

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU RÁNOU

Quality of Life in Chronic Wound Patients

2006 / 2007

Markéta Koutná

Vedoucí práce: Bc. Saša Vidovič

Čestné prohlášení :

Čestně prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně a při její realizaci použila zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 25.4.2007

.....

Poděkování:

Děkuji Bc. Sašovi Vidovičovi za odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji PhDr. Zdeňku Kučerovi za podporu a motivaci v mé práci.

Děkuji Doc. Karlu Balcarovi za pomoc s výběrem odborné literatury.

Děkuji svým synům za technickou pomoc při práci a trpělivost při řešení problémů.

Obsah:

1.	Úvod.....	5
2.	Hojení ran.....	7
2.1	Chronické rány.....	9
2.2	Prostředky používané v hojení ran.....	11
2.3	Typy pacientů v ambulantním zařízení.....	13
3.	Pojem kvalita života.....	15
3.1	Historické souvislosti s kvalitou života.....	16
3.2	Smysl života a osobní pohoda.....	18
3.3	Dotazníky kvality života.....	20
3.4	Kvalita života pacientů s chronickou ránou.....	24
4.	Výzkumná část.....	26
4.1.1	Formulace hypotéz.....	26
4.1.2	Metodika výzkumu.....	26
4.1.3	Charakteristika souboru.....	27
4.1.4	Délka předchozí terapie.....	28
4.1.5	Kvalita předchozí léčby.....	29
4.1.6	Vyšetření cévního lékaře.....	29
4.1.7	Rány.....	30
4.1.8	Diagnostika nedoléčených pacientů.....	31
4.1.9	Průměrná doba léčby.....	32
4.2	Společenské omezení.....	32
4.3	Životní rytmus.....	35
4.4	Bolest.....	36
4.5	Spánek.....	39
4.6	Časová ztráta.....	40
4.7	Finanční ztráta.....	42
4.8	Nepohodlí.....	44

4.9	Strach, úzkost.....	45
4.10	Zájem.....	47
4.11	Chuť k jídlu.....	49
4.12	Vztahy v rodině.....	51
4.13	Návratnost dotazníků.....	53
4.14	Hodnocení dotazníků pacienty.....	53
5.1	Shmutí.....	54
5.2	Diskuze.....	56
6	Závěr.....	58
7	Zdroje informací.....	59
8	Přílohy.....	61

Motto:

*„Hodnoty bytí spočívají z velké části v tom,
jak vroucně jsme schopni je prožívat. Hodnota
našeho člověčího života je závislá na
hodnotách, které jsou v nás. Lidé si tvoří
svůj lidský svět;
je v něm to, co do něho vkládáme.“*

Josef Čapek

1. ÚVOD

Můj zájem o kvalitu života pacientů s chronickými ránami má své kořeny v době před 12 lety. Tehdy jsem byla vybrána vedoucím lékařem resuscitační stanice a staniční sestrou jako člen pilotní skupiny k porovnání účinků standardních materiálů používaných k hojení ran a nových terapeutických krytí. Po půl roce byly výsledky hojení ran velmi přesvědčivé ve prospěch nových materiálů. Narazili jsme však na problém s návazností lokální terapie po překladech pacienta na následné oddělení. Tuto skutečnost jsme zpočátku řešili interní domluvou s ošetřujícími lékaři a staničními sestrami. Sestra z resuscitační stanice přicházela na oddělení jiné kliniky, aby tam posoudila vzhled rány a navrhla následnou lokální terapii. Pro můj zájem o nový způsob léčby ran jsem byla pověřena hlavní sestrou k provádění konzultace na odděleních fakultní nemocnice jako takzvaná sestra konzultantka pro hojení ran. Kontakt s nemocným včetně lokální terapie byl závislý na jeho pobytu v nemocnici, a tak jsme u většiny pacientů po demisi pochopitelně nevěděli, jak probíhá péče o pacienta a jeho ránu dále. Sami nemocní se obávali následné ambulantní péče, neboť nový způsob hojení ran nebyl ještě globálně rozšířen.

Výrazným přínosem se stalo otevření poradny pro léčbu rány před čtyřmi lety jako součásti Centra bolesti při Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Toto ideální spojení dvou specializovaných pracovišť je obrovskou výhodou pro pacienty, kteří přicházejí k řešení nehojícího se defektu a současně trpí silnou bolestí.

Během prvního rozhovoru s pacientem zjišťuji mnohé útrapy, které nemocný musí absolvovat, než se dostane na příslušné specializované pracoviště. Současně se přesvědčuji v ověřených zkušenostech, že mnohé z projevů přítomnosti chronické rány se dají nejen řešit, ale jim předcházet. Není výjimkou, že na první návštěvu přichází psychicky vyčerpaný pacient, který mnoho dnů nespí, obává se budoucnosti. Psychická stránka ovlivňuje i jeho fyziologii, rána se zhoršuje, situace se dostává do bludného kruhu. Přesto na další převaz přichází ten samý pacient, ale často s polovinou problémů, které měl před několika dny. Největší pozitivní změny zaznamenávám právě v psychice pacienta.

Na základě těchto zkušeností jsem si položila otázku: „Jaké oblasti života pacienta ovlivňuje nehojící se rána? Jak se tyto oblasti projevují na kvalitě života pacienta? Jakým způsobem toto mohu zjistit? A nakonec - co mohu udělat pro to, abych tyto projevy zredukovala, odstranila nebo pomohla v jejich zvládnání?“

2. HOJENÍ RAN

Hojení ran v posledních letech prožívá svoji renesanci. Nové názory a změny se objevily v naší republice v devadesátých letech s příchodem zahraničních společností, které ve své široké nabídce mají i takzvané terapeutické obvazy. Tím, že tyto materiály byly pro nás opravdu něčím novým, brzy si získaly název Moderní obvazy. Tento zavádějící termín je však z obecného hlediska nesprávný, neboť ve světě se již pod pojmem moderní krytí rozumí například bioinženýrství s umělými náhradami kůže, užití růstových faktorů a jiné přístupy.

Filosofie hojení ran za vlhkých podmínek vznikla před 45 lety ve Velké Británii. Za zakladatele a průkopníka moderního hojení ran je právem považován britský lékař Georgie D. Winter. Ve své práci uveřejněné v roce 1962 v časopise „Nature“ informoval o výsledcích svých studií prováděných na domácích vepřích. Polovinu ran kryl polymerovým krytím, polovinu ponechal hojení na sucho. Rány, které byly hydratovány, jevíly rychlejší nárůst epitelizační tkáně. Oproti ranám ponechaným na sucho byl tento rozdíl v rychlosti hojení o 40 % ve prospěch ran s polymerem. Tato jeho práce se stala mezníkem v přístupu hojení všech typů ran. Do té doby, a zvláště u epitelizujících ran, byla spíše tendence k jejich vysoušení. I v zahraničí však uplynulo ještě pár let, než byla teoreticky rozvedena a dále v praxi dokázána pravdivost teorie George Wintera.

Podstatnými faktory, které příznivě působí na epitelizační buňky a granulační tkáň, jsou teplota 37 stupňů Celsia, mírně kyselé prostředí a vlhkost. Toto prostředí se po převazu rány s užitím vhodného krytí vytvoří zhruba za 6 - 8 hodin.

Zcela zjednodušeně by se funkce „nových“ obvazů dala popsat tak, že u ran se silnou a střední sekrecí jsou použity materiály, které absorbují sekreci nebo jsou filtrem, přes který sekrece prochází. Odnímáním exsudátu se vytváří vlhké prostředí, rána není macerována. U ran, které naopak mají tendenci k vysoušení, rány s krustou, suchou nekrózou nebo vykazují menší sekreci, je vhodným řešením aplikovat materiály dodávající do rány příslušné množství vody. Problém s výběrem vhodného krytí je pochopitelně podstatně složitější. Kromě vytváření vlhkého prostředí, je nutno myslet na množství

bakterií v ráně, stádium, v kterém se rána nachází, etiologii a další faktory. Nabídka terapeutických obvazů je velmi rozsáhlá a každým rokem se dále rozšiřuje. Z důvodu přehlednosti jsou tyto materiály rozděleny na generické skupiny. Například antiseptické obvazy jsou napuštěny látkou, která řeší přítomnost bakterií v ráně. Z této skupiny jsou na trhu převážně materiály obsahující Povidone jód nebo Chlorhexidin. Obrovskou jednotkou, rozšiřující se zvláště za poslední tři roky, se staly materiály obsahující stříbro. Tato situace vychází ze stále větší potřeby zdravotníků řešit infekci nebo kolonizaci bakterií v ráně. Stříbro má baktericidní účinky a je výrazným činitelem u komplikovaných ran. Mnohé z dalších typů obvazů využívají příznivých účinků přírodních látek nebo zcela jednoduše působí jen vlastní nepřilnavou strukturou.

Domnívám se, že u sester si tyto materiály získaly oblibu nejen z důvodu jejich rychlé účinnosti, ale také pro jejich jednoduchou aplikovatelnost. Jednoduchost použití se stává podstatnou pro pacienty, kteří si ošetřují ránu domácích podmínkách. Ne posledním faktorem v použití krytí je časté zmenšení nebo odstranění bolesti pacienta.

Léčba ran v České republice je standardně přiřazována dle akutní nebo chronické situace do oborů chirurgie a dermatologie. V zahraničí se během dvaceti let problematika hojení ran stala samostatným oborem. Společně se v něm angažují lékaři a sestry všech oborů. Specialisté hledají řešení problematiky ze svého úhlu pohledu a dohromady vytvářejí systém komplexní léčby a péče o nemocného a jeho ránu. Například fyzioterapeut doporučuje způsob masáže a cvičení problematické lokality i systémů s ránou souvisejících, psycholog pomáhá ve zvládnání stresu u chronických defektů, nutričníista řeší problémy s malnutricí.

S novým oborem souvisí i model takzvané sestry ranhojičky. Sestra ve Velké Británii po absolvování studia získává titul „Tissue viability nurse“, má na základě této specializace možnosti širokého působení v hojení ran, autoritu, podporu a zodpovědnost. I u nás se od začátku v tomto zájmu více profilyovaly sestry. Obrovským legislativním krokem se stalo vydání vyhlášky číslo 424 ze dne 30. června roku 2004, kde se v paragrafu 4, odstavci 1, písmeno g píše: „*Sestra hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, chronické*

rány a stomie, centrální a periferní žilní katétry“ a v odstavci 3 písmeno d: „všeobecná sestra provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů.“

Pochopitelně zde nejsou zodpovězeny otázky týkající se kompetence sestry, etiologie, rozsahu ran, hloubky nebo přítomnosti lékaře u převazu. Tyto otázky mají být jasně uvedeny v metodickém pokynu nemocnice.

Nový směr hojení ran se může rozvíjet dále, bude-li akceptován lékaři. S tím souvisí i rozdíl mezi pojmy celková a lokální terapie. Výrazy „wound management“ a „wound care“ patří nerozlučně k sobě. Rozdíl je charakterizován způsobem komplexního řešení situace pacienta, diagnostiky, etiologie i dalších faktorů, které souvisí též s mezioborovou spoluprací.

Pod pojmem hojení ran si představujeme přímo lokální terapii defektu s použitím terapeutických obvazů. Zahrnuje v sobě nejen klasický postup ošetření rány, ale i edukaci pacienta, jeho rodiny a mnohé další souvislosti. Sestry konzultantky se věnují hojení ran obvykle při své práci v lůžkových zařízeních, ambulancích nebo v rámci domácí péče.

2.1 CHRONICKÉ RÁNY

Chronická rána je defekt trvající déle než osm týdnů, který nevykazuje známky hojení. Může vzniknout kdykoli z rány akutní. U těchto ran se nachází častá kolonizace mikrobů, většinou smíšenou florou patogenů. U povrchových ran se vyskytuje zcela pravidelně *Staphylococcus aureus*, u hlubších ran více *Pseudomonas aeruginosa*, beta-hemolytické streptokoky, enterokoky, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*. Průběh hojení defektů zachovává stejná stadia jako u ran akutních. Pro zánětlivou fázi jsou charakteristické klasické projevy zánětu, jako je bolest, otok, zarudnutí a teplota v okolí rány. Po zánětlivé fázi dochází k autolytickému odstranění nekrotické nebo sekvestrující tkáně. Po této čistící fázi jsou okraje rány od sebe vzdáleny natolik, že je nelze k sobě přiblížit suturou jako u ran chirurgických. Úkolem proliferální fáze je vyplnění rány novou tkání. Tato primitivní jednotka se nazývá granulační tkáň. Má vzhled lososově červeného, lesklého, vlhkého povrchu, je snadno zranitelná a náchylná ke krvácení. V dalším vývoji

hojení se přemění v jizevnatou, bezcévnou tkáň, která se překrývá epitelizací. Celý tento proces hojení chronických ran se označuje jako sekundární způsob hojení.

Z tohoto krátkého patofyziologického popisu by se mohlo zdát, že přestože hojení chronických ran má delší průběh, posunuje se přes všechna stádia ke konečnému uzavření defektu. Bohužel, v praxi je pravda náročnější a problematičtější. Často dochází ke stagnaci nebo postupnému zhoršování situace, defekty se rozšiřují prohlubují, jsou komplikovány infekcí. A přestože se fáze časově překrývají a nejsou od sebe jasně odděleny, je náročné se dostat od jedné fáze k druhé. Jedním z ovlivňujících faktorů je celkové stáří rány, stav imunitního systému pacienta a řešení příčiny, která chronickou ránu vyvolala. Zápach rány, provázející fázi čistící, je nepříjemným faktorem pro pacienta i personál. Upozorňuje na zvýšenou přítomnost bakterií. Zkušený zdravotník dle zápachu pozná i typ bakterií, kterým může být například *Pseudomonas aeruginosa* s nasládlým oděrem připomínajícím lesní jahody nebo *Klebsiela pneumoniae*, kdy je rána cítit jako spálenina.

Sekrece z rány rovněž komplikuje hojení rány a je dalším příznakem přítomnosti bakterií. Způsobuje maceraci okolí rány, péče o ránu se stává náročnější, neboť nutí k častým převazům. Při použití terapeutických materiálů se v takových případech mění pouze savé krytí při prosáknutí, primární obvaz se ponechává dle předem určeného intervalu výměny.

Stagnaci rány často způsobuje množství bakterií v ráně. Samotná kolonizace rány představuje dvojí problém. Jednak eventuální opožděné hojení, jde-li o nerovnováhu s imunitním systémem, v druhém případě se rána stává dalším zdrojem infekce. Poslední roky k výrazům kolonizace bakterií a infekce přibyl i název kritická kolonizace. Jde o stav, kdy rána nemá jasné známky infekce, přesto množství bakterií vyvolává odezvu imunitního systému jako u infekce, právě svou stagnací nebo celkovou regresí. Kolonizované i infikované rány fungují jako zdroje možných patogenů, které pak zvyšují riziko rozšíření infekce. I ve fázi proliferace nastávají problémy s hojením chronické rány. Jednou z komplikací granulační tkáně je její nezdravý charakter. Tkáň se projevuje bledě růžovým zbarvením, její povrch je plochý, suchý. Taková granulace je nazývá atonická – chabá.

Přestože má rána čistou spodinu, nevykazuje známky hojení. Menší komplikací hojení je takzvaná hypergranulace, nárůst tkáně nad nivó kůže. Epitelizace nemůže přemostit hypergranulaci a je nutno takovou patologickou tkáň chirurgicky nebo chemicky odstranit. Při opakovaném nárůstu je třeba myslet i na nádorový proces. K potvrzení nebo vyloučení diagnózy se odebírá tkáň na histologické vyšetření.

V okolí chronických ran vznikají mnohdy mykotické a ekzematizace projevy, které ovlivňují hojení rány a způsobují další problémy s prodloužením léčby. Chronické rány vznikají v tkáních troficky změněných předchozím onemocněním. Jsou nejčastěji cévního původu nebo účinkem lokálně působících inzultů například tlaku. Mezi nejčastější chronické rány patří dekubity, bércevé vředy, syndrom diabetické nohy, ulcerace způsobené maligní chorobou nebo ulcerace způsobené zevními vlivy.

2.2 PROSTŘEDKY POUŽÍVANÉ K LÉČBĚ RAN

Správná volba lokálního krytí silně dokáže ovlivnit situaci týkající se množství bakterií, sekrece, bolesti a dalších negativních projevů chronické rány. Při prvním kontaktu s pacientem, v rámci anamnestických údajů, zjišťuji u každého nemocného druhý a názvy použitých předchozích lokálních prostředků. Tato informace je důležitá pro následné rozhodnutí o změně postupu léčby a způsobu hojení. Opakovaně se v praxi setkávám se škálou standardních materiálů, ale i zcela atypických prostředků, které se liší svým výběrem dle toho, zda byly indikovány lékařem nebo zda se pacient léčil sám. Samotný výběr materiálů není až tak pestrý, dle indikace se dá dokonce odhadnout obor lékaře, který lokální prostředek doporučil. Mnohé z těchto již obsolentních materiálů sehrály důležitou úlohu v době, kdy nebyly k dispozici specifické terapeutické materiály a škála širokospektrálních antibiotik. Není účelem v této době je zcela zavrhnout, neboť některé z nich mají dosud svá opodstatnění.

V chirurgických oborech převládá používání Betadine ve formě roztoku, borové vody, Persterilu, Chloraminu ve formě 1 % roztoku, Višněvského balzámu nebo Peroxidu

vodíku. Mnoho studií dokazuje, že například Chloramin není účinným antiseptikem v ošetřování ran, ale spíše rány poškozuje. Způsobuje podráždění v okolí defektu i defektu samého, často po opakovaném podání může způsobit zčervenání, bolest a prodlužuje zánětlivou fázi. Jeho antiseptická účinnost je inaktivována v okamžiku kontaktu s organickým materiálem. Peroxid vodíku má oxidační účinky, které usmrcují anaerobní bakterie, ale v okamžiku kontaktu s organickým materiálem, jako je hnis či krev, ztrácí svůj efekt. Jeho účinnost s biologickým materiálem je spíše mechanická. Na granulační tkáň působí destruktivně, dochází ke zblednutí až zakalení povrchu.

Višněvského balzám se chová jako silný alergen, není výjimkou podráždění okolí rány a tudíž zvětšení defektu se zhoršením situace. Na přechodnou dobu jej lze využít u rozsáhlých flegmonózních lokalit. Povidone – jod, který součástí roztoku Betadine, je širokospektrální antiseptikum. Vodný roztok, používaný zejména v ošetřování chirurgických ran, obsahuje 10 % povidone jodu. Je praktickým pomocníkem zvláště u ran v akutní fázi při komplikacích s infekcí, kde je aplikován ve formě laváže. Má tendenci k vysoušení. Chybou se stává jeho dlouhodobé použití i po odeznění akutních příznaků infikované rány. Zhruba 60 % pacientů při první návštěvě není schopno říci, jaká byla jejich předchozí terapie, neboť jim byly aplikovány různé typy mastí a past, které nebyli schopni identifikovat.

I magistralitae mají svůj důležitý úkol v hojení ran. V dnešní době by měly být však možností druhé volby a indikovány zcela individuálně. Jejich význam ve spojitosti s hojením ran má nezastupitelnou úlohu v řešení okolí rány.

Praktičtí lékaři dávají přednost Framykoin masti, zásypu, enzymatickým mastem nebo Betadine masti. Vzhledem k tomu, že povrchové rány jsou často kolonizovány patogenem *Stafylokokus aureus*, aplikace Framykoin masti nemá v takových případech své opodstatnění. Rovněž při aplikaci enzymatických mastí je nutno dodržet určitá pravidla. Prvním problémem je výběr oplachového roztoku, který je před aplikací masti použit. Enzymatické masti nejsou kompatibilní s často používaným Peroxidem vodíku, Rivanolem, borovou vodou a dalšími roztoky. Vzhledem k tomu, že enzym je rychle

degradován bílkovinami, je nutno provádět převaz rány 2x až 3x denně. 5 % pacientů dává přednost v léčbě ran vlastním zkušenostem. Tato léčba svépomocí vychází z tradic jejich babiček. Pacienti přichází s ránami obloženými bylinkami nebo prostředky určenými k desinfekci hygienických ploch.

