



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ošetrovatelská péče o operační rány na
chirurgickém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Miroslava Ochmanová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče o operační rány na chirurgickém oddělení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3.5.2021

Miroslava Ochmanová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se účastnily výzkumného šetření, za jejich čas, ochotu, trpělivost a cenné odpovědi. Dále bych chtěla rovněž poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D., za vedení práce a pomoc při jejím zpracování.

Ošetrovatelská péče o operační rány na chirurgickém oddělení

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá péčí o operační rány na chirurgickém oddělení. Cílem této bakalářské práce je zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče. Zjistit, jaké pomůcky mají k dispozici sestry na jednotlivých odděleních chirurgie a následně všechny parametry mezi sebou porovnat. Z cílů byly vytvořeny následující výzkumné otázky: Jakým způsobem sestry ošetřují operační ránu na standardním chirurgickém oddělení? Jaké pomůcky k ošetřování ran mají sestry k dispozici na standardním chirurgickém oddělení? Jaké jsou rozdíly v péči o operační ránu na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče? Jaké jsou rozdíly v pomůckách k ošetřování ran na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče?

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní metodu. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru v celkovém počtu 14 oslovených sester z nichž 7 pracuje na standardním chirurgickém oddělení a zbylých 7 sester na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Z rozhovorů vyplývá, že ošetrovatelská péče o operační rány na obou odděleních probíhá převážně podle doporučených postupů. Největší rozdíl v péči o operační rány je v péči o jizvu. Rozdíl vyplývá z charakteristik oddělení. Na jednotce intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti po velkých operacích, kteří jsou následně ještě přeloženi na standardní chirurgickou jednotku a odtud jsou následně propuštěni do domácí péče. V pomůckách, které sestry využívají k péči o operační rány na jednotlivých odděleních, nebyly zjištěny žádné rozdíly.

Výsledky šetření mohou pomoci studentům při přípravě na budoucí povolání, a také ke zlepšení informovanosti sester v péči o operační rány pracujících na chirurgických odděleních.

Klíčová slova

Chirurgie; ošetrovatelská péče; operační rána; pomůcky; jizva

Nursing care of surgical wounds on a surgical department

Abstract

The thesis deals with the care of surgical wounds in a surgical department. The aim of this thesis is to map a nursing care of surgical wounds in a standard surgical department and in an intensive care unit. Also it tries to answer what aids nurses have at their disposal in the individual surgical departments and then to compare all the parameters with each other. The following research questions were created from the aims: How do nurses treat a surgical wound in a standard surgical department? What kind of aids for nursing wounds do they have available in a standard surgical department? What are the differences in a care of surgical wound in a standard surgical ward and in an intensive care unit? What are the differences in aids for nursing wounds in a standard surgical ward and in an intensive care unit?

We chose a qualitative method for the research survey. The data collection was carried out in the form of a semi-structured interview in a total of 14 addressed nurses. Seven of them work in a standard surgical department and the remaining seven nurses work in a surgical intensive care unit.

From the interviews we can conclude that the process of nursing care of surgical wounds in both wards are mostly performed according to the recommended practice. The biggest difference in the care of the surgical wounds is in the care of the scar. The difference comes from different parameters of each wards. In the intensive care unit patients are hospitalized after major operations and they are then transferred to a standard surgical unit and after all this they are released to a home care. There were not found any differences in the aids which they are using for care of surgical wounds in each wards.

The results of the survey can help students in preparing for future careers and to improve the awareness of nurses in the care of surgical wounds working in surgical departments.

Key words

Surgery; nursing care; surgical wound; aids; scar

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Charakteristika chirurgického oddělení	9
1.1.1 Ambulantní část	9
1.1.2 Standardní ošetrovatelská jednotka	10
1.1.3 Jednotka intenzivní péče	11
1.2 Charakteristika ran	12
1.2.1 Dělení ran.....	12
1.2.2 Hojení ran	13
1.2.3 Faktory ovlivňující hojení ran.....	14
1.2.4 Hodnocení a klasifikace ran.....	15
1.2.5 Komplikace ran.....	16
1.3 Převaz rány	17
1.3.1 Převazový vozík.....	18
1.3.2 Pomůcky k převazu rány.....	19
1.3.3 Moderní techniky a postupy	22
1.3.4 Primární krytí	25
1.3.5 Péče o jizvu	26
1.4 Bariérová ošetrovatelská péče.....	27
1.5 Kompetence všeobecné sestry v péči o ránu.....	29
2 Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použitá metodika.....	31

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4	Výsledky.....	33
4.1	Struktura výzkumného souboru	33
4.2	Kategorizace získaných dat.....	34
5	Diskuze	45
6	Závěr.....	54
7	Použitá literatura.....	55
8	Seznam příloh a obrázků	60
9	Seznam zkratk.....	65

Úvod

Chirurgie patří k nejstarším odvětvím lékařství. V dnešní době je chirurgie natolik rozšířená, že ji lze nalézt v každém zdravotnickém zařízení. Na chirurgickém oddělení jsou hospitalizováni zejména pacienti vyžadující operační léčbu. U těchto pacientů se v pooperačním období provádí péče o operační ránu, která je důležitou součástí rekonvalescence.

O tom, jakým způsobem se bude hojit rána rozhoduje celá řada faktorů. Jedním z faktorů může být zvolený postup a proces péče o operační ránu. Cílem péče o operační ránu je eliminovat komplikace, které by mohly bránit včasnému zhojení a mohly by mít za následek přechod do chronické rány. Sestry na chirurgickém oddělení se každý den zabývají převazy ran a asistencí lékaři u převazu operační rány. V průběhu let se do ošetřování ran dostávají nové a nové materiály ke krytí ran, jež zlepšují průběh hojení rány. Součástí převazu je dodržování bariérové ošetřovatelské péče. Při neodborně provedeném převazu může dojít k negativnímu ovlivnění hojení operační rány. Nesmíme ani opomenout následnou péči o jizvu po vyndání stehů z rány a důslednou edukaci pacienta při propuštění.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat ošetřovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče. Zjistit, jaké pomůcky mají k dispozici sestry na jednotlivých odděleních chirurgie a následně všechny parametry mezi sebou porovnat.

1 Současný stav problematiky

1.1 Charakteristika chirurgického oddělení

Chirurgie je základní lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou onemocnění a poranění (Burda, 2016). Chirurgie patří k nejstaršímu odvětví lékařství a její název vychází z řeckého slova cheirurgia, které znamená práci rukou (Janíková, Zeleníková, 2013). Chirurg při léčbě do těla zasahuje rukou, nejčastěji nástroji a přístroji. V současné době lze provádět i robotické operace na dálku. (Burda, 2016). Hlavní roli hraje týmová spolupráce, jež se opírá o výsledky jiných lékařských oborů (Slezáková et al., 2012). Chirurgické obory se dělí na všeobecné a specializované. Mezi všeobecné můžeme zařadit hrudní a břišní chirurgii. Ke specializovaným oborům patří např. neurochirurgie, kardiochirurgie, plastická chirurgie, urologie, traumatologie apod. (Burda, 2016). Chirurgické ošetrovatelství je aplikovaný ošetrovatelský obor, který vychází z ošetrovatelství a chirurgie. Chirurgické ošetrovatelství má specifické postavení vyplývající ze zásahu do integrity pacienta při chirurgických zákrocích a operacích (Janíková, Zeleníková, 2013).

Chirurgické oddělení se dělí na ambulantní část, lůžkovou část a operační úsek. Lůžkovou část chirurgického oddělení můžeme rozdělit na standardní lůžkovou jednotku, pooperační pokoj, jednotku intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Lůžková část se dále dělí na septickou a aseptickou (Burda, 2016).

1.1.1 Ambulantní část

Ambulance poskytuje základní chirurgické ošetření, diagnostiku akutních eventuálně chronických onemocnění. Důležitý je přístup pro vozy ZZS a bezbariérový přístup pro handicapované a zraněné pacienty. Součástí ambulantní části je recepce, urgentní příjem, odborné ambulance, sádrovna, úrazový sálek, RTG pracoviště, čekárny pro pacienty. Na recepci dochází k registraci všech pacientů, u kterých bude provedené ošetření nebo vyšetření. Evidují se zde i pacienti určení k hospitalizaci. (Slezáková et al., 2012). Na urgentním příjmu neboli emergency probíhá neodkladná nemocniční péče pro pacienty, u kterých došlo k náhlé změně zdravotního stavu. Představuje plynulý řetězec komplexní zdravotní péče o pacienta (Remeš et al., 2013). Po diagnostice a stabilizování zdravotního

stavu pacienta je předán do odpovídající péče, což může být na anesteziologicko-resuscitační jednotku, jednotku intenzivní péče, standardní ošetrovací jednotku nebo do ambulantní péče (Šeblová et al., 2018). V chirurgických ambulancích probíhají převazy ran, ošetření drobných úrazů, kontroly pacientů a vyšetření pacientů před hospitalizací na lůžkovém oddělení (Slezáková et al., 2012). Z vyšetřovacích metod se provádí anamnéza, fyzikální vyšetření, měření FF, laboratorní vyšetřovací metody, jako je odebírání krve, moči, stolice a jiných biologických materiálů. Součástí jsou i zobrazovací vyšetřovací metody. Patří sem RTG, USG, MNR a endoskopické metody (Burda, 2016). Jiné odborné chirurgické ambulance slouží pro pacienti se specifickým onemocněním např. ambulance pro onemocnění prsu, cévní chirurgie, proktologie, stomaporadna apod. Sádrovna je prostor, kde se zhotovují a přikládají sádrové obvazy pacientům po úraze. Sundání sádrového obvazu se taktéž provádí na sádrovně (Burda, 2016). Na úrazovém sálku se provádějí drobné chirurgické výkony, ošetření malých poranění a poskytuje se zde odborná lékařská první pomoc. Chirurgická péče se neobejde bez rentgenové diagnostiky, a proto je chirurgické ambulanci dostupné RTG pracoviště. Prvním prostorem, který navštíví pacient je čekárna. Čekárna by měla být prostorná, pohodlná, mít bezbariérový přístup i sociální zařízení, pro pacienty by měly být k dispozici časopisy a různé brožurky (Slezáková et al., 2012).

1.1.2 Standardní ošetrovatelská jednotka

Standardní ošetrovací jednotky pojmu převažnou část hospitalizovaných pacientů. Odehrává se zde vyšetřovací, léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče o každého pacienta, který není přímo ohrožen na životě (Kelnarová et al., 2015). Bývají různými způsoby rozděleny, nejčastěji podle pohlaví: pro muže a pro ženy. Dále jsou ošetrovací jednotky ještě rozděleny podle poskytované péče: septické lůžkové oddělení a aseptické lůžkové oddělení. Na septickém lůžkovém oddělení jsou hospitalizováni pacienti nejen s hnisavým onemocněním, ale také se stomií a amputací. Na aseptickém lůžkovém oddělení je poskytována péče pacientům s konzervativním a chirurgickým způsobem léčby, kdy jejich onemocnění není hnisavé, např. po operaci žlučníku, štítné žlázy, prsu aj. (Slezáková et al., 2019).

Součástí standardní ošetrovací jednotky jsou pokoje pacientů, vyšetřovna, pracovní sester, jídelna, koupelna, čistící místnost a sklad. Pokoj pro pacienty má být prostorný,

dobře větratelný a vkusný. Ideální počet lůžek na pokoji pro pacienty i ošetřující personál jsou 3 lůžka. Na pokoji se nachází lůžka, ke každému lůžku patří noční stolek, jídelní stůl se židlemi, věšák, skříň, umyvadlo a vlastní sociální zařízení – WC, sprchový kout, umyvadlo. Veškerý nábytek nacházející se na pokoji má omyvatelný povrch z důvodu povrchové dezinfekce (Kelnarová et al., 2015).

1.1.3 Jednotka intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je určena pro pacienty, jejichž životy jsou v bezprostředním ohrožení života. U pacienta je postižen životně důležitý orgán (orgány), jako je srdce, játra, plíce, ledviny nebo nervový systém. Intenzivní péče stabilizuje funkci životně důležitého orgánu (orgánů) pacienta předtím, než je přeložen na standardní ošetrovatelskou jednotku (ESICM, 2017). Efektivně fungující JIP musí být pro přiměřené množství přiměřeně těžce nemocných pacientů. Provoz musí být zajištěn 24 hodin denně plně kvalifikovaným lékařským a nelékařským zdravotnickým personálem (Bartůnek et al., 2016).

Rozsah poskytované intenzivní péče lze rozdělit do tří stupňů. Do třetího stupně patří pacienti se selháním dvou a více životně důležitých orgánů, kteří jsou závislí na farmakologické a přístrojové podpoře (Kapounová, 2020). Pacienti se třetím stupněm intenzivní péče jsou většinou hospitalizováni na JIP ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích (Zadák et al., 2017). Pacientovi je poskytována komplexní intenzivní péče včetně specializovaných diagnostických, monitorovacích a léčebných postupů (Ševčík et al., 2014). Druhý stupeň představují pacienti vyžadující nepřetržité monitorování, farmakologickou a přístrojovou podporu pro selhání jednoho životně důležitého orgánu (Kapounová, 2020). Ten to stupeň intenzivní péče se poskytuje ve všech regionálních všeobecných nemocnicích. Má přístup k širšímu rozsahu vyšetření statim (naléhavě). Možnost použití zobrazovacích metod po celých 24 hodin (Zadák et al., 2017). Pacientovi není poskytována komplexní intenzivní péče a plné spektrum monitorování (Ševčík et al., 2014). První stupeň vyžadují pacienti se známky orgánové dysfunkce. Vyžadují nepřetržitou monitoraci, menší farmakologickou a přístrojovou podporu (Kapounová, 2020). Poskytuje se v každé malé nemocnici (Ševčík et al., 2014). Zajišťuje zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a krátkodobou umělou plicní ventilaci (do

24 hodin) (Zadák et al., 2017). Některé tyto jednotky jsou označovány, jako jednotky intermediální péče (Ševčík et al., 2014).

Pracoviště intenzivní péče jsou od ostatních částí zdravotnického zařízení odděleny filtrem. Filtr je tvořen ze šatny personálu, prostoru pro hygienu personálu a příjmovou místností. JIP jsou členěny na tzv. čistý a špinavý provoz. V čistém provozu jsou naskladněny sterilní pomůcky, přípravky a materiál, jež slouží při péči o pacienta. V nečistém provozu se manipuluje s kontaminovaným prádlem, pomůckami a nástroji. Pracoviště JIP se skládá ze stanoviště pro sestry a prostoru pro pacienty. Prostory pro pacienty mohou být řešeny několika způsoby. Pokud jsou všechna lůžka pro pacienty v jedné místnosti, a jsou oddělena závěsy, nazýváme tento systém otevřeným. Nevýhodou tohoto systému je velké riziko přenosu infekce mezi pacienty. Opakem je uzavřený systém skládající se z boxů. V jednom boxu je umístěn jeden pacient. Kombinací těchto systémů je poloboxový systém. V jednom boxu jsou umístěni dva až tři pacienti (Bartůněk et al., 2016). Mezi základní vybavení JIP patří např. speciální lůžka pro intenzivní péči, defibrilátor, monitor FF, speciální monitorovací techniky, UPV, infuzní pumpy, injekční dávkovače, EKG, zahřívací a chladicí technika aj. (Zadák et al., 2017).

1.2 Charakteristika ran

Rána je ztráta nebo porušení celistvosti kožního krytu (popř. sliznice) vznikající z důvodu mechanického, fyzikálního a chemického působení nebo patofyziologického procesu. Jinými slovy lze ránu nazvat kožní lézí či defektem (Vytečková et al., 2015).

1.2.1 Dělení ran

Rány můžeme rozdělit několika způsoby. Podle poškození kožního krytu dělíme rány na otevřené a zavřené. Podle vztahu k dutinám na nepronikající a pronikající. Rány mohou pronikat např. přes pobřišnici, pohrudnici nebo tvrdou plenu mozkovou. Z hlediska infekce se rány dělí na čisté, kontaminované, znečištěné a rány infikované. Nejrozšířenější dělení je podle příčiny vzniku. Do mechanicky vzniklých ran patří rány řezné, bodné, sečné, tržné, střelná, kousnutí, zhmožděné, tržně zhmožděné. Termicky vzniklé rány jsou popáleniny a omrzliny. Další příčiny jsou chemikálie, jako je kyselina nebo zásada, záření a elektrický proud (Ferko, Leško, 2015).

Pejznochová (2010) doplňuje rozdělení ran podle hloubky na rány povrchové a hluboké. Vytečková et al. (2015) uvádí ještě dělení podle časového faktoru a podle průběhu

hojení. Podle časového faktoru dělíme rány na akutní a chronické. Akutní rány vznikají náhle z důvodu traumatického poškození. Chronické rány se rozvíjí nejčastěji v důsledku patofyziologických změn v organismu. Rány podle průběhu hojení dělíme do dvou skupin. První skupinou jsou rány hojící se per primam. Hojení rány probíhá bez komplikací, přímo „napoprvé“. Celý proces trvá zhruba 3 týdny. Po zhojení rány vzniká hladká jizva, která má však 70% pevnosti původní tkáně (Grofová, 2012). Do druhé skupiny patří rány hojící se per secundam. Tyto rány se hojí s komplikacemi, tzv. „napodruhé“. Hojení je zkomplikované např. infekcí nebo rozestupem rány (Vytejšková, 2015). Proces hojení rány trvá 6 týdnů a déle (Grofová, 2012). Terciární hojení neboli odložené primární hojení, spočívá v ponechání otevřené rány podobu 3-5 dní. Následně se rána uzavírá šitím či kožním štěpem. Tento postup je vhodný u ran, kde je vysoké riziko infekce tkáně (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2.2 Hojení ran

Proces hojení ran je fyziologický proces, při němž dochází k obnovení porušené celistvosti a funkce kůže. Jedná se o nápravný proces, při kterém je poškozená tkáň nahrazena tkání vazivovou. V průběhu hojení rány dochází ke složitým biologickým procesům zahrnujícím vzájemné působení různých typu buněk. Proces hojení probíhá v několika fázích. (Pokorná, Mrázová, 2012). Celý proces je náročný na dostatečný přísun živin a je ukončen vznikem znatelné jizvy (Stryja et al., 2016). Chronické rány se vyznačují tím, že neprochází řádným procesem hojení jak z hlediska času, tak ani z hlediska vlastní patofyziologie hojení (Pokorná, Mrázová, 2012).

