



Specifika převazu nehojících se ran v domácí péči

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Denisa Kadavá**
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.





Specifics of non-healing wounds dressing in home care

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Denisa Kadavá**
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Kadavá**

Osobní číslo: **D17000072**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Specifika převazu nehojících se ran v domácí péči**

Zadávací katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

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

Cíle práce:

- 1) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči.
- 2) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči.
- 3) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Převaz rány je do jisté míry považován za relativně nenáročnou a téměř každodenní ošetrovatelskou intervenci. Je důležité zdůraznit, že i nejjednodušší každodenní intervence mají své zásady a požadavky. Převaz a jeho provedení může velmi výrazně ovlivnit průběh hojení rány (Pokorná, Komínková, Sikorová, 2014). Bariérová ošetrovatelská péče je nedílnou součástí ošetrovatelských intervencí, které mají zabránit přenosu mikroorganismů mezi pacienty i na personál. Hygienicko-epidemiologické požadavky na proces převazu legislativně vymezuje zejména vyhláška č. 306/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výstupem z kvalifikační práce bude článek připravený k publikaci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči?
- 2) Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči?
- 3) Jaké faktory ovlivňují dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Polostrukturovaný rozhovor

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo: Domácí péče (utajená instituce)

Čas: leden-únor 2019

Vzorek:

Respondenti: Všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče, počet: po dosažení teoretické saturace.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50-70stran**

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

Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martin Krause, DiS.**

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **28. dubna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2019**

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvačilovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2018

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- FERKO, Alexander et al. 2015. Chirurgie v kostce. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- IHNÁT, Peter. 2017. Základní chirurgické techniky a dovednosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KARNETOVÁ, Zuzana. 2013. Revoluce v oblasti hojení ran. Sestra. 23(1), 57-58. ISSN 1210-0404.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MELICHERČÍKOVÁ, Věra. 2015. Sterilizace a dezinfekce. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-139-1.
- POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ a N. SIKOROVÁ. 2014. Ošetrovatelské postupy založené na důkazech. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.
- REICHARDT, Ch., K. BUNTE-SCHÖNBERGER a P. VAN DER LINDEN. 2017. Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0217-4.
- STRYJA, Jan et al. 2016. Repetitorium hojení ran 2. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- TOMEŠ, Igor et al. 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- WHO. 2016. Decontamination and Reprocessing of Medical Device for Health-care Facilities. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154985-1.
- WHO. 2016. Global Guidelines on the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154988-2.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

27. 4. 2019

Denisa Kadavá

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucímu práce panu Mgr. Martinu Krausemu, DiS. za odborné vedení, nesmírnou ochotu a cenné poradenství v průběhu vypracovávání bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla i všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a přátelům, kteří při mně stáli a podporovali mě během celého studia i během zpracovávání bakalářské práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Denisa Kadavá
Instituce: Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci
Název práce: Specifika převazu nehojících se ran v domácí péči
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.
Počet stran: 54
Počet příloh: 8
Rok obhajoby: 2019

Anotace:

Vlivem stárnutí populace, polymorbidy obyvatelstva a dalších aspektů, přibývá v České republice počet pacientů s nehojícími se ranami převážně venózní etiologie. Péče o rány se v poslední době přesouvá od poskytovatelů zdravotních služeb do prostředí domácí péče. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část se zabývá charakteristikou domácí péče a nehojících se ran. Dále se zabývá přípravou převazu, postupem převazu a postupem po převazu nehojící se rány v domácí péči. Výzkumná část je zaměřena na zjišťování faktorů ovlivňujících dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu nehojících se ran v domácí péči a na zjišťování faktorů ovlivňujících dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran pomocí kvalitativního výzkumu s technikou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, kterými jsou všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče.

Klíčová slova: domácí péče, nehojící se rána, převaz ran, všeobecná sestra

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Denisa Kadavá
Institution: Faculty of Nursing Studies, Technical University of Liberec
Title: Specifics of non-healing wounds dressing in home care
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.
Pages: 54
Appendix: 8
Year: 2019
Annotation:

Due to the aging of the population, polymorbidity of the population and other aspects, the number of patients with non-healing wounds predominantly venous etiology is increasing in the Czech Republic. Wound care is shifting from health care providers to home care. The bachelor thesis is divided into two parts, the theoretical part and the research. The theoretical part deals with the characteristics of home care and non-healing wounds. It also deals with the preparation of dressing, with the process of dressing and with the procedure after dressing of the non-healing wound in home care. The research part is focused on the identification of factors which are influencing the adherence to aseptic procedures during the preparation of the dressing, during the dressing of the non-healing wounds in home care and on the identification of factors influencing the compliance during the liquidation of used material during the care of non-healing wounds using qualitative research with the technique of semistructured interview with respondents, who are general nurses employed in the home care agency.

Key words: Home care, non-healing wound, factors affecting wound healing, dressing of non-healing wounds

Obsah

Seznam použitých zkratk	12
1 Úvod	13
2 Teoretická část	14
2.1 Charakteristika domácí péče.....	14
2.1.1 Kompetence všeobecných sester v domácí péči.....	15
2.1.2 Vykazování ošetrovatelské péče zdravotním pojišťovnám.....	17
2.2 Specifika ošetrovatelské péče o nehojící se rány.....	17
2.2.1 Rozdělení a charakteristika ran	18
2.2.2 Fáze hojení nehojících se ran	19
2.2.3 Kontinuum hojení rány.....	21
2.2.4 Specifika ošetrovatelské péče v období přípravy převazu	22
2.2.5 Specifika ošetrovatelské péče v období vlastního převazu rány	24
2.2.6 Specifika ošetrovatelské péče po převazu rány	27
3 Výzkumná část	30
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
3.2 Metodika výzkumu	30
3.3 Analýza výzkumných dat.....	31
3.3.1 Kategorie příprava převazu	32
3.3.2 Kategorie proces převazu	35
3.3.3 Kategorie likvidace použitého materiálu pomůcek a po převazu.....	38
3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek.....	40
4 Diskuze	42
5 Návrh a doporučení pro praxi	47
6 Závěr	48
Seznam použité literatury	49
Seznam obrázků	52
Seznam schémat	53
Seznam příloh	54

Seznam použitých zkratek

ADPČR	Asociace domácí péče České republiky
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
č.	číslo
ČR	Česká republika
DP	domácí péče
HDR	hygienická dezinfekce rukou
m ²	metrů čtverečných
min.	minut
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
obr.	obrázek
R1–5	respondent 1–5
s.	strana
SZÚ	Státní zdravotní ústav
tj.	to je
TUL	Technická univerzita v Liberci
tzv.	takzvaně
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHC	The Wound Healing Continuum

1 Úvod

V dnešní době se péče o pacienty přesouvá z nemocnic do domácí péče. Tato forma péče má hned několik výhod. Nejen, že je finančně méně náročná, ale také zkracuje dobu hospitalizace a umožňuje pacientům, aby jim péče, kterou potřebují, byla poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí, což jim v mnohých případech přispívá k většímu psychickému i fyzickému pohodlí.

Domácí péče je určena pro každého bez ohledu na věk, pohlaví, rasu či náboženského vyznání. Poskytuje pacientům odbornou ošetrovatelskou péči zahrnující například odběr biologického materiálu, rehabilitaci, aplikaci léčiv injekční i jinou formou, zavádění permanentního močového katétru u žen a v neposlední řadě převaz nehojících se ran. Nehojící se rány se u pacientů v dnešní době objevují čím dál častěji. Děje se tak zejména kvůli nárůstu civilizačních chorob, v jejichž důsledku nehojící se rány vznikají. Vyznačují se především chronickou bolestí a poruchou hojícího procesu, což pacienty často omezuje ve vykonávání běžných denních aktivit. Z tohoto důvodu je pro všeobecné sestry převaz nehojících se ran důležitou součástí ošetrovatelské péče o pacienty.

Cílem bakalářské práce je zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči. V teoretické části je charakterizována domácí péče a popsán doporučený postup péče o nehojící se rány dle nejnovější literatury. Výzkumná část se zabývá zjišťováním pozitivních a negativních faktorů ovlivňujících dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči. Zjištěné faktory jsou získány od respondentů, kterými jsou všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče pomocí kvalitativní metody s použitím výzkumných technik nestrukturovaného pozorování a následným polostrukturovaným rozhovorem. Výstupem z bakalářské práce je dle zjištěných skutečností článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

2 Teoretická část

2.1 Charakteristika domácí péče

Domácí péče je zdravotní péče, která je poskytována pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře pro dospělé, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost či ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v **jejich vlastním sociálním prostředí** (Česko, 2004). Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocných a zajištění klidného umírání a smrti (Bártlová, 2010). Hlavním cílem domácí péče v České republice je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoc pacientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení příslušným lékařem, v jejich vlastním sociálním prostředí. Dalším z cílů domácí péče je eliminace vlivu infekcí spojených se zdravotní péčí a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů (Česko, 2004).

Výhodou domácí ošetrovatelské péče je zejména její **ekonomičnost**. Zkracováním doby pobytu pacienta v nemocničním prostředí snižuje domácí ošetrovatelská péče náklady na péči o pacienta o třetinu až polovinu. Další z výhod je **individualizace péče**, protože každý pacient je jedinečná lidská bytost, která má svoje individuální potřeby. Opomenuta nesmí být ani **komplexnost** domácí ošetrovatelské péče, která poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetrováním, rehabilitací, psychikou, duševní podporou a opatrováním pacienta (Bártlová, 2010). Zdravotnické systémy se snaží o minimalizaci doby pobytu pacientů u poskytovatelů zdravotních služeb (Tomeš, 2015). S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí, aby domácí péče byla dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Česko, 2004).

Na zdravotní péči se podílí lékaři, všeobecné sestry, pečovatelky, volontéři či další zdravotničtí pracovníci, jako např. fyzioterapeuti, a je určena pro každého. Určující je zdravotní stav nemocného a míra potřeby zdravotnické péče. Poskytuje se všem bez rozdílu či ohledu na věk, rasu, pohlaví, náboženství apod. (Bártlová, 2010). Na rozhodování a poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí se též podílí rodina či přátelé pacienta (Tomeš, 2015). Každý člověk má právo na plnohodnotný život ve své komunitě, v prostředí, které si zvolil, ve kterém se narodil a vyrůstal (Macurová, 2015). Základem domácí ošetrovatelské péče je princip subsidiarity, čili aktivní péče o pacienta, a snaha ho vést ke svépomoci a podpoře všech potenciálů.

U každého pacienta musí být vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace, která obsahuje zpravidla záznam o vývoji zdravotního stavu a plán péče o pacienta (Jarošová, 2007).

V České republice je domácí ošetrovatelská péče poskytována v **pěti základních formách**. První formou je **akutní domácí péče (domácí hospitalizace)**, která je poskytována pacientům s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci. Bývá většinou poskytována v pooperačním a poúrazovém období v rozsahu několika dnů či týdnů. Další formou je **dlouhodobá domácí péče**. Jedná se o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice a je určena chronicky nemocným pacientům. Bývá poskytována v rozsahu několika měsíců až let. Třetí formou je **preventivní domácí péče**, která je určena pacientům, u nichž je lékařem doporučena pravidelná kontrola zdravotního a duševního stavu. Bývá poskytována v týdenní či měsíční frekvenci podle toho, jak určí ošetřující lékař pacienta. **Domácí hospicová péče** zahrnuje péči o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění u pacientů, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců. Poslední formou je **domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)**. Jedná se o mimořádné alternativní využití domácí ošetrovatelské péče pro provedení jednorázových výkonů všeobecnými sestrami. Jedná se zpravidla o provedení odborných výkonů bez zavedení domácí péče (Jarošová, 2007). Příjem pacienta do domácího ošetřování je uveden v Příloze A. Domácí ošetrovatelská péče je součástí primární zdravotní péče a je hrazena zdravotní pojišťovnou, pokud ji předepíše lékař (Tomeš, 2015). Materiální a technické vybavení domácí péče je uvedeno v příloze (viz Příloha B).

2.1.1 Kompetence všeobecných sester v domácí péči

Kompetence znamená „*souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů, a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti*“ (Podrazilová, 2016, s. 44). Rozsah kompetencí všeobecných sester závisí na stupni jejich dosaženého vzdělání (Podrazilová, 2016). Kompetence všeobecných sester jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., ve znění novely č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence všeobecných sester se dělí dle platné legislativy na kompetence **bez odborného**

dohledu a bez indikace, pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře a pod odborným dohledem lékaře (Podrazilová, 2016). Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu dle indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přípravuje přitom pacienty zejména k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči, kterou pacientům poskytuje i po výkonu (Česko, 2017). Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy, vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a podílí se na přípravě standardů (Podrazilová, 2016). Předpokladem pro poskytování individuální péče metodou ošetrovatelského procesu v praxi je získání znalostí, dovedností a způsobilostí v oblasti **interpersonální** (např. komunikace, naslouchání, projev zájmu a empatie, získání důvěry apod.), **technické** (např. manuální zručnost při ošetrovatelských výkonech) a **intelektové**, jako např. řešení problémů, kritické myšlení a schopnost vytvářet adekvátní úsudky (Mastiliaková, 2014). Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou povinni poskytovat péči lege artis a dle standardů upravujících postupy při provádění ošetrovatelských výkonů (Jarošová, 2015). Poskytovatelé domácí péče spolupracují také s orgány státní správy a samosprávy, s nevládními organizacemi a dalšími subjekty ve zdravotní a sociální sféře (Česko, 2004). Domácí ošetrovatelskou péči poskytují všeobecné sestry, které jsou zaměstnány většinou nestátními poskytovateli zdravotnických služeb (Tomeš, 2015). Dle Věstníku MZČR (Česko, 2004) je minimální doporučený počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče 5,0 pracovníků na plný úvazek ve smluvním vztahu. V každém případě by měla mít všeobecná sestra přesně definované kompetence legislativním způsobem, jako právní ochranu své osoby v pracovním procesu (Koutná, 2010).

2.1.2 Vykazování ošetrovatelské péče zdravotním pojišťovnám

Ze zdravotního pojištění je zdravotními pojišťovnami poskytována úhrada za výkony v rámci domácí ošetrovatelské péče, které byly ordinovány ošetrujícím lékařem a mají charakter zdravotní péče. Jedná se o odborné a specializované výkony, které jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky (ADPČR, 2018). Vykazování zdravotní péče pojišťovnám se řídí příslušnou legislativou platnou pro Českou republiku. Jedná se zejména o Vyhlášku MZČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Dále se jedná o Metodiku pořizování a předávání dokladů Všeobecné zdravotní pojišťovně (Bártlová, 2010).

Prvním typem kódů jsou takové kódy, které určují **typ ošetrovatelské návštěvy** pod odborností 925. V České republice jsou jimi např. 06311 (Zavedení, ukončení domácí péče, administrativní činnost sestry v domácí péči) 60 min, 06313 (Ošetrovací návštěva domácí péče typ I.) 30 min, 06315 (Ošetrovací návštěva domácí péče typ II.) 45 min, 06317 (Ošetrovací návštěva domácí péče typ III.) 60 min, 06318 (Ošetrovací návštěva domácí péče typ IV.) 15 min a 06319 (Fyzická asistence při poskytování domácí péče) 30 min (Bártlová, 2010). Další kódy jsou užívány pro **výkaz ošetrovatelských výkonů**. Řadí se sem např. kódy 06321 (Vyšetření pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí), 06323 (Odběr biologického materiálu), 06329 (Lokální ošetření), 06335 (Nácvik a zaučování aplikace inzulínu) a další (Bártlová, 2010).

2.2 Specifika ošetrovatelské péče o nehojící se rány

Během posledních deseti let došlo v Evropě k zásadní změně místa, kde probíhá management péče o rány. Dříve probíhal především v nemocnici, ale v dnešní době se **přesouvá do domácího prostředí**. Domov pacientů v tomto případě nezahrnuje pečovatelské domy ani jiná zařízení, která poskytují péči svým obyvatelům. Výrazný dopad na výskyt nehojících se ran v Evropě má fakt, který poukazuje na to, že v dnešní době **trpí více než 52 % dospělého obyvatelstva nadváhou**, přičemž 17 % z nich je obézních. Mezi nehojícími se ranami a chronickými onemocněními existuje přímé spojení. Jakákoli diskuse na toto téma musí vzít v úvahu vzájemný dopad těchto dvou faktorů (Probst, 2014).

2.2.1 Rozdělení a charakteristika ran

Rána (vulnus), je definována jako porušení kožní integrity, které vzniká v důsledku fyzikálního, nejčastěji mechanického působení (Janíková, 2013). Rány se dělí podle **poškození kožního krytu** na otevřené a uzavřené, **podle vztahu k dutinám** na nepronikající a pronikající (přes nástěnné peritoneum, nástěnnou pleuru, duru mater či synoviální membránu), **podle přítomnosti infekce** se rozdělují na ránu čistou (netraumatická rána, bez zánětu, bez porušení aseptických kautel, bez otevřeného gastrointestinálního, biliárního, tracheobronchiálního či močového traktu), ránu čistou, kontaminovanou (netraumatická rána, kde došlo k omezené kontaminaci otevřením některého z orgánových systémů), ránu kontaminovanou, znečištěnou (traumatická rána, otevření gastrointestinálního, biliárního nebo ostatních systémů s masivní kontaminací) a ránu znečištěnou, infikovanou. **Dle etiologie** se rány dělí na mechanické, ke kterým patří rána řezná (vulnus scissum), rána sečná (vulnus sectum), rána bodná (vulnus punctum), rána střelná (vulnus scloperatium), rána kousnutím (vulnus morsum), rána tržná (vulnus lacerum), rána zhmožděná (vulnus contusum) a rána tržně zhmožděná (vulnus contusolacerum), termické rány ke kterým patří popáleniny a omrzliny, chemické rány, ke kterým patří poleptání kyselinou (koagulační nekróza) a zásadou (kolikvační nekróza), rány vzniklé zářením (postradiační vřed, nekróza kůže) a rány vzniklé elektrickým proudem (Ferko, 2015).