Vzhledem k tomu, že způsob použití moderního hojení ran se pomalu rozšiřuje, přibývá i nemocných, kteří vyhledají specializovanou ambulanci pro nehojící se ránu, avšak přichází již s terapeutickým obvazem. Naším úkolem je pak hledat další příčiny problému, které se zdánlivě přímo netýkají výběru krytí. Příčinou může být nevhodná aplikace, zvláště u hlubších ran, nutnost použití baktericidního krytí, příliš dlouhé intervaly převazů, nevhodné ošetřování v domácích podmínkách. Řešení příčiny rány je nezbytnou součástí mezioborové spolupráce v této problematice.

2.3 TYPY PACIENTŮ V AMBULANTNÍM ZAŘÍZENÍ

Kvalitu léčby rány a její vývoj ovlivňuje také pacient sám. 90 % nemocných se aktivním způsobem podřizuje systému ambulantního zařízení, spolupracuje a dodržuje doporučené postupy. U těchto pacientů lze urychlit léčbu použitím nových specifických materiálů, které jsou aktuálně zaváděny na trh. Pro takového pacienta je možná a motivující pravidelná změna krytí dle vzhledu a fáze rány, flexibilní přístup má vliv na časový faktor hojení současně s pozitivní ekonomickou stránkou. Ostatních 10 % lze odhadnout jako pacienty s nestandardním chováním již při první telefonické komunikaci. I tito nemocní však mají nárok na kvalitní péči se všemi již uvedenými možnostmi. Je profesionalitou zdravotníka toto chování diagnostikovat, přiměřeně na ně reagovat, přizpůsobit mu komunikaci a způsob léčby. Naše zkušenosti z praxe nám pomohly rozdělit tyto pacienty do několika skupin, které se vyznačují charakteristickým způsobem chování.

Do první skupiny patří pacienti, které bychom mohli nazvat „vědátoři“. Tito nemocní v anamnéze sami udávají svoji vědeckou a výzkumnou činnost, která byla součástí zaměstnání nebo jejich nepracovním zájmem. Chtějí o léčbě rozhodovat sami, velmi

pečlivě sledují vývoj, často přichází na kontrolu s jiným obvazem, než jim byl doporučen a aplikován. Nelze se v léčbě na ně spolehnout, vždy odůvodní svůj použitý postup, zdánlivě jako by neslyšeli jiné informace.

Druhou skupinu představuje pacient „samoléčitel“. Tento typ nemocných přichází k ošetření poměrně pozdě, protože dlouhou dobu doma experimentoval s různými způsoby a materiály. Lokální léčba začíná od pouhého zakrytí rány gázou nasucho, po neúspěchu aplikují různé druhy bylinek (šalvěj, heřmánek, jitrocel, liliový květ, a jiné), jejich samoléčitelství graduje k použití čistících prostředků typu Savo, Domestos a podobných naprosto nevhodných prostředků ohrožujících jejich zdraví. K návštěvě zdravotnického zařízení je dožene rozšíření rány spolu se zánětem a silnou bolestí. I po kvalitním ošetření rány ve zdravotnickém zařízení nepochybují o svém správném postupu v předchozí léčbě.

Ekonomicky nároční jsou nemocní, kteří patří do skupiny takzvaných „turistů“. Jejich cílem je obcházení jednotlivých zdravotnických zařízení za účelem ověření správnosti předchozí péče i pro nespokojenost s postupy. Přicházejí jen na jednu návštěvu nebo dlouho nevydrží na jednom pracovišti. Jsou schopni za den projít více zařízeními najednou. Pro každého nově přicházejícího nemocného potřebuje zdravotník nejméně jednu hodinu pracovní doby k odebrání anamnézy, ošetření a edukaci. Na konci těchto procedur pacient sdělí, že navštěvuje pracoviště jiné a že se přišel pouze optat!

Pacient „dirigent“ je zvyklý na pedantský přístup k lidem kolem sebe. V ambulantním zařízení se projevuje způsobem tohle chci a toto nechci. Je náročné se s takovým pacientem domluvit, ošetření se zcela zbytečně prodlužuje. Je nedůvěřivý, svým chováním ruší příjemnou atmosféru, již dopředu odmítá navrhovaný způsob léčby podpořený mnohými argumenty.

Skupina, která zdánlivě nedělá problémy, jsou nemocní se sníženou inteligencí. Tito nemocní jsou málomluvní, na vše přikyvuají, ošetření probíhá bez problémů. O to horší je situace při další kontrole. I přes veškerou písemnou a ústní edukaci je zřejmé, že pacient ošetření nepochopil. V takových případech vyžadujeme vždy přítomnost doprovodu pacienta a spolupráci s agenturou domácí péče.

Ať jde o kteroukoli skupinu, je nutný vždy profesionální přístup zdravotníka vzbuzujícím respekt již od prvního kontaktu s pacientem. Každé zdravotnické zařízení má svá pravidla, se kterými má být pacient seznámen a je v jeho zájmu je dodržovat.

3. POJEM KVALITA ŽIVOTA

Český výraz „kvalita života“ je mezi sociology, psychology a dalšími specialisty zabývající se touto problematikou znám a nahrazován spíše pod anglickým výrazem well – being. Well v anglickém překladu znamená zdraví a being - bytí, v našem případě bytí člověka. Úplně zjednodušeně bychom mohli přeložit tento výraz jako cítit se v pohodě.

V angličtině najdeme ještě další slova, která se vztahují ke stejnému tématu nebo s ním mají hodně společného. Například „Wellnes“ je často používané synonymum s výrazem wellbeing. Wellnes je však spojen s určitým typem chování člověka nebo skupiny lidí v rámci zdravého životního stylu nebo s tělesnou pohodou. Nacházíme i další výrazy jako je prožitek blaha – welfare nebo success, což znamená dosažení a prožití úspěchu.

Přestože v literatuře najdeme řadu definic vysvětlujících pojem kvalita života, úsilí výzkumníků dosud nepřineslo žádnou všeobecně přijatelnou definici. V roce 1993 předložila Světová zdravotnická organizace první pracovní definici kvality života ve vztahu ke zdraví jako vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám. (Kebza 2005)

Stručná, ale podle mého názoru vystihující, je definice, která pokládá kvalitu života za mnohaúrovňový pohled na možnosti psychického, fyzického a sociálního uplatnění jedince v životě. (Kebza 2005)

Kvalita života může být chápána také jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem integrují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se týká lidské

emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. (Hnilicová 2005) Kvalita života je úroveň osobní pohody spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění či uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. (Kučera 2004) Odborníci se shodují, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince se životem.

Ať jde o jakoukoli definici, vždy je správná ta, kterou vyjadřuje daný člověk podle svého subjektivního názoru. Tak, jak jsme mezi sebou odlišní ve způsobu žití, mentálně, fyzicky, tak i každý z nás máme jiný pohled na kvalitu života. Tento pojem má pochopitelně i časovou dimenzi. Někdo je schopen čerpat z pozitivní, ale i negativní minulosti a tím může kladně ovlivnit svoji přítomnost a následnou budoucnost. Jiný, za stejných podmínek není schopen podchytit žádné nabízené alternativy. To, co by pro jednoho člověka mohlo být velmi pozitivní a přijatelnou kvalitou života, je pro druhého silným znepokojujícím pocitem vedoucím k frustraci. Kvalita života je proměnnou veličinou v závislosti na čase, na změnách samotného člověka a jeho okolí.

3.1 HISTORICKÉ SOUVISLOSTI S KVALITOU ŽIVOTA

Otázkou kvality života se lidé zabývali odpradávná. Avšak to, co my nazýváme kvalitou, nazývali jinak. Příznivci tohoto zájmu se dělili do dvou skupin. První se zabývali duchovním životem, kde se věnovali „moudrému“ nebo také „dobrému“ životu. Druhá skupina šla spíše cestou filosofickou, etickou, která byla protikladem „špatného“ života. (Křivohlavý 2004) V tomto smyslu se v antice výrazně vyznačoval směr zvaný „hédonismus“ podle Hedoné, což znamená slast. Hedonisté hlásali: „Dobře a šťastně si žije ten, kdo si užívá smyslovými cestami přicházející štěstí!“ Psychologický hédonismus viděl člověka jako výhradně toužícího po potěšení. Etický hédonismus pokládá za základní cíl v dosahování největšího potěšení nebo štěstí. Je nejvíce spojován s filozofem ze starověkého Řecka Epikurem, který žil ve 4. století před naším letopočtem. Zastával myšlenku minimalizace bolesti (strastí) a maximalizace potěšení. Epikuros s potěšením

ztotožňuje duševní klid a upřednostňuje redukování tužeb před nezřízeným užíváním. Vyslovuje pravidlo, že každá bolest je špatná a měli bychom se jí vyhýbat a každé potěšení je dobré a měli bychom ho vyhledávat. Ve středověku křesťanští filozofové většinou Epikurejský hédonismus odsuzovali, protože byl podle nich v rozporu jednak s křesťanskými zásadami bezhříšnictví a s rozvíjením křesťanských principů víry, naděje a lásky k bližnímu.

Renesanční filozofové, jako byl Erasmus Rotterdamský (1466 - 1536), oživil myšlenku hédonismu argumentací, že kladení důrazu na potěšení je v souladu s Božím přáním lidského štěstí.

V 16. století Thomas More (1478 - 1535) vysvětluje, že největší část lidského štěstí pochází z potěšení. More hájí hédonismus na náboženském základu a tvrdí, že nám Bůh nejenom určil, abychom byli šťastni, ale zároveň, aby naše touha po štěstí byla motivací k mravnímu chování. More navíc rozděluje mezi potěšením těla a ducha (mysli). Dále tvrdí, že bychom měli dávat přednost potěšením přirozeným a příliš se nezabývat uměle vytvořenými.

Zkoumání kvality života je ideově zakořeněno v osvícenském myšlení 18. století. V tomto myšlení se stává smyslem existence život sám, nikoliv služba Bohu nebo králi. Důraz je kladen na jedince. Společnost se stává nástrojem k vytváření dobrých podmínek občanů. (Hnilica 2005) Emanuel Kant je příkladem pojetí, který vychází z rozumu. Odlišil vlastní vnímání od myšlení. Podle něho z duše vycházejí principy, které řídí jednání člověka. Mohou být dobré nebo špatné a podle toho vedou k dobrému nebo špatnému životu.

V 19. století se toto přesvědčení manifestuje v utilitaristické etice. Představitelé utilitarismu se dívali na to, co je dobré z druhé strany, z hlediska následků a užitečnosti ve spojení s různým jednáním. Šlo jim nejen o samotného člověka, ale i o to, jak je druhým lidem. Z cíle utilitarismu (maximalizace lidské blaženosti) plyne otázka, jak jednat, abychom takové blaženosti dosáhli.

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn ve dvacátých letech ve spojitosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu. V poválečné době se tento

termín opět objevil v politickém kontextu, kdy americký prezident Johnson prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své politiky. V sedmdesátých letech o kvalitě života mluvil německý politik Willy Brandt v rámci zlepšování služeb pro své spoluobčany.

V posledních deseti letech toto důležité a obšírné téma prodělává svůj „boom“. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají ke smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. (Hnilicová 2005)

3.2 SMYSL ŽIVOTA A OSOBNÍ POHODA

Život člověka ovlivňuje mnoho vnějších a vnitřních faktorů. Kvalita života člověka je těsně spjata s filosofickým pojetím smyslu našeho života, s otázkou: „Kam máme vlastně namířeno?“ Nabízí se myšlenka rozdílnosti odpovědi na tuto otázku z pohledu mladého člověka takzvaně na prahu života, lidí s určitými životními zkušenostmi ve středním věku nebo člověka ve věku například 80 let.

Platí, že to, oč nám jde, ovlivňuje naše průběžně myšlení. Na druhé straně platí, že to nač myslíme, ovlivňuje i naše chtění, naši vůli i zaměření našeho života. V praxi to znamená, že myslíme - li na věci negativní, deprimuje nás to, ničí to naši duši, ale dokonce negativně zkresluje obraz našeho vzezření. Naopak myšlenka na pozitivní věci se projeví i v našem celkovém postoji a životním ladění.

Individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a současnými reálnými zkušenostmi. Lidé jsou motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, respektive odstraňován. Vychází se z myšlenky o podstatě kvality života jako rozporu mezi očekáváním a realitou, mezi možnostmi a skutečností. (Kebza 2005)

Kováč (2003) formuloval vlastní tříúrovňový model, v němž vrchol tvoří smysl života. Základními východisky modelu jsou dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodina, materiálně - sociální zabezpečení, životní prostředí, získání návyků a schopnost pro přežití.

Střední část tvoří pevné zdraví, prožitek životné spokojenosti, uspokojivé sociální prostředí, úroveň společenského rozvoje, přátelské prostředí spojené s lidskými zájmy, koníčky, vášněmi. Přejížděnou část směrem k vrcholu tvoří bezproblémové stárnutí, kultivace osobnosti, společenské poznání, podpora závislým.

Někteří autoři se domnívají, že ve vytváření kvality života sehrává důležitou roli víra v osobní schopnosti a sebeuplatnění každého člověka. Podle C. D. Ryffové a C. L. Keyesové (1995) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

- sebezpřijetí - pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptování, dobrých a špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.
- Pozitivní vztahy s druhým - vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhým, schopnost empatie.
- Autonomie - nezávislost a sebeurčení, schopnost zachovat se vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
- Zvládnání životního prostředí pocit kompetence při zvládnání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolí prostředí, příležitost vidět dění pro vlastní cíle a potřeby.
- Smysl života - cílevědomost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
- Osobní rozvoj - pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, pocit vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

K těmto dimenzím pohody patří i schopnost prožitku naděje. Zkušenosti ukazují, že lidská bytost je schopna snášet různá příkoří, značnou úroveň fyzické a psychické bolesti, poškození zdraví, sociálního úpadku i ponížení, ovšem jen tehdy, uchová-li si naději. Je-li schopna věřit, že bude lépe. Další, zkoumaným předmětem je téma vytvoření úspěšných plánů.

Zpracován je též vliv pohybové aktivity na osobní pohodu. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý účinek na psychickou pohodu, příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi. Platí u zdravých i nemocných osob.

P. Schmuck a K.M. Sheldon (2001) chápou osobní pohodu jako kombinaci životní spokojenosti, štěstí, pozitivní nálady a vysoké úrovně subjektivního zdraví. Štěstí je z obecného pohledu vlastně ústředním cílem lidského snažení, v určití podobě a na nějaké úrovni ho chce dosáhnout každý. Wilsonova charakteristika štěstí říká, že za šťastného člověka tak lze považovat toho, kdo je mladý, v dobrém zdravotním stavu, dostalo se mu kvalitního vzdělání a výchovy, je dobře finančně hodnocený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý či vdaná, s vysokým sebehodnocením a kvalitním sebepojetím a sebeúctou, vyspělou pracovní morálkou, přiměřenou aspirační úrovní a širokou inteligencí. (Wilson 1989) V rámci osobní pohody je zřejmý vztah mezi věkem a zdravotním stavem. Domnívám se, že určitou úlohu zde hraje i inteligence jedince.

Podobně založeným slovem, soustřeďující pozitivní emoce komplexu osobní pohody je pojem radost. Jde o laděný emoční prožitek, kde svoji úlohu hraje intenzita a délka tohoto prožitku. Žádná bytost ale není schopna dlouhodobého nebo trvalého prožitku radosti. Svoji úlohu, kromě okolních determinant, zde hraje neurofyziologická determinace lidské psychiky. Způsobuje, že intenzivní a relativně stabilní prožitky pozitivních emocí jsou vystřídány prožitky opačně laděnými. Vliv víry na osobní pohodu není tak výrazným faktorem, jak by se dalo předpokládat. Tento faktor je hodnocen v literatuře s různými závěry. Někdy jako jednoznačně pozitivní, jindy spíše sporný. (Kebza 2005)

3.3 DOTAZNÍKY TÝKAJÍCÍ SE KVALITY ŽIVOTA

Kvalita života se dá zjistit mnoha metodami. Z hlediska podoby je můžeme rozdělit na kvantitativní, to jsou dotazníky a posuzovací škály, kvalitativní, jako je rozhovor nebo kresba a dotazníky smíšené. Dále se nabízí rozlišení dotazníků dle použitelnosti na generické a specifické. Metod, kterými se měří kvalita života je velké množství. Snažila jsem se shromáždit v této práci reprezentativní dotazníky, které jsou nejčastěji užívané v zahraničí i u nás z důvodu validity výsledků, jednoduchosti provedení a mnohých dalších objektivních faktorů.

Dosud uváděné dotazníky běžně obsahují zhruba 20 až 150 otázek seskupených do více dimenzí. Je známo kolem osmi set funkčních dotazníkových nástrojů. Dotazníky jsou určeny ke sledování kvality života například určité populace, jsou nástrojem ke zjištění reakcí respondentů v některých zátěžových situacích nebo často jsou spojeny s prožíváním různých diagnóz. Ucelený a velmi hodnotný přehled, dle mého názoru, jsem získala pomocí práce profesora Jaro Křivohlavého s názvem: „Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života.“ Autor tyto metody, věnující se kvalitě života, rozdělil na tři základní skupiny:

- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- II. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
- III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

I. Vystižení momentálního stavu pacienta fyziologickými a patofyziologickými kritérii:

- Quality of Well-Being Scale - Pattick Bush, and Chen, 1973 USA - SC
- HRQoL - Health Related Quality of Life - Patrick and Erickson, 1993
- SIP - Sickness Impact Profile
- NHP - Nottigham Health Profile
- DDRS - Distress and Disability Rating Scale - Rosser, 1988 GB
- APACHE II [Knaus et al., 1985] je příkladem přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovýmto způsobem měří vážnost nemoci. Idea této metody je odvozena z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možno usuzovat dle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního.
- PSI - Performance Status Index - takzvaný Karnofský index. (Karnofsky a Burchenal, 1949) Tímto indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav například onkologického pacienta k danému datu.

- VAS - Visual Analogous Scale - viditelné odstupňování celkového stavu kvality života pacienta (Křivohlavý, 1986). Jde o vidění kvality života pacienta spíše jako jeho celkového stavu, nežli souboru jeho zdravotních problémů. Touto stupnicí (škálou) VAS – QL je 10 cm dlouhá vodorovná nebo lépe v 45 stupních šikmo stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy.
- Symbolické vyjádření kvality života sérií křížků - používalo se k vyjádření kvality života hodnotitelem pomocí soustavy křížků. Princip tohoto zápisu byl jednoduchý. Čím více křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků), tím horší kvalita života pacienta.
- Slovní vyjádření kvality života
- QL Index ILF - Index kvality života pacienta ILF (Křivohlavý, 1986) V tomto systému byla předem stanovena kritéria - například sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta a podobně.
- QoL of the patient (Spitzer et al., 1981) Tento systém patří dosud k nejčastěji používaným systémům zaznamenávání kvality života pacientů v celosvětovém měřítku.
- Kritéria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera - pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci), finanční situace pacienta, způsob trávení volného času pacientem, bolesti pacienta, nepohodlí daného pacienta, nálada pacienta, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou).

II. Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života:

- SWLS (The Satisfaction with Life Scale) - stupnice spokojenosti se životem kterou vyvinul Ed Diener (Diener et al. 1994). I v tomto případě jde o velice široké pojetí kvality života.

K diagnostikování lidí v tomto směru používají dotazníku s 5 otázkami. Ptají se lidí například: „Jak moc byste souhlasili s tvrzením, které říká: „Můj život je blízký mému ideálu života“.

Na takovéto odpovědi se odpovídá uvedením stupně souhlasu v 7 bodové škále.

