granulační tkáni (Pospíšilová, Švestková, 2012). Aby mohla fáze granulační probíhat co nejefektivněji,

tak je potřeba, aby v ráně byla optimální a dostatečná teplota, a především také vlhkost (Pokorná, Mrázová, 2012).

Konečnou fází celého procesu hojení je **epitelizační fáze**. V rámci epitelizační fáze procesu hojení, dochází k situaci, že se buňky postupně posouvají po vlhké spodině rány. Z tohoto důvodu je započata epitelizace od okrajů rány nebo od tzv. epitelizačních ostrůvků. Opět je tedy zásadní, aby, pro proces hojení, zůstala spodina rány dostatečně a optimálně vlhká a kluzká (Pospíšilová, Švestková, 2012). Současně je zapotřebí, aby v ráně byla dostatečná intenzita saturace kyslíkem, což má efektivní a kvalitní vliv na granulační tkáň. Důležité je si uvědomit, že nově vytvořenou granulační tkáň je velmi snadné poranit, neboť pevnost získává asi až po dvou letech od zahojení. Na tuto skutečnost je důležité upozornit pacienty, protože oni si toto mnohdy vůbec neuvědomují (Pokorná, Mrázová, 2012).

V případech tedy, že proces hojení není realizován, v rámci výše uvedených fyziologických fází hojení, a přesahuje dobu hojení 6 až 9 týdnů, tak se jedná již o chronickou ránu, která se hojí dlouho a již nikdy nemusí zcela dojít k úplnému zacelení a zhojení rány (Benešová, 2013).

1.2.2.1 Aspekty vlivu na proces hojení

Proces hojení rány nejen, že vyžaduje poměrně vysokou schopnost tkáňové, ale také buněčné regenerace, ale i regenerační schopnosti celého organismu. Proces hojení proto může být ovlivněn a determinován, velmi negativně, jak lokálními, tak i systémovými faktory a aspekty, které ztěžují hojení a regeneraci (Pejznochová, 2010).

Systémové faktory a aspekty v procesu hojení jsou ty, které vycházejí z celkového, a především aktuálního stavu organismu. Za zásadní faktory, které mohou ztěžovat hojení, patří také přidružená onemocnění. Příkladem přidružených onemocnění je diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, onkologické choroby, onemocnění pohybového systému, vysoký krevní tlak, onemocnění respiračního systému (Nováková, 2011). Za další faktory, které mohou mít negativní dopad na proces hojení lze považovat aspekty organismu, ke kterým patří vyšší věk, aktuální stav výživy (malnutrice a kachexie versus obezita), užívání některých farmak (imunosupresiva, antikoagulantia

a cytostatika). Negativní dopad na hojení má také snížená obranyschopnost organismu, centrálně vzniklá hypoxie, nedostatečný spánek, a to jak v rovině kvalitativní, tak i kvantitativní, špatný psychický a kognitivní stav, systémově se prezentující infekce nebo abusus návykovými látkami. Veškeré tyto faktory a aspekty je nutné zohledňovat při hojení ran, a popřípadě se, některým z nich snažit předcházet, jestliže je to možné (např. psychický stav pacienta, riziko systémové infekce aj.) (Pokorná, Mrázová, 2011).

Místní, tj. lokální faktory určují vlastní průběh hojení rány, a patří mezi ně hloubka rány a také intenzita poškození podkožní tkáně, ale také velikost rány. Velké rány se hojí hůře a pomaleji nežli rány malé. Důležitým hlediskem je i charakter spodiny rány, případná přítomnost nekrotických fenoménů, sraženin krve, ale také povlaků nebo přítomnost sekrece z rány. Zásadním hlediskem je i lokalizace rány, neboť podstatně hůře se hojí rány, které se nacházejí blízko kloubů, nebo také v lokalitách, kde je poměrně malé množství tukové tkáně, či, kde je tkáň nadměrně zatěžována nutností mobility (Pospíšilová, Švestková, 2012).

Výrazně pomalu a obtížně se hojí veškeré chronické rány, které vykazují macerovanou tkáň v okolí rány, a to od sekretu, který z rány vytéká, ale také macerace potem nebo močí. Rána může být drážděna i v důsledku přítomnosti cizího tělesa, které bývá dominujícím zdrojem infekce a následného hnisání. Také obtížně se hojí rány, které mají výrazně vystouplé, neostré a tzv. podminované okraje (Stryja a kolektiv, 2011).

Důležitým faktorem procesu hojení je také vliv jak velmi nízké, tak ale vysoké tělesné teploty. Důležité je uvést, že významný vliv na včasné hojení rány má také charakter, kvalita a způsob ošetřování rány a také znalost problematiky hojení ran (Nováková, 2011).

1.2.3 Typy chronických ran

Mezi nejčastěji se prezentující chronické rány lze zařadit proleženinu (dekubitus), bércový vřed a tzv. diabetickou nohu aj. (Pejznochová, 2010).

Pokorná a Mrázová uvádějí k tématu **dekubitů**, že „*dekubitus je jakékoli poškození kůže nebo tkáně, způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze) včetně postižení svalů, šlach a kostí*“ (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 113). Dekubity jsou poměrně

závažným, ale četným jevem, který se prezentuje především u nemocných ve vyšším věku, u nichž je zhoršena mobilita nebo, jsou zcela imobilní, a tudíž jsou upoutáni na lůžku. Dekubity jako typ chronické rány vykazují výrazně zpomalenou tendenci a incidenci k procesu hojení. Z tohoto důvodu jsou dekubity a vše, co s nimi souvisí, pro pacienta výrazně nepříjemné, omezující a především bolestivé (Stryja a kolektiv, 2011).

Přesto, že proleženiny mohou vzniknout kdekoliv na těle, tak existují vysoce predisponovaná místa, která se nacházejí často v oblasti vyvýšenin kostí (např. lopatka, hrbol kyčelní kosti aj.), kloubů nebo také tam, kde se nachází výrazně slabá vrstva podkožního tuku (např. týlní oblast, lokty, v okolí žeber a obratlů aj.) (Mikula, Millerová, 2008).

Z důvodu faktu, že dekubity vykazují poměrně závažný dopad na kvalitu života nemocné osoby, a to i z hlediska finanční náročnosti terapie, tak je snaha, v praxi aplikovat preventivní opatření a strategie, kterým lze předcházet vzniku a následnému rozvoji dekubitů. K možnosti okamžité, a především poměrně jednoduché identifikaci pacientů, kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů, se využívají hodnotící škály. V České republice je asi nejvíce používaná stupnice hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové (Nováková, 2011).

Dalším druhem chronické rány je tzv. **syndrom diabetické nohy**, což je chronická komplikace choroby, kterou je diabetes mellitus. Syndrom diabetické nohy je zapříčiněn následkem neuropatických vlivů, které jsou jak mikrovaskulárních, tak i makrovaskulárních změn, které se výhradně prezentují na dolních končetinách. Tento stav vzniká jako následek hyperglykémie, což je vysoká hladina cukru v krvi (Ramon, Gelabert, 2009).

V důsledku syndromu diabetické nohy vznikají a prezentují se v oblasti dolních končetin rozmanité změny, jako jsou deformity a rozvoj tzv. kladívkových prstů, vbočenost palců, zhroucení nožní klenby, osteomyelitida nebo až infekční postižení kůže. Časté je také přítomnost kožních vředů, ulcerací, nekróz a destrukcí na tkáni nohou. Diabetické komplikace bývají bohužel poměrně častou příčinou pro nutnost provedení amputace (Pejznochová, 2010).

Ischemický vřed vzniká jako následek postižení v oblasti tepenného řečiště, kdy se zúžené tepny na dolních končetinách nedostatečně prokrvují. Projevem tohoto symptomu je fakt, že je končetina chladná či studená, bledá, a na dolní končetině je

obtížné nebo nemožné najít pulsaci. Kožní defekt je nejčastěji lokalizován v periferní oblasti dolní končetiny (Vojtášková, Paluzgová, 2010).

Tzv. **neuroischemický ulcer** je zapříčiněn například tím, že postižená osoba trpí diabetem, nebo je na dolní končetině přítomna porucha prokrvení. Osoby, u kterých se prezentuje diabetes mellitus, také bývají mnohem četněji, ohroženi rozvojem infekcí. Toto vše jsou faktory a aspekty, které je nutné zohledňovat při terapii hojení ran. Ischemický i neuroischemický ulcer jsou podkladem pro vznik a rozvoj tzv. diabetické nohy (Diamantová, 2006).

Nutné je, aby terapie diabetické nohy vždy probíhala výhradně komplexně, kdy je nutné se zaměřit na kompenzaci diabetu mellitu a dalších, aktuálně i chronicky, přítomných chorob (Svačina, Millerová, Bretšnajdrová, 2013). Vhodným doporučením je, aby pacient na dolní končetinu, kde je přítomen ulcer užíval například odlehčené diabetické boty, vložky do bot nebo i ortézy, nebo využíval berle. Z hlediska terapie je také efektivní dlouhodobě zaměřená antibiotická léčba, snaha o revaskularizaci ischemicky změněných krevních cév a celkovou podporu mikrocirkulace na dolní končetině (například podávání vazodilatační infúzní terapie a léků na rozšíření cév) (Pokorná, Mrázová, 2012). Současně je žádoucí, aby byl nemocný kvalitně, a především dostatečně edukován o negativním až škodlivém vlivu některých toxických látek na terapii, jako je například vliv alkoholu, vliv nikotinu, vysoké množství přijímaných tuků v potravě apod. (Arbeloa, Zamora-Elson, Habarta-Monzon, Mallor-Bonet, 2013).

1.3 Bércové vředy

Bércový vřed neboli ulcerus cruris je možné popsat jako ztrátu nebo defekt kožní tkáně, jenž zasahuje rozmanitě hluboko do podkoží. Jedná se o poměrně časté chronické onemocnění, které má charakter opakovaných recidiv, kdy hojení bércového vředu bývá náročné, svízelné a poměrně dlouhodobé. Z uvedeného je tedy zřejmé, že léčba bércových vředů je poměrně finančně náročná (Pejznochová, 2010).

1.3.1 Definice a popis bércových vředů

Bércovými vředy jsou postiženy především osoby vyššího věku, častěji bývají zasaženi muži oproti ženám, ale ohroženy jsou i osoby, které vykonávají určité profese,

a to ty, které vyžadují dlouhodobou, delší statickou zátěž, která je iniciována na dolní končetiny (například prodavačky) (Pokorná, Mrázová, 2012).

Bércový vřed vůbec nejčastěji vzniká v lokalitě dolní části dolní končetiny, a to přímo v oblasti vnitřního kotníku, ale může se prezentovat kdekoliv v lokalitě bérce. Bércový vřed se zprvu prezentuje jako malý či výrazně nepatrný kožní defekt, který se nehojí a vykazuje tendenci progradovat a zvětšovat se. Hojení je velmi problematické a svízelné. Následně se v okolí primárního defektu, mohou objevit další menší ložiska, malé defekty, které se poté spojují a vytvářejí plošně rozsáhlý kožní defekt. Typické je, že u bércového vředu, bývají jeho okraje tzv. navalité. Spodina rány bércového vředu je povleklá hněsem, tj. má barvu žlutavou až bělavou. V případě, že dojde k zasažení tepenného řečiště, tak se může objevovat i nekróza. U bércového vředu hrozí výrazné riziko infekce, i když bolestivost, a to především v počátečních stádiích, nebývá výrazná (Nováková, 2011).

Bércový vřed tedy zcela jednoznačně představuje ránu, která je chronického charakteru, neboť doba jejího hojení přesahuje šest týdnů (Pokorná, Mrázová, 2012). Bércové vředy vykazují poměrně vzestupnou prevalenci i incidenci, kdy výskyt kožních ulců, které jsou výhradně žilní etiologie, se pohybuje kolem 0,15 až 2 % v celkovém počtu osob s bércovými vředy. Asi až u 12-14 % osob, kde se objevuje chronická žilní insuficience, se prezentuje bércový vřed (Herman, Musil a kolektiv, 2011).

1.3.2 Etiologie bércových vředů

Etiologie vzniku bércového vředu může být poměrně rozmanitá, kdy až 58 % či dokonce 85 % ze všech případů, vykazuje důvody žilního charakteru, a kolem 10 % bývá etiologií arteriálního charakteru. Zbylá procenta mohou vykazovat kombinovanou etiologii vzniku bércových vředů či se může jednat o jinou, méně obvyklou etiologii (Pospíšilová, Švestková, 2012).

Možné je uvést, že onemocnění je vyjma lokálních a systémových aspektů, značně determinován i celkovým a funkčním stavem cév a cévního systému na dolních končetinách. Známe je, že bércový vřed zasahuje především osoby vyššího věku, u kterých se prezentuje polymorbidita, a to v smyslu chronických chorob (např. diabetes mellitus, polyneuropatie aj.) (Herman, Musil a kolektiv, 2011).

Za rizikové faktory pro vznik bérceových vředů jsou považovány jednak genetická predispozice, ale i v minulosti prodělaný zánět v oblasti hlubokého venózního systému, nadváha až obezita, projevy trombózy, snížená mobilita až imobilita, aktuálně realizovaná hormonální terapie a vyšší počet gravidit u žen. Za vůbec nejčteněji se prezentující příčinu, pro vznik bérceového vředu, je považována chronická žilní nedostatečnost, která může nastat jako následek tzv. posttrombotického syndromu (Nováková, 2011).

Za základní příčiny rozvoje ulcus cruris jsou tedy považovány jak vnitřní, tj. genetické, tak i zevní faktory a vlivy. V rovině **vnějších vlivů** se jedná především o chemické a fyzikální faktory, ale také dopad například infekčních chorob, které mohou vést k systémové poruše v oblasti cévního systému (žilného i tepenného) a rychlosti proudění krve v cévách. K **fyzikálním faktorům** je přiřazováno především poranění kůže a podkoží na bérce nebo také poúrazově vzniklé bérceové vředy, které navazují na předchozí trauma v místě bérce dolní končetiny (např. fraktury dolní části bérce aj.) (Pejznochová, 2010). Do roviny **chemických faktorů** je možné zařadit mnohé látky, které působí na kůži. Jedná se o masti, pasty, kyseliny, ale i rostlinné extrakty nebo léky apod. Z hlediska **infekčních onemocnění**, zde jednoznačně dominuje tzv. růže neboli erysipel, recidivující mykózy a plísně, osteomyelitidy aj. (Nováková, 2011).

