



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Převaz v kontextu ošetrovatelského procesu
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Němečková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Převaz v kontextu ošetrovatelského procesu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.6. 2020

.....

Bc. Jana Němečková

Poděkování

Ráda bych poděkování věnovala své vedoucí práce doc. PhDr. Marii Trešlové Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, připomínky, cenné rady, podporu a čas, který mi věnovala.

Dále mé poděkování patří všem informantům, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se otevřeně o svůj názor, zkušenosti a pocity.

Převaz v kontextu ošetrovatelského procesu

Abstrakt

Převaz ran je součástí péče o pacienta nejen na odděleních věnovaných operačním zákrokům. Vzhledem k tomu, že pacient s ránou má jisté specifické potřeby, lze nalézt efektivní metodu poskytování ošetrovatelské péče právě v aplikaci ošetrovatelského procesu. Cílem práce bylo zmapovat problematiku převazu v kontextu ošetrovatelského procesu. Dalšími cíli bylo zjistit, jaká očekávání mají pacienti v souvislosti s ošetřováním rány od sestry a jaké potřeby jsou pacientovi satureovány při ošetřování ran. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. Jak probíhá převaz rány v ošetrovatelské praxi? Jak vnímají sestry své kompetence pro převaz ran? Jak vnímají převaz rány pacienti?

Metodou zpracování empirické části bylo kvalitativní výzkumné šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří měli akutní, či chronickou ránu a byli v souvislosti s její léčbou ošetřováni v nemocnici. Druhou skupinu informantů tvořily sestry, které pracují na operačních odděleních a během své práce pečují o pacienty a jejich rány. Výzkumný soubor byl tvořen jedenácti pacienty a dvanácti sestrami. Na základě studia literatury bylo vytvořeno deset základních otázek pro rozhovor s pacienty a jedenáct základních otázek pro rozhovor se sestrami. Všechny získané rozhovory byly se souhlasem informantů zaznamenávány na audio záznam a následně očištěny od vycpávkových slov a přepsány. Metodou zvolenou pro zpracování získaných dat bylo otevřené kódování, technika „tužka papír“.

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v podobě kategorií a podkategorií. Z odpovědí informantů bylo zřejmé, že péče o rány je velmi rozdílná dle pracovišť a systému péče. Výsledky výzkumného šetření odhalily, že nejčastěji udávanou potřebou pacientů s ránou je potřeba být bez bolesti. Dále bylo zjištěno, že i přesto, že informanti tvrdili, že je ošetrovatelský proces na jejich pracovištích využíván částečně i plně, komplexní znalosti o ošetrovatelském procesu v dalších otázkách neprokázaly.

Díky zmapování dané problematiky výše uvedenými skupinami došlo k propojení některých názorů a také odкрыtí nedostatků či potřebných změn, které mohou být podkladem pro nové výzkumné práce.

Klíčová slova

pacient; rána; ošetrovatelský proces; převaz rány; sestra

Wound care in context of the nursing process

Abstract

Wound dressing is a part of patient care not only in the departments specialized in surgical procedures. Given that the patient with a wound has certain specific needs, an effective method of providing nursing care can be found in the application of the nursing process. The aim of the thesis was to map the issue of dressing in the context of the nursing process. Other goals were to find out what patients expect in connection with the treatment of a wound from a nurse and what patient's needs are satisfied in the treatment of wounds. Three research questions were identified. How does wound dressing work in nursing practice? How do nurses perceive their competencies for wound dressings? How do patients perceive wound dressings?

The method of elaboration of the empirical part was a qualitative research investigation, which was carried out by the technique of semi-structured interview with patients who had an acute or chronic wound and were treated in hospital in connection with its treatment. The second group of informants consisted of nurses who work at surgery department and take care of patients and their wounds during their work. The research group consisted of eleven patients and twelve nurses. Based on the study of the literature, ten basic questions for interviews with patients and eleven basic questions for interviews with nurses were created. With the consent of the informants, all the interviews obtained were recorded on an audio recording and subsequently cleaned from padding words and transcribed. The method chosen for processing the obtained data was open coding, the "pencil and paper" technique.

The results of the research survey are presented in the form of categories and subcategories. From the answers of the informants it was clear that wound care is very different according to workplaces and care system. The results of the research revealed that the most frequently reported need of patients with a wound is the need to be pain-free. Furthermore, it was found that even though the informants claimed that the nursing process in their workplaces is both partially and fully used, they did not demonstrate comprehensive knowledge of the nursing process in other issues.

Thanks to the mapping of the issue by the above groups, some opinions were connected, and the shortcomings or necessary changes were revealed, which can be the basis for new research work.

Key words

patient; wound; nursing process; wound care; nurse

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Ošetrovatelský proces.....	10
1.1.1 Historie ošetrovatelského procesu.....	11
1.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	13
1.1.3 Přínos využití ošetrovatelského procesu pro pacienta	20
1.2 Definice a druhy ran v literatuře.....	21
1.2.1 Proces hojení a ovlivňující faktory hojení ran	25
1.2.2 Péče o rány z historického hlediska	27
1.2.3 Péče o rány v 21. století	29
1.3 Role sestry při převazu rány	31
1.3.1 Dokumentace rány	33
1.3.2 Převaz ran a kompetence sestry	34
2 Cíle a výzkumné otázky	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
2.3 Operacionalizace pojmů	38
3 Metodika	39
3.1 Použité metody.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4 Výsledky výzkumného šetření	42
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	42
4.2 Kategorizace získaných dat	43
5 Diskuze.....	63
6 Závěr	75
7 Seznam použitých zdrojů	77
8 Seznam příloh.....	86

Úvod

Péče o ránu byla již od nepaměti součástí péče o člověka. V průběhu let nastaly změny nejen v péči o ránu, možnostech její léčby, převazování a novinkách v jejím krytí, ale také v přístupu k pacientům s ránou a k člověku vůbec. Díky nejnovějším poznatkům má dnes sestra možnost poskytovat péči, jenž je založena na validních důkazech a zkušenostech jiných profesionálů v oboru. Vzdělávání v oboru péče o rány je stále rozmanitější a preciznější. Sestra může díky velkému množství kurzů, kongresů a odborných článků své znalosti kontinuálně prohlubovat.

Ošetrovatelský proces je v 21. století považován za standard v moderní ošetrovatelské praxi. Jeho využití je přínosné pro sestru i pacienta, a to především díky tomu, že je systematickou metodou zajišťující kontinuální a bezpečnou ošetrovatelskou péči. Také pro péči o pacienta s ránou je jeho využití přínosné. Důvodem je poskytování vědomé péče, respektování jedinečnosti prožívání a specifických potřeb pacientů s ránou. Protože rána pro pacienta znamená mnohdy daleko víc než pouhý defekt kůže.

Výzkumná část této diplomové práce je věnována pohledům dvou odlišných skupin – sester a pacientů, kteří jsou nedílnou součástí péče o ránu. Jedná se o zmapování převazu ran v klinické praxi v kontextu ošetrovatelského procesu.

Účelem této práce je poukázat na nynější možnosti péče o rány, možnosti jejího zlepšení a využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi. Dále bylo záměrem poukázat na specifické potřeby pacientů s ránou, a to především proto, že zjištěním potřeb pacienta je zásadním krokem pro aplikaci ošetrovatelského procesu. Pokud sestra ví, jaké problémy a potřeby její pacient s ránou má, může vhodnými intervencemi saturovat jejich nedostatek a pacientovi pomoci.

Věřím, že sesterská práce je více posláním než prací, proto bychom měli svým pacientům trpělivě naslouchat a být jim průvodci v době, když z běžného života vstupují do role pacienta.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelský proces

Moderní ošetrovatelství zahrnuje velké množství aspektů. Jeho využívání je uskutečňováno v klinické a primární praxi na základě získaných validních důkazů v rámci evidence-based nursing. Ošetrovatelský proces je považován za standard v moderní ošetrovatelské praxi (Kudlová, 2015). Součástí moderní ošetrovatelské péče je také účelná komunikace, empatický přístup k ošetrovanému (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011) a efektivní spolupráce v rámci ošetrovatelského týmu a mnoho dalšího (Sovová et al., 2014). Jednotlivá opatření tohoto procesu se osvědčily jako cesta pro sestavení struktury, která zajistí souvislou a bezpečnou ošetrovatelskou péči (Plevová et al., 2018).

Jak již bylo zmíněno, ošetrovatelský proces je součástí nového pojetí ošetrovatelství. Vychází z principu péče poskytované na základě vědomého a organizovaného zjišťování problémů, či možných rizik pro pacienta. Věnuje se také řešení obtíží a saturování aktuálních potřeb. V souvislosti s ošetrovatelským procesem je na člověka nahlíženo jako na komplexní bytost. Tato bytost má nejen své potřeby a problémy, ale je v rámci jednotlivých životních situací ovlivňována mnoha činiteli působícími na její chování, vnímání a prožívání (Mastiliaková, 2002).

Ošetrovatelský proces je důležitou metodou práce ošetrovatelského personálu. Jedná se o soubor logických myšlenkových procesů, které slouží v oblasti prevence i při řešení obtíží a aktuálních potřeb jedince. Je využíván nejen k zjištění aktuálních potřeb jedince ale také skupiny. Díky tomu lze zjistit ošetrovatelský problém, který jedinec, či skupina má. Z těchto informací je pak dále vytvořen plán a uskutečněna ošetrovatelská péče, jejíž přínosnost je na konci celého procesu ošetrovatelským personálem zhodnocena. Využívání ošetrovatelského procesu pro Českou republiku v klinické praxi bylo legislativně zakotveno ve Věstníku Ministerstva Zdravotnictví v roce 2004.

Míra zapojení se do ošetrovatelského procesu pacientem je určována vzájemnou spoluprací mezi sestrou a pacientem, jeho s vnímáním zdraví a prožíváním nemoci ale také jeho sebepoznáním. Moderní vnímání ošetrovatelského procesu pohlíží na

pacienta jako na partnera, který ve spolupráci s ošetřujícím personálem směřuje ke společně vytyčenému cíli, spokojenosti a zdraví (Pokorná a Mrázová, 2012).

Názory na vznik a využívání ošetřovatelského procesu jsou různorodé. Někteří kritici vnímali obsah ošetřovatelského procesu jako nedostatečný. Na popud jeho nedostatků byl vytvořen nový, takzvaný pokročilý ošetřovatelský proces. Ten využívá ověřené a standardizované koncepty definované specifickými ošetřovatelskými klasifikacemi, dobře definované ošetřovatelské diagnózy, intervence i zhodnocení. Tento ošetřovatelský proces podléhá standardizaci a je vysvětlen na základě vědecky založených ošetřovatelských klasifikací (Müller-Staubet et al., 2015). Požadavkem pro využívání pokročilého ošetřovatelského procesu je zohlednění kontextu péče a schopnost metody řídit klinickou praxi. Integrace této metody probíhá v klinické praxi pomocí Standardizovaného ošetřovatelského jazyka (Rabelo-Silva et al., 2017).

Nové vnímání ošetřovatelství se zrcadlí také v kurikulu školního vzdělávání. Dochází ke změně modelů výuky. V popředí je schopnost pracovat s informacemi a znalostmi (Mastiliáková, 2014). V souvislosti s tím je vhodné zmínit pojem funkční gramotnosti, který je vysvětlován jako schopnost být součástí dané aktivity, či společnosti. Pro tento druh gramotnosti proto není dostačující být schopen číst a psát, ale jedná se o schopnost porozumět postupům, dokumentům, či složitějším textům, z nichž si dokáže jedinec vybrat důležité informace a vytvořit si vlastní názor. Funkční gramotnost spojuje s ošetřovatelstvím také kontinuální vzdělávání v průběhu života (Průcha a Veteška, 2014).

1.1.1 Historie ošetřovatelského procesu

Historie ošetřovatelství v sobě ukrývá situace, které vedly nejen k rozvoji tohoto oboru, ale také k dosažení postavení sester, kterého až doposud dosáhly. K porozumění souvislostí a zodpovězení mnoha otázek proto pomohou důležité poznatky z historie. Pro rozvoj ošetřovatelství byly neopomenutelné války, ekonomické faktory, vývoj vědy, kulturní ale také politické faktory. V rámci historie ošetřovatelství dále nelze zastříit významné osobnosti, které poukázaly na nedostatky v tomto oboru, ale také se zaměřily na jejich zlepšení, či vyřešení (Tóthová et al., 2014).

V padesátých letech minulého století se objevily první zmínky o teoretické základně ošetrovatelského procesu, a to v podobě modelu vstřícného přístupu k ošetrování nemocného. První teoretičkou, jež použila definici ošetrovatelský proces, byla v roce 1955 Hallová (Alligood, 2014). Následovalo velké množství publikací, které tuto definici rozšířily a obohatily v mnoha směrech. Bylo také zřejmé specifické vnímání tohoto procesu jednotlivými autorkami publikací. Například Orlandová ho popisovala jako vzájemně propojené tři etapy, mezi které patřilo jednání pacienta, reakce sestry a ošetrovatelské činnosti (Tóthová et al., 2014). Orlandová byla také myslitelkou, která navrhla, aby i pacienti měli vlastní výklad dané situace. Pro sestry měla být tato informace důležitá pro validní vyhodnocení celé situace (Alligood, 2014). O několik let později již uvedla Wiedenbachová tři kroky ošetrovatelského procesu, které zahrnovaly pozorování nemocného, poskytnutí pomoci a následně ověření výsledku. Na rozdíl od předešlých autorek se však Hendersonová domnívala, že fáze ošetrovatelského procesu jsou identické s fázemi vědeckých metod. Virginia Hendersonová byla pro obor ošetrovatelství významnou osobností. Mimo jiné vytvořila také model, který je zaměřen na potřeby člověka. Tento model Dingová Šliková (2018), popisuje jako zásadní ošetrovatelský model vycházející z definice ošetrovatelství.

V roce 1967 byl vytvořen L. Knowlesovou model pěti „d“, v němž popsala kroky, které by sestra měla v rámci ošetrovatelského procesu podniknout. V popisování ošetrovatelského procesu, který má pět etap pokračovala Západní mezistátní komise o vyšším vzdělání v USA, která se zaměřila na interakci jednání sestry a pacienta. Roku 1973 byl pak Americkým sdružením sester uveřejněn soubor norem ošetrovatelské praxe, které se týkaly členění ošetrovatelského procesu, taktéž na pět částí. Tímto okamžikem došlo k právnímu uznání využívání ošetrovatelského procesu v praxi. Utváření ošetrovatelského procesu bylo nelehké. Rozdílnost ve vnímání a prezentování fází ošetrovatelského procesu lze nalézt v odborné literatuře, kde někteří autoři uvádí čtyři fáze procesu, jiní svou pozornost věnují rozdílnému třídění fází (Tóthová et al., 2014).

Jak již bylo výše zmíněno v rámci ošetrovatelského procesu, je na osobnost pacienta nahlíženo holisticky. Holismus je se zdravotnictvím úzce spjat. Princip holismu v přístupu k pacientovi, nebo klientovi znamená, že nelze analyzovat pouze určité stránky osobnosti pacienta izolovaně od ostatních částí jeho bytosti. Holismus tvrdí,

že člověk je celkem, který se skládá z tří hlavních částí, těla, emocí a mysli (Kutnohorská, 2009). V ošetrovatelské péči je proto pozornost věnována pacientovým potřebám, které souvisí s potenciálními riziky, aktuálními problémy a dalšími aspekty, které jsou pro pacienta důležité. S problematikou uspokojování a specifík potřeb pacienta se sestra setkává při své práci denně. Pro pochopení potřeb druhých by měla však poznat a pochopit také své vlastní potřeby. Specifické potřeby a cesta k jejich satureování byla tématem nejednoho koncepčního modelu (Sikorová, 2011). Unikátnosti lidských potřeb se věnovalo mnoho významných osobností. Kromě, velmi známé, Maslowovy pyramidy potřeb, ve které jsou lidské potřeby seřazeny od nižších, k vyšším (Plevová et al., 2012) se lidským potřebám věnoval například také S. Coveye, který potřeby rozdělil do čtyř hlavních oblastí a upozorňoval na jejich propojenost. Coveye tvrdil, že nenaplnění potřeb snižuje kvalitu života (Mastiliáková, 2014). Téma lidských potřeb je významné nejen pro ošetrovatelský proces, nýbrž pro celé ošetrovatelství. Standardizace lidských potřeb vytváří požadovanou míru saturace jednotlivých potřeb pro pocit uspokojení (Šamánková et al., 2011). Aby byl ošetrovatelský proces efektivní součástí ošetrovatelské praxe, očekává se od sestry, že dosáhla určitých znalostí a dovedností, které jsou potřebné v jednotlivých fázích procesu. Očekávání nejsou však mířena pouze směrem k sestře, nýbrž i k zákonnému ukotvení ošetrovatelské péče legislativou státu a nabytí znalostí i vědomostí v rámci výuky na vysokých školách (Mastiliáková, 2014).

1.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Počet fází procesu popisují někteří autoři odlišně. Například Mastiliáková (2014) popisuje šest fází, systematické posouzení, diagnostiku, plánování cílů, plánování intervencí, realizaci a vyhodnocení. Na rozdíl od ní Tóthová et al., (2014) uvádí pouze pět fází. Plánování cílů a intervencí zahrnuje do jedné fáze. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu od sebe nelze odtrhnout, dohromady se prolínají a navzájem ovlivňují (Tóthová et al., 2014). V této práci je popsána varianta pěti fází ošetrovatelského procesu.

Úvodní fáze ošetrovatelského procesu je posouzení. Je uskutečňováno v každodenních situacích, při denní péči o pacienta. Jedná se o uspořádané získávání informací propojené s komunikací. Zdrojem potřebných údajů mohou být nejen osoby, či dokumenty, ale také situace, kterých je sestra a pacient součástí (Slezáková, 2014).

Další poznatky mohou být získány od nejbližších osob pacienta, rodiny, přátel, či partnera. Potřebné doplňující informace může sestra vyhledat v odborné literatuře (Mastiliáková, 2014). Produktem takto získaných poznatků je soubor objektivních i subjektivních údajů o aktuálních obtížích pacienta, jeho vnímání zdraví, prožívání nemoci a další podstatná data (Slezáková, 2014). Ošetřovatelská anamnéza zahrnuje nejen základní životopisné údaje, ale také důvod příchodu do zdravotnického zařízení, rozbor současného onemocnění, předchozí hospitalizace, onemocnění či úrazy, životní styl pacienta, údaje týkající se prožívání stresových situací, komunikaci, i systém zdravotní péče. Všechny tyto informace jsou pro sestry při péči o pacienta důležité (Mastiliáková, 2014).

Při přijetí pacienta do ošetřovatelského zařízení, či při prvním kontaktu s ním probíhá počáteční posouzení. Otázky jsou tedy zaměřeny na příčinu příchodu do zařízení, aktuální obtíže, či dříve prodělaná onemocnění. Následně jsou průběžně získávány další potřebné údaje, kterými sestra provádí posuzování průběžné (Mastiliáková, 2014). V této fázi sestra také objevuje případné patologie i rizika, která mohou být pro pacienta během hospitalizace zásadní. Vhodné je dále zjistit, jaké jsou silné a slabé stránky osobnosti posuzovaného jedince (Tóthová et al., 2014). Pro zachování aktuálnosti jednotlivých informací, je nezbytné provádět sběr informací kontinuálně. Díky tomu může sestra adekvátně reagovat na proměny ve zdravotním stavu pacienta (Tóthová et al., 2014).

K zajištění komplexních údajů jsou sestrami využívány koncepční, nebo wellness modely (Mastiliáková, 2014). Využití modelů závisí na jejich zaměření. Humanistické modely se věnují lidským potřebám, do této skupiny patří například model sebepéče, jehož autorkou je D. E. Oremová a enviromentální model F. Nightingalové. Druhou skupinou jsou modely systémové, do jejichž skupiny patří model Adaptační, od autorky C. Royové. Další skupina modelů se věnuje především mezilidským vztahům, příkladem je model teorie ošetřovatelského procesu, který vytvořila I. J. Orlandová. Poslední kategorií koncepčních modelů tvoří modely energetického pole, z nichž můžeme jako příklad uvést model jednotného energetického pole, vytvořen M. E. Rogersovou. Modely v sobě snoubí názory a preference svých autorek, jejich poznatků z praxe i dosavadního stavu poznání. Množství modelů je nepřehledné, jejich využití v praxi je ovlivňováno mnoha faktory (Dingová Šliková et al., 2018).

V souvislosti s pacientem s ránou je potřebné v první fázi ošetrovatelského procesu posoudit nejen celkový stav pacienta, ale také ránu samotnou. Vzhledem k tomu, že hojení rány je ovlivněno mnoha faktory, přičemž jedním z nich je stav nutrice, je potřebné posoudit stav jedince v tomto ohledu již v počátcích. Toto hodnocení počíná informacemi o výšce, váze, stravovacích návycích, případných obtížích s příjmem potravy, biochemické a hematologické vyšetření, množství svalové hmoty až po sledování známek patologie. Tyto informace jsou potřebné především u pacientů, s nehojící se ránou, avšak i u jiných druhů ran mají své odůvodnění. Úvodní klinické vyšetření je v kompetenci lékaře, sestra je však v tomto ohledu důležitá proto, že během péče o pacienta je to právě ona, kdo si může jako první všimnout změn zdravotního stavu pacienta, či jiných patologií (Pokorná a Mrázová, 2012).

S ohledem na celkový stav zjišťuje sestra stupeň soběstačnosti, paměti, orientace a rizik, kterými může být pacient následkem aktuálního stavu ohrožen (Pejznochová, 2010). Díky těmto informacím může ošetrující personál předcházet vzniku iatrogenních ran (Hlinková, et al., 2019). Stejně tak, jako by mělo být komplexní posouzení celkového stavu pacienta, mělo by být i posouzení rány komplexním procesem. V jeho obsahu by tedy mělo být obsaženo umístění rány, její velikost, příčina vzniku a její klasifikaci. V rámci klasifikace nehojící se rány dochází k zhodnocení spodiny rány, která může obsahovat nekrotické části, může být povleklá, bez známek zánětu, či epitelizující. Dále je u ran hodnocen exsudát, jeho množství a charakter. Popis okraje rány, zápachu rány a kůže v okolí rány by neměl také chybět. Výskyt rány je v mnoha situacích spjat s bolestí, proto i hodnocení bolesti patří do této fáze ošetrovatelského procesu. Vývoj a tlášení bolesti se však posuzuje průběžně (Pokorná a Mrázová, 2012). Komplexní posouzení rány je nezbytné pro vytvoření efektivního plánu ošetrovatelské péče a také léčby rány. Při těchto úkonech sestra propojuje své znalosti teoretické i praktické (Hlinková et al., 2019).

Na první fázi, posouzení zdravotního stavu pacienta navazuje po jejím ukončení fáze druhá, tedy diagnostika. Během diagnostiky dochází k rozboru a následnému usprádaní doposud získaných informací. Cílem této fáze je klinicky zvážit, zda jsou jednotlivé informace ve standardním měřítku normální, či nikoliv. Jedná se také o nalézání a propojování souvislostí. Výsledným produktem diagnostiky je ošetrovatelská diagnóza. Do diagnostiky jsou zahrnuty zdravotní problémy, tendence zlepšit zdravotní stav i rizika, která pacienta ohrožují. Aby mohlo dojít ke stanovení

ošetřovatelské diagnózy je zapotřebí, aby sestra znala indikátory jednotlivých diagnóz, které od sebe diagnózy odlišují. Těmito indikátory jsou faktory, které souvisejí nějakým způsobem s ošetřovatelskou diagnózou, dále do této skupiny patří znaky určující diagnózu a rizikové faktory (NANDA International, 2015).

Počet ošetřovatelských diagnóz je přímo úměrný zjištěným problémům. Jejich formulace by měla být jasná a stručná. Zdrojem pro vytvoření diagnózy jsou validní informace získané v první fázi ošetřovatelského procesu (Plevová et al., 2018). Dle NANDA International (2015) je však při tvorbě ošetřovatelských diagnóz důležité zaměřit se na ty prioritní. Další diagnózy může sestra stanovit později. V rámci své práce sestra pracuje s vnímáním a reakcemi pacienta na zdravotní obtíže, nebo životní procesy. V této práci využívá taxonomii ošetřovatelských diagnóz NANDA International. Taxonomie je věda, která se věnuje kategorizaci. NANDA taxonomie-I obsahuje 235 ošetřovatelských diagnóz, jež jsou uskupeny v třinácti doménách (NANDA International, 2015).