- „Personal striving“ Emmonse (1986). Autor se pokusil nejprve definovat to, co nazývá termínem osobní snahy. Význam tohoto slova „striving“ lze přeložit jako namáhat se, snažit se něčeho dosáhnout, o něco bojovat a zápasit. Tyto osobní snahy zjišťoval Emmons u velkého množství lidí a vytvořil seznam 15 nejčastěji uváděných snah. Druhým krokem, který Emmons (1986) vnesl do pojetí kvality života, byl jeho pokus osobního zvažování důležitosti té které snahy, kterou daná osoba uvedla jako pro ní důležitý životní cíl.
- Torrance (1987) se zabýval otázkou měření závažnosti osobních cílů. Použil k měření závažnosti negativních změn zdravotního stavu chronických pacientů metod teorie her a matematického rozhodování.
- Repertory Grid – zjišťoval kvalitu života pomocí sítě životních cílů.
- Kellyho pojetí takzvaných osobních konstruktů (analysis of personal constructs) (Kelly 1955). K otázkám porozumění a lepšího pochopení situace daného člověka bylo využito i metod, které vycházejí z pojetí osobních konstruktů. Autor zveřejnil svou představu o tom, jak jsou řízeny naše myšlenky a činy. Výchozím bodem jeho pojetí je domněnka, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních představ (mentálních konstruktů), které máme o věcech, lidech, ideách.
- Thunedborg, Allerup, Bech a Joyce (1993) ve svém studiu úzkosti (anxiety) použili několika různých metod k měření kvality života pacienta. Jednou z nich byla metoda „repertory grid“ adaptovaná k měření kvality života.
- Palys a Little (1983) využili metody „repertory grid“ ke zjišťování osobních cílů. Pokusné osoby měly uvést celkem 10 pro ně nejzávažnějších životních cílů. Zároveň měly naznačit cesty, jenž se k realizaci těchto osobních cílů snaží dojít.
- SEIQoL - The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Program hodnocení individuálně chápané kvality života - (O'Boyle, McGee, a Joyce, 1994).

III. Smíšené metody zjišťování kvality života:

- MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life. Krátký způsob hodnocení kvality života, vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Metoda má variaci LQoLP - Lancashire Quality of Life Profile.
- LSS - Měření spokojenosti - Life Satisfaction Scale - Škála životní spokojenosti - (Pribe, S., Huxley, P., Stone, S. a Knight, S., 1998). Jde o měření kvality života způsobem, kdy je hodnocena nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života. Ty jsou předem přesně stanoveny.
- Variací metodiky LSS je takzvaný Cantrill's Ladder - Kantrilův žebřík. Jde skutečně o obraz žebříku se 12 příčkami. Úkolem je nejen hodnotit svůj vlastní celkový stav a momentální kvalitu života, ale i celkový pohled na život a výhled do budoucna. Hodnocení kvality života druhými lidmi pomocí dotazníků z první skupiny může vykazovat dosti značné rozdíly v tom, jak by kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Nicméně jsou jednou z možností, jak tuto problematiku mapovat. Námitky neobjektivnosti byly podnětem pro hledání jiných cest k hodnocení a zaznamenávání se měnících variant kvality života.

3.4 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU RÁNOU

Před třemi lety jsem se věnovala osmdesátileté pacientce s bércovým vředem, která byla handicapovaná pro zbytky zraku, částečně soběstačná. Žila ve vlastním bytě, několikrát týdně ji navštěvoval synovec a každý den docházela sestra z agentury domácí péče. Zhruba po třech měsících naší léčby byla pacientka akutně přijata na interní oddělení pro celkovou slabost. Po kompenzaci stavu nemocná vyprávěla, že byla dlouhodobě vyčerpaná z nedostatku spánku. Vzhledem k věku měla problémy s nočním spánkem a ráno, když si chtěla přispat, musela brzy vstávat z důvodu příchodu sestry domácí péče. Tehdy jsem si poprvé uvědomila, že přestože komunikuji během ošetření s pacienty

ohledně jejich současného stavu a získávám subjektivní informace, nevím, jakým způsobem obvykle prožívají „svůj“ celý den.

Tato příhoda byla impulzem pro vznik formuláře s otázkami, které se týkají průběhu celého dne s jednotlivými standardními činnostmi pacientů počínaje vstáváním, hygienou, snídaní a následnými činnostmi opět do doby nočního spánku. Tento formulář je součástí přílohy mé práce. Viz příloha číslo 2. U pacientů, kde se hojení rány dlouhodobě stagnuje, získávám pomocí rozhovoru podrobnější informace. Rozhovor probíhá se souhlasem pacienta, je předem naplánován, trvá více než hodinu. U mnoha pacientů zjišťuji zásadní chyby, které ovlivňují hojení rány. Společně hledáme způsoby, jak negativní faktory eliminovat. Často dochází ke zlepšení komunikace s pacientem a následnému zlepšení rány. Tato cesta k získání informací je velmi náročná na čas. Hledala jsem proto způsob, jak zjistit údaje o nemocných, které by mi pomohly najít oboustranné chyby v přístupu k léčbě a současně posloužily pro široké spektrum pacientů.

Dotazník, který jsem vypracovala, je rozdělen na jednotlivé oblasti života, na které působí chronická rána, ale které současně vývoj rány ovlivňují. Dotazník vyplní pacient při první návštěvě v poradně. Druhý dotazník, se stejným spektrem údajů, vyplňuje po změně z fáze čistící do fáze granulační. Poslední, třetí dotazník, je vyplněn pacientem po zhojení defektu.

4. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část vychází z poznatků z praxe a z výsledků zpracovaných dotazníků. Sleduje problematiku léčby chronických ran u souboru pacientů převážně s bércovými vředy. Zjišťuje, na které oblasti života pacienta nejvíce působí nehojící se rána a jak se tyto oblasti projevují na kvalitě života pacienta. Snaží se řešit otázku, jak lze projevy zredukovat, odstranit, pomáhat v jejich zvládnutí. Hledá možnosti, jak může sestra přispět ke zlepšení kvality života u pacienta s chronickou ránou.

4.1.1 Formulace hypotéz

Na základě stanovených cílů jsem formulovala tři hypotézy:

Hypotéza číslo 1: Léčba bolesti provází hojení chronické rány.

Hypotéza číslo 2: Specializovaná ambulance zkracuje dobu léčby chronické rány

Hypotéza číslo 3: Terapeutické krytí zlepšuje kvalitu života pacienta s chronickou ránou.

4.1.2 Metodika výzkumu

K získání potřebných údajů jsem zvolila dotazník vlastní konstrukce, který je součástí přílohy, viz příloha číslo 1. Dotazník obsahuje 11 položek, u kterých měl respondent na analogové škále od jedné do pěti označit hodnotu závažnosti, do jaké míry chronická rána ovlivňuje jeho život. Položky se týkaly těchto oblastí:

- a) společenského života – jeho omezení
- b) změny životního rytmu
- c) bolesti
- d) spánku
- e) časové ztráty, doby, kterou pacient stráví péčí o rány, návštěvami ve zdravotnickém zařízení
- f) financí - nákup prostředků k ošetření, ale i k cestování
- g) nepohodlí, které rána způsobuje
- h) strachu – obav, úzkosti, například, že se rána nezhojí
- i) ovlivnění zájmů, kterým se pacient věnuje
- j) ovlivnění chuti k jídlu
- k) vlivu rány na vztahy v rodině, vzhledem k partnerovi nebo k dětem

Další otázky se věnují délce výskytu defektu, jeho rozsahu, kvality předcházející léčby, návštěvy cévního lékaře, doby, kdy dochází k bolesti a způsobu jejího řešení.

Dotazníky respondent vyplnil během celé léčby celkem třikrát. První dotazník při zahájení léčby – dotazník byl označen písmenem A, druhý dotazník, v době, kdy došlo ke změně stádia rány z fáze čistící do fáze proliferační, dotazník písmeno B, poslední dotazník C - pacient předává po zhojení rány.

4.1.3 Charakteristika souboru: věk, pohlaví, vzdělání

Výzkumný soubor tvoří 66 respondentů. Jde o pacienty s chronickými ulceracemi dolních končetin, kteří navštívili poradnu pro léčbu rány v období duben 2006 až březen 2007. Respondenti byli převážně z Prahy a okolí, 3 respondenti byli z jižních Čech a z Moravy.

Průměrný věk respondentů byl 66 let. (22 - 91)

Z výzkumu bylo vyřazeno 11 respondentů, kteří nesplnili nebo nemohli splnit podmínky výzkumu z důvodu přerušení terapie, překlada pacienta na jiné pracoviště nebo úmrtí.

Počet mužů byl 24, průměrný věk 64 let (36 - 91)

Počet žen byl 42, průměrný věk 67 let (22 - 86)

Vzdělání respondentů: základní 59 %, středoškolské 30 %, vysokoškolské 11 %

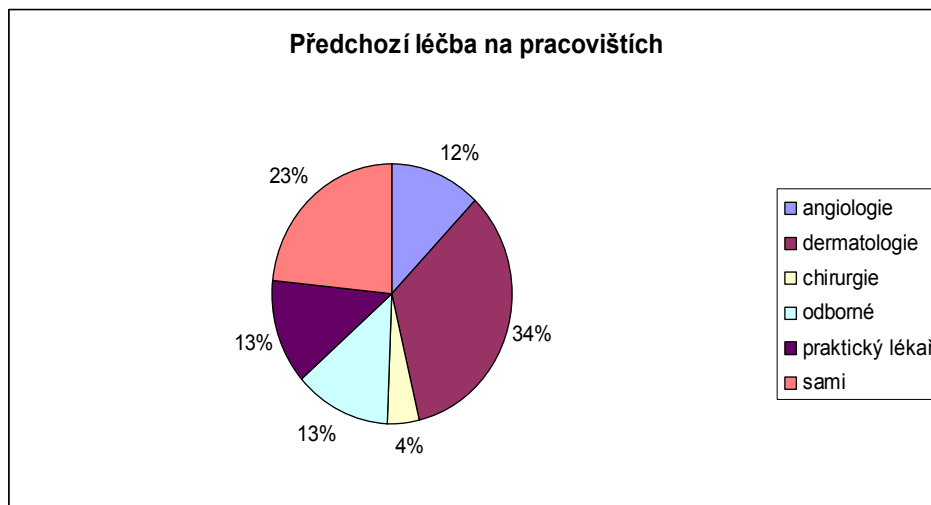
Poměr mužů k počtu žen ve výzkumu byl vypočten 36,4 % : 63,6 % Celosvětová statistika udává etiologii bércoových ulcerací u mužů a žen v poměru 1:2. V procentuálním vyjádření je tento poměr 33, 3 : 66, 7. To znamená, že přestože výběr respondentů v této práci byl náhodný, celkem odpovídá současným statistickým údajům.

Za období 12 měsíců bylo vyléčeno 34 pacientů, to je 51 % z celkového počtu respondentů přijatých do výzkumu, z toho bylo 25 žen a 9 mužů.

4.1.4 Délka předchozí terapie

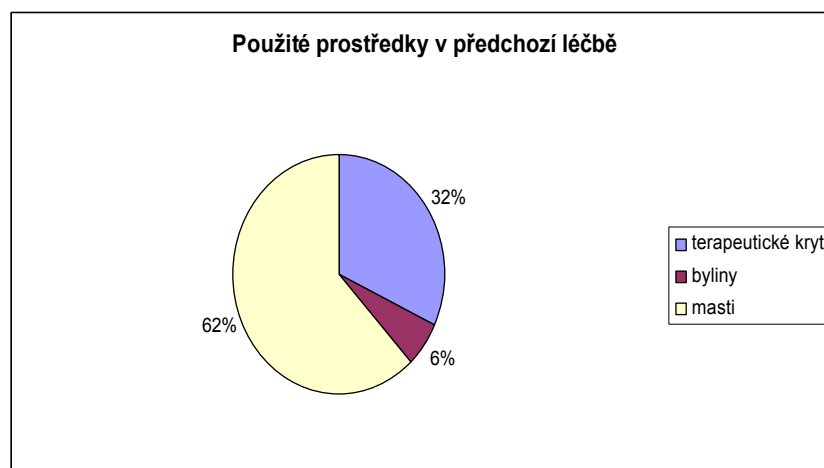
Průměrná doba trvání ulcerací u všech respondentů před návštěvou poradny byla vypočtena na 3,5 roku. (14 dní - 39 let). U žen vychází tato průměrná doba trvání na 1 rok, u mužů 6 let. Tento výrazný rozdíl oproti ženám je způsoben dvěma muži, kteří mají defekty skoro 40 let. (Medián = 8 měsíců) Pacienti přicházeli z různých zdravotnických pracovišť nebo se léčili doma sami. Z angiologického pracoviště bylo doporučeno 8 respondentů = 12 %, z dermatologie přišlo 22 respondentů = 34 %, z chirurgického pracoviště přešli 3 respondenti = 4 %, z jiných odborných pracovišť bylo posláno 9 respondentů = 13 %, z ordinace praktického lékaře přišlo 9 respondentů = 13 %. Poměrně velká skupina respondentů - 15 = 23 % se léčila doma sama, což je důkazem nejen malé informovanosti pacientů ohledně léčby ran, ale i známkou určité nedůvěry ke zdravotnickým pracovištím.

Graf číslo 1: Typy pracovišť, kde byli respondenti léčeni



Těmto údajům odpovídá i druh použitých materiálů, s kterými respondenti přicházeli. 62 % respondentů bylo léčeno mastmi, 32 % bylo léčeno adekvátními terapeutickými materiály a 6 % využívalo přírodní léčbu pomocí bylin.

Graf číslo 2: Použití prostředků v předchozí léčbě



4.1.5 Kvalita předchozí léčby

Respondenti se vyjadřovali ke kvalitě předchozí léčby. Vzhledem k tomu, že 23 % se léčilo samo, posuzovali někteří i vlastní léčbu. Škála hodnocení byla v rozpětí od 1 do 5. Spokojeno s léčbou bylo 12 respondentů (19 %), číslo 2 udává 8 respondentů (12 %), jako průměrnou hodnotí předchozí léčbu 25 respondentů (38 %), málo spokojeno bylo 8 respondentů (2 %) a 12 jich bylo s léčbou silně nepokojeno (19 %).

4.1.6 Vyšetření cévního lékaře

Důležitou součástí léčby chronických ulcerací je cévní vyšetření. Diagnostika etiologie nám poskytuje informaci o dalších možnostech léčby jako je podpůrná medikace, oxygenoterapie, chirurgické řešení, kompresivní bandáž a další. U venózní insuficience hraje dokonce kompresivní bandáž v léčbě prioritní úlohu. Praxe ukazuje, že mnoho pacientů není o důvodu a důležitosti bandáže dostatečně informováno. Neposledním problémem v řešení se stává typ kompresivního obvazu a způsob jeho naložení. Z dotazníků vyplývá, že u 60 % respondentů bylo provedeno cévní vyšetření v době přítomnosti defektu. Z toho 4 respondenti jsou vzhledem ke své problematice vyšetřováni pravidelně, 13 bylo vyšetřeno v období jednoho roku. Naopak 40 % respondentů nenavštívilo nikdy cévního lékaře, přestože jejich dolní končetiny objektivně jevíly známky cévní patologie a pacienti měli několik let chronickou ránu.

4.1.7 Rány

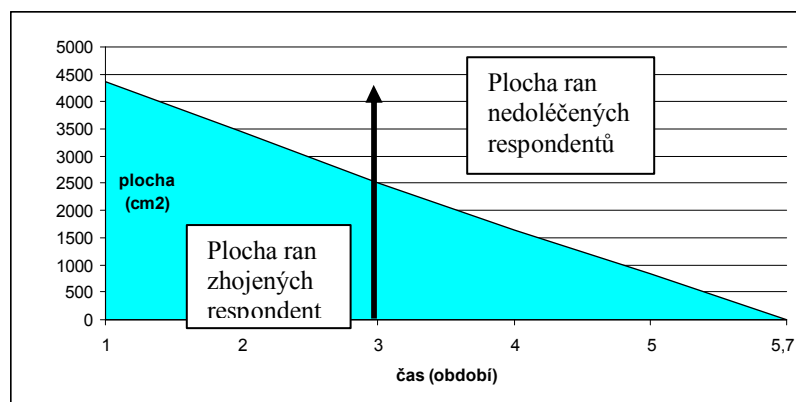
Počet ran na počátku léčby byl 125, v době ukončení výzkumu 49, to je o 61 % méně za období jednoho roku.

Plocha ran u všech respondentů na začátku léčby byla 4 378 cm², v druhé fázi, to znamená při vyplnění dotazníku B, byla plocha všech ran 3 456,0 cm². Při ukončení výzkumu plocha nedolčených pacientů měla rozsah 2 519 cm².

Na základě těchto hodnot jsem vypočetla hypotetickou dobu zhojení ran zbylých 49 % respondentů. Výpočet této doby v závislosti na předchozí době hojení je necelé 2 roky. To znamená, že poslední respondent z výzkumu by se měl dle tohoto grafu v určité lineární závislosti zhojit do dvou let. Vzhledem k tomu, že ve studii pokračuji dále, budu mít možnost si tuto svoji hypotézu ověřit.

Graf číslo 3 znázorňuje závislost plochy na čase. Interval od jedné do tří na časové ose znázorňuje období jednoho roku.

Graf číslo 3 Závislost plochy zhojených ran na čase



4.1.8 Diagnostika nedolčených respondentů

Hojení chronické rány, výskyt komplikací i rychlost zhojení ovlivňují další přidružené nemoci. Respondenti, kteří při uzavření studie nebyli zhojeni, mají při diagnóze ulcus cruris a k ní příslušné cévní problematice ještě další komplikující diagnózy. Patří mezi ně sklerodermie, polycytémie, myeloidní leukémie, obezita, nestabilní diabetes

mellitus na inzulinoterapii, anémie, revmatoidní artritida, nefropatie, karcinom mammae, karcinom příštítných tělísek, poruchy imunity, lymfedém.

Laboratorní hodnoty i při chronické medikaci a snaze o kompenzaci vykazují patologické hodnoty krevního obrazu, nízké hladiny železa, zvýšené hladiny C - reaktivního proteinu, vysoké hodnoty glykémie, zvýšené jaterní testy. Chronický proces, polymorbidita způsobuje malnutrici, kde opakovaně nacházíme hraniční hodnoty bílkovin i přes doplnění stravy sippingem.

5 pacientů je trvale léčeno pro cévní problematiku v angiologické ambulanci, 2 nemocní mají defekty 40 let, 3 nemocní mají nestabilní diabetes mellitus, kdy hodnota glykémie často přesahuje $12 \text{ mmol.litr}^{-1}$. Tato hodnota způsobuje v ranně reakci jako při akutním zánětu. 9 respondentů má váhu více než 120 kg. 3 nemocní mají myeloidní leukémii v chronické, ale i akutní fázi. U 4 pacientů komplikují hojení opakované spontánní perforace žilní stěny se silným krvácením. Hojení rovněž prodlužují dlouhodobě užívané léky jako jsou kortikosteroidy nebo cytostatika.

4.1.9 Průměrná doba léčby

Na základě dotazníků, dne zahájení léčby a doby zhojení ran jsem vypočítala průměrnou dobu terapie zhojených respondentů. (34) Tato doba byla 120 dnů. To jsou 4 měsíce (13 – 300 dnů). Medián = 3 měsíce. Za 13 dnů byla zhojena mladá pacientka s juvenilním diabetem, která měla již zkušenosti s lokální léčbou terapeutickými materiály. Přišla s krytím, které plnilo podmínky vlhkého hojení, pouze bylo nutné vzhledem k předchozí stagnaci změnit typ materiálu. Tento krátký interval zhojení nebývá častý, avšak není v poradně výjimkou. Takto rychle se většinou zhojí recidivující pacienti, kteří již mají zkušenosti se správnou lokální terapií z předchozí léčby, terapii zahájí doma hned při prvních příznacích a přichází k léčbě brzy.