Vnitřní faktory mohou představovat především žilní etiologii, kdy bérceový vřed je způsoben narušením metabolismu kůže a podkoží, stavy opakované žilní nedostatečnosti nebo místa, kde jsou křečové žíly (Pokorná, Mrázová, 2012).

Chronická venózní insuficience je situací, kdy dochází k narušení mechanismů v oblasti žilního návratu krve k srdci. Tedy se jedná o poškození drobných chlopní v žilním systému, které brání zpětnému toku krve a jejímu městnání v žilním systému. Terminálním stádiem je situace, kdy dochází k výraznému hromadění krve v žilním systému na dolních končetinách, tudíž následně dochází ke zvyšování žilního tlaku a k rozvoji žilní hypertenze (Herman, Musil a kolektiv, 2011).

Z výše predestřeného je jednoznačné, že důvody pro vznik a rozvoj kožních vředů, mohou být poměrně rozmanité, a často se kombinují. Například je možné zmínit kožní ulcerace, kde je příčina vzniku smíšeného charakteru, tj. tepenná a žilní etiologie, nebo stavy, kde se jedná o kombinovaný arteriosklerotický a neuropatický charakter, což se často uplatňuje u osob s diabetem neolitem (Pejznochová, 2010).

1.3.3 Terapie bérkových vředů

Terapie bérkových vředů by měla být vždy komplexní. Vyjma kauzální terapie je důležitá realizace kompresní léčby, kdy její účinek velmi příznivě zasahuje, do celého procesu léčby. Zevní typ komprese vede ke zvýšení krevního průtoku v žilách, a to směrem k srdci, proto krev v oblasti dolních končetin již nestagnuje a nehromadí se zde. Současně také dochází ke zmírnění nebo dokonce eliminaci otoku, který je způsoben přestupem tekutiny ze stagnující krve. Také je výrazně podpořena mikrocirkulace ve tkáni, což urychluje a podporuje hojení bérkového vředu (Stryja a kolektiv, 2011).

Důležité je také minimalizovat a co nejvíce eliminovat veškeré rizikové faktory, které by mohly vést k poruše prokrvení končetin, jako je například kouření, obezita, nadměrná statická zátěž aj. Zásadním hlediskem, v léčbě bérkových vředů, je tzv. management bolesti, neboť v důsledku pacientem pociťované bolesti, zcela fyziologicky dochází k smrštění, tj. vazokonstrikci cév a zúžení jejich průsvitu, což negativně ovlivňuje celkový proces hojení (Pokorná, Mrázová, 2012).

Kožní defekty na bérce jsou primárně léčeny spíše konzervativními strategiemi léčby (**lokální terapie**), nežli chirurgickými postupy. Mezi klasické léčebné prostředky patří snaha o vyčištění spodiny rány, což urychluje proces granulace, epitelizace a tvorby nové tkáně. K uvedenému je možné používat celou řadu mastí, past, tinktur nebo obkladů (Nováková, 2011). Nevýhodami je fakt, že tyto metody mohou zastavit léčbu, neboť rána je jejich prostřednictvím příliš vysušena a také opakované převazy, výrazně zvyšují riziko rozvoje infekce. Dnes dominuje při ošetřování ran princip, který je založen na strategii tzv. vlhkého hojení. Důležitou podmínkou je, ale odstranění nekrotické tkáně, vyčištění spodiny rány a nutnost udržování stabilní teploty v ráně. Tato moderní metoda léčby ovšem také vyžaduje vhodný a efektivní výběr obvazového materiálu, který iniciuje proces hojení (Stryja, 2008).

Moderní prostředky k vlhkému hojení je možné rozdělit pro příklad na gelové prostředky, na hydrogelová krytí, na mokrá krytí, na hydropolymerové krytí, na hydrokoloidní krytí, na hydroaktivní krytí, na absorpční krytí, kde se nachází aktivní uhlí aj. (Pospíšilová, Švestková, 2012).

Při lokální terapii je důležité se zaměřit i na celkovou, tj. **systémovou léčbu**, která je výhradně zaměřena na příčinu vzniku vředů, ale také na přidružená onemocnění

a jejich kompenzaci (např. diabetes mellitus) (Nováková, 2011). Při systémově orientované terapii je důležité podávat tzv. venofarmaka, což jsou léky, které efektivně ovlivňují cévní stěnu a mikrocirkulaci v cévním řečišti. Současně venofarmaka disponují protizánětlivým účinkem a také snižují propustnost cévních stěn a zlepšují odtok mízy. Mezi venofarmaka lze zařadit například Cilkanol, Ascorutin, Anavenol nebo Cyklo 3 Forte aj. (Benešová, 2013).

Dále je možné indikovat i farmaka, která mají vliv na vazodilataci cévní stěny, jako jsou Agapurin, Pento merretard nebo Pentoxifyllin AL Retard a mnoho dalších. Z hlediska léčby přidružených onemocnění se jedná především o kompenzaci vysokého krevního tlaku, diabetu, ischemické choroby srdeční, onemocnění ledvinného systému, aj. (Stryja a kolektiv, 2011).

1.4 Komplexně pojaté hodnocení pacienta s chronickou ránou

Přítomnost chronické rány u nemocného může velmi zásadním způsobem ovlivňovat a determinovat pacientovu kvalitu života. Hlavním problémem bývá především bolestivost a s ní spojený diskonfort jako je například nespavost, nervozita, hnisavý výtok z rány a těžkosti pojíci se s nutností opakovaného převazování chronické rány (Diamantová, 2006). Poměrně vyhraněným negativem chronických ran je omezení nebo dokonce až ztráta sociálního kontaktu, a tedy následné riziko rozvoje sociální izolace. Velmi často se stává, že z důvodu zápachu z rány nebo exsudátu, se nemocní záměrně vyhýbají kontaktu a společnosti druhých lidí (Herman, Musil a kolektiv, 2011).

Pro možnost kvalitní a efektivní úspěšnosti terapie chronických ran není žádoucí se spoléhat výhradně na lokální specifickou terapii kožního defektu, kdy se jedná o užívání rozmanitých moderních i zastaralejších krytí (Stryja a kolektiv, 2011).

Nemocnou osobu je vždy nutné vnímat jako striktně holistickou bytost, u které je žádoucí hodnotit a analyzovat veškeré faktory, které by mohly mít vliv a dopad na probíhající proces hojení kožního defektu. Mimo lokální symptomy kožního defektu je potřebné hodnotit celkový výživový stav pacienta, kdy je snaha detekovat symptomy malnutrice nebo kachexie, které mohou zhoršovat a ztěžovat proces terapie (Pokorná, Mrázová, 2011).

S kožní ránou se vždy pojí bolestivost, která může být rozmanitého charakteru a intenzity. K možnosti zjištění intenzity bolesti se nejvíce využívá tzv. vizuální

analogové škály k hodnocení bolesti (tj. VAS) (Pejznochová, 2010). Intenzita bolesti je zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace, a to spolu s podáním analgetik a uvedením pacienta do úlevové polohy, kdy se následně hodnotí, zda došlo ke snížení intenzity bolesti. U pacientů s chronickou ranou je bolest spojována především se situací převazu nehojící se rány, což je pro pacienta vysoce nepříjemným stavem a stresorem (Nováková, 2011). Právě v procesu hojení rány, má stres vysoce škodlivý dopad, neboť jeho působením dochází ke zvyšování krevního tlaku, k vyplavování stresových hormonů (kortizon, adrenalin), které mají dopad na rozvoj vazokonstrikce (tj. zúžení) cév, což způsobuje poruchy mikrocirkulace v ráně a celkově prodlužuje a proces hojení (Pokorná, Mrázová, 2011).

Při péči o nehojící se ránu je potřeba sledovat a hodnotit ránu. Pro ránu, která je chronického charakteru může být typické, že zde došlo k její kontaminaci a kolonizaci. Prvotní symptomy infikování rány je potřeba zavčas odhalit a zaznamenat do ošetrovatelských záznamů a zahájit terapii. Na riziko kontaminace může upozornit zápach z rány, sekrece z rány, ale také zarudnutí, otok v okolí rány a zvýšená bolestivost rány a zvýšená tělesná teplota u pacienta, leukocytóza apod. (Nováková, 2011).

Z výše uvedených skutečností bude následně věnována pozornost užití dokumentace při péči o nehojící se ránu.

1.4.1 Dokumentace a popis nehojící se rány

Pro možnost zajištění kontinuity péče a efektivnosti terapie o nehojící se ránu, je zásadní, aby byla nastavena zpětná kontrola ve správnosti postupu terapie chronické rány. Z tohoto důvodu je tedy zcela nezbytné vést dokumentaci ošetřování ran a převazů. Sestry disponují kompetencemi, aby mohly průběžně hodnotit a zaznamenávat průběh a také změny, které se prezentují, u pacienta s chronickou ranou, při procesu hojení. (Leonare, 2011). Pro možnost provedení dokumentace rány je vhodné vyžívat moderní technologie (fotoaparát aj.), kdy je možné objektivně zaznamenat stav a charakter rány, a to v určité fázi. Pokud ovšem možnost využití moderních technologií není, tak je vhodné ránu co nejdetailněji popsat, například i za využití nákresů (Stryja a kolektiv, 2011).

V případě, že hodnotíme ránu, tak je potřebné se řídit několika rozhodujícími parametry, kterými je velikost rány, hloubka rány, charakter a vzhled rány, lokalizace rány. Velikost rány se uvádí v centimetrech, kdy reálně dojde skutečně k přeměření rány

pravítkem. Hloubka rány může být změřena, a to za využití sterilních štětiček, které vložíme do rány a zjistíme tak její hloubku. Při hodnocení spodiny rány se popisuje a identifikuje především převažující barvu na spodině rány. Výtok z rány je hodnocen jednak dle charakteru sekrece a také dle množství sekrece z rány (počet nutných převazů za jeden den). Charakter sekrece je popisován jako hemoragický, což je s příměsí krve až vysoce krvavý, serózní (tj. řídký a čirý), séropurulentní, který je typicky s příměsí hnisu nebo dokonce tzv. purulentní, což je hnisavý sekret.

Okraje rány jsou popisovány jako neohraničené, ohraničené, edematózní, navalitě, tzv. podminované, atonické, ale také nekrotické, výrazně ztvrdlé. Také může být tkáň v okolí rány macerovaná, erymatózního charakteru, epitelizující a hypergranulovaná aj. (Pejznochová, 2010).

V dokumentaci je také nutné provádět záznam o počtu a způsobu převazu, které strategie léčby jsou využity, reakci nemocné osoby na terapii a schopnost pacienta zvládat převazy a další nutnou péči (Stryja a kolektiv, 2011).

2 Výzkumná část

V rámci následující kapitoly bude popsáno zrealizované výzkumné šetření, metodika výzkumu a technika sběru dat. Současně zde budou představeny cíle práce.

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem je zjistit, zda je u pacientů s chronickou ránou ovlivněna jejich kvalita života.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká oblast kvality života je u pacientů s chronickými ranami nejvíce zasažena?

Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje bolest kvalitu života u pacientů s chronickou ránou?

Výzkumná otázka č. 3: Má vliv chronická rána na osobní život jedince?

2.3 Metodika výzkumu

Metodikou výzkumného šetření je kvantitativní výzkumná strategie. Technikou sběru dat je dotazník (viz Příloha 1), který byl připraven a sestrojen autorem této bakalářské práce. Dotazník v celkovém počtu obsahuje 20 otázek, které jsou otevřeného, polootevřeného a uzavřeného charakteru. V první části dotazníku jsou situovány otázky identifikační, jejichž prostřednictvím byly zjišťovány informace ohledně pohlaví, věku pacientů apod. Ve druhé části dotazníku se již otázky zaměřují na kvalitu života, a to v souvislosti s chronickou ránou.

Technika dotazníkového šetření byla zvolena zcela záměrně, neboť jak například uvádí Walker, že dotazník zajišťuje respondentům naprostou anonymitu, kdy tedy mohou odpovídat na kladené otázky zcela otevřeně, bez obav ze svého prozrazení (Walker, 2013).

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílový soubor respondentů pro výzkumné šetření je složen z pacientů, kteří byli hospitalizováni na interním oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod. Dotazník byl rozdán a distribuován tedy na interní oddělení nemocnice Havlíčkův Brod, kde jsou tři standardní oddělení a jedno oddělení intenzivní péče. Spolupráce byla před zahájením výzkumu domluvena s hlavní sestrou Nemocnice Havlíčkův Brod a následně také se staničními sestrami, které pacientům s chronickou ránou rozdaly dotazník.

Celkem bylo mezi respondenty rozdáno 80 dotazníků. Vyplněných dotazníků se vrátilo 75, kdy z tohoto počtu bylo dalších 6 dotazníků vyřazeno, a to z důvodu neúplného zodpovězení veškerých otázek a položek v dotazníku. Konečný počet respondentů tedy činil 69 osob, tj. 86,2 %.

2.5 Průběh výzkumu

Na počátku, ještě před započítáním výzkumu, bylo nutné nastudovat odbornou literaturu, kdy na podkladě těchto informací, byly formulovány otázky a položky do dotazníku. Výzkumné šetření bylo zahájeno v časovém horizontu listopad 2017 až únor 2018, kdy byli oslovení pacienti s chronickou a nehojící se ránou, kteří, v uvedeném časovém rozpětí, byli hospitalizováni na interním oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod.

Proces získávání respondentů byl takový, že „vybraný“ respondent byl osloven s prosbou o vyplnění dotazníku, a pouze záleželo na jeho vůli, zda dotazník vyplní či nikoliv. Tudíž charakter výběru respondentů byl náhodný, kvótní (kvótou byla přítomnost chronické rány).

