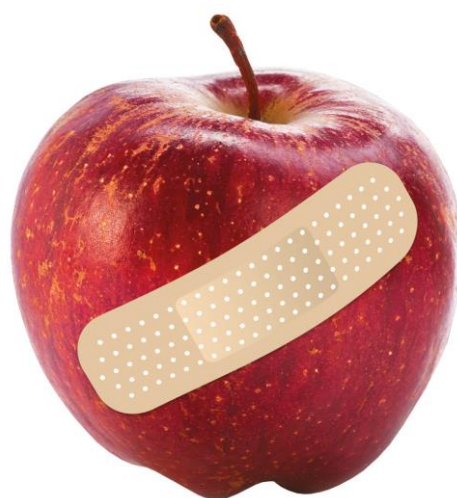


**14. POMURSKI in
10. MEDNARODNI
SIMPOZIJ O KRONIČNI RANI**

**KRONIČNA RANA V
VRTILJAKU ŽIVLJENJA**



**Zbornik prispevkov
Radenci, 18. 10. 2024**

14. POMURSKI IN 10. MEDNARODNI

SIMPOZIJ O KRONIČNI RANI

Kronična rana v vrtiljaku življenja

Zbornik prispevkov

Urednica:

Marija Kohek, M. SC.(Avstrija), dipl.m.s.

Naslovnica:

Ignac Meden, akad. slikar

Izdajatelj:

Splošna bolnišnica Murska Sobota in
Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja

Grafična priprava in tisk:

Elektronska verzija zbornika

<http://www.sb-ms.si/>

Kraj in leto izdaje: Murska Sobota, 2024

Brezplačen izvod. Za vsebino so odgovorni avtorji.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI](http://cobiss.si)-ID [220105731](http://cobiss.si)

ISBN 978-961-95540-5-0 (Splošna bolnišnica Murska Sobota, PDF)



SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA
RAKIČAN, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota



**Strokovno društvo medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja**
Ulica dr. Vrbnjaka 6, Rakičan, 9000 Murska Sobota

14. POMURSKI IN 10. MEDNARODNI SIMPOZIJ O KRONIČNI RANI

KRONIČNA RANA V VRTILJAKU ŽIVLJENJA Zbornik prispevkov

Organizacijski odbor simpozija:

Marija Kohek
Marija Flisar
Brigita Kovačec
Dragica Jošar

Strokovni odbor simpozija:

Marija Kohek
Brigita Kovačec
Luka Vodišek

**Z NASLOVOM »KRONIČNE RANE V VRTILJAKU ŽIVLJENJA« 18. OKTOBRA
2024 V KONGRESNEM CENTRU RADENCI**

07:30 -08:30 REGISTRACIJA

08:30- 08:45 Kratek kulturni program

08:45- 09:00 Pozdravni govori

I. SKLOP- splošni del

Moderatorja: *Kohek Marija, Kovačec Brigita*

09:00-09:20 Ubijanje biofilma- ključ do celjenja kroničnih ran. *Miloš Potkonjak
dr.med.spec.spl. krg. SB Novo Mesto*

09:20-09:40 Ekonomski vidik oblog in drugih medicinskih pripomočkov za zdravljenje rane v Splošni bolnišnici Murska Sobota. *Tea Stiplošek, mag. farm. SB M.Sobota*

09:40 -10:00 Kronične rane in stroški zdravljenja le teh- prikaz študije primerov. *Režonja Aleksandra,dipl.m.s., Štuhec Marija,dipl.m.s., Žižek Elvira,Mag. ZN. SB M. Sobota*

10:00-10:20 Moderni pristop pri obravnavi kronične rane v ambulantni – **prikaz primera debridment z sodobno metodo** *Vodišek Luka,dr.med.spec.kirurg. SB M. Sobota*

10:20- 10:50 RAZPRAVA, ODMOR

II. SKLOP- razjede zaradi pritiska in paliativne rane

Moderatorja: *Lipič Baligač Metka, Flisar Marija*

10:50- 11:10 Kronična rana – cijepljenje protiv velikih boginja i Covid-19 ? *izv.prof.dr.sc. Štefica Mikšić, Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Hrvatska, Metka Lipič Baligač, dipl. m. s., mag. zdr. Nege, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Slovenija, prof.dr.sc. Suzana Vuletić, Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Hrvatska, dr.sc. Brankica Juranić, mag. med.techn, Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Hrvatska*

11.10-11:30 Oskrba paliativne rane- trendi in pristop *Manuela Kuhar Makoter, dr. med., spec. splošne kirurgije, Valentina Goršak Lovšin, dipl. m. s. SB M. Sobota*

11.30-11:50 Ali razjedo zaradi pritiska pod pripomočki za zdravljenje poškodb lahko preprečimo in kako ? *Nataša Kreft, dipl.m.s., mag.zdr.-soc.manag, Viktorija Pucko, mag. bio inf. SB Murska Sobota*

11:50-12:10 Poznavanje področja razjede zaradi pritiska med različnimi poklicnimi skupinami- prikaz podatkov opravljene raziskave v dveh različnih državah *Marija Kohek M.Sc.(Austrija), dipl.m.s., SB M. Sobota*

12:10-13:30 RAZPRAVA, KOSILO

III. SKLOP diabetično stopalo in golenje razjede

Moderatorja:Kreft Nataša, Marija Kohek

13:30- 13:50 Kakovost življenja bolnika s kronično rano študija primera *Hana Cifer, dipl. m. s.*

13:50- 14: Pomen fizioterapije pri preprečevanju razjede zaradi pritiska *Domen Gujtman , dipl. fiziot. s spec. znanji*

14:10- 14:30 Poznavanje področja kronične rane med študenti ZN. *Kohek Marija, Kreft Nataša*

14:30- 14:50 **Pravilno povijanje nog - težave v patronažni službi** *Dragica Kreft Plajnšek,dipl.m.s., Patronažna služba, Zdravstveni dom Gornja Radgona*

14:50- 15:30 Pomen razbremenjevanja stopala pri dabetičnem stopalu s pomočjo ortopedskih čevljev. *Alenka Pintar, Oped*

15:30-16:00 RAZPRAVA, ZAKLJUČKI

1 UVODNIK ZBORNIKU NA POT

Spoštovani udeleženci in cenjeni strokovnjaki,

V letošnjem letu smo pripravili že tradicionalni 14. Pomurski in 10. Mednarodni simpozij o kronični rani. Prisotnost vseh udeležencev priča o zavezanosti, predanosti in želji po napredku na področju obravnave kroničnih ran ter izboljšanja kakovosti življenja bolnikov, ki se vsakodnevno soočajo s to zahtevno diagnozo.

Letošnji simpozij predstavlja izjemno priložnost za našo bolnišnico in celotno skupnost, da se z združenimi močmi posvetimo iskanju najboljših rešitev za obvladovanje kroničnih ran. Sodelovanje in izmenjava znanj med vami, cenjenimi kolegi, omogočata dragocen vpogled v najboljše prakse in inovativne pristope, ki prispevajo k še višji ravni zdravstvene oskrbe in nadaljnjemu razvoju stroke.

V sodobni medicini kronične rane predstavljajo vse večji izziv. Dolgotrajna in kompleksna oskrba, ki jo zahtevajo, narekuje potrebo po poglobljenem znanju, nenehnem učenju, iskanju inovacij in predvsem tesnem sodelovanju. Program smo zasnovali tako, da ponuja prostor za odprto in poglobljeno razpravo o najnovejših znanstvenih dognanjih ter praktičnih izkušnjah, s katerimi se srečujemo v vsakodnevni praksi.

Iskreno se zahvaljujem vsem predavateljem in strokovnjakom, ki ste s svojimi prispevki obogatili program, ter delovni skupini za kronične rane, ki pod vodstvom Marije Kohek vsak dan zavzeto skrbi za napredek na tem področju. Njihov trud, predanost in organizacija ne le omogočajo ta dogodek, ampak pomembno prispevajo k razvoju zdravstvene nege v naši ustanovi.

Z optimizmom se oziram na plodne razprave, nova spoznanja in dragocene izmenjave idej, ki bodo zagotovo omogočila nadaljnje izboljšave pri oskrbi kroničnih ran. Iskreno vam želim, da vam srečanje tukaj, v Prekmurju, ostane v prijetnem spominu in da boste s seboj odnesli navdih za nadaljnje delo na področju zdravstvene nege in zdravljenja kroničnih ran.

Hvala, ker ste tukaj in ker skupaj stremimo k boljši prihodnosti zdravstvene oskrbe. V namen trajnega ohranjanja vsebine smo tudi letos pripravili zbornik predavanj, tokrat v elektronski obliki.

Drako Horvat, mag. zdr. - soc. manag
Pomočnik direktorja za področje ZN Splošne bolnišnice Murska Sobota

2 ZBORNIKU 14. POMURSKEGA IN 10. MEDNARODNEGA SIMPOZIJA O KRONIČNI RANI NA POT

Člani Delovne skupine za kronično rano v Splošni bolnišnici Murska Sobota smo leta 2009 v sklopu rednih delovnih sestankov sklenili organizirati dodatna izobraževanja za vse zdravstvene delavce v Pomurju. Na področju oskrbe kroničnih ran bi s tovrstnim pristopom zajeli izvajalce oskrbe kroničnih ran na vseh nivojih zdravstvene obravnave. Bili smo mnjenja, da bi s poenotenjem razumevanja in upoštevanja teoretičnih znanj ter sodobnih strokovnih smernic, zagotovo vplivali na večjo kvaliteto obravnave kronične rane in življenja bolnikov. Ob tem nas je vodilo tudi pomembno načelo zagotavljanja kontinuitete dela. V vseh teh letih je prišlo do generacijskih sprememb in izobraževanje kot kontinuiran del sistemskega pristopa nadaljujemo še dolgih 14 let. Zavedamo se, da moramo v našem okolju iskati intuziaste, ki bodo znanje podajali naprej.

Štirinajsti pomurski in deseti mednarodni simpozij o kronični rani je prav tako potekal v Radencih in to 18. oktobra 2024. Strokovne vsebine smo izbrali po tehtnem razmisleku. Rdeča nit letošnjega izobraževanja je bila »Kronična rana v vrtljaku življenja« s poudarkom na kvaliteti življenja bolnikov s kronično rano, izobraževanju in pridobivanju znanja s tega področja tekom formalnega izobraževanja, stroških povezanih z zdravljenjem in pomenu preventive in na koncu pestrost različnih vrst kroničnih ran. K sodelovanju smo poleg domačih, povabili predavatelje iz tujine, ki so s svojimi prispevki obogatili naše znanje.

V vseh teh letih smo izdali enajst knjižnih in dve elektronski obliki zbornikov predavanj. Tudi letos bo tako. Mislim, da nam je skozi vsa leta uspelo poseči vsaj po nekaterih zvezdah iz naših sanj. Čeprav se zdi, da smo naredili vse, ko se oziramo nazaj hkrati vemo, da moramo gledati tudi naprej. Vedno znova prihajajo nove generacije zdravstvenih delavcev, ki potrebujejo izobraževanje na tem področju. Ob tej priložnosti bi rada izrekla pohvalo in zahvalo vsem, ki ste bili koščki mozaika, ki smo ga sestavili skupaj v lepo sliko. Pomembni smo vsi, tisti, ki smo glasni in tisti, ki so tiha podpora v ozadju. Zahvaljujem se vsem in vsakemu posebej. Naj nas čas in dosedanja spoznanja predstavijo v druge dimenzije, kjer bomo videli nova obzorja za področje oskrbe bolnikov s kronično rano. Pri tem pa vodilo skozi citat, ki pravi: »Pot je strma, toda cilj je lep, če ga vidiš in svet pripada tistim, ki verjamejo v svoje sanje in cilje...«.

Marija Kohek, M. Sc. (Avstrija), dipl. m. s.

Predsednica Delovne skupine za kronične rane v Splošni bolnišnici Murska Sobota

KAZALO

1	UVODNIK ZBORNIKU NA POT	6
2	ZBORNIKU 14. POMURSKEGA IN 10. MEDNARODNEGA SIMPOZIJA O KRONIČNI RANI NA POT.....	7
3	EKONOMSKI VIDIK OBLOG IN DRUGIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA ZDRAVLJENJE RANE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA	11
3.1	Uvod.....	11
3.2	Poraba obvezilnega materiala v Splošni bolnišnici Murska Sobota.....	11
3.3	Farmako-ekonomski pristop pri oskrbi kronične rane.....	11
3.3.1	Optimizacija naročanja medicinskih pripomočkov – javna naročila.....	12
3.3.2	Optimizacija uporabe sodobnih oblog za oskrbo rane.....	13
3.4	Zaključek.....	13
4	KRONIČNE RANE IN STROŠKI ZDRAVLJENJA LE TEH - PRIKAZ ŠTUDIJA PRIMERA 15	
4.1	Povzetek	15
4.2	Uvod.....	16
4.3	Zdravljenje kroničnih ran	16
4.4	Ocena pacienta in rane.....	17
4.5	Oskrba kronične rane.....	17
4.6	Prikaz primera	18
4.7	Zaključek.....	23
5	MODERNI PRISTOP PRI OBRAVNAVI KRONIČNE RANE V AMBULANTI – PRIKAZ PRIMERA DEBRIDMENT Z SODOBNO METODO	25
6	KRONIČNA RANA – CIJEPLJENJE PROTIV VELIKIH BOGINJA I COVID-19 ?.....	38
6.1	SAŽETAK.....	38
7	OSKRBA PALIATIVNE RANE- TRENDI IN PRISTOP	39
8	ALI POŠKODBO ZARADI PRITISKA POD PRIPOMOČKI ZA ZDRAVLJENJE POŠKODB LAHKO PREPREČIMO IN KAKO?	51
8.1	UVOD	51
8.2	PZP- nazogastrična sonda (NGS).....	51
8.3	PZP- pripomočki za aplikacijo kisika.....	52
8.4	PZP- vratne opornice.....	52
8.5	PZP- trajni urinski kateter (TUK).....	53
8.6	PZP- mavec	54
9	ZAKLJUČEK.....	54

10	RAZJEDE ZARADI PRITISKA IN KLASIFIKACIJA POVZETA PO NPUAP IN EPUAP TER POGLED NA POZNAVANJE PODROČJA RAZJED ZARADI PRITISKA V DVEH RAZLIČNIH DRŽAVAH	56
	PRESSURE ULCERS AND CLASSIFICATION ACCORDING TO NPUAP AND EPUAP WITH VIEW ON THE KNOWLEDGE ABOUT PRESSURE ULCER FIELD IN TWO DIFFERENT COUNTRIES.....	56
10.1	IZVLEČEK	56
10.2	UVOD	57
10.3	RAZJEDA ZARADI PRITISKA OPREDELJENA PO MEDNARODNI DEFINICIJI NPUAP-A IN EPUAP-A.....	57
10.3.1	Nepobledela rdečina: I. stopnja RZP.....	58
10.3.2	Povrhnja poškodba kože: II. stopnja RZP	58
10.3.3	Poškodba vseh plasti kože: III. stopnja RZP	58
10.3.4	Poškodba vseh tkiv: IV. stopnja RZP	58
10.3.5	3.5 Nedoločljive RZP (sluznice zaradi katetrov).....	59
10.4	RAZISKAVA O POZNAVANJU PODROČJA RAZJEDE ZARADI PRITISKA MED SLOVENSKO BOLNIŠNICO IN BOLNIŠNICO V ANGLIJI.....	59
10.4.1	Značilnosti raziskave	60
10.4.2	Opis vzorca.....	60
10.4.3	Obdelava podatkov.....	60
10.4.4	Predstavitev rezultatov raziskave za celotni preiskovani vzorec.....	60
10.4.5	Poznavanje področja razjed zaradi pritiska (glede na izobrazbo)	62
10.4.6	Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na državo	64
10.4.7	Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na izobrazbo in državo	66
10.5	ZAKLJUČEK IN RAZPRAVA	69
11	KAKOVOST ŽIVLJENJA S KRONIČNO RANO	70
11.1	POVZETEK	70
11.2	UVOD	70
11.3	RANA.....	71
11.4	KRONIČNA RANA.....	71
11.5	PSIHOSOCIALNI VPLIVI KRONIČNE RANE NA CELJENJE RANE IN KAVALITETA ŽIVLJANJA BOLNIKA S KRONIČNO RANO.....	72
11.6	VPLIV KRONIČNE RANE NA KVALITETO ŽIVLJENJA	73
11.7	PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE IN RAZPRAVA.....	74
11.8	RAZPRAVA	78
11.9	ZAKLJUČEK.....	80
12	POMEN FIZIOTERAPIJE PRI PREPREČEVANJU RAZJEDE ZARADI PRITISKA.....	83