U ostatních 32 nedolčených pacientů bude sledování kvality života a doby zhojení ran pokračovat i po skončení této studie. Kromě uzavření výzkumu jako celku u všech

respondentů, bych si ráda ověřila všechna hypotetická data včetně doby zhojení ran, která je uvedena v kapitole 4.1.7

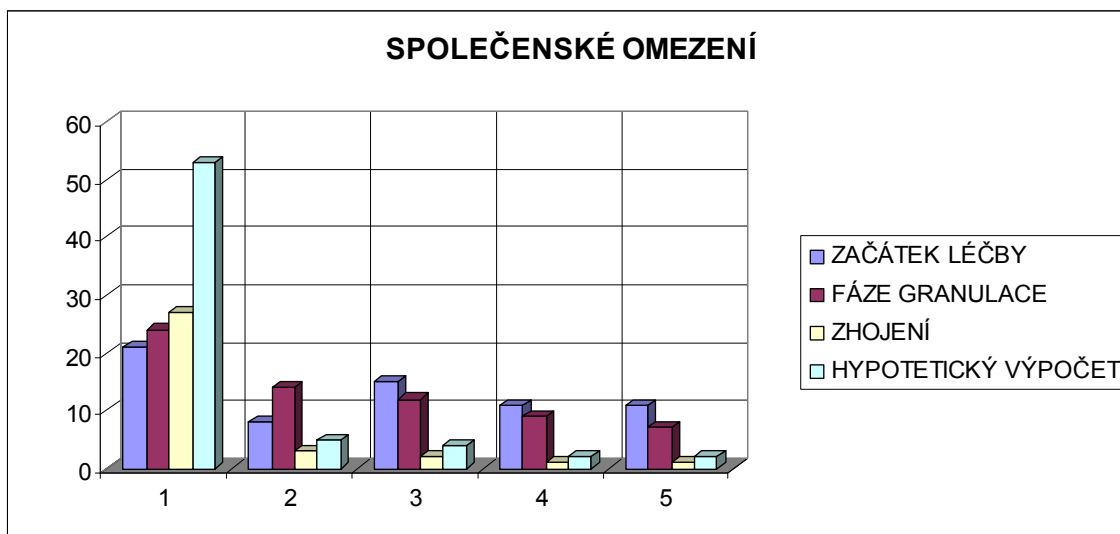
4.2 SPOLEČENSKÉ OMEZENÍ

Přítomnost chronické rány sebou přináší specifická omezení, která mají následně vliv na kvalitu života člověka. Společenské omezení se může týkat řady běžných a pro život nezbytných činností. Zápach rány dokáže oddělovat pacienta v rodinném prostředí, kdy nejbližší se izolují od nemocného anebo se pacient přirozeně osamocuje sám. Nutné společenské aktivity jako je nákup potravin (80 % respondentů udává obavy při nákupu z důvodu zranění nákupním vozíkem) a návštěvy zdravotnického zařízení jsou pro mnoho respondentů nezbytné. Dalšími aktivitami, které velká skupina respondentů považuje za podstatné pro zlepšení úrovně kvality života, je návštěva přátel, divadla, možnost odejet na výlet nebo na dovolenou.

Tabulka číslo 1 Společenské omezení (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
32	11	23	17	17	příjem
36	21	18	14	11	fáze granulace
41	5	3	1	1	při zhojení
80	9	5	3	3	hypotéza po zhojení všech respondentů

Graf číslo 4 Společenské omezení respondentů



Z výsledných hodnot vyplývá, že zhruba 1/3 respondentů při příjmu nepovažovala přítomnost chronické rány za omezující v kontaktu se společenskými aktivitami. Tato skutečnost může vycházet jednak z velikosti defektu, který pacienty v tomto smyslu neomezoval. 21 % respondentů se vzhledem ke svému věku a k tomu příslušné mobilitě pohybuje převážně v okruhu svého domova. Při součtu hodnot stupně 4 a 5 vychází počet pacientů, kteří hodnotí společenské omezení při začátku léčby jako silně omezující na 34 %. To je opět zhruba 1/3 respondentů. V tomto případě jde o pacienty mladšího a středního věku, kteří se rádi scházejí se svými přáteli, chtějí využívat volný čas k cestování. 28 % respondentů je ještě v pracovním procesu nebo pracuje v důchodu. Někteří jsou nuceni cestovat a společensky se stýkat v rámci svého zaměstnání. Jedna nemocná udávala, že díky výskytu chronického defektu ztratila převážnou část svých přátel a dle ní se tyto kontakty již nevrátí ani po zhojení ran.

V druhé fázi, kdy respondent již prošel určitým vývojem rány a jejího vzhledu, by obvykle měla nastat v kvalitě života pacienta určitá pozitivní změna. Tato změna leckdy bývá pozitivně hodnocena zdravotníkem, ne však pocity pacienta. Těmito důvody může být rozšíření rány, které je častou součástí jejího čištění, avšak převládá zvýšená sekrece a trvá bolest. Dle mých údajů, došlo k mírnému zvýšení počtu pacientů, kteří přítomnost

chronického defektu již nepovažovali za společensky omezující v dané době. Došlo i k posunu ze stupně 3 na stupeň 2 o 9 % a ke snížení stupňů 4 a 5. Z toho vyplývá, že zhruba uprostřed léčby došlo ke zlepšení společenského omezení u 14 % respondentů.

Poslední fázi - fázi zhojení - mohu hodnotit pouze u 51 % respondentů, nicméně i zde je vidět výrazný posun ve zlepšení pocitů respondentů. Z hodnot, které udávalo 51 % respondentů jsem se pokusila vypočítat hypotetické hodnoty, které by mohli být u všech zhojených pacientů v závěru léčby. Tato hypotéza počítá s 80 % nemocných, kteří nebudou společensky omezováni a po zhojení vředů se budou moci společensky plně účastnit všech aktivit. U 9 % lze předpokládat určité společenské omezení, které je zřejmě spojeno s jejich mobilitou. Hodnoty stupně 3, 4 a 5 dávají hypoteticky opět součet 9 %. Měla jsem možnost poznat jednotlivé respondenty v praxi, a proto se domnívám, že jejich společenské omezení není závislé na přítomnosti rány, ale na jejich zdravotních problémech, týkajících se dalších přidružených nemocí.

4.3 ŽIVOTNÍ RYTMUS

Každý člověk má svůj zaběhlý životní rytmus, který přizpůsobuje povinnostem a svým potřebám. Tento rytmus nutně narušuje přítomnost chronické rány. Svůj cyklus musí nemocný upravit převazům, leckdy častým, opakovaným návštěvám ve zdravotnických zařízeních z důvodů kontrol a vyšetření. Součástí komplexní péče je i životospráva, kterou od pacientů přísně vyžadujeme. Komplex činností obsahuje cvičení končetinami, koupele s masážemi, elevací končetin, bandáže a další. Mnozí z pacientů dávají přednost převazům rány dopoledne, kdy mají více sil. Jedna pacientka uvedla, že převazy jí trvají s hygienou i 3 hodiny s tím, že během převazů několikrát usne. Není výjimkou pacient, který raději přichází na každý převaz do ambulance, než by si ránu převazoval sám. Pochopitelně otázkou do diskuze je i možnost většího zapojení domácí péče do ošetrovacího systému. Dosud využívá agentury domácí péče pouze 5 % respondentů. V praxi se setkávám

s odmítáním sester domácí péče pacientem z důvodu špatných zkušeností s péčí, nedůvěrou nebo neznalosti této možnosti. 23 % respondentů je ošetřováno svými příbuznými s různými výsledky. 72 % pacientů z výzkumu se ošetřuje samo.

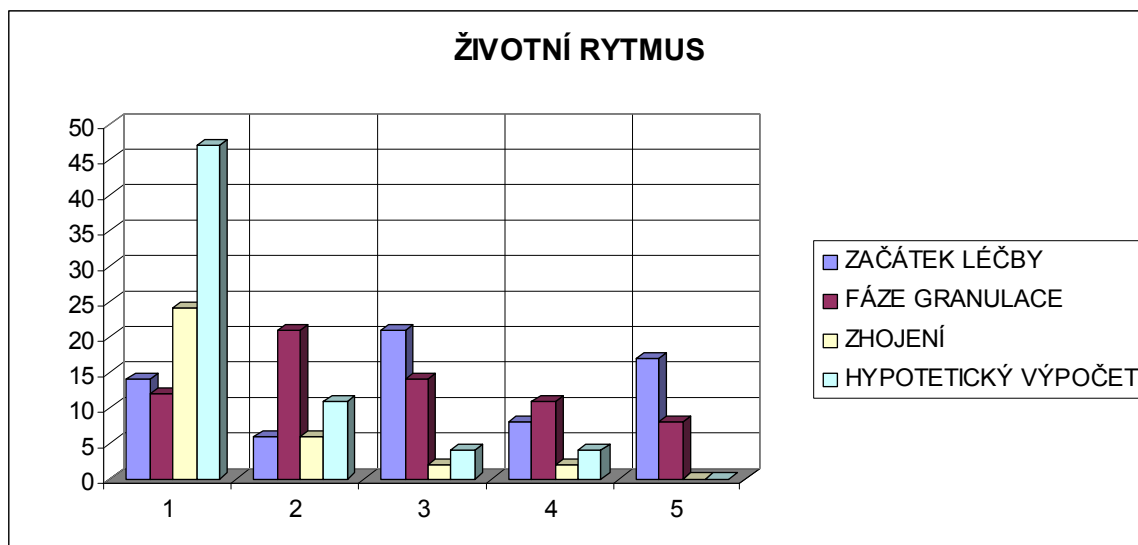
Tabulka číslo 2 Životní rytmus (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
2	9	32	12	26	Příjem
18	32	21	17	12	fáze granulace
36	9	3	3		při zhojení
71	17	6	6		hypotéza po zhojení všech respondentů

Z výsledných hodnot výzkumu vyplývá, že u 30 % pacientů v začátku terapie byl životní rytmus díky péči o ránu narušen minimálně nebo jej rána příliš neovlivňuje. 1/3 se musí přizpůsobit přítomnosti defektu, obtěžuje je v rámci v průměrného hodnocení. Více než 1/3 pacientů se v začátku terapie musela přizpůsobit projevům a ošetření chronické rány. Údaje z dotazníků označených B vypovídají o výrazném snížení, a to o 14 % ve stupni 5, rovněž o 11 % je snížen stupeň číslo 3. Naopak o 24 % je nárůst v druhém stupni. Lze předpokládat, že tento nárůst je výsledkem, přesunutí hodnocení na stupeň 4 a převážně na stupeň 2, který je respondenty hodnocen jako mírné ovlivnění jejich dané problematiky.

Po zhojení rány u 51 % respondentů nastává vymizení problému u 36 % pacientů. Překvapilo mě poměrně vyšší procento (9 %) u stupně číslo 2, ale i 3 a 4. Tuto skutečnost si můžeme vysvětlit tím, že přestože je rána zhojená, určité zásady a systém životosprávy musí pacient dodržovat nadále, u cévní problematiky to platí téměř celoživotně. Mezi tyto činnosti ovlivňující životní rytmus může patřit bandáž dolních končetin, elevace nohou s odpočinkem, užívání léků.

Graf číslo 5 Životní rytmus respondentů



4.4 BOLEST

Chronická bolest, je subjektivní vjem, který v kvalitě života člověka hraje prioritní roli. Moje zkušenost z praxe ukazuje, že pokud pacient trpí silnou bolestí, ostatní otázky typu zhojení rány a s nimi související, jsou pro pacienta v danou chvíli zcela podružné. V takových případech se oprávněně ukazuje racionalita spojení poradny pro léčbu rány spolu s ambulancí bolesti. Pacient, u kterého dojde ke snížení, případně odstranění bolesti, je schopen se věnovat ošetření rány, dodržení životosprávy, cítí se odpočinitý psychicky i fyzicky. Spolupracuje v situacích, které jsou pro něho nepříjemné. Chronická bolest se vyznačuje určitou charakteristikou. Kromě typu bolesti je nutno odlišit i bolest vzniklou během snímání obvazu, tedy během převazu, bolest, kterou pacient vnímá intenzivně po převazu a bolesti mimo tyto činnosti.

Tabulka číslo 3 Bolest (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
12	15	26	21	26	příjem
24	23	30	12	11	fáze granulace

41	5	3	3		při zhojení
79	9	6	6		hypotéza po zhojení všech respondentů

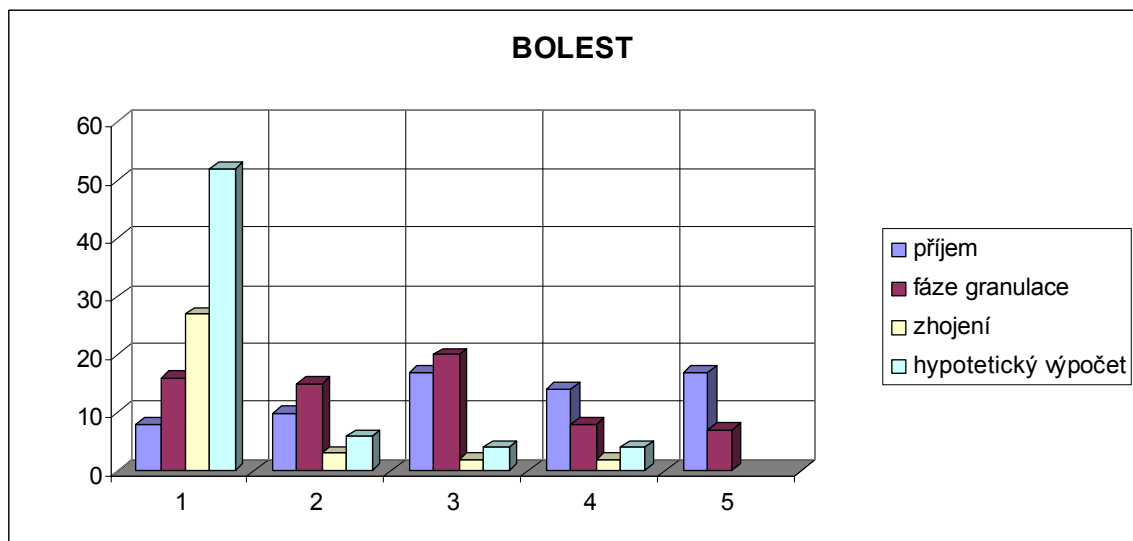
Z dat uvedených respondenty při prvním kontaktu vychází, že 12 % pacientů netrpělo bolestí a 15 % mělo pouze malou bolest. Střední, silnou a velmi silnou bolest uvádělo ve třetím, čtvrtém a pátém stupni přes 20 % respondentů. Silnou bolest při začátku terapie uváděla dokonce 1/4 nemocných.

V dotazníku B, ve fázi granulace se množství pacientů bez bolesti zdvojnásobilo z 12 % na 24 %, což je nepochybně důkazem zlepšení subjektivních pocitů pacientů. V této fázi rovněž dochází ke snížení o 15 % u stupně číslo 5 a o 9 % u stupně číslo 4. Toto snížení bolesti je výsledkem analgetické léčby u 58 % respondentů a působením terapeutických materiálů u 42 % respondentů.

Po zhojení defektů bylo bez bolesti 41 % respondentů. Dle mého hypotetického výpočtu vychází, že po zhojení všech respondentů bude zřejmě 80 % bez bolesti, 6 až 9 % pacientů bude mít bolest druhého až čtvrtého stupně. Tato bolest, která přetrvává i po zhojení defektů je charakteristická u mnoha cévních onemocnění

Z dat uvedených ve studii vychází, že silnou bolestí – stupeň 5 – v začátku terapie trpěly více ženy oproti mužům o 14 % a naopak o 14 % bylo méně mužů, kteří na začátku léčby bolest neměli. V druhé fázi je procentuální vyjádření pocitů bolesti mužů a žen na všech stupních zhruba stejné. V závěru léčby, v hypotetickém výpočtu, pacientů bez bolesti, opět vychází vyšší procento mužů oproti ženám, a to o 12 %.

Graf číslo 6 Bolest respondentů



Zjišťovala jsem také, v jakém časovém úseku se bolest projevuje, má - li pravidelné intervaly, v denní či noční dobu. 12 % respondentů udává bolest trvalou. Převážně v noci mezi 2 - 4 hodinou sděluje bolest 41 % pacientů, přes den 20 % nemocných. Bolest, která je závislá na únavě, po námaze, udává 7 % respondentů. 20 % pacientů trpí bolestí převážně po převazu, kde tato bolest trvá několik hodin případně až do druhého dne. Je pozitivní, že mimo tuto dobu nemocný jinak bolest nemá.

Většina nemocných se snaží s bolestivou situací vyrovnat standardními způsoby. 28 % ji řeší pouze léky, 5 % klidem, 17 % kombinací léků a bandáží končetin, 20 % chůzí. Spíše jednotlivci řešili bolest například elevací končetin, jízdou na kole, masáží, tlakem nebo hlazením okolí.

4.5 SPÁNEK

Kvalita spánku velmi úzce souvisí s prožíváním bolesti. Doba spánku, jeho hodnota a pocit dostatečného odpočinku především v noční době, silně ovlivňuje psychiku pacienta a fyzické schopnosti přeměřené jeho věku. Spánek u starších lidí je obvykle kratší, s malými periodami dřímání i během dne. Nemocní, kteří mají problémy se

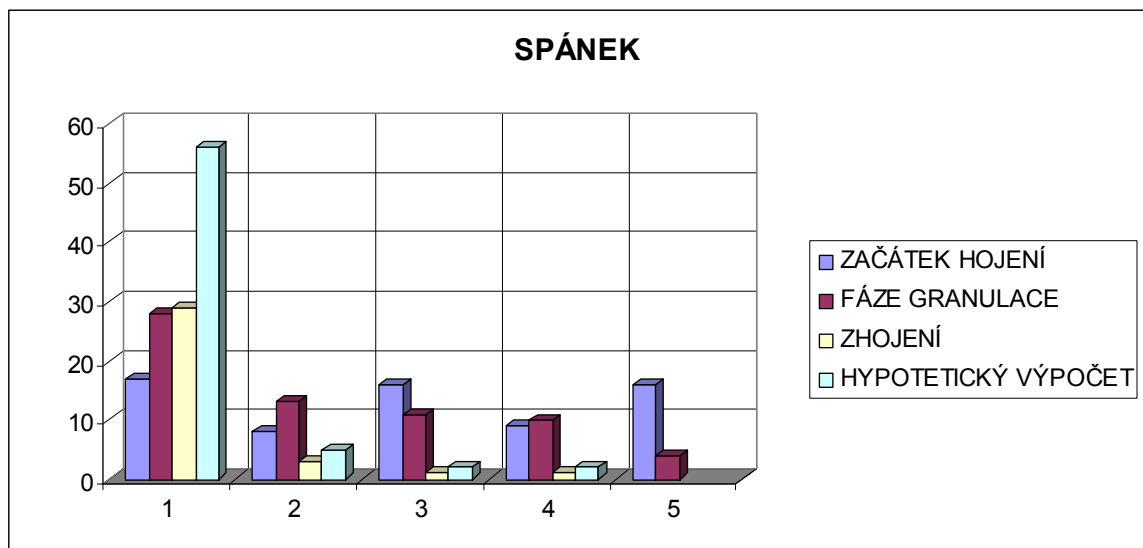
spánkem, obvykle usínají kolem čtvrté nebo páté hodiny ráno. Proto jsou pro tyto pacienty vhodnější kontroly v ambulanci kolem poledne nebo až odpoledne. Na druhé straně si tito nemocní musí spánkový deficit nahradit během dne a tím se jejich problém dostává do bludného kruhu. Několik pacientů ve středním věku se svěřilo, že z důvodu problému s ránou a tím pádem i spánkem si následně museli oddělit ložnice se svým partnerem.

Tabulka číslo 4 Spánek (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
26	12	24	14	24	příjem
42	20	17	15	6	fáze granulace
44	4	2	2		při zhojení
93	8	3	3		hypotéza po zhojení všech respondentů

Dle procentuálního vyjádření v tabulce číslo 4 bylo v době příchodu pacientů do poradny bez problému se spánkem nebo jen s menšími problémy spánku 38 % respondentů. Ve stejném procentuálním vyjádření jsou rovněž stupně číslo 4 a 5, které ale naopak označují velké problémy se spánkem a situace, kdy pacient v noci téměř nespí. O to příjemnější je hodnocení výsledků v druhé fázi, kdy stupeň číslo 5, to znamená noci bez spánku, je o 3/4 z původní hodnoty snížen. Tato hodnota se přesunula na stupnici čísla 1, 2 a 3. Je vyjádřením výrazného zlepšení kvality spánku respondentů jako důsledku zmenšení bolesti a celkového pozitivního vývoje rány. Přesto, v této fázi zůstává hodnota pacientů s velkými problémy spánku na stejné úrovni označené jako 4. Hypotetické hodnoty v závěru léčby ukazují opět na výrazné zlepšení kvality spánku, a to u 84 % pacientů. U 8 % pacientů, kteří mohou mít hypoteticky problémy se spánkem i po zhojení defektů, lze tuto situaci přičítat standardním problémům spojených se stářím.

