

Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku a České republice

Bc. Šárka Franková¹, Ph.D. Dita Nováková¹

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Abstrakt

Ošetrovatelská péče o rány je důležitou součástí každodenní práce sester ve všech zařízeních, ať už jsou to nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ústavy sociální péče či ambulance. V posledních letech se při ošetrování ran klade čím dál větší důraz na moderní postupy, a to hlavně v České republice (dále jen ČR) a Irsku. Jak již bylo uvedeno, ošetrovatelství se neustále vyvíjí a možnosti ošetrování ran jsou široké. Naší snahou bylo porovnat způsoby a metody ošetrování ran ve třech odlišných zemích. Pozornost byla věnována všeobecné sestře jakožto poskytovatelce ošetrovatelské péče.

V teoretické části se pozornost zaměřila na charakteristiku ran, jejich rozdělení, léčení jak všeobecně, tak i konkrétně v daných zemích, a to dle daných kompetencí zdravotních sester. Dále byla velká část práce věnovaná samotnému vzdělání sester.

Hlavní záměr výzkumu byl zaměřen na způsob, jakým sestry ošetrují rány v Namibii, Irsku a České republice. Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle a výzkumné otázky:

Zjistit a popsat, jakým způsobem sestry v uvedených zemích ošetrují rány. Jakým způsobem je řešena problematika hojení ran v Namibii, Irsku a ČR? Jakým způsobem probíhá péče o rány v Namibii, Irsku, ČR? Jaké vzdělání musí mít sestra v daných zemích v souvislosti s péčí o rány?

Pro empirickou část diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup. Byl použit polostrukturovaný rozhovor se sestrami z daných zemí. Dále byly použity záznamy o průběhu ošetrování ran, které byly získány v průběhu konání stáže v Namibii, osobní návštěvy v Irsku a praxe během studia v ČR. Respondenti byli získáni metodou záměrného výběru, kdy podmínkou byla péče o rány vyžadující ošetření v nemocnici. Rozhovory byly prováděny z okruhu otázek pro sestry z uvedených zemí v jejich pracovní době a v případě nutnosti byly doplněny potřebné informace prostřednictvím Skype.

Výzkumný soubor byl tvořen 9 respondenty ze sester z Namibie, ČR a Irsku a následně byly vypracovány záznamy o průběhu ošetrování ran 9 pacientů z Namibie, ČR a Irsku.

Země mají své kompetence, které se vztahují k této problematice. V Irsku je převazová sestra, která vytváří ošetrovatelský plán a v případě nutnosti vše konzultuje s lékařem. V Namibii kvůli nedostatku sester i lékařů jsou naopak dostačující pouze kompetence zdejších sester ze studia na univerzitě, které vedou k rozhodnutí a volbě péče o rány a jejich léčbě. V České republice konzultují sestry hojení a průběh léčby s lékařem.

V oblasti vzdělání sester z dotazovaných zemí v souvislosti s péčí o rány dle výzkumného šetření vyplynulo, že je vyžadováno vysokoškolské vzdělání, a to jak v Namibii, České republice a též i v Irsku.

Třetí zmíněná výzkumná otázka se týkala způsobů poskytnutí péče u klientů, kteří mají akutní či chronicky vzniklou ránu. Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku, České republice se v některých konkrétních výkonech neliší, avšak ve většině případů je velice rozdílná. U těžkých případů ran je to pro mnohé nezapomenutelná vzpomínka, která si vyžaduje profesionální přístup, potřebné vědomosti, dovednosti a určitou dávku zkušeností. Sestra poskytuje pacientovi nejen zdravotnickou péči, ale je mu i oporou a pomáhá mu vyrovnat se se vzniklou traumatizující situací. Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako informační a studijní materiál pro jiné ročníky chirurgického bloku a pro další výzkumy podobného tématu.

Abstract

Wound care is an important part of the daily work of nurses in all facilities like hospitals, institutes for long-term patients, social care institutions, or ambulances. In recent years, the treatment of wounds puts more and more emphasis on modern methods, mainly in the Czech Republic (CR) and Ireland. As already mentioned, nursing is constantly evolving, and possibilities for wound treatment are wide. Our aim will be to compare the ways and methods of wound treatment in three different countries. We will focus on the General Nurse, as a nursing care provider.

In the theoretical part, the work was focused on characteristic of wounds, their distribution, general healing as well as concrete

treatment in the countries concerned, specifically according to the competence of nurses. A major part was devoted to the education of nurses

The main purpose of the research was focused on the way nurses treat wounds in Namibia, Ireland and the Czech Republic. Based on the research subject the following research questions and goals were set:

Identify and describe how nurses treat wounds in the selected countries. How are wounds healed in Namibia, Ireland and the Czech Republic? How is the wound care in Namibia, Ireland and the Czech Republic? What kind of education does a nurse have to have in the countries concerned, in connection with the wound care?

For the empirical part of the thesis, a qualitative approach was selected. A semi-structured interview with nurses from the selected countries was used. Further records of the wound treatment were used. These were obtained during the internship in Namibia, a personal visit to Ireland and my experience during my studies in the Czech Republic. Respondents were recruited by purposive sampling, the condition of which was wound care requiring hospital treatment. The interviews were conducted using a range of questions addressing nurses in those countries during their working hours and if needed, supplementing the required information via Skype.

The research sample consisted of nine respondents - nurses from Namibia, Ireland and the Czech Republic and then records of the wound treatment of 9 patients from Namibia, the Czech Republic and Ireland were drawn.

The countries have their competencies relating to this issue. In Ireland, Czech Republic there is a re-bandaging nurse, who creates a nursing plan and, if needed, consults everything with the physician. In Namibia, due to lack of nurses and physicians, only competences of local nurses which they acquired during their university studies, are sufficient. These competences lead to decisions and choice of care and wound treatment. In the Czech Republic, nurses shall consult the healing process and the course of treatment with the physician.

In the area of education of nurses from the surveyed countries in connection with wound care the research investigation showed that university education is required in Namibia, in the Czech Republic as well as in Ireland.

The third mentioned research question related to methods of care with clients suffering from acute or chronic wounds. Wound care in Namibia, Ireland, and in the Czech Republic does not differ in some specific procedures; however, in most cases it is very different. In severe cases of wounds, for many patients it is an unforgettable memory, which requires a professional approach, consisting of knowledge and experience. The nurse provides a unique support to the patient, education is therefore very important and unconditional in order to enable the patient coping with the situation.

The results of this thesis can serve as information and study material to other grades of the surgical block and for further research on a similar topic.

Citace

Franková Š, Nováková D. Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku a České republice. *Zdravotníci sobě*. 2017; 1: 1–26. ISBN: 978-80-905751-5-8.

KLÍČOVÁ SLOVA

Namibie, Irsko, Česká Republika, rána, sestra, kompetence, vzdělání, léčba ran

KEYWORDS

Namibia, Ireland, Czech Republic, wound, nurse, competence, education, wound care

ÚVOD

Ročně je celosvětově evidováno několik milionů ošetření různých druhů ran u člověka. Vše je způsobeno počtem úrazů, nárůstem nemocí u žijících jedinců a nepochybně zvyšujícím se věkem lidské populace. S pojmem pečovat o rány se setkávali již naši prapředci. Připomeňme si, že právě péče o rány prošla významnou evolucí od různých odvarů, tinktur, mastí a obkladů z léčivých bylin z dob starého Egypta až po dnešní moderní využití hojivých léčebných obvazových materiálů. Asi nejvýznamnější událostí pro léčbu ran bylo zavedení aseptických podmínek při ošetřování tehdejších pacientů. Dnešní kompetence sester při ošetřování klientů s různým druhem rány přispívají k tomu, aby byla nařízená léčba co nejúčinnější s minimálními následky, které by ovlivňovaly kvalitu života klienta. Dnes je poskytnutí odborné péče zcela běžná věc. Stále se ale setkáváme s tím, že různé země, ačkoli jsou medicína a ošetrovatelství jako vědní obory velmi vyspělé, mají mnohdy značně odlišné způsoby péče při běžných léčebných činnostech.

Vybraným tématem pro tuto diplomovou práci je „Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku a České republice“. Zvolila jsem si ho proto, že jsem měla možnost díky programu Jihočeské univerzity vycestovat na 3měsíční stáž do africké Namibie, kde jsem se v rámci klinické praxe postupně seznamovala s ošetrovatelskými kompetencemi namibijských zdravotních sester. S ošetrovatelskou péčí v Irsku jsem se naopak seznámila při soukromé návštěvě v domě pro seniory Bushmount Nursing Home ve městě Clonakilty, který leží na samotném jihu této země poblíž města Cork, ve kterém jsem též navštívila zdejší nemocnici.

V této práci jsem se zaměřila na historii ošetřování ran, jejich rozdělení, poskytnutí péče o rány v těchto zemích a na vzdělání a kompetence sester v oblasti této problematiky. Akademickým cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat, jakým způsobem sestry v uvedených zemích ošetřují rány. Na teoretickou část navazuje vlastní výzkum, který se uskutečnil metodou náhodného výběru. V empirické části je zvolen kvalitativní přístup. U prvního výzkumného souboru je použit polostrukturovaný rozhovor se sestrami z daných zemí, tedy Namibie, Irsku a České republiky (dále jen ČR). Následně byly zpracovány a pečlivě analyzovány kazuistiky pacientů/ klientů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Kůže

Kůže (cutis), (řecky derma) je dvojvrstevný projektivní systém na povrchu těla, který je zároveň znakem individuality svého nositele. Odděluje vnitřní prostředí organismu od zevního a je největším lidským orgánem (1).

Plošný rozsah lidské kůže je asi 1,7 m² – 2,0 m² a její šířka kolísá od 0,5 – 4,0 mm. Nejsilnější je kůže na stehnech a zádech, naopak nejtenčí je na horním víčku oka. Její hmotnost se pohybuje u dospělého člověka kolem 3 kilogramů, s tukovou tkání může dosáhnout ovšem až kilogramů dvaceti. Kůže má několik funkcí: receptorní, termoregulační, imunitní, metabolickou a ochrannou. Vrstvy, z nichž se skládá, mají každá své specifické postavení. Vlastní kůže se skládá ze 2 vrstev. *Pokožka* (epidermis) je primární, chemicky interní bariéra,

kteřá plní především statické mechanické funkce. Je tvořena několika vrstvami plochých buněk, které jsou uloženy ve vrstvách a naléhají přímo na sebe. *Škára* (dermis) (ř. corium) zajišťuje především dynamické funkce, tedy pružnost a tažnost. Korium je mimo jiné i hlavní metabolickou složkou kůže, tím pádem zdrojem regenerační potence. Je tvořena vazivovou tkání, která je prostoupena sítí kapilár, ze kterých je difúzí vyživována pokožka. Jsou zde i hojná nervová zakončení, specializovaná hmatová tělíska a termoreceptory. Mimo jiné zde najdeme i mazové žlázy ústící do vlasových pochev. Pod kůží je vrstva *podkožního vaziva* (tela subcutanea, subcutis) tvořené sítěmi kolagenních a elastických vláken, mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky. Podkožní vazivo je potenciační tukovou tkání, schopnou deponovat v buňkách hojný počet tukových kapének (2).

Kůže je mnohotvárný orgán, nový pohled přinesl i objev *Langerhansových buněk* epidermis, které představují velmi výrazný představený orgán imunitního systému. Tyto buňky tvoří až 5 % veškeré populace buněk epidermis. Buňky jsou vybaveny receptory schopnými rozpoznávat antigeny a získanou informací dále zpracovávat (1, 2).

1.1.1 Fyziologie kůže

Každý orgán lidského těla má své specifické funkce. Nejinak tomu je u kůže, ve které probíhají involučně významné děje. Kůže chrání proti nepříznivým vlivům zevního prostředí. Hlubší tkáň chrání před mechanickými inzulty, a to díky své pevnosti, pružnosti a posunlivosti proti své spodině. Rohová vrstva inhibovaná mazem i podkožní tuková tkáň jsou tepelným i elektrickým izolátorem. Rohová vrstva a melanin přiměřeně zachycují ultrafialové záření, zde má určitou úlohu také maz a urokánová kyselina. Dalšími funkcemi je keratinizace, melanogeneze, imunitní funkce, které zajišťují lymfocyty, monocyty, makrofágy a Langerhansovy buňky, termoregulace, která je řízena vegetativním nervstvem. Kůže je málo propustná pro plyny a tekutiny, tím chrání organismus před vysycháním, v malé míře se pak účastní i při dýchání. Chemické látky, např. léky k zevnímu užití vnikají do kůže cestou mazových a potních žláz. V tucích rozpustné látky se vstřebávají nejvíce mazovými žlázami, látky ve vodě rozpustné pak potními. Tuto funkci zajišťuje permeabilita, jinak je kůže díky kožní bariéře těžko propustná. Kůže vylučuje keratin, melanin, pot a maz. Sekreční činnost plní celou řadu úkolů a kůže se jejím prostřednictvím zbavuje i částí katabolitů. Kůže vytváří i řadu různých ochranných látek, enzymů, vitamín D aj., čímž se významně podílí na celkové látkové výměně. Kůže a zvláště panniculus adiposus představuje skladiště tuku, vody, chloridu sodného a cukru. Proto je kůže považována také za zásobárnu výživných a jiných látek. Stejně tak je i sídlem pro cití. Zdravá kůže dokáže vnímat dotyk, tlak, teplo, chlad i bolest. Zvláštním pocitem je pak pruritus, který doprovází různé dermatózy (3).

1.2 Definice rány a její rozdělení

Rána (vulnarae) je porušení kůže, sliznice či povrchu některého z orgánů. Vyznačuje se třemi základními vlastnostmi, a těmi jsou: krvácení, bolest a ztráta tkáně. Pokud dojde ke vzniku rány, lze ji dále dělit dle způsobu, kterým vznikla. Proto je dobré ránu pečlivě analyzovat: popsat její lokalizaci,

tvar, okraje, velikost a hloubku. V případě, že je patrný směr jejího vzniku, popíšeme i ten. Defekty na kůži u člověka vznikají vnějšími a vnitřními vlivy, které jsou vyvolány různými mechanismy. Externí rány na lidské kůži jsou způsobeny infekcí, patologickým tlakem, vysokou nebo naopak velmi nízkou teplotou, radiační léčbou, dermatitis nebo traumaty, např. amputací, skalpací, décollement, střelným způsobem, uštknutím, pokousáním, hmyzím bodnutím atd. (4, 5).

Pokud je rána způsobena interními mechanismy, můžeme uvažovat o poruše některého z životních systémů, tedy žilního, tepenného, lymfatického, dále pak i o onemocnění krevní tvorby, metabolické poruše, autoimunitním onemocněním, neuropatií aj. (6).

Mezi mechanické rány patří rána řezná, vulnus scissum, rána vzniklá tlakem a tahem ostrého předmětu po kůži. Rána sečná, vulnus sectum, která vzniká šikmým nebo kolmým dopadem ostrého předmětu na povrch těla, dále rána bodná, vulnus punctum, která vzniká proniknutím ostrého či tupého předmětu do hloubky těla. Mezi další patří také rány střelné, vulnus sclopetarium, kam řadíme postřely, zástřely, průstřely. Objevují se i rány vzniklé kousnutím od zvířete nebo člověka, vulnus morsum, a rány tržné, vulnus lacerum, které vznikají prasknutím kůže pod vlivem tahu. Jako poslední můžeme rozeznat ránu způsobenou tupým nárazem, tedy ránu zhmožděnou, vulnus contusum. Pokud se tento typ rány spojí s mechanismem rány tržné, vzniká tak vulnus lacerocontusum, rána tržně-zhmožděná (7).

Dalšími mechanismy pro porušení povrchu kůže, sliznice nebo orgánu jsou mechanismy chemické, které jsou způsobeny různými látkami typu kyselin nebo louchů, rány termické vzniklé popálením, opařením, omrznutím, rány aktinické, které jsou vyvolány radiačním zářením. Chirurgické rány vznikají záměrně z vědomé incize kůže a podkožních struktur, které se provádí za aseptických podmínek (7).

Rány vzniklé ve zdravých tkáních, které se obvykle hojí do 6 týdnů od jejich vzniku, jsou označovány jako akutní. Takové rány vznikají úrazem nebo právě chirurgickým zákrokem. Tyto typy ran se hojí přímým přirůstáním okrajů, tedy per primam (8).

V případě, že je rána s nějakým tkáňovým deficitem, který si žádá doplnění novotvorby, mluvíme o hojení ran per secundam. O chronicky se hojící ráně hovoříme, pokud se rána hojí sekundárně. Tento proces trvá déle jak 6 týdnů a je provázen destrukcí i tvorbou granulační tkáně. Při takových procesech se mohou negativně uplatnit celkové a místní faktory. Chronická rána je označována jako pomalu se hojící. Dle doporučení Evropské asociace společností ran (EWMA) bylo v květnu roku 2010 doporučeno používat odborný výraz nehojící se rána (non-healing wound) (6, 9, 10).

1.2.1 První pomoc při akutně vzniklé ráně

Předlékařská první pomoc je pro člověka v akutním ohrožení života jedním z nejdůležitějších kroků v jeho záchraně. U některých případů se dá konstatovat, že to, jak bude poraněnému poskytnuta první pomoc, se může odrazit na jeho následném zdravotním stavu. Při porušení celistvosti tkáně může dojít k masivnímu krvácení arteriálnímu, venóznímu, kapilárnímu či smíšenému. Již 20 - 30% ztráta z objemu krve vede k rozvoji šoku, 50% ztráta je až smrtelná. Při poskytnutí první pomoci u osob s akutně vzniklou ránou je důležité,

abychom použili gumové rukavice, neboť tak snížíme riziko nákazy infekce u poraněného a především u sebe samého. Při masivním krvácení u člověka je první zásadou stlačit ránu, a to nejlépe přes kapesník či igelit aj. Ránu, popřípadě končetinu musíme zvednout nad úroveň srdce. Pokud se jedná o krvácení arteriální, končetinu zmáčkneme, zaškrtneme atd. Poraněnou osobu posadíme nebo položíme a přiložíme tzv. tlakový obvaz, a pouze v případě velmi prudkého krvácení končetinu zaškrtneme. Na periférii končetiny, kde byl tlakový obvaz umístěn, kontrolujeme pulz, který musí být neustále hmatný. Pokud do příjezdu záchranné zdravotnické služby obvaz prosákne, přiložíme na něj další krytí a v případě, že prosákne i to, musíme poškozené místo zaškrtnit nejméně 5centimetrovým škrtidlem tak, aby pulz hmatný nebyl. Každé 2-3 minuty škrtidlo povolíme a končetinu po celou dobu ochlazujeme (11).

U drobných nekrvácících ran provedeme desinfekci okolí, což lze provést např. peroxidem vodíku. Dalším krokem k ošetření je sterilní překrytí postiženého místa, popř. znehybnění končetiny ve zvýšené poloze a dle velikosti a druhu poranění zajistíme odborné ošetření. U rány znečištěné je důležité provést vymytí mýdlem, kartáčkem a vodou a následně desinfikovat její okolí. Pokračujeme stejně jako u drobných ran, tedy sterilním krytím a po zhodnocení zajištěním odborné péče. U drobných řezných ran použijeme desinfekci a tzv. „mašličku“, kterou vytvoříme z náplasti. Pokud rána obsahuje cizí tělesa, nikdy se nesnažíme je vyjmout. Leží-li předmět volně v ráně, zafixujeme ho. Ránu následně desinfikujeme, sterilně přikryjeme a zajistíme odborné ošetření. Ztrátová poranění, amputace, jsou provázena tepenným krvácením, proto je nutné využití zaškrcovadla. Ránu sterilně kryjeme, amputát vložíme do sáčku a následně do nádoby s ledem. U takových případů je odborné ošetření naléhavé a dopravení do příslušného zdravotnického zařízení více než nutné. Méně závažné je bodnutí hmyzem. Postižené místo desinfikujeme a rozvine – li se alergická reakce, podáme antihistaminika. Při zhoršení stavu je nutný transport k lékaři. Další z možností rány je přisátí klíštěte. První pomoc spočívá v nalití desinfekčního roztoku do skleničky, kterou přiklopíme a několik minut necháme působit. Klíště se pustí, nebo ho vyvikláme a ranku desinfikujeme. Otrávené rány, uštknutí hadem, nevsáváme, nerozřezáváme, nevypalujeme, končetinu pouze znehybníme a ochlazujeme. Pokud můžeme, zjistíme, jaký druh hada postiženého uštkl, kvůli podání správného séra. U pokousání psem se snažíme ránu dokonale vymýt, desinfikovat její okolí a následně pak opět zajistit lékařské ošetření. Nutností v takové situaci je zajištění potvrzení od zvěrolékaře, že je zvíře očkováno proti vzteklině (12).

Fáze hojení ran

Pro pacienty i ošetřující personál je na prvním místě výhodnější prevence vzniku ran než jejich následná léčba (13).

Pro člověka je hojení ran přirozeným obranným systémem pohybu a dělení buněk, který je spuštěn v okamžiku, dojde - li k jakémukoli ráně na těle. U zdravého jedince je tento mechanismus tak silný, že dokáže zvládnout veškeré akutní rány a následné hojení probíhá per primam. S možnou infekcí se dokáže tento organismus také poprat v relativně krátkém čase. Ovšem s případy, kdy dochází k samotnému

dlohodobému hojení ulcerací a jiných defektů, se setkáváme u klientů, kteří trpí chronickým onemocněním, u starších 65 let, u klientů se zhoršeným nutričním stavem a sníženou schopností sebepečce. Hojení ran je kontinuální proces, ve kterém se jeho jednotlivé fáze navzájem prolínají a navazují jedna na druhou (6).

