

Péče o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran

Michaela Bařinová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Bařinová**

Osobní číslo: **H160380**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Péče o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti syndromu diabetické nohy a péče o seniory v ambulanci pro léčbu nehojících se ran.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PIAGGESI, Alberto a Jan APELQVIST. The Diabetic Foot Syndrome. Basel: Karger, 2018. ISBN 978-3-318-06144-4.

JIRKOVSKÁ, Alexandra, Robert BÉM a kol. Praktická podiatrie: Základy péče o pacienty se syndromem diabetické nohy. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-245-2.

STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-86256-79-5.

FEJFAROVÁ, Vladimíra a Alexandra JIRKOVSKÁ. Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-436-4.

KRAHULEC, Boris, L' udovít GAŠPAR, Viera ŠTVRTINOVÁ a kol. Manažment pacienta so syndrómom diabetickej nohy. Bratislava: Veda, 2013. ISBN 978-80-224-1293-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22.2.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je péče o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran. V teoretické části je popsáno onemocnění diabetes mellitus a jeho chronická komplikace syndrom diabetické nohy a současně péče o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci nehojících se ran. Praktická část analyzuje informace získané pomocí rozhovorů s pacienty se syndromem diabetické nohy navštěvující ambulanci pro léčbu nehojících se ran a zjišťuje, jaké jsou limity v péči o rány v domácím prostředí. Praktickým výstupem je vytvoření edukačního materiálu pro seniory obsahující doporučení týkající se převazu a péče o ránu v domácím prostředí.

Klíčová slova: senior, diabetes mellitus, syndrom diabetické nohy, ambulance nehojících se ran, péče o ránu

ABSTRACT

The theme of the bachelor thesis is the care of seniors with the diabetic foot syndrome in a surgery for the treatment of non-healing wounds. The theoretical part describes diabetes mellitus, diabetic foot syndrome and the care of seniors with the diabetic foot syndrome in the surgery for the treatment of non-healing wounds. The practical part analyses information of interviewed patients with the diabetic foot syndrome visiting the surgery for the treatment of non-healing wounds and examines the limits of wound care at home environment. The practical output is the creation of an information booklet for seniors containing recommendations relating to the changing of the wound dressing and the care of the wound in the home environment.

Key words: senior, diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, non-healing surgery, wound care

Děkuji Mgr. Silvii Treterové za její cenné rady, trpělivost a připomínky, které mně poskytovala během vedení bakalářské práce. Děkuji také sestře z ambulance nehojících se ran, Vladimíře Rohlíkové, za její vstřícnost a pomoc při realizaci výzkumu. Mé poděkování rovněž patří mé rodině a příteli za trpělivost a velkou podporu při studiu.

Motto:

„Říká se čas zahojí všechny rány. Nesouhlasím. Rány přetrvávají. Čas a rozum chrání duševní zdraví, rány zakrývají jizvy a bolest ustupuje, ale nikdy nezmizí.“

(Výroky slavných, 2019, online)

(Rose Kennedyová)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DIBATES MELLITUS A SENIOR	11
1.1 SENIOR	11
1.2 CHARAKTERISTIKA A ROZDĚLENÍ DIABETES MELLITUS	12
1.3 DIAGNOSTIKA A KLINICKÝ OBRAZ DIABETES MELLITUS	13
1.4 TERAPIE DIABETES MELLITUS.....	14
1.5 KOMPLIKACE DIABETU	16
2 SYNDROM DIABETICKÉ NOHY	18
2.1 INCIDENCE A ETIOLOGIE SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY	18
2.2 KLASIFIKACE DIABETICKÝCH ULCERACÍ	19
2.3 VYŠETŘOVACÍ METODY U SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY.....	20
2.4 LÉČBA SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY	21
2.5 CHARCOTOVA OSTEOARTROPATIE.....	23
3 SPECIFIKA PÉČE O SENIORY SE SYNDROMEM DIABETICKÉ NOHY	25
3.1 PODIATRICKÁ AMBULANCE	25
3.2 EDUKACE U PACIENTA SE SYNDROMEM DIABETICKÉ NOHY	26
3.3 PÉČE O PACIENTY S ULCERACÍ V AMBULANCI NEHOJÍCÍCH SE RAN	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 METODIKA VÝZKUMU	31
4.1 CÍL VÝZKUMU	31
4.2 METODA VÝZKUMU.....	31
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	31
4.4 STRUKTURA ROZHOVORU	32
4.5 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
5 ANALÝZA A VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
5.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	33
5.2 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	36
DISKUZE	64
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
SEZNAM SCHÉMAT	74
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

Onemocnění diabetes mellitus je dnes v naší populaci poměrně hojně zastoupeno. Vyskytuje se až u 20 % seniorů nad sedmdesát let a je provázen řadou komplikací, které ohrožují život nemocného. Jednou z nejzávažnějších komplikací diabetu je syndrom diabetické nohy, který významně ovlivňuje kvalitu života jedince. Hojení těchto ulcerací je velmi zdlouhavé a v některých případech končí amputací.

Péče o ulcerace vyžaduje komplexní přístup a včasnou detekci potíží, současně je důležité dbát na důslednou edukaci pacientů. Nezbytné je přistupovat ke každému pacientovi individuálně, s ohledem na jeho zdravotní stav a úroveň kognitivních funkcí. Pokud nejsou pacienti schopni pečovat o své rány sami, je důležité edukovat rodinné příslušníky, jak se správně o ránu starat.

Téma bakalářské práce je zaměřeno na péči o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran. Zvolila jsem si toto téma proto, že mě péče o nehojící se rány, která je poskytována pacientům v ambulanci, zaujala. Začala jsem se zajímat o péči, která je věnována pacientům v seniorském věku se syndromem diabetické nohy, kteří ve svém okolí nemají možnost navštěvovat podiatrickou ambulanci a docházejí do ambulance pro léčbu nehojících se ran.

Zajímalo mě, jak jsou tito pacienti schopni pečovat o své rány v domácím prostředí, aniž by využívali pomoci agentur domácí péče a zda jim někdo z rodinných příslušníků v péči pomáhá. Z důvodu, že se jedná o komplikaci, jejíž vznik ovlivní celý život nemocného, zajímalo mě také, co je v průběhu léčby nejvíce limitovalo. Ulcerace u syndromu diabetické nohy jsou velmi náročné na péči a jejich úplné zhojení může trvat i řadu let. Je důležité, aby se nemocný na léčbě aktivně podílel a dodržoval všechna režimová opatření spojená se syndromem diabetické nohy, ale hlavně se samotným diabetem.

V teoretické části je popsáno onemocnění diabetes mellitus, jeho chronická komplikace syndrom diabetické nohy a současně péče o rány u seniorů se syndromem diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran. V praktické části práce zjišťujeme limity v péči o ránu v domácím prostředí z pohledu pacientů seniorského věku se syndromem diabetické nohy. Abychom jim poskytli více informací a podpořili je ve spolupráci v péči o tyto rány, vytvořili jsme pro ně edukační materiál, ve kterém jsou doporučení stručně shrnuta.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DIBATES MELLITUS A SENIOR

„Diabetes Mellitus je skupinou chronických, etiopatogeneticky heterogenních onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykemie. Vzniká v důsledku nedostatečného účinku inzulínu při jeho absolutním nebo relativním nedostatku a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin“ (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 60). V 7. dekádě života postihuje diabetes až 20 % osob a dalších 20 % má porušenou glukózovou toleranci. V seniu se převážně jedná o diabetes mellitus 2. typu (dále v textu DM2T), který se vyskytuje u 95 % případů. Ve vyšším věku se můžeme setkat i s pacienty, kteří trpí diabetem mellitem 1. typu (dále v textu DM1T), ale není to časté (Matějovská Kubešová a kol., 2015, s. 7). Ve středoevropské populaci je prevalence diabetu 3 – 7 %, kdy u osob ve věku nad 60 let se tento počet zvyšuje na 10 % a u osob ve věku nad 80 let až o 20 % (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 723).

1.1 Senior

Pojem „senior“ není v naší legislativě ani v odborné literatuře jednoznačně vymezen. Definice dle věku není u nás ani ve světě jednotná. Podle Českého statistického úřadu „senior“ není právní ani statistickou kategorií, ale kategorií sociologickou (Špaténková a Smékalová, 2015, s. 47). Dnes se nejvíce využívá věkové členění, které specifikuje věk mezi 60 – 74 rokem za rané stáří, 75 – 89 let za stařecký věk, neboli sénium či vlastní stáří a poslední kategorie je dlouhověkost, nad 90 let a více let (Haškovcová, 2010, s. 20 – 22).

V lékařských vědách se setkáváme u pacientů v seniorském věku s termínem geriatrický pacient. Je za něho považována osoba vyššího věku, jejíž schopnosti a funkční stav jsou ohroženy chorobnými a involučními změnami a dochází u něho ke zhoršení adaptability, tolerance k zátěži a ke zhoršení regulačních mechanismů. Rozeznáváme dvě skupiny geriatrických pacientů. První skupinu tvoří senioři zdatní, kteří jsou schopni se o sebe velmi dobře starat. Druhou skupinu tvoří naopak senioři křehcí, u nichž zaznamenáváme zhoršení kognitivních funkcí, hrozí u nich riziko pádu, je u nich potřebná dispenzarizace a často v kombinaci se zdravotnickými službami využívají i služby sociální, domácí péči a další (Svačina a kol., 2013, s. 82 – 83). Péče o nemocného seniora by měla být přísně individualizovaná a orientovaná pouze a jen na něho. Je důležité, aby se se svou nemocí naučil žít a nerezignoval. Podstatná je také osobní pohoda, neboli well-being, ať už v souvislosti se zdravím či v nemoci (Haškovcová, 2010, s. 254 – 259).

1.2 Charakteristika a rozdělení diabetes mellitus

Diabetes mellitus neboli cukrovka je dnes nejčastějším metabolickým onemocněním. Jedná se o chronickou endokrinní chorobu, která vzniká na podkladě nedostatečného působení inzulínu (Vránová, 2013, s. 73). Diabetes mellitus rozdělujeme na dvě hlavní skupiny, a to na DM1T a DM2T. U DM1T se rozlišují dva typy. Prvním typem je imunitně podmíněný, u kterého jsou buňky zničeny autoimunitním procesem u geneticky predisponovaných osob. Zde je používán termín LADA (Latent Autoimmune Diabetes of Adults), který se manifestuje spíše v dospělém věku a jeho nástup je plíživý. Druhým typem je DM1T idiopatický, jehož příčina je neznámá. Výskyt DM1T ve vyšším věku je spíše sporadický. Destrukce beta-buněk Langerhansových ostrůvků produkujících inzulín zapříčiňuje absolutní nedostatek inzulínu (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 61 - 62).

U DM2T je charakteristický relativní nedostatkem inzulínu. Za jeho rozvoj zodpovídá inzulínová rezistence, porucha inzulínové sekrece a zvýšená exkrece glukózy játry (Matějovská Kubešová a kol., 2009, s. 150). Zvláštním typem DM2T je tzv. MODY (Maturity – Onset Diabetes of Young), vznikající na dědičném podkladě, jehož typickými znaky jsou časná manifestace, vysoká rodinná zátěž a malé riziko vzniku diabetických komplikací. Obsáhlou skupinou jsou ostatní specifické typy diabetu, kde řadíme například diabetes mellitus indukovaný léky, endokrinopatii nebo onemocnění exokrinního pankreatu apod. Specifickou skupinou je gestační diabetes, vyskytující se u gravidních žen. Další skupinou jsou poruchy glukózové homeostázy, které rozdělujeme na zvýšenou glykémii na lačno a na poruchu glukózové tolerance (Rybka, 2007, s. 12 – 14).

Ve stáří se spíše objevuje diabetes mellitus ve spojitosti s jinými endokrinopatiemi - autoimunitní thyreoiditidou, Addisonovou nemocí či hypoparathyreózou. U starších pacientů jsou tyto stavy těžce kompenzovatelné, s častými sklony ke ketoacidóze (Matějovská Kubešová a kol., 2015, s. 8).

Nejčastějším typem diabetu u seniorů je DM2T. Příčinou je porucha v sekreci inzulínu, inzulínová rezistence. Hlavní příčinou úbytku sekrece inzulínu není autoimunita, ale i jiné mechanismy, především genetická predispozice a řada dalších zevních faktorů jako obezita a stres. Pravděpodobně nedochází k úplné destrukci beta-buněk (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 63).

K 31. 12. 2015 bylo v České republice podle statistického ústavu hlášeno 858 010 diabetiků, z nichž 91, 7 %, 786 586 osob jsou diabetici 2. typu. Toto číslo ovšem není konečné, jejich počet stále narůstá. U mnoha diabetiků může nemoc probíhat asymptomaticky a její rozpoznání je náhodné (Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2017, s. 2).

Ve stáří je nejčastější příčinou diabetu vzestup inzulinové rezistence, související se snížením fyzické aktivity, úbytkem svalové hmoty a snížením fyzické aktivity. Důležité je, že sekrece inzulinu není věkem ovlivněna. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 723).

1.3 Diagnostika a klinický obraz diabetes mellitus

V současné době platí pro seniory stejná diagnostická kritéria jako pro ostatní věkové skupiny (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 723). Nejdůležitějším diagnostickým poznatkem je průkaz hyperglykemie, kterou zjišťujeme z venózní plazmy (Kudlová, 2015, s. 88). V potaz můžeme vzít i klinické příznaky, které mohou poukazovat na diabetes, ale nelze podle nich stanovit diagnózu, jelikož se stále mění. Dle doporučení WHO, je diabetes diagnostikován, pokud je splněna alespoň jedna ze tří podmínek:

1. Příznaky diabetu plus náhodná koncentrace plazmatické glukózy $\geq 11,1$ mmol/l (náhodná zde znamená stanovená kdykoliv v průběhu dne a bez ohledu na časový interval od posledního jídla).
2. Plazmatická glukóza nalačno $\geq 7,0$ mmol (nalačno – bez energetického příjmu minimálně po dobu 8 hodin).
3. Dvuhodinová plazmatická glukóza $\geq 11,1$ mmol/l v orálním glukózovém tolerančním testu (dále v textu oGTT) (Rybka, 2007, s. 14 - 15).

Jestliže se jedná o poruchu glukózové tolerance, provádíme oGTT jednou za dva roky. Využívá se k potvrzení diagnózy prediabetu a gestačního diabetu. Hodnotíme hladinu plazmatické glukózy před zátěží, hodinu a dvě hodiny po zátěži 75 g glukózy. DM je diagnostikován, pokud je po druhé hodině koncentrace plazmatické glukózy $\geq 11,1$ mmol/l (Friedecký a kol., 2015, s. 6 - 7).

Klinický obraz diabetu může být dlouhou dobu zcela asymptomatický. Manifestovat se může projevy hyperglykemie, pozdními komplikacemi diabetu, ale setkáváme se i s život ohrožujícími projevy, jako je diabetické kóma (Matějovská Kubešová a kol., 2015, s. 11)

Obecně mezi příznaky diabetu patří polyurie (časté močení, kdy denní diuréza je vyšší než 2 500 ml moče/24 hodin), glykosurie (přítomnost glukózy v moči), nykturie (časté močení

v noci), polydipsie (nadměrná žízeň) způsobená osmotickou diurézou, hubnutí při normální chuti k jídlu, slabost a únava. Časté jsou recidivující mykózy, svalové křeče, pruritus, kožní hnisavé infekce, perigenitální opruzeniny či poruchy zrakové ostrosti (Rybka, 2007, s. 27 - 28). U starších pacientů se můžou rozvíjet závratě, zmatenost, poruchy chování, děsivé sny a halucinace. Přítomné bývají také sympatoadrenální symptomy jako je pocení, třes, hlad nebo bleďost (Matějovská Kubešová a kol., 2009, s. 151).

1.4 Terapie diabetes mellitus

Před zahájením léčby se individuálně zvažuje všeobecná způsobilost nemocného, jestli je samostatný nebo závislý na druhých osobách a jaké jsou jeho pohybové a mentální schopnosti. Zohledňuje se také přítomnost mikro a makrovaskulárních komplikací, které se vyskytují u každého seniora nad 70 let, alespoň formou aterosklerózy. Důležité je, zda pacient trpí i jiným závažným onemocněním, které může být prognosticky horší než diabetes (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 727 – 729).

Častým problémem je polypragmazie, která u seniorů zvyšuje riziko vzniku nežádoucích účinků a lékových interakcí současně podávaných léčiv (Suchý, Hromádka, 2011, s. 112). V dnešní době máme velké množství léčebných možností, které lze využít. Cílem těchto možností je, aby diabetik změnil svůj životní styl. Nezbytná je úprava stravovacích návyků a pohybového režimu. Při léčbě diabetu je důležité dodržovat dietní omezení, nastavenou léčbu perorálními antidiabetiky nebo inzulinem, eventuálně kombinací perorálních antidiabetik a inzulinu (Kudlová, 2015, s. 96).

Před zahájením léčby je nutné si stanovit cíle, kterých chceme léčbou dosáhnout. U starších pacientů chceme odstranit subjektivní potíže, jsou-li přítomny, dále se snažíme zabránit hypoglykémii, která může u starších osob manifestovat neurologické příznaky a navíc zvyšuje riziko pádů a fraktur. Bráníme také progresi cévních komplikací. Hlavně myslíme na to, že by léčba měla více prospět než uškodit (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, str. 729).

Za komplexní terapii diabetu považujeme opatření vedoucí k léčbě hyperglykemie, hypertenze, dyslipidémie a obezity. Využíváme nefarmakologické metody, kde radíme dietoterapii. U seniorů je nutné přistupovat individuálně (Svačina a kol., 2013, s. 84). Důležité je zaměřit se na to, aby bilance mezi přívodem živin a inzulinu byla vyrovnaná. Správná výživa by měla vést k optimálním hodnotám glykemie a lipidů v séru a také k udržení přiměřené hmotnosti. Při BMI > 25 je podstatně zvýšené riziko mortality. Diabetici s inzulinoterapií si stravovací návyky upravují individuálně vůči své dávce inzulinu. Nutné je správné vyladění dávky inzulinu

a přívodu sacharidů, aby nedošlo k rozvoji pozdních diabetických komplikací (Kasper a Burghardt, 2015, s. 283-286).

Množství sacharidů je možné doporučit a počítat pomocí tzv. výměnných jednotek, kdy jedna výměnná jednotka je asi 10 gramů sacharidů. Doporučuje se také sledovat glykemický index potravin. U diabetiků se doporučují potraviny s nízkým glykemickým indexem, pod 55 % (Kudlová, 2015, s. 111).

Při diagnóze DM2T je hlavním cílem dietoterapie zlepšit periferní citlivost vůči inzulínu, čímž selepší i využití glukózy a dojde k příznivému ovlivnění poškozeného metabolismu při metabolickém syndromu. Snažíme se ovlivnit i aterosklerózu způsobující patologické změny na cévách (Kasper a Burghardt, 2015, s. 283 - 286).

Hlavním cílem terapie DM2T je prodloužení a zkvalitnění života nemocného. Snažíme se zpomalit vznik a rozvoj chronických mikrovaskulárních komplikací, minimalizovat riziko akutních komplikací, udržet optimální metabolickou kompenzaci a hlavně snížit mortalitu. Důležité je dosahovat optimálních hodnot ukazatelů léčby, kterým je hladina glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}), kontrolována pravidelně jednou za tři měsíce (Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2017, s. 4 - 5).

Při léčbě perorálními antidiabetiky se využívá velké množství preparátů. Lékem první volby u terapie DM2T je metformin. Jeho příznivý efekt na glukózový a energetický metabolismus ho řadí do první linie léčby. Podává se také při prediabetu a zvažuje se jeho aplikace i obézním pacientům doposud bez známek diabetu. Pro jeho správnou funkci je však nezbytná zachovalá funkce beta-buněk pankreatu (Škrha, 2016, s. 168 - 170).