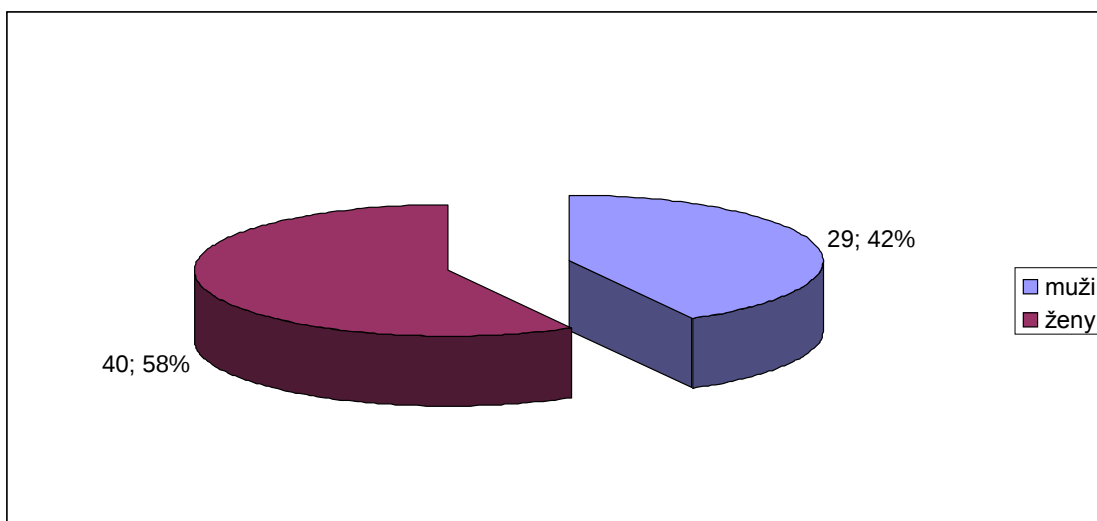
2.6 Zpracování získaných dat

Navrácené dotazníky byly poté zkontrolovány, zda jsou vyplněny veškeré položky a zodpovězeny otázky. V případě, že nebylo vše řádně vyplněno, tak byly z celkového vyhodnocení tyto nevyplněné dotazníky vyjmuty. Data z vyplněných dotazníků byla zapsána a roztríděna do tabulek, a to za použití MS Excel. Metodou pro zpracování dat bylo procentuálního vyjádření odpovědí respondentů, a to u každé otázky v dotazníku.

2.7 Výsledky výzkumného šetření

V této podkapitole budou představeny výsledky výzkumu, a pro jasnější představivost budou výsledky prezentovány v grafech. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků a konečný návratnost činila 69 dotazníků, tj. 86,2 %.

Otázka 1. Pohlaví (viz graf 1)

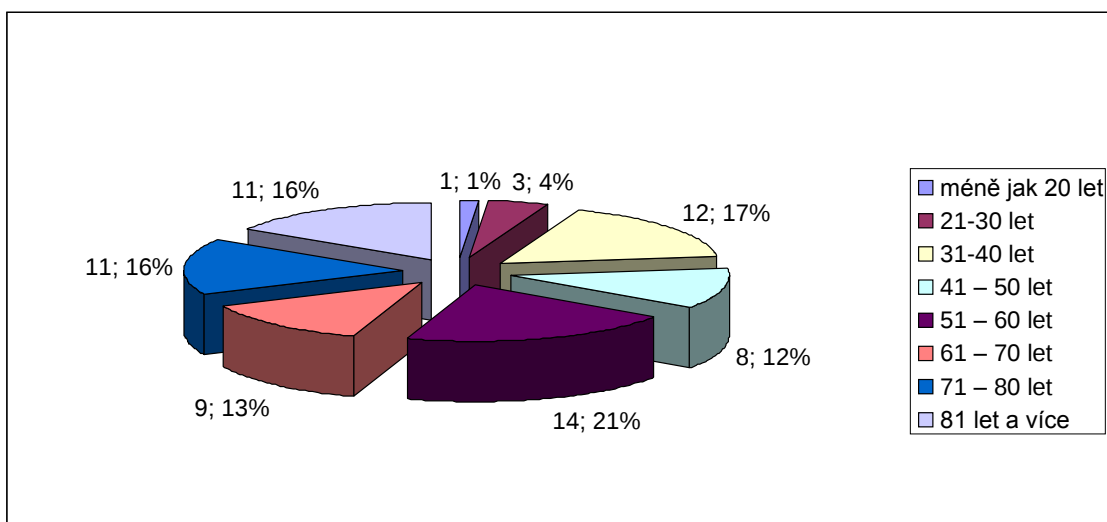


Graf 1: pohlaví

Zdroj: vlastní šetření

Graf 1 prezentuje složení výzkumného souboru, kde je zastoupeno 40 žen (tj. 58,0 %) a 20 mužů (tj. 42,0 %).

Otázka 2. Váš věk (viz graf 2)

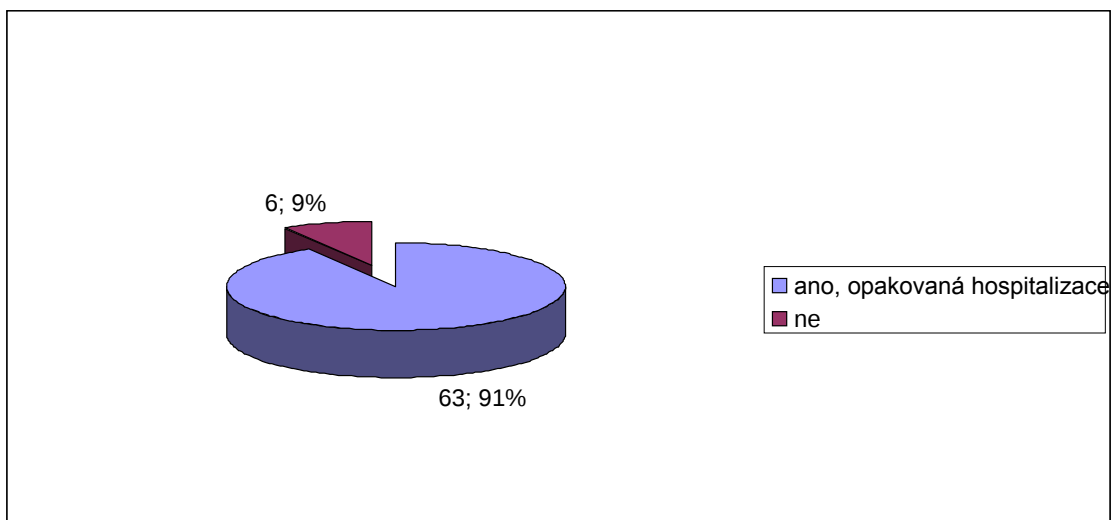


Graf 2: věk

Zdroj: vlastní šetření

Z odpovědí respondentů na otázku 2 je zřejmé, že ve věkové kategorii „méně jak 20 let se nachází pouze 1 respondent (tj. 1,0 %), dále ve věkové skupině „21–30 let“ jsou zastoupeni 3 respondenti (tj. 4,0 %), ve věkové skupině „31–40 let“ se nachází 12 respondentů (tj. 17,0 %), ve věkové skupině „41 – 50 let“ je zastoupeno 8 respondentů (tj. 12,0 %), ve věkové skupině „51–60 let“ je zastoupeno 9 respondentů (tj. 13,0 %) a ve skupině „61 až 70 let“ se nachází 9 respondentů (tj. 13,0 %), ve věkové kategorii „71–80 let“ je zastoupeno 11 respondentů (tj. 16,0 %) a ve věkové kategorii „81 let a více“ uvedlo 11 respondentů (tj. 16,0 %).

Otázka 3. Můžete uvést, zda se u Vás jedná, již o opakovanou hospitalizaci z důvodu nehojící se rány? (viz graf 3)

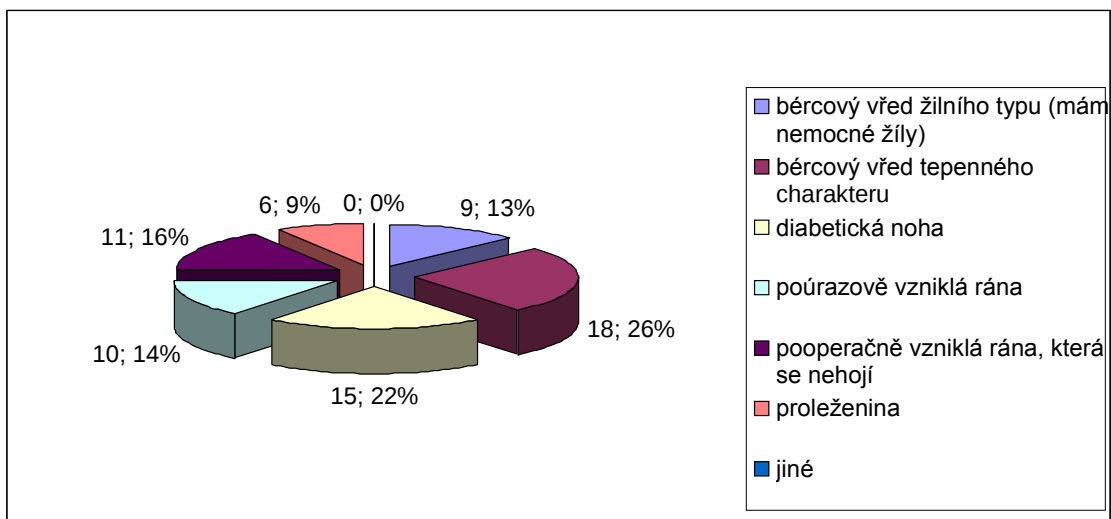


Graf 3: skutečnost, o jak četnou hospitalizaci se u respondenta aktuálně jedná

Zdroj: vlastní šetření

Z odpovědí respondentů u otázky 3 je zřejmé, že odpověď „ano, opakovaná hospitalizace“ uvedlo až 63 respondentů (tj. 91,0 %) a možnost odpovědi „ne“ uvedlo pouze 6 respondentů (tj. 9,0 %) z celkového počtu 69 oslovených osob.

Otázka 4. Jaký druh nehojící se rány se u Vás jedná? (viz graf 4)

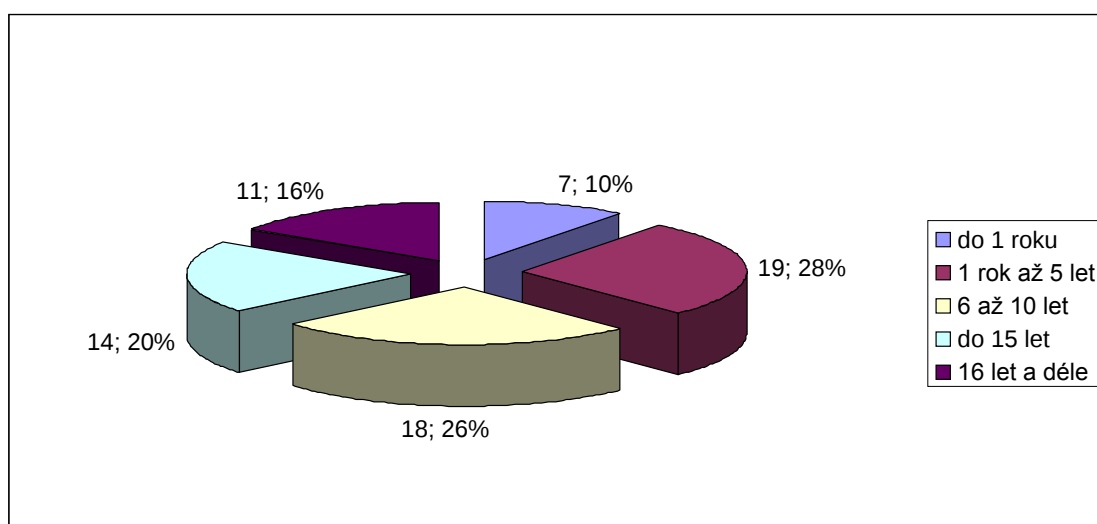


Graf 4: skutečnost, o jaký typ nehojící se rány se u respondenta jedná

Zdroj: vlastní šetření

Z odpovědí respondentů na otázku 4 se jednalo o následující odpovědi, kdy možnost odpovědi „bércový vřed žilního typu (mám nemocné žíly)“ uvedlo 9 respondentů (tj. 13,0 %), odpověď „bércový vřed tepenného charakteru“ uvedlo 18 respondentů (tj. 26,0 %), možnost odpovědi „diabetická noha“ zvolilo 15 respondentů (tj. 22,0 %), odpověď „poúrazově vzniklá rána“ uvedlo 10 respondentů (tj. 14,0 %), odpověď „pooperačně vzniklá rána, která se nehojí“ uvedlo 11 respondentů (tj. 16,0 %), možnost odpovědi „proleženina“ uvedlo 6 respondentů (tj. 9,0 %) a možnost odpovědi „jiné“ neuvedl žádný z oslovených respondentů.