Pro sjednocení a ulehčení tvorby ošetřovatelských diagnóz byl používán akronym PES, kde jednotlivá písmena představují slova v ošetřovatelské diagnóze. Tento akronym poprvé použila M. Gordonová, zakladatelka NANDA-I. První část struktury by měla obsahovat ošetřovatelský problém (P), dále sestra doplní související příčinu, či jiné související faktory, etiologii (E) a ukončuje diagnózu příznaky, symptomy (S), kterými se obtíže projevují. V současné době tento akronym již v knihách NANDA-I není používán (Ackley et al., 2017). Struktura však i nadále zůstává využívána především pro studenty ošetřovatelství, pro výuku jejich diagnostického myšlení v rámci ošetřovatelského procesu. Dle NANDA-I není nezbytné v rámci dokumentace ošetřovatelského procesu používat při tvorbě ošetřovatelských diagnóz akronym PES (NANDA International, 2015). Nejnovější vydání, NANDA International 2018-2020 (2018), s názvem Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020 je již jedenáctým vydáním taxonomie. Tato kniha obsahuje 244 diagnóz, na rozdíl od předešlých publikací autoři přidali sedmáct nových diagnóz (NANDA International, 2020).

Na základě komplexní diagnostiky dochází k vytvoření manuálu přístupu k pacientovým potížím a stanovení priorit. Preciznost v této fázi je nezbytná především proto, že výstižná diagnóza sestře otevře brány intervencí, které může

uskutečnit pro zlepšení stavu pacienta, či předcházení nežádoucím situacím. Zodpovědnost při tvorbě diagnóz nese sestra. Ošetrovatelská diagnóza není přínosná pouze pro sestru, nýbrž pro celý zdravotnický personál i pacienta. Díky své formulaci zamezuje sestře řešit problémy, které jsou mimo její kompetence a koresponduje s ošetrovatelskými standardy (Tóthová et al., 2014). Diagnózy jsou děleny na aktuální, potenciální (Slezáková et al., 2010), syndromy, či pravděpodobné diagnózy, dle problému, na který reagují (Tóthová et al., 2014). Díky NANDA Taxonomii je vytvořen soubor standardizovaných ošetrovatelských diagnóz. Ten pomáhá sestřám při nelehké diagnostice, při ošetrovatelské terminologii i v rozpoznání diagnóz, a to díky strukturaci jednotlivých domén a tříd. Jedná se o neustále inovovaný soubor (NANDA International, 2015). Také vnímání používání ošetrovatelských diagnóz ovlivňuje práci sestry v tomto směru. Pokud bude sestra tvorbu a používání ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi vnímat pozitivně, lze očekávat, že bude mít tato skutečnost příznivý dopad také na identifikaci problémů pacientů, plánování ošetrovatelské péče. Díky tomu lze očekávat, že bude zlepšena péče o pacienta (Karaca a Aslan, 2018).

Po vytvoření ošetrovatelských diagnóz a určení jejich priorit může sestra pokročit dál. Během třetí fáze, sestra vytvoří plán ošetrovatelské péče, který má za cíl zmírnit, odstranit, či předcházet obtížím pacienta (Plevová et al., 2018). Určení posloupnosti řešení ošetrovatelských diagnóz by mělo mít klesající tendenci s naléhavostí jejich řešení. Přednostně by tedy měly být řešeny neodkladné potřeby (NANDA International, 2015). Pro pacienta s ránou tak může být prioritou být bez bolesti, nebo umět o ránu pečovat před propuštěním do domácího ošetření. Před stanovením intervencí, by se sestra měla kriticky zamyslet nad požadovaným efektem, kterého chce v rámci ošetrovatelské péče dosáhnout (Tóthová et al., 2014). Na této fázi se nepodílí pouze sestra, ale pacient, či členové komunity, jsou aktivně zapojeni do tvorby plánu ošetrovatelské péče (Boroňová, 2010). Třetí fáze je velmi obsáhlá. Dochází v ní k vytyčení cílů, intervencí a výsledných kritérií (Kopáčiková et al., 2012).

Cíl může být zaměřen na udržení stavu zdraví, navrácení zdraví, či upevnění zdravotního stavu (Slezáková, 2014). Cílem by mělo také být vyřešit nynější problémy, nebo předcházet vzniku eventuálních obtíží. Jedná se o výsledek, kterého chce sestra v rámci péče dosáhnout (Kopáčiková et al., 2012). Dle časového horizontu

Lze dělit cíle na krátkodobé a dlouhodobé. Dlouhodobé cíle je vhodné využít například při chronickém onemocnění a rehabilitaci. Naopak krátkodobé cíle jsou stanoveny pro splnění v řádu několika dnů (Plevová et al., 2018). Pro stanovení cílů platí, že musí být přesně definované, splnitelné a jejich dosažení specifikováno v určeném časovém horizontu (Kopáčiková et al., 2012). Pro plánování cílů může sestra využít NOC (Nursing Outcomes Classification) klasifikační systém (Sikorová, 2011). Jedná se o soubor škál, které jsou složeny z ukazatelů, které sestra průběžně hodnotí a pacientovi připisuje podle dosažených výsledků. Výsledkem tohoto procesu je NOC skóre v předem stanovené oblasti hodnocení. Podle hodnot skóre sestra zjistí, zda jsou zvolené intervence účelné, či nikoliv (Sovová et al., 2014).

Ošetrovatelské intervence jsou úkony sestry, které uskuteční pro dosažení vytyčeného cíle v péči o pacienta. Vytvořené intervence by měly být specifikované na potřeby jedince, časově vymezeny a přesně stanoveny (Slezáková, 2014). V plánování intervencí sestra využívá své doposud získané praktické znalosti i zkušenosti. Intervence by neměly pacienta nijak ohrožovat, měly by být splnitelné, v souladu se zákony a založeny na důkazech dosavadní praxe (Plevová et al., 2018). Pro vytvoření vhodných a efektivních intervencí může sestra využít NIC (Nursing Interventions Classification) klasifikační systém (Sikorová, 2011). Tento systém obsahuje soubor ošetrovatelských intervencí vhodných pro využití sestrami různých oborů a specializací (NANDA International, 2015). Intervence, které může sestra využít u pacienta s chronickou bolestí je eliminace vnějších faktorů, které bolest způsobují. Lze tak ovlivnit časový interval mezi převazy rány, průběh převazu rány, použitý materiál na ránu i zvolení fixace převazového materiálu. U akutních ran může pacient pociťovat bolest akutní cyklickou, nebo necyklickou. Tyto druhy bolesti se často vyskytují při odstraňování předmětů s rány, při převazu rány a výměně převazového materiálu. Intervence, které lze pro zmírnění akutní bolesti pacienta využít je přiložení atraumatického krytí, podání analgetik, či anxiolytik před převazem rány, nebo změna polohy pacienta. Intervence, které má sestra možnost využít jsou závislé na předpisu, který vytvoří lékař, polo závislé a nezávislé. Nezávislé intervence jsou takové, které sestra dělá na základě svých kompetencí a jejich účelem je zmírnění bolesti pacienta s ránou (Pokorná a Mrázová, 2012).

Výsledná kritéria, která by měl pacient splňovat, pro dosažení cíle, vychází z obecného cíle stanoveného pro ošetrovatelskou diagnózu (Slezáková, 2014). Napomáhají určit,

zda došlo ke splnění stanovených cílů. Pro tvorbu výsledných kritérií by měla být použita slovesa, která umožňují jasné zhodnocení, nebo měřitelnost. Správně zvolená výsledná kritéria by měla být, stejně jako ošetřovatelské intervence, splnitelná, měřitelná, jasně specifikovaná a související s cílem (Tóthová et al., 2014). Výsledkem třetí fáze ošetřovatelského procesu je tedy plán ošetřovatelské péče. Tento souhrnný dokument v sobě snoubí návod, na poskytování individuální ošetřovatelské péče uzpůsobené specifickým pacienta, vyzdvihuje osobní potřeby pacienta a je rámcem pro udržení kontinuity péče (Kopáčiková et al., 2012).

Praktické uvedení ošetřovatelského plánu do klinické praxe je čtvrtou fází ošetřovatelského procesu, realizací. Během ošetřovatelské péče o pacienta sestra vykonává činnosti, které vznikají její iniciativou, díky jejím znalostem i zručnosti. Dále provádí výkony na popud lékaře, ať už pod jeho dohledem, či pouze dle směrnic. Třetí typ činností sestra vykonává ve vzájemné spolupráci s kolegy, nebo vznikají na základě konzultace s jiným zdravotnickým personálem (Kopáčiková et al., 2012). Cílem čtvrté fáze je dosažení stanovených cílů a poskytování péče dle určených intervencí. Díky realizaci ošetřovatelského plánu dojde k propojení všech fází ošetřovatelského procesu. V rámci realizace sestra kontinuálně posuzuje, zda u pacienta došlo ke změnám a případně reaguje na tyto situace. Před uskutečněním realizace ošetřovatelského plánu by měla sestra vytvořit vhodné prostředí a zajistit potřebné pomůcky k uskutečnění nastaveného plánu (Tóthová et al., 2014). Tento proces je potřebné průběžně zaznamenávat do zdravotnické dokumentace a organizovat ho v mnoha směrech (Mastiliaková, 2014). Pokud je ošetřovatelský plán vytvořen k obrazu individuálních potřeb jedince, měly by v rámci jeho realizace být vyřešeny zjištěné obtíže (Tóthová et al., 2014).

Posledním, krokem po realizaci ošetřovatelského plánu je jeho zhodnocení. Jedná se o ohlédnutí za dosaženými úspěchy, potřebnými změnami a identifikaci chyb. Nejedná se však o finální úkon, protože pokud dojde k nenaplnění cílů a ošetřovatelská diagnóza je stále aktuální, dojde pouze k přehodnocení plánu péče a jeho přepracování (Kopáčiková et al., 2012). V takovémto případě je nezbytné zjistit, kde je ohnisko nedostatků, jak plán péče zlepšit a zdokonalit, aby byl pro pacienta nejpřínosnější. Zhodnocení sestra neprovádí pouze na konci ošetřovatelského procesu, ale na konci každé fáze a při každém úkonu, který vykonává (Mastiliaková, 2014).

1.1.3 Přínos využití ošetrovatelského procesu pro pacienta

Realizace ošetrovatelského procesu umožňuje sestře reagovat na eventuální i nynější problémy pacienta. Tyto individuální problémy jsou následně zohledněny v plánování ošetrovatelské péče o pacienta (Tóthová, et al., 2014). Ošetrovatelský proces je souborem systematicky promyšlených kroků, které řeší nesaturované potřeby pacienta. Jeho realizace je vhodná pro skupiny i jedince. Jednotlivé fáze se navzájem prolínají a podněcují sestru ke kritickému myšlení a hledání souvislostí. Pozitivně může být také hodnoceno zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu. Není tak pouze pasivním příjemcem péče, ale její součástí (Mastiliáková, 2014). Holistické vnímání pacienta se odráží v ošetrovatelském procesu nejen respektováním lidských práv, ale také pečování o všechny složky lidské bytosti. To znamená, že na člověka není pohlíženo pouze jako na biologickou schránku. Respektovány jsou i emocionální, společenské, intelektuální či duchovní složky jeho osobnosti (Kopáčiková et al., 2012).

S holistickým pohledem na pacienta s ránou souvisí také jeho specifické potřeby. Ošetrovatelský proces u pacienta s ránou by měl být zaměřen právě na tyto aktuální potřeby a problémy pacienta. Vznik i převazování rány bohužel může být pro pacienta bolestivým zážitkem. Proto je potřeba pacienta být bez bolesti velmi často na prvním místě v žebříčku priorit (Pokorná a Mrázová, 2012). Vhodně zvolenými intervencemi by proto sestra měla bolestivým podnětům pacienta umět předcházet, nebo je efektivně řešit (Hlinková et al., 2019). Ve zvládnutí bolesti může sestra pomoci pacientovi mnoha intervencemi. Například komunikace, v níž sestra mluví s pacientem o procesu hojení rány, významu převazu, době a četnosti převazu dává pacientovi možnost zvýšit úroveň jeho znalostí a eliminuje možné úzkostné stavy, které jsou s převazem, nebo hojením rány spojeny. Tento rozhovor pomáhá pacientovi převzít kontrolu nad jeho bolestí a podporuje pocit jistoty a bezpečí (Tollefson, 2012). Role sestry v hodnocení bolesti pacienta i sledování úlevy od ní je velmi důležitá. Tlumení bolesti je součástí komplexní ošetrovatelské péče. Bolest v rámci hojení rány pro pacienta znamená konstriktci cév v podkoží, proto, pokud není bolest pacienta nijak řešena, může bezesporu dojít k narušení procesu hojení dané rány. Management bolesti u akutních i chronických ran je důležitou součástí celkové péče o pacienta s ránou. Vliv bolesti na život pacienta se může objevit v mnoha směrech. Pokud například bude pacient kvůli chronické bolesti kontinuálně užívat analgetika, ovlivní to nejen jeho ekonomickou

stránku života, ale také jeho tělo, na které má dlouhodobé užívání analgetik vliv (Pokorná a Mrázová, 2012). Chronicky se hojící rány v souvislosti s bolestí mají také zásadní vliv na kognitivní, fyzické i emoční funkce jedince. Proto je pro zvýšení kvality života pacienta potřebné bolest zvládnout (Frescos, 2018).

Léčba ran vyžaduje různě dlouhý pobyt pacienta v nemocnici. Dochází tak k odloučení pacienta od běžného života, jeho blízkých. Pacient se nachází v prostředí mimo svůj domov, je v nové roli, roli pacienta a jeho reakce na tuto situaci může být velmi rozmanitá. Negativní reakce na hospitalizaci se nazývá hospitalizmus. Lze mu předcházet několika opatřeními. Sestra by měla pacienta motivovat k soběstačnosti, spolupracovat s rodinou pacienta, umožnit návštěvy a přiblížit hospitalizaci co nejvíce běžnému režimu pacienta. Prevence hospitalizmu je v moderním ošetřovatelství vnímána jako faktor ovlivňující proces léčby pacienta (Zacharová, 2017).

1.2 Definice a druhy ran v literatuře

Vulnus neboli rána, je definována v různých zdrojích obdobně. Slezáková et al. (2010, s. 13) uvádí definici rány jako: „*Každé porušení kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu se označuje jako rána.*“ Avšak Janíková (2013, s. 64) v publikaci popisuje ránu jako: „*Rána, lat. vulnus je definována jako porušení kožní integrity v důsledku fyzikálního, nejčastěji mechanického působení.*“ Rány jsou literaturou nazývány také jako kožní defekty, či kožní léze (Vytejková, 2015). Charakteristickými znaky rány jsou bolest, krvácení, porušení a ztráta tkáně (Slezáková et al., 2019).

Dle průběhu a délky procesu hojení jsou rány děleny na akutní a chronické. Mezi specifika akutních ran patří vznik ve zdravé tkáni a proces hojení probíhající nejčastěji per primam (Pejznochová, 2010). Mezi příčiny vzniku těchto ran patří zejména působení zevního činitele, který má za následek porušení integrity kůže, orgánů, či tkání (Stryja et al., 2016). Nejčastěji se tedy jedná o operační rány, či úrazy (Janíková, 2013). Na rozdíl od akutních ran jsou chronické rány ve svém procesu hojení výrazně pomalejší (Stryja et al., 2016), nezhojí se do šesti až devíti týdnů (Janíková, 2013).

Mezi nejčastěji se vyskytující chronické rány patří bérceový vřed (ulcus cruris), defekty vzniklé v souvislosti s Diabatem melitem a dekubity (Bureš, 2011). Bérceové vředy vznikají z žilní, či arteriální příčiny. Venózní bérceové vředy mohou vzniknout posttromboticky, nebo při varixech dolních končetin. K vzniku těchto ran dochází následkem stagnace krve v žilách dolních končetin, přetlaku krve v systému žil

dolních končetin a tím k poruše chlopní žil tohoto systému. Venózní bércové vředy se vyznačují zánětem v okolí rány, bolestivostí, změnou pigmentace kůže a postupným mokváním. Vyskytují se především v okolí kotníku. Arteriální vředy vznikají na rozdíl od venózních na podkladě nedostatečného prokrvení, které může být způsobeno částečnou, nebo úplnou ischémií, nejčastěji v souvislosti s aterosklerózou. Jejich typickou lokalizací je oblast bérce, nártu a pod kotníkem. Okraje těchto ran jsou v porovnání s venózními vředy pravidelné, rány jsou menší velikosti a projevy zánětu v okolí rány nejsou patrné, nebo jsou minimální. Tento druh ran se vyskytuje nejčastěji u hypertoniků, mužské populace a obézních pacientů (Vytejková, 2015).

Dalším, hojně se vyskytujícím druhem chronických ran jsou dekubity. Proleženiny vznikají v důsledku dlouhodobého tlaku podložky na kůži. Nejčastěji na predilekčních místech, kde se anatomicky nachází kostěný výběžek. Predilekčními místy jsou například paty, týl hlavy, uši v souvislosti s polohou, lopatky a jiné (Bureš, 2011). Dekubity však nevznikají pouze na predilekčních místech, místem jejich vzniku může být také sliznice, či jiná část těla pacienta. Takto vzniklé dekubity mohou být následkem dlouhodobého tlaku zdravotnického předmětu, či pomůcky na kůži. Mezi tyto předměty patří například podložní mísa, nazogastrická sonda, kyslíkové brýle, močové katetry, postranice a jiné (Wirthová, 2015). Dekubity jsou dle hloubky poškození kategorizovány do čtyř stupňů. Prvním stupněm je zarudnutí, při druhém stupni dochází již k poškození epidermis, v třetím je poškozena celá vrstva kůže a poslední stupeň vzniká pod obrazem defektů zasahujících do hlubších struktur, kosti, svalů a povázky. Výskyt defektů převažuje především u imobilních a inkontinentních pacientů, kde je pro jejich vznik vhodné prostředí díky vlhkosti, tlaku a třecím silám (Bureš, 2011).

Dekubity jsou řazeny do nežádoucích událostí a jsou vedeny jako determinanty kvality poskytované péče. Také proto je nezbytné dbát na prevenci jejich vzniku (Pokorná et al., 2019). Zajisté je však nutné upozornit na fakt, že proleženiny se mohou vytvořit navzdory dodržování preventivních opatření, například u polymorbidních nemocných s negativní prognózou (Bureš, 2011). Do strategie předcházení vzniku dekubitů patří nepřetržitá edukace ošetřujícího personálu (interaktivní semináře), efektivní polohování nemocných, včasná mobilizace, zhodnocení nemocných ohrožených vznikem dekubitů, adekvátní výživa a jiné (Pokorná et al., 2019).

Poslední z výše uvedených, nejčastěji se vyskytujících chronických ran, jsou rány vzniklé v souvislosti s Diabatem mellitem, jedná se především o syndrom diabetické nohy (Bureš, 2011). Tento soubor příznaků v sobě snoubí známky infekce, neuropatie porušení tkání a ischemii dolních končetin. Wagnerova klasifikace dělí tyto rány do pěti stupňů, v níž je rozhodující rozsah rány a přítomnost infekce (Vytečková, 2015). Syndrom diabetické nohy postihne během života více než 75 % diabetiků. V některých případech tento syndrom bývá spojen s amputací dolní končetiny (Bureš, 2011). V rámci prevence může sestra edukovat pacienta o tom, jak pečovat o dolní končetiny, o používání preventivních pomůcek a preventivním sledování nohou. Obvyklá doporučení nabádají pacienty ke každodenní kontrole dolních končetin, důkladné hygieně, péči o pokožku pomocí krémů, předcházení vzniku puchýřů a zvolení vhodné obuvi i ponožek (Fejfarová a Jirkovská Křížová, 2016).

Bohužel jsou to právě chronické rány, které jsou v mnohých situacích příčinou hospitalizace pacienta, septických stavů a v některých případech dokonce amputací (Hlinková et al., 2019). Chronické rány však nesymbolizují pouze nelehkou léčbu, ale také ekonomicky, odborně a ošetrovatelsky náročnou péči. Proto je důležité vnímat tuto problematiku komplexně (Bureš, 2011) a zaměřit se na celkovou péči o rány již od počátku jejich vzniku, předvídat a zajistit komplexní, odbornou péči, která bude pro nemocného nejprínosnější (Pokorná a Mrázová, 2012).

Ve skupině ran členěných dle příčiny jejich vzniku se nachází rány vzniklé mechanickým, chemickým, termickým, či aktinickým působením (Janíková, 2013). Díky mechanickému působení vznikají následující druhy ran. Rána řezná (*vulnus scissum*), sečná (*vulnus sectum*), bodná (*vulnus punctum*), tržná (*vulnus lacerum*), zhmožděná (*vulnus contusum*), rána vzniklá kousnutím (*vulnus morsum*) a střelná rána (*vulnus sclopetarium*) (Slezáková et al., 2019). Řezné rány vznikají následkem pohybu ostrého předmětu na kůži. Vzhled této rány se odvíjí od rovnosti a ostrosti břitu předmětu, který byl použit. Rozhodující jsou tyto faktory také pro hojení rány (Hirt, 2015). Sečné rány způsobuje pád ostrého nástroje na tělo. Visuálně jsou tyto rány hluboké, jejich okraje jsou hladké a mohou být zhmožděné (Štefan et al., 2012). Současně s poraněním celistvosti kůže může dojít k poranění nervů, cév, kostí a tělních dutin, či orgánů. Bodné rány jsou následkem prostoupení ostrého nebo tupého předmětu do různých struktur lidského těla (Šváb, 2011). Tento druh poranění může být smrtelný kvůli vnitřnímu krvácení do tělních dutin, či vykrvácení navenek (Štefan

et al., 2012). Tržné rány jsou způsobeny tlakem a tahem, který překročí pružnost kůže. Rána tohoto druhu má nerovné okraje a také její tvar je nerovný. Další ze skupiny ran vzniklých mechanickým působením jsou rány zhmožděné, které jsou následkem stlačení měkkých tkání s kostmi při pádu. Tyto rány jsou obklopeny krevními výrony a oděrkami (Šváb, 2011). Předposledním druhem ran z této skupiny jsou rány vzniklé kousnutím člověka, či zvířete. Následkem kousnutí člověkem mohou vzniknout tržně zhmožděné rány, se kterými se můžeme setkat, například při bitkách v ebrietě, nebo při znásilnění. Pokud však kousnutí způsobí zvířecí chrup, mohou být vzniklé rány velmi hluboké spojené s roztržením měkkých tkání. Závažnost poranění ovlivňuje také velikost chrupu a druh zvířete, který poranění způsobí. Tyto rány jsou nebezpečné především pro riziko infekce, krvácení, otoky dýchacího systému či alergické reakce na zvířecí jedy. Poslední ve skupině mechanicky vzniklých ran jsou rány střelné. Charakter rány se odvíjí především od druhu použité zbraně a vzdálenosti zraněného od zbraně. U těchto ran rozlišujeme vstřel, výstřel, a střelný kanál. Tato zranění mohou vzniknout při suicidiálních pokusech, při čištění zbraně, nebo při vraždách (Štefan et al., 2012).

Mezi defekty zapříčiněné chemickým působením patří rány vzniklé následkem účinku kyselin, či chemických sloučenin (Šváb, 2011). Jedná se například o poleptání jícnu po vypití kyseliny (Schneiderová, 2014). Další skupinou jsou termická poranění. Do této skupiny patří popáleniny, zasažení elektrickým proudem a omrzliny (Bartůnek et al., 2016). Popáleniny vznikají působením teplot nad 50 °C. Jedná se o velmi bolestivá poranění. Léčba popálenin je nelehká a dlouhodobá (Schneiderová, 2014). Literatura popáleniny dělí do tří až čtyř skupiny (Dědek, 2014). Pro první stupeň je typický erytém, pro druhý je specifické tvořením puchýřů a třetí stupeň se vyznačuje poškozením hlubších vrstev kůže. Předposlední, tedy třetí stupeň představuje již nekrózu tkání, při tomto stupni jsou již zasažena nervová zakončení, proto tento stupeň není bolestivý tak jako třetí stupeň. Čtvrtý stupeň popálenin zasahuje šlachy, kosti a svaly (Schneiderová, 2014). Protikladem tepla, tedy chladem vznikají omrzliny. Následkem dlouhodobého působení chladu na živou tkáň dochází k vazokonstrikci cév, neprokrvení tkání a následně narušení látkové přeměny v tkáních. Nejčastěji se tyto rány vyskytují na dolních končetinách a akrech. Stejně tak jako popáleniny, také omrzliny jsou děleny do čtyř stupňů (Měšťák et al., 2015). Hloubka termické rány se odvíjí od délky trvání, intenzity chladu či tepla, stavu poraněného před incidentem i

okolní teplotě. Nejvíce závažná poranění vznikají na místech, kde je kůže vystavována největšímu působení tepla či chladu (Hlinková et al., 2019). Poslední skupinu tvoří rány aktinické, tedy způsobené radiačním zářením (Vytečková, 2015).