Terapie inzulinem je u DM2T indikována tehdy, pokud není uspokojivá kompenzace perorálními antidiabetiky (Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2016, s. 5). Rozeznáváme dva režimy podávání inzulinu. Konvenční, kdy si pacient aplikuje jednu až dvě dávky inzulinu denně. Ke správné kompenzaci je nutná vlastní sekrece inzulinu, využívá se tedy u terapie DM2T. Podstatou terapie DM1T je napodobit sekreci inzulinu jako u zdravého člověka (20 - 40 IU/den) a sladit ji s příjmem potravy a mírou fyzické aktivity. Intenzifikovaný režim, využívaný u terapie DM1T, je podávání inzulinu ve třech a více dávkách, čímž se snažíme napodobit fyziologickou sekreci inzulinu (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 265 – 268). V léčbě diabetu využíváme humánní inzuliny a dnes stále více se rozšiřující inzulinová analogá, která jsou bezpečnější při podávání tím, že výrazně snižují riziko hypoglykemie a vytvářejí tak prostor pro zlepšení kompenzace diabetu (Karen, Svačina a Škrha, 2013, s. 11).

Inzulin se aplikuje u seniorů injekčně, obvykle pomocí inzulínového pera do podkoží. Inzulínové přípravky dělíme také podle nástupu účinku a délky trvání. Důležitý je selfmonitoring glykemie a průběžná úprava dávky inzulínu (Kudlová, 2015, str. 96 – 98). Inzulínoterapie, jako ostatní složky terapie diabetu, musí být zcela individuální. Důležité je vědět, že inzulín má ze všech léčebných metod nejvyšší potenci snižovat glykémii (Rybka, 2007, s. 62 – 63).

1.5 Komplikace diabetu

Komplikace diabetu lze rozdělit do dvou velkých skupin, na akutní a pozdní. Mezi akutní řadíme hypoglykémii, charakteristickou sníženou koncentrací glukózy pod 3,3 mmol/l, při níž dochází k poruchám činnosti mozku, který je na glukóze závislý. Hypoglykemie je jedna z nejběžnějších komplikací diabetu při terapii inzulínem a perorálními antidiabetiky. Mezi základní příznaky hypoglykemie můžeme zařadit pocení, palpitace, hlad, třes, zmatenost, slabost, poruchy zraku a mnoho dalších. Tento stav se u seniorů může zaměnit s delíriem (při demenci). Terapie spočívá v podání glukózy intravenózně (Matějovská Kubešová a kol., 2015, s. 12).

Mezi další akutní komplikace diabetu řadíme hyperglykemické stavy, kde patří hyperglykemický hyperosmolární stav, laktátová acidóza a život ohrožující diabetická ketoacidóza (Kudlová, 2015, s. 148 – 150). Ta se projevuje polyurií, glykosurií, polydipsií, hypotenzí, dehydratací, může dojít i k poruše vědomí a kómatu. Přítomné může být i Kussmaulovo dýchání a pach dechu po acetonu (Piřhová, 2006, s. 524). Při hyperglykemických stavech je nutné hladinu glykemie snižovat postupně z důvodu vyvolání hypoglykemie, hypokalemie či otoku plic a mozku (Kudlová, 2015, s. 149-150).

Pozdní komplikace diabetu dělíme na mikrovaskulární a makrovaskulární. Mezi mikrovaskulární komplikace diabetu řadíme diabetickou retinopatii, diabetickou nefropatii a diabetickou neuropatii. Při diabetické retinopatii jsou primárně postiženy cévy sítnice. Řadí se k nejčastějším příčinám slepoty v západních zemích. Podstatou je toxický účinek glukózy v kombinaci s dalšími patologickými metabolickými cestami, kdy dochází k zeslabení stěn kapilár a následně k tvorbě mikroaneurysmat. Důležitá je proto pravidelná kontrola oftalmologa alespoň jednou za rok (Rybka, 2007, s. 91-96).

Diabetická nefropatie je chronické progredující onemocnění, kdy dochází k morfologickým a funkčním změnám ledvin. Hlavními příznaky jsou proteinurie, hypertenze a porucha renální funkce (Kudlová, 2015, s. 152). Makrovaskulární komplikace je spojená s postižením velkých tepen aterosklerózou (Matějovská Kubešová a kol., 2015, s. 14).

Diabetická neuropatie patří mezi pozdní mikrovaskulární komplikace diabetu. Vzniká až u 50 % diabetiků a je nejčastější formou periferní neuropatie. Mezi sekundární komplikace diabetické neuropatie řadíme vznik ulcerací a syndromu diabetické nohy. Hlavním faktorem pro vznik diabetické neuropatie je dlouhodobá hyperglykemie (Jirkovská, 2006, s. 322). Somatické příznaky neuropatie jsou pálivé, řezavé, palčivé bolesti nohou, objevující se nejčastěji v klidu. Senzitivní příznaky závisí na tom, zda jsou postižená silná vlákna pro propriocepci a vnímání vibrací nebo tenká vlákna pro vnímání bolesti, tepla a chladu (Rybka, 2007, str. 109 - 110). Pro diagnostiku diabetické neuropatie je důležitá pečlivě odebraná anamnéza zaměřená na subjektivní potíže. Nutné je neurologické vyšetření, pomocí monofilamenta pro taktilní cití, ladičky o různých frekvencích pro vibrační cití nebo např. biothesiometr. Doplnujícím vyšetřením je elektromyografie. K diagnostickým účelům se může indikovat biopsie kůže nebo biopsie nervu (Jirkovská, 2006, s. 327-328). Stěžejním při léčbě diabetické neuropatie je udržování optimální hladiny glykemie a terapie neuropatické bolesti. Diabetická neuropatie má velký význam na vzniku syndromu diabetické nohy (Krahulec, Gašpar, Štvrtinová a kol., 2013, s. 212 – 215).

2 SYNDROM DIABETICKÉ NOHY

„Syndrom diabetické nohy je podle světové zdravotnické organizace (WHO) definován jako postižení tkání nohy distálně od kotníku (nejčastěji ulceracemi, ale i gangrénou, osteomyelitidou, flegmonou, Charcotovou osteoartropatií nebo stavy po nízkých amputacích) spojené nejčastěji s diabetickou neuropatií a s různým stupněm ischemie dolních končetin.“ (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, str. 536)

2.1 Incidence a etiologie syndromu diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy (dále v textu SDN) je závažnou pozdní komplikací diabetu. Až 25 % diabetiků alespoň jednou za svůj život prodělá ulceraci. Amputace dolní končetiny z důvodu SDN je 30krát častější než u nediabetiků. Péče o tyto pacienty vyžaduje multidisciplinární přístup se zvláštním důrazem kladeným na prevenci (Pitřhová, 2017, s. 71). Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky trpělo v roce 2016 v České republice syndromem diabetické nohy 5 017 pacientů s DM1T a 35 876 pacientů s DM2T (ÚZIS, online, 2017).

Hlavními faktory vedoucími k rozvoji diabetické nohy jsou diabetická neuropatie, ischemická choroba dolních končetin, infekce, porušená pohyblivost kloubů a deformity spojené zejména s Charcotovou osteoarthropatií. Při ischemické chorobě dolních končetin je charakteristické aterosklerotické postižení bércevého řečiště, stenózy a neuropatie, které jsou lokalizovány periferně. Z toho důvodu u pacientů s diabetem často chybí typická ischemická bolest. Samotná diabetická mikroangiopatie není považována za příčinu ulcerací (Wosková a Jirkovská, 2010, s. 44). Postižení tepen u diabetiků může také představovat tzv. mediokalzinóza, která se rozvíjí na podkladě autonomní neuropatie. Tepna ztrácí fyziologickou funkci, je tuhá a nestlačitelná. Postižené tepny mohou zkreslovat výsledky diagnostických metod (Pitřhová, 2017, s. 72). Diabetická neuropatie je pozdní mikrovaskulární komplikace, která vzniká až u 50 % diabetiků ať už s DM1T nebo s DM2T. Faktorem pro její vznik je dlouhodobá hyperglykemie. Spolu s angiopatií je zodpovědná za 50 - 75 % neúrazových amputací (Jirkovská a kol., 2006, s. 322). Postihuje periferní motorické, senzitivní a vegetativní nervy. Neuropatie se projevuje pálením, mravenčením, bodavými bolestmi, necitlivostí a pocity chladných nohou. Objektivně lze zjistit poruchy vnímání teploty, dotyku, tlaku bolesti a vibrací při postižení sensorických nervů. To jsou nejčastější důvody, které vedou ke vzniku otlaků, popálenin a drobných úrazů, kterým pacienti nevěnují pozornost a neošetří je včas. Vlivem sníženého vnímání tlaku a tření, při poruše biomechaniky chůze dochází na plosce nohy k tvorbě hyperkeratóz (Pitřhová, 2017, s. 71 – 72).

Hyperkeratózy v postižených místech zvyšují tlak až o 70 % a působí jako cizí těleso. Často jsou příčinou tzv. fenoménu ledovce, což je zakrytí ulcerace nebo nekrotické tkáně ve spodních vrstvách. V místě jejich vzniku může docházet vlivem mikrotraumat k tvorbě hematomů a zá-
nětlivé exsudace, což vede k rupturám a následnému vzniku ulcerace. Ke zmíněným faktorům se přidávají mnohdy také motorické dysfunkce, jako jsou kladívkové prsty, vybočené palce, zborcení nožní klenby s jejím zkrácením a vysokým nártem (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 537). Významný podíl na vzniku SDN má také omeze-
ní kloubní hybnosti, doprovázené změnami podkoží, šlach, kloubů, svalů a kostí (Fejfarová a Jirkovská, 2015, s. 32 – 36).

Častým problémem je výskyt mykotických onemocnění kůže a nehtů dolních končetin, které se objevují v meziprstních prostorech chodidel nebo při hranách plosky. Místa výskytu mykotic-
kých onemocnění jsou vstupní bránou infekce (Jirkovská, Bém a kol., 2011, s. 37 – 38). Infekce zhoršuje hojení rány, zvyšuje riziko amputace končetiny a bývá nejčastějším důvo-
dem k hospitalizaci. Nemusí být provázena typickými klinickými známkami zánětu jako je ho-
rečka, či elevace laboratorních hodnot (leukocytóza). Při probíhajícím zánětu se ihned zjišťuje,
zda nepostihnul i kost (Levy, 2018, s. 57).

2.2 Klasifikace diabetických ulcerací

Za diabetický vřed považujeme ránu penetrující všemi vrstvami kůže. Pokud ulcerace nepřesa-
huje podkoží, jedná se o povrchovou. Hluboká ulcerace postupuje přes kůži, plantární fascii,
svaly, šlachy a proniká až do kloubů a kostí (Stryja, 2016, s. 163). K posouzení ulcerací u SDN
existuje celá řada hodnotících nástrojů. Nejvíce užívaným schématem v praxi je klasifikace
podle Meggita – Wagnera, která hodnotí hloubku ulcerace a přítomnost infekce, nezohledňu-
je ale přítomnost ischemie (Wosková a Jirkovská, 2010, s. 44). Klasifikace rozlišuje 5 stupňů
ulcerací. První stupeň popisuje povrchové ulcerace, které nepřesahují subkutánní tukovou vrst-
vu kůže. Druhý stupeň jsou hlubší ulcerace penetrující přes subkutánní tukovou vrstvu až
do svalů nebo šlach bez známek infekce. Ulcerace třetího stupně jsou hluboké, pronika-
jí pod plantární fascii a penetrují do kostí a kloubů. Mohou být spojené s hlubokou infekcí pro-
jevující se jako absces, osteomyelitida, infekční artritida, tenditida nebo flegmona. Čtvrtým
stupněm je hodnocena lokalizovaná gangréna vyskytující se nejčastěji na prstech, přední části
nohy nebo na patě. Při zajištění odpovídající vaskularizace je i v tomto stádiu možné nohu za-
chránit. Poslední páté stádium je charakterizováno extenzivní gangrénou nebo nekrózou
(Jirkovská a kol., 2006, s. 23 – 24). Klasifikace nezohledňuje ischemické defekty, které mnoh-

dy mohou mít horší prognózu než defekty neischemické. Další hodnotící škálou je Texaská klasifikace, která hodnotí současně hloubku ulcerace, přítomnost infekce a ischemie (Wosková a Jirkovská, 2010, s. 44). Rozděluje ulcerace do tří stupňů podle hloubky ulcerace a na pět stádií v každém stupni podle přítomnosti ischemie a zánětu. Hloubka rány se stanovuje pomocí sondy. V klinické praxi používáme také klasifikaci SAD – Size (Area and Depth), Sepsis, Arteriopathy and Denervation, autory jsou Macfarlane a Jeffcoate. Hodnotí se plocha rány, hloubka, přítomnost infekce, stupeň angiopatie a neuropatie (Rybka, 2007, s. 164).

Další schéma pro klasifikaci diabetické ulcerace je PEDIS systém, který klasifikuje ulcerace podle pěti kategorií, P – perfusion, E – extensit, D – depth, I - infection, S – sensation (Jirkovská a kol., 2006, s. 25 – 26). Klasifikace dle Edmondse a Fosterové hodnotí šest stádií diabetické nohy, kdy první stádium je normální noha bez rizika, stádium druhé znamená nohu ve vysokém riziku, třetí stádium je noha s ulcerací, čtvrté označuje nohu se zánětem, páté stádium charakterizuje nohu s nekrózou a v posledním šestém stádiu nemůže být noha zachráněna (Hlinková a kol., 2019, s. 105).

2.3 Vyšetřovací metody u syndromu diabetické nohy

Pro správnou diagnostiku je nutná kvalitně odebraná anamnéza. V rámci anamnézy se zaměřujeme na přítomnost chronických komplikací diabetu, kompenzaci diabetu, poruchy lipidového metabolismu, kouření, obtíže při chůzi a přítomnost bolesti ať už klaudikační nebo klidové (Piřhová, 2017, s. 73). Provedeme inspekci nohou, kde posuzujeme přítomnost hyperkeratóz a otlaků, kontrolujeme přítomnost edémů, změny barvy a teploty kůže nebo kloubní deformity. Palpačně kontrolujeme pulzaci na arteria dorsalis pedis a arteria tibialis posterior. Provedeme orientační vyšetření neuropatie pomocí ladičky a monofilamenta. Zkontrolujeme reflex Achillovy šlachy (Pecová, 2014, s. 16-17). Zhodnotíme obuv, ve které pacient přišel. Změříme teplotu kůže končetiny bezdotykovým teploměrem, kdy rozdíl větší než 0,5 °C proti druhé končetině signalizuje patologické změny (Jirkovská, Bém a kol., 2011, s. 29 – 30).

K časně detekci patologických nálezů na chodidlech využíváme plantografii, pacient se postaví na gumovou folii přístroje, vytvoří se obtisk chodidla, který slouží k zjištění zvýšených plantárních tlaků (Stryja, 2015, s. 168). Základním neinvazivním přístrojovým vyšetřením je měření kotníkových tlaků pomocí Dopplera – index kotník/paže nebo ABI (ankle/brachial index), kde zjišťujeme poměr mezi kotníkovým tlakem a systolickým tlakem na paži. Normální hodnota je 1,0. Při mediokalcinóze jsou výsledky zkresleny (Rybka, 2007, s. 167 – 168).

Další neinvazivní vyšetřovací metodou je měření transkutánní tenze kyslíku určenou pro testování periferní kožní perfuze na kapilární úrovni, ale také pro testování kožní nutrice, důležité pro hojení ulcerací. Podstatou je měření parciálního tlaku kyslíku přestupujícího přes pokožku. Pro zjištění stavu cévního řečiště dolních končetin se provádí duplexní sonografie, kdy kontrolujeme periferní poškození cév, přítomnost periferní pulzace či zjištění kritické ischemie s mramorovaným zabarvením kůže. Vyšetření má také význam pro sledování chirurgických rekonstrukcí tepen dolních končetin (Jirkovská a kol., 2006, s. 59 – 72).

Ze zobrazovacích metod se provádí prostá radiografie. Pomocí rentgenu lze prokázat přítomnost cizího tělesa nebo plynu v podkoží, osteomyelitidu, otok měkkých tkání nebo neinfekční destrukci při Charcotově osteoarthropatii. Využívá se také počítačová tomografie nebo magnetická rezonance, které jsou ve srovnání s prostou radiografií přínosnější v rozpoznání časného stádia osteomyelitidy (Pecová, 2014, s. 17). Pro posouzení cévního řečiště se využívá digitální subtrakční angiografie, která slouží k upřesnění rozsahu postižení a provedení revaskularizace. Diagnostická angiografie a perkutánní transluminální angioplastika bývá prováděna v jedné době. Indikuje se u diabetiků s nehojícími se defekty s podezřením na cévní postižení, před zamýšlenou amputací nebo jiným chirurgickým zákrokem na noze (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 548)

2.4 Léčba syndromu diabetické nohy

Léčba SDN vyžaduje multidisciplinární přístup z důvodu multifaktoriální etiologie. Léčba ulcerací musí být včasná, účinná a komplexní ve smyslu metabolické kompenzace diabetu, léčby vzniklé končetinové ischemie či infekce, dostatečné odlehčení chodidla a ulcerace a správně zvolená lokální terapie včetně správně provedeného débridementu. Léčba SDN je velmi nákladná (Stryja, 2015, s. 89).

Pokud se jedná o léčbu ischemických nebo neuroischemických defektů je pro úspěšnou léčbu důležité zajištění adekvátní perfuze. Tu zajistíme provedením perkutánní transluminální angioplastiky (PTA), cévní chirurgické intervence (bypass) nebo kombinací endovaskulárního a chirurgického výkonu. Metodou první volby je v současné době transluminální angioplastika. Léčba ischemické choroby dolních končetin je dále zaměřena na redukci ostatních rizikových faktorů, jako je vyloučení kouření, léčba hypertenze a dyslipidemie (Wosková, Jirkovská, 2010, s. 47).

Nejprve je důležité posoudit, jestli má pacient správnou obuv nebo vhodnou ortézu a zda ji umí správně používat. Sledujeme správnou biomechaniku chůze. Důležitá je spolupráce s kvalitní

protetikou, která využívá speciální kontaktní fixace např. sádrou. Pro léčbu ulcerací je nutné dostatečné odlehčení končetiny. V domácím prostředí mají pacienti pocit, že odlehčení není třeba, ale naopak zde provedou téměř polovinu kroků (Fejfarová a Jirkovská, 2015, s. 36 - 38). Možnosti odlehčení jsou klid na lůžku, berle, pojízdné křeslo, kontaktní sádrová fixace nebo dlaha, zevní fixatér, individuálně nebo sériově vyráběné ortézy, speciální poloviční terapeutické boty, speciální vložky nebo ortopedická obuv. Nejúčinnější metodou je použití speciální kontaktní fixace. Pro správné odlehčování je nutná edukace rehabilitačním pracovníkem (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 551 – 552).