Otázka 5. Můžete uvést, jak dlouho se již léčíte s touto nehojící se ranou? (viz graf 5)

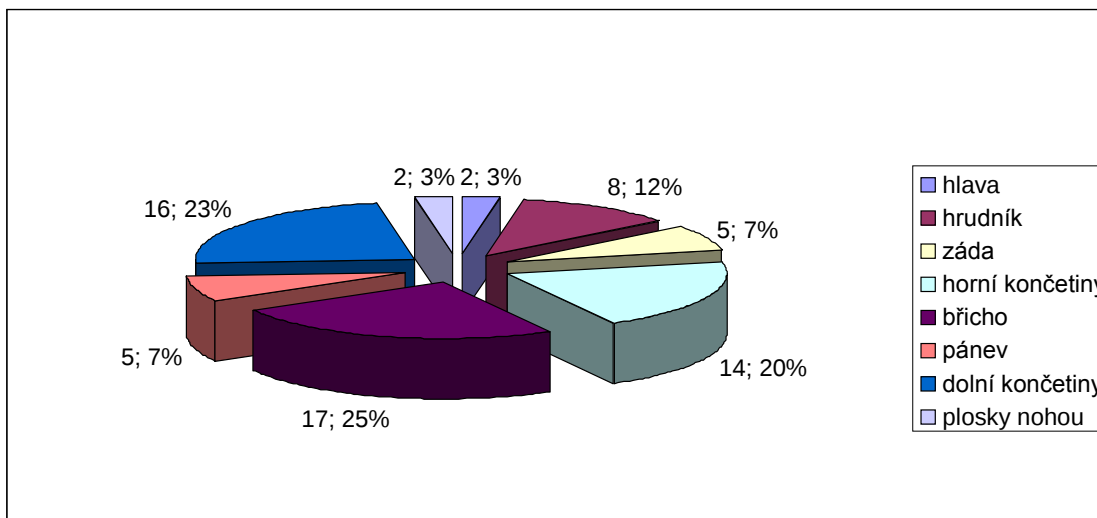


Graf 5: skutečnost, jak dlouho se respondent léčí s nehojící se ranou

Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 5 jsou zřejmé odpovědi respondentů, kdy odpověď „do 1 roku“ uvedlo 7 respondentů (tj. 10,0 %), možnost odpovědi „1 rok až 5 let“ uvedlo 19 respondentů (tj. 28,0 %), odpověď „6 až 10 let“ zvolilo 18 respondentů (tj. 26,0 %), možnost odpovědi „do 15 let“ uvedlo 14 respondentů (tj. 20,0 %) a odpověď „16 let a déle“ zvolilo 11 respondentů (tj. 16,0 %).

Otázka 6. Zde prosím zvolte místo, kde se rána nachází? (viz graf 6)

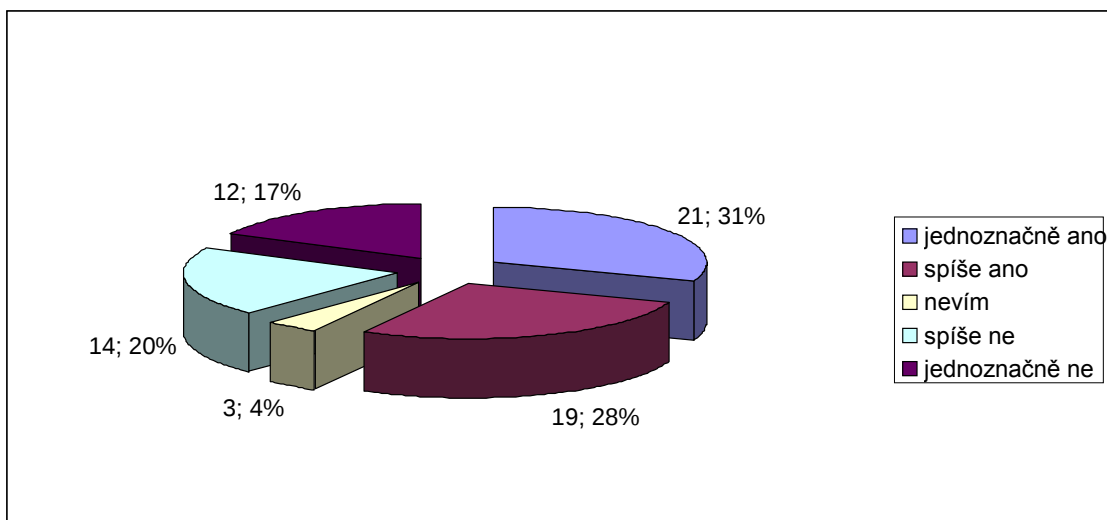


Graf 6: lokalizace místa nehojící se rány na těle respondenta

Zdroj: vlastní šetření

Graf 6 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku 6, kdy odpověď „hlava“ uvedli 2 respondenti (tj. 3,0 %), „hrudník“ uvedlo 8 respondentů (tj. 12,0 %), „záda“ uvedlo 5 respondentů (tj. 7,0 %), „horní končetiny“ uvedlo 14 respondentů (tj. 20,0 %), „břicho“ uvedlo 17 respondentů (tj. 25,0 %), „pánev“ zvolilo 5 respondentů (tj. 7,0 %), „dolní končetiny“ uvedlo 16 respondentů (tj. 23,0 %) a „plosky nohou“ 2 respondenti (tj. 3,0 %).

Otázka 7. Domníváte se, že nehojící se rána ovlivnila, Vaší kvalitu života? (viz graf 7)

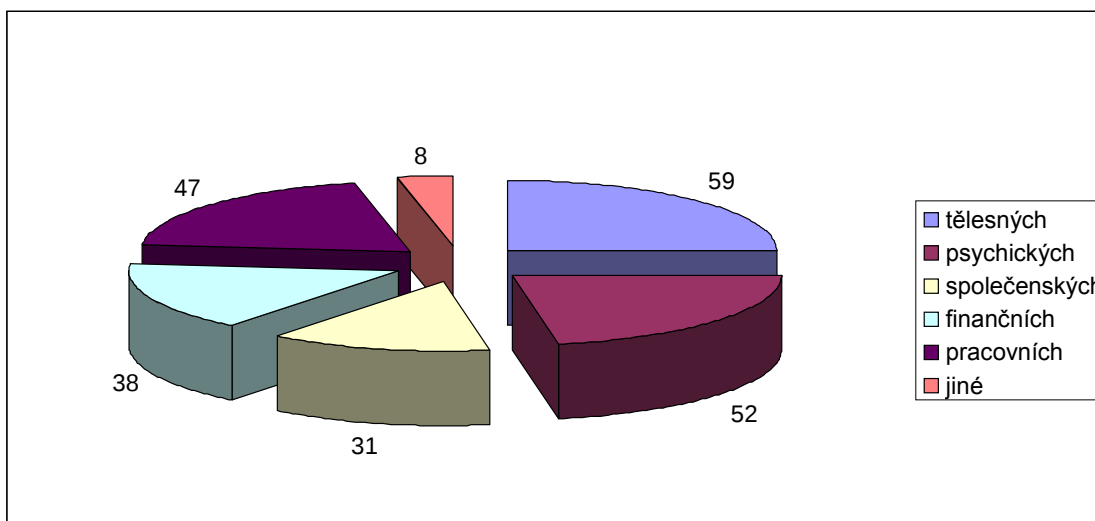


Graf 7: skutečnost, zda se respondent domnívá, že nehojící se rána ovlivnila jeho kvalitu života

Zdroj: vlastní šetření

Graf 7 zobrazuje odpovědi u otázky 7, kdy bylo zjištěno, že „jednoznačně ano“ uvedlo 21 respondentů (tj. 31,0 %), „spíše ano“ zvolilo 19 respondentů (tj. 28,0 %), odpověď „nevím“ uvedli pouze 3 respondenti (tj. 4,0 %). Odpověď „spíše ne“ zvolilo 14 respondentů (tj. 20,0 %) a „jednoznačně ne“ uvedlo 12 respondentů (tj. 17,0 %).

Otázka 8. Domníváte se, že nehojící se rána ovlivnila, Vaší kvalitu života především v aspektech? (viz graf 8)



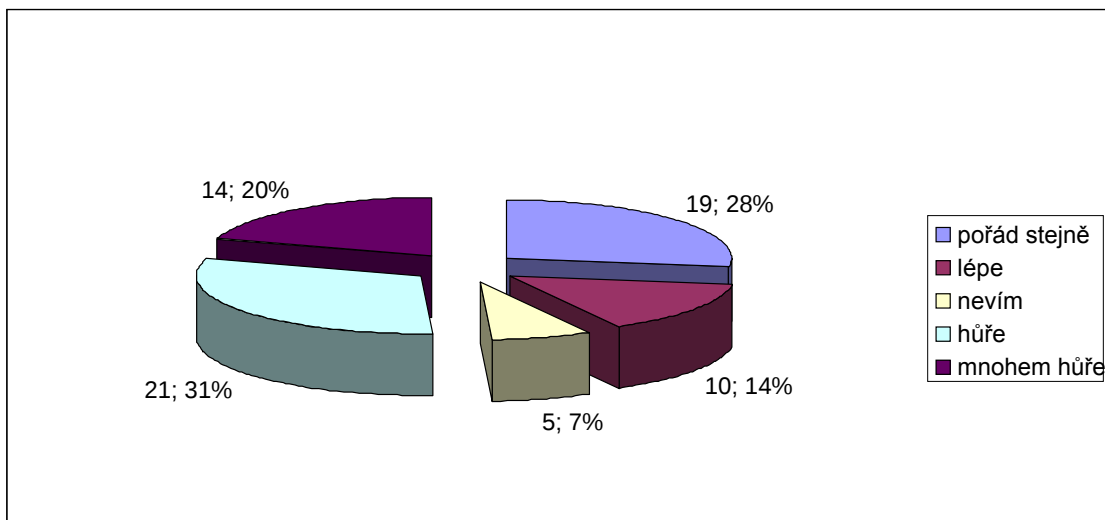
Graf 8: skutečnost, ve kterých aspektech kvalitu života nehojící se rána ovlivnila respondenta

Zdroj: vlastní šetření

U této otázky mohli respondenti volit více možností odpovědí současně, a proto zde není uvedeno procentuální zastoupení odpovědí u každé otázky.

U otázky 8 prezentovali respondenti tyto možnosti odpovědí, kdy odpověď „tělesných“ uvedlo 59 respondentů, odpověď „psychických“ uvedlo 52 respondentů, odpověď „společenských“ zvolilo 31 respondentů, odpověď „finančních“ uvedlo 38 respondentů, odpověď „pracovních“ zvolilo 47 respondentů a možnost odpovědi „jiné“ uvedlo 8 respondentů, kteří zde nejčastěji zmiňovali partnerské, rodinné a intimní těžkosti, a to v souvislosti s chronickou ránou.

Otázka 9. Domníváte se, že se nyní cítíte, oproti v době před rozvojem nehojící se rány? (viz graf 9)

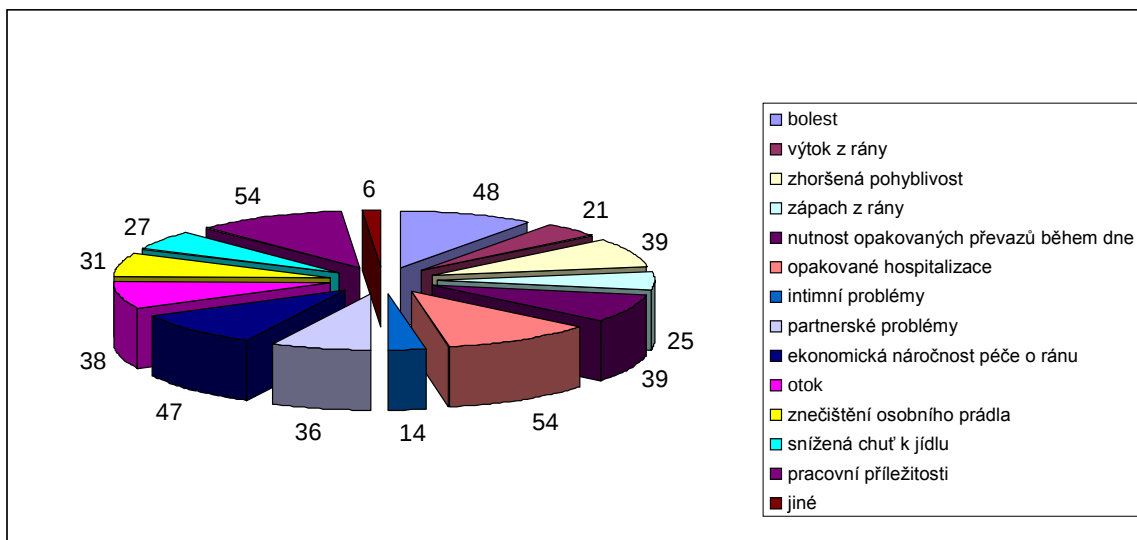


Graf 9: skutečnost, jak se nyní respondent cítí oproti době, kdy došlo k rozvoji nehojící se rány

Zdroj: vlastní šetření

U otázky 9 uváděli respondenti následující odpovědi, kdy možnost odpovědi „pořád stejně“ uvedlo 19 respondentů (tj. 28,0 %), dále odpověď „lépe“ zvolilo 10 respondentů (tj. 14,0 %), odpověď „nevím“ uvedlo 5 respondentů (tj. 7,0 %), odpověď „hůře“ uvedlo 21 respondentů (tj. 31,0 %) a odpověď „mnohem hůře“ uvedlo 14 respondentů (tj. 20,0 %).

Otázka 10. Co Vy osobně považujete za hlavní příčinu, že způsobilo změnu kvality života, v souvislosti s nehojící se ranou? (viz graf 10)



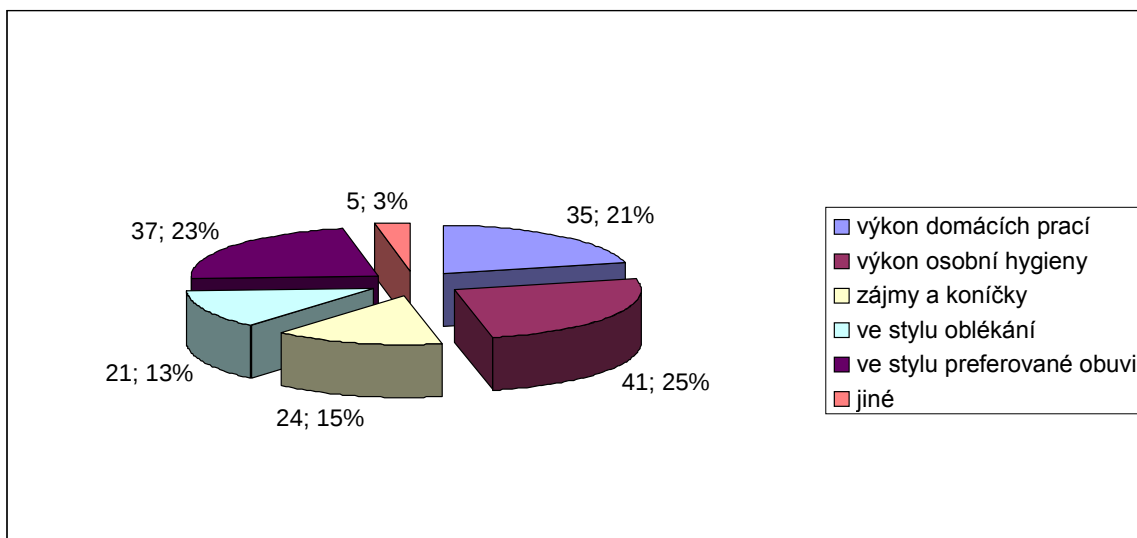
Graf 10: co respondent považujete za hlavní příčinu, jež vedla ke změně kvality života, a to v souvislosti s nehojící se ranou

Zdroj: vlastní šetření

U této otázky mohli respondenti volit více možností odpovědí současně, a proto zde není uvedeno procentuální zastoupení odpovědí u každé otázky.