Bezprostředně po vzniku rány začíná proces hojení. Je to složitý a vzájemně koordinovaný děj probíhající ve třech fázích (Poláček, Kalinová, 2015). Jednotlivé fáze hojení na sebe plynule navazují, ale mohou se i vzájemně překrývat.

První fáze je čistící nebo také zánětlivá, erudační, exsudativní. Vždy se popisuje tím, co se v ráně odehrává (Pejznochová, 2010). Fáze trvá přibližně tři dny. Poranění tkáně vede fyziologicky k rozvoji místní zánětlivé reakci, která je základem hojení. Vytváří se krevní sraženiny, které slepuje okraje rány a tím zabraňují další bakteriální kontaminaci a ztrátě tekutin (Ferko, Leško, 2015). Cílem organismu je odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. Dochází k pohybu zánětlivých buněk (leukocyty, histiocyty, fibroblasty), jejichž hlavní úlohou je fagocytóza. Fagocytóza je proces rozpoznávání a pohlcování cizorodých

částic (Poláček, Kalinová, 2015). V této fázi se také podílí celá řada tkáňových faktorů a cytokinů (Ferko, Leško, 2015).

Druhá fáze je granulační, proliferativní. Dochází k dělení (proliferaci) buněk a vytvoření nových cév za účelem vyplnění rány granulační tkání. Růstové faktory a cytokiny simulují pohyb a dělení buněk (Pejznochová, 2010). Produktem fibroblastů je síť vzniklá z kolagenních vláken. Vzniklá síť je podkladem pro následující proces epitelizace (Poláček, Kalinová, 2015). Fáze probíhá přibližně od prvního až do šestého dne od vzniku rány (Ferko, Leško, 2015).

Třetí fáze je epitelizační. Jedná se o konečnou fázi v procesu hojení rány. Epitelizace začíná od okrajů rány (Pokorná, Mrázová, 2012). Dochází k přestavbě a vyzrání kolagenních vláken. Rána se stahuje, granulační tkáň ztrácí vodu a cévy. Rána se zpevňuje a přeměňuje v jizvenou tkáň (Pejznochová, 2010). Nově vzniklá tkáň je velice náchylná k poškození, což zvyšuje riziko vzniku nové rány (Pokorná, Mrázová, 2012). Fáze trvá od šestého až do desátého dne od vzniku rány (Ferko, Leško, 2015).

1.2.3 Faktory ovlivňující hojení ran

Khalil et al. (2015) rozděluje faktory ovlivňující hojení ran na místní a systémové. Do místních faktorů se řadí prvky, které existují v tkáni rány. Zahrnují množství exsudátu, jenž může vést k maceraci, pokud je produkce velká nebo vysušení, pokud je produkce nedostatečná. Dále přítomnost cizích těles, místní infekce, cévní zásobení rány, tlak, tření, opakovaná traumata v dané oblasti. Pokorná a Mrázová (2012) doplňují místní faktory o hloubku rány, velikost rány, lokalizaci rány, stáří rány, teplota rány, okraje a okolí rány.

Systémové prvky jsou naopak méně schopné manipulace a zahrnují vlastnosti, které na osobu více působí. Mezi systémové prvky, které ovlivňují hojení ran, patří věk, pohlaví, výživa, stres, farmakoterapie, mobilita, onkologická onemocnění, chronická onemocnění, jako je diabetes mellitus, respirační, srdeční, renální nebo jaterní selhání, dále cévní poruchy a kouření, které ovlivňuje žilní a arteriální zásobení rány (Khalil et al., 2015).

Peate (2015) hodnotí proces hojení ran celostně. Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují proces hojení. Patří mezi ně faktory fyzické, emocionální, psychické, sociální, ekonomické a prostředí. Fyzický faktor zohledňuje pacienta ve fyzickém smyslu, například věk, pohlaví, zdravotní stav, léky, hmotnost, výška a životní styl. Na proces hojení rány mohou mít vliv vnější faktory např. prostředí, v němž je pacient ošetřován. Je

důležité zvážit, kdo pacientovi poskytuje ošetrovatelskou péči, zda je péče vhodná, znalosti ošetrující osoby, vhodnost oblečení nebo obuvi pacienta, aj. Emoční faktor zahrnuje pocity pacienta a stresory. U emočních problémů je znám dopad na fyzickou pohodu pacienta a jeho celistvost. Psychologický faktor lze poměrně úzce spojit s příznaky vyplývajícími z emocí, které mohou mít dopad na psychický stav pacienta. Je důležité brát v úvahu také duševní nemoci a neurologické poruchy. Psychické problémy mohou stejně ovlivnit fyzickou pohodu pacienta, jako emoční problémy. Příkladem sociálních problémů může být osamělost, izolace, špatné bydlení a životní podmínky, špatné standardy v hygieně. Tento faktor lze zároveň propojit s emocionálním a psychickým stavem pacienta, a pokud se neřeší, může mít dopad na fyzickou pohodu pacienta. Ekonomický faktor by mohl identifikovat finanční problém pacienta, který by například mohl mít dopad na typ obvazu, který vybíráme pro použití na jeho ránu. Tento faktor by rovněž mohl mít vliv na všechny výše uvedené faktory (Peate, 2015).

Stryja et al. (2016) dělí faktory ovlivňující hojení ran na dvě velké skupiny: zevní a vnitřní faktory. Zevní faktory jsou snadněji definovatelné a odstranitelné nežli faktory vnitřní. Přísluší sem infekce, farmakoterapie, nekróza a fyzikálně-chemické zevní vlivy. Do vnitřních faktorů náleží stav výživy, vitamíny a stopové prvky, tkáňová hypoxie (nízký obsah kyslíku v tkáni), zánětlivá reakce organismu a poruchy imunity, stáří pacienta.

1.2.4 Hodnocení a klasifikace ran

Hodnocení rány je základ pro plánování dalších postupů ošetření, výběru primárního krytí a léčby (Koutná et al., 2015). Popis vychází z jednotlivých rysů rány. Patří mezi ně zhodnocení, kde se rána nachází. Pozor na správnou pravolevou orientaci (Stryja et al., 2016). S ohledem na lokalitu a možnost kontaminace je nastaven interval převazu a určen způsob fixace (Koutná et al., 2015). Dále co ránu způsobilo, zdali je spodina vlhká nebo suchá, barva spodiny, exsudát (množství, charakter a barva), velikost rány v centimetrech (délka, šířka, hloubka), macerace, zápach rány, vzhled okrajů a okolí rány, bolestivost, v neposlední řadě také stáří rány (Stryja et al., 2016). Jednotlivé znaky v souhrnu skládají představu o aktuálním typu krytí a zhodnocení vývoje rány (Koutná et al., 2015).

Nejdůležitější povinností sestry je rozpoznat první příznaky infekce. Mnohdy je to velice obtížné, ale čím dříve se rozpozná infekce, tím lepší jsou vyhlídky na její zvládnutí. Místní příznaky infekce jsou zarudnutí (rubor), otok (tumor), teplota (calor), bolest (dolor) a porucha funkce (functio laesa) (Pejznochová, 2010).

Metoda bodování ASEPSIS je široce používána na mezinárodní úrovni k hodnocení hojení chirurgických ran, je krátká a jednoduchá na použití. Body v ASEPSIS skóre jsou uděleny: za potřebu další léčby (Additional treatment), odtok hnisu (drainage of pus), přítomnost serózního výtoku (the presence of Serous discharge), erytém (Erythema), přítomnost hnisavého exsudátu (Purulent exudate), oddělení hlubokých tkání (Separation of the deep tissues), izolaci bakterií (the Isolation of bacteria) a za délku hospitalizace (the duration of inpatient Stay). Skóre ASEPSIS se hodnotí během hospitalizace pacienta, po propuštění, nebo hodnocení může být sečteno. Podle počtu získaných bodů v ASEPSIS skóre hodnotíme hojení chirurgické rány. 0-10 bodů (uspokojivé hojení), 11-20 bodů (porucha hojení), 21-30 bodů (mírná infekce rány), 31-40 bodů (středně závažná infekce rány), >41 bodů (závažná infekce rány) (Copanitsanou et al., 2018).

1.2.5 Komplikace ran

Hojení akutních ran může být komplikováno např. infekcí, krvácením, nekrózou či rozstupem rány – označujeme je pak jako komplikované akutní rány. Nehojícími se ránami nazýváme ty, které se špatně hojí a vykazují známky narušeného procesu reparace (nahrazení poškozené tkáně tkání jinou). Pokud přetrvává stagnace hojení rány, může akutní rána přejít v chronickou ránu (Stryja et al., 2016).

Infekce je jednou z možností komplikace ran. Infekce ran patří k třetím nejčastějším nozokomiálním infekcím (Vytejčková et al., 2015). Jsou způsobené kontaminací při nesprávném provádění převazu rány. Infikování rány je velmi časté po výkonech zasahujících do infikované tkáně (vypuštění dutiny vyplněné hnisem). K infekci může dojít i po operacích, kde zdrojem je samotný pacient (jeho kůže), operační tým (kapénky), septické operační prostředí, operační materiál (chirurgické nástroje) (Slezáková et al., 2019). Místní příznaky infekce viz kapitola 1.2.4. K celkovým příznakům patří zvýšená tělesná teplota a leukocytóza (zvýšená hladina bílých krvinek nad $4,5-11 \cdot 10^9/l$). Léčba zahrnuje podání ATB, rozpuštění stehů, odsání hnisu, aplikace protizánětlivých přípravků, zavedení drénu a dodržování aseptických zásad při převazu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Krvácení z rány se častěji projevuje u pacientů s poruchou hemokoagulace. Může být také důsledkem špatného stavění krvácení při operaci. Důvodem krvácení je také zvýšení krevního tlaku, sklouznutí stehu nebo narušení cévní stěny (Slezáková et al., 2019). Krvácení poznáme podle prosáklého krytí rány krví nebo krevní sraženinou při krvácení

pod kůži. Řešením je přiměřená komprese rány. Při větším krvácení je nutná operační oprava (Janíková, Zeleníková, 2013).

Nekróza rány je způsobena, když kůže je zbavena podkoží a je narušena výživa rány. Většinou jsou postiženy okraje rány. Za takových podmínek je příznivější ránu nešít. Příznakem je fialově-černé až černé zbarvení okrajů rány. Léčebným opatřením je uvolnění stehů a odstranění nekrotické tkáně (Slezáková et al., 2019).

Rozestup rány (dehiscence) může být způsoben mnoha faktory. Mezi ty patří: věk, přidružená onemocnění (diabetes mellitus, obezita), zvýšení nitrobršního tlaku při kašláním, kýčání, zvracením, nedokonalým uzávěrem rány, špatným vstáváním z lůžka (Janíková, Zeleníková, 2013). Slezáková et al. (2019) do faktorů způsobujících rozestup rány také zařazuje maligní nádory, pacienty s kachexií, nedostatkem bílkovin a vitamínu C. Dále chybné vedení řezu, drény vyvedené ránou, infekce, krvácení, aplikace kortikoidů a cytostatik. Rozestup rány se řeší nasazením ATB léčby a opakovaným sešitím rány.

1.3 Přebaz rány

Přebaz rány je výměna krytí rány (Vytečková et al., 2015).

Přebazy ran představují důležitou činnost při léčbě ran. Slouží k výměně primárního, popřípadě sekundárního krytí na ráně. Průběh hojení ran můžeme výrazně ovlivnit správnou technikou převazu, vhodným léčebným krytím, dodržením doporučení specifických pro jednotlivé rány a léčbou základního onemocnění (Stryja et al., 2016). Přebazy operačních ran se provádějí za přísně aseptických podmínek (Janíková, Zeleníková, 2013). Četnost převazů ran závisí na jedné straně na použitém léčebném krytí, na druhé straně na aktuálních potřebách rány – infekce, sekrece, krvácení. Za strategii léčby ran je zodpovědný lékař. V praxi se často můžeme setkat i s aktivním zapojením sester – specialistek na volbě krytí a priorit v léčbě ran (Stryja et al., 2016).

Důležité je zohlednit i potřeby samotného pacienta při převazech. S převazem rány je nejčastěji spojována bolest (Stryja et al., 2016). Ukazuje se, že nejbolestivěji je vnímáno sundávání původního krytí z rány (Janíková, Zeleníková, 2013). Bolest spojenou s převazem lze minimalizovat použitím vhodného neadherentního krytí (krytí netraumatizují spodinu rány), zvlhčením krytí před jeho sejmutím z rány nebo farmakoterapeuticky. Farmakoterapii před převazem je nutné provést s přiměřeným

časovým předstihem. Docílíme tím maximální účinnosti léčiva v době převazu rány (Stryja et al., 2016).

Hlavním cílem převazů ran je zhojení rány, zmenšení jejího rozsahu, eventuálně zkrácení doby léčby (Stryja et al., 2016). K účelům převazu ran patří výměna krytí při jeho prosáknutí krví, sekretem nebo uplynutí maximální doby jeho použití, kontrola rány, výplach, čištění a dezinfekce rány, chirurgické čištění rány, tzv. débridement (odstranění nekrotických částí a povlaku z rány), možnost úpravy drénu anebo jeho odstranění, odstranění stehů, svorek, aplikace léčivých mastí, preparátů, neadhezivního krytí (Vytejšková et al., 2015).

Převazy ran se provádějí, jestliže je to možné, v místnosti určené pro tuto činnost (vyšetřovna) na lehátku. Je vhodné mít polohovatelné lehátko. Před každým převazem a po ukončení každého převazu je nutné provést povrchovou dezinfekci lehátka. Zdravotnický personál provede před a po převazu chirurgickou dezinfekci rukou. K převazu je vhodné mít pojízdný převazový vozík, na kterém jsou shromážděny veškeré pomůcky potřebné k převazu rány (Stryja et al., 2016).

1.3.1 Převazový vozík

Převazový vozík je součástí vybavení každé ošetrovací jednotky (Hůsková, Kašná, 2009). Slouží k bezpečnému uložení pomůcek potřebných k převazu ran. Existuje několik variant převazových vozíků, buď několikpatrový vozík, nebo vozík se šuplíky a přípravnou plochou (Vytejšková et al., 2015). Převazové vozíky se mohou lišit i podle toho, jaké rány se na ošetrovací jednotce ošetřují (Hůsková, Kašná, 2009). V horní části vozíku jsou uloženy pouze sterilní a čisté pomůcky, např. sterilně balený obvazový materiál, sterilně balené injekční stříkačky a jehly, sterilizační kontejnery, toulec a podávkové kleště, léčebné a oplachové roztoky, dezinfekce apod. V dolní části vozíku nalezneme doplňkové pomůcky, jako jsou rukavice, emitní misky, jednorázové podložky, obinadla, moderní obvazový materiál aj. Z boku vozíku se nachází odpadkový koš na krytí sejmuté z rány, použité emitní misky, obaly od sterilně balených pomůcek atd. Odpadkový koš by měl být přizpůsobený tak, aby ho zdravotnický personál nemusel mechanicky otevírat kontaminovanými rukavicemi, a tudíž vozík nebyl kontaminován zvenčí. Součástí převazového vozíku je nejen odpadkový koš, ale i dezinfekční dóza na nástroje použité během převazu. Převazový vozík bývá umístěn v uzamykatelné místnosti nebo v místnosti pod dohledem zdravotnického personálu z důvodu bezpečnostního

a hygienického hlediska. Předcházíme tím znesterilnění materiálu a nežádoucímu užití léčebných prostředků umístěných na převazovém vozíku (Vytejšková et al., 2015). Povinností zdravotnického personálu je udržovat převazový vozík v čistotě, podle hygienického režimu ošetrovací jednotky (Hůsková, Kašná, 2009). Ideální je provádět dezinfekci a úklid převazového vozíku po bloku převazů, po vizitě a při každém patrném znečištění vozíku nebo minimálně jednou za 24 hodin. Minimálně jednou týdně, by měla proběhnout kontrola expirace léčivých prostředků na převazovém vozíku (Vytejšková et al., 2015).

1.3.2 Pomůcky k převazu rány

Dezinfekční prostředky jsou přesným názvem kožního antiseptika (Vytejšková et al., 2015). Jsou to chemická činidla, která jsou schopna eliminovat mikroorganismy z kůže a sliznic. Ideální antiseptikum je takové, které má široké spektrum, rychlý nástup účinku, zbytkový účinek a nízkou toxicitu (Concha-Rogazy et al., 2016). Dezinfekčních roztoků je celá řada. Při volbě dezinfekčního roztoku bereme v úvahu typ rány, klinickou indikaci a možnou přecitlivělost na dezinfekční látky (Vytejšková et al., 2015).

Jedním z nejpoužívanějších antiseptik je povidon jod (Concha-Rogazy et al., 2016). Některé přípravky povidon jodu je možné použít k dezinfekci sliznic a k výplachu rány. Jiné přípravky jsou určeny pouze pro vnější použití. Přípravky s povidon jodem nesmí být používány u pacientů s přecitlivělostí na jod. Zástupci jsou Betadine, Jodisol, Braunol (Vytejšková et al., 2015). Dalším často používaným antiseptikem je chlorhexidin. Má široké spektrum účinků na bakterie grampozitivní a gramnegativní, viry jako HIV, herpes simplex aj. (Concha-Rogazy et al., 2016). Přípravek může být použit i na sliznici. Je třeba se vyhnout kontaktu s očima a vnitřním uchem. Zástupce je např. Skinsept Mucosa (Vytejšková et al., 2015). Septonex je dalším antiseptikem určeným k vnějšímu použití např. na pooperační dezinfekci jizev nebo dezinfekci ran v počínající fázi infekce. Po aplikaci má specifický zápach a typickou červenou barvu. Jeho účinek je vyšší u grampozitivních bakterií než gramnegativních. Ajatin je kožní antiseptikum, které se aplikuje před punkcí či incizí. Je potřeba počkat, než přípravek zaschne. Má žluté zbarvení a typický zápach. Alkoholové antiseptické přípravky se používají nejčastěji před invazivními výkony, ale také jako pooperační dezinfekce rány. Obvykle jsou to bezbarvé, čiré tekutiny. Jejich výhodou je dobrá snášenlivost s pokožkou, odmašťující efekt, dobrá

přilnavost náplasti po zaschnutí. Patří sem Softsept N, Septoderm (Vytejková et al., 2015).