U polymorbidních nemocných je však proces vždy komplikovaný, obzvlášť má-li pacient v anamnéze diabetes melitus (14).

Pokud shrneme předešlé poznatky do jedné věty, schopnost hojení rány závisí na celkovém stavu organismu a z něj vycházejících okolností, na příčině vzniku traumatu, na stavu a lokalizaci rány i na přítomnosti či absenci infekce. Nesmíme však opomenout, že pro správné hojení rány je důležité mít vyváženou nutriční, pravidelnou hygienu s péčí o kůži (15, 16).

Některé vlivy působící na kožní orgán mohou samotný průběh hojení rušit. Jedná se o malnutrice s nedostatkem zinku, bílkovin, železa, vitamínu C – kyseliny askorbové, která podporuje tvorbu bílkovin, především bílkoviny kolagenu v pojivě tkáni, má detoxikační účinek a podporuje tvorbu protiláték (17).

Hojení zpomalují nekrózy, cizí tělesa v poškozené tkáni, edémy, hematomy nebo séromy. Ovšem nejzávažnější poruchou je infekce rány. V takových případech dochází k různým formám degenerace tkáně až k samotné nekróze. Hojení ran je proces, který se skládá ze 3 fází. Počáteční je *fáze exsudativní* (čisticí fáze, fáze čištění rány). Stavební kámen pro hojení ran je včasný zánět. Dochází k sekreci z krevních a lymfatických cév, aktivuje se trombokináza, enzym uvolňující se v krvi a nastává proces samotného srážení, tedy tvorba fibrinu. Po uplynutí 10 minut začíná obrana proti infekci a čištění rány, dochází k propustnosti kapilár, kam se z krevní plasmy dostávají do oblasti rány protilátky, leukocyty, makrofágy. Zaniklá tkáň, cizí tělesa a zárodky jsou eliminovány a likvidovány fagocytózou a proteolýzou. Dále dojde k rozvoji mitózy a rána je tak ještě čistší. V následnosti na makrofágy se množí také fibroblasty vytvořené granulační tkáň. Navazující fáze se nazývá *poliferace* (granulační fáze, vytvoření granulační tkáně). Fibroblasty vytvářejí 4. Den mukopolysacharidy s obsahem hexosaminů (mateřská tkáň řídí tvorbu kolagenových pojivých vláken). Následuje tvorba prokolagenu, vylučují se spirálovitě vázaná vlákna, která se přilepují na buňky fibroblastů. Jednotlivá kolagenová vlákna tak zesilují a podporují se ve vzájemné pomoci s vitamínem C, O₂ a železem. Vznikne nerozpustné kolagenové vlákno a domatrice vrůstají nové vlasové kapiláry. Dalším krokem v této fázi je tvorba a vznik fibrinového náletu, do něj vrůstají pojivě buňky, vytvářejí vrstvu sekretu a takto se postupně vyplňuje defekt. 3. *fáze diferenciacce* (epitelizační fáze, vyžrávání, tvorba jizvy a epitelizace) probíhá 6. – 10. den, kdy dozrávají kolagenová vlákna. Pod vlivem myofibroblastů se rána stahuje, z granulační tkáně se ztrácí voda a cévy. Tvoří se jizva, prohlubuje se kontrakce rány. Individuálně se stanovuje frekvence výměny obvazů u každé rány. Záleží na stavu a druhu zvoleného obvazového materiálu, ale ve fázi čisticí je výměna obvazů častější než ve fázi epitelizační či granulační (15, 18, 19).

Nejdůležitější substancí pro hojení ran jsou proteiny, lipidy, vitamíny, stopové prvky a kyslík. Rušivými vlivy mohou být infekce, nedostatečné prokrvení, defekt látkové výměny a imunitního systému, místní vlivy (vychladnutí, vysychání rány) (15, 18).

Ukončení hojení ran zajišťuje epitelizace, dochází k tvorbě nových buněk epidermis, to probíhá mitózou buněk od okrajů rány za pomoci zkapalněného fibrinu, nová tkáň je tak odkázána na plazmatickou výživu z mateřské tkáně (15, 18).

1.3 Vlastní ošetřování rány

Péče o klienta, který je hospitalizovaný v nemocničním zařízení s kožní ránou, je založená na komplexním přístupu a moderních postupech při ošetření těchto defektů. Povzbudivých výsledků i v situaci, která se může zdát jako nepříznivá, lze dosáhnout tehdy, pokud zdravotnický tým a pacient vzájemně spolupracují (20).

Při samotném ošetření rány musíme nejdříve zvolit příslušný materiál dle charakteru rány. V lokální léčbě chronického defektu se vyhýbáme antibiotikům a dalším externům s vysoce senzibilizačním potenciálem. V zevní léčbě jde naopak využívat různé prostředky, které jsou někdy rozdělovány na „klasické“ a „moderní“, ty společně můžeme střídát s ohledem na charakter rány. Intervenci lékaře, chirurga vyžaduje provedení nekrektomie a především ošetření abscesů a píštělí. K těmto účelům existují přehledné manuály typologie chronických ran a jejich nechirurgického ošetřování. Klasické prostředky k ošetřování ran mohou být používány ve všech fázích péče o defekt, nejčastěji jsou však používány magistraliter připravené masti v mastové náplasti, např. 5% salicylová vazelína, 3% borová vazelína či pasta, masti s 1% argenticum nitricum, masti a pasty s antibiotickým obsahem, popř. kombinovaná externa. Moderní krytí ran se uplatňuje zejména v posledních letech, kdy došlo k jeho velkému rozvoji při léčbě a hojení ran. Vlhké hojení se upřednostňuje v souladu s konceptem fázového hojení rány. Přiměřená vlhkost totiž zajišťuje rychlejší hojení než suché prostředí. Takové druhy obvazů poskytují při správném výběru krytí vhodnou výměnu vodních par a plynů. Podle charakteru rány lze využít obvazy okluzivní, semiokluzivní či permeabilní a semipermeabilní. Výhodou tohoto krytí je udržení stabilní teploty, která zajistí rychlejší hojení ran. Moderní krytí neabsorbuje mikroorganismy a mělo by vyloučit další kontaminaci rány. Ve většině případů jsou tyto materiály vyráběny z materiálů s minimálním rizikem senzibilizace a iritace (21, 3).

Pro klienty s chronicky se hojící ránou jsou tyto materiály přínosné i pro jejich komfort v léčbě vzhledem k snadné manipulaci, bezbolestné snímatelnosti a k prodloužení intervalu mezi samotným převazem defektu. Některé mají i analgetický účinek a mohou pohlcovat i nepříjemný zápach (3, 21).

1.3.1 Prostředky k „modernímu“ čištění rány

S vývojem technik, které klientům dopřávají komfort v cestě za uzdravením, využívá moderní medicína nejnovější poznatky ze svého okolí. Ačkoli jsou některé tyto materiály finančně náročné, ošetřující personál se přiklání k jejich každodennímu využití. Mezi takové prostředky řadíme jak magistraliter připravené preparáty, tak speciality s různým specifickým účinkem (21).

K vyčištění spodiny rány řadíme enzymatické preparáty (kolagenózy, fibrinogenolytika), hydrogely, tzv. mokrou terapii, antiseptika a larvoterapii (3).

Tzv. vlhké hojení rány je moderním trendem léčby. Rána se ve vlhkém prostředí s permeabilním obvazem hojí rychleji

a kvalitněji, než když se spodina rány udržuje v suchu a je vystavena proudění vzduchu (13).

Přípravky s enzymatickým účinkem obsahují hydrolyzující enzymy, které působí v místech, kde je tkáň patologicky změněna. Zmínit můžeme např. Iruzol Mono mast Knoll s obsahem kolagenázy, která štěpí kolagen a odstraňuje nekrotický materiál nebo Fibrolan mast Parker-Davis s plazminem, který rozpouští fibrinové povlaky bez poškození zdravých buněk, a s deoxyribonukleázou, která rozkládá DNA ze zbytků jader poškozených buněk. U suchých nekrotických či povleklých ran je možné použít hydrogely. Gel má schopnost rehydratovat suchou spodinu rány, podpořit demarkaci nekrotické a usnadnit její snesení. Vhodná je také kombinace s dalšími typy obvazů, např. s Actisorb plus či s Inadine. Při monoterapii je kontraindikováno krytí mulovým materiálem. Proto je nutné použít filmové materiály. Tzv. mokrá terapie využívá krytí, jehož podstatou je polyakrylátový polštář s absorpčním jádrem, který aktivujeme při aplikaci zalitím příslušným množstvím Ringerova roztoku. Další skupina specialit jsou preparáty s antiseptiky a antibakteriálními látkami, s muciprocinem, houba s gentamycinem a hovězím kolagenem. Poslední skupinu tvoří preparáty s obsahem kyseliny hyaluronové (21).

1.3.1 Prostředky k „modernímu“ krytí ran a kožních defektů

Terapeutické obvazy lze rozdělit do několika základních skupin na neadhezivní kontaktní obvazy, antiseptická krytí, aktivní uhlí, hydrokoloidy, hydrogely, algináty, polyuretany a pěny, transparentní krytí či transparentní pěny a další krytí, která kombinují výše uvedené materiály (13).

Hydrokoloidní krytí představuje dvouvrstevné materiály, které jsou složeny ze zevní pěnové vrstvy pro vodu nepropustné, a z vnitřní absorpční vrstvy hydrokoloidu. Hydroaktivní část obvazu reaguje se sekretem z rány a vytváří přibývající gelovou hmotu. Jedna z indikací pro výměnu tohoto krycího materiálu je vyklenutí obvazu, vytvoření „puchýře“. Takové krytí je vhodné u případů s granulujícími ránami, mírně až středně secerujícími. U hlubokých ran je můžeme kombinovat s hydrokoloidními pastami. **Algináty** jsou vyrobeny z velkého množství mořských řas. Jde o natriumalginát a kalciumalginát. Jeho vlákna vytvářejí se sekretem rány neadhezivní gel, který působí jako vlhký obväz, a současně pohlcují zbytky odumřelých buněk, hnis. Použití je vhodné u silných secerujících ran, jako jsou dekubity. Kontraindikací je rána s malou sekrecí. **Hydropolymer** jsou materiály podobné hydrokoloidům, polymery s hydrofilním účinkem, které svou aplikací na poškozenou tkáň zajistí vlhké prostředí (21).

Absorpční krytí s aktivním uhlím se uplatňují především u silně secerujících ran v době čištění a granulace. Uhlí absorbuje sekret z rány a redukuje zápach (13).

Pěnová polyuretanová krytí představují polopropustné obvazy složeny z pěnové polyuretanové hmoty. Ta napomáhá k výměně plynů a par, s exsudátem odstraní i zbytky odumřelých buněk. **Krytí ze síťových materiálů** představují tkaniny z viskózy nebo bavlny, které jsou impregnovány masťovým základem nebo doplněny další účinnou složkou, jodem, silikonem a dalšími látkami. Využití lze převážně u povrchových ran. **Xerogely** se vyznačují výraznou absorpční kapacitou, jsou používány jak v monoterapii, tak v kombina-

ci s hydrokoloidy. **Transparentní filmy** jsou flexibilní samolepicí a propustné pro vodní páry, tvoří tak bariéru pro infekci. Používají se u povrchových poškození kůže nebo jako sekundární krytí. **Absorpční krytí** se mnohdy využívá až v případě sekundárního krytí u silně secerujících ran. Pro výraznou sací schopnost se používá jako náhrada za klasickou gázu. **Gelové obvazy** jsou transparentní materiály z polyuretanu s velmi vysokým podílem vody. V ráně vytvářejí vlhké prostředí a absorbují nadbytečný sekret. Poskytují tak monitorování rány bez nutného převazu. Biomechanické obvazy je krytí složeno z oxidované celulózy s kolagenem, které je schopno inaktivovat činnost proteáz v chronické ráně a zároveň je schopno chránit růstové faktory. Materiály s touto schopností jsou určeny pro středně secerující granulující a epitelizující rány (21).

1.3.2 Další možnosti léčení chronických ran

Jako další možnosti, které se uplatňují v léčbě chronických ran, lze využít několik moderních technik. Jednou z nich je využití **laseru**, ten se více jak 40 let uplatňuje v několika oborech. V medicíně má své zastoupení převážně v léčbě kožních defektů. Má příznivý efekt na živou tkáň v podpoře regenerační schopnosti organismu, a to biostimulační, protizánětlivý a protibolestivý. Zároveň působí také vazodilatačně, anti-dematózně a in vitro baktericidně (22).

Při využití laseroterapie je nutné dodržovat poměrně přísná bezpečnostní opatření, která jsou dána normami a odstupňována podle bezpečnostních tříd, do nichž jsou laserové přístroje řazeny (23).

Účinky založené na využití polarizovaného světla, které však na rozdíl od laseru není monochromatické ani koherentní, využívá **biolampa – bioprotonová lampa** (24).

Její analgetický a stimulační účinek podporuje hojení tkáně, granulaci, aktivuje fibroblasty, kapilární cévy a epitelie (3, 24).

Hyperbarická oxygenterapie (HBO) je léčebná metoda využívající schopnosti krve při vyšším atmosférickém tlaku dopravit k orgánům vyšší množství kyslíku (25).

Dochází tak ke zlepšení stavu ischemizovaných tkání. Hyperbarická oxygenterapie podporuje tvorbu kapilár, stimuluje fibroblasty, působí preventivně proti edému a má částečně antimikrobiální účinek. **Pneumatické přístroje**, např. vasotrain, tedy střídání podtlaku a přetlaku nebo manžetová pneumatická komprese, cyklicky se opakující komprese postupují od periférie k centru s následnou dekompresí. Tyto metody dopomáhají ke zlepšení prokrvení končetiny a mohou být také prevencí trombóz, chronické žilní insuficience, aj. (3).

Posledním možným krokem pro léčbu chronických ran mohou být **chirurgické plastiky a transplantace kůže**. „Kožní transplantace je možná jako alotransplantace, xenotransplantace či jako aplikace tkáňové kultury keratinocytů.“ K jejich krytí pak ošetřující personál může použít i speciální krycí materiály (3).

1.4 Namibie – Namibijská republika, Republic of Namibia

„Namibie – jedinečná krasavice (26).“

To jsou slova autorky Martiny Svobodové, která popisuje Namibii od její prehistorie až po dnešní dobu. Tato země leží v jihozápadní části afrického kontinentu při březích Atlantického oceánu. Svoji samostatnost získala v roce 1990, předtím byla Namibie německou kolonií (27).

Oficiální název státu je Namibijská republika s hlavním městem Windhoek. Její rozloha je 824 269 km² s 2,108 mil. (k roku 2009) obyvatel, z nichž je 90 % křesťanů (51 % luteránského vyznání, 19 % římskokatolického vyznání, 6 % holandské reformové církve a 5 % anglikánského vyznání), 10 % tvoří různá animistická náboženství. Úředním jazykem této země je anglický jazyk, ale setkat se tu můžeme i s místními černošskými jazyky, oshivambo, nama/damara, herero, lozi, kwangali a tswana, 10 % obyvatel hovoří afrikánsky (běloši a barevní), potomci Němců pak stále hovoří německy (28).

1.4.1 Zdravotní péče v Namibii

V Namibii je úroveň poskytované zdravotní péče dobrá, ale je zde rozdíl v kvalitě mezi státními zdravotnickými zařízeními, která jsou bezplatná či dostupná široké veřejnosti, a soukromými klinikami, kde se za ošetření platí nemalá částka (28).

V afrických zemích je zdravotní péče většinou dostupná v síti veřejných zdravotnických zařízení, ta jsou ale velmi řídká, se špatnou materiální a personální vybaveností. Proto bývají země závislé na mezinárodní pomoci (29).

Systém zdravotní péče v této zemi má paralely ke vzdělávacímu systému v mnoha ohledech. Zdravotnický systém trpí nedostatečnou kvalifikací a motivací svých zaměstnanců, což je výsledkem špatných pracovních podmínek a odměňování zdravotnických pracovníků. Z naprosto pochopitelných důvodů se většina lékařů a sester snaží pracovat v soukromých ordinacích a nemocnicích, kde jsou mnohem lépe finančně ohodnoceni a mají i lepší pracovní podmínky. Rozsah a úroveň zdravotnických služeb a know-how v oblasti soukromých zdravotnických zařízení jsou zcela srovnatelné s obvyklou západní evropskou úrovní. Klienti, kteří potřebují speciální ošetření nebo akutní zásahy a kteří si tuto péči mohou dovolit, často postrádají potřebné odborníky. Proto raději létají do Jižní Afriky, obvykle do Kapského Města. Nicméně odborníci čas od času přijíždí z Jižní Afriky do Windhoeku, kde pak provádí speciální procedury a složité operace (alespoň těm, kteří si to mohou dovolit) (30, 33, 34).

1.4.2 Vzdělávání všeobecných sester v Namibii

Namibijská univerzita, dále jen UNAM, je největší a vedoucí instituce vyššího vzdělání v Namibii. Akademické programy na univerzitě sdílí osm fakult a tři školy, mimo jiné také Fakulta zdravotnických věd, pod kterou spadá Fakulta farmaceutická, Fakulta lékařská a Střední zdravotnická škola a Škola veřejného zdraví. Univerzita se řadí k nejlepším africkým univerzitám. Nově vzniklá univerzita neměla oddělení ošetřovatelství, s nimiž by Windhoek a Oshakati zdravotnické školy mohly být spojené. V důsledku toho bylo usneseno, že dojde ke zřízení Fakulty zdravotnických a lékařských věd na univerzitě, a to se schopností převzetí odpovědnosti za odborné vzdělávání sester a porodních asistentek. Střední zdravotnická škola a Škola veřejného zdraví v současné době poskytuje vysokoškolské kurzy v ošetřovatelství jako přeregistraci před studiem ve Windhoeku a Oshakati areálech. Z bakalářských studijních oborů nabízí obor ošetřovatelství, obor rentgenové diagnostiky. Další vzdělání se specializací je možné pouze v postgraduálním studiu. Jedná se o postgraduální certifikát ve farmakoterapii, postgraduální studium v oboru porodní asistence, postgraduální studium v intenzivní péči, postgra-

duální studium v rámci mimořádných ošetřovatelství (Trauma), postgraduální studium v operačním sále ošetřovatelství, postgraduální diplom v oboru klinická výuka, postgraduální studium v podpoře zdraví, klinické diagnózy a léčby. Minimální délka denního studia oboru Diplom v komplexním ošetřovatelství a porodnictví je 4 roky. Celý akademický rok je rozdělen do 2 semestrů s celkem 28 výukovými týdny, které jsou ohodnoceny kredity dle Namibijského kvalifikačního úřadu, tzv. Namibia Qualifications Authority (31, 32).

Nursing Act, zákon, který byl schválen parlamentem a podepsán nejvyšší hlavou státu, tedy prezidentem, v roce 2004 se zabývá nejen organizací, funkcemi a pravomocemi namibijské Rady Sester, tzv. Nursing Council, ale především upravuje podmínky ke vzdělávání, výcviku, kvalifikacím a registracím zdravotních pracovníků, včetně všeobecných sester a porodních asistentek. Podle výše zmíněného zákona může profesí sestry vykonávat registrovaná sestra nebo sestra přihlášená. Dle Zákona ošetřovatelských profesí, tzv. Nursing Professions Act, mohou jedinci nelékařské povolání vykonávat pouze pod supervizí registrované sestry či porodní asistentky a s jinými kompetencemi než registrované sestry (31, 33, 34).

1.4.3 Ošetřovatelská péče o rány v Namibii

V Namibii se jako standardy ošetřovatelské péče využívají Guidelines - předpisy. Předpis hojení ran je spojen s akutním krvácením. Management péče obsahuje první pomoc a dále pak samotnou ošetřovatelskou péči u klienta s ránou. Jako první krok je třeba zastavit krvácení pomocí tlaku ruky nebo dočasným tlakem a přiložit obvaz. Poškozenou část těla je nutné uložit do zvýšené polohy. Lékař či sestra by poté měli zkontrolovat okolní tkáň, cévy, nervy, kosti a jiné místní poškození. V případě nutnosti akutního chirurgického zákroku, tedy šití, se pro malé plochy využívá anestezie Lidocain 2%, na větší části poškození Lignocaine s Epinephrine 2%. Samozřejmostí je prevence infekce rány. Zdravotník musí z rány odstranit veškeré nečistoty a cizí tělesa, důkladně ji očistit vodou, mýdlem a zředěným Povidone-Iodine. Cílem při léčbě ran je podpora hojení. V předpisu je uvedeno využití pouze čistých obvazů s častou frekvencí výměny, časová intervence nebo nařízení zde ale uvedeny nejsou. Malé rány se nechávají otevřené, ve vyvýšené poloze a na jejich ošetření využívají sestry Betadine mast. V případě, že hrozí nebezpečí infekce, by měl lékař naordinovat širokospektrá antibiotika a sestra je dle ordinace lékaře musí podat. Střelné rány, kousnutí a rány, které jsou staré více než 8 hodin, by neměly být sešity, ale spíše vyčištěny a ošetřeny obvazovým materiálem. Na poskytnutí úlevy od bolesti mají namibijské zdravotníky k dispozici Paracetamol, Tramadol, Petidine, k druhu léku se přistupuje podle závažnosti poranění. Intramuskulárně se aplikuje vakcína tetanu a je důležité pravidelné sledování rány klienta (35).

Při ošetřování ran ale většina obyvatel především ve venkovských oblastech využívá léčivou sílu rostlin, a to zejména k léčbě kožních onemocnění (27).

1.5 Česká republika

Česká republika je rájem pro všechny, kteří milují historii, přírodu, dobré jídlo či historii. Tento vnitrozemský stát ležící ve středu Evropy vznikl 1. ledna 1993, kdy se oddělil od Slovenské republiky, se kterou tvořil Československo, a to

od roku 1918. Hlavním městem je Praha. Ta se může pyšnit bohatou historickou architekturou různých slohů a díky svému stáří je i jednou z nejvyhledávanějších lokalit nejen pro turisty, ale také například pro filmové tvůrce. Úředním jazykem je čeština, rozloha země je pak 78 864 km² a celkový počet obyvatel činí 10,4 mil. (36).

V roce 2004 byla Česká republika přijata jako jeden z členských států do Evropské unie a od roku 2007 je také součástí Schengenského prostoru. Světoznámá je tato malá země svou výrobou piva. Patrně nejoblíbenější je v zahraničí to plzeňské, Pilsner. Česká republika proslula i výrobou vína, minerálních vod, porcelánem, kuchyní a osobnostmi, jako jsou skladatelé Bedřich Smetana, Antonín Dvořák, malíř Alfons Mucha, spisovatelé Franz Kafka, Michal Viewegh, zpěvák Karel Gott nebo sportovci, kteří reprezentují Česko na mezinárodních a světově uznávaných soutěžích (36).

1.5.1 Zdravotní péče v České republice

Když v roce 2004 vstoupila Česká republika do Evropské unie, znamenalo to pro české zdravotnictví nesmírně závažný krok, protože její politika a standardy budou omezovat a ovlivňovat naši vlastní budoucnost. Do práce, kterou konáme, do našich postojů k pacientům, kolegům i práci se promítne evropské zaujetí pro kvalitu a bezpečnost zdravotní péče (37).

V letech 1992 – 1993 bylo v České republice opět zavedeno statutární zdravotní pojištění. „Jeho legislativní základ tvoří čtyři zákony – zákon 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zákon 592/1992 Sb. o pojistném na veřejném zdravotním pojištění, zákon 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a konečně zákon 280/1192 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách (29).“

Český systém veřejného pojištění je postaven na několika principech. Především je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele, který má sídlo v České republice. Sazba zdravotního pojistného z vyměřovacího platového základu je pevná, 13,5 %, a určená zákonem. Za některé osoby, které nemají stálý příjem, platí zdravotní pojištění stát. Jde zejména o děti, a to až do věku, dokud nemají ukončené přípravy na své povolání, příjemce starobního důchodu nebo osoby v důchodovém věku, dále pak nezaměstnané registrované na úřadu práce, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti pečující o menší děti apod. Zdravotní péče hrazená pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovena zákonem 48/1198 Sb., kombinací pozitivního a negativního vymezení zdravotních služeb. Zdravotní péči uhrazují pojišťovny na základě smluv s poskytovateli zdravotní péče, jejichž atributy jsou dány tzv. rámcovými smlouvami, které jsou výsledkem určité formy kolektivního vyjednávání mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče. Výsledky tohoto řízení musí potvrdit Ministerstvo zdravotnictví, které může za určitých podmínek samo ceny stanovit (29).

1.5.2 Vzdělávání všeobecných sester v České republice

Pojetí ošetrovatelství se za dobu své existence významně změnilo a stejně tak i postavení sester. Tento obor je chápán jako společenskovední disciplína, která se rozvíjí na základě

vědeckého výzkumu. Nejdůležitějšími východisky změn byly dokumenty Rady Evropy, která v šedesátých letech 20. století vytvořila směrnice pro jednotnou kvalifikaci a vzdělávání sester na základě společné dohody několika evropských zemí, kterou svým podpisem stvrdilo 12 evropských států tvořících EHS (38).

Kvalifikační příprava sester probíhá od roku 2004/2005 pouze na vyšších zdravotnických a na vysokých školách či univerzitách v souladu s příslušnými sektorovými a oborovými směrnici Evropské unie. Právní úprava o získávání způsobilosti k výkonu zdravotních povolání byla nevyhovující a neodpovídala ani aktuálním potřebám zdravotnictví a některým předpisům Evropské unie (dále jen EU). Proto 1. dubna 2004 vstoupil v platnost velmi očekávaný 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, který tímto podmiňuje jak negraduační, tak postgraduální vzdělávání sester. Podstatnou a důležitou změnou tohoto zákona je vymezení výkonu zdravotnického povolání, a to na výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem, pod přímým vedením (39).

Na středních zdravotnických školách byla výuka díky změně legislativy a transformaci vzdělávání ukončena. Od školního roku 2004/2005 jsou studenti přijímáni ke studiu již jako zdravotničtí asistenti. Škola stále vychovává zdravotnické pracovníky, ovšem svou činnost mohou vykonávat pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry či lékaře. Čtyřleté studium je ukončeno maturitní zkouškou. Další odborné vzdělání mají možnost sestry získat na vyšších zdravotnických školách, které v České republice existují od roku 1996 a poskytují tříleté základní odborné studium. Je určeno pro všechny absolventy středních škol a poskytuje kvalifikaci v různých oborech, např. diplomovaná všeobecná sestra. Absolventi jsou podle zákona označováni jako diplomovaní specialisté (DiS.) Škola má po obsahové a formální stránce velmi blízko k vysoké škole a studium je zakončené absolutoriem (39).

V bakalářských a magisterských studijních oborech jsou budoucí zdravotničtí pracovníci připravováni na univerzitách. Svoji historii má i registrace sester, která dnes spočívá v principu zvyšování kvality poskytované péče prostřednictvím celoživotního vzdělávání, což vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Nejprve existovala registrace dobrovolná, byl to projekt, který zahájila Thomayerova nemocnice v roce 1971. Marta Staňková a Dana Jurásková vycházely z toho, že 70 % sester se po maturitě nevzdělává a že je nutno toto změnit. Svůj pilotní projekt realizovaly v několika nemocnicích. Jeho cílem bylo konkrétně osvětlit vzdělanostní úroveň českých sester, časové a jiné možnosti dalšího vzdělávání. Podle toho byl navržen reálný kreditní systém, který stanovil počet kreditních bodů za vzdělávací aktivity, nutný k zaregistrování. Staňková se snažila, aby registrace byla státní, aby šla přes ministerstvo a aby ji také ministerstvo odstartovalo (38).

1.5.3 Kompetence všeobecných sester v České republice

Vzniklý celosvětový trh na začátku 21. století nabízí volný a rychlý pohyb odborníků, včetně sester po celém světě. Vý-

sledkem je značný zájem o mezinárodní uznání odborných kvalifikací a souvisejících kompetencí mnoha různých skupin odborně vzdělaných lidí. A právě jednu z těchto skupin tvoří i sestry. Záměrem

Mezinárodní rady sester (dále jen ICN) je, aby kompetence pomohly vyjasnit jejich roli a staly se tak vodítkem pro budoucí vzájemné smlouvy a vícenárodní licenční programy, o které se stále zvyšuje zájem. Dokument představuje strukturu kompetencí všeobecné sestry podle ICN při vstupu do praxe, tedy po ukončení základního vzdělávacího programu pro sestry v její zemi. „Kompetence by měly být dostatečně široké, aby je bylo možné uplatňovat v mezinárodním měřítku, a zároveň dostatečně specifické, aby se jimi mohly řídit země, které kompetence pro sestry zatím vypracované nemají (40).“

Přehled struktury kompetencí vypracovaný ICN viz příloha 1 (40). Existuje několik definic kompetencí. V mnoha literárních pramenech má slovo kompetence podobný význam jako slovo norma. Zaměstnavatelé organizací poskytující zdravotní péči mají tendenci popisovat kompetence ve vztahu k vykonávání povolání. Mezinárodní organizace práce popisuje kompetence ve vztahu k pracovním rolím na třech různých úrovních. Ústřední, široké, generické kompetence jsou očekávané od všech zaměstnanců, ať je jejich postavení nebo role v organizaci jakákoli. Kompetence úrovně jsou takové, které jsou vždy vyžadovány od pracovníků na specifických stupních neboli úrovních služebního postavení, a dále pak kompetence pro povolání specifické, které jsou nejpodrobnější a nejužší zaměřené (40).

V ošetrovatelských kompetencích existuje jednota při plnění ošetrovatelských rolí tak, aby odpovídaly normám požadovaných profesí. Odrážejí vlastnosti znalostí, pochopení, úsudek, určitý rozsah dovedností – kognitivních, technických nebo psychomotorických a komunikačních a řadu osobních vlastností a postojů. Definice kompetencí pro východiska mezinárodních kompetencí pro všeobecnou sestru zní:

„Úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.“ Struktura kompetencí pro všeobecnou sestru vypracovaná ICN byla odvozena na základě analýzy stávajících veřejných struktur a následně byla zdokonalena na základě získaných odpovědí z mezinárodních konzultací. Struktura ICN odráží nejen názory sester z mnoha zemí s odlišnými kulturami, ale především zkušenosti těch, kdo je v současné době používají. Struktura se vztahuje na všeobecnou sestru, která pracuje s jednotlivci, rodinami a komunitami v různých institucionálních i komunitních zdravotních zařízeních ve vzájemné spolupráci s ostatními poskytovateli zdravotní a sociální péče. Kompetence ICN pro všeobecnou sestru byly seskupeny do tří skupin: profesionální, etická a zákonná praxe, poskytování a management péče, profesionální rozvoj (40).

1.5.4 Ošetrovatelská péče o rány v České republice

Ošetrovatelství je multidisciplinární obor, kde je důležité, aby celý zdravotnický tým navzájem komunikoval a plnil postupy vedoucí k uzdravení klienta. Znamená to, že po zhodnocení stavu lékařem jsou stanoveny takové ordinace, kterými by se měla sestra řídit (41).

Tyto sesterské úkony by měly být prováděny za aseptických podmínek a podle standardů ošetrovatelské péče v jednotlivých klinických zařízeních. Tak lze předcházet možným

mu riziku šíření infekce (42).

Rány hojící se per sekundam znamenají pro pacienta i personál větší zátěž. Mezi nejčastěji takto se hojící rány patří malignity, vředy, tibiální lacerace a otevřené chirurgické rány. Obvaz usnadní práci sestrám, urychlí hojení rány a zvýší tak samotný komfort klienta. Personál pečující o člověka s takovou diagnózou by měl vždy zajistit, aby rána zůstala vlhká, měla optimální teplotu, nebyla traumatizována při převazu, neinfikovala se a byla zbavena exsudátu a nektróz (25).

Pokud se jedná o klienta, který je mobilní, převaz je prováděn na převazovně, v opačném případě, tedy u nemocných, kteří jsou upoutáni na lůžko, je převaz proveden právě tam. Před samotným převazem si sestra musí desinfikovat ruce dle desinfekčního řádu a standardu oddělení a nesmí zapomenout ani na ochranné pomůcky při výkonu (42).

Před každým výkonem by měl ošetřující personál klienta seznámit s tím, co bude provádět. Cílenými dotazy si tak i zjistí, zda klient/pacient není alergický na některý z prostředků, který bude při ošetřování použitý, zaujme s ním nejvýhodnější polohu a neustále s ním komunikuje. Předem vybavený převazový vozík si připraví sestra k lůžku, aby byl veškerý materiál, který bude využit, okamžitě k dispozici. Při obnažení části těla, na které se rána nachází, by sestra z etického hlediska neměla zapomenout na zachování dostatečné intimity. Dalším krokem je zakrytí lůžka nejlépe savou podložkou, která chrání lůžkoviny před znečištěním. Dále si sestra položí co nejbližší k postiženému místu emitní misku, kam odloží sejmutý obvaz. Společně s lékařem zhodnotí původní obvaz, tedy prosáknutí, zápach, barvu, efektivnost a dále pak mu podá sterilní pinzetu a sterilní tampóny, které nad emitní miskou polije desinfekčním přípravkem. Ránu opět zhodnotí, dle ordinace lékaře zvolí vhodný materiál a fixaci. Po ukončení převazu uloží sestra nemocného do vyhovující polohy, uklidí veškeré pomůcky, omyje si ruce a desinfikuje si je. Veškeré prováděné výkony zapíše do dokumentace, a je-li to možné, edukuje pacienta, jeho rodinu a v neposlední řadě ošetřující personál (43, 25).

1.6 Irsko

Irsko, stále zelený ostrov s celkovou rozlohou 84 421 km² a 3,4 mil. obyvatel, proslulé pobřežím, láskou k hudbě, tanci, písním, koňskými dostihy a oblibou k jídlu. Tato země je označována za zemi světců a je rodištěm mnoha slavných, anglicky píšících spisovatelů, moderních rockových skupin a zpěvaček. Z geologického hlediska je rozděleno na dvě části - Irskou republiku a Severní Irsko, které je součástí Spojeného království Velké Británie. Hlavním městem Irska je Dublin s 1,1 mil. Obyvatel a Severního Irska Belfast (44).

Dne 6. 12. 1921 se Irsko jako republika osamostatnilo a vznikl tak i dvoukomorový parlament. Nejvyšší hlavou státu je prezident, jehož práva a povinnosti jsou zakotveny v ústavě. Zdejší občané se domlouvají irštinou a anglickým jazykem. Jedním z dědictví Irů z keltské minulosti je zachování jazyka zvaného gaelština, v níž se dochovaly staré indoevropské prvky (později z ní vznikla již zmiňovaná irština). V roce 1973 Irsko se stalo součástí Evropské unie a o 26 let později, v roce 1999, přijala euro jako jednotnou měnu. Svým vstupem do EU se Irsko někdy začalo označovat jako „keltský tygr“ a změnilo se z převážně zemědělské země v republiku s moderní a technologicky vyspělou ekonomikou (45, 46).

1.6.1 Zdravotní péče v Irsku

Zdravotnictví v Irské republice je centrálně řízeno Ministerstvem zdravotnictví a mládeže, Department of Health and Children. Zdravotnické služby provozuje 8 regionálních zdravotnických rad. Účast dobrovolnických organizací na poskytování služeb týkajících se zdravotnictví je podporována státem a mnoho z nich dostává na tuto činnost od státu dotace. Zdravotnictví je pak financováno centrálně z daní. Přibližně jedna třetina irských obyvatel je skupina s nízkým příjmem, těm je pak zdravotnická péče poskytována zcela zdarma. Zbylé dvě třetiny obyvatel mohou využívat služeb veřejných nemocnic za minimální poplatek. Tato část obyvatelstva musí hradit určité poplatky, např. za návštěvu všeobecného lékaře. Vzniklé výlohy pomáhá hradit soukromé zdravotní pojištění (46).

Irská porodnost je jednou z nejvyšších v zemích EU. V roce 1997 dosáhla 14,3 novorozence na 1000 obyvatel, přičemž se v tomto roce narodilo celkem 57 311 novorozenců. Úmrtnost byla např. v roce 1997 8,6 úmrtí na 1000 obyvatel. V uvedeném roce bylo zaznamenáno celkem 31 605 úmrtí (46).

Na 1000 obyvatel připadá 3,3 nemocničního lůžka pro akutní hospitalizaci. Kromě toho je na každých 1000 občanů k dispozici 1,8 lůžka na psychiatrických odděleních a 4,7 lůžka na geriatrických odděleních. Na 100 000 Irů připadá 128 lékařů, a pokud zůstaneme u již zmíněného roku 1997, tak v tomto roce bylo do veřejných všeobecných nemocnic přijato celkem 538 000 pacientů (46).

1.6.2 Vzdělávání všeobecných sester v Irsku

Pro výcvik a přípravu budoucích nelékařských povolání v Irsku bylo založeno vzdělávací oddělení Nursing and Midwifery Board of Ireland, dále jen NMBI pro podporu a radu ve významu spojeném s ošetřovatelstvím, vyučováním ošetřovatelek, všeobecných sester a porodních asistentek. V roce 1994 se ošetřovatelský výcvik změnil ze studijního učebního programu na 3letý program (s diplomem). Čtyřleté programy byly představeny až v roce 2002. Vzdělávací oddělení ujišťuje, že NMBI pokračuje ve vedoucí roli, zatímco poskytuje studijní program v ošetřovatelství. NMBI si osvojil, přivítal a přijal koncept 3úrovňového vzdělávacího systému pro studenty v ošetřovatelství a porodnictví. NMBI je nezbytné pro úspěšnost tohoto vývoje právě v ujištění, že požadavky a standardy, a tudíž kvalita této soustavy pro ošetřovatelky, sestry a porodní asistentky jsou reálné. V tomto kontextu vzdělávací oddělení provádí návštěvy do třístupňových institucí a institucí propojených se zdravotní péčí, které poskytují vzdělávání ukončené titulem. Na plošný průzkum jsou požadovány jako komponenty stanovující vhodnost institucí s 3stupňovým studiem v ohledu na vzdělávací programy, které vedou k registraci nelékařských zdravotnických oborů. Vzdělávací oddělení ujišťuje, že NMBI pokračuje s odbornou vyučovací rolí, zatímco poskytuje registrované odborné tituly (47).

1.6.3 Kompetence všeobecných sester v Irsku

Management ošetřování ran v Irsku začíná sestrou ve chvíli, kdy přijde klient se vzniklým problémem. Jejím prvním úkolem je komplexní posouzení pacienta. Jedinec ob-

drží celistvé hodnocení, odrážející vnitřní a vnější faktory, které by mohly mít potenciál ovlivnit hojení ran nebo potenciální poranění. Jedním z důležitých prvků všech klientů jsou informace týkající se možnosti hodnocení navrhované a plánované péče způsobem, který je ohleduplný k jejich věku a kognitivnímu stavu a které usnadní jejich pochopení, tedy informovaný souhlas k hodnocení a plánované péči. Samotné posouzení pacienta by mělo zahrnovat minimálně osobní anamnézu, současnou a předešlou farmakologickou anamnézu a identifikaci faktorů, které mají potenciál zvýšit riziko poranění. To může zahrnovat například výživu aj. V hodnocení rány by měl být obsažen její typ a etiologie poranění, místo rány, velikost rány, stav spodiny rány, stav okolní kůže, popis exsudátu, výskyt infekce, bolest, zápach nebo cizí těleso přítomné ve tkáni. Průběžné hodnocení by mělo být provedeno a zapsáno do dokumentace o hojení rány. Načasování pro průběžné hodnocení musí být založeno na typu rány a dalších faktorech týkajících se především pacienta. Při průběžném hodnocení posoudí sestra stav výživy pomocí nutričního screeningu. Cílem managementu je, aby bylo umožněno léčit rány ve vlhkém prostředí. Klinickým cílem je udržet strupy v suchém a non-infikovaném stavu (48).

Pacient by měl být aktivně zapojen a podporován při stanovování cílů léčby. Léčba a řízení režimu řeší otázky vznesené v procesu hodnocení, např. nedostatečná mobilita či neadekvátní nutriční stav. Všechny rány jsou potenciálně bolestivé, přístup k léčbě bolesti by měl řešit příčinu bolesti a realizaci místních, regionálních nebo systémových faktorů pacienta. Primárním cílem hojení je odstranění cizích materiálů a snížení biologické zátěže jako prevence infekce v ráně za aseptického postupu. Technika vedení čisté rány je technika mytí nebo sprchování ran, které mohou být prováděny, pokud nejsou nařízeny jiné postupy dle lékaře. Rány nesmí být očištěny výrobky, které mohou zanechat vlákna na ráně, např. vata. Poté dojde k desinfekci rány. Čisticí prostředky, desinfekce jsou dodávány v dostatečném množství a s takovou silou, aby se uvolnily a odstranily mikroorganismy a nečistoty, ale současně aby nedošlo k porušení životaschopné tkáně. Sestra zvolí dle typu rány, množství exsudátu, umístění rány, kožního onemocnění pacienta, přítomnosti / absence infekce, stavu spodiny rány, charakteristiku obvazu a aplikuje jej. Chirurgický obvaz musí být ponechán v suchu a nedotčen po dobu minimálně 48 hodin po operaci, aby bylo možné obnovení přirozené mikroflóry, pokud není klinicky indikováno jinak. Následuje poslední krok, a tím je dokumentace. Její založení, vedení a aktualizace jsou důležité v komunikaci mezi jednotlivými členy interdisciplinárního týmu a splňují zákonné požadavky. Průběžné hodnocení hojení rány je prováděno prostřednictvím jejího komplexního posouzení a nálezů v dokumentaci. Hojení ran je dynamický proces a předpokládá se, že postupy pro jejich ošetřování se budou v průběhu dalších let měnit díky novým vědeckým poznatkům, které budou k dispozici (48).