Z grafu 10 je zřejmé, že u otázky 10 odpovídali respondenti těmito možnostmi odpovědí, kdy možnost odpovědi „bolest“ uvedlo 48 respondent, odpověď „výtok z rány“ uvedlo 21 respondentů, odpověď „zhoršená pohyblivost“ prezentovalo 39 respondentů. Dále možnost odpovědi „zápach z rány“ uvedlo 25 respondentů, odpověď „nutnost opakovaných převazů během dne“ uvedlo 39 respondentů, odpověď „opakované hospitalizace“ uvedlo až 54 respondentů, odpověď „intimní problémy“ uvedlo 14 respondentů, odpověď „partnerské problémy“ zvolilo 36 respondentů, odpověď „ekonomická náročnost péče o ránu“ prezentovalo 47 respondentů, odpověď „otok“ uvedlo 38 respondentů, odpověď „znečištění osobního prádla“ uvedlo 31 respondentů, odpověď „snížená chuť k jídlu“ uvedlo 27 respondentů. Možnost odpovědi „pracovní příležitost uvedlo 54 respondentů a možnost odpovědi „jiné“ zvolilo 6 respondentů (např. strach, nejistota, nízké sebehodnocení aj.).

Otázka 11. Můžete uvést, v čem Vás nehojící se rána nejvíce omezuje? (viz graf 11)

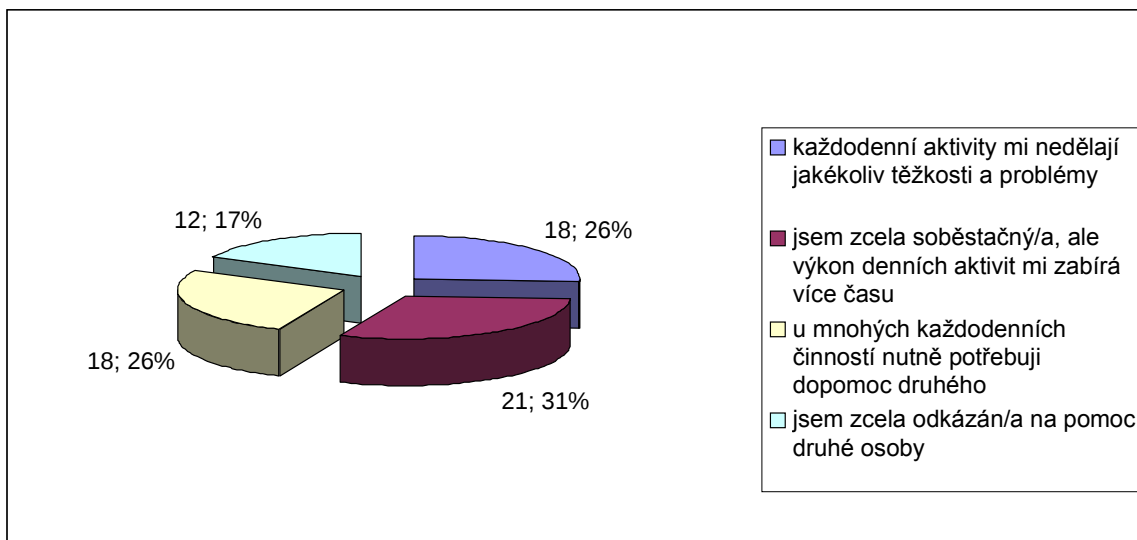


Graf 11: skutečnost, v čem respondenta nehojící se rána nejvíce omezuje

Zdroj: vlastní šetření

Na otázku 11, tedy jak respondenty ovlivňuje nehojící se rána, bylo zjištěno, že odpověď „výkon domácích prací“ zvolilo 35 respondentů (tj. 21,0 %), odpověď „výkon osobní hygieny“ uvedlo 41 respondentů (tj. 25,0 %), odpověď „zájmy a koníčky“ uvedlo 24 respondentů (tj. 15,0 %), odpověď „ve stylu oblékání“ zvolilo 21 respondentů (tj. 13,0 %), odpověď „ve stylu preferované obuvi“ uvedlo 37 respondentů (tj. 23,0 %) a odpověď „jiné“ uvedlo 5 respondentů (tj. 3,0 %), kdy se jednalo například o odpověď partnerské a intimní vztahy, péče o děti aj.

Otázka 12. Můžete uvést, jak výrazně Vás nehojící se rána omezuje ve Vašem každodenním životě? (viz graf 12)

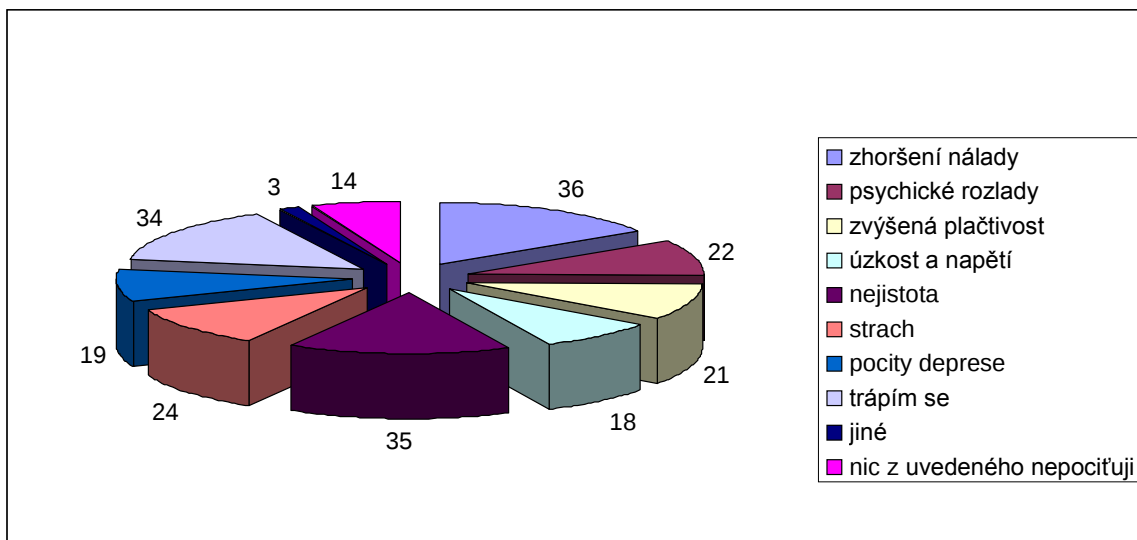


Graf 12: jak nehojící se rána omezuje respondenta v jeho každodenním životě

Zdroj: vlastní šetření

Graf 12 prezentuje odpovědi respondentů na otázku 12, kdy odpověď „každodenní aktivity mi nedělají jakékoliv těžkosti a problémy“ uvedlo 18 respondentů (tj. 26,0 %), odpověď „jsem zcela soběstačný/a, ale výkon denních aktivit mi zabírá více času“ uvedlo 21 respondentů (tj. 31,0 %), odpověď „u mnohých každodenních činností nutně potřebuji pomoc druhého“ 18 respondentů (tj. 26,0 %) a odpověď „jsem zcela odkázán/a na pomoc druhé osoby“ uvedlo 12 respondentů (tj. 17,0 %).

Otázka 13. Můžete uvést, zda v souvislosti s nehojící se ránou pociťujete něco z níže vedeného? (viz graf 13)



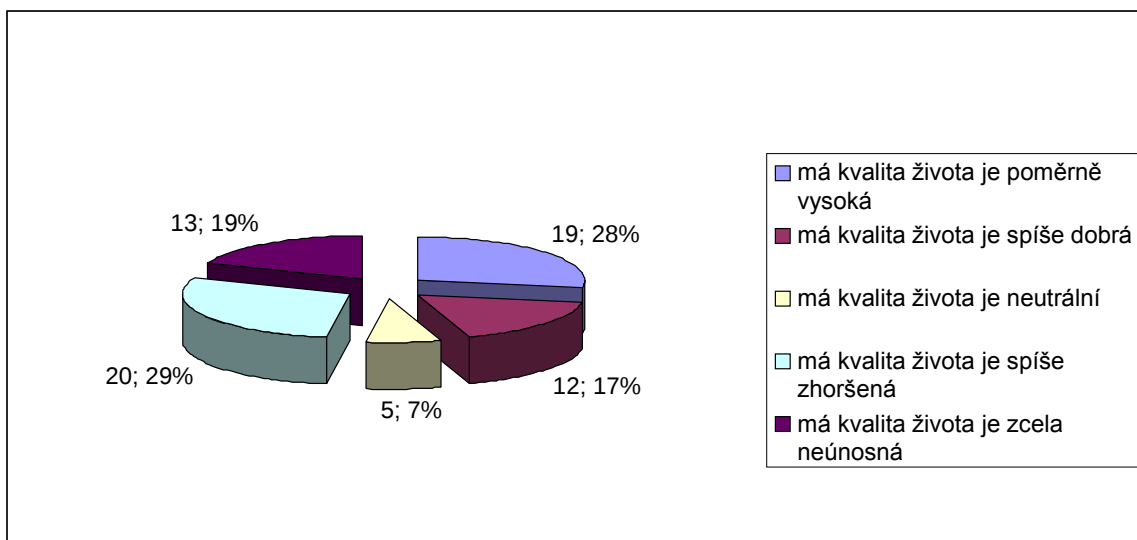
Graf 13: skutečnost, jaké pocity respondent pociťuje v souvislosti s nehojící se ránou

Zdroj: vlastní šetření

Zde mohli respondenti uvádět více možností odpovědí. Z tohoto důvodu není prezentováno vyhodnocení a četnost odpovědi respondentů v procentuálním vyjádření.

Z grafu 13 je zřejmé, že respondenti pociťují uvedené emoce v souvislosti s nehojící se ránou v následující četnosti, kdy odpověď „zhoršení nálady“ uvedlo 36 respondentů, odpověď „psychické rozlady“ prezentovalo 22 respondentů, možnost odpovědi „zvýšená plačtivost“ uvedlo 21 respondentů, odpověď „úzkost a napětí“ zvolilo 18 respondentů, odpověď „nejistota“ uvedlo 35 respondentů, odpověď „strach“ uvedlo 24 respondentů, odpověď „pocity deprese“ zvolilo 19 respondentů, možnost odpovědi „trápím se“ uvedlo až 34 respondentů, odpověď „jiné“ uvedli pouze 3 respondenti. Možnost odpovědi „nic z uvedeného nepociťuji“ uvedlo pouze 14 respondentů z celkového počtu 69 oslovených respondentů.

Otázka 14. Můžete uvést, jak aktuálně hodnotíte svou kvalitu života? (viz graf 14)

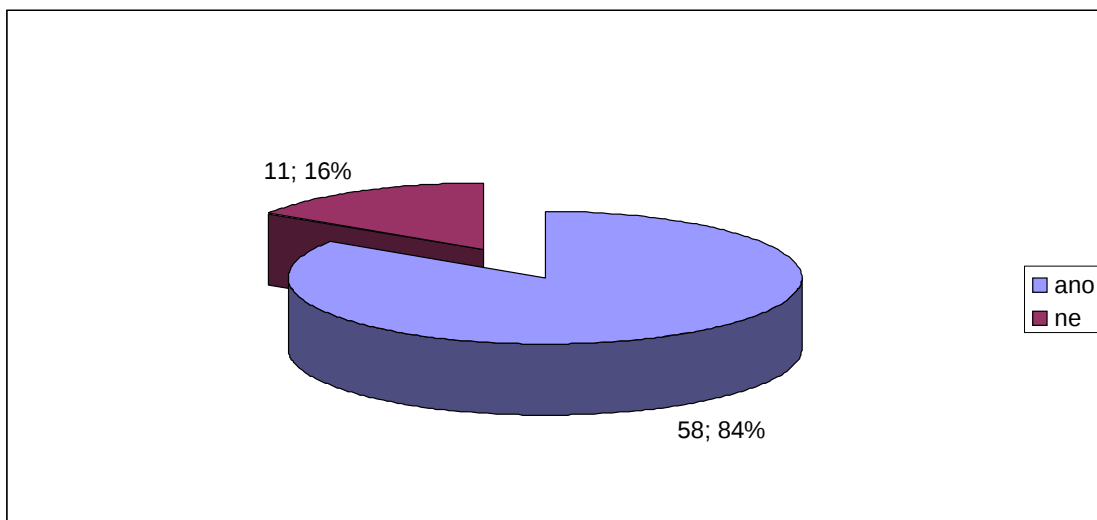


Graf 14: skutečnost, jak aktuálně hodnotí respondent svou kvalitu života

Zdroj: vlastní šetření

Graf 14 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku 14, kdy odpověď „má kvalita života je poměrně vysoká“ uvedlo 19 respondentů (tj. 28,0 %), odpověď „má kvalita života je spíše dobrá“ uvedlo 12 respondentů (tj. 17,0 %), odpověď „má kvalita života je neutrální“ uvedlo 5 respondentů (tj. 7,0 %), odpověď „má kvalita života je spíše zhoršená“ uvedlo 20 respondentů (tj. 29,0 %) a možnost odpovědi „má kvalita života je zcela neúnosná“ prezentovalo 13 respondentů (tj. 19,0 %).