Oplachové roztoky se používají k oplachu rány, uvolnění přilepeného primárního krytí či povlaku na ráně. Většinou se roztoky používají neředěné (Vytejková et al., 2015). Roztoky jsou součástí přípravy rány před aplikací primárního krytí. Mohou se aplikovat buď přímo z láhve na ránu, nebo ve formě obkladu minimálně na deset minut. Patří sem Aqvitox, DebriEcaSan Alfa, Prontosan, Biosept, Microdacyn aj. Není-li k dispozici žádný typ již zmíněných roztoků, lze také použít fyziologický roztok nebo Ringerův roztok (Koutná et al., 2015).

Sterilní čtverce se vyrábějí z textilní gázy nebo ve formě netkané textilie. Čtverce jsou upraveny tak, aby se textilní vlákna neuvolňovala do rány. Jsou sterilně baleny v obalech, např. papír a fólie. Existují také čtverce se savým jádrem. Jsou vyrobené v několika velikostech z netkané textilie a uvnitř mají vrstvu měkké buničité vložky. Čtverce jsou prodyšné, ale zároveň nepropustí sekreci vně. Sterilní čtverce se aplikují přímo na ránu a nesterilní se využívají jako sekundární krytí. Podobně jako sterilní čtverce jsou vyrobené i sterilní tampony. Jsou vyrobené z gázy v různých velikostech a stáčené speciální technikou, aby vně netrčela vlákna textilie. Sterilní tampony se balí po několika kusech do stejných obalů, jako sterilní čtverce (Vytejková et al., 2015).

Obvazy se dělí podle účelu, ke kterému slouží a podle materiálu, ze kterého jsou vyrobeny. Obvazy podle účelu máme krycí, tlakové, znehybňující, tahové a korekční (nápravné). Druhy obvazového materiálu jsou tkaniny (hydrofilní obinadla, elastická obinadla, hydrofilní mulové čtverce), vlákniny (obvazová vata, buničitá vata), impregnované obvazové materiály, materiály zpevňující obvazy, náplast'ové obvazy a tekuté obvazy (Páral, 2008).

Aby obvaz splnil svůj úkol, musí se při jeho přikládání dodržovat určitá pravidla:

- Poučení pacienta – pacient by měl vědět důvod přiložení obvazu, dobu, po kterou bude obvaz ponechán, omezení, která vyplývají z přiložení obvazu, jak se má pacient chovat k přiloženému obvazu a poučení o komplikacích.
- Sundání šperků z obvazované končetiny (hodinky, prstýnky, náramky apod.). Mohou způsobit při otoku končetiny poruchy prokrvení.

- Prevence a léčba bolesti je opomíjená, ale důležitá. Pacient, který nemá bolest, se nebrání přiložení obvazu a výsledná kvalita přiloženého obvazu je vyšší.
- Respektování anatomických poměrů – nutno brát ohled na funkčnost obvazu a předcházení komplikacím, jako jsou otlaky, opruzeniny a macerace.
- Fyziologické postavení končetiny je nutné držet od začátku přikládání obvazu. Při nedodržení fyziologického postavení končetiny můžeme způsobit zhoršení funkčnosti obvazu, otlaky, sesunutí obvazu nebo posunutí podkladových materiálů.
- Šířka obinadla by měla odpovídat šířce obvazované části těla. Příliš široké obinadlo sklouzává z obvazované části, a naopak příliš úzké obinadlo se do obvazované části zařezává.
- Technika přiložení – pravák drží obinadlo v pravé ruce, levák v levé, obvazovat se začíná od nejužšího místa k nejširšímu, obvazy začínají i končí kruhovou otočkou, pro pevnější začátek je vhodné první otočku navinout šikmo a část konce přehnout přes první otočku a pak stáhnout následující otočkou, následující otočka překrývá část předchozí otočky, výsledný obvaz musí být upravený a zároveň účelný (Páral, 2008).

Mezi další pomůcky potřebné k převazu řadíme sterilní roušky k zakrytí rány, sterilní stříkačky a jehly, drény, dezinfekce na ruce, ochranné a sterilní rukavice, jednorázové podložky, medicínální benzín pro odmaštění kůže a odstranění náplastí, sterilní štětíčky, výtěrové sady, dřevěné špátle, náplasti, různé léčivé prostředky (Heparoud mast, Mesocain gel apod.) (Vytejková et al., 2015).

K chirurgickým výkonům se používají různé druhy nástrojů (instrumentů). Vyrábějí se z kvalitní nerezavějící oceli v různých velikostech (Schneiderová, 2011). Jsou určeny k opakovanému použití. Plastové sterilní chirurgické nástroje jsou určeny k jednomu použití (Vytejková et al., 2015). Nástroje musí splňovat základní technické požadavky, jimiž jsou odolnost proti opotřebení, pevnost, pružnost, tvrdost, maximální odolnost proti korozi, ostrost hrotů, účelnost tvarů a jednoduchost, která usnadňuje jejich údržbu, čištění a sterilizaci. Na chirurgickém nástroji popisujeme dvě části: úchopovou (pomocnou), pracovní (funkční). U některých nástrojů na přechodu mezi úchopovou a pracovní částí se nachází krček. Např. peán má úchopovou část spojenou pomocí zámku (Peter, 2017). Základní chirurgické nástroje jsou peán, kocher, tamponové kleště, anatomická pinzeta,

chirurgická pinzeta, adaptační pinzeta, sonda paličková a žlábková, nůžky, převazové nůžky, skalpel, lžičky a jehelec (Vytejková et al., 2015).

Veškerý sterilní materiál a pomůcky musí být zabaleny ve sterilizačním obalu. Sterilní materiál a pomůcky mohou být baleny dvěma způsoby: pevný sterilizační obal (kontejnery, kazety) a měkký sterilizační obal (polyamid, papír-fólie). Expirace pro jednotlivé obaly se liší (Vytejková et al., 2015).

Zásady práce se sterilním materiálem baleným v měkkých sterilizačních obalech:

- Obal se otevírá přes svár (peel-pouch systém), tak abychom se nedotkli vnitřní části (příloha č. 1)
- Obal otevřeme těsně před použitím materiálu
- Z obalu materiál vyndáváme ve sterilních rukavicích nebo pomocí sterilního nástroje
- U chirurgického nástroje obal otevíráme na úchopové straně
- Do sterilního prostředí v obalu je možné později nástroj odložit
- Balení je určené pro jednoho pacienta
- Není přípustné odložený chirurgický nástroj v obalu použít u jiného pacienta
- V případě, že dojde k znesterilnění materiálu, nesmí být materiál použit (Vytejková et al., 2015).

1.3.3 Moderní techniky a postupy

Součástí ošetrovatelského hodnocení pacienta je i sledování rizikových faktorů. Včasnou identifikací rizikových pacientů můžeme zabránit vzniku komplikací, a tedy přechodu pooperační rány do chronické. Popřípadě odhalit komplikace v časných stádiích a malém rozsahu. Prevence komplikací hojení pooperačních ran spočívá v potlačení existujících rizikových faktorů, správné technice ošetření rány, podávání ATB, ochraně spodiny rány a okolí před macerací a také v léčbě základního onemocnění a dalších přidružených onemocnění. U pacientů s poruchou výživy, kteří jdou na plánovanou operaci, je vhodné zlepšení nutričních parametrů v předoperační přípravě. Z ošetrovatelského hlediska je nutné se zaměřit na polohování pacienta, a šetrnou manipulaci s ním (Stryja et al., 2016).

Převazy se obvykle provádí dopoledne, jako součást vizity a dále během dne podle potřeby. Převaz se plánuje také s ohledem na koupel pacienta či aplikaci léků proti bolesti, které by měly být podány obvykle třicet minut před převazem. U operačních ran

se převaz rány uskutečňuje za 24-48 hodin po operaci. Pokud není převaz možný na vyšetřovně lze jej provést na pokoji na lůžku pacienta s použitím převazového vozíku. V tomto případě dbáme na zajištění soukromí pacienta pomocí zástěny či závěsu (Vytejková et al., 2015).

Součástí přípravy na převaz je příprava pomůcek, vhodného materiálu, příprava pacienta. Příprava u pacienta spočívá v informovanosti o převazu, podání léků proti bolesti a uvedení pacienta do polohy vhodné k převazu (Vytejková et al., 2015). Pacient by měl být také informován, že podobu převazu se nesmí dotýkat rány (Stanek, Brychta, 2014). U převazu dolní končetiny je vhodné končetinu podložit polohovací pomůckou. Materiál vybíráme takový, který umožní kontrolu rány, chrání ránu před nečistotami, je na ráně nepřilnavý a vyhovuje pacientovi. Pod převazovanou část vložíme jednorázovou podložku, abychom zabránili znečištění lůžka (Vytejková et al., 2015).

Před zahájením samotného převazu je zapotřebí provést identifikaci pacienta případně identifikace strany výkonu při zaměnitelných místech (Pokorná et al., 2019). Proveďte se ověření, zdali je pacient alergický na některý dezinfekční roztok nebo náplast (Hulková, 2016). Podle rozsahu převazu a obtížnosti provádíme převaz bez asistence nebo s asistencí. Pokud ránu odkrýváme před vizitou, je potřeba ji následně chránit zabalením do sterilní roušky, kterou lehce přichytíme pruhem náplasti. Původní krytí uchováme pro kontrolu lékařem. V případě, že má pacient více ran, začínáme vždy od nejčistší rány k potenciálně septické. K pacientovi do lůžka vložíme emitní misku na odpad (Vytejková et al., 2015). Před převazem provedeme dezinfekci rukou (Hulková, 2016). Oblékáme si rukavice. Odstraníme původní krytí. Úplně poslední vrstvu krytí odstraníme pomocí pinzety, aby nedošlo ke kontaktu s ránou (Vytejková et al., 2015). Proveďte se zhodnocení rány (Hulková, 2016). Následuje výměna rukavic a dezinfekce rukou (Vytejková et al., 2015). Dezinfekční roztok si nalejeme na sterilní tamponky ze vzdálenosti deseti centimetrů tak, aby se jich hrdlo nádoby nedotklo (Hulková, 2016). Při dostupnosti dezinfekce ve spreji ránu postříkáme. Tamponky uchopujeme peánem. Ránu čistíme tamponkem v jednom směru (příloha č. 2). Tamponky si pravidelně měníme. Pokud je rána na jednom konci se sekrecí, dezinfikujeme opět od nejčistší částky k části se sekrecí. Cílem je nezanesení infekce do rány z jejího okolí. Tamponky odstraňujeme do emitní misky tak, abychom se jí peánem nedotkli. Posléze z rozbaleného obalu vytáhneme peánem za roh sterilní čtverce a přiložíme na ránu. Sterilní čtverce by měli ránu přesahovat minimálně o jeden centimetr. Následně čtverce přelepíme pruhovou

náplastí nebo přilnavou plošnou náplastí (Vytejšková et al., 2015). Sestra po dobu celého převazu udržuje s pacientem slovní kontakt a sleduje jeho stav (Hulková, 2016).

Při ukončení převazu dáme chirurgické nástroje do dezinfekční dózy a použitá materiálu do koše. Odstraníme rukavice a provedeme dezinfekci rukou. Pacienta doprovodíme na jeho pokoj (Vytejšková et al., 2015). Při bolesti aplikuje léky proti bolesti dle ordinace lékaře. Uklidíme zbylé pomůcky a provedeme záznam do dokumentace (Vrabelová, 2018). Dezinfikujeme převazový vozík a lehátko. Doplníme chybějící materiál do převazového vozíku. Zajistíme sterilizaci chirurgických nástrojů (Vytejšková et al., 2015).

Stěr z rány se provádí před dezinfekcí rány pomocí výtěrové sady se štětičkou a živnou půdou. Stěr odebíráme ze středu rány nebo povlaků či přímo z hnisavých ložisek (Vytejšková et al., 2015).

Odstranění stehů musí vždy indikovat lékař. Po operaci se stehy odstraňují obvykle sedmý až desátý den. V některých případech indikuje lékař odstranění poloviny stehů, což znamená, že stehy odstraňujeme ob jeden. K odstranění stehů potřebujeme sterilní peán nebo pinzetu a ostré nůžky. Sestra by měla vědět, jak odstranit všechny typy stehů. Žádná část vlákna nesmí zůstat pod kůží. Operační ránu očistíme a dezinfikujeme výše zmíněným způsobem. Uchopíme peán a nůžky. Jednoduchý steh uchopíme peánem za jedno vlákno, které je nad kůží. Steh opatrným kývavým pohybem uvolníme. Nůžkami přestříhneme jedno vlákno a steh vytáhneme za vlákno nad uzlíkem (příloha č. 3a, b). Matracový steh odstraníme tak, že odstříhneme jedno vlákno pod uzlíkem. Na protilehlé straně vlákno uvolníme a povytáhneme. Následně vlákno vytáhneme na druhé straně za uzlík (příloha č. 3c). Pokračovací steh je tvořen z několika centimetrů vlákna. Steh je ukončený uzlíkem na obou koncích. Steh odstříhneme na jednom konci pod uzlíkem. Vlákno vytahujeme střídavě na jedné a na druhé straně. Vlákno si můžeme zkrátit. Poslední část vytahujeme za uzlík (příloha č. 3d). Operační rána může být také uzavřena pomocí kovových svorek. K jejich odstranění se používá speciální adaptér, který svorku ve středu ohne, tudíž se uvolní okraje svorky z kůže (Vytejšková et al., 2015).

Součástí poskytování zdravotní péče je nezbytná jasná a přesná ošetrovatelská dokumentace (Hampton, 2015). Základem každého protokolu jsou identifikační údaje pacienta, všeobecné zdravotní údaje, stav krytí na ráně při převazu, předchozí a současná místní léčba, přítomnost drénů, použitý materiál. Také klasické popisné hodnocení rysů

rány. Dokumentace by měla obsahovat i doplňující informace jako je otok, bolest, výpadek cití a motoriky. V dokumentaci nalezneme i frekvenci převazů, doporučení pro další převaz, doporučení pro domácí péči. S rozvojem digitální techniky je možná fotodokumentace rány. Tato metoda je rychlá a pohotově monitoruje ránu. Podle současné legislativy pro fotodokumentaci je nutný souhlas pacienta a fotka nesmí obsahovat rysy, podle kterých lze pacienta identifikovat (Stryja et al., 2016). Tyto zásadní informace označují stav a průběh hojení rány. Dokumentace je nezbytná k zajištění toho, aby další lékař pečující o pacienta vybral vhodný obvaz. Přesné a nepřetržité měření ran a důsledná a jasná dokumentace jsou zásadní pro zajištění dobrých výsledků pro pacienty (Hampton, 2015).

1.3.4 Primární krytí

Škála primárních krytí je velmi rozmanitá. Obnáší nespočetné množství názvů podle reprezentace společnosti. Výběr materiálu závisí na typu rány, zkušenostech zdravotníka, nabídce zdravotnického zařízení či ceně materiálu. Primární krytí se dělí do několika kategorií. Antiseptika jsou krytí obohacené o antiseptickou látku např. jodem, chlorhexidinem, stříbrem, manukovým medem. Zástupci jsou Inadine, Braunovidon, Bactigras, Suprasorb X PHMB, Atrauman Ag, Bionect Silverspray, Actilite, aj. Neadherentní krytí má strukturu mřížek. Slouží k ochraně spodiny rány, prevenci bolesti a traumatu při sundávání krytí. Mohou obsahovat i další látky. Zástupci jsou Atrauman, Lomatuell H, Grassolind, Mepitel, Silflex, Urgotul aj. Polymerům se nesprávně říká pěny. Vyjadřují se flexibilitou krytí, absorpcí sekrece, udržení vlhkosti a teploty v ráně, propustnost pro vodní páry. Např. Tielle, Suprasorb P, Biatain, Cutimed Siltec, Tegaderm foam, aj. Hydrokoloidy neobsahují žádnou antiseptickou látku, proto jsou určené na klidné rány. Tenké hydrokoloidy jsou vhodné při hojení potřhané papírové kůže nebo hojení operačních ran. Mohou mít i příznivý vliv na hojení jizev. Mezi tuto skupinu patří Hydrofilm Plus, Pocit Plus, GranuFlex, NU-DERM, Tegaderm, aj. (Koutná et al., 2015).

Na trhu existují také tekuté obvazy ve spreji. Jedná se o průhledný rychle schnoucí filmové krytí. Po zaschnutí vytváří film, jenž je propustný pro plyny, ale nepropustný pro vodu a mikroorganismy. Díky jeho průhlednosti umožňuje monitorovat stav rány. Je určen pro suché chirurgické rány, povrchní oděrky a u chronických ran k ošetření okrajů rány před kontaminací a macerací. Může se vyskytnout alergická reakce na účinnou látku ve spreji. Aplikuje se ve vzdálenosti patnácti centimetrů na postižené místo. Pro lepší účinnost, je doporučena opakovaná aplikace v menší množství. Nežádoucím účinkem je

bolestivost při aplikaci. Z kůže je odstraněn postupným odlupováním. Produkty jsou Cavilon, OpSite Spray, Cutimed Protec Spray (Stryja et al., 2016). Novikovův roztok je zelený roztok, který ránu dezinfikuje a vytvoří na ní ochranný film. Umožňuje rychlejší hojení rány a zároveň slouží, jako její krytí (Česká lékárnická komora, 2020).

1.3.5 Péče o jizvu

Výsledkem zhojení rány je jizva, která se od nepoškozené kůže liší strukturou i funkcí (Stumpfová, 2015). Přestavěním vzniká vazivová tkáň, která však již nemá fyziologické vlastnosti původní tkáně (Honová, Žandová, 2018). O kvalitě jizvy rozhoduje mnoho faktorů (Krajcová, 2015). Naším cílem je veškerými možnými způsoby dosáhnout stavu, kdy jizva nezpůsobuje mechanické potíže (Honová, Žandová, 2018). Jizva ve výsledku by měla být pevná, hladká a barevně se neodlišovat od okolní kůže (Stumpfová, 2015).