Dle dalších kritérií jsou rány děleny do mnoha podskupin. Například dle hloubky postižení tkáně se jedná o rány hluboké a povrchové. Pokud rána prostupuje do okolních dutin, mluvíme o ráně penetrující, v opačném případě je nazývána ranou nepronikající (Šváb, 2011). Dle přítomnosti infekce jsou rány děleny na septické a aseptické. Mezi aseptické rány jsou řazeny rány neinfikované, tedy bez zánětu nebo infekce, v opačném případě, kdy je infekce přítomna se jedná o rány septické (Streitová et al., 2015). U těchto druhů ran je pro prognózu důležitý věk pacienta, anamnéza, lokalizace a hloubka postižení (Bartůněk a Jurásková, 2016). Mezi známky zánětu, které může sestra během převazu sledovat, jsou řazeny navahlitě, podminované okraje rány, erytém, otok či zvýšená lokální teplota (Pokorná a Mrázová, 2012). Je však nezbytné neopomíjet, že otevřené rány, jsou vhodným prostředím pro vznik a průběh infekce (Ulrych, 2015).

1.2.1 Proces hojení a ovlivňující faktory hojení ran

Hojení rány je komplikovaný proces, při němž je cílem organismu obnovit narušené struktury kůže a dosáhnout znovu celistvosti. Jednotlivé fáze procesu hojení se prolínají a nelze je oddělovat. Fyziologický proces hojení ran začíná již při porušení integrity. První fáze, tedy hemostáza má funkci minimalizovat krevní ztráty. Dochází proto k zúžení průsvitu cév, hemokoagulaci a tvorbě prvotního matrixu (Janíková, 2013). V druhé fázi dochází k inflamaci, ve které buňky imunitního systému zajišťují fagocytózu nekrotické tkáně a bakterií přítomných v ráně. Navazuje na ní třetí fáze, v níž díky proliferaci a granulaci dochází k obnově tkáně (Hlinková, 2019), zrání kolagenových vláken a tvorbě nových cév (Pejznochová, 2010). Tvorbu granulační tkáně je možné pozorovat v ráně již třetí den od jejího vzniku (Hirt, 2015). Poslední fáze remodelace je typická ústupem tvorby nových cév, zpevňováním vzniklé tkáně a tvorbou jizvy. V této finální fázi jsou úzce propojeny granulační a epitelizační pochody, které tvoří plochu pojivové tkáně (Pokorná a Mrázová, 2012).

Hojení ran může probíhat v zásadě třemi způsoby. Prvním z nich je hojení per primam, tedy na první pokus. Takto se hojení především rány, jejichž okraje jsou blízko u sebe, neinfikované a nezhožděné rány. Jedná se především o operační a řezné rány, u

kterých došlo k sutuře (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012). Proces hojení tedy probíhá bez komplikací a vznik jizevnaté tkáně je minimální. Avšak v případě, hojení per sekundam je proces hojení narušen. K narušení tohoto procesu dochází například v důsledku přítomnosti infekce, cizího tělesa, či nedostatečného prokrvení tkání (Slezáková et al., 2019). Původ zpomalení, či zástavy procesu hojení je možné najít také v nedostatečné výživě pacienta, bakteriích rezistentních na dostupné druhy antibiotik, nevhodně zvolené léčbě rány, zhoršené pohyblivosti pacienta, či nozokomiálních nákazách (Hlinková et al., 2019).

Terciární hojení v sobě snoubí dva výše uvedené způsoby, přičemž dochází k odsunutí zašití rány, rána je tak otevřena za účelem jejího debridementu. Spojení okrajů ran poté probíhá pomocí sutury, resutury nebo transplantací kožního štěpu (Streitová et al., 2015). Právě proto, že je proces hojení ran považován za komplikovaný proces, je nutno na něj pohlížet komplexně a zároveň individuálně. Funkce obnovy tkání může být ovlivněna mnoha faktory, na které je potřebné pomýšlet před tvorbou terapeutického plánu pro hojení ran i v průběhu jeho realizace (Hlinková et al., 2019). Faktory ovlivňující proces hojení rány jsou literaturou děleny na lokální a systémové. Znalost těchto faktorů a aplikace znalostí v praxi pomáhají sestře v komplexnosti péče nejen o ránu, ale také o pacienta (Janíková, 2013).

Hojení rány může být narušeno a ovlivněno v jakékoliv jeho fázi, jedním, či kombinací níže uvedených faktorů (Pokorná a Mrázová, 2012). Mezi systémové faktory determinující hojení ran patří snížená imunita, kvůli které je ovlivněna zhoršená schopnost reakce organismu na zánět. Právě proto jsou imunitně deficitní pacienti ohroženější vznikem infekce (Hlinková et al., 2019). Dalším vnitřním, tedy systémovým faktorem, který může negativně působit na hojení rány je stav výživy. Ať už se jedná o kachexii, či obezitu, dochází zde k poruše výživy a v případě kachexie nedostatku bílkovin, vitamínů a minerálů které jsou potřebné právě při hojení rány. Je důležité proto pomýšlet na vyváženost stravy, protože při hojení jsou energetické nároky organismu zvýšeny. Proto je při tvorbě plánu péče o pacienta s ránou vhodné využít znalostí a zkušeností nutričních specialistů. Dalším systémovým faktorem je věk pacienta (Janíková, 2013). Se zvýšeným věkem může být spjata snížená funkce jater, ateroskleróza a zpomalení procesu hojení ran (Pejznochová, 2010). Také přidružená onemocnění, cévní nedostatečnost, anémie, či poruchy koagulace mají svůj podíl na hojení ran (Pokorná a Mrázová, 2012). Pokud má být péče o pacienta

komplexní, nemůžeme opomenout stav psychiky. Může se jednat o úzkosti, stres, strach, bolest, či sociální izolaci. Všechny tyto aspekty ovlivňují přímo, či nepřímo jakoukoliv fázi hojení rány (Janíková, 2013). Vlivem stresu dochází ke zpomalení procesu hojení rány. Příčinou je změna imunitní odpovědi buněk v místě rány (Hliníková et al., 2019). Sestra by proto měla vědět, jak pacient na stres reaguje, jak ho prožívá. Odlišnost jednotlivce tkví v jeho odlišné senzitivitě na stresové podněty, což v sobě odráží potřebu odlišného přístupu při řešení mnoha situacích i komunikaci s pacientem ve stresu (Trachtová et al., 2018).

Systémových faktorů je velké množství, do této skupiny je též řazeno užívání návykových látek, spánek a životní styl (Pokorná a Mrázová, 2012). Druhou skupinou faktorů ovlivňujících hojení rány jsou faktory lokální, kam je řazena přítomnost infekce, nevhodné ošetřování rány, či příliš časté převazování rány (Janíková, 2013). Pejznochová (2010) dále popisuje jako lokální faktory vznik porušení kontinuity kožního krytu důsledkem traumatu, charakter okrajů rány a lokalizaci rány. K těmto faktorům Hlinková et al. (2019) připisuje dále hloubku poškození, lokální známky infekce, velikost a spodinu rány. Také sestra, může přispět ke zlepšení hojení rány pacienta. Její úlohou v tomto směru je edukovat pacienta v oblasti životního stylu a zdravých návyků (Janíková, 2013). V rámci edukace je žádaná vhodně zvolená komunikace a vzájemná interakce s pacientem. Díky ní, může sestra být pacientovi v mnoha situacích zároveň oporou i edukátorem (Pokorná, 2012).

1.2.2 Péče o rány z historického hlediska

Ošetřování ran bylo součástí péče o člověka od nepaměti. Historie hojení ran je stejně stará jako lidstvo samo (Shai, Mabaich, 2005). Zkušenosti a znalosti v péči o raněné a nemocné si lidé předávali z generace na generaci již v předkřesťanském období. Pomoc nemohoucímu a trpícímu byla vnímána jako samozřejmost (Kutnohorská, 2010). V minulých staletích i posledních desetiletích došlo k průlomovým poznatkům, jež mají význam v porozumění procesu hojení a péče o rány (Shai, Mabaich, 2005).

Dříve než byly vytvořeny první jasné historické záznamy o hojení ran a péči o rány byly rány a kožní léze potírány různými přírodními materiály, například bahnem, či výtažky z rostlin (Shai, Mabaich, 2005). Dále pak v dobách starověkého Egypta využívali lékaři ke spojení okrajů ran jednoduché pásky, či šití (Stryja, 2016). Protože si však nebyli vědomi postupů sterility, převážná většina pacientů po sutuře rány trpěla

bolestmi a infekcí (Ihnár, 2017). Dokumenty, které byly Egyptyany vytvořeny, popisují léčbu ran i provedení operačních zákroků, jakými byly například odstranění pohlavních žláz, incize, či odstranění nádorů (Slezáková, et al., 2019). Významnou osobností ve vývoji péče o rány byl Hippokrates, který ve svých dílech popsal například léčbu stavění krvácení a důležitost infekce v procesu hojení ran. Jeho myšlenka hojení ran per primam a per sekundam pomocí jednoduchých antiseptik přispěla k dalšímu vývoji péče o rány (Stryja, 2016).

Důkazem, že péče o raněné je pevně umístěna v historii lidstva, je také fakt, že již Římané v období válek stavěli ve svých táborech lazarety pro ošetřování raněných vojáků (Kutnohorská, 2010). Plevová et al., (2011) ve své publikaci uvádějí, že v těchto lazaretech o nemocné a zraněné vojáky pečovali otroci. Další přínosnou osobností historie byl Aulus Cornelis Celsus, který v dobách starověkého Říma popsal čtyři základní ukazatele zánětu. Těmito znaky je rubor (zarudnutí), tumor (zduření), calor (zvýšená teplota) a dolor (bolest) (Stryja, 2016). Pátý ukazatel, functio laesa (porušení funkce) doplnil o dvě stě let později řecký lékař Galén. Jeho postupy byly využívány v dávných dobách ranhojiči až do období patnáctého století (Mačák, et al., 2012). Základy ošetřování válečných zranění a amputací vytvořil v šestnáctém století chirurg Ambroise Paré, jenž se vyznačoval také péčí o ránu pomocí larev hmyzu či plátky stříbra. Velmi významný pro vývoj chirurgie a péči o rány byl bez pochyby objev asepse a antisepte. Mezi objevitele této doby patřili například Robert Koch, Louis Pasteur, Joseph Lister, či William Stward Halsted (Stryja, 2016). Společně s těmito významnými osobnostmi historie nemůžeme opomenout jméno Alexandra Fleminga, který objevem antibiotik ovlivnil léčbu akutních i chronických ran (Shai, Maibach, 2005). Následkem tohoto objevu byla antibiotika upřednostňována v léčbě chronických ran před lokálními antiseptiky a debridementem (Stryja, 2016).

Rozvoj péče o rány ovlivnily také války, které ozřejmily potřebu péče o raněné i jejich potřeby. V dobách Krymské války byla díky přístupu Florence Nightingalové zdůrazněna potřeba komplexnosti péče o raněné. Nightingalová společně s dobrovolnými sestrami poskytovala raněným vojákům péči nejen v oblasti jejich základních životních potřeb, ale také v oblasti prostředí, ve kterém se během rekonvalescence nacházeli (Kutnohorská, 2010). Na opačné straně barikád během Krymské války působil ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov, který péči o ránu

přizpůsobil přímo danému poranění. Zasloužil se také o změny v provádění amputací (Plevová, 2011).

V polovině devatenáctého století vznikla histopatologie. Díky tomuto oboru byly popsány základy pro pochopení procesů probíhajících v ráně během jejího hojení. Vývoj antiseptických produktů následně přispěl pozitivním způsobem k pochopení poznaných procesů. Tyto produkty umožnily kontrolu rány bez její kontaminace, díky čemuž bylo umožněno poznání zánětlivých procesů probíhajících v ráně (Shai, Maibach, 2005).

Za novým poznáním souvisejícím s hojením ran ve vlhkém prostředí stál profesor Winter. Výsledkem jeho poznání byl fakt, že reepitelizaci a zkrácenému procesu hojení rány napomáhá vlhké prostředí. Právě proto byly od druhé poloviny dvacátého století pro léčbu chronických ran využívány hydrokoloidní přípravky. Následkem zvýšené rezistence bakterií na antibiotika bylo znovu přistoupeno k využití převazového materiálu obsahující stříbro. Na vzestupu byl tento druh materiálu především v období mezi dvacátým a dvacátým prvním stoletím (Stryja, 2016).

1.2.3 Péče o rány v 21. století

Vývoj převazového materiálu i celkové péče o rány a pacienta zaznamenává v posledním století velký pokrok. Nynější medicína dává možnost být svědky nových způsobů uzavírání rány, či využití jedinečných druhů krycího materiálu (Stryja, 2016). Med, který, jak již bylo uvedeno výše, byl využíván v historii v péči o rány, zaznamenává návrat. Na základě vědeckého poznání, byl med zařazen do skupiny biologických ob vazů. Mezi jeho účinky patří především inhibice tvorby bakterií a biologická aktivita, která ovlivňuje imunitní odpověď (Molan a Rhodes, 2015).

I přesto, že metoda vlhkého hojení ran spatřila světlo světa dříve než v 21. století, své využití v klinické praxi má i v tomto století. Materiály tohoto typu jsou příkládány především na granulující rány za účelem prodloužení intervalu mezi jednotlivými převazy. Příznivé pro pacienty s nehojícími se ranami je možnost navštívit ambulance léčby chronických ran, kde se svým problémem mohou svěřit týmu odborníků. K vhodně zvolenému materiálu metody vlhkého hojení je zapotřebí mít znalosti nejen v oblasti nových, dostupných materiálů, ale také se vzdělávat a znát doporučené postupy vytvořené Evropskou společností pro léčbu ran (Mrázová, 2015). Mezi materiály, které jsou dnes dostupné pro léčbu chronických ran, patří obvazy s aktivním

uhlím, krytí s antiseptickou, nebo antibakteriální funkcí, algináty, hydrokoloidy, hydrogely, filmové obvazy, oplachové roztoky a mnoho jiných (Bečanová 2015).

K nejnovějším metodám využívaným v léčbě ran patří ultrazvukový čistič a podtlaková terapie. Ultrazvukový čistič je využíván především v léčbě ran otevřených. Benefitem, díky kterému je využíván je přeměna elektrického napětí na elektrický signál. Za pomoci speciálních nástavců dojde při využití této metody k očištění rány, v rámci toho se infekční povlaky na ráně postupně odstraní a nekrotické buňky se vyplaví. Tento proces probíhá bez poškození zdravé tkáně. Pozitivním přínosem pro pacienta je zajisté fakt, že na rozdíl od manuálního odstraňování nekrotických částí rány je ultrazvukové čištění méně bolestivé. Tato metoda je využívána v ambulantní i nemocniční péči. Délka ošetření je odlišná dle parametrů rány (Dolejší, 2019).

Druhá metoda, která je v péči o chronické rány využívána, je podtlaková terapie, VAC terapie. Jedná se o neinvazivní, avšak aktivní systém řízeného podtlaku, který působí na speciální pěnu umístěnou v ráně (Dolejší, 2019). Dessy et al. (2015) uvádí využití nejen v péči o chronické rány, ale také v rámci péče o rány akutní. Využití negativního atmosférického podtlaku v oblasti hojení rány byla popsána v roce 1993. Tento systém je složen z porézní polyuretanové pěny, jež je na povrchu rány zakrytá průhlednou membránou, která je přimknuta k zdravé kůži a zakrývá celou postiženou oblast. Zavedený drén odvádí sekreční tekutinu do sběrného sáčku (Dessy et al., 2015). Díky speciálnímu přístroji je v ráně vytvořen již výše zmíněný podtlak, který za pomoci pěny podporuje vznik granulační tkáně (Dolejší, 2019). Úlohou pěny je také zajištění rovnoměrného podtlaku v celé ráně (Dessy et al., 2015). Všechny tyto mechanismy vytváří vhodné prostředí pro vlhké hojení rány, zamezují vzniku druhotné infekce a dochází ke stažení rány i jejích okrajů. Tento systém není možné využít například při léčbě ran maligních a krvácejících. Pokud je však nutné z rány tekutinu nejen odsávat, ale také ránu v různých cyklech oplachovat je vhodné využít instalační podtlakovou terapii. Tato metoda je více účinná než běžný VAC systém, v rámci zmírnění osídlení ran bakteriemi. Během instalačního cyklu dochází tedy ve třech fázích k aplikaci roztoku, oplachu rány a následně odstranění oplachové tekutiny. Využití této metody je vhodné především u trofických kožních defektů a nehojících se rozsáhlých ran (Dolejší, 2019).

Wilkins et al. (2013) uvádí za základní standard v oblasti ošetření rány debridement, čištění rány a zavlažování rány. Tyto tři techniky napomáhají zlepšování hojení chronických ran. V rámci debridementu je prováděno mechanické odstranění odumřelé tkáně. Dle dostupné literatury je zřejmé, že čištění rány má svůj význam v oblasti zlepšení prostředí rány. Avšak i přesto, že za předpokladu použití antiseptických prostředků pro čištění rány zabráníme vzniku a šíření infekce, nelze stoprocentně říct, že vyplachování ran antiseptickými prostředky způsobuje zlepšené hojení ran (Wilkins et al., 2013).

K pokrokům a zlepšování péče o rány přispívá využívání zdravotní péče založené na důkazech. Vhodně navržené studie, které poskytují relevantní znalosti o klinické praxi, jsou totiž neopomenutelné v rámci celostátního zlepšování zdraví (Samuriwo, 2019). Evidence based practice, neboli praxe založená na důkazech byla poprvé použita již v roce 1992. Tento postup v klinické praxi přináší benefity nejen ošetřujícímu personálu a především pacientovi. Praxe založená na důkazech je propojením získaných výsledků výzkumu s aktuálními potřebami pacienta (Jarošová, 2018). Také pro sestry je zavedení ošetrovatelství založené na důkazech přínosné, a to především proto, že umožňuje sestře získávat nejnovější informace o možnosti péče o pacienta. Tyto poznatky pro ni mohou být užitečné pro klinickou praxi (Lidická, 2018).

Nezměnily se však pouze postupy v léčbě ran, či dostupnost materiálů, ale také přístup k pacientovi. Na rozdíl od minulosti se do popředí dostává potřeba budovat mezi zdravotnickým personálem a pacientem vztah partnerský. Díky němu má pacient možnost být aktivní součástí týmu, který usiluje o jeho uzdravení (Zacharová, 2016).

1.3 Role sestry při převazu rány

Literatura popisuje převaz jako souhrn úkonů, jenž cílí na pozitivní ovlivnění a zrychlení procesu hojení rány. V rámci převazu rány je možné zhodnotit stav rány samotné i jejího okolí, odstranit stehy, odezinfikovat ránu, provést debridement, pečovat o drény, případně odebrat vzorek pro potřebné vyšetření. Intervalů mezi jednotlivými převazy jsou stanoveny individuálně (Streitová et al., 2015). Pro určení délky rozestupů mezi jednotlivými převazy je potřeba zvážit druh a stav rány, druh obvazového materiálu, který je na ráně přiložen, funkčnost obvazu i celkový stav pacienta. Převaz lze provést za asistence druhé osoby, či bez asistence. Postup je v jednotlivých případech pozměněn dle rozdělení rolí účastníků převazu a přípravy

pomůcek. Pokud provádí převaz jedna osoba, pomůcky si připraví a otevře obaly jednorázové obaly před nasazením rukavic (Vytejšková, 2015). Protože ruce jsou pro sestru nejen nástrojem péče o nemocné, ale také možným zdrojem či přenašečem infekce, je nezbytné, aby dodržovala při své práci pravidla jejich desinfekce a mytí. Hygienická desinfekce rukou je jednou z mnoha prvků bariérové ošetrovatelské péče, které je nutné, aby sestra znala a dodržovala (Pokorná, 2013). Dalším prvkem bariérové ošetrovatelské péče je používání rukavic. Rukavice poskytují mechanickou překážku přenosu patogenních agens od sestry, nebo pacienta. Druhů rukavic je nepřeberné množství a jejich využití taktéž. Nejčastěji se setkáváme však obecně s rukavicemi sterilními a nesterilními. Nesterilní rukavice, vyšetřovací, jsou využívány v situacích, kde hrozí riziko styku s krví, tělními, tekutinami, exkrementy, či sekrety. Sterilní rukavice je potřebné použít při vybraných výkonech, kdy je potřebné mít povrch rukou sterilně krytý (Wischsová, 2013).

Úloha sestry související s pacientem začíná již před odhalením rány. Vzhledem k tomu, že může být pro pacienta převaz bolestivý, je vhodné přizpůsobit této situaci podání analgetik. Aplikace analgetik by proto měla proběhnout přibližně půl hodiny před převazem. Další okolnost, kterou je potřebné neopomenout je zvolení místa, kde bude převaz uskutečněn. K výběru je převazová místnost, pokoj, respektive lůžko pacienta, u některých převazů je zapotřebí celkové anestezie pacienta, proto jsou tyto prováděny na operačních sálech (Vytejšková, 2015). Jednotlivé převazy s sebou nesou mnoho specifík, které sestra musí znát a ovládat. Pokud převaz vyžaduje například sterilní stolec, je jeho příprava v režii sestry (Vrabelová, 2018).

Ještě před začátkem převazu by mělo dojít k identifikaci pacienta (Pokorná et al., 2019) a jeho informování o plánovaném převazu (Vytejšková, 2015). Do informací by měl být zahrnut plánovaný postup převazu. Dále by měl být pacient obeznámen například s tím, že během převazu není možné, aby do rány sahal (Stanek a Brychta, 2014). Komunikace s pacientem je v klinické praxi velmi důležitou součástí vzájemné spolupráce. Díky vhodně zvolené komunikaci může sestra i jiný zdravotnický personál předejít nedorozumění, obavám i negaci ze strany pacienta. Komunikace sestře nabízí vytvoření partnerského vztahu s pacientem a jeho zapojení do procesu léčby (Špatenková, 2013). Při každém kontaktu s pacientem by měla mít sestra na paměti, že svou komunikací, verbální i neverbální, může ovlivnit svůj vztah s pacientem. Vždyť je to právě ona, kdo je s pacientem v tak blízkém, téměř denním kontaktu

(Madinová, 2011). Svou komunikací může sestra ovlivnit vnímání převazu rány, či bolest pacienta. Silnější intenzita bolesti může pramenit z nejistoty, či strachu. Proto by se sestra při rozhovoru s pacientem měla zaměřit na informovanost pacienta, zjištění příčiny strachu a zajištění pocitu jistoty a bezpečí (Trachtová et al., 2018).

Věci potřebné k plynulému průběhu převazu má sestra uložené na převazovém vozíku. Díky němu má po ruce materiál, či pomůcky, které jsou potřebné pro ošetření ran. Rozmístění převazového materiálu i ostatních pomůcek je zcela individuální dle zvyklostí oddělení, sestra by se však v rozmístění těchto věcí měla orientovat. Převazový vozík sestra umístí při převazu blízko pacienta tak, aby měla „po ruce“ všechny potřebné pomůcky a materiál (Vrabelová, 2018).

Před odkrytím rány sestra pomůže pacientovi zaujmout vhodnou polohu, popřípadě vypodloží převazovanou část těla tak, aby byl převaz pro pacienta co nejvíce komfortní. Pokud lze předpokládat, zašpinění lůžka následkem převazu vypodloží sestra převazovanou část těla podložkou. Během převazu pak sestra využije prakticky své teoretické znalosti v oblasti prevence nozokomiálních nákaz, desinfekce rány, aseptických postupů a dalších nezbytných znalostí, například při práci se sterilním materiálem (Vytejková, 2015). V rámci převazu sestra s pacientem udržuje slovní kontakt a sleduje jeho celkový stav. Po provedení převazu sestra uvede pacienta zpět do vhodné polohy, zkontroluje úpravu jeho lůžka a je pacientovi psychickou podporou (Vrabelová, 2018). Po zajištění použitých pomůcek sestra zaznamená převaz z ošetrovatelského hlediska do dokumentace pacienta (Hulková, 2016).