Otázka 15. Pociťujete aktuálně bolest v souvislosti s nehojící se ranou? (viz graf 15)

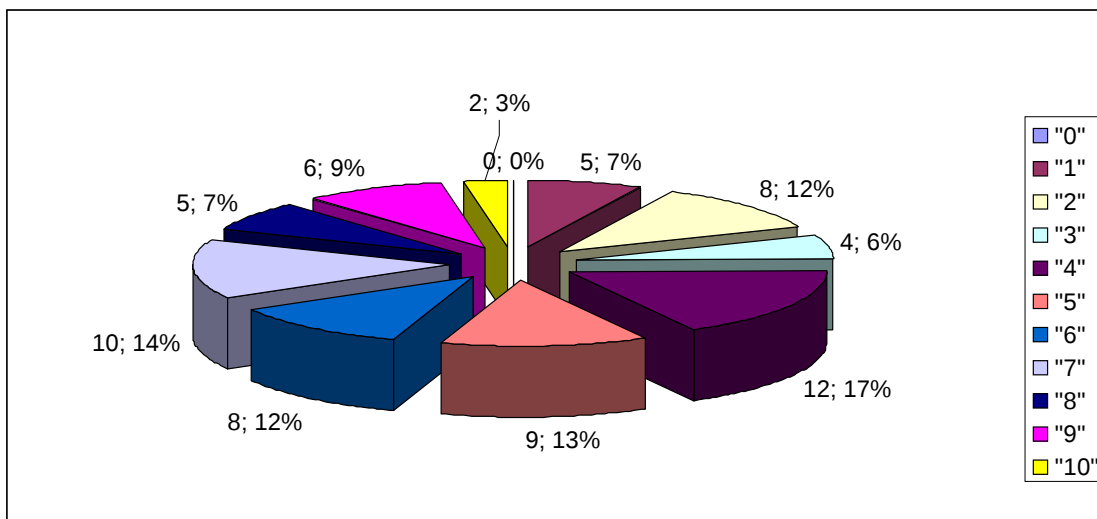


Graf 15: skutečnost, zda respondent aktuálně pociťuje bolest s nehojící se ranou

Zdroj: vlastní šetření

Na otázku 15, zda respondent pociťuje bolest v souvislosti s nehojící se ranou, uvedlo odpověď „ano“ 58 respondentů (tj. 84,0 %) a odpověď „ne“ uvedlo pouze 11 respondentů (tj. 16,0 %).

Otázka 16. Můžete na níže prezentované škále zaškrtnout, kde se aktuálně nachází intenzita Vaší bolesti? (viz graf 16)

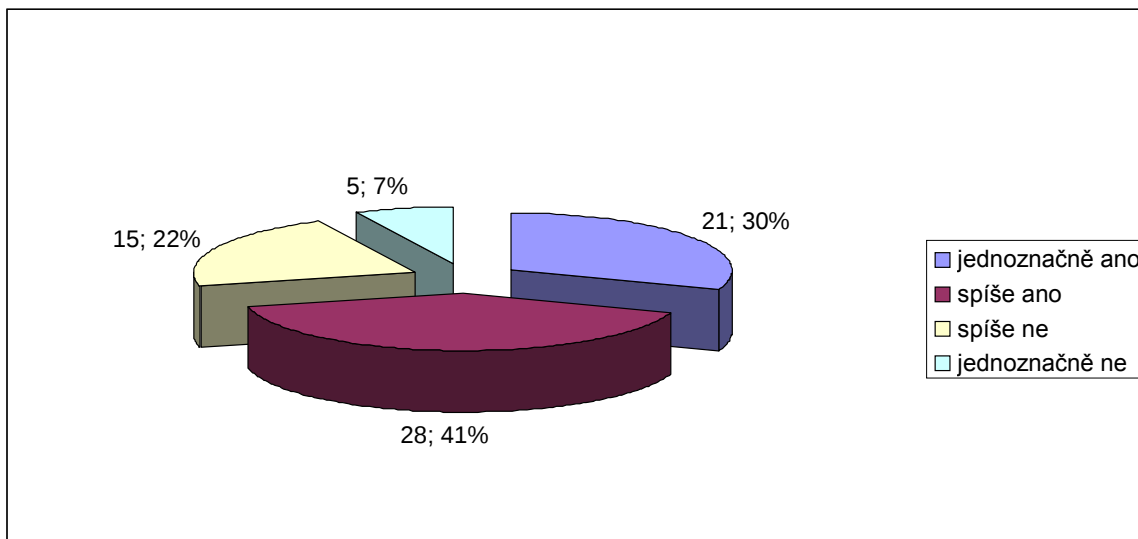


Graf 16: intenzita bolesti u respondenta

Zdroj: vlastní šetření

Graf 16 zobrazuje odpovědi respondentů, kteří u otázky 7 uvedli odpověď „ano“. V celkovém součtu se zde jedná o odpovědi u 58 osob.

Otázka 17. Domníváte se, že máte dostatečnou podporu od Vaší rodiny? (viz graf 17)

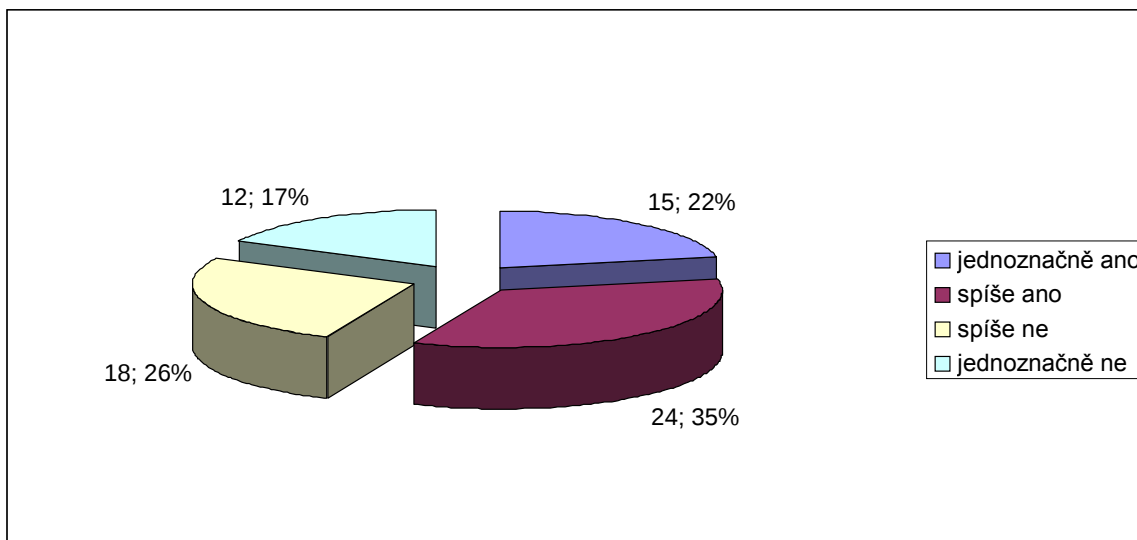


Graf 17: skutečnost, zda má respondent dostatečnou podporu od své rodiny

Zdroj: vlastní šetření

Graf 17 prezentuje odpovědi oslovených respondentů na otázku 17, kdy možnost odpovědi „jedinznačně ano“ uvedlo 21 respondentů (tj. 30,0 %), odpověď „spíše ano“ zvolilo 28 respondentů (tj. 41,0 %), možnost odpovědi „spíše ne“ uvedlo 15 respondentů (tj. 22,0 %) a odpověď „jedinznačně ne“ uvedlo 5 respondentů (tj. 7,0 %).

Otázka 18. Domníváte se, že máte dostatečnou podporu od Vašich přátel a kamarádů? (viz graf 18)

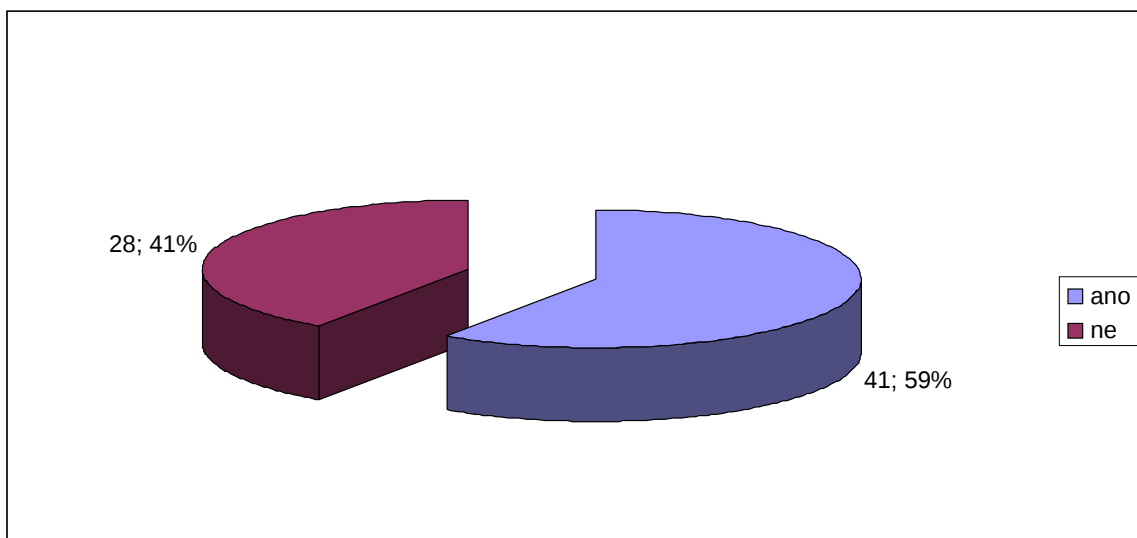


Graf 18: skutečnost, zda má respondent dostatečnou podporu od přátel a kamarádů

Zdroj: vlastní šetření

U otázky 18 preferovali respondenti následující možnosti odpovědí, kdy odpověď „jednoznačně ano“ uvedlo 15 respondentů (tj. 22,0 %), možnost odpovědi „spíše ano“ uvedlo 24 respondentů (tj. 35,0 %), odpověď „spíše ne“ zvolilo 18 respondentů (tj. 26,0 %) a odpověď „jednoznačně ne“ uvedlo 12 respondentů (tj. 17,0 %).

Otázka 19. Domníváte se, že v důsledku nehojící se rány, u Vás došlo k omezení sociálních kontaktů? (viz graf 19)

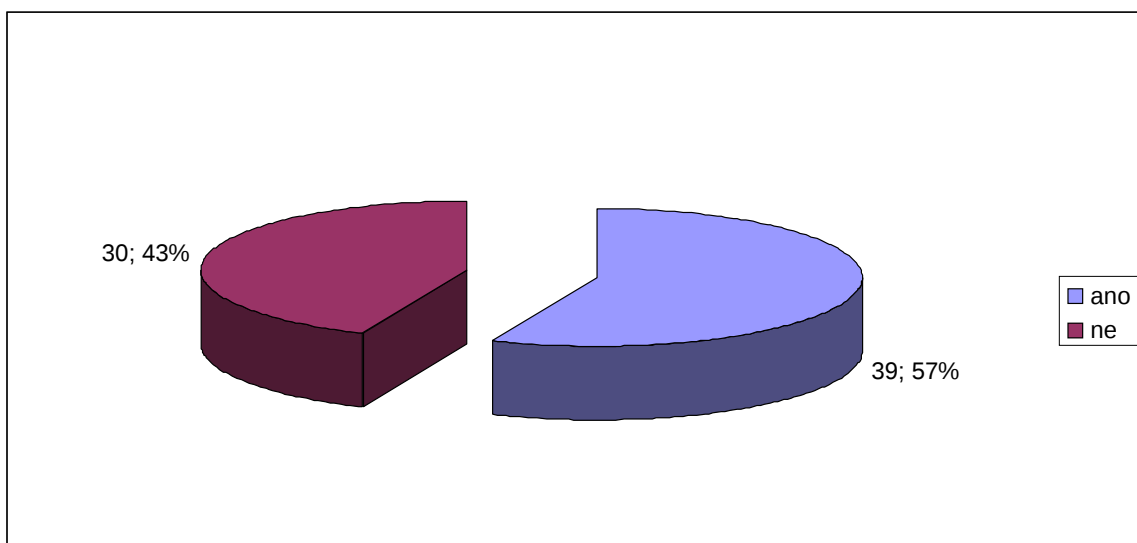


Graf 19: skutečnost, zda se respondent domnívá, že v důsledku nehojící se rány, došlo k omezení jeho sociálních kontaktů

Zdroj: vlastní šetření

U otázky 19 uvedli oslovení respondenti odpověď „ano“ v počtu 41 odpovědí (tj. 59,0 %) a odpověď „ne“ zvolilo 28 respondentů (tj. 41,0 %).

Otázka 20. Byl/a jste nucena zanechat své profese kvůli nehojící se ráně? (viz graf 20)



Graf 20: skutečnost, zda byl respondent nucen, v důsledku nehojící se rány, zanechat své profese

Zdroj: vlastní šetření

U otázky 20 bylo zjištěno, že odpověď „ano“ uvedlo 39 respondentů (tj. 57,0 %) a možnost odpovědi „ne“ uvedlo 30 respondentů (tj. 43,0 %).

2.8 Návazná diskuze na výsledky zjištění

V podkapitole Diskuze je pozornost zaměřena na zhodnocení výzkumné metodiky a techniky sběru dat a zodpovězení výzkumných otázek. K možnosti provedení výzkumného šetření bylo využito kvantitativní výzkumné strategie, a to za využití dotazníku. Důvodem volby dotazníku byla skutečnost, že osloveným respondentům zajišťuje úplnou anonymitu, tudíž respondent se může zcela otevřeně vyjadřovat a prezentovat své postoje, názory a zkušenosti, aniž by se musel obávat svého případného prozrazení.

Kvalita života pacientů s nehojícími se ranami je snížena právě z důvodu existence defektu, jak uvádí ve svém vědeckém článku MUDr. Jan Stryja (Stryja, 2007, s.C1-C2). Stryja také mimo jiné uvádí, že dlouhodobé stagnující rány jsou zdrojem frustrace (Stryja, 2007, s.C1-C2). Tento fakt byl dokázán i mým výzkumem, a to odpovědi tazatelů na pocitování uvedených charakteristik, kdy respondenti uvedli, že u nich dochází mimo jiné ke zhoršení nálady (36 odpovědí), psychickým rozladám (22 odpovědí), popřípadě k nejistotě (35 odpovědí) a depresi (19 odpovědí) a strachu (24 odpovědí). Mám za to, že především nejistota, strach, rozlady psychiky, deprese a zhoršení nálady jsou projevy frustrace z nehojící se rány. Je ale třeba mít na paměti, že každý pacient je jiný a je nutno k němu přistupovat z jiného hlediska.