Podle vzhledu rozeznáváme několik typů jizev:

Prvním typem je hypertrofická jizva. Přesahuje povrch okolní kůže. Zpočátku je zarudlá, ale nepřesahuje okraje rány. Během několika týdnů až měsíců roste. Později se může vrátit do normální úrovně (Stumpfová, 2015).

Druhý typ je keloidní jizva. Vyznačuje se šířením za hranice původní rány. Často je hrubá a tmavší než okolní kůže. Objevuje se do 1 měsíce a déle (Stumpfová, 2015).

Poslední třetí typ je atrofická jizva. Vzniká při nedostatku pojivové tkáně při hojení rány. Je vpadlá pod okolní úroveň kůže (Stumpfová, 2015).

Existuje několik stupnic hodnocení používaných k charakterizaci jizev. Byly navrženy stupnice k hodnocení vzhledu jizev v reakci na léčbu. V současné době existuje nejméně pět stupnic. Vancouver Scar Scale posuzuje čtyři proměnné: vznik cév, výšku/tloušťku, poddajnost a pigmentaci. Pacientovo vnímání jeho příslušných jizev není započítáno. Visual Analog Scale je měřítko založené na fotografiích. Posuzuje se pigmentace, cévní zásobení, přijatelnost a pohodlí pozorovatele. Patient and Observer Scar Assessment Scale zahrnuje subjektivní příznaky a rozšiřuje objektivní data zachycená ve Vancouver Scar Scale. Skládá se ze dvou numerických číselných stupnic: Patient Scar Assessment Scale a Observer Scar Assessment Scale. Posuzuje cévní zásobení, pigmentaci, tloušťku, úlevu, poddajnost, povrchovou plochu a zahrnuje hodnocení bolesti, svědění, barvy, ztuhlosti, tloušťky a úlevy u pacientů. Manchester Scar Scale posuzuje a hodnotí 7

parametrů jizev: barvu jizvy, struktura pokožky, vztah k okolní pokožce, struktura jizvy, okraje, velikost a zda je jedna nebo více jizev. The Stony Brook Scar Evaluation Scale je to šestidílná škála hodnocení ran vyvinutá pro měření krátkodobého kosmetického výsledku ran pět až deset dnů po poranění nebo až do doby odstranění stehu (Fearmonti et al., 2010).

Hojící se ránu je nezbytné udržovat v čistotě a předejít infekci. S péčí o jizvu se začíná po vyndání stehů a zhojení míst po stezích. Vzniklé strupy nestrháváme. Jizvu bychom měli chránit před slunečním zářením, UV zářením a mechanickým drážděním (Nemocnice České Budějovice, 2003). U pooperačních ran se začíná promazáváním rány. Rána se promazává minimálně 2× denně, aby se předešlo vysušení a následnému dráždění (Stumpfová, 2015). K promazávání se používají různé olejíčky, domácí sádka, které je nesolené a jinak neupravené, měsíčková mast i jakýkoliv jiný mastný krém (Nemocnice České Budějovice, 2003). Pokud oleje pacientovi nevyhovují, je možné použít přípravky s obsahem silikonu. Vyrábí se ve formě gelů, plátů a náplastí (Stumpfová, 2015).

Později se začínají provádět tlakové masáže jizvy. Tlakovou masáž provádí sám pacient několikrát denně (Stumpfová, 2015). Tlaková masáž se provádí tlačáním na jizvu, tak aby došlo k odkrvení tkáně. V takovém to tlaku vydržíme 20 až 30 sekund. Poté uvolníme přibližně na 15 sekund, dokud se místo opět neprokrví. Tímto způsobem promasírujeme celou jizvu krém (Nemocnice České Budějovice, 2003).

Dále se provádí ruční uvolnění jizvy. V terapii měkkých tkání dle Lewita se provádí čtyři hmaty. Jsou jimi S hmat, C hmat, řasení a protažení v ose jizvy. Významem těchto všech technik je předpětí a následné uvolnění po několika sekundovém setrvání (Honová, Žandová, 2018). Uvedené hmaty se provádí tahy zlehka prsty proti sobě, od okrajů směrem k jizvě nebo uchopením jizvy mezi palec a ukazováček a následným lehkým přizvedáváním. Postupným časem dochází k vyblednutí jizvy (Nemocnice České Budějovice, 2003).

Čím dříve o jizvu začneme pečovat, tím dříve dosáhneme výsledného efektu. Péče o jizvu je dlouhý proces, jenž trvá několik měsíců (Stumpfová, 2015).

1.4 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová péče je systém organizačních a materiálních opatření vedoucích k přerušení cesty přenosu mikroorganismů k dalším osobám (Schneiderová, 2014).

Zásady bariérové ošetrovatelské péče jsou: dodržování osobní hygieny, používat čisté osobní ochranné pomůcky, jednorázové rukavice a obličejovou masku používat všude, kde je porušena integrita kůže a možnost kontaminace s biologickým materiálem, dodržovat zásady hygieny rukou, používat jednorázové pomůcky, individualizovat pomůcky pro pacienta, dodržovat bezdotykovou techniku (non – touch technika), dodržování aseptických postupů, kontaminované pomůcky k opakovanému použití, co nejdříve odkládat do připraveného dezinfekčního roztoku, atd. (Kapounová, 2007).

Onemocnění, které vzniká v souvislosti s hospitalizací, se nazývá nozokomiální nákaza (Streitová, 2015). Jde o nákazu, jež nebyla v době přijetí pacienta přítomna, ani ve stádiu inkubační doby. Projeví se po propuštění pacienta nebo v průběhu hospitalizace. Jde o nežádoucí komplikaci zdravotní péče (Sedlářová, 2011). Nakazit se může sám pacient z vlastní mikroflóry nebo např. od zdravotníků. Zdrojem od zdravotnického personálu jsou jejich ruce (Streitová, 2015). Přes 60 % nozokomiálních infekcí je přeneseno rukama zdravotnického personálu (Sedlářová, 2011). Nejdostupnější a nejjednodušší technikou, jak zamezit přenosu infekce a možností potlačení nemocničních infekcí je hygiena rukou (Pokorná, 2013).

K mytí rukou se používá tekuté mýdlo, studená nebo vlažná voda a jednorázové papírové ručníky. Mechanické mytí rukou provádíme v rámci osobní hygieny. Z rukou smyjeme mechanické nečistoty a částečně přechodnou mikroflóru. Provádí se před zahájením pracovní doby, před jídlem, po použití toalety a při viditelném znečištění rukou (příloha č. 4). Mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí se uskutečňuje před zahájením operačního programu. Mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí se provádí přibližně minutu a je rozšířené o mytí předloktí. Hygienické mytí rukou je mezistupeň mezi mechanickým mytím rukou a hygienickou dezinfekcí rukou. Používá se mycí prostředek s dezinfekční přísadou (Sedlářová, 2011).

Při dezinfekci rukou se aplikuje dezinfekční prostředek k tomu určený. Bývají ve formě gelu nebo roztoku. Hygienická dezinfekce rukou se realizuje před a po ošetření pacienta, vyšetření pacienta, po manipulaci s prádlem, kontaminovanými předměty, po sundání rukavic, mezi jednotlivými pacienty, po manipulaci s odpady apod. (příloha č. 5). Při hygienické dezinfekci rukou se zredukuje přechodná mikroflóra. Během chirurgické dezinfekce rukou se redukuje množství přechodné i trvalé mikroflóry v oblasti rukou

a předloktí. Aplikuje se před a po každé operaci, při výměně rukavic během operace nebo při jejich porušení (Sedlářová, 2011).

1.5 Kompetence všeobecné sestry v péči o ránu

Pro nelékařské zdravotnické profese platí vyhláška č. 391/2017 Sb., která aktualizuje vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Vyhláška stanovuje, že bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může všeobecná sestra hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže, chronické rány a stomie. Dále může zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu, který byl získán neinvazivní cestou. Praktická sestra má v kompetenci pouze sledování poruch celistvosti kůže (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře všeobecná sestra může provést ošetření akutních a operačních ran včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže. Provést odstranění stehů u drénů a primárně se hojících ran. Kompetence se nevztahuje na hrudní drény a drény v oblasti hlavy. Praktická sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře má kompetence k zajištění a provedení vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou. Provést ošetření nekomplikovaných chronických ran a stomií (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Výjimkou tvoří všeobecné sestry, které získaly specializovanou způsobilost k péči o chronické rány. Mají oprávnění k všestranné péči o chronické rány zahrnující také výběr léčebného krytí (Pokorná, Mrázová, 2012).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení.

Cíl 2: Zmapovat rozdíly ošetrovatelské péče o operační rány na standardní chirurgické jednotce a jednotce intenzivní péče.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jakým způsobem sestry ošetřují operační ránu na standardním chirurgickém oddělení?

VO 2: Jaké pomůcky k ošetřování ran mají sestry k dispozici na standardním chirurgickém oddělení?

VO 3: Jaké jsou rozdíly v péči o operační ránu na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče?

VO 4: Jaké jsou rozdíly v pomůckách k ošetřování ran na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní metodu. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na standardním chirurgickém oddělení a chirurgické jednotce intenzivní péče v celkovém počtu 14 oslovených sester. Cílem rozhovoru bylo zjistit způsob ošetření operačních ran na standardním chirurgickém oddělení a na jednotce intenzivní péče včetně pomůcek, které mají sestry k dispozici. Výzkumné šetření bylo provedeno v jedné nemocnici.

Vzhledem k pandemické situaci a kritické situaci v dané nemocnici v době výzkumného šetření nebyly rozhovory realizované osobním kontaktem. Rozhovory byly realizované individuálně a dle časových možností oslovených sester. Rozhovory probíhaly on-line formou. Na základě žádosti některých sester byly okruhy otázek k rozhovoru poskytnuty předem. Všichni informanti byli seznámeni s účelem rozhovoru a s anonymitou v bakalářské práci. Následně byly všechny rozhovory řádně přepsané do programu Microsoft Word. Dále byly informace získané od informantů analyzovány s využitím otevřeného kódování. Metodou „tužka a papír“ došlo k zvýraznění a rozřídění výsledků do jednotlivých kategorií. Kategorie jsou rozděleny do dvou až tří podkategorií. První kategorie je zaměřená na převaz operační rány, druhá na pomůcky k převazu rány a poslední na následnou péči o rány. Rozhovory probíhaly během března 2021.

Rozhovor obsahuje celkem 23 otázek. Strukturu rozhovoru naleznete v příloze č. 6. V úvodu rozhovoru se zaměřujeme na identifikační údaje o sestrách, mezi které patří věk, dosažené nejvyšší vzdělání, délka praxe atd. Dále je rozhovor směřován k specifikám ošetrovatelské péče o operační rány, jako je příprava pacienta na převaz, četnost převazů, postup při převazu, hodnocení rány, využití materiálu, využití pomůcek, dostupnost pomůcek, dokumentace provedeného převazu. V závěru rozhovoru je zmíněná péče, o jizvu a bariérové opatření. Každý rozhovor trval 30 minut.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jednalo se tedy o záměrný výběr sester, kdy požadavkem bylo, aby sestra pracovala na standardním chirurgickém oddělení a na chirurgické jednotce intenzivní péče. Všechny vybrané sestry pracují ve stejné nemocnici. Sestry jsou v rámci anonymity a pro přehlednost označeny SCHIR či SJIP a k tomu náležitým číslem. Nejvyšší dosažené vzdělání sester je od středoškolského po vysokoškolské. Tři sestry mají specializaci ARIP. Celková doba praxe sester je rozmanitá. U čtyř sester se lišila doba praxe na oddělení standardní chirurgické jednotky či jednotky intenzivní péče od doby celkové praxe.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru

Sestra	Věk	Vzdělání	Praxe celková	Praxe na oddělení	Předchozí zaměstnání
SCHIR1	21	SZŠ	3 roky	3 roky	Žádné
SCHIR2	22	SZŠ	3 roky	3 roky	Žádné
SCHIR3	22	SZŠ	3 roky	3 roky	Žádné
SCHIR4	36	VŠ	16 let	12 let	chirurgická JIP
SCHIR5	42	VOŠ	19 let	4 roky	sestra v domově seniorů
SCHIR6	40	VŠ	22 let	22 let	Žádné
SCHIR7	21	SZŠ	3 roky	1 roky	interní oddělení
SJIP1	45	VŠ + ARIP	27 let	27 let	Žádné
SJIP2	45	VŠ + ARIP	27 let	27 let	Žádné
SJIP3	23	VŠ	7 měsíců	7 měsíců	Žádné
SJIP4	21	SZŠ	3 roky	2 a půl roku	chirurgické oddělení
SJIP5	43	VŠ + ARIP	15 let	15 let	Žádné
SJIP6	47	VŠ	29 let	29 let	Žádné
SJIP7	22	SZŠ	5 měsíců	5 měsíců	Žádné

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce můžete vidět základní strukturu výzkumného souboru. Ve výzkumném souboru se nachází celkem 14 sester, z nichž 7 pracuje na standardním chirurgickém oddělení a zbylých 7 na chirurgické jednotce intenzivní péče. Věk informantů se pohybuje od 21 let až po 47 let. Přičemž 6 sester má střední zdravotnickou školu, jedna vyšší odbornou školu a 7 sester vysokou školu. Specializaci ARIP mají 3 sestry z jednotky intenzivní péče. Celkem 10 sester pracuje na daném oddělení od začátku nástupu do prvního zaměstnání a zbylé 4 sestry mají jinou celkovou délku praxe a délku praxe na daném oddělení z důvodu jiného předchozího zaměstnání.

4.2 Kategorizace získaných dat

Schéma 1: Kategorie a podkategorie

Převaz rány	Pomůcky k převazu rány	Následná péče
<ul style="list-style-type: none">• Péče o ránu po operaci• Postup převazu• Záznam převazu	<ul style="list-style-type: none">• Pomůcky k převazu• Nedostatek pomůcek	<ul style="list-style-type: none">• Bariérová opatření• Péče o jizvu• Následná péče

Kategorie Převaz rány

Kategorie 1 byla rozdělena celkem do tří podkategorií. V první podkategorii je znázorněno, s jakými ránami se sestry nejčastěji setkávají na oddělení, co vše je zajímavá na operační ráně těsně po operaci a kdy provádí první převaz. Druhá podkategorie se zabývá přípravou pacienta na převaz, jaký je postup převazu, co vše hodnotí na ráně při převazu, kdy se odstraňují stehy, jaké materiály využívají ke krytí ran. Poslední podkategorie je zaměřena na to, kam převaz sestry zaznamenávají a, co vše je součástí záznamu.

Kategorie Převaz rány – podkategorie Péče o ránu po operaci

Všechny sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče se shodly, že se setkávají nejčastěji s operačními ránami. SJIP6 v rozhovoru dodala, že se jedná o rány po laparoskopii či laparotomii: „S operačními po laparoskopii nebo laparotomii.“ SJIP1 a SJIP4 se zmínily i o ránách poúrazových. Ze standardní chirurgické jednotky byli odpovědi rozmanitější. SCHIR3, SCHIR4 a SCHIR5 odpověděly, že se setkávají na oddělení s ránami po laparoskopii, laparotomii a po úrazech. SCHIR2 vyjmenovala operace, po jakých jsou na jejich oddělení pacienti hospitalizováni: „Za normálního režimu tu máme rány po operaci žlučníku, appendixu, varixů, ileusu a poraněné ruce.“ SCHIR1 uvedla

v rozhovoru, že se na jejich oddělení setkává i s chronickými ránami: „*Tak určitě tu máme chronické defekty, diabetické nohy, nekrózy, bércové vředy, potom rány po operaci, po amputaci končetin a rány v břiše po laparotomiích.*“ SCHIR6 odpověděla, že se setkává s akutními a chronickými ránami. Odpověď SCHIR7 byla aseptické a septické rány.