1.6.4 Ošetřovatelská péče o rány v Irsku

Ošetřování ran v Irsku probíhá za aseptických podmínek. K převazu rány mají sestry k dispozici jednorázové sterilní balení, tzv. Dressing Packs, které je odolné proti vodě a bakteriím. Každé balení se skládá ze zásobníku se 2 integrovanými baňkami, 5 tampóny, 5 longetami, 4 pinzetami, toaletním

ručníkem a žlutým poly sáčkem s tkaničkou. Nutností je také využití sterilních rukavic. Cena za kus se pohybuje kolem 35 Euro. K primárnímu ošetření ran existuje několik druhů obvazového materiálu.

Lékař, popř. sestra zvolí dle rozsahu a typu rány vhodný materiál, který aplikuje na kůži klienta. Melolin je sterilní, nízko přilnavé absorpční krytí, které umožňuje rychlé odvodnění výměšků. Je velice komfortní s minimálním stupněm bolesti při jeho odstraňování. Tegaderm Foam Adhesive je krytí s vysokou savostí, a to během 7 dnů. Snadno se nanáší na náročné tvary a křivky, je tedy nejvyužívanější při ošetření prstů, nosu, na drobné dekubity a trhliny na kůži. Jelonet, jednotlivé sterilní balení je určeno na popáleniny, tržné rány, odřeniny, bércové vředy. Zklidňuje a chrání rány a zároveň umožňuje volný průchod exsudátu. Obvaz Adaptic, pletená textilie impregnovaná celulórou s petrolejovou emulzí pomáhá předcházet přilnutí a chrání regenerační tkáň. Exsudát lehce proniká k sekundárnímu krytí a při jeho odstranění nedochází k dalším traumatickým poranění kůže. Inadin je obvaz určený k povrchové aplikaci k nízce až středně secerující ráně, vyroben je z neadherentního hedvábného ravnou, který umožňuje jemnou aplikaci a následné snadné odstranění. Má široké antiseptické spektrum účinné také proti MRSA. Intrasite gel je hydrogel rehydratující nekrotickou tkáň. Vytváří vlhké hojení a prostředí pro granulaci tkáň. Využívá se k léčbě bércových vředů, vředů na diabetické noze, dekubitů, drobných popálenin, na řezné rány a odřeniny. Na popáleniny je v Irsku také hojně využívána popáleninová folie Burn Kling, která zabráňuje totiž ztrátě vlhkosti, nebo Burnsoothe, sterilní obvaz, který se skládá z pěnové vložky impregnované na bázi vodního gelu s obsahem tea tree oleje rozpustných ve vodě. Obvazy Primapore, Medipore či Tegaderm využívají irští zdravotníci k sekundárnímu ošetření rány. Jedná se o sterilní přizpůsobivé materiály s absorpční částí a měkkým prodyšným krytem (49).

1.6.5 Studium ošetřovatelství na irský způsob

V současnosti jsou v Irsku 4 univerzity ošetřovatelství, jež připravují ošetřovatelský personál pouze na úrovni 4letého bakalářského studia. Střední a vyšší odborné školy v Irsku neexistují. Na začátku studia se musí absolventi rozhodnout pro určitou specializaci, jako je všeobecná sestra, sestra pro mentálně handicapované, psychiatrická sestra či pro kombinovaný obor všeobecná a dětská sestra, dále má každý student přiděleného školitele, který je hlavně v začátcích hojně využíván. Ve vybraném studijním oboru/ specializaci se studenti věnují první rok společné všeobecné výuce a další roky je výuka vedena dle specializace. V třetím a čtvrtém ročníku mají studenti praxi. Výuka praxe probíhá v státních a církevních nemocnicích, kde jsou studenti vedeni sestrou mentorkou. Po celou dobu studia má student svůj Book recorging, kde je přehled všech praktických výkonů, které musí student za dobu studia provést. Na jednom oddělení jsou obvykle 2-4 studenti (50).

Školní rok je rozdělený na dva semestry jako v České republice a každý je zakončený zkouškou z teoretické a praktické části. Závěrečné státní zkoušky v Irsku neexistují (50).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

Cíl: Zjistit a popsat, jakým způsobem sestry v uvedených zemích ošetřují rány.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem je řešena problematika hojení ran v Namibii, Irsku a ČR?

Výzkumná otázka 2: Jaké vzdělání musí mít sestra v daných zemích v souvislosti s péčí o rány?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem probíhá péče o rány v Namibii, Irsku, ČR?

3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

3.1 Popis metodiky

Pro empirickou část diplomové práce „Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku a České republice“ byl zvolen kvalitativní přístup v podobě polostrukturovaného rozhovoru se sestrami z daných zemí. Dále byly použity záznamy o průběhu ošetřování ran, které byly získány v průběhu konání stáže v Namibii, osobní návštěvy v Irsku a praxe během studia v ČR.

Rozhovory v Namibii a v Irsku byly vedeny v anglickém jazyce a následně překládány. Dále byly rozhovory prováděny z okruhů otázek pro sestry z daných zemí v jejich pracovní době a příležitostně k doplnění informací i přes Skype. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon při vhodných příležitostech přímo na odděleních. Poté byly přepsány do záznamových archů. Kódování získaných dat probíhala metodou tužka a papír, dále byla data vyhodnocena, kategorizována a v samotném závěru rozdělena do 10 hlavních kategorií. Při jejich interpretaci byly použity přímé citace sester. Vybrané sestry jsou označeny sestra 1 - 9 kvůli zachování anonymity.

Mapování průběhu ošetrovatelské péče bylo zaznamenáno do poznámkového bloku a následně zpracováno jako záznam o ošetřování ran.

Záznamy byly vybrány sestrami z dané země a následně konzultovány a zpracovány. Výběr nebyl omezen věkem ani pohlavím, ale podmínkou byla rána vyžadující ošetření v nemocnici. Předem byly sestry ujištěny, že bude zachována u všech respondentů anonymita. Záznamy jsou označeny respondent 1 - 9.

Výzkumné šetření trvalo od listopadu 2013 do konce března 2015. Sestry byly předem seznámeny s okruhy otázek, aby si mohly udělat představu o tématu rozhovoru a jeho časové náročnosti.

Podoba okruhů otázek je uveřejněna v příloze 3.

Mapování průběhu ošetrovatelské péče o rány byly stejně jako rozhovory se sestrami konzultovány a po souhlasu ředitele nemocnice v Namibii, vrchní sestrou v Irsku a ČR uskutečněny. Dále byly vybrány krajské nemocnice podobného typu.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů k výzkumu byl záměrný, přičemž podmínkou byla péče o ránu vyžadující ošetření v nemocnici.

Výzkumný soubor byl tvořen 9 respondenty ze sester z Namibie, ČR a Irsku a 9 pacientů též z daných zemí.

Kontakty na všeobecné sestry z Namibie byly získány během 3měsíční stáže v Namibii, kde jsme se v rámci klinické praxe postupně seznamovali s ošetrovatelskými postupy, kompetencemi a vzděláním namibijských sester. S ošetrovatelskou péčí v Irsku jsme se naopak seznámili při soukromé návštěvě v domě pro seniory Bushmount Nursing Home ve městě Clonakilty, které leží na samotném jihu této země poblíž města Cork. Zde jsme též navštívili nemocnice, kde spolupráce s registrovanými sestrami z chirurgických oddělení probíhala velice pozitivně. V České republice byli respondenti získáni snadněji, a to během klinické praxe při studiu. Vybrané sestry jsou označeny sestra 1 - 9 kvůli zachování anonymity.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Charakteristika sester

Sestra 1: žena, 40 let, pracuje v Namibii na centrální ambulanci 10 let, respondentka studovala univerzitu ve Windhoeku, kde po ukončení studia dostala titul sestra, oddělení je často velmi náročné a chtěla by odejít na klidnější, po škole též musela respondentka v rámci nástupu do nemocnice obejít všechny oddělení.

Sestra 2: žena, 28 let, pracuje na ženském oddělení v Namibii, respondentka má dokončené vysokoškolské vzdělání stejně jako respondentka 1, na oddělení pracuje 2 roky a je zde spokojená, před nástupem musela obejít všechna oddělení, než zde mohla trvale zůstat.

Sestra 3: žena, 25 let, pracuje na mužském oddělení v Namibii, respondentka pro získání titulu sestra též musela absolvovat univerzitu ve Windhoeku a poté společně s praxí a nástupem do zaměstnání obejít všechna oddělení. Na mužském oddělení pracuje 1 rok a je zde spokojená.

Sestra 4: žena, 30 let, pracuje na oddělení následné péče v Irsku, respondentka zde pracuje 2 roky a odešla z České republiky kvůli získání nových zkušeností a lepšímu platovému ohodnocení, na oddělení se jí líbí, ale zdůrazňuje, že kvalita ošetrovatelské péče byla lepší v České republice. Respondentka má vyšší odborné vzdělání a po dokončení získala titul Dis. V Irsku jí byl titul uznán a pracuje jako registrovaná sestra.

Sestra 5: žena, 33 let, pracuje na onkologickém oddělení v Irsku, respondentka zde pracuje 5 let a má vysokoškolské vzdělání. Respondentka si toto oddělení záměrně vybrala a velice se jí zde líbí.

Sestra 6: žena, 26let, pracuje na chirurgickém oddělení v Irsku, respondentka zde pracuje 2 roky, práce se jí zde líbí, ale chtěla by pracovat jako sálková sestra, respondentka má též vysokoškolské vzdělání.

Sestra 7: žena, 35 let, pracuje 10 let na chirurgické JIP v České republice. Respondentka má zde pracovní vytížení ráda, ale stěžuje si na platové ohodnocení. Má vysokoškolské vzdělání, získala titul Bc.

Sestra 8: žena, 40 let, pracuje jako vrchní sestra 2 roky na oddělení následné péče v České republice, respondentka má vysokoškolské magisterské vzdělání, práci na tomto oddělení má ráda a nechtěla by ji měnit.

Sestra 9: žena, 37 let, pracuje 9 let na ARO v České republice, respondentka má magisterské vysokoškolské vzdělání a specializaci ARIP. Na oddělení šla záměrně z chirurgie standard a je spokojená, nechtěla by měnit. Respondentka si stěžuje na nízké platové ohodnocení.

4.2 Záznamy průběhu ošetřování ran z Namibie

Respondent 1

7. 11. 2013

V 9:00 přišla na centrální ambulanci do nemocnice 14letá pacientka bez doprovodu s nespécifickou otevřenou ranou na pravém prsu o velikosti 7x5x4 cm (Příloha 4). Dle sloužícího chirurgického lékaře byla rána zhodnocena jako rozsáhlý neléčený absces, který následně praskl (Příloha 5). Kvůli jazykové bariéře nebylo možno odebrat celkovou anamnézu a zjistit přesný vznik, délku, charakter rány před rupturou.

Pacientka hovořila oshiwambo jazykem a ošetřující lékař neměl k dispozici žádnou ze sester stejné kultury, proto se anamnéza opomenula a pokračovalo se v ošetření rány, při němž se pacientce jednoduchou angličtinou vysvětloval postup. Žádný stěr, odebrání krve a jiné laboratorní testy neproběhly.

TK: 130/70, P: 89', D: 20, Výška: 158cm, Váha: 48kg, TT: 37,2°C

Pacientka byla rozrušená, vystrašená a velice lehkou angličtinou popsala, že bydlí v malé vesnici nedaleko od nemocnice se svou rodinou a ránu po několik dní pouze překrývala. Snažila se vysvětlit, že k lékaři se nemohla dříve dostavit. S močením a stolicí problémy nemá. O žádné alergii neví a léky žádné nebere.

Po krátkém rozhovoru následovalo ošetření rány:

1. Příprava sterilního stolu.
2. Příprava pacientky a vysvětlení výkonu jednoduchou angličtinou, žádný souhlas k výkonu ani informování rodiny nebylo potřeba.
3. Pacientce byla podána lokální anestezie Lidocain 2%.
4. Po místní anestezii si lékař ránu odezinfikoval a vypláchl Iodine – Providone roztokem.
5. Následovalo odstranění devitalizované tkáně, vystřížení deformované tkáně.
6. Poté se rána znovu vypláchla Betadine roztokem (Příloha č. 6).
7. Lékař ránu sešil a sestra dokončila ošetření přiložením většího množství obvazového materiálu s konečnou fixací pomocí náplasti (Příloha č. 7).
8. Během celého výkonu pacientka cítila velkou bolest a sténala, po pobídnutí lékaře sestrou k podání analgezie lékař aplikoval 1amp. Tramadol i. m.
9. Po ukončení ošetření rány byla pacientka propuštěna domů a na kontrolu rány se měla dostavit do nemocnice na ambulanci následující den ráno v 8:00.
10. Žádné poučení ani edukace o klidovém režimu neproběhla.

Ve 14:00 stejného dne se pacientka dostavila bez doprovodu s krvácením z rány. Lékař nebyl k dispozici a po telefonické domluvě byla kompetentní sestra pověřená výměnou obvazu a kontrolou rány. Sestra ránu očistila sterilní vodou a poté přiložila velké množství obvazového materiálu s Betadine roztokem, k fixaci též použila náplast a lehce zabandážovala pacientce hrudník. Následně byla pacientka poslána domů.

V 18:00 stejného dne se pacientka dostavila s matkou pro opětovné krvácení z rány. Byl zavolán sloužící lékař, který ránu očistil sterilní vodou, vypláchnul Betadine roztokem a povolil jeden steh, kam vložil rukavicový drén pro volný odchod sekretu (Příloha č. 8). Sestra dokončila převaz přiložením velkého množství obvazového materiálu s konečným zabandážováním hrudníku. Následující den se měla pacientka dostavit k výměně obvazu a kontrole rány.

8. 11. 2013

V 8:00 přišla pacientka na ambulanci, kde jí byla rána znovu převázána kompetentní registrovanou sestrou, a rukavicový drén jí byl ponechán. Opět se použila sterilní voda k očištění a větší množství obvazového materiálu s Betadine roztokem s následným zabandážováním hrudníku. Přes noc rána minimálně krvácela, okolí bylo mírně zarudlé, paci-

entka byla bez teploty a pouze si stěžovala na bolest. Sestra jí aplikovala 1amp. Tramadol i. m. a propustila pacientku domů. Následující den měla přijít opět na převaz ráno v 8:00.

9. 11. 2013

V 8:00 přišla pacientka na převaz, rána nekrválala a byl zavolán lékař, který zkontroloval ránu a vyndal rukavicový drén. Okolí rány bylo klidné, samotná rána se uzavírala a sestra dokončila převaz opětovným očištěním sterilní vodou, výplachem rány Betadine roztokem a krytím obvazovým materiálem s následnou fixací pomocí náplasti.

V nemocnici tímto byla péče ukončena a na další převazy, které byly doporučeny dělat ob den, byla pacientka poslána na kliniku, kde budou vyndány za 10 dní kompetentní registrovanou sestrou i stehy.

Respondent 2

Dne 10. 10. 2013 byla 54letá žena přijata na ženské oddělení do nemocnice 54letá žena, jež byla odeslána transportem z městské kliniky v Namibii, kde jí bylo poskytnuto základní ošetření rány po napadení neznámého psa (Příloha 9). Rána se nacházela na PHK v oblasti předloktí. Okolí rány bylo oteklé, bolestivé s přítomným krvácením. K útoku psa došlo, když se žena chystala donést pitnou vodu do svého rodinného obydlí z nedaleké studny.

TK: 110/750, P: 80', D: 18, Výška: 165cm, Váha 61kg, TT: 36, 8°C

Pacientka pochází ze slabších sociálních poměrů. Je nezaměstnaná, manžel 52 let, pracuje mimo město jako stavební dělník. Společně s dětmi bydlí v malé vesnici nedaleko Keetmanshoopu, kde není přítomna kanalizace a pro pitnou vodu je nutné chodit k nedaleké studni. S manželem vychovávají tři dcery, které pacientku každý den v průběhu hospitalizace navštěvují.

Pacientka neužívá žádné léky a neudává žádné závažné onemocnění v rodině. Další diagnózy u pacientky nejsou známy. S močením a stolicí problémy nemá. Spánek neřeší. Pacientka se většinu svého volného času věnuje domácnosti a dětem. Hlavní náplní dne je obstarat jídlo pro rodinu a pitnou vodu, při čemž jí dcery pomáhají. Komunikace je obtížnější pro jazykovou bariéru. Pacientka hovoří nama jazykem, ale domluví se anglicky, případně jí pomáhá sestra z oddělení ze stejné kultury.

Základním terapeutickým zásahem poskytnutým na klinice bylo mechanické vypláchnutí rány peroxidem vodíku, poté se aplikoval na pár minut obklad s Providone – Iodinom a nakonec se rána překryla sterilními čtverci s Betadine mastí.

Pacientka udávala silné šubající bolesti v oblasti rány a kompetentní sestra jí podala analgetikum Tramadol i. m. a odeslala pacientku transportem do nemocnice na příjem.

V nemocnici byla rána zkontrolována lékařem a dle jeho ordinace se pokračovalo v aplikaci Betadine masti 1x denně se sterilními čtverci + krytí obinalem. Ob den byla rána vyplachována sterilní vodou. Při bolesti bylo možno podat analgetikum Tramadol i. m. á 6 á V průběhu hospitalizace od 10. 10. – 17. 10. 2013 se kontrolovalo okolí rány, zda není zarudlé, zapálené, oteklé, sledovány byly tělesná teplota, zduření uzlin a celkový stav pacientky. Pacientka byla bez teploty a rána bez hnisavé sekrece s mírným zarudnutím a otokem, na který se první dva dny aplikoval led. Jako prevenci

hned první den při příjmu lékař naordinoval antibiotika p. o. Moxifloxacin na 7 dní a zahájilo se profylaktické očkování proti vzteklině.

Vzhledem k životním poměrům v Keetmanshoopu nebylo možné najít a odchytit zmíněného psa, proto se pacientka podrobila vakcinaci proti vzteklině ve schématu aplikací 5 dávek podaných v 0 – 3 – 7 – 14 – 21 dní.

První dávka byla podána 10. 10. 2013 v nemocnici.

Těž druhá dávka 13. 10. 2013 byla podána v nemocnici.

17. 10. 2013 byla pacientka propuštěna domů, důkladně byla edukovaná o nutnosti dalších dávek, na které měla docházet již na kliniku ve městě, kde se pacientka prokazovala zprávou z nemocnice.

Respondent 3

9. 9. 2013 v 10:00 ráno byl přijat na mužské oddělení do nemocnice v Namibii 42letý pacient S. G. Pacient přišel kvůli silné kolikovitě bolesti v pravém podžebří, nauzeu, zvracení.

9. 9. 2013 v 8:00 pacient navštívil městskou kliniku, kde byl vyšetřen a kompetentní sestrou odeslán do nemocnice na příjem.

Při příjmu: TK: 155/80, P: 96', D: 21, Výška: 178cm, Váha: 99kg, TT: 37,2°C, dle anamnézy měl pacient mírné bolesti v pravém podžebří delší dobu cca 6 měsíců po požití většího množství tučného jídla. V nemocnici lékař provedl klinické vyšetření, kdy břicho bylo citlivé na pohmat, tvrdé a neodcházely plyny.

Lékař naordinoval přísnou dietu, infuzní terapii, ionty, ATB i. v., SONO a ledování pravého podžebří, analgetika i. m.

Pacient pochází ze střední vrstvy a hovoří plynule anglicky, ačkoliv jeho rodný jazyk je nama. Pracuje jako řidič ve stavební firmě a žije v domě se svou manželkou a 7 dětmi. Manželka pracuje jako prodavačka a za manželem během týdenní hospitalizace docházela každý den.

Pacient neužívá žádné léky a upozorňuje na závažné onemocnění v rodině, otec zemřel na Ca ledvin. Sám další diagnózy neudává. S močením problémy nemá, stolice je světlá a řídká. Spánek bez problémů. Pacient tráví volný čas s rodinou. Komunikace je bez problému, lze se domluvit anglickým jazykem.

9. 9. 2013

Naplánované SONO vyšetření + laboratorní testy + EKG, dle výsledků stanoven operační plán z důvodu cholecystektomie, pacientovi bylo lékařem vše vysvětleno. Téhož dne byla doporučena pacientovi celková důkladná hygiena a sestrou vyholeno operační pole.

10. 9. 2013

Ráno před výkonem proběhla na oddělení dezinfekce operačního pole provedená sestrou. Po operaci zůstal pacient 2 hodiny na pooperační místnosti, kde byly po 15 minutách kontrolovány základní životní funkce a poté byl odeslán zpět na oddělení. Pacient měl ránu v pravém podžebří cca 15 cm sešitou 20 clipy. Převazy byly naordinovány 1x denně, výměna sterilního krytí s Betadine roztokem a mastným tylem. Pacient byl kontrolován kompetentní sestrou po hodině a 3 hodiny po operaci chtěl pacient analgetika. Byla mu aplikována 1 ampule Tralgit i. m., dále bylo dle ordinace možno podat per os 1 tbl. Codein á 6 h + 2tbl. Paracetamol 500mg.

11. 9. 2013

Proveden první převaz kompetentní sestrou, kdy dle ordinace lékaře bylo dáno sterilní krytí s Betadine roztokem a mastným tylem na ránu. Po odejmutí starého krytí byla rána vyčištěna sterilní vodou a okolí rány bylo zkontrolováno. Rána byla čistá a okolí klidné. Pacient si stěžoval na bolest a dle ordinace lékaře mu byly podány 2tbl. Paracetamol 500mg s 1tbl. Codein.

12. 9. 2013

Pacient se cítí lépe, proběhla kontrola lékaře a podrobná edukace o dietním opatření. Lékař zkontroloval ránu a zrušil aplikaci mastného tylu, zůstává pouze sterilní krytí s Betadine masťou. Rána je čistá, okolí klidné. 13. 9. 2014 je možno pacienta propustit do domácího ošetření. Vyndání clipů je dle ordinace lékaře naplánováno na 18. 9. 2013, kdy bude pacient odeslán na kliniku k registrované sestře.

13. 9. 2013

Pacient ráno propuštěn do domácího ošetření. Registrovaná sestra vysvětlila pacientovi péči o ránu doma a poskytla mu sterilní materiál ke každodenní výměně, Betadine roztok a k omytí rány bylo doporučeno sprchování vlažnou vodou s důkladným osušením. Od 16. 9. 2013 může pacient nechat ránu bez Betadine roztoku a pouze ji překrýt náplastí s polštářkem. Dle ordinace lékaře byl pacientovi předepsán Codein na bolest 1tbl. à 6 h.

18. 9. 2013

Pacientovi byly na městské klinice kompetentní sestrou vyndány clipy, rána byla dezinfikována a překryta náplastí po jeden den. Pacient se cítí dobře a léčba byla ukončena s edukací pacienta o klidovém režimu následující 3 týdny.

4.3 Záznamy o průběhu ošetřování ran z Irska**Respondent 4**

2. 11. 2014 byla z chirurgie přeložena na oddělení následné péče 68letá pacientka S. R. po amputaci levé dolní končetiny ve stehně. Amputace byla provedena na základě ischemické choroby dolních končetin a syndromu diabetické nohy, způsobeném dekompenzovaným diabetem mellitem 2. typu. Pacientka je imobilní, inkontinentní, dezorientovaná časem a místem, nespolupracující, pasivní. Z chirurgického oddělení přišla s PMK č. 20 a zavedenou bilancí tekutin, nutná kontrola příjmu a výdeje tekutin, dále byl přivolán nutriční terapeut, který stanovil diabetickou mletou stravu. 4x denně před jídlem je pacientce aplikován inzulin.

Při překlada má pacientka TK: 165/105, P: 89', D: 18, Výška: 163cm, Váha: 72kg, BMI: 27,1, TT: 36,7°C

Pacientka je starobní důchodce, bydlí v malém domku s manželem, který ji denně navštěvuje a motivuje ke spolupráci s fyzioterapeutem, bohužel nedodrží ani po opakované edukaci nutričním terapeutem a sestrami dietní opatření své ženy a neustále nosí sladké potraviny, které pacientka bez omezení sní. Pacientka dříve pracovala jako ekonomka v místní dopravní firmě. Na pravidelné prohlídky chodila pouze k diabetologovi. Před 10 lety přestala kouřit a je abstinentka. Již několik let by měla mít diabetickou dietu, kterou neakceptuje a ani není podporována rodinou. Pacientka má PMK

č. 20 kvůli inkontinenci a trpí na časté zácpy kvůli nedostatečné hydrataci. Se spánkem problémy nemá. Velice ráda se dívá na televizi a náboženství udává křesťanské. V nemocnici se velice těší na každodenní návštěvu manžela a dcery.

DG:

První 3dny se pokračuje v podávání infuzní terapie 1 amp. NaHCO₃ v F1/1 500ML/ 4H, 1amp KCL v 500ML F1/1/ 6H.

DM II typu na inzulinu, Hypertenze, Demence nejasné etiologie, ICHS DK, Vitiligo.

FA:

Inzulin HI Rapid 23 – 14 – 11 j. s. c., Lantus 0 – 0 – 0 – 16 j. s. c., Agen, Nebilet, Furosemid, Clexane 0,4ml, Omeprazol, Detralex, Pirabene 1200mg, B komplex.

2. 11. 2014

Pacientce byl proveden první převaz na oddělení následné péče a převazovou kompetentní sestrou byl zhodnocen stav rány po amputaci jako pomalu se hojící s přítomnou sekrecí. Převazová sestra připravila ošetrovatelský plán s postupem péče o ránu a harmonogramem převazů. Na první tři dny sestra naordinovala 2x denně převaz, který následovně dělaly sestry na oddělení: po sundání obvazu se rána vypláchne sterilní vodou, zkontroluje se okolí rány, které se může promazat Menalindem a aplikuje se připravený sterilní materiál napuštěný Betadine roztokem. Dále se pokračuje v bandážování pahýlu do konického tvaru. Další plánovaná kontrola převazovou sestrou 6. 11. 20.

6. 11. 2014

Pacientka je motivovaná převazovou sestrou a fyzioterapeutem k pohybu, hrozí vysoké riziko vzniku dekubitů v sacrálu a na pravé patě. Převazová sestra zhodnotila opět ránu po amputaci jako mírně exsudující, povleklou po stranách. Pokračovalo se 1x denně v převazu po obědě a byl naordinován znovu oplach sterilní vodou, kontrola okolí rány, popřípadě aplikace Menalind a obvazu s Jelonet na 4 dny a pokračování v bandážování pahýlu do konického tvaru.

10. 11. 2014

Pacientka je pasivní, nespolupracuje, rána zhodnocena převazovou sestrou jako čistá, granulující bez exsudace, dále se pokračovalo v oplachu sterilní vodou a aplikaci obvazu s Inadine s konečným bandážováním do konického tvaru. Každý převaz byl proveden za přísných sterilních podmínek. Pacientka po dlouhodobé každodenní rehabilitaci není schopna si sama sednout, ale chce propustit domů.

17. 11. 2014

Převazová sestra zhodnotila ránu jako čistou granulující, pokračuje se v oplachu sterilní vodou a aplikaci sterilního krytí s Tegadermem a následném bandážování do konického tvaru. Po konzultaci s lékařem a dobře se hojící ráně je zvažováno propuštění do domácího ošetření. Manžel pacientky ovšem není schopný zajistit sám ošetrovatelskou péči, a proto je zvažována domácí služba v podobě asistentky či domov pro seniory. Byla kontaktována sociální pracovnice.

19. 11. 2014

Pacientce byl doporučen domov pro seniory a po konzul-

taci s manželem se čeká na volné místo. Dále se pokračuje v bandážování pahýlu, oplachu rány sterilní vodou a aplikaci sterilního krytí s adapticem. Převozová sestra doporučuje pokračovat v rehabilitaci, prevenci dekubitů, následné aplikaci obvazu s Adapticem a bandážování. V případě zhoršení stavu rány se má převozová sestra opět zavolat. Poslední plánovaná kontrola rány je 26. 11. 2014.

26. 11. 2014

Převozová sestra zhodnotila ránu jako uzavřenou, dobře se hojící, nyní se může nechat odkrytá a pouze se bude lehce promazávat a bandážovat.

Respondent 5

12. 7. 2014 byl přijatý pacient X. Y. 1963 na Onkologicko – hematologickou kliniku v Irsku s Dg. Non Hodginov lymfom, iniciálně stádium IV. B. Pacient byl hospitalizován za účelem pokračování v paliativní chemoterapii 8 x R – CHOP 8. Poprvé mu byla stanovená Dg. v prosinci 2011, kdy pacient podstoupil chemoterapii R – CHOP 8 cyklů a dosáhl parciální remise. Následně v roce 2012 pokračoval pacient s chemoterapií Hyper – CVAD + HD + CFA s následným odebráním kmenových buněk. Transplantaci autologních kmenových buněk s efektem kompletní remise předcházela BEM cytotostatická léčba.

Po 2 letech remise nastala recidiva – infiltrát kostní dřevě 15-20 %, rebiopsie axilární lymfatické uzliny vykonaná během poslední hospitalizace od 12. 7. 2014 potvrdila původní onemocnění.

Pacient při příjmu udává únavu, noční pocení, nechutenství a bolesti LHK, kde se v axilární oblasti nachází zvětšená lymfatická uzlina, lymfom o velikosti 6x8 cm. Během hospitalizace byla pacientovi extirpovaná lymfatická uzlina a pacient též absolvoval chirurgické odstranění nekrotické nádorové hmoty z abscedujícího tumoru v axile LHK.

TK: 140/85, P: 86, D: 20, Výška: 175cm, Váha: 71kg, BMI: 23,2, TT: 37,0 C

Pacient žije v rodinném domě s manželkou a 2 syny. Před onemocněním na pravidelné kontroly nedocházel. Nekuřák, alkohol příležitostně. Dietu nikdy neměl, pouze teď při onemocnění se musí vyvarovat kořeněným jídlům a mléčným výrobkům, které mu nedělají dobře. Často se střídají průjmy se zácpou. Močení bez potíží. V noci spí méně, obtěžuje ho noční pocení, a spí proto přes den. Pacient je věřící, vyznává, římsko – katolické náboženství. Je v invalidním důchodu, před diagnostikovaným onemocněním pracoval jako vedoucí ve firmě na výrobu plastových obalů.

RA:

Otec měl hypertenzi a umřel na IM před 5 lety. Matka má DM II. typu a astma.

DG:

Hyperthyreoza, Hypertenze, Neutropenia, Trombocytopenia.

FA:

Diflucan susp., Ciprofloxacín, Klindamycin, Nutrolin B, Agen, Euthyrox, Dexametazon, Fentanyl 50 uq/h, 0,9 % NaCl+ 2 amp. NaHCO₃, 0,9 % NaCl+ 1 amp KCL.

Ošetřovatelský postup: Po ranní celkové hygieně byl zhodnocen obsah defektu a následně byla rána vypláchnuta 0.1% Udecylenamidopropyl Betadinem. Ošetřování této rány bylo vykonáváno za přísných aseptických podmínek, kdy se vždy použil dressing pack a následně byl zvolený obvaz Adaptic. Na začervenání pokožky v okolí rány byla aplikována ochranná pasta Menalind. Ob den je rána kontrolována lékařem.

Respondent 6

23. 3. 2014 byla na chirurgické oddělení přijata 64letá pacientka A. B., pro plánovanou hysterektomií. Od roku 2011 podstoupila pacientka několik kyretáží a opakované resekoskopie s negativním histologickým nálezem, ale při zákrocích se nepodařil celý polyp odstranit. Následovala dispenzarizace a v lednu 2015 při pravidelné kontrole došlo k progresi nálezu. V únoru pacientka prodělala hysteroskopické vyšetření se závěrem korporální polyp, dlaždicový epitel bez atypií.

TK: 145/80, P: 87', D: 16, výška: 170cm, váha 95kg, BMI: 32,9, TT: 36,5°C

Bydlí v rodinném domě s manželem, který se o ni stará. Pacientka je v důchodu a dříve pracovala jako úřednice. Na pravidelné prohlídky docházela pouze na vyzvání lékařem, jinak si sama dříve nic nehlídala, pouze během dispenzarizace. Pacientka přestala kouřit před 5 lety a je abstinentka. Dietu žádnou nedodrhuje ani na doporučení lékařů, pacientka udává, že nemá vůli a jí, co chce. Močení je nyní bez problémů, ale po první operaci měla pacientka problémy s částečnou inkontinencí po vyndání PMK. Pacientka trpí na časté zácpy. Žádná projímadla neužívá. Se spánkem problémy nemá. Velice ráda čte a náboženství udává křesťanské.

DG:

Obezita, DM I typu na inzulínu, Hypertenze, Struma, Steatóza jater

24. 3. 2014

Pacientce byla provedena abdominální hysterektomie a odstraněny vaječníky s vejcovody. V dutině děložní byl objemný polyp. Po operaci byla pacientka přeložena na CH-JIP, kde byla monitorována 2 dny. Převoz rány se dělal následující den po operaci s lékařem, kdy byl konzultován následující postup a přeložení zpět na chirurgické oddělení.

25. 3. 2014

Pacientka je stále monitorována na CH-JIP a prvně je převázaná rána. Jako zvolený obvaz byl Intrasite a následně byla sledována reakce na něj po dobu dalšího dne. Pacientka byla bez komplikací, obvaz snášela dobře a byla přeložena na standardní oddělení, kde sestry pokračovaly v aplikaci a ošetření naordinovaným způsobem z CH- JIP.

5. 4. 2014

Pacientka byla propuštěna domů a následující den se měla dostavit na vyndání stehů na kliniku. Stehy byly vyndány kompetentní sestrou a následně byla rána ošetřena a kryta sterilním obvazem napuštěným Betadine roztokem.

10. 4. 2014

Pacientka navštívila znovu kliniku kvůli zhoršenému ho-

jení rány, kdy byla zhodnocena kompetentní sestrou jako dehiscence: hněsá, povleklá se seropurulentní sekrecí o velikosti 15x10x3 cm. Okolo rány mírně zarudlá kůže. Pacientka měla zvýšenou teplotu 37,5°C. Udělán stěr z rány na K+C a proveden oplach H₂O₂ a následovně zvoleno sterilní krytí s Intrasilite. Kvůli zvýšené TT volán lékař do nemocnice a na jeho doporučení odebrány laboratorní testy.

13. 4. 2014

Pacientka znovu přišla na kliniku pro laboratorní výsledky a ke kontrole rány. Lékař naordinoval Meropenem antibiotika a rána byla opět sterilně převázaná kompetentní sestrou obvazem Intrasilite. Pacientce byl doporučen klidový režim a při jakémkoliv zhoršení se má dostavit do nemocnice.

16. 4. 2014

Pacientka po týdnu přišla na kliniku ke kontrole rány a převazu. Okolí rány je klidné, bez zarudnutí a s minimální sekrecí. Rána je o velikosti 10x8x3 cm, kompetentní sestra zvolí výměnu obvazu a nyní aplikuje po ošetření a výplachu H₂O₂ Melolin obvaz. Za týden má pacientka přijít na druhý stěr z rány a kontrolu.

23. 4. 2014

Pacientka dobrala ATB a přišla na kliniku, kde jí byl udělán stěr z rány, na níž není přítomna žádná sekrece ani povlak, velikost je viditelně menší 8x5x2cm a okolí rány bylo klidné bez zarudnutí, mírně suché. Doporučeno bylo lehké promazávání Menalindem. Pacientce je rána ošetřena Betadine roztokem a následovně aplikován obvaz s Tegadermem. Pacientce byla doporučena domácí hygiena rány, promazávání jejího okolí. Domů dostala jeden sterilní obvaz s Tegadermem, nový obvaz má vyměnit za týden.

4. 5. 2014

Pacientka přišla k opětovné kontrole na kliniku, kde jí byla rána zhodnocena velice pozitivně. Výtěr z ní byl negativní, rána byla bez sekrece, okolí rány klidné bez zarudnutí. Rána se stáhla a dále se pokračovalo v aplikaci sterilního krytí s Tegadermem. Pacientka opět dostala jedno balení sterilního krytí s Tegadermem domů a další návštěva byla naplánována za 14 dní, kdy se dále postupovalo ve stejné terapii, než se rána celá zatáhla a zhojila. Pacientka docházela k pravidelným kontrolám ke svému obvodnímu lékaři.

4.4 Záznamy o průběhu ošetřování ran z České republiky

Respondent 7

27. 8. přijat na oddělení pacient B. L., DMII. typu v trvání několika let. Léčen intenzifikovaným režimem humánními inzulinů 4x denně + PAD 3x denně. Kompenzace diabetu neuspokojivá. Pacient přichází pro asi měsíc trvající klaudikační bolesti cca po 100m.

Dále nehojící se defekt LDK, který byl ošetřován týden PL. Pacient si při chůzi na boso zapíchl do chodidla kamínek. Při příjmu hmatné pulzace pouze v třísle.

DG:

DM II. typu na inzulinu a PAD, ICHS, ICHDKK, Hypertenze, Hyperlipoproteinemie.

FA:

Betaxa, Sortis, Inzulin- nyní dle GP, Metformin 850mg-nyní v pauze, Monoman, Enelbin.

TK: 150/100, P: 90', D: 18' - dušnost, výška: 190cm, váha: 110kg, BMI: 30,47.

TT: při příjmu 38, 6°C.

Bydlí v rodinném domě s manželkou na malé vsi. Děti bydlí nedaleko, často ho navštěvují. K lékaři dochází pravidelně na plánované kontroly. Sám neví, kam všude chodí - má vše napsané v notýsku - manželka mu všechno kontroluje. Exkuršák 20 let. Dietu dodržuje, vaří manželka. Vzápětí ale dodává, že občas dietu poruší. Stolice a močení bez obtíží. Potí se více. Spí cca 6-8 hodin denně, se spánkem problémy nemá. Nosí dioptrické brýle, rád čte. Žádnou viru neudává.

Defekt - zarudlé dorzum planty - zejména u palce. Na plantě kožní nekrózy, podminovaný palec.

Zhodnocení: diabetická ischemická gangréna planty levé nohy Wagner st. III. - IV.

Nasazeny ATB celkově, dále dle výsledků kultivací. Kompenzace diabetu inzulinem dle glykemického profilu.

28. 8. 2014

Naplánované ošetření defektu na operačním sále a dále naplánování angiografického vyšetření.

28. 8. 2014

Ráno před výkonem dušnost. Dle provedených vyšetření u pacienta zjištěna čerstvá embolizace plic. Přeložen na oddělení interní JIP. Zde 1x převaz na operačním sále z vitální indikace. Odstranění nekróz, vložení longet. Převazy 1x denně chirurgem. Výměny longet s Betadine roztokem a střídavě s Prontosan roztokem.

29. 8. 2014

Provedeno angiografické vyšetření - konzultace IKEM.

7. 9. 2014

Pacient přeložen zpět na chirurgické oddělení. Dále ATB i. v. dle výsledků kultivací měněny. Dávky inzulinu dle glykemického profilu. Dále pokračují převazy defektu ob den. Defekt se zbytkovými nekrózami, které se odlučují. Defekt bez zarudnutí. Převazy ob den s Prontosan roztokem.

13. 9. 2014

Konzultace s IKEM - PTA nevhodné, proto na 18. 9. naplánovaná operace- popliteo-popliteální-bypass venózní. Po operaci překlád na chir. JIP k monitoraci.

20. 9. 2014

Překlád zpět na oddělení chirurgie. Na defektu vystříhány zbývající nekrózy- převazy 1x denně s Betadine roztokem. Dále převazy operační rány, také 1x denně.

25. 9. 2014

Defekt je čistý, granulující, nevyžadující další chirurgické intervence. Začíná převod pacienta na warfarin.

29. 9. 2014

Defekt čistý, granulující, okraje se zatahují, defekt se zmenšuje. Pacient dimitován- dále převazy 1x za 2 dny agenturou domácí péče. Pacient mobilní, bez limitace klaudikací. Pouze k odlehčení LDK chůze o francouzských holích.

Respondent 8

Klientka H. R. 79 let, na oddělení následné péče od května 2013 z důvodu st. p. CMP.

Z chronických diagnóz: ATS tepen mozku, St. p. IM v roce 2011, Hypertenze, Demence vaskulárního typu I. stupně.

Zcela imobilní klientka, závislá na komplexní ošetrovatelské péči, polohována à 2 h, schopna samostatně přijímat stravu a tekutiny.

Od září 2014 výrazné zhoršení zdravotního stavu – progresse demence, klientka zcela apatická, porucha příjmu potravy a tekutin, s tím související kachexie, malnutrice.

5. 11. 2014

Defekt v sakrální oblasti – dekubit I. st. v rozsahu 5x3 cm – zarudlé ložisko, bez porušení kožní integrity – ošetřeno ochranným krémem Menalind, jako doplněk stravy 2x denně Nutridrink – Cubitan a Compact Protein.

10. 11. 2014

Zhoršení celkového stavu, defekt v sakrální oblasti výrazně zhoršen – dekubit II. st. – puchýř v rozsahu 5x3 cm, spodina čistá, okolí defektu zarudlé

ošetření: do okolí defektu: Menalind krém, do defektu: Atrauman, Braunovidon ung., sterilní krytí.

Kontrola defektu ošetřujícím lékařem 2x týdně + d. p. (v případě jakékoliv změny kdykoliv dříve).

12. 11. 2014

V souvislosti s poruchami polykání - nedostatečným příjmem potravy a tekutin zavedena nasogastrická sonda – 6 x d. Podáván Fresubin 200 ml + neslazený čaj k proplachu sondy a hydrataci – pravidelné výměny sondy po dobu 6 týdnů + d. p.

- zaveden PMK č. 22,

- u pacientky sledována bilance tekutin,

- defekt ošetřován dále, jak zavedeno 10.11 – t. č. beze změn.

15. 11. 2014

Defekt v sakrální oblasti: puchýř zcela odloučen, spodina zarudlá, okraje nekrotické, výrazná exudace se zápachem.

- provedeno kultivační vyšetření – výtěr z dekubitu,
- změna medikace: do okolí defektu Caviol krém, do defektu Mepilex Ag (aplikován s přesahem 1x m přes ránu) – výměna à 3 dnech, dle potřeby dříve v případě velké exudace.

18. 11. 2014

Výsledky kultivačního vyšetření – Staphylokok aureus MRSA negativní dle kultivace nasazen Augmentin 1g. ½ tbl. à 12 h (celkem na 14 dní).

Okraje defektu nadále nekrotické – ošetřeno v kolální anestesii 1% Mesocainem, provedena excize nekrotické tkáně ošetřujícím lékařem, terapie nadále stejná.

Do okolí defektu nadále Caviol sprej, zlepšení hydratace, komplexní ošetrovatelská péče.