Ránu, která vzniká ve zdravé tkáni a hojí se v krátkém časovém období (do 6 týdnů), lze označovat jako **ránu akutní** (Janíková, 2013). V případě stagnace hojení rány může akutní rána přejít v ránu chronickou (Stryja, 2016). Jako **chronická rána** je označována taková rána, která i přes odpovídající terapii nevykazuje známky hojení v období více než 6–9 týdnů. V dnešní době je používán pojem **nehojící se rána**, který v současné literatuře nahrazuje pojem chronická rána (Janíková, 2013). Nehojící se rány lze rozdělit z etiologického hlediska na několik heterogenních skupin. Nejčastěji se vyskytující nehojící se rány zahrnují bércové vředy venózní etiologie, které bývají jedním z projevů chronické žilní insuficience, arteriální kožní vředy, které jsou symptomem pokročilé ischemické choroby dolních končetin, dekubity, neuropatické kožní vředy, které vznikají jako následek onemocnění diabetem mellitem, kožní vředy způsobené lymfedémem, ulcerace vzniklé jako důsledek vaskulitid a autoimunitních onemocnění, exulcerované maligní nádory a ulcerace vzniklé při aktinoterapii, popáleniny II. a III. stupně a pooperační či posttraumatické rány hojící

se per secundam (Stryja, 2016). Princip jejich léčby je založen na odstranění odumřelé tkáně tzv. nekrektomii (která může být provedena chirurgicky, enzymaticky nebo chemicky), zvládnutí lokální infekce a podpoře tvorby granulační tkáně a epitelizace rány (Ferko, 2015).

Nehojící se rány jsou mnohdy symptomem jiného závažného onemocnění, většinou jsou však výsledným projevem trofických tkáňových změn, na kterých se často podílí několik faktorů současně. Jejich incidence koreluje s incidencí některých civilizačních chorob (Pospíšilová, 2010).

Kožní vřed (ulcus) je definován jako ztráta kůže v celém jejím rozsahu, která zasahuje do podkoží. Kožní ulcerace a vředy vznikají jako důsledek místních poruch trofiky tkání či rozpadem zánětlivého nebo nádorového ložiska (Stryja, 2016). Ulcerace dolních končetin jsou poměrně častou komplikací onemocnění cév na dolních končetinách. Nejčastěji se vyskytují ulcerace žilní etiologie, jako ulcus cruris venosum u 73% pacientů. Tento typ vředu vzniká v důsledku lokální tkáňové hypoxie v závislosti na stagnaci odkysličené krve v hlubokém i povrchovém žilním systému. Následuje žilní hypertenze, která způsobuje přestup krevní plazmy do okolní tkáně vlivem mikrocirkulace (Pejznochová, 2010).

V praxi mohou vznikat nehojící se rány přechodem akutní rány do chronicity vlivem přidružených onemocnění či infekce a také mikrotraumatizací kůže, která je již sama predisponována k obtížnému hojení (Stryja, 2016).

2.2.2 Fáze hojení nehojících se ran

Hojení je proces, při kterém dochází k obnově poškozených tkání (Karnetová, 2013). Jedná se o proces, při kterém je poškozená tkáň nahrazena vazivovou tkání, která se změní v jizvu (Pokorná, 2012). Patří k základním dějům, které zajišťují přežití organismů (Karnetová, 2013). Nehojící se rány **se vyznačují tzv. sekundárním hojením**. V průběhu hojení je na ráně často přítomna bakteriální kolonizace nebo infekce. Vředy měkkých tkání se postupně vyplňují granulační tkání a epitelizují z okrajů postižené tkáně (Stryja, 2016).

V první fázi hojení, **zánětlivé fázi**, dochází k rozvoji lokální zánětlivé reakce, která je základem hojení (Ferko, 2015). V klinickém obraze se nachází v místě poranění místní známky zánětu, tzv. Celsovy příznaky, jako calor, rubor, tumor, dolor, functio

laesa. Dochází k vasodilataci, zvýšení permeability cév, migraci buněk a exsudaci tekutiny do intersticia, čímž vzniká otok (Stryja, 2016). V zánětlivé fázi dochází k odstraňování všech příčin, které zpomalují proces hojení (např. cizí tělesa, nekrózy apod.) a podpoře granulace tkáně (Janíková, 2013). Cílem zánětlivé reakce je ránu vyčistit a vytvořit předpoklady pro proliferační fázi hojení. Zásadní význam pro hojení rány mají v této fázi makrofágy, které jsou chemotakticky přitahovány do místa rány, kde uvolňují proteolytické enzymy, které rozvolňují poškozenou tkáň, pokračují ve fagocytární činnosti, secernují růstové faktory a další cytosiny a podporují zánětlivý proces (Pospíšilová, 2010). Trvání této fáze je vždy individuální, u nehojící se rány může být tato doba 7–28 dnů, ale i mnohem déle (Janíková, 2013).

Ve druhé fázi, **fázi proliferace**, dochází k tvorbě granulační tkáně. Fibroblasty migrují do rány, kde proliferují a vytvářejí extracelulární matrix obsahující kyselé mukopolysacharidy a hexosaminy. Postupně je matrix nahrazena prokolagenem, který se zesiluje a formuluje se podle směru budoucí zátěže. Současně vrůstají do nové tkáně kapiláry, které zajišťují její výživu (Ferko, 2015). V této fázi je velmi důležité udržovat optimální vlhkost a teplotu tkání (Pokorná, 2012). Proliferační fáze je charakteristická svou červenou až lososovou barvou. Tato barva je ukazatelem pokračujícího či naopak stagnujícího hojení. Důležitá je proto volba krytí, která podpoří granulaci tkáně (Janíková, 2013). Epitelové buňky částečně migrují z okrajů rány nebo kožních adnex a částečně se množí v bazální vrstvě epidermis. Výsledkem reepitelizace je jizva tvořená tenkou náhradní epidermis chudou na cévy, bez adnex (Stryja, 2016).

Poslední fázi je **fáze epitelizace**, při které dochází k postupné tvorbě jizevnaté tkáně (Janíková, 2013). Granulační tkáň postupně ztrácí vodu, dochází k úbytku cév a nová tkáň zbytnuje a mění se v již zmíněnou jizevnatou tkáň (Pokorná, 2012). Cílem ošetřování je podpora a ochrana epitelizace, zlepšení elasticity okrajů rány a zmírnění jizvení tkáně (Pejznochová, 2010). Takto zhojená tkáň je velmi náchylná na poranění, proto je zapotřebí ji náležitě ošetřovat (Janíková, 2013). Po dvou letech získává novotvořená tkáň zhruba 80% původní pevnosti (Pokorná, 2012). Dle Pospíšilové (2010) bývá hojení ran často nepříznivě ovlivňováno **lokálními (vnějšími)** a **systémovými (vnitřními) faktory** (viz Příloha C). Přítomnost a identifikace jednotlivých faktorů je nezbytné pro správnou volbu místní i celkové léčby a také prevence recidivy rány či vzniku komplikací (Pokorná, 2014). Všechny faktory je třeba u nehojících se ran identifikovat a při léčbě je zohlednit (Pospíšilová, 2010).

2.2.3 Kontinuum hojení rány

WHC je jednoduchá pomůcka, která byla původně určená pro všeobecné sestry ošetřující rány. Je založena na rozpoznání barvy, která na spodině rány převažuje a je tak pro hojení rány nejdůležitější (Stryja, 2016). **Černá rána** je charakteristická výskytem nekrózy na spodině rány. Často se nachází pouze na okrajích sekundárně se hojících ran a dekubitů (Pokorná, 2012). Jediným léčebným zákrokem je débridement rány (Stryja, 2016).

Débridement znamená odstranění adhezující, mrtvé a kontaminované tkáně z rány, zatím co toaleta rány je definována jako odstranění tkáňové drtě jako je cizí materiál, uvolněné metabolity apod. Débridement v sobě nezahrnuje výkony jako revize rány, resekce funkční tkáně či amputace (Stryja, 2015).

Černo-žlutá rána patří mezi přechodné rány, které se hodnotí dle převládající komponenty na spodině rány (Pokorná, 2012). Žlutá barva představuje vlhkou nekrózu či nekrotický podkožní tuk (Janíková, 2013). K navození hojení je zde indikován débridement (Stryja, 2016). **Žlutá rána** je identifikována jako rána s vysokým rizikem přítomnosti hnisu a známkami lokalizované či šířící se infekce. Jedná se o místo vhodné pro množení mikroorganismů, a proto by měl být hnis odstraněn (Pokorná, 2012). **Žluto-červená rána** znamená přítomnost hnisavých povlaků (Janíková, 2013). Obraz červené složky mohou vytvářet např. koagula po traumatu po odstranění adherentního krytí koagula z drolivých granulací atd. (Stryja, 2016). Červená barva může být ale i známkou infekce, způsobenou zejména betahemolytickými streptokoky skupiny A, B, C a G. Intervence spočívají v odstranění žlutých povlaků a aplikaci lokálních antiseptik a prostředků, které podporují hojivé procesy (Pokorná, 2012). **Červená rána** je tvořena zdravou granulační tkání (Stryja, 2016). Z fyziologického hlediska se však pouze červená rána nevyskytuje jen tehdy, když na tento proces navazuje proces epitelizace (Pokorná, 2012). **Červeno-růžová rána** je již tvořena tenkou vrstvou nově vzniklého epitelu, přes který prosvítá granulační tkáň (Stryja, 2016). Je známkou ukončování procesu hojení a uzavírání defektu (Pokorná, 2012). Cílem léčby je udržet stabilní vlhké prostředí pro optimální hojení (Stryja, 2016). **Růžová rána** je stav, kdy je původní defekt zcela překryt novým epiteliálním krytem. Tato tkáň je velmi křehká a náchylná k traumatu (Pokorná, 2012). Až do úplné konsolidace jizvy je důležité epitel chránit před poškozením (Stryja, 2016).

2.2.4 Specifika ošetrovateľskej péče v období prípravy prevazu

Prevaz rány je definovaný ako opakované ošetrenie rány, pri ktorom sa musí dodržiavať základní hygienická pravidlá dle vyhlášky č. 306/2012 Sb. o podmínkách predchádzaní vzniku a šírení infekčných onemocnení a o hygienických požiadavkách na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Prevaz rány se provádí z důvodu kontroly rány, oplachu/výplachu rány, odstranění stehů, zkrácení/odstranění drénů, aplikace léčiv a výměny obvazu čili terapeutického krytí (Pokorná, 2014).

K základním úkonům při přípravě prevazu patří **příprava pomůcek**, ke kterým patří prevazové nůžky, sterilní chirurgické nástroje, prevazový materiál (terapeutické krytí, sterilní krytí, sterilní mulové tampony, nesterilní krytí, obinadlo, fixační náplasti), dezinfekční a oplachové roztoky, ochranné prostředky do okolí rány, sterilní sety k odběru biologického materiálu, dvě emitní misky, ochranné pomůcky (rukavice, ochranný plášť atd.), injekční stříkačky a jehly a ostatní dle potřeby (Janíková, 2013). Dle zásad při ukládání materiálu potřebného k prevazům musí být všechny pomůcky, které přijdou do styku s ránou **sterilní**, uspořádání pomůcek musí být jasné a přehledné, součástí je nepostradatelný prostor pro odkládání použitých, a tím i infikovaných materiálů a vzhledem k současným možnostem využití sterilního materiálu již v hotovém provedení se nepoužívají kazety, které nesplňují požadavky sterility (Bártlová, 2010). Nedostatečná příprava pomůcek je jednou z problematických oblastí v procesu prevazu ran. Problémem může být např. nedostatek nástrojů, použití nevhodného primárního či sekundárního krytí nebo nevhodná dezinfekce zejména s ohledem na přecitlivělost pacienta na účinnou látku (Pokorná, 2014).

Ruce zdravotnického personálu mohou být důvodem přímého i nepřímého přenosu původců infekcí na vnímavé jedince. Proto je dalším velmi důležitým úkonem při přípravě prevazu **hygienická dezinfekce rukou** (viz Příloha D), jak uvádí Melicherčíková (2015). Účinné látky dezinfekčních přípravků narušují membránu buněk či strukturu DNA původce a vedou tak k usmrcení nebo deaktivaci buňky. Z tohoto důvodu je velmi důležité dodržovat při aplikaci těchto přípravků **doporučené množství** dezinfekčního prostředku určeného na hygienickou dezinfekci rukou, **doporučené časy** aplikace přípravku a nanášení dezinfekčního přípravku na **suchou kůži** (Reichardt, 2017). Dezinfekční přípravek se vtírá v množství cca **3 ml** podobu minimálně **20 vteřin** (Česko, 2012 a). Dle Reichardta (2017) je nutné při HDR věnovat pozornost konečkům prstů, nehtům a palcům, aby nevznikla tzv. neošetřená místa.

Neošetřená místa jsou plošky na kůži rukou, které nebyly dostatečně dezinfikovány. Je velmi pravděpodobné, že na těchto místech se stále vyskytují patogenní původci, kteří mohou způsobit následnou kolonizaci nebo infekci pacienta, případně i personálu. Proto je nutné, aby byly ruce dezinfekčním prostředkem kompletně pokryty (viz Příloha D, Obr. 4).

Platí pravidlo, že **ruce se desinfikují před kontaktem s pacientem, před aseptickými výkony, po kontaktu s biologickým materiálem, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s okolím pacienta** (viz Příloha D, Obr. 3), dle Melicherčíkové (2015). Tak uvádí i Reichardt (2017) a Světová zdravotnická organizace (WHO, 2009). Správně a důkladně prováděná hygiena rukou při poskytování zdravotní péče je **nejefektivnějším opatřením v prevenci infekcí spojených se zdravotní péčí** (nemocničních nákaz) i profesionálních onemocnění. Je závislá na lidském povědomí a přijetí hygieny rukou jako základní a neoddělitelnou součást poskytování zdravotní péče (Melicherčíková, 2015).

Po HDR následuje **příprava pacienta a prostředí**. Příprava pacienta musí být jak fyzická, tak i psychická. Patří sem popřípadě analgetizace pacienta, úprava polohy pacienta, hodnocení významných projevů či reakcí pacienta a seznámení pacienta s výkonem (Pokorná, 2014). Tak uvádí i Janíková (2013), která navíc doplňuje i zjišťování **případných alergií** pacienta např. na dezinfekci, kterou může zdravotnický pracovník použít při převazu. Při neuspokojivé nebo zcela chybějící analgetizaci může pacient trpět tzv. **anticipovanou bolestí**, tudíž předpokládá, že převaz bude bolestivou zkušeností. Analgetika je vhodné podat per os minimálně 30 minut před převazem rány. Problém může být v případném nedodržení doby nástupu analgetika. Další problematickou oblastí bývá i nevhodná poloha pacienta při převazu nebo nevhodná příprava prostředí, která zahrnuje nezajištění soukromí pacienta, rušivé vlivy při převazu jako hluk, chlad, horko nebo odhalování pacientů nad rámec ošetřované části těla. Vhodná poloha pacienta je při převazu dolních končetin vleže. Při péči o jinou část těla minimálně vsedě. Vždy je důležitá elevace končetiny. Pacient musí udržet polohu delší dobu, poloha pro něj musí být komfortní a musí umožnit všeobecným sestram přístup k ráně (Pokorná, 2014).

2.2.5 Specifika ošetrovatelské péče v období vlastního převazu rány

Před zahájením převazu je **nutná hygienická dezinfekce rukou všeobecné sestry** (viz Příprava převazu) provádějící převaz rány. Důležité je i následné použití **ochranných rukavic**. Ústenka zakrývající nos a ústa se používá u velkoplošných defektů, např. popálenin nebo u defektů silně infikovaných a slouží k ochraně personálu (Bártlová, 2010). Tak uvádí i Stryja (2016) a Pokorná (2014), která dále doporučuje použít ochranný jednorázový oděv, tzv. operační plášť (empír), při rozsáhlých převazech silně secernujících ran. Pokud je pacient seznámen s výkonem a je fyzicky i psychicky připraven, může se přejít k samotnému převazu rány (Bártlová, 2010).

Nástroje i pomůcky, které přijdou do přímého kontaktu s otevřenou ránou, musí být, jak již bylo zmíněno, vždy sterilní a musí se dodržovat zásady asepse a non-touch techniky (Stryja, 2016). Stejnou techniku doporučuje i Pokorná (2014), která dále uvádí, že non-touch technika spočívá ve snaze zabránit přímému kontaktu s ránou tím, že se ochranné pomůcky a krycí materiál k převazu podává pomocí **2 pinzet** či jiných nástrojů určených k podávání materiálu. Sterilní materiál se otevírá až těsně před jeho použitím. Kombinované obaly jako je papír s fólií se otevírají oddělením jednotlivých vrstev od sebe ve sváru, a je nutno respektovat dobu expirace vyznačenou na obalu (Kelarová, 2015). Následuje zhodnocení sekundárního krytí, kde se pátrá po známkách nutnosti jeho výměny. Při odstraňování původního sekundárního a primárního krytí bývá krytí často adherováno, proto se aplikuje oplach (např. fyziologický roztok atd.) pro lepší odstranění (Pokorná, 2014). Po odstranění původního krytí sestra provede **HDR a výměnu rukavic**. Je nevhodné dotýkat se kontaminovanými rukama či rukavicemi čistých pomůcek (Vytečková, 2015).

Dále následuje **hodnocení rány**, zejména její spodiny dle WHC. Rány se hodnotí také dle fotodokumentace rány a jejího okolí nebo dle podrobného popisu rány v dokumentaci se zaměřením na rozsah rány (podélný a příčný rozměr rány, její hloubka), charakter spodiny rány se zaměřením na přítomnost nekrózy a povlaků, množství a charakter exsudátu, přítomnost foetor vulneris, stav a vitalitu granulační tkáně, rozsah epitelizace, charakter okrajů rány, příznaky ranné infekce, bolestivost rány a sklon rány ke krvácení. Fyzicky se zápis do dokumentace provádí až po ukončení převazu a likvidaci infekčního materiálu. Pokračuje se ošetřením okolí rány zahrnujícím očištění a případnou dezinfekci kůže a okolí rány dezinfekčními přípravky k tomu

určenými, odstraněním krust a povlaků nebo zbytků mastí. Čištění okolí se provádí **z okolí směrem dovnitř** (Stryja, 2016).