1.3.1 Dokumentace rány

Souborem, v němž jsou uvedeny informace související s poskytováním zdravotní péče pacientovi, je zdravotnická dokumentace. Tento soubor je specifický dle potřeb jednotlivých zařízení, avšak určité nezbytnosti musí obsahovat každá zdravotnická dokumentace. Obsahuje tedy identifikační údaje pacienta, informace o zdravotním stavu, vyšetřovací i diagnostické postupy a procedury, které byly během pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení uskutečněny a mnoho dalšího. Zaznamenání informací v rámci zdravotnické dokumentace může probíhat písemnou, audiovizuální, či grafickou formou. Účelem vedení této dokumentace je zabezpečení návaznosti péče a popis poskytnuté péče (Vondráček, Wirthová, 2009). Pokorná a Mrázová (2012) uvádí dělení zdravotnické dokumentace na lékařskou, ošetrovatelskou a provozní.

Kontrolu záznamů provádí primář oddělení a vrchní sestra. Zodpovědnost za záznam, který je v dokumentaci nese osoba, jež ho vytvořila (Vondráček, Wirthová, 2009).

Zápis v dokumentaci v souvislosti s péčí o ránu musí být jasný, pravdivý (Hampton, 2015) aktuální, zjištěné projevy měřitelné. Dále by měl být záznam čitelný pro další zdravotnický personál, který jej bude číst (Pokorná, Mrázová, 2012). Takovýto zápis napomáhá v určení vhodné léčby ran a posouzení jejich procesu hojení. Díky němu ošetřující zdravotnický pracovník ví, kdy byla rána naposledy převázána, jaký druh krycího materiálu byl použit, jak rána při poslední kontrole vypadala i jaký byl zvolen léčebný postup (Hampton, 2015). Může sloužit také jako ochrana či důkaz pro kontrolní orgány (Pokorná a Mrázová, 2012).

Dokumentování nehojící se rány probíhá ve třech rovinách. Nejprve je uskutečněno hodnocení vstupní, které zahrnuje příčinu vzniku rány, lokalizaci a jiné informace související se základní analýzou rány. Rána je samozřejmě popsána včetně všech podrobností. Dále je potřebné zjistit informace týkající se místní léčby, která byla doposud využita. K zohlednění je potřebné zvážit také vliv celkových činitelů ovlivňující hojení rány, které zahrnuje i hodnocení stavu nutrice. V souvislosti s charakterem a typem rány jsou dále zvolena doplňující vyšetření. Za prvotní zhodnocení rány i celkového stavu nemocného zodpovídá vždy lékař (Pokorná a Mrázová, 2012).

1.3.2 Převaz ran a kompetence sestry

Kompetence sester jsou vymezovacím prostředkem při poskytování péče. Proto je následující podkapitola věnována popisu kompetencí všeobecných a praktických sester souvisejících s péčí o rány. V České republice podléhají kompetence sester v oblasti péče o ránu vyhláše č. 55/2011 sbírky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů (vyhláška č. 391/2017 sbírky). Na základě této legislativy sestra využívá ošetrovatelský proces k zajištění základní a specializované ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry a praktické sestry mají dle této vyhlášky odlišné kompetence. Všeobecná i praktická sestra pracuje v souladu s § 3 odstavcem 1. Paragraf 3 vyhlášky 55/2011 sb. je věnován činnosti zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí. Popisuje činnosti, které mohou zdravotničtí pracovníci uvedeni v paragrafu 4 až 29 této vyhlášky provádět v rámci svých odborných kompetencí, bez odborného dohledu a indikace lékaře. Dle tohoto

paragrafu všeobecná i praktická sestra: „*motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe; poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí k výkonu...; provádí zápis do zdravotnické dokumentace (Vyhláška č. 55/2011 sbírky).*” Také může poskytovat bez dohledu odborné osoby, nebo indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči, a to vždy ve shodě s lékařskou diagnózou pacienta. Dále dle znění vyhlášky 391/2017 sbírky může všeobecná sestra doporučit zdravotnické prostředky vhodné pro péči o stomie a chronické rány. V jejích kompetencích je také hodnocení a ošetrování poruch celistvosti kůže a chronických ran. Praktická sestra v rámci svých kompetencí může na rozdíl od všeobecné sestry poruchy integrity kůže pouze sledovat a na základě indikace lékaře, bez dohledu odborné osoby, ošetřit chronické defekty, které nejsou svou povahou komplikované (vyhláška č. 391/2017 sbírky).

Dle Kiela et al., (2018) zahrnuje péče o chronické rány týmovou profesionální práci. Registrované sestry a podiatři mají v této oblasti péče o pacienta velmi důležitou roli. Nejsou však standardizovány oblasti mezinárodních kompetencí pro registrované sestry pro péči o chronické rány (Kielo et al., 2018). Za reakci, na obavy v souvislosti se zvyšováním kompetencí sester v péči o rány, lze považovat průřezovou studii hodnotící využití virtuálního pacienta vysokoškolsky vzdělanými zdravotními sestrami. Redmond et al. (2020) popisují jako pozitivní, že v péči o pacienta s ránou mohou studenti ošetrovatelských oborů získat zkušenosti nejen při praxi v nemocnicích. V průřezové studii bylo zjištěno, že žáci pregraduálního studia hodnotí možnost pečovat o virtuálního pacienta s ránou velmi pozitivně. Přínosem pro ně byla možnost uvést své teoretické znalosti do praxe, a přitom být v bezpečném prostředí. Kladný dopad měla péče o virtuálního pacienta také na sebevědomí studentů (Redmond et al., 2020)

Ošetrovatelství je zajisté oborem, který vyžaduje kontinuální vzdělávání. V oblasti získávání nových poznatků, o převazech ran i péči o pacienta s ránou, mohou sestry využít všechny dostupné prostředky. Například kongresy, které pořádá Česká společnost pro léčbu rány. Toto občanské sdružení nepořádá pouze kongresy věnované ránám, ale také kurzy, které rozšiřují dosavadní znalosti všeobecných sester v oblasti péče o rány. Tyto i jiné informace může sestra najít na stránkách <http://www.cslr.cz/>. Na celosvětové úrovni působí pro kontinuální zlepšování péče o rány, znalosti pracovníků v péči o rány i předávání zkušeností asociace EWMA (European Wound

Management Association). Tato asociace spolupracuje se světovými společnostmi a každý rok stanovuje v rámci své rady projekty a témata, kterým se bude věnovat. Mezi projekty, kterým se EWMA věnovala v roce 2019, patří život s chronickými ránami či kompresní terapie (EWMA, 2020). Nabídka vzdělávacích akcí pro sestry v oblasti péče o chronické rány je bohatá. Své vzdělávací kurzy na toto téma nabízí také Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). Mezi certifikované kurzy pro všeobecné sestry, které NCOZO připravuje v roce 2020 patří například specifická ošetrovatelská péče o nehojící se rány a defekty, ošetrovatelská péče o pacienta s portem a PICC, či hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů. Potřebné informace sestry naleznou na webových stránkách www.nconzo.cz/cs/.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat problematiku převazu v kontextu ošetrovatelského procesu.

Zjistit, jaká očekávání mají pacienti v souvislosti s ošetrováním rány od sestry

Zjistit, jaké potřeby jsou pacientovi saturovány při ošetrování ran.

2.2 Výzkumné otázky

Jak probíhá převaz rány v ošetrovatelské praxi?

Jak vnímají sestry své kompetence pro převaz ran?

Jak vnímají převaz rány pacienti?

2.3 *Operacionalizace pojmů*

Všeobecná sestra- Všeobecná sestra je osoba, která získala způsobilost k výkonu tohoto povolání. V rámci své práce poskytuje ošetrovatelskou péči a spolupracuje s lékařem, či stomatologem na péči o pacienta, či klienta (Zákon 201/2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů).

Ošetrovatelský proces-Ošetrovatelský proces je metoda práce, která zprostředkovává péči založenou na zjišťování problémů a rizik, které mohou pacienta ohrožovat, kvůli jeho nemoci. Tato metoda je založena na organizovaném a systematickém postupu práce, který zajišťuje kontinuitu péče. Člověk je v rámci ošetrovatelského procesu vnímán jako holistická bytost, a proto je na ní nahlíženo komplexně (Mastiliaková, 2002).

Pacient- Pacient je osoba, která je vnímána také jako člověk nemocný, nebo raněný, následkem čehož potřebuje odbornou zdravotnickou péči lékaře, či jiného zdravotnického odborníka (Žiaková, 2009).

Rána- Rána vzniká následkem porušení kontinuity kůže, nejčastěji z důvodu fyzikálního působení (Janíková, 2013).

Převaz rány- Převaz ran je souhrn úkonů, jenž cílí na pozitivní ovlivnění a zrychlení procesu hojení rány. Během převazu je možné zhodnotit stav rány a jejího okolí, odstranit stehy, odezinfikovat ránu, provést debridement, pečovat o drény, případně odebrat vzorek pro potřebné vyšetření (Streitová et al., 2015).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část této diplomové práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl uskutečněn pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha 1 a 2). Do empirické části této práce bylo po nasycení odpovědí zařazeno celkem 23 informantů z dvou odlišných skupin. První skupinu-11 informantů, tvořili pacienti, kteří měli nebo stále mají ránu, která byla ošetřována během hospitalizace v nemocnici na operačních odděleních. Čtyři informanti z této skupiny byli klienty domácí péče, která zprostředkovala kontakt mezi tazatelem a informanty. Druhá skupina se skládala z 12 sester, které pracují na operačních odděleních a při své práci pečují o pacienty s ránou. Část rozhovorů (16) bylo uskutečněno v místech, které informanti sami vybrali, zbytek rozhovorů (7) byl zprostředkován video rozhovorem.

Druhy ran informantů byly odlišné. Jednalo se však především o rány akutní a v určitém zastoupení také o rány chronické, hojící se, jak per primam (rána po abdominoplastice, rána po císařském řezu, rána po odstranění ledviny), tak per sekundam (bércové vředy, dekubitus). Před začátkem každého rozhovoru byl informantům sdělen název diplomové práce, důvod provádění rozhovorů i nastínění témat, jimž se tato práce věnuje. Součástí úvodu k rozhovoru bylo také ujištění informantů o anonymitě prováděného šetření a možnost odmítnout účast ve výzkumu, či odmítnutí odpovědět na kladené otázky. Rozhovory obou výzkumných skupin byly rozděleny na dvě části. První část při rozhovoru se sestrami byla věnována délce jejich praxe u lůžka, pohlaví, oddělení, na kterém pracují a jejich dosaženému vzdělání. Pacienti byli během první části rozhovoru dotazováni na pohlaví, druh jejich rány, a délku procesu hojení. V druhé části rozhovoru byly kladené otázky již věnovány přímo převazu ran, ošetrovatelskému procesu a specifickým pohledům obou dotazovaných skupin na oblast, které se věnuje tato diplomová práce.

Obsah rozhovorů se sestrami byl zaměřen na průběh převazu ran v ošetrovatelské praxi, vnímání kompetencí sester v rámci péče o rány a také využití ošetrovatelského procesu v péči o pacienty s ránou. Okruhy otázek pro pacienty se věnovaly především potřebám pacienta s ránou, převazu rány z pohledu pacienta a vnímání sestry v při péči o ránu pacienta. Pro uskutečnění rozhovoru bylo stanoveno 10 základních otázek pro první skupinu (pacienti) a 11 otázek pro druhou skupinu (sestry). V průběhu rozhovoru

byl rámec připravených otázek doplňován o další otázky, které navazovaly na odpovědi informantů a sloužily k hlubšímu porozumění názoru a rozšíření doposud získaných informací.

Sedm rozhovorů proběhlo za pomoci video rozhovoru, protože oslovení informanti neměli zájem o osobní setkání, nebo nebyli v dojezdové vzdálenosti tazatele, ale souhlasili se zapojením do výzkumu tímto způsobem. Zbylé rozhovory byly uskutečněny díky osobnímu setkání s informanty na místech, které oni sami vybrali. Všechny provedené rozhovory byly započaty po výslovném souhlasu informantů s účastí ve výzkumu. Rozhovory probíhaly vždy za přítomnosti dvou osob, tazatele a informanta, díky tomu byl podpořen pocit soukromí a otevřenost informantů. Rozhovory byly nahrány a následně přepsány do písemné formy a očištěny od některých vycpávkových slov. S audiozáznamem všichni informanti souhlasili před začátkem rozhovoru.

Výzkum byl uskutečněn v období února až dubna roku 2020. Získané informace byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka papír“. Na základě získaných dat, bylo vytvořeno šest kategorií. První kategorie popisuje, jaký význam pro pacienty má, nebo měla rána. Druhá kategorie shrnuje specifické potřeby pacientů, které vnímají sestry ošetřující pacienty s ránou a zakomponován je také vlastní názor pacientů. Třetí kategorie obsahuje odpovědi na otázky týkající se průběhu převazu, systémy převazu dle odpovědí obou skupin informantů a návrh na možné zlepšení aktuální péče o rány. Čtvrtá kategorie je věnována komunikaci mezi sestrou a pacientem v souvislosti s převazem. To znamená komunikace před, během i po převazu rány. Předposlední kategorie obsahuje odpovědi informantů věnující se kompetencím sester v souvislosti s péčí o ránu. Poslední, tedy šestá kategorie popisuje ošetřovatelský proces u pacientů s ránou v klinické praxi.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl složen pro účely této diplomové práce z 23 informantů, 11 pacientů (tabulka 2) a 12 sester (tabulka 1). Kritérium pro zařazení sester do výzkumného souboru byla práce na chirurgickém oddělení a s tím spojená péče o pacienty s ránou. Počet let u lůžka v praxi, věk a dosažené vzdělání nebyly pro zařazení do výzkumného souboru rozhodující. Skupina sester se skládala z dvou mužů a deseti žen.

Kritériem pro zařazení pacientů do výzkumného souboru byla rána, o kterou bylo pečováno v rámci hospitalizace. Další kritéria nebyla pro tuto skupinu stanovena. Ve skupině pacientů bylo pět žen a šest mužů. Rány, o kterých informanti při rozhovorech mluvili, byly rozdílné. Jednalo se například o amputaci prsů na ruce, dekubitus na sakru, bércový vřed na kotníku a jiné. Doba léčby těchto ran byla nejméně 14 dnů a nejdéle rok. Všechny uskutečněné rozhovory byly použity pro výzkumnou část této diplomové práce. Kontakt se čtyřmi informanty byl zprostředkován díky agentuře domácí péče, protože právě osoby s chronicky léčenými ranami patří mezi jejich klienty.

Plán uskutečnění rozhovorů s informanty bylo nutné v období provádění výzkumného šetření přehodnotit, kvůli pandemii covid-19. Tři rozhovory s potenciálními informanty nebyly uskutečněny proto, že se jednalo o informanty v seniorském věku a nebylo možné, kvůli nařízení vlády o omezeném pohybu osob mimo domov, je navštívit v místě jejich domovů, nebo se s nimi spojit pomocí videohovoru. Zároveň bylo upřednostněno bezpečí a zdraví jedinců před provedením výzkumného šetření. Informanti, se kterými nebyl uskutečněn rozhovor, měli v minulosti následující rány, rána po ablaci prsu, bércový vřed na holeni a rána po operaci totální endoprotézy.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 identifikační údaje informantů - sester

Informanti	Pohlaví	Oddělení	Praxe u lůžka	Vzdělání (titul v ošetrovatelství)
IS 1	Žena	Chirurgie-standartní oddělení	3 roky	Dis.
IS 2	Muž	Chirurgie-standartní oddělení	3 roky	Bc.
IS 3	Muž	Ortopedie-standartní oddělení	8 let	Bc.
IS 4	Žena	Chirurgie-standartní oddělení	4 roky	Dis.
IS 5	Žena	Ortopedie, traumatologie-standartní oddělení	3,5 roku	Dis.
IS 6	Žena	Chirurgie-standartní oddělení	3 roky	Bc.
IS 7	Žena	Chirurgie-JIP	4 roky	Bc.
IS 8	Žena	Chirurgie-standartní oddělení	2 roky	Mgr.
IS 9	Žena	Chirurgie-JIP	2,5 roku	Bc.
IS 10	Žena	Chirurgie-JIP	3 roky	Bc.
IS 11	Žena	Kardiochirurgie-JIP	10 let	Mgr.
IS 12	Žena	Kardiochirurgie-standartní oddělení	6 let	Bc.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Tabulka 1 obsahuje základní informace o výzkumném souboru sester. Rozhovor byl proveden celkem s dvanácti sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení. Šest informantů pracuje na chirurgickém standartním oddělení, tři na chirurgické jednotce intenzivní péče, dva na ortopedickém standartním oddělení, jeden na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče a jeden na kardiochirurgickém standartním oddělení. Minimální délka praxe u lůžka informantů byla dva roky (IS8), naopak nejdelší praxi u lůžka měla IS11, deset let. V oslovené skupině informantů dosáhli tři informanti titulu Dis, sedm informantů mělo titul Bc. a dva informanti měli titul Mgr.

Tabulka 2 identifikační údaje informantů- skupina pacientů

Informanti	Pohlaví	Druh rány	Délka léčby
<i>IP 1</i>	Muž	Řezná rána na stehně	3 týdny
<i>IP 2</i>	Muž	Otevřená zlomenina holenní kosti	1 rok
<i>IP 3</i>	Muž	Po operaci Totální endoprotézy kyčle	2 týdny
<i>IP 4</i>	Žena	Po císařském řezu	3 týdny
<i>IP 5</i>	Žena	Operační rána a abdominoplastika	3 týdny
<i>IP 6</i>	Muž	Odstranění ledviny	14 dnů
<i>IP 7</i>	Žena	Tříselná kýla	1 měsíc
<i>IP 8</i>	Muž	Amputace tří prstů na levé ruce	2 měsíce
<i>IP 9</i>	Žena	Bércový vřed na kotníku	3 měsíce
<i>IP 10</i>	Muž	Dekubitus na sakru	6 měsíců
<i>IP 11</i>	Žena	Bércový vřed na holeni	4 měsíce

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Tabulka 2 je znázorněním základních informací o informantech ze skupiny pacientů s ránou. Rozhovory byly uskutečněny s jedenácti. Tento výzkumný soubor se skládal z šesti mužů a pěti žen. Léčba ran, o kterých informanti během rozhovoru mluvili, probíhala v rozmezí od dvou týdnů po jeden rok. Čtyři informanti měli ránu, která se hojila per sekundam, jednalo se o bércové vředy, dekubitus na sakru a ránu po otevřené zlomenině holenní kosti. Rány zbylých sedmi informantů byly zahojeny per primam.

4.2 Kategorizace získaných dat

Kategorie 1 – Význam rány pro informanta

Kategorie 2 – Potřeby pacienta s ránou

Kategorie 3 – Převaz rány

Kategorie 4 - Komunikace s pacientem v souvislosti s převazem jeho rány

Kategorie 5 - Kompetence sester v oblasti péče o rány

Kategorie 6 - Ošetrovatelský proces v klinické praxi

Kategorie 1 – Význam rány pro informanta

Tato kategorie shrnuje pocity a celkové vnímání rány pacienty. Pocity pacientů byly ovlivněny důvodem, kvůli kterému rána vznikla, délkou léčby i rekonvalescencí.

Jako součást léčebného procesu vnímali ránu informanti IP3, IP4. IP3 vnímal vznik rány jako samozřejmý, protože vzhledem k druhu operace, kterou podstoupil, potřeboval chirurg prostor, kterým se dostane k operovanému kloubu. Operační rána pro něj byla „*to nejmenší*“, protože v období před operací trpěl silnými bolestmi při chůzi. Kladnou odpověď na otázku, co pro Vás znamenala rána, odpověděla IP4, která si její vznik propojila s životní událostí, narozením dcery. Díky tomuto důvodu uvedla „*No, znamenalo to pro mě to, že jí mám právem, že jsem porodila zdravé a krásné dítě..., že vlastně jsem ráda, že jí mám, protože díky tomu mám dceru*“. Svůj neutrální postoj vyjádřil k významu rány informant IP10, pro kterého rána znamenala „*v celku nic*“. Naopak určité omezení, dyskomfort, či změnu zmínili ve své odpovědi zbylí účastníci výzkumu. O bolesti v souvislosti s celkovým vnímáním rány mluvili IP8, IP5 a IP7. Bolest nejen fyzickou, ale také psychickou vnímal IP8, protože rána byla následkem úrazu, který mu změnil celý život. K amputaci prstů na ruce došlo v jeho mladém věku, a protože informant vykonával do té doby práci truhláře, nebyl schopný se po určitou dobu do své práce vrátit. Změnu v běžných denních činnostech zaznamenali IP1, IP2, IP6 a IP11. Vzniklá omezení znamenala pro IP1 především zásah do tréninkového plánu vrcholového sportovce. Nemohl plavat ani chodit. Pro IP7 bylo období, kdy měla ránu zásadní také v tom, že si uvědomila „*jak se během chvilky něco, tak banálního, jako je zvednutí se z postele, může stát takovým problémem*.“ Velký význam měla rána také pro IP9, především proto, že kvůli ní musela přehodnotit život, který doposud žila a „*zvolnit*“. Na druhou stranu vnímala pozitivně to, že v období rekonvalescence získala čas na věci, které dřív nestihla.

Kategorie 2 – Potřeby pacienta s ránou

Lidské potřeby jsou během života měněny a přizpůsobovány situacím, ve kterých se jedinec nachází. Rána a proces jejího hojení může být právě takovýmto obdobím. Druhá kategorie proto popisuje potřeby, které vnímají pacienti s ránou. Dále je kategorie věnována specifickým potřebám, jež sestra u pacientů s ránou, vnímá. V poslední části této kategorie je uvedeno, jak sestry dle svých odpovědí reagují na zjištěné potřeby pacientů.

Podkategorie 2.1 Potřeby, které vnímá pacient s ránou

I přes to, že rána znamenala pro informanty z řad pacientů určitá omezení, bolest, změny, či dyskomfort, které byly popsány v předchozí podkapitole, IP1, IP5 a IP10 při dotázání na specifické potřeby, které pociťovali v souvislosti s ránou, odpověděli negativně. Specifické potřeby nevnímali. Svou odpověď vysvětlili tak, že ošetřující personál, saturoval jejich potřeby tak, že jiné již nevnímali.

V oblasti specifických potřeb vnímali informanti potřebu dopomoci (IP3, IP7, IP9). Informanti si uvědomovali, že nejsou plně soběstační při denních činnostech, jakými je například osobní hygiena, či vaření. K tomu, aby se zvýšila soběstačnost, potřebovala IP4 vědět: *„jak se zvednu, jak se budu na tom místě umívat a že to prostě představuje určitá omezení, nemohla jsem pořádně zakašlat.“* Získat nové znalosti a zkušenosti v oblasti sebepečce potřeboval po operaci také IP3, který tuto potřebu odůvodnil těmito slovy: *„Protože jsem byl úplně motovidlo ze začátku, než jsem se to naučil.“* Nesoběstačnost způsobenou ránou vnímala i IP9, která se musela dostavovat po propuštění z nemocnice na pravidelné převozky. Protože však nemohla kvůli ráně řídit auto, vždy potřebovala rodinného příslušníka, který jí do nemocnice dopraví.

Potřebu vyrovnat se se životní změnou vnímal po amputaci tří prstů IP8. Také proto byly jeho potřeby nejen z oblasti zlepšení sebepečce, ale i psychické podpory. Informant doslova uvedl: *„Bylo mi smutno, potřeboval jsem si s někým popovídat, bál jsem se, jak to bude se mnou, s prací, jestli se to zahojí.“* I přes tyto pocity, se však nesvěřil zdravotnickému personálu, či svým blízkým. Oporou mu po návratu domů byl starý soused, muž, kterému se mohl informant svěřit a měl přitom pocit, že je mu nasloucháno.

IP11 zmínila ve své odpovědi potřebu sounáležitosti, kterou vnímala, kvůli odloučení od své rodiny a mazlíčků. Doslova řekla: *„No, určitě mi chybělo to být doma, moji psíci, rodina a tak.“* Rodina byla zmíněna také v odpovědi IP2. Ten však vnímal potřebu zabezpečit rodinu po finanční stránce. Protože byl kvůli ráně vyřazen z běžného pracovního provozu, uvedl právě tuto potřebu jako specifickou v souvislosti s ránou. IP6 uvedl jako svou specifickou potřebu větší nároky na odpočinek, protože byl po operaci velmi unavený. Dále potřeboval dodržovat režim, který mu byl doporučen v nemocnici ošetřujícím lékařem.