13	POZNAVANJE PODROČJA OSKRBE BOLNIKA S KRONIČNO RANO MED ŠTUDENTI ZN 96	
13.1	UVOD	96
	REZULTATI:	97
13.2	DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK:	99
13.3	ZAKLJUČEK.....	100
14	PRAVILNO POVIJANJE NOG: TEŽAVE V PATRONAŽNI SLUŽBI.....	102
14.1	IZVLEČEK	102
14.2	UVOD	103
14.3	KOMPRESIJSKA TERAPIJA.....	104
14.4	OBLIKE KOMPRESIJE	104
14.5	NAVODILA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE BOLNIKOM ZA NAMEŠČANJE DOLGOELASTIČNIH POVOJEV	105
14.6	NAVODILA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE BOLNIKU, KI IMA NAMEŠČENO KRATKOELASTIČNO KOMPRESIJO.....	105
14.7	TEŽAVE V PATRONAŽNI SLUŽBI, POVEZANE S KOMPRESIJSKO TERAPIJO	105
14.8	ZAKLJUČEK.....	106
14.9	LITERATURA.....	107
15	ZAHVALA ZA POMOČ PRI ORGANIZACIJI DOGODKA	108

3 EKONOMSKI VIDIK OBLOG IN DRUGIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ZA ZDRAVLJENJE RANE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MURSKA SOBOTA

Tea Stiplošek, mag. farm.,

Splošna bolnišnica Murska Sobota

3.1 Uvod

Kronične rane danes predstavljajo vse večji zdravstveni, socialni in ekonomski izziv, s katerim se srečuje tudi naša bolnišnica. Trg medicinskih pripomočkov za oskrbo ran se hitro širi, hkrati pa postajajo sodobne obloge vse bolj specifične in prilagojene različnim fazam celjenja ran in potrebam pacientov. Njihova pravilna uporaba zahteva vse več strokovnega znanja, saj nepravilna izbira sodobne obloge ne le zmanjša učinkovitost oskrbe rane, temveč lahko bolniku celo škoduje. Vse naprednejše tehnologije in inovativni materiali, ki jih prinašajo sodobne obloge, pa pogosto zvišujejo tudi končne stroške oskrbe kroničnih ran.

3.2 Poraba obvezilnega materiala v Splošni bolnišnici Murska Sobota

Analiza porabe sredstev, ki jih je Splošna bolnišnica Murska Sobota v zadnjih petih letih namenila obvezilnemu in sanitetnemu materialu, kaže na izrazito naraščajoč trend. Lani je vrednost že presegla 700.000 evrov, pri čemer trenutni podatki nakazujejo, da se bodo ti stroški v prihodnjih letih še povečevali. Delež sredstev, namenjen V.A.C terapiji (zdravljenje z negativnim tlakom), je skozi vsa leta ostal med 7 % in 8 %, z izjemo leta 2021, ko je zaradi spremenjenega delovanja bolnišnice v času covida znašal 4 %. Znatno rast je opaziti pri sredstvih, namenjenih sodobnim oblogam, katerih delež se je od leta 2019, ko je znašal 10,7 %, do leta 2023 povečal na 16,6 %. V analizo porabe sodobnih oblog so bile vključene kontaktne mrežice, filmi, hidrokoloidi, gelirajoče obloge, geli, alginati, pene, pene s silikonom, polimerne membrane in obloge, visoko vpojne obloge ter obloge z antimikrobnimi dodatki (srebro, oglje, med, klorheksidin, jod ipd.). V Splošni bolnišnici Murska Sobota med njimi posebej izstopa poraba oblog s srebrom, ki so v zadnjih petih letih predstavljale skoraj polovico vseh sredstev, namenjenih sodobnim oblogam.

3.3 Farmako-ekonomski pristop pri oskrbi kronične rane

V današnjem svetu nas na vsakem koraku opozarjajo, kako pomembno je, da sredstva, ki jih imamo na razpolago, porabljamo čim bolj smotrno, ne da bi s tem ogrožali kakovosti oskrbe bolnikov. Pri upravljanju sredstev, namenjenih medicinskim pripomočkom za oskrbo ran, lahko učinkovitost dosežemo na dveh ključnih področjih: z optimizacijo njihove uporabe in z optimizacijo postopka naročanja.

3.3.1 Optimizacija naročanja medicinskih pripomočkov – javna naročila

Javna naročila v Sloveniji ureja Zakon o javnem naročanju (ZJN-3) in bolnišnice smo kot javni zavodi obvezane k naročanju preko javnih naročil. Gre za pravni okvir, ki ureja celoten postopek naročanja, njegova glavna načela pa so ključna za zagotavljanje transparentnosti, poštenosti in enake obravnave pri oddaji javnih naročil. Glavna načela ZJN-3 so naslednja:

- **Načelo gospodarnosti, učinkovitosti in uspešnosti:** naročila morajo biti izvedena tako, da se pri tem doseže najboljše razmerje med kakovostjo in ceno.
- **Načelo zagotavljanja konkurence med ponudniki:** spodbujati je potrebno konkurenco med ponudniki, saj večja konkurenca pripomore k pridobitvi bolj ugodnih ponudb in k boljši kakovosti javnih storitev ali blaga.
- **Načelo enakopravne obravnave ponudnikov:** vsi ponudniki morajo biti v enakem položaju pri pridobivanju informacij o naročilu in pri oddaji ponudb.
- **Načelo transparentnosti:** vse informacije o postopku, razpisih in pogojih morajo biti javno dostopne in jasno določene, da ponudniki lahko pripravijo ustrezne ponudbe.
- **Načelo preprečevanja korupcije in nasprotja interesov:** javna naročila morajo biti izpeljana tako, da se preprečijo koruptivne prakse in nasprotja interesov, ki bi lahko vplivala na nepristranskost in poštenost postopkov.
- **Načelo sorazmernosti:** pogoji, zahteve in postopki v postopku javnega naročanja morajo biti sorazmerni z naravo, predmetom in vrednostjo naročila ter z namenom, ki ga naročnik zasleduje.

Pri pripravi javnih razpisov za nabavo medicinskih pripomočkov, vključno z oblogami za rane, je bistvenega pomena spoštovanje načel konkurenčnosti in enake obravnave ponudnikov. Ključna je uporaba generičnih imen medicinskih pripomočkov, saj je to eden izmed načinov, kako zagotoviti, da pri razpisih ne pride do neupravičenega omejevanja trga na enega ponudnika. Obloge za rane morajo biti opisane s splošnimi, nelastniškimi ali specifičnimi značilnostmi, kar omogoča širši nabor ponudb in spodbuja konkurenco.

Pomembno je omogočiti dovolj fleksibilnosti v tehničnih specifikacijah, da bodo različni ponudniki lahko predložili svoje obloge, tudi če se te rahlo razlikujejo v velikosti ali drugih sekundarnih značilnostih. Oziroma povedano drugače, velikost obloge ne sme biti ključni omejevalni dejavnik pri izbiri, saj lahko obloga, ki odstopa v velikosti, še vedno izpolnjuje zahteve glede kakovosti in učinkovitosti zdravljenja.

Kadar je na trgu na voljo zgolj ena vrsta obloge s točno določenimi lastnostmi, je v razpisnem postopku smiselno razširiti opis obloge na primerljive izdelke, ki zagotavljajo podobno funkcionalnost ali terapevtski učinek. Tako pristop omogoča širšo izbiro in preprečuje monopolizacijo trga s strani enega proizvajalca ali ponudnika, kar spodbuja konkurenčnost in omogoča bolj ekonomično porabo sredstev, hkrati pa zagotavlja, da bolniki še naprej prejemajo kakovostno oskrbo.

Nepravilen pristop pa bi bil, če bi bil razpis pripravljen na način, ki bi z natančnim opisom specifičnega produkta omejeval možnosti drugih ponudnikov in s tem zaviral konkurenčnost. Tak pristop bi kršil načelo zagotavljanja konkurence in lahko vodil do višjih cen ter manjše izbire za naročnike. Ključ je v tem, da se ohrani odprt trg in omogoči, da več ponudnikov predloži svoje ponudbe, kar bo prineslo boljše pogoje za bolnišnice in paciente.

3.3.2 Optimizacija uporabe sodobnih oblog za oskrbo rane

V okviru splošne bolnišnice Murska Sobota že vrsto let deluje Delovna skupina za kronične rane, ki skuša s svojim delovanjem poudariti pomen pravilne oskrbe kroničnih ran in pripomoči k čim bolj optimalnemu zdravljenju teh bolnikov. V okviru delovanja te delovne skupine smo tako zdravstvenim delavcem pripravili tabelo, v kateri so po razpisnih sklopih navedene vse obloge, ki so na razpolago v naši bolnišnici – vključno z imenom obloge, dimenzijami in kataloško številko za lažje naročanje v lekarni.

Dodatno smo trenutno v zaključni fazi priprave internih priporočil za oskrbo kronične rane. Ta priporočila pa bodo služila kot pripomoček pri vsakdanjem delu zdravstvenih delavcev. V grobem so razdeljena na 3 dele: prvi del služi oceni rane, je zelo pomembno, da se stanje rane oceni ob vsaki prevezi, saj je od tega odvisna izbira same obloge. Drugi del predstavljajo priporočila za izbiro obloge, ki uporabniku svetujejo, katero oblogo bi bilo smiselno izbrati glede na ocenjeno stanje rane. Za vsako kombinacijo pa sta na voljo za izbiro dve vrsti oblog, tako da je omogočena izbira, ki najbolj ustreza posameznemu bolniku. Tretji del pa predstavljajo slikovni primeri ran, tako da se uporabnik lažje odloči pri oceni same rane.

Naš cilj je bil, da pripravimo priporočila, ki bi bila čim bolj uporabna za zdravstvene delavce pri vsakdanjem delu, in bi ga lahko uporabljali tudi začetniki.

3.4 Zaključek

Izbira sodobnih oblog na trgu je res pestra, zato je za dobro oskrbo bolnika zelo pomembno, da poznamo izdelke, s katerimi delamo. Pri izbiri sodobnih oblog je pomemben farmako-

ekonomski pristop tako pri naročanju preko javnih naročil, pri čemer je potrebno upoštevati vsa glavna načela Zakona o javnem naročanju, kakor tudi pri sami uporabi sodobnih oblog za oskrbo kronične rane. Uporabna priporočila oskrbe kroničnih ran je težko oblikovati, pa vendar so si nekatere ustanove, med njimi tudi Splošna bolnišnica Murska Sobota, same pripravile priporočila, ki služijo kot pomoč pri vsakdanjem delu zdravstvenega osebja. Tako kot pri drugih področjih zdravstvenih dejavnosti se tudi pri oskrbi bolnikov s kroničnimi ranami vse bolj uveljavlja sodelovanje različnih strok v multidisciplinarnem timu, saj lahko le s skupnimi močmi dosežemo najboljšo možno oskrbo bolnikov, ki je ob enem tudi ekonomsko ugodna.

Viri

1. *Game FL, Hinchliffe RJ, Apelqvist J, et al. Specific guidelines on wound and wound-bed management 2011. Diabetes Metab Res Rev 2012; 28 Suppl 1:232*
2. *Faganeli N. Medicinski pripomočki za oskrbo rane. Farm vestn 2022; 73*
3. *Powers JG, Higham C, Broussard K, et al. Wound healing and treating wounds: Chronic wound care and management. J Am Acad Dermatol. 2016 Apr;74(4):607-25; quiz 625-6.*
4. *GZS. Klasifikacija sodobnih oblog za rane. GZS, Ljubljana, 2004 in 2015.*
5. *Delovna skupina za oskrbo kronične rane. Priporočila za oskrbo kronične rane. Splošna bolnišnica Murska Sobota, oktober 2024.*
6. *Tičar Z, Čuček I, Frangež I, et al. Lokalna oskrba kroničnih ran – klasifikacija uporabe medicinskih pripomočkov. Ministrstvo za zdravje, 2022. Dostopano: 23.9.2024 na <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2023/03/Lokalna-oskrba-kronicne-rane-Klasifikacija-uporabe-medicinskih-pripomockov-maj-2022.pdf>*
7. *Zakon o javnem naročanju (ZJN-3). Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23 in 88/23 – ZOPNN-F, 2016.*

4 KRONIČNE RANE IN STROŠKI ZDRAVLJENJA LE TEH - PRIKAZ ŠTUDIJA PRIMERA

Aleksandra Režonja, dipl. m. s., mag. zdr. ved

Elvira Žižek, dipl. m. s., mag. zdr.- soc. manag

Marija Štuhec, dipl. m. s., mag. zdr. ved

4.1 Povzetek

Kronične rane so velik zdravstveni problem sodobnega časa. Zdravstvena nega in oskrba pacientov z rano in pridruženimi posledicami, še vedno predstavljajo izziv za paciente in zdravstveno osebje. Število kroničnih ran in zdravljenja le teh narašča ter posledično predstavljajo velike stroške za pacienta in zdravstveno blagajno. V članku je prikazan primer zdravljenja kroničnih ran in stroški uporabe sodobnih oblog pri 75 letnem pacientu s pridruženimi obolenji, težkim procesom zdravljenja, neinvazivno ter invazivno umetno ventilacijo. Izvajanih je bilo veliko invazivnih diagnostičnih in terapevtskih procesov, ki so predstavljale tveganje za nastanek RZP-ja na različnih mestih. Ogroženost je bila tekom obravnave ves čas visoka. Posledično so se pojavile razjede zaradi pritiska sakralno, na komolcu in licih.

Ključne besede: Kronične rane, zdravljenje, stroški zdravljenja.

Abstract

Chronic wounds are a major health problem of modern times. The nursing and care of patients with wounds and related consequences still presents a challenge for patients and medical staff. The number of chronic wounds in the treatment of these is increasing, and later they represent large costs for the patient in the health fund. The article presents an example of treatment of chronic wounds in the cost of using modern dressings in a 75-year-old patient with associated diseases, a difficult treatment process, non-invasive ventilation and artificial ventilation. Many invasive diagnostic and therapeutic procedures have been performed, which posed a risk for the formation of RZP at various sites. The risk was high throughout the hearing. As a result, sacral pressure, ulcers appeared on the elbow and cheeks.