Jiní autoři klinické praxe (mimo jiné K. Woo, V. Lucia a T. Alam) uvádějí, že hlavním problémem, který má dopad na kvalitu života lidí trpících nehojící se ranou, je především zápach z rány a bolest (K. Woo, V. Lucia a T. Alam, 2018, s. 8-11). S výsledky autorů musím souhlasit, ale pouze částečně. Dle mého výzkumu, až 84 % dotázaných uvádí, že pociťuje bolest v souvislosti s nehojící se ranou. Problém zápachu z rány uvedlo na 25 respondentů, což je ale v porovnání s jinými odpověďmi, například zhoršené pohyblivosti (39 respondentů) a bolestí (48 respondentů), o mnoho méně. Jsem tudíž toho názoru, že existují i jiné problémy, které ovlivňují kvalitu života mnohem více, než je zápach z rány.

Rozsáhlá vědecká studie provedená v Ontariu (USA) uvádí, že až 65 % všech pacientů s chronickou ránou pociťuje zhoršení kvality života, kdy onemocnění zasahuje do jejich schopnosti pohybu, psychiky (deprese, úzkost) a silná trvající bolest (Health Quality Ontario, 2009). S výsledky vědecké studie provedené v Ontariu se taktéž můj výzkum ztotožňuje, lze je aplikovat i na podmínky v České republice, popřípadě všude na

světě. Mým výzkumem bylo zjištěno, že 84 % dotázaných pociťuje bolest v ráně, dále že 19 respondentů cítí depresi z důvodu chronické rány a 18 respondentů pociťuje úzkost a napětí. Dle mých zjištění lze zhoršenou mobilitu (schopnost pohybu) řadit mezi nejzávažnější problémy, kdy tuto možnost zvolilo na 39 respondentů. Avšak oproti výsledkům Ontarijského výzkumu, musím dodat, že je zapomínáno mimo jiné opakované intimní problémy (což je problém pro 54 respondentů) dle mého výzkumu.

Z hlediska závěrů výzkumu bylo, v návaznosti na výzkumné otázky zjištěno následující.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká oblast kvality života je u pacientů s chronickými ranami nejvíce zasažena. Ovlivnění kvality života nehojící se ranou: 31 % respondentů jednoznačně ovlivněno, 28 % spíše ovlivněno, 3 % respondentů neví, 20 % respondentů neovlivnila kvalitu života chronická rána a 21 % respondentům jednoznačně neovlivnila kvalitu života chronická rána. Z toho je patrné, že celkem 41 % respondentům kvalita života ovlivněna nebyla chronickou ranou.

Pacienti, kterým byla ovlivněna kvalita života, odpověděli, že celkem 17 % respondentů došlo k odkázání na pomoc druhé osoby, 26 % nedělají každodenní aktivity žádné potíže a 31 % respondentů je zcela soběstačných, ale 26 % respondentů potřebuje dopomoc druhého.

Chronická rána ovlivňuje pacienty především ve stylu preferované obuvi (23 %), výkonu osobní hygieny (25 %), výkonu domácích prací (21 %) a v zájmech a koníčcích (15 %).

Aspekty, které byly ovlivněny chronickou ranou, jsou především aspekty tělesné (59 respondentů), psychické aspekty (52 respondentů), společenských 31 respondentů), finanční aspekty (38 respondentů) a pracovní aspekty (47 respondentů).

Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje bolest kvalitu života u pacientů s chronickou ranou. Celkem 84 % respondentů trpí bolestí v důsledku chronické rány, 16 % respondentů nepociťuje bolest. Na otázku č.10 odpovědělo na 48 respondentů, že bolest je hlavní příčinou změny kvality života (68 %). Bolest je tedy přítomná ve většině případů chronických ran.

Výzkumná otázka č. 3: Má vliv chronická rána na osobní život jedince. Chronická rána má vliv na osobní život jedince. Soudím tak dle „zhoršení nálady“ (uvedlo 36 respondentů), „psychických rozlad“ (prezentovalo 22 respondentů), „zvýšené plačtivosti“ (21 respondentů), „úzkost a napětí“ (zvolilo 18 respondentů), „nejistoty“ (35 respondentů), „strachu“ (uvedlo 24 respondentů), „pocitům deprese“ (19 respondentů) a „trápení se“ (uvedlo až 34 respondentů). Navíc, nadpoloviční většina dotazovaných (59

%) pociťuje, že došlo k omezení sociálních kontaktů v důsledku chronické rány.

Straková, ve výzkumu své disertační práce, která je psána na téma chronických ran uvádí, že největší problémy (komplikace) chronických ran jsou především psychické obtíže (narušení psychické integrity), narušení sociálních vazeb, porucha mobility, bolest či lokální infekce. Překvapivě dle Mgr. Strakové se narušení sociálních vazeb vyskytuje v jejím výčtu zjištění výzkumem nejméně právě narušení sociální vazeb, a to „jen“ v 52 % případů (Straková, 2012). Straková také porovnává údaje u diabetických a nediabetických pacientů, což považuji za zajímavé, avšak pro cíle mého výzkumu již méně podstatné. Z hlediska komparace zjištěných dat Mgr. Strakové a dat zjištěných mnou, musím konstatovat, že souhlasím především s komplikací bolesti a poruchou mobility, což také bylo dokázáno mým výzkumem. Hledisko lokální infekce nebylo podrobněji zkoumáno, tudíž nemůže být komparováno (Straková, 2012).

Mám za to, že je morální povinností společnosti, ale také vědy a medicíny pomoci lidem překonávat své obtíže, a to také v případě lidí s chronickou nehojící se ranou. V budoucnu navrhuji především zkoumání a vyhodnocení nových metod léčby chronických ran. Jakožto velmi pomocné při léčbě chronických a komplikovaně hojících se ran se mohou jevit především nové metody takzvaného suchého, popřípadě takzvaného mokrého krytí. Je však důležité nezapomínat na fakt, že na každý typ chronické rány je potřeba užít vhodný typ převazu a krytí.

2.9 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Navrhovaná doporučení pro praxi vycházejí z výsledků zrealizovaného výzkumného šetření. Význam kvality života u osob s chronickou a nehojící se ránou je výrazný a dominující, a to i z hlediska skutečné úspěšnosti léčby.

Při realizaci a poskytování ošetrovatelské péče je zcela nezbytné:

- Projevovat nemocnému empatický a „lidský“ přístup. Empatický i lidský přístup vede mimo jiné k lepší psychické pohodě pacientů, což přispívá k léčení.
- Umožnit pacientovi, aby mohl prezentovat svá přání a subjektivní prožitky a pocity, názory či postoje. Opět, souvisí s psychickou stránkou pacienta, zlepšení psychického pohodlí a komfortu, to také může pomoci i během léčení vlastní špatně hojící se rány.
- Snažit se ujišťovat nemocného, že je, i přes jeho omezení, která jsou vyvolána chronickou ránou, je stále stejným člověkem, a že se ve fyzickém pojetí příliš neliší od ostatních osob. Začlenění osoby do společnosti, komunity. Není možné pacienty doslova „odhodit“ na okraj společnosti, opět souvisí s psychickou stránkou kvality života člověka.
- Dbát na jednoznačné zachování intimity, individuality a autonomie nemocného člověka. Je potřeba pacientovi zachovat autonomii a individualitu, aby nedocházelo k nekomfortu pacientů, jejich psychickému nepohodlí, popřípadě k narušení základních lidských práv a svobod.
- Snažit se o co nejčastější a nejeфекtivnější komunikaci a pacientem, a to v rovině verbální i nonverbální (úsmev, chycení za ruku). Cílem je opět podpora psychického stavu jedince a jeho psychického pohodlí, jelikož i psychická stránka věci může pomoci při vlastním léčení špatně se hojící rány.

Oslovovat pacienty s nehojící se ránou a dbát na dodržování preventivních postupů:

- Zabývat se preventivními opatřeními z hlediska nehojící se rány. Dodržovat zásady hygieny a ošetrovatelství, zabránit infekcím, popřípadě snažit se zabránit šíření infekce a vzniku nových míst s nehojící se ránou.
- Snažit se nemocnému s nehojící se ránou zodpovídat jeho dotazy, čímž je možno pomoci k určité psychické pohodě pacienta. Pacient je poté také edukován

a seznámen s dalším postupem, možnostmi léčby a metodami.

- Edukovat pacienta o péči o nehojící se ránu. Je potřeba pacienta vzdělávat po stránce profesní, ale také osobní. Pacient se musí se svou nemocí (nehojící se ránou) naučit žít, a to do takové míry, aby nebyl vystaven psychickému nepohodlí a například se „nestrnil“ sociálních a jiných kontaktů.

Opakovaně podporovat a motivovat nemocného, ale i jeho rodinu:

- Zajímat se o psychický stav nemocného a jím aktuálně pojímanou a chápanou subjektivní kvalitu života. Pomoci členům rodiny i širší rodiny s pochopením problému, možnosti léčby nehojící se rány, možnostmi udržování hygieny a ošetrovatelských zásad péče o pacienta. To by mělo vést ke zlepšení kvality života.
- Zvyšovat sebevědomí, sebe hodnotu a sebeaktualizační tendence pacienta. Je potřeba pacientovi dodat nové impulzy a motivaci při boji s nehojící se ránou. Je potřeba jej pozitivně naladit, souvisí s psychickou a fyzickou stránkou léčby.

Usilovat jak o krátkodobou, tak i dlouhodobou edukaci pacientů s nehojící se ránou.

- Opakovaně se zaměřovat na edukaci pacientů s nehojící se ránou, a to během hospitalizace, ale i v průběhu ambulantních kontrol. Poučit pacienta o jeho stavu, možnostech, ale také průběhu péče o nehojící se ránu.
- Informovat nemocné o nutnosti ambulantních lékařských kontrol. Ambulantní kontroly mají za cíl mimo jiné pomoci léčit špatně hojící se ránu, zabránit vzniku infekce, popřípadě rozšíření nehojící se rány na jiná místa na těle pacienta.

Závěr

Hlavní cíle textu, podat praktické informace o nehojící se ráně v části teoretické, ale také provést výzkumné šetření v části praktické, byly naplněny.

Teoretická část popisuje především současný stav problematiky. Kvalita života je vnímána jakožto mnohorozměrná veličina, která se skládá z mnoha dílčích částí. Jednotlivé aspekty kvality života lze například čerpat od Maslowa a jeho pyramidy potřeb (fyziologie, bezpečí, láska a sounáležitost, uznání a seberealizace). Kvalita života je tedy mimo jiné ovlivněna zdravotním stavem (tedy i existencí chórických ran).

Chronická rána je definována jakožto rána, která se i přes terapii zkrátka nehojí a ani nevykazuje známky hojivého procesu (po dobu šesti až devíti týdnů). Bylo zjištěno, že hlavním faktorem vzniku chronických ran je především vstup infekce do rány, popřípadě existence jiných onemocnění (diabetes). Na celkové hojení rány má vliv především:

- Systémové faktory: aktuální stav organismu, věk, užívané léky
- Místní faktory: hloubka rány, poškození tkáně, charakter spodiny rány, lokalizace rány

Chronické rány lze rozdělit například na dekubity, syndrom diabetické nohy či ischemický vřed.

Ve výzkumné části je hlavním cílem je zjistit, zda je u pacientů s chronickou ránou ovlivněna jejich kvalita života, přičemž byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1.) Výzkumná otázka č. 1: Jaká oblast kvality života je u pacientů s chronickými ranami nejvíce zasažena?
- 2.) Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje bolest kvalitu života u pacientů s chronickou ránou?
- 3.) Výzkumná otázka č. 3: Má vliv chronická rána na osobní život jedince?

Jakožto metodika výzkumného šetření je stanovena kvantitativní výzkumná strategie. Technikou sběru dat je dotazník (viz Příloha 1), který byl připraven a sestrojen autorem této bakalářské práce.

Výzkumné šetření bylo zahájeno v časovém horizontu listopad 2017 až únor 2018, kdy byli oslovovali pacienti s chronickou a nehojící se ránou, kteří, v uvedeném časovém rozpětí, byli hospitalizováni na interním oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod. Charakter výběru respondentů byl náhodný, kvótní (kvótou byla přítomnost chronické rány). Bylo

mezi respondenty rozdáno 80 dotazníků, vyplněných dotazníků se vrátilo 75, z čehož bylo dalších 6 dotazníků vyřazeno. Konečný počet respondentů tedy činil 69 osob, tj. 86,2 %. Bylo zjištěno následujících zjištění: celkem 59 % jedinců bylo ovlivněno z hlediska kvality života chronickou ranou. Chronická rána ovlivňuje pacienty především ve stylu preferované obuvi, výkonu osobní hygieny, výkonu domácích prací a v zájmech a koníčcích. Aspekty, které byly ovlivněny chronickou ranou, jsou především aspekty tělesné, psychické aspekty, společenské a finanční aspekty, ale také pracovní aspekty. Celkem 84 % respondentů trpí bolestí v důsledku chronické rány, 16 % respondentů nepocítuje bolest. Bolest je tedy přítomná ve většině případů chronických ran. Chronická rána má vliv na osobní život jedince. Soudím tak dle „zhoršení nálady“, „psychických rozlad“, „zvýšené pláčivosti“, „úzkosti a napětí“ a dalších aspektů výzkumu.

Byla také navržena určitá doporučení pro život s chronickou ranou. Mezi vhodná doporučení patří mimo jiné:

- Projevovat nemocnému empatický a „lidský“ přístup.
- Snažit se ujišťovat nemocného, že je, i přes jeho omezení, která jsou vyvolána chronickou ránou, je stále stejným člověkem, a že se ve fyzickém pojetí příliš neliší od ostatních osob.
- Edukovat pacienta o péči o nehojící se ránu. Je potřeba pacienta vzdělávat po stránce profesní, ale také osobní.
- Informovat nemocné o nutnosti ambulantních lékařských kontrol. Ambulantní kontroly mají za cíl mimo jiné pomoci léčit špatně hojící se ránu, zabránit vzniku infekce, popřípadě rozšíření nehojící se rány na jiná místa na těle pacienta.