I přesto, že někteří informanti neudávali v souvislosti s ránou specifické potřeby, dle odpovědí IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7 a IP8 sestry aktivně zjišťovaly, zda jsou nějaké obtíže, nebo potřeby, které kvůli ráně vnímají. IP2, IP3, IP4, IP5, IP6 a IP8 uvedli, že sestry zajímalo především to, jak pacienti prožívají bolest a jakou intenzitu bolesti mají. I přesto, že sestra dle IP7 zjišťovala, jaké obtíže v souvislosti s ránou má, ke své odpovědi dodala: „*Bohužel mi ale moc nevěřila... Sestra se na mě trochu pochybně dívala, že mě to přece nemůže tolik bolet...*“. Tento přístup sestry ovlivnil vztah informantky a sestry především ve ztrátě důvěry. Sestra ošetřující IP6 dále zajímalo, jak se cítí v porovnání s předešlými dny.

Podkategorie 2.2 Potřeby, které vnímá sestra u pacienta s ránou

Při dotázání se sester na specifické potřeby, kterých si u pacientů s ránou všimají, byly jejich odpovědi rozdílné dle toho, o jaké rány nejčastěji ve své práci pečují. Jedna potřeba, však spojovala velkou část odpovědí a tou byla potřeba tišit a řešit bolest (IS2, IS3, IS4, IS6, IS7, IS8, IS9, IS10 a IS11). Potřeby nemocných s ránou někteří informanti specifikovali pro akutní a chronické rány. Další potřebu uvedla IS12: „*U pacientů s chronickým defektem nebo s poruchou hojení rány, často řešíme dlouhodobé hojení a pobyt v nemocnici.*“ Odloučení od svých blízkých má vliv na psychickou stránku osobnosti pacienta. IS12 doplnila proto dále k specifickým potřebám pacientů s dlouhodobě se hojící ránou následující: „*Potom jde taky o psychiku, bojí se o to, jestli se to lepší, pak se taky občas stydí, když ta rána zapáchá, proto je důležité se do pacienta vcítit a psychicky ho podpořit. On to ne každý uznává, ale hojení rány se taky odvíjí od psychiky pacienta.*“ IS6 dokonce uvedla, že zápach z rány je jednou z věcí, které pacienti s chronickou ránou řeší nejvíce. Psychické aspekty ovlivňující hojení rány si uvědomuje dle své odpovědi také IS6, která uvedla: „*... je krásně vidět, že pokud je vyřešíte (potřeby pacienta), pacient je šťastnější, spokojenější, a i se pak rána lépe hojí.*“

Vzhled a charakter rány je důležitý dle odpovědí informantek (IS1, IS2, IS3, IS6, IS9 a IS10) pro mnoho pacientů. Mezi témata, která pacienti s ránou se sestrami nejčastěji řeší, patří pocit, že je rána, dle pocitu pacienta, ošklivá na pohled (IS6, IS10). V předoperačním období je nejprve pozornost pacienta týkající se rány soustředěna především na to, zda bude rána po operaci vidět, protože toho se bojí (IS1). Mezi další témata rozhovorů pacientů a sester související s vzhledem rány patří velikost rány,

počet stehů (IS9) a celkově estetický vzhled rány a jizev (IS2, IS3). Někteří pacienti si přý také přejí zmírnit rozsah rány (IS2).

V některých případech znamená rána pro pacienta omezení soběstačnosti a změnu doposud běžných denních činností. To je samozřejmě nová role, do které se pacient dostal a může na ní zareagovat různě. IS11 uvedla na otázku, jaké specifické problémy řeší pacient s ránou tuto odpověď: „*problém s pomocí celkově, oni si totiž musí připustit, že pomoc potřebují, a ne dělat hrdinu.*“ Mezi každodenní činnosti patří osobní hygiena. Postupy, nebo frekvence, na které byl pacient doposud zvyklý, se mění. Proto IS4 zahrnuje dopomoc při hygieně do své odpovědi. Pacienti mají v oblasti osobní hygieny potřebu řešit se sestrou omezení hygieny, což znamená například, že si nemohou dát sprchu (IS12, IS10). Dle IS9 je potřeba pacientů v tomto ohledu: „*To, že se nemohou jít omýt pořádně.*“ Opačnou potřebu pacientů s ránou, tedy zvýšenou potřebu hygieny zmínila ve své odpovědi IS11. Nejen hygiena je pro pacienty s ránou specifickým problémem. Někteří pacienti vnímají jako obtíž zhoršenou pohyblivost související s obvazy, kterými je rána kryta (IS6). Pouze IS11 ve své odpovědi zmínila potřebu zvýšené intimity, a to především proto, že: „*když se jedná o ženy, ukazují den, co den sestře nebo lékaři hrudník.*“

Dalšími potřebami, které sestry pozorují u pacientů s ránou je potřeba informovat se o průběhu hojení rány (IS7). Pokud již ránu mají, zajímá je především, jak se hojí, zda je vše v pořádku a přejí si, aby se rána zhojila co nejdříve (IS5, IS9, IS12). Někteří pacienti dle IS7 vnímají také riziko infekce, a proto mají z procesu hojení obavy. Ve fázi propuštění pacienta z nemocnice je jeho zájem soustředěn především na péči o ránu v domácím prostředí (IS1).

Podkategorie 2.3 Reakce sester na potřeby pacienta s ránou

Na základě potřeb, které informanti u pacientů s ránou zmínili v předcházející podkapitole, budou nyní v této podkapitole shrnuty intervence, kterými sestry reagují na již zmíněné potřeby.

K saturaci potřeb přispívá mnoho věcí, které sestra pro pacienta může během své služby udělat. IS11, proto pacientům, o které pečuje, ochotně nabídne pomoc a vede je při nácviku sebeděče. Komplexně odpověděla na otázku řešení potřeb pacientů IS12, která řekla: „*Dbám na zvýšenou komunikaci, snažíme se psychicky podporovat, komunikujeme s rodinou, podáváme informace. Snažíme se pacientovi vyjít vstříc jak*

jen to je v našich silách a uspokojit jeho potřeby.“ V této odpovědi se velmi shoduje s IS9, cílem jejich intervencí je navíc eliminace strachu. Její odpověď zněla následovně: *„Snažím se reagovat tak, abych jejich potřeby uspokojila, předala jim informace a abych u nich snížila třeba pocit strachu“.*

Bolest, kterou sestry v roli informantů uváděly nejčastěji jako prioritní potřebu pacientů pro řešení, dle svých odpovědí tiší nejčastěji analgetiky, které podávají dle ordinace lékaře (IS2, IS3, IS4, IS6, IS7, IS8, IS9). Nejen těmito intervencemi však pomáhají pacientům tlumit bolest. Mezi další intervence patří dle IS2, IS4 a IS8 také polohování, aplikace tepla, či chladu a masírování. Pokud není pacientovi umožněno, aby hygiena probíhala, tak jak byl doposud zvyklý, řeší IS3 tuto situaci následovně: *„Co se týče hygieny, tam celkově edukuju o péči o rány a vysvětlím, co smí a nesmí“.* V této odpovědi se shoduje s IS10.

Pokud pacient projeví obavy ze vzhledu rány, nebo jejího hojení, snaží se IS10 motivovat pacienta a podpořit ho v léčbě tím, že: *„říkám, že je to všechno v procesu a ať neztrácí naději, že věřím, že to bude lepší“.* Komunikaci a edukaci volí pro dostatečnou informovanost pacienta také IS9, IS6 a IS5. Během konverzace s pacientem tak sestry sdělí pacientovi důvod, pro který probíhá převaz a péče o ránu aktuálním způsobem, a co lze od rány očekávat. V rámci edukace se IS1 věnuje především péči o ránu v domácím propuštění. Případné otázky se snaží informantka zodpovědět sama, nebo s pomocí lékaře. Snahu zmírnit obavy pacienta z estetického zjevu rány má při komunikaci také IS3. Strach z možného vzniku infekce v ráně a ovlivnění tak délky procesu hojení řeší IS3 aseptickým převazem rány dle standardů stanovených nemocnicí, ve které pracuje.

Pouze IS6 informantka doplnila ke své odpovědi, že efektivitu metod, které vybrala pro řešení aktuálních potřeb a problémů pacientů, si u pacientů také slovně ověřuje.

Kategorie 3 – Převaz rány

Podkategorie 3.1 Očekávání pacientů v souvislosti s převazem

Představy informantů o průběhu převazu byly rozmanité. Pramenily především z jejich potřeb, zkušeností, životních hodnot a osobnostních rysů. IP1 řekl: *„Měl jsem pouze představu o tom, že moje rána bude ošetřena, vydezinfikována a zabráni se tak případné infekci.“* Ošetření rány tak, aby byla „čistá“ očekával také IP8. Přítomnost lékaře i sestry při převazu očekávali IP2 a IP6. Lékař by měl dle IP2 ránu zhodnotit a

sestra převázat. Na rozdíl od IP2, IP6 očekával, že sestra i lékař budou ránu hodnotit společně. Jako jediný do svých představ zahrnul mimo jiné IP8 také „*vyloučení zanedbání péče*“. Na rozdíl od předchozích informantů IP10 neuvedl postup převazu, nebo spolupráci zdravotnického personálu při převazu. Doslova uvedl: „*Já jsem spíš nechtěl, abych se dočkal takových těch věcí, že se do toho dají ty pijavice, nebo jinej xindl.*“ Převaz rány je bohužel často spojován s bolestí, a proto bolest při převazu očekávala také IP5. Další očekávání byla také směřována k vzhledu rány. V tomto ohledu vyjádřila pocit strachu.

Očekávání o průběhu převazu, či převazu rány celkově dle svých slov někteří informanti neměli. Avšak většina informantů se shodla na tom, že jejich představy a očekávání byla většinou horší než realita, kterou prožili. Pouze IP9 zažila opak. Její představy nebyly naplněny, realita byla mnohem horší. Očekávání pacientů směřující k sestře byla ovlivněna z velké části rolemi, které sestra v očích pacientů, v souvislosti s péčí o ránu zaujímal. Jednalo se především o psychickou podporu, dopomoc, profesionální přístup, zhodnocení rány a provedení samotného převazu. Někteří informanti také očekávali, že sestřičky budou milé a usměvavé. Své očekávání směřující k sestře uvedla také IP11, jež od sestry očekávala: „*Jen že tam bude, a že bude doktorům při ruce.*“

Podkategorie 3.2 Průběh převazu a pocity pacienta při něm

Při otázce, jak probíhal z pohledu pacientů převaz jejich rány, byly odpovědi velmi rozmanité. Ve většině odpovědí však informanti sdělili obecný postup převazu. To znamená odstranění starého krytí z rány, desinfekce rány a přiložení nového krytí. Většina informantů byla s průběhem převazu spokojena. IP3 během převazu vnímal také rozdělení rolí mezi sestrou a lékařem. Lékař říkal sestře, jak převaz provést. Převaz rány pro IP8 nebyl traumatizující díky tomu, že: „*Ránu mi sestra převazovala s pečlivostí a citem.*“ Kladně průběh převazu hodnotila i IP5, líbilo se jí, že převaz probíhal „*čistě a precizně.*“ Velmi negativně popisovala však průběh převazu IP9. V její odpovědi doslova zaznělo: „*Převaz byl vždycky šílený ... moc ohleduplní doktoři zrovna nebyli. Ale asi to jinak nešlo.*“

Převazy probíhaly v různých časových intervalech, dle zvyklosti oddělení a druhu rány informantů. Některé rány byly převazovány každý den, jiné například jednou týdně. Pocity, které pacienti během převazu vnímali, lze rozdělit na záporné, neutrální a

kladné. Své kladné pocity při převazu popsala IP5: „*první, co mě napadlo, bylo, že jsem se cítila bezpečně, a tak to fakt i bylo*“. V tomto pocitu se s ní shoduje také IP5. Naopak strach a negativní pocity vnímala IP9, doslova řekla: „*Příšerně, bála jsem se, jak zas budu trpět*.“ Ke své odpovědi také dodala, že oporou jí při převazu byla „*blondatá sestřička*“, která jí utěšovala. Obavy měl také IP2, byly však podmíněny nejistou budoucností, ne převazem samotným. Zároveň se informant domnívá, že tyto obavy jsou normální. Strach, který někteří informanti pociťovali, měl rozdílné příčiny. Například IP8 se bál infekce, která by mohla způsobit zhoršení procesu hojení a prodloužit hospitalizaci. Strach IP5 pramenil z očekávání bolesti při převazu, proto byl z převazu velmi nespokojen. IP4 se bála kvůli vzhledu rány, protože: „*Spíš jsem se bála toho odlepení té velké náplasti, a aby rána byla pěkně sešitá, protože se chci ještě líbit manželovi*.“ Neutrální postoj k převazu zaujali informanti IP10 a IP11, kteří vnímali převaz rány jako součást léčebného procesu.

Díky tomu, že informanti při rozhovoru sdělili tazateli, jak si představovali převaz rány a co od něj očekávali, měli v další fázi rozhovoru možnost zamyslet se nad tím, zda by mohl ošetřující personál udělat při převazu něco jinak proto, aby byl pacient spokojenější a cítil se lépe. Převážná část informantů (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP8, IP10 a IP11) byla s poskytnutou péčí ošetřujícího personálu spokojena. Dle IP10 nemohla být péče, které se mu dostalo lepší. Pozitivně ohodnotil IP5 příjemnou atmosféru při převazu, jako příklad uvedla: „*dokonce i při převazu jsme se spolu s doktorem a sestřičku zasmáli*.“ Někteří informanti nechtěli hodnotit péči sester a lékařů, protože jsou „*pouhými*“ laiky. IP6 k tomuto tématu řekl: „*Co já jim do toho mám co kecat. Oni na to studovali dost dlouho, aby tuhle práci mohli dělat, tak jsem věřil, že to dělají dobře*.“ Konkrétní příklad změn, které by informantky v nemocniční péči ocenily, uvedly IP7 a IP9. IP7 by se cítila lépe, pokud by jí ošetřující personál plně věřil v prožívání bolesti, soběstačnosti a nezlehčoval danou situaci. IP9 uvedla následující možnou změnu: „*Sestřičky by se mohly víc usmívat, pro raněné to hodně znamená, ta bolest je pak víc snesitelná*.“

Podkategorie 3.3 Role setry v péči o pacienta a jeho ránu

Sestra se během své práce dostává do mnoha rozdílných rolí, proto během rozhovoru s pacienty byla také jim položena otázka, co pro ně znamenala při převazu sestra. Pro IP1, IP2, IP3 a IP6 symbolizovala sestra podporu díky tomu, že pacienta utěšovala a

věnovala se jeho pocitům při převazu. Bohužel oporu, kterou jiní informanti od sestry získali, postrádala u sestry IP7, dodala: „*Spíše jsem hledala pochopení, které jsem bohužel nenalezla.*“ Někteří informanti ve své odpovědi zohlednily také profesní dovednosti a zkušenosti, které sestra musí pro svou práci mít. Díky profesionálnímu přístupu si získala sestra důvěru IP4, která ve své odpovědi uvedla: „*Byla pro mě člověkem, který ví, co dělá a můžu se spolehnout na její zručnost a odbornost.*“ V tomto se shodl s IP4 i IP2, pro kterého sestra znamenala: „*zkrátka šikovného člověka se srdcem na správném místě.*“ Pro IP3 znamenala sestra také osobu, která může ránu a pokroky pacienta zhodnotit, díky tomu, že ví, jak by se rána měla hojit.

Velmi zajímavé přirovnání použili v odpovědi IP5 a IP9, pro které byla sestra jako anděl. Ve své odpovědi IP5 uvedla: „*Nebojím se říct anděl, protože pro mě udělala první, poslední. I když jsem se ze začátku ostýchala na něco zeptat, když jsem zjistila, že není problém získat odpověď, mnohem víc jsem se uvolnila.*“ Pro IP9 sestry získaly andělskou podobu díky jejich snaze a opatrnosti při převazu.

Někteří informanti sestru vnímali nejen jako zdravotnický personál, byla pro ně mnohem víc. Jak IP11 uvedla: „*Byla skvělá, my jsme pak vždycky probraly i jiné věci.*“ Rozhovory, které odkrývaly lidskou stránku sestry samotné, znamenali pro informanty navázání osobnějším kontaktu. IP10 vnímal sestru následovně: „*Že se chovala tak nějak přirozeně, mile, popovídali jsme si. Takže spíš to, že nejen mě převázala, ale taky pak si popovídala.*“

Na otázku, jaké role sestry zaujímají v péči o ránu, byli dotazováni také informanti z řad sester. Jejich odpovědi byly velmi pestré. Vycházely především z úkonů, které při péči o ránu dělají. Proto někteří informanti uvedli roli hodnotitele, který ránu zhodnotí a dle toho rozhodnou o obvazovém materiálu (IS1, IS5, IS6, IS7, IS12), který bude na ránu přiložen. IS11 vede péči o ránu pacientů po kardiochirurgickém zákroku sama, pouze v případě nefyziologického hojení konzultuje péči o ránu s lékařem. Tuto roli, hodnotitelky rány uvedla také IS1, zároveň uvedla výhodu, která je tímto způsobem péče získána: „*Tu ránu vidím častěji než lékař, takže ji můžu líp zhodnotit. A když se mi něco nezdá, upozorním na to lékaře.*“ Ostatní se vidí pouze v roli konzultanta péče s lékařem (IS2, IS3, IS9), nebo jak uvedla IS10 „*pravá ruka lékaře, a přitom opora pro pacienta*“. V roli opory pro pacienta se cítí být také IS3.

V souvislosti s informacemi, které sestry předávají pacientům v rámci péče o ránu, dostávají se také do role edukátorek (IS1, IS4, IS9).

Mezi další uváděné role patří role pečovatelky (IS1, IS2, IS7, IS12), manažerky převazu (IS7) a pozorovatelky (IS1). Roli manažerky převazu pospala IS7 následovně: *„řídím proces převazu rány, a to od přípravy, výběru pomůcek až po samotný převaz.“* Obecně roli sestry v rámci péče o ránu shrnul IS2, který ve své odpovědi také uvedl využití ošetrovatelského procesu u pacienta s ránou. Doslova uvedl: *„Lékařův partner při výběru vhodného pomůcky k hojení a pomocník napomáhající vhodnému hojivému procesu vhodnými ošetrovatelskými intervencemi, včetně ošetrovatelské péče a polohování.“*

Podkategorie 3.3 Systém převazu ran z pohledu sestry

První otázka, která byla informantům ze skupiny sester položena, zjišťovala průběh převazu ran na daných pracovištích. Odpovědi informantů se dělily na několik okruhů, které informanti zmínili. Prvním je načasování převazu, které bylo u většiny informantů (IS1, IS2, IS3, IS4, IS5, IS6, IS7, IS8, IS10) v době ranní vizity, v čase od sedmi do devíti hodin. Převaz při ranní vizitě je však jednou z variant, kdy je převaz prováděn. Odpověď IS1, IS3, IS5, IS8 se shodovala v tom, že sestry někdy převazují rány samy poté, co je lékař ráno zhodnotí. Některé informantky (IS6, IS11, IS12) naopak převaz rány provádí na svém pracovišti samy, a pouze v případě zjištění nefyziologického hojení, či vzhledu rány konzultují tento stav s lékařem. K přítomnosti lékaře u převazu rány se IS6 vyjádřila takto: *„Pouze pokud chce lékař ránu vidět a napíše si to do dokumentace, jdu na převaz s ním. Jeho přítomnost ale vypadá tak, že se na ránu podívá, odsouhlasí mi navrhovaný postup a dále zůstávám na pokoji sama.“* IS11 provádí převazy u pacientů po standartních kardiochirurgických výkonech sama, každý druhý den, lékař ránu kontroluje pouze při propuštění pacienta z oddělení. Nevýhodu systému, který je na oddělení nastaven vnímá IS6 v: *„v tom, že si převaz na oddělení dělá u pacienta vždy ošetřující sestra. Z toho plynou některé problémy, protože ne všechny sestry umí převaz provést tak, jak já si představuji.“* Jako příklad nesprávně provedeného převazu dále IS6 uvedla: *„nedodržují některé postupy, které jsou při převazu chronické rány nezbytné.... Nicméně mě to štve i v tom, že špatně provedeným převazem zkazí veškerou mou snahu a mnohdy i výsledky, ke kterým jsem třeba za 3 týdny došla“.* V některých případech probíhá převaz během dne, nebo například po hygieně pacienta (IS7). Zvolení

převazového materiálu a určení dalších postupů je pro chronické rány rozhodující. Svou zkušenost v hojení chronických ran při porovnání převazů vedenými sestrami oproti převazům vedenými lékaři, popsala IS5 takto: *„Ano, rány s převazama podle lékaře se hojí déle“*.

Průběh převazu je specifický také dle ošetřujícího lékaře, který převaz, nebo zhodnocení rány provádí (IS9). Odlišnost převazů související s odlišností lékařů uvedla IS5: *„Až na některé výjimky lékaři spíš jen kontrolují, jsou ale i takoví, kteří nás na pacienta u převazu nenechají sáhnout“*. Svá specifika mají také oddělení a druhy ran, či operací, které pacienti podstoupili. Například na kardiochirurgickém oddělení má při převazu sestra jednorázovou zástěru a při převazu si mění nejméně dvakrát rukavice (první čisté rukavice na odstranění krytí a druhé čisté na přiložení nového krycího materiálu). Pacient i sestra mají během převazu nasazenou jednorázovou roušku a je zde dbán velmi přísný režim na dodržování aseptických postupů (IS11, IS12).

Frekvence převazů je specifická stejně jako jejich průběh. Rozdílný pohled na frekvenci převazů uvedla IS2: *„Většinou to chirurg chce vidět každý den, pokud nezasáhne sestra.“* IS4 a IS6 zmínily ve svých odpovědích systém péče o ránu systémem převazové sestry. Tento systém práce probíhá dle IS4 následovně: *„Přes týden dělá převazy převazová sestra, která chodí během roku i na různá školení, ale každá sestra musí být schopná ji zastoupit.“* Převazová sestra na oddělení IS6 dochází dva dny v týdnu, následkem toho sestrám převaz ran z běžného harmonogramu odpadá. Pokud však převazová sestra na oddělení není, znamená to pro sestru dle IS4 větší pracovní vyčerpání a práci „pod tlakem“. Informantka dále dodala: *„Bohužel to odnáší pacienti, protože ta péče potom není taková, jakou by si zasloužili.“* I v této situaci však vidí výhody. Při nepřítomnosti převazové sestry je častěji v kontaktu s pacienty a má tak možnost pacienta více poznat. Navzdory tomu, že systém převazů je dle odpovědí informantů rozlišný, většina dotazovaných je s aktuálním systémem péče o rány na svém pracovišti spokojena. IS3 uvedl výhodu systému převazů chronických ran na jeho pracovišti: *„Směnný provoz neumožňuje, abych byl u každého převazu, proto je výhodnější, když péči o ránu převezme sestra, která je v pravidelném režimu“*.

Pokud by však měli informanti (sestry) možnost, nějakým způsobem péči o pacienty a jejich rány vylepšit, čím by to bylo? Několik informantů (IS3, IS5, IS6, IS7, IS12) se shodlo na tom, že zlepšení by přineslo vzdělávání pracovníků, kteří o rány pečují. A to nejen sester, ale také lékařů. Kontinuální vzdělávání by mohlo dle IS12 probíhat díky většímu počtu školení, v rámci kterých by sestry byly informovány o nových metodách, postupech i materiálech pro péči o rány. Vzdělávání sester v péči o rány probíhá na pracovišti IS5 povinně. Informantka hodnotí tuto skutečnost pozitivně díky tomu, že získala nové zkušenosti a také odpovědi na otázky, které si při převazech chronických ran kladla. Zúčastnit se stejných kurzů, které podstupují sestry na oddělení IS5, bohužel odmítli lékaři. Následkem toho vznikají na oddělení rozdílné pohledy na převaz rány a celkovou péči o rány pacientů. IS7 vnímá jako povinnost chirurgické sestry následující: *„jako chirurgická sestra bych se měla zajímat o „novinky“ v možnostech léčby ran“*. Zároveň je však dle IS7 potřebné nově nabyté informace šířit do povědomí svých kolegů a kolegyně. Proškolený personál by uvítala také IS6, zároveň ke své odpovědi dodala: *„Další věcí je množství proškoleného personálu, protože pokud jsme na 3 oddělení 2 sestry, které se vyznaží, je to sakra málo.“*

V souvislosti s průběhem převazu by IS4 uvítala, pokud by převaz prováděly dvě sestry, stejně tak, jak to popisuje odborná literatura. Nyní tomu tak bohužel na jejím oddělení není, z důvodu nedostatku personálu. Jako jediný uvedl IS2 následující návrh na zlepšení péče o rány: *„Já osobně bych přivítal častou kontrolu mikroflóry v ráně pomocí stěru, jelikož si myslím, že s tím hodně souvisí i výběr vhodného materiálu pro hojení té rány“*. IS11 by byla ráda, pokud by lékaři projevili větší osobní iniciativu v zájmu o rány, než je tomu doposud, jedná se o jejich zodpovědnost. Zlepšení IS5 bylo určeno pacientům, kteří nedodržují režimová opatření a doporučení sester. Zlepšení by proto mělo nastat od chvíle, kdyby dodržovala všechny rady sester, které od nich, díky edukaci získali.