Graf číslo 7



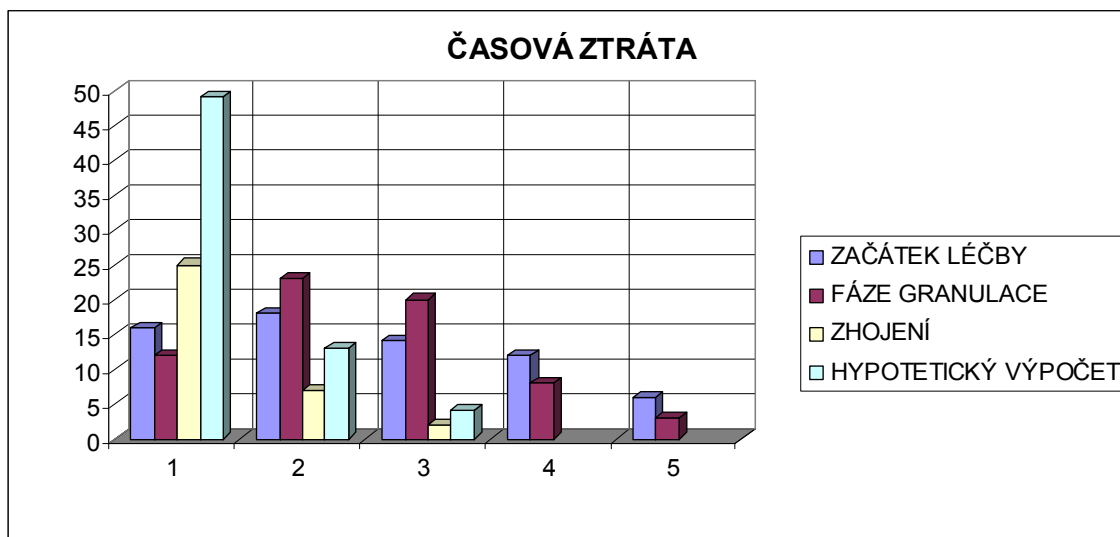
4.6 ČASOVÁ ZTRÁTA

Pod pojmem časová ztráta jsem chtěla podchytit dobu, kterou pacient musí věnovat péči o ránu a dalším, již zmiňovaným aktivitám v rámci životosprávy. Časovou ztrátou však může být i čas, který pacient stráví cestováním na opakované kontroly nebo případně čas, strávený v čekárně. Dlouhodobé výsledky z praxe nám dokazují, že časté návštěvy pacienta ve specializované ambulanci urychlují hojení ran a tím pochopitelně ovlivňují ekonomickou stránku. Důvod vychází z možnosti aktuálně reagovat na vzhled rány, dle toho vybírat typ materiálu, včas řešit rané komplikace.

Tabulka číslo 5 Časová ztráta (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
24	27	21	19	9	příjem
19	35	30	12	4	fáze granulace
38	11	3			při zhojení
74	20	6			hypotéza po zhojení všech respondentů

Graf číslo 8 Časová ztráta



Dle vyjádření respondentů v dotaznících vyplněných při příjmu není velký procentuální rozdíl mezi stupni 1 - 4. Nejvyšší hodnota je u stupně číslo 2, kolem 27 %. Odpovídá situaci, kdy většina pacientů počítá s určitou časovou ztrátou jako s nutnou záležitostí vycházející z problematiky. Předpokládám, že 9 % respondentů, kteří hodnotili časovou ztrátu stupněm 5, jsou pacienti s rozsáhlými, často cirkulárními defekty, kteří mají i příslušné projevy, týkající se sekrece a bolesti.

Z dotazníků ve druhé fázi lze vyčíst zvýšení časové ztráty na stupni číslo 2 a 3 a snížení u ostatních stupňů. Jednou z podmínek přijetí pacienta do naší poradny je možnost kontroly alespoň dvakrát týdně. Tato podmínka vychází z nutnosti časté kontroly rány v určitých obdobích, při použití nových, specifických obvazů, pochopitelně při zhoršení rány. Časté kontroly mají pozitivní vliv na rychlost hojení a ekonomickou stránku.

Při ukončení léčby udává větší časovou ztrátu pouze 3 % respondentů. Opět jde o pacienty, kteří mají přetrvávající problémy jako je bolest, poruchy chůze, návštěvy v dalších specializovaných ambulancích i po zhojení rány.

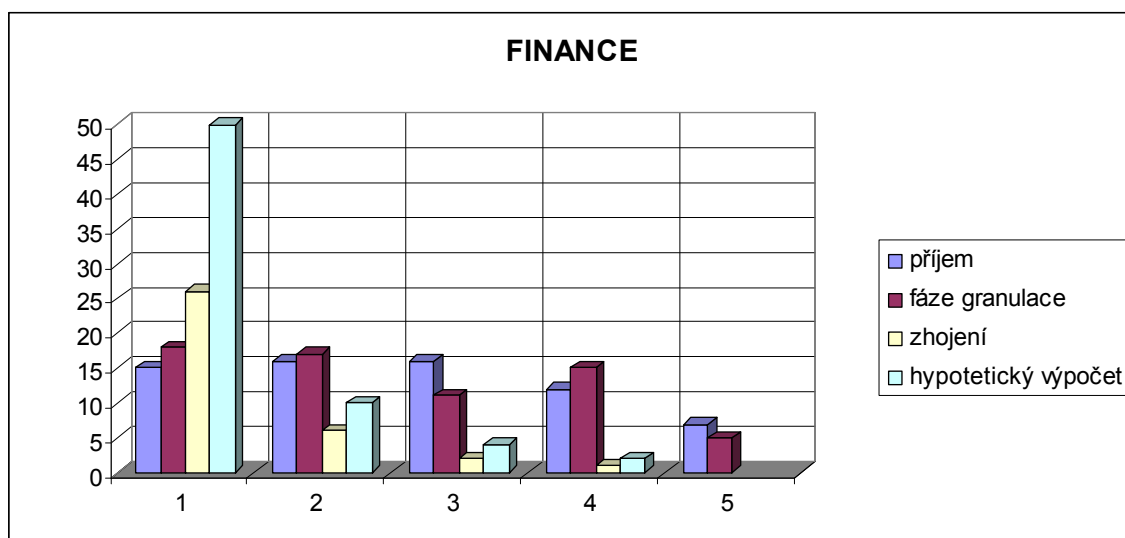
4.7 FINANČNÍ ZTRÁTA

Pojmem finanční ztráta ve spojení s kvalitou života jsem chtěla zmapovat peněžní problémy pacienta během léčby chronické rány. Patří mezi ně nejčastěji starosti se zajištěním dostatečného množství i spektra materiálů k ošetření typu savého krytí, mastí používaných v okolí rány, náplasti, obinadla, obkladové roztoky. Toto vše v závislosti na velikosti rány. Mezi další finanční vydání patří například sipping, minerály nebo stopové prvky ve formě tablet, které pacientům doporučujeme na základě biochemických vyšetření. Neposledním problémem, který ovlivní pacientovy výdaje na hojení ran, je finanční zvládnutí prostředků vydaných na transport do zdravotnických zařízení. Nejhuře jsou tímto způsobem ovlivněni pacienti, kteří jsou nuceni používat taxi nebo osobní auto. Převoz sanitou využívá malé množství respondentů z důvodu časové nespolehlivosti a dlouhého čekání na odvoz ze zdravotnického zařízení. Tato doba se často pohybuje v rozsahu od 2 - 4 hodin. Pro mnohé pacienty to znamená celodenní náročný „výlet“, kdy jsou dehydratováni - bojí se pít, z důvodu problému s toaletou, nejedí nebo jen malé svačiny, protože nemají chuť. Čekání na sanitu je pro ně stresem. Deficit tekutin i nutriční, který tím vznikne, se těžko u staršího pacienta dohání. Přesto, mnohé z těchto nemocných musíme ošetřit v ambulanci v určitém období častěji.

Tabulka číslo 6 Finanční ztráta (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
22	24	24	19	11	příjem
27	26	17	22	8	fáze granulace
38	9	3	1		při zhojení
75	16	6	3		hypotéza po zhojení všech respondentů

Graf číslo 9 Finanční ztráta



Všech 22 % respondentů, kteří při zahájení léčby uváděli minimální náklady, měli ránu do rozsahu 10 cm², což lze považovat za malé defekty. Ve skupině pacientů, kteří udávali malé náklady na léčbu jsou 3 respondenti s větší ránou a 6 pacientů se střední velikostí rány. Stupeň číslo 3, tedy větší náklady, udává stejný počet respondentů jako u stupně 2. Velké výdaje na léčbu udávalo 19 % respondentů, kdy do této skupiny patřili pacienti s malými i velkými ránami. Výrazné výdaje mělo procentuálně nejmenší množství pacientů a vzhledem v rozdílnosti rozsahu je vidět, že finance nejsou vždy závislé na velikosti rány.

Při vyplnění dotazníků ve fázi granulace se počet pacientů s minimálními a malými náklady mírně zvýšil, což můžeme považovat za úspěch ve vývoji rány. Rovněž došlo ke snížení stupně 3 a 5. Velké náklady však udává více respondentů než na počátku terapie. Zde vidím příčinu ve dvou možnostech. První, častá, je rozšíření rány, druhou možností jsou náklady na nákup všech doporučených prostředků pro zlepšení stavu pacienta a tím i defektu.

Při zhojení rány se finanční situace respondentů výrazně zlepšila. Přesto zůstalo několik pacientů, kteří měli vyšší náklady i v této fázi. Jsou to hlavně pacienti, u kterých problémy přetrvávají i po zhojení rány

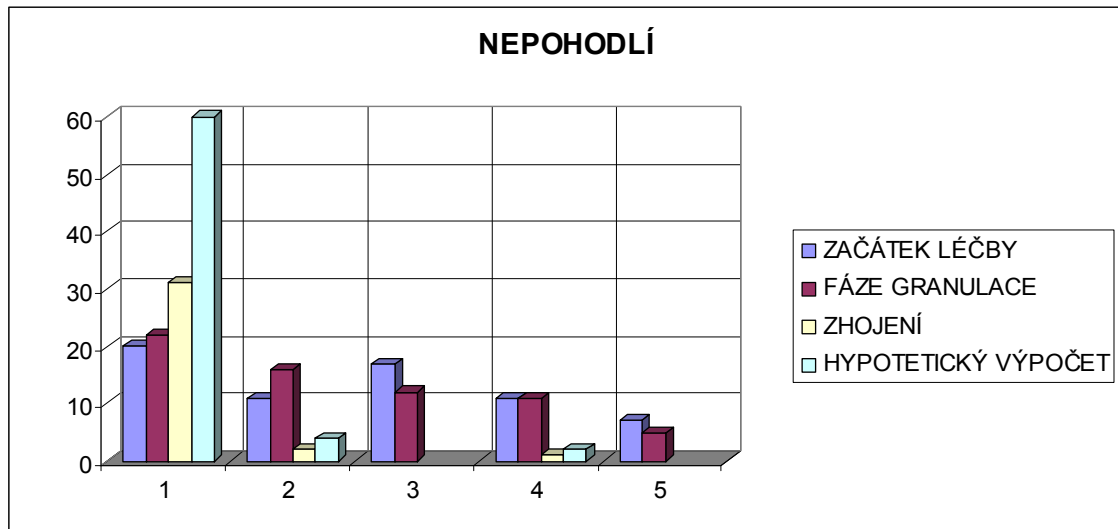
4.8 NEPOHODLÍ

Nepohodlí představuje pro pacienty subjektivní pocit související s prožíváním určité části jejich života. I v tomto případě je diskomfort pojímán respondenty s obrovskými rozdíly. Z mého pohledu se může jednat o nepříjemné pocity při výrazné sekreci s prosakováním obvazu, pocity pruritu u ekzematických projevů, pálení při maceraci a nebo svírání při suché kůži v okolí rány. Nepohodlím je i nošení bandáže, které je nutnou součástí terapie u venózní etiologie nebo obyčejná náplast v dané lokalitě. V praxi se setkávám s malou edukací směrem k pacientům, kdy pomocí materiálů a životosprávou lze některé pocity nepohodlí eliminovat.

Tabulka číslo 7 Nepohodlí (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
30	17	26	17	10	příjem
33	24	18	17	8	fáze granulace
47	3		1		při zhojení
91	6		3		hypotéza po zhojení všech respondentů

Graf číslo 10 Nepohodlí respondentů



Při první návštěvě hodnotilo 30 % respondentů jejich situaci jako minimálně obtěžující. Naopak 10 % udalo velmi silný pocit nepohodlí. Snad shodou okolností šlo pouze o ženy, kdy tyto pacientky měly převážně silně secernující rány.

Hodnocení nepohodlí na stupnici jako čtvrtém v pořadí udává 17 % respondentů. Nemocní udávali silnou bolest, otok končetin a k tomu přiměřenou sekreci

Při vyplnění dotazníků B zůstal pocit nepohodlí 4. a 5. stupně v podstatě nezměněn. Šlo o stejné pacienty jako při zahájení terapie, jejichž situace se nezlepšila, hojení probíhalo pomalu nebo rána měla stagnující projevy.

V závěru léčby je vidět, dle výsledků dosud zhojených respondentů a následného hypotetického výpočtu, jak pocit nepohodlí či pohodlí přímo úměrně souvisí s hojením.

4.9 STRACH, ÚZKOST

Psychika pacienta je, bohužel, stále podceňovanou stránkou v komplexním přístupu k pacientovi. Přitom právě v psychice vidíme obrovské možnosti, jak nemocným velmi rychle a účinně pomoci a ovlivnit i fyzické souvislosti. Je pro naši poradnu příjemným pocitem, že právě pacienti kladně hodnotí vztah zdravotnického personálu,

možnost vyslechnutí, povzbuzení a dlouhodobý zájem v péči. Pokud má pacient převládající psychické potíže, je objednan k psychologickému nebo psychiatrickému vyšetření. Tito specialisté jsou součástí Centra bolesti.

Jaký má vliv psychika na hojení ran mi ukázalo letošní novoroční období. U 30 % respondentů i při pravidelné kontrole došlo ke zhoršení rány, přestože situace před vánoce vypadalo velmi pozitivně. Rovněž pacientka, která měla oprávněně psychické potíže a z toho důvodu recidivující ulcerace, byla objednána ke psychiatrické konzultaci. Po nasazení léčby, došlo během několika dnů ke zklidnění, rána se během týdne zmenšila o 50 % a za další týden byla zhojena.

V tomto okruhu jsem chtěla zjistit psychické pocity pacientů, které vyvolává přítomnost chronické rány hlavně při dlouhodobém výskytu nebo možnostech recidivy. Podotázkou v dotazníku bylo vyjádření kvantitativního stupně obav, zda se rána nezhojí.

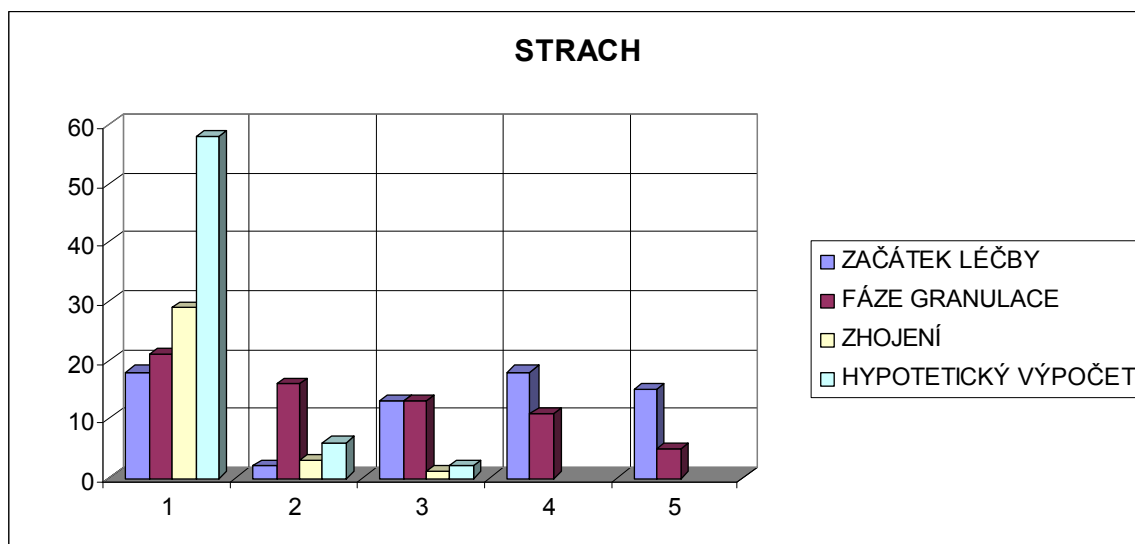
Tabulka číslo 8 Strach, úzkost (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
27	3	20	27	23	příjem
32	24	20	17	7	fáze granulace
44	5	2			při zhojení
88	9	3			hypotéza po zhojení všech respondentů

Velké psychické problémy stupně 4 a 5 uvádělo při první návštěvě 50 % respondentů. Žádné nebo jen malé psychické potíže mělo 30 % pacientů. Z čísel vyplývá převaha respondentů s psychickými problémy, kteří přišli do poradny z různých pracovišť s dlouhodobě léčenou a nevléčenou ránou. O to příjemnější je hodnocení dotazníků ve fázi granulace, kdy nejvyšší stupně jsou celkově sníženy o 26 %, což je více než 1/4 respondentů!

Důsledek chronicity na psychiku je vidět v závěru terapie ran. Dle hypotetického výpočtu bude bez psychických problémů skoro 90 % respondentů. Přesto kolem 10 % respondentů může mít problémy i po zhojení rány.

Graf číslo 11 Pocit strachu, úzkosti



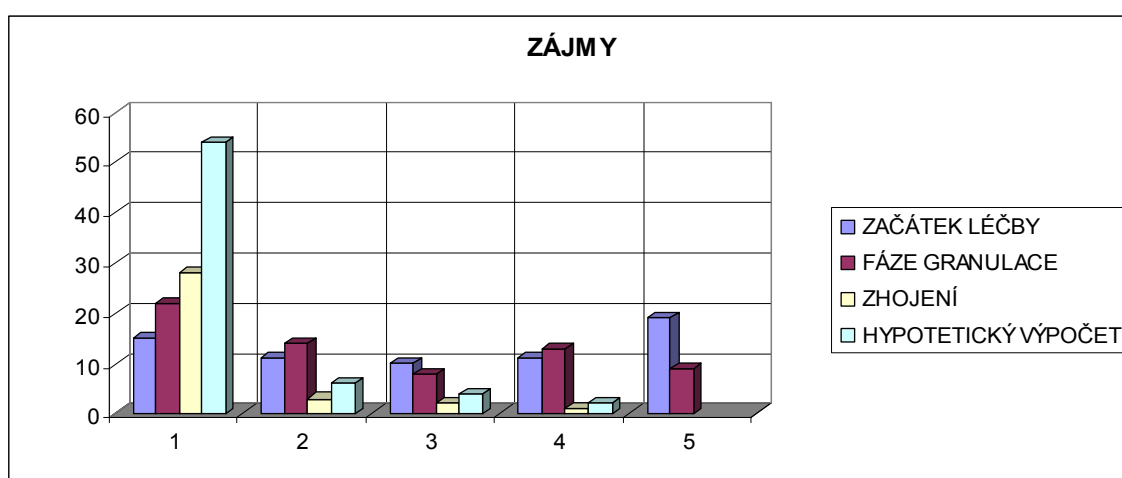
4.10 ZÁJEM

Zájmy respondentů, jejich „koníčky“ jsou nábojem ovlivňujícím kvalitu života. Pokud má člověk zájem o určitou oblast, zvláště starší člověk, vyjadřuje tím svoji chuť k životu. Přítomnost chronické rány ovlivňuje možnost věnovat se zájmům díky bolesti, únavě a dalším negativním faktorům. Jednotliví respondenti udávali oblasti svých předchozích i momentálních zájmů. 17 % se věnuje chalupaření, 14 % zahrádkářství, 11 % plavání, 6 % sportu, avšak více pasivním způsobem, 5 % stavařině, 5 % studiu třetí generace, další jednotlivci cestování, šití, chovu drůbeže a psů nebo tanci. 15 % respondentů se o zájmech v době výzkumu vyjadřovalo negativně s tím, že nemá o nic zájem. Tato určitá apatie zřejmě nevychází jen z přítomnosti chronické rány.

Tabulka číslo 9 Zájmy respondentů (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
23	17	14	17	29	příjem
33	21	12	20	14	fáze granulace
42	5	3	1		při zhojení
82	9	6	3		hypotéza po zhojení všech respondentů

Graf číslo 12 Zájmy respondentů



Výsledky respondentů z dotazníků A vyjadřovaly ovlivnění zájmu respondentů na počátku terapie. 29 % udávalo velmi silné problémy, pro které se nemohou věnovat svým zájmům. Spolu s bolestí jsou to dohromady jediné okruhy, kde nejvyšší procento zahrnuje 5. stupeň. Tato situace ovlivňuje i psychiku pacienta. Vzhledem k tomu, že jednotlivé okruhy spojené s kvalitou života na sebe úzce navazují a tím se i ovlivňují, nemožnost věnovat se svým „koníčkům“ a nezáměr pacienta, vyjadřují určitý duševní i fyzický stav nemocných. O to příjemnější je hodnocení zájmů v dotaznících B, kde stupeň 5 je snížen o 15 %. U stupňů číslo 2, 3, 4 není zlepšení, spíše jde o mírně zhoršení situace stupně 2 a 4. Zato o 10 % respondentů se navýšilo hodnocení stupně 1, kde pacienti bývají již bez problémů.