Na otázku, co vše kontrolují na operační ráně, když jim přivezou pacient po operaci se odpovědi sester SJIP1 – SJIP7 často shodovaly. Nejčastěji bylo odpovězeno, že kontrolují krvácení, sekreci, vzhled a bolestivost. SJIP3 dodala, co se to odvíjí od vzhledu rány: „*Bolest, vzhled rány, jako je otok a zarudnutí.*“ SCHIR4, SCHIR5 a SCHIR6 zodpověděly otázku podobně jako sestry z jednotky intenzivní péče. Odpovědi byly obohacené pouze o kontrolu prosáknutí krytí rány. SCHIR2 i SCHIR3 podotknuly, že rány po operaci jsou ze sálu zakryté krytím, které nesundávají. SCHIR2: „*Vždy jsou rány překryté, takže kontroluju prosak, funkčnost obvazu a okolí rány.*“ SCHIR3: „*Ránu neodkrýváme. Sledujeme, jestli krytí drží a jestli neprosakuje.*“ Pouze dvě sestry SCHIR1 a SCHIR7 se v rozhovoru zmínily o možnosti zavedeného drénu. SCHIR1 se v rozhovoru zmínila i všech povinnostech, spojených se zavedenou drenáží: „*Zkouknu celkový stav, jestli to nekrváčí, zarudnutí, otok. Pokud je v ráně drén, kontroluju, jestli odvádí, jestli není vypadlý a jestli je celkově funkční.*“

Dále jsme zjišťovali, kdy je proveden první převaz operační rány po operaci. Sestry SJIP1 – SJIP4, SJIP6, SJIP7, ale i SCHIR2, SCHIR5, SCHIR6 odpověděly na otázku stejně. Odpověď byla, že první převaz operační rány provádějí první pooperační den, popřípadě dle potřeby např. při prosáknutí obvazu. Odpověď SJIP5, SCHIR3, SCHIR4 a SCHIR7 se lišila. V rozhovoru řekly, že provádí první převaz druhý pooperační den. SCHIR4 odpověděla: „*Nejdříve po čtyřiceti osmi hodinách nebo dle potřeby.*“ SCHIR1 se také zmínila o převazu druhý pooperační den, přičemž na základě ordinace lékaře: „*Hned další den po operaci. Pokud chce lékař dýl, třeba druhý pooperační den, tak to napíše do operačního protokolu.*“

Kategorie Převaz rány – podkategorie Postup převazu

Prvně jsme se zaměřili na přípravu pacienta před samotným převazem. SJIP1, SJIP2, SJIP3, SJIP5, SJIP6 a SJIP7 se shodly, že pacienta nejprve před převazem informují. SJIP4 se vyjádřila: „*Pacienta poprosím, ať zaujme vhodnou polohu a potom sundám krytí z rány.*“ O vhodné poloze před převazem se i zmínily sestry SJIP1, SJIP3, SJIP5. SJIP3 také ve své výpovědi zmínila sundání starého krytí z rány. Jako jediná SJIP7 vypověděla,

že poté co informuje pacienta, si dojde připravit veškeré pomůcky, které potřebuje k převazu: „Pacienta informuji o převazu. Pak si připravím všechny pomůcky, co budu potřebovat.“ SCHIR1 až SCHIR6 také nejprve pacienta informují, než provedou samotný převaz. SCHIR3, SCHIR6, SCHIR7 ve svých odpovědích zmínily uvedení pacienta do vhodné polohy. SCHIR7: „Umístím si pacienta do vhodné polohy, když se převazuje končetina, tak ji podložím.“ SCHIR6, SCHIR1 do přípravy zahrnuly převoz pacienta na vyšetřovnu: „Dovezu pacienta na převazovnu, teď v době kovidu se všechny převazy dělají na pokoji. Z rány sundám krytí nebo obvaz, očistím ránu borovou vodou a pak přivolám lékaře.“ O možnosti podání analgetik před převazem vypověděli SCHIR2, SCHIR3, SCHIR5. Přičemž SCHIR3 podotkla i přípravu prostředí: „Pokud jde o velký převaz tak přibližně třicet minut před, nabídnu pacientovi analgetika. Seznámím pacienta s průběhem převazu, zajistím soukromí a vhodnou polohu. Dál třeba připravím prostředí, zavřu okna, aby nebyla zima.“

Na chirurgické jednotce intenzivní péče sestry převazují rány každý den nebo při prosáknutí krytí či obvazu nebo při znečištění krytí. Vypovídají o tom odpovědi všech sedmi sester z chirurgické jednotky intenzivní péče. SJIP3 zmínila, že to také závisí na druhu a čerstvosti rány: „Podle druhu a čerstvosti rány. Pokud více prosakuje, převazuje se častěji. Pokud ne, tak jedenkrát denně.“ Také odpovědi sester ze standardní chirurgické jednotky se shodovaly na provádění převazu každý den. SCHIR1, SCHIR2, SCHIR4, SCHIR6 ve svých odpovědích uvedly, že se to odvíjí od toho, co lékař napíše do dokumentace. SCHIR2: „Většinou každý den, u některých ran jednou za dva dny. Samozřejmě záleží na tom, co nepíše lékař v operační vložce.“ SCHIR4 dodala ve své výpovědi provedení převazu rány před propuštěním pacienta domů. Na chirurgické jednotce intenzivní péče sestry provádí ve zkratce převaz následovně: sundání starého krytí → dezinfekce rány → krytí rány novým sterilním krytím. SJIP1 a SJIP5 uvedly eventuální provedení proplachu rány při převazu. SJIP1: „Sundám staré sterilní krytí, ránu odezinfikuju eventuálně propláchnu a znovu sterilně kreju.“ SJIP7 uvedla zhodnocení rány při převazu: „Sundám staré krytí, ránu zhodnotím, odezinfikuju jí a dám nové sterilní krytí.“ SJIP2 jako první co udělá, odpověděla, že použila ochranné pomůcky: „Použiji ochranné pomůcky, připravím si pacienta do vhodné polohy, sundám krytí, odezinfikuju a ošetřím ránu a sterilně ji překryju.“ Sestry ze standardní chirurgické jednotky na tom jsou obdobně. Nejpodrobněji popsali převaz sestry SCHIR1, SCHIR2, SCHIR3 a SCHIR7. SCHIR1 odpověděla: „Položím pacienta na lůžko, řeknu mu, co jdu

dělat, sundám mu krytí z rány a očistím ji. Přivolám doktora. Doktor přijde, já mu podám peán s tamponkem, postříkám mu peán s tamponkem dezinfekcí, on ránu očistí dezinfekcí, položím mu k ruce emitku, dám mu sterilní čtverec, on si ránu otře, řekne mi, jaký přípravek budeme dávat na ránu, já si to připravím se sterilním krytím, dáme to na ránu a přelepíme náplastí. Pak odvezu pacienta na pokoj a uklidím si převazovnu a připravím na další převaz.“ SCHIR2 odpověděla: „Přivedu pacienta na převazovnu, u ležících pacientů si přivezu převazový vůz na pokoj. Přichystám si pacienta a prostředí. Přichystám si nástroje a věci abych měla vše při sobě. Vezmu si rukavice, sundám obvaz, lékař se podívá a zhodnotí ránu, případně řekne, co chce aby, jsme na ránu daly. Dezinfikujeme ránu dle ordinace lékaře, aplikujeme, co si přeje, a končíme sterilním krytím.“ SCHIR3 opověděla: „Vezmu si čisté rukavice, odlepím staré krytí, zavolám lékaře, aby zhodnotil ránu, vyměním si rukavice a pokračuju podle ordinace lékaře. Nejčastěji dezinfekce rány sterilním nástrojem a s tamponkem a potom suché sterilní krytí.“ SCHIR7 odpověděla: „Nejdříve si připravím všechny potřebné pomůcky. Pak si pacienta převezu na vyšetřovnu. Vezmu rukavice a emitku, odkryji ránu a případně očistím. Vyhodím rukavice a vezmu si nové. Zavolám si lékaře, aby provedl převaz. Asistuju lékaři. Následně ránu překryju novým sterilním krytím a zavážu nebo zalepím či nechám volně dle lékaře.“ SCHIR 3 i SCHIR7 byly jediné sestry, které při rozhovoru uvedly výměnu rukavic během převazu.

Na otázku, co vše hodnotí na operační ráně při převazu, všech sedm sester uvedlo sekreci. SJIP1, SJIP2, SJIP5 uvedly vzhled, SJIP1, SJIP6, SJIP7 okolí rány, SJIP2, SJIP3, SJIP4 zarudnutí, SJIP3, SJIP4 bolestivost. Mezi další rysy uvedla SJIP1 granulaci a epitelizaci, SJIP2 induraci (ztvrdnutí tkáně vyvolané zmnožením vaziva), SJIP3 otok, SJIP6 funkčnost stehů, SJIP7 krvácení a jakým způsobem se hojí rána. Na standardním oddělení sekreci uvedly sestry SCHIR1, SCHIR2, SCHIR3, SCHIR6 a SCHIR7, vzhled SCHIR7, okolí SCHIR2, SCHIR3, SCHIR4, SCHIR5, SCHIR7, zarudnutí SCHIR1, SCHIR3, SCHIR6, bolestivost SCHIR2, SCHIR3, SCHIR5, SCHIR6. SCHIR1 uvedla dále hodnocení krvácení, rozpadu rány, otoku a fáze hojení. SCHIR2 hojení rány, otoku, stehů a prokrvení místa. SCHIR3 známky zánětu, např. hnis, zvýšená teplota, zduření. Dále hodnocení krvácení, velikosti rány a kde se rána nachází. SCHIR4 barvy, kontinuity rány a teploty kůže. SCHIR5 barvy, zápachu, stehů a známek zánětu. SCHIR6 otoku, teploty kůže a krvácení. SCHIR7 krytí, velikosti, okrajů a známek zánětu. Postup dezinfekce operační rány se u všech čtrnácti sester shoduje. Dezinfekci provádí za pomoci sterilního

peánu, sterilního tamponku a dezinfekce nebo postříkem dezinfekce přímo na ránu. SCHIR3 a SCHIR5 upozornily, že volí jiný dezinfekční roztok, pokud se u pacienta vyskytuje alergie na jod. Dále nás také zajímalo, kolikátý den odstraňují stehy z rány. SJIP2, SJIP3, SJIP5, SJIP7 odpověděly sedmý až desátý den. SJIP4 odpověděla desátý až dvanáctý den. SJIP1 odpověděla desátý až čtrnáctý den. SJIP1 i SJIP2 uvedly závislost i na jiných okolnostech. SJIP1: „*Přibližně desátý až čtrnáctý den. Záleží na velikosti a hojení rány.*“ SJIP6 odpověděla: „*Podle toho, kde se rána vyskytuje.*“ Výpovědi sester ze standardní chirurgické jednotky byly rozmanitější. SCHIR3 a SCHIR7 udaly sedmý až desátý den. SCHIR2 a SCHIR5 udaly desátý den. SCHIR4 udala desátý až dvanáctý den. SCHIR6 udala sedmý až čtrnáctý den. SCHIR1 udala desátý až čtrnáctý den. Přičemž SCHIR5 až SCHIR7 dodaly, že vyndání stehu určí lékař. SCHIR3 do odpovědi zakomponovala i odstranění svorek z rány: „*Po sedmi až deseti dnech obyčejné stehy. Svorky po deseti až dvanácti dnech.*“ Co se týče materiálu, kterým kryjí operační rány, odpovědělo všech sedm sester z chirurgické jednotky intenzivní péče sterilní čtverce. SJIP2 a SJIP7 uvedly ještě sterilní čtvercové náplasti s polštářkem. Ze standardního oddělení odpověděly sterilní čtverce či sterilní čtvercové náplasti s polštářkem SCHIR3, SCHIR4 a SCHIR5. SCHIR6 odpověděla: „*Sterilní obvazový materiál, eventuelně vlhké hojení.*“ Další materiály vyjmenovaly zbylé sestry. SCHIR1 odpověděla: „*Sterilní čtverce, natahovací náplast OmniFix, normální náplast. Když rána sákně, tak dáváme ještě savku. Někdy ještě bandážový obvaz.*“ SCHIR2 „*Sterilní čtverce, náplast, obinadlo, pruban, mastný tyl, postříkové obvazy.*“ SCHIR7 odpověděla: „*Sterilní čtverce a OmniFix, když to prosakuje přidám ještě savku.*“

Kategorie Převaz rány – podkategorie Záznam převazu

Na chirurgické jednotce intenzivní péče zaznamenávají převaz do dekurzu pacienta, který je na 24 hodin. Vypověděly to sestry SJIP2, SJIP3, SJIP4, SJIP7. SJIP7 zaznamenává převaz také do záznamu péče o dekubity a jiné kožní defekty. SJIP1 vypověděla „*Do dokumentace k hodnocení péče a taky do realizace ošetrovatelské péče.*“ SJIP5 odpověděla stručně: „*Do dokumentace.*“ SJIP6 odpověděla zase: „*Do záznamu intenzivní péče.*“ Všechny sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče zapisují vzhled rány, a jak rána byla ošetřena. SJIP3, SJIP4, SJIP6 zapisují i umístění rány. SJIP4, SJIP6 také velikost rány. SJIP4: „*Zapíšu to do dekurzu pacienta, který je na dvacet čtyři hodin. Napíšu místo a velikost rány, popis, jak rána vypadá, jestli produkuje nějaký sekret, co jsme na ránu během převazu použili a co jsme tam dali a jaký jsme použili krytí.*“ Ze

standardní chirurgické jednotky sestry odpověděly SCHIR2 až SCHIR4 zaznamenávají převaz do realizace ošetrovatelské péče. SCHIR4 uvedla, že i lékař zapíše převaz do vizity. SCHIR1 také zaznamenává převaz do realizace ošetrovatelské péče, ale až poté, co lékař převaz nezaznamená do dekurzu pacienta. SCHIR5 do hodnocení ošetrovatelské péče. SCHIR6 do dekurzu pacienta dále do hlášení a plánu péče o rány a defekty. SCHIR7 odpověděla stejně jako SJIP5. SCHIR5 a SCHIR6 zaznamenávají to samé co sestry na chirurgické jednotce intenzivní péče – lokalizaci, velikost, vzhled a jak byla rána ošetřena. SCHIR2 zaznamenává: „Zaznamenám popis rány, okolí, jestli u toho byl doktor, výkon při převazu, jako jestli se třeba vyndávaly stehy. Dál jestli se hojí nebo horší, přesný popis převazu.“ SCHIR3 zaznamenává: „Napíšu, co přesně jsem při převazu použila za prostředky a jaké jsem dala krytí, jestli ránu viděl lékař, jestli se rána hojí per primam nebo tam jsou známky infekce.“ SCHIR4 zaznamenává: „Napíšu popis rány, zda se hojí či nehojí, velikost, místo, čím jsem defekt u převazu ošetřila a kdy má být další převaz.“ SCHIR7 zaznamenává: „Do dokumentace napíšu datum převazu. Dál vzhled rány, velikost, co jsem na ránu aplikovala, co se provádělo při převazu jako třeba proplach, vyndání drénu nebo stehů.“ Odpověď SCHIR1 byla nejpestřejší: „Tohle si většinou píše doktor sám do dekurzu. Napíše tam, jak rána vypadá a co jsme na to dali. Pokud to tam nenapíše, tak to zapíšu já do ropáku a napíšu čas, převaz s doktorem, dezinfekce rány s Braunolem, rána klidná, bez známek zarudnutí a známek infektu, sterilní krytí s Betadine, fixace. Ještě vždycky když píšu hlášení večer, co vše se u pacienta dělo za směnu, tak tam napíšu krytí rány bez prosaku nebo krytí rány s prosakem, přidáno další krytí.“

Kategorie Pomůcky k převazu rány

Kategorie 2 je rozdělena na dvě podkategorie. Jsou zaměřené na pomůcky při převazu. Dotazovali jsme se sester, jaké pomůcky používají a co dělají, když pomůcky nemají dostupné.

Kategorie Pomůcky k převazu rány – podkategorie Pomůcky k převazu

Cílem této podkategorie bylo zjistit vybavenost daného oddělení pomůckami k převazu ran a také jejich dostupnost. K převazu rány si SJIP1 až SJIP7 připravují základní pomůcky jako jsou nesterilní rukavice, emitní misku, sterilní nástroje, sterilní tamponky i čtverce, dezinfekční roztok. Zástupci sterilních nástrojů jsou peán a nůžky. SJIP1 uvedla dále ještě převazový vozík, roztoky k výplachu, náplasti. SJIP4 další jiné pomůcky

připravuje dle lékaře: „*Peán, emitku, sterilní tamponky, Betadinku, sterilní čtverce, rukavice a dál dle lékaře.*“. SJIP5 uvedla navíc peroxid, tak jako SJIP6. SJIP6 si dále připravuje borovou vodu. Dodala: „*Vše to mám v převazovém vozíku.*“ Při otázce, které pomůcky používají nejčastěji SJIP1 až SJIP7 vyjmenovaly převážně ty samé pomůcky. Akorát SJIP7 přidala k nástrojům sterilní pinzetu: „*Emitní misku, peán, nůžky, pinzetu, dezinfekci, sterilní krytí, rukavice*“. SCHIR2 – SCHIR5 a SCHIR7 si k převazu připravují rukavice, emitní misku, sterilní nástroje – peán, nůžky, pinzetu, sterilní tamponky a čtverce, dezinfekční roztok, náplast, podložku. SCHIR3 specifikovala, že si připravuje převazové nůžky a zbylé pomůcky si připravuje podle toho, co jí čeká za převaz: „*Podle toho, co mě čeká za převaz. Peán, převazové nůžky, dezinfekci, tamponky, sterilní čtverce, náplast, emitku, rukavice a podložku.*“ SCHIR6 si připravuje k převazu rány také roztoky na oplach rány. SCHIR1 zmínila i přípravu medikamentů: „*Připravím si nástroje, peán, nůžky a podle defektu někdy i chirurgickou lžičku. Potom tamponky, čtverce, emitku, podložení, dezinfekci, náplast, obinadlo. A pak medikamenty, které dáváme na ránu, aby se hojila.*“ Tak jako sestry na JIP i sestry na standardní chirurgické jednotce nejčastěji při převazu používají rukavice, emitní misku, sterilní nástroje – peán, nůžky, dezinfekci, sterilní čtverce a tamponky.

Kategorie Pomůcky k převazu rány – podkategorie Nedostatek pomůcek

Na chirurgickém oddělení, kde se provádí několik převazů denně, by měly být vždy dostupné pomůcky v dostatečném množství. Když nastane situace, kdy chybí jedna nebo více pomůcek musí si sestra umět poradit. Jak by si sestry poradily, nás zajímalo v další části rozhovoru. Kladné odpovědi měly sestry SJIP2, SJIP3, SJIP5 a SJIP6 jež odpověděly, že pomůcky mají dostupné vždy. SJIP3 dodala, že neví, jak by si poradila v situaci, kdy jsou pomůcky nedostupné: „*Dostupné jsou vždy, pokud by nebyly, tak nevím.*“ Nedostatek pomůcek by řešila SJIP4 jejich vypůjčením jinde. SJIP6 by se snažila najít jinou alternativu: „*Vždy jsou dostupné, jinak použiju jinou alternativu.*“ Potěšila nás odpověď SJIP1: „*Tato situace se mi ještě nikdy nestala.*“ SJIP7 by si poradila s tím, co by měla k dispozici: „*Použiji alespoň to, co mám k dispozici.*“ U sester ze standardní chirurgické jednotky by situaci s nedostatkem pomůcek řešila většina sester jejich zapůjčením na jiném oddělení. V rozhovoru to uvedly sestry SCHIR1, SCHIR2, SCHIR3, SCHIR4, SCHIR5 a SCHIR7. Většinou to volily jako druhou možnost. SCHIR1 vypověděla: „*Tak tyhle jsou dostupné zrovna vždy, ale kdyby náhodou nebyly, tak si je dojdu půjčit naproti na oddělení.*“ SCHIR3: „*Nějak si poradím a improvizuji. Pokud*

pomůcky nejde nahradit tak poprosím o zapůjčení pomůcky na jiném oddělení.“ SCHIR5: „Nahradím je jinými nebo si je zapůjčím na jiném oddělení.“ SCHIR6 jako jediná by volila v situaci nedostatku pomůcek jednorázové pomůcky: „Na našem oddělení je vždy dostupné vše. Eventuelně použiju jednorázové pomůcky.“ Trvalou dostupnost pomůcek na oddělení ze standardní chirurgické jednotky podotkly pouze dvě sestry, a to SCHIR6 a SCHIR7. SCHIR7 odpověděla: „Půjčím si je jinde jinak u nás jsou vždy dostupné.“ Z chirurgické jednotky intenzivní péče trvalou dostupnost pomůcek uvedlo celkem pět sester.