Při zahájení lokální terapie je nutné nejprve ulceraci posoudit. K tomu můžeme použít klasifikaci T.I.M.E. (T – tkáň, spodina ulcerace; I – infekce; M – sekrece; E – epitelizace). Zhodnotíme okolí rány, přítomnost edému, flegmóny, hyperkeratózy nebo maceraci (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 25 – 30). Lokální léčba zahrnuje systematické čištění rány od sekretu, hyperkeratóz, nekrotizaci nebo hypergranulací. Jedná se o tzv. débridement. Před samotným provedením je důležité nejprve stanovit etiologii ulcerace a strategii lokálního ošetřování a celkové léčby. Pro efektivní hojení je důležité zvolit správnou metodu débridementu (Pecová, 2014, s. 18). Ty můžeme rozlišit do čtyř skupin. Débridement mechanický – „konzervativní ostrý“, odstraňuje se devitalizovaná tkáň pomocí skalpelu, exkochleáčnické lžičky nebo nůžek. Při chemickém débridementu aplikujeme do rány chemické sloučeniny narušující tkáň. Jednou z možností autolytického débridementu je aplikování kontrolovaného podtlaku do rány. Débridement enzymatický (biologický) využívá účinků larvoterapie. Přednost dáváme metodám šetrnějším ke tkáním. Důležité je zohlednit bolest, abychom minimalizovali dyskomfort pacienta. Výhodou je kombinovatelnost různých druhů débridementu v průběhu léčby (Stryja, 2015, s. 73 – 75). Po débridementu spodiny rány a jejího okolí aplikujeme správně zvolené terapeutické přípravky. Ty chrání defekt před negativními vlivy prostředí, optimalizují vnitřní prostředí rány (např. pH), nastartují tvorbu granulace a epitelizace a podle druhu rány zvyšují nebo snižují sekreci. Prostředky volíme tak, aby nedošlo k prohloubení ulcerace, rozvoji infekce nebo k nekrotizaci tkáně. Neexistují však studie, které by dostatečně prokázaly efektivitu lokální terapie (Fejfarová, Jirkovská a Bém, 2014, s. 468).

Lokálně můžeme použít také metodu léčby řízeným podtlakem, označovanou také jako léčba negativním tlakem (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT). Využívá se při léčbě sekundárních ran k urychlení hojení (Hlinková a kol., 2015, s. 110). Při aplikaci podtlaku do rány dochází ke zrychlenému růstu granulační tkáně a odvodu exsudátu z rány, čímž snižuje množství bakterií. Podporuje neokapilarizaci, tedy i lokální prokrvení rány. Nevýhodou této metody

může být nežádoucí přerůstání granulační tkáně nad požadovanou úroveň a její křehkost s tendencí krvácet. Využití systému je možné jak za hospitalizace, tak i ambulantně. Nově se využívají tyto systémy i pro lepší hojení autoepidermálních štěrů (Fejfarová, Jirkovská a Bém, 2014, s. 469).

Hyperbarická oxygenoterapie (dále v textu HBO) je terapeuticky velmi účinná metoda. Podstatou je inhalace 100% kyslíku při tlaku vyšším, než je atmosférický. Defekty u SDN jsou obvykle spojeny s hypoxií, nedostatečnou perfuzí a sníženou spotřebou kyslíku. Z důvodu hypoxie se rána hojí buďto velmi pomalu nebo vůbec. U ischemických defektů je nutné před HBO provést revaskularizaci. Příznivé účinky HBO jsou potvrzeny mnoha studiemi. Lze ji kombinovat s dalšími možnostmi léčby. Výjimkou je aplikace masť a krytí obsahující masťový základ (Hájek, 2011, s. 250 – 252). Přestože je při HBO prokázáný komplexní léčebný efekt (antiischemický, antibakteriální, protizánětlivý) a je publikováno dostatečné množství studií, které mimo jiné poukazují na poměrně velkou finanční úsporu v léčbě SDN, je tato metoda lékaři velmi často opomíjena (Stryja, 2015, s. 106).

Amputace se indikuje u dlouhodobě nehojících se defektů, ireverzibilních ischemických defektů, při rozvoji hluboké infekce s osteomyelitidou a destrukcí skeletu. V případě suché gangrény provádíme amputaci až po demarkaci nekrózy. U vlhké gangrény je nutná okamžitá léčba. Úroveň amputace volíme podle posouzení rozsahu infekce a výsledného funkčního nálezu (Stryja, 2015, s. 180 – 183).

Součástí léčby je také spolupráce s rehabilitačními pracovníky, psychologem či sociálními pracovníky (Fejfarová a Jirkovská, 2015, s. 22 – 23).

2.5 Charcotova osteoartropatie

„Charcotova osteoartropatie je neuropatické progresivní destruktivní onemocnění kostí a kloubů nohy“ (Jirkovská a kol., 2006, s. 229). Nejčastější příčinou onemocnění je diabetes mellitus, kdy prevalence v populaci diabetiků se pohybuje kolem 7 % případů. Nejčastěji se vyskytuje mezi 5. a 6. dekadou života u pacientů s diabetem trvajícím déle než deset let. K oboustrannému postižení nohy dochází u 9 – 39 % pacientů. Při onemocnění je zvýšené riziko vzniku ulcerace, roste také riziko amputace postižené končetiny a prokázáno je i poměrně zkrácené přežívání nemocných (Hlinková a kol., 2015, s. 264).

Příznaky Charcotovy osteoartropatie se liší podle toho, zda se jedná o fázi akutní nebo chronickou. V akutní má pacient teplou, oteklou kůži na nohou, může být přítomna bolest a zarudnutí (Jirkovská, Bém a kol., 2011, s. 31 – 32). Rozdíl teploty oproti kontralaterální končetině bý-

vá v rozmezí 1 – 2 °C. Toto stádium může být vyvoláno buďto mikrofrakturami nebo také jiným poškozením tkání nohy - například infekcí, ulceracemi, chirurgickým zákrokem či revascularizací. Akutní fázi Charcotovy osteoartropatie je poměrně složité odlišit od osteomyelitidy. Pro chronické stádium je typický rozdíl kožní teploty oproti kontralaterální končetině maximálně o 0,5 °C nejsou přítomné známky zánětu, noha je bez zarudnutí a edému. Akutní fáze může přejít do chronického stádia i bez vzniku kostních deformit. Ty jsou přítomny, pokud léčba akutní fáze Charcotovy osteoartropatie je nedostatečná nebo pozdní (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018, s. 539 – 540).

Péče o pacienty s Charcotovou osteoartropatií patří do specializované podiatrické ambulance. Zásadním léčebným opatřením je dostatečné odlehčování postižené končetiny (Wosková, Jirkovská, 2010, s. 52). Vhodné pomůcky k odlehčení jsou ortézy, berle nebo invalidní vozík. Končetinu je třeba odlehčovat jak v akutní, tak v chronické fázi Charcotovy osteoartropatie. Při včasné odlehčování lze zabránit vzniku komplikacím, jako jsou deformity, fraktury či dislokace, které mohou vést ke vzniku ulcerací, osteomyelitidě nebo dokonce i k amputaci. Důležité je, aby pacient byl správně informovaný a motivovaný ke spolupráci při léčbě. Nezbytné je po celou dobu nepodceňovat psychosociální problémy nemocných s Charcotovou osteoartropatií (Hlinková, Nemcova, Miertová a kol., 2015, s. 271 - 283).

3 SPECIFIKA PÉČE O SENIORY SE SYNDROMEM DIABETICKÉ NOHY

Počet diabetiků v seniorské populaci neustále roste. Dnes již téměř třetinu populace tvoří senioři s diabetem. Diabetik v seniorském věku je většinou polymorbidní pacient s mnoha hrozícími riziky, který vyžaduje individuální péči. Měl by být pravidelně dispenzarizován v diabetologických ambulancích, kde by se mu měla kontrolovat hladina glykemie a HbA1c, dále měřit fyziologické funkce, krevní tlak, který by neměl přesahovat hodnoty 130/80 mmHg, a pulz, nemělo by se opomíjet vážení a hodnocení hmotnosti. Nedílnou součástí pravidelných kontrol by měla být inspekce dolních končetin jako prevence vzniku syndromu diabetické nohy, kontrolování prokrvení dolních končetin, sledování změn na kůži a věnování pozornosti každému kožnímu defektu. V případě přítomnosti byť jen malého nehojícího se defektu ihned odesílat pacienta do specializované podiatrické ambulance (Svačina, 2013, s. 82 – 88).

Důležitá je také samotná iniciativa pacienta, který, pokud je dobře edukován o své nemoci a informován o riziku vzniku možných komplikací, by měl sám ihned navštívit lékaře, jakmile si rány všimne. Léčba je vždy úspěšnější při včasné detekci defektu. O vzniku rány by měl být informován buď praktický lékař, nebo diabetolog. Defekt musí být odborně zhodnocen a pacient dostane adekvátní ošetření nebo bude odeslán ke specialistovi do podiatrické nebo kožní ambulance či ambulance pro hojení ran (Kdo vlastně o člověka s nehojící se ránou pečuje?, 2009, online).

3.1 Podiatrická ambulance

„Podiatrická péče je multidisciplinární. O pacienta se syndromem diabetické nohy pečují společně diabetolog, podiatrické sestry, chirurgové, intervenční radiologové, protetici, rehabilitační pracovníci, psychologové a sociální pracovníci“ (Jirkovská, Bém a kol., 2011, s. 18). Jedná se o specializovanou péči o pacienty se syndromem diabetické nohy a o jedince s rizikem vzniku tohoto syndromu (Pelikánová a kol., 2018, str. 562). Dle České diabetologické společnosti je v České republice k dispozici 34 podiatrických ambulančí (ČLS JEP, 2019, online). Hlavním úkolem podiatrické ambulance je identifikovat vysoce rizikové pacienty, jejich dispenzarizace, důsledná edukace, vyšetření a léčba ulcerací a následné sledování zhojených ulcerací. Při dispenzarizaci rizikových nemocných je pak důležité dbát nejen na jejich edukaci v péči o nohy, ale také sledování rodinných příslušníků. Důraz se klade na léčbu preulceračních lézí (hyperkeratóz, nehtových abnormalit), také na pravidelnou protetickou péči a sledová-

ní pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a po prodělaných revaskularizačních výkonech (Jirkovská, Bém a kol., 2011, s. 14 – 16). Multioborová spolupráce a komplexní přístup jsou při léčbě SDN velmi důležité. Zahrnují včasné podání antibiotik v případě infekce nohy, úpravu metabolických parametrů, při ischemii pokus o revaskularizaci, chirurgické ošetření nohy (incize, drenáž, nekrektomie, amputace) a především tedy podiatrická péče o ulcerace (Pecová, 2014, s. 15).

Pacienti se vzniklou ulcerací často nespolupracují. Někteří mohou upadat do depresí. Bývají vyřazeni ze společenského života a mohou se u nich objevit problémy v rodině (Jirkovská, 2011, s. 24 – 26).

Syndrom diabetické nohy představuje pro odborníky, kteří se této problematice věnují, řadu problému z důvodu, že se jedná o progresivní onemocnění s nedostatečnými klinickými projevy. Důležité je zachycení choroby v raném stádiu, aby se zamezilo nevratnému poškození tkáně. Včasné zahájení léčby a dodržování potřebných opatření vedou ke zlepšení kvality terapie této dramatické komplikace cukrovky (Piaggese a Apelqvist, 2018, s. 93 – 94).

Psychologické aspekty hrají velkou roli ve výsledcích léčby. Je jisté, že léčebná opatření ovlivňují jak jedince, tak i jeho rodinu. Jelikož se jedná o chronické onemocnění s komplikacemi provázené fázemi zlepšení a fázemi zhoršení, kdy často k vyléčení ani nedojde, pak může dojít k vyčerpání psychických rezerv. Při komunikaci je proto nutné pacienta motivovat, podpořit, vyslechnout, nabídnout mu podporu a hlavně spolupracovat s rodinou. Při zdlouhavé léčbě se na pacienty klade značný psychický nátlak formou častých hospitalizací, obav z amputace, bolesti a sociálních změn. Lze pacientovi navrhnout spolupráci s psychologem, či psychiatrem, využít možnosti psychoterapie (Jirkovská, 2011, str. 120 – 121).

3.2 Edukace u pacienta se syndromem diabetické nohy

Edukace je výchovně – vzdělávací proces, jehož cílem je zvýšení vědomostí o vlastím onemocnění, uvědomění si zodpovědnosti za vlastní zdraví, získání potřebné zručnosti a aktivního přístupu k léčbě. Konečným efektem je trvalá změna v chování pacienta k sobě samému a zlepšení kvality života tak, aby se co nejvíce podobal kvalitativně i kvantitativně normálnímu životu zdravého člověka při dodržování určitých pravidel a zásad (Krahulec, Gašpar, Štvrtinová a kol., 2013, s. 96).

Edukace je velmi důležitou součástí péče o pacienty se SDN. Pokud je edukace nedostatečná nebo neefektivní, může vést k dekompenzaci diabetu a k rozvoji chronických komplikací spojených s ním (Pokorná, 2012, s. 129 - 131).

Prvotní edukaci, která se týká této problematiky, je nutné provést ihned při zjištění diabetu. Podrobnější reedukaci aplikujeme při záchytu polyneuropatie, při postižení cév na dolních končetinách nebo při deformitách na nohou diabetiků. Cílem takové edukace je naučit pacienta, aby se o nohy staral sám, nosil kvalitní, tvarovanou obuv s vložkami a vyvaroval se zbytečným poraněním nohou. Edukovaní pacienti mají statisticky nižší počet ulcerací a amputací než needukovaní diabetici (Pecová, 2014, s. 17).

Při péči o seniory trpící SDN dbáme na každodenní kontrolu nohou, při které se zaměřujeme na jejich vzhled a citlivost. Nohy se doporučuje umývat teplou vodou a pečlivě vysušit, hlavně v meziprstních prostorech. Používat hydratační krém na nohy, ale neaplikovat ho mezi prsty. Ujistit se, zda ponožky a boty, které pacient nosí, nejsou příliš volné nebo naopak úzké. Nehty na nohou by se měly stříhat rovně. K péči o ztvrdlou kůži můžou pacienti v domácím prostředí použít pemzu nebo podobné šetrné metody. Nejdůležitější je chránit nohy od jakéhokoliv poranění. Při zjištění vředu, poranění, otlaků, deformit, zarudnutí kůže, gangrény, otoku nebo bolestivosti je nutné ihned kontaktovat lékaře (Brinker, McCrate Protus a Kimbrel, 2018, s. 76).

Pedikúru může provést buďto specializovaný pracovník nebo si ji pacient může udělat sám. Teplota vody nemá přesahovat 37°C. Důležitý je také výběr správné obuvi, která by měla správně padnout a měl by v ní být dostatek místa na prsty, bez podpatku, nejlépe šněrovací. Před obutím se doporučuje kontrola obuvi, zda tam není nějaké cizí těleso, jelikož při neuropatii chybí u diabetiků dostatečný cit na teplo, chlad, tlak či bolest (Jirkovská, 2011, s. 20 – 22).

3.3 Péče o pacienty s ulcerací v ambulanci nehojících se ran

Za nehojící se (chronickou) ránu považujeme takové poškození kožní integrity, které i přes adekvátní terapii nevykazuje žádné známky hojení po dobu 6 – 9 týdnů (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 34).

Nezávisle na tom, zda se jedná o ránu akutní nebo chronickou, rozdělujeme hojení ran do třech fází. První je fáze exsudativní, kdy dochází k zástavě krvácení, rána se čistí. Ve druhé fázi, proliferační (granulační), se tvoří nová granulační tkáň a cévní proliferace. Ve třetí, reepitelizační fázi, dochází k diferenciaci epitelu a tvorbě jizvy (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 32 – 33).

Proces hojení bývá často ovlivněn v kterékoliv fázi jak systémovými, tak lokálními faktory. Mezi nejčastější systémové faktory řadíme věk, pohlaví, výživu, obezitu, stres, vliv léku a radioterapie, imunitu, návykové látky (kouření), imobilitu a narušené smyslové vnímání. Mezi lokální faktory patří mechanismus poškození, lokalizace, hloubka, velikost, spodina a okraje rány, dále také stav oxygenace, přítomnost infekce, edému nebo hematomu. Hojení negativně ovlivňuje i nekróza tkáně (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 34 – 39).

Dnes je již běžně používaný termín u léčby nehojících se ran tzv. wound management. Mezi jeho základní principy patří určení příčiny rány a zhodnocení rány, určení stádia rány, identifikace faktorů, které hojení prodlužují nebo komplikují a jejich eliminace, zaměření léčby na příčinu, dodržování principů lokální terapie, respektování zásad ošetrovatelské péče, aplikace systémové léčby, využití podpůrných intervencí a komplexní přístup k nemocnému s nehojící se ránou (Pospíšilová, 2010, s. 18). K principům wound managementu řadíme také posouzení spodiny rány a okolí tkáně a vytvoření optimálního prostředí pro hojení. Cílem je dosažení ekonomicky a časově efektivního zhojení rány. U nezhojitelných defektů je důležité alespoň kladně ovlivnit kvalitu života nemocného a zajistit maximální možnou úroveň sebek péče (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 33).

3.4.1 Převaz nehojící se rány

Pro to, aby se chronická rána hojila, je důležité správné a pečlivé provedení převazu. Tomu by se měl věnovat dostatek času a pozornosti. Podle Kubátové, Fridrichové a Nejedlé (2017, s. 8-10) by měl převaz nehojící se rány vypadat následovně: ctíme non-touch techniku a dodržujeme aseptické postupy (předem zjistíme alergie). Ptáme se na bolestivost předchozího převazu a podle potřeby podáváme analgetika. Atraumaticky odstraníme stávající krytí jeho smočením (vodou či oplachovým roztokem). Krytí prohlédneme. Většina adhezivních krytí s sebou strhne kožní bariéru. To může vyvolat zánětlivou reakci, otok a bolest. Je proto lepší volit neadherující krytí s minimální traumatizací kůže či aplikovat na lepicí část krytí odstraňovač adhezi. Vyhazujeme první převazové rukavice. Většině ran nevdají teplé oplachy čistou vodou nebo koupele se super-oxidovaným roztokem (např. Actimaris®, DebriEcasan®, Microdacyn 60®). Okolí defektu očistíme např. čisticí pěnou a zbavíme ji šetrně hyperkeratóz. U nehojících se defektů postupujeme vždy směrem ke středu rány, abychom okolí rány nekontaminovali. Obložku s oplachovým roztokem aplikujeme na netkané čtverce, které vkládáme přímo na defekt a dočasně fixujeme. Aplikace rozprašovačem či politím není přípustná, bakterie se nesmějí rozšířit do okolí. Doba působení (zpravidla 3–15 minut) se liší podle jednotlivých výrobců. U ischemických ran je vhodné obklad nejprve zahřát na tělesnou teplotu, aby nedoš-

lo k lokální vazokonstrikci. Po odstranění obložky osušíme okolí a pak i defekt sterilními čtverci. Na žádost lékaře provedeme řádně stěr z rány (přes silný vrstevnatý biofilm není možné dosáhnout validního výsledku stěru z rány). Provedeme débridement, event. nekrektomii dle charakteru rány, zpravidla mechanicky chirurgickou lžičkou. Možností je celá řada. Řádný débriement je nejdůležitější bod celého převazu. Po očištění opět použijeme nové rukavice. Typ primárního převazového materiálu volíme ve spolupráci s lékařem podle charakteru rány. Aby primární krytí adekvátně fungovalo, musí být také správně používáno. Volíme vždy co nejméně materiálů po dobu alespoň čtrnácti dnů a děláme jednoduché převazy. Kombinace více než tří krytí bývají zpravidla neúčinné, v jednoduchosti je síla. V této souvislosti je třeba připomenout, že compliance pacienta, resp. domácí péče je stejně důležitá jako samotný výběr krytí. Velmi zásadní je péče o okolí defektu. Můžeme kůži promastit či aplikovat bariérové masti dle potřeby. Nakonec ránu kryjeme sekundárním sterilním krytím, eventuálně savými čtverci, obvazem. Klíčová je motivace a správná edukace pacienta, potažmo rodiny a domácí péče. Určíme frekvenci převazu, popíšeme postup. Ukážeme pacientům, jak nerozšiřovat infekci do okolí. Je také důležité upozornit pacienta na určité limity. U infekcí platí, že ten, kdo leží, se spíše uzdraví, defekty totiž potřebují k hojení klid. Na druhou stranu i ležící pacient musí přiměřeně rehabilitovat.