Hodnocení respondentů v závěru terapie po zhojení defektů v podstatě kopíruje předchozí závěrečné výsledky z ostatních oblastí. Můžeme považovat za úspěch navrácení ke svým zájmům u více než 80 % respondentů dle mého hypotetického předpokladu. Bohužel, jsou i nemocní, kteří se po zhojení rány ke svým „koníčkům“ nevrátí. Toto může být důsledkem určité únavy a věku.

4.11. CHUŤ K JÍDLU

Chuť k jídlu i pocit žízně klesá s přibývajícím věkem člověka. Ve spojení s hojením ran je přísun stravy a zvláště bílkovin zásadní otázkou. Rovněž dostatečná hydratace je problémem, který není plně saturován i u mladších ročníků. Nutriční i vodní deficit způsobuje otoky, vedoucí k rozšířením ran, zpomaluje hojení. Málokterý pacient je schopen říci skutečné denní množství vypitých tekutin, to znamená, že ani toto množství nesleduje. Pro většinu nemocných jsou novinkou určité standardní druhy potravin, které mohou při pravidelném přísunu pozitivně ovlivnit jejich zdravotní stav.

O to horší jsou situace, kdy pacient nemá chuť k jídlu z důvodů souvisejících s chronickou ránou.

Tabulka číslo 10 Chuť k jídlu (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

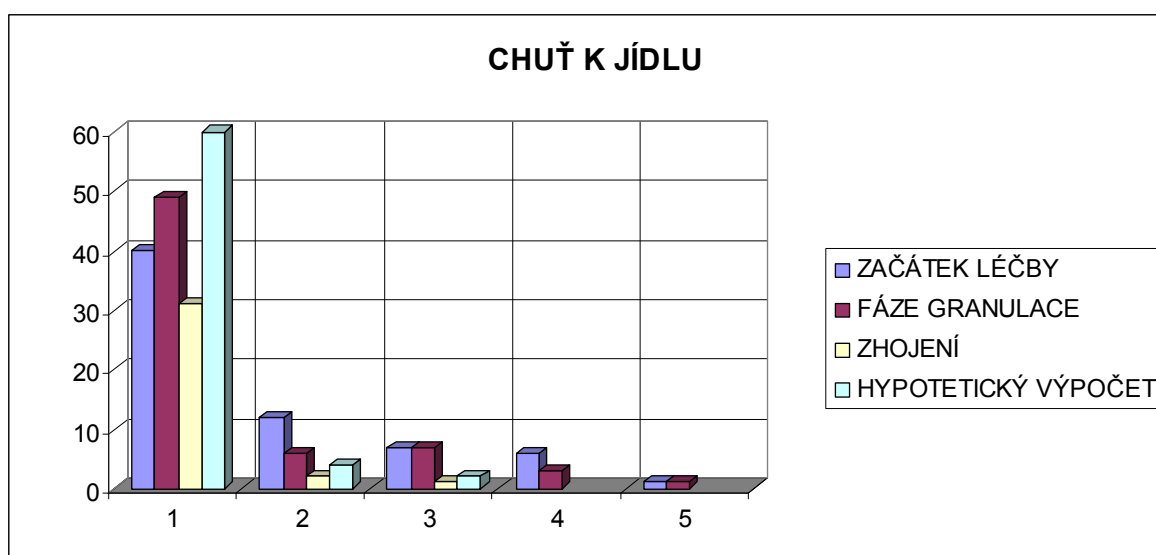
1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
61	18	11	9	1	příjem
75	9	11	4	1	fáze granulace
47	3	1			při zhojení
91	6	3			hypotéza po zhojení všech respondentů

V tabulce číslo 10 je procentuálně vyjádřena chuť respondentů na počátku léčby, zhruba uprostřed hojení a po zhojení ran. Výsledky vypadají poměrně příznivě. 61 % respondentů, přestože měli dlouhodobě problémy s ránou, nemělo ovlivněno tímto chronickým procesem chuť k jídlu. Od stupně číslo 2, které udávalo 18 % se situace

postupně zmenšuje. Jednotliví respondenti vyjadřující stupeň 5, 4, a 3 mají vyjádřen stejný stupeň u bolesti. Dá se proto říci, že jejich chuť k jídlu souvisela s pocitem bolesti. Není výjimkou, že mnoho pacientů v prvních měsících výrazně sníží váhu. Pozitivní situaci vyjadřuje i fáze granulace u všech respondentů. Chuť k jídlu mělo o 14 % respondentů více, přesto přetrvává stejný počet pacientů vyjadřující stupeň 3.

Po zhojení defektů dle výsledků zhojených respondentů mohu předpokládat více než 90 % pacientů, kteří budou mít normální chuť k jídlu. U ostatních respondentů je jejich chuť ovlivněna jejich základní diagnózou.

Graf číslo 13 Chuť k jídlu



4.12 VZTAHY V RODINĚ

Bolest pacienta, chronicita, zápach rány, to vše ovlivňuje nejen pacienta, ale i jeho blízké. V poradně se setkávám s mnohými situacemi, kdy pacienta doprovází celá rodina a

současně se velmi poctivě věnuje péči o ránu. Z rozhovorů s pacienty však rovněž vím o problémech, kdy negativa rány ovlivňují silně partnerské vztahy. Z dotazníků vychází, že 61 % respondentů má partnera, 39 % pacientů z výzkumu žije samo.

Původně jsem během přípravy dotazníků měla představu o získání informací, které by mi pomohly zmapovat situaci ovlivnění intimní oblasti mezi partnery v kontextu s ránou. Studie zaměřené spíše na psychiatrickou problematiku dokazují, že intimní život partnerů ovlivňuje psychiku člověka a tím i kvalitu jeho života. Vzhledem k tomu, že určitá část respondentů žije bez partnera a mnozí z nich jsou starší 70 let, nevěděla jsem, jak tuto podstatnou životní oblast formulovat. Na chybějící otázku problematiky intimní sféry ve spojení s ránou mě spontánně upozornilo několik mladších pacientů.

Zahraniční výzkum se dokonce soustředil na vliv stresu mezi partnery a rychlost hojení ran. Výsledky dokazují, že po 30 minutové hádce se prodlouží hojení o jeden den. Jestliže ohrožuje dvojici průběžný pocit nepřátelství, je prodleva ještě delší. Vliv stresu na imunitní systém je známý, dosud ale nebylo jasně prokázáno do jaké míry stres ovlivňuje další fyziologické pochody. Výzkum byl prováděn u mladých lidí, o to horší by situace s hojením ran byla u pacientů starších. (4.)

Tabulka číslo 11 Vztahy v rodině (hodnoty jsou uvedeny v procentech)

1	2	3	4	5	stupeň závažnosti
70	15	9	6		příjem
80	14	5		1	fáze granulace
47	3		1		při zhojení
88	6		3		hypotéza po zhojení všech respondentů

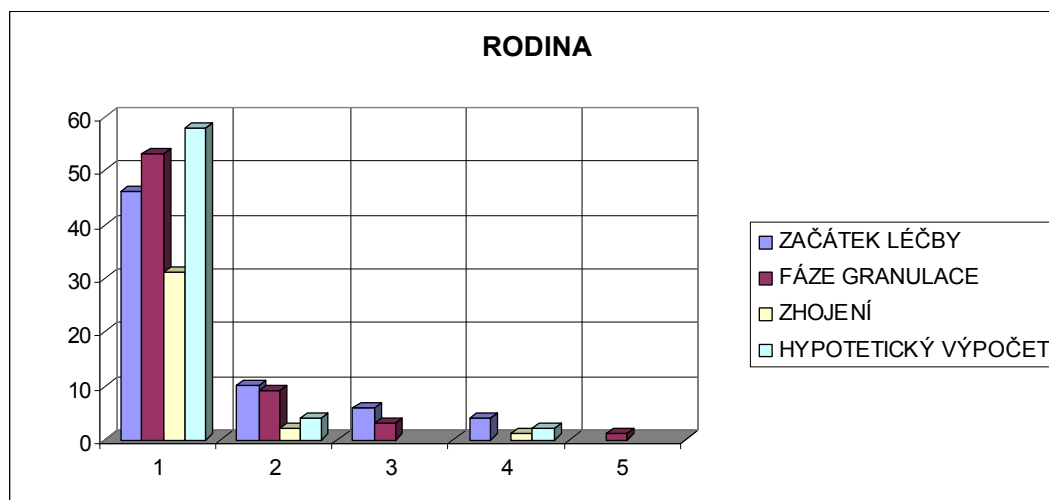
Z dotazníků vyplývá, že chronická rána silně ovlivňuje vztahy u 6 % respondentů. Dva pacienti z tohoto procentuálního vyjádření jsou mladšího věku. U hodnocení stupně 3 jsou dva pacienti, kteří partnera nemají. Dá se z toho usuzovat, že rána ovlivnila vztahy s dětmi nebo s jinými příbuznými, případně mohla mít vliv na možnost seznámení s partnerem. V hodnocení stupně 2 na počátku léčby se ke vztahům v rodině

vyjádřili 3 respondenti, kteří nemají partnera ani děti. Předpokládám, že tito respondenti středního věku by se rádi společensky stýkali, avšak přítomnost chronické rány jim tuto situaci komplikuje.

Ve stádiu granulace jeden pacient udává stupeň číslo 5, tedy velmi silné ovlivnění partnerských vztahů. Jde o mladého pacienta, který má recidivující defekty v rámci chronické a chirurgicky neřešitelné situaci, s přetrvávající bolestí. Úspěchem je vyřešení partnerských nebo rodinných vztahů u 10 % respondentů oproti původním informacím.

V závěru léčby převládá skupina respondentů - 47 % z 51 % zhojených pacientů, kteří nemají problémy v rodinných vztazích. Zbylá 3 % mají částečně narušeny vztahy v rodině i po zhojení defektů. U stupňů číslo 2 a 4 jde o tytéž pacienty, kteří se profilovali v těchto stupních během celé léčby.

Graf číslo 14 Narušení vztahů v rodině



4.13 Návratnost všech dotazníků

Celkem bylo rozdáno 231 dotazníků, zpět se vrátilo 209 kusů dotazníků, to je 90 % návratnosti z původně rozdaného množství. 11 respondentů bylo z výzkumu vyřazeno z důvodů nekomplexnosti všech dat. Kromě dvou respondentů, ženy a muže, všichni pacienti reagovali, po vysvětlení důvodu výzkumu, velmi pozitivně a s pochopením.

V případě ženy, která se ptala k dotazníku B na nutnost opakovaného vyplnění, jsem zjistila, že zpracování všech dat jí vždy trvalo 90 minut. Jeden muž se vyjádřil ve smyslu zbytečnosti studie, přesto ale data doma vyplnil.

4.14 Hodnocení dotazníku respondenty.

U pacientů, kteří byli zhojeni, jsem současně s posledním dotazníkem C rozdala respondentům i formulář s otázkami ke zhodnocení dotazníku. Tento formulář je součástí přílohy, viz příloha číslo 4. K dotazníku se vyjádřilo 28 respondentů z celkově 34 zhojených. Návratnost hodnocení dotazníků byla 86 %.

Na otázku, zda-li je dotazník srozumitelně formulován odpovědělo všech 86 % ano. Na otázku, týkající se zbytečnosti některých otázek, odpověděli všichni tázaní, že žádnou otázku nepovažovali za zbytečnou. Z dalších možných otázek, které by měl dotazník obsahovat, byl v jednom případě navrhován věk pacienta, jedenkrát doplnění o diagnózu pacienta a přidání otázky: „Co říká přítomnosti bércového vředu partner nebo partnerka?“

Posledním dotazem v hodnocení byla délka doby zpracování dotazníků. Zde se odpovědi respondentů pohybovali v časovém rozmezí od 5 minut až do 90 minut, průměrná doba strávená při vyplnění dat byla 20 minut.

5.1 SHRNU TÍ

Výzkumný soubor tvoří 66 respondentů s ulceracemi dolních končetin, kteří byli přijati do poradny pro léčbu rány v období jednoho roku. Průměrný věk respondentů činil

66 let. Předchozí průměrná doba léčby u těchto pacientů bez vyléčení ran trvala tři a půl roku, v poradně u 51 % vyléčených nemocných byla průměrná doba 4 měsíce.

Mezi dosud nevléčených 32 respondentů patří polymorbidní nemocní se základními nemocemi, které komplikují a zpomalují léčbu.

Většina respondentů udávala použití mastí v předchozí léčbě (62 %), zbylí nemocní již měli zkušenosti z terapeutickými materiály. 6 % používalo k hojení ran byliny. U 40 % respondentů, přestože mají ulcerace dolních končetin mnoho let, nikdy nebylo provedeno cévní vyšetření ke stanovení příslušné etiologie ran. Počet ran u všech respondentů na počátku léčby jsem vypočetla na 125, toto množství se za období jednoho roku zmenšilo o 61 %.

Z plochy ran na začátku léčby, ve fázi granulace a z plochy defektů nedolčených pacientů jsem se pokusila odhadnout dobu léčby zbylých respondentů. Tato doba hypoteticky vychází na necelé dva roky. V dotazníku, který dolčený pacient dostal celkem třikrát, se respondenti vyjadřovali pomocí analogové škály 1 - 5 k oblastem, které dle mého názoru ovlivňují kvalitu života člověka.

Společenské omezení je závislé na velikosti ran, 21 % respondentů vzhledem k věku a mobilitě nepovažuje kontakty s dalšími lidmi za důležité, zhruba 1/3 respondentů se cítí silně omezena díky přítomnosti rány.

Třetina pacientů musí přizpůsobit svůj životní rytmus chronické ráně. Kvalitní péči o ránu lze ovlivnit negativní projevy tak, aby respondent nebyl ránou ovládán. I po zhojení rány převládá u 17 % respondentů, jejichž rytmus se zřejmě trvale musí přizpůsobit určitým problémům, které vycházejí z cévní etiologie.

1/4 respondentů na začátku léčby měla velmi silnou bolest, která ovlivňovala jejich spánek, psychiku, chuť k jídlu a další oblasti týkající se běžného života. Součet větší bolesti, silné a velmi silné bolesti udává skoro 3/4 všech respondentů. Zlepšení stavu rány silně ovlivní pocity bolesti v kombinaci s analgetickou léčbou, ale i vlivem terapeutických materiálů. Poměrně velká skupina respondentů má bolesti i po zhojení ran.

Problémy se spánkem jsou úzce spojeny s bolestí pacientů. Po snížení bolesti došlo k výraznému snížení počtu respondentů, kteří v noci skoro nespali. I po zhojení ran

přetrvává 16 % pacientů, kteří mají menší či větší problémy se spánkem. Určitý spánkový deficit je u starších nemocných celkem běžný. Čas strávený péčí o ránu, ale i transportem do zdravotnického zařízení není pro většinu respondentů velkým problémem. Určité větší problémy jsou zřejmě spojeny s rozsáhlejší ránou, ale i tento problém lze ovlivnit péčí o ránu a výběrem krytí. Finanční náklady souvisí především s rozsahem rány. Náklady mohou být vyšší v průběhu léčby z důvodu investic do dalších doplňujících prostředků, ale též za transport nebo za parkovné v nemocnici.

Nepohodlí může způsobit silná sekrece z rány, problémy s obvazem, nevyhovující obuv. Pocit pohodlí přímo úměrně souvisí s hojením rány. Pocity strachu, úzkosti, beznaděje trpí při dlouhotrvající ráně 50 % respondentů. Tyto pocity můžeme ovlivnit individuálním přístupem, zájmem o pacienta, zlepšením stavu rány.

Chronická rána silně ovlivní zájmy pacientů. Možnost věnovat se zájmům ovlivní bolest, nutnost dodržení životosprávy, únava. 15 % respondentů nemá již žádné zájmy.

Přítomnost chronické rány omezuje minimálně chuť k jídlu. Problémy vznikají nárazově při akutním zhoršení situace jako je zánět nebo infekce. Největší problémy v rodinných vztazích ve spojitosti s ránou udávají mladší pacienti. Přítomnost chronické rány má dopad na sexuální vztahy.

5.2 DISKUZE

V praxi se setkávám s častými chybami v přístupu k ráně a nedostatečnou informovaností nemocných. Tyto chyby mají vliv na kvalitu života pacienta.

Výzkum měl ověřit 3 hypotézy:

Hypotéza číslo 1: Léčba bolesti provází hojení chronické rány.

Bolest je častým negativním znakem, který doprovází chronickou ránu.

- Pacient řeší tento problém užíváním analgetik, které získá bez předpisu v lékárně.
- Pacient se snaží bolest překonat.
- Obvykle praktický lékař předepíše pacientovi léky, které jsou nedostačující.
- Často užívaným lékem je Ibuprofen, který svými ulcerativními účinky působí negativně na žaludeční sliznici.
- Pacient užívá analgetika nepravidelně nebo až po propuknutí bolesti.
- Pacient nechce analgetika z důvodu užívání velkého množství léků.

Snížení bolesti pozitivně ovlivní proces hojení rány a psychiku pacienta. Odstranění nebo snížení bolesti lze pomocí léků nebo vhodného postupu ošetření spolu s adekvátními terapeutickými materiály. Léčba bolesti je přínosem kvality spánku a psychiky pacienta.

Hypotéza číslo 1 se potvrdila s dovětkem, že v léčbě bolesti je nutno pokračovat zhruba u 20 % pacientů i po zhojení rány.

Hypotéza číslo 2: Specializovaná ambulance zkracuje dobu léčby chronické rány

Průměrná doba trvání ulcerací u všech respondentů před návštěvou poradny byla vypočtena na 3,5 roku. (14 dní - 39 let). U žen vychází tato průměrná doba trvání na 1 rok, u mužů 6 let.

Průměrná doba zhojených defektů v poradně pro léčbu rány u 51 % respondentů vychází na 120 dnů, to jsou přesně 4 měsíce (13 – 300 dnů). Dle postupného snížení rozsahu rány na počátku léčby, uprostřed a rozsahu ran nevyлéčených 49 % pacientů v závěru studie, jsem vypočetla hypotetickou dobu zhojení všech respondentů do dvou let. V obou případech je doba léčby v poradně kratší než na původních pracovištích.

Hypotéza číslo 2 se potvrdila.

Hypotéza číslo 3: Terapeutické krytí zlepšuje kvalitu života pacienta s chronickou ránou.

- U 42 % respondentů dochází ke snížení bolesti pomocí terapeutického krytí
- Sekrece v ráně způsobuje nepohodlí, brání pacientům účastnit se společenského života. Pomocí terapeutických krytí s absorpcí, savých sekundárních materiálů, je možné výměnu obvazu provádět za delší časový interval, eliminovat prosáknutí.
- Zápach v ráně nutí pacienta se izolovat od ostatních. Obvazy s aktivním uhlím mají deodorizační účinek, kdy lze zápach na určitou dobu zcela odstranit.
- 11 % respondentů se věnuje ve volném čase plavání. U menších ran lze pomocí terapeutických krytí s neprosakující vrstvou umožnit pobývat pacientům určitou dobu ve vodě.
- Ve fázi granulace a epitelizace je doporučená doba převazů v intervalu od 4 do 7 dnů. Tento delší interval výměny šetří pacientův čas. Mnoho starších nemocných dává přednost výměně obvazu za 2-3 dny právě z důvodu ušetření času.
- Hydropolymerové a hydrokoloidní obvazy mají zevní strukturu z materiálů, které vzhledově částečně imitují kůži. Zvláště ženy dávají těmto materiálům přednost z estetického hlediska.

Hypotéza číslo 3 se potvrdila – terapeutické obvazy pozitivně ovlivňují kvalitu života pacientů s chronickou ránou.