21. 11. 2014

Defekt výrazně zlepšen, ve středu defektu známky granulace, okolí mírně zarudlé, bez známek další nekrotizace tkáně, defekt bez zápachu, výrazné snížení exudace, výrazné zlepšení hydratace a celkového stavu klientky.

24. 11. 2014

Defekt menší – rozsah 3x2 cm, ve středu defektu granulace, okolí beze změn, terapie dále jak zavedena – převazy defektu: à 3 dny výměna Mepilex Ag, 2-3x denně výměna krytí, nadále komplexní ošetrovatelská péče.

27. 11. 2014

Defekt 2x2, bez exudace, okolí defektu zcela klidné terapie nadále jak zavedena až do zhojení.

Během léčby defektu pravidelné kontroly stavu rány 2x týdně ošetřujícím lékařem + d. p. kdykoliv dříve.

Respondent 9

Dne 25.10.2014 byl přijat 72 letý pacient s CHOPN kuřácké etiologie na ARO. Stav po AIM spodní stěny, anamnesticky paroxysmy junkční bradykardie, ICHDK, DM II. typu na inzulínu. Pacient přišel z interního oddělení s dekubitem v sakrální oblasti 5x5cm. Během 5 týdnů léčby se rána výrazně zlepšila - čistá a granulující.

Hospitalizace na ARO 25.10. 2014 – 29.11. 2014.

Pacient byl přivezen z domova příbuznými na interní oddělení z důvodu zhoršující se dušnosti trvající asi 6 dní, předtím byl pacient léčen ambulantně na virózu HDC. Vzhledem k progresi dyspnoe přeložen na ARO.

Pacient bydlí v panelovém domě s manželkou. Děti bydlí nedaleko, navštěvují ho často. Pacient má dvě dcery a 4 vnoučata. K lékaři dochází na pravidelné kontroly. Kuřák 30 let. Dietu žádnou nedodrží. O zdravý životní styl se nikdy nezajímá. Stolica a močení bez obtíží. Spí cca 5-6 hodin denně, se spánkem má poslední dobou problémy kvůli zhoršenému dýchání. Nosí dioptrické brýle, rád čte. Žádnou víru nevyznává.

OA:

CHOPN kuřácké etiologie, AIM spodní stěny, Anamnesticky paroxysmy, Junkční bradykardie, ICHDK, DM II na Inz.

AA:

negativní.

PSA:

důchodce, kouří do 10 cigaret za den, alkohol pije příležitostně.

FA:

Euphyllin, Actrapid, Tenaxum, Agen, Loseprazol, Sectral, Productal.

Při přijetí na ARO byl pacient při vědomí, stěžuje si, že ne-

může dýchat, bolesti za hrudní kostí, hypoxémie (SpO₂ pod 70 %) vzdor O₂ léčbě, tachypnoe 40/min, sinusová bradykardie 40/min bez reakce na Atropin, hypotenze 70/45 mmHg. Vstupně farmakologicky utlumen, intubován, napojen na UPV, nasazena ATB léčba pro probíhající BP bilaterálně, dále vazoaktivní léčba pro kardiální insuficienci a hypotenzi (Dobutamin+Noradrenalin), zajištění vstupů (CVK, PMK, AK, NGS).

Prevence dekubitů – netoleruje polohování (instabilní oběh), jenom aktivní antidekubitární matrace.

25. 10. 2014

Pacientovi dělán první převaz, dle ordinace lékaře aplikován TenderWet – debridement + sterilní krytí.

15. 11. 2014

Celkové zhoršení stavu, dekubit byl zvětšen na 8x5 cm, okolo rány 1cm nekróza, která byla ošetřujícím lékařem vystřižena, nadcházela granulace, pokračovalo se v aplikaci: debridement - podpoření granulace.

24. 11. 2014

Kontrola rány ošetřujícím lékařem, nekróza byla zmenšena, její zbytky vystřiženy, granulace, podpoření granulace. Dle ordinace lékaře aplikován: Flamingel + sterilní čtverce + krytí.

28. 11. 2014

Kontrola rány, nekróza zmenšena na 0,5 mm, granulace, dle ordinace lékaře aplikován: debridement, podpoření granulace, celkový stav pacienta zlepšen.

18. 11. 2014

Kontrola rány, nekróza opět zmenšena na 0,3 mm, granulace, pokračování v aplikování: debridement + podpoření granulace.

29. 11. 2014

Kontrola rány, dekubit – čistá granulační rána, dle ordinace lékaře aplikován Rivanol roztok + sterilní krytí, celkový stav pacienta zlepšen, komunikuje, zahájena aktivní RHB. Pacient byl přeložen na interní JIP, kde se pokračovalo v RHB a ošetřování dekubitu.

4.5 Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty

Kategorie

1. Role sester.
2. Nejčastější diagnózy na oddělení.
3. Nejčastější typy ran.
4. Kompetence sester v souvislosti s ošetřením ran.
5. Vzdělávání sester v souvislosti s ošetřením ran.
6. Předpis.
7. Obvazový materiál.
8. Postup při ošetřování ran.
9. Spolupráce s týmem.
10. Zhodnocení poskytnuté péče.

4.5.1 Role sester

Práce sester patří mezi jedno z nejtěžších povolání vůbec, mnoho sester si ani neuvědomuje, co všechno musí dělat a jakou roli musí vykonávat.

Všechny sestry z Namibie, Irsko a České republiky se shodly, že role ošetřovatelky je jejich každodenní náplní. Sestra 1 z Namibie a sestra 7 z České republiky udávají jako svoji častou roli roli asistentky. Sestry 1 a 2 z Namibie se shodují na roli úřednice. Dále se více jak polovina sester ze všech zemí shodla na roli edukátorky, a to sestra 1 z Namibie, sestry 4 a 5 z Irsko, sestry 7, 8, a 9 z České republiky.

Sestry 2 a 3 z Namibie, sestra 6 z Irsko a sestra 8 z České republiky se shodují na roli manažerky, kdy jejich role souvisí se specifickou prací na odděleních. Roli advokáta zmiňuje sestra 4 a sestra 6 z Irsko, dále i sestra 8 a 9 z České republiky. Na roli výzkumnice se shodují sestry 7 a 9 z České republiky.

Dále jsou jednotlivé odpovědi charakteristické pouze pro jednu sestru: sestra 6 z Irsko uvedla roli koordinátorky, sestra 7 z České republiky roli poradce a sestra 8 opět z České republiky roli mentora.

4.5.2 Nejčastější diagnózy na odděleních

Sestry 1, 2, 3 z Namibie se shodují na diagnóze: tuberkulóza a dehydratace. Dále se sestry 1 a 3 z Namibie shodují na diagnóze: malnutrice. Sestra 1 z Namibie a sestra 6 z Irsko se shodují na diagnóze nespecifického úrazu. Sestry 1 a 2 z Namibie se shodují na diagnóze: nauzea a zvracení. Sestry 4 a 6 z Irsko se shodují se sestrou 8 z České republiky na diagnóze CMP, dále se sestra 4 z Irsko shoduje se sestrami 7 a 8 z České republiky na diagnóze diabetes mellitus. Sestry 7 a 9 z České republiky se shodují na diagnóze: pankreatitida a pneumotorax.

Shoda diagnóz je velice ovlivněna oddělením a zemí, kde sestry pracují. Další diagnózy jako lymfomy, myelomy, leukémie a anémie sdělila sestra pracující na onkologickém oddělení v Irsku. Diagnóza: chronické selhávání ledvin, roztroušená skleróza sdělila jako doplňující informaci sestra 6 z Irsko. Sestra 7 z České republiky dále zmínila diagnózu: CA GIT, ICHDK, TEP. Sestra 8 také z České republiky doplnila diagnózu: hypertenze a polyartroza. Sestra 9 opět z České republiky doplnila diagnózu: respirační insuficience.

4.5.3 Nejčastější typy ran

Většina sester ze všech zemí se shodla na nejčastějším výskytu dekubitu kromě sestry 5 z Irsko a sestry 7 z České republiky. Dále se sestry 1 a 2 z Namibie a sestra 4 z Irsko shodly na typu traumatické rány, přičemž každá uvádí jinou příčinu. Sestry 1 a 2 z Namibie uvádějí, že příčina traumatické rány je vyvolaná bodnutím, sestra 4 z Irsko uvádí traumatickou ránu vyvolanou úrazem. Dále se sestra 2 z Namibie, sestry 7 a 8 z České republiky shodují na nejčastějším typu operační rány. Sestra 4 z Irsko dále uvádí společně se sestrou 5 též z Irsko a sestrou 8 z České republiky jako nejčastější typ rány bérčové vředy. Sestry 7 a 9 z České republiky uvádějí za nekrotizující diabetické gangrény.

Sestra 1 z Namibie navíc udává popáleniny, které jsou charakteristické pouze pro danou oblast. Sestra 5 z Irsko udává dále otevřený lymfom, kdy je typ této rány též charakteristic-

ký pouze pro její oddělení. Sestra 8 z České republiky považuje exkoriaci za nejčastější typ rány.

4.5.4 Kompetence sester v souvislosti s ošetřením ran

Kompetence sester se značně liší podle dané země, ale i přesto se některé konkrétní výkony při ošetřování ran shodují. Všechny 3 sestry z Namibie mají velice rozsáhlé kompetence a zkušenosti. Co se týče ošetřování ran, všechny se shodly na možnosti samostatného rozhodování, ošetření a sledování průběhu léčby, dále na předepisování léčebných mastí, roztoků a samostatném hodnocení rány bez konzultace s lékařem. Sestry mají umožněno šít ránu, ale podotkly, že záleží na jejím stavu, pokud si nejsou jisté, zavolají lékaře. Ve většině případů jsou ale odkázány samy na sebe. Sestra 4 a sestra 6 z Irska a sestra 9 z České republiky se shodují, že jejich kompetence jsou ovlivněny typem rány. Sestra 4 a sestra 5 z Irska, sestry 7, 8 a 9 z České republiky se shodují, že při ošetřování ran jsou jejich kompetence vždy ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a plní předepsané ordinace, co se týče převazování ran. Sestry 4 a 5 z Irska a sestra 8 z České republiky navrhují změny léčby a případně doporučují vhodné obvazové materiály a léčebné masti, roztoky dle nejnovějších a dostupných materiálů.

Dále sestra 4 z Irska a sestra 8 z České republiky mohou rozhodnout, zda léčbu ukončit. Sestry 4, 5, 6 z Irska, i přestože se mohou samostatně angažovat do ošetřování ran, sdělily, že po zhlédnutí rány vždy kontaktují převazovou sestru, s níž vždy vše konzultují a tvoří ošetřovatelský plán, který se poté rovněž konzultuje s lékařem.

Sestry 5 a 6 z Irska se se sestrami 7 a 9 z České republiky shodují na konzultaci s lékařem, kdy diskutují o nevhodnější terapii, metodě a léčbě rány.

4.5.5 Vzdělávání sester v souvislosti s ošetřením ran

Vzdělávání v souvislosti s péčí o rány probíhá v Namibii omezeně, jak shodně vypovídají sestra 1, sestra 2 i sestra 3. Vzdělávání probíhá v jejich nemocnici, ale pouze omezené množství pracovníků má možnost se zúčastnit. Sestra 1 z Namibie: „Vždy je vybrán jeden zástupce z každého oddělení nezávisle na tom, kdo by chtěl jít, a potom se informace předávají všem.“

Sestry 4 a 5 z Irska se shodují se sestrou 9 z České republiky, že žádné vzdělávání ohledně ran v jejich nemocnici nezaznamenaly a samy nikde nebyly, ovšem sestra 4 z Irska podotýká: „V zařízení nic neprobíhá, ale máme možnost se ve svém volném čase zúčastnit školení, které se týká ran, bohužel málokdo má čas a chce dobrovolně trávit 8 - až 10 h. na školení, když má doma rodinu a plno jiných povinností.“ Sestra 9 z České republiky: „Za dobu strávenou na oddělení se nekonal žádný seminář v souvislosti s péčí o rány.“

Sestra 6 z Irska se shoduje se sestrami 7 a 8 z České republiky na pravidelných seminářích konajících se v jejich nemocnici na téma ošetřovatelská péče o rány. Dále sestry 7 a 8 z České republiky podotýkají, že velice často poskytují seminář firmy propagující a poskytující obvazový materiál, nejčastější 2 firmy, na kterých se shodly, jsou Hartman Rico akademie a Bella – Bohemie.

4.5.6 Předpis

Předpis, dle kterého se postupuje při péči o rány, je v každé zemi nazýván ošetřovatelský standard a konkrétně v Namibii se jako standardy ošetřovatelské péče využívají Guidelienes - předpisy. Všechny sestry se shodují, že ošetřovatelský standard je k dispozici na každém oddělení a kdykoliv lze do něj nahlédnout. Sestry 1, 2 a 3 z Namibie doplňují informaci, že o tvorbu se stará administrativní oddělení ve spolupráci s vrchní sestrou, hlavní sestrou a ředitelem nemocnice. Sestry 4, 5 a 6 z Irska se shodují též na ošetřovatelském standardu, ale podotýkají, že důležitější je předpis, ošetřovatelský plán od převazové sestry, dle kterého se řídí.

Sestra 7 z České republiky podotýká: „Na každém oddělení je samozřejmě standard, ale kdo se do něj opravdu podívá? K ošetřování ran vždy přistupujeme individuálně a k tomu nám žádný standard nepomůže, těžíme ze svých zkušeností a řídíme se dle ordinace lékařů.“

4.5.7 Obvazový materiál

Nejčastěji používaný materiál s dostupnými prostředky pro ošetření ran, jako jsou masti, roztoky a jiné léčebné látky, se neliší pouze danou zemí, ale i daným oddělením.

Jako nejběžnější dostupný materiál k překrytí a obvazování ran se všude v Namibii, Irsku i České republice používají sterilní i nesterilní čtverce, vatové tamponky, elastická obinadla, pruban. Dále se značně odlišují používané roztoky, masti, přičemž Betadine a Inadine roztok i mast jsou využívané v Namibii, Irsku i České republice.

Dále se sestry 1, 2 a 3 z Namibie shodují se sestrami 7 a 8 z České republiky na častém používání mastného tylu – Atraumanu. Sestra 4 z Irska také užívá mastný tyl, ale Adaptic či Actilite. Dále sestry 1, 2, 3 z Namibie používají jako druhou nejčastější léčebnou látku při ošetřování ran Ichtamol, zejména při infekcích. Kromě toho dále podotýkají, že sterilní materiál je vždy připravený ve sterilních balíčcích, které připravují studenti na praxi. Sestra 4 a sestra 6 z Irska často využívají gelové přípravky - Granuflex a jako krytí Melonin či Mepor. Sestra 5 se sestrou 6 z Irska a sestra 9 z České republiky využívají také velice často Inadine mast jako sestry 1, 2, 3 z Namibie.

Sestra 5 z Irska podotýká: „Používáme již hotové obvazové materiály napuštěné léčebnou látkou, jako je například Thera foam, Aqvafoam Ag, Sorbac.“

Sestry 7 a 9 z České republiky se shodují na častém používání roztoku peroxidu vodíku, sestry 8 a 9 rovněž z České republiky se dále shodují na častém používání roztoku Rivanol a NU gelu.

Sestra 7 z České republiky: „Používáme především to, co lékař předepíše, pokud jsme názoru, že je vhodné využít jiný léčebný prostředek, navrhneme mu jej, například: Fox mast, borovou vazelinu, Skina gel, krytí s obsahem stříbra, to vše používáme a máme s tím dobré zkušenosti, nejnovější hit je však VAC systém.“

Sestra 8 z České republiky: „Jako nejčastější materiály používáme: Framykoin mast, Ialugen mast, Mepilex, Zatuvit, Absorba, Matopat, je spousta možností a druhů v dnešní době, záleží na finančních prostředcích a spolupráci vrchní sestry s managementem.“

Sestra 9 z České republiky: „Záleží vždy na doktorech, co předepíší, někdy je možné, aby si pacient hradil sám či po-

jišřovna, co on chce či rodina, mezi méně používaný materiál řadím například Tenderwet aktive, Cerdak micro porous keramik, Coloplast, Colospore, Tegaderm, Grasoling, Uni gel, Melgisorb Ag, Covilo film, záleží na druhu rány a dostupných prostředcích.“

4.5.8 Postup při ošetřování ran

Všechny sestry z Namibie, a to sestry 1, 2, 3 se shodly se sestrou 9 z České republiky, že jako první krok je příprava pomůcek. Dále se sestry 1, 2, 3 opět z Namibie a sestry 7 z České republiky shodly na sejmutí primárního krytí. Sestry 1, 2, 3 z Namibie, sestry 4 a 5 z Irska a sestry 8 z České republiky se shodují na tom, že ránu očistí sterilní vodou a zkontrolují průběh hojení, sestry 1, 2, 3 z Namibie podotýkají, že mohou samy rozhodnout o dalším průběhu léčby rány, ovšem sestry 4, 5, 6 z Irska musí vše konzultovat s lékařem a převazovou sestrou. Sestry 7, 8 a 9 z České republiky konzultují průběh hojení pouze s ošetřujícím lékařem. Jako další postup při ošetřování ran uvádějí sestry 1, 2, 3 z Namibie a sestry 7, 8, 9 z České republiky nanášení léčebné masti či roztoku. Sestry 4, 5, 6 z Irska přikládají sterilní krytí, které již obsahuje léčebnou látku. Následuje fixace a krytí obinadlem, na čemž se shodly všechny sestry z Namibie, Irska i České republiky, pouze volba materiálu je ovlivněna dostupným materiálem na oddělení.

Sestry 1 z Namibie: *„Jako snažíme se dodržet zásadu špinavé a čisté ruky, tedy jedna ruka pracuje se špinavým materiálem a druhá s čistým.“*

Dále sestry 4 z Irska, sestry 8 a 9 z České republiky zdůrazňují včasné podání informací o následujícím výkonu a správnou edukaci po výkonu. Sestry 8 a 9 opět z České republiky se shodly jako jediné na důkladné přípravě polohy, která bude komfortní pro pacienta i pro sestru vykonávající převaz.

4.5.9 Spolupráce s týmem

Všechny sestry z Namibie, Irska i České republiky podotýkají, že nejdůležitější je spolupráce mezi sestrami, kdy je nutné, aby se mohla spolehnout jedna na druhou a odpovědnost práce byla nesena rovnoměrně. Jako další je velice důležitá spolupráce mezi lékaři a sestrami, na čemž se shodují opět všechny sestry ze všech 3 zemí, i když ne vždy je spolupráce z obou stran tak jednoduchá a přirozená. Sestry 7, 8 a 9 z České republiky podotýkají, že lékaři mnohdy dávají najevo své postavení, vyšší post a očekávají od sester určitou pokoru. Sestry 1, 2, 3 z Namibie považují studenty za důležitou a nepostradatelnou složku v týmu a spolupráce s nimi je velice dobrá. Tito studenti z univerzity jsou vnímáni jako plnohodnotné sestry s plnou odpovědností a kompetencemi jako registrované sestry v Namibii.

Sestry 1 z Namibie: *„Snažíme se s doktorem diskutovat o dané problematice a pomáhat pacientovi, ale z důvodu nedostatku lékařů sestry často zastávají mnoho pozic najednou a největší spolupráce je mezi sestrami, když je někde frmol, zavolá se na jiné oddělení pro pomoc a sestry dorazí nebo při velkých nehodách se volá i domů, většina sester totiž bydlí vedle nemocnice a přijdeme.“*

Sestry 4, 5, a 6 z Irska se shodují na důležité spolupráci s převazovou sestrou. Na další nepostradatelné články týmu

jako je ošetřovatelka, asistentka a sanitáři si vzpomněly všechny sestry z Irska a z České republiky. S nutriční terapií často spolupracují sestry 4 a 5 z Irska a sestry 7 z České republiky. Spolupráce s fyzioterapeutem patří mezi denní rutinu sester 4, 5, 6 z Irska a též sester 7 a 8 z České republiky.

Dále sestry 8 a 9 z České republiky podotýkají, že důležitá spolupráce je se samotným pacientem, jeho zapojení do efektivní péče. Sestry 7 z České republiky si vzpomněly na spolupráci s laboranty, která je též velice důležitá a nelze ji vynechat, stejně jako spolupráce s rodinou a sociálními pracovníky, na což si vzpomněla sestry 5 z Irska.

Sestry 5 z Irska: *„Spolupráce s týmem je trochu ovlivněna specializačním oddělením, kde se pracuje, na nějakém oddělení se klade důraz na spolupráci s rodinou a sociální pracovníky, jako například u nás, někde se klade důraz na spolupráci s lékaři, protože přece oni nám můžou zpřístupnit službu, a v neposlední řadě spolupráce s kolegyněmi, kolektivem, samozřejmě nesmíme zapomenout na uklízečky, údržbáře a všechny jednotky, které staví organizační strukturu nemocnice.“*

4.5.10 Zhodnocení poskytované péče

Sestry z daných zemí, a to z Namibie, Irska a České republiky měly možnost zhodnotit úroveň poskytované péče stupněm hodnocení jako ve škole 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostačující, 5 = nedostačující.