Kategorie Následná péče

Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. Na bariérová opatření, kde se zabýváme, jaká bariérová opatření dodržují sestry při převazu operační rány. Na péči o jizvu, ke které jsme přidali i edukaci pacienta o jizvu při propuštění do domácího prostředí. V neposlední řadě jsme se zaměřili na možnosti následné péče pro pacienty.

Kategorie Následná péče – podkategorie Bariérová opatření

Nedílnou součástí převazu ran je dodržování bariérových opatření. V rozhovorech jsme se zeptali sester, jaká bariérová opatření dodržují ve vztahu k převazu operační rány. Všechny sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče odpověděly, že používají ochranné pomůcky, zejména rukavice. SJIP4 uvedla i další ochranné pomůcky: „Mám rukavice, zástěru eventuálně ochranné brýle.“ Jako další bariérové opatření uvedly aseptický postup při převazu sestry SJIP2, SJIP6, SJIP7. Sterilní nástroje či materiál uvedly sestry SJIP1, SJIP2, SJIP3, SJIP5 a SJIP7. SJIP3 a SJIP5 uvedly také dezinfekci rukou. Na standardní chirurgické jednotce také každá sestra používá při převazu ochranné pomůcky. Taktéž nejčastěji byly uvedeny rukavice. Aseptický postup při převazu zmínily sestry SCHIR2, SCHIR4, SCHIR6, SCHIR7. Použití sterilní nástrojů i materiálu uvedly sestry SCHIR1, SCHIR5 a SCHIR6. SCHIR1 dodala: „Mám rukavice, používám sterilní pomůcky a dávám pozor, abych je nějakým způsobem neznesterilnila.“ SCHIR5 dodala: „Používám rukavice, čisté lůžkoviny, když znečistím sterilní materiál při převazu, vezmu si nový, používám sterilní nástroje a obvazový materiál, následně si umyju a dezinfikuju ruce.“ Dezinfekci uvedly rukou pouze sestry SCHIR3 a SCHIR5. SCHIR3 uvádí také: „Používám rukavice, provádím hygienickou dezinfekci rukou. Taky si sundám hodinky a mám sepnuté vlasy.“ SCHIR4 a SCHIR6 zase dezinfekci povrchů po převazu. SCHIR4: „Aseptický postup při převazu, používám rukavice, po převazu vše dezinfikuji.“ SCHIR6:

„Zajišťuju sterilní prostředí, sterilní pomůcky, používám ochranné pomůcky, provádím dezinfekci povrchů.“ Při doptání se na zajištění sterilního prostředí, bylo vysvětleno, že tím byl myšlený aseptický postup. SCHIR5 i výměnu lůžkoviny. Lůžkovinou byla myšlena jednorázová papírová podložka, která se mění po každém pacientovi.

Kategorie Následná péče – podkategorie Péče o jizvu

I když na chirurgické jednotce intenzivní péče se k péči o jizvy moc nedostanou, přece jen většina sester na otázku v rozhovoru odpověděla. SJIP5 a SJIP6 potvrzují převážně výskyt hojících se ran na oddělení. Zbylých pět sester odpovědělo, že by jizvu promazávaly. SJIP2 uvedla také masáž jizvy. SJIP3 uvedla navíc sledování jizvy a provádění zvýšené hygieny. SJIP7 odpověděla: *„Jizvu bych dezinfikovala a promazávala. Pacienta bych edukovala o masírování jizvy.“* Edukace pacienta v péči o jizvu v domácím prostředí na chirurgické jednotce intenzivní péče neprobíhá. Pacienty ještě překládají na standardní chirurgickou jednotku. V rozhovoru to uvedly sestry SJIP1, SJIP2, SJIP4, SJIP5, SJIP6 i SJIP7. Přičemž SJIP6 i SJIP7 v odpovědi uvedly, že by pacienta edukovaly o promazávání jizvy, masírování jizvy, zvýšené hygieně a snížení námahy. SJIP7: *„U nás moc ne. Jinak jizvu by měl promazávat a masírovat a taky nenamáhat to místo.“* SJIP3 odpověděla o čem by pacienta edukovala: *„Měli by dodržovat pravidelnou hygienu, jizvu sledovat a promazávat.“* Na standardní chirurgické jednotce začíná svůj popis SCHIR1: *„Hele o jizvy my skoro nepečujeme. Většinou ty lidi u nás dlouho neleží, a po operaci jdou do dvou týdnů domů nebo na následnou péči.“* Promazáváním a masáží pečují o jizvu SCHIR6 a SCHIR7. Zbylé sestry promazávání a masáž jizvy také uvedly, ale i jiné intervence. SCHIR2 podotkla i omezení pohybu. SCHIR3 jizvu rovněž sprchuje a udržuje v čistotě. SCHIR4 a SCHIR5 potvrzují dostatečnou hygienu a udržování jizvy v čistotě, dokonce i v suchu. Na otázku, co vše je součástí edukace pacienta v péči o jizvu v domácím prostředí, se odpovědi sester ze standardní chirurgické jednotky shodovaly. SCHIR1 až SCHIR6 by pacienta edukovaly v dostatečné hygieně, jizvu spíše sprchovat a nemydlit. Pravidelné promazávání jizvy, masáže, nenamáhat místo v oblasti jizvy. SCHIR3 a SCHIR7 podotkly promazávání jizvy gelem Hemagel. SCHIR3: *„Pacient by měl jizvu udržovat v čistotě, zhruba pět týdnů nepřetěžovat, promazávat mastným krémem nebo často doporučujeme Hemagel na rychlejší zhojení. Aby jizva nebyla vystouplá, je dobré dělat tlakové masáže, prsty stlačit jizvu na několik vteřin. Jizva by se neměla vystavovat na přímé slunce.“* SCHIR7 dodala také nepoužívání peelingů: *„Ano poučím ho, aby nepřetěžoval jizvu, nevystavoval jizvu*

slunci, používal pečující prostředky o jizvu například Hemagel, nepoužíval peelingy.“ O nevystavování jizvy slunci mluvila také SCHIR6, která poukázala na prevenci úrazu v oblasti jizvy: *„Řeknu jim, aby se o jizvu starali, tak že ji udržují v čistotě a suchu, pravidelně ji promazávají různými oleji, jizvu, aby pouze oplachovali a nekoupali se, neopalovali se, vyhnuli se velké námaze a dávali si pozor na úraz v oblasti jizvy.“* SCHIR5 dále uvedla zabránění mechanickému dráždění: *„Poučím ho o zvýšené hygieně o pokožku, zabránění mechanickému dráždění, jizvu, aby promazával a masíroval.“* SCHIR2 u vedla možnost vyskytnutí komplikací při péči o jizvu v domácím prostředí a jak má pacient postupovat: *„Aby omezil pohyb podle toho, kde má jizvu, když už bude lehce zahojená tak promazávat. Kdyby začala jizva být okolo červená, bolela tak ať navštíví ambulanci. Při sprchování pouze namočit vodou bez šamponu.“* Naopak SCHIR1 odpověděla, že spíše edukují pacienty v péči o operační ránu v domácím prostředí: *„Edukujeme pacienty, jak se starat doma o operační ránu. Ránu nemydlit, mýt pouze vodou, dostatečná hygiena, držení v čistotě, nezatěžovat svaly blízko rány.“*

Kategorie Následná péče – podkategorie Následná péče

O možnostech následné péče pro pacienty některé sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče nevěděly. Vyplývá to i z charakteristiky oddělení. Na chirurgické jednotce intenzivní péče jsou většinou hospitalizovaní pacienti po velkých operacích, kteří jsou následně přeloženi ještě na standardní chirurgickou jednotku, než jdou domů. Sestry, které nevěděly o možnostech následné péče pro pacienta, jsou SJIP5, SJIP6 a SJIP7. Jejich odpovědi byly *„Nevím.“* SJIP1, SJIP2 a SJIP4 odpověděly domácí péči, přičemž šlo vidět, že odpovědi spíše tipnuly. SJIP3 jako jediná odpověděla: *„Od nás jsou pacienti většinou překládáni ještě na standardní oddělení.“* Na standardní chirurgické jednotce se s následnou péčí o pacienty setkávají často. Z jejich oddělení jsou pacienti překládáni na LDN nebo jsou propuštěni domů. Pacienti pak, dochází na kontroly na chirurgickou ambulanci nebo k praktickému lékaři. Je možnost i zařídit domácí péči pro pacienta. *„Po propuštění předáváme pacienta na kontroly buď do péče chirurgické ambulance anebo praktickému lékaři. Pokud pacient nezvládá převazy sám, zajišťujeme domácí péči“* odpověděla SCHIR3. To samé tvrdí také SCHIR4: *„Když jsou potřeba ještě převazy, tak pacient dochází na ambulanci nebo k praktickému lékaři nebo se zařídí domácí péče.“* a SCHIR6: *„Ambulantní převazy v nemocnici nebo zajištění služby domácí péče.“* SCHIR2 a SCHIR7 dodaly možnost LDN. SCHIR7 ještě také dodala možnost lázní: *„LDN, lázně, domácí péče, ambulantní péče.“* SCHIR1 uvedla další možnosti

a zároveň je upřesnila na nejbližší místa v rámci nemocnice nebo okolí: „*Oddělení následné péče v rámci nemocnice což je ONRP A a ONRP B. Sociální nebo paliativní lůžka, potom léčebny dlouhodobě nemocných. To je Hradec, Počátky, Dačice anebo si potom rodina zajistí domov pro seniory.*“ SCHIR5 vzala pojem následná péče úplně z jiné stránky. Odpověděla: „*Když má pacient tu jizvu nehezkou, řekneme mu, že je možnost úpravy pomocí laseru nebo plastické chirurgie.*“

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřená na péči o operační ránu na chirurgickém oddělení. Sestry z chirurgického oddělení se nejčastěji setkávají s akutním typem rány, jelikož chirurgie, jako medicínský obor, se zabývá operační léčbou (Burda, 2016). Cílem této bakalářské práce je zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče a zjistit, jaké pomůcky mají k dispozici sestry na jednotlivých odděleních chirurgie a následně všechny parametry mezi sebou porovnat. Výzkumné otázky zní: Jakým způsobem sestry ošetřují operační ránu na standardním chirurgickém oddělení? Jaké pomůcky k ošetřování ran mají sestry k dispozici na standardním chirurgickém oddělení? Jaké jsou rozdíly v péči o operační ránu na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče? Jaké jsou rozdíly v pomůckách k ošetřování ran na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče?

Pro výzkumné šetření jsme zvolili kvalitativní metodu. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na standardním chirurgickém oddělení a chirurgické jednotce intenzivní péče v celkovém počtu 14 oslovených sester. Z nichž 7 pracuje na standardním chirurgickém oddělení a zbylých 7 sester na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Jako první jsme zkoumali péči o operační rány na chirurgickém oddělení. Dle Vytejškové et al. (2015) se první převaz u operačních ran uskutečňuje za 24-48 hodin po operaci. Garajová (2010) ve své kapitole doporučuje provedení prvního převazu operační rány až po 48 hodinách. Ponechat ránu po prvním převazu nekrytou z důvodu včasného rozpoznání známek infekce, dehiscence a alergických reakcí. Z výzkumu bylo zjištěno, že na standardní chirurgické jednotce uvedly čtyři sestry převaz po 24 hodinách od operace a tři po 48 hodinách. Převaz druhý operační den většinou indikuje lékař. SCHIR1 uvedla: „*Hned další den po operaci. Pokud chce lékař dýl, třeba druhý pooperační den, tak to napíše do operačního protokolu.*“ Z mého pohledu ani jedna časová varianta není špatná. Jde spíše o zvyklost oddělení, kdy provádí první převaz rány po operaci.

Převazy se obvykle provádí dopoledne, jako součást vizity a dále během dne podle potřeby. Převaz se plánuje také s ohledem na koupel pacienta či aplikaci léků proti bolesti, které by měly být podány obvykle třicet minut před převazem. Pokud není převaz možný na vyšetřovně lze jej provést na pokoji na lůžku pacienta s použitím převazového

vozíku. V tomto případě dbáme na zajištění soukromí pacienta pomocí zástěny či závěsu. Příprava u pacienta spočívá v informovanosti o převazu, podání léků proti bolesti a uvedení pacienta do polohy vhodné k převazu (Vytejková et al., 2015). Pacient by měl být také informován, že podobu převazu se nesmí dotýkat rány (Stanek, Brychta, 2014). Na standardní chirurgické jednotce sestry nejprve pacienta informují o převazu. O možnosti podání analgetik před převazem vypověděly SCHIR2, SCHIR3, SCHIR5. Přičemž SCHIR3 podotkla i přípravu prostředí: „*Pokud jde o velký převaz tak přibližně třicet minut před, nabídnu pacientovi analgetika. Seznámím pacienta s průběhem převazu, zajistím soukromí a vhodnou polohu. Dál třeba připravím prostředí, zavřu okna, aby nebyla zima.*“ Bolest spojenou s převazem lze minimalizovat i použitím vhodného neadherentního krytí (krytí netraumatizuje spodinu rány) nebo zvlhčením krytí před jeho sejmutím (Stryja et al., 2016). Z rozhovorů vyplynulo, že za normálních okolností si pacienta převezou na vyšetřovnu, která je na převazy určena. Z důvodu pandemické situace musí převazy provádět na pokoji pacienta. SCHIR1: „*Dovezu pacienta na převazovnu, teď v době covidu se všechny převazy dělají na pokoji. Z rány sundám krytí nebo obvaz, očistím ránu borovou vodou a pak přivolám lékaře.*“ Těsně před zahájením převazu si pacienta uvedou do vhodné polohy. SCHIR7: „*Umístím si pacienta do vhodné polohy, když se převazuje končetina, tak ji podložím.*“ Převazy operačních ran provádějí každý den. Jinou četnost převazu určí lékař. SCHIR2: „*Většinou každý den, u některých ran jednou za dva dny. Samozřejmě záleží na tom, co nepsí lékař v operační vložce.*“ Stryja et al. (2016) ve své knize sdělil, že četnost převazů se odvíjí, od aktuálních potřeb rány tzn. podle sekrece, infekce, krvácení apod.

Vytejková et al. (2015) uvádí správný postup převazu takto: nejprve vložíme do lůžka pacienta emitní misku. Provedeme dezinfekci rukou a obléknutí rukavic. Odstraníme současné krytí, přičemž poslední vrstvu odstraníme pomocí pinzety. Provede se zhodnocení rány. Následuje výměna rukavic a dezinfekce rukou. Poté dezinfikujeme ránu. Buď pomocí peánu a tamponku nebo ránu postříkáme dezinfekcí. Při dezinfekci rány pomocí peánu a tamponku ránu dezinfikujeme jedním směrem. Za pomocí peánu vytáhneme z obalu sterilní čtverce, kterými přikryjeme ránu. Sterilní čtverce by měly přesahovat ránu minimálně o jeden centimetr. Následně čtverce přelepíme pruhovou náplastí anebo přilnavou plošnou náplastí. Převaz rány se také může provádět s asistencí, kdy sestra asistuje lékaři nebo bez asistence. Stryja et al. (2016) zdůrazňuje výměnu krycího materiálu za přísně aseptických podmínek. Aplikovat techniku non-touch, při

kteře se snažíme zabránit kontaktu s ránou za pomoci používání ochranných pomůcek. Dalším opatřením je manipulace se sterilním materiálem pomocí sterilních nástrojů. Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že průběh převazu odpovídá postupu dle Vytejkové et al. (2015). Jedinou výjimku na chirurgickém oddělení tvoří nepoužívání pinzety k odstranění poslední vrstvy krytí z rány. Zde uvádím pro příklad některé odpovědi sester. SCHIR1 odpověděla: „*Položím pacienta na lůžko, řeknu mu, co jdu dělat, sundám mu krytí z rány a očistím ji. Přivolám doktora. Doktor přijde, já mu podám peán s tamponkem, postříkám mu peán s tamponkem dezinfekcí, on ránu očistí dezinfekcí, polořím mu k ruce emitku, dám mu sterilní čtverec, on si ránu otře, řekne mi, jaký přípravek budeme dávat na ránu, já si to připravím se sterilním krytím, dáme to na ránu a přelepíme náplastí. Pak odvezu pacienta na pokoj a uklidím si převazovnu a připravím na další převaz.*“ SCHIR2 odpověděla: „*Přivedu pacienta na převazovnu, u ležících pacientů si přivezu převazový vůz na pokoj. Přichystám si pacienta a prostředí. Přichystám si nástroje a věci abych měla vše při sobě. Vezmu si rukavice, sundám obvaz, lékař se podívá a zhodnotí ránu, případně řekne, co chce aby, jsme na ránu daly. Dezinfikujeme ránu dle ordinace lékaře, aplikujeme, co si přeje, a končíme sterilním krytím.*“ SCHIR3 odpověděla: „*Vezmu si čisté rukavice, odlepím staré krytí, zavolám lékaře, aby zhodnotil ránu, vyměním si rukavice a pokračuju podle ordinace lékaře. Nejčastěji dezinfekce rány sterilním nástrojem a s tamponkem a potom suché sterilní krytí.*“ SCHIR7 odpověděla: „*Nejdříve si připravím všechny potřebné pomůcky. Pak si pacienta převezu na vyšetřovnu. Vezmu rukavice a emitku, odkryji ránu a případně očistím. Vyhodím rukavice a vezmu si nové. Zavolám si lékaře, aby provedl převaz. Asistuju lékaři. Následně ránu překryju novým sterilním krytím a zavážu nebo zalepím či nechám volně dle lékaře.*“

Nezbytnou součástí převazu rány je i jeho dokumentace. Základem každého protokolu jsou identifikační údaje pacienta, stav krytí na ráně při převazu, předchozí a současná místní léčba, přítomnost drénů, použitý materiál. Také klasické popisné hodnocení rysů rány. Dokumentace by měla obsahovat rovněž doplňující informace jako je otok, bolest. (Hampton, 2015). Sestry ze standardní chirurgické jednotky SCHIR1 až SCHIR4 zaznamenávají převaz do realizace ošetrovatelské péče. SCHIR4 uvedla, že i lékař zapíše převaz do vizity. SCHIR5 do hodnocení ošetrovatelské péče. SCHIR6 do dekurzu pacienta dále do hlášení a plánu péče o rány a defekty. SCHIR7 odpověděla stejně jako SJIP5. Většina sester zaznamenává lokalizaci, velikost, vzhled a jak byla rána ošetřena.