Nehojící se rána představuje pro každého člověka dyskomfort a v současné době plné pokroků může značně omezovat a znamenat socioekonomický problém jak pro jedince, tak pro celou společnost. S nehojícím se defektem se dnes v průběhu praxe setká každý zdravotník. V České republice je velká řada kvalitních pracovníků, kteří se zabývají péčí o nehojící se rány. Důležité je, aby se tito pracovníci neustále vzdělávali a aktivně přistupovali k moderním technikám, týkajících se hojení ran. Je snahou pacienty s nehojící se ránou centralizovat do ambulancí pro léčbu nehojících se ran nebo, pokud je to možné, do podiatrických ambulancí (Stehlíková, 2017, s. 498 – 501). Díky těmto ambulancím došlo k zefektivnění léčby a k určité kontinuitě v péči. Pacientům v ambulanci se dostane komplexní péče a důsledné edukace odpovídající věku a možnostem nemocného. V případě nutnosti je na místě spolupráce s rodinnými příslušníky nebo agenturami domácí péče. Pacienti v ambulanci jsou poučeni o tom, jak mají pečovat o svou ránu v domácím prostředí i o dalších režimových opatřeních. Všeobecná sestra v ambulanci při prvním styku s pacientem a pak při každé změně stavu provede orientační nutriční screening, kde se zaměřuje na bílkoviny ve stravě, které jsou pro hojení ran nezbytné. Ambulance pro léčbu nehojících se ran spolupracuje s dalšími specializovanými ambulancemi (Bertlíková, Mrázková, 2006).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíl výzkumu

Cíl: Specifikovat limity v péči o ránu v domácím prostředí z pohledu pacientů seniorského věku se syndromem diabetické nohy.

Praktický výstup: Vytvořit edukační materiál pro seniory, který bude obsahovat doporučení týkající se péče o ránu v domácím prostředí.

4.2 Metoda výzkumu

V praktické části bakalářské práce pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Probíhá za fyzické účasti obou stran nebo nepřímo pomocí telefonu. Tazatel v rozhovoru klade respondentovi otázky a získává odpovědi, čímž shromažďuje data o určité problematice. Výzkumník musí zkoumanou osobu připravit k rozhovoru, vysvětlit význam výzkumu. Je potřeba, aby tazatel velmi pozorně naslouchal (Hendl, Remr, 2017, s. 83 – 85). V rámci kvalitativního výzkumu se zcela soustředujeme na respondentovy znalosti, zkušenosti, postoje a pocity. Důležitá je důvěryhodnost, přenositelnost, hodnověrnost a potvrditelnost. Výsledky se interpretují pomocí porozumění zkoumanému problému (Vévodová, Ivanová a kol., 2015, s. 100 – 109).

4.3 Výzkumný soubor

Výběr respondentů byl cílený, kritéria pro jejich výběr byla jasně daná. Jednalo se o seniory ve věkové kategorii 60 let a více, se zachovalými kognitivními funkcemi, bez rozdílu pohlaví, trpící syndromem diabetické nohy s přítomnou ulcerací. Dále bylo podmínkou, aby senioři pečovali o své ulcerace v domácím prostředí buďto svépomocí, nebo s pomocí rodinných příslušníků, ne však ve spolupráci s agenturami domácí péče. Důležitá byla také ochota spolupracovat na výzkumném šetření. Rozhovory probíhaly v ambulanci pro léčbu nehojících se ran v nemocnici okresního typu. Celkově bylo realizováno šest rozhovorů, kterých se účastnilo pět mužů a jedna žena. U rozhovoru s respondentem označeným R4 byla přítomna také manželka respondenta, která byla ochotná se na šetření podílet a odpovídala za respondenta na některé otázky. Její odpovědi jsou označeny jako „*manželka respondenta*“.

4.4 Struktura rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 23 otevřených otázek. Otázky byly vytvořeny tak, aby korespondovaly s daným cílem. Byly zjišťovány informace o rodinném zázemí respondentů (ve vztahu k ošetření rány), o vlastní péči o nohy, o péči o ránu, zjišťovala se přítomnost průvodních projevů rány a průběh samotného převazu. Respondenti byli dotazováni na přítomnost bolesti v oblasti rány při převazu, na problematiku odlehčování končetiny a na edukaci v ambulanci nehojících se ran. Pořadí otázek nebylo závazné, při dotazování jsme je dle potřeby rozhovoru měnili. Průměrná délka rozhovoru byla 10 - 15 minut.

4.5 Organizace výzkumného šetření

V měsíci březnu roku 2019 bylo získáno souhlasné stanovisko náměstka ošetrovatelské péče v nemocnici okresního typu k provádění výzkumného šetření u pacientů ambulance pro léčbu nehojících se ran. Souhlasné stanovisko je k dispozici u autorky práce. Dotazovaní byli nejprve seznámeni s účelem rozhovoru a se zachováním anonymity. Každému z nich byl předložen k podpisu souhlas s poskytnutím a nahráváním rozhovoru. Podepsané souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. Pokud respondenti položené otázky nepochopili, byla jim v průběhu rozhovoru dovysvětlena. Pořadí otázek se měnilo a přizpůsobovalo se odpovědím dotazovaných. Rozhovory probíhaly v soukromí, v ambulanci pro léčbu nehojících se ran, kde byl přítomen pouze tazatel a dotazovaný. Výjimkou byl rozhovor s respondentem R4, u kterého byla přítomna manželka. Záznamy z rozhovorů jsou k dispozici v digitální podobě na flash disku u autorky práce. Kvůli zachování anonymity respondentů nejsou v rozhovoru uvedena jejich jména ani datum narození. Pro potřebnou identifikaci bylo použito označení respondentů R1 až R6. Výzkumné šetření probíhalo v měsících březnu a dubnu roku 2019. V dubnu 2019 byla získaná data analyzována a současně byl připravován edukační materiál s informacemi o péči o ránu.

4.6 Zpracování získaných dat

Rozhovory s respondenty byly nejprve očíslovány (R1-R6). Jednotlivé rozhovory byly přepsány, všechny odpovědi na otázky v rozhovorech byly zpracovány pomocí kódování a pro přehlednost uspořádány do tabulek. Data jsme následně třídili a interpretovali. Ke každé otázce v rozhovoru byl vložen komentář. Pro tvorbu tabulek a schémat byl využit Microsoft Word 2010.

5 ANALÝZA A VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Charakteristika respondentů

Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů

OZNAČENÍ RESPONDENTA	POHLAVÍ	POPIS PŘÍPADU
R1	Muž	<p>Subjektivně se pacient cítí dobře, bolesti neudává, teploty nemá.</p> <p>Defekt na levé dolní končetině situován na malíkové hraně směrem na plosku nohy, nyní spíše charakter ragády, velikost defektu 0,5 cm x 0,5 cm, okraje hyperkeratotické, mírná sekrece, kůže na plosce i celé noze je suchá.</p> <p>Při převazu byl aplikován obklad s Microdacynem, byly sneseny hyperkeratózy, na defekt lokálně Braunovidon mast a sekundární krytí Zetuvit.</p> <p>Doporučené jsou každodenní převazy.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P I.</p>
R2	Muž	<p>Subjektivně se pacient cítí dobře, bolest neudává.</p> <p>Defekt na pravé dolní končetině, oblast po amputaci v místě III. paprsku pro osteomyelitidu. Velikost defektu 7 cm délka, 0,7 cm šířka, na spodině přítomna živá granulace, na plosce mírné hyperkeratózy, mírná sekrece z rány, okolí rány je klidné.</p> <p>Nutné je končetinu dostatečně odlehčovat, lokálně aplikovat střídavě Braunol roztok a Braunovidon mast.</p> <p>Doporučené jsou každodenní převazy.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P II.</p>
R3	Muž	<p>Subjektivně je pacient bez bolesti, cítí se dobře.</p> <p>Defekt na levé dolní končetině na malíkové hraně v oblas-</p>

		<p>ti 5. metatarzu. Velikost defektu je 2,5 cm x 2 cm. Okolí rány spíše s nekvalitním epitelem, přítomnost hyperkeratózy, pod kterou přítomen hematoma staršího data, okolí bez zarudnutí, téměř bez sekrece.</p> <p>Při převazu aplikován obklad s Microdacynem, snesena hyperkeratóza, proveden debridement, aplikován Braunovidon mast, následně přiloženo sekundární krytí.</p> <p>Doporučeno je před převazem nohu vysprchovat, kvalitní péče o pokožku nohy, aplikovat krémy s ureou na hyperkeratózy. Do těsného okolí rány aplikovat olej Tea Tree 1 – 2krát denně. Nutné dodržování odlehčení končetiny a zakoupení kvalitní obuvi.</p> <p>Doporučené jsou každodenní převazy.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P III.</p>
R4	Muž	<p>Subjektivně se cítí se dobře. Je bez teplot, bez bolesti.</p> <p>Lokální nález na levé dolní končetině v oblasti po amputaci malíku o velikosti 4 cm x 2 cm, další defekt na ploše nohy 3 cm x 2 cm a 1 cm do hloubky, další defekt v úrovni I. metatarzu 2,5 cm x 2 cm a další defekt na mediální hraně nohy 1,5 cm x 0,5 cm. Granulace je ve všech defektech živá, na spodině defektů je přítomen fibrinový povlak, který lze snadno snést, okolí klidné.</p> <p>Při převazu aplikován obklad s Microdacynem, aplikována Braunovidon mast, následně přiloženo sekundární krytí.</p> <p>Doporučeno každodenní sprchování nohy, poté obklady Microdacyn na 10 – 15 minut, poté lokálně aplikovat Braunovidon mast.</p> <p>Doporučené jsou každodenní převazy.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P IV.</p>

R5	Žena	<p>Subjektivně se pacientka cítí slabá, bolesti neudává.</p> <p>Defekt na pravé dolní končetině v oblasti po amputaci palce, plantárně 2,5 cm x 3 cm, spodina živá, distálněji houbovitá kůže 2,5 cm x 2,5 cm. Mírná sekrece z rány. Další defekt na plosce nohy do 1 cm v průměru, stacionární. Na okrajích mírné hyperkeratózy.</p> <p>Při převazu aplikován obklad Debricasan, poté aplikována Braunovidon mast, následně přiloženo sekundární krytí.</p> <p>Doporučené jsou každodenní převazy.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P V a přepis rozhovoru v Příloze P IX.</p>
R6	Muž	<p>Subjektivně se pacient cítí dobře, bez bolesti.</p> <p>Sekundárně se hojící operační rána po odstranění malíku na LDK 1 cm x 1 cm, spodina s fibrinovým povlakem, který lze odstranit, pod povlakem živá granulace, okolí klidné, bez zarudnutí, mírná sekrece. Dále na špičce palce suchá nekróza velikosti 2 cm x 1,5 cm, částečně ostře sneseno, po nekrek-tomii spodina krvácí.</p> <p>Při převazu aplikován obklad Microdacynem, poté aplikován Braunol obklad, následně přiloženo sekundární krytí.</p> <p>Doporučeny jsou každodenní převazy, lze střídat roztok Braunol a Braunovidon mast. Při převazu ránu vysprchovat.</p> <p>Fotodokumentace v Příloze P VI.</p>

5.2 Interpretace získaných dat

Rodinné zázemí respondentů a pomoc rodinných příslušníků při převazu rány

Otázka č. 1 Jaké je Vaše rodinné zázemí?

Tabulka č. 2 Rodinné zázemí respondentů

Respondent	Odpověď
R1	„Bydlím s rodinou, no s manželkou už jenom.“
R2	„Bydlím s manželkou.“
R3	„S rodinou, no s manželkou, děcka sú už pryč.“
R4	„S manželkou.“
R5	„Bydlím s manželem, synem a jeho přítelkyní.“
R6	„S manželkou.“

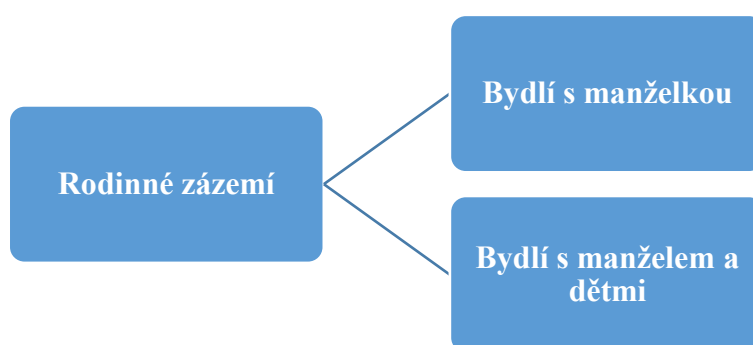


Schéma č. 1 Rodinné zázemí respondentů

Komentář: Situace ohledně rodinného zázemí byla zjišťována kvůli možnosti péče rodinných příslušníků, to znamená, zda někdo z rodinných příslušníků je schopen pomoci respondentovi s ošetřováním rány, zda senior žije sám, nebo s rodinou.

Respondenti R1, R2, R3, R4, R6 odpověděli na otázku, že bydlí v domácnosti s manželkou. Respondentka R5, jako jediná odpověděla, že doma bydlí s manželem a synem (viz tabulka č. 2 a schéma č. 1).

Otázka č. 2: Dopomáhá Vám někdo při převazu a s čím konkrétně?

Tabulka č. 3 Dopomoc při převazu

Respondent	Odpověď
R1	„Vlastně všechno dělá manželka, jak nohu ošetřuje, tak převazuje, všechno.“
R2	„Dcera.“
R3	„Moje žena, manželka.“
R4	„Manželka.“ Manželka respondenta: „Úplně se všeckým. Musím dělat převaz, musím píchat inzulin, dávkuju mu léky, úplně běžné věci všechny.“
R5	„Ne.“
R6	„Manželka. Ona mně to dělá všechno komplet.“

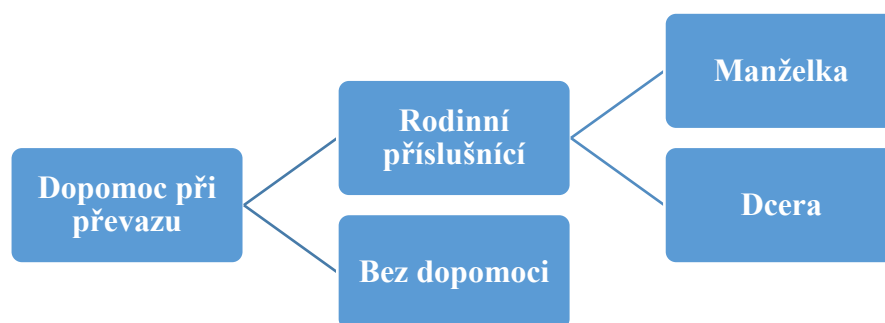


Schéma č. 2 Dopomoc při převazu

Komentář: Respondentům R1, R3, R4 a R6 dopomáhá při převazu manželka, respondentovi R2 dopomáhá při převazu dcera i přesto, že s ním nebydlí ve společné domácnosti. Respondentka R5 pečuje o svou ránu sama. U respondentů R1, R4 a R6 provádí celý převaz manželka. U respondenta R4 mu jeho zdravotní stav neumožňuje pečovat si o ránu sám. Respondent R6 je po vysoké amputaci pravé dolní končetiny a péči o defekt by sám nezvládnul (viz tabulka č. 3 a schéma č. 2).

Péče o nohy

Otázka č. 3: Navštívujete medicínální pedikúru

Tabulka č. 4 Medicínální pedikúra

Respondent	Odpověď
R1	„Ne, nechodím nikam.“
R2	„Než se mně to stalo, jsem navštěvoval pedikúru, ale po dobu těch zhruba dvou let, už to bude v dubnu, jsem nenavštěvoval pedikúru, poněvadž mně tady ošetřovali tu nohu celé ty dva roky, zhruba co čtrnáct dní.“
R3	„Nenavštěvuju pedikúru. Sem tam mně to moja ořeže, ale má strach do toho jít.“
R4	Manželka respondenta: „Ne, všechno já doma.“
R5	„Ne, dělám si všechno sama.“
R6	„Ne. To mně manželka doma stříhá.“

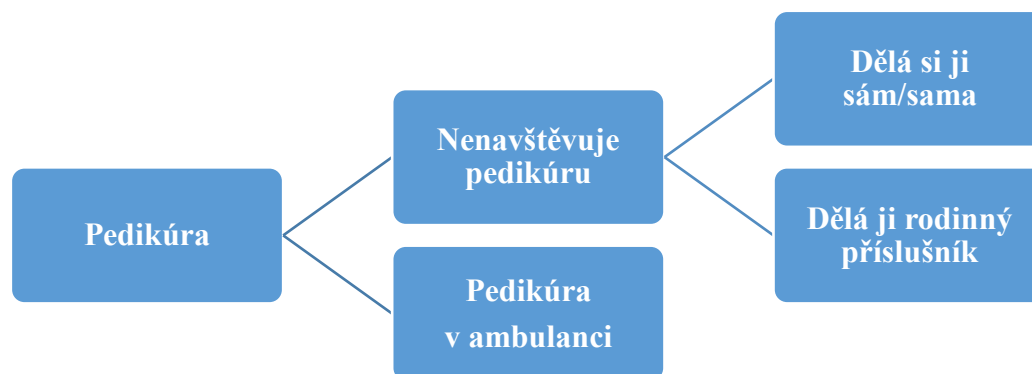


Schéma č. 3 Medicínální pedikúra

Komentář: Respondent R1 nevyužívá vůbec medicínální pedikúru. Respondent R2 docházel na pedikúru předtím, než se vytvořil defekt, nyní také nechodí nikam. U respondenta R3 provádí pedikúru manželka, ale má strach, aby respondenta nepoškodila. U respondenta R4 a R6 taktéž pedikúru dělá manželka. Pouze respondentka R5 si dělá pedikúru sama bez pomoci rodinných příslušníků (viz tabulka č. 4 a schéma č. 3).

Otázka č. 4: Používáte nějaké přípravky k péči o nohy?

Tabulka č. 5 Používání přípravků k péči o nohy

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Mastím si je mastičkami, které mně doporučila tady sestřička nebo pan doktor, používám také krémy.“</i>
R2	<i>„Krémy používám, normálně skoro denně si je natírám po umytí té nohy. A používám různé krémy.“</i>
R3	<i>„Jo, JUST, to je ten švýcarský krém, a potom indulonu.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„Ano, ale já Vám neřeknu ty názvy teď. Jsou hydratační, takové ty běžné krémy.“</i>
R5	<i>„Niveu používám jako pleťové mléko, ne krém.“</i>
R6	<i>„Používám indulonu a takové různé mastičky na promazání té kůže.“</i>

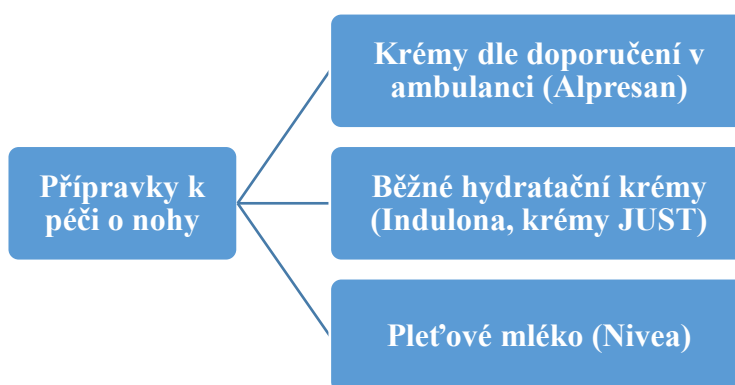


Schéma č. 4 Používání přípravků k péči o nohy

Komentář: Respondent R1 používá při péči o nohy přípravky, které mu byly doporučené v ambulanci nehojících se ran, a k tomu používá ještě obyčejné krémy k promazávání. Respondenti R2, R3 a R4 používají k promazávání dolních končetin běžné krémy s hydratačním účinkem. Respondent R3 využívá občas k péči o nohy švýcarskou kosmetiku značky JUST a někdy používá Indulonu, stejně jako respondent R6. Respondentka R5 dává přednost před běžnými krémy pleťovému mléku Nivea (viz tabulka č. 5 a schéma č. 4).