Domnívám se, že závěrem je potřeba uvést, že si jsem vědoma faktu, že jsem se v rámci provedeného výzkumu zaměřovala pouze na pacienty, kteří pocházeli z vybrané nemocnice a vybraného oddělení, v určitém regionu. Tudíž se lze domnívat, že pokud by byl výzkum proveden u jiné cílové skupiny, tak by se výsledky mohly výrazně lišit. Ale i přes tento fakt se podařilo zjistit mnoho zásadních a podnětných informací. Přesto se, ale domnívám, že by tato práce mohla stimulovat a podněcovat k dalším výzkumům na podobné téma, které je velmi aktuální a zasahuje poměrně mnoho osob. Do budoucna navrhuji především zaměřením se na vybrané aspekty léčby chronických ran, popřípadě udržení neměnného se stavu, který se „alespoň“ nezhoršuje.

Seznam použité literatury

ARBELOA, C. S., ZAMORA-ELSON, M., LABARTA-MONZON, L., MALLOR-BONET, T., 2013. Enteral Nutrition in Critical Care. In: *J Clin Med Res*, roč. 5, č. 1, s. 1-11. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564561>.

BENEŠOVÁ, E., 2013. Hojení ran a fyzikální terapie. In: *Sestra*, roč. 23, č. 1, s. 62 – 64. ISSN 1210 – 0404.

CSISKO, M., 2013. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. [online]. [cit. 2018-01-31]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279>.

DIAMANTOVÁ, D., 2006. Syndrom diabetické nohy. In: Bureš, *Léčba rány*. 78 s. ISBN 80-7262-413-X.

DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života*. 1. vydání. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEALTH QUALITY ONTARIO, 2009. Community-Based Care for Chronic Wound Management. An Evidence-Based Analysis. In: *Ont Health Technol Assess Ser*. 2009; 9(18): 1–24. PMID 23074522.

HERMAN, J., MUSIL, D. a kol., 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-3335-7.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vydání. Praha: SLON. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

LEONARE, S., 2011. Život s chronickou ránou. In: *Florence*. Praha: Ambit Media a.s., roč. 7, č. 1, s. 39 - 40. ISSN 1801-464-X.

MAREŠ, J. a kol., 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 1. vydání. Brno: MSD. 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.

MATLASOVÁ, H., 2010. Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jan Pfeiffer.

MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.

PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. 1. vydání. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

PLHÁKOVÁ, A., 2007. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia. 471 s. ISBN 978-80-200-1499-3.

POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2011. Hojení ran z pohledu všeobecné sestry. In: *Florence*. roč. 7, 7-8, s. 14-16. ISSN 1801-464X.

POSPÍŠILOVÁ, A, ŠVESTKOVÁ, S., 2012. *Léčba chronických ran*. 1. vydání. Brno: IDVPZ. 72 s. ISBN 80-7013-348-1.

RAMON, C., GELABERT, M. D., 2009. *Cukrovka*. 1. vydání. Vrútky: Advent – Orion, s.r.o. 143 s. ISBN 978-80-8071-117-7.

STRYJA, J., 2008. *Repetitorium hojení ran*. 1. vydání. Semily: Geum s.r.o. 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, J. a kol., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vydání. Semily: Geum. 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

STRYJA, Jan, 2007. Aktivní přístup v hojení chronických ran. In: Medical Tribune, 2007(30). Str. C1-C2.

STRAKOVÁ, Jana, 2012. Komplikace chronických ran u seniorů. Brno: Masarykova Univerzita. Disertační práce. Vedoucí práce: prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc. 160 stran.

SVACHINA, Š., MÜLLEROVÁ, D., BRETŠNAJDROVÁ, A, 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2. upravené vydání. Praha: Triton. 331 s. ISBN 978-80-7387-699-9.

VOJTÁŠKOVÁ, A., PALUZGOVÁ, R., 2010. Diabetes mellitus s mnohočetnými komplikacemi. In: *Sestra*. roč. 20, č. 9, s. 68 – 69. ISSN 1210 – 0404.

WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.

WOO, K., LUCIA, V., ALAM, T., 2018. Optimising quality of life for people with non-healing wounds. Clinical practice. [online]. [cit. 22-10-2018]. Dostupné z: <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/566e1faa0681fc8b4e05c1145897b3b2.pdf>.

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	25
Graf 2 Věk respondentů	26
Graf 3 Skutečnost, o jak četnou hospitalizaci se u respondenta aktuálně jedná	27
Graf 4 Skutečnost, o jaký typ nehojící se rány se u respondenta jedná	27
Graf 5 Skutečnost, jak dlouho se respondent léčí s nehojící se ranou	28
Graf 6 Lokalizace místa nehojící se rány na těle respondenta	29
Graf 7 Skutečnost, zda respondent aktuálně pociťuje bolest s nehojící se ranou	29
Graf 8 Intenzita bolesti u respondenta	30
Graf 9 Skutečnost, zda se respondent domnívá, že nehojící se rána ovlivnila jeho kvalitu života	31
Graf 10 Skutečnost, jak se nyní respondent cítí oproti době, kdy došlo k rozvoji nehojící se rány	32
Graf 11 Skutečnost, ve kterých aspektech kvalitu života nehojící se rána ovlivnila respondenta	33
Graf 12 Co respondent považujete za hlavní příčinu	34
Graf 13 Skutečnost, jak aktuálně hodnotí respondent svou kvalitu života	35
Graf 14 Jak nehojící se rána omezuje respondenta v jeho každodenním životě	36
Graf 15 Skutečnost, v čem respondenta nehojící se rána nejvíce omezuje	37
Graf 16 Skutečnost, zda má respondent dostatečnou podporu od své rodiny	37
Graf 17 Skutečnost, zda má respondent dostatečnou podporu od přátel a kamarádů	38
Graf 18 Omezení sociálních kontaktů	39
Graf 19 Skutečnost, jaké pocity respondent pociťuje v souvislosti s nehojící se ranou	39
Graf 20 Skutečnost, zda byl respondent nucen, v důsledku nehojící se rány, zanechat své profese	40

Seznam zkratek

Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
Např.	například
Tj.	to je
Tzv.	tak zvaně
USA	Spojené státy americké
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Seznam příloh

Příloha 1

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Součková a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlavy (VŠPJ). Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „*Kvalita života jedince s chronickou ránou*“. Chtěla bych Vás požádat o zodpovězení všech otázek v předloženém dotazníku. Veškeré od Vás získané informace a připomínky jsou zcela anonymní a budou sloužit výhradně k sepsání mé práce. Děkuji za ochotu a spolupráci.

Část I: obecné informace o respondentovi a jeho zdravotním problému

1. Pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk?

- a) méně jak 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) 61 – 70 let
- g) 71 – 80 let
- h) 81 let a více

3. Můžete uvést, zda se u Vás jedná již o opakovanou hospitalizaci z důvodu nehojící se rány?

- a) ano, opakovaná hospitalizace
- b) ne

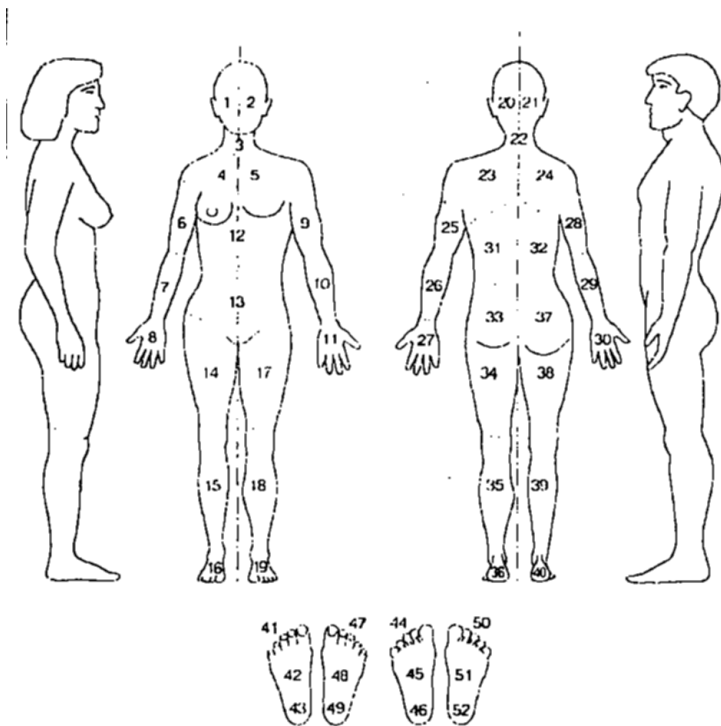
4. Jaký druh nehojící se rány se u Vás jedná?

- a) bérkový vřed žilního typu (mám nemocné žíly)
- b) bérkový vřed tepenného charakteru
- c) diabetická noha
- d) poúrazově vzniklá rána
- e) pooperačně vzniklá rána, která se nehojí
- f) proleženina
- g) jiné, prosím uveďte:

5. Můžete uvést, jak dlouho se již léčíte s touto nehojící se ranou?

- a) do 1 roku
- b) 1 rok až 5 let
- c) 6 až 10 let
- d) do 15 let
- e) 16 let a déle

6. Zde prosím zvolte místo, kde se rána nachází?



Část II: jaká oblast kvality života je u pacientů s chronickými ranami zasažena nejvíce (VO1)

7. Domníváte se, že nehojící se rána ovlivnila vaši kvalitu života?

- a) jednoznačně ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) jednoznačně ne

8. Domníváte se, že nehojící se rána ovlivnila Vaši kvalitu života především v aspektech? (Zde můžete zvolit více možností odpovědí).

- a) tělesných
- b) psychických
- c) společenských
- d) finančních
- e) pracovních
- f) jiné, prosím uveďte:

9. Domníváte se, že se nyní cítíte, oproti v době před rozvojem nehojící se rány?

- a) pořád stejně
- b) lépe
- c) nevím
- d) hůře
- e) mnohem hůře

10. Co Vy osobně považujete za hlavní příčinu, že způsobilo změnu kvality života, v souvislosti s nehojící se ranou? (Zde můžete zvolit více možností odpovědí).

- a) bolest
- b) výtok z rány
- c) zhoršená pohyblivost
- d) zápach z rány
- e) nutnost opakovaných převazů během dne
- f) opakované hospitalizace

- g) intimní problémy
- h) partnerské problémy
- i) ekonomická náročnost péče o ránu
- j) otok
- k) znečištění osobního prádla
- l) snížená chuť k jídlu
- m) pracovní příležitosti
- n) jiné, prosím uveďte:

11. Můžete uvést, v čem Vás nehojící se rána nejvíce omezuje?

- a) výkon domácích prací
- b) výkon osobní hygieny
- c) zájmy a koníčky
- d) ve stylu oblékání
- e) ve stylu preferované obuvi
- f) jiné, prosím uveďte:

12. Můžete uvést, jak výrazně Vás nehojící se rána omezuje ve Vašem každodenním životě?

- a) každodenní aktivity mi nedělají jakékoliv těžkosti a problémy
- b) jsem zcela soběstačný/a, ale výkon denních aktivit mi zabírá více času
- c) u mnohých každodenních činností nutně potřebuji dopomoc druhého
- d) jsem zcela odkázán/a na pomoc druhé osoby

13. Můžete uvést, zda v souvislosti s nehojící se ránou pociťujete něco z níže vedeného? (Zde můžete zvolit více možností odpovědi).

- a) zhoršení nálady
- b) psychické rozlady
- c) zvýšená pláčivost
- d) úzkost a napětí
- e) nejistota
- f) strach

- g) pocity deprese
- h) trápím se
- i) jiné, prosím uveďte:
- j) nic z uvedeného nepocítuji

14. Můžete uvést, jak aktuálně hodnotíte svou kvalitu života?

- a) má kvalita života je poměrně vysoká
- b) má kvalita života je spíše dobrá
- c) má kvalita života je neutrální
- d) má kvalita života je spíše zhoršená
- e) má kvalita života je zcela neúnosná

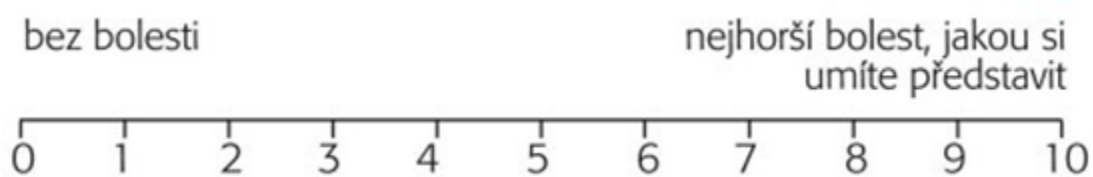
Část III: ovlivňuje bolest kvalitu života u pacientů s chronickou ránou (VO2)

15. Pocítujete aktuálně bolest v souvislosti s nehojící se ranou?

- a) ano
- b) ne

16. Můžete na níže prezentované škále zaškrtnout, kde se aktuálně nachází intenzita

Vaší bolesti? Pokud jste na předcházející otázku odpověděli „ano“.



Část IV: má vliv chronická rána na osobní život jedince (VO3)

17. Domníváte se, že máte dostatečnou podporu od Vaší rodiny?

- a) jednoznačně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) jednoznačně ne

18. Domníváte se, že máte dostatečnou podporu od Vašich přátel a kamarádů?

- a) jednoznačně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) jednoznačně ne

19. Domníváte se, že v důsledku nehojící se rány, u Vás došlo k omezení sociálních kontaktů?

- a) ano
- b) ne

20. Byl/a jste nucena zanechat své profese kvůli nehojící se ráně?

- a) ano
- b) ne

Část V: ostatní doplňující dotazy

Jestliže máte nějaké připomínky nebo postřehy, prosím uveďte je zde:

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku!