

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**LÉČBA A PÉČE O DEFEKTY
PO 2. SVĚTOVÉ VÁLCE AŽ DO SOUČASNOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA FALTUSOVÁ

Praha 2012

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**LÉČBA A PÉČE O DEFEKTY
PO 2. SVĚTOVÉ VÁLCE AŽ DO SOUČASNOSTI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA FALTUSOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala zcela samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v příloze seznam použité literatury.

Souhlasím s použitím této bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 19.4.2012

podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za její pedagogické vedení, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytovala při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat třem zdravotním sestrám, které si nepřejí být jmenovány a které mi pomohla při shromažďování historických informací. Nakonec chci vyjádřit poděkování všem, kteří mi umožnili studium a dovedli mě k napsání bakalářské práce.

ABSTRAKT

FALTUSOVÁ, Martina. *Léčba a péče o defekty po 2. světové válce až do současnosti*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., Praha. 2012. s. 66.

Hlavním tématem bakalářské práce je historie léčby a péče o defekty od konce 2. světové války až do současnosti. Teoretická část popisuje vznik defektů, jejich druhy a klasifikaci. Dále léčbu a hojení ran, kde jsou popsány fáze hojení a faktory, které ho ovlivňují. Je zde poukázáno i na důležitost správné výživy a hydratace. Nedílnou součástí léčby defektu představuje také správná volba krycího materiálu, což je zde také blíže popsáno. Zvláštní skupinu defektů, které jsou v práci zmíněny, tvoří dekubity. Praktická část obsahuje kazuistiku, kde je zaznamenáno hojení ran klasickou metodou a metodou vlhkého hojení a jejich finanční zhodnocení. Jsou zde popsány defekty dvou pacientů/klientů a průběh jejich léčení. Cílem práce je srovnání minulosti a současnosti, nejen v léčení, ale i v přístupu k této problematice v různém období.

Klíčová slova: Defekt. Finanční zhodnocení. Historie. Léčba. Pacient/klient. Vlhké hojení.

ABSTRAKT

FALTUSOVÁ, Martina. *Treatment and Care of the defects after World War II to the Presence*. Medical College, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Prague.2012. 66 pages.

The main topic of the bachelor thesis is the history of treatment and care of the defects since the end of World War II until the presence. The theoretical part describes formation of defects, its types and clasification. This thesis also describes the healing of the wounds, the stages of the healing and the influencing factors. The thesis also points out to importance of the adequate nutrition and hydration. An integral part of treatment of the defects is also the right choice of an integumentary material, which is also described in more details. The thesis mentions special group of the defects called decubitus. The practical part of the thesis contains the casuistry describing the classical method of wound healing and method of moist healing and its financial evaluation. This part also describes the defects of two patients and their course of treatment. The goal of this thesis is comparison between the past and the presence not only in treatment but approach to this issue in a different period as well.

Key words:

Defect. Financial Evaluation. The History. The Treatment. Patient. Moist Healing.

PŘEDMLUVA

Bylo mnoho napsáno o hojení a ošetřování ran. Nenalezli jsem však publikace, které by se zabývaly tematikou historie hojení léčby ran po 2. světové válce. Přesto znalost minulosti je důležitá ve všech oborech.

Tato práce vznikla ve snaze, poučit se z minulosti, naučit se v čem naši předkové chybovali a co se od nich můžeme naučit my. Považujeme za důležité správně ošetřovat defekty, podle nejnovějších postupů a výzkumů. Ale víme, jestli už v minulosti nebylo hojení podobné, jestli neobjevujeme již objevené? Na tyto otázky chceme najít alespoň částečnou odpověď.

Několik let jsem pracovala jako podiatrická sestra ambulanci i na lůžkovém oddělení, kde ošetřování ran bylo mojí hlavní náplní práce. V této době jsem se začala zajímat o hojení ran. Pacienti/klienti mají často všetečné otázky, například: nebylo by lepší léčit to jinak; a proč mi tam dáváte tohle; mamince tam dávali toto a jí to pomohlo, proč ne mě. Na spoustu těchto dotazů jsem se musela naučit odpovídat a bylo by hezké, kdyby tyto odpovědi znali i ostatní zdravotničtí pracovníci.

Dalším důvodem zvolení tohoto tématu, je neznalost historie hojení nejen naše, ale i našich spolupracovníků. Absolvovali jsme řadu školení a přednášek, které byly věnovány pouze současnosti a budoucnosti. Jsme přesvědčeni, že toto téma zaujme i poučí.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra, čerpat poznatky mohou i sestry z praxe. Řadu nových informací zde mohou najít i lidé z řad laiků, kteří se často ptají: a jak se to dělalo dřív.

Obsah

ÚVOD	13
1 Obecný popis defektu	15
1.1 Druhy defektu.....	15
1.2 Druhy chronických ran.....	16
1.3 Příčiny vzniku defektu	17
1.4 Klasifikace chronického defektu	17
2 Hojení a léčba defektu	19
2.1 Fáze hojení	19
2.2 Faktory ovlivňující hojení	20
2.3 Výživa a hydratace	21
2.4 Volba vhodného krytí.....	22
2.5 Bolest.....	23
2.6 Dokumentace.....	24
3 Dekubitus	26
3.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitu	28
3.2 Klasifikace dekubitů.....	28
4 Historie ošetřovatelství v Čechách	30
EMPIRICKÁ ČÁST	33
5 Metodologie průzkumu	35
6 Historie léčby defektů po 2. světové válce	36
6.1 Příklady léčení defektů.....	37
7 Kazuistika léčby klasickou metodou	41
7.1 Finanční zhodnocení hojení klasickou metodou	44
8 Léčba defektů v současnosti	46
9 Kazuistika léčby metodou vlhkého hojení	52
9.1 Finanční zhodnocení metodou vlhkého hojení	56
10 Zhodnocení a grafické znázornění výsledků výzkumu	59
11 Závěr praktické části a diskuze	61
ZÁVĚR	64
SEZNAM LITERATURY	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové.....	27
Tabulka 2 – Přehled používaných materiálů a léčiv.....	39
Tabulka 3 – Finanční zhodnocení hojení klasickou metodou.....	44
Tabulka 4 – Obvazové materiály k vlhkému hojení.....	48
Tabulka 5 – Finanční zhodnocení hojení moderní metodou.....	56
Tabulka 6 – Celková doba léčení v absolutních číslech.....	59
Tabulka 7 – Doba hospitalizace.....	59
Tabulka 8 – Celková částka v Kč.....	60
Graf 1 – Celková doba léčení v absolutních číslech.....	59
Graf 2 – Doba hospitalizace.....	59
Graf 3 – Celková částka v Kč.....	60

SEZNAM ZKRATEK

BMI – body mass index

CMP – centrální mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DK – dolní končetiny

HM NPH inzulín – humánní dlouhodobě působící inzulín

HMR inzulín – humánní krátkodobě působící inzulín

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

MR – magnetická rezonance

MRSA – meticylin rezistentní stafylokokus aureus

PAD – perorální antidiabetika

RTG – rentgenologické vyšetření

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Absorpční – vstřebávající

Abúzus – závislost

Alginátové vlákno – vlákno chemicky vyrobeno z hnědých mořských řas

Angiogeneze – znovuoobnovení

Angiografie – kontrastní vyšetření cév

Antibakteriální bariéra – zamezení vniku bakterií do určitého prostředí

Antropometricky – týkající se měření lidského těla

Apatie – netečnost

Apendektomie – odstranění červovitého přívěsku tlustého střeva

Aseptické – bez přítomnosti choroboplodných zárodků

Autoimunní onemocnění – onemocnění oslabené obranyschopnosti organismu

Deficit – nedostatek

Dekubitus – proleženina

Deprese – psychické onemocnění

Dermatitidy – kožní onemocnění

Dermis – kůže

Devitalizovaná tkáň – rozbitá tkáň

Diabetes mellitus – úplavice cukrová

Elévka – začátečnice

Eliminace – odstranění

Enzymatické preparáty – přípravky bílkovinné povahy

Epidermis – podkoží

Epitelizace – tvoření výstelky

Erysipel – růže

Exsudace – vytékání tělní tekutiny

Externí – vnější

Exudát – tělní tekutina

Exulcerované maligní nádory – zvrhodovatěné zhoubné nádory

Granulace – novotvorba vazivově cévní tkáně

Hemostatický účinek – účinek způsobující zastavení krvácení

Hydratace – zavodnění

Hydrofilní – udržující vlhké prostředí
Partikule – částice
Hypergranulace – zvýšená novotvorba vazivově cévní tkáně
Hypertenze – vysoký krevní tlak
Hypoalergenní – dobře snášené organismem, nevyvolávající nežádoucí reakce
Hypoxické prostředí – prostředí s nedostatečným přívodem kyslíku
Imobilizace – znehybnění
Imunita – obranyschopnost organismu
Imunodeficit – nedostatečná obranyschopnost organismu
Integrita – celistvost
Invazivní – násilné
Magistraliter – individuálně vyráběné léčivo
Metabolismus – přeměna látek na energii
Myokard – srdeční sval
Nekróza – odumřelá tkáň
Neuropatie – postižení nervů
Nutrice – výživa
Nutriční terapeutka – výživová specialistka
Parenterální výživa – výživa dodávána tělu jinou cestou než ústy
Per os – ústy
Per primam – prvotní
Per sekundam – druhotná
Permanentní – stálý
Polyuretanový – chemická sloučenina
Predilatační místo – ohrožená místa
Premedikace – podávání léků k útlumu organismu před chirurgickým zákrokem
Proliferace – bujení nové tkáně
Proteolytická bakterie – mléčná bakterie
Sakrum – oblast kosti křížové
Secernace – prosakování
Semiparentní – soudržný
Subjektivní – vnitřní
Ulcerace - zvrhedovatě

ÚVOD

Historie nás učí – mnohokrát řečené pořekadlo, ve kterém je hluboká pravda a je léty ověřené. A učí nás i historie vzniku a léčby defektů.

Hojení a léčba ran je tak stará jak lidstvo samé. Vždy jsme se řídili znalostmi a názory dané doby. Léčitelé používali k léčbě ran prostředky přírodního charakteru – kůru stromů, lišejníky, ptačí trus, med, pryskyřice, ale i moč, ke stavění krvácení se splétaly provázky z hlohu a jiných rostlin. Oblíbeným prostředkem bylo také syrové maso, které se přikládalo na ránu, aby se vyprovokoval proces hnisání, neboť tehdy platila teorie *pus bonu met laudabile* (teorie o dobrém a chvályhodném hnisání) (POSPÍŠILOVÁ, 2009).

Velký vliv, nejen v hojení ran, ale i v celé medicíně, měl řecký lékař Hippokrates (460 př. n. l. – ca 377 př. n. l.). Zavedl přesná pravidla ošetřování ran a začal prosazovat teorii vlhkého hojení ran (STRYJA, 2011).

Další pokrok v ošetřování ran přinesl až začátek 19. stol., kdy vstoupily do léčby ran antiseptika – dusičnan stříbrný, který objevil Carl Sigmund Franz Credé (1819 – 1892) V této době také nastal prudký rozvoj textilního průmyslu a s tím se objevil nový obvazový materiál – gáza, bavlna, cupanina, vlna (STRYJA, 2012).

Od 40. let 20. století se traduje vývoj takzvaného moderního krytí. Za významnou práci se považuje experimentální práce Georga Wintera, který pokusem na prasečí kůži potvrdil, že puchýř se lépe hojí, pokud není stržena jeho krytba, tzn. ve vlhkém prostředí. Od té doby pokračoval velmi rychle vývoj další moderních krycích prostředků s různým materiálovým složením a různé konsistence pro vlhký způsob ošetřování ran (POSPÍŠILOVÁ, 2009).

Hojení ran je rychle se rozvíjející obor lékařství, ale hlavně ošetřovatelství. Všeobecným sestřám by se měly zvětšit v tomto oboru kompetence, protože jsou to ony, kdo každý den ránu vidí a ošetřují.

V dnešní době je léčba defektů velmi náročná nejen pro personál, ale i pro pacienta/klienta. Tato náročnost netkví pouze v zátěži pacienta/klienta a ošetrovatelského personálu po stránce medicínské, ale hlavně po stránce finanční. Léčení je drahé a ne vždy placeno ze zdravotního pojištění a pacienti/klienti musí často vynakládat nemalé finanční prostředky na svoje léčení, ať z důvodu poplatků za hospitalizaci nebo formou doplatků za materiály. Stále hledáme nové postupy, levnější, účinnější a to je dobře.

Moderní, takzvané vlhké hojení ran je upřednostňováno před klasickým hojením. Nezkoumáme ale již vyzkoumané? Vždyť už ve starověku léčili a věděli, že pokud uzavřou ránu listem byliny, docílí tím vlhkého prostředí a defekt se hojí rychleji. A je opravdu vlhké hojení levnější než klasické. Na příkladu dvou pacientů/klientů, jednoho léčeného klasickou metodou, druhého metodou moderního krytí se pokusíme najít na tyto otázky alespoň malou odpověď.

1 Obecný popis defektu

Rána (defekt) je porucha integrity tělesného krytu. Při vzniku akutní rány dochází k působení zevního činitele, který poškodí kůži a měkké tkáně. Chronický defekt je rána, která se hojí neobvykle pomalu (ŠEFLOVÁ a kol., 2009).

Je mnoho druhů defektů a mnoho způsobů, jak vznikají. Aby mohl lékař a ostatní zdravotnický personál dobře ošetřit rány, musí bezpečně umět správně určit rozdělení a dobře ho popsat. K léčbě je nezbytně nutné také znát celkový stav pacienta/klienta, jeho anamnézu, možná onemocnění a užívané léky, která mohou hojení komplikovat. Velmi důležité je také rozpoznat příčiny a okolnosti vzniku, délku a způsob léčení. Pokud pacient/klient tyto údaje nezná, je nutné je získat od příbuzných osob.

1.1 Druhy defektu

Defektů popisujeme mnoho druhů. Nejčastěji se používá rozdělení:

„Podle mechanismu vzniku

- mechanické: řezné

tržné

zhmožděné

tržně zhmožděné

bodné

penetrující

sečné

kousnutím

střelné

tlakové

- chemické: louhy, kyseliny

- termické: omrzliny, popáleniny, opařeniny

- aktinické: radiační záření“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, s. 8).

Podle rozsahu

- povrchové: poškození pokožky
- hluboké: poškození celé šíře až k hlubokým strukturám
- otevřené: porušená integrita kůže
- zavřené: bez poruchy integrity kůže
- pronikající: zasahující do tělních dutin
- komplikované: komplexní poranění s možným poškozením cév, nervů, svalů, kostí a orgánů (PEJZNOVCHOVÁ, 2003).

„Podle délky léčby

- akutní: rány vzniklé na zdravé kůži, které se hojí per primam
- chronické: rány hojící se déle než 6 – 8 týdnů“ (PEJZNOVCHOVÁ, 2010, s. 8).

Podle množství choroboplodných zárodků

- aseptické: bez zárodků
- kontaminované: s přítomností zárodků, nemusí však vyvolat infekci
- kolonizované: s přítomností mikroorganismů (PEJZNOVCHOVÁ, 2010)

Dále můžeme dělit rány na infikované nebo bez přítomnosti infekce.

1.2 Druhy chronických ran

Chronické rány tvoří specifický druh defektů. Touto problematikou se zabývá mnoho oborů zdravotnictví (interní, chirurgický, podiatrický, cévní, dermatovenerologie a další).

Nejčastější druhy chronických defektů jsou:

- bércové vředy venózní etiologie
- arteriální kožní vředy
- dekubity
- neuropatické kožní vředy
- kožní vředy v terénu lymfedému
- ulcerace při autoimunitních onemocněních a vaskulitidách

- exulcerované maligní nádory
- popáleniny III, stupně
- pooperační a posttraumatické rány hojící se per secundam
(STRYJA et al., 2011)

1.3 Příčiny vzniku defektu

Příčin vzniku defektů je mnoho. Při vzniku defektu předpokládáme působení zevního činitele nebo poruchy vnitřního prostředí organismu (STRYJA, 2011).

„Externí mechanizmy

- trauma
- infekce
- patologický tlak
- vysoká nebo nízká teplota
- radiační léčba
- dermatitidy“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, s. 9)

„Interní mechanizmy

- poruchy funkce žilního systému
- poruchy tepelného systému
- poruchy funkce lymfatického systému
- onemocnění krevetvorby
- metabolické poruchy
- autoimunitní onemocnění
- neuropatie“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, s. 9)

1.4 Klasifikace chronického defektu

Klasické dělení rány zohledňuje charakter spodiny (nekrotická, povleklá, granulující, epitelizující); přítomnost infekce (infekční, neinfekční); velikost (hluboká, povrchová). Nedostatkem při tomto hodnocení je rozdílný pohled ošetřujících

pracovníků, subjektivní podíl na hodnocení. Byla proto sjednocena terminologie a dokumentace tak, aby vyhovovala praxi. Nejčastěji se používá dělení ran dle Kightona (STRYJA, 2011).

.

- „1. stadium – povrchová rána (epidermis, dermis)
2. stadium – hluboká rána (zasahuje do subcutis)
3. stadium – postižení fascií
4. stadium – postižení svalstva
5. stadium – postižení šlach, vazů a kostí
6. stadium – poškození velkých dutin“ (STRYJA, 2011, s. 31)

2 Hojení a léčba defektu

„Hojení ran je přirozená buněčná reakce organismu na porušení celistvosti kožního krytu. Buněčné pochody se spustí okamžitě ve chvíli, kdy dojde k porušení integrity tkáně“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, s. 10).

Pokud je organismus zdravý, hojí se akutní rána per primam. Přidruží-li se infekce či jiné onemocnění bránící přirozenému hojení, stává se z rány akutní rána chronická (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Je rozdíl mezi léčbou akutního a chronického defektu. Zatím co u akutního je příčina pouze v poruše integrity kůže, chronický se musí pojmout komplexně. Při léčbě chronického defektu se nelze soustředit pouze na ránu samotnou, ale i na přidružená onemocnění.

Prvním předpokladem je správné odebrání lékařské, ale i sesterské anamnézy. Je velmi důležité zjistit, kdy defekt vznikl, za jakých podmínek, jak dlouho a jakým způsobem byl léčen. Další důležité informace jsou prodělaná a nynější onemocnění, stav nutrice a hydratace, užívané léky, ale také dědičnost. Správné odebrání anamnézy závisí na kompetentnosti zdravotnického pracovníka, který tyto údaje sbírá.

Dalším krokem k úspěšné léčbě je správné zhodnocení rány a návrh léčby. U rány vždy popisujeme lokalizace rány, velikost, vzhled, rozsah poškození, povahu exsudace, secernaci, zápach, rozsah osídlení choroboplodnými zárodky, stav okrajů a okolí defektu (PEJZNOCHOVÁ, 2010). Pokud je toto provedeno nesprávně, může dojít ke špatnému průběhu hojení, přestože jsou použity prostředky moderního hojení. Lékař musí rozhodnout o použití vhodného krytí, antibiotik či jiné podpůrné léčby.

2.1 Fáze hojení

Čistící fáze (exsudativní)

Fáze čistící je pro léčení zásadní. Je důležité ránu co nejefektivněji vyčistit, eventuálně zastavit krvácení. Tím se zabrání možné kolonizaci bakteriemi nebo stagnaci

hojení. Rána je často infikovaná s možným výskytem nekróz, výraznými povlaky, často je přítomen zápach a bolest (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Granulační fáze (proliferativní)

Dochází k dělení, proliferaci buněk, vytvářejí se nové cévy. Růstové faktory stimulují migraci a proliferaci buněk. Produkuje se kolagen, který vytváří pevná kolagenová vlákna. Rána akutní i chronická je primárně vyčištěná, může mít různou sekreci (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Fáze vyžrávání (epitelizační)

V této fázi dochází k vyžrávání kolagenových vláken, rána se kontrahuje, je chudší na vodu a cévy. Defekt se zpevňuje a přeměňuje v jizevnatou tkáň. Chronická rána je vyčištěná a postupuje epitelizace (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

2.2 Faktory ovlivňující hojení

Proces hojení, zvláště u chronických ran, je proces zdlouhavý a pro pacienta/klienta velmi psychicky i tělesně namáhavý. Na tom všem se podílí mnoho vnějších i vnitřních faktorů, pozitivních i záporných. Velmi důležité je, aby kladné převážily nad negativními. Určitá specifika jsou u starých a nemocných lidí.

- vnitřní faktory

vaskularizace, imunodeficit, radioterapie, stav výživy, obezita, léky, kouření, stres

- vnější faktory

trauma, infekce

- u starých a nemocných

cévní změny, snížená funkce jater, změny imunitního systému, nedostatky nutriční (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

2.3 Výživa a hydratace

Správná a vyvážená strava a hydratace je v léčbě defektů velmi důležitá. Pokud je pacient/klient podvyživený, dehydratovaný nebo nepřijímá správně vyváženou stravu, nemůže se ani akutní rána hojit per primam. Pro staré a chronicky nemocné je tento problém nedostatečné a nesprávné výživy často důvodem zhoršení stavu a může vést i ke smrti.

Nutriční vyváženost sleduje nutriční terapeut, spolu s lékařem a dalším ošetrovatelským personálem, a provádí doporučení ke zlepšení a úpravě stravy. Denní příjem by neměl klesnout pod 1500 kcal (6300 kJ). Nedílnou součástí je správná hydratace. Denní dávka tekutin by měla být 1500 – 2000 ml (SCHULER, 2010).

Nutričně vyvážená strava by měla obsahovat:

- 15 – 20% bílkovin
- 25 – 30 % tuků
- 45 – 65 % sacharidů
- dostatek vitamínů a minerálů
- plnohodnotný obsah bílkovin
- více než 8 g/d mastných kyselin (KALVACH, 2004)

Posouzení stavu výživy provádíme několika metodami:

- anamnesticky: subjektivní (ztráta chuti k jídlu, zvyklosti, složení jídelníčku) a objektivní (nápadný úbytek hmotnosti, vypadávání vlasů, změny na kůži)
- antropometricky: tělesná hmotnost, BMI
- laboratorní vyšetření: albumin, koncentrace vitamínů v krvi, lymfocyty, cholesterol (SCHULER, 2010)

Pro správné hojení je nejdůležitější přísun bílkovin, proteinů, zinku a vitamínu C. Pokud tyto živiny nelze přijímat per os v pevné formě, je vhodné zařadit potravinové doplňky typu Nutrdrink, Cubitan. Nepřijímá-li pacient/klient per os lékař zváží zavedení

parenterální výživu (žaludeční sonda, PEG, infuzní terapie). K tomuto postupu je nutné mít informovaný souhlas pacienta/klienta nebo jeho opatrovníka.

2.4 Volba vhodného krytí

Velmi důležitou součástí léčby defektů je správné určení materiálu pro hojení. V dnešní době existuje mnoho firem, které se touto problematikou zabývají a vyrábějí velké množství druhů. Na vhodnou volbu je potřeba znalost a zkušenost v oblasti hojení ran. Ne každý materiál je vhodný na daný typ defektu.

Fáze čisticí

- **nekrotická rána:** devitalizovaná tkáň - nutno odstranit

- zabraňuje hojení rány
- může být zdrojem infekce
- znepráhledňuje spodinu rány

(enzymatické preparáty, hydrogely, chirurgické snesení)

- **povleklá rána:** pevně ulpívající shluk mrtvých a poškozených buněk, fibrinu

- a např. hnisu - nutno odstranit
- zabraňuje hojení rány
- může být zdrojem infekce
- některé bakterie přítomné v povlaku mohou způsobovat zápach
- znepráhledňuje spodinu rány

(algináty, polyuretanové pěny, čisticí krytí s aktivním uhlím)

- **rána komplikovaná zápachem:**

- zápach je vyvolán přítomností proteolytických bakterií
- zápach zhoršuje kvalitu pacientova života

(čisticí krytí s aktivním uhlím, krytí obsahující stříbro)

- **infikovaná rána:** v ráně je přítomno velké množství patogenních mikrobů

- poškozuje vitální tkáň
- zabraňuje hojení rány
- může vést k systémové sepsi
- může být spojena s tvorbou povlaků a zápachem

(krytí obsahující stříbro, čisticí krytí s aktivním uhlím)

Fáze granulační

granulující rána: nově vznikající, dobře vaskularizovaná červená tkáň

- nahrazuje deficitní tkáň
- vyplňuje ránu
- hypergranulace zabraňuje epitelizaci
- nutno podpořit a chránit před poškozením a kontaminací

(secernující rána – algináty, polyuretanové pěny; suchá spodina – hydrogely, hydrokoloidy, antiseptické krycí materiály, antimikrobiální krytí s jodem)

Fáze epitelizační

epitelizující rána: růžovobílá vrstva tkáně, která vzniká dělením a migrací epitelálních buněk, z epitelizačních ostrůvků okrajů do středu rány a je základem pro vytvoření epidermální tkáně

- přemostuje granulační tkáň
- uzavírá a chrání ránu
- nutno podpořit a chránit ránu

(secernující rána - algináty, polyuretanové pěny, antimikrobiální krytí s jodem; suchá spodina - antimikrobiální krytí s jodem, antiseptické krycí materiály, hydrogely)

Pokud je rána kolonizovaná bakteriemi nebo zapáchá, vždy je vhodné použít materiál s obsahem stříbra podle typu rány.