V průběhu převazu lze provést stěr z rány, punkční biopsii nebo otisk rány na filtrační papír (Pokorná, 2014). Stěry z rány by měly být odebírány pouze tehdy, chceme-li zjistit původce infekce a ovlivnit tak efektivnost antibiotik. Materiály se odebírají **po oplachu rány a débridementu rány**, který zahrnuje odstranění zbytků nekróz, povlaků nebo fibrinu ze spodiny rány sterilním tamponem, pinzetou, chirurgickými nůžkami, skalpelem nebo exkochleační lžičkou. Je-li rána suchá, je nutné tampon nejprve namočit transportním médiem (Stryja, 2016). Odběr se provádí sterilním tamponem přísně aseptickým způsobem. Materiál je nutné odebrat podle požadavků laboratoře. Před každým odběrem biologického materiálu je vždy důležité ověřit **identifikaci pacienta**. Biologický materiál se odebírá bezchybnou technologií do předem označené nádoby. Na identifikační štítek se zpravidla uvádí jméno pacienta, rodné číslo a datum odběru. Ke každému odběru musí být připravena kompletně vyplněná žádanka. Biologický materiál musí být při uchovávání zajištěn proti znehodnocení. Je nutné dodržovat požadavky na transport a není-li stanoveno jinak, provést vyšetření do 2 hodin po odběru. Výsledky vyšetření je nutno evidovat a předat lékaři. V neposlední řadě je důležité dodržovat zásady BOZP, protože veškerý biologický materiál je třeba **považovat za infekční** (Vytejšková, 2013).

Následují výkony dle ordinace zodpovědně vyškolené osoby pro péči o nehojící se ránu jako je lékař nebo všeobecná sestra se zvláštní odbornou způsobilostí (Pokorná, 2014). Komplexní léčba nehojících se ran pak zahrnuje léčbu celkovou i fázové postupy při lokálním ošetřování ran. Moderní léčba nehojících se ran v současnosti zahrnuje débridement rány (chirurgický, enzymatický, biologický a mechanický), roztoky vhodné pro aplikaci do rány, krytí na rány, léčbu infekce v ráně, farmakologickou systémovou podporu hojení a moderní technologie k podpoře hojení rány jako je např. hyperbarická oxygenoterapie, léčba ran kontrolovaným pod tlakem či autologní transplantace kmenových buněk atd. (Ihnát, 2017). Lékař zhodnotí stav tkáně v okolí rány a naordinuje ošetření okolí vhodným materiálem s ohledem na rannou sekreci a případnou maceraci. K léčbě macerace okolí lze primárně použít samotné terapeutické krytí (Stryja, 2016).

Moderní terapie nehojících se ran je založena především na metodách tzv. **vlhké terapie** (Ihnát, 2017). Tekutina vylučovaná ránou obsahuje řadu růstových faktorů a výživných látek, které přispívají k úspěšnému hojení rány (Karnetová, 2013). Tímto

způsobem je celá řada pacientů úspěšně léčena. Všeobecné sestry pracují s novou filozofií a zaznamenávají dobré léčebné výsledky (Koutná, 2010). Pokud je rána udržována ve vlhkém stavu, dochází k jejímu urychlenému hojení a urychlené reepitalizaci. Vlhké hojení ran se vyznačuje charakteristikami jako optimalizace procesu hojení prostřednictvím udržení vlhkého prostředí v ráně, respektování fázového hojení rány, schopnost absorpce exsudátu bez jeho zpětného uvolnění do spodiny rány, ochrana granulující rány před mechanickým poškozením, snížení frekvence převazů, a tím i snížení traumatizace rány během převazu, ochrana rány před infekcí, selektivní prostupnost pro plyny a vodní páru a v neposlední řadě i minimalizování macerace kůže v okolí rány (Ihnát, 2017).

Při léčbě a ošetřování nehojících se ran se musí brát vždy v potaz faktory celkové i lokální. Základem ošetřování nehojících se ran je výběr vhodného materiálu. K materiálům užívaným v dnešní době patří např. **obvazy s aktivním uhlím** (kombinují se s gely a neadherentním krytím), které se používají u středně a silně secernujících ran. Frekvence převazu bývá většinou 3–7 dní dle ošetřujícího lékaře. **Antiseptické nebo také antibakteriální krytí** (pletené mřížky napuštěné povidon-jódem nebo chlorhexidinem), se používají zejména k prevenci i řešení infekce u mírně secernujících ran. Aktivní zůstávají až 24 hodin. **Algináty** (obsahují organické kyseliny) mají významný čistící efekt. Nasávají exsudát, zbytky odumřelých buněk a bakterií a uzavírají je do vznikajícího gelu. Používají se u ran středně až silně secernujících, infikovaných ran, jako je například ulcus cruris venosum. Frekvence převazů může být až 7 dní, záleží na množství sekrece a infekci v ráně (Bečanová, 2015). Materiálu užívaného při převazu ran existuje celá řada, např. **hydrokoloidy, hydrogely, aktivní uhlí, larvální terapie, podtlaková terapie** a další (Ihnát, 2017). Frekvence převazů závisí na druhu použitého materiálu a ordinaci lékaře (Bečanová, 2015).

Překrytí primárního krytí sekundárním krytím se řídí podle velikosti ranné sekrece a jejího charakteru. K fixaci krytí se používají fixační materiály jako náplasti, obinadla, síťované obvazy atd. Fixační materiály musejí přecházet až **na zdravou tkáň**. Cílem fixace terapeutického krytí je zabezpečení funkčnosti krytí přiloženého na ránu, ochrana rány před vniknutím nečistot a zabránění kontaminace pacientova okolí (Stryja, 2016).

U pacienta s ulcus cruris venosum se provádí kompresivní bandáž, naopak u pacienta se syndromem diabetické nohy se končetina odlehčuje (Pokorná, 2014). Kompresivní terapie je nedílnou součástí péče o pacienty s bérceovou ulcerací. Pozitivní efekt kompresivní terapie spočívá v managementu bolesti u ulcus cruris venózní

etiologie (Pokorná, 2012). Indikací kompresivní terapie je chronická žilní insuficience a její projevy, ulcus cruris venózní a smíšené etiologie, flebedém, lymfedém, flebotrombóza včetně její prevence a stavů po zhojené flebotrombóze a tromboflebitida a stavy po zhojené tromboflebitidě. Kompresivní terapie zvyšuje účinnost venózně-muskulární pumpy, jejíž mechanismus je u chronické žilní insuficience narušen. Z toho plyne, že činnost svalstva je pro kompresivní terapii velmi významná. U pacientů s ulcus cruris venózního původu se většinou aplikují na dolní končetiny tzv. dočasné kompresivní obvazy. Tyto obvazy si pacienti mění jedenkrát denně zároveň s výměnou prosáklého sekundárního krytí. Cílem kompresivní terapie je odstranit otok měkkých tkání, zlepšit cirkulaci v končetinách a zlepšit místní podmínky pro hojení. Mezi časté chyby spojené s přikládáním bandáží patří přiložení kompresivního obinadla jen na postižený úsek končetiny, nezabandážovaná pata, nedostatečný tah při přikládání obinadla, použití úzkého obinadla a zasunutí konce obinadla za poslední otáčku. Po skončení převazu se pacient uloží do původní, nejlépe jemu pohodlné polohy a provede se výměna podložky (Stryja, 2016).

2.2.6 Specifika ošetrovatelské péče po převazu rány

Každoročně jsou postiženy stovky milionů lidí po celém světě infekcemi spojenými se zdravotní péčí. Znalostmi, zlepšováním osvědčených postupů a prevencí infekcí se lze vyvarovat nežádoucích účinků způsobených infekcemi spojenými se zdravotní péčí, které mohou postihnout pacienty i zdravotnické pracovníky (WHO, 2016).

Největší riziko pro pacienta, všeobecnou sestru i okolí představuje **nebezpečný odpad**, který svým charakterem spadá do odpadu ze zdravotnictví a vyžaduje specifické nakládání. Jedná se především o **infekční odpad**, ke kterému patří použité chirurgické materiály, použitý obvazový materiál apod., **ostré předměty** jako jsou použité injekční jehly, kanyly, čepele skalpelů apod., **nepoužitelná léčiva** (výjimečně i cytostatika) a drobný **infekční anatomický odpad**, který zahrnuje drobné části kůže, nehtů, vlasů apod. (viz Příloha E), jak uvádí SZÚ (2018).

Hlavním důvodem pro náležité nakládání s nebezpečnými odpady při výkonu ošetrovatelské péče je ochrana zdraví pacienta, jeho rodinných příslušníků, ale i ošetřujícího pracovníka a dalších osob, které dále nakládají s nebezpečnými zdravotnickými odpady. Odpad může ohrožovat i životní prostředí. Zdravotní riziko

vyplývá z možných nebezpečných vlastností odpadů. Základem minimalizace rizik pro životní prostředí a zdraví v celém cyklu nakládání s odpady je řízený způsob nakládání v jednotlivých krocích, a to od třídění odpadů v místě jejich vzniku (odděleného shromažďování odpadů), až po jejich bezpečné odstranění (SZÚ, 2018). Riziko přenosu mikroorganismů z chirurgických nástrojů a dalších předmětů závisí na faktorech, jako je přítomnost mikroorganismů, jejich počet, jejich virulence, typ postupu, který bude použit (invazivní nebo neinvazivní) a část těla, která bude nástroji a dalšími pomůckami ošetřována (WHO, 2016).

Infekční odpady je nutné shromažďovat odděleně. Balí se do dvojitého plastového pytlů nebo se ukládají do speciálních shromažďovacích prostředků. Obaly je nutné pevně uzavřít zavázáním, případně přelepením lepicí páskou. Je důležité na obal označit, že se jedná o infekční odpad. Infekční odpady nesmí být překládány z jednoho obalu do jiného ani být dodatečně tříděny. Značení obalů s nebezpečnými odpady musí obsahovat katalogové číslo odpadu nebo slovní popis vystihující typ odpadu, označení nebezpečný odpad, datum vzniku, označení původce, určeno ke spálení, k dekontaminaci apod. Takto zabalený a označený infekční odpad **nesmí být uložen mezi komunální odpad**. Musí být předán oprávněné osobě k odstranění například prostřednictvím smluvního poskytovatele zdravotních služeb (SZÚ, 2018).

Použité ostré předměty, které mohou poškodit pokožku a vyskytující se při činnostech zdravotní péče **jsou vždy spojeny s potenciálním rizikem poranění a následné infekce**. Do této skupiny odpadů patří např. použité injekční jehly, kanyly, čepele skalpelů, injekční stříkačky s jehlou, která může obsahovat i zbytek tekutiny, skleněné střepy, ampule prázdné i ampule obsahující zbytek tekutiny, prázdné lékovky bez zbytku léčiv, zkumavky apod. Ostré odpady vyžadují zvláštní opatření k zabránění poranění při ošetrovatelské péči i mimo ni. Použité ostré předměty **nesmí být ukládány do papírových obalů nebo plastových lahví**. Ukládají se striktně jen do pevných, nepropíchnutelných a těsně uzavíratelných nádob. V **domácnosti mohou být použity také nepoškozené kovové nádoby**. Místa pro ukládání nebezpečných odpadů určuje obec. Nádoby by měly být plněny maximálně do $\frac{3}{4}$ jejich objemu. Musí být uzavírány těsně. Je vhodné jejich utěsnění navíc zajistit např. přelepením víka lepicí páskou. **Nádoby musí být označeny s popisem ostré předměty**. Tento odpad nesmí být uložen mezi komunální odpad. Musí být předán oprávněné osobě k jeho odstranění (SZÚ, 2018). **Po úklidu pomůcek následuje opětovná HDR** (Stryja, 2016). Sběrné nádoby se pravidelně čistí a desinfikují (Melicherčíková, 2015).

Následuje záznam o převazu rány do ošetrovatelské dokumentace (Stryja, 2016). Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách pacienta, cílech péče, o péči samotné a jejích výsledcích, zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče a dává chronologický přehled o poskytované péči. Dále umožňuje předávání informací o pacientovi i hodnocení účinnosti či neúčinnosti ošetrovatelských zákroků. V neposlední řadě poskytuje údaje, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum a je důležité pro kontrolu kvality poskytované péče (Bártlová, 2010).

Převaz se zaznamenává se všemi zjištěnými údaji do dokumentace připravené dle standardů oddělení nebo zdravotnického zařízení (Stryja, 2016). Vstupní hodnocení rány zahrnuje anamnézu rány, předchozí lokální terapii, faktory ovlivňující hojení rány, hodnocení nutričního stavu pacienta, další důležitá vyšetření ve vztahu k procesu hojení rány a další významné terapeutické postupy ve vztahu k procesu hojení rány. Schéma algoritmu hodnocení rány zahrnuje **měření velikosti rány (délka, šířka, hloubka), klinické známky rány dle WHC, popis exsudátu, stav okolí kůže (známky zánětu, otoky, změny barvy kůže), hodnocení bolesti, režim převazů a záznam terapeutického postupu**. V každém případě je nutné, aby byl záznam **stručný a umožňoval zaznamenávání objektivních dat s minimálním rizikem subjektivizace** (viz Příloha F, Obr. 5, 6, 7, 8). Velký potenciál tvoří elektronická dokumentace s možností jednoduché aktualizace dat a jejich uchovávání (Pokorná, 2012). Do dokumentace se zapisuje vždy čitelně s čitelným podpisem všeobecné sestry, která ránu ošetřovala. Výhodou je i fotodokumentace jako součást celkové dokumentace péče o rány (Bečanová, 2015).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

- 1) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči.
- 2) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči.
- 3) Zmapovat faktory ovlivňující dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči.

Výzkumné otázky

- 1) Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči?
- 2) Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči?
- 3) Jaké faktory ovlivňují dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou výzkumu s využitím **polostrukturovaného rozhovoru**, který byl uskutečněn na základě **nestrukturovaného pozorování** respondentů při **převazu nehojících se ran u pacientů s ulcus cruris venosum**. Do výzkumu byly zahrnovány pouze převazy u pacientů s jedním defektem na dolní končetině. Zvolené metody byly stanoveny z důvodu cílů bakalářské práce. Pojem dodržování aseptických postupů byl **operacionalizován** na **provedení i neprovedení** postupů dle nejaktuálnějších poznatků, respektive dle nejaktuálnější literatury. Zjištěné pozitivní a negativní faktory, na základě provedení či neprovedení doporučených postupů, byly barevně rozlišeny ve schématech vytvořených pro jednotlivé kategorie pozorování, kterými jsou příprava převazu, proces převazu a likvidace použitého materiálu a pomůcek po převazu.

Zelenou barvou byly znázorněny **pozitivní faktory** a oranžovou barvou **negativní faktory** ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě a během převazu nehojících se ran, a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči.

Pozorování i rozhovory byly na základě písemného souhlasu s prováděním výzkumu podepsaného vedoucím pracovníkem domácí péče a vedoucím práce realizovány od ledna 2019 do února 2019 v agentuře domácí péče (viz Příloha G). Výzkumný soubor tvořilo pět respondentů, kterými byly všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Pozorování respondentů při převazu bylo uskutečňováno v domácnostech pacientů a zaznamenáváno ručně na čistý list papíru A4.

Na základě pozorování byly stanoveny výzkumné otázky zjišťující faktory, které ovlivňují přípravu, proces převazu a likvidaci použitého materiálu a pomůcek po převazu nehojících se ran. Rozhovory byly na základě ústního souhlasu respondentů nahrávány na MP4 přehrávač a následně doslovně přepsány do písemné podoby, která sloužila pro analýzu získaných dat. Rozhovor byl se všemi respondenty uskutečněn ve služebním vozidle po předchozím pozorování respondentů při převazu. Analýza získaných dat probíhala formou ručního kódování, na jehož základě byla analyzovaná data, jak již bylo zmíněno, uspořádána do kategorií, které byly následně zpracovány do schémat v programu pro tvorbu diagramů XMind ZEN®. Respondentům byla přiřazena náhodně vybraná čísla, např. R2, aby bylo možné na respondenty v textu dále odkazovat.

3.3 Analýza výzkumných dat

Respondent 1 (dále jen R1), je 45letá všeobecná sestra, zaměstnaná v agentuře domácí péče. V oboru ošetrovatelství pracuje již 18 let a v agentuře domácí péče pracuje přes 16 let.

Respondent 2 (dále jen R2), je 46letá všeobecná sestra, zaměstnaná v agentuře domácí péče. V oboru ošetrovatelství pracuje 28 let a v agentuře domácí péče pracuje 15 let.

Respondent 3 (dále jen R3), je 41letá všeobecná sestra, zaměstnaná v agentuře domácí péče. V oboru ošetrovatelství pracuje 12 let a v agentuře domácí péče pracuje půl roku.

Respondent 4 (dále jen R4), je 66letá všeobecná sestra, zaměstnaná v agentuře domácí péče. V oboru ošetrovatelství pracuje 49 let a v agentuře domácí péče pracuje 6 let.

Respondent 5 (dále jen R5), je 57letá všeobecná sestra, zaměstnaná v agentuře domácí péče. V oboru ošetrovatelství pracuje 35 let a v agentuře domácí péče pracuje 15 let.

3.3.1 Kategorie příprava převazu

Tato kategorie byla rozdělena do tří podkategorií a je shrnuta v prvním schématu (viz Schéma 1). Na základě techniky nestrukturovaného pozorování a následných polostrukturovaných rozhovorů s respondenty zobrazuje přípravu převazu a v ní jednotlivé oblasti s faktory, které je dle odpovědí respondentů ovlivňují. První podkategorii tvoří **příprava pomůcek**.

První část přípravy pomůcek se zabývá skladováním materiálu k převazu. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že R1 a R2 ponechávají pomůcky k převazu v pacientově domácnosti, zatímco R3, R4 a R5 nosí pomůcky k převazu s sebou v batohu, a proto byla respondentům položena **otázka č. 4**, z jakého důvodu ponechávají pomůcky k převazu v pacientově domácnosti nebo z jakého důvodu vozí pomůcky k převazu s sebou v batohu. R1 odpověděla „*Vím, že bychom neměly, ale je to pro naši lepší pohodlnost, abychom veškeré pomůcky nepřevázely stále s sebou, i když máme samozřejmě i při ruce co potřebujeme.*“ R2 uvedla „*Abych toho nemusela s sebou na každý převaz tolik nosit.*“ R3 uvedla „*No v tomhle tom v té tašce v tom batohu to mám všechno jakoby pohromadě, takže vždycky to mám na jednom místě a nemusím se do toho auta vracet.*“ Odpověď R4 zněla „*No protože je to pro mě lepší je mít po ruce, než furt běhat do auta pro něco.*“ R5 uvedla „*Abych je měla stále po ruce. Aby mně nic u pacienta nechybělo.*“

Ve druhé části bylo **pozorováním** zjištěno, že některé sestry používají k převazu nehojících se ran nesterilní materiál a některé sterilní, a proto byla respondentům v rozhovoru položena **otázka č. 5**, z jakého důvodu používají k převazu sterilní nebo

nesterilní materiál. R2, R3, R4 i R5 používají sterilní materiál při převazu nehojící se rány. Jejich důvody byly obdobné. R2 přímo uvedla „*Protože jsme se to tak učili a myslím si, že na rány by se měl dávat sterilní materiál, aby se to riziko nějaký tý kontaminace co nejvíce snížilo.*“ Jednalo se zejména o vědomosti získané v rámci studia a zkušenosti získané z předchozí praxe. Pouze R1 používá k převazu nesterilní materiál. Její odpověď na otázku zněla „*No protože jsem byla na školení, kde mi sestra, která se zabývá převazem ran již několik let, řekla, že u takto starých chronických ran a bércových vředů se vůbec sterilní čtverce používat nemusí. Že tam je už v ranách tolik bakterií, že my jim vlastně nemáme co předat navíc.*“

Pozorováním bylo dále zjišťováno, jakým způsobem respondenti otevírají sterilní materiál, pokud ho k převazu používají. R2–R5 postupovaly při otevírání sterilního materiálu tak, aby nepoškodily obal. V rozhovoru jim tedy byla položena **otázka** č. 6, z jakého důvodu otevíráte sterilní materiál tak, abyste nepoškodila obal. Odpovědi zněly i tentokrát velmi podobně. Například R3 odpověděla „*Protože po zkušenostech otevírání někde uprostřed toho papíru nebo toho balíčku vím, že mě to trvá daleko dýl, než když si najdu ten roh správně a odlípnu to. Je to rychlejší pro mě každopádně.*“ Uvedly, že je to pro ně snazší, rychlejší, mají s tímto způsobem otevírání lepší zkušenost a zachovávají tak sterilitu materiálu. Pouze R1 z důvodu používání nesterilního materiálu k převazu ve větších baleních ponechává takové balení otevřené, umístěné do uzavíratelného boxu v pacientově domácnosti, a proto jí otázka č. 6 nebyla pokládána.

Ve druhé podkategorii, **příprava pacienta**, bylo zkoumáno podkládání pacientovy končetiny před převazem savou podložkou či sterilní rouškou. Z **pozorování** bylo zjištěno, že R1, R2 a R4 podkládají pacientovu končetinu ručníkem, který patří pacientovi a používá ho pouze k podkládání končetiny nebo pacientovu končetinu nepodkládají vůbec, pokud pacient sám nepoužije svůj vlastní ručník. Na **otázku** č. 7, z jakého důvodu jste před převazem nepodložila pod pacientovu končetinu savou podložku či sterilní roušku, R1 odpověděla „*Když nepřevazuju ránu se sterilními čtverci, tak mi připadá zbytečné, abych pod něj podkládala sterilní roušku či sterilní podložku.*“ R2 uvedla „*Protože někteří pacienti mají své podložky nebo ručníky, který si udržují a nepoužívaly jsme to nikdy. Nikdo nám neřek, že by to bylo jakoby nutný.*“ R4 odpověděla „*No protože ty sterilní ani savý podložky nevozíme s sebou.*“ R3 a R5 podkládají pacientovu končetinu savou podložkou. Jejich odpovědi na otázku, z jakého důvodu před převazem podkládají pod pacientovu končetinu savou podložku,

zněly podobně. Jejich odůvodněním byla ochrana lůžkovin pacienta před znečištěním bakteriemi a choroboplodnými zárodky, které při toaletě rány často kontaminují okolí.

Třetí podkategorii tvořila **příprava sestry**. První oblast tvořila hygienická dezinfekce rukou. Dle **pozorování** provedla hygienickou dezinfekci rukou pouze R1, ale nedoporučovanou technikou. R2–R5 hygienickou dezinfekci rukou před převazem neprovedli. Jejich odpovědi na **otázku** č. 8, z jakého z důvodu jste neprovedla před převazem hygienickou dezinfekci rukou, byly opět téměř totožné. R5 přímo odpověděla „*No protože mě to přijde zbytečný, když si беру rukavice, který mám na jedno použití, takže si беру u pacienta čistý.*“ Uvedly, že jsou přesvědčeny o tom, že pokud na převaz použijí jednorázové rukavice, je jejich aseptický postup dostatečný a hygienická dezinfekce rukou tudíž zbytečná. R1 na otázku č. 8, z jakého důvodu jste před převazem provedla hygienickou dezinfekci rukou, odpověděla „*Abych na pacienta nepřenesla bakterie, zase jiné, i když nepřevazuji sterilním čtvercem, ale přece jenom ta dezinfekce rukou je nutná.*“

Druhou oblast v přípravě sestry k převazu tvořilo používání ochranných rukavic k převazu. **Pozorováním** bylo zjištěno, že ochranné rukavice na převaz používají všichni respondenti. Na **otázku** č. 9, z jakého důvodu na převaz používáte ochranné rukavice, odpověděli opět velmi podobně. R1 uvedla „*Abych chránila nejenom pacienta, ale i sebe. Je to pro mě rutinní věc při každém převazu a rukavic vozím a fasuji dostatek.*“ R4 odpověděla „*No protože mám třeba patnáct lidí za den, tak bych mohla přenést prostě od někoho něco do té rány nebo si přenesu na sebe něco, že jo. Proto si rukavice беру vždycky.*“ Jako důvod použití ochranných rukavic uvedli ochranu pacienta i sebe sama před přenosem potencionálních patogenů. Navléknutí ochranných rukavic před převazem nehojících se ran berou jako samozřejmost a rutinní záležitost.

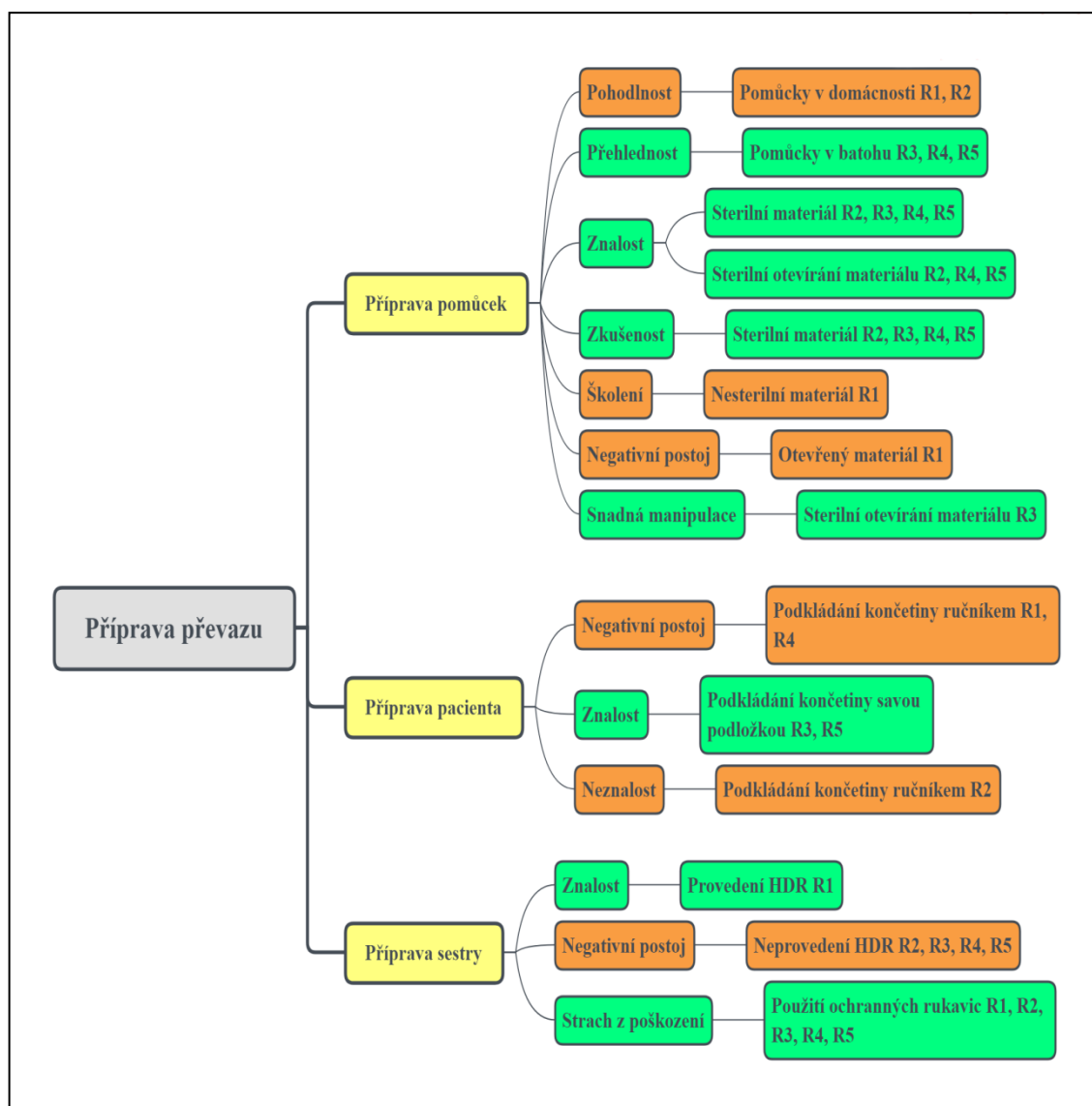


Schéma 1 Faktory ovlivňující přípravu převazu (Zdroj: autor)

3.3.2 Kategorie proces převazu

Tato kategorie je shrnuta ve druhém schématu (viz Schéma 2). Toto schéma znázorňuje veškeré pozitivní i negativní faktory, které proces převazu v jednotlivých fázích ovlivňují. V první fázi převazu, **odstraňování původního krytí**, bylo zjišťováno, zda respondenti po odstranění původního krytí provádí HDR a vyměňují si jednorázové rukavice či nikoli a z jakých důvodů tak postupují. **Pozorováním** bylo zjištěno, že žádný z respondentů HDR ani výměnu rukavic po odstranění původního krytí neprovádí. Byla jim proto položena **otázka** č. 10, z jakého důvodu neprovádí po odstranění původního krytí HDR a výměnu rukavic. R2 odpověděla „*Musela bych*

těch rukavic mít strašně moc, moc by se jich spotřebovalo a myslím si, že kdybych měla třeba i spocený ruce, což mívám, špatně by se mi navlíkaly.“ R3 a R5 odpověděly podobně. Uvedly, že jim to připadá zbytečné, pokud převazují v domácím prostředí. Respondentům R1 a R4, kteří ošetřovali již odkrytý defekt, nebyla tato otázka pokládána.

Další fází převazu tvořilo **očišťování okolí rány**. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že žádný z respondentů neprovádí očišťování okolí rány. Na **otázku** č. 11, z jakého důvodu jste neprovedla očištění okolí rány R1 odpověděla *„Očištění okolí rány jsem provedla i s očištěním samotného defektu. Nevím, že by se měly používat jiné roztoky na okolí a na defekt, nikdy mi to nikdo neřekl.“* R2 uvedla *„Protože pacienti většinou mají jenom jeden roztok do rány a nechtěj moc finančně jakoby dávat více prostředků na to, aby měli ještě dezinfekci na okolí. To si totiž musí zajistit pacient většinou sám.“* R3 odpověděla *„Tento pacient chce jakoby promašťovat to okolí tou vazelínou, takže tady to pro mě není jakoby nejdůležitější, mít to okolí odezinfikovaný.“* R4 uvedla *„Ona má umytý nohy antibakteriálním mýdlem a to mýdlo by tam mělo zaschnout. Sedí vždycky v tý koupelně a po omytí tím mýdlem tam čeká, dokud nezaschne.“* R5 odpověděla *„Je pravda, že tam na to okolí sjedou ty bakterie, ale pacient je strašně citlivej a on si to prostě vyloženě nepřeje. Téměř si nepřál ani ten oplach rány, protože ho to strašně bolí. On si předem žádná analgetika nebere, ale asi by to možná chtělo, že by mu to třeba pomohlo.“*

Třetí fáze převazu se týkala **toalety rány**. Z **pozorování** bylo zjištěno, že toaletu rány provádí téměř všichni respondenti. Na **otázku** č. 12, z jakého důvodu provádíte toaletu rány, odpověděli téměř totožně. R2 např. odpověděla *„Aby ty léčivé masti přišly jakoby do čisté rány, aby to líp působilo.“* Uvedli, že je to jedna z nejdůležitějších věcí při převazu, a aby léčivé přípravky účinkovaly, musí být nejprve provedena toaleta rány. Pouze R4 neprovedla toaletu rány a to z toho důvodu, že na ránu bylo pacientem aplikováno antibakteriální mýdlo.

Ve čtvrté fázi převazu byly zjišťovány faktory ovlivňující **aseptickou manipulaci s materiálem** použitým k převazu nehojící se rány. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že se všichni respondenti dotýkají ať už sterilního či nesterilního materiálu, který na převaz používá R1, rukama, za použití jednorázových rukavic. Proto byla respondentům položena **otázka** č. 13, z jakého důvodu se sterilního či nesterilního materiálu dotýkáte rukama. R1 odpověděla *„Protože když používám na převaz nesterilní materiál, tak pro mě není důležitý, jestli se ho dotýkám nebo ne.“*

R4 odpověděla „*No protože mám rukavice a myslím si, že zas ho tolik neznesterilním, abych ho tam nemohla dát na tu ránu.*“ R2, R3 a R5 odpověděly velmi podobně. R5 přímo odpověděla „*No dotýkám se jenom krajů a ty okraje už nepřijdou do rány, a protože to je v domácí péči, v domácím prostředí je to tak jednodušší a rychlejší.*“ Jsou přesvědčeny, že pokud se materiálu dotýkají pouze v rozích, zůstává materiál i nadále sterilní.

Poslední fáze převazu se týkala **přikládání fixačního krytí** na ránu. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že všichni respondenti přikládají fixační krytí i přes zdravou tkáň. Na **otázku** č. 14, z jakého důvodu přikládáte fixační krytí i přes zdravou tkáň odpověděly téměř totožně. Například R1 uvedla „*My to provádíme vždy tak. Učili jsme se to tak.*“ R4 odpověděla „*Mělo by to být podle mě překrytý až na tu zdravou tkáň, aby se tam nic nedostávalo z okolí.*“ Uvedly, že tak chrání okolní zdravou tkáň a zároveň tak zabraňují možnému odhalení rány a tím i možnosti proniknutí dalších potencionálních patogenů do rány při případném sklouznutí primárního a sekundárního krytí při pohybu pacienta. R5 přímo odpověděla „*No protože kolikrát se stane, že to krytí z té rány malinko sjede, tak aby ta rána byla teda stále aspoň trochu krytá a aby ten sekret z rány měl taky kam stékat. Protože on když pacient potom chodí, tak nevím, jestli by se to všechno vešlo do toho krytí, co by bylo jen na ráně.*“

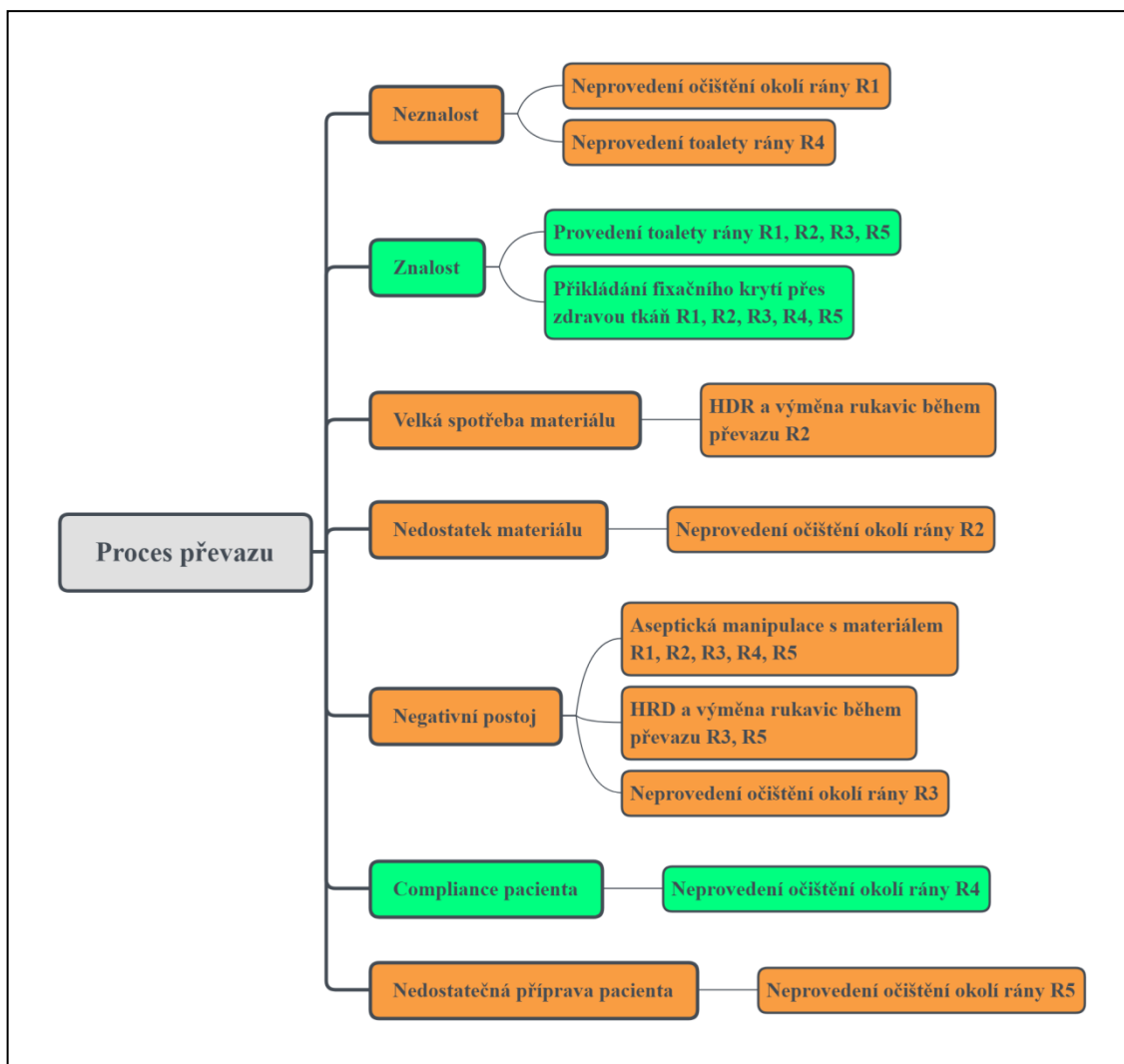


Schéma 2 Faktory ovlivňující proces převazu (Zdroj: autor)

3.3.3 Kategorie likvidace použitého materiálu pomůcek a po převazu

Tato kategorie je shrnuta ve třetím schématu (viz Schéma 3). Toto schéma znázorňuje veškeré pozitivní i negativní faktory, které dle odpovědí respondentů ovlivňují dodržování doporučených postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči. První výzkumnou oblast tvořila **likvidace infekčního materiálu** náležitě dle pravidel pro nakládání s nebezpečnými odpady. **Pozorováním** bylo zjištěno, že žádný z respondentů nepostupuje při likvidaci infekčního materiálu dle doporučených postupů. Byla jim proto položena **otázka č. 15**, z jakého důvodu jste nezhlikvidovala infekční materiál náležitě dle pravidel pro nakládání s nebezpečnými odpady. R1 odpověděla „*Materiál z domácnosti jsme byly poučeny, že můžeme spálit*“.

v kotli nebo v kamínkách, které jsou v domácnosti, ve kterých lidé topí. Sama vedoucí nám to řekla. Jinak v létě samozřejmě odvážíme infekční materiál k lékaři v boxech k tomu určených.“ R2 uvedla „No asi by to bylo pro pacienta jakoby lepší, aby u nich ten infekční materiál nezůstával, ale musela bych ten infekční materiál převážet v autě než bych ho prostě zlikvidovala někde do těch kontejnerů, který jsou na to určený.“ R3 odpověděla „Tak prostě samozřejmě z toho jde zápach, není na to úplně pěkný pokoukání, takže i pro mě je to úplně přirozený to co nejdřív zlikvidovat, takže to pak daj do kamen sami doma.“ Z odpovědi R4 a R5 vyplývá, že mají negativní postoj k doporučenému způsobu likvidace infekčního materiálu.

Další oblast byla zaměřena na **péči o pomůcky k opakovanému použití**, např. převazové nůžky, které k převazu použili všichni respondenti. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že na pomůcky k opakovanému použití, nanесли dezinfekci, jejímiž účinnými látkami jsou ethanol, isopropanol a kvarterní amoniové soli, a po zaschnutí je uložili do pouzdra a následně do batohu či boxu s pomůckami, který na převaz nosí s sebou. Respondentům proto byla položena **otázka** č. 16, z jakého důvodu pomůcky k opakovanému použití ošetřujete nanesením dezinfekčního prostředku. Odpovědi respondentů na tuto otázku zněly velmi podobně. R3 uvedla „Vezmu je dezinfekčním sprejem. Nejdřív to na tom nechám působit a potom to jakoby až to zaschne, tak to ještě přetřu.“ R2 odpověděla „Když s těma nůžkami rozstřihávám obvaz, tak si vždycky dávám pozor, abych stříhala nad zdravou tkání a nezajížděla jakoby těma nůžkami do toho krytí, který je nasáklý tou sekrecí z rány. Vždycky se snažím ostríkat celý ty nůžky i v místě toho držení, protože ty nůžky držím vlastně v těch rukavicích, tak chci, aby byly opravdu co nejvíc čisté.“ Ostatní respondenti uvedli, že pokud se jedná o nůžky, kterými pouze rozstříhli původní primární krytí, je ostrík dezinfekcí dostačující a nezbytný, pokud nůžky používají u více pacientů.

Poslední oblast se týkala **opětovné hygienické dezinfekce rukou po převazu**. Na základě **pozorování** bylo zjištěno, že HDR po převazu provedla pouze R1, ale opět nedoporučovanou technikou. R2, R3, R4 a R5 HDR neprovedly. Respondentům proto byla položena **otázka** č. 17, z jakého důvodu neprovedli po převazu hygienickou dezinfekci rukou. R2 uvedla „No protože ten převaz nebyl nějak hodně ošklivej nebo jak to mám říct, a dělám to, když je ten převaz a rána jakoby hodně teče nebo je prostě nějaká zapáchající.“ R3 odpověděla „Protože to tam defakto chce člověk mít co nejdřív hotový a odejít no. Já sundám rukavice a pak už odcházím.“ R4 a R5 odpověděli velmi podobně. HDR jim za použití jednorázových rukavic připadá

zbytečné. R1 na otázku, z jakého důvodu jste po převazu provedla opětovnou hygienickou dezinfekci rukou, odpověděla „Protože vím, že se to musí, abych chránila sebe sama i ostatní pacienty. Zabráním tak přenosu bakterií do služebního auta i k dalším pacientům.“

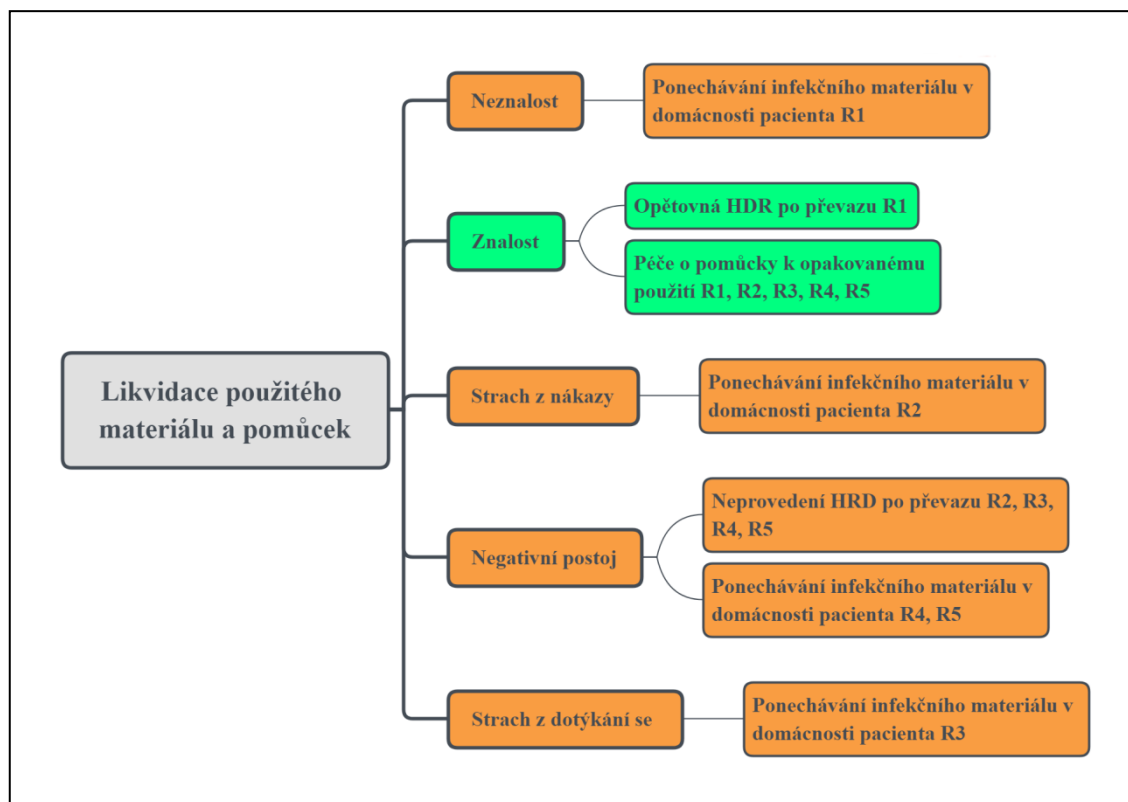


Schéma 3 Faktory ovlivňující likvidaci použitého materiálu a pomůcek (Zdroj: autor)

3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek

Na základě studia odborní literatury byly stanoveny tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči. Druhý cíl byl zaměřen na zmapování faktorů ovlivňujících dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči. Třetí cíl se zabýval zmapováním faktorů ovlivňujících dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči.

Pro vyhodnocení první výzkumné otázky, která zněla: **Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči?**, byly použity otázky č. 4, 5, 6, 7, 8 a 9. Dle analýzy rozhovorů bylo zjištěno hned několik pozitivních a negativních faktorů, ovlivňujících přípravu převazu z pohledu

všeobecných sester. Mezi zjištěné **pozitivní faktory** patří přehlednost (o pomůckách k převazu v batohu), znalost, zkušenost (z předchozí praxe), snadná manipulace (otevírání lukasteriku se sterilním materiálem) a strach z poškození pacienta, který donutil všeobecné sestry k použití ochranných rukavic při převazu nehojících se ran. Jako **negativní faktory** byly zjištěny pohodlnost (skladování materiálu v domácnosti pacienta), školení (neadekvátní informace) a negativní postoj (např. k provádění HDR).

K vyhodnocení druhé výzkumné otázky, která zněla: **Jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči?**, byly položeny otázky č. 10, 11, 12, 13 a 14. Na základě analýzy rozhovorů byly zjištěny **pozitivní faktory** ovlivňující proces převazu, ke kterým patří znalosti (týkající se provedení toalety rány a přikládání fixačního krytí i přes zdravou tkáň) a compliance pacienta, který před příchodem všeobecné sestry osprchoval okolí defektu antibakteriálním mýdlem. Sestra tudíž nemusela provádět očišťování okolí rány. Ke zjištěným **negativním faktorům** patří neznalost (týkající se např. neprovedení očištění okolí rány a toalety rány z hlediska aplikace antibakteriálního mýdla pacientem do rány, kde by sestra měla edukovat pacienta o doporučeném způsobu aplikace antibakteriálního mýdla), velká spotřeba materiálu (týkající se výměny rukavic během převazu), nedostatek materiálu a nedostatečná příprava pacienta.

Třetí výzkumná otázka zněla: **Jaké faktory ovlivňují dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek při ošetřování nehojících se ran v domácí péči?** Za účelem vyhodnocení třetí výzkumné otázky byly respondentům položeny výzkumné otázky č. 15, 16 a 17. Mezi zjištěné **pozitivní faktory** při likvidaci použitého materiálu a pomůcek po převazu patří pouze znalosti (týkající se provedení opětovné HDR po převazu). Mezi zjištěné **negativní faktory** patří neznalost, strach z nákazy (při manipulaci s infekčním materiálem), negativní postoj (např. k provedení HDR po převazu) a strach z dotýkání se (infekčního materiálu převáženého ve služebním vozidle).

Všem respondentům byla následně položena doplňující otázka č. 18 a to, zda by uvítali školení na téma hygienická dezinfekce rukou. Většina respondentů o tuto problematiku nemá zájem, protože prý takových školení už absolvovali několik.

4 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá specifiky převazu nehojících se ran v domácí péči. Byly stanoveny celkem tři cíle, k jejichž dosažení byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření a techniky nestrukturovaného pozorování a následně polostrukturovaný rozhovor. Pozorování i rozhovory byly na základě písemného souhlasu s provedením výzkumu, podepsaného vrchní sestrou agentury domácí péče, uskutečněny se všeobecnými sestrami zaměstnanými v agentuře domácí péče, které poskytly ústní souhlas s nahráváním rozhovorů na MP4 přehrávač. Pozorování všech respondentů při převazu nehojících se ran u pacientů s *ulcus cruris venosum* probíhalo vždy v domácnosti pacientů. Rozhovory byly na základě pozorování uskutečňovány ve služebních automobilech všeobecných sester, ihned po pozorování při převazu nehojících se ran. Jako znepokojující shledáváme nedostatek a zastaralost literatury na problematiku domácí péče popisující doporučené postupy péče o pacienty v jejich vlastním sociálním prostředí.

Prvním stanoveným cílem bylo **Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči.** Tento cíl byl jako první kategorie převazu nehojících se ran rozdělen do tří podkategorií. První podkategorie zahrnovala zjišťování pozitivních i negativních faktorů ovlivňujících **přípravu pomůcek**, druhá podkategorie zahrnovala zjišťování pozitivních i negativních faktorů ovlivňujících **přípravu pacienta** a třetí podkategorie zahrnovala zjišťování pozitivních i negativních faktorů ovlivňujících **přípravu všeobecné sestry** k převazu nehojících se ran (viz Schéma 1).

V podkategorii přípravy pomůcek bylo zjištěno, že R1 a R2 skladují pomůcky k převazu v pacientově domácnosti a to z toho důvodu, že je to pro ně pohodlnější a méně náročné. Ostatní respondenti, R3, R4 a R5, které vozí pomůcky k převazu s sebou v batohu, uvedly, že tak mají větší přehled o tom, zda mají s sebou na převaz vše, co potřebují, aby se od pacienta nemusely pro chybějící materiál či pomůcky vracet do služebního auta.

Dále bylo zjištěno, že R1 používá k převazu nehojících se ran nesterilní materiál, a to z toho důvodu, že absolvovala školení, na kterém jí bylo řečeno, že „*pokud se jedná o takto staré nehojící se rány, nemusí se sterilní materiál k převazu používat.*“ Tato informace je velmi zajímavá, protože jak uvádí Bártlová (2010), pomůcky, které přijdou do styku s ránou, musí být vždy sterilní. Z tohoto důvodu usuzujeme,

že se buďto jednalo o školení, které proběhlo před několika lety, a tudíž nebylo aktuální, nebo informace sdělované na školení nebyly v souladu s nejnovějšími poznatky. R2, R3, R4 a R5 používají k převazu nehojících se ran sterilní materiál právě z toho důvodu, aby zamezili kontaminaci rány dalšími potencionálními patogeny.

Pozitivní zjištění přinesla oblast otevírání sterilního materiálu. R2–R5 postupovali při otevírání sterilního materiálu tak, aby nepoškodili obal, kdy např. R4 uvedla *„No protože je to tak nejjednodušší, protože když se ten pytlík roztrhne, tak se to vlastně znesterilní, že jo.“* Postupovali tedy doporučeným způsobem, zachovávajícím sterilitu materiálu, jak uvádí Kelnarová (2015). R1 nebyla tato otázka z důvodu používání nesterilního materiálu při převazu pokládána.

Naopak negativní zjištění přinesla podkategorie příprava pacienta. V oblasti podkládání končetiny před převazem bylo zjištěno, že končetinu před převazem nehojící se rány podkládají R1, R2 a R4 pacientovým ručníkem a to z toho důvodu, že např. dle R1 *„když nepřevazuje ránu se sterilními čtverci, tak jí připadá zbytečné, aby pod něj podkládala savou podložku nebo sterilní roušku“*. Je tedy velmi zajímavé, že R1 má negativní postoj k prevenci infekcí. Negativní postoj k prevenci infekcí má i R4. R2 má nedostatky ve znalostech týkající se podkládání končetiny, protože jí *„nikdo neřekl, že by to bylo jakoby nutný“* i když jak uvádí Stryja (2016), je důležité pod pacientovu končetinu pacientovu končetinu umístit podložku a po převazu provést její výměnu. R3 a R5 podkládají pod pacientovu končetinu savou podložku, ale na základě pozorování usuzujeme, že tak konali z toho důvodu, že jako jediní prováděli převaz v lůžku pacienta, kde brali podložení končetiny jako důležitou věc, aby nedošlo ke kontaminaci lůžkovin biologickým materiálem.

Ve třetí podkategorii, příprava sestry, jsme v první oblasti sledovali provádění hygienické dezinfekce rukou před převazem nehojících se ran. Tato oblast přinesla velmi zajímavé zjištění. Hygienickou dezinfekci rukou před převazem provedla pouze R1, ale nedoporučovanou technikou. Ostatní respondenti, R2, R3, R4 a R5, hygienickou dezinfekci rukou neprovedli vůbec. Udivuje nás, že R2, R3, R4 i R5 jsou nevyvratitelně přesvědčeni o tom, že pokud na převaz používají jednorázové rukavice, je hygienická dezinfekce rukou zbytečná, přitom jak uvádí Bártlová (2010), HRD je i u převazu nehojících se ran nutná.

Naopak pozitivní zjištění přinesla oblast používání ochranných rukavic k převazu. Pozorováním bylo zjištěno, že ochranné jednorázové rukavice používali k převazu všichni respondenti, což je dle Bártlové (2010) nedílná součást přípravy sestry

k převazu nehojící se rány. Domníváme se ale, že bez předchozí HRD není i přes použití ochranných rukavic příprava sestry k převazu dostatečná, neboť pacienta ohrožuje zavlečením dalších potencionálních patogenů do nehojící se rány a snižuje tak pravděpodobnost vyléčení. Je velmi zajímavé, že dle odpovědí respondentů je faktor, který ovlivňuje použití ochranných rukavic při převazu nehojících se ran strach z poškození pacienta, ale nezastávají názor, že by tento faktor měl ovlivňovat i jejich postoj k provedení hygienické dezinfekce rukou před převazem.

Druhým stanoveným cílem bylo **Zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči** (viz Schéma 2). V první oblasti jsme zjišťovali, zda respondenti po odstranění původního krytí provádí HDR a výměnu rukavic či nikoli a z jakého důvodu tak postupují. Tato oblast přináší opět velmi znepokojivé skutečnosti. Na základě analýzy získaných dat bylo zjištěno, že ani jeden z respondentů neprovádí po odstranění původního krytí HDR ani výměnu rukavic, protože např. dle R2 *„by musela těch rukavic mít strašně moc, moc by se jich spotřebovalo a špatně by se jí navlíkaly“*. R3 a R5 uvedly, že jim to při převazu v domácím prostředí připadá zbytečné, přitom dle Vytečkové (2015) je HDR a výměna rukavic po odstranění původního krytí nutná. Domníváme se ale, že nedostatek materiálu není tím pravým důvodem, proč R2 neprovedla HDR a výměnu rukavic. Dle našeho názoru se jedná spíše o postup prospěšný pro sestru, protože si tak usnadňuje práci při převazu. Znepokojuje nás i opětovný negativní postoj R3 a R5 k hygienické dezinfekci rukou a výměně rukavic během převazu nehojící se rány.