Otázka č. 5: Je pro Vás kupování přípravků k péči o kůži finančně náročné?

Tabulka č. 6 Finanční náročnost prostředků k péči o kůži

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Tak je a není, no nestojí to málo. Pojišťovna to nehradí.“</i>
R2	<i>„No tak dneska ty krémy sú dostatečně drahé, no a tak, ani to moc nesleduju, kolik to stojí, pač pro zdraví...“</i>
R3	<i>„No je, no jasné.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„Ne, teď doposavad všechno v pohodě.“</i>
R5	<i>„Není to, že by člověk nevydával finance, ale určitě je to únosné.“</i>
R6	<i>„Já to nekupuju, ještě...“</i>

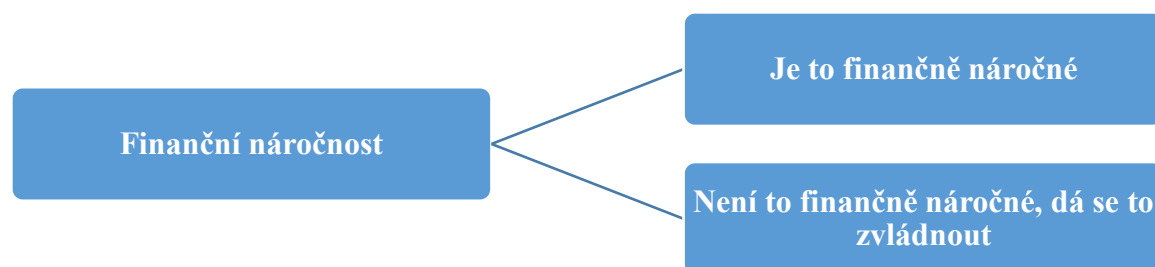


Schéma č. 5 Finanční náročnost

Komentář: Respondent R1, R2 a R3 odpověděli, že nakupování přípravků k péči o nohy je pro ně finančně náročné. Respondent R2 dodal, že i přesto, že je to finančně náročné, tak moc nesleduje pořizovací cenu, protože to dělá pro své zdraví. Pro respondenty R4 a R6 podle jejich odpovědí nakupování přípravků není finančně náročné. Pro respondentku R5 je pořizování přípravků únosné (viz tabulka č. 6 a schéma č. 5).

Péče o ránu

Otázka č. 6: Jak často ránu převazujete?

Tabulka č. 7 Frekvence převazů

Respondent	Odpověď
R1	„Každý den pravidelně mi to manželka převazuje.“
R2	„Ze začátku se rána převazovala každý den, pak každý druhý den a to pravidelně.“
R3	„Každý den.“
R4	Manželka respondenta: „Každý den.“
R5	„Dvakrát za den.“
R6	„Každý den.“

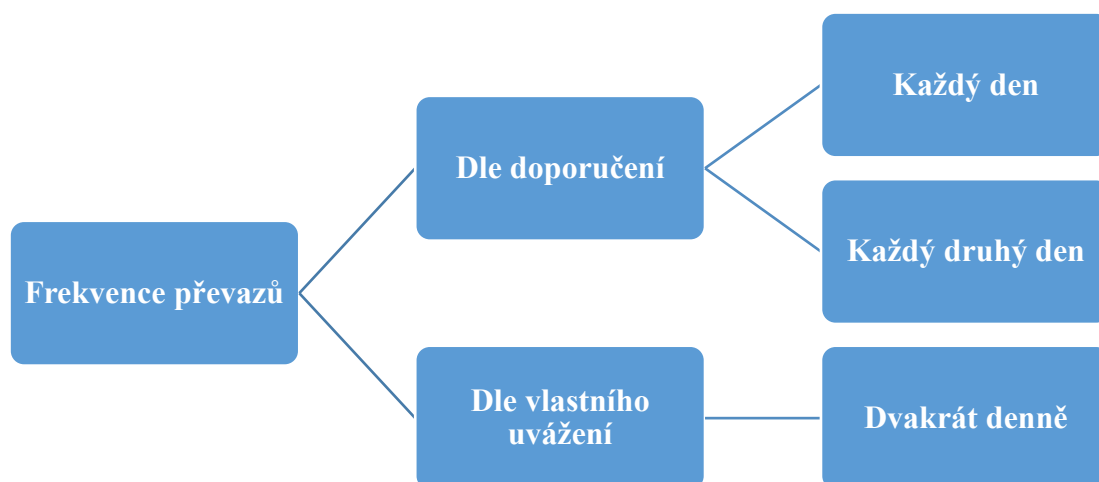


Schéma č. 6 Frekvence převazů

Komentář: Na otázku, jak často ránu převazují, odpověděli respondenti R1, R3, R4 a R6, že každý den dle doporučení z ambulance. Respondent R2 odpověděl, že dříve si také ránu převazoval každý den, ale nyní mu to podle doporučení stačí jednou za dva dny. Respondentka R5 má, dle svého vlastního uvážení, potřebu si ránu převazovat dvakrát za den (viz tabulka č. 7 a schéma č. 6).

Otázka č. 7: Kde ránu v domácím prostředí převazujete?

Tabulka č. 8 Místo, kde je rána převazována

Respondent	Odpověď
R1	„Ránu převazujeme v pokoji.“
R2	„V takové jídelně.“
R3	„Doma, v kuchyni. Sednu si na křeslo nebo na židlu a tam.“
R4	Manželka respondenta: „V kuchyni. Protože ho musím posadit.“
R5	„V ložnici většinou.“
R6	„Většinou v koupelně to vymočím a pak manželka mně to stříhá v obýváku, to ořezává a všechno.“

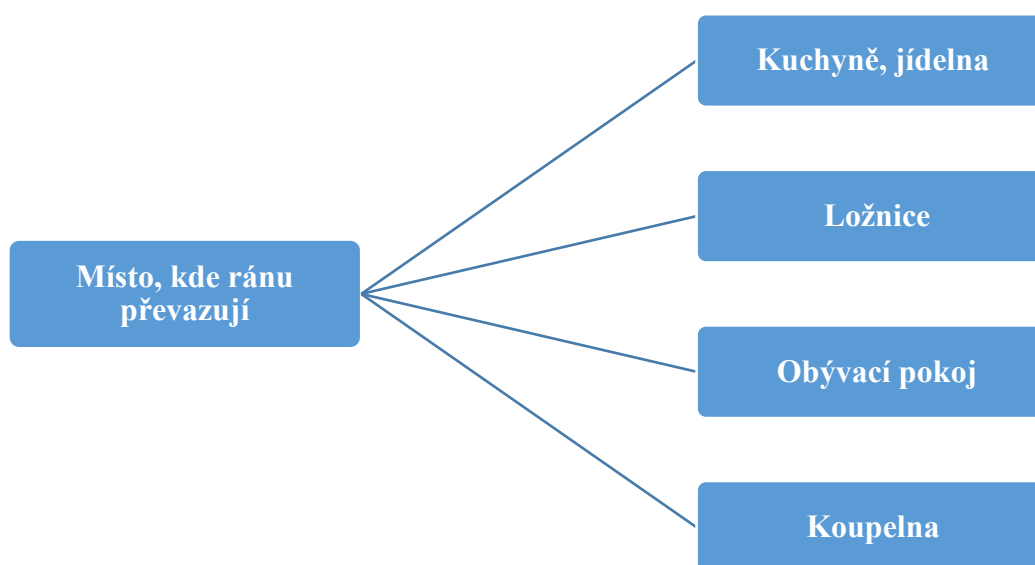


Schéma č. 7 Místo, kde je rána převazována

Komentář: Respondenti R3 a R4 odpověděli, že si ránu převazují v kuchyni, aby se k tomu posadili na židli. Respondent R1 odpověděl, že ránu převazuje v pokoji. Respondent R2 provádí převaz v jídelně. Respondentka R5 odpověděla, že převaz nejčastěji dělá v ložnici a respondent R6 si nohu připraví k převazu v koupelně, ale samotný převaz probíhá v obýváku (viz tabulka č. 8 a schéma č. 7).

Otázka č. 8: Používáte při převazu jednorázové rukavice?

Tabulka č. 9 Používání jednorázových rukavic

Respondent	Odpověď
R1	„Ne, nepoužíváme.“
R2	„Nepoužíváme.“
R3	„Ne.“
R4	Manželka respondenta: „Ano.“
R5	„Používám.“
R6	„Jo.“

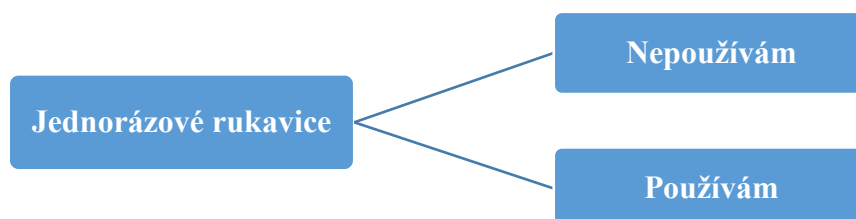


Schéma č. 8 Jednorázové rukavice

Komentář: Na otázku, zda respondenti používají při převazu jednorázové rukavice, odpověděli respondenti R1, R2 a R3, že nepoužívají. Ostatní respondenti R4, R5, R6 odpověděli, že k převazu rukavice používají. Jejich odpověď mě překvapila, jelikož jsem si myslela, že v domácím prostředí rukavice k převazu žádný dotazovaný používat nebude (viz tabulka č. 9 a schéma č. 8).

Otázka č. 9: Jakým způsobem odstraňujete krytí z rány?

Tabulka č. 10 Odstraňování krytí

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Nůžkama to odstříhneme, podobně jako tady v ambulanci.“</i>
R2	<i>„Normálně, nebývá to přilepené.“</i>
R3	<i>„Normálně to oddělám – odlepím.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„Rozstříhnu. Do igelitového sáčku to hned strčím.“</i>
R5	<i>„Normálně to sundám, mně to jde, protože já moc nelepím. Takže jak je to obvázané, tak si za to chytanu, vím kde, tak to normálně sundám - svleču.“</i>
R6	<i>„Manželka to stříhá.“</i>

Komentář: Respondenti R1, R4 a R6 odpověděli, že krytí odstraňují nůžkami. Manželka respondenta R4 dodala, že ihned, jak odstraní krytí z rány, jej dá do igelitového sáčku a vyhodí. Respondent R2 odpověděl, že normálně. Respondent R3 odpověděl, že krytí odlepí, jelikož je pro něj i jeho manželku pohodlnější ránu zalepit než krytí fixovat obvazem. Odpověď respondentky R5 byla, že si ránu zavazuje tak, aby to pak mohla jenom svléct (viz tabulka č. 10).

Otázka č. 10: Koupete nebo sprchujete ránu vodou při převazu?

Tabulka č. 11 Omytí rány

Respondent	Odpověď
R1	„Sprchuju víceméně. Nemám rád používání mýdla na ránu, to opravdu ne.“
R2	„Sprchuju.“
R3	„Ne.“
R4	Manželka respondenta: „Sprchuju.“
R5	„Sprchuju.“
R6	„Koupeme i sprchujeme. Obojí dvojí.“

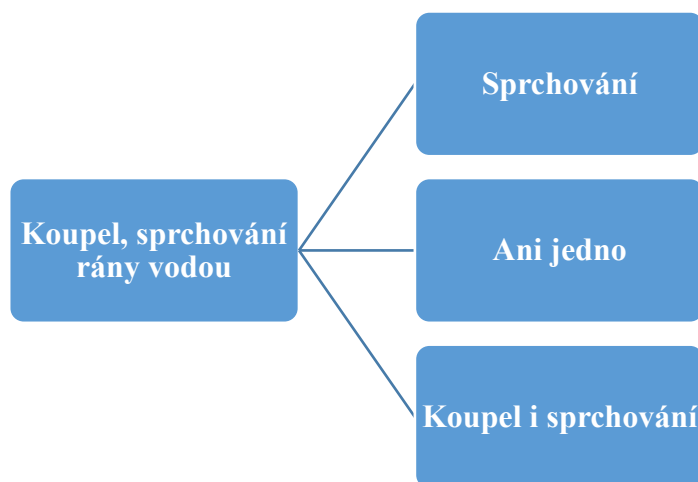


Schéma č. 9 Omytí rány

Komentář: Respondenti R1, R2, R4, R5 odpověděli, že si ránu při převazu pravidelně sprchují. Respondent R3 si podle jeho odpovědi ránu ani nesprchuje, ani nekoupe, jelikož to viditelně pokládá za zbytečné. Respondent R6 si ránu při převazu někdy koupe a jindy sprchuje, podle toho, kolik má času (viz tabulka č. 11 a schéma č. 9).

Otázka č. 11: Oplachujete ránu desinfekčními roztoky nebo přikládáte na ránu obložky, popř. na jak dlouho?

Tabulka č. 12 Oplach rány desinfekčními roztoky

Respondent	Odpověď
R1	„Ne, ne.“
R2	„Používal jsem jeden čas, kdy jsem si koupil v té zdravé lékárně bylinky, sléz se to jmenovalo, a to jsem si máčel jako tím.“
R3	„Ne.“
R4	Manželka respondenta: „Dám do lavora ten čaj, sléz, a nechám máčat, tak dvacet až třicet minut.“
R5	„Já používám Debricasan převážně. Nastříkám to v tom sprayu a nechám to chvíli jak když tak na podložce.“
R6	„Ne. To nemáme nic takového doma.“

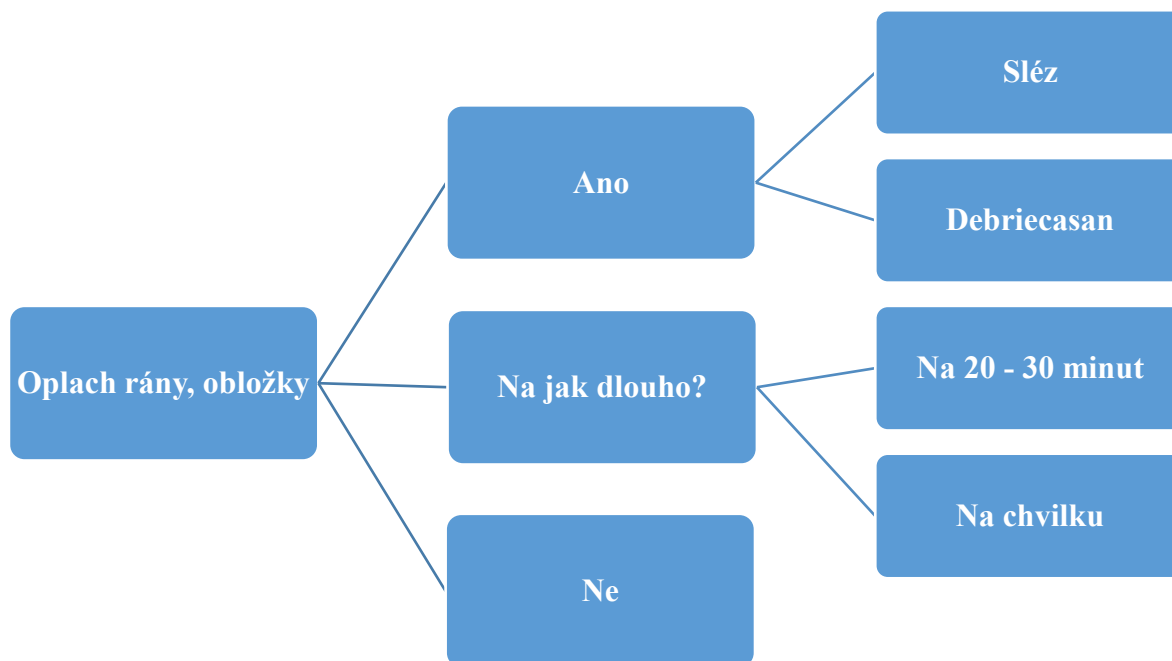


Schéma č. 10 Oplach rány desinfekčními roztoky

Komentář: Respondenti R1, R3 a R6 na otázku, zda oplachují ránu desinfekčními roztoky nebo zda přikládají obložky na ránu, odpověděli, že nic takového nedělají. Respondenti R2 a R4 se svěřili, že k oplachům rány využívají bylinu sléz, která jim pomáhá. Respondent R4 nechává nohu v lavoru s odvarem ze slézu po dobu 20 – 30 minut. Respondentka R5 používá na oplach rány roztok Debricasan, který postříkem aplikuje na nohu a nechá jej chvíli působit (viz tabulka č. 12 a schéma č. 10).

Otázka č. 12: Jak pečujete o okolí rány?

Tabulka č. 13 Péče o okolí rány

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Víceméně Alpresan používám hodně, tím to mažeme.“</i>
R2	<i>„Natírám si ho krémama.“</i>
R3	<i>„Jo, tak to mně moja maže tím krémem nějakým, buď tym JUSTem nebo indulonou. To zalepí a pak to kolem namaže.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„Promazávám to, no a mám takovou škrabku, trochu to tak zeškrábu, kde vidím takové to odumřelé a promažu nohu. Mám aj nějaký taký desinfekční přípravek, kde to kolem té rány nastříču a potom dám mastičku.“</i>
R5	<i>„O okolí té rány tak různě. Měním ty krémy, co mám doporučené. Teďka Belogen třeba, Ialugen dávám. Ten Belogent míň, protože je kortikoidní, tak ten dávám jako míň často. To tak třeba třikrát do roka ten týden.“</i>
R6	<i>„Okolí promazává manželka, tam má jakési mastičky, já nevím co to je ani. Mňa to ani nezajímá. Hlavně že je to masné.“</i>

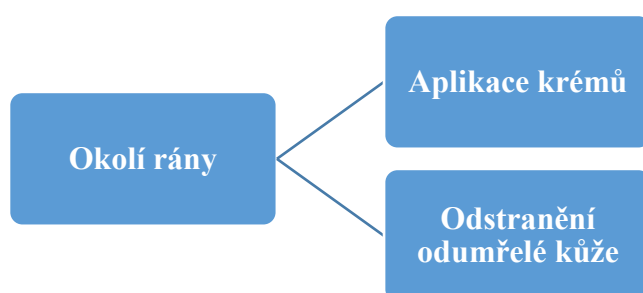


Schéma č. 11 Péče o okolí rány

Komentář: Na otázku, jak pečují o okolí rány, odpověděl respondent R1, že používá Alpresan, který je přímo určený pro diabetiky. Respondenti R2 a R6 odpověděli, že k péči o okolí rány používají různé krémy, respondent R1 neví, jak se krémy k péči jmenují a ani ho to nezajímá. Respondent R3 nejraději používá krémy značky JUST, které aplikuje jak na celou nohu, tak i do okolí rány nebo použije krém Indulona. U respondenta R4 manželka popsala, že nejprve se snaží opatrně odstranit odumřelou kůži z okolí rány, jakmile ji odstraní, použije nejprve spray s desinfekčním přípravkem a poté do okolí aplikuje mast (nemohla si vzpomenout na přesný název). Respondentka R5 odpověděla, že prostředky, které používá do okolí rány, volí podle doporučení z ambulance a pravidelně je mění. Nyní používá mast Belogent, kterou ale, jak sama řekla, může používat málo, maximálně dvakrát až třikrát ročně, protože obsahuje kortikoidy (viz tabulka č. 13 a schéma č. 11).

Otázka č. 13: Jak přikládáte krytí na ránu, je to pro Vás náročné?

Tabulka č. 14 Příložení krytí na ránu

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Ne, nedělá.“</i>
R2	<i>„Ne, nedělá to problém.“</i>
R3	<i>„Není. Pro mňa by to bylo náročné, protože já sa neohnu, mám břuch, ale když mně to dělá moja, tak ona na to vidí.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„Ne.“</i>
R5	<i>„Ne už za ty roky. Už to dělám deset let, takže ani ne.“</i>
R6	<i>„Ne, není.“</i>

Komentář: Na otázku, zda přikládání krytí na ránu dělá respondentům nějaký problém, všichni odpověděli ne. Většina dodala, že si ránu převazují již dlouhou dobu, několik let a že za ten čas už si zvykli. Výhodou je pro ně i to, že jim dopomáhají ve většině případů rodinní příslušníci. Respondent R3 přiznal, že kdyby měl dělat převaz sám, tak by to pro něho bylo náročné (viz tabulka č. 14).