2.5 Bolest

Spolu s defektem může být přítomná i bolest, proto se musíme zaměřit i na její zmírnění. Bolest je smyslový a emocionální zážitek spojený a akutním nebo potencionálním poškozením tkání (DOENGES, MOORHOUSE, 2001). Je to subjektivní pocit pacienta/klienta, který neumíme objektivně změřit (ROZSYPALOVÁ, STAŇKOVÁ, 1999). Všeobecná sestra si musí všimnout polohy, mimiky, chování a dalších projevů, které nás mohou na tento problém upozornit.

K určování intenzity bolesti se nejčastěji používá stupnice (škály) od 0 do 10, kdy 1 je nejnižší a 10 je nejvyšší. Dále lze používat vizuální škálu (vhodná pro děti),

číselnou škálu, vizuální analogovou škálu, McGillův dotazník. Pacient/klient také určuje typ bolesti (bodavá, ostrá, vystřelující, pálivá). Je velmi důležité zjistit, jak bolest ovlivňuje běžné denní aktivity (BOROŇOVÁ, 2010).

Při ošetřování defektů je nutné bolest eliminovat vhodně voleným materiálem, šetrností při převazu, psychoterapií. Je vhodné i podání analgetik před převazem.

2.6 Dokumentace

„Zdravotní dokumentace je soubor záznamů a zdravotním stavu pacienta/klienta, kterou odborně vede zdravotnický pracovník ve smyslu pravidel stanovených zákonem. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci jsou vedeny v listinné nebo elektronické podobě“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 82).

Do ošetřovatelské dokumentace se zachycují a uchovávají skutečnosti, které se týkají poskytování ošetřovatelské péče konkrétních pacientů/klientů a vedou je sestry a další nelékařští pracovníci – fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut (BOROŇOVÁ, 2010).

„Součástí ošetřovatelské dokumentace je: ošetřovatelská anamnéza, ošetřovatelský plán, realizace ošetřovatelského plánu, hlášení sester, záznam o průběhu rehabilitační péče, ošetřovatelská překladová/propouštěcí zpráva, laboratorní výsledky, list na výsledky vyšetření a konzilií, bilanční list, informovaný souhlas, nesouhlas s vyšetřením, hlášení mimořádných událostí“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 86).

„Každý formulář musí obsahovat: jméno a příjmení, identifikační číslo (nejčastěji rodné číslo), identifikaci zdravotnického zařízení, pořadová číslo formuláře, číslo pojišťovny, číslo diagnózy“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 86).

K dalším formulářům patří i dokumentace ošetřování ran. Slouží k přehlednému hodnocení rány, vývoji hojení, způsobu léčby. Je to důležitý zdroj informací. Dokumentace musí být vedena pečlivě, přesně, pravidelně a čitelně. Obsahuje kromě

běžných údajů také analýzu rány, povahu rány, exudát, popis okolí a okrajů rány, bolest, grafické znázornění, plán a realizaci péče (datum, čas, velikost, vzhled, ošetření, další převaz, podpis), eventuelně fotodokumentaci (viz příloha A).

3 Dekubitus

Dekubity jsou specifické defekty, kterým je věnována velká pozornost jak u odborníků, tak u laiků. Podle výskytu dekubitů se hodnotí kritéria v kvalitě bezpečné péče o pacienty/klienty.

Tento problém byl již mnohokrát popsán, a proto budou v této práci uvedeny pouze základní informace.

Definicí co je to dekubitus je mnoho. Nejčastěji používaná je: dekubitus (proleženina) je porucha integrity kůže, způsobená tlakem, třením, střížnými silami a zhoršeným prokrvením na predilatační místo (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Predilatační místo je místo, kde se nachází málo svalové a tukové tkáně a kosti vytvářejí tlak proti podložce (paty, lokty, lopatky, sakrum, hřebeny kosti kyčelní) (PEJZNOCHOVÁ, 2010). Často dochází k dekubitům také v místech invazivních vstupů (dutina nosní – žaludeční sonda, močová trubice – permanentní katétr, okolí žilního vstupu – kanylace).

Pro rozhodování o ošetrovatelském postupu a vhodné léčbě je bezpodmínečně potřebná klasifikace pacientů podle míry rizika vzniku dekubitů. Hodnotících stupnic se používá celá řada, přičemž nejčastější jsou škály podle Nortonové, tato byla rozšířena v roce 1987 Christen Biensteinovou na skóre 25, Bradenové, Hibbsové či Waterlow. Škála dle Nortonové, sestavená v roce 1962, hodnotí celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci (MIKULA, MULLEROVÁ, 2008). Na základě těchto hledisek je pacient ohodnocen určitým počtem bodů - čím je bodové ohodnocení nižší, tím je riziko vzniku dekubitů u pacienta vyšší. Nortonová vyvinula škálu pro pacienty v dlouhodobé péči, pro širší použití byla v roce 1989 modifikována a v nemocnicích v České republice je používána od roku 1993 (KOMFORT, 2004).

Tabulka1 – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav
Plná	Pod 10	Intaktní	Žádná	Dobrý
Malá	10-30	Lehké změny	Lehká forma	Obstojný
Částečná	30-60	Střední změny	Střední forma	Špatný
Žádná	Nad 60	Těžké změny	Těžká forma	Velmi špatný
Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Jasně vědomí	Chodící bez pomoci	Plná	Žádná	4
Apatie	Chodící s pomocí	Částečně omezená	Občasná	3
Zmatený	Závislý na vozíku	Velmi omezená	Převážně močová	2
Stupor až bezvědomí	Ležící	Zcela omezená	Moč i stolice	1

Zdroj: TRACHTOVÁ, 2008

U pacientů/klientů, kteří mají skóre 25 a méně je vysoké riziko vzniku dekubitů (ČESKO, 2009).

Proleženiny dělíme na typ akutní – vzniká do 30 minut (terminální stádium) a typ chronický – vzniká během dnů až týdnů (špatná a nedostatečná ošetrovatelská péče) (PEJZNOCHOVÁ, 2003).

V roce 2008 se realizoval projekt Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni, který předložila společnost Software Production s.r.o. a hlavním řešitelem byl MUDr. Miloš Suchý. Výstupem z tohoto projektu je

Metodika prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů, která je uveřejněna ve Věstníku MZ ČR č. 6/2009 a na portálu kvality a bezpečí MZ (ČESKO, 2009).

3.1 Faktory ovlivňující vznik dekubitu

Faktory ovlivňující vznik defektu jsou lokální a celkové.

„- lokální: dlouhotrvající tlak na predilatační místo

střížné síly při manipulaci s pacientem/klientem na podložce

vlhkost způsobená inkontinencí, vlhkým prádlem

nevhodné polohování“ (PEJZNOCHOVÁ, 2003, s. 50)

„- celkové - v každém věku: koma, paraplegie, šok, analgezie, kachexie, obezita, nutriční deficit“ (PEJZNOCHOVÁ, 2003, s. 50)

„- celkové - ve vyšším věku: tělesná teplota nad 39 stupňů, anémie, premedikace, narkóza, deprese a apatie, imobilizace, sedativa, zhoršený celkový zdravotní stav“ (PEJZNOCHOVÁ, 2003, s. 51)

3.2 Klasifikace dekubitů

Obdobně jako u klasifikace rány bylo nutno vytvořit jednotný hodnotící systém i u dekubitů. Stupnic hodnocení se používá mnoho, nejčastější jsou níže uvedené.

Klasifikace dle Torrance

1. stupeň – zčervenání kůže

2. stupeň – tvorba puchýřů

3. stupeň – poškození kůže

4. stupeň – hluboké poškození tkáně

5. stupeň – nekróza (PEJZNOCHOVÁ, 2003)

„Klasifikace dle Daniela

- I. stupeň – zarudnutí kůže
- II. stupeň – povrchní kožní vřed
- III. stupeň – nekróza podkožního tuku
- IV. stupeň – postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. stupeň – rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů“ (TRACHTOVÁ, 2008, s. 63)

„Klasifikace dle Seilera

- A – čistá granulující rána bez nekrot
- B – rána špinavě povleklá se zbytky nekrot, okolí není infikováno
- C – rána jako ve stádiu B, ale s infiltrací okolní rány a/nebo s projevy celkové infekce“
(TRACHTOVÁ, 2008, s. 63)

4 Historie ošetrovatelství v Čechách

“Ošetrovatelství je samostatný vědní obor, zabývající se složkami procesu ošetrování trpícího člověka“ (VUČKOVÁ, 1994, str.7).

Znalost historie je velmi důležitá. Známe-li ji, můžeme se poučit z chyb a vyvarovat se jich. Proto se neustále studuje a rozvíjejí se poznatky z ní. Mnoho bylo napsáno a uděláno, avšak ne všichni jí znají. A to je chyba.

Znalost minulosti ošetrovatelství a léčitelství spadá až do pravěku. Postupem času se měnilo, někdy k dobrému, jindy k horšímu. Záleželo na momentální situaci, na období, na náboženství, ale i na osvícenectví mocných tohoto světa (VUČKOVÁ, 1994).

Již v pravěku používali lidé na léčbu defektů a ran různé byliny. Postupem času se tyto metody vylepšovaly a na léčitelství se specializovali různé osoby (šamani, kati, kořenářky). V pravěku to byli lidé vážení, ve středověku zatracovaní. Každé období mělo své názory. Bohužel ke správné léčbě mnoho znalostí chybělo a ani dnes nevíme vše.

Ošetrovatelství u nás bylo ovlivňováno ze tří směrů: vlivem laické péče, charitativní péče a vlivem medicíny. Laická péče spočívala a spočívá v péči doma pomocí například bylinných koupelí. Charitativní péče byla zaměřena na chudé, staré a v dnešní době například na drogově závislé. Odborná péče se soustřeďovala a soustřeďuje do zdravotnických zařízení a je spojena s vývojem medicíny (LEMON, 2007).

Počátky ošetrovatelství se pojí spíše s charitou a kláštery. V 10. století začínají vznikat první špitály. O nemocné se staraly převážně řádové sestry (Boromejky, Johanitky, Alžbětinky). Prováděly i práci v terénu, převážně v době moru, cholery. Civilní osoby prováděly péči v rámci trestu nebo pokání (LEMON, 2007).

S rozvojem medicíny bylo potřeba začít vychovávat kvalifikovaný ošetrovatelský personál. První ošetrovatelská škola v českých zemích vznikla v roce 1874, o její založení se zasloužily Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská (VUČKOVÁ, 1994). V Čechách byla v roce 1916, podle vzoru a Anglie, založena státní ošetrovatelská škola, která byla dvouletá a její absolventky získaly titul diplomovaná sestra (VUČKOVÁ, 1994). O její založení se velkou měrou zasloužila F. Fejfarová, která získala císařský patent již v roce 1914. Od roku 1918 výuku řídily americké školitelky v čele s Miss Parsons. Po jejich odchodu, v roce 1923, se první českou ředitelkou stala Sylva Macharová (LEMON, 2007).

Rozvoj ošetrovatelských škol zastavila druhá světová válka. Nevznikaly žádné další, ale výuka na stávajících pokračovala. V průběhu války je relativní pokrok v ošetrovatelství, v organizaci péče, poprvé se objevuje civilní sestra představená (vrchní sestra), jsou vypracovány organizační řády, pracovní náplně sester a práva i povinnosti staničních a vrchních sester (LEMON, 1997).

V období po druhé světové válce se většina občanů obracela ke komunistické straně, z nemocnic se odstraňovaly řádové sestry, setry představené byly vyměněny za angažované sestry, i když nebyly na odborné výši jako sestry řádové. Také sestry, které prošly válkou nebyly školené, ale měly velmi cenné zkušenosti. Nemocnice byly ve velmi špatném stavu, vrchní sestry velice těžce získávaly ošetrovatelský personál. Nadále přetrvává systém elévek (KAFKOVÁ, 1992). Projevil se nedostatek odborně vyškoleného zdravotnického personálu, nejen co se týká lékařů, ale byl i nedostatek všeobecných sester. Péči o pacienty/klienty prováděly především vyškolené ošetrovatelky a pomocný personál. Bylo nutností množství ošetrovatelských škol s kvalitní výukou. V roce 1947 jich bylo již 26. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší odborná škola, měla dvě větve. Jedna vychovávala sestry učitelky, druhá vrchní sestry pro řízení (LEMON, 1997).

V roce 1948 se podle sovětského vzoru sloučily všechny sociální a zdravotní obory a vznikly čtyřleté zdravotnické školy. Vychovávali se v nich pracovníci všech oborů (všeobecné sestry, dětské sestry, rehabilitační sestry, laboranti). Nedostatečná odborná příprava si vyžádala další vzdělávání, a proto vznikl Institut dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě roku 1960 (LEMON, 1997).

Pracovní podmínky sester po 2. Světové válce až do 50. let byly náročné. Pracovaly 12 hodin denně v denních a nočních službách za velmi nízký plat. Na odděleních pracovaly elévky, které prováděli převážně méně kvalifikované práce. Po zácvičku, při nedostatku kvalifikovaných sester, prováděly i některé odborné práce (rozdávání léků, asistenci při převazech, čištění a sterilizaci pomůcek, přípravu pacientů na vyšetření). Sestry většinou bydlely na internátech, pokoje byly pro více lidí, takže soukromí a klid na odpočinek prakticky neexistoval. Měly pouze povinnosti a žádná práva. Práce za těchto podmínek byla málo atraktivní, a proto byl velký nedostatek personálu. Vše se začalo měnit až v 60. letech, kdy tato práce začala získávat prestiž a nutnost stále větší odbornosti (KUTNOHORSKÁ, 2010).

V roce 1987 bylo zahájeno jednooborové studium pro zdravotní sestry na Filozofické fakultě UK na katedře vzdělávání dospělých, druhý ročník a poslední byl otevřen v roce 1989 (STAŇKOVÁ, NEUWIRT, 1988). Po roce 1989 se projevila nutnost dalšího studia na vysokých školách především z důvodu velmi rychle se rozvíjejícím oborům ve zdravotnictví a možnosti pracovat v zahraničí.

EMPIRICKÁ ČÁST

Cílem empirické části je kvalitativní ošetrovatelský průzkum s historiografickými aspekty na dvou případových studiích a srovnání doby hojení a jejich finanční náročnost.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (HENDL, 2005, s. 50).

V tomto kvalitativním výzkumu jsme se zaměřili na aplikovaný výzkum. Ten odpovídá na otázky, které mají bezprostřední význam pro praxi (HENDL, 2005). Aplikovaný výzkum má často za cíl návrh opatření, intervencí a programů, které mohou zlepšit život lidí (HENDL, 2005). Provádí se často v přirozeném prostředí, ve kterém se zkoumaný subjekt pohybuje (HENDL, 2005).

„Výhody kvalitativního výzkumu

- získává podrobný popis při zkoumání
- zkoumá v přirozeném prostředí
- umožňuje studovat procesy
- umožňuje navrhovat procesy
- hledá lokální příčinné souvislosti“ (HENDL, 2005, s. 52)

„Nevýhody kvalitativního výzkumu

- získané znalosti nemusí být zobecnitelné na populaci a do jiného prostředí
- je těžké provádět kvantitativní predikce
- je obtížné testovat hypotézy a teorie
- analýza a sběr dat jsou často časově náročné etapy
- výsledky jsou často ovlivnitelné výzkumníkem (HENDL, 2005, s. 52)“

„Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování“ (HENDL, 2005, s. 63).

5 Metodologie průzkumu

V této deskriptivní historiografické práci jsme popsali léčbu a péči o defekty v období od 2. světové války do současnosti a dvě případové studie hojení defektů dvou pacientek/klientek a jejich finanční srovnání. První byla léčena klasickou metodou a druhá metodou vlhkého hojení.

Cíl průzkumu: Zjistit rozdíl mezi léčbou a péčí o defekty od 2. světové války po současnost a jejich finanční zhodnocení

Výzkumná průzkumu: Jaký je rozdíl mezi léčbou a péčí o defekty po 2. světové válce a v současnosti (od 90. let 20. století).

Průzkumná hypotéza: Předpokládáme, že léčba a péče o defekty v období po 2. světové válce se odlišuje od léčby a péče o defekty v současnosti

Klíčové pojmy: Určili jsme si klíčové pojmy, které pomocí průzkumu porovnáme a zhodnotíme

- přehled používaných materiálů a léčiv
- doba celková léčby
- doba hospitalizace
- cenové srovnání

Metoda: Studovali jsme pacientky/klientky v nemocničním i jejich přirozeném, domácím prostředí. Používali jsme formu rozhovoru s oběmi ženami, sledování při hospitalizaci a sběr dat a dokumentů z ambulantní léčby.

Strategie výběru: Výběr byl záměrný. Vybrali jsme si tyto dvě kazuistiky protože pacientky/klientky se léčí s téměř shodnými defekty a přidruženými onemocněními. Obě měly nehojící rány, byly hospitalizované, byla jim podávána antibiotika a měly diabetes mellitus léčen inzulínovou terapií.

6 Historie léčby defektů po 2. světové válce

Náhodným setkáním se zdravotními sestrami ve věku 86 (diplomovanou sestrou se stala ve 22. letech), 82 (zdravotní sestrou se stala ve 24. letech) a 64 let (zdravotní sestrou se stala v 19. letech) vznikl nápad na zpracování tohoto tématu. Jejich vzpomínky a vyprávění o začátcích jejich pracovní kariéry bylo velmi zajímavé. Všechny tři pracovaly jako chirurgické sestry na různých pracovištích v různých letech a přesto se v mnoha věcech shodly. Práce v té době byla, stejně jako dnes, náročná a zodpovědná. I když v některých věcech to mají v dnešní době jednodušší. Jednorázové jehly, stříkačky, rukavice a další pomůcky byl jenom sen, pomocný personál prakticky nebyl, často musely sestry vyměnit hezkou uniformu za zástěru a ze sestřiček se staly uklízečky. Přes všechny problémy a nástrahy všechny tři své povolání milovaly a pracovaly ve zdravotnictví od maturity až do odchodu do důchodu.

Dle jejich vyprávění byla situace ve zdravotnictví po 2. světové válce velmi složitá. Zavřené vysoké školy a nedostatečná výuka v ošetrovatelských školách způsobila nedostatek kvalitního ošetrovatelského personálu. A nejen to, byl nedostatek potravin, materiálu, léků. To vše stěžovalo práci. Nahrazovalo to však nadšení a touha pomáhat.

To se odráželo i v léčbě defektů. Nedostatek antibiotik byl jeden z hlavních důvodů častých infekcí a následných gangrén spojených s amputací a úmrtím.

Pacientovi se léčila každá nemoc zvlášť, nepohlíželo se na něj celistvě - holisticky. Sestra se podílela na léčbě tím, že plnila ordinace ošetřujícího lékaře. Péče o pacienta s defekty byla náročná, zdlouhavá, pro pacienta často velmi bolestivá a s nejasnou prognózou.

Oproti dnešní době byla léčba i péče o defekty jiná. Sestra se musela postarat o přípravu a výrobu prakticky veškerého obvazového materiálu. Sestry skládaly čtverce různých velikostí z mulu, který se musel nejprve nastříhat, motaly se tampony. Z mulu se také vyráběly longety do operačních ran a dekubitů. Do skleněných dóz se připravoval mastný tyl opět z mulu a borové vazelíny, který se dával rozehrát do

horkovzdušných sterilizátorů. Často se stávalo, že se připálil a musel se vyrábět znovu. Všechny obvazový materiál se skládal do bubnů a sterilizoval v horkovzdušných sterilizátorech nebo autoklávech. Dezinfikovaly se a sterilizovaly také všechny nástroje, injekční stříkačky a jehly. Otevřené bubny byly sterilní 24 hodin, zavřené 48 hodin, poté se musely resterilizovat. Rukavice se praly, sušily a vysypávaly talkem, poté se resterilizovaly.

I drény na drénování operačních ran musely sestry vyrábět z dostupných zdrojů:

- **mastný drén:** mulový proužek se potřel mastí (magistraliter dle lékaře, většinou si sami vyráběli), poté se vařily
- **rukavicové:** stříhaly se ze sterilních rukavic, poté se resterilizovaly (používají se dodnes)
- **trubicové:** stříhaly se například z infuzních setů nebo cévek, resterilizovaly se, ke kůži se připevňovaly zavíracím špendlíkem
- **Redonův drén:** gumová hadička napojená na skleněnou lahev, princip samospádu – jako jediný byl kompletován ve výrobě

Samotné léčení bylo velmi nesourodé. Neexistoval žádný návod jak který defekt léčit. Každý lékař léčil podle svého svědomí a vědomostí o daném problému. Co člověk to jiný názor. Do toho zasahovali různí léčitelé a samouci.

6.1 Příklady léčení defektů

Bércové vředy

Byla provedená sprcha, pokud pacient/klient nebyl schopen, byl mu defekt omytí na lůžku, poté byl přiložen obklad Rivanolu, Chloraminu 0,01% nebo Hypermanganu (podle zvyklosti oddělení), do okolí vředu se dala Schmidenova pasta, genciánová violet, přímo do defektu Salicylová mast, Dermakol, Sulfatiazolová mast, Framykoinová mast nebo zásyp (opět podle zvyklosti oddělení), pokud byl defekt kolonizovaný bakteriemi, přikládala se většinou magistralita, kterou si většinou lékaři

vyráběli sami, nakonec bylo přiloženo sekundární krytí (mulové čtverce, v případě velké secernaci buničitá vata, obinadlo) (příloha B).

Operační rány

Nekomplikovaná operační rána: po zažití operační rány se jizva dezinfikovala Ajatinem, Jódem, překryla sterilním čtvercem a fixovala, denně se převazovala a kontrolovala stejným způsobem, po vyjmutí stehů se jizva ošetřila genciánovou violetí nebo Novikowem. Operační rána komplikovaná hnisáním: pokud byla rána kolonizována bakteriemi a došlo k hnisavému procesu, tak se často rána natrhla, propláchl peroxidem hydrogenati a vložil se do ní drén (mastný, rukavicový), často se také hnis odstraňoval odsátím stříkačkou a jehlou, pokud byl hnisavý proces větší, nebo pokud se tvořila (například v dutině břišní) tekutina, napojoval se pacient/klient na Redonův drén, převazy se prováděly denně a postupovalo se přesně podle ordinace lékaře, často se prováděli reoperace (příloha C).

Dekubitus

Péče o dekubitus spočívala, jako dnes, hlavně v prevenci jejich vzniku. Sestry pacienty udržovaly v suchu, 2x denně jim masírovali predilatační místa (hlavně záda, oblast kostrče a paty) kafrovým krémem, polohovaly je (pouze tehdy, nebránil-li se tomu pacient). Oblast kostrče a hýžd'ových svalů se podkládala gumovým, nafukovacím kolem, který se obaloval do bavlněné látky a posypal se například dětským pudrem. Pokud dekubitus vznikl, záleželo na velikosti a hloubce. Malé dekubity se potíraly genciánovou violetí, na větší se přikládaly čtverce s Rivanolem, Chloraminem, nebo se zasypávaly například Framycoinovým zásypem, do hlubokých a hnisavých nebo zapáchajících se dávaly longety s Višněvského balzámem. Do okolí se nanášela Schmidenova pasta (příloha D).

Akutní rány typu řezná, střelná, sečná

Pokud došlo k poranění některého z těchto typů, nejprve se rána vyčistila peroxidem hydrogenií, jodovou tinkturou nebo ajatinem, poté, pokud to bylo, potřeba se sešla a opět dezinfikovala. Nakonec se zasypala Framycoinovým zásypem, přiložil sterilní mulový čtverec a zafixoval se.

V případě nekrózy jakéhokoli defektu vystříhal nekrotickou tkáň - débríement.

Vždy se pracovalo za přísných antiseptických podmínek. Dezinfekce a sterilita prostředí byla stejně přísná jako dnes. Pouze dezinfekčních prostředků bylo méně, převážně na bázi Chloraminu a Lyzolu. Rukavice se praly, sušily a vysypávaly talkem, poté se resterilizovaly.

Tabulka č 2 – Přehled používaných prostředků a léčiv

dezinfekce	Peroxid hydrogení, jód, jodová tinktura, Ajatin, Decidin, lihobenzín	dezinfekce ran, proplachy drénů, laváže
pasty	Shmiedenova pasta, zinková pasta	ochrana okolí
masti	Dermakol, Framykoin ung., Sulfatiazol ung., Salycil ung.	léčba defektů
zásypy	Framykoin zásyp	léčba defektů
roztoky	Rivanol, Chloramin, Genciánová violet, Jarišův roztok, Chlumského roztok, Persteril	obklady, léčba defektů
magistraliter	masti dělané přímo lékaři nebo připravované dle receptu v lékárně – obsahovaly různé léčebné složky	léčba defektů
balzámy	Peru balzám, Višněvského balzám	léčba hnisajících a zapáchajících defektů
sekundární krytí	hydrofilní obinadla, elastická obinadla	fixace
	mulové čtverce, buničitá vata	krytí defektů
	vata	krytí secernujících defektů s mulovými čtverci
tekuté obvazy	Akutol, Novikow	krytí ran

Tyto postupy přetrvaly prakticky až do doby nástupu moderního krytí po roce 1989 a někdy se používají dodnes. Nikde není psáno, že bychom měli tento způsob léčení zatracovat jako neúčinný, leckdy se však používá z neznalosti nebo neochoty použít jiná krytí a jinou léčbu.

Velkým problémem byl nedostatek antibiotik po válce. V 60. letech minulého století se antibiotika začala vyrábět v dostatečném množství, byly jich však omezené druhy. Používala se převážně antibiotika typu penicilin a tetracyklin ve formě perorální a injekční. Ne vždy však byla účinná, často vznikaly rezistence. Až v 80. letech minulého století došlo k rozvoji nových druhů (Gentamycin, Ampicilin) a díky tomu se začalo více využívat bakteriologické vyšetření a tím i cílená ordinace antibiotik na danou bakterii. Nadměrné používání antibiotik a nedodržování správných zásad podávání vedlo ke vzniku multiresistentních kmenů.

Převazy se prováděly i několikrát denně, což zatěžovalo pacienta a vedlo to často k traumatizaci rány a tím ke zhoršenému hojení. I v této době se dbalo na aseptické chování při manipulaci s obvazovým materiálem a asepticky provedený výkon.

Ošetrovatelský proces se nesesťavoval. Péče o pacienty byla zaměřena pouze medicínským směrem. Psychosociální potřeby byly potlačeny.

Popis defektů zapisovali pouze lékaři, kteří zároveň ordinovali léčbu. Zdravotní sestry zápisy neprováděly a informace se předávaly ústně nebo písemně v denním hlášení sester.

Jediná sesterská dokumentace byly teplotní tabulky (příloha F), kam se zaznamenávala den v měsíci, den pobytu v nemocnici, operační den, zda byl proveden převaz, tělesná teplota, stolice, příjem a výdej tekutin a dieta. Lékařská dokumentace byla pro sestry tabu.

Léčba defektů se během let od konce 2. světové války do doby nástupu vlhkého hojení moc nezměnila. Jediný pokrok v průběhu času byl nástup antibiotik, která se však často nepodávala cíleně.

7 Kazuistika léčby klasickou metodou

66-ti letá pacientka byla přijata do péče na interní oddělení pro nehojící se bércový vřed na PDK.

Amnestické údaje:

Pacientka je důchodkyně, dříve pracovala jako prodavačka, žije s manželem v bytě 2+1 1. kategorie ve 3. patře bez výtahu, převazy si provádí sama, pohyb jí nečiní potíže, je soběstačná.

Prodělaná onemocnění: běžná dětská, černý kašel v roce 1928, tyfus v roce 1945, apendektomie v roce 1962, hysterektomie v roce 1972, DM od roku 1972, AP od roku 1981, tromboflebitida v roce 1982.

Současné onemocnění: ICHDK, DM léčen inzulinem, sekundární anemie, ICHS

Medikamentózní léčba: krystalický 10-8-8 j. (inzulín), Dep inzulín 10-0-10 j. (inzulín), Pelentanetae 1-0-1 tbl. (antikoagulant), Digoxin 1-0-0 tbl. (kardiotonikum), Moduretic 0-1-0 tbl. (diuretikum, antihypertenzivum), Hydrochlortiazid 1-0-0 tbl. (diuretikum, antihypertenzivum), Nit-ret 1-1-0 tbl. (vasodilatans), Nitroglycerin 1 tbl. (vasodilatans) podle potřeby, Alnagon 1 tbl (analgetikum) při bolesti

Nynější onemocnění: nehojící se bércový vřed na holeni PDK vzniklý po úderu do nohy trvající přibližně 1/2 roku.

Při přijetí 28.10.1984:

Fyziologické funkce: TK 140/90, P 72/min., pravidelný, D 16/min., bez vedlejších fenoménů, TT 37,4⁰C, výška 171 cm, váha 74 kg, BMI se nestanovovalo

Hodnotící škály se neprováděly

Popis defektu při přijetí:

Povleklá, hnisavá spodina, silný zápach, masivní sekrece žlutá barvy, okolí macerované, velikost 10x9 cm

Léčba defektu do přijetí: koupel v hypermanganu, do defektu magistralita, do okolí borová vazelína, krytí mulovými čtverci, fixace obinadlem, bandáž, frekvence 1x denně

Hospitalizace od 28.10.1984

Provedená vyšetření vztahující se přímo k léčbě defektu:

- glykemie – 9,4 mmol/l, při denním profilu zvýšená glykemie

Úprava medikace při hospitalizaci:

- PNC 1,5 milionu jednotek (antibiotikum) i.m. po 12. hodinách na 10 dní
- ostatní léčba beze změn

Průběh péče o defekt:

28.10.1984

Povleklá, hnisavá spodina, silný zápach, masivní sekrece žluté barvy, okolí macerované, velikost 10 x 9 cm.

Koupel ve slabě růžovém roztoku hypermanganu, do defektu Višněvského balzám, do okolí genciánová violet, krytí mulovými čtverci, buničinou, fixace hydrofilními obinadly, přiložena bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně.

3.11.1984

Spodina stále povleklá, ale již bez hnisající sekrece, defekt bez zápachu, sekrece masivní, okolí suché, velikost 10 x 9 cm.

Koupel ve slabě růžovém roztoku hypermanganu, na defekt Chloramin roztok 0,1 %, do okolí zinková pasta, krytí mulovými čtverci, buničinou, fixace hydrofilním obinadlem, přiložena bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně

19.11.1984

Zhoršení defektu, silně povleklá spodina, zápachající, hnisavý sekret, okraje zarudlé

Opět nasazen PNC 1,5 milionu j. (antibiotikum) i.m. po 12. hodinách na 10 dní.

Koupel ve slabě růžovém roztoku hypermanganu, do defektu višněvského balzám, do okolí genciánová violet, krytí mulovými čtverci, fixace hydrofilním obinadlem, přiložena bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně.

30.11.1984

Spodina čistá, defekt bez zápachu, střední sekrece čiré tekutiny, okraje klidné.

Koupel ve slabém roztoku hypermanganu, do defektu Chloramin roztok 0,01%, do okolí zinková pasta, krytí mulovými čtverci, fixace hydrofilním obinadlem, přiložená bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně.

Měření defektu bylo provedeno pouze při přijetí a propuštění.

Takto byl defekt léčen po celý zbytek hospitalizace. Defekt se postupně vyčistil. V den propuštění byl mírně povleklý, bez zápachu, střední sekrece čiré tekutiny, okolí klidné, velikost 7 x 6 cm.

18.12.1984 byla pacientka propuštěna do domácího ošetření. Péči o defekt opět převzal kožní lékař.

Po propuštění do domácího ošetřování

Kontroly na kožní ambulanci probíhaly 1x měsíčně

20.12.1984

Defekt mírně povleklý, bez zápachu, střední sekrece čiré tekutiny, okolí klidné, velikost 7 x 6 cm.

Koupel ve slabě růžovém roztoku hypermanganu, do defektu magistralita, do okolí zinková pasta, krytí mulovými čtverci, fixace hydrofilním obinadlem, přiložena bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně.

Takto byl defekt léčen další 4 měsíce. Postupně se zmenšoval až na velikost 3 x 2 cm.

29.4.1985

Defekt čistý, mírná sekrece čiré tekutiny, okolí klidné, velikost 3 x 2 cm.

Koupel ve slabě růžovém roztoku hypermanganu, do defektu Rivanol roztok, krytí mulovými čtverci, fixace hydrofilním obinadlem, přiložená bandáž pod koleno.

Frekvence převazů 1x denně.

14.6.1985

Defekt zhojen, doporučeno promazávání dolních končetin borovou vazelinou a bandáž pod koleno.

Subjektivní pocity pacientky při převazech:

Pacientka často uváděla bolest při převazu, měla z každého obavy. Obvazový materiál se často přilepil k ráně a sestry ho strhly, málokdy ho odstranily pomocí zvlhčení. Jako další problém uvedla časté prosakování a následné ztvrdnutí krycího materiálu, který dráždil ránu a způsoboval bolest.

7.1 Finanční zhodnocení hojení klasickou metodou

Tabulka 3 – Finanční zhodnocení hojení klasickou metodou

Datum	Název materiálu	Množství	Cena
28.10.1984	Hypermangan roztok	2 g	13,90
	Višněvského balzám		
	Genciánová violet'	10 kusů	14,50
	Mulový čtverec		
	Hydrofilní obinadlo		
3.11.1984	Hypermangan roztok	50 ml	8,45
	Chloramin roztok 0,01 %		
	Zinková pasta	4 g	4,80
	Mulový čtverec	10 kusů	14,50
	Hydrofilní obinadlo	1 kus	18,-
19.11.1984	Hypermangan roztok	2g	13,90
	Višněvského balzám		
	Genciánová violet'	10 kusů	14,50
	Mulový čtverec		
	Hydrofilní obinadlo		
30.11.1984	Hypermangan roztok	50 ml	8,45
	Chloramin roztok 0,01 %		
	Zinková pasta	4 g	4,80

	Mulový čtverec	10 kusů	14,50
	Hydrofilní obinadlo	1 kus	18,-
20.12.1984	Hypermangan roztok		
	Magistralita	8 g	0,96
	Zinková pasta	4 g	4,80
	Mulový čtverec	10 kusů	14,50
	Hydrofilní obinadlo	1 kus	18,-
29.4.1985	Hypermangan roztok		
	Rivanol roztok 0,01%	50 ml	8,55
	Mulový čtverec	5 kusů	7,25
	Hydrofilní obinadlo	1 kus	18,-
14.6.1985	Zhojeno		
Celkem	Hypermangan roztok	10 g	19,-
	Višněvského balzám	32 g	222,40
	Genciánová violet'	3 g	9,30
	Chloramin roztok 0,01 %	2000 ml	338,-
	Magistralita	2000 g	240,-
	Rivanol roztok 0,01%	2350 ml	401,85
	Zinková pasta	592 g	710,40
	Mulový čtverec	2 065 kusů	2 994,25
	Hydrofilní obinadlo	230 kusů	4 140,-

Léčba defektu trvala 230 od počátku hospitalizace. Celkové náklady na materiály na hojení jsou 9 075,20 Kč.

8 Léčba defektů v současnosti

Od počátku 90. let se z hojení defektů stává pomalu nový samostatný obor, kterým se zabývá velké množství specializací navzájem spolupracujících. Ke kožním, interním a chirurgickým oborům se přidávají cévní, ortopedické, kardiochirurgické, a také nově vzniklé podiatrické. Do popředí v hojení ran se dostávají i sestry.

Každá léčba rány se musí pojmout komplexně, to znamená, že nelze léčit pouze defekt, ale i přidružené nemoci (diabetická noha – kompenzace diabetu, bérkový vřed – cévní onemocnění).

Na počátku léčby jakéhokoli defektu je zjištění správné anamnézy. Je nedílnou součástí znalosti problému. Získat informace lze od pacienta/klienta, od příbuzných či osob doprovázejících, od ošetrovatelského personálu.

Anamnestické údaje obsahují:

- **základní údaje** – jméno, titul, věk, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, důvod přijetí k hospitalizaci, adresu a spojení na příbuzné
- **rodinná anamnéza** – otec, matka, sourozenci, děti, zda žijí, jaká onemocnění prodělali
- **sociální anamnéza** – rodinné poměry, bytové poměry, zaměstnání
- **farmakologická anamnéza** – chronicky užívané léky
- **alergická anamnéza** – druhy alergie, jejich příznaky a léčba
- **osobní anamnéza** – dětská onemocnění, úrazy, operace, abúzy, prodělaná onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, CMP, infarkt myokardu, žaludeční či močová onemocnění)
- **nynější onemocnění** - potíže předcházející vzniku obtíží, jejich začátek, okolnosti vzniku, vývoj obtíží (detailně a chronologicky sestavené), ostatní průvodní jevy, výsledky dosavadních provedených vyšetření, způsob léčby a její účinek

Každý defekt je nutno léčit komplexně. Provádí se tedy nutná vyšetření (RTG, sonografie, cévní vyšetření, CT, MR, angiografie, krevní vyšetření, vyšetření moče, stěr z rány). O nutnosti daného vyšetření rozhoduje lékař. Podle výsledků vyšetření

rozhodne lékařský tým o celkové léčbě, eventuálně podání antibiotik pokud je rána kolonizovaná bakteriemi. Současně musí probíhat léčba přidružených onemocnění.

Součástí léčby je správná nutrice a hydratace. Nelze předpokládat, že je-li pacient/klient podvyživený, bude se akutní nebo chronický defekt správně hojit. „Hojení ran je komplexní proces vyžadující dostatečnou dávku energie a substrátů, z nichž je možno stavět novou tkáň“ (GROFOVÁ, 2007, str.151). Na tento fakt se často zapomíná.

Jednou z nejdůležitější části léčby je vhodná volba materiálu. Ne na každou ránu je vhodný každý materiál. Vhodný materiál na danou fázi hojení byl popsán již v teoretické části.

Postup ošetření

- opatrně sejmeme staré krytí (v případě přischnutí, nutno odmočit)
- ránu očistíme nejlépe pitnou vodou o teplotě 37 st. C (nejvhodněji osprchovat)
- přiložíme obklad s vhodným roztokem (Prontosan, Dermacyn)
- ošetříme okolí rány pastou nebo krémem
- přiložíme primární krytí, vždy to nejvhodnější pro daný typ defektu
- přiložíme sekundární krytí, podle secernace a primárního krytí
- zafixujeme obinadlem, eventuálně přiložíme bandáž

Tabulka č. 4 – Obvazové materiály k vlhkému hojení ran

Hydrogely	<p>Obsahují hydrofilní polymery s vysokým obsahem vody.</p> <ul style="list-style-type: none"> - autolyticky odstraňují nežádoucí nekrotické a fibrinové povlaky - rehydratují ránu a vytvářejí vhodné mikroklima - nepoškozují zdravé tkáňové buňky 	<p>Intraside Gel¹, Intraside Conformable¹, Hydrosorb, Hydrosorb Gel², Suprasorb G³, Flamigel⁴, Aquacel⁵, Aquacel Ag⁵, Askina Gel⁶, Askina Biofilm transparent⁶, Nu Gel², Hypergel⁷, Normgel⁷, Hemagel</p>
Hydrokoloidy	<p>Obsahují vnější oklusivní vrstvu, která je nepropustná pro plyny a vodní páry a vnitřní koloidní vrstvu</p> <ul style="list-style-type: none"> - vytvářejí hypoxické prostředí s nízkým pH a povzbuzují angiogenezi a granulaci hydrokoloidní partikule - vhodné mikroklima - ulpívá na ráně, kyselý zápach 	<p>Cutinova Hydro¹, Hydrocoll², Syspurderm², Flamigel Hydro⁴, Flamigel Forte⁴, Granuflex⁵, Granuflex Extra Thin⁵, Askina Hydro⁶, Tiele⁸</p>
Polyuretované pěny	<p>Obsahují vnější vrstvu, která je semiparentní a vnitřní vrstvu tvořenou vysoce absorpčním jádrem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - absorpce sekretu, aniž by zkapalněly - vhodné mikroklima - neulpívá na spodině rány 	<p>Allevyn¹, PermaFoam², Suprasorb Ca, H, M³, Versiva XC⁵, Askina Transorbent⁶, Askina Touch⁶, Askina Foam⁶, Promogram⁸, Mepilex⁷, Mepilex Ag⁷, Mepilex Bordur⁷</p>
Algináty	Obsahují vysoce absorpční	Algisite M ¹ , Algisite

	<p>alginátové vlákno z hnědých mořských řas, které se působením exudátu mění na hydrofilní neadherentní gel. Možno formy se stříbrem pro infikované rány.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mají bakteriostatický a hemostatický účinek - vytváří mikroklíma - vysoká absorpční schopnost, vyžadují sekundární krytí 	<p>Ag¹, Solbargon², Suprasorb A, Ag³, Kaltostat⁵, Askina Sorb⁶, Silvercel⁸, Mepilex⁷</p>
Čistící krytí s aktivním uhlím	<p>Obsahují jádro s aktivním uhlím.</p> <ul style="list-style-type: none"> - bakteriostatický účinek - deodorační schopnost - podporují fyziologické čištění rány - mají absorpční schopnost - tendence přisychání k ráně 	<p>Carbonet¹, Askina Carbosorb⁶, Aktisorb⁸</p>
Antimikrobiální obvaz s nanokrystalickým stříbrem	<p>Skládá se z vnitřního absorpčního jádra, které je vloženo mezi vnější vrstvy nízkoadhezivní polyetylenové síťky potažené stříbrem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - usmrcuje široké spektrum bakterií během 30 minut - účinná bariéra proti rezistentním kmenům (MRSA) - dlouhotrvající antimikrobiální účinek 	<p>Acticoat¹, Atrauman Ag², Vliwaktiv Ag³, Askina Calcitrol Ag⁶</p>
Antiseptické krycí materiály	<p>Porézní materiály impregnované účinnou antiseptickou látkou.</p> <ul style="list-style-type: none"> - baktericidní účinek - neabsorbují exudát - prevence vzniku infekce 	<p>Bactigras¹, Atrauman², Grassolind², Adaptic⁸, Mepitel⁷, Lomatuell³</p>

Antimikrobiální krytí s jódem	Spolehlivě řeší rozbledlý povlak ran s rizikem nebo známkami infekce. - širokospektrální antimikrobiální účinek	Iodosorb ¹ , Inadine ⁸ , Braunovidon ⁶ , Betadine roztok
Enzymatické preparáty	Obsahují působící hydrolytické preparáty, které působí pouze ve vlhkém prostředí, odstraňuje patofyziologicky změněný tkáňový substrát a nežádoucí nekrotický materiál	Iruxol
Filmová krytí	Průhledný selektivně propustný polyuretanový film s hypoalergenním lepidlem. - vytváří vhodné mikroklima pro fyziologické hojení - antibakteriální bariera, propouští plyny a vodní páry, nepropouští bakterie a vodu - je průhledné a umožňuje monitorovat ránu - vhodné jako prevence vzniku ran - nevhodné jako sekundární krytí	

K lepšímu přehledu byly použity názvy materiálů od několika firem: Aura¹, Hartmann Rico², Lohmann&Raucher³, Dalhausen⁴, ConvaTec⁵, Braun⁶, Molnycke⁷, Johnson&Johnson⁸

Péče o pacienta/klienta musí být komplexní včetně koordinace, dobré spolupráce celého týmu a dokonalé kontinuity ošetrovatelské péče - nelze se zaměřit pouze na léčení defektu. Ze znalosti rizikových faktorů vyplývá, že je nutné zajistit všechny potřeby pacienta včetně psychických a sociálních, nesporný význam má i spoluúčast rodiny. Sestra při ošetrování postupuje metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je definován jako systematický přístup k ošetrování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Tento proces má jasné stanovené cíle, které jsou diskutovány mezi sestrou a pacientem. Zahrnuje pět fází:

1. sběr a analýzu dat
2. diagnostiku
3. plánování
4. poskytování a
5. hodnocení péče (BOROŇOVÁ, 2010)

Cíle ošetrování jsou zaměřeny na úsilí k potlačování vnitřních faktorů vhodnými ošetrovatelskými a léčebnými postupy, dále na eliminaci vnějších faktorů vhodnými ošetrovatelskými postupy.

9 Kazuistika léčby metodou vlhkého hojení

70-ti letá pacientka/klientka převzata do péče interního oddělení pro nehojící se bércový vřed na levé dolní končetině a dekompenzovaný diabetes mellitus.

Anamnestické údaje:

Pacientka klientka je důchodkyně, žije sama v bytě 1+1, ve zvýšeném přízemí, pracovala jako úřednice, převazy si provádí sama, pohyb jí nečiní problémy, je soběstačná.

Prodělaná onemocnění: běžná dětská, apendektomie v roce 1969, DM od roku 2003, hypertenze od roku 2008, erisypel v roce 2008

Současná onemocnění: ICHDK, DM II. typu léčen PAD, sekundární hypertenze

Medikamentózní léčba: Anopyrin 100 mg 0-1-0 tbl. (antiagregans), Diaprel MR 1-1-1 tbl. (antidiabetikum), Prestarium Neo 1-0-1 tbl. (antihypertenzivum, ACE inhibitor), Paralen 1 tbl. (analgetikum) podle potřeby, Detralex 2-0-2tbl. (venofarmakum)

Nynější onemocnění: nehojící se bércový vřed na levé dolní končetině vzniklý z drobné odřeniny trvající přibližně 1/2 roku, dekompenzovaný diabetes mellitus s hodnotami glykemií nad 12 -14 mmol/l

Při přijetí 26.5.2009:

Fyziologická hodnoty: TK 140/90, P 86/min., pravidelný, D 16/min., bez fenomenů, TT 36,4⁰ C, výška 168 cm, váha 76 kg, BMI 26,9 (nadváha)

Hodnotící škály: Bártelův test 100 bodů (příloha E)

Mini mental 28 bodů (příloha G)

Stupnice dle Nortonové 30 bodů

Popis defektu při přijetí k hospitalizaci: povleklá spodina, u okrajů rány nekróza 1 cm, velká sekrece žluté tekutiny, silný zápach, okolí suché, zarudlé, bolestivost během noci, velikost 11 x 7 cm.

Léčba defektu do přijetí k hospitalizaci: sprcha, obklad Ringrovým roztokem, do okolí defektu zinková mast, do defektu magistralita dle kožní lékařky, krytí čtverci z netkané textilie, fixace obinadlem, bandáž, frekvence převazu 1x denně

Hospitalizace od 26.5.2009:

Provedená vyšetření vztahující se přímo k léčbě defektu:

- stěr z defektu – Stafylokokus aureus, Stafylokokus fekalis citlivý na Augmentin
- glykemie - 14,2 mmo/l na lačno, při denním profilu vysoké glykemie
- glykovaný hemoglobin – 6,8

Úprava medikace při přijetí:

- antibiotika první volby Augmentin 1,2 g (antibiotikum)+ 250 ml fyziologického roztoku po 12. hodinách (po stěru z defektu ponechána) – 10 infuzí, poté převedena na Augmentin 625 mg (antibiotikum) per os po 8. hodinách – celkem 10 dní
- změna PAD na IIT – HMR 10-8-8 (inzulín)j, HM NPH 10 j (inzulín) ve 22,00 hod.
- ostatní léčba beze změn

Průběh péče o defekt:

26.5.2009

Povleklá spodina, u okrajů rány počínající nekróza 1 cm, velká sekrece žluté tekutiny, silný zápach, okolí suché, zarudlé, bolestivost během noci, velikost 11 x 7 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 20 min., do okolí Menalind pasta, na okraje defektu Nu gel překrytí filmovým krytím, na střed rány Actisorb plus, sekundární krytí Zetuvit E, fixace obinadlem, přiložená bandáž pod koleno.

Frekvence převazů každé 3 dny.

4.6.2009

Ukončena léčba antibiotiky, diabetes mellitus správně kompenzován.

5.6.2009

Spodina vyčištěná, počíná granulovat, nekróza u okrajů rozpuštěna, stále masivní sekrece žluté tekutiny, zápach již minimální, velikost 11 x 7 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 20 min., do okolí Menalind pasta, do defektu Suprasorb A+Ag, sekundární krytí Zetuvit E, fixace obinadlem, přiložená bandáž pod koleno.

Frekvence převazů každé 3 dny.

19.6.2009

Spodina čistá, granuluje od spodu, sekrece střední, bez zápachu, okolí klidné, prokrvené, velikost 10 x 7 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 20 min., do okolí Menalind pasta, do defektu Suprasorb A, sekundární krytí Zetuvit E, fixace obinadlem, přiložená bandáž pod koleno.

Frekvence převazů každé 3 dny.

4.7.2009

Spodina čistá, od okrajů epitelizace, granulace od spodu, sekrece mírná, okraje klidné, velikost 9,5 x 7 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 20 min., do okolí Menalind pasta, na defekt Granuflex, sekundární krytí čtverce z netkané textilie, fixace obinadlem, bandáž pod koleno.

Frekvence převazů každé 3 dny.

7.7.2009

Spodina čistá, od okrajů epitelizace, defekt granuluje, sekrece mírná, okraje klidné, velikost 9,5 x 6,5 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 20 min, do okolí Menalind pasta, na defekt Granuflex, sekundární krytí čtverce z netkané textilie, fixace obinadlem, bandáž pod koleno.

Frekvence převazů každých 5 dnů.

Po celou dobu hospitalizace pacientka/klientka edukována o způsobu a provedení převazů. Byla jí nabídnuta možnost využití služeb agentury zdravotní domácí péče, kterou odmítla. Dále byla poučena nutriční terapeutkou o diabetické dietě, kterou dodržovala. Nácvik aplikace inzulínu a provádění pravidelných glykemických profilů zvládla dobře.

9.7.2009 klientka/pacientka propuštěna do domácí péče s možností navštěvovat ambulanci pro hojení ran, kterou akceptovala.

Po propuštění do domácího ošetřování:

Pacientka/klientka pravidelně navštěvovala diabetologickou poradnu. Glykemie měla dobře kompenzované na hodnotách okolo 6 mmol/l.

Kontroly na ambulanci pro hojení ran probíhaly jednou za 14 dní.

21.7.2009

Defekt je klidný, spodina čistá granuluje, od okrajů epitelizuje, objevují se drobné ostrůvky epitelizace, okraje jsou klidné, sekrece minimální, velikost 7,5 x 6 cm.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 10 min., do okolí defektu Menalind pasta, na defekt Granuflex Extra Thin, sekundární krytí čtverce z netkané textilie, fixace obinadlem, bandáž pod kolena.

Frekvence převazů každý 5 den.

4.8.2009

Defekt má tendence k hojení, ostrůvky epitelizací se zvětšují, velikost 5x4 cm

Léčba beze změn.

Frekvence převazů každý 7 den.

Další kontrola za měsíc.

1.9.2009

Defekt se hojí, defekt epitelizuje, epitelizací rozdělen na dva menší o velikosti 3 x 2 cm a 2x1 cm, spodina čistá, velmi mírná sekrece.

Léčba beze změn.

Frekvence převazů každý 7 den.

6.10.2009

Defekt téměř zhojen, zůstává jeden defekt o velikosti 1x2 cm, čistá spodina.

Toaleta defektu, obklad Prontosan roztok na 10 min., do okolí Menalind pasta, do defektu Lomatuell, fixace Curaporem, bandáž pod kolena.

Frekvence převazů každý 3. den.

30.1.2009

Defekt zhojen, doporučeno pravidelné promazávání obou DK vazelínou.

Subjektivní pocity pacientky/klientky při převazech:

Pacientka/klientka byla s péčí o defekt spokojená. Neuvedla žádné negativní poznatky.

9.1 Finanční zhodnocení metodou vlhkého hojení

Tabulka č. 5 – Finanční zhodnocení hojení moderní metodou

Datum	Název materiálu	Počet kusů	Cena
26.5.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Nu gel	2,5 g	27,40
	filmovým krytím	1 kus	32,70
	Actisorb plus	1 kus	94,20
	Zetuvit E	1 kus	2,26
	obinadlo	1 kus	15,-
5.6.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Suprasorb A+Ag	1 kus	152,50
	Zetuvit E	1 kus	2,26
	obinadlo	1 kus	15,-
19.6.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Suprasorb A	1 kus	59,10
	Zetuvit E	1 kus	2,26
	obinadlo	1 kus	15,-
4.7.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Granuflex	3/4 kusu	103,95
	čtverec z netkané textilie	2 kusy	2,89
	obinadlo	1/2 kusu	7,50

7.7.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 g	6,88
	Granuflex	3/4 kusu	103,95
	čtverec z netkané textilie	2 kusy	2,89
	obinadlo	1/2 kusu	7,50
21.7.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Granuflex Extra Thin	3/4 kusu	77,25
	čtverec z netkané textilie	2 kusy	2,89
	obinadlo	1/2 kusu	7,50
4.8.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Granuflex Extra Thin	1/4 kusu	25,75
	čtverec z netkané textilie	2 kusy	2,89
	obinadlo	1/2 kusu	7,50
1.9.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 ml	6,88
	Granuflex Extra Thin	1/4 kusu	25,75
	čtverec z netkané textilie	2 kusy	2,89
	obinadlo	1/2 kusu	7,50
6.10.2009	Prontosan roztok	10 ml	6,63
	Menalind pasta	5,4 g	6,88
	Lomatuell	1/10 kusu	1,59
	Curapor	1 kus	5,-
30.10.2009	Zhojeno		
Celkem	Prontosan roztok	370 ml	245,26
	Menalind pasta	200 ml	186,-
	Nu gel	10 g	109,60
	Filmové krytí	4 kusy	130,80
	Actisorb plus	4 kusy	376,80
	Suprasorb Ag	5 kusů	762,50
	Suprasorb A	5 kusů	295,50
	Granuflex	3 kusy	415,80

	Granuflex Extra Thein	4 a 1/2 kusu	347,25
	Lomatuell	7/10 kusu	11,13
	Zetuvit E	14 kusů	31,64
	Čtverec z netkané textilie	32 kusů	28,32
	Obinadlo	22 kusů	330,-
			3 270,60

Léčba defektu trvala 158 od počátku hospitalizace. Celkové náklady na materiály na hojení jsou 3 270,60 Kč.

10 Zhodnocení a grafické znázornění výsledků výzkumu

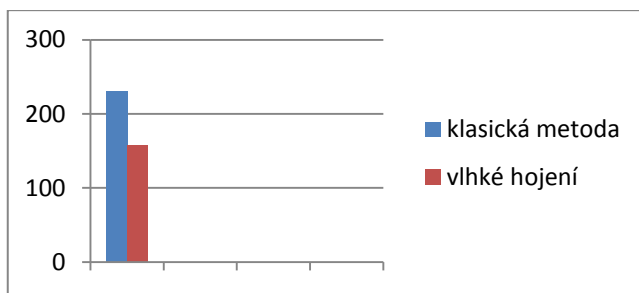
Pacientka léčená klasickou metodou byla léčena celkem 230 dní.

Pacientka/klientka léčená metodou vlhkého hojení byla léčena celkem 158 dní.

Tabulka 6 – Celková doba léčení v absolutních číslech

Klasická metoda	230 dní
Vlhké hojení	158 dní

Graf č. 1 – Celková doba léčení v absolutních číslech



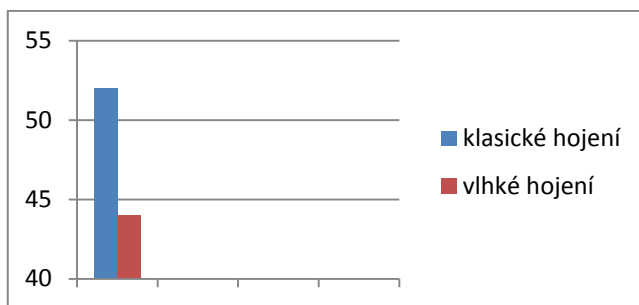
Pacientka léčená klasickou metodou byla hospitalizovaná celkem 52 dní.

Pacientka/klientka léčená metodou vlhkého hojení byla hospitalizovaná celkem 44 dní.

Tabulka 7 – Doba hospitalizace v absolutních číslech

Klasická metoda	52 dní
Vlhké hojení	44 dní

Graf č. 2 – Doba hospitalizace v absolutních číslech



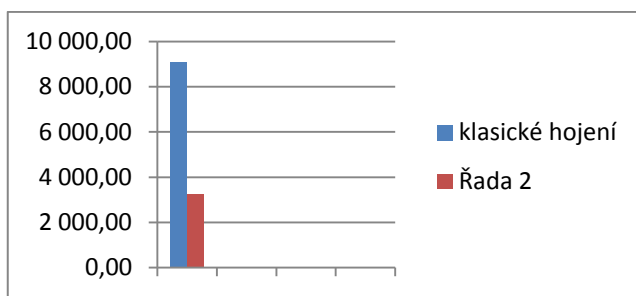
Celková částka u klasické metody byla 9 075,20 Kč

Celková částka u metody vlhkého hojení byla 3 270,60 Kč

Tabulka 8 – Celková částka v Kč

Klasické hojení	9 075,20
Vlhké hojení	3 270,60

Graf č. 3 – Celková částka v Kč



11 Závěr praktické části a diskuze

Cíl průzkumu byl splněn. Zjistili jsme rozdíl mezi léčbou a péčí o defekty od 2. světové války po současnost a jejich finanční zhodnocení.

Pro srovnání byly vybrány dvě pacientky/klientky s bércovým vředem a diabetem mellitus 2. typu. Obě měly defekt, který byl léčen v domácím prostředí přibližně 1/2 roku bez známek zlepšení. Obě byly hospitalizované na interním oddělení a následně ošetřovány ambulantně.

Pacientka léčená klasickou metodou byla hospitalizovaná 52 dní, po tu dobu jí byla podána dvakrát antibiotika, převazy se prováděly denně. Celé léčení od začátku hospitalizace do zhojení trvalo celkem 230 dní. Celkové náklady na léčbu samotného defektu, to znamená léčiva a obvazový materiál byly 9 075,20 Kč (pro lepší srovnání jsou ceny z roku 2012). Z důvodu nutnosti denní výměny léčiv a krycích materiálů bylo provedeno celkem 260 převazů. Každý provázala bolest a obavy pacientky. Rána se denně traumatizovala, což zhoršovalo její hojení.

Pacientka/klientka léčená metodou vlhkého hojení byla hospitalizovaná 44 dní, antibiotika jí byla podána jednou, frekvence převazů byla dána druhem krytí a vývojem defektu. Celé léčení od začátku hospitalizace do zhojení trvalo celkem 158 dní. Celkové náklady na léčbu samotného defektu, to znamená léčiva a obvazový materiál byly 3 270,60 Kč (pro lepší srovnání jsou ceny z roku 2012). U této metody bylo provedeno 37 převazů. Rána se hojila v přirozeném prostředí, byla minimálně traumatizovaná, proto měla lepší podmínky k hojení. Klientka/pacientka neudávala žádné obtíže spojené s výměnou krytí.

Do celkového finančního hodnocení nebyly zahrnuty náklady na léky, lůžko/den, stravu a další položky.

Na průzkumnou otázku, jaký je rozdíl mezi léčbou a péčí o defekty po 2. světové válce a v současnosti jsme našli odpověď.

V době po 2. světové válce byla sestra plně podřízena lékaři a plnila striktně jeho ordinace. Na léčbu defektů se používaly stále stejné materiály. Pacient byl ošetřován denně, mnohdy převazem traumatizován. Odborníci mnohé materiály dříve používané (například Višněvského balzám, Rivanol) dnes nedoporučují používat z důvodu jejich karcinogenních účinků.

V současné době sestra péči o pacienta/klienta plní formou ošetrovatelského procesu, je lékaří partnerkou a podílí se na léčbě defektů jak po stránce výběru obvazového materiálu, tak po stránce edukace pacienta/klienta. Předností dnešního moderního hojení defektu je šetrné ošetření a finanční úspora.