Sestry 1 a 3 z Namibie se shodují na dostačující poskytnuté péči, která je dle možností uspokojivá pro záchranu či zlepšení života, ale podotýkají, že je vše ovlivněno nedostatkem personálu. Sestry 2 z Namibie a sestry 4 z Irska se shodují na dobré úrovni poskytované péče, přičemž sestry 4 podotýká: *„Ošetřující personál dělá vše, co je v jejich silách, ale vždy je co zlepšovat.“*

Sestry 5 z Irska jako jediné považuje poskytnutou péči za výbornou, zdůrazňuje, že na oddělení pracuje velice kvalifikovaný personál, mají nejnovější vybavení a dostatek personálu, což se tak odráží na výborně poskytnuté péči. Sestry 6 z Irska a sestry 7, 8 a 9 z České republiky se shodují na velmi dobré poskytnuté ošetřovatelské péči, přičemž sestry z České republiky udávají problém, který péči ovlivňuje, a to nedostatečné platové ohodnocení, čímž se vytrácí motivace, a nedostatek sester na pracovišti.

5 DISKUZE

Diplomová práce na téma: Ošetrovatelská péče o rány v Namibii, Irsku a České republice se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o rány v daných zemích, kompetencemi a vzděláním sester. Z výpovědí sester z daných zemí byly porovnávány shody a odlišnosti a dále byly zpracovány během praxe záznamy o průběhu ošetřování ran, které přehledně ukázaly, jak sestry v jednotlivých zemích postupují, jaké materiály, masti, roztoky používají a jak sledují vůbec samotný průběh hojení. Na vědomí jsme brali velkou odlišnost států už jen ve zdravotnickém systému, vzdělání, ekonomice, způsobu a hodnotách života, včetně rozdílné mentality lidí.

Proto jsme zjišťovali, jakým způsobem se musejí sestry vzdělávat, jaké kompetence tím nabývají a jakým způsobem je řešena problematika hojení ran se samostatnou péčí o rány vůbec.

Pro zpracování výzkumu jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření pomocí techniky polostruktovaného rozhovoru. Osloveno bylo celkem 9 sester - z každé země 3 sestry z oddělení, kde je častý výskyt ran, které potřebují ošetření. Informace získané během stáže v Namibii, osobní návštěvy Irsku a během praxe v České republice byly doplněny záznamy o průběhu ošetření rány ve spolupráci s dotazovanými sestrami. Plně doufáme, že získané poznatky budou nejen zajímavé k porovnání ošetrovatelské péče ve třech odlišných zemích, ale také použitelné pro další výzkumy, ke kterým se otevřel prostor a které by mohly na tuto práci navazovat dále i jako informativní zdroj nejen pro studenty.

Hlavním cílem bylo zjistit a popsat, jakým způsobem sestry v uvedených zemích ošetřují rány. Před započítím výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Na výzkumné otázky - Jakým způsobem je řešena problematika hojení ran v Namibii, Irsku a ČR? Jaké vzdělání musí mít sestra v daných zemích v souvislosti s péčí o rány? Jakým způsobem probíhá péče o rány v Namibii, Irsku, ČR? Bylo stanoveno několik okruhů otázek, na které sestry odpovídaly a případně doplňující informace jsme získali přes internetové spojení Skype.

Čurková, Škochová (20), uvádějí, že péče o pacienta, který je hospitalizovaný v nemocničním zařízení s ránou, je založená na komplexním přístupu a moderních postupech při ošetření.

Kalvach a kol. (3) též vyzdvihuje vývoj techniky, moderní medicínu a nejnovější poznatky ze svého okolí, které klientům dopřávají komfort v cestě za uzdravením, ačkoliv jsou některé tyto materiály finančně náročné, ošetřující personál konkrétně z České republiky se přiklání k jejich každodennímu využití. Na to poukazují i záznamy o průběhu ošetření ran od sester 7, 8, 9 z České republiky, kde popisují širokou škálu možností výběru moderního materiálu.

„Musím si položit otázku, co znamená pro sestry z Namibie, Irsku a České republiky plně komplexní přístup péče? Či jaké mají možnosti využít moderní postupy, techniky a nejnovější dostupné poznatky ze svého okolí?“

Práce sester ve všech zemích je výrazně ovlivněna daným oddělením, harmonogramem práce i každodenními měnicemi se rolí během výkonů. Dále jejich denní činnost velmi ovlivňují kompetence v souvislosti s ošetřením ran, jejich vzdělávání všeobecně i v dané problematice ran. Nesmíme však zapomenout, že samostatná angažovanost sester a chuť

si vyhledávat semináře na dané téma a zúčastňovat se jich, spolupráce s týmem, zvolená metoda či postup při ošetřování ran je podle mého názoru právě tím, co činí jejich práci a péči více či méně efektivní.

Namibie, jedinečná krasavice, tak ji popisuje Svobodová (26). Úroveň zdravotní péče je v této zemi více než závislá na mezinárodní pomoci, podotýká Němec (29). Ovšem stojí za zmínku, že zde existují soukromé kliniky poskytující velice kvalitní péči s moderními dostupnými materiály a kvalitním personálem pro tzv. lidi z vyšších vrstev. Sestry 1, 2, 3 z Namibie pracující v nemocnici se shodly, že práce je velice náročná s nikdy nekončící pracovní dobou. Stále musejí být připravené, kdyby jich bylo potřeba. Ptala jsem se tedy, jak je nastavena jejich pracovní doba? Sestra 1: „Všechny sestry na všech odděleních pracují denní a noční služby dle rozpisu služeb, ale jelikož se naše ubytovna nachází nedaleko nemocnice, je zde vždy možnost, že budeme zavolány k pomoci.“ Dále sestry z Namibie hodnotí úroveň poskytované ošetrovatelské péče jako dostačující pro záchranu života či jeho zlepšení. V práci jsou spokojené a nestěžují si stejně jako sestry z Irsku na platové ohodnocení na rozdíl od sester z České republiky. Poskytovaná péče v Namibii je dle sester dostačující pro záchranu života, to potvrzuje i záznam o ošetření rány 1 od sestry 1, kdy dle mého názoru bylo zanedbaných více než dost základních intervencí, edukace, následné ošetření či jen uložení a sledování rány.

Irsko, stále zelený ostrov, proslulý pobřežím, láskou k hudbě, tanci a písním. Úroveň zdravotní péče je centrálně řízena Ministerstvem zdravotnictví a mládeže. Zdravotnictví je podporováno státem a dostává na svou činnost dotace (46).

Z toho by mělo vyplynout, že zdravotní péče je na mnohem vyšší úrovni než v Namibii, ale z výzkumu je zřejmé, že úroveň poskytované ošetrovatelské péče se v jejich zemi příliš neliší. Sestry z Irsku si myslí, že jejich práce je ohodnocena tak, jak by měla být, a nestěžují si na platové ohodnocení.

Zdravotní péče v České republice je poskytována převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění a sestry pracující v nemocnicích považují úroveň poskytované ošetrovatelské péče za velice dobrou. Negativem ale je, že se necítí plně ohodnoceny a že jsou přetíženy.

„Musím si položit otázku, proč je tomu tak? Jak je možné, že v africké zemi, jako je Namibie, mají sestry v přepočtu vyšší platové ohodnocení než sestry v České republice? Není divu, že po několika letech přichází permanentní únava, frustrace až syndrom vyhoření. Nedocenených zdravotních sester v České republice neustále přibývá, a ačkoliv je snaha tomu předejít, nějak se to nedaří. Máloučká česká sestra má tu odvahu vystoupit z davu a říct „dost“, ztráta zaměstnání, žádná podpora v okolí, to je natolik odstrašující, že bude raději pokračovat v zajatém koloběhu a občasném postesknutí nad nedocenením náročné práce a platovým podhodnocením.“

Jak už bylo krátce zmíněno, práce sester patří mezi fyzicky a psychicky nejnáročnější povolání. Pravda je, že většina zdravotnického personálu si ve chvílích, kdy vykonává ošetrovatelskou činnost, neuvědomuje, kolik rolí a činností vedoucích k uspokojení bio, psycho, spirituálních a sociálních potřeb ambulantního či hospitalizovaného pacienta musí vykonat a vykonávají. Role sester v problematice týkající se ošetřování ran jsou různorodé a mění se v krátkých časových intervalech. To nám zachycují záznamy o průběhu ošetřování ran, kdy během péče o ni sestra vystřídá nespočet rolí.

Nejčastěji se opakující role, kterou považuje každá sestra za součást své každodenní činnosti, je role ošetřovatelky, dále sestra 1 z Namibie a sestra 7 z České republiky udávají jako svoji častou roli roli asistentky, podotýkají, že role asistentky je převážně poskytována lékaři, který potřebuje asistenci u určitého výkonu. Sestry 1 a 2 z Namibie se shodují na roli úřednice, kdy administrativa je dle mého názoru považována za jednu z nejdůležitějších součástí dnešního zdravotnictví. Co není černé na bílém, jako by neexistovalo a nebylo možno nikdy prokázat. Kam se však vytratila zmiňovaná komplexní péče na začátku diskuze? Je opravdu tak důležité mít vše pečlivě zaznamenáno ve všech dokumentacích, kde se píše o komplexní péči, ale pacient ji mnohdy ani nepocítil? Je na to naše zdravotnictví, jsou na to naše české sestry připravené? Bohužel na tyto otázky si nedokáží odpovědět, pouze to, že dnešní doba si vyžaduje vše dokumentovat a zaznamenávat, ale plnění této povinnosti je v rukou sester. Dále se více jak polovina sester ze všech zemí shodla na roli edukátorky, a to sestra 1 z Namibie, sestry 4 a 5 z Irska, sestry 7, 8, a 9 z České republiky. Roli edukátora považují za velice důležitou už jen z hlediska mnohostranného zaměření na formování a utváření zodpovědného chování nejen pacienta, ale i jeho rodiny v zájmu podpory či obnovy zdraví. Role manažerky je dle mého mínění velice ovlivněna pozicí sestry a specifickou prací. I přesto tuto roli zmínily sestry 2 a 3 z Namibie, sestra 6 z Irska a sestra 8 z České republiky. Roli advokáta jmenovaly sestry 4 a 6 z Irska, dále i sestry 8 a 9 z České republiky, přičemž tato role by měla být jednoznačně zmíněna u všech sester, protože vysvětlení, prezentace a obhajoba práv pacienta, zároveň obhajoba jeho zájmů a tlumočení požadavků či názorů je projevem zájmu o pacienta, ale ne všechny sestry si tuto skutečnost uvědomují.

Role výzkumnice a mentorky jsou dle mého názoru v současné době aktuální, protože ošetřovatelství se stále vyvíjí a mění, je důležité neustálé vzdělávání, předávání zkušeností, využívání rozmanitých možností a jenom zralá osobnost může zvládnout všechny zmíněné role, tedy například i roli koordinátorky.

Dále bylo velice zajímavé porovnat odpovědi sester ohledně jejich kompetencí v souvislosti s ošetřením ran. Kompetence sester se značně liší dle dané země, ale i přesto se některé konkrétní výkony při ošetřování ran shodují. Ošetřovatelské záznamy přehledně poukazují na dané odlišnosti v péči o rány, zachycují, jak sestry z Namibie, Irska a České republiky mohou v rámci svých kompetencí ošetřit ránu. Dle ošetřovatelských záznamů mají nejrozsáhlejší kompetence sestry z Namibie, ovšem není se v této zemi ani čemu divit, nedostatek lékařů a sester je nutí se spolehnout pouze na vlastní vědomosti, dovednosti, rozsáhlé kompetence a tím poskytnout adekvátní péči dle mého názoru v rámci možností. Sestry 1, 2 a 3 z Namibie mají velice rozsáhlé kompetence týkající se ošetřování ran, jak jsem již zmínila, všechny tři sestry se shodly na možnosti samostatného rozhodování, ošetření, sledování a průběhu léčby, dále i na předepisování léčebných mastí, roztoků a samostatném hodnocení rány bez konzultace s lékařem. Sestry mají umožněno šít ránu, ale podotkly, že záleží na jejím stavu, a pokud si nejsou jisté, zavolají lékaře, který ovšem často není v dosahu, a stejně se musí sestra spolehnout sama na sebe či na starší registrovanou sestru, která má více zkušeností. Sestry 4 a 6 z Irska se se shodují se sestrou 9 z České republiky, že jejich kompetence

jsou ovlivněny typem rány.

Dle Bydžovského a Froňkové je rána (vulnarae) porušení kůže, sliznice či povrchu některého z orgánů. Vyznačuje se třemi základními vlastnostmi, a těmi jsou: krvácení, bolest a ztráta tkáně. Pokud dojde ke vzniku rány, lze ji dále dělit dle způsobu, kterým vznikla. Proto je dobré ránu pečlivě analyzovat: popsat její lokalizaci, tvar, okraje, velikost a hloubku. V případě, zda je patrný směr vzniklé rány, popíšeme i ten (4, 5).

Sestry 4 a 5 z Irska se shodují se sestrami 7, 8 a 9 z České republiky, že při ošetřování ran jsou jejich kompetence vždy ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a plní předepsané ordinace, co se týče převazování ran. Dále je možné u sester 4 a 5 z Irska a stejně tak i u sestry 8 z České republiky navrhnout, doporučit vhodné obvazové materiály či nejnovější dostupné metody samotným pacientům, navrhnout ukončení léčby či změnu samotného ošetření rány lékaři. Spolupráce s lékařem je mnohdy náročná, vypověděly sestry, ale pokud jsou vidět výsledky a zkušenosti z předchozích rozhodnutí, tak jsou lékaři za návrhy rádi.

Například dle Neubergerové a Vagenknechtové (13) je tzv. vlhké hojení rány moderním trendem léčby, rána se ve vlhkém prostředí s permeabilním obvazem hojí rychleji a kvalitněji, než když se spodina rány udržuje v suchu a je vystavená proudění vzduchu.

Zato Rosina a kol. (22), vyzdvihuje jako další moderní techniku využití laseru.

Dále sestra 4 z Irska a sestra 8 z České republiky se mohou rozhodnout, zda léčbu ukončit. Sestry 4, 5 a 6 z Irska i přes to, že se mohou samostatně angažovat při ošetřování ran, sdělily, že po zhlédnutí rány vždy kontaktují převazovou sestru, s níž vše konzultují a tvoří ošetřovatelský plán, který se poté rovněž konzultuje s lékařem. Sestry z Irska se řídí tímto plánem sestaveným ve většinou 7 dní a v případě změny opět kontaktují převazovou sestru. Takový ošetřovatelský plán byl popsán i v záznamech o ošetřování ran respondentů z Irska, konkrétně záznamem respondenta 4, kdy převazová sestra hodnotila stav rány, zde konkrétně po pomalu se hojící amputaci. Ošetřovatelský plán stanovil postup péče, harmonogram převazů. Lékař je volán pouze v akutních případech či při radikálním zhoršení rány. Sestry 5 a 6 z Irska 7 a 9 z České republiky se shodují na konzultaci s lékařem, kdy diskutují o nejvhodnější terapii, metodě a léčbě rány. Sestry podotýkají, že mnohdy je celá léčba v jejich rukou, protože právě ony sledují celý průběh hojení ran.

Vzdělávání sester v Namibii je velice podobné tomu v ostatních státech. Namibijská univerzita ve Windhoeku nabízí například z bakalářských studijních oborů obor ošetřovatelství a obor rentgenové diagnostiky. Další vzdělání se specializací je možné pouze v postgraduálním studiu - postgraduální certifikát ve farmakoterapii, postgraduální studium v oboru porodní asistence, postgraduální studium v intenzivní péči, postgraduální studium v rámci mimořádných ošetřovatelství (Trauma), postgraduální studium v operačním sále ošetřovatelství, postgraduální diplom v oboru klinická výuka, postgraduální studium v podpoře zdraví, klinické diagnózy a léčby. Minimální délka denního studia oboru Diplom v komplexním ošetřovatelství a porodnictví je 4 roky (32).

I v Irsku je několik univerzit ošetřovatelství, příprava ošetřovatelského personálu je pouze na úrovni 4letého bakalářského studia. Na začátku studia se musí absolventi roz-

hodnout pro určitou specializaci, jako je všeobecná sestra, sestra pro mentálně handicapované, psychiatrická sestra či pro kombinovaný obor všeobecná a dětská sestra, dále má každý student přidělen školitele, kterého hlavně v začátcích využívá. (50).

V České republice probíhá kvalifikační příprava sester od roku 2004/2005 pouze na vyšších zdravotnických a na vysokých školách či univerzitách v souladu s příslušnými sektorovými a oborovými směrnicemi Evropské unie (38).

Ve všech zemích tedy kvalifikační příprava probíhá na vysokých školách, Česká republika a Namibie má ještě výhodu možnosti výběru střední zdravotnické školy, takže mají absolventi o málo větší přehled o budoucím povolání a studiu než sestry v Irsku. Jsem velice potěšená faktem, že i v Namibii a v Irsku musejí mít sestry vysokoškolské vzdělání. Otázka však je, zda ohlas laiků je stejný jako zde v ČR, a to - Proč musí mít nyní sestra vysokoškolské vzdělání? Jsem toho názoru, že následující odpověď je naprosto dostačující - a to, že zralá sestra připravená tuto práci vykonávat musí být sestra se schopností kriticky myslet, rozhodovat uváženě, rychle, pohotově a správně, stále se vzdělávat, zajímat se o nové výzkumy a ošetřovatelské postupy a podílet se na nich, být pevnou a nepostradatelnou součástí zdravotnické péče o dospělé i děti, A to není právě málo.

Otázky ohledně vzdělávání sester v souvislosti s péčí o rány, jejich samostatná angažovanost a zájem o toto vzdělávání v podobě seminářů a vyhledávání nových poznatků, postupů či metod při ošetřování ran vyvolalo vlnu negativních emocí. Zarážející odpověď od sestry 8 z České republiky zněla: *„Všechny semináře jsou povinné, takže si to akorát odsedím, bohužel musím se přiznat i za své kolegyně, že aktivní účast není, pokud přijdou nové poznatky, metody, není v naší moci je využít, vše jde přes management a až pak je nová metoda či přípravek v praxi využitý, aktivní vyhledávání ohledně ran probíhá maximálně na úrovni čtení časopisů Sestra, kde se často něco ohledně ran objevuje.“*

V Namibii se všechny sestry shodují, že vzdělávání probíhá v jejich nemocnici, ale pouze omezené množství pracovníků má možnost se zúčastnit. Sestra 1 z Namibie: *„Vždy je vybrán jeden zástupce z každého oddělení nezávisle na tom, kdo by chtěl jít, a potom se informace předávají všem.“* Informace dle mé zkušenosti ze stáže jsou podávány neúplně a často chybí kompletní porozumění situaci, např. v tomto bodě - kvůli nedostatku sester na odděleních není možné poslat větší množství sester. Ale i tak jsou sestry za každou informaci a možnost zlepšit ošetřovatelskou péči, konkrétně o rány, vděčné.

Sestry 4 a 5 z Irsku se shodují se sestrou 9 z České republiky, že žádné vzdělávání ohledně ran v jejich nemocnici nezaznamenaly a samy nikde nebyly, ovšem sestra 4 z Irsku podotýká: *„V zařízení nic neprobíhá, ale máme možnost se ve svém volném čase zúčastnit školení, které se týká rány, bohužel málokdo má čas a chce dobrovolně trávit 8 h až 10 h na školení, když má doma rodinu a plno jiných povinností.“* Sestra 9 z České republiky: *„Za dobu strávenou na oddělení se nekonal žádný seminář v souvislosti s péčí o rány.“*

Sestra 6 z Irsku se shoduje se sestrami 7 a 8 z České republiky na pravidelných seminářích konajících se v jejich nemocnici na téma ošetřovatelská péče o rány. Dále sestry 7 a 8 z České republiky podotýkají, že velice často semináře poskytují firmy propagující a poskytující obvažový materiál, nejčastější 2 fir-

my Hartman Rico akademie a Bella – Bohemie. Poskytovaný materiál, který každá firma uvádí na trh, je posléze vyzkoušený a dle finančních možností objednaný a využíván na oddělení. Pacienti mají také možnost osobní volby – mohou si vybrat dostupné nejnovější prostředky a v případě, že je nehradí zdravotní pojišťovna, musí si je zaplatit.

Postup, metody při ošetřování ran, to je kapitola sama o sobě a mohla bych napsat rozsáhlou práci jen na toto téma. Na to ale není dostatek prostoru, a proto byly stručně vypracovány 3 záznamy o průběhu a postupu ošetření ran z každé země, kde je vše přehledně zachyceno a v některých případech i fotograficky zdokumentováno. Zaznamenáno je, jak sestry ošetřují rány, které přípravky, masti využívají a jak průběh hojení rány hodnotily a sledovaly.

Důležitý fakt však je, že v Namibii se většina obyvatel, především ve venkovských oblastech, zabývá léčivou silou rostlin, a to zejména k léčbě kožních onemocnění a léčbě všech typů ran (27).

Pokud je rána akutní, pacienti se transportují do nemocnice. Jako nejpoužívanější mast a roztok v Namibii je Betadine a zředěný Povidone–Iodine. To potvrzují výsledky, kdy se sestry 1, 2, 3 z Namibie shodly na nejčastějším užívání Betadine masti i roztoku, a potvrzují to i záznamy o provedení ošetřovatelské péče u respondenta 1, 2 i 3, kde základní ošetření bylo poskytnuto právě tímto roztokem či mastí.

V Irsku se dbá na aseptické provedení a za výhodu považují již připravené sterilní balení s napuštěnou léčivou látkou (48), což uvedly všechny sestry z Irsku.

V České republice se sestry často řídí ordinací lékaře, kdy zvolení vhodného roztoku či masti je dle jeho uvážení (39).

Nicméně při rozhovoru se sestrami se všechny sestry z Namibie shodly se sestrou 9 z České republiky, že jako první krok je příprava pomůcek. Postrádám zde zapojení pacienta do přípravy, správnou edukaci a vysvětlení výkonu jako takového, případně příprava polohy komfortní pro sestru i pacienta a v neposlední řadě zachování soukromí. Mnohdy se rána objevuje na choulostivějších místech a ani jedna sestra z Namibie si na toto nevzpomněla. Dále se sestry 1, 2, 3 z Namibie a sestra 7 z České republiky shodly na sejmutí primárního krytí. Sestry 1, 2, 3 z Namibie, sestra 4 a 5 z Irsku a sestra 8 z České republiky se shodují na tom, že ránu očistí sterilní vodou a zkontrolují průběh hojení, sestry 1, 2, 3 z Namibie podotýkají, že mohou samy rozhodnout o dalším průběhu hojení rány, ovšem sestry 4, 5, 6 z Irsku musí vše konzultovat s lékařem a převazovou sestrou. Převazová sestra je specializace pro registrované sestry, která trvá 6 týdnů, a poté je její náplní práce vytvářet, sestavovat ošetřující plán péče o ránu a případně edukovat jak sestry, tak pacienty. Převazová sestra je na žádost sester na oddělení zavolána a veškerá léčba je vkládána do jejich rukou. Sestry 7, 8 a 9 z České republiky konzultují průběh hojení pouze s ošetřujícím lékařem. Průběh hojení by měl být zaznamenáván během každého převazu někdy i několikrát denně, ne vždy je však lékař přítomen, proto velká část zodpovědnosti připadá opět na sestry, které převaz vykonávají. Jako další postup při ošetřování ran uvádějí sestry 1, 2, 3 z Namibie a sestry 7, 8, 9 z České republiky nanesení léčebné masti či roztoku. Zachování sterility nezmínila ani jedna sestra, ačkoliv je to pro všechny samozřejmostí. Sestry 4, 5, 6 z Irsku přikládají sterilní krytí, které již obsahuje léčebnou látku. Ve většině případů je vše připraveno ve sterilních balících, kdy jde jen o to vybrat ten správný. Následuje

fixace a krytí obinadlem, na čemž se shodly všechny sestry z Namibie, Irsku a České republiky, pouze volba materiálu je ovlivněna dostupným materiálem na oddělení.

Sestra 1 z Namibie: „*Jako snažíme se dodržet zásadu špinavé a čisté ruky, tedy jedna ruka pracuje se špinavým materiálem a druhá s čistým.*“

Dále sestra 4 z Irsku, sestry 8 a 9 z České republiky zdůrazňují včasné podání informací o následujícím výkonu a správnou edukaci po výkonu. Sestry 8 a 9 z České republiky se shodly jako jediné na důkladné přípravě polohy, která bude komfortní pro pacienta i pro sestru vykonávající převaz. Velice potěšující fakt je, že sestry z České republiky považují přípravu, správnou edukaci, podání informací a přípravu polohy za velice důležitou věc před vykonáním převazu.

Velice překvapující a nedostačující informace se týkaly prevence infekce, dodržení aseptického postupu, použití dezinfekčního přípravku před započítím a po výkonu či výměna ochranných pomůcek po sundání starého krytí. Ve většině případů je převaz pro sestry zautomatizovaná činnost a často tyto nevyřčené postupy jsou dělány bez přemýšlení či pozastavení. Jak se říká, opakování je matka moudrosti, a proto neustálé opakování a připomínání i těm nejzkušenějším sestrám je velice důležité právě proto, aby i u té nejvšednější činnosti nezapomínaly na správné postupy a tím chránily jak sebe, tak i pacienta a jeho okolí.

Dle mého názoru zjištěné výsledky přinesly nejen odpovědi na naše předem připravené otázky, ale otevřely prostor pro další výzkumy, jak jsem již uvedla na začátku diskuze. Mnoho nedostatků vyplulo na povrch a je potřeba se zamyslet, proč tak kvalitní zdravotnictví v České republice poskytuje tak markantní suma nespokojených sester. Čí je to vina? Zaměříme se aspoň na zlepšení chování, které v našich rukou máme. Vlídlost, důvěra a pocit bezpečí není otázkou pouze pro pacienta s ránou, ať už chronickou či akutní, ale i pro personál poskytující kvalitní ošetrovatelskou péči.

Pro personál, který je pod tlakem, nedoceněný a mnohdy frustrovaný. Zkusme častěji udělat pro druhé ne pouze to, co nám ukládá naše zaměstnání, ale také něco navíc, co z nás dělá lidi a dobré spolupracovníky, vytvářející harmonické prostředí, kam se budeme rádi vracet a zapomínat, že naše povolání je jedním z nejtěžších.

6 ZÁVĚR

V diplomové práci bylo cílem zjistit, jakým způsobem sestry ošetřují rány v Namibii, Irsku a České republice. Proto abychom mohli stanovit výsledky, byla v empirické části použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Se sestrami v daných zemích byl použit polostrukturovaný rozhovor. Dále byly použity záznamy o průběhu ošetřování ran, které jsem získala v průběhu vykonávání stáže v Namibii, osobní návštěvy v Irsku a praxe během studia v České republice. Rozhovory byly prováděny z okruhů otázek pro sestry z uvedených zemí v jejich pracovní době a v případě nutnosti byly potřebné informace doplněny také přes internetové telefonické spojení – Skype.

Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru, kdy hlavní podmínkou byla péče o ránu vyžadující odborné ošetření v nemocničním zařízení. Před začátkem výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je řešena problematika hojení ran v

Namibii, Irsku a ČR?

2. Jaké vzdělání musí mít sestry v daných zemích v souvislosti s péčí o rány?

3. Jakým způsobem probíhá péče o rány v Namibii, Irsku, ČR?

Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že ošetřování ran je téma velmi rozsáhlé a každá ze sester by dokázala o poskytování péče vyprávět několik hodin. Navíc se při ošetřování ran vydáváme na „dlouhou trať“. Může trvat i několik měsíců, než dojde k úplnému zacelení tkáně a klient je opět schopen kvalitního života, který není ovlivněn nemocí. Sestry během těchto dní vystrídají několik sociálních rolí, od poskytovatele péče, po edukátora, mentora aj., a ne vždy si toto dokáží uvědomit.

V každé zemi mají zdravotní sestry své kompetence, které se vztahují k problematice dané touto prací. V Irsku je převazová sestra, která vytváří ošetrovatelský plán a v případě nutnosti vše konzultuje s lékařem. V Namibii kvůli nedostatku sester i lékařů jsou naopak dostačující pouze kompetence zdejších sester získané ze studia na univerzitě, které vedou k rozhodnutí a volbě péče a léčby ran. V České republice konzultují pověřené pracovníci hojení a průběh léčby s lékařem. Poté postupují dle jeho ordinace, vše dokumentují do příslušných schválených dokumentací, které jsou založeny do pacientovy složky, dekurzu a v případě komplikací informují lékaře.

V oblasti vzdělání sester z dotazovaných zemí v souvislosti s péčí o rány dle výzkumného šetření vyplynulo, že je vyžadováno vysokoškolské vzdělání, a to jak v Namibii, tak v České republice i v Irsku, kde se navíc lze specializovat na pozici převazové sestry. Studium pak trvá 6 týdnů.

Třetí zmíněná výzkumná otázka se týkala způsobů poskytnutí péče u klientů, kteří mají akutní či chronicky vzniklou ránu. U mnoha získaných odpovědí se poskytnutá péče v jejich zemi neliší význačnými odchylkami. Po srovnání zemí mezi sebou se ale v postupu ošetření můžeme setkat s rozdílnými odpověďmi. Některé sestry si jako první připraví veškerý potřebný a dostupný materiál, jiné nejdříve snímají krytí rány. Rozdíl můžeme najít také ve využití desinfekčních prostředků, mastí a roztoků.

Moderní doba přináší denně několik novinek v péči o pacienta.

Sestra poskytuje pacientovi jedinečnou oporu, a proto je vysokoškolské vzdělání v současné době důležité a bezpodmínečné, aby se pacient mohl vyrovnat se vzniklou situací a péče o něj byla co nejkvalitnější a bez nepříjemných následků.

Myslím si, že diplomová práce, její poznatky a výsledky mohou sloužit jako informační a studijní materiál pro jiné ročníky chirurgického bloku a pro další výzkumy podobného tématu.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
4. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
5. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
6. KOUŘILOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 76 s. ISBN 9788024726823.
7. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 300 s. ISBN 9788024731308.
8. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELEŇKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
9. DIAMANTOVÁ, Dominika. Diabetická noha. In: *Hojení ran*. 2009, roč. 3, č. 2, s. 8-10, ISSN: 1802-6400.
10. KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
11. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
12. KURUCOVÁ, Andrea. *První pomoc: pracovní sešit pro studenty SZŠ a zdravotnických lyceí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 136 s. ISBN 978-80-247-2168-2.
13. NEUBERGOVÁ, Alena a Alena VAGENKNECHTOVÁ. Léčba ran - hojení ran. In *Sestra*. 2011, č. 01. ISSN 1210-0404 [online]. [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-ran-462312>.
14. KOUTNÁ, Zdeňka. Kazuistika vlhkého hojení ran. In *Sestra*. 2014, č. 01, str. 41–42. ISSN 1210-0404.
15. MAZÁNEK, Jiří. Traumatologie orofaciální oblasti. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 177 s. ISBN 978-80-247-1444-8.
16. STRYJA, Jan. Jak minimalizovat trauma a bolest v léčbě ran. In *Hojení ran*. 2010, roč. 4, č. 2, s. 14–22. ISSN 1802-6400.
17. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
18. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
19. MATOPAT.cz. *Rány* [online]. 2015 [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: <http://matopat.cz/our-solutions-category/rany/>.
20. ČURDOVÁ, Kateřina a Dagmar ŠKOCHOVÁ. Úspěšná terapie ran v traumatologii, dostupné. In *Sestra*. 2014, č. 04. ISSN 1210-0404 [online]. [cit. 2015-04-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uspesna-terapie-ran-v-traumatologii-475017>.
21. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatry a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 861 s. ISBN 8024705486.
22. ROSINA, Jozef. *Biofyzika: pro zdravotnické a biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-4237-3.
23. PODĚBRADSKÝ, Jiří a Radana PODĚBRADSKÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 200 s. ISBN 978-80-247-2899-5.
24. ROVENSKÝ, Jozef. *Revmatologický výkladový slovník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 275 s. ISBN 80-247-1614-3.
25. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
26. SVOBODOVÁ, Martina. *Smích a pláč Afriky: cestou kolem jednoho kontinentu*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2011, 271 s. ISBN 978-80-242-2982-9. s. 136-138.
27. KLÍMA, Jan. *Namibie*. 1. vyd. Praha: Libri, 2009, 126 s. ISBN 978-80-7277-439-5.
28. MCINTYRE, Chris. *Namibia*. 4th ed. Chalfont St. Peter: Bradt Travel Guides, 2011, 534 p. ISBN 1841623350.
29. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
30. HENNING, Melber. *Understanding Namibia: The Trials of Independence*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2015, 300 p. ISBN: 9780190257620. p. 256.
31. UNIVERSITY OF NAMIBIA. About UNAM [online]. [cit. 2015-05-12]. Dostupné z: <http://www.unam.edu.na/about-unam/>.
32. UNIVERSITY OF NAMIBIA. FACULTY OF MEDICAL AND HEALTHSCIENCES. Diploma in Comprehensive Nursing and Midwifery - Revised curriculum (2007). Windhoek. 273 p.
33. GOVERNMENT GAZETTE OF THE REPUBLIC OF NAMIBIA. No. 8 of 2004: Nursing Act 2004. Windhoek: Office of the Prime Minister, 2004. No. 3249, 70 p.
34. GOVERNMENT GAZETTE OF THE REPUBLIC OF NAMIBIA. No. 10 of 1999: Nursing Professions Act. Windhoek: Office of the Prime Minister 1999. No. 2040. 76 s.
35. Republic of Namibia: Ministry of Health and Social Services. Namibia standard treatment guidelines [online]. 2011 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19260en/s19260en.pdf>
36. EUROPA.eu. *About EU: Member countries* [online]. 2014 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/czech/index_cs.htm.
37. KRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
38. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 206. ISBN 978-80-247-3224-4.
39. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
40. ALEXANDER, Margaret F a Phyllis J RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
41. TONNI, S. a A. WALI et al., 2013. Dietary Considerations of Wound Healing in Ayurveda. Nutrition and Food Science. roč. 3, č. 5, s. 3. ISSN 2155-9600. [cit. 2014-1-3]. Dostupné z: <http://omicsonline.org/dietary-considerations-of-woundhealing-in-ayurveda-2155-9600.1000227.pdf>
42. MOLČANOVÁ, Jana. Enterální a parenterální výživa z pohledu sestry. Diagnóza v ošetrovatelství. In *Promediamotion*. 2008, roč. 4, č. 6, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
43. RICHARDS, A. a S. EDWARDS. *A Nurse' Survival Guide to the Ward*. Churchill Livingstone: Elsevier limited, 2004, 500 p. ISBN 0443053952.
44. EIRE.estrancy.cz. Irsko [online]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: <http://www.eire.estrancy.cz/clanky/irsko-udaje.html>.
45. EUROPA.eu. *About EU: Ireland* [online]. 2014 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: http://europa.eu/about-eu/countries/member-countries/ireland/index_cs.html.
46. LOUŽECKÝ, CZ – INTERNETOVÉ VYDAVATELSTVÍ. Irský stát [online]. 2012 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z: <http://www.irsko-aktualne.cz/irsky-stat>.
47. NURSING AND MIDWIFERY BOARD OF IRELAND. Education [online]. 2015 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z: <http://www.nursingboard.ie/en/education.aspx>.
48. EXECUTIVE, Health Service. *National best practice and evidence based guidelines for wound management*. Dublin: Health Service Executive, 2009. ISBN 9781906218294.
49. PROMED. About us [online]. 2015 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z: <https://www.promed.ie/Home.aspx>.
50. JANÍKOVÁ, Taťána a Radka Líbalová. Získávání pedagogických zkušeností v Irsku a život v Irském campus. In *Sestra*. 2014, č. 02, str. 21 - 23. ISSN 1210-0404.

8 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Přehled struktury kompetencí vypracované dle ICN

Příloha č. 2 - Okruhy otázek pro zdravotnický personál v českém jazyce

Příloha č. 3 - Okruhy otázek pro zdravotnický personál v anglickém jazyce

Příloha č. 4 - Nespecifický druh rány A

Příloha č. 5 - Nespecifický druh rány B

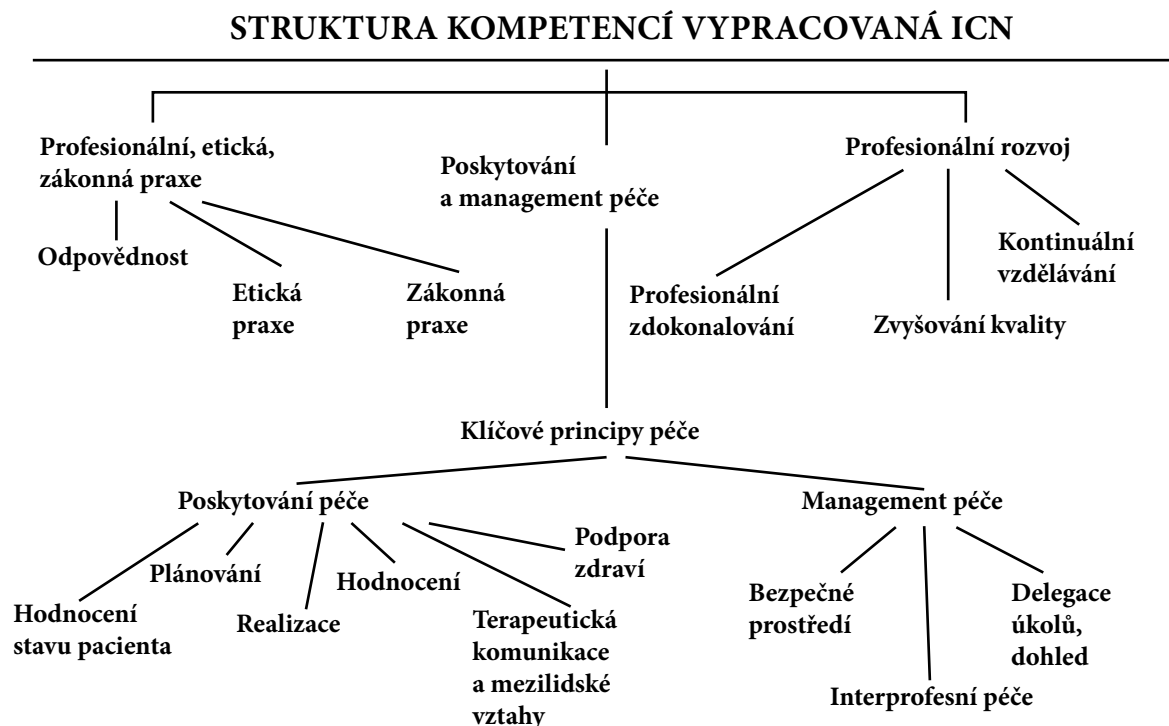
Příloha č. 6 - Ošetření rány

Příloha č. 7 - Fixace náplastí

Příloha č. 8 - Aplikace rukavicového drénu

Příloha č. 9 - Pokousání psem

Příloha č. 1 – Přehled struktury kompetencí vypracované dle ICN



Kompetence jsou kvůli přehlednosti očíslovány. Číslování by nemělo být považováno za číselné označení hierarchie. Všechny kompetence mají stejnou relevantnost. Je třeba si také všimnout, že zde nejsou uvedena měřící kritéria a povaha důkazů, které je třeba předložit na podporu požadavků na dosažení každé kompetence. Tato práce by měla být vykonána v rámci zemí, přičemž je třeba vzít v úvahu místní specifické faktory vztahující se k místní situaci, která ovlivňuje ošetrovatelskou praxi.

Zdroj: (40)

Příloha č. 2 - Okruhy otázek pro zdravotnický personál v českém jazyce**Identifikace respondenta**

1. Jaké je Vaše vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete ve Vašem zařízení?
3. Jak dlouhou máte praxi jako sestra?
4. Jaké jsou Vaše role sestry při péči o pacienta?

Specifika péče

1. Jak byste charakterizoval/a práci na Vašem oddělení?
2. Jaký je denní harmonogram péče o pacienty?
3. Jaké jsou nejčastěji diagnózy u P/K na Vašem oddělení?
Jaká diagnóza se u Vás nejčastěji opakuje?
4. Jakou formu ošetrovatelské péče poskytujete?
5. Jaké nejčastější typy ran zde máte a ošetřujete?
6. Jaké jsou Vaše kompetence v souvislosti s ošetřováním ran?
7. Existuje předpis, dle kterého se postupuje při péči o rány?
8. Probíhá ve Vašem zařízení vzdělávání v souvislosti s péčí o rány?
9. Zajímáte se o novinky v péči o rány? A máte možnost je využívat při péči o Vaše pacienty?

Převazování ran

1. Jaké obvazové materiály a ordinované roztoky, masti nejčastěji používáte při převazování ran?
2. Jaký je postup při péči o rány?
3. Víte o prostředcích k péči o rány, které se u Vás zatím nepoužívají?
4. Kdo všechno se zapojuje do péče o pacienta s ránou?
5. Jak spolupracujete s lékařem?
6. Jak zabezpečujete prevenci vzniku rány?
7. Jak byste zhodnotila úroveň poskytované péče?

Příloha č. 3 - Okruhy otázek pro zdravotnický personál v anglickém jazyce**Identification of the respondent**

1. What is your education?
2. How long have you worked at your facility/department?
3. How long do you practice as a nurse?
4. What are your role of nurses in patient care?

Specifics of care

1. How would you describe your work in the department?
2. What is the daily schedule of patient care?
3. What are the most common diagnosis about patient for your department? What dg. are you most often repeated?
4. What form axis. care do you provide?
5. What are the most common types of wounds here you have a caregiver?
6. What are your competencies in connection with the treatment of wounds?
7. There is a rule according to which the proceeds in wound care?
8. Progress in your training facility in connection with the care of wounds?

9. Concerned about news in wound care? And you can use them in the care of your patients?

Bandaging wounds

1. What dressings, and ordained solutions, ointments are often use while bandaging wounds?
2. Procedure for wound care?
3. Do you know the means of wound care that you do not yet?
4. Who all is involved in patient care with a bang?
5. How do you work with your doctor? How intervenes?
6. How do you ensure the prevention of such wounds. Decubitus?
7. How would you assess the level of care provided?

Příloha č. 4 - Nespecifický druh rány A

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 7 - Fixace náplastí

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 5 - Nespecifický druh rány B

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 8 - Aplikace rukavicového drénu

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 6 - Ošetření rány

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 9 - Pokousání psem

Zdroj: Vlastní zpracování