Ze všech dotázaných, jako jediná IS10 návrh na zlepšení péče neuvédla, protože se domnívá, že nynější péči není, jak zlepšit, a to především proto, že: *„pokud se naskytne problém, máme možnost zavolat sestru zabývající se péčí o chronické rány a poradit se, jak postupovat“*.

Kategorie 4- Komunikace s pacientem v souvislosti s převazem jeho rány

Podkategorie 4.1 Komunikace při převazu z pohledu pacienta

Všichni informanti ze skupiny pacientů byli dotázáni na komunikaci mezi jimi a sestrou před, během a po převazu. V jejich odpovědích se neobjevovaly pouze informace, které sestra při převazu informantům sdělila, ale také to, jak na pacienty při svém projevu působila. Komunikace s pacientem dle IP2 začala již příchodu sestry. Sestra pacienta pozdravila a zajímala se o změny, ke kterým v hojení rány a bolesti pacienta došlo. Na první převaz rány po operaci vzpomíná IP5 následovně: *„Před tím prvním převazem mě i hodně uklidňovala, a když se tahaly drény tak mi říkala, jak si mám dýchat“*. Komunikace se sestrou u IP10 byla ovlivněna četností zažitých převazů, pacient průběh převazu znal a ke komunikaci se vyjádřil takto: *„V podstatě mi řekla, ať se otočím a vystrčím na ní zadek, to já už jsem byl naučený, otočil jsem se na pravej bok, vystrčil jsem na ní zadek a bylo po komunikaci“*. Jako jedině se sestra ptala IP9, zda má z převazu rány strach.

Během převazu sestra doplňovala kroky, které v rámci převazu dělala, slovním vysvětlením. Sdělila tak informantům IP2, IP3, IP4, IP8, co při převazu dělá, a proč tomu tak je. Informanty (IP2, IP3) sestry slovně upozornily před potenciálně bolestivým úkonem. Snahu zmírnit vnímání bolesti se snažila také sestra, která ošetřovala ránu IP6 tím, že se snažila během konverzace s pacientem odvést jeho pozornost od bolesti. Na pociťování bolesti a její intenzitu se ptaly sestry také IP7. Zároveň ale také podotkla: *„Jen kdyby s lékařem nezlehčovali tu bolest a omezenou pohyblivost“*. Pro IP3 byl také během převazu důležitý názor sestry, která měla možnost ránu zhodnotit, a pacient mohl z jejího projevu usoudit, zda je vše v pořádku a rána se hojí dle představ lékařů.

Po provedení převazu sestry IP9 utěšovaly, že *„to bude dobré“*. Během propuštění sestry předaly informantům IP2, IP5 a IP8 doporučení pro péči o rány. Jako jediný uvedl ve své odpovědi IP2 pozdrav a rozloučení se sestrou, které je nejen součástí komunikace, ale také zdvořilého vystupování. Během převazu mluvil více lékař než sestra (IP11). Tato situace mohla být ovlivněna také tím, že informantka své otázky směřovala přímo k lékaři. Obecná slova použili pro zhodnocení komunikace se sestrou IP1, IP5, IP6, podle kterých byla komunikace se sestrou milá, pozitivní a profesionální. Pro IP4 bylo nejdůležitější vědět: *„...mě zajímalo jen to, kdy mi vyndají stehy, a to že je rána v pohodě“*.

Jak již bylo zmíněno na začátku této podkapitoly, pacienti vnímali také neverbální komunikaci, která mezi nimi a sestrou díky převazu proběhla. Komunikace se sestrou byla dle IP4 klidná. Dále informantka dodala: *Musím říct, že jsem vždycky ocenila, když byla sestřička ochotná, vstřícná a taky usměvavá, to se vám pak ta rána ukazuje s větší lehkostí*“. Bohužel rozpor mezi tím, co sestra říkala (ptala se na bolest a také, zda pacientka nepotřebuje s něčím pomoc) a co si myslela, pociťovala IP7. Informantka se k této situaci vyjádřila: *„Myslím si ale, že si „myslela svoje“ a jen vykonávala svoji práci tak, aby to na ní nebylo poznat. Snad to nejsou moc silná slova, když si dovolím tvrdit, že jsem v ní spatřovala vnitřní neochotu a ochotná pomoci mi byla jen navenek, v rámci svého profesionálního přístupu*“.

Své osobní přesvědčení o komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem sdělil při rozhovoru IP3 touto větou: *„Vše je to o důvěře a dobré komunikaci mezi pacientem a sestrou, a taky lékařem*“. I přes rozdílnost v odpovědích informantů se všichni zúčastnění shodli na tom, že během hospitalizace, nebo při převazu, měli možnost klást doplňující otázky a pokud jim nějaká informace nebyla jasná, mohli se na ní doptat. IP5 se domnívala, že sestry i lékaři díky svým zkušenostem vím, co pacienty s ránou zajímá nejvíce, a proto možné otázky zodpověděly ještě dřív, než se pacientka stihla zeptat. Doporučení získal IP1 nejen od lékařky, ale také od sestry, díky tomu nebylo potřebné, aby se dále doptával. Doporučení pro pacienta v oblasti péče o ránu by měla být podána tak, aby jim pacient porozuměl, proto IP5 řekla: *„Celkově mi bylo všechno lidsky, polopatě vysvětleno, takže jsem tomu rozuměla i já, starší ženská*“. Připomínky, které měla k lékaři při převazu její rány IP9 nemohla dobře sdělit, protože *„Při převazu jsem brečela, nešlo bolestí mluvit*“.

Podkategorie 4.2 Komunikace s pacientem v souvislosti s převazem rány z pohledu sestry

Na to, jak komunikují sestry s pacientem před, během i po převazu byly dotázány všechny informantky z výzkumného souboru. Svůj názor na komunikaci s pacientem vyjádřila IS12 v následující větě: *„Komunikace s pacientem před, během a po převazu je velmi důležitá*“.

Převazu dle IS1 předchází vyzvání pacienta, aby se dostavil na vyšetřovnu, kde bude převaz jeho rány proveden. IS9 sdělí pacientům následující: *„Před převazem mu řeknu, že jdeme na to*“. IS10 řekne pacientovi, že se na ránu společně s lékařem podívají. Z odpovědi IS6 bylo patrné, že komunikaci přizpůsobuje tomu, zda se s pacientem vidí

poprvé, či opakovaně. Pokud se jedná o první setkání sestry a pacienta, IS6 se nejprve představí a popíše, co pacienta během převazu čeká. Dále informantka dodala: „*Většinou mu řeknu, jak ránu očistím, co s ní budu dělat, dám mu podepsat souhlas s fotodokumentací*“. Popis průběhu převazu, poučení a seznámení pacienta s tím, co od převazu může očekávat probíhá dle odpovědí IS1, IS2, IS3, IS4, IS5, IS7, IS9, IS11 a IS12 běžně před každým převazem. Jako jediný zahrnuje do informací před převazem IS3 následující: „*Pacienta informuji o převazu. O tom, kdo všechno bude účasten převazu, to se týká například momentů, kdy je rána v intimní oblasti a vím, že na převazy s náma půjdou i studenti a celkově shrnu, co se bude dít*“. IS2 konzultuje s pacientem před převazem také bolest, a pokud má pacient již zkušenost z minulého převazu, kde pociťoval bolest, podá dle ordinace lékaře analgetika. Jako jediná se IS4 dle své odpovědi pacienta před převazem dotazuje, zda je pacient na něco alergický. Po této prvotní komunikaci již přichází samotný převaz.

Během něj IS6 sleduje pacienta, jeho prožívání převazu a reakce na všechny úkony, jež sestra provádí. Pokud je rána v místech, kam pacient nedohlédne, IS1 pacientovi popíše: „*jak to vypadá, zda se něco lepší, nebo horší*“. Ránu pacientovi popisuje také IS9. IS4, IS7, IS8, IS10 komunikaci během převazu nejprve směřují na popis úkonů, které se aktuálně na ráně pacienta dějí. Stejně tak je tomu u IS5, která navíc pacienta upozorní před okamžikem, který by pro něj mohl být pro bolestivý, může cítit zastudění, štípání a jiné dyskomfortní vjemy. IS4 se po prvotním popisu převazu komunikaci s pacientem směřovat k jeho koníčkům, rodině, či aktuálním tématům, která jsou řešena například v médiích. V této odpovědi se IS4 shoduje s IS9, která doslova řekla: „*Během převazu mu povím, jak rána vypadá a pak už komunikaci směřuji na všechno možné*“. IS3 téma konverzace s pacientem při převazu také nejprve směřuje k edukaci o ráně, ale pokud si je vědom nervozity pacienta, snaží se zvolit téma konverzace tak, aby nervozitu eliminoval. IS6 se vyjádřila k uzpůsobení komunikace s pacientem v této větě: „*S některými pacienty se bavím o tom, jak se rána chovala od předchozího převazu. Zda to teklo, měl bolesti a podobně*“. Odůvodnění, pro komunikaci ohledně rány a postupu léčby uvedla IS11 následovně: „*přivezu na pokoj převazový vozík a od té chvíle už začnem komunikace o tom, co bude následovat za kroky a proč to celé je důležité, ať tomu všemu pacient rozumí a nelekne se ani obyčejného sundání krytí*“. IS2 se během převazu zajímá, zda pacient pociťuje bolest a pokud je pacient v rámci převazů již zkušenější a ví, že je pro něj převaz bolestivý,

měl by vědět o tom, že je možné, aby mu sestra aplikovala analgetika před tím, než převaz začne. Tento informant také provádí výběr konečného krytí rány na základě kompromisu a spolupráce s pacientem. Doslova uvedl: *„Konečné krytí je pak trochu volbou pacienta. Chronici sami ví, co je pro ně nejlepší.“*

Po provedení převazu edukují IS5, IS6 a IS10 pacienta o tom, jak s ránou správně zacházet a předcházet tak nechtěným komplikacím. IS5 doslova řekla: *„Po převazu pak pacienta edukuju o tom, ať si ránu nezamočí a nezanese si tam infekci“*. Edukace o možných komplikacích se věnuje při propuštění pacientů IS4. Další informací, kterou pacienti od sester získají je čas, kdy proběhne další převaz (IS3, IS7). Závěrem převazu IS6 informuje pacienty s defekty na nohách o tom, kdy je možné a za jakých podmínek se vysprchovat. IS7 a IS9 své pacient po skončení převazu pochválí a poděkují jim za jejich spolupráci. IS9 dále pacienta ujistí o možném přivolání sestry v případě, že by krytí z rány spadlo. Možnost kontaktovat sestry v případě potřeby zopakuje pacientovi také IS4. Zjištění aktuálních potřeb pacienta se věnuje po převazu IS8, dotazuje se: *„jestli ještě něco nepotřebuje“*.

Tuto kategorii uzavírá názor IS11 na komunikaci s pacientem a partnerský přístup k pacientovi: *„Během převazu můžeme postupovat dle ordinace lékaře, ale pacientovi to nemusí vyhovovat, ať už můžou pociťovat zvýšenou citlivost na některou ze složek převazového materiálu nebo pokud se převaz častěji za den mění, může být kolem rány citlivější z důvodu častého odstraňování krytí. Je potřeba s pacientem komunikovat jako s partnerem a vyhovět jeho potřebám“*.

Kategorie 5 - Kompetence sester v oblasti péče o rány

Podkategorie 5.1 Kompetence sester uplatňované v péči o ránu sestrou

Díky vzdělání, kterého sestry dosáhly v oboru ošetrovatelství, mají v péči o ránu kompetence, které jsou stanoveny aktuální platnou legislativou. Všem dvanácti informantkám byla položena otázka, která zjišťovala kompetence, které sestry v klinické praxi v souvislosti s péčí o ránu uplatňují IS1, IS4 a IS9 přiznaly, že si nejsou jisté, jaké kompetence v péči o rány mají. IS9 doslova uvedla: *„Je to ostuda, já vím, ale nikdy mě nenapadlo hledat, do jaké míry se mohu o ránu starat, co je potřeba to udělat. Co je psáno, to je dáno. Nepřemýšlela jsem nad tím.“* Svou upřímnou odpověď uvedla také IS5, která řekla: *„Řekla bych, že všechny, co mám i ty co nemám“*. Ve své odpovědi si byla nejistá také IS4, která řekla: *„Tak to se jede podle lege artis*

(smích), co může sestra, dělá sestra, zbytek doktor. Omlouvám se, ale úplně nevím, jak odpovědět.“ Poté však informantka sdělila, že dle ordinace lékaře může převázat ránu a dále je vedena spíše svými zkušenostmi. Péče o rány ji díky kurzům, kterých se zúčastňuje, baví.

Další odpovědi informantů byly velmi rozdílné a specifické. IS12 rozdělila ve své odpovědi převazy na invazivní v rámci kterých má kompetence pouze pro přípravu potřebných pomůcek a asistenci lékaři. Druhou skupinu dle ní tvoří neinvazivní převazy, které sestry na jejím oddělení provádí samy po konzultaci vhodného převazového materiálu s lékařem. IS3 se zamyslela nad odpovědí z širšího hlediska, na základě, kterého uvedl: *„Pokud to budu brát tak, že rána je vlastně jakékoliv porušení celistvosti kůže tak moje kompetence začínají už převazem kanyl, nebo stomii.“* V rámci svých kompetencí pečuje také o jiné žilní vstupy, jako je PICC (periferně implantovaná centrální kanyla) a midline. Pokud se však jedná o operační rány, kompetencí je dle IS5 provedení převazu na základě ordinace lékaře, v čemž se shoduje s IS5, IS8 a IS10. Mezi kompetence, které uplatňuje při své práci IS7 patří hodnocení a ošetřování poruch celistvosti kůže. Jako jediná, zahrнула do svých kompetencí v péči o ránu IS11 nejen samotný převaz, ale také vedení dokumentace. IS2 využívá dle svých slov všechny kompetence, kterou jsou mu povoleny. Jedná se především o *„výběr výhodného hojivého prostředku, vhodný, postup debridementu, občas převaz bez lékařského dohledu.“*

Dvě informantky (IS6, IS5) v rámci rozhovoru zmínily, že postoupily, nebo se účastní kurzů, které jsou věnovány péči o rány. IS6 má díky kurzu chronických ran následující kompetence: *„Mohu tedy rány popisovat, hodnotit, zahájit léčbu a konzultovat s lékařem další potřebná vyšetření a opatření. Bohužel nemohu provádět chirurgické nekrektomie a debridment, což by mi velmi pomohlo“*. I přes to, že si informantka uvědomuje vymezení svých kompetencí, zcela upřímně se dodala: *„Přiznám se, že někdy do rány sáhnu chirurgickou lžičkou, i když vím, že je to za hranicí mých kompetencí. Dělán to ale pouze v případě, kdy jsem přesvědčená, že tím pacientovi neuškodím a nemám jinou možnost.“* IS3 a IS7 kurzy, které by navýšily jejich kompetence v péči o rány, nepodstoupily, avšak na svém pracovišti mají sestru, se kterou mohou spolupracovat a konzultovat výběr terapeutického materiálu.

Podkategorie 5.2 Vnímání kompetencí sester v souvislosti s péčí o rány z pohledu sester

Kompetence sester v péči o ránu jsou dle odpovědí informantů rozdílné. Proto byla všem informantům položena otázka, zda jsou dle jejich názoru kompetence sester v oblasti péče o ránu dostačující. Dle IS11 je potřebné při hodnocení kompetencí sestry zvážit to, na jakém oddělení pracuje. IS1 a IS10 odpověděli, že neví, zda jsou kompetence sester v této oblasti dostatečné. IS9, však také dodala: „*Věřím, že ten, kdo ty kompetence uděloval, tak že snad přemýšlel a vytvořil to tak, aby to bylo dostačující*“. Za dostačující kompetence sester označili IS2, IS5, IS7, IS8, IS10 a IS12. Dle IS5 je podstatné především to, jaké vzdělání v léčbě ran sestra sama chce. IS2 a IS7 označili jejich kompetence za dostačující především díky tomu, že si uvědomují možnost navýšení kompetencí specializovanými kurzy a obecně postgraduálním vzděláním.

IS4 se vyjádřila k rozsahu sesterských kompetencí následovně: „*Občas by se hodilo, kdybych mohla dát steh (smích), ale jinak mě nic nenapadá, to by pak sestra mohla dělat úplně všechno*“. Nespokojenost s dosavadními kompetencemi sester projevily IS3 a IS6. Dle slov IS3 by sestry specialistky měly mít větší možnost rozhodnout nebo předepsat účinné látky. Dodal: „*myslím, že ty zkušené sestry by mohly mít větší kompetence*“. IS6 ve své odpovědi doslova uvedla: „*Kompetence jsou velmi malé. Na druhou stranu chápu, že neproškolený personál nadělá více škody než užitku*“. Ji samotnou překvapilo množství informací, jejichž znalost je pro léčbu chronických ran zásadní. V rámci navýšení kompetencí by uvítala následující: „*Velmi by mi pomohlo, pokud bych si já sama mohla napsat žádanku například na Dopplera. Nemluvě o předepisování obvazového materiálu a krytí*“. Dále by dle jejích slov rozšíření kompetencí ruku v ruce s navýšeným vzděláním. Sestra by dle informantky měla mít kompetenci stanovit léčbu chronické rány. Doplnila příklad z praxe: „*Já přicházím s návrhem léčby a lékař mi to pouze odsouhlasí. A to jen proto, aby to bylo ze zákona správně, že lékař byl ten, kdo určil léčbu*“.

Kategorie 6- Ošetřovatelský proces v klinické praxi

Podkategorie 6.1 Využití ošetřovatelského procesu u pacientů s ránou z pohledu sester

Ošetřovatelský proces využíván plně, nebo částečně na všech odděleních, kde oslovení informanti pracují. IS3, IS10 a IS11 uvedli, že je ošetřovatelský proces zakotven ve

standardizovaných pokynech pracoviště. Díky tomu dle IS10: *„Jako tým sester máme sjednocené postupy, jak pečovat o pacienta, aby nedošlo k jeho poškození.“* Další dvojice informantů IS7, IS8 má ošetřovatelský proces spojen s ošetřovatelským plánem, anebo jak uvedli obecněji IS1, IS9 a IS12 je součástí ošetřovatelské dokumentace. Příklad z praxe uvedla IS4, která tazatelce sdělila: *„Tak ošetřovatelský proces je, ale myslím si, že na to nemáme žádné papíry.“* Dle jejích slov byly dříve na oddělení tvořeny ošetřovatelské diagnózy, ale nyní je dokumentace půl roku pozměněna. Důvodem změny byla myšlenka odlehčení sestřám v administrativě. K porovnání mezi minulým a nynějším systémem IS4 dodala: *„No, netvoříme diagnózy a je to lepší.“* Částečné využití ošetřovatelského praxi na svém pracovišti uvedla IS6 uvedla kroky procesu, které jsou v praxi prováděny: *„Probíhá odběr anamnézy a zhodnocení pacientových problémů. Nestanovujeme přímo diagnózy, ale vypisujeme konkrétní problém a následně cíl. Při ukončení hospitalizace pouze zhodnotíme, zda bylo cíle dosaženo či nikoli.“* Během pobytu pacienta v nemocnici však dle IS6 nedochází k přehodnocení plánu péče. Tento fakt IS6 nevnímá negativně protože: *„Dbáme na to, když si předáváme službu, abychom si podrobně řekli, v jakém je pacient stavu a na co si dát pozor, co se změnilo a podobně. Z toho také vycházím a díky tomu vím, na co si dát u pacienta pozor.“* Během své odpovědi také IS6 došla k závěru, že přehodnocování ošetřovatelských problémů řeší standardy a postupy stanovené oddělením. Kroky ošetřovatelského procesu, které jsou uskutečňovány při celkové péči o pacienta, uvedla IS7: *„Nejdříve si zjistíme, kdo vlastně můj pacient, kdy si o něm shromažďujeme informace. Na základě získaných znalostí si stanovíme ošetřovatelské problémy. Poté si sestavím ošetřovatelský plán, dle něhož poskytujeme ošetřovatelskou péči a přizpůsobujeme se momentálnímu stavu pacienta.“* Takto ucelený proces uvedla ve své odpovědi pouze IS7. K realizaci ošetřovatelského procesu uvedla několik slov také IS2: *„Ošetřovatelský proces je realizován na základě ošetřovatelských intervencí vedoucích k soběstačnosti, uspokojování potřeb, určitého komfortu, kvalitě života a celkové péči o pacienta.“*

Následně byli informanti dotázáni na to, zda je využíván ošetřovatelský proces také u pacientů, kteří mají ránu. Kladně odpověděli všichni oslovení informanti. O využití ošetřovatelského procesu v péči o pacienta s ránou byl přesvědčen IS2: *„Jakmile se pacient dostane do nemocnice a je hospitalizován, je součástí ošetřovatelského procesu.“* Výhodu aplikace ošetřovatelského procesu u těchto pacientů spatřuje IS8

především ve stanovení určitých postupů a ochraně sestry před nedostatky a nejasnostmi, informantka doslova uvedla, že je sestra „krytá“. IS6 má díky využití kroků ošetrovatelského procesu a dokumentaci přehled o aktuálním stavu rány, vývoji rány i jejím ošetření. IS7 vnímá jako kladnou složku využití ošetrovatelského procesu: „*Že postupujeme dle stanovaného plánu, můžeme svému pacientovi poskytnout co nejkvalitnější péči, která vede ke zhojení rány.*“ Také IS11 vidí jako výhodu v jasně stanovených postupech, kritériích a celkově ve standardizaci péče, přičemž především: „*Líbí se mi na něm ten jednotný, ale zároveň individuální přístup*“. Nedostatky IS8 na rozdíl o IS6 neshledala. Nevýhodou podle IS6 je, že ránu nehodnotí pouze jeden člověk, následkem toho může dojít k rozdílnému vnímání vzhledu a procesu hojení rány. V tomto tvrzení se shoduje s IS9, která také namítla, že i přesto, že popis a zhodnocení rány provádí sestra každý den, uvítala by na svém pracovišti dokumentaci pomocí fotek. IS9 uvedla: „*Každý z nás to, co vidí popíše trošku jinak a může to pak zkreslovat. Například mně přijde rána začervenaná jak blázen, ale kolegyně řekne, že to je ještě dobrý*“.

Intervence, které jsou uskutečněny rámci péče o pacienta s ránou IS2 uvedl: „*Hlavně převazy, hodnocení rány při každém převazu, v případě nevhodného hojení přehodnocení léčebného režimu, kontrola nutrice, nabere celkové bílkoviny, aby se vše dobře hojilo, polohujeme, promazáváme rány, provádíme debridement, měříme velikost rány.*“ IS4 uvedla pouze některé kroky ošetrovatelského procesu, které jsou využívány na jejím pracovišti. Cílem ošetrovatelské péče o pacienty s ránou je dle jejích slov hojení rány per primam, aby byl cíl splněn, realizují určité kroky pro jeho splnění. Pokud je cíl naplněn, pacient je propuštěn. Ránu vnímá jako ošetrovatelský problém IS6, která na základě této skutečnosti stanoví cíl.