6. ZÁVĚR

Léčba bolesti je lékaři i pacienty stále podceňovaná. Na základě výsledků z výzkumu jsem zjistila, že čtvrtina respondentů si léčí chronickou ránu svépomocí a zcela

standardně nemocní užívají dlouhodobě nevhodné léky proti bolesti ve vysokých dávkách. Je to důsledek nedostačující osvěty ohledně možností léčby ran i nedůvěry ke zdravotnickým službám. Téměř dvě třetiny respondentů byly léčeny mastmi, což znamená, že mezi lékaři stále přetrvává standardní způsob léčby ran. Stejně tak značná část nemocných nikdy nenavštívila cévního lékaře, ačkoli toto souvisí s řešením příčiny ulcerací.

Velké množství respondentů nemá povědomí ohledně kvalitní stravy. V dalším sledování je nutné přidat informaci o příjmu tekutin pro hodnocení hydratace pacienta. Rovněž je třeba doplnit hodnotu o váze pacienta na počátku terapie a využít údaje, které poskytují digitální osobní váhy.

Současná situace je nevýhodná pro dosud ojedinělá centra, která mají standardní podmínky při zvyšujícím se počtu náročných nemocných. Dosud neexistují hmatatelné důkazy kvalitní péče kromě množství vyléčených pacientů a zkracující se doby léčby. V oboru léčby ran se nabízí rozsáhlá škála možností, jak zlepšit kvalitu života pacientů bez nároků na zvýšení nákladů. Od edukace ve formě osvěty pacienta, přes zapojení většího množství vyškolených sester z agentur domácí péče do systému léčby ran až po specializovaná pracoviště. Výsledky mé práce naznačují, že podpora a zřizování specializovaných zařízení bude efektivním trendem, který výhledově může značně snížit celkové náklady na léčbu.

7. ZDROJE INFORMACÍ

1. Dealey, C.: The Care Of Wounds. British Journal of Nursing, 2001, Vol.10, No 9
2. Epikurismus, Wikipedie, otevřená encyklopedie, Internet

3. Hedonismus, Navajo, otevřená encyklopedie, Internet
4. Hedonismus, WWW. sweb.cz
5. Hnilicová, H.: Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví: Kvalita života a zdraví, Triton 2005. ISBN 80-7254-657-0
6. Hyland, M.: Leg and Foot Ulcer Questionnaire, WWW. Proquolid
7. Kadlecová, P.: Hádky dramaticky zpomalují hojení ran, Bulletin výukového centra pro hojení ran, 2006, ročník IX. č.2
8. Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví, Academia, Praha 2005, ISBN 80 - 200-1307-5
9. Kováč, D.: Quality of life a paradigmatic challenge to psychologists, Studia psychologova 45, 2003, 81-103
10. Křivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života, Internet
11. Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, Portál, Praha 2001, ISBN 80-7178-551- 2
12. Křivohlavý, J.: Pozitivní psychologie, Portál, Právo 2004, ISBN 80-7178-835-X
13. Křivohlavý, J.: Pečenková J. Duševní hygiena zdravotní sestry, Grada Publishing 2004, ISBN 80-247-0784-5
14. Kučera, Z.: prezentace, Hojení 21, Česká společnost podpory zdraví
15. Payne, J a kolektiv: Zdraví, hodnota a cíl moderní medicíny, Triton 2002, ISBN-80-7254-293-1
16. Payne, J. a kolektiv: Kvalita života a zdraví, Triton 2005, ISBN 80-7254-657- 0
17. Peter J. Franks, PhD, Finn Gottrup, MD, DMSci: Outcomes a Structure of Care: The European Perspective, Internet
18. Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J.: Bolest, Tigis, Praha 2006, ISBN 80-235-0000-0-0
19. Ryff, C.D., Keyes, C.L.M.:The structure of psychological well - being revisited. J. Person.Social.Psychol. 69, 1995, 719-727
20. Sborník příspěvků, Kvalita života, conference Třeboň 2004, IZPE, ISBN – 80-86625-20-6
21. Schmuck, P., Sheldon K, M. Life: Goals and well - being. Towards a positive

- psychology of human striving Seattle, Toronto, Hogrefe and Huber Publisher 2001
22. Wilson, B.R.A.: Cardiovascular risk reduction. *International Psychologist* 29, 1989, 49-54

8. SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník kvality života pacientů s chronickou ránou
2. Dotazník užívaný při rozhovoru s pacientem
3. Zahraniční dotazník užívaný u pacientů s bérčovými vředy: „Leg and Foot Ulcer Questionnaire“ (LFUQ), Michal Hyland
4. Hodnocení dotazníků respondenty
5. Výzkum prevalence bérčových vředů agenturou STEM
6. Peter J. Franks, PhD, Finn Gottrup, MD, DMSci: Outcomes a Structure of Care: The European Perspective.

Příloha číslo 1: Dotazník kvality života u pacienta s chronickou ránou

datum:

Vážení přátelé,

účelem tohoto dotazníku je zjistit, jakou mírou mohou pacientovi rány ovlivňovat kvalitu jeho života. Prosím, označte k jednotlivým problémům stupeň důležitosti pro Vás, v tuto dobu, od čísla 1 do čísla 5. Číslo 1 je

nejslabší, číslo 5 znamená, že Vám život ovlivňuje nyní nejvíce. Pokud některý z problémů chybí, dopište jej, prosím, do volné kolonky.

1 2 3 4 5

A. Společenské omezení

(nemůžete mezi ostatní lidi, například na nákup, do divadla, na výlet...)

B. Narušení životního rytmu

(svůj životní rytmus musíte přizpůsobit ošetřování rány se všemi záležitostmi, které k tomu patří – hygiena apod.)

C. Bolest

D. Nemožnost kvalitního spánku

E. Časová ztráta

(čas například věnovaný návštěvám v ordinaci, převazování apod.)

F. Finanční ztráta

(nákup dostatečného materiálu k obvazování, mastí, transport apod.)

G. Nepohodlí, (zápach, sekrece)

H. Strach, úzkost (např. že se rána nezhojí)

CH. Nemožnost věnovat se svým zájmům

napište jakým:

I. Narušení chuti k jídlu, omezení příjmu stravy

J. Narušení vztahů v rodině (manžel - ka), děti

K. Kolik měsíců máte ránu(y)?

L. Kvalita předchozí péče dle Vašeho názoru

M. Kdy jste byl naposled u cévního lékaře?

K. Jaké byly používány prostředky k léčení

N. Velikost Vaší rány v této době?x.....cm

O. Pokud máte bolest, kdy se nejčastěji objevuje?.....

V kolik hodin?

Jak bolest řešíte? a) další dávkou léků

b) bandáží

c) chůzí

d) napište jakým způsobem:

Vyplněním dotazníku svoluji k anonymnímu použití mých informací.

Dne:

Podpis:

Příloha číslo 2: **Rozhovor s pacientem**

Kvalita života u pacientů s chronickou ránou

Muž žena věk:

Zaměstnání:

Invalidní důchodce:

Důchodce: kolik let?.....

A. *SPÁNEK:*

1. V kolik hodin obvykle chodíte spát?
2. Usínáte rychle, pomalu, různě?
3. Budíte se v noci?
4. Jestliže ano, proč? (bolest, WC,,,,?)
5. Jak hodnotíte svůj spánek (dostatečný, jste odpočinutí, málo, nedostačující, vyčerpání?)
6. Kolik hodin průměrně spíte?
7. Kolik hodin byste potřeboval (a) ke kvalitnímu vyspání?

B. VSTÁVÁNÍ:

1. V kolik hodin obvykle vstáváte?
2. Ležíte déle v posteli? (televize, rádio, četba a pak vstanete?)
3. Máte nějaký ranní rituál?

C. SNÍDANĚ:

1. snídáte?
2. Jak dlouho? Spěcháte? Ano, ne
3. Co jíte?
4. Co pijete?

D. DOPOLEDNE

1. Jak trávíte dopoledne?
2. Odpočinek?
Ano ne v jaké poloze ? (sed, chůze.....)

E. OBĚD:

1. v kolik hodin?
2. Jak dlouho trvá?
3. jaká porce, čemu dáváte přednost?
4. Co Vám nechutná?
5. Čím zapijíte oběd, jaké množství?

F : ODPOČINEK PO OBĚDĚ:

Odpočíváte po obědě?

Ne	Ano	Jak dlouho?	V jaké poloze?
Spíte?	Čtete?	Posloucháte rádio, hudbu?	TV?

G: Zájmy:

1. Máte nějaké koníčky? Ano, jaké? Ne
2. Měl(a) jste nějaké koníčky? Ano, jaké? Ne
3. Kolik času jim věnujete?

4. Náročnost? – fyzická, psychická, časová, jiná.....

H: Přátelé, rodina, sousedé:

1. Máte přátele?
2. Rodinu?
3. Navštěvujete se, (navzájem, oni Vás, Vy je?)
4. Jak často? (pravidelně)

I. Večeře:

1. V kolik hodin?
2. Jak dlouho trvá?
3. Co a v jakém množství jíte?
4. Dáváte si tzv. 2 večeři? co obsahuje?

J: Abusus :

- Kouření?
Alkohol?

K. Fyzioterapie:

- Cvičíte: jak často, jak dlouho, jaké cviky?
Dáváte si nohy nahoru?
Nosíte bandáže, punčochy?

L. Celková hygiena:

- Kdy? Jak dlouho trvá?
Jak často?
Jakým způsobem? Sprcha vana omývání
Jak omezuje hygienu přítomnost defektů?

M. Ošetření defektů:

1. Ošetřujete si rány sám? Kvalita:
2. pomáhá, ošetřuje je rodina? kdo? Kvalita:
3. Domácí péče: jak často: Kvalita:
4. jak dlouho trvá ošetření?
5. obtíže při ošetření:

N. Bolesti:

1. Jak často?

2. Charakter bolesti?
3. léky: ano, ne
4. jaké:
5. Efekt?

O. vztah k defektům:

Ošklivost, lhostejnost, vůle. Optimismus.....
Spokojenost s terapií:

P. Dodržení zásad:

z pohledu pacienta:
zdravotníka:

Q. Defekty:

Jak dlouho?

Doba léčby: od.....do.....

Množství defektů:

Rozsah: cm²

Jakým způsobem změnila rána Váš život? Co byste dělal, kdybyste neměl defekt?

R. Cévní vyšetření: výsledek

S: přidružené dg:

T: Psychické faktory:

Příloha číslo 3: **Zahraníční dotazník, užívaný ke zjištění kvality života pacientů s bércovými vředy.**

Dotazník Bércové vředy

Bércové vředy ovlivňují člověka různými způsoby.

- *Vředy mohou mít dopady na nejrůznější aspekty života.*
- *Cílem tohoto dotazníku je určit, jakým způsobem je váš život bércovými vředy ovlivněn.*

První část

Před vyplněním zbytku dotazníku, uveďte, prosím, následující informace:

Věk _____ Muž Žena
Zatrhňte správnou odpověď.

Byli jste již v minulosti kvůli vředům hospitalizováni? Ano Ne Zatrhňte správnou odpověď

Máte nyní pocit, že téměř nemůžete vycházet z domova? Ano N Zatrhňte správnou odpověď

Pokud ano, je to způsobeno vaším bércovým vředem? Ano Ne Zatrhňte správnou odpověď

Myslíte si, že se váš vřed v současné době zlepšuje, zhoršuje nebo že zůstává beze změny? Na níže uvedeném grafu označte křížkem vaši situaci.

Zhoršení

Beze změny

Zlepšení

Druhá část

Následující otázky se vztahují na váš bércový vřed v současné době. Současnou dobou označujeme období posledních dvou týdnů.

Prosím, označte odpovědi, které nejlépe vystihují vaši situaci.

Jak byste popsali největší intenzitu bolesti vyvolanou vaším bércovým vředem?

Bolest nepocit'uji
Nepříjemný pocit spíše než bolestivý pocit
Pobolívá
Bolí
Velmi bolestivý
Nesnesitelně bolestivý
Větší bolesti si nedovedu představit

Prosím, zatrhněte pouze jednu možnost.

Ovlivňuje vřed váš spánek?

Neovlivňuje
Ovlivňuje pouze při usínání
Někdy mě budí
Často nemohu usnout
Nemohu skoro vůbec spát

Prosím, zatrhněte pouze jednu možnost.

Kolik času věnujete na léčení svého vředu průměrně za den?

Například:

Procvičování nohou a kotníků

Podložení nohou

Méně než 15 minut
Asi půl hodiny
Asi jednu hodinu
Asi hodinu a půl
Asi dvě hodiny
Tři a více hodin

Prosím, zatrhněte pouze jednu možnost.

Kolik celkem času denně trávíte myšlením na svůj vřed?

Méně než 15 minut
Asi půl hodiny
Asi jednu hodinu

Asi hodinu a půl
Asi dvě hodiny
Asi tři hodiny
Asi čtyři hodiny
Většinu dne
Většinu dne i noci

Prosím, zatrhněte pouze jednu možnost.

Třetí část

Následující výroky popisují některé pocity lidí, kteří trpí bércovými vředy. Prosím, zvažte, zda-li takové pocity máte i vy

Nikdy Někdy Často Vždy

***Zaškrtněte odpověď, která nejlépe vystihuje vaši situaci.
Prosím, zodpovězte všechny otázky.***

Nikdy Někdy Často Vždy

1. Mám strach vzít děti na klín.
2. Jsem schopen nakupovat v obchodech, kde je hodně lidí.
3. Děsím se, že do mě narazí nákupní vozík nebo taška.
4. Díky vředu těžko nastupuji a vystupuji z dopravních prostředků.
5. I přes svůj vřed chodím dobře.
6. Při chůzi se dívám na zem.
7. Snažím se vyhnout kočkám.
8. Kvůli vředu nenavštěvuji přátele.
9. Kvůli vředu nemohu nosit boty, které nosím rád.
10. Vřed mi ztěžuje chůzi do schodů.
11. Vřed mě omezuje v cestování, např. při dovolené nebo obchodních cestách.
12. Mám pocit, že se vředu již nikdy nezbavím.
13. Vřed má dopady na mé osobní vztahy.

Nikdy Někdy Často Vždy

14. Díky vředu mě nic nebaví.
15. Věřím, že svůj vřed přemůžu.
16. Vřed mi způsobuje deprese.
17. Ptám se sám sebe: Proč zrovna já?
18. Moje nohy ovládají celé moje tělo.
19. Mám pocit, že nejhorší na mém vředu je to, že stále přetrvává.
20. Nemám potíže vycházet ven a chodit.
21. Brečím vzteky.
22. Vřed mě výrazně zpomaluje.
23. Vlastně nevím, jak svému vředu ulevit.
24. Jsem tak rychlý, jako jsme vždy býval.
25. Považuji léčbu (punčochy nebo mast) za přijatelnou.
26. Musím své nohy schovávat.
27. Díky vředu si dávám pozor na to, co nosím na sobě.
28. Kvůli vředům beru prášky proti bolesti.
29. Léčba vředu se mi zdá být nákladná.

Příloha číslo 4 **Hodnocení dotazníků respondenty**

Vážení přátelé,
Prosím, o zhodnocení jednotlivých otázek dotazníku nebo jako celku.

DOTAZNÍK kvality života pacientů s chronickou ránou

Je dotazník srozumitelný?

Považujete některé otázky za zbytečné?

Jestliže ano, napište, prosím, které?

Které otázky nebo náměty například chybí?

Jak dlouho Vám trvalo, než jste dotazník vyplnil?

Příloha číslo 5 Výzkum prevalence bércových vředů

Naše populace je všeobecně málo obeznámena s léčbou ran terapeutickými obvazy. O tom, jaká je povědomost laiků ohledně všech záležitostí týkajících bércových vředů, se snažila zjistit agentura STEM v omnibusovém šetření, které probíhalo v době od 1. do 8. dubna 2006. Bylo uskutečněno celkem 1690 rozhovorů. Cílovou skupinou se stalo obyvatelstvo nad 18 let věku .

Otázky se týkaly například znalostí pojmu „bércový vřed“, odhadu, kolik lidí asi trpí problémem bércových vředů a osobními zkušenostmi s bércovými vředy. Šetření mělo rovněž za úkol zjistit situaci týkající se odbornosti ošetřujícího lékaře, metod, délky léčby a jiných.

Bylo položeno celkem 10 těchto otázek:

- 1) Slyšel(a) jste o pojmu bércový vřed, mohl(a) byste stručně říci, čeho se toto onemocnění týká a jak se projevuje?
- 2) Zkuste odhadnout, kolik lidí u nás trpí bércovými vředy..
- 3) Trpíte, trpěl(a) jste Vy osobně nebo někdo z Vaší rodiny bércovými vředy?
- 4) Kteří lékaři léčí, léčili Váš problém s bércovými vředy?
- 5) Jaké metody používají, používali lékaři, kteří léčí/li Vaše problémy s bércovými vředy?
- 6) Jak dlouho trvá, trvala Vaše léčba bércovými vředy?
- 7) Jste, byl(a) jste nucen(a) za svou léčbu něco doplácet?
- 8) Byl(a) jste s průběhem léčby bércovým vředů spokojen(a)?
- 9) Kdo z Vaší rodiny problémy s bércovými vředy trpí nebo dříve trpěl?
- 10) Jak dlouho jeho/ její problémy s bércovými vředy trvají/trvaly?

Závěry šetření:

2/3 občanů alespoň zčásti vědí, co jsou to bércové vředy.

Osobně bércovými vředy trpělo nebo trpí 3% obyvatel od 18 let.

Přibližně 1/5 odpověděla, že jejich problémy trvají nebo trvaly nejméně 4 roky.

Objevují se případy návštěvy, kontroly u lékaře až po několika měsících.

Problémy s bércovými vředy léčí nebo léčili u 2/3 obvodní lékaři u 1/2 dermatologové.

Mezi metodami, které lékaři u nemocných používali nebo používají dominují masti.

Polovina respondentů na léčbu doplácela.

Léčba bércových vředů u člena rodiny je respektive byla velmi často dosti vleklá. – více než polovina uvádí nejméně 4 roky.

Z šetření vyplynula potřeba edukace laiků ohledně dalších možností léčby ran. Je nutné se soustředit na odstranění bariér, které brání rozšíření použití terapeutických materiálů a způsobů jejich použití do různých zdravotnických zařízení.

Outcomes and Structures of Care: The European Perspective

- Peter J. Franks, PhD;[1] Finn Gottrup, MD, DMSci[2]

Abstract: The management of patients with wounds has developed greatly over the past two decades. While outcomes of care have concentrated on details of the wound, in Europe, a more holistic approach has also developed, particularly with evaluations of health-related quality of life (HRQoL) and cost effectiveness (CE) assessments as key outcome indicators. The European Wound Management Association (EWMA) has instigated a Cost Effectiveness Panel to assist clinicians in evaluating new products and services while synthesizing the available evidence on the value of compression therapy in venous ulceration as part of its position paper on compression therapy. The evidence suggests that compression is a cost-effective method of care in these patients, together with the system of community leg ulcer clinics that underpin the care delivery. An alternative approach of specialist wound care centers is also described. The multidisciplinary specialized wound healing concept is integrated into the national healthcare system. This expert function may be the most appropriate way to organize wound healing that benefits both the patients and society. Such concepts illustrate how care may be offered to patients with more complex needs. The evaluation of outcomes in wound care must develop as the demand for evidence on effectiveness grows within the current climate of evidence-based care and a more patient-centered approach. This will be dependent not only on appropriate evaluations of products but also systems that offer best possible outcomes for patients.

Introduction

The evaluation of wound care outcomes is seen as a necessary part of the process of care. While two decades ago, there was little requirement to evaluate the outcomes of treatment, with the development of evidence-based care through the systematic review of evidence, a need has developed to understand product performance and the benefits to patients, clinicians, and the healthcare system. Moreover, there is an increasing need for clinicians to evaluate what they are doing to provide the best care for their patients.

While the focus of evaluation has been on the complete healing of wounds, changes in patient profiles mean that clinicians must broaden their approach to determining treatment success. For instance, it would appear that there may be a

sizeable minority of patients who, despite best care, never achieve complete healing. Clearly, a system that relies on complete healing as the only outcome would consider these patients as treatment failures. The authors would argue, however, that the appropriate management of these patients can bring benefits to patients, whether this is by improvements in symptoms (e.g., pain, exudate levels) or by more holistic changes as those determined by assessment of health-related quality of life (HRQoL). Moreover, there may be benefits to clinicians in terms of a more efficient service provision and less demand for support as the patients become more independent.