Otázka č. 14: Jak dlouho Vám převaz časově trvá?

Tabulka č. 15 Délka převazu

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Dlouho to netrvá, než si nohu osprchuju, tak deset minut.“</i>
R2	<i>„No já nevím, tak pět minut.“</i>
R3	<i>„Za pět minut.“</i>
R4	<i>Manželka respondenta: „Jako zavážu to do deseti minut, ale ty přípravy, že to musím nechat namáčet, pak ty obklady z tej vodičky, to má dalších dvacet minut, ale ten převaz, to má hned zavázané. Celkově tak hodinu jo.“</i>
R5	<i>„No aj s půl hodiny se vším všudy.“</i>
R6	<i>„Půl hodiny.“</i>

Komentář: U této otázky jsme zjišťovali, kolik času průměrně respondenti stráví převazem. Respondenti R2 a R3 uvedli, že převaz jim zabere tak kolem pěti minut. Odpověď respondenta R1 byla, že převaz zabere 10 minut času. U respondenta R4 zabere celý převaz i s celkovou péčí o nohu něco kolem hodiny, samotné přiložení krytí a obvázání rány trvá zhruba deset minut, u respondentů R5 a R6 asi půl hodiny (viz tabulka č. 15).

Otázka č. 15: Kdy v průběhu dne ránu převazujete?

Tabulka č. 16 Situování převazu do denního režimu

Respondent	Odpověď
R1	„Večer ránu převazuju, víceméně.“
R2	„Až odpoledne, navečer.“
R3	„Ráno.“
R4	Manželka respondenta: „Dělám to vždycky tak dopoledne.“
R5	„Ráno když vstanu, většinou po snídani a potom podle toho, jak to vypadá, ale většinou večer.“
R6	„Večer.“

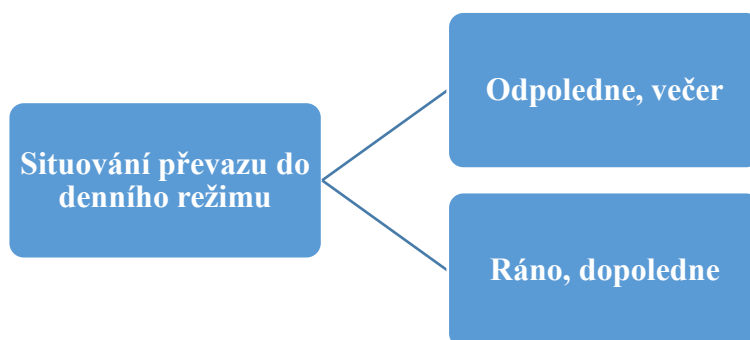


Schéma č. 12 Situování převazu do denního režimu

Komentář: Polovina respondentů, R1, R2 a R6 odpověděla, že ránu převazují nejčastěji večer. Respondentka R5 převazuje ránu dvakrát denně, a tak její odpověď na otázku, kdy v průběhu dne ránu převazuje, byla ráno a večer. Ráno si ránu nejčastěji převazuje také respondent R3. U respondenta R4 se rána nejčastěji převazuje v dopoledních hodinách (viz tabulka č. 16 a schéma č. 12).

Bolest při převazu rány

Otázka č. 16: Pociťujete v průběhu převazu nějakou bolest?

Tabulka č. 17 Přítomnost bolesti při převazu

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Ne nepociťuju.“</i>
R2	<i>„Ani ne.“</i>
R3	<i>„Ne.“</i>
R4	<i>„Ne.“</i>
R5	<i>„Ne, mě to nebolí už jenom z toho důvodu, že já mám tu neuropatii nejvyššího stupně, takže ten cit tam není.“</i>
R6	<i>„Nepociťuju nic.“</i>

Komentář: Na otázku, zda respondenti pociťují v průběhu převazu nějakou bolest, byla u všech stejná odpověď. Všichni respondenti, R1, R2, R3, R4, R5, R6 jednoznačně odpověděli, že žádnou bolest při převazu nepociťují, a to z důvodu neuropatie. Respondentka R5 pouze dodala, že nemá žádný cit, jelikož trpí neuropatií nejvyššího stupně (viz tabulka č. 18).

Otázka č. 17: Pociťujete bolest v průběhu dne nezávisle na převazu?

Tabulka č. 18 Přítomnost bolesti nezávisle na převazu

Respondent	Odpověď
R1	„No tak cítím tam nějaké tyto, ale že by to extrémně bolelo, tak to ne.“
R2	„Nijak mě to po celou dobu nebolelo.“
R3	„Ne.“
R4	„Ne necítím.“
R5	„To spíš, když je v tom ten zánět, že se stane, je to takové, že nepříjemné.“
R6	„Jo, to mě chytanou ale fantomky obyčejně do té druhé nohy.“

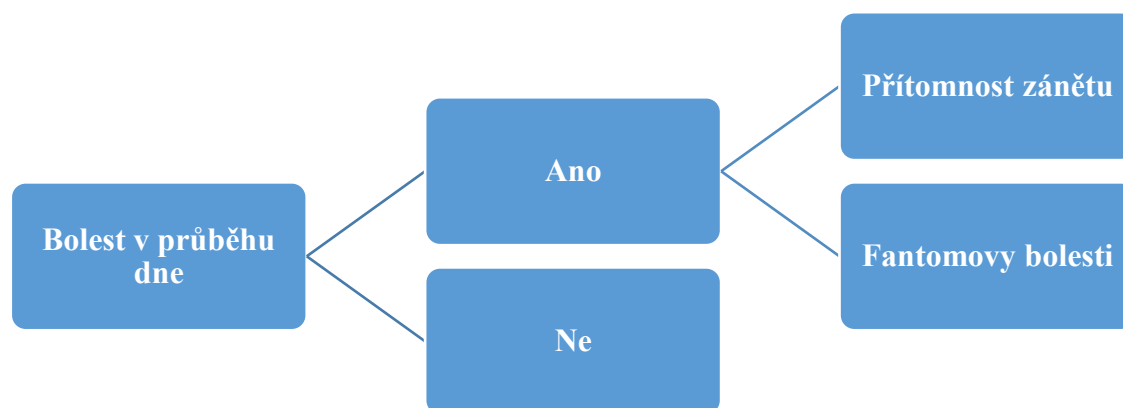


Schéma č. 13 Přítomnost bolesti nezávisle na převazu

Komentář: Na otázku, jestli pacienti pociťují nějakou bolest v průběhu dne nezávisle na převazu, odpověděli respondenti R2, R3 a R4, že je to nijak nebolí ani v průběhu dne. Respondent R1 odpověděl, že ho to extrémně nebolí, ale něco v té ráně pociťuje. Respondentka R5 cítí bolest, pouze pokud je v ráně přítomný nějaký patologický proces, např. zánět. V tu chvíli je to pro ni nepříjemné. Respondent R6 nepociťuje bolesti ani tak na noze, kde jsou přítomné ulcerace, ale má tzv. Fantomovy bolesti, z důvodu vysoké amputace druhé končetiny. Popsal, že jsou pro něj velmi nepříjemné (viz tabulka č. 18 a schéma č. 13).

Odlehčování končetiny s defektem

Otázka č. 18: Odlehčujete končetinu? Jakým způsobem?

Tabulka č. 19 Odlehčování končetiny, způsob odlehčování

Respondent	Odpověď
R1	<i>„No odlehčuju moc. Chodím o berlách, to je jedna věc a mám na to ještě z toho Proteoru speciální obuv na doma a vlastně v tom chodím.“</i>
R2	<i>„Odlehčuju to tím, že buď nechodím nebo když jako sedím, tak ju mám navrchu na židli. Jinak dřív jsem měl do botů vložku udělanou, že na ten první případ a teďkajc, jak mně odejmuli ten prst, tak nemám ještě tu vložku, to půjdu teďka na vložku do toho Olomouce.“</i>
R3	<i>„Ano, mám na to ty boty a berle (francouzské).“</i>
R4	<i>„Jo, používám hole francouzské.“</i>
R5	<i>„No nosím i tu polobotu, ale od loňska ju moc nenosím, protože zase jak je ta polobota udělaná, že má ten přehyb na nahoře na noze, tak jsem tam měla vlastně taky ložisko seshora a prostě dělá mi to pořád problém. Jako když bych řekla, že bych byla nucena jít dál, tak jdu s hůlkou francouzskou, jednou většinou.“</i>
R6	<i>„Já sedím na tem vozíku, a když už mně to začne trnut opravdu, tak si idu lehnout anebo sednut si do ložnice na postel. Je to trošku nižší, tak si to odlehčím a přestane mně to všecko.“</i>

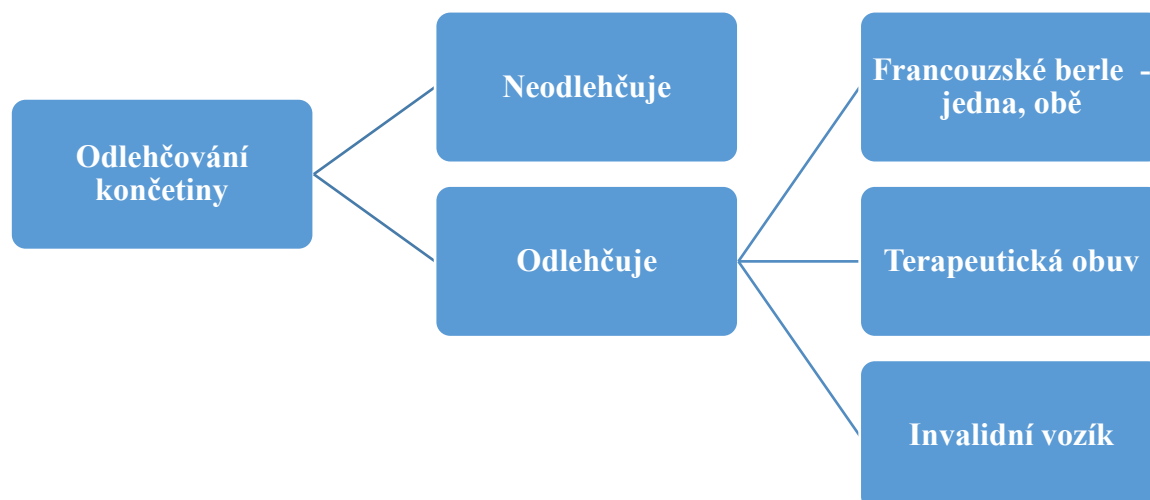


Schéma č. 14: Odlehčování končetiny

Komentář: Všichni respondenti, R1, R2, R3, R4, R5, R6 odpověděli, že končetinu s defektem odlehčují. Respondent R1 používá k odlehčování končetiny francouzské berle a navíc má individuálně vytvořenou obuv, ve které chodí. Respondent R2 odlehčuje končetinu tím, že se snaží co nejvíce odpočívat, když sedí, mívá obvykle nohu s defektem ve zvýšené poloze. Navíc využívá terapeutické vložky do bot. Respondenti R3 a R4 využívají k odlehčení končetiny francouzské berle a respondent R3 navíc chodí v terapeutické obuvi individuálně vytvořené. Respondentka R5 díky kompenzační pomůcce, kterou se snažila odlehčit končetinu tzv. polobotě, si „prochodila“ nový defekt na noze. Při delší chůzi nejčastěji používá jednu francouzskou berli. U respondenta R6 je odlehčování končetiny zajištěno tím, že se pohybuje pouze na invalidním vozíku z důvodu vysoké amputace pravé končetiny. Ne vždy je to ale příjemné, být celý den na vozíku, jakmile mu začne noha tuhnout, jde si buďto sednout, nebo lehnout a tehdy se mu uleví (viz tabulka č. 19 a schéma č. 14).

Otázka č. 19: Dodržujete odlehčování končetiny v domácím prostředí?

Tabulka č. 20 Dodržování odlehčení končetiny v domácím prostředí

Respondent	Odpověď
R1	<i>„No to určitě, protože jinak by se mi to tak nehojilo.“</i>
R2	<i>„Ano, aj v domácím prostředí.“</i>
R3	<i>„Ne.“</i>
R4	<i>„Ano.“</i>
R5	<i>„Snažím se až moc na to nechodit, anebo spíš bych řekla, že to chodit ani tolik nevadí jak stát na tom. Takže stabilně nestát třeba u linky.“</i>
R6	<i>„Ano.“</i>

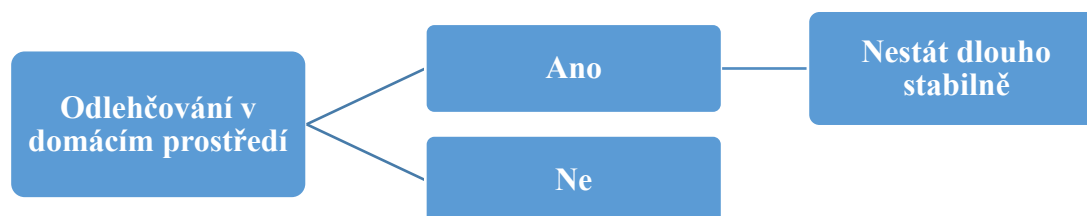


Schéma č. 15 Odlehčování končetiny v domácím prostředí

Komentář: Na otázku, zda respondenti dodržují odlehčení končetiny s defektem i v domácím prostředí, odpověděla většina respondentů, R1, R2, R4, R5, R6, že ano. Respondent R1 dodal, že kdyby nohu neodlehčoval i v domácím prostředí, tak by se mu rána nehojila. Respondent R3 jako jediný odpověděl, že nohu v domácím prostředí neodlehčuje (viz tabulka č. 20 a schéma č. 15).

Porovnání náročnosti převazu

Otázka č. 20: Kdybyste měl porovnat, jak pro Vás bylo náročné pečovat o ránu na začátku (v minulosti) a jak je to pro Vás náročné teď (v současnosti)?

Tabulka č. 21 Porovnání náročnosti převazu

Respondent	Odpověď
R1	<i>„No, člověk si na to musí zvyknout. Bylo no, protože ono přijít o maliček taky není jednoduchá věc.“</i>
R2	<i>„Začalo to tak, že se mi udělal otlak zespodu na té noze no a ten otlak mě tak nějak 14 dní bolel. Pak jsem šel k panu doktorovi, ten mně ten otlak oddělal a zjistil, že je tam defekt. V dubnu to bude už dva roky a konečně se to hojí.“</i>
R3	<i>„No dřív to bylo náročné, těžko sa to hojí. Díky sestřičce (z ambulance), tak sa to začíná hojit.“</i>
R4	Manželka respondenta: <i>„No tak teď je to už úplně výborné.“</i> R4: <i>„Ze začátku to bylo bolestivé, když to čistila, tu ránu, tak jsem to cítil. Já mám tak dost sníženou citlivost, takže to tak už necítím.“</i>
R5	<i>„Nejtěžší bylo to, že se to opakuje a že jsem začala tím, že se musel odstranit palec a pak byl další prst a další prst, tři prsty postupně, takže vždycky ten stav, jak to dopadne, je nejhorší psychicky. Jestli ještě ta noha zůstává, nebo jestli se to bude řezat výš. To asi, to bych řekla, že je nejhorší. No a samozřejmě, když se ten defekt nehojí anebo najednou je ten zánět, kdy člověk ani neví pomalu z čeho, tak to jako bych řekla, psychicky je to náročné.“</i>
R6	<i>„Já jsem si zvykl na to už. Bylo to horší jak tady ty prsty.“</i>

Komentář: Na tuto otázku odpověděl každý z respondentů odlišně. Respondent R1 odpověděl, že to pro něj dříve bylo velmi náročné, jelikož přišel o malíček, což ho, jakožto vášnivého turistu velmi omezilo. Dále dodal, že si na to člověk musí zvyknout. Respondent R2 v rozhovoru popsal, jak se mu defekt vytvořil, a že už to trvá dlouhou dobu. Zde také došlo k amputaci prstu na noze. Pro respondenta R3 bylo náročné to, že se rána těžce hojí. Také ho to velmi omezovalo v tom, že je to vášnivý zahrádkář a má omezení při chůzi. Od té doby, co chodí do ambulance, tak se mu rána začíná hojit. Odpověď manželky respondenta R4 byla, že nyní už je to výborné. Sám respondent se vyjádřil, že dříve pro něj bylo ošetřování rány bolestivé. V současnosti je jeho citlivost natolik snižená, že při převazu nepocítuje nic. Pro respondentku R5 bylo a je nejtěžší to, že se defekty stále opakují a nelze se jich zbavit. Respondentka postupně přišla o tři prsty na noze, začalo to amputací palce a pak postupně dalšími prsty. Nejtěžší pro ni je to zvládnout po psychické stránce, stále hrozí, že amputace bude pokračovat výš. Dále pro ni není lehké, když se defekt dlouhou dobu nehojí nebo se do něj dostane zánět ani neví z čeho nebo proč. Respondentka se dále v rozhovoru svěřila, že se s defekty léčí již déle než deset let. Odpověď respondenta R6 byla, že už si zvykl. Říká, že zažil i horší stavy, než jsou nyní defekty na levé noze. Před lety u něj totiž došlo k vysoké amputaci pravé dolní končetiny a to také z důvodu syndromu diabetické nohy (viz tabulka č. 21).

Průvodní projevy rány

Otázka č. 21: Jsou u Vás přítomny nějaké průvodní projevy rány, jako je sekrece, zápach, svědění, pálení nebo svírání v okolí rány?

Tabulka č. 22 Průvodní projevy rány

Respondent	Odpověď
R1	„To já na té noze tak nepociťuju, zápach víceméně tak při tem převazu. Ted' je to v klidu.“
R2	„Ze začátku, jak se ta rána objevila, tak ten zápach tam určitě byl.“
R3	„Ted' ne, ted' naprosto nic, ale dřív to bylo aj zápach, aj to všechno.“
R4	„Ne.“
R5	„Ten zápach se objevuje, když to začne být nevím, jestli říkáte nekrotické nebo když už se tam děje něco víc, a jinak to vlastně, když je to čistě jako to mám v podstatě ted'ka, tak tam není takový problém, třeba toho zápachu. Někdy bývá větší ta sekrece.“
R6	„To nedělá vůbec nic.“

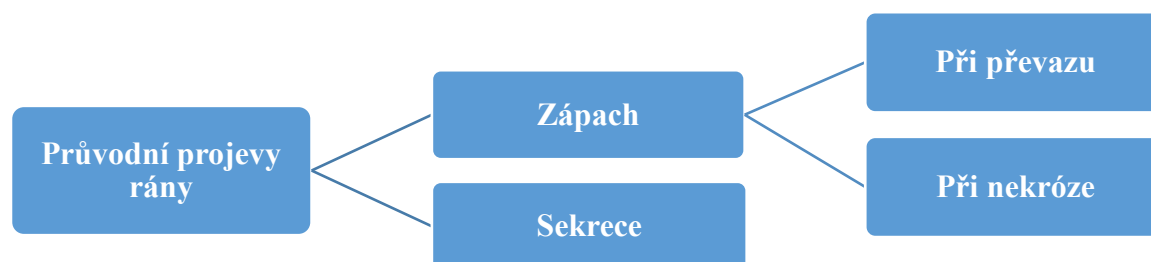


Schéma č. 16 Průvodní projevy rány

Komentář: Na otázku, zda jsou u respondentů přítomny nějaké průvodní projevy rány, odpověděl respondent R1, že nyní je rána klidná, ale zápach se vyskytuje při převazu. Respondenti R2 a R3 odpověděli, že nyní se již žádné průvodní projevy nevyskytují, ale ze začátku rána zapáchala a u respondenta R3 navíc rána silně secernovala. U respondenta R4 a R6 nejsou přítomny žádné průvodní projevy. Respondentka R5 odpověděla, že přítomnost zápachu bývá, když v ráně začíná být přítomna nekrotická tkáň nebo když dochází k jiným patologickým změnám (zánět). Nyní se zápach až tolik nevyskytuje, ale bývá větší sekrece (viz tabulka č. 22 a schéma č. 16).