I přesto, že na pracovišti IS1 je ošetrovatelský proces u pacienta s ránou využíván, uvedla informantka návrh na změny, které by mohly způsobit mnohem větší integraci procesu do ošetrovatelské péče o pacienta s ránou. Dle jejích slov by bylo prospěšné mít více času na anamnestický rozhovor s pacienty, ale také více času na péči o pacienty. Doslova uvedla: „*Protože se všude píše a mluví jen o tom, jak je propojená mysl a tělo, ale na druhou stranu musí být v nemocnici vše hned, vše super, na vše jsou tabulky a čas si v klidu s pacientem popovídat je málokdy.*“

5 Diskuze

Akutní i chronické rány jsou spojeny s mnoha situacemi a pocity, které mohou ovlivnit reakce pacienta i jeho začlenění do ošetrovatelského procesu. Jedná se například o strach, bolest, stres a jiné negativní pocity, které mohou z komplexního pohledu ovlivnit hojení rány pacienta (Bureš, 2011). Aktuální platná legislativa, upravující kompetence sester v oblasti péče o rány (vyhláška 55/2011 sb. v aktuálním znění, vyhláška č. 391/2017 sbírky), uvádí ošetrovatelský proces jako prostředek k poskytování ošetrovatelské péče o pacienta. S využitím tohoto procesu je potřebné zmínit také komplexní, holistické vnímání jedince a jeho potřeb, které je jeho neodmyslitelnou součástí. Při aplikaci ošetrovatelského procesu v péči o pacienta a jeho ránu je to právě sestra, kdo zaměřuje svou pozornost směrem k aktuálním potřebám pacienta a v kooperaci s ním volí vhodné intervence, které vedou k naplnění stanoveného cíle.

Emoce spojené se vznikem a léčbou ran byly zřejmé v téměř každé odpovědi informantů ze skupiny pacientů. Vzhledem k příčinám vzniku rány, jejímu procesu hojení i délce rekonvalescence, je pochopitelné, že rána měla pro pacienty velmi specifický význam. Z odpovědí je také zřejmé, že pacienti, u kterých rána vznikla následkem plánované operace, je vnímání rány celkově kladné. Příčinu lze nalézt v benefitech, které operace pacientovi přinesla. Jedná se například o zmírnění bolesti při chůzi po operaci totální endoprotézy kyčle, či radost z narození dcery. Avšak větší část pacientů zaujala k ráně postoj neutrální a negativní. Nejčastěji znamenala rána pro pacienty bolest, a to nejen fyzickou ale také psychickou. Psychickou bolest vnímal IP8, jehož rána byla následkem práce na pásové pile, kdy došlo k amputaci tří prstů na jeho ruce. Touto traumatickou událostí se pacientovi změnil život. Kvůli amputaci došlo k nevratné změně vzhledu ruky, a proto by sestra tuto situaci mohla vyhodnotit jako ošetrovatelský problém, jehož zápis by podléhal diagnóze 00118- Narušený obraz těla (NANDA International, 2015). Amputace pro osobnost člověka znamená bezpochyby silnou životní událost, také proto by sestra měla trpělivě naslouchat potřebám pacienta a projevit svou empatii (Zacharová et al., 2011). Rána pro mnoho pacientů znamenala také změnu doposud prováděných denních činností. Například IP7 si uvědomila: „*Jak se během chvilky něco, tak banálního, jako je zvednutí se z postele, může stát takovým problémem*“. Tento ošetrovatelský problém, který informantka uvedla, zahrnuje diagnóza 00085- Zhoršená tělesná pohyblivost (NANDA

International, 2015). Někteří informanti si také díky omezením, které v souvislosti s ránou vnímali uvědomili, jak „křehké“ je lidské zdraví.

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním bylo zmapovat problematiku převazu v kontextu ošetrovatelského procesu, druhým cílem bylo zjistit, jaká očekávání mají pacienti v souvislosti s ošetřováním rány od sestry a posledním, třetím cílem bylo zjistit jaké potřeby jsou pacientovi saturovány při ošetřování ran. Pro empirickou část této práce byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla následovně: *Jak probíhá převaz rány v ošetrovatelské praxi?* Tato oblast byla mapována u obou oslovených skupin informantů, z jejich odpovědí bylo zřejmé, že systém i průběh převazu ran je velmi rozmanitý a nejednotný. Převazy byly prováděny na většině pracovišť v ranních hodinách při ranní vizitě, za přítomnosti lékařů, kdy sestra lékaři při převazu asistovala. Tento postup popisuje také Slezáková et al., (2010). Přítomnost lékaře u převazu chronické rány však nevnímá jako přínosnou IS6, která uvedla: „*Jeho přítomnost ale vypadá tak, že se na ránu podívá, odsouhlasí mi navržený postup a dále zůstávám na pokoji sama*“. Další možností byl převaz rány samotnou sestrou poté, co lékař ránu zhodnotil a určil postup převazu. Poslední zmíněný systém probíhá tak, že sestra o ránu pečuje sama a pouze v případě nefyziologického hojení informuje lékaře a spolupracuje s ním na dalších krocích. Péče o rány, které sestry při své práci ošetřují má svá specifika. Například převaz rány po kardiochirurgickém výkonu probíhá tak, že pacient i sestra mají jednorázovou ústní roušku, sestra je oblečena do jednorázové zástěry a minimálně dvakrát během převazu si mění rukavice. Tento specifický postup zmínily pouze sestry z kardiochirurgického oddělení, kde je dbán velký důraz na aseptický přístup k ráně. Tento postup lze vzhledem k charakteru rány po kardiochirurgických operacích vnímat jako pochopitelný. Jedná se o aseptickou ránu, jejíž převaz, dle Janíkové (2013) probíhá právě v jednorázovém plášti a rukavicích. Využití dalších ochranných pomůcek, v tomto případě ústní roušky, je dle této autorky již specificky uzpůsobeno standardy daného pracoviště a platnou legislativou. V dostupné literatuře však nebylo uvedeno nasazování jednorázové ústní roušky pacientovi. Dle odpovědí informantů jsou na zbylých odděleních také dodržovány aseptické postupy při převazu ran, avšak přesně nebyl uveden popis všech úkonů, které aseptický převaz zajišťují. S dodržováním aseptického postupu převazu rány souvisí diagnóza 00266, tedy Riziko infekce

chirurgického místa (NANDA International, 2020). Aby toto riziko bylo eliminováno, je potřebné při péči o ránu dodržovat pravidla asepse (Zeman et al., 2011)

Specifickým systémem péče o ránu, který byl některými informanty uveden, je systém péče o rány za pomoci převazové sestry. Náplní práce této sestry je dle informantů především převaz ran a jejich dokumentace. Na oddělení IS4 je převazová sestra celý týden a pouze v její nepřítomnosti pečují o rány ostatní sestry. Při zhodnocení tohoto systému dospěli informanti k jeho benefitům, ale také nedostatkům. Kladně hodnotí tento systém IS3, protože: *Směnný provoz neumožňuje, abych byl u každého převazu, proto je výhodnější, když péči o ránu převezme sestra, která je v pravidelném režimu.* Ne vždy, je však převazová sestra na oddělení přítomna, a proto se IS4 v takovéto situaci cítí být vytížená a „*pod tlakem*“. Negativní dopad má dle ní tato situace především na pacienty, protože: *„Péče potom není taková, jakou by si zasloužili.“* V rámci připravovaného navyšování kompetencí sester Ministerstvem zdravotnictví se v současné době pracuje na specializačním vzdělávání sestry pro hojení ran. Dokument o výsledku této přípravy zatím není k dispozici.

I přes rozdílnost systémů převazu ran se většina oslovených informantů shodlo na tom, že nynější systém převazu a péče o rány je pro ně vyhovující. Díky zamyšlení se nad aktuálně nastaveným systémem navrhli také změny, které by aktuální péči o pacienty a jejich rány zdokonalily. Ke zlepšení by tak přispěly především hlubší znalosti zdravotnických pracovníků v oblasti péče o rány. Na některých pracovištích jsou kurzy s problematikou péče o rány pro sestry povinné, není tomu tak však všude.

Vzhledem k tomu, že je ošetrovatelství oborem, který vyžaduje kontinuální rozšiřování znalostí, měla by sestra využít možností, které by její profesní kurikulum obohatily. Nové informace má sestra možnost získat na specializačních certifikovaných kurzech a kongresech, které se problematice hojení ran věnují. Potřebné informace může sestra najít především na webových stránkách České společnosti pro léčbu ran (<http://www.cslr.cz/>) a Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (www.nconzo.cz/cs/). Tento rok bude uskutečněn například certifikovaný kurz s názvem Specifická ošetrovatelská péče o nehojící se rány a defekty (www.nconzo.cz/cs/). Změněn by měl být podle sester také přístup a iniciativa lékařů v péči o rány, zajištění dostatečného počtu personálu pro provedení převazu za podmínek, které popisuje odborná literatura a častěji prováděná kontrola

mikroflóry v ráně pomocí stěru. Poslední navrhovanou změnou bylo zavedení fotodokumentace, které je součástí standardní péče pouze na některých pracovištích. Dle Pokorné a Mrázové (2012) má fotodokumentace funkci nejen pro ošetřující personál, ale také pro laiky. Vnímají ji jako důkaz kvality poskytované péče. Zároveň může být fotodokumentace vnímána jako důkaz kvality poskytované péče.

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že četnost převazů určuje především lékař. Převaz operačních ran probíhá nejčastěji každý den, chronické rány jsou naopak převazovány v jiném časovém horizontu, který je stanoven individuálně. Nesouhlas v navrhované četnosti převazů chronických ran lékaři uvedla IS5, dle níž by někteří lékaři rádi prováděli převaz ran denně. Avšak sestry, které podstoupily specializační kurzy, péče o chronické rány, s jejich názorem nesouhlasí. Subjektivní sumarizace IS5 tvrdí, že: *„rány s převazama podle lékaře se hojí déle.“* S názorem sester, tedy provedením převazu v delších časových intervalech, se shoduje Janíková (2013) a Libová et al. (2019), dle kterých je díky použití moderních převazových materiálů prodloužen interval mezi jednotlivými převazy. Dle Sikorové (2018) je vztah mezi sestrou a lékařem velmi důležitý nejen kvůli atmosféře na pracovišti, ale také kvalitě odvedené práce. Pokud dochází v pracovním kolektivu ke konfliktům, či negativní atmosféře, může dojít k demotivaci, snížení kvality poskytované péče a spokojenosti zaměstnanců.

S péčí o ránu souvisí také kompetence, které ošetřující sestry díky svému vzdělání mají. Proto je druhou výzkumnou otázkou této diplomové práce: *Jak vnímají sestry své kompetence pro převaz ran?* Všem dvanácti informantům byla položena otázka, která zjišťovala, jaké kompetence sestry v souvislosti s péčí o ránu využívají. Část informantů přiznala, že si není jista kompetencemi, které jim legislativa v tomto směru uděluje. IS9 doslova uvedla: *„Je to ostuda, já vím, ale nikdy mě nenapadlo hledat, do jaké míry se mohu o ránu starat, co je potřeba to udělám. Co je psáno, to je dáno. Nepřemýšlela jsem nad tím.“* Jak tedy sestra, která neví, co vše v klinické praxi může vykonávat, může postupovat lege artis? Je překvapující, že oslovená sestra není seznámena s vlastními kompetencemi tak, aby mohla poskytovat bezpečnou péči a předešla tak pochybení. Kompetence sester jsou stanoveny vyhláškou č. 391/2017 sbírky. Velmi bystře do svých kompetencí IS3 zařadil nejen péči o rány operační, či chronické, ale také péči o stomie a žilní vstupy. Pokud si připomeneme definici ran, kterou uvádí Slezáková et al. (2010, s. 13): *„Každé porušení kůže, sliznice nebo*

povrchu některého orgánu se označuje jako rána“, je odpověď informanta zcela opodstatněná. Také péče o žilní vstupy či stomie vyžaduje specifický přístup a dodržování standardizovaných postupů. Několik informantů se shodlo v tom, že provádí převaz rány na základě ordinace lékaře. Zbylí informanti jako své kompetence uvedli hodnocení a ošetřování poruch celistvosti kůže. Jedná se tedy dle IS2 především o: *„Výběr výhodného hojivého prostředku, vhodný, postup debridementu, občas převaz bez lékařského dohledu.“* Součástí kompetencí sester je také záznam do ošetřovatelské dokumentace, která je na některých pracovištích rozšířena o fotodokumentaci. Informantky, které absolvovaly kurzy věnované chronickým ranám, mají kompetence navýšeny. I přesto, IS6 dle zkušeností z klinické praxe tyto kompetence v některých případech zcela nedostačují a dle aktuální legislativy nemůže dělat například chirurgickou nekrektomii, či debridement rány. Navzdory tomu, že si je informantka vědoma svých kompetencí, v případech, kdy je dle jejích slov *„přesvědčena, že pacientovi neuškodí a nemá jinou možnost“*, vědomě je překročí. Aktuální vymezení kompetencí je dle většiny informantů dostačující a je také na sestře, jaké možnosti k rozšíření svých znalostí a kompetencí využije. Ostatní informanti by souhlasili s rozšířením kompetencí sester. V rámci jejich rozšíření by dle nich sestry mohly předepisovat žádanky například na Doppler vyšetření dolních končetin, předepsat pacientovi obvazový materiál a stanovit léčbu chronické rány. Znalosti a dovednosti ošetřujícího personálu jsou dle IS6 rozhodujícím elementem při dlouhodobé léčbě chronických ran, protože: *Špatně provedeným převazem zkazí veškerou mou snahu a mnohdy i výsledky, ke kterým jsem třeba za 3 týdny došla“*.

V poslední výzkumné otázce jsme se zaměřili na to: *Jak vnímají převaz rány pacienti?* Oslovení pacienti vnímali průběh převazu většinou pozitivně, například v očích IP5 proběhl převaz *„čistě a precizně“*. Jejich hodnocení bylo v některých případech ovlivněno očekáváním o průběhu převazu. Kladně, či negativně byly hodnoceny ty úkony, o kterých pacienti věděli, že proběhnou, nebo mohou nastat. Mezi tyto úkony patřilo provedení převazu za aseptických podmínek a zhodnocení aktuálního stavu rány. Negativní zážitek, popsala IP9, která označila převaz doslova za *„šílený“* a to především kvůli bolestivosti a přístupu zdravotnického personálu. Z této odpovědi plyne, že s průběhem převazu jsou spojeny také pocity, které pacient při převazu prožívá. S odpovědí informantky koresponduje diagnóza 00132- Akutní bolest (NANDA International, 2015) jež lze u pacientů s akutní ránou vnímat jako primární

diagnózu. Dle Hlinkové et al (2019), by zdravotnický personál měl pečovat o ránu s vědomím, že jakýkoliv úkon provedený při péči o ránu, může u pacienta vyvolat bolest. Management bolesti, především u pacientů, kteří mají chronicky se nehojící ránu je souborem profesionálního a psychologického přístupu, či obecně metod, jejichž cílem je eliminace bolesti pacienta. Šamanová et al., (2011) řadí potřebu být bez bolesti do základních fyziologických potřeb. Avšak nejen negativní pocity zažívali pacienti při převazu. Někteří informanti se cítili při převazu v bezpečí, bez obtíží a celkově „v pohodě (IP10)“. Převážná část informantů by na průběhu převazu rány i péče zdravotnickým personálem nic neměnila. Díky tomu, že někteří informanti spokojeni s poskytnutou péčí nebyli, navrhli změny, pro zlepšení péče. Informantka IP9 by se cítila během převazu lépe, pokud: „*Sestřičky by se mohly víc usmívat, pro raněné to hodně znamená, ta bolest je pak víc snesitelná.* V této odpovědi lze shledat podobnost s názorem Zacharové (2016), která ve své publikaci uvádí, nonverbální komunikace sestry může zásadně ovlivnit interakci mezi sestrou a pacientem při jejich setkání. Změnu v poskytnuté péči si přála IP7, která nabyla z nemilého jednání sestry pocitu, že jejím potřebám nebylo dostatečně porozuměno a k sestře proto nechovala důvěru. Jejím přáním proto byla péče založena na profesionálním přístupu sestry, která by neměla zlehčovat její individuální prožívání bolesti. Halmo (2014) ve své publikaci uvádí, že vztah sestry a pacienta by měl být založen na vzájemné důvěře a pravdomluvnosti. Proto by měl pacient být přesvědčen o tom, že sestra má o osobu pacienta zájem, neodsuzuje ho a pečuje o jeho dobro. V tomto případě bohužel k navázání takového vztahu nedošlo a celá situace se zrcadlila v negativních pocitech pacientky. Dominantní pocitem ve spojení s převazem rány byl pro mnoho oslovených pacientů strach. Nejčastěji se jednalo o obavy z bolesti, budoucnosti pacientů, vzhledu rány a komplikací spojených s procesem hojení rány. Pokorná et al., (2012) uvádí strach a úzkost související s převazem rány jako součást emočních projevů chronické bolesti.

Sestra během své práce zastává mnoho rolí, oslovené sestry si v souvislosti s péčí o pacienta a jeho ránu vybavily především role hodnotitele rány, edukátorky, spolupracovnice lékaře, jeho partnera, pečovatelky, manažerky převazu a podpory pacienta. IS2 vnímá svou roli v rámci ošetřovatelského procesu o pacienta s ránou jako „*pomocníka, který napomáhá vhodnému hojivému procesu vhodnými ošetřovatelskými intervencemi.*“ Většina z těchto rolí souvisí přímo s pacientem a péčí

o něj, v jakých rolích však vidí sestry v rámci převazu samotní pacienti? Část informantů ze skupiny pacientů vnímala sestru jako psychickou podporu díky jejímu zájmu o osobnost pacienta a jeho aktuální pocity. Naopak u pacientky, jež se této opory nedostalo došlo ke ztrátě důvěry v sestru a tato role již v jejich vzájemném vztahu nebyla naplněna. Mezi další role, které sestrám pacienti připisovali byla role profesionála, který umí zhodnotit ránu a ví, jak by správně při převazu postupovat. Díky této roli je pro pacienty názor sestry při převazu důležitý a vážený. Část informantů popisovalo role sester spíše jako jejich vlastnosti. Proto byly popisovány sestry jako andělé a šikovné osoby, které mají srdce na správném místě. Ošetřování informanti velmi rádi vzpomínali také na sestry, jež s nimi navázaly více osobní kontakt, to znamená, že jejich vzájemná komunikace nebyla mířená pouze na péči o ránu a léčbu pacienta, ale naopak i na témata osobní, či obecně aktuální. Z těchto odpovědí tedy plyne, že pro určitou skupinu pacientů znamená mnohem víc, pokud sestra roli profesionálky po převazu opustí a odhalí svou lidskou stránku osobnosti. Dle Zacharové (2016) je vztah sestry a pacienta jedním ze základních vztahů v ošetrovatelské praxi.

„K umění léčit, tj. k odborné kvalifikovanosti patří i umění komunikovat (Zacharová, 2016, s. 105).“ Proto byla komunikaci věnována část rozhovorů s oběma skupinami informantů. Komunikace s pacientem, dle informantů ze skupiny sester začíná již před převazem, kdy sestra pacienta, dle jeho mobility, vyzve k dostavení se na vyšetřovnu a oznámí mu, že bude proveden převaz jeho rány a také nastíní, co může od převazu pacient očekávat. Svá specifika má dle IS6 komunikace s pacientem při prvním společném setkání. Pouze IS3 ve své odpovědi zmínil: *„Pacienta informuji o převazu. O tom, kdo všechno bude účasten převazu, to se týká například momentů, kdy je rána v intimní oblasti a vím, že na převazy s náma půjdou i studenti.“* Stud pacienta, může být v některých situacích přirozenou reakcí na obnažení těla, nebo jeho části. Zacharová (2017) se shoduje s názorem IS3 v tom, že pacient může pociťovat stud a rozpaky způsobené obnažením části těla, kde jsou defekty. Proto je potřebné během převazu respektovat intimitu pacienta.

Pokud má pacient již zkušenost z minulých převazů rány, kdy vnímal bolest, reagují na tuto situaci sestry podáním analgetik, dle ordinace lékaře, před začátkem převazu. Na aktuální pocity, bolest a celkový stav pacienta se zaměřují sestry během celého převazu rány. Výběr konečného krytí rány volí IS2 po domluvě s pacientem, protože

dle něj: „*Chronici sami ví, co je pro ně nejlepší*“. Toto jednání je projevem partnerského vztahu mezi sestrou a pacientem, který Vorlíček et al. (2012) popisuje jako přístup, který napomáhá k optimální péči o pacienta. Po provedení převazu dochází k edukaci pacienta v péči o ránu po převazu, osobní hygieně, termínu následujícího převazu a ujištění pacienta, že v případě potřeby může sestru zavolat. Některé sestry pacienty po převazu také pochválí a poděkují jim za spolupráci.

Z pohledu pacientů začala komunikace se sestrami již od prvního očního kontaktu, pozdravením a dotazáním se na změny, ke kterým od posledního setkání u pacienta došlo. Některé sestry pacienty před začátkem převazu slovně uklidňovaly a byly jim oporou. Během převazu poté pacientům popisovaly aktuálně prováděné kroky, které také slovně vysvětlovaly. Před potenciálně bolestivým podnětem byli pacienti sestrami na možný dyskomfort upozorněni. Tyto dvě skutečnosti byly shodně uvedeny oběma skupinami informantů. Komunikace při převazu byla dle pacientů nejčastěji zaměřena na proces hojení rány, vnímání bolesti a stanovení postupu léčby rány. Zástupci obou skupin se však shodli také v tom, že během převazu sestra a pacient mluvili o věcech obecných, či celkově jiných, než je rána, proto, aby byla pozornost pacienta od rány odvedena. Dle Burdy a Šolcové (2015) je vhodné se během převazu rány pacienta dotazovat na jeho pocity a být si vědom, že pacient může mít z převazu strach. Po ukončení převazu, bylo pacientům sestrami sděleno, jak o ránu mají pečovat a jaký pohybový režim je pro ně nyní vhodný. Někteří informanti vnímali nejen verbální, ale také neverbální složku komunikace. Proto IP4 uvedla: *Musím říct, že jsem vždycky ocenila, když byla sestřička ochotná, vstřícná a taky usměvavá, to se vám pak ta rána ukazuje s větší lehkostí*. Rozpor mezi verbální a neverbální komunikací vnímala IP7, která při rozhovoru tazateli sdělila: *„Snad to nejsou moc silná slova, když si dovolím tvrdit, že jsem v ní spatřovala vnitřní neochotu a ochotná pomoci mi byla jen navenek, v rámci svého profesionálního přístupu*“. Svě osobní přesvědčení o komunikaci zmínil IP3: *„Vše je to o důvěře a dobré komunikaci mezi pacientem a sestrou, a taky lékařem*“. Všichni oslovení pacienti se shodli v tom, že během komunikace se sestrou měli možnost klást doplňující otázky, které jim byly zodpovězeny.

Jak již bylo zmíněno, díky vhodně zvolené komunikaci navázaly sestry s pacientem velmi pozitivní vztah a pacienti se sestře „otevřeli“. V rámci ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje, shromažďuje a analyzuje informace o pacientových potřebách a pocitech (Šamánková et al., 2011). Potřeby pacienta s ránou jsou specifické dle druhu

rány, jejího umístění a také délky jejího hojení. Potřebou, která propojovala odpovědi informantů z obou skupin výzkumného souboru byla především potřeba tišit bolest. Dále mají pacienti potřebu se sestrou řešit vzhled a charakter rány, umístění rány, její velikost a také vzhled jizev. Mezi další specifické problémy, které sestry vnímají u pacientů s ránou patří potřeba dopomoci v běžných denních činnostech, jako je například osobní hygiena, zhoršená mobilita, potřeba zvýšené intimity, potřeba být informován o aktuálním stavu rány a dalším plánu léčby.