This paper will review the evidence in two areas of development in Europe, namely the use of HRQoL as an outcome measure and the appropriate use of cost-effectiveness arguments. It will review the initiatives established by the EWMA including the Cost Effectiveness Panel and the Database Panel and finally give two examples of innovations in care developed in Europe, namely the specialist wound healing centers and community leg ulcer clinics.

Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Wounds

In Europe, clinicians have been evaluating HRQoL in wound care for a number of years, particularly in leg ulceration,[1–7] pressure ulceration,[8] and the diabetic foot.[9–11] While much is known of the impact of wounds on patients, still relatively few studies have used HRQoL as outcome indicators in observational studies and randomized trials of therapy. The emphasis on HRQoL as an outcome has fallen on the use of generic tools in leg ulceration, in particular the Nottingham Health Profile (NHP),[7,12,13] MOS Short Form-36,[6,14] and Euroqol (EQ-5D).[6,15,16] Studies that have used the NHP have found large improvements over time with appropriate treatment, particularly with respect to bodily pain and sleep.[7,12,13] These differences have been greatest for patients whose ulcers healed over the period of follow up. In general, the changes observed using the SF-36 have been less dramatic, with some evidence of improvement in patients with healed ulceration over those patients who failed to heal, particularly in the areas of bodily pain and mental health.[6,14] The difference in magnitude of the effect may be in part due to the sensitivity of the tools in this patient population or a consequence of methodological differences in the studies undertaken, in particular, patient selection, treatments available, and duration of follow up. The Euroqol showed improvements in two studies over 12 weeks[15,16] and deterioration in one study, with later improvement after one year.[6] Despite little evidence of difference in total bodily pain between patients with healed and unhealed ulceration, the McGill pain questionnaire did provide evidence on greater improvements in healed patients, particularly with respect to sensory pain and visual analogue (now) scales.[6] A similar pattern was observed

with visual analogue scores used in a study of skin equivalents.[15]

At present, only one randomized, controlled trial has demonstrated greater improvements in HRQoL for patients randomized to one treatment compared with an alternative. A factorial design randomizing patients to dressings, bandages, and drug/placebo found significant improvements in pain and mobility in patients randomized to a four-layer compression bandage system compared with a single-layer compression system.[12] A positive effect of healing on the patients' psychological status was observed in an early study,[17] which showed significantly greater improvements in depression and hostility in patients whose ulcers healed.

Clearly, the evaluation of HRQoL has a way to go in wound care studies. However, in Europe the authors believe this to be a key outcome indicator, particularly as healthcare moves toward a more patient-centered approach to care.

The EWMA Cost Effectiveness Panel

The EWMA Cost Effectiveness Panel was established to provide assistance to those who wish to undertake cost-effectiveness studies in wound management.[18] The panel's aims are to:

- Develop a position paper for EWMA on cost effectiveness
- Provide information and advice on the principles and types of cost studies
- Assist in the development of cost-effectiveness protocols for health professionals involved in wound care practice.

At present, the EWMA panel consists of health scientists, clinicians, health economists, and EWMA industrial partners. The panelists offer their services free of charge and allow access to key information that might help clinicians understand this problem in more detail. Clearly, members of the panel have areas of their knowledge and expertise that they need to keep confidential, and this is respected. However, the authors believe that by sharing information within the umbrella of EWMA, clinicians can place wound care on governments' agendas to ensure easier access to appropriate care.

Key Cost Drivers

When one considers cost in the healthcare setting, there is often a reliance on the cost of products or services. Some studies have examined the cost of wound care products only, while others have also included the cost of nursing/physician care. However, it would seem that to get a reasonable estimate of the impact of the disease and its treatment to society it is important to evaluate the total cost

consequences of the disease and its treatment. In essence, costs can be considered as either direct (cost of treating the wound) and indirect (the cost to society of the patient being ill). In the latter, the authors would include the time away from productive work, as this will have a consequence for the Nation in terms of lower productivity and sickness benefit that would otherwise be put toward creating wealth.

Key cost drivers are the components of the total that are high cost and likely to vary between different groups of patients. In wound care, the key (direct) drivers are likely to fall into five categories:

- Who treats the wounds?
- Where are the patients treated?
- With what are the wounds treated?
- How frequently are they treated?
- How often do side effects occur?

Who treats the wounds? The decision of who treats the wounds will have a marked effect on the overall cost of care. In different healthcare structures throughout Europe and the wider world, different clinicians take responsibility for decisions on care and practical applications of wound dressing materials. In general, the cost of care is highest for physicians and surgeons, lower for nursing staff, and even lower when patients/relatives are asked to dress their own legs. Clearly, there is a need to ensure that the quality of care is maintained whoever is caring for the wound.

Where are the patients treated? The clinical area for care will determine to a large extent the cost of the service. Again, different healthcare systems have alternative clinical areas for care. In general, the cost of hospital inpatient care will be more expensive than outpatient visits. This in turn will normally be more expensive than community (health) center care, which should be more expensive than home care.

With what are the wounds treated? Modern wound care products are frequently unavailable in many healthcare systems. This is largely a budgetary decision, since the alternative (saline gauze) is inexpensive. Despite this, saline gauze may not provide the overall most inexpensive care for patients with wounds. The overall cost of care is much more dependent on the frequency of treatment, since nursing/physician costs are a considerably higher proportion of the overall cost of care.

How frequently are they treated? The decision on frequency of treatment is largely a clinical one that will be highly dependent on the care required for the

individual patient and the effectiveness of the wound care products that are being used. The decision to see patients more frequently is usually in response to symptomatic need. Thus, a product that is inexpensive, such as saline gauze, is not necessarily the most inexpensive option overall since it may require daily or twice daily changes.

How often do side effects occur? While serious side effects of treatment for patients with wounds are rare, when they do occur, they can be catastrophic both to the patient and to the healthcare system. The consequences of infection are well known for all types of wounds and can be at a high cost for patients. The need for inpatient stay and the requirement for surgery are both rare in most healthcare systems but will lead to large cost consequences when they do occur. The decision to amputate in patients with a diabetic foot ulceration will require not only the immediate cost of care for the surgery but also resource issues with respect to the rehabilitation of these patients.

The EWMA Position Paper on Compression Therapy

As part of the Cost Effectiveness Panel work, the authors have undertaken a critical review of the cost effectiveness of compression therapy in the EWMA Position Document on Compression.[19] The findings of this work clearly demonstrate the benefits of using high compression therapy for patients with venous ulceration. The use of compression leads to a reduced frequency of visits for care with a reduced time to heal. While weekly costs of care may be similar between compression and usual care, this shorter healing time has the effect of reducing the total cost. Moreover, there is good evidence of improved outcomes of care (healing). This is a good example of the situation where costs are lower but outcomes better, a clear case of a cost-effective care program.

EWMA Database Initiative

In order to develop a system that can be used across different societies and healthcare systems, EWMA has established a Wound Database Panel. Wound assessment and documentation are rarely well defined outside specialist units and often do not appear in healthcare database systems. This makes it almost impossible to produce any specific data related to wounds. The problem has been compounded by the lack of adequate wound diagnosis. Similarly, information on the treatment of wounds including dressing and bandage materials and pharmaceuticals has been lacking. This has led to a dearth of health economic outcomes. The aim of the database initiative is to develop a functional, open-model wound database, which will be based on existing database systems. More specifically, the aims are to:

- Create a Minimum Data Set (MDS)
- Develop a structure for systematically gathering data on wound care delivery in primary and secondary care across Europe
- Capture, analyze, and aggregate data in order to identify best practices
- Publish and disseminate findings
- Create evidence for cost-effective wound care.

A functional wound database will be beneficial for patients, healthcare personnel, researchers, administrators, and companies. The key benefits will be the ability to collect and use all types of information about the patients and their wounds, which has not been possible with the databases currently used for healthcare evaluation. Development of the clinical datasets together with economic outcome data will make it possible to evaluate different types of treatment with respect to both clinical and cost effectiveness. A system like this will allow for the analysis of clinical trials, meta-analyses, and cost-effectiveness investigations.

Minimum Data Set (MDS). To ensure a valid European research-based data collection on wound treatments, a common dataset is necessary. However, several wound databases currently available collect slightly different information. It is essential that clinicians find a common group of variables that are compatible with all systems. The existing databases will be examined and adapted to produce a set that is appropriate to reflect the needs of different countries in relation to wound assessment and treatment. The Database Panel of EWMA is currently working on this topic.

When complete, it is intended that the Panel will act to coordinate the different databases available in Europe. The intention is to modify the existing databases to make them compatible with each other and to then allow for comparisons across Europe. It is the intention of the Panel to improve the coordination of database-related wound healing research across Europe and bring together different types of research partners in order to develop research and bid for European funding.

At present, the Panel is focussing on the German Wound Net,[20] but other systems are also being evaluated. A pilot study in Denmark started in 2004 and will be followed by two centers in the UK collecting 12 months of clinical data. The result of this pilot will determine the more detailed future development of the project.

Developing Structures that Improve Outcomes

The benefits to the healthcare system of a structural approach to care may include lower costs due to this greater efficiency and, more importantly, a greater cost

effectiveness. Here, scarce health resources are used in a more efficient way to either reduce the cost burden of a condition or allow for a greater number of patients to be cared for within the existing health budget.

In Europe, the challenges are manifold due to the numbers of different countries, their cultures, and different healthcare systems. This can lead to conflicts in management, particularly when products have limited availability in certain countries, differences in health culture, such as the status of nurses as independent practitioners, and the relative emphasis on acute (hospital) care, compared with that offered in the community. Health outcomes that may be relevant to one society may not be so to others. Moreover, the standardization of health outcomes may require translation and validation within the different populations. In EWMA, the authors believe that while clinical outcomes are important, clinicians must not forget the patient-centered outcomes and those that are likely to lead to greater efficiency as determined by cost effectiveness.

Significant improvements in service provision have occurred over the past 15 years as a result of a number of initiatives:

- Evidence-based guidelines
- Systematic reviews of evidence
- Enhanced assessment procedures
- Developments in wound care products
- Availability of products through reimbursement.

The remit of this paper is not to evaluate these in detail. Instead, the authors have chosen two models of care that have been developed in Europe to assess and treat wounds, with evidence on how they may improve outcomes of care.

Wound Healing Centers

Until recently, the management of wounds has generally lacked a standardized approach to care. New developments have led to a more systematic approach, including recommendations on treatment and referral, multidisciplinary collaboration, continuous audit of treatments, developments in health professionals' and patients' education, treatment structures, and developments in both basic and clinical research. An investigation in the primary healthcare sector in the central part of Copenhagen documented the problems prior to the development of these innovations. In patients with chronic wound problems, only 51 percent had a significant diagnostic examination; 40 percent of patients with suspected venous leg ulcers had not been treated with compression; 34 percent of patients with foot ulceration were not investigated for diabetes mellitus; and only half of the patients with pressure ulceration had care that included pressure relief.

Lack of organization and care delivery by individuals instead of a team seems to have been the major problem.[21]

The team approach and collaboration between all healthcare professionals is required to facilitate good quality holistic care.[22–25] Recognition of the talent and creativity of all employees in the multidisciplinary team will increase the chance of success in establishment of the concept.[26] There has been some discussion over the most appropriate term to describe this collaborative working, whether it should be described as multidisciplinary or interdisciplinary.[27] Multidisciplinary was chosen because it focuses more directly on equal collaboration with all disciplines working within a single unit. The idea of a multidisciplinary team working in a center of excellence is attracting increasing interest as the best way to improve wound healing and care in complex patients. The concept of multidisciplinary care is a well-established paradigm in medicine. Multidisciplinary teams have for years performed treatment of burns. In 1994, a multidisciplinary approach to the treatment of pressure ulcers was recommended, and other organizations, such as the American Diabetes Organization's Council on Foot Care, have recognized the need for consulting practitioners from various disciplines in the treatment of the diabetic foot.[23]

During the last 10 years, different types of multidisciplinary teams for treatment of problem wounds have been suggested.[28–40] Multidisciplinary approaches to wound care in the primary healthcare sector as well as in hospitals have demonstrated a reduction in home visits and the number of products used. Standardizing treatment plans seems to improve healing of certain chronic wounds. After embracing the multidisciplinary concept, an 84 percent reduction in the incidence of major lower-extremity amputations was achieved in diabetic patients.[41] Similar results have been achieved in other institutions.[24] It has also been shown that multidisciplinary team approaches decreased the incidence of pressure ulcers from 23 percent to 8 percent after three years in one institution and decreased the prevalence of nosocomial pressure ulcers by 15 percent in another institution over a one-year period.[25]

In Denmark, plans for a multidisciplinary expert area in wound healing, called Clinical Wound Healing, and a proposal for its structure have been published.[42] All interested and relevant specialties are invited to participate. The proposal is based on the existing structure of the healthcare system but with new elements focusing especially on problem wounds. Two centralized wound-healing centers have been established and are key components of the new structure. The organization of the centers is given below.

Center Organization

The figures are primarily based on the Copenhagen Wound Healing Center (CWHC),[40] because this center has existed for more than eight years, while University Center of Wound Healing (UCWH) in Odense[21,42] was started in 2003.

General structure. The Centers are part of a specialty department (CWHC: dermatology, UCWH: plastic surgery), and the government pays all expenses in the socialized hospital. The departments consist of an outpatient clinic and an inpatient ward. The clinical staff (CWHC: 45, UCWH: 27) work full time with problem wounds irrespective of their previous education and specialty.

Number of patients, stay, and referrals. In the outpatient clinic of CWHC, approximately 7,000 consultations take place each year with approximately 340 patients referred to the inpatient ward annually. The duration of the problem wound varies from a few months to several years. In all, 45 percent of referrals are treated in the outpatient clinic, each patient on average receiving two consultations. Of the hospitalized patients, 15 to 20 percent have had a previous admission. The mean stay at the department is approximately 16 days. Leg/foot ulcers in nondiabetic patients account for 53 percent in the outpatient clinic and 38 percent for admissions. Almost all patients have received care prior to referral without evidence of healing.

Venous leg ulcers. Venous leg ulcers are treated with a standardized conservative regimen consisting of a local wound treatment and compression bandages primarily of two layers. If this regimen fails to improve healing after three months, the patients are offered surgery. Approximately 15 percent of patients have isolated superficial venous insufficiency; the remaining 85 percent have isolated deep or combined deep and superficial insufficiency. One-year ulcer recurrence rate for all ulcer etiologies is 35 percent.[43] Economic analysis has shown that where no recurrences occur within one year postoperatively, surgery is a cost-effective method of management. In all, 65 percent of the patients with nonhealing wounds still were healed 12 months postoperatively.

Diabetic ulcers. Fifty-five percent of patients on the ward and 39 percent of outpatients suffer from diabetes. A combination of procedures has decreased the major amputation rate for this type of patients to approximately 20 percent of that given 10 to 15 years ago.[40]

Pressure ulcers (decubitus). In the outpatient clinic of CWHC, six percent of patients have a pressure ulcer in the hip/sacral region. This low number is probably a result of the policy of this center: organizing the treatment of the

patients in their homes as long as possible. UCWH is the national center for the most problematic pressure ulcers like those found in tetraplegic patients. For this reason, 25 to 30 percent of hospital beds are for pressure ulcer patients.

Other types of wounds. Problems related to surgical or traumatic wounds, primarily infections, are treated in the surgical departments in CWHC, while at UCWH, these are managed within the Center.

Scientific activity. The structure of the centers allows for the development of clinically related research. The high throughput of patients means that many are available for randomized clinical trials and large observational studies. Studies can be related to clinical or cost-effectiveness outcomes.

Educational activity. The center structure is ideal for pre- as well as postgraduate education for all health professional groups. The clinical facilities and the many different types of patients allow an educational activity covering basic as well as specialized education levels.

Establishment of the multidisciplinary centers have resulted in the development of a higher degree of continuity of the treatment and allowed the development of standardized treatment courses. Unpublished studies have shown a high level of satisfaction (83%) with treatment courses assessed by a Scandinavian expert group and between 85 percent and 93 percent patient satisfaction with wound treatments and quality of care (Kjær et al, unpublished data).

In Table 1, important factors for the establishment of optimal expert concepts are described.

Community Leg Ulcer Clinics

The focus of cost-effectiveness evaluation of systems has come from the UK with the introduction of community leg ulcer clinics run by community nurses in collaboration with specialist nurses from the hospital and direct links to specialist physicians and surgeons. While this is not the only potential model of care, to date, it is the only one that has evaluated costs together with outcomes of treatment. The concept of community clinics was developed in the Riverside Leg

Ulcer project undertaken during the late 1980s and early 1990s.[44] At that time, leg ulcer care was largely undertaken in the patients' homes by community nurses with little medical input. The study aimed to implement a system of care that included assessment using Doppler, treatment using high compression four-layer bandaging (4LB), and appropriate referral to specialists within the hospital. Cost effectiveness was undertaken by combining the clinical results prior to and following implementation with the costs of services from questionnaire and audit data provided by patients and professionals. The study indicated that the cost of care (pound 1=\$1.9) in Riverside was \$823,840 (pound 433,600) prior to the new service compared with just \$321,100 (pound 169,000) in the new service.[45] This was also associated with improvements in outcome from a 12-week healing rate of 22 percent prior to the new service rising to 80 percent in the new clinics. In this study, outcomes improved together with reductions in cost making the new service clearly cost effective. Despite this success, there was concern over the use of a historical control group in this analysis. A further implementation study was undertaken by Simon, et al.,[46] in two neighboring health authorities (Stockport and Trafford) in the UK. To minimize the temporal effects on the data, one authority (Stockport) implemented a new service based on the Riverside model, while the other (Trafford) maintained their service using existing practices. In Stockport, the 12-week healing rates improved from a baseline of 26 percent during 1993 to 42 percent in 1994, while in Trafford, they remained static at 23 percent in 1993 and 20 percent in 1994. Annual expenditure reduced in Stockport from \$778,983 (pound 409,991) to \$481,405 (pound 253,371), while in Trafford, it rose from \$1,056,474 (pound 556,039) to \$1,279,304 (pound 673,318). Again, the evidence showed improvements in outcome combined with reduction in cost, a powerful cost-effectiveness argument. This work has since been extended by implementing a similar service in the control (Trafford) authority.[47] The Stockport service was able to maintain healing rates at 40 percent, while those in Trafford rose from 20 percent to 42 percent following implementation. The cost of the service increased in Stockport from \$124,536 (pound 65,545) to \$158,353 (pound 83,344), while in Trafford, it reduced from \$287,612 (pound 151,375) to \$101,034 (pound 53,176) in 1999. Again, an improved outcome was demonstrated at a lower cost.

Despite these studies showing demonstrable improvements of care and lower cost, it has been argued that the use of historical control groups may exaggerate the differences, while comparisons of authorities may be limited due to differences in patients, populations, and other healthcare factors. To overcome this, Morrell, et al.,[48] undertook a randomized, controlled trial comparing patients treated in clinics with high compression bandaging with those being cared for in their homes by nurses providing usual care over a 12-month period. In total, 233 patients were randomized. The annual cost for patients randomized to clinics was

\$1,668 (pound 878), compared with \$1,632 (pound 859) in usual home care setting. Twelve-week healing rates were 34 percent in the clinic compared with 24 percent in home care. Thus, outcomes were improved at a similar cost within the community clinics. While this result cannot prove that community clinics are more cost effective per se, since the treatments offered were different, it does show that the system of care offered within the clinics was superior to the system of care offered in the home by community nurses.

Discussion

In Europe, clinicians have been examining a range of wound care outcomes. While the emphasis of care revolves around the need to heal patients with wounds, in Europe, clinicians have acknowledged the limitations of such approach. The examination of HRQoL has allowed for a more patient-centered approach to care, outcomes that clinicians believe go well beyond the requirement for complete healing. Wounds that otherwise might appear to be treatment failures due to the inability to completely heal may offer advantages to patients in terms of symptom relief, improvements in mobility, and the ability to socialize more. Furthermore, these may also have beneficial effects on the patients' psychological status, reducing the need for psychological support from health professionals and families.

The EWMA initiative on cost effectiveness has highlighted the need for a greater efficiency in healthcare and illustrated how access to modern wound products can lead to improved outcomes for the healthcare system. Clinicians are in an age where clinical effectiveness is no longer the only requirement but a greater need to use health budgets as widely as possible. There are many opportunities within wound management for new products and systems of care. What is now needed is the evidence behind these to justify how clinicians can manage these wounds in a way that is beneficial for both the patients and the healthcare system within which treatment occurs.