Edukace v ambulanci

Otázka č. 22: Jak vnímáte edukaci v ambulanci, znáte postup ošetření rány?

Tabulka č. 23 Edukace v ambulanci

Respondent	Odpověď
R1	<i>„No znám, ale více méně to zná všechno manželka, protože tady se mnou ze začátku hodně chodila.“</i>
R2	<i>„Jo.“</i>
R3	<i>„Ano.“</i>
R4	<i>„Úžasné, úžasné, fakt.“ „Ano.“</i>
R5	<i>„Ta ambulance tady je k nezaplacení, myslím si, že máme veliké štěstí my pacienti, že se máme kde obrátit. Nemůžu si stěžovat ani v nejmenším, vždycky mi dobře poradili, vždycky pro mě udělali, co mohli, a chodím tady fakt přes deset let, takže myslím, že to můžu říct zodpovědně.“ „Ano, vím.“</i>
R6	<i>„Informací mám dost, já su tady úplně spokojený.“ „Jo, znám.“</i>

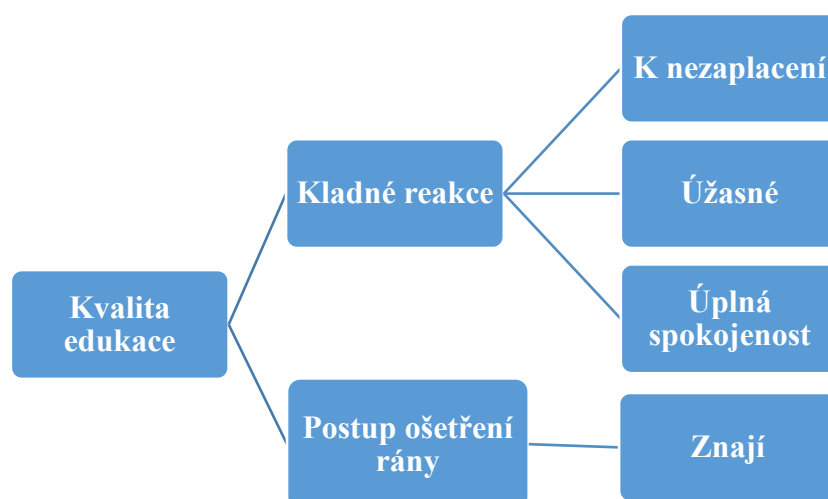


Schéma č. 17 Edukace v ambulanci

Komentář: Na otázku, jak vnímají respondenti edukaci v ambulanci, odpověděli všichni velmi kladně. Na doplňující otázku, zda znají postup ošetření rány, taktéž všichni respondenti odpověděli, že znají. Respondent R1 dodal, že spíše to zná všechno manželka, která s ním pravidelně do ambulance chodí. Respondentka R5 vidí v ambulanci velkou oporu při léčbě jejich ran. Podle její odpovědi ji v ambulanci vždy dobře poradí a udělají pro ni vše, co je v jejich silách. Respondent R6 taktéž reagoval na otázku velmi pozitivně a odpověděl, že je v ambulanci úplně spokojený (viz tabulka č. 23 a schéma č. 17).

Otázka č. 23: Máte dostatek informací? Potřebujete něco dovysvětlit?

Tabulka č. 24 Dostatek informací, potřeba dovysvětlení

Respondent	Odpověď
R1	<i>„Informace o tom mám já myslím dostačující.“ „Není potřeba.“</i>
R2	<i>„Já bych řekl, že jsem měl dostatek informací – při tom převazu.“</i>
R3	<i>„Jednoznačně.“ „Zatím ne. Sestřička mňa informuje o všeckem.“</i>
R4	<i>Manželka respondenta: „Ne, to, co potřebuju sa sestřičky zeptám, nebo pana doktora. Oni mně pěkně vysvětlíja všecko. Su velice spokojená.“</i>
R5	<i>„Já si myslím, že pro ty moje problémy tady dostávám ty moje informace, co nejvíc jde.“</i>
R6	<i>„Nesháněl jsem se po ničem, protože sestřička mi to vždycky řekne.“</i>

Komentář: Na otázku v rozhovoru, zda mají respondenti dostatek informací, nebo zda mají potřebu něco dovysvětlit, odpověděli všichni, že informací mají dostatek a pokud něco potřebují, tak se zeptají v ambulanci (viz tabulka č. 24).

DISKUZE

Hlavním cílem práce bylo vyspecifikovat limity v péči o ránu v domácím prostředí z pohledu pacientů seniorského věku se syndromem diabetické nohy. K získání vhodných dat pro výzkum jsme vytvořili otázky, pomocí kterých zjišťujeme, jak vypadá jejich péče o ulceraci v domácím prostředí.

Při dotazování na rodinné zázemí seniorů a pomoci při převazu, odpověděli všichni respondenti, že bydlí s rodinou, a kromě respondentky R5 se shodli na tom, že bez jejich pomoci by péči o ránu nezvládli. Stejného názoru je i Mašková (2010, s. 39), která ve své práci o úloze rodiny v péči o seniory píše, že rodina má v seniorském věku nezastupitelnou úlohu.

Při dotazu, zda pacienti navštěvují medicínální pedikúru, byla nejčastější odpověď, že nenavštěvují. Respondentka R5 si dělá pedikúru sama a u ostatních respondentů se o pedikúru starají rodinní příslušníci, ti však mají často obavy z toho, aby respondentům neublížili nebo aby nedošlo k vytvoření nového defektu. O důležitosti péče o nohy ve smyslu pravidelné pedikúry a správném zastřihávání nehtů píše ve svém článku, o syndromu diabetické nohy i Pecová (2014, s. 17, online). Na otázku, zda respondenti používají k péči o nohy nějaké přípravky, odpověděli všichni, že ano. Někteří respondenti dbají na doporučení z ambulance a používají předepsané krémy. Nejvíce používané jsou běžné krémy. Stejně výsledky zjistila ve svém výzkumu, který se zabýval péčí o nohy v prevenci syndromu diabetické nohy u seniorů i Jurajdová (2017, s. 75). Respondenti si kupují krémy, které jsou pro ně cenově dostupnější. Obdobně jako ve výsledcích, které prezentuje Korytenská (2013, s. 54), ve své bakalářské práci zabývající se výskytem komplikací u pacientů s diabetes mellitus, kde si nejvíce pacienti stěžují na cenu léčiv a pomůcek, které jsou pro léčbu nezbytné.

Při dotazování na převaz rány odpověděla většina respondentů (R1, R2, R3, R4, R6), že si ránu převazují podle doporučení z ambulance. Respondentka R5 si ránu převazuje podle vlastního uvážení, a to dvakrát denně. Na otázku, kde respondenti ránu převazují, zazněly různé odpovědi. Respondenti R2, R3 a R4 provádějí převaz nejčastěji v kuchyni nebo jídelně, respondenti R1, R5 a R6 převazují ránu v ložnici nebo obývacím pokoji. Místo pro převaz volí respondenti tak, aby měli dostatek místa pro péči o ránu.

Při zjišťování, zda respondenti používají při převazu jednorázové rukavice, reagovala polovina dotazovaných, že používá (R1, R2, R3) a polovina, že nepoužívá (R4, R5, R6). Bylo to pro mě zajímavé zjištění, protože mám osobní zkušenost z agentury domácí péče, že pokud si museli provést převaz sami, rukavice nepoužívali. Šípková (2010, online) ve svém článku zabývající-

cím se péčí o chronické rány, uvádí, že při péči o ránu je doporučeno používat při domácím ošetření jednorázové rukavice, protože se tak brání přenosu infekce.

Na otázku, jak pacienti sundávají z rány krytí, odpověděli respondenti, že ho buďto rozstříhnou nebo odlepí. Rány mají zafixované tak, aby jim krytí v průběhu dne nespadlo. Kubátová, Fridrichová a Nejedlá (2017, online) ve svém článku o léčbě nehojící se rány uvádí, že nezbytnou součástí péče o nehojící se ránu je hygiena. Zajímalo nás, zda naši respondenti si ránu koupou nebo sprchují. Nejčastější odpověď na tuto otázku byla, že sprchují. Pouze jeden respondent R3 si ránu ani nekoupe ani nesprchuje a naopak respondent R6 dělá obojí. Respondenti R2 a R4 při péči o ránu využívají přírodních přípravků a oplachují si ránu odvarem z bylin, ze slézu. Respondentka R5 využívá k oplachu rány desinfekčního roztoku Debricasan. Oplach rány je vhodný z důvodu odstranění sekretu, devitalizované tkáně, nečistot a povlaků z rány. Pomocí oplachových roztoků lze také odstranit krytí přilepené ke spodině rány (Hlinková, Nemcová a Miertová, 2015, s. 102).

Zjišťovali jsme také, jakou péči respondenti věnují okolí rány. Péče o okolí rány je podle Procházkové a Pokorné (2018, s. 204) významnou součástí léčebného procesu. Respondenti odpovídali, že většinou používají přípravky, které jsou jim doporučeny v ambulanci. Někteří využívají krémy určené přímo pro pacienty s diabetem (Alpresan), jiní používají běžné hydratační krémy. Manželka respondenta R4 navíc nejprve opatrně odstraní odumřelou kůži a až poté aplikuje do okolí rány doporučené přípravky. Respondentka R5 na otázku odpověděla, že ráda přípravky střídá. Většinou si do okolí aplikuje Ialugen, někdy používá i mast Belogent, v níž jsou obsaženy kortikoidy, ale jak sama řekla, ví, že ji nemůže aplikovat velmi často, jelikož je o účincích a rizicích přípravků obsahujících kortikoidy správně edukovaná sestrou z ambulance nehojících se ran. Zajímalo nás také, zda je pro seniory náročné přikládání krytí na ránu. Všichni dotazovaní respondenti odpověděli, že to není pro ně náročné. Náročné to pro ně není z toho důvodu, že pečují o svou ránu dlouho dobu, někteří i řadu let a mají zkušenosti s přikládáním krytí. V některých případech to pro ně není obtížné, protože jim převaz rány zajišťují rodinní příslušníci, ale ani pro ně to náročné není. Domníváme se, že opakovanými převazy respondenti a jejich rodinní příslušníci získají zručnost v přikládání krytí a obvazů. Současně je důležité, aby ošetřující personál poskytl dostatečné informace, jak se o ránu starat a jak převaz provádět. Při dotazování na edukaci, která je důležitá pro dodržování správných postupů aseptických převazů v domácím prostředí (Karhanová, 2016, s. 78) se všichni respondenti shodli, že mají dostatek informací od ošetřujícího personálu z ambulance nehojících se ran a postup ošetření rány znají.

Dále nás zajímalo, jak dlouho našim respondentům trvá provádění převazu. Polovina respondentů (R1, R2, R3) odpověděla, že jim stačí na samotný převaz pět až deset minut, polovina respondentů stráví u převazu víc než půl hodiny. Domníváme se, že čím jsou rány rozsáhlejší, prodlužuje se délka provádění převazu. Ale může tady sehrát roli i věk našich respondentů, jelikož s přibývajícím věkem dochází k úbytku rychlosti pohybů a také se zpomaluje psychomotorické tempo (Špatenková, Smékalová, 2015, 64 – 65).

Zabývali jsme se také tím, kdy v průběhu dne převazy respondenti provádí. Zjistili jsme, že většina respondentů (R1, R2, R5, R6) převazuje rány odpoledne nebo večer, pouze dva respondenti, R3 a R4, preferovali převaz spíše v ranních hodinách nebo v průběhu dopoledne.

V rozhovoru jsme se také zaměřovali na bolest. Respondenti odpověděli, že při samotném převazu nepocítuje bolest nikdo. Domníváme se, že jednak je to dáno tím, že naši respondenti trpí diabetickou polyneuropatií a jednak tady sehrává roli správně provedená technika převazu, o které jsou opakovaně edukováni sestrou z ambulance nehojících se ran. Bolest se u respondentů objevuje pouze v souvislosti s výskytem patologických stavů, např. při recidivující rané infekci, obdobně jak uvádí v publikaci o hojení ran Pokorná a Mrázová (2012, s. 42). Respondent R6 dodal, že často trpí tzv. fantomovými bolestmi, které jsou typické u osob, u kterých byla provedena amputace (Bednarčík, 2018, online). Tento respondent má vysokou amputaci pravé dolní končetiny.

Část rozhovoru se týkala dodržování odlehčování končetiny s ulcerací. To je pro léčbu diabetické ulcerace základní, ale v praxi často podceňovaná podmínka, jak ve svém článku o syndromu diabetické nohy píše Piřhová (2014, s. 17, online). Nejčastější způsob, jak respondenti končetinu s defektem odlehčují, je chůze o francouzských berlích. Respondenti R1 a R3 používají k odlehčení nohy individuálně vyrobené boty. Někteří respondenti (R2, R6) se snaží co nejméně postiženou nohu zatěžovat, a tak častěji sedí s nohou ve zvýšené poloze nebo si lehnou. Respondentka R5 k odlehčení části nohy s defektem používala tzv. polobotu, jejímž používáním se jí na noze vytvořil další defekt. Pět respondentů končetinu doma odlehčovalo, pouze jeden respondent nepokládá za důležité končetinu doma odlehčovat.

V rámci rozhovoru jsme se zajímali, jak bylo pro respondenty náročné pečovat o ránu dříve a jak je to pro ně náročné nyní. Všichni respondenti odpověděli, že dříve to pro ně bylo velmi náročné, ale za tu dlouhou dobu, co se léčí, si na to museli zvyknout. V této souvislosti respondenti uváděli i okolnosti vzniku rány a jakou roli to sehrálo v jejich osobním životě. Nejtěžší bylo vyrovnat se s celou touto situací po psychické stránce. Stehlíková (2017, s. 498, online) uvádí, že i v dnešní době plné pokroků nehojící se rána v řadě ohledů handicapuje, znamená

dyskomfort a často velmi těžce zvládnutelný problém. U respondentů, kteří mají amputované prsty, se často vyskytují obavy z toho, že přijdou o další prst nebo o celou končetinu. Respondent R6 uvedl, že nejtěžší to pro něj bylo tehdy, kdy u něho došlo k amputaci dolní končetiny.

V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, zda jsou u respondentů přítomny nějaké průvodní projevy rány, jako je sekrece, zápach, svědění, pálení nebo svírání v okolí rány. Respondenti odpověděli, že dříve byly tyto projevy výraznější, ale i nyní se objevuje zápach nejčastěji při převazu nebo pokud je tkáň nekrotická. U respondentky R5 se někdy vyskytuje hojnější sekrece.

Praktickým výstupem práce bylo vytvoření edukačního materiálu, ve kterém jsou stručně shrnuta doporučení, týkající se péče o ránu v domácím prostředí. Cílem bylo poskytnout pacientům více informací a podpořit je ve spolupráci v péči o nehojící se rány. Senioři zde naleznou správný postup při ošetřování rány v domácím prostředí. Edukační materiál není součástí příloh, ale je v práci volně vložen.

Důležité je při péči o ránu dodržovat aseptický postup. Před sundáváním krytí si nasadíme jednorázové rukavice. Krytí z rány odstraňujeme opatrně, pokud je přilepené, smočíme krytí vodou nebo oplachovým roztokem. Po sundání vyhazujeme do předem připraveného igelitového sáčku krytí i rukavice. Použijeme druhé rukavice a ránu opláchneme čistou vodou nebo připravíme koupel s doporučeným oplachovým roztokem nebo bylinou. Důležité je pečovat také o okolí rány, které je nutné pečlivě očistit od nečistot (zbytky mastí) a šetrně odstranit tvrdou a neživou kůži v okolí defektu. Poté na ránu přiložíme sterilní krytí napuštěné oplachovým roztokem (Prontosan, Microdacyn, Debriecasan, Octenisept) a necháme působit dle doporučené expoziční doby přípravku. Po odstranění je vhodné ránu i okolí osušit sterilními čtverci a jemně odstranit povlak z rány. Při péči o ránu postupujeme od okrajů do středu rány, aby nedošlo ke znečištění. Na vyčištěnou ránu přikládáme naordinované terapeutické krytí a do okolí rány aplikujeme doporučené přípravky. Nakonec ránu kryjeme sekundárním sterilním krytím, pokud rána prosakuje, přiložíme také savé krytí a zafixujeme obvazem nebo zalepíme. Důležité je také pravidelně docházet ke kontrolám do ambulance pro léčbu nehojících se ran.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou péče o ulcerace u syndromu diabetické nohy v ambulanci pro léčbu nehojících se ran u seniorů. Cílem předkládané bakalářské práce bylo specifikovat limity v péči o ránu v domácím prostředí z pohledu pacientů seniorského věku se syndromem diabetické nohy.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol, v první kapitole charakterizujeme onemocnění diabetes mellitus u seniorů a v dalších se věnujeme pozdní komplikaci diabetu, syndromu diabetické nohy a péči o rány u seniorů se syndromem diabetické nohy. Praktická část bakalářské práce představuje kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Součástí praktické části bylo i vytvoření edukačního materiálu, který obsahuje doporučení týkající se péče o ránu v domácím prostředí.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pomoc rodinných příslušníků při převazu je nezbytná, bez ní by péči o ránu nezvládli. Místo pro převaz rány volí v domácím prostředí každý respondent individuálně, podle svých možností. Někteří respondenti dbají na doporučení sestry z ambulance a používají předepsané krémy při péči o nohy, ale častěji senioři používají běžné krémy, které jsou pro ně cenově dostupnější. Doba, kterou jednotliví respondenti průměrně stráví péčí o ránu a převazem je od deseti minut do půl hodiny. Záleží na respondentech, jakou péči jsou ochotni ráně věnovat. Významnou roli zde může sehrát rozsah rány i věk respondentů, jelikož s přibývajícím věkem dochází ke zhoršení kognitivních funkcí. Bolest se u dotazovaných z důvodu diabetické polyneuropatie a správné technice postupu převazu neobjevuje. Pro správnou léčbu diabetické ulcerace je důležité odlehčování postižené končetiny, což podle výsledků výzkumu, dodržují všichni respondenti, i když je to v mnoha směrech limituje.

Z výsledků výzkumu je zřetelné, že i v dnešní době plné pokroku, nehojící se rána v řadě ohledů jedince handicapuje, znamená dyskomfort a často pro něho velmi těžce zvládnutelný problém. Respondenti se shodli na tom, že nejtěžší pro ně bylo vyrovnat se s celou touto situací po psychické stránce.

To, jakým způsobem se respondenti o ránu starají, je výsledek kvalitní edukace, kterou poskytuje jak sestra, tak lékař na ambulanci nehojících se ran. Je potřebné edukovat, jak seniory, tak i rodinné příslušníky, kteří se o ránu starají nebo pacientům s péčí o ránu pomáhají. Pravidelná péče o rány je součástí komplexní péče o pacienty se syndromem diabetické nohy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BRINKER, Joni, Bridget MCCRATE PROTUS a Jason M. KIMBREL, 2018. *Wound Care at End of Life: A guide for Hospice Professionals*. Montgomery: Optum Hospice Pharmacy Services. ISBN 978-0-9889558-6-8.

FEJFAROVÁ, Vladimíra a Alexandra JIRKOVSKÁ, 2015. *Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-436-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 987-80-87109-19-9.

HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HLINKOVÁ, Edita a kol., 2015. *Nehojace sa rany*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-433-9.