Negativní zjištění přinesla i oblast očišťování okolí rány. Překvapilo nás, že žádný z respondentů neprovádí očišťování okolí rány. Dle R1 *„provedla očištění okolí rány i s očištěním defektu a nikdy jí nikdo neřekl, že by na ránu a její okolní zdravou tkáň měla používat rozdílné roztoky“*. R3 má opět negativní postoj k provádění očišťování okolí rány, což je velmi znepokojující. R2 uvedla, že *„pacienti většinou mají jeden roztok do rány a nechtějí moc finančně více prostředků“*, což chápeme jako problém, který sestra nemůže nikterak ovlivnit. R5 neprovedla očištění z toho důvodu, že dotyk na ránu i její okolí byl pro pacienta velmi bolestivý. Z toho usuzujeme, že by bylo vhodné informovat obvodního lékaře o stavu pacienta a dle jeho ordinace zajistit na další převaz adekvátní přípravu pacienta týkající se dostatečné analgetizace před převazem, kterou doporučuje Pokorná (2014). R4 neprovedla očištění okolí rány z toho důvodu, že pacient si před příchodem sestry defekt osprchuje a ošetří antibakteriálním mýdlem, tudíž není další očištění okolí rány třeba. Tato informace je pro nás pozitivním

zjištěním, protože jak uvádí Stryja (2016), očištění okolí rány je nedílnou součástí péče o nehojící se rány.

Další oblast se týkala toalety rány, kde jsme byli příjemně překvapeni, protože toaletu rány provedli téměř všichni respondenti, na základě jejich znalostí a pozitivnímu postoji k ošetřování samotného defektu. Zajímavé zjištění přinesla odpověď R4, která neprovedla toaletu rány z toho důvodu, že si pacient aplikuje antibakteriální mýdlo i na samotný defekt, z čehož vyplývá neznalost R4 o způsobu aplikace antibakteriálního mýdla, které by nemělo přijít přímo do rány, a proto by měla R4 na základě svých znalostí edukovat pacienta o doporučeném postupu aplikace antibakteriálního mýdla.

Ve čtvrté fázi byl zjišťován způsob manipulace se sterilním materiálem a faktory, které ho ovlivňují. Téměř všichni respondenti se sterilního materiálu dotýkají rukama za použití ochranných rukavic a to z toho důvodu, že jsou přesvědčeni o tom, že pokud se sterilního materiálu dotýkají pouze v rozích, zůstává materiál i nadále sterilní, což vyvrací Stryja (2016) a Pokorná (2014). R1, která na převaz používá nesterilní materiál, zastává ten názor, že *„pokud k převazu používá nesterilní materiál, není důležitý, jestli se ho dotýká nebo ne.“* Domníváme se, že nejen pro R1 by bylo vhodné zúčastnit se aktuálního školení týkajícího se péče o nehojící se rány.

V poslední fázi převazu bylo zjištěno, že všichni respondenti přikládají fixační krytí i přes zdravou tkáň protože dle R5 *„se kolikrát stane, že to krytí z té rány malinko sjede, tak aby ta rána byla teda stále aspoň trochu krytá“*, což pro nás bylo příjemným zjištěním, protože dle Styji (2016), musejí fixační materiály přecházet až na zdravou tkáň.

Třetím stanoveným cílem bylo **Zmapovat faktory ovlivňující dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči** (viz Schéma 3). V první oblasti bylo zjištěno, že žádný z respondentů nepostupuje při likvidaci infekčního materiálu dle doporučených postupů. R4 a R5 mají negativní postoj k doporučenému způsobu likvidace infekčního materiálu. Je zajímavé, že R3 má strach dotýkat se infekčního materiálu, ale pokud s ním manipuluje v ochranných rukavicích a po ukončení manipulace si na ruce nanese dezinfekci na kůži, neměla by se manipulace s infekčním materiálem obávat. R2 se naopak obává nákazy z infekčního materiálu, což je pro nás zajímavým zjištěním, když žádný z respondentů neprovádí HDR před ani během převazu a strach z nákazy při tom nemají. R1 uvedla, že *„materiál z domácnosti, jsme byly poučeny, že můžeme spálit v kotli“*, ale dle SZÚ

(2018), by měl být infekční odpad z domácností balen do dvojitých plastových pytlů a shromažďován odděleně.

V oblasti péče o pomůcky k opakovanému použití bylo zjištěno, že všichni respondenti používají k převazu převazové nůžky, na které po použití nanesou dezinfekční prostředek určený na povrchy či pomůcky a teprve po oschnutí odkládají převazové nůžky zpět do boxů či tašek. Tuto skutečnost považujeme za pozitivní, neboť individualizace převazových nůžek by z hlediska ekonomické zátěže mnohdy nebyla možná. Znepokojuje nás ale nedostatek literárních pramenů týkající se péče o převazové nůžky v domácí péči.

V poslední oblasti opětovné hygienické dezinfekce rukou po převazu nás již nepřekvapilo, že dle zjištěných skutečností provádí po převazu opětovnou HDR pouze R1, ale opět nedoporučovanou technikou. R2, R3, R4 i R5 mají opět negativní postoj k provádění HDR po převazu nehojící se rány, což je velmi znepokojující, neboť sestra odchází od pacienta s kontaminovanými rukama a ohrožuje tak pacientovy rodinné příslušníky, sebe, další pacienty, ale svoji rodinu přenosem potenciálně patogenních organismů. Dle Stryji (2016) musí po skončení převazu sestra provést hygienickou dezinfekci rukou.

5 Návrh a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných skutečností je důležité, aby si všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče uvědomily, že způsob péče o nehojící se rány by se nijak zvlášť neměl lišit od péče o nehojící se rány poskytované v nemocnicích. Dle odpovědí respondentů jsou faktory ovlivňující přípravu převazu, proces převazu a likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči z velké části řešitelné či odstranitelné.

Je důležité, aby sestry změnily především svůj postoj k dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácnostech pacientů a nebránily se získávání nových vědomostí a zkušeností např. formou samostudia či účasti na odborných konferencích či školeních týkajících se péče o nehojící se rány v domácí péči. Aseptické ošetřování nehojících se ran je základní složkou péče o rány, protože chrání nejen pacienta, ale i sestry před přenosem potencionálních patogenů. V neposlední řadě aseptické ošetřování nehojících se ran urychluje léčbu, snižuje náklady na péči o nehojící se rány a umožňuje tak pacientovi včasný návrat k jeho běžným denním aktivitám.

Výsledky výzkumu mohou být nápomocné agentuře domácí péče, která na základě zjištěných skutečností může provést změny v managementu péče o nehojící se rány a zaškolit své pracovníky v nejmodernějších doporučovaných postupech péče o rány. Hlavním výstupem z bakalářské práce byl článek připravený k publikaci v odborném periodiku (viz Příloha H).

6 Závěr

Péče o pacienty se v dnešní době přesouvá od poskytovatelů zdravotních služeb do agentur domácí péče. Ošetřovatelství se neustále rozvíjí a tak stoupají i nároky na všeobecné sestry a jejich péči o pacienty, kterou v domácnostech pacientů zastávají samy. Proto je potřeba, aby na tuto skutečnost byly sestry dostatečně připraveny a vzdělány. Díky vědomostem, dovednostem a vhodným postojům sester lze poskytovat pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí adekvátní péči o nehojící se rány odpovídající standardům péče o nehojící se rány v nemocnicích.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část vychází z odborné literatury a dalších relevantních zdrojů. Zabývá se charakteristikou domácí péče a popisem doporučeného postupu péče o nehojící se rány v domácí péči. Výzkumná část je zaměřena na získání informací o faktorech ovlivňujících dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči od respondentů, kterými jsou všeobecné sestry zaměstnané v agentuře domácí péče.

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle, a to zmapovat pozitivní i negativní faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek po převazu nehojících se ran. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, které po důkladné analýze získaných dat stanovené cíle naplnily.

Faktory zjištěné výzkumným šetřením ovlivňující převaz nehojících se ran byly rozděleny na pozitivní a negativní. Mezi zjištěné pozitivní faktory patří např. znalost, zkušenost, přehlednost a strach z poškození pacienta. Mezi negativní faktory patří např. neznalost, negativní postoj, velká spotřeba materiálu a strach z nákazy. Většina faktorů ovlivňujících převaz nehojících se ran je řešitelných. Záleží na změně postoje agentury domácí péče a jejích zaměstnanců k péči o nehojící se rány.

Seznam použité literatury

- ADPČR. 2018. Postup při zajištění domácí péče. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ ADPČR. *ADPČR* [online]. Asociace domácí péče ČR, [cit. 2018-12-6]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/o-nas/dokumenty>
- BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2010. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-499-3.
- BEČANOVÁ, Květa. 2015. Ošetřovatelská péče o chronické rány. *Florence*. 11(3), 15–16. ISSN 1801-464X.
- ČESKO. 2004. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodická opatření – Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZČR*. Částka 12, s. 15-18. ISSN 1211-0868.
- ČESKO. 2012 a. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče. In: *Věstník MZČR*. Částka 5, s. 15-21. ISSN 1211-0868.
- ČESKO. 2012 b. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 36, s. 1602. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2017. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4361. ISSN 1211-1244.
- FERKO, Alexander et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- IHNÁT, Peter. 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JAROŠOVÁ, Darja et al. 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5426-0.
- JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7
- KARNETOVÁ, Zuzana. 2013. Revoluce v oblasti hojení ran. *Sestra*. 23(1), 57–58. ISSN 1210-0404.

- KELNAROVÁ, Jarmila et al. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. Ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
- KOUTNÁ, Markéta. 2010. Kompetence sester v hojení ran. *Florence*. 6(3), 28–37. ISSN 1801-464X.
- MACUROVÁ, Martina. 2015. *Pečovat a žít doma je normální*. Praha: Centrum pro komunitní práci pobočka CpkP střední Čechy. ISBN 978-80-87809-29-7.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MELICHERČÍKOVÁ, Věra. 2015. *Sterilizace a dezinfekce*. 2. vyd. Semily: Galén. ISBN 978-80-7492-139-1.
- PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PÍTHOVÁ, Pavlína. 2010. *Léčba ran a péče o pokožku: Péče o infikovanou ránu*. Olomouc: SOLEN. ISBN 978-80-87327-36-4.
- PODRAZILOVÁ, Petra et al. 2016. *Teorie ošetrovatelství: skripta pro bakalářské studijní obory*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.
- POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ a N. SIKOROVÁ. 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2010. *Léčba ran a péče o pokožku: Přístupy k léčbě chronických ran*. Olomouc: SOLEN. ISBN 978-80-87327-36-4.
- PROBST, Sebastian et al. 2014. Dokument EWMA: Péče o rány v domácím prostředí.
- ANON. *Dekubity* [online]. Dekubity, [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2015/01/JWC_EWMA_APO_CZ.pdf
- REICHARDT, CH., K. BUNTE-SCHÖNBERGER a P. VAN DER LINDEN. 2017. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0217-4.
- STRYJA, Jan et al. 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- STRYJA, Jan. 2015. *Débridement a jeho úloha v managementu ran: Jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: GEUM. ISBN 978-80-87969-13-7.
- SZÚ. 2018. Návrh metodického doporučení pro nakládání s odpady vznikajícími při domácí ošetrovatelské péči. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SZÚ. SZÚ [online]. Státní

- zdravotní ústav, [cit. 2018-12-6]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/puda/priloha3Z.pdf?>
- SZÚ. 2019. Pět základních situací pro hygienu rukou. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SZÚ. SZÚ [online]. Státní zdravotní ústav, [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena_rukou/Your_5_Moments_for_Hand_Hygiene_2011.pdf
- SZÚ. 2019. Postup pro dezinfekci rukou. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SZÚ. SZÚ [online]. Státní zdravotní ústav, [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena_rukou/How_to_Handrub_CZECH_Postup_pro_dezinfekci_rukou_2011.pdf
- TOMEŠ, Igor et al. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- VORÁČKOVÁ, Lea. 2012. Z ošetrovatelské praxe. *Hojení ran*. 6(4), 23–25. ISSN 1802-6400.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
- VZP. 2018. Poukaz na vyšetření/ošetření DP [online obrázek]. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/formulare/poskytovatele/tiskopisy-vyuctovani/vz-p-06dp-poukaz-na-vysetreni-osetreni-dp-1.p>
- WHO. 2009. *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-159790-6.
- WHO. 2016. *Decontamination and Reprocessing of Medical Device for Health-care Facilities*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154985-1.
- WHO. 2016. *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154988-2.

Seznam obrázků

Obrázek 1	Poukaz na vyšetření a ošetření domácí péčí 1
Obrázek 2	Poukaz na vyšetření a ošetření domácí péčí 2
Obrázek 3	Pět základních situací pro hygienu rukou
Obrázek 4	Technika hygieny rukou s použitím alkoholového dezinfekčního prostředku
Obrázek 5	Záznam péče o chronickou ránu, část 1
Obrázek 6	Záznam péče o chronickou ránu, část 2
Obrázek 7	Záznam plánu péče o dekubity a jiné rány
Obrázek 8	Komplexní pojetí ošetřovatelského záznamu o nehojících se ranách
Obrázek 9	Protokol k provádění výzkumu

Seznam schémat

- | | |
|----------|---|
| Schéma 1 | Faktory ovlivňující přípravu převazu |
| Schéma 2 | Faktory ovlivňující proces převazu |
| Schéma 3 | Faktory ovlivňující likvidaci použitého materiálu a pomůcek |

Seznam příloh

Příloha A Příjem pacienta do domácího ošetřování

Příloha B Materiální a technické vybavení domácí péče

Příloha C Faktory ovlivňující hojení ran

Příloha D Hygienická dezinfekce rukou

Příloha E Postup po převazu rány v domácí péči

Příloha F Dokumentace rány

Příloha G Protokol k provádění výzkumu

Příloha H Článek připravený k publikaci

Příloha A Příjem pacienta do domácího ošetřování

Ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta a stavu jeho vlastního sociálního prostředí, vystaví ve spolupráci s vybranou agenturou domácí zdravotní péče poukaz pro pacienta na odbornost 925 (domácí zdravotní péče) na tiskopisu 06 (Poukazu na vyšetření/ošetření, dále jen Poukaz), s pořadovým zdravotním číslem 1 (viz Obr. 1, 2). Tento tiskopis musí být vyplněn kompletně, včetně všech požadovaných zdravotních údajů o pacientovi, stupni jeho mobility a doplněn o další náležitosti. Na Poukaz uvede lékař příslušný typ návštěvy (ADPČR, 2018). Platnost poukazu má časové omezení. V České republice platí Poukaz potvrzený ošetřujícím lékařem při propuštění z nemocnice 14 dní. Poukaz potvrzený registrujícím praktickým lékařem platí až 3 měsíce (Bártlová, 2010).

Propuštění pacienta je agentuře většinou oznámeno předem. Požadavek na poskytování domácí ošetrovatelské péče je většinou oznamován telefonicky praktickým lékařem nebo všeobecnou sestrou. Vrchní sestra si s pacientem domluví čas a průběh první návštěvy (Bártlová, 2010). Při první návštěvě sestra pacienta zhodnotí. Proces hodnocení musí být prováděn během **všech návštěv** v domácnosti pacienta. Pro získání a záznam informací o pacientovi se využívají různé dotazníky či formuláře. Objektivní data jsou získávána měřením fyziologických funkcí, fyzickým měřením a přímým pozorováním klienta (Jarošová, 2007).

Součástí úvodní návštěvy je odběr zdravotní, ošetrovatelské a sociální anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a vypracování ošetrovatelského plánu, seznámení pacienta a jeho blízkých s plánem péče a četností návštěv, zjišťování, jak je pro ošetrování pacienta jeho domácnost vybavena, rozhovor s pacientem a jeho rodinou jak domácnost vhodně upravit a poskytování informací o výběru vhodných pomůcek k domácímu ošetrování, kterými jsou např. kompenzační pomůcky nebo pomůcky pro inkontinenci atd. (Bártlová, 2010).

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:
		Odbornost		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
Ad zařízení domácí péče:		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):

Pacient v péči pečovatelské služby : ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná
b) omezená:

Smyslové omezení:

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná
b) omezená:

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

VZP-06dp/2009

Obr. 1 Poukaz na vyšetření a ošetření domácí péčí 1 (VZP, 2018)

IČP Odbornost Var. symbol			Čís. dokladu Poř. č.					
			provedl díl B					
Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.	Datum	Kód	Poč.
1			36			71		
2			37			72		
3			38			73		
4			39			74		
5			40			75		
6			41			76		
7			42			77		
8			43			78		
9			44			79		
10			45			80		
11			46			81		
12			47			82		
13			48			83		
14			49			84		
15			50			85		
16			51			86		
17			52			87		
18			53			88		
19			54			89		
20			55			90		
21			56			91		
22			57			92		
23			58			93		
24			59			94		
25			60			95		
26			61			96		
27			62			97		
28			63			98		
29			64			99		
30			65					
31			66					
32			67					
33			68					
34			69					
35			70					

Dne:

 razítko a podpis

Obr. 2 Poukaz na vyšetření a ošetření domácí péči 2 (VZP, 2018)

Příloha B Materiální a technické vybavení domácí péče

Kontaktní pracoviště je vybaveno **přístroji a pomůckami určenými k ošetřování pacientů a provádění výkonů v domácí péči** (Česko, 2004). Mezi tyto pomůcky a přístroje patří dle materiálních a technických požadavků nábytek pro práci všeobecné sestry, skříň pro uskladnění zdravotnické dokumentace (pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě), připojení k veřejné mobilní telefonní síti, pomůcky určené k měření fyziologických funkcí (tonometr, fonendoskop, lékařský teploměr), pomůcky k odběru biologického materiálu, **pomůcky pro ošetřování nehojících se ran**, pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy, glukometr, irigátor (pokud je péče poskytována pacientům s potížemi při vyprazdňování), pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení a box pro přepravu biologického materiálu. Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10m² a sanitární zařízení pro zaměstnance dle Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., ve znění novely č. 246/2018 Sb. (Česko, 2012 b).

Příloha C Faktory ovlivňující hojení ran

Mezi **vnitřní faktory** se řadí základní příčina poruchy kožní integrity, přidružená onemocnění, věk, nutriční stav, farmakoterapii, hematologické poruchy, centrální hypoxii, imunitu, nádorová onemocnění, spánek, psychický stav, systémové infekce, abúzus návykových látek a způsob života (Pokorná, 2012). Doplnění složek výživy záleží na aktuálním stavu výživy pacienta, který by měl být zjištěn důkladnou nutriční anamnézou. Energetické nároky organismu jsou při procesu hojení rány vyšší, s čímž by mělo být počítáno při dietních opatřeních. Hypoxie narušuje syntézu kolagenu a bývá predispozicí bakteriální infekce. Zvýšená zánětlivá reakce organismu, tj. dlouhodobá přítomnost zánětlivých cytokinů a proteáz v ráně může způsobit stagnaci granule tkáně a vznik hypertrofických jizev. Věk je jedním z faktorů hojení, který bohužel nelze ovlivnit (Janíková, 2013). Obranný schopnost hraje při hojení ran důležitou roli, protože při vzniku imunodeficitu dochází k rozvoji infekčních komplikací. Farmaka, především imunosupresiva, cytostatika a antikoagulantia, mají negativní vliv na proces hojení rány (Voráčková, 2012).

Zevní faktory ovlivňující hojení rány jsou porucha hemodynamiky, hloubka rány, velikost rány, spodina rány, lokalizace rány, okraje rány, mikrobiální infekce, stáří rány, lokální hypoxie, teplota rány, cizí tělesa a stav tkáně v okolí rány např. macerace (Pokorná, 2012). Ferko (2015) dále uvádí, jako další zevní faktor, nedostatek klidu pro hojení rány např. rána v oblasti zad. Důsledkem infekce je stagnace hojení v kterékoliv fázi hojivého procesu (Janíková, 2013). Infekce rány znamená mikrobiální růst, při kterém množení a invaze do tkáně způsobuje buněčné poškození a vyvolává zřejmou zánětlivou reakci hostitele. Mezi celkové známky infekce patří klinický obraz sepsy, nechutenství, zvracení atd. U pacientů s diabetem mellitem může být celkovou známkou infekce hyperglykémie (Pitřhová, 2010). Rozpoznání infekce je velmi důležitou úlohou všeobecné sestry pro posouzení rány při pravidelných kontrolách (Janíková, 2013). Tyto faktory jsou snadněji ovlivnitelné, proto by jim měla být věnována náležitá pozornost a důkladná péče, týkající se jejich zvládnutí (Pokorná, 2014).

Příloha D Hygienická dezinfekce rukou

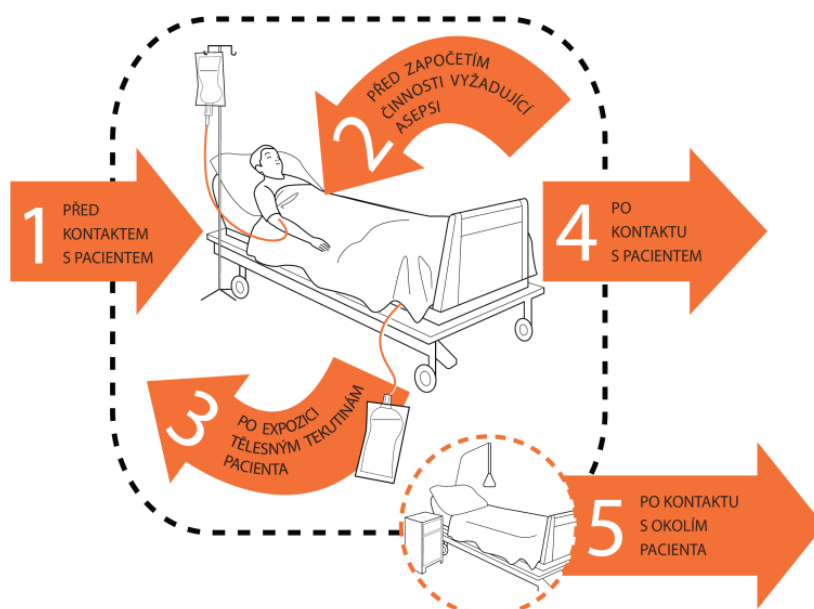
Přenos potenciálně patogenních původců z jednoho člověka na druhého nebo z kolonizované části těla na neinfikovanou část těla se nazývá transmise. Cestou přenosu mikroorganismů je přímý kontakt s pacientem, nepřímý kontakt s pacientem (okolí, nástroje) či přenos vzduchem a vodou (kapénky, aerosoly). K přenosu mikroorganismů mohou napomáhat faktory jako nedostatečná compliance desinfekce rukou prováděná personálem, nedostatek zdrojů pro izolaci nebo kohortaci, invazivní intervence či nedostatečná realizace opatření založených na důkazech, která slouží se kontrole infekce (Reichardt, 2017). Proto je třeba o ruce pečovat, mýt je, desinfikovat a ošetřovat je (Melicherčíková, 2015). Téměř 10^6 kožních šupin obsahujících životaschopné mikroorganismy se denně vyloučí z kůže, proto se patientský oděv, ložní prádlo, nábytek a dalších předměty v bezprostředním okolí pacienta stávají kontaminovanými patientskou flórou (WHO, 2009). V průběhu péče o pacienta jsou ruce personálu kolonizovány vzrůstajícím počtem mikroorganismů, které mohou být potencionálními původci nemocí. Čím déle péče o pacienta trvá, narůstá tak kolonizace rukou, nerealizuje-li se žádná adekvátní HDR.

HDR je usmrcení potenciálních původců nemocí na kůži rukou, které se provádí, jak již bylo zmíněno, pomocí desinfekčních přípravků. Zničí se především tzv. přenosná kožní flóra, tedy původci, kteří se momentálně nacházejí na kůži a nepatří k normální kožní flóře (Reichardt, 2017). Přenositelnost přechodné flóry závisí na počtu mikroorganismů a na vlhkosti kůže (WHO, 2009). Většina moderních přípravků k dezinfekci rukou je tvořena na bázi alkoholů, jež se částečně kombinují s jinými účinnými látkami (Reichardt, 2017). Přípravky obsahující alkohol (kapalina, gel nebo pěna), určené pro aplikaci na ruce, mají, jak již bylo zmíněno, deaktivovat mikroorganismy nebo dočasně potlačit jejich růst (WHO, 2009). Při náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem se ruce desinfikují přípravkem s virucidním působením (Melicherčíková, 2015).

Také infikovaná rána musí být chráněna před zavlečením nových, potenciálně patogenních původců infekce, aby bylo možné dosáhnout úplného vyléčení. Kontaminace jinými druhy patogenních původců nebo navýšení počtu choroboplodných zárodků může při převazu přispět k prodlouženému sekundárnímu hojení rány. Převaz je z hygienického hlediska rozdělen do dvou fází. V první fázi je odstraněn starý, potenciálně kontaminovaný obvaz a ve druhé fázi dochází k přiložení nového, sterilního

obvazu. Ruce je přitom nutné dezinfikovat před prvním nasazením ochranných rukavic, jimiž se odstraňuje původní obvaz. Toto opatření slouží k ochraně proti kontaminaci rány novými potenciálními původci infekce do rány. Poté, co je odstraněn kontaminovaný převazový materiál, se rukavice sejmou a ruce se dezinfikují znovu, aby se zabránilo kontaminaci nového, sterilního převazového materiálu. Rukavice se znovu nasadí a po ukončení výměny obvazu následuje opět sejmutí a následná HDR k ochraně proti přenosu potenciálních původců do rozšířeného okolí pacienta a také na ostatní nemocné (Reichardt, 2017). Postupem HDR se ruce ošetřují zejména ve zdravotnictví. Ochranné rukavice se používají individuálně na suché ruce. (Melicherčíková, 2015).

Pět základních situací pro hygienu rukou



1	PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenesenými na Vašich rukou.
2	PŘED ZAPOČETÍM ČINNOSTI VYŽADUJÍCÍ ASEPSI	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
3	PO EXPOZICI TĚLESNÝM TEKUTINÁM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
4	PO KONTAKTU S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
5	PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydáno Světovou zdravotnickou organizací v roce 2009 pod názvem Four 5 moments for hand hygiene.
© World Health Organization 2009
Generální ředitel Světové zdravotnické organizace udělil Ministerstvu zdravotnictví ČR právo k překladu dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR plně zodpovídá za českou verzi dokumentu. Česká verze.
© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

Květen 2009

Obr. 3 Pět základních situací pro hygienu rukou (SZÚ, 2019)

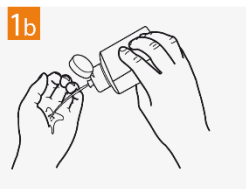
Obrázek II.1
Postup pro dezinfekci rukou

Technika hygieny rukou s použitím alkoholového dezinfekčního přípravku

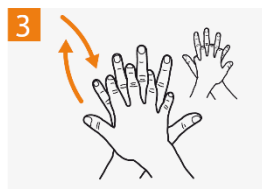
 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin



Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku na pokrytí celého povrchu rukou.



Třete ruce dlaní o dlaň.



Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



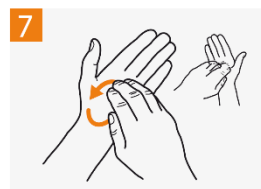
Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



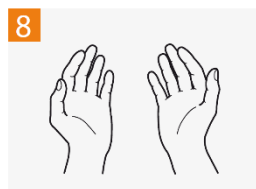
Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřenými prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



Po oschnutí jsou Vaše ruce dezinfikovány.

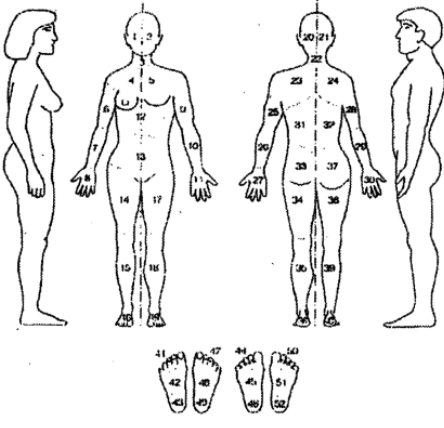
Obr. 4 Technika hygieny rukou s použitím alkoholového dezinfekčního prostředku (SZÚ, 2019)

Příloha E Postup po převazu rány v domácí péči

S nebezpečným odpadem vznikajícím při ošetrovatelské péči musí být nakládáno v souladu s platnými právními předpisy v oblasti odpadového hospodářství a zdravotnictví podobně jako při jiných zdravotnických činnostech ve zdravotnických zařízeních. Nakládání s odpady ze zdravotnictví se řídí podle zákona č. 185/2001 Sb., o odpadech, ve znění pozdějších předpisů, které je poskytovatel zdravotnických služeb jako původce odpadu povinen dodržovat se všemi povinnostmi danými tímto zákonem a jeho prováděcími předpisy.

Při nakládání s infekčním odpadem musí pracovník ošetrovatelské služby nejprve zhodnotit, zda odpad má nebo může být kontaminován infekčním agens nebo zda pochází odpad od pacienta, u něhož je prokázáno nebo se předpokládá infekční onemocnění. Jedná se hlavně o odpady, které obsahují nebo jsou kontaminovány choroboplodnými zárodky či odpady, které obsahují genotoxické látky, toxické chemické látky, nepoužitelná léčiva nebo ostré předměty. Veškeré infekční odpady jsou takové odpady, které mohou být kontaminovány infekčním činitelem. Tato kontaminace činí odpad nebezpečným. Do infekčních odpadů lze zařadit např. použitý obvazový materiál, použité chirurgické materiály, použité podložky, pleny, apod. Do uvedené skupiny odpadů patří i takové odpady, které jsou kontaminovány biologickým materiálem jako např. lidskou krví, sekrety nebo výkaly. Biologicky kontaminované odpady mohou být kontaminovány i potencionálně patogenními mikroorganismy. Mezi tyto odpady lze zařadit kontaminovaný obvazový materiál, kontaminované pomůcky nebo pomůcky pro inkontinentní pacienty. Při odstraňování drobného anatomického odpadu zvážíme, o jak velkou část odpadu se jedná. Jedná-li se o minimální množství tohoto odpadu, lze jej považovat za neinfekční. Je nutné jej zabalit do neprodyšného plastového sáčku, zavázat a odstranit společně s komunálním odpadem. V případě, že se jedná o materiál od infikovaného pacienta a předpokládá se infekčnost tohoto odpadu, musí s ním být nakládáno jako s infekčním odpadem (SZÚ, 2018)

Příloha F Dokumentace rány

Ošetrovatelský záznam chronické rány	
Jméno a příjmení pacienta, R. Č.	
Datum zahájení terapie rány	
Předání pacienta do jiné péče	Obvodní lékař, Home care
Ošetřující lékař	
Ošetřující sestra, kontakt	
Typ rány	
Lokalizace rány (zakresli na obrázku) Velikost rány v cm Šířka: Délka: Hloubka:	
Současná terapie	
Bolest, charakteristika, lokalizace, stupeň	
Okolí rány	
Okraje rány	
Spodina rány	
Sekrece z rány, charakter sekretu	
Zápach z rány	
Mikrobiální vyšetření (ATB)	
Nutriční podpora	

Obr. 5 Záznam péče o chronickou ránu, část 1 (Pokorná, 2012, s. 160)

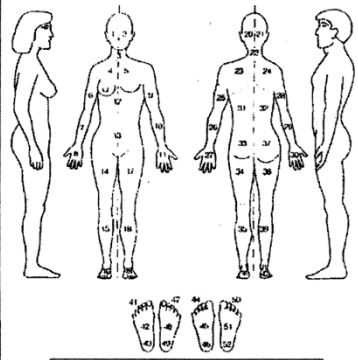
Další převaz doporučen	
Materiálové vybavení	
Zhodnocení celkového stavu pacienta/-ky	
Ošetrovatelské dg. (související s ránou)	
Ošetrovatelské intervence (související s ránou)	
Ošetrovatelské cíle (související s ránou)	
Postup při převazu	
Doporučení	
Zpracovala a ošetřila Datum a podpis	

Obr. 6 Záznam péče o chronickou ránu, část 2 (Pokorná 2012, s. 161)

PLÁN A REALIZACE PÉČE							
Datum hodina	Den léčby	Hodnocení (průběh hojení spodiny, změna sekrece/velikosti)	Ošetření rány, použitý materiál	Datum dalšího převazu	Foto- dokum.	Stěr na bakter. vyš.	Podpis

Obr. 7 Záznam plánu péče o dekubity a jiné rány (Pokorná, 2012, s. 162)

Pokoj č.: 	Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu		Defekt č.:
Jméno a příjmení pacienta: 	Datum zahájení léčby: 	Datum ukončení léčby: 	
Rodné číslo: 	Převzat z jiného oddělení, zařízení: 	Předán na jiné oddělení: 	
Pojišťovna: 	První příznaky: 	Stav rány při ukončení léčby: 	
Alergie (zapiš červeně): 	Příčina rány – je-li známá: 	Použitý materiál: 	

Popis rány při přijetí			
Všeobecné údaje	Charakteristika rány	Terapeutické opatření	Lokalizace rány
Typ rány: 1. Dekubitus ▪ I. stupeň – zarudnutí ▪ II. stupeň – tvorba puchýřů ▪ III. stupeň – porucha kožní integrity ▪ IV. stupeň – nekróza 2. Ulcus cruris ▪ Venózní ▪ Tepenný ▪ Smlíšený 3. Syndrom diabetické nohy ▪ 1. stupeň – povrchová ulcerace (celá vrstva kůže) ▪ 2. stupeň – hlubší ulcerace (kůže + podkoží) ▪ 3. stupeň – hluboká ulcerace (flegmona, osteomyelitida) 4. Pergamenová kůže 5. Jiný defekt: Celkový stav pacienta: ▪ stáří ▪ malnutrice ▪ obezita ▪ diabetes mellitus ▪ kardiovaskulární onemocnění ▪ onemocnění periferních cév ▪ imobilita ▪ anémie ▪ jiné:	1. Velikost rány (v cm): Délka..... šířka..... hloubka..... 2. Spodina rány ▪ nekróza suchá (černá, žlutá) ▪ nekróza vlhká ▪ fibrinový povlak ▪ granulace ▪ epitelizace ▪ infikovaná rána 3. Okolí rány: ▪ macerace - otok ▪ zarudnutí - puchýř ▪ ekzém - klidné ▪ jiné: 4. Okraje rány: ▪ naválité ▪ jiné: 5. Sekrece z rány: ▪ Žádná ▪ Mírná ▪ Střední ▪ Silná 6. Zápach z rány: ▪ lehký ▪ ostrý ▪ žádný Fáze hojení rány: ▪ Zánětlivá odezva ▪ Granulační fáze ▪ Epitelizační fáze	1. Mikrobiologické vyšetření: A. Datum: Nález: Citlivost: B. Datum: Nález: Citlivost: 2. Cévní vyšetření (ulcus cruris): Kompresivní terapie: 3. Diabetologické vyšetření: 4. Vyšetření nutričním terapeutem: Datum: Intervence: 5. Rozšířená stupnice Nortonové: Datum: Body: ATD matrace, typ: Od: Do: Polohování: Sám: Pasivní: Pomůcky jiné: Bolest: * ano * ne VAS (body): Biostimulační lampa: Program č.: od: do:	 Ošetřovatelský záznam provedl/a (datum, hodina, razítko, podpis): Fotodokumentace, datum:

Obr. 8 Komplexní pojetí ošetřovatelského záznamu o nehojících se ranách (Pokorná, ROK, s. 163)

Příloha G Protokol k provádění výzkumu


TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
 Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta KADAVÁ DENISA			
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ / VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta	Ročník 2.	
Téma práce	SPECIFIKA PŘEVÁŽU NEHOVÍCÍCH SE PAN V DOMÁCI PÉČI		
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován			
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARTIN KRAUSE, DiS.		
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis		
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis		
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis		
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis		
Datum zahájení výzkumu	4. 1. 2019		
Datum ukončení výzkumu	22. 2. 2019		
Počet oslovených respondentů (personálu)	5		
Počet oslovených respondentů (klientů)	/		
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)			

V LIBERCI dne 2. 1. 2019

podpis studenta

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI | Fakulta zdravotnických studií | Studentská 1402/2 | 461 17 Liberec 1
 tel.: +420 485 353 762 | jméno.prijmeni@tul.cz | www.fzs.tul.cz | IČ: 467 47 885 | DIČ: CZ 467 47 885



Obr. 9 Protokol k provádění výzkumu (Zdroj: TUL, Fakulta zdravotnických studií)

Aseptické postupy při převazu nehojících se ran v domácí péči

Denisa Kadavá, Mgr. Martin Krause, DiS.

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Abstrakt

V České republice se zvyšuje počet polymorbidních obyvatel a to přispívá nejen ke zvyšujícímu se počtu pacientů s nehojícími se ranami převážně venózní etiologie. Vlivem rozvoje domácí péče se ošetrovatelská péče o nehojící se rány přemísťuje z nemocnic do vlastního sociálního prostředí i vzhledem ke zvyšující se incidence infekcí spojených se zdravotní péčí. Článek se zabývá aseptickými postupy při převazu nehojících se ran v domácí péči. Hlavním cílem je zmapovat faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči. Výzkum je realizován kvalitativní metodou s využitím techniky nestrukturovaného pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Technikou nestrukturovaného pozorování byly zjišťovány problematické oblasti týkající se péče o nehojící se rány. Následně byly metodou polostrukturovaného rozhovoru zjišťovány jednotlivé faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran. Počet respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace. Zjištěné skutečnosti mohou být nápomocné vedoucím pracovníkům domácích péčí ke změně managementu péče o rány v domácím prostředí.

Klíčová slova

aseptický postup, domácí péče, nehojící se rána, ošetrovatelství, převaz ran, všeobecná sestra

Úvod

Rozvoj domácí péče na území České republiky má několik výhod. Tato forma péče o pacienty je nejen finančně méně nákladná, ale především zkracuje dobu hospitalizace pacientů v nemocnicích, čímž jim umožňuje, aby jim péče, kterou i nadále potřebují, byla poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí. V mnohých případech to pacientům přispívá nejen k většímu fyzickému, ale především i psychologickému pohodlí.

Domácí péče je forma zdravotní péče, která je poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře pro dospělé, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost či ošetrojícího lékaře při pobytu pacienta v nemocnici (Česko, 2004). Je zaměřena především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných a zajištění klidného

umírání a smrti (Bártlová, 2010). Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a eliminovat vliv infekcí spojených se zdravotní péčí a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů (Česko, 2004). Výhodou domácí péče je její ekonomičnost, individualizace péče a komplexnost. Tato forma péče nediskriminuje pacienta v žádném ohledu, ať už se jedná o věk, pohlaví rasu či např. náboženské vyznání, a je určena pro každého (Bártlová, 2010). Je žádoucí, aby tato péče byla pro pacienty dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Česko, 2004). Domácí péče má několik forem. Jedná se zejména o akutní domácí péči, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči, domácí hospicovou péči a jednorázovou domácí péči (Jarošová, 2007). Domácí péče je součástí primární zdravotní péče a je hrazena zdravotní pojišťovnou, pokud ji indikuje lékař (Tomeš, 2015).

V rámci domácí péče je pacientům poskytována odborná ošetrovatelská péče, ke které náleží právě i péče o nehojící se rány. Pojem nehojící se rána nahrazuje v relevantní literatuře pojmem chronická rána (Janíková, 2013). Z hlediska ošetrovatelské péče o nehojící se rány je velmi důležité dodržovat při převazu zásady asepse dle vyhlášky č. 306/2012 Sb. (Pokorná, 2014). Zásady asepse se týkají především hygienické dezinfekce rukou, použití jednorázových rukavic či dalších osobních ochranných prostředků, používání sterilního krytí při převazu nehojících se ran, sterilní manipulace s materiálem a doporučeného nakládání s nebezpečnými odpady. Všeobecné sestry by měly při převazu nehojících se ran postupovat dle ošetrovatelství založeného na důkazech (Evidence Based Nursing), které dle výsledků výzkumného šetření shrnuje doporučené postupy při převazu nehojících se ran.

Aseptické postupy v péči o nehojící se rány je třeba dodržovat v několika oblastech. Při přípravě převazu je třeba dbát na zachování sterility materiálu a pomůcek k převazu. Zásadní je používání sterilního materiálu při převazu nehojících se ran (Stryja, 2016). Otevírání sterilního materiálu by mělo vždy probíhat dle návodu výrobce, aby nedošlo k znesterilnění materiálu (Kelnarová, 2015). Před převazem musí všeobecná sestra provést hygienickou dezinfekci rukou a navléct si jednorázové rukavice (Stryja, 2016). Tak uvádí i Pokorná (2014). Dále musí pod pacientovu končetinu umístit savou podložku či sterilní roušku, aby nedošlo ke kontaminaci okolního prostředí potencionálními patogeny (Stryja, 2016). Po odstranění původního krytí musí sestra sejmut jednorázové rukavice, provést opětovně hygienickou dezinfekci rukou a navléct si nové jednorázové rukavice (Vytejšková, 2015). Při manipulaci se sterilním materiálem je důležité zachovat sterilitu materiálu tím, že se léčivé masti a další léčivé přípravky nanáší pomocí jednorázové špachtle a sterilní krytí se nanáší na ránu pomocí dvou sterilních pinzet či jiných sterilních pomůcek (Pokorná, 2014). Vhodné by bylo individualizovat co nejvíce pomůcek k opakovanému použití při převazu nehojících se ran v domácnostech pacientů. Původní infekční krytí je nutné vkládat do dvojitého pytlů a shromažďovat odděleně. Sestra je povinna infekční materiál odvézt z domácnosti pacientů k praktickému lékaři, který má ve své ordinaci boxy na infekční materiál nebo přímo do agentury domácí péče, která je povinna zajistit likvidaci infekčního materiálu (SZÚ, 2019). Po likvidaci infekčního materiálu a pomůcek v domácnosti pacienta musí sestra před odchodem provést opět hygienickou dezinfekci rukou (Stryja, 2016).

Nehojící se rány se vyznačují především chronickou bolestí a sekundárním hojením, což pacienty často omezuje ve vykonávání běžných denních aktivit (Stryja, 2016). Jako nehojící se rána je označována taková rána, která i přes odpovídající terapii nevykazuje známky hojení v období více než 6–9 týdnů (Janíková, 2013). Tyto rány jsou mnohdy symptomem jiného závažného onemocnění. Jejich incidence koreluje s incidence některých civilizačních chorob (Pospíšilová, 2010). Moderní terapie nehojících se ran je založena především na metodě vlhkého hojení. Je-li rána udržována ve vlhkém stavu, dochází k jejímu urychlenému hojení a urychlené reepitalizaci (Ihnát, 2017). Frekvence převazů závisí na druhu použitého materiálu a ordinaci lékaře (Bečanová, 2015). U pacientů s ulcus cruris venosum se provádí kompresivní bandáž, ale například u pacientů se syndromem diabetické nohy se končetina odlehčuje (Pokorná, 2014). Kompresivní terapie je důležitou součástí péče o pacienty s bérceovou ulcerací (Pokorná, 2012).

Metody

Výzkumná část je zpracována kvalitativní metodou výzkumu. Sběr dat probíhal technikou nestrukturovaného pozorování respondentů při převazu nehojících se ran u pacientů s ulcus cruris venosum v jejich vlastním sociálním prostředí. Pozorování bylo písemně zaznamenáváno. Ihned po pozorování byl s respondenty v jejich služebních vozidlech uskutečněn polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval celkem 17 otevřených otázek. Všichni respondenti poskytli ústní souhlas s nahráváním rozhovorů na MP4 přehrávač a se zpracováním získaných dat. Výběr respondentů byl ukončen po dosažení teoretické saturace, což bylo celkem 5 respondentů. Rozhovory nahrané na MP4 přehrávač byly následně doslovně přepsány. Analýza získaných dat z odpovědí respondentů probíhala metodou tužka-papír. Dle odpovědí respondentů byly jednotlivé faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran následně rozděleny do tří kategorií, které byly zpracovány v programu na tvorbu schémat. Pojem dodržování aseptických postupů byl operacionalizován na provedení i neprovedení postupů dle nejaktuálnějších poznatků, respektive dle nejaktuálnější relevantní literatury. Pro výběr respondentů bylo stanoveno pouze jedno kritérium a to, aby se jednalo o všeobecnou sestru zaměstnanou v agentuře domácí péče. Výzkum byl realizován od ledna 2019 do února 2019 v domácnostech pacientů a ve služebních vozidlech všeobecných sester.

Výsledky + diskuze

Nejprve bylo zjišťováno, jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při přípravě převazu nehojících se ran v domácí péči. Na základě analýzy rozhovorů se všeobecnými sestrami bylo zjištěno hned několik pozitivních i negativních faktorů ovlivňujících přípravu převazu dle všeobecných sester. Mezi zjištěné pozitivní faktory patří přehlednost (o pomůckách k převazu v batohu), znalost, zkušenost (z předchozí praxe), snadná manipulace (otevírání lukasteriku se sterilním materiálem) a strach z poškození pacienta, který ovlivnil všeobecné sestry k použití ochranných rukavic při převazu nehojících se ran. Jako negativní faktory byly zjištěny pohodlnost (skladování

materiálu v domácnosti pacienta), školení (neadekvátní informace) a negativní postoj (k provádění hygienické dezinfekce rukou). Bylo zajímavým zjištěním, že R1 používá k převazu nehojících se ran nesterilní materiál, a to z toho důvodu, že absolvovala školení, na kterém jí bylo řečeno, že „*pokud se jedná o takto staré nehojící se rány, nemusí se sterilní materiál k převazu používat.*“ Tato informace je překvapující, protože jak uvádí Stryja (2016), pomůcky, které přijdou do styku s ránou, musí být vždy sterilní. Pozitivní zjištění přinesla oblast otevírání sterilního materiálu, kde R2–R5 postupovaly při otevírání sterilního materiálu tak, aby nepoškodily obal. Například R4 uvedla „*No protože je to tak nejjednodušší, protože když se ten pytlík roztáhne, tak se to vlastně zne sterilní, že jo.*“ Postupovaly tedy doporučeným způsobem, zachovávajícím sterilitu materiálu, jak uvádí Kelnarová (2015). Z hlediska přípravy sestry k převazu nehojících se ran bylo sledováno provádění hygienické dezinfekce rukou. Hygienickou dezinfekci rukou před převazem provedla pouze R1, ale nedoporučovanou technikou. Ostatní respondenti, R2, R3, R4 a R5, hygienickou dezinfekci rukou neprovedli vůbec, a proto je znepokojující, že jsou R2, R3, R4 i R5 přesvědčeny o tom, že pokud používají na převaz jednorázové rukavice, je hygienická dezinfekce rukou zbytečná. Přitom jak uvádí WHO (2009), hygienická dezinfekce rukou je nutná po každém kontaktu s pacientem.

Dále bylo zjišťováno, jaké faktory ovlivňují dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran v domácí péči. Jako pozitivní faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při převazu nehojících se ran byly zjištěny znalosti (týkající se provedení toalety rány a přikládání fixačního krytí i přes zdravou tkáň) a compliance pacienta, který před příchodem všeobecné sestry osprchoval okolí defektu antibakteriálním mýdlem. K negativním faktorům řadíme nevědomost (týkající se např. neprovedení očištění okolí rány nebo toalety rány, kde sestra měla edukovat pacienta o doporučeném způsobu aplikace antibakteriálního mýdla, které nesmí být aplikováno přímo do rány), velká spotřeba materiálu (týkající se výměny rukavic během převazu), nedostatek materiálu a nedostatečná příprava pacienta. Dle analýzy získaných dat bylo zjištěno, že žádný z respondentů neprovádí po odstranění původního krytí hygienickou dezinfekci rukou ani výměnu rukavic, protože např. dle R2, „*by musela těch rukavic mít strašně moc, moc by se jich spotřebovalo a špatně by se jí navlíkala.*“ R3 a R5 uvedly, že jim to při převazu v domácím prostředí připadá zbytečné, přitom dle Vytejškové (2015) je hygienická dezinfekce rukou a výměna rukavic po odstranění původního krytí nutná, což uvádí i WHO (2009). Dále bylo překvapivé, že téměř žádný z respondentů neprovádí očišťování okolí rány, protože např. dle R1 „*provedla očištění okolí rány i s očištěním defektu a nikdy jí nikdo neřekl, že by na ránu a její okolní zdravou tkáň měla používat rozdílné roztoky*“ nebo dle R2, „*pacienti většinou mají jeden roztok do rány a nechtějí moc finančně více prostředků.*“ Velmi znepokojující zjištění přinesla oblast manipulace se sterilním materiálem, protože dle pozorování se všichni respondenti dotýkají sterilního materiálu rukama

za použití jednorázových rukavic a to z toho důvodu, že jsou přesvědčeni o tom, že pokud se sterilního materiálu dotýkají pouze v rozích, zůstává materiál i nadále sterilní, což vyvrací Stryja (2016) a Pokorná (2014). R1, která na převaz používá dokonce nesterilní materiál, zastává ten názor, že „*pokud k převazu používá nesterilní*

materiál, není důležitý, jestli se ho dotýká nebo ne.“ Jenomže jestliže všeobecná sestra neprovede v průběhu převazu opětovnou hygienickou dezinfekci rukou a výměnu jednorázových rukavic, zůstávají ruce sestry kontaminované pacientovou mikroflórou a to může způsobit nejen stagnaci hojení rány (WHO, 2009). Naopak příjemné zjištění přinesla poslední fáze převazu, kde bylo zjištěno, že všichni respondenti přikládají fixační krytí i přes zdravou tkáň protože například dle R5, *„se kolikrát stane, že to krytí z té rány malinko sjede, tak aby ta rána byla teda stále aspoň trochu krytá“*, což bylo potěšující, protože i dle Stryji (2016), musejí fixační materiály přecházet až na zdravou tkáň.

V poslední oblasti byly zjišťovány faktory ovlivňující dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek v domácí péči. Pozitivními faktory ovlivňujícími likvidaci použitého materiálu a pomůcek po převazu jsou pouze znalosti (týkající se provedení opětovné hygienické dezinfekce rukou po převazu). Mezi zjištěné negativní faktory patří neznalost, strach z nákazy (při manipulaci s infekčním materiálem), negativní postoj (k provedení hygienické dezinfekce rukou po převazu) a strach z dotýkání se infekčního materiálu převáženého ve služebním vozidle. Při likvidaci použitého materiálu a pomůcek nepostupoval žádný z respondentů doporučeným způsobem. Například R4 a R5 mají negativní postoj k doporučenému způsobu likvidace infekčního materiálu a R2 se naopak obává nákazy z infekčního materiálu, což je zajímavým zjištěním, když žádný z respondentů neprovádí hygienickou dezinfekci rukou před ani během převazu a strach z nákazy při tom nemají. R1 dále uvedla, že *„materiál z domácnosti, jsme byly poučeny, že můžeme spálit v kotli“*, ale dle SZÚ (2018), by měl být infekční odpad z domácností balen do dvojitéch plastových pytlů a shromažďován odděleně. Nebylo překvapením, že po převazu provedla opětovnou hygienickou dezinfekci rukou opět pouze R1, ale i tentokrát nedoporučovanou technikou. R2, R3, R4 i R5 mají opět negativní postoj k provádění hygienické dezinfekce rukou po převazu nehojící se rány, což je velmi znepokojující, neboť všeobecná sestra, která odchází od pacienta s kontaminovanými rukama, ohrožuje rodinné příslušníky pacienta, sebe, další pacienty, ale i svoji rodinu přenosem potenciálně patogenních organismů. Dle Stryji (2016) sestra musí po skončení převazu provést hygienickou dezinfekci rukou.

Závěr

V dnešní době se domácí péče velmi rychle rozvíjí a péče o pacienty se čím dál častěji přesouvá z nemocnic do agentur domácí péče. Rychlý rozvoj se týká i oboru ošetrovatelství jako takového, a tak stoupají i nároky na všeobecné sestry a jejich péči o pacienty, kterou vykonávají v domácnostech pacientů samy. Vzhledem k jejich vědomostem, dovednostem a adekvátním postojům lze poskytovat pacientům vhodnou péči odpovídající standardům péče nehojící se rány v nemocnicích. Faktory ovlivňující dodržování aseptických postupů při přípravě převazu, během převazu a dodržování postupů při likvidaci použitého materiálu a pomůcek zjištěné výzkumným šetřením jsou z velké části řešitelné a odstranitelné. Jak již bylo zmíněno,

bylo by vhodné, aby sestry v domácí péči postupovaly při převazu nehojících se ran dle ošetrovatelství založeného na důkazech s důrazem na aseptické postupy, které jsou v domácí péči často opomíjeny. Záleží zde především na změně postoje agentury domácí péče a jejích zaměstnanců k péči o nehojící se rány.

Použité zdroje

- ČESKO. 2004. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodická opatření –Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZČR*. Částka 12, s. 15-18. ISSN 1211-0868.
- BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-499-3.
- JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7
- TOMEŠ, Igor et al. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- STRYJA, Jan et al. 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2010. *Léčba ran a péče o pokožku: Přístupy k léčbě chronických ran*. Olomouc: SOLEN. ISBN 978-80-87327-36-4.
- IHNÁT, Peter. 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0334-8.
- BEČANOVÁ, Květa. 2015. Ošetrovatelská péče o chronické rány. *Florence*. 11(3), 15–16. ISSN 1801-464X.
- POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ a N. SIKOROVÁ. 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- KELNAROVÁ, Jarmila et al. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. Ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
- SZÚ. 2018. Návrh metodického doporučení pro nakládání s odpady vznikajícími při domácí ošetrovatelské péči. KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ SZÚ. SZÚ[online]. Státní zdravotní ústav, [cit. 2018-12-6]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/puda/priloha3Z.pdf>
- WHO. 2009. *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-159790-6.

Specifics of non-healing wounds dressing in home care

Abstract

In the Czech Republic, the number of polymorbidity population is increasing and this contributes not only to an increasing number of patients with non-healing wounds predominantly of venous etiology. Due to the development of home care, nursing care for non-healing wounds moves from hospitals to patient's own social environment. The article deals with the specifics of non-healing wounds dressing in home care. The main goal is to map factors influencing adherence to aseptic procedures of dressing preparation, during dressing of non-healing wounds and adherence to procedures for disposal of used material in home care. The research is carried out by a qualitative method. The unstructured observation technique was used to identify problematic areas concerning the care of non-healing wounds. Subsequently, individual factors influencing adherence to aseptic procedures in dressing non-healing wounds were determined by the semi-structured interview. The choice of respondents was terminated when the theoretical saturation was reached. The results may be helpful to home care executives to change the wound care management in home care.

Keywords

aseptic procedure, home care, non-healing wound, nursing, wound dressing, general nurse

Kontaktní údaje

Denisa Kadavá
denisakadava@seznam.cz
Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci
Studentská 1402/2
Liberec, 416 17

Mgr. Martin Krause, DiS.
martin.krause@tul.cz
Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci
Studentská 1402/2
Liberec, 416 17