Výzkumná hypotéza se potvrdila, že léčba a péče o defekty v období po 2. světové válce se odlišuje od léčby v současnosti v mnoha aspektech. Jak v přístupu samotném, tak v použití materiálů.

Používané materiály a léčiva jsme pro přehled sestavili do tabulek, z kterých vyplývá rozdílnost druhů materiálů léčivých i krycích. Doba celkového léčení defektu byla u metody vlhkého hojení o 72 dní kratší a hospitalizace o 8 dní kratší. Finanční rozdíl mezi oběma metodami je 5 804,20 Kč ve prospěch metody vlhkého hojení.

Z pozorování výsledků obou způsobů hojení vyplývá, že hojení defektu klasickou metodou je ve výsledku dražší a více zatěžuje pacienta/klienta, trvá delší dobu. Oproti tomu vlhké hojení je, přes počáteční náklady, levnější a pro pacienta/klienta komfortnější, doba hojení se podstatně zkrátí.

I když z této práce vyplývá, že léčba metodou vlhkého hojení je ve všech parametrech výhodnější, myslíme si, že ne všechny materiály používané v minulosti bychom měli zatracovat. Například Višněvského balzám, přes vyšší finanční nákladnost, je z našeho pohledu, na léčbu rozsáhlých, hnisajících ran (dekubitus, hojně kolonizované rány) vhodnější. Naopak používání Betadine roztoku, který se používá, je na léčbu ran nevhodný a jeho použití by se mělo zvážit.

Jako důležité pro praxi vidíme, že tyto informace by měly sestry znát a v rámci celoživotního vzdělávání v pregraduálním i postgraduálním by s nimi měly být více seznamovány.

Tuto bakalářskou práci nemáme s čím srovnávat vzhledem k tomu, že touto formou nebyl průzkum publikován.

ZÁVĚR

Defekty jsou zátěží pro pacienta/klienta z hlediska komfortu i financí.

Z hlediska bezpečné péče o pacienty/klienty se hodnotí i léčba defektu v nemocnicích a sociálních zařízeních. Sledování kvalitní ošetrovatelské péče je v zájmu nemocnic, sociálních zařízení ale i státních institucí – Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a akreditační komise. Ekonomické sledování péče o defekty je jedním z úkolů středního managementu nemocnic – nákladových středisek.

V této bakalářské práci jsme chtěli ukázat, že současné, moderní hojení defektů, na rozdíl od klasického hojení v období od 2. světové války do 90. let 20. století, je sice zpočátku finančně nákladné, ale ve finále zajišťuje komfort pro pacienta/klienta, ekonomickou úsporu, zkrácení hospitalizace a celého léčení s menším množstvím komplikací.

K tomu aby bylo dosaženo pro pacienta/klienta i nemocnice požadovaného efektu je potřeba, aby sestry znaly moderní materiály na hojení defektů a způsobu hojení defektů a naučily se je správně a ekonomicky používat. Jako velmi důležitá se jeví i spolupráce lékař – sestra, která byla dříve nedostatečná.

Samozřejmě, že nejlevnější způsob péče o defekty je prevence jejich vzniku. V tomto důsledku je nutné v rámci celoživotního vzdělávání sestry vzdělávat v hojení defektů.

V rámci výzkumu vývoj materiálů a postupů v léčení defektů stále pokračuje a vyvíjí se. I z tohoto důvodu je nutné zvýšení kompetencí sester v této oblasti

SEZNAM LITERATURY

1. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. 1. vyd. Plzeň: Mauera s.r.o., 2010. 193. s. ISBN 978-80-902876-4-8
2. GRÁFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. 1.vyd. Praha: Grada Publisching, 2007. 248 s. ISBN 978-80-1868-2
3. HENDL, Jan. 2005, *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. IBSN 80-7367-040-2
4. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství* 1. vyd. Brno: IDV ZP-Brno, 1992. 185 s. IBSN 80-7013-123-3
5. KALVACH, Z. a kol. 2004, *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
7. KOZIEROVÁ, B.,; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995, *Ošetrovatelstvo I a 2 díl*. 1. vyd. Martin: Osveta Martin, 1995. 1473 s. ISBN 80-217-0528-0
8. KUTNOHORSKÁ, J., 2009, *Výzkum v ošetrovatelství*, 1vyd. Praha: Grada Publisching, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
9. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
10. MIKULA, J.; MULLEROVÁ, N. 2008, *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2
11. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Praha: Maurea, s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
12. PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů*. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3
13. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. 1. vyd. Veverská Bítýška: Hartmann-Rico a.s., 2003. 85. s. ISBN 80-238-9971-6
14. SCHULER, Matthias. 2008. *Geriatric od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, 2010. 336. s. ISBN 978-80-247-3013-4

15. STAŇKOVÁ, M.; NEUWIRT, J. *Vysokoškolské studium. Zdravotnická pracovnice*, Č. 11, 1988
16. STRYJA, J. *Hojení ran, Quo vadis, hojení ran?*. ISSN 1802-6400, 2012, roč. 6, č. 1, s. 22-23
17. STRYJA, Jan et al. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 2011. 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5
18. ŠEFLOVÁ, Lenka. STRNADOVÁ, Daniela. STRYJA, Jan. BERÁNKOVÁ, Irena. 2009, *Sestra v praxi: management dekubitů v praxi*. 1. vyd. Olomouc: Solen. 2009, ISBN 978-80-87327-11-1
19. ŠTĚPANOVSÁ, Hana. 2011. *Breviř*. 20. vyd. Praha: Medical tribune CZ s.r.o., 2011. 1283 s. ISBN 978-87135-26-6
20. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
21. VUČKOVÁ, J. 1994, *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994. 71 s. ISBN 80-7168-151-2
22. WHO, 1996, *Lemon*. 1. vyd. Z angl. orig. přel. Marta Staňková, Jana Heřmanová. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184. s. ISBN 80-7013-234-5
23. WORKMAN, B. A.; BENNETT, C. L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
24. *Metodika prelevančního sledování dekubitů na národní úrovni*. 2009. Věstník MZ ČR. 2009, roč. 2009, částka 6, s. 140

Internetové zdroje:

1. POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Léčba a hojení ran* [online]. c2009-2012, [cit. 2012-2-12]. Dostupné na: <www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2009/3/hojeni.pdf>
2. KOLEKTIV AUTORŮ. 2004. *Fakta o dekubitech, Komfort* [online]. 2004, roč. 19, č. 4 [cit. 2011-12-3]. Dostupné na: <www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-4-2004/26843/fakta-o-dekubitech>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A. – Dokumentace péče o defekty	I
Příloha B. – Foto bércového vředu	III
Příloha C. – Foto operační rány	III
Příloha D. – Foto dekubitu	IV
Příloha E. – Bartelův test všedních dovedností	V
Příloha F. – Teplotní tabulka	VII
Příloha G. – Test kognitivních funkcí (MMSE)	VIII

PLÁN PÉČE O DEFEKTY

Příjmení:

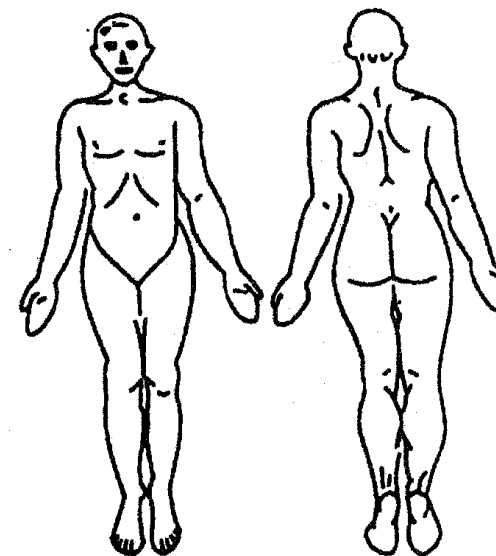
Jméno:

Rodné číslo:

Oddělení:

Foto defektu							
datum							

1. stupeň: zčervenání
2. stupeň: tvorba puchýřů
3. stupeň: hluboké poškození tkáně
4. stupeň: nekróza



Popis defektu							
Analýza rány	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány	Bolest	Stupeň
dekubitus	epitelizující	bílý	žádný	otok	ohraničené	mírná	
ulcus cruris	granulující	žlutý	lehký	zarudnutí	neohraničené	střední	
diabetická noha	nekrotická	zelený	silný	ekzém		silná	
jiné	infikovaná	krvavý	jiný	macerace		žádná	
		žádný		klidné			

Zdroj: autor

PLÁN A REALIZACE PÉČE						
Datum	Čas	Velikost	Vzhled	Ošetření	Další převaz	Podpis

Zdroj: autor



Příloha B. - Bércový vřed

Zdroj: archiv autorky



Příloha C. - Operační rána

Zdroj: archiv autorky



Příloha D. – Bércový vřed

Zdroj: archiv autorky

Příloha E.

BÁRTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ

Najedení, napití	Samostatně, bez pomoci	10	10
	S pomocí	5	5
	Neprovede	0	0
Oblékání	Samostatně, bez pomoci	10	10
	S pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Koupání	Samostatně, s pomocí	5	5
	Neprovede	0	0
Osobní hygiena	Samostatně, s pomocí	5	5
	Neprovede	0	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10	10
	Částečně inkontinentní	5	5
	Plně inkontinentní	0	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10	10
	Částečně inkontinentní	5	5
	Plně inkontinentní	0	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10	10
	S pomocí	5	5
	Neprovede	0	0
Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15	15
	S malou pomocí	10	10
	Vydrží sedět	5	5
	Neprovede	0	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15	15
	S pomocí 50 m	10	10
	Na vozíku	5	5
	Neprovede	0	0
Chůze po schodech	Bez pomoci	10	10
	S pomocí	5	5
	Neprovede	0	0

Součet bodů		doma	nyní
-------------	--	------	------

Hodnocení stupně závislosti:

Stupeň závislost	Body
Vysoce závislý	0-40 bodů
Střední závislost	45-60 bodů
Lehká závislost	65-95 bodů
Nezávislý	100 bodů

Zdroj: SCHULER , 2010

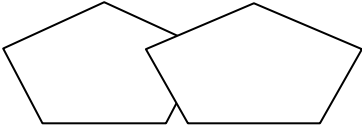
Příloha F.

Označení ústava		Teplotní tabulka č. _____ Vložka do záznamu o zdraví a nemoci																			
		Záznam č.					Oddělení														
Příjmení a jméno:										Rok narození:											
Rodné číslo:					Kód zdravotní pojistovny:																
Dg:																					
Den v měsíci																					
Den pohybu																					
Operační den																					
Převazy, výkony																					
Příjem tekutin																					
Výdej tekutin																					
Stolice																					
Dieta																					
TK	290	T	41°																		
	280		40°																		
	270		39°																		
	260		38°																		
	250		37°																		
	240		36°																		
	230																				
	220																				
	210																				
	200																				
	190																				
	180																				
	170																				
	160																				
	150																				
	140																				
	130																				
	120																				
	110																				
	100																				
90																					
80																					
70																					
60																					
50																					
40																					
30																					
20																					
10																					

Zdroj: SEVT

Test kognitivních funkcí - Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte klientovi 10 otázek. Za každou správnou odpověď - 1 bod. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve které jsme zemi? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</p>	10
<p>2. Paměť: Jmenujte 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka) a vyzvěte klienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď - 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Vyzvěte klienta, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď - 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Vyzvěte klienta, aby opakoval 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2.) Za každou správnou odpověď - 1 bod</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte klientovi dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za každou správnou odpověď - 1bod</p>	2
<p>6. Vyzvěte klienta, aby po vás opakoval: Žádná ale Jestliže Kdyby</p>	1
<p>7. Dejte klientovi třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na půl a <i>položte</i> jej na podlahu.“</p>	1

8. Dejte klientovi přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.	1
9. Vyzvěte klienta, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)	1
10. Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník. 	1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

27-30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí

25-26 bodů hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta, u pacienta nad 75 let nebo s méně než 8 lety školní docházky jsou tyto hodnoty ještě v normě

18-24 bodů lehká demence

6-17 bodů středně těžká demence

< 6 bodů těžká demence

Zdroj: SCHULER, 2010