

bylo zjistit podmínky, ve kterých žijí, jak zvládají péči o ránu, jaké mají podmínky.

Tehdy jsem velice brzy pochopila, že naše doporučení, předpisy materiálů a pomůcek, chirurgické intervence, podpůrné metody léčby, to vše je zcela zbytečné, neboť daná osoba buď nechce, neumí nebo nemůže dodržovat daná doporučení a postupy. Toto zjištění vedlo ke klíčovému kroku, a tím bylo zintenzivnění komunikace a spolupráce s pracovníky domácí péče. Časté konzultace, stáže, společné plánování, případová setkání, to vše vedlo k velmi efektivní změně v přístupu pacienta i samotného hojení. Přesah péče o osobu s chronickou ránou vedl postupně k většímu zapojení a komunikaci také s pracovníky pečovatelské služby především tam, kde zdravotní i sociální služby paralelně působily.

Role lékaře v procesu hojení

Při léčbě nehojící se rány se potkávají dva světy. Svět pacienta (případně jeho blízkých), kde je většina přesvědčena o tom, že medicína, jako obor, je tak daleko, že přece musí existovat metoda/lék, pilulka, která člověku s hojením pomůže, čímž veškerou zodpovědnost za hojení vkládá do rukou lékaře. To je ale velký omyl.

Dokud člověk s ránou i jeho blízcí nepochopí, že ne lékař, ne sestra, ale především oni sami svým přístupem k sobě, ke svému zdraví nedojdou ke změnám (stravování, pohyb, správná obuv, řádné bandážování a další), intervence ze strany lékaře budou marné nebo jejich účinek jen krátkodobý.

Každá mince má ovšem dvě strany. Takže stejně tak se můžeme ptát, zda-li lékaři dokáží vnímat pacienta jako bytost se svými příběhy, se svými zvyky, svými zkušenostmi vycházejícími z prostředí, ve kterém žije, z možností, které má, včetně těch kognitivních, fyzických a manuálních. Většina lékařů sice chápe souvislosti mezi četnými oblastmi, ovlivňujícími léčbu, ale ve své praxi tyto souvislosti neozvučují. Důvodem je časová náročnost, kterou si dle jejich vyjádření, nemohou při denním provozu ambulance dovolit. Pravdou je, že dnes existují sestry specialistiky pro hojení ran, kterým řada lékařů dává plnou kompetenci právě v oblasti edukace a mapování profilu pacienta. To je skutečně nutné, protože právě neustálý monitoring provázanosti všech potřebných úkonů a jejich dodržování

je klíčovým momentem efektivního hojení a dlouhodobého účinku.

Příklady špatné praxe

Příklad I.

Žena 78 let, ICHDK, revmatoidní artritida, Parkinsonova nemoc. Při hospitalizaci vždy zlepšení, po propuštění rychlá progresse. Při místním šetření v bytě klientky zjištěno, že paní nezvládá celkovou hygienu, proto ji chodí koupat PS. Zároveň je vždy po propuštění vystaven poukaz na DP k převazu rány. Toto vše funguje, jen o sobě navzájem tyto dvě služby neví. Výsledkem je, že sestra DP provede velmi kvalitní převaz, poté přijde pečovatelská, která jde paní koupat, takže obvaz zase sundá a velmi kvalitně paní osprchuje. Není ovšem oprávněna ránu znovu převázat, proto jí jen osuší a paní si pak převaz zajišťuje svépomocí (Obr. 1). Takto ošetřená končetina zůstává až do další návštěvy DP.

Příklad II.

Žena 64 let, ICHDK, DM na inz., bérková ulcerace kombinované etiologie Co 2. měsíc hospitalizace – vazodil. infuze, denně převazy, hyperbarická komora, protetika, magnetostimulace, magotterie, vlhké hojení. Při propuštění čisté granulace, otisková sekrece (Obr. 2). Sjednána DP, mimo jiné doporučeno jen krátce sprchovat před příchodem sestry z DP. Během 14 dnů významné zhoršení (Obr. 3). Při mé návštěvě zjištěno, že se seniorka skutečně sprchuje, ale neodtéká jí odpad. Takže po celou dobu sprchování měla nohy ve vodě, pak se osušila, defekty kryla obvazem, který předtím (z důvodu finanční úspory) vyprala a rozložila na topení uschnout. Pak už jen čekala na příchod pracovníka DP.

Příklad dobré praxe

Příklad III.

Žena 68 let, ICHDK, ICHS, DM na inz., artróza, deprese, vaskulární demence. Přes všechnu naši snahu a péči bérkové ulcerace stagnují, u paní se prohlubují bolesti, a tím i duševní dekonice. Defekty má při kontrolách vždy řádně ošetřeny, při kontrolách ji vždy doprovází syn. Ten je vždy i jejím mluvčím, paní vždy mlčí, případně jen přikyvuje. Lokální nález

Obr. 1. Svěpomocně provedená bandáž



Obr. 2. Stav defektu krátce před propuštěním z nemocnice



Obr. 3. Stav téhož defektu 14 dní po propuštění



Obr. 4. Dlouhodobá stagnace hojení v nevyhovujícím domácím prostředí



Obr. 5. Významný posun v hojení po změně prostředí a psychické stabilitě seniorky



i celkový stav seniorky se ale dlouhodobě horší (Obr. 4). Při jedné z hospitalizací ji navštěvuji a v soukromí se ptám, jak to funguje u nich doma. Zpočátku je paní rozpačitá, pak ale sdílí své zkušenosti ze soužití se synem. Pro objektivizaci sdělených informací po propuštění seniorku navštěvuji u ní doma. Žije