Key words: Chronic wounds, treatment, treatment costs

4.2 Uvod

Kronična rana je poškodovano tkivo, ki celi sekundarno in se v času med šestimi in osmimi tedni ne zaceli. Nastane zaradi slabe nege akutne rane ali zaradi komplikacij pri celjenju, ki niso bile takoj obravnavane. Kroničnim ranam je skupno to, da je zaradi različnih dejavnikov normalni proces celjenja ustavljen. Vzroki za nastanek kroničnih ran so poškodbe mehkih tkiv ali kronične bolezni (Rudolf, 2024). Kronične rane se ločijo glede na vrsto in mesto nastanka ali glede na bolezen, ki jih povzroči. Tako ločimo: Venske golenje razjede, diabetično stopalo, razjede zaradi pritiska (RZP) in onkološke rane (Bowers & Franco, 2020).

Življenje s kronično rano lahko močno vpliva na kakovost življenja. Posledice ran so bolečine, stiska, socialna izolacija, tesnoba, podaljšanje bivanja v bolnišnici, povišana kronična obolevnost ali celo smrtnost, vendar je veliko omenjenih posledic mogoče preprečiti. Kronične rane povzročijo še nadaljnje poslabšanje kakovosti življenja pacienta in povečujejo obremenitev zdravstvenega sistema. Včasih se zdi, da so finančni stroški za zdravljenje ran le stroški uporabljenih materialov, vendar temu še zdaleč ni tako. Večina stroškov se nanaša na porabo časa zdravstvenih delavcev in stroškov bivanja v bolnišnici, izbira materialov in postopkov pa lahko močno vpliva na skupne stroške (Bahun, 2021).

4.3 Zdravljenje kroničnih ran

Obvladovanje kroničnih ran je lahko težavno, vendar se to lahko precej zmanjša z upoštevanjem osnovnih načel oskrbe kronične rane. Sistematičen pristop k ocenjevanju in zdravljenju najpogosteje vodi do ugodnih rezultatov. Zaradi pogoste zapletenosti zdravstvenega stanja pacientov in ran je multidisciplinarni pristop k vodenju najuspešnejši in splošno priporočljiv. Celovito zdravljenje pacienta se mora začeti sočasno z zdravljenjem ran (Blaise et al., 2024). Ključnega pomena za uspešno zdravljenje ran so prepoznavanje in obravnavanje osnovnih vzrokov nastanka kronične rane, kot so venska insuficienca, motnje arterijske prekrvavitve, sladkorna bolezen, nepomični pacienti, ki so izpostavljeni dolgotrajnemu pritisku. Prav tako pa imajo pomembno vlogo pri celjenju sistemski dejavniki, kot so prehranski status, imunsko ogroženi pacienti ali okužba, ki še dodatno zavirajo celjenje ran (Tičar et al., 2022).

Avtorja Bowers & Franco (2020) opozarjata, da je Evropska zveza za oskrbo ran je objavila smernice, ki temeljijo na osnovni filozofiji, da je treba vsako rano pripraviti na proces celjenja. Tako smernice priporočajo pripravo dna rane s pomočjo TIME koncepta, ki vsebuje štiri komponente, ki označujejo pristope k različnim patofiziološkim spremembam v kronični rani in se med seboj lahko tudi prepletajo:

- T – oskrba tkiva (angl. tissue management);
- I – nadzor nad vnetjem in okužbo (angl. inflammation and infection control);
- M – ravnovesje vlage (angl. moisture balance);
- E – epitelni napredek oz. napredek robov (angl. epithelial-edge advancement)

4.4 Ocena pacienta in rane

Oskrba kroničnih ran se opira na osnovna načela, katerih cilj je ne le odstraniti ali izboljšati etiološke vzroke, temveč tudi odpraviti osnovne sistemske in presnovne motnje. Oskrbo rane se začne z natančnim pregledom pacienta in rane same, saj ima vsaka rana svojo lastno etiopatogenezo. Ocenjevanje pacienta se mora začeti s temeljito anamnezo, s katero se ugotovijo sočasne bolezni, dejavniki, ki lahko vodijo v kronično rano, predhodne rane, trenutna zdravila, alergije ter laboratorijske preiskave, ki bodo koristne informacije za dopolnitev začetne ocene (Blaise et al., 2024). Uspešno obvladovanje ran se začne s temeljito oceno rane, ki mora vključevati komponente, kot so: vrsta rane, anatomska lega, stopnja poškodbe rane, vrsta tkiva v rani, velikost rane, robovi rane, prisotnost bolečine in prisotnost okužbe (Jones et al., 2018).

4.5 Oskrba kronične rane

Po temeljiti oceni in določitvi etiologije kronične rane lahko medicinska sestra začne z oskrbo. Bryant in Nix (2016) opisujeta sedem ciljev, ki jih mora medicinska sestra pri tem upoštevati:

- preprečevanje in obvladovanje okužbe je eden glavnih ciljev oskrbe rane;
- čiščenje rane je treba opraviti ob vsaki menjavi povojev z izdelki, ki so fiziološko združljivi s tkivom rane.
- vzdrževanje primerne vlage v rani, saj vlažno okolje olajša celjenje ran, zmanjša bolečino in zmanjša možnosti za okužbo rane;
- odpravljanje mrtvih prostorov;
- nadzirati vonj rane;
- obvladovanje bolečin – boleče rane je treba temeljito oceniti na prisotnost okužbe ali druge etiologije in ustrezno zdraviti.
- zaščita kože – nepravilna uporaba obloge lahko privede do maceracije in poškodb robov rane.

Danes so na voljo sodobne obloge, ki preprečujejo izsušitev rane, vzdržujejo optimalno mikrookolje v rani, hkrati pa tudi nadomeščajo manjkajoče tkivo, omogočijo izmenjavo plinov

in primerno temperaturo, ne dražijo okolice rane in ne povzročajo alergij, ščitijo rano pred okužbami, jih lahko enostavno odstranimo, se ne vraščajo v na novo nastalo tkivo ter so stroškovne učinkovite (Bowers & Franco, 2020). Na tržišču je trenutno velika izbira oblog za rane. Izdelane so iz različnih materialov z raznimi dodatki. Izbira obloge je odvisna predvsem od lastnosti in stanja rane (Gupta et al., 2017). Tako poznamo poliuretanske obloge, hidrokapilarne obloge, hidrogele, alginate, nelepljive kontaktne mrežice in obloge z dodatki. Izdelki za nego ran se razlikujejo po ceni in pri izbiri ustreznega izdelka je treba upoštevati vse dejavnike, ne le cene. Ti dejavniki vključujejo domače okolje, sposobnost negovalca ali pacienta za oskrbo ran, količino eksudata iz rane, čistočo rane in vrsto rane (Tičar et al., 2022).

4.6 Prikaz primera

Anamneza in opis stanja s pridruženimi obolenji: Pacient M.L., star 75 let je bil sprejet v enoto internistične intenzivne terapije (EIIT), dne 11.8.2024. Le ta je tudi voden že od leta 2001 v kardiološki ambulanti zaradi stanja po prebolelem miokarditisu in endokarditisu na aortni zaklopki. Takrat je hodil na občasne preglede v kardiološko ambulanto. Leta 2016 je bil prvič hospitaliziran, zaradi atrijske fibrilacije s tahikardnim odgovorom. Sledila je naslednja, tj. druga hospitalizacija in sicer od 9.8.2024 - 22.8.2024. Gospod je tudi sladkorni bolnik, tipa II. Prisotna tudi arterijska hipertenzija in hiperlipidemija, stanje po AVR (biološka zaklopka od l. 2017)); paroksizmalna atrijska fibrilacija na antikoagulantni terapiji s Pradaxo.

Pripeljan v bolnišnico zaradi bolečin v prsnem košu. Sprejet je bil zaradi suma na N-stemi. Sprva je bil hospitaliziran na oddelku Internistične intenzivne nege (INT.EIN). Postal subferbrilen, tožil po bolečinah v grlu, kašljal. Uvedli so tudi antibiotično terapijo z Amoksiklav-om. Proti večeru se je stanje pri njem poslabšalo in postal je febrilen, dispnoičen, ugotavljali so padec saturacije na 60%; zdravniki so ugotavljali znake pljučnega edema. Ob ustrezni terapiji se je stanje pacienta kljub temu slabšalo. Prišlo je do zastoja dihanja in bradikardije. Takoj se je tudi pričelo z masažo srca. Sledila je intubacija pacienta ter premestitev v Enoto internistične intenzivne terapije (EIIT). Nastavljen centralni venski kateter (femoralno), arterijski kanal, periferni kanal na obeh rokah, vstavljen tudi trajni urinski kateter. Sprva je imel še RTG p/c, kjer se ugotavljajo infiltrati po pljučih. Nakar se je izključevala embolija pljuč (CTA pljučnega ožilja). Le ta je bila izključena. Pacient je sediran, analgeziran, relaksiran. Tekom zdravljenja se pacient hemodinamsko stabilizira. Pri pacientu se naredi še transezofagialni UZ, kjer ugotavljajo prisotnost hude aortne regurgitacije ob prolapsu enega izmed lističev biološke zaklopke. Ta bolezen spada med bolezni aortne zaklopke, kadar se aortna zaklopka ne zapira pravilno in potem kri teče nazaj v levi prekat (Ambrožič et al., 2010).

Po ponovnem odvzemu krvnih preiskav, ugotavljajo pri pacientu, da gre še dodatno za sepsa. Uvedena antibiotična terapija s Tazocinom in Sumamedom (predhodna AB terapija ukinjena). Tekom zdravljenja se je večkrat izvedla tudi elektrokonverzija, zaradi motenj srčnega ritma. Zaradi ponavljajočih se motenj srčnega ritma (AF), se pri njem uvede tudi zdravljenje z Amiodaronijevim kloridom v infuziji 5% glukoze. Po protokolu SBMS imamo po kliničnih smernicah sprejeta navodila, da se ob sprejemu pacienta na oddelek odvzame še nadzorne vzorce na prisotnost visokoodpornih mikroorganizmov (bris kože, nosu, žrela (MRSA) in rektuma (VRE, CR). Uvede se še diuretik v kontinuirani obliki (Furosemid) zaradi prisotnosti edema celega telesa (bilanca tekočin). Po pregledu infektologa se tudi AB terapija nekoliko spreminja. Tekom zdravljenja ugotovijo še prisotnost plevralnega izliva – obojestransko. V nadaljnjih dneh zdravljenja se uvede tudi nasogastrična sonda, ter se začne pacienta postopoma enteralno hraniti po sondi (Oxepa 500 ml). Še vedno je pacient intubiran. 14.8. se pri gospodu izvede tudi koronarografija. Zaradi različnih patologij srca, predstavljen za kvk konzilij, predvidoma za VIV TAVI (zaklopka v zaklopki, gre za transkatetersko menjavo aortne zaklopke) (Nalluri et al., 2018). Zaradi ponavljajočih se motenj srčnega ritma, se uvede tudi terapija z Landiololom (Rapiblocum). Ker se je pacient sčasoma začel odzivati na aspiracijo, odpirati oči, se sedacija pri njem ukinja (Dormicum se izključi). Ves čas tekom zdravljenja se pri pacientu ocenjuje stanje zavesti ter prisotnost bolečine (RASS in CPOT lestvica). Ostane še vazoaktivna podpora, analgezija, diuretik, antiaritmik ter humani inzulin (sladkorni bolnik). Ker je bil precej nemiren se mu na novo uvede še dexmedetomidinum (Dexdor). Ta se uporablja na intenzivnih oddelkih pri takih odraslih pacientih, ki potrebujejo tako sedacijo, kjer se da pacienta zbuditi še z verbalno komunikacijo (Richmondova lestvica agitacije: RASS: 0 do 3). 9. dan (19.8.) ponovno vzamemo tudi AT, sledi odvzem krvnih preiskav ter zaradi pozitivne ocene stanja budnosti, pacienta ekstubiramo. Odvaja tudi tekoče rjavo blato. Blato poslano na mikrobiološke preiskave. Koža glutealno zelo občutljiva in rdeča. Negovana z negovalnim mazilom (Skincare ointment care). 21.8. se stanje pri pacientu zaradi nezadostnega dihanja stanje nekoliko poslabša. Sprva je potreboval NIV podporo dihanju, nakar sledi intubacija pacienta. Ponovno sediran, relaksiran in analgeziran. 22.8. zaradi nadaljnjega zdravljenja premeščen v UKC MB- OIIM. Nadzorni vzorci so tekom zdravljenja pri nas ves čas negativni, prav tako ostali odvzeti vzorci (Sanford, Legionella antigen ter pneumokokni antigen – negativni). AT odvzet 19.8. pozitiven in sicer na Klebsiello pneumoniae. Blato odvzeto na Clostridium difficile (21.8.) je bil negativen. V UKC se pri pacientu izvede še dodatna diagnostika, da se bo potem lahko naredil VIV TAVI. Ob premestitvi je bil pacient stabilen (umetno ventiliran na 40-50% O₂); ker je pacient imel izolirano Klebsiello p. v AT, je bil

zamenjan antibiotik in sicer, namesto Tazocina, Meronem. Sčasoma je bila AB terapija ukinjena. Pri pacientu izvedli VIV TAVI. 30.8. vstavijo jugularni CVK. Na hrbtu je bila opažena tudi sprememba, kjer so sumili pri pacientu, da gre za maligni melanom. Biopsija pustule je bila narejena. Svetovali so ekscizijo le te. Ob premestitvi pacienta iz UKC MB je pri njem ukinjena sedacija, sicer še intubiran, vendar tudi hemodinamsko stabilen. Tekom zdravljenja v UKC je imel spet uvedeno AB terapijo. Vsi zgoraj naštet dejavniki tveganja so pacienta uvrščali visoko na lestvici, s katero se ocenjuje stopnja ogroženosti pacienta za nastanek RZP.

Ocena tveganja: V EIIT paciente ocenjujemo Waterloow lestvici. Le ta je ob prvem sprejemu k nam bil ocenjen z 21-imi točkami, ob odpustu v UKC MB ocene nimamo. Ob ponovnem sprejemu oz. premestitvi iz UKC OIIM je bil ocenjen s 17-imi točkami ter ob premestitvi v INT EIN z 9-imi točkami po Northonovi lestvici.

Glede področja tveganja za nastanek RZP (ob sprejemu in morebitni spremembi pacientovega zdravstvenega stanja): vstavljeni periferni kanali, CVK in arterijski kanal, tubus, urinski kateter in nasogastrična sonda. Vzroki, za nastanek RZP so lahko različni in sicer spremembe na koži, slaba elastičnost kože, občutljiva sluznica, kostne štrline, vlaga prisotna na koži (zvišana telesna temperatura), edemi po celotnem telesu, medikamentozna terapija (delovanje), trakovi za fiksacijo NIV in IV ventilacije ter navsezadnje tudi delovanje strižne sile.