S převazem operačních ran souvisí i dodržování bariérových opatření. Bariérová péče je systém organizačních a materiálních opatření vedoucích k přerušení cesty přenosu mikroorganismů k dalším osobám (Schneiderová, 2014). Do zásad bariérové ošetrovatelské péče patří: dodržování osobní hygieny, používání čistých ochranných pomůcek, dodržovat zásady hygieny rukou, požívat jednorázové pomůcky, dodržovat bezdotykovou techniku, dodržování aseptických postupů atd. (Kapounová, 2007). Kapounová (2020) také udává, že u každého dvacátého hospitalizovaného pacienta vznikne v souvislosti se zdravotní péčí alespoň jeden případ různě závažné infekce. Nejčastějšími bariérovými opatřeními na standardní chirurgické jednotce je aseptický postup při převazech, používání ochranných pomůcek zejména rukavic, požívání sterilních nástrojů a materiálu, dezinfekce rukou. SCHIR3 uvádí také: „*Používám rukavice, provádím hygienickou dezinfekci rukou. Taký si sundám hodinky a mám sepnuté vlasy.*“ SCHIR4 a SCHIR6 zase dezinfekci povrchů po převazu. SCHIR4: „*Aseptický postup při převazu, používám rukavice, po převazu vše dezinfikuji.*“ SCHIR6: „*Zajišťuju sterilní prostředí, sterilní pomůcky, používám ochranné pomůcky, provádím dezinfekci povrchů.*“ Dle mého názoru ve většině případů nejsou bariérová opatření dodržována tak, jak by přesně měla být. Součástí ochranných pomůcek by měla být i zástěra a rouška, ale používají se převážně jen rukavice. V některých případech nedochází ani k výměně rukavic při převazu rány po sundání starého krytí. U hygienické dezinfekce rukou většinou nejsou dodrženy jednotlivé kroky a délka trvání hygienické dezinfekce rukou. Domnívám se, že je to způsobené časovou tísní sester. Podle Kapounové (2020) je řešením neustálé vzdělávání a trénink zdravotníků orientované na jednotlivé postupy.

Z mého pohledu je důležité, aby sestry na standardní chirurgické jednotce uměly pečovat o jizvu a uměly edukovat pacient v péči o jizvu před propuštěním do domácí péče. Tato problematika je především zpracovaná v teoretické části bakalářské práce viz podkapitola 1.3.4. V rámci hospitalizace sestry na standardní chirurgické jednotce jizvy udržují v čistotě a suchu, promazávají je a masírují. SCHIR1 v rozhovoru odpověděla: „*Hele o jizvy my skoro nepečujeme. Většinou ty lidi u nás dlouho neleží a po operaci jdou do dvou týdnů domů nebo na následnou péči.*“ Do edukace pacienta zahrnují dostatečnou hygienu, jizvu spíše sprchovat a nemydlit, pravidelné promazávání a masírování jizvy, nenamáhat místo v oblasti jizvy, neslunit se. SCHIR6 poukázala na prevenci úrazu v oblasti jizvy: „*Řeknu jim, aby se o jizvu starali, tak že ji udržují v čistotě a suchu, pravidelně ji promazávají různými oleji, jizvu, aby pouze oplachovali a nekoupali se,*

neopalovali se, vyhnuli se velké námaze a dávali si pozor na úraz v oblasti jizvy.“ SCHIR2 u vedla možnost vyskytnutí komplikací při péči o jizvu v domácím prostředí a jak má pacient postupovat: „Aby omezil pohyb podle toho, kde má jizvu, když už bude lehce zahojená tak promazávat. Kdyby začala jizva být okolo červená, bolela tak at' navštíví ambulanci. Při sprchování pouze namočit vodou bez šamponu.“ Naopak SCHIR1 odpověděla, že spíše edukují pacienty v péči o operační ránu v domácím prostředí: „Edukujeme pacienty, jak se starat doma o operační ránu. Ránu nemydlit, mýt pouze vodou, dostatečná hygiena, držení v čistotě, nezatěžovat svaly blízko rány.“

V druhé výzkumné otázce jsme se zaměřili na pomůcky, které mají k dispozici sestry na standardním chirurgickém oddělení. Vytejková et al. (2015) k převazu jmenuje následující pomůcky: dezinfekční prostředky neboli kožní antiseptika, oplachové roztoky, které se používají k oplachu rány i k uvolnění přilepeného primárního krytí či povlaku na ráně, sterilní čtverce a tampony, jež jsou vyrobené z textilní gázy, nebo ve formě netkané textilie, obvaz podle účelu, různé druhy sterilních nástrojů, dále také sterilní roušky, stříkačky, jehly, dezinfekci na ruce, ochranné pomůcky apod. Podle Schneiderové (2014) do základního souboru chirurgických nástrojů patří rukojeť skalpelu, břit skalpelu, tamponové kleště, peán, kocher, nůžky, pinzeta anatomická a chirurgická, jehelec, sonda žlábková i paličková a chirurgická lžička. Základními pomůckami, které si sestry na standardní chirurgické jednotce připravují, jsou rukavice, emitní miska, sterilní nástroje – peán, nůžky, pinzeta, sterilní tamponky a čtverce, dezinfekci, náplast a podložku. Následně určité sestry uvádějí další pomůcky navíc. SCHIR3 specifikovala převazové nůžky a zbylé pomůcky si připravuje podle toho, co jí čeká za převaz: „Podle toho, co mě čeká za převaz. Peán, převazové nůžky, dezinfekci, tamponky, sterilní čtverce, náplast, emitku, rukavice a podložku.“ SCHIR6 si připravuje k převazu rány také roztoky na oplach rány. SCHIR1 zmínila i přípravu medikamentů: „Připravím si nástroje, peán, nůžky a podle defektu někdy i chirurgickou lžičku. Potom tamponky, čtverce, emitku, podložení, dezinfekci, náplast, obinadlo. A pak medikamenty, které dáváme na ránu, aby se hojila.“

Další výzkumná otázka se zaměřuje na rozdíly v péči o operační ránu na standardní chirurgické jednotce a jednotce intenzivní péče. Jak z výše uvedeného víme, sestry na standardní chirurgické jednotce provádí první převaz operační rány první pooperační den. Pokud se provádí druhý pooperační den, je to na základě indikace lékaře. Na chirurgické jednotce intenzivní péče provádí první převaz operační rány první pooperační den. Jediná

SJIP5 uvedla druhý pooperační den: „*Druhý pooperační den, v případě prosaku dříve.*“ Ve výzkumu Petruňové (2013) respondenti nejčastěji odpovídali, že první převaz operační rány se provádí podle potřeby a požadavků lékaře.

Sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče se shodly, že před převazem pacienta nejdříve informují a následně požádají pacienta, aby zaujal vhodnou polohu. SJIP3 také ve své výpovědi zmínila sundání starého krytí z rány. Jako jediná SJIP7 vypověděla, že poté co informuje pacienta, si dojde připravit veškeré pomůcky co potřebuje k převazu: „*Pacienta informuji o převazu. Pak si připravím všechny pomůcky, co budu potřebovat.*“ Pospíšilová (2012) ve svém výzkumu uvádí lepší informovanost pacienta o převazu rány na standardní chirurgické jednotce než na jednotce intenzivní péče. Tvrdí, že sestry z jednotky intenzivní péče pacientům podávají neúplné informace nebo dokonce zapomínají na komunikaci s pacientem před převazem. Sestry ze standardní chirurgické jednotky pacienty poučí o převazu a zdůvodní, proč se převaz bude provádět. O možnosti podání analgetik před převazem se nezmínila ani jedna sestra. Z vlastní zkušenosti vím, že pacienti na chirurgické jednotce intenzivní péče dostávají analgetika pravidelně. Převazy jsou uskutečněny vždy u lůžka pacienta, protože na jednotce intenzivní péče nemají jinou místnost, která by k tomu byla určena. Tak jako na standardní chirurgické jednotce, tak i na chirurgické jednotce intenzivní péče provádí převazy operačních ran každý den, popřípadě dle potřeby. Tím se myslí při prosáknutí krytí nebo při jeho znečištění.

Na chirurgické jednotce intenzivní péče sestry provádí ve zkratce převaz následovně: sundání starého krytí → dezinfekce rány → krytí rány novým sterilním krytím. SJIP1 a SJIP5 uvedli eventuální provedení proplachu rány při převazu. SJIP1: „*Sundám staré sterilní krytí, ránu odezinfikuju eventuálně propláchnu a znovu sterilně kreju.*“ SJIP7 uvedla zhodnocení rány při převazu: „*Sundám staré krytí, ránu zhodnotím, odezinfikuju jí a dám nové sterilní krytí.*“ Z rozhovoru vyplývá, že po odstranění starého krytí si sestry na jednotce intenzivní péče nevymění rukavice a nedezinfikují ruce. Na stejný problém poukazuje ve svém výzkumu i Pospíšilová (2012). Z celkového počtu 21 sledovaných sester výměnu rukavic provedla pouze jedna. Dále z toho také vyplývá, že převaz provádí sestry samy. Sestry ze standardní chirurgické jednotky uvádí, že si lékaře k převazu zavolají. Vacušková (2018) ve svém výzkumu zjistila, že většina sester provádí převaz operačních rán správně, ale našly se i takové, které by ránu nejprve dezinfikovaly a poté až hodnotily. Je to velice zarážející, jelikož převazy ran jsou každodenní náplní práce

chirurgické sestry. Při nesprávném postupu při převazu operační rány mohou sestry způsobit výskyt infekce v ráně. Jako příklad si můžeme uvést neprovedení výměny rukavic po sundání starého krytí z rány. Sestra může špinavými rukavicemi zanechat infekci do již ošetřené rány (Vacušková, 2018).

Na chirurgické jednotce intenzivní péče sestry zaznamenávají převaz do dekuru pacienta, který je na 24 hodin. SJIP7 zaznamenává převaz také do záznamu péče o dekubity a jiné kožní defekty. SJIP1 vypověděla „*Do dokumentace k hodnocení péče a taky do realizace ošetrovatelské péče.*“ Všechny sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče zapisují vzhled rány, a jak rána byla ošetřena. Některé z nich zapisují i umístění rány a její velikost. Odlišnosti v záznamu převazu si odvozuji od toho, jak je sestra sama zvyklá zaznamenávat převaz a také od toho, že dekurz pacienta na chirurgické jednotce intenzivní péče je na 24 hodin, takže sestra nevidí záznam převazu z předchozího dne. Z výzkumu Pospíšilové (2012) vyplývá, že lépe hodnotí rány sestry z jednotky intenzivní péče než sestry ze standardní chirurgické jednotky. Sestry ze standardní chirurgické jednotky zápis do dokumentace opomíjely. Lepší hodnocení rány přisuzují tomu, že sestry z jednotky intenzivní péče se setkávají s většími operačními ránami v prvních pooperačních dnech.

Bariérová opatření na chirurgické jednotce intenzivní péče dodržují používáním ochranných pomůcek, zejména rukavic. Dále aseptickým postupem při převazech, používání sterilních nástrojů a materiálů, dezinfekcí rukou. Dezinfekci povrchů sestry v rozhovorech nevedly.

Největší rozdíl je v péči o jizvu. Na chirurgické jednotce intenzivní péče sestry SJIP5 a SJIP6 potvrzují převážně výskyt hojících se ran. Zbylých pět sester odpovědělo, že by jizvu promazávaly. SJIP2 uvedla také masáž jizvy. SJIP3 uvedla navíc sledování jizvy a provádění zvýšené hygieny. SJIP7 odpověděla: „*Jizvu bych dezinfikovala a promazávala. Pacienta bych edukovala o masírování jizvy.*“ Se sestrou SJIP5 a SJIP6 souhlasím. Edukace pacienta v péči o jizvu v domácím prostředí na chirurgické jednotce intenzivní péče neprobíhá. Pacienty ještě překládají na standardní chirurgickou jednotku. Svědčí o tom výpovědi šesti sester ze sedmi.

V poslední výzkumné otázce nás zajímaly rozdíly v pomůckách na standardní chirurgické jednotce a jednotce intenzivní péče. K převazu rány si na chirurgické jednotce intenzivní péče SJIP1 až SJIP7 připravují základní pomůcky jako jsou nesterilní rukavice, emitní

misku, sterilní nástroje, sterilní tamponky i čtverce, dezinfekční roztok. Zástupci sterilních nástrojů jsou peán a nůžky. Jednotlivé sestry dále uvádějí ještě další pomůcky, jako je převazový vozík, roztoky k výplachu rány, náplasti. SJIP4 si pomůcky připravuje dle lékaře: „*Peán, emitku, sterilní tamponky, Betadinku, sterilní čtverce, rukavice a dál dle lékaře.*“. Zde jsem shledala jeden malý rozdíl. Na standardní chirurgické jednotce využívají u převazu podložku a sterilní pinzetu. V rozhovorech se sestrami z chirurgické jednotky intenzivní péče nebyly tyto pomůcky zmíněny. Další rozdíly v pomůckách mezi jednotlivými odděleními jsem neshledala. Z výzkumu Pospíšilové (2012) vyplývá, že sestry na jednotce intenzivní péče mají podobné vybavení převazového vozíku jako sestry ze standardní chirurgické jednotky. Sestry z jednotky intenzivní péče mají akorát větší množství moderního převazového materiálu a Redonových drénů. Tento rozdíl v dostupnosti pomůcek na jednotlivých odděleních jsem ve svém výzkumu neshledala. Většina sester by tento rozdíl v pomůckách předpokládala.

Pospíšilová (2012) ve výsledcích výzkumu zmiňuje, že celkově lepší výsledky mají sestry z jednotky intenzivní péče. Jako důvod udává lepší teoretické znalosti samotného převazu. V mém výzkumu vychází výsledky stejné nebo velice podobné.

Naše cíle, zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a zmapovat rozdíly ošetrovatelské péče o operační rány na standardní chirurgické jednotce a jednotce intenzivní péče, byly splněny. Ošetrovatelská péče o operační rány na obou odděleních probíhá převážně podle doporučených postupů, které byly uvedené v odborné literatuře. Největší rozdíl v péči o operační rány je v péči o jizvu. Rozdíl vyplývá z charakteristik oddělení. Na jednotce intenzivní péče jsou hospitalizovaní pacienti po velkých operacích, kteří jsou následně ještě přeloženi na standardní chirurgickou jednotku a odtud jsou následně propuštěni do domácí péče. Co mě velice překvapilo je, že sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče si v průběhu převazu nevymění rukavice. Základy bariérové ošetrovatelské péče považují za základní kámen celé ošetrovatelské péče. V pomůckách, jenž využívají sestry k péči o operační rány na jednotlivých odděleních, nebyly zjištěny žádné rozdíly.

Na standardních chirurgických jednotkách a jednotkách intenzivní péče je dodržování správných postupů u převazu operačních ran velice důležitý. Špatně hojící se operační rána s sebou nese spoustu negativ. Prodlužuje se hospitalizace pacienta, zvyšují se náklady na jeho péči, mohou nastat další zdravotní komplikace a také výsledná jizva může

být nehezka a větší. To vše se odráží na psychickém stavu pacienta a následně také na jeho zdravotním stavu i na procesu hojení rány. Sestra hraje v péči o operační rány nezastupitelnou roli. Má nespočet úloh, které zajišťuje, např. informovanost pacienta, jeho pohodlí při převazu, přípravu pomůcek, asistenci lékaři, výhradně dodržuje všechna bariérová opatření, pečlivě sleduje ránu a její okolí, o jakýchkoliv změnách informuje lékaře a v neposlední řadě edukuje pacienta.

6 Závěr

Péče o rány jako celkové téma je velice široké. V této bakalářské práci jsme se zaobírali péčí o operační rány. Cílem bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče. Zjistit, jaké pomůcky mají k dispozici sestry na jednotlivých odděleních chirurgie a následně všechny parametry mezi sebou porovnat. V kontextu s cíli byly stanoveny výzkumné otázky. Jakým způsobem sestry ošetřují operační ránu na standardním chirurgickém oddělení? Jaké pomůcky k ošetřování ran mají sestry k dispozici na standardním chirurgickém oddělení? Jaké jsou rozdíly v péči o operační ránu na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče? Jaké jsou rozdíly v pomůckách k ošetřování ran na standardním chirurgickém oddělení a jednotce intenzivní péče?

V empirické části jsme mapovali péči o operační rány na standardní chirurgické jednotce a chirurgické jednotce intenzivní péče a jaké pomůcky mají k dispozici sestry na jednotlivých odděleních chirurgie. Kdy provádí první převaz rány po operaci, jak připravují pacienta na převaz operační rány, jak často operační rány převazují, samotný postup převazu, záznam převazu, pomůcky, které využívají k převazu, jaká bariérová opatření dodržují, jak pečují o jizvu i jak pacienta edukují v péči o jizvu v domácím prostředí.

Výzkum byl proveden pomocí rozhovorů, ze kterých se nám podařilo zjistit, že ošetrovatelská péče o operační rány na obou odděleních probíhá převážně podle doporučených postupů, které byly uvedené v odborné literatuře. Největší rozdíl v péči o operační rány je v péči o jizvu. Rozdíl vyplývá z charakteristik oddělení. Na jednotce intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti po velkých operacích, kteří jsou následně ještě přeloženi na standardní chirurgickou jednotku a odtud jsou následně propuštěni do domácí péče. V pomůckách, které využívají k péči o operační rány na jednotlivých odděleních, nebyly zjištěny žádné rozdíly. Naše cíle, zmapovat ošetrovatelskou péči o operační rány na standardním chirurgickém oddělení a zmapovat rozdíly ošetrovatelské péče o operační rány na standardní chirurgické jednotce a jednotce intenzivní péče, byly splněny.

Získané informace mohou pomoci především studentům při přípravě na budoucí povolání, dále také ke zlepšení informovanosti sester v péči o operační rány pracujících na chirurgických odděleních.

7 Použitá literatura

1. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BURDA, P., 2016. Základy ošetrovatelské péče. In: BURDA P., ŠOLCOVÁ, L., *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 139-157 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
3. CONCH-ROGAZY, M. et al., 2016. Aseptic techniques for minor surgical procedures. An update. *Revista médica de Chile*. 144 (8), 1038-1043. ISSN 0034-9887.
4. COPANITSANO, P. et al., 2018. Use of ASEPSIS scoring method for the assessment of surgical wound infections in a Greek orthopaedic department. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 30(3), 3-7. ISSN 1878-1241.
5. Česká lékárnická komora, 2020. [online]. Lékárnické kapky. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://www.lekarnickekapky.cz/leky/spravne-po-uzivani-leku/jak-osetrit-odreniny-hlavne-nemazat-nezasypavat-neprekryvat.html>
6. ESICM, 2017. [online]. What is meant by “intensive” or “critical” care. [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: <https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/>
7. FEARMONTI, R. et al., 2010. A Review of Scar Scales and Scar Measuring Devices. *Eplasty*. 10: e43. ISSN 1937-5719.
8. FERKO, A., LEŠKO, M., 2015. Rány. In: FERKO, A. et al., *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 33-38 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
9. GARAJOVÁ, B., 2010. Pooperační péče. In: KALA, Z. et al., *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 43-46 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
10. GROFOVÁ, Z. A., 2012. *Dieta na podporu hojení ran: Lékař vám vaří*. Praha: Forsapi. 191 s. ISBN 978-80-87250-21-1.
11. HAMPTON, S., 2015. Wound management 4: Accurate documentation and wound measurement. *Nursing Times*. 111(48), 9-16. ISSN neuvedeno.
12. HONOVÁ, K., ŽANDOVÁ, L., 2018. Moderní manuální techniky v ošetrování jizev. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. 25(1), 11-15. ISSN 1211-2658.

13. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.
14. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
15. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
16. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
17. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
18. KHALIL, H. et al., 2015. *Elements affecting wound healing time: An evidence based analysis*. [online]. Online library. [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wrr.12307?purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER&show_checkout=1&r3_referer=wol&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&trac%20king_action=preview_click?saml_referrer
19. KOUTNÁ, M. et al., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
20. KRAJCOVÁ, A., 2015. Jizvy. In: MĚŠŤÁK, J. et al., *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum. 46 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
21. KŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: Pracovní sešit II/3. díl*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2855-1.
22. MZČR, 2011. [online]. Hygiena rukou ve zdravotnictví. [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480>
23. Nemocnice České Budějovice, 2003. [online]. Doporučení pro domácí pooperační péči po císařském řezu. [cit. 2021-04-21]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/oddeleni/gynekologicko-porodnicke-oddeleni-2>
24. PÁRAL, J., 2008. *Malý atlas obvazových technik*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2255-9.

25. PEATE, I., GLENCROSS, W., 2015. *Wound Care: at a Glance*. [online]. BUKU SUDIRMAN. [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://cintabukumedis.files.wordpress.com/2015/04/wound-care.pdf>
26. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetření ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
27. PETER, I., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
28. PETRUŇOVÁ, Z., 2013. *Best practice v procesu péče o operační ránu*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity.
29. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
30. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran: pro sestry*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
31. POKORNÁ, R. 2013. Zásady zvláštních režimů na operačních sálech. In: WICHSOVÁ, J. et al., *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 11-34 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
32. POLÁČEK, V., KALINOVÁ, L., 2015. Rány-poranění. In: MĚŠTÁK, J. et al., *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum. 22-23 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
33. POSPÍŠILOVÁ, P., 2012. *Dodržování standardního postupu při převazech aseptických ran*. Pardubice. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice.
34. REMEŠ, R. et al., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
35. SEDLÁŘOVÁ, P., 2011. Nozokomiální infekce a jejich prevence. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I.: obecná část*. Praha: Grada. 50-77 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

36. SCHNEIDEROVÁ, M., 2011. Základní chirurgické nástroje. In: KRŠKA, Z. et al., *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 80-83 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
37. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
38. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: pediatrie, chirurgie*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3602-0.
39. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
40. STANEK, J., BRYCHTA, P., 2014. Kombinované plasticko-chirurgické a laserové výkony. In: BRYCHTA, P. et al., *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. 281-290 s. ISBN 978-80-247-0795-2.
41. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
42. STRYJA, J. et al., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. 2. vydání. Semily: GEUM. 377 s. ISBN 978-80-87969-18-2.
43. STUMPFOVÁ, A., 2015. Jak správně pečovat o jizvy a strie. *Solen*. 9 (4), 191-194. ISSN 1803-5337.
44. ŠEBLOVÁ, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. vydání. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
45. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
46. VACUŠKOVÁ, L., 2018. *Proces péče o operační ránu – vytvoření doporučeného postupu pro převaz operační rány*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
47. VRABELOVÁ, L., 2018. Obvazová technika, ošetření ran. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 134-149 s. ISBN 978-80-271-0717-9.

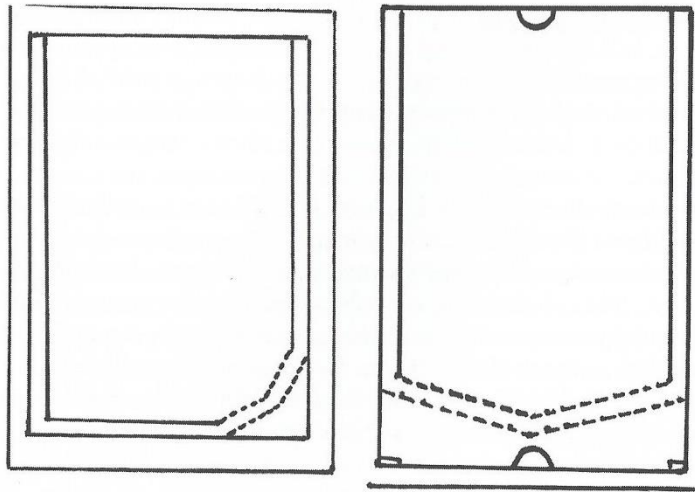
48. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. [online]. [cit. 2020-12-17]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu>

49. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

50. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

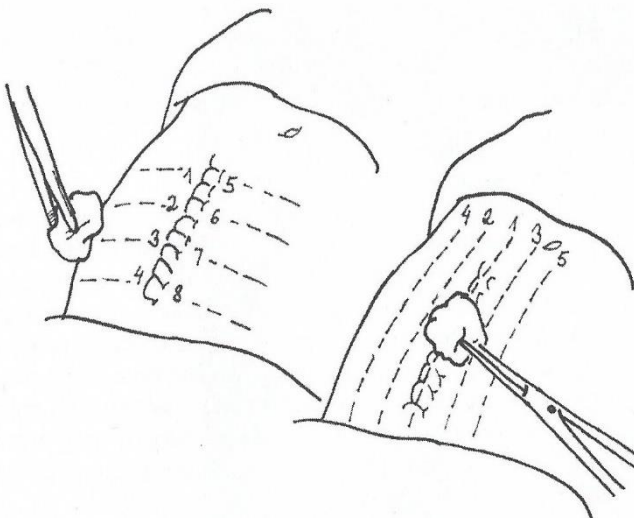
8 Seznam příloh a obrázků

Příloha č. 1: Typy balení pomůcek s peel-pouch otevíráním



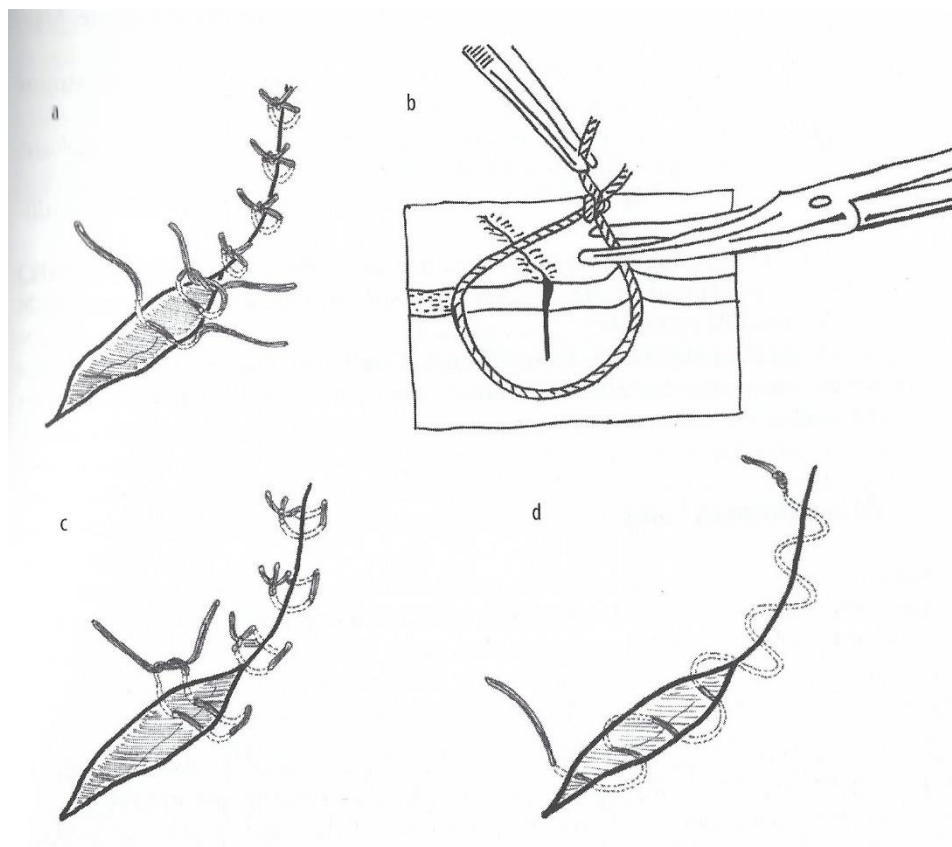
Zdroj: Vytejšková et al., 2015

Příloha č. 2: Způsob dezinfekce aseptické rány



Zdroj: Vytejšková et al., 2015

Příloha č. 3: Typy stehů: a – jednoduchý steh, b – odstranění jednoduchého stehu, c – matracový steh, d – pokračovací steh

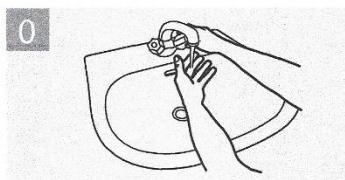


Zdroj: Vytejšková et al., 2015

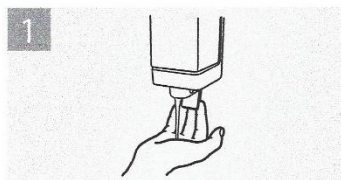
Postup při mytí rukou

MYJTE SI POUZE VIDITELNĚ ZNEČIŠTĚNÉ RUCE, JINAK POUŽÍVEJTE DEZINFEKCI!

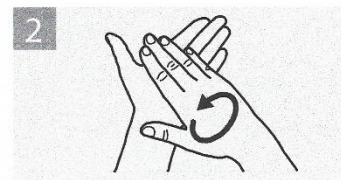
 Doba trvání celé procedury: 40–60 vteřin



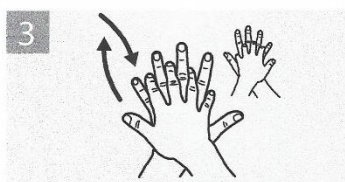
0 Navlhčete si ruce vodou.



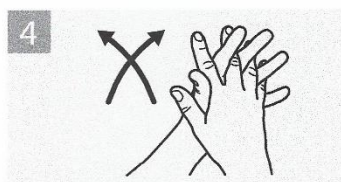
1 Aplikujte dostatek mýdla na pokrytí celého povrchu rukou.



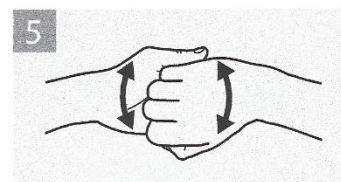
2 Třete ruce dlaní o dlaň.



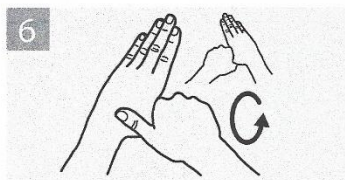
3 Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



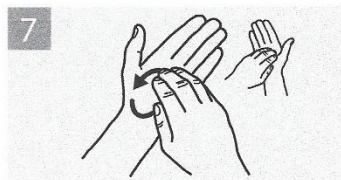
4 Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



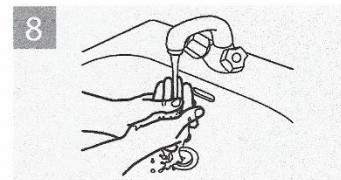
5 Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



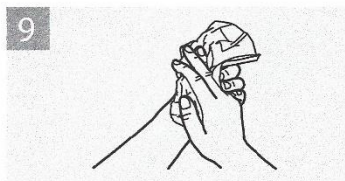
6 Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



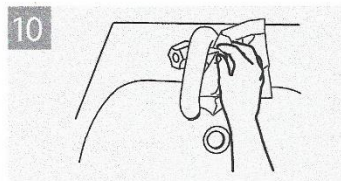
7 Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřené prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



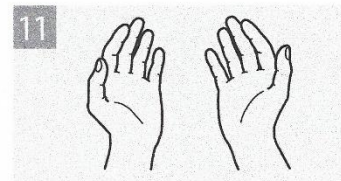
8 Opláchněte si ruce vodou.



9 Ruce si pečlivě osušte ručníkem na jedno použití.



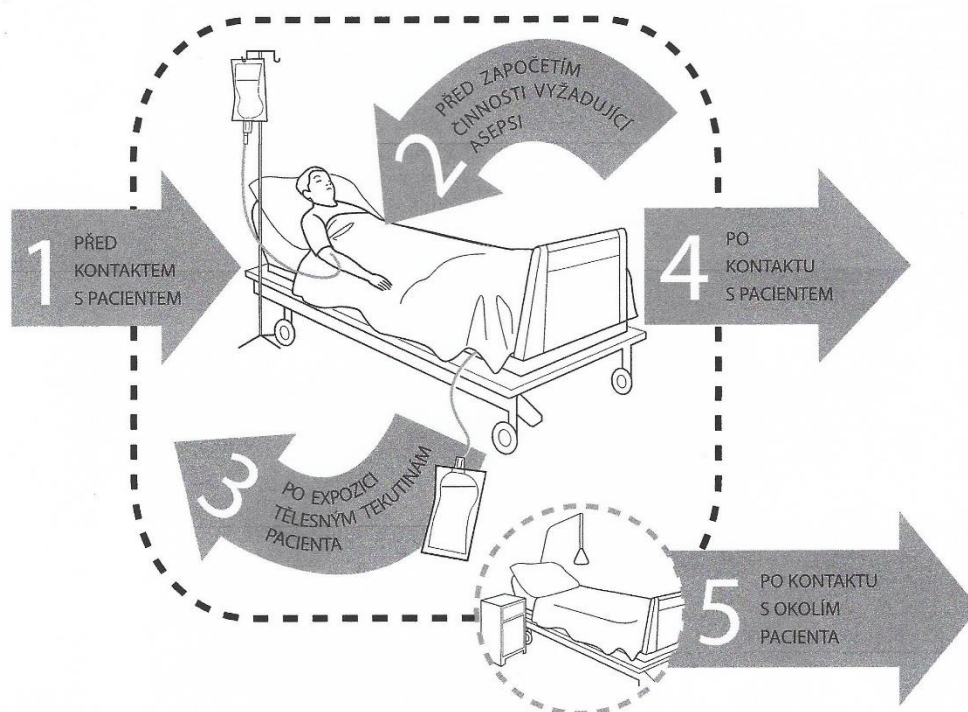
10 Použijte ručník k zastavení kohoutku.



11 Nyní jsou Vaše ruce čisté.

Zdroj: MZČR, 2011

Pět základních situací pro hygienu rukou



Zdroj: MZČR, 2011

Příloha č. 6: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

I. část – identifikace sester

1. Kolik je vám let?
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Celková délka vaší praxe?
4. Délka vaší praxe na chirurgickém oddělení/JIP?
5. Jaké je vaše předchozí zaměstnání?

II. část – převaz rány

6. S jakými ránami se setkáváte?
7. Co vše kontrolujete na operační ráně po operaci?
8. Kdy provádíte první převaz rány po operaci?
9. Jak provádíte přípravu pacienta na převaz?
10. Jak často provádíte převazy operačních ran?
11. Jak postupujete při převazech operačních ran?
12. Co vše hodnotíte na operační ráně?
13. Jak dezinfikujete operační ránu?
14. Kdy se odstraňují stehy z rány?
15. Jaké využíváte materiály ke krytí operačních ran?
16. Kam a co vše zaznamenáváte z převazu rány?

III. část – pomůcky k převazu rány

17. Jaké pomůcky si připravujete k převazu?
18. Jaké pomůcky nejčastěji používáte?
19. Co děláte, když pomůcky nejsou dostupné?

IV. část – následná péče

20. Jaké bariérová opatření provádíte ve vztahu k převazu?
21. Jak pečujete o jizvu?
22. Jaké jsou možnosti následné péče pro pacienty?
23. Edukujete pacienty, jak pečovat o jizvu v domácím prostředí, co vše je součástí edukace?

9 Seznam zkratek

ARIP – anestezie, resuscitace, intenzivní péče

ATB – antibiotika

EKG – elektrokardiografie

FF – fyziologické funkce

JIP – jednotka intenzivní péče

LDN – léčba dlouhodobě nemocných

NMR – nukleární magnetická rezonance

RTG – rentgen

SZŠ – střední zdravotnická škola

UPV – umělá plicní ventilace

USG – ultrasonografie

UV – ultrafialové záření

VO – výzkumná otázka

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

ZZS – zdravotnická záchranná služba