Léčba chronických ran je velmi často spojena s delší hospitalizací, proto řeší sestry u těchto pacientů vliv odloučení a pocit samoty. Některé chronické rány, z důvodu procesů, které se v nich dějí, nemile zapáchají, a proto se za ránu pacienti velmi často stydí. Proto sestry se sestry v rámci edukace zaměřují na zvýšenou potřebu informovanosti a vysvětlují příčiny tohoto zápachu a jsou pacientům v těchto situacích oporou. Saturace potřeb pacienta je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelského procesu, ale také péče o lidskou bytost jako takovou. Mastiliaková (2014) ve své publikaci uvádí uspokojování potřeb nemocného jako poslání profesionální ošetrovatelské péče. Při propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení je jeho pozornost upřena na péči o ránu v domácím prostředí všem okolnostem, které mohou ovlivnit hojení pacientovy rány. Příkladem holistického vnímání osobnosti člověka je příklad z praxe, který uvedla IS6, která řekla: „... je krásně vidět, že pokud je vyřešíte (potřeby pacienta), pacient je šťastnější, spokojenější, a i se pak rána lépe hojí.“

Informanti, sestry, vnímaly mnoho specifických potřeb, kterým věnují při péči o pacienta s ránou svou pozornost. Někteří informanti (pacienti) však potřeby spojené s ránou nevnímali, dle jejich slov tomu bylo nejspíše díky tomu, že všechny jejich potřeby byly zdravotnickým personálem plně saturovány a oni tak jiné potřeby nevnímali. Ostatní informanti však specifické potřeby uvedli. Patřila k nim potřeba dopomoci v běžných denních činnostech, potřeba sounáležitosti, potřeba postarat se po finanční stránce o své blízké, zvýšená potřeba odpočinku a potřeba dodržovat léčebný režim. Silnou potřebu vyrovnat se s životní změnou v podobě amputace tří prstů na ruce vnímal IP8, který však tuto potřebu nesdílel s ošetřujícím personálem ale se starým mužem, sousedem, který mu trpělivě naslouchal po návratu z nemocnice domů. I přesto, že někteří informanti (pacienti) specifické potřeby související s jejich ránou nevnímali, velká část informantů se shodla v tom, že sestry aktivně zjišťovaly, zda pacienti nějaké obtíže, či potřeby mají. Ptaly se především na vnímání bolesti. Ke

ztrátě důvěry IP7 došlo následkem zpochybňování intenzity bolesti pacientky, kterou pacientka ve své odpovědi uvedla: „*Bohužel mi ale moc nevěřila... Sestra se na mě trochu pochybně dívala, že mě to přece nemůže tolik bolet...*“.

Poté, co sestra zjistí, jaké potřeby její pacient má, je v jejích kompetencích zvolit vhodné intervence k jejich saturaci. Nejčastěji uváděnou potřebou pacientů s ránou, byla potřeba být bez bolesti, na tu informantky reagovaly intervencemi v podobě podání analgetik, polohováním pacienta, aplikací tepla či chladu a masírování. Obecně tyto intervence shrnula Plevová et al. (2018), která intervence tišení bolesti dělí na farmakologické a nefarmakologické. Následkem rány je bohužel velmi často snížena soběstačnost pacienta, proto sestry pacientovi v péči o jeho osobu rády pomohou a také s pacientem nacvičují sebepéči. Pokud sestra zjistí, že pacienta pociťuje strach, snaží se IS10 pacienta motivovat a být mu oporou. Na potřebu být informován, sestry reagují edukací pacienta o daném tématu, dostatečnou komunikací a během převazu také popisují jednotlivé kroky, které ošetřující personál provádí. Riziko infekce rány řeší sestry provedením převazu aseptickým způsobem.

Ošetrovatelský proces má pět fází, které spolu velmi úzce souvisí a nelze je od sebe rozdělovat (Tóthová et al., 2014). I přesto byly odpovědi informantů týkající se využití jednotlivých fází ošetrovatelského procesu v praxi nejednotné. Informanti ze skupiny sester uvedli, že využití ošetrovatelského procesu na jejich pracovištích probíhá zcela, či částečně. Jeho zakotvení je ve standardizovaných postupech pracoviště, nebo je součástí zdravotnické dokumentace. Tento aspekt ošetrovatelského procesu není realizován na pracovišti IS4, kde došlo k úpravě dokumentace. Záměrem této změny byla eliminace administrativní práce sester, proto již sestry netvoří ošetrovatelské diagnózy. I přesto se informantka domnívá, že ošetrovatelský proces je na oddělení realizován. IS4 novou dokumentací hodnotí následovně: „*No, netvoříme diagnózy a je to lepší.*“ Nejobsáhlejší odpověď věnovanou fázím ošetrovatelského procesu uvedla IS7: „*Nejdříve si zjistíme, kdo vlastně je můj pacient, když si o něm shromažďujeme informace. Na základě získaných znalostí si stanovíme ošetrovatelské problémy. Poté si sestavím ošetrovatelský plán a podle něho poskytujeme ošetrovatelskou péči a přizpůsobujeme se momentálnímu stavu pacienta.*“ Ve svých odpovědích sestry neuvedly například průběžné hodnocení ošetrovatelského plánu, které (Kopáčiková et al., 2012) popisuje jako ohlédnutí se za doposud dosaženými pokroky pacienta a impulz pro případnou změnu aktuálního ošetrovatelského plánu. Absenci průběžného

hodnocení ošetrovatelského plánu nevnímá negativně IS6, protože dle jejích slov dochází mezi sestrami během předání služby k důslednému předání aktuálních informací o pacientovi, o změnách a pokrocích v jeho léčbě, což vnímá jako dostačující.

Ačkoli všichni informanti uvedli, že ošetrovatelský proces je na jejich pracovištích využíván více, či méně, z jejich odpovědí lze soudit, že ne všechny fáze ošetrovatelského procesu jsou v klinické praxi využívány, nebo informantkám nebylo zcela jasné, co je, a co přesně ošetrovatelský proces obsahuje.

I přes tuto skutečnost byli informanti dotazováni na to, zda je ošetrovatelský proces využíván u pacientů s ránou. Všechny odpovědi informantů na tuto otázku byly kladné. Odůvodnění uvedl IS2 v následující větě: *„Jakmile se pacient dostane do nemocnice a je hospitalizován, je součástí ošetrovatelského procesu.“* Tento názor nás vede k úvaze, zda informant nepřirovnává ošetrovatelský proces k léčebnému procesu. Intervencemi, které sestry u pacientů s ránou provádí je především převaz rány, tišení bolesti pacientů, kontrola stavu nutrice v případě zhoršeného procesu hojení rány, polohování nemocného, provádění debridementu rány a hodnocení charakteru rány. Výhodu využití ošetrovatelského procesu u pacienta s ránou vnímají informanti především v přehlednosti aktuálního stavu rány, vývoji rány i jejím ošetření. Cílem ošetrovatelského procesu u pacienta s ránou je dle získaných odpovědí zhojení rány per primam. Ošetrovatelský plán umožňuje informantům také poskytování kvalitní péče, která vede ke zhojení rány. Svůj názor shrnula v jedné větě IS11: *„Líbí se mi na něm ten jednotný, ale zároveň individuální přístup“*. S využitím ošetrovatelského procesu v klinické praxi souvisí také holistické vnímání osobnosti pacienta. Toto pojetí bylo zřejmé v odpovědi IS1, která by si pro svou práci a péči o pacienty přála více času na komunikaci a péči o pacienty. Ve své odpovědi uvedla: *„Všude se píše a mluví jen o tom, jak je propojená mysl a tělo, ale na druhou stranu musí být v nemocnici vše hned, vše super, na vše jsou tabulky a čas si v klidu s pacientem popovídat je málokdy.“* Tato odpověď nutí k zamyšlení se nad aktuálním systémem zdravotnické péče v naší zemi.

Ošetrovatelství je oborem, který se neustále vyvíjí. Také proto, je možné, že v budoucnu bude ošetrovatelský proces realizován pomocí softwaru, který by měl

sloužit k sjednocení dokumentace a pomoci sestře v jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu (Silva Junior, et al., 2018).

6 Závěr

Diplomová práce s názvem „*Převaz v kontextu ošetrovatelského procesu*“, mapuje toto téma v klinické praxi. Data poskytla skupina sester, které pečují o pacienty s ránou. Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří měli, či stále mají akutní, nebo chronickou ránu, která byla ošetřována během jejich hospitalizace. Výsledky výzkumu byly získány kvalitativní metodou, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Následně byla data zpracována technikou „tužka papír“ a prezentována v šesti kategoriích.

Z výsledků rozhovorů se sestrami je zřejmé, že průběh převazu ran na jednotlivých oddělení je velmi rozdílný a nejednotný. Nejčastěji probíhá převaz rány za přítomnosti lékaře, který určuje další postup léčby, nebo je proveden po ranní vizitě samotnou sestrou, dle ordinovaného postupu lékaře. Na zbylých pracovištích však sestry o rány pečují samy a pouze v případě nefyziologického hojení konzultují další kroky s lékařem. Většina sester je s aktuálním systémem péče o rány na jejich pracovištích spokojena, některé z nich však uvedly, že příznivě by nynější péči ovlivnilo prohloubení znalostí ošetrujícího zdravotnického personálu, a to nejen sester, ale také lékařů. Převaz ran byl vnímán pacienty velmi rozdílně. Jejich celkové pocity z tohoto výkonu byly ovlivněny příčinou vzniku rány, délkou jejího hojení i zkušenostmi z předešlých převazů.

V návaznosti na výzkumné šetření bylo zjištěno, že ošetrovatelský proces je více či méně využíván na všech pracovištích. Avšak odpovědi některých sester neprokázaly komplexní znalosti ošetrovatelského procesu. Přes tuto skutečnost sestry uvedly, že ošetrovatelský proces je u pacientů s ránou využíván. Mezi uvedené kroky ošetrovatelského procesu, které sestry provádí patří odběr anamnestických údajů pacienta, zjištění jeho ošetrovatelských problémů, tvorba ošetrovatelských diagnóz, poskytování ošetrovatelské péče, provádění převazu ran a zhodnocení dosažení cíle při propuštění pacienta.

Nejčastěji uváděné ošetrovatelské problémy, na kterých se shodly obě skupiny informantů, byla bolest, potřeba dopomoci a strach. Potřebu tlumení bolesti pacienta, řeší sestry nejčastěji aplikací analgetik dle ordinace lékaře, úlevovou polohou, aplikací tepla, či chladu a masáží. Pokud pacient potřebuje dopomoc v některých denních činnostech, sestry mu jsou nápomocné, nacvičují s ním kroky ke zvýšení soběstačnosti, motivují ho a edukují. Strach pacienta se snaží sestry eliminovat za

pomoci vlídného přístupu, komunikací a psychickou podporou pacienta. Dalšími specifickými problémy, které sestry u pacientů s ránou uvedly byla dlouhodobá hospitalizace, odloučení od blízkých osob, vzhled rány, zápach z rány a potřeba být informován o průběhu procesu hojení pacientovi rány. Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že pacienti očekávají od sestry především profesionální přístup, ale také osobu, která bude milá a zručná v práci, kterou provádí.

Z odpovědí sester bylo zjištěno, že některé z nich své kompetence pro péči o rány neznají. Toto zjištění může být podnětem k dalšímu výzkumu, který by byl věnován právě kompetencím sester a jejich znalostem. Další sestry nynější vymezení kompetencí vnímají kladně, avšak některé z nich by uvítaly drobné změny. Při možném rozšíření kompetencí by tak podle nich sestry měly být kompetentní k předepisování převazového materiálu, žádanek na určitá vyšetření či navrhnutí léčby chronických ran.

Výsledky této diplomové práce mohou sloužit nejen jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelských oborů, ale mohou být vhodné pro sestry, které využívají ošetrovatelský proces při péči o pacienta a jeho ránu. Výsledky této práce by dále mohly být užitečné pro další výzkumné práce zaměřující se problematikou ošetrovatelského procesu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ACKLEY, B., J., et al., 2017. *Nursing Diagnosis Handbook-E-Book: An Evidence-Based Guide to planning Care*. USA: ELSEVIER. 1008 s. ISBN 978-0-323-3224-9.
2. ALLIGOOD, M. A., 2014. *Nursing Theorists and Their Work*. eighth edition. Elsevier Morsby. 721 s. ISBN 978-0-323-09194-7.
3. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Výbrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEČANOVÁ, K., 2015. Ošetrovatelská péče o chronické rány. *Florence*. 11(3). 15-16, ISSN 1801- 464X.
5. BOROŇOVÁ, J., 2010. *Výbrané kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea, 193 s. ISBN 978-80-902876-1-8.
6. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče I. díl*, pro obor ošetrovatel. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
7. BUREŠ, I., 2011. Chronické rány a jejich ošetrování. In: KALVACH, Z., et al., *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. s. 355-359. ISBN 978-80-247-4026-3.
8. Česká společnost pro léčbu rány. 2020. Kurzy a semináře [online]. [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/Vzdelavani/Kurzy-a-seminare/>.
9. DESSY, L., A., et al., 2015. Retention of polyurethane foam fragments during VAC-therapy: a complication to be considered. *International wound journal*. 12(2), 132-136. doi:10.1111/iwj.12062.
10. DĚDEK, T., 2014. Traumata ohrožující život. In: *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. s. 437-452 ISBN 978-80-247-4578-7.
11. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., 2018. *Vymezení oboru ošetrovatelství*. s. 67-78. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, et al., *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. s. 82-84. ISBN 978-80-241-0717-9.

12. DOLEJŠÍ, L., 2019. Nové metody léčby ran. In: VEVERKOVÁ, E., et al., *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. s. 90-92. ISBN 978-80-247-2747-9.
13. EWMA, 2020. *What we do...*[online]. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://ewma.org/what-we-do/education/ewma-endorsements/overview-of-endorsements/>.
14. FERKO, A., LEŠKO, M., 2015. Rány. In: FERKO, A., et al., *Chirurgie v kostce*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. s. 33-38. ISBN 978-80-247-1005-1.
15. FEJFAROVÁ, V., JIRKOVSKÁ, A., KŘÍŽOVÁ, M., 2016. Prevence a edukace pacientů s rizikem syndromu diabetické nohy. *Léčba ran*. 3(1), 5-8, ISSN 2336 - 520X.
16. FRESCOS, N., 2018. Assessment of pain in chronic wounds: A survey of Australian health care practitioners. *International Wound Journal*. 15(6). 043-049. doi: 10.1111/iwj.12051.
17. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. 229 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.
18. HAMPTON, S., 2015. Accurate documentation and wound measurement [online]. *Nursing Times*. 111(48) 9-16. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/>.
19. HLINKOVÁ, E., et al., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0620-2.
20. HIRT, M., et al., 2015. *Soudní lékařství I. díl*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-5680-6.
21. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-241-9082-9.
22. IHNÁR, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.

23. JANÍKOVÁ, E., 2013. Péče o rány. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, E., *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. s. 64-80. ISBN 978-80-247-4412-4.
24. JAROŠOVÁ, D., 2018. Praxe založená na důkazech ve zdravotnictví (EBN). In: PLEVOVÁ, I., et al., *Ošetrovatelství I: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada. s. 238-251. ISBN 978-80-271-0888-6.
25. KARACA, T., ASLAN, S., 2018. Effect of nursing terminologies and classifications course on nursing students perception of nursing diagnosis. *Nurse Education Today*. 67(8). 114-117 doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.011.
26. KOPÁČIKOVÁ, M., et al., 2012. *Ošetrovatelský proces a potřeby pacientů/klientů*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. 260 s. ISBN 978-80-87035-51-1.
27. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
28. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie Ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
30. LIBOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
31. LIDICKÁ, L., 2018. Evidence based nursing-ošetrovatelství založené na důkazech. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, et al., *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. s. 82-84. ISBN 978-80-241-0717-9.
32. MAČÁK, J., et al., 2012. *Patologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
33. MADINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocné: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

34. MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do oboru ošetrovatelství 1. systémový přístup*. Učební text pro vysokoškolské studium ošetrovatelství. Praha: Karolinum UK. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
35. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
36. MĚŠŤÁK, J., et al, 2015. *Základy plastické chirurgie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 212 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, *VĚSTNÍK MZ ČR, 2004*. Částka 9. Metodická opatření-Koncepce ošetrovatelství. [online]. [cit. 2016-03-15]. Praha: MZ ČR, 2004, 8 s. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html.
38. MOLAN, P., RHODES, T., 2015. Honey: A Biologic Wound Dressing. *Wounds*. 27(6), 141-151, ISSN 1044-7946.
39. MRÁZOVÁ, R., 2015. Materiály na vlhké hojení ran-stále velká neznámá? *Florence*. 11(3). 10-12, ISSN 1801- 464X.
40. MÜLLER-STAU, M., et al., 2015. Expert Report on Nurses Responsibility. *Swiss Nursing Science Association (ANS)*, [online] Bern. [cit. 2020-01-31] Dostupné z: https://www.vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Expertenbericht_Englisch.pdf.
41. NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017*, Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
42. NANDA INTERNATIONAL, 2020. *OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, Definice a klasifikace 2018-2020*. 111. vydání. 520 s. ISBN 978-80-0710-0.
43. NCO NZO. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2020. *Certifikované kurzy*. [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/certifikovane-kurzy>.
44. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

45. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
46. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
47. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetřovatelství I. 2. přepracované vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
48. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
49. POKORNÁ, A., 2012. Komunikace s pacientem s chronickou ránou. In: POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. s. 154-158. ISBN 978-80-247-3371-5.
50. POKORNÁ, A., et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví, metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
51. POKORNÁ, R., 2013. Zásady zvláštního režimu na operačních sálech. In: BITTNEROVÁ, Z., POKORNÁ, R., et al., *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. s. 11-33. ISBN 978-80-247-3754-6.
52. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*, 2. aktualizované a rozšířené vydání. 320 s. ISBN 978-80-247-4748. 4.
53. RABELO-SILVA, E., R., et al., 2017. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing*. 26(3). 379-387. doi: 10.1111/jocn.13387.
54. REDMOND, C., et al., 2020. Increasing competence in wound care: A cross-sectional study to evaluate use of a virtual patient by undergraduate student nurses. *Nurse Education in Practice*. 44. 57-74. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102774.
55. SAMURIWO, R., 2019. Wounds Research Network (WRn) - a community of practice for improving wound care-related trials. *Journal of the European Wound Management Association*. 20(2), 31-33, DOI: 10.35279/jewma201910.04.

56. SHAI, A., MABACH, H., I., 2005. *Wound Healing and Ulcers of the Skin Diagnosis and Therapy-the Practical Approach*. Springer: Berlin Heidelberg. 270 s. ISBN 3-540-21275-2.
57. SCHNEIDROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
58. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
59. SIKOROVÁ, L., 2018. Role sestry a pacienta. In: PLEVOVÁ, I., et al., *Ošetrovatelství I. 2. přepracované vydání*. Praha: Grada. s. 81-105. ISBN 978-80-271-0888-6.
60. SILVA JUNIOR, M. G., et al., 2018. Software for systematization of nursing care in medical units. *Rev. Bras. Enferm.* 71(5). 2425-2431. ISSN 1984-0446.
61. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
62. SLEZÁKOVÁ, L., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. 978-80-247-4868-9.
63. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
64. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
65. STANEK, J., BRYCHTA, P., 2014. Kombinované plasticko-chirurgické laserové výkony. In: BRYCHTA, P., STANEK, J., et al., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. s. 281-290. ISBN 978-80-247-0795-2.
66. STREITOVÁ, D., et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
67. STRYJA, J., et al., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. GEUM. 380 s. ISBN 978-80-87969-18-2
68. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství II. Sestra-reprezentant profese*. Brno: IDVPZ. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
69. SOVOVÁ, E., et al., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.

70. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
71. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J., et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. s. 65-67. ISBN 978-80-247-4732-3.
72. ŠTEFAN, J., et al., 2012. Forenzní traumatologie. In: ŠTEFAN, J., et al., *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. s. 43-108. ISBN 978-80-247-3594-8.
73. ŠVÁB, J., 2011. Nauka o ranách. In: ZEMAN, M., KRŠKA, Z., et al., *Chirurgická propedeutika*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. s. 41-52. ISBN 978-80-247-3770-6.
74. TOLLEFSON, J., 2012. *Clinical Psychomotor Skills: Assessment Skills for Nurses*. 5. vydání. CENGAGE: Learning. 391 s. ISBN 978-01-170-2163-64.
75. TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. 226 s. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
76. TRACHTOVÁ, E., et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7
77. ULRYCH, O., 2015. Infekce rány. In: KUTNÁ, M., ULRYCH, O., et al., *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Galén. s. 19-21. ISBN 978-80-7492190.
78. VEVERKOVÁ, E., 2019. Základní chirurgická terminologie. In: VEVERKOVÁ, E., et al., *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. s. 93-95. ISBN 978-80-2472747-9.
79. VONDRÁČEK, L., WIRTHELOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
80. VORLÍČEK, J., et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

81. VRABELOVÁ, L., 2018. Obvazová technika, ošetření ran. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, et al., *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. s. 134-149. ISBN 978-80-241-0717-9.
82. Vyhláška 391/2017 sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137. s. 4360-4374. ISSN 1211-1244.
83. Vyhláška 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2011. In: *Sbírka předpisů České republiky*. Částka 20/2011 Sb. s. 482-543.
84. VYTEJČKOVÁ, R., 2015. Péče o rány. In: VYTEJČKOVÁ, R., et al., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Speciální část*. Praha: Grada. s. 199-244. ISBN 978-80-247-3421.
85. WICHSOVÁ, J, 2013. Příprava operačního týmu. In: BITTNEROVÁ, Z., POKORNÁ, R., et al., *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. s. 123-132. ISBN 978-80-247-3754-6.
86. WILKINS, R., G., et al., 2013. Wound cleaning and wound healing: a concise review. *Advances in Skin & Wound Care*. 26(4), 160-163, doi: 10.1097/01.ASW.0000428861.26671.41.
87. WIRTHOVÁ, V., 2015. Péče o pacienta s dekubity. In: VYTEJČKOVÁ, R., et al., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Speciální část*. Praha: Grada. s. 236-244. ISBN 978-80-247-3421.
88. ZACHAROVÁ, E., et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
89. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
90. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

91. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
92. Zákon 201/2017 kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 72/2017 Sb. s. 256-2084. ISSN 1211-1244.
93. ZEMAN, M., et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*: Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
94. ŽIAKOVÁ, K., 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Seznam příloh

Příloha 1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor-sestry

Příloha 2 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor-pacienti

Příloha 3 - Potvrzení o povolení výzkumu

Příloha 1

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor-sestry

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor (sestry)

A) Základní informace o informantovi/informantce

Počet let v praxi u lůžka:

Záznamový list č.:

Pohlaví:

Oddělení:

Vzdělání, titul v oboru ošetrovatelství:

B) Rozhovor se sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení a ošetřují při své práci pacienty s ránou

1. Jak probíhá převaz ran na vašem oddělení?
2. Vyhovuje Vám tento způsob práce?
3. Jakou roli zaujímáte v péči o rány?
4. Jaké kompetence v souvislosti s péčí o ránu využíváte?
5. Jsou dle vašeho názoru kompetence sester v oblasti péče o rány dostačující?
6. Je na vašem pracovišti využíván ošetrovatelský proces při péči o pacienta?
7. Je dle vašich zkušeností využíván ošetrovatelský proces na oddělení v souvislosti s péčí o ránu?
8. Jaké specifické potřeby vnímáte u pacient s ránou?
9. Jak na jím uvedené potřeby reagujete?
10. Jak komunikujete s pacientem před, během a po převazu jeho rány?
11. Vnímáte pacienta při péči o ránu jako partnera?

Příloha 2 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor-pacienti

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor (pacienti)

A) Základní informace o informantovi/informantce

Pohlaví:

Záznamový list č.:

Druh rány:

Doba/délka léčby rány:

B) Rozhovor s pacienty, kteří měli, nebo stále mají ránu, která byla ošetřována během hospitalizace v nemocnici

1. Co pro Vás znamenalo/znamená mít ránu?
2. Zjišťovala sestra v nemocnici, jaké obtíže v souvislosti s ránou máte?
3. Jak probíhal z Vašeho pohledu převaz rány?
4. Jak jste se během převazu cítil/a?
5. Jaké jste měl/a představy o převazu rány na oddělení?
6. Byla tato očekávání naplněna?
7. Bylo by něco, co byste rád/a, aby sestra, či lékař udělaly během převazu jinak?
8. Co pro Vás symbolizovala při péči o ránu sestra?
9. Jak s Vámi sestra před, při i po převazu rány komunikovala?
10. Měl jste prostor pro otázky, či připomínky v souvislosti s péčí o ránu?

Příloha 3 - Potvrzení o povolení výzkumu

POVOLENÍ

Pro : Studentku Bc. Janu Němečkovou

ZSF-Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

2. ročník Mgr studia

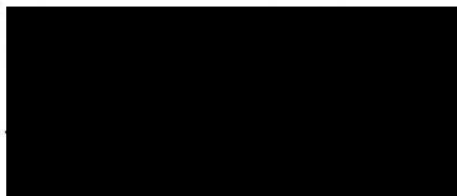
obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech- modul Chirurgie

Předmět povolení: Diplomová práce- rozhovory s klienty

Doba povolení: od 20. 2. do 2.5. 2020

V dne 20.2. 2020

7/12/20



Hlavní sestra