HLINKOVÁ, Edita a kol., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol., 2006. *Syndrom diabetické nohy: komplexní týmová péče*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 80-734-5095-X.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a Robert BÉM a kol., 2011. *Praktická podiatrie: Základy péče o pacienty se syndromem diabetické nohy*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-245-2.

KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

KRAHULEC, Boris, Ľudovít GAŠPAR, Viera ŠTVRTINOVÁ a kol., 2013. *Manažment pacienta so syndrómom diabetickej nohy*. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-224-1293-3.

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5367-6.

LEVY, David, 2018. *Practical Diabetes Care*. London: WILEY Blackwell. ISBN 978-1-119-05224-1.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a kol., 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a kol., 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů*. Praha: Maldá fronta. ISBN 978-80-204-3394-7.

PELIKÁNOVÁ, Terezie, Vladimír BARTOŠ a kol., 2018. *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-559-0.

PIAGGESI, Alberto a Jan APELQVIST, 2018. The Diabetic Foot Syndrome. Basel: Karger. ISBN 978-3-318-06144-4.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2015. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

RYBKA, Jaroslav, 2007. Diabetes mellitus- komplikace a přidružená onemocnění: Diagnostické a léčebné postupy. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1671-8.

STRYJA, Jan, 2015. Débridement a jeho úloha v managementu rány: Jak vyčistit ránu rychle a efektivně. Brno: Geum. ISBN 978-80-87969-13-7.

STRYJA, Jan, 2016. Repetitorium hojení ran 2. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.

VÉVODOVÁ, Šárka, Kateřina IVANOVÁ a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.

VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-788-1.

Elektronické články:

FEJFAROVÁ, Vladimíra, Alexandra JIRKOVSKÁ a Robert BÉM, 2014. Lokální terapie v léčbě syndromu diabetické nohy. *Remedia* [online]. 2014(6), 468 - 473 [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/6-2014/Lokalni-terapie-v-lecbe-syndromu-diabeticke-nohy/e-1AD-1MK-1MZ.magarticle.aspx>

FRIEDECKÝ, Bedřich a kol., *Diabetes mellitus - laboratorní diagnostika a sledování stavu pacientů* [online]. 2015, 1 - 20 [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: http://www.cskb.cz/res/file/doporuceni/DM/DM_dop_201601.pdf

HÁJEK, Michal a Miroslav KOLIBA, 2011. Hyperbarická oxygenoterapie v léčbě syndromu diabetické nohy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011(6), 250 - 254 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/06/06.pdf>

KAREN, Igor, Štěpán SVAČINA a Jan ŠKRHA, 2013. *Diabetes mellitus: doporučený postup péče o pacienty s diabetes mellitus : [novelizace 2013]*[online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2019-05-12]. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-61-9.

KUBÁTOVÁ, L., L. FRIDRICHOVÁ a M. NEJEDLÁ, 2017. Co vše musíme vědět při léčbě nehojící se rány. *Florence* [online]. Praha, (5), 8 - 10 [cit. 2019-04-15]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/5/co-vse-musime-vedet-pri-lecbe-nehojici-se-rany/>

PECOVÁ, Jana, 2014. Péče o pacienty se syndromem diabetické nohy v podiatrické ambulanci. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2014(1), 15 - 19 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2014/01/04.pdf>

PIŤHOVÁ, Pavlína, 2006. Akutní komplikace diabetes mellitus. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2006(13), 523 - 525 [cit. 2019-04-08]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2006/12/02.pdf>

PIŤHOVÁ, Pavlína, 2017. Syndrom diabetické nohy. *Solen* [online]. 2017(2), 71 - 76 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/05.pdf>

POSPÍŠILOVÁ, Alena, 2010. Přístupy k léčbě chronických ran. *Medicína pro praxi* [online]. 2010(7(Suppl. A)), 12 - 24 [cit. 2019-04-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/03.pdf>

PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ, 2017. Péče o okolí rány. *Dermatologie pro praxi* [online]. (4), 49 - 52 [cit. 2019-05-12]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2017/04/09.pdf>

STEHLÍKOVÁ, Kateřina, 2017. Moderní přístupy v hojení chronických ran. *Remedia* [online]. 27(5), 498 - 501 [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/9306.magarticleprintversion.ashx>

SUCHÝ, David a Milan HROMÁDKA, 2011. Příspěvek k problematice geriatrické farmakoterapie. *Praktické lékárenství* [online]. 7(3), 111 - 114 [cit. 2019-05-12]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/03/05.pdf>

SVACHINA, Štěpán a kol., 2013. Doporučené postupy v léčbě starších pacientů s diabetes mellitus v ČR. *Diabetologie* [online]. 16(2), s. 1-8 [cit. 2019-01-03]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_lecba_starsi_DM.pdf

ŠÍPKOVÁ, Vladimíra, 2010. *Chronické rány a domácí ošetření* [online]. [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/chronicke-rany-a-domaci-osetreni-455251>

ŠKRHA, Jan, 2016. Novinky v léčbě diabetes mellitus 2. typu perorálními antidiabetiky. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2016(4), 168 - 170 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/03.pdf>

ŠKRHA, Jan, Terezie PELIKÁNOVÁ a Milan KVAPIL, 2017. *Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu* [online]. Česká diabetologická společnost ČLS JEP, 1 - 18 [cit. 2019-01-03]. DOI: J. Škrha, T. Pelikánová, M. Kvapil. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_lecba_dm_typ_II.pdf

WOSKOVÁ, Veronika a Alexandra JIRKOVSKÁ, 2010. Hlavní zásady léčby syndromu diabetické nohy. *Solen* [online]. s. 43 - 55 [cit. 2019-01-02]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/06.pdf>

Internetové zdroje:

BEDNARČÍK, Peter, 2018. Fantomové bolesti. In: *Biomag Medical s.r.o.* [online]. Česká republika [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <https://www.biomag.cz/fantomove-bolesti/>

Kdo vlastně o člověka s nehojící se ránou pečuje?, *Poradna hojení ran* [online]. [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: <http://www.poradna-hojeni-ran.cz/Clanky/Details/19>

Seznam podiatrických ambulancí a kontakty, 2019. *ČLS JEP z.s.* [online]. [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/seznam-podiatrickych-ambulanci>

ÚZIS ČR, 2017. In: *Péče o nemocné s cukrovkou* [online]. 1 - 40 [cit. 2019-05-12]. ISSN 1210-8626. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pece-nemocne-cukrovkou>

In: *Výroky slavných* [online]. [cit. 2019-05-16]. Dostupné z: <http://www.vyroky-slavných.cz/rika-se-cas-zahoji-vsechny-rany-nesouhlasim-rany/>

Akademické práce:

JURAJDOVÁ, Milena, 2017. *Péče o nohy v prevenci syndromu diabetické nohy*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

KARHANOVÁ, Lucie, 2016. *Syndrom diabetické nohy*. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni.

KORYTENSKÁ, Kristýna, 2013. *Výskyt komplikací u pacientů s diabetes mellitus*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

MAŠKOVÁ, Marcela, 2010. *Úloha rodiny v péči o seniory*. Brno. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

°C	Celsiův stupeň
event.	eventuálně
resp.	respektive
popř.	popřípadě
apod.	a podobně
ABI	Ankle/brachial index
BMI	Body Mass Index
DM1T	Diabetes mellitus 1. typu
DM2T	Diabetes mellitus 2. typu
HbA _{1c}	Glykovaný hemoglobin
HBO	Hyperbarická oxygenoterapie
IU	International Unit
LADA	Latent Autoimmune Diabetes of Adults
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	Milimol na litr
MODY	Maturity – Onset Diabetes of Young
např.	například
NPWT	Negative Pressure Wound Therapy
oGTT	Orální glukózový toleranční test
PTA	Perkutánní transluminální angioplastika
SDN	Syndrom diabetické nohy
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma č. 1 Rodinné zázemí respondentů	36
Schéma č. 2 Dopomoc při převazu.....	37
Schéma č. 3 Medicinální pedikúra	38
Schéma č. 4 Používání přípravků k péči o nohy	39
Schéma č. 5 Finanční náročnost.....	40
Schéma č. 6 Frekvence převazů	41
Schéma č. 7 Místo, kde je rána převazována	42
Schéma č. 8 Jednorázové rukavice.....	43
Schéma č. 10 Omytí rány	45
Schéma č. 11 Oplach rány desinfekčními roztoky	46
Schéma č. 12 Péče o okolí rány.....	48
Schéma č. 14 Situování převazu do denního režimu	52
Schéma č. 16 Přítomnost bolesti nezávisle na převazu.....	54
Schéma č. 17: Odlehčování končetiny	56
Schéma č. 18 Odlehčování končetiny v domácím prostředí	57
Schéma č. 20 Průvodní projevy rány	60
Schéma č. 21 Edukace v ambulanci	61

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů	33
Tabulka č. 2 Rodinné zázemí respondentů.....	36
Tabulka č. 3 Dopomoc při převazu	37
Tabulka č. 4 Medicinální pedikúra.....	38
Tabulka č. 5 Používání přípravků k péči o nohy.....	39
Tabulka č. 6 Finanční náročnost prostředků k péči o kůži.....	40
Tabulka č. 7 Frekvence převazů.....	41
Tabulka č. 8 Místo, kde je rána převazována	42
Tabulka č. 9 Používání jednorázových rukavic	43
Tabulka č. 10 Odstraňování krytí.....	44
Tabulka č. 11 Omytí rány.....	45
Tabulka č. 12 Oplach rány desinfekčními roztoky	46
Tabulka č. 13 Péče o okolí rány	48
Tabulka č. 14 Přiložení krytí na ránu	50
Tabulka č. 15 Délka převazu.....	51
Tabulka č. 16 Situování převazu do denního režimu	52
Tabulka č. 17 Přítomnost bolesti při převazu.....	53
Tabulka č. 18 Přítomnost bolesti nezávisle na převazu	54
Tabulka č. 19 Odlehčování končetiny, způsob odlehčování	55
Tabulka č. 20 Dodržování odlehčení končetiny v domácím prostředí.....	57
Tabulka č. 21 Porovnání náročnosti převazu	58
Tabulka č. 22 Průvodní projevy rány	60
Tabulka č. 23 Edukace v ambulanci.....	61
Tabulka č. 24 Dostatek informací, potřeba dovysvětlení.....	63

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA P I** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R1 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P II** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R2 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P III** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R3 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P IV** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R4 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P V** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R5 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P VI** FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R6 (zdroj fotografií: autorka, 2018)
- PŘÍLOHA P VII** INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ TERAPEUTICKÁ ORTÉZA PACIENTA S CHARCOTOVOU OSTEOARTROPATÍÍ (zdroj fotografií: autorka, 2019)
- PŘÍLOHA P VIII** ROZHOVOR
- PŘÍLOHA P IX** ROZHOVOR S RESPONDENTEM R5

PŘÍLOHA P I: FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R1



PŘÍLOHA P II: FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R2





PŘÍLOHA P III: FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R3





PŘÍLOHA P IV: FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R4





PŘÍLOHA P V: FOTODOKUMENTACE RÁNY U RESPONDENTA R5



PŘÍLOHA P VI: ULCERACE NA NOZE U RESPONDENTA R6



**PŘÍLOHA P VII: INDIVIDUÁLNĚ ZHOTOVENÁ TERAPEUTICKÁ
ORTÉZA PACIENTA S CHARCOTOVOU OSTEOARTROPATÍÍ**



PŘÍLOHA P VIII: OTÁZKY K ROZHOVORŮM



Název bakalářské práce: Péče o seniory se syndromem diabetické nohy v ambulanci nehojících se ran

Zpracovala obor: Michaela Bařinová

Vedoucí práce: Mgr. Silvie Treterová

OTÁZKY K ROZHOVORŮM

OKRUH č. 1: Rodinné zázemí (ve vztahu k ošetření rány)

1. Jaké je Vaše rodinné zázemí – bydlíte sám nebo s rodinou?
2. Dopomáhá Vám někdo při převazu a s čím konkrétně?

OKRUH č. 2: Péče o nohy

3. Navštěvujete medicínální pedikúru?
4. Používáte nějaké přípravky k péči o nohy?
5. Je pro Vás nakupování pečujících přípravků finančně náročné?

OKRUH č. 3: Péče o ránu

6. Jak často ránu převazujete?
7. Kde ránu převazujete?
8. Používáte při převazu jednorázové rukavice?
9. Jakým způsobem odstraňujete krytí z rány?
10. Koupete nebo sprchujete ránu vodou při převazu?
11. Oplachujete ránu desinfekčními roztoky nebo přikládáte na ránu obložky, popř. na jak dlouho?
12. Jak pečujete o okolí rány?
13. Jak přikládáte krytí na ránu, je to pro Vás náročné?
14. Jak dlouho Vám převaz časově trvá?
15. Kdy v průběhu dne ránu převazujete?

OKRUH č. 4: Bolest

- 16. Pociťujete bolest při převazu?
- 17. Pociťujete bolest v průběhu dne nezávisle na převazu?

OKRUH č. 5: Odlehčování končetiny

- 18. Odlehčujete končetinu? (ANO/NE) Jakým způsobem?
- 19. Dodržíte odlehčování končetiny v domácím prostředí?

OKRUH č. 6: Porovnání náročnosti převazu

- 20. Kdybyste měl porovnat, jak pro Vás bylo náročné pečovat o ránu na začátku (v minulosti) a jak je to pro Vás náročné teď (v současnosti)?

OKRUH č. 7: Průvodní projevy rány

- 21. Jsou u Vás přítomny nějaké průvodní projevy rány, jako je sekrece, zápach, svědění, pálení nebo svírání v okolí rány?

OKRUH č. 8: Edukace v ambulanci

- 22. Jak vnímáte edukaci v ambulanci, znáte postup ošetření rány?
- 23. Máte dostatek informací? Potřebujete něco dovysvětlit?

PŘÍLOHA P IX: ROZHOVOR S RESPONDENTKOU R5

1. **Jaké je Vaše rodinné zázemí – bydlíte sám nebo s rodinou?**
„Bydlím s manželem a synem a jeho přítelkyní.“
2. **Dopomáhá Vám někdo při převazu a s čím konkrétně?**
„Ne.“
3. **Navštěvujete medicínální pedikúru?**
„Ne, dělám si všechno sama.“
4. **Používáte nějaké přípravky k péči o nohy?**
„Co mám říct, já myslím, že ani ne, jako nějak stabilně. Jo jako klasického – Niveu používám, jako pleťové mléko, ne krém, ale pleťové mléko.“
5. **Je pro Vás nakupování pečujících přípravků finančně náročné?**
„No tak není to, že by člověk nevydával finance, ale určitě je to takové únosné.“
6. **Jak často ránu převazujete?**
„Ráno a většinou večer, dvakrát za den.“
7. **Kde ránu převazujete?**
„V ložnici většinou.“
8. **Používáte při převazu jednorázové rukavice?**
„Používám.“
9. **Jakým způsobem odstraňujete krytí z rány?**
„Já to normálně sundám, mě to jde, protože já moc nelepím. Takže jak je to obvázané, tak mi to, jako když za to chytnu, vím kde, tak to normálně sundám, svleču, tak bych řekla.“
10. **Koupete nebo sprchujete ránu vodou při převazu?**
„Sprchuju.“
11. **Oplachujete ránu desinfekčními roztoky nebo přikládáte na ránu obložky, popř. na jak dlouho?**
„Já používám Debriecasan převážně. Spíš to jako nastříkám, v tom spreji, a nechám to chvíli, jak když tak na podložce, a potom už si dám to co dávám. Většinou dávám Betadinu, ke které se vracím pořád.“
12. **Jak pečujete o okolí rány?**
„Okolí té rány tam různě. Mám to jako, měním ty krémy, které mám jako by doporučené. Teďka ten Belogent třeba, říkám to doufám dobře, Ialugen dávám a myslím, že tyto dva jako. Ten Belogent míň, protože je kotikoidní, ten dávám míň často, to tak třeba třikrát do roka řeknu ten týden.“
13. **Jak přikládáte krytí na ránu, je to pro Vás náročné?**
„Ne, už za ty roky. Už to dělám 10 let, takže ani ne.“

14. Jak dlouho Vám převaz časově trvá?

„No aj s půl hodiny se vším všudy.“

15. Kdy v průběhu dne ránu převazujete?

„Ráno, když vstanu, posnídám, většinou po té snídani a potom podle toho, jak to vypadá, ale většinou večer.“

16. Pociťujete bolest při převazu?

„Ne to nebolí, už jenom z toho důvodu, že já mám tu neuropatii nejvyššího stupně, takže ten cit tam není.“

17. Pociťujete bolest v průběhu dne nezávisle na převazu?

„To spíš když je v tom ten zánět, že se stane že, tak je to takové, že nepříjemné je to no.“

18. Odlehčujete končetinu? Jakým způsobem?

„No nosím i tu polobotu, ale od loňska ju moc nenosím, protože zase jak je ta polobota udělaná, že má ten přehyb nahoře na noze, tak jsem tam měla vlastně taky ložisko shora a prostě dělá mi to pořád problém. I když operativě se to všechno vyčistilo, tak stejně, když dyl na to tlační, na to místo právě ten překlad, tak se tvoří nový defekt asi. Jako když bych řekla, že bych byla nucena jít dál, tak jdu s hůlkou francouzskou, jednou většinou.“

19. Dodržujete odlehčování končetiny v domácím prostředí?

„V domácím prostředí já se snažím až moc na to nechodit, a nebo ještě spíš bych řekla, že to chodit ani tolik nevádí, jak stát na tom, takže stabilně nestát na tom, třeba já nevím u linky někde něco špihlat.“

20. Kdybyste měl porovnat, jak pro Vás bylo náročné pečovat o ránu na začátku (v minulosti) a jak je to pro Vás náročné teď (v současnosti)?

„Nejtěžší bylo to, že se to opakuje, a že jsem začala tím, že se musel odstranit palec, a pak byl další prst a další prst, tři prsty postupně, takže vždycky ten stav jak to dopadne je nejhorší psychicky. Jestli ještě ta noha zůstává nebo jestli se to bude rezat výš, tak asi to bych řekla, že je nejhorší. No a samozřejmě když se ten defekt nehojí, anebo najednou je ten zánět, že člověk ani neví pomalu z čeho, tak to jako, je to psychicky to bych řekla náročné.“

21. Jsou u Vás přítomny nějaké průvodní projevy rány, jako je sekrece, zápach, svědění, pálení nebo svírání v okolí rány?

„Ten zápach se objevuje, když třeba to začne být jako by já nevím, jestli říkáte nekrotické, ale prostě když fakt je to, už se tam něco děje víc a jinak to vlastně, když je to čisté, jako třeba to mám v podstatě teďka, tak to tam není takový problém toho zápachu. No a někdy bývá větší ten, ta sekrece, někdy to bývá větší.“

22. Jak vnímáte edukaci v ambulanci, znáte postup ošetření rány?

„Ta ambulance tady je k nezaplacení, myslím si, že máme velké štěstí my pacienti, že se máme kde obrátit a já nemůžu si stěžovat ani v nejmenším. Vždycky mě dobře poradili, vždycky pro mne udělali, co mohli a chodím tady fakt vlastně přes 10 let. Myslím, že to můžu říct zodpovědně.“ „Ano vím.“

23. Máte dostatek informací? Potřebujete něco dovysvětlit?

„Já ani nevím. Já si myslím, že prostě pro ty moje problémy je všechno taky v kontextu s tou cukrovkou jo, a v podstatě mám tu dnu a mám zešrubovanou tu druhou nohu na třikrát a v podstatě mi to nechtěl nikdo vyndat, že jestli se to bude hojit. Takže mám takové problémy, třeba ty kotníky, že mi natékají, jo, a tak. A to asi už prostě, tady chodím s touto nohou. Já myslí jako že tady dostávám ty informace, co nejvíc jde.“

Děkuju Vám.

Není zač.