Preventivni ukrepi ob sprejemu: Ob sprejemu je bil pacient nameščen v posteljo, ki je imela že nameščeno antidekubitorno blazino. Uporabili smo še dodatne pripomočke za preprečevanje razjed, ki so nam bili na razpolago na oddelku. Na pete smo namestili napetnike, pod zgornje in spodnje okončine pa namestili dodatne pripomočke različnih oblik za razbremenitev delovanja strižne sile. Pomembna je bila nega kože, le to smo negovali z ustreznimi negovalnimi mazili, kožo smo tudi ustrezno vsakodnevno in tudi po potrebi večkrat dnevno higienizirali, prav tako osušili. Zaradi intubacije pacienta smo bili posebej pozorni na ustno nego- sluznica ustne votline; prav tako na ustne kote, kjer se zaradi vlažne kože lahko hitro pojavi RZP- podlaganje z netkanimi kompresicami ter uporaba mehkih trakov za fiksacijo tubusa. Večkratna menjava lege le te. Pomembna je tudi menjava lege tubusa, glede na ustni kot. Pacienta je bilo potrebno tudi obračati na 2-3 ure, ker sam tega ni bil sposoben narediti, zaradi slabega zdravstvenega stanja. Vsi katetri, kanali so morali biti vsakodnevno pregledani, tudi večkrat na dan, zaradi dosledne oskrbe le teh (preveza, menjava i.v. kanala, menjava

obližev za fiksacijo le teh, menjava obliža za fiksacijo NGS). Prav tako izvajanje dosledne anogenitalne nege, da ni prišlo do dodatnih poškodb že tako zadosti občutljive kože anogenitalnega predela. Posebna skrb za kožo, da je le ta suha in ustrezni negovana, predvsem v kožnih pregibih. Prav tako je pomembno, da se ob morebitno nastali RZP le ta ustrezno oskrbi in da se vodi o tem dokumentacija. Menjava oblog za RZP mora biti skrbna in dosledna, zaradi tega, da se še koža pacienta dodatno ne poškoduje.

Obdobja ocena: Pacient je bil po enem tednu še vedno intubiran in izpostavljen vsem navedenim tveganjem. Njegova ocena za tveganje nastanka RZP je bila še vedno po Waterloow lestvici visoko. Dosegal je še vedno 21 točk. Še vedno smo pri njem uporabljali pripomočke za podlaganje, poostrena ustna nega, prav tako pozornost glede nege kože in opazovanje le te, da smo lahko čimbolj preprečevali morebiten nastanek RZP.

Nastanek RZP: Zaradi povišane telesne temperature, vlage na koži se je sprva pojavila rdečina sakralno (l. in d.)- I.st. RZP. Kožo smo vsakič čimbolj osušili pri obračanju ter jo negovali z zato namenjenim negovalnim oljem. Ker pa je bil pacient hemodinamsko nestabilen, ga je bilo težje obračati. Žal se je RZP sakralno poslabšala in se je razvila RZP II. stopnje. Nastala je namreč sakralno. Na RZP smo namestili poliuretansko peno z lepljivim robom, vendar je bilo le to potrebno večkrat tudi menjati, ker je pacient večkrat obilno odvajal tekoče blato. Koža je bila prizadeta in ranjena ter se tudi zaradi splošno slabega zdravstvenega stanja pacienta RZP ni nič kaj izboljševala. Ko je bil pacient ekstubiran in je po 1 dnevu ponovno potreboval neinvazivno ventilacijo, se mu je zaradi namestitve maske za NIV na obrazu pojavila RZP I.stopnje (na obeh ličnicah). Čeprav jo je imel pričvrščeno s silikonskimi trakovi, le 6 ur. RZP je bila oskrbljena tako, da so na prizadete dele na licih namestili hidrokoloidno oblogo. Kasneje je bil ponovno intubiran in premeščen v UKC MB. Kadar se je vrnil iz UKC MB smo pri pacientu ob sprejemu beležili RZP II. in III- IV. stopnje. RZP II.stopnje je bila zabeležena na l. komolcu in RZP III. stopnje sakralno in na licih (III.-IV. stopnja).

Obravnava RZP: Glede samega čiščenja rane, smo uporabili antiseptično raztopino, okolico pa smo zaščitili z lekarniško predpisanim mazilom (sakralno) ter negovalnim mazilom na licih in kubitalno.

Primarna obloga: Na očiščeno in osušeno RZP smo nameščali hidrokoloidno oblogo na vseh opisanih mestih ter okolico skrbno negovali z zgoraj omenjenimi sredstvi. Obloga je ostajala tudi nekaj dni na rani, če je bilo le možno. Že po prvih dnevih uporabe smo opazili izboljšanje razjed in začetek celjenja rane. 12.8. je bil pacient premeščen na INT.EIN, kjer pa je bila

menjana vrsta obloge - sakralno. Odločili so se za hidrogel z alginatom (NU gel), kasneje uporabijo ponovno granuflex extra thin. **Sekundarne obloge** nismo nameščali.

RZP SAKRALNO:



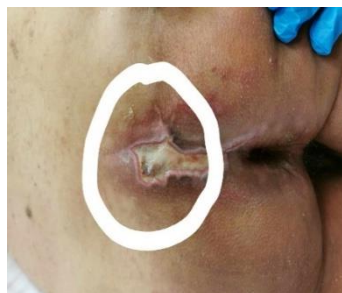
Slika 1: 4.9.2024 (Lastni arhiv)



Slika 2: 4.9.2024 (Lastni arhiv)



Slika 3: 4.9.2024 (Lastni arhiv)



Slika 4: 4.9.2024 Poslabšanje (Lastni arhiv)

RZP NA KOMOLCU IN LIČNICAH:



Slika 5: 4.9.2024 (Lastni arhiv)



Slika 6: 4.9.2024 (Lastni arhiv)

Dokumentiranje: RZP smo prvič dokumentirali 13.8.2024. Izpolnili smo obrazec, ki jih po protokolu izpolnjujemo za vse paciente, pri katerih nastane RZP, bodisi je le ta pri njem bila ob sprejemu v bolnišnici, bodisi je nastala v času hospitalizacije. RZP in ostale kronične rane beležimo tudi v računalniškem programu BIRPIS, kjer lahko spremljamo podatke o razjedah ves čas hospitalizacije in gibanja pacienta po bolnišnici. Ta dokumentacija je prav tako zelo pomembna ter strmimo k temu, da jo tudi dosledno beležimo, obenem pa da upoštevamo

navodila ob predaji pacienta kar se tiče področja ran, da bi jo čim bolj oskrbeli. Vsi si želimo kakovostne in varne oskrbe pacienta ter da se RZP pojavljajo v čim manjši meri.

Finančna oskrba RZP: Na kratko želimo tudi prikazati finančni vidik oskrbe RZP pri dotičnem bolniku, ki je izračunana v grobem. Saj vsi natanko vemo, da je občasno bilo potrebno RZP večkrat na dan previti in oskrbeti. Izračunana bo približna poraba materiala, ki smo ga porabili na dnevni ravni ob 1-kratni prevezi pri pacientu.

Porabljen material na dnevni ravni ob 1-kratni prevezi pri pacientu (v EIIT):

- tampon št.3: 3 paketki: (1 paket = 0,61 EUR) = **1,83 EUR**;
- set preveza št.1: 3 paketki: (1 paket = 0,34 EUR) = **1,02 EUR**;
- ofenosept (ta se uporablja za več dni) 500 ml: **8,75 EUR** (za večkratno uporabo);
- obloga granuflex extra thin 10x5: (1 kom = 1,21 EUR); **4,84 EUR** = 4 kom;
- negovalno mazilo Skincare Ointment (za več dni): **6,15 EUR** (za večkratno uporabo);
- negovalno mazilo po Rp. Iz lekarne (za več dni): nima cene (ker se izdeluje v bolnišnici).

Skupna cena na dnevni ravni ob 1x prevezi je znašala: **22,59 EUR/ dan.**

Denimo, da pacient obilno odvajajo, je potrebno RZP oskrbeti tudi do 3-krat/dan. V tem primeru bi dnevna oskrba znašala: **23,07 EUR** (brez negovalnega mazila in sredstva za čiščenje); na prvi pogled se stroški oskrbe ne zdijo previsoki, pa vendarle razmislimo, da se te RZP nikamor ne celijo, da le te trajajo več tednov, mesecev. Zavedati se je potrebno, da imamo vseeno veliko tako preventivnih kot tudi terapevtskih pripomočkov in oblog na voljo, da nekatere RZP lahko preprečimo. Nujno pa je izpostaviti še to, da je potrebno vedeti eno: »Stanje RZP ali kakršnekoli druge rane, se ne bo izboljševalo, če se splošno zdravstveno stanje pacienta ne bo izboljševalo«.

Nikakor pa ne smemo pozabiti, da je tudi potreben ustrezen čas za dosledno in natančno obravnavo RZP pri pacientu ter ustrezno usposobljeno število osebja, da rane oskrbijo ter ustrezno dokumentirajo. Pri takih postopkih v zdravstvu je nujno potrebno timsko delo in dobra medsebojna komunikacija. Vsekakor pa moramo omeniti tudi vrednost specialno pridobljenih znanj s področja oskrbe kroničnih ran, ki je za nas zdravstvene delavce, izrednega pomena.

4.7 Zaključek

Zdravljenje kroničnih ran predstavlja breme za pacienta in tudi finančno obremenitev zdravstva. Poznavanje fiziologije celjenja, patofiziologije kroničnih ran, poznavanje novih metod

zdravljenja ran ter dobro poznavanje in sledenje novosti na področju sodobnih materialov za oskrbo ran omogoča tako zdravnikom kot ostalemu zdravstvenemu osebju, optimalno izbiro metode ter posledično hitro in uspešno zdravljenje ran.

Literatura

1. Ambrožič, J., et al., 2010. Perkutana balonska dilatacija aortne zaklopke. *Zdravniški vestnik*
2. Bahun, M., 2021. Znanje o oskrbi kroničnih ran med zaposlenimi v zdravstveni negi v domovih starejših občanov na Gorenjskem: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
3. Blaise, S., Malloizel-Delaunay, J. & Nou, M., 2024. Diagnosis of a chronic wound in the special case of a vascular malformation: A proposal of the Wound and Healing Group of the French Society of Vascular Medicine. *JMV-Journal de Medecine Vasculaire*, 59(2), pp. 103–111.
4. Bowers, S. & Franco, E., 2020. Chronic Wounds: Evaluation and Management. **American Family Physician**, 101(3), pp. 159–166.
5. Gupta, S., et al., 2017. Management of Chronic Wounds: Diagnosis, Preparation, Treatment, and Follow-up. *Wounds*, 29(9), pp. 19–36.
6. Jones, R. E., Foster, D. S. & Longaker, M. T., 2018. Management of Chronic Wounds - 2018. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(14), pp. 1481–1482.
7. Nalluri, N., et al., 2018. Valve in valve transcatheter aortic valve implantation (ViV-TAVI) versus redo—Surgical aortic valve replacement (redo-SAVR): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Interventional Cardiology*, 31(5), pp. 661–671.
8. Rudolf, A. A., 2024. Uporaba oblog s srebrom pri celjenju kroničnih ran: diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Tičar, Z., et al., 2022. Lokalna oskrba kroničnih ran. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

5 MODERNI PRISTOP PRI OBRAVNAVU KRONIČNE RANE V AMBULANTI – PRIKAZ PRIMERA DEBRIDMENT Z SODOBNO METODO

Vodišek Luka, dr. med. spec. kirurg. SB M. Sobota

MODERNI PRISTOP PRI OBRAVNAVU KRONIČNE RANE V AMBULANTI



LUKA VODIŠEK, DR. MED., SPEC. SPLOŠNE KIRURGIJE
SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA, KIRURŠKI ODDELEK

RADENCI, 18. 10. 2024



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- Osnova kirurškega zdravljenja kroničnih ran je odstranjevanje nekrotičnega tkiva in **priprava dna rane** ter s tem povrnitev rane v »akutno« fazo – to vzpostavi pogoje, ki dajejo možnost zceljenja kronične rane.



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- ▶ Kronične rane se pojavljajo pri 1% prebivalstva in so pogostejše pri pacientih po 65. letu.
- ▶ Kronične rane, ki nastanejo zaradi žilnih obolenj, so lahko posledica obolenja arterijskega ali venskega sistema.
- ▶ Kronične rane lahko nastanejo kot posledica vztrajnega pritiska – zaradi nepokretnosti ali sladkorne bolezni.
- ▶ Največji delež ran predstavljajo venski ulkusi – do 80 %.
- ▶ Večina kroničnih ran, ki so žilnega izvora je recidivnih – ponavljajo se do konca življenja.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- ▶ Vzroki za nastanek arterijskih in venskih kroničnih ran?
- ▶ Kakšni so vzroki za nastanek kroničnih ran zaradi pritiska/nevropatskih ulkusov?
- ▶ Kakšne so kirurške možnosti zdravljenja kroničnih ran.

NASTANEK KRONIČNIH RAN – ARTERIJSKI ULKUSI

- ▶ Periferna arterijska okluzivna bolezen (PAOB) povzroči padec pretoka krvi v perifernih arterijah.
- ▶ Hipoperfuzija vodi v ishemijo kože, nekrozo in nastanek ran.
- ▶ PAOB lahko nastane zaradi **kajenja**, nezdravljene **arterijske hipertenzije**, ki vodi v klinično pomembno **aterosklerozo** žilnih sten ali slabo vodene **sladkorne bolezni**.
- ▶ Klinično se najbolj izraža na od srca **najbolj oddaljenih predelih** telesa – spodnjih okončinah.

KLINIČNA SLIKA - ARTERIJSKI ULKUSI

- ▶ Arterijski ulkusi se najpogosteje pojavljajo na najbolj oddaljenih delih telesa - **sprednji strani distalne goleni in stopala**.



KLINIČNA SLIKA - ARTERIJSKI ULKUSI

- ▶ Dno rane je **sivkaste** barve in je zaradi mehanizma nastanka rane **slabo prekrvavljeno**.
- ▶ Bolečina, ki je prisotna, se **poslabša** ob daljši elevaciji uda.



NASTANEK KRONIČNIH RAN – VENSKI ULKUSI

- ▶ Venski ulkusi nastanejo zaradi nezdravljene primarne ali sekundarne **venske insuficience**, ki vodi v vensko hipertenzijo določenega področja.
- ▶ Povišan pritisk v kapilarah povzroči okvaro žilne stene in prehajanja fibrinogena v okolico.
- ▶ Ob tem se aktivirajo levkociti, ki izločajo proteolitične encime in proste radikale.
- ▶ Sčasoma se okoli kapilar prične tvoriti fibrinska plast, ki oteži prehajanje kisika in hranil v okolico.
- ▶ Rezultat je **hipoksična okvara kože**, ki povzroči nastanek nekroz.

KLINIČNA SLIKA – VENSKI ULKUSI

- ▶ Ponavadi so **obsežnejši**, vendar bolj **plitki** od arterijskih ter pokriti z več granulacijskega tkiva, ker vaskularizacija ostalih delov spodnje okončine ni motena.
- ▶ Venski ulkusi se lahko pojavljajo v celotnem obsegu distalne goleni.



KLINIČNA SLIKA – VENSKI ULKUSI

- ▶ Ob rani so večkrat znaki kroničnega **hipostatskega dermatitisa** – oteklina, hiperpigmentacije in lipodermatoskleroza kože.
- ▶ Bolečina, če je prisotna, se ob elevaciji uda celo nekoliko **zmanjša**.



NASTANEK KRONIČNIH RAN – ULKUSI ZARADI PRITISKA

- ▶ Ulkusi zaradi pritiska ("dekubitusi") nastanejo zaradi **mehanskega pritiska** na izpostavljene dele telesa.
- ▶ Pojavljajo se pri slabo ali nepokretnih pacientih, ki so dalj časa v istih položajih.
- ▶ **Nevropatski ulkusi** so vrsta ulkusov zaradi kroničnega pritiska - pri teh pacientih so prisotne **periferne polinevropatije** različnih etiologij (sladkorna bolezen, kronični alkoholizem, posledice infektov), zaradi česar je **sposobnost za recepcijo bolečine zmanjšana**.
- ▶ Glavni ukrep pri ulkusih zaradi pritiska je **razbremenjevanje**.

KLINIČNA SLIKA – ULKUSI ZARADI PRITISKA

- ▶ Nastanejo na izpostavljenih mestih telesa, kjer je malo podkožnega tkiva – **trtica, kolki, gležnji, pete**.

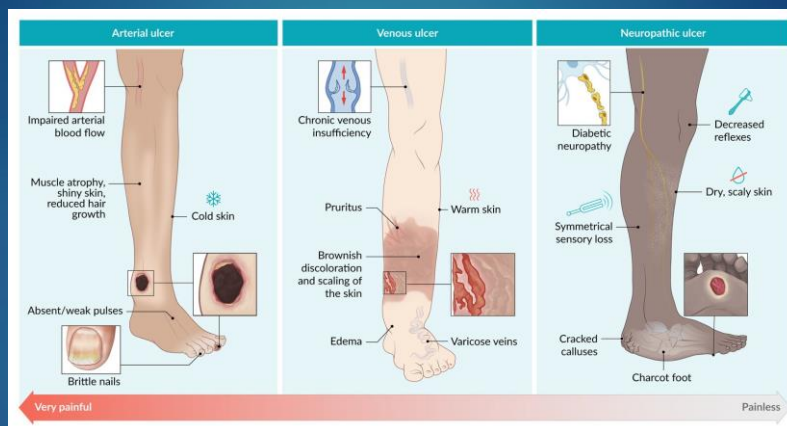


KLINIČNA SLIKA – ULKUSI ZARADI PRITISKA

- ▶ Za nevropatske ulkuse je značilen **izbočen** videz s **hiperkeratotičnim** robom in **globoko** razjedo.
- ▶ Pogosto nastanejo pod **otiščanci** ali nad točkami **pritiska**. Pri čiščenju ponavadi hitro zakrvavijo. Ker imajo ti bolniki polinevropatijo, ki vodi do hipestezije, so te razjede pogosto **neboleče**.



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN



DIAGNOSTIKA

- ▶ Za ugotavljanje vzroka nastanka kroničnih ran na podlagi **anamneze** in **klinične slike** najprej opravimo ultrazvok z Dopplerjem arterijskega ali venskega sistema.
- ▶ Glede na izvid preiskave se nato odločamo za nadaljnjo diagnostiko:
 - ▶ CT angiografijo in ev. arteriografijo v primeru arterijske patologije,
 - ▶ ev. pletizmografijo v primeru venske patologije.
- ▶ Z določitvijo vzroka nastanka rane, postavimo temelje za nadaljnje ukrepe, ki jih bomo izvajali.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- ▶ Glede na izvide diagnostičnih postopkov poiščemo in nato tudi poskušamo odpraviti vzrok, ki je privedel do nastanka rane. Izvajamo:
 - ▶ **revaskularizacijske posege** v primeru arterijske patologije,
 - ▶ **ablacije, sklerozacije in ligacije** v primeru venske patologije,
 - ▶ **amputacije**

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- ▶ Cilj zdravljenja je zacelitev kronične rane. To dosežemo s spodbujanjem ponovne epitelizacije kroničnih ran – sledimo štirim splošnim korakom, ki so združeni v akronimu “**DIME**”:
- ▶ **D** (“Debridement”): Odstranjevanje avitalnega tkiva v rani.
- ▶ **I** (“Infection and Inflammation”): Obvladovanje okužb in vnetij.
- ▶ **M** (“Moisture”): Uravnavanje vlažnosti v rani.
- ▶ **E** (“Environment and Epithelialization”): Ocenjevanje okolice rane in epitelizacije.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- ▶ **Debridement** je postopek, ki vključuje temeljito čiščenje rane in odstranitev biofilma ter vsega hiperkeratotičnega (zadebeljena koža ali kalus), okuženega in nekrotičnega tkiva, tujkov in ostankov materiala oblog.
- ▶ Na vsaki kronični rani, ki je pokrita z nekrotičnim tkivom, je potreben temeljit debridement, da vzpostavimo pogoje, ki omogočajo zacelitev.
- ▶ Debridement pri velikih ranah oz. ranah z veliko količino nekroz izvajamo stopenjsko.



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

► Učinki debridementa ran:

- Kirurško odstranjevanje nefunkcionalnega tkiva deluje stimulatивно na rob rane, s čimer se zmanjša vnetje ter poveča sproščanje rastnih faktorjev, ki pospešijo rast granulacijskega tkiva.
- Z odstranjevanjem nekrotičnega tkiva odpravimo pogoje za prekomerno rast bakterij, ki bi lahko povzročile infekt v rani, kar lahko vodi v septično stanje pri pacientu ali obsežnejšo destrukcijo tkiva, ki se lahko konča tudi z amputacijo.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

► - Načine debridementa delimo v 2 skupini in 5 podskupin - “BEAMS”:

► **Selektivni**

- **B**iološki
- **E**ncimski
- **A**vtolitični

► **Neselektivni**

- **M**ehanski
- Ostri (“**S**harp”)

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

► “BEAMS”:

- **B**iološki - uporabljamo sterilne ličinke (*Lucilia sericata*), ki odstranjujejo nekrotično tkivo.
- **E**ncimski - na rano nanašamo preparate, ki vsebuje kolagenaze (*Clostridium histolyticum kolagenaza*, *Bromelain*), ki razgrajujejo kolagenska vlakna v nekrotičnem tkivu.
- **A**vtolitični – s pomočjo posebnih oblog v tkivu izzovemo izločanje telesu lastnih encimov (metlaoproteinaz), ki v rani razgrajujejo nekrotično tkivo.
- **M**ehanski - s pomočjo različnih mehanskih pripomočkov odstranjujemo nekrotična tkiva (UZ, hidrokirurgija).
- Ostri (“**S**harp”) - “klasično” s pomočjo kirurških instrumentov (potrebna anestezija).

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

► Mehanski debridement:

- **UZ:** Ultrazvočno čiščenje izvajamo s pomočjo ultrazvočnih vibracij na rane skozi tekoči medij. To povzroči kavitacijo (tj. pojav majhnih mehurčkov v tekočini, ki obdaja sondo). Med kavitacijo mehurčki spreminjajo velikost in obliko, kar povzroči nastanek udarnih valov, zaradi česar pride do erozije tkiv. Posledica je fragmentacija in razpad tkiva.



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

► Mehanski debridement:

- **Hidrokirurgija:** Hidrokirurški debridement je alternativna metoda običajnemu ostremu debridementu. Pri tej metodi s pomočjo naprave, ki proizvaja močan vodni curek, ki omogoča rezanje tkiva. Hitrost vodnega curka lahko prilagajamo tako, da odstranjujemo samo nekrotično tkivo, s čimer dosežemo natančno čiščenje rane z ohranjanjem vitalnega dermisa.



KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

- V nadaljnjih fazah lahko celjenje pospešimo s pomočjo terapije s podtlakom (VAC).
- Dokončno zacelitev pa nam včasih omogočajo šele **kožni presadki**.
- Kirurško/medikamentozno zdravljenje lahko dopolnimo z izvajanjem **FTH**.
- Ko smo odpravili vse potencialne vzroke za nastanek ran in kljub vsem ukrepom ne pride do izboljšanja stanja, moramo pomisliti tudi na **maligno** obolenje.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

Ne glede na metode in postopke, ki jih izvajamo pri zdravljenju kroničnih ran sta naša glavna cilja **ohranitev funkcije okončine** ter **modulacija bolečine**.

KIRURŠKA OSKRBA KRONIČNIH RAN

HVALA ZA POZORNOST

6 KRONIČNA RANA – CIJEPLJENJE PROTIV VELIKIH BOGINJA I COVID-19 ?

izv.prof.dr.sc. Štefica Mikšić, Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Hrvatska,

Metka Lipič Baligač, dipl. m. s., mag. zdr. nege, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Slovenija,

prof.dr.sc. Suzana Vuletić, Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Hrvatska,

dr.sc. Brankica Juranić, mag. med.techn., Sveučilišta Josip Jurja Strossmayera u Osijeku – Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Hrvatska

6.1 SAŽETAK

Velike boginje su zarazna i smrtonosna bolest uzrokovana virusom variole. Bolest se smatra eliminiranom, međutim postoji sumnja da su nakon cijepljenja pojedinci dobili kožne promjene. Također, i nakon cijepljenja protiv Covid -19 bolesti pojedinci su dobili promjene na koži poput kronične rane.

Cilj ovog rada je prikazati slučaj osobe koja je 1972. godine nakon cijepljenja protiv velikih boginja dobila rane na lijevoj potkoljenici koje su i danas prisutne. Međutim nakon cijepljenja protiv Covid -19 pojavila se rana na desnoj potkoljenici koja ne cijeli ni nakon 3 godine. Hospitalizacijom na neurološkom odjelu radi sumnje na CVI uvodi se antikoagulantna terapija što dovodi do poboljšanja rana.

Pitanje se postavlja ima li kakve veze cijepljenje pojavom rana na potkoljenicama i antikoagulantnom terapijom.

KLJUČNE RIJEČI: antikoagulantna terapija; cijepljenje protiv velikih boginja; cijepljenje protiv Covida-19; kronična rana; Ulcus cruris

7 OSKRBA PALIATIVNE RANE- TRENDI IN PRISTOP

Manuela Kuhar Makoter, dr. med., spec. splošne kirurgije, Valentina Goršak Lovšin, dipl. m.
s. SB M. Sobota



SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA
RAKČICAR, Ulica dr. Vojkova 8, 9000 Murska Sobota



interreg
Slovenija – Hrvatska
PALI-CARE

Oskrba paliativne rane-trendi in pristopi

Manuela Kuhar Makoter, dr. med., spec. splošne krg.
Valentina Goršak Lovšin, mag. zdr. nege
Splošna bolnišnica Murska Sobota
Radenci, 18.10.2024



SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA
RAKČICAR, Ulica dr. Vojkova 8, 9000 Murska Sobota



interreg
Slovenija – Hrvatska
PALI-CARE

Mobilni paliativni tim Splošne bolnišnice Murska Sobota

Začetek julij 2021.
Specializirana paliativna oskrba na sekundarnem nivoju. Pomurje.
Obiski na domu, ambulantni, dso.
Konziljarni pregledi, seminarji, delavnice, predavanja.
Multidisciplinarni pristop.
Sodelovanje v mednarodnih projektih.





Paliativna oskrba bolnika s kronično rano

Paliativna rana je kronična rana, ki se ne zaceli in ogroža bolnikovo življenje (paliacija, obvladovanje simptomov, manj je več; najvišje možno udobje).

Kronične rane v paliativni oskrbi:

Maligne rane.

Rane nastale po obsevanjih in po sistemskem zdravljenju (npr. izlitje citostatika pod kožo).

Golenje razjede. Diabetično stopalo.

Razjede zaradi pritiska.



Vzroki

za nastajanje in neceljenje kroničnih ran v paliativni oskrbi so:

splošna oslabeledost telesa zaradi osnovne bolezni in njenega napredovanja, kaheksije, pomanjkanja hranil, odpovedi posameznih organskih sistemov, umiranje.



Obravnava bolnika v paliativni oskrbi s kronično rano

Individualni holistični pristop.

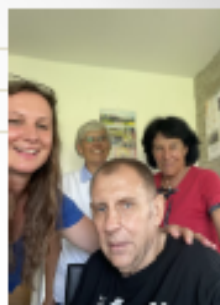
Mobilni paliativni tim z različnimi strokovnjaki.

Pri obravnavi nas vodijo bolnikove želje, bolnikova telesna kondicija, prognoza, prisotnost posameznih simptomov.

Dvig kakovosti življenja.

Postavljanje realnih ciljev.

Sodelovanje z OIZ in patonažno službo.



Onkološke rane:

Maligne rane (najpogostejši vzrok, ko je pacient vključen v paliativno obravnavo zaradi rane).

Rane nastale pri radioterapiji (radiodermatitis).

Poškodba kože pri sistemskem zdravljenju (ekstravazacija citostatika).



Maligne rane

Redko ozdravljive.

V zadnjih 6-12 mesecev življenja.

Pri 5-10% onkoloških bolnikov.

Primarni tumor.

Metastaze v podkožju in koži, ki izhajajo iz lokalnega ali oddaljenega tumorja.

Preobrazba iz nemaligne kronične rane v maligno.



Poškodba kože po obsevanju in sistemske zdravljenju:

Zaplet.

Preventiva (svetlinovo olje).

Kompetentnost.

Običajno izboljšanje.





Maligna rana najpogosteje:

- Pri limfomu, malignem melanomu, koža kjerkoli.
- Dojke, prsni koš.
- Glava, vrat, anogenitalni predel.
- Pod nivojem, v nivoju kože ali nad.

Najpogosteje obravnavani simptomi:

- Bolečina. Srbenje.
- Izloček.
- Vonj.
- Krvavitve.
- Okužbe.
- Izgubljanje hranil preko rane, posledično kaheksija.
- Psihosocialne stiske.



Zdravljenje maligne rane:

Kirurško (nekrektomija (redko), hemostaza, razne stome)

Obsevanje (lajšanje bolečin, hemostiptična radioterapija ob krvavitvi).

Sistemske (kemoterapija, imunoterapija...).

V večini primerov ne moremo ustaviti rasti tumorja,
le blažimo težave.





- Address **HOPES**, the key concerns associated with palliative wounds
 - Hemorrhage
 - Odor
 - Pain
 - Exudate
 - Superficial Infection

Ocena stanja bolnika

Prisotnost simptomov.

Psihosocialno stanje bolnika in družine.

Podrobna ocena stanja maligne rane

Mesto, velikost, globina, vraščanje, mrtvine, fibrin, granulacije, izloček, vonj, stanje kože v okolici, krvavitve, vnetja, bolečina.



Podoba: Kraljica Marija, 2012

31



Aktivnosti pri oskrbi paliativne rane

Ocena stanja (torontski vprašalnik).

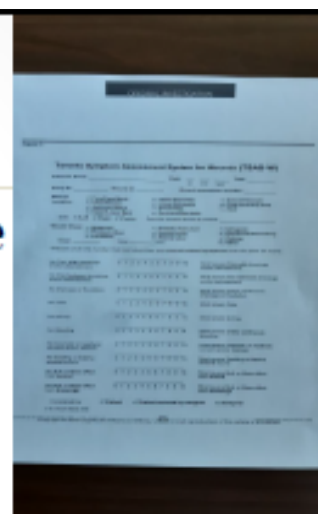
Običajno obravnavamo več simptomov hkrati.

Upoštevamo želje bolnika.

Družinski sestanek.

Načrt paliativne oskrbe.

Cilj ni zacelitev, temveč čim večje ugodje bolnika.





Vonj

Neprijet vonj, zaradi bakterij in mrtvin.
Zaznamo ga, že ko stopimo v hišo.
Zelo neprijetno za bolnika in svojce.
Izogibajo se socialnim stikom.
Pogrešajo intimnost, hkrati se je izogibajo.
Ohranjanje dostojanstva.



Izloček (eksudat)

Suhe rane (npr. suha mrtvina): suho prekrivanje.
Malo izločka: ohranjamo vlažno okolje z oblogami, ki ne izsušijo rane.

Veliko izločka: vnete, edematozne rane, tumorska rašča je običajno preprečena z visokopropustnim žiljem. Spremljamo količino, izgled, vonj, gostoto izločka. Potreba po nadomeščanju beljakovin in hidraciji.

Zaščita kože v okolici rane.





Bolečina

Vzroki:

- pritisk tumorja na preostala tkiva,
- zaradi rasti tumorja se poškoduje živčevje,
- okužbe,
- izpostavljenosti živčnih končičev,
- neprimerna oskra rane.



Bolečino obvladamo s pomočjo opiatov (morfina) in drugih zdravil (nevropatska bolečina pri nekaterih ranah). Topična uporaba opijatov. Ob bolečem prevezovanju uporabimo obloge, ki zahtevajo manj pogosto prevezovanje.



Krvavitve

Tumorsko tkivo bogato z ožiljem.

Tumorske celice se zažirajo v ožilje, sočasno je zmanjšano delovanje trombocitov znotraj tumorja.

Tkivo v maligni rani je zelo krhko in krvavi že ob minimalnem roko vanju.





Vnetje

Ob mrtvinah in izločku pride pogosto do kolonizacije rane z anaerobnimi in aerobnimi bakterijami. Sledijo dodatne poškodbe rane in okolice, glivične okužbe, žepki, večja bolečina.

Bris rane.

Redko uporabimo antibiotik sistemske.



Aktivnosti:

- Odmerek analgetika pred prevezo.
- Nežno odstanjevanje oblog z namakanjem.
- Izpiranje, tuširanje, ne brisanje.
- Uporaba oblog, ki se ne sprimejo z rano in ki delujejo antibakterijsko in s tem zmanjšajo eksudat in neprijeten vonj (ogljje, srebro, med). Previdnost pri uporabi sredstev za topljenje mrtvin.
- Rano v celoti pokrijemo.
- Rane zračimo.



Aktivnosti:

Pri neprijetnem vonju, obloga, ki vpije eksudat in vonj (damske, inkontinenčne predloge), pena za britje, mačji pesek, eterična olja, dišave (previdno nekaterim povzročajo slabosti), zračenje.

Ob krvavitvi rane izvajamo pritisk 10-15 minut. (adrenalin, traneksaminska kislina, led, hidroksietilceluloza-hemostatska gaza, prašek).

Radioterapevtsko paliativno obsevanje. Temna posteljnina, brisače ob obilnejši krvavitvi.



Morfinski gel z metronidazolom, plačnik ZZZS

Morphinijev clorid 0,5g
Metronidazol 0,1g
Lidokain 2% gel do 50g



Primer oskrbe:

Pacientka s karcinomom vulve

Prvi obisk v ambulantni: bolečina 10/10, slabo spala, brez apetita. Veliko izločka. Neprijeten vonj. Ni mogla sedeti.

V hudi duševni stiski. Družina ji stoji ob strani.

Aktivnosti: Morfinski gel z metronidazolom, Xylocain 2% gel, fentanilski obliž in pršilo s fentanilom. Tuširanje, veliki vatiranci, zračni obroč za sedenje.

Sedaj samostojna, ob prebijajoči bolečini vzame fentanilsko pršilo, prav tako preventivno pred vsako toaleta rane. Appetit in spanje sta se izboljšala, izločka je še vedno veliko, neprijeten vonj je komaj zaznaven. Sedaj si ponovno upa med ljudi.



Slovenska združenja paliativne oskrbe
Slovenian Palliative Care Association

interreg
Slovenija - Investira
PALI-CARE



Poškodba/razjeda zaradi pritiska

Zgodnji znak umiranja.

Pridruženi zaplet pri osebah z demenco.

Polimorbitna stanja.

Pomanjkanje hranil.

Krhkost.

V paliativni oskrbi je udobje bolnika na prvem mestu.

Običajno opustimo priporočena navodila pri zdravljenju in oskrbi RZP.



RZP uretre

Zaključek

- Nadzor simptomov.
- Udobje.
- Izboljšati kakovost življenja.
- Sprejeti, da se rana ne bo zacelila.
- Manj je več.
- Psihosocialni in duhovni vidik.



Hvala za poslušanje in
sodelovanje
paliativa@sb-ms.si



8 ALI POŠKODBO ZARADI PRITISKA POD PRIPOMOČKI ZA ZDRAVLJENJE POŠKODB LAHKO PREPREČIMO IN KAKO?

Nataša Kreft, dipl.m.s.; mag.zdr.-soc.manag

Viktorija Pucko, dipl.m.s.; mag. bioinf.

SB M.Sobota

natasa.kreft@sb-ms.si

viktorija.pucko@gmail.com

8.1 UVOD

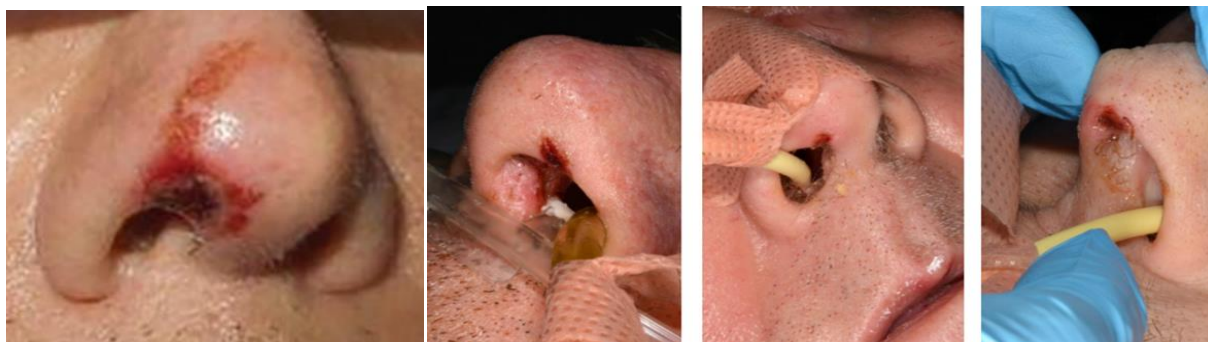
Poškodba zaradi pritiska (PZP) je lokalizirana poškodba kože ali tkiva kot odziv na zunanje sile pritiska ali trenja, ki trajajo dovolj dolgo, da presežejo toleranco kože in se začnejo pojavljati poškodbe oziroma razjede (Schroeder & Sitzler, 2019). PZP je opredeljena kot "lokalizirana poškodba kože in/ali spodaj ležečih mehkih tkiv, običajno nad kostnim delom (Panel, 2016).

Leta 2016 je Evropski svetovni odbor za poškodbe zaradi pritiska (NPUAP) spremenil mednarodno opredelitev PZP z vključitvijo PZP zaradi medicinskih pripomočkov. V skladu s spremenjeno opredelitvijo je poškodba zaradi pritiska, povezana z medicinskimi pripomočki, "poškodba, ki je posledica uporabe pripomočkov, zasnovanih in uporabljenih v diagnostične in terapevtske namene (Lacey, et al., 2019).

Ocenjuje se, da je razširjenost PZP v bolnišnicah v svetu med 6 % in 15 % (Tubaishat, et al., 2018). PZP nastale v bolnišnici podaljšajo pacientovo bivanje v bolnišnici in povečajo stroške bivanja. V študiji, ki so jo izvedli na temo pojavnosti PZP med 2178 pacienti, je 5,4% pacientov imelo PZP. 34,5% PZP je nastalo kot posledica medicinskih pripomočkov. Najpogosteje so ogroženi pacienti v enotah intenzivne nege in terapije (Schroeder & Sitzler, 2019).

8.2 PZP- nazogastrična sonda (NGS)

Medicinske sestre pri oskrbi kritično bolnih pacientov uporabljajo nazogastrične sonde (NGS). NGS se uporablja pri razbremenitvi želodca ali hranjenju pacientu. NGS lahko prispevajo k razvoju bolnišnično pridobljenih poškodb zaradi pritiska (Schroeder & Sitzler, 2019).



Slika 1,2: Poškodbe zaradi pritiska nastala na nosni sluznici (Lastni arhiv)

Dolgotrajen pritisk na eno področje nosnice lahko povzroči nazalne PZP ali nekrozo. Medicinske sestre se pri oskrbi pacientov z NGS ravnaajo po metodi „CLEAN“: **C**: pravilen položaj NGS, zagotovimo prosti pretok sonde. **L**: stabilizacija NGS, zagotovimo, da je NGS pravilno pritrjena. **E**: ocena območje pod/ v okolici NGS, preverimo, če je prisotna odrgnina, mehur, itd. **A**: zmanjšanje pritiska, NGS namestimo v pravilen položaj. **N**: zabeleži datum in uro pri zamenjavi NGS oziroma prevezi NGS obliža (Sigmon & An, 2022).



Slika 3,4: Parvilna oskrba nasogastrične sonde (Lastni arhiv)

8.3 PZP- pripomočki za aplikacijo kisika

Masko namestimo na obraz in jo pričvrstimo z elastiko okoli glave, pod ušesi. Mora se dobro prilegati, vendar pacienta ne sme tiščati. Kožo za ušesi je potrebno opazovati zaradi draženj in možnega nastanka PZP. Preventivno na elastiko namestimo zaščito, ki prepreči nastanek PZP. Novejše maske se bolje prilegajo obrazu, nameščamo jih tako, da spodnji rob pride na brado (SB Murska Sobota, 2018)



Slika 5,6: Poškodbe nastale zaradi pritiska zaradi pripomočkov za aplikacijo kisika (Lastni arhiv)

8.4 PZP- vratne opornice

Smernice predpisujejo imobilizacijo hrbtenice z ustreznimi pripomočki za imobilizacijo hrbtenice, da bi zaščitili (morebitno) poškodovano hrbtenico (Pandor, et al., 2024). Zapleti in poškodbe tkiv se začnejo v 30 minutah po uporabi trde vratne opornice/ ortoze, namenjene so le kratkotrajni uporabi za imobilizacijo in prevoz s kraja nesreče v bolnišnico (Lien, et al., 2003). Ukrepi za preprečevanje nastanka PZP imobilizaciji hrbtenice so: redno ocenjevanje kože, nega kože, prehranska podpora, pogosto spreminjanje položaja in uporaba podlog, ki zmanjšujejo pritisk (Pacific, 2014). Ham, et al. (2014) v sistematičnem pregledu raziskav ugotovili, da se pojavnost PZP, povezanih z ovratno opornico, giblje med 6,8 % in 38 %. Najpogostejše lokacije PZP so: zatilje, brada, ramena in hrbet in najpogostejši dejavniki

tveganja: dolžina časa namestitve vratne opornice stanje kože pod vratno opornico resnost poškodbe (EIT) bolečina (povezano s časom namestitve vratne opornice).



Slike 7,8,9: Poškodbe zaradi pritiska nastale zaradi vratne opornice(Lastni arhiv)

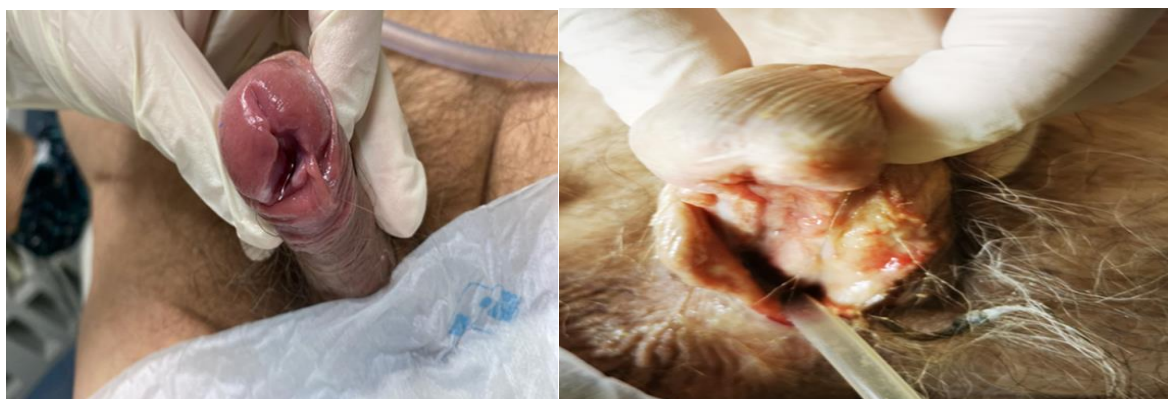
8.5 PZP- trajni urinski kateter (TUK)

Pri pacientih s TUK se povečuje tudi tveganje za zaplete. Kratkoročno so TUK povezani z bakteriurijo (3 do 7 % na dan) (Nicolle, 2014) povzročajo nelagodje, bolečino zaradi lokalnega vleka ali krčev mehurja in poškodbo sečnice med vstavljanjem. Dolgoročni zapleti vključujejo poškodbo zaradi pritiska na meatusu penisa (Edsberg, et al., 2016).

PZP je poškodba in razjeda na spolovilu, ki je posledica stalnega pritiska vstavljenega katetra. Od draženja in eritema kože in epitelija sečnice na meatusu, izgube tkiva v celotni debelini in popolne razpolovitve penisa, ki je lahko vzrok za veliko nelagodje, iznakaženost penisa ter spolno in urinsko disfunkcijo (Shenhar, et al., 2020).

Dejavniki tveganja za nastanek PZP: prisotnost TUK več kot 14 dni, Prisotnost PZP na drugih predelih telesa pomanjkljiva fiksacija TUK. Oslabljenost mobilnosti pacienta.

V raziskavi (Shenhar, et al., 2020) v kateri je sodelovalo 168 pacientov z vstavljenim TUK, so ugotovili, da je imelo 22 % hospitaliziranih moških vstavljen urinski kateter, od tega jih je 36% imelo PZP zaradi vstavljenega TUK. Hudo razcepljenostjo in deformacijo penisa, ki je zajemala ≥ 2 cm uretre je bila ugotovljena pri 4%. Pri 61 (36 %) pacientih je bila že prvi dan po kateterizaciji ugotovljena PZP.



Slike 10, 11: Poškodbe zaradi pritiska zaradi urinskega katetra (Lasni arhiv)

Preventiva: Ustrezna fiksacija TUK Poostrena anogenitalna nega Odstranitev TUK ko ni več indikacije (odredi zdravnik).



Slike 12, 13: Poškodbe zaradi pritiska zaradi urinskega katetra (Lasni arhiv)

8.6 PZP- mavec

Pozor ob pojavu simptomov: povečanja bolečine pekočega občutka izrazite otekline pod mavcem otečenih, hladnih, modrikastih prstov nezmožnosti premikanja prstov mravljinčenja izrazitega smradu pod mavcem (SB Murska Sobota , 2021).



Slike 14 15: Poškodbe zaradi pritiska nastale zaradi mavca (Lstni arhiv)

8.7 ZAKLJUČEK

Tveganje za nastanek poškodb zaradi pritiska je veliko, predvsem pri pacientih po poškodbah in posledični uporabi medicinskih pripomočkov. Da bi preprečili razvoj poškodb zaradi pritiska pri pacientih z visokim tveganjem, bi se morale prihodnje raziskave osredotočiti predvsem na dejavnike tveganje za razvoj poškodb zaradi pritiska in v kliničnih okoljih uporabi učinkovitih in izvedljivih preventivnih ukrepov.

8.8 LITERATURA

Edsberg, L. E. et al., 2016. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 43(6), pp. 585-597.

- Ham, W., Schoonhoven, L., Schuurmans, M. J. & Leenen, L. P., 2014. Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients: a systematic review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 76(4), pp. 1131-1141.
- Lacey, L., Palokas, M. & Walker, J., 2019. Preventative interventions, protocols or guidelines for trauma patients at risk of cervical collar-related pressure ulcers: a scoping review. *JBIC Evidence Synthesis*, 17(12), pp. 2452-2475.
- Lien, D., Jacques, T. & Powell, K., 2003. Cervical spine clearance in Australian intensive care units. *Critical Care and Resuscitation*, 5(2), pp. 91-96.
- Nicolle, L. E., 2014. Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial resistance and infection control*, 3, pp. 1-8.
- Pacific, P., 2014. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 75.
- Pandor, A. et al., 2024. Cervical spine immobilisation following blunt trauma in pre-hospital and emergency care: A systematic review. *Plos one*, 19(4), p. e0302127.
- Panel, N. P. U. A., 2016. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. *NPUAP*.
- SB Murska Sobota. 2018. Aplikacija kisika. Interni standard.
- SB Murska Sobota. 2021. Imobilizacija s klasičnim mavcem. Interni standard.
- Schroeder, J. & Sitzler, V., 2019. Nursing care guidelines for reducing hospital-acquired nasogastric tube-related pressure injuries. *Critical Care Nurse*, 39(6), pp. 54-63.
- Shenhar, C. et al., 2020. Catheter-associated meatal pressure injury in hospitalized males. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), pp. 1456-1463.
- Sigmon, D. F. & An, J., 2022. Nasogastric tube *StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing.
- Tubaishat, A., Papanikolaou, P., Anthony, D. & Habiballah, L., 2018. Pressure ulcers prevalence in the acute care setting: a systematic review, 2000-2015. *Clinical nursing research*, 27(6), pp. 643-659.

9 RAZJEDE ZARADI PRITISKA IN KLASIFIKACIJA POVZETA PO NPUAP IN EPUAP TER POGLED NA POZNAVANJE PODROČJA RAZJED ZARADI PRITISKA V DVEH RAZLIČNIH DRŽAVAH

PRESSURE ULCERS AND CLASSIFICATION ACCORDING TO NPUAP AND EPUAP WITH VIEW ON THE KNOWLEDGE ABOUT PRESSURE ULCER FIELD IN TWO DIFFERENT COUNTRIES

Marija Kohek, M. Sc.(Avstrija), dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Murska Sobota

marija.kohek@gmail.com ali marija.kohek@sb-ms.si

9.1 IZVLEČEK

V članku je predstavljena mednarodna klasifikacija razjede zaradi pritiska (RZP), ki je postala strokovna smernica in orodje pri delu tudi v slovenskem prostoru. Predstavljeno področje je po mnenju številnih strokovnjakov, ki delujemo na tem področju, aktualna vsebina tako zaradi pomanjkanja zadostne edukacije v šolskem sistemu izobraževanja, nadalje zaradi očitne menjave generacije izvajalcev zdravstvene nege v praksi in potrebe po obnovitvi znanja. Poseben poudarek je namenjen razumevanju posameznih stopenj klasifikacije RZP ter uporabni vrednosti tega orodja.

Hkrati pa članek prikazuje rezultate poznavanja področja RZP v dveh različnih državah, kjer so prisotne tudi razlike v izobraževanju, miselni kulturi in finančni podpori področja oskrbe RZP. S pomočjo standardiziranega vprašalnika sem izvedla presečno študijo na vzorcu medicinskih sester in zdravnikov v eni od slovenskih in v eni od bolnišnic Velike Britanije (North West Anglia NHS Foundation Trust, Peterborough City Hospital).

Ključne besede: razjeda zaradi pritiska, klasifikacij, poznavanje področja, Slovenija, Anglija, medicinske sestre, zdravniki

Abstract

The article presents the international classification of pressure ulcers, which has become a professional guideline and tool for work in Slovenia as well. According to numerous experts from the field, the presented data is novel, due to the lack of adequate education in the school system, further due to the obvious change in the generation of nursing care providers in practice and the need to update current knowledge. Special emphasis is given to understand the individual levels of the pressure ulcers' classification and the useful value of this tool.

At the same time, the article presents the results of knowledge from the field in two different countries, where there are also differences in education, mental culture and financial support for the management of pressure ulcers. Using a standardized questionnaire, a cross-sectional study was conducted on a sample of nurses and doctors in one of the Slovenian and one of the UK hospitals (the North West Anglia NHS Foundation Trust, Peterborough City Hospital).

Key-words: pressure ulcer, classification, knowledge of the field, Slovenia, England, nurses, doctors

9.2 UVOD

Pojem RZP spada med novejša poimenovanja, ki ga v praksi še vedno nadomešča nekoč uporabljana beseda dekubitus. RZP je lokalizirana poškodba na koži in/ali spodaj ležečem tkivu, običajno nad kostno štrlino, ki jo povzroči pritisk ali kombinacija pritiska in strižnih sil in trenja. Hkrati pa vemo, da so z nastankom RZP povezani številni zunanji in notranji dejavniki, katerih dobro poznavanje in prepoznavanje vodi v pravočasno in pravilno oskrbo. Še vedno pa, kljub številnim kliničnim in drugim raziskavam na tem področju ugotavljamo tudi v naši državi, da ni ustreznega timskega pristopa in celostne obravnave bolnika z RZP. Takšen način delovanja in razmišljanja hkrati nakazuje slabšo kakovost in varnost ter »hendikepiran« odnos do bolnikov z RZP. Mednarodne organizacije (EPUAN, NPUAP) in pridruženo tudi posamezni entuziasti v slovenskem prostoru se kljub vsemu trudimo s številnimi pristopi, orodji in razvojem z dokazi podprtih praks dokazati, da takšen način ni pravi. Poleg potrebe po zagotavljanju enakosti oskrbe bolnikov z RZP je pomembno poudariti, da pravilna obravnava in načrtovana oskrba bolnikov z RZP vodi tudi v finančno učinkovitejše izide. V sodelovanju z mednarodnimi strokovnjaki smo v slovenskem prostoru pripravili enotne smernice, ki opredeljujejo področje RZP in so podprti z dokazi raziskav različne teže. Da lahko postanemo dobri strokovnjaki, moramo razumeti osnovne pojme in jih v praksi prepoznati, da bi ustrezno in učinkovito delovali. Ob vsakdanjem delu v praksi spoznavamo še vedno prepogosto, da kljub temu, da teoretične osnove obstajajo v učbenikih izobraževalnega sistema na različnih stopnjah izobraževanja, v praksi zdravstveni delavci tega znanja ne znajo pravilno uporabljati. Strokovnjaki v EPUAP in NPUAP so razvili smernice za področje RZP, ki opredeljujejo tudi oceno RZP. Na osnovi teh smernic je leta 2009 nastal tudi prevod v slovenski jezik. Enoten sistem prepoznavanja in ocene RZP je podlaga za preventivne in kurativne ukrepi. V ta namen je nastala stopenjska klasifikacija, ki je v članku opredeljena.

9.3 RAZJEDA ZARADI PRITISKA OPREDELJENA PO MEDNARODNI DEFINICIJI NPUAP-A IN EPUAP-A

Vsebina definicije RZP izhaja iz že prej dobro znane definicije za dekubitus ali preležanino, ki jo je leta 1986 opredelil Chapman in pravi, »da je RZP lokalno omejena poškodba celic zaradi direktnega pritiska na kožo ali zaradi strižne sile, ki povzroči mehansko okvaro tkiva.« Gre za preprost opis največkrat pridružene težave pri bolnikih/pacientih/varovancih zaradi delovanja številnih dejavnikov, ki so lahko notranji in zunanji. Na tak način je razlaga besede RZP razumljiva številnim strokovnjakom, ki delujejo na področju oskrbe RZP na enak način tako v lokalnem okolju kot globalno. Mednarodna definicija RZP je določena s strani NPUAP –a in

EPUAP-a in je na razumljiv način predstavljena tudi v prevodu slovenskih smernic. Cilj sodelovanja s strokovnjaki iz tujine je bilo poenotenje številnih pojmov, razvoj na dokazih temelječih smernic in razumljivo besedilo za vse strokovnjake, ki se ukvarjajo z oskrbo RZP po svetu. Za opredelitev in oceno razpoložljivih raziskav, ki so bile osnova za nastajanje smernic, je bila uporabljena eksplicitna znanstvena metodologija. V primeru, da se je pojavilo pomanjkanje končnih dokazov, pa je za pripravo smernic uporabljeno strokovno mnenje. NPUAP in EPUAP sicer priporočata prilagoditev smernic nacionalnemu in lokalnemu okolju, ob tem pa zahtevata točno navedbo virov. Delovna skupina, ki je za slovenski prostor smernice prevedla in prilagodila je to zahtevo upoštevala. V nadaljevanju so predstavljeni opisi stopenj RZP po omenjeni stopenjski klasifikaciji.

9.3.1 Nepobledela rdečina: I. stopnja RZP

Prvo stopnjo RZP po mednarodni klasifikaciji opredelimo kot nepobledela rdečina. Govorimo o nepoškodovani koži z rdečino, ki je običajno prisotna v predelih kostnih štrlin. Rdečina je vidno omejena, ob pritisku na rdečino koža ne pobledi oziroma se ne spremeni barva kože. Ob tem so lahko prisotne tudi druge spremembe (oteklina, bolečina, toplota), ob tem je potrebno vedeti, da temno pigmentirana koža (Romi, črnici) ni nujno vidno pordela. Rdečina, ki na pritisk s prstom ne pobledi, je že razjeda I. stopnje in potrebuje takojšnjo oskrbo, opozarjajo zdravstveni delavci v številnih raziskavah in na osnovi izkušenj. Začetne razjede lahko zelo hitro napredujejo v globino in poškodujejo vse plasti kože in tudi tkiva. Te so za prizadetega zelo boleče in jih težko zdravimo.

9.3.2 Povrhnja poškodba kože: II. stopnja RZP

Druga stopnja RZP je povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo dermisa. Razjeda se kaže kot plitka odrgnina z rdeče/roza obarvanim dnom brez odmrlega tkiva. Lahko je prisoten mehur, ki je napolnjen s serozno ali serozno- krvavo vsebino. Razjeda je svetleča, površinska, brez vlažnega tkiva ali hematoma.

Pomembno dejstvo pri ocenjevanju RZP je dobra strokovna usposobljenost, da pri II. stopnji RZP ne zamenjamo RZP z morebitno poškodbo kože, ki nastane zaradi lepilnih trakov in obližev ter inkontinenčnih dermatitisov z maceracijo, ker tega ne uvrščamo med RZP.

9.3.3 Poškodba vseh plasti kože: III. stopnja RZP

Pri tretji stopnji RZP je prišlo do poškodbe vseh plasti kože in podkožja do mišičnih ovojníc, vendar le-teh ne zajame. Pri tem je lahko vidna podkožna maščoba, vendar pa kost, kita in mišica še niso izpostavljene. Prisotna je vlažna mrtvina, ki ne ovira ocene globine RZP. Na tej stopnji so RZP lahko žepaste, z izpodjedenimi robovi. Globina je zelo odvisna od anatomske lege. Na primer uhelj, nos, zatilje in gležnji, kjer ni ali je zelo malo podkožnega tkiva, so RZP zelo plitke, v nasprotju s tem pa je lahko na predelih z veliko maščobnega tkiva pri enaki stopnji globina RZP večja. Kost ali kite ob tem niso vidne ali neposredno izpostavljene.

9.3.4 Poškodba vseh tkiv: IV. stopnja RZP

Najvišja, IV. stopnja RZP je opredeljena kot popolna izguba tkiva. RZP zajema vse plasti kože, ob tem so mišice, kite in kosti neposredno vidne. Pri tej stopnji RZP so prisotne suhe ali vlažne mrtvine in pogosto vsebujejo rove in kanale v globini. Robovi so izpodjedeni, globina je

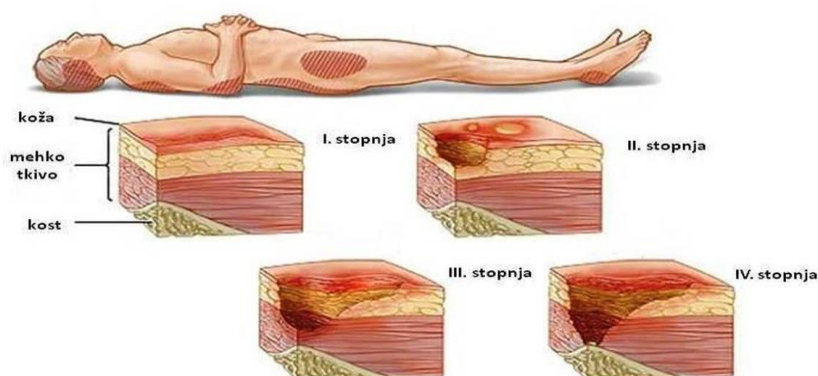
odvisna od anatomske lokacije RZP. Največja nevarnost pri RZP IV. stopnje je povečana možnost nastanka osteomielitisa ali osteitisa zaradi obsežnih poškodb tkiva, ki segajo do kosti.

9.3.5 3.5 Nedoločljive RZP (sluznice zaradi katetrov)

Med vzroki nastanka RZP smo omenili medicinsko tehnične pripomočke, ki pritiskajo na kožo ali še pogosteje na sluznico. Takšne vrste RZP ne ocenjujemo s stopenjsko klasifikacijo in spadajo v skupino nedoločljivih. Kljub temu jih je potrebno predvidevati, pravočasno zaznati in pravilno ukrepati.

Stopenjska klasifikacija predstavlja ob dobrem razumevanju in poznavanju le-te dobro orodje pri delu. Pomembna je iz več razlogov, kjer na prvem mestu zagotovo ostaja pravočasno in pravilno ukrepanje pri bolniku/varovancu, ki je utrpel nastanek RZP. Med druge prednosti spadajo: poenotena metodologija zbiranja in prikazovanja podatkov za kazalnik kakovosti, sledi kvalitetna primerljivost podatkov v mednarodnem in svetovnem merilu in navsezadnje služi za pripravo strategije razvoja dela na področju oskrbe bolnikov z RZP in razvoja materialov za oskrbo ter medicinsko tehničnih pripomočkov.

RZP klasificiramo, ko jo zaznamo, tekom razvoja in procesa celjenja se lahko spreminja stopnja navzgor, nikoli pa ne klasificiramo RZP navzdol po lestvici, čeprav pride do dobrega celjenja, zacelitve in s tem saniranja RZP, ker okvare tkiva ni možno povrniti v osnovno stanje, ostane vedno brazgotina.



Slika 1: Nazorni prikaz poškodbe tkiva pri IV. stopenjski klasifikaciji RZP
(vir: www.24ur.com)

9.4 RAZISKAVA O POZNAVANJU PODROČJA RAZJEDE ZARADI PRITISKA MED SLOVENSKO BOLNIŠNICO IN BOLNIŠNICO V ANGLIJI

Področje oskrbe bolnikov z RZP je v svetovnem merilu različno dobro urejeno. Obstajajo sistemi, ki imajo urejen sistem izobraževanja, dobro urejeno mrežo strokovnjakov in posebej za to izobražene time strokovnjakov iz različnih zdravstvenih strok.

Kazalnik kakovosti RZP je posredno in neposredno povezan s kakovostno zdravstveno nego. Na podlagi številnih študij vemo, da so dejavniki tveganja za nastanek RZP povezani tako s težo bolezni kot s pridruženo količino intenzivnega zdravljenja in z vplivi številnih zdravil. Prav zaradi slednjega mora vizija delovanja na tem področju biti usmerjena v timski pristop in

delovanje. Pri RZP je pomembna postavitve diagnoze in dobra ocena ter celostni pristop pri oskrbi. Ob razmišljanju in soočanju s težavami v bolnišničnem okolju je nastala ideja o presečni študiji dveh poklicnih skupinah v dveh državah z različnim sistemom delovanja. Izvedena je anketa s pomočjo standardiziranega vprašalnika na enakem vzorcu medicinskih sester in zdravnikov v Splošni bolnišnici Murska Sobota (SB MS) (Slovenija) in Peterborough City Hospital (Velika Britanija). Zanimalo nas je, kakšno je znanje na področju RZP pri dveh različnih poklicnih skupinah in v dveh različnih državah. Rezultati raziskave so nas presenetili, ugotovili pa smo, da je na področju obravnave kroničnih ran potrebna edukacija in osnovno izobraževanje s tega področja.

9.4.1 Značilnosti raziskave

Za izvedbo omenjene raziskave smo izbrali standardizirani vprašalnik. Raziskovani vzorec je zajemal zdravnike in medicinske sestre v bolnišnicah iz dveh različnih držav EU, pri tem je bilo zajeto enako število naključno izbranih medicinskih sester in zdravnikov. Anketirance smo s krajšim dopisom obvestili o namenu in vsebini raziskave. Skupno smo razdelili 100 vprašalnikov. Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične metode.

9.4.2 Opis vzorca

V raziskavo je vključenih 96 anketirancev, zaposlenih v tuji bolnišnici in SB MS. Vzorec je uravnotežen tako po izobrazbi kot po zastopanosti države: 49% anketirancev prihaja iz tujine, med anketiranci iz tuje bolnišnice je več zdravnikov (26% glede na celoten vzorec) kot medicinskih sester (23%), medtem ko je med anketiranci iz SB MS (51%) nekoliko več medicinskih sester (26%) kot zdravnikov (25%).

9.4.3 Obdelava podatkov

Odgovore anketirancev na vprašanja v vprašalniku smo vnesli v podatkovno bazo tako, da smo s šifro 1 označili tiste odgovore na vprašanja, ki so bili pravilni, in s kodo 0 nepravilne ali manjkajoče odgovore. V naslednjem koraku smo pri vsakem anketirancu sešteli njegove odgovore in dobili »število doseženih točk«, ki pravzaprav pomeni število pravilno odgovorjenih vprašanj. Spremenljivko smo v analizah obravnavali kot intervalno spremenljivko, ki označuje poznavanje področja RZP. Razlike med segmenti anketirancev smo statistično preverili, in sicer smo izvedli t-test za neodvisne vzorce, da bi razlike, ki se nakazujejo, potrdili ali ovrgli kot statistično značilne.

9.4.4 Predstavitev rezultatov raziskave za celotni preiskovani vzorec

Najprej smo pregledali odgovore celotnega vzorca v obeh državah, ki so predstavljeni v nadaljevanju. Na splošno lahko rečemo, da velika večina (> 90%) anketiranih zdravstvenih delavcev dobro pozna aktivnosti za preprečevanje nastanka RZP (96,9%), dejavnike, ki morajo biti upoštevani in/ali ocenjeni pri pacientu v skladu z zadnjimi smernicami na področju preprečevanja RZP (95,8%) ter okoliščine, ki povečujejo izpostavljenost tveganju nastanka RZP (92,7%). Šibko pa je poznavanje tehnik obračanja (repozicioniranja), ključnih za preprečevanje nastanka RZP (le 10,4% anketiranih je pravilno odgovorilo na vprašanje), in mest, ki so dovzetnejša za razvoj razjede zaradi pritiska (4,2%).

Tabela 1: Število in % anketirancev, ki so pravilno odgovorili na vprašanja s področja razjed zaradi pritiska.

zaporedna št. vprašanja	področje	f	%
4	aktivnosti za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska	93	96,9%
9	dejavniki, ki morajo biti upoštevani in/ali ocenjeni pri pacientu v skladu z zadnjimi smernicami na področju preprečevanja razjed zaradi pritiska	92	95,8%
6	okoliščine, ki povečujejo izpostavljenost tveganju nastanka razjede zaradi pritiska	89	92,7%
1	razjede zaradi pritiska na splošno	81	84,4%
5	osebe, ki morajo biti vključene v aktivnosti za zmanjšanje nastanka razjed zaradi pritiska	80	83,3%
8	čas izvedbe ocene tveganja pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska	80	83,3%
3	osebe, izpostavljene največjemu tveganju za razvoj razjede zaradi pritiska	73	76,0%
7	čas nastanka razjede zaradi pritiska	48	50,0%
10	tehnike obračanja (repozicioniranja), ključne za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska	10	10,4%
2	mesta, ki so dovzetnejša za razvoj razjede zaradi pritiska	4	4,2%

Anketiranci so v največji meri kot pravilno označili trditev, da je eritem oz. mesta pordele kože, ki so nepropustne pri slehernem pacientu/stanovalcu, treba dokumentirati/poročati (98,9%), in da kostne strukture (sklepi) ne bi smele imeti neposrednega stika ena z drugo (90,4%). Če je poznavanje preostalih (glej tabela 2) področij še relativno dobro, pa je bilo ugotovljeno, da zdravstveni delavci le izjemoma prepoznavajo trditev, da so pacienti / stanovalci, nagnjeni k debelosti, redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede (9,6%) kot napačno, medtem ko trditve, da žulji na petah pacienta/stanovalca niso nekaj, kar bi osebe morale skrbeti noben anketiranec ni prepoznal kot napačne (0%).

Tabela 2: Število in % anketirancev, ki so pravilno prepoznali trditve s področja razjed zaradi pritiska kot bodisi pravilne ali napačne.

zaporedna št. vprašanja	področje	f	%
8	Eritem oz. mesta pordele kože, ki so nepropustne pri slehernem pacientu/stanovalcu je treba dokumentirati/poročati (P)	93	98,9%
9	Kostne strukture (sklepi) ne bi smele imeti neposrednega stika ena z drugo (P)	85	90,4%
6	Pri podrsavanju in premikanju osebe na bolniški postelji lahko prihaja do trenja in nastanka razjede (P)	81	86,2%

1	Več kot dva milijona ljudi na leto se v ZDA sooča z nastankom razjede zaradi pritiska (P)	81	86,2%
2	Razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt (P)	80	85,1%
3	Blazine ter drugi pripomočki pripomorejo veliko k preprečevanju nastanka razjed (P)	78	83,0%
10	Masiranje spodbuja cirkulacijo in preprečuje razjede (P)	72	76,6%
5	Dnevno tuširanje in kopanje preprečuje razjede (P)	65	69,1%
4	Pacienti / stanovalci nagnjeni k debelosti so redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede (N)	9	9,6%
7	Žulji na petah pacienta/stanovalca, niso nekaj kar bi osebje moralo skrbeti (N)	0	0,0%

P – trditev je pravilna; N – trditev je napačna

Zdravstveni delavci so v povprečju pravilno odgovorili na 6,8 vprašanj prvega sklopa (SD = 1,37) in 6,7 vprašanj drugega sklopa (SD = 1,64) oziroma na 68% vprašanj prvega sklopa in 67% vprašanj drugega sklopa. Anketiranci so pravilno odgovorili na vsaj 2 vprašanji prvega sklopa in največ na 9 vprašanj prvega sklopa, medtem ko nekateri izmed anketiranih zdravstvenih delavcev niso pravilno odgovorili na nobeno izmed postavljenih vprašanj drugega sklopa. V povprečju so torej anketiranci pravilno odgovorili na 13,5 vprašanj oziroma na 67,4% vprašanj.

Tabela 3: Opisne statistike spremenljivk »pravilni odgovori na vprašanja«.

	1. sklop vprašanj	2. sklop vprašanj	Vsa vprašanja skupaj
N (število odgovorov)	96	96	96
Najmanjše število pravilno odgovorjenih vprašanj	2	0	6
Največje število pravilno odgovorjenih vprašanj	9	9	17
Povprečno število pravilno odgovorjenih vprašanj	6,77	6,71	13,48
Standardni odklon	1,373	1,641	2,312

9.4.5 Poznavanje področja razjed zaradi pritiska (glede na izobrazbo)

S segmentacijsko analizo poznavanja področja razjed zaradi pritiska glede na izobrazbo odgovarjamo na H1 in H2, ki obravnavata poznavanje področja pri medicinskih sestrah in pri zdravnikih. Predpostavili smo, da bodo medicinske sestre pravilno odgovorile na vsaj 80% vprašanj (H1), medtem ko smo za zdravnike predpostavili, da bo ta delež nižji, in sicer, da bodo pravilno odgovorili na največ 50% vprašanj. V tabeli 4 so pri vsaki postavki z vprašalniki predstavljeni deleži tistih znotraj skupine, ki so pravilno odgovorili na posamezno vprašanje. Tako lahko ugotovimo, da se medicinske sestre in zdravniki lahko tudi zelo razlikujejo v poznavanju področja. Tako denimo medicinske sestre občutno bolje poznajo čas nastanka razjede zaradi pritiska, čas izvedbe ocene tveganja pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska in pogostejše kot napačno prepoznavajo trditev, da so pacienti/stanovalci, nagnjeni k debelosti, redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede. V primeru teh področij je

znanje medicinskih sester boljše tudi za 15%. Na drugi strani pa zdravniki pogosteje kot medicinske sestre vedo, da razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt in da dnevno tuširanje in kopanje preprečuje razjede; znanje zdravnikov je v teh primerih boljše za 17% oziroma 23%. Kljub omenjenim razlikam pa se medicinske sestre in zdravniki v poznavanju področja razjed zaradi pritiska v splošnem ne razlikujejo bistveno (razlike niso statistično značilne). Medicinske sestre so namreč v prvem sklopu vprašanj v povprečju pravilno odgovorile na 69% vprašanj (% pravilnih odgovorov sicer od vprašanja do vprašanja zelo variira – glej tabelo 4), zdravniki pa na 67% vprašanj. Podobno je pri drugem sklopu vprašanj - medicinske sestre so v povprečju pravilno odgovorile na 69% vprašanj, zdravniki pa na 66% vprašanj. Če pogledamo delež pravilnih odgovorov na vprašanja v obeh sklopih skupaj, ugotovimo, da so medicinske sestre pravilno odgovorile na 69% vprašanj, zdravniki pa na 66% vprašanj.

Ugotovitve torej ne potrjujejo niti H_1 , ki se glasi:

Vse (v obeh državah) medicinske sestre so pravilno odgovorile na 80% ali več vprašanj,

niti H_2

Vsi (v obeh državah) zdravniki so pravilno odgovorili na 50% ali manj vprašanj.

Zaključimo, da sicer med zdravniki in medicinskimi sestrami obstajajo razlike v poznavanju posameznih segmentov področja razjed zaradi pritiska, v splošnem pa značilnih razlik nismo ugotovili ($t = 1,103$; $p = 0,273$). Pomeni, da poznavanje področja na splošno ni vezano na poklic, temveč je povezano z nekimi drugimi dejavniki.

Tabela 4: Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na izobrazbo.

Področje razjed zaradi pritiska	Medicinske sestre (n = 47)	Zdravniki (n = 49)
razjede zaradi pritiska na splošno	83%	86%
mesta, ki so dovzetnejša za razvoj razjede zaradi pritiska	6%	2%
osebe, izpostavljene največjemu tveganju za razvoj razjede zaradi pritiska	79%	73%
aktivnosti za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska	96%	98%
osebe, ki morajo biti vključene v aktivnosti za zmanjšanje nastanka razjed zaradi pritiska	79%	88%
okoliščine, ki povečujejo izpostavljenost tveganju nastanka razjede zaradi pritiska	91%	94%
čas nastanka razjede zaradi pritiska	57%	43%
čas izvedbe ocene tveganja pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska	89%	78%

Področje razjed zaradi pritiska	Medicinske sestre (n = 47)	Zdravniki (n = 49)
dejavniki, ki morajo biti upoštevani in/ali ocenjeni pri pacientu v skladu z zadnjimi smernicami na področju preprečevanja RZP	94%	98%
tehnike obračanja (repozicioniranja), ključne za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska	13%	8%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (1. sklop)	69%	67%
Več kot dva milijona ljudi na leto se v ZDA sooča z nastankom razjede zaradi pritiska	85%	87%
Razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt	77%	94%
Blazine ter drugi pripomočki pripomorejo veliko k preprečevanju nastanka razjed	87%	79%
Pacienti / stanovalci nagnjeni k debelosti so redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede	17%	2%
Dnevno tuširanje in kopanje preprečuje razjede	57%	81%
Pri podrsavanju in premikanju osebe na bolniški postelji lahko prihaja do trenja in nastanka razjede	85%	87%
Žulji na petah pacienta/stanovalca, niso nekaj kar bi osebje moralo skrbeti	0%	2%
Eritem oz. mesta pordele kože, ki so nepropustne pri slehernem pacientu/stanovalcu je treba dokumentirati/poročati	100%	98%
Kostne strukture (sklepi) ne bi smele imeti neposrednega stika ena z drugo	96%	85%
Masiranje spodbuja cirkulacijo in preprečuje razjede	83%	70%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (2. sklop)	69%	66%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (oba sklopa skupaj)	69%	66%

Opomba: delež pri posamezni skupini anketirancev se nanaša na % tistih, ki so pravilno odgovorili na vprašanje ali sklop vprašanj.

9.4.6 Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na državo

Segmentacijsko analizo poznavanja področja razjed zaradi pritiska glede na državo opravljamo v sklopu hipoteze 5, ki obravnava povezanost poznavanja področja razjed zaradi pritiska zdravstvenih delavcev in s kakovostjo v praksi na področju RZP. V tabeli 5 so pri vsaki postavki iz vprašalnika predstavljeni deleži tistih znotraj skupine, ki so pravilno odgovorili na posamezno vprašanje. Ugotovimo, da se zdravstveni delavci glede na državo pri poznavanju nekaterih področij RZP lahko bistveno razlikujejo med seboj. Tako je denimo velika večina zdravstvenih delavcev iz tuje bolnišnice (96% ali več) seznanjena s tem, da se več kot dva milijona ljudi na leto v ZDA sooča z nastankom razjede zaradi pritiska, da razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt in da pri podrsavanju in premikanju osebe na bolniški postelji lahko prihaja do trenja in nastanka razjede; medtem pa je zdravstvenih delavcev iz SB MS, ki bi poznali omenjena področja le približno tri četrtine. A na drugi strani zdravstveni delavci iz SB MS bolje kot njihovi kolegi iz tuje bolnišnice prepoznavajo osebe, izpostavljene največjemu tveganju za razvoj razjede zaradi pritiska (90% zdravstvenih delavcev iz SB MS, medtem ko je takih v tuji bolnišnici le 62%), poznajo tehnike obračanja (repozicioniranja), ključne za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska (petina zdravstvenih delavcev iz SB MS ter

noben zdravstveni delavec iz tuje bolnišnice) in vedo, da masiranje spodbuja cirkulacijo in preprečuje razjede - to vedo skoraj vsi (98%) zdravstveni delavci iz SB MS, medtem ko je takih zdravstvenih delavcev iz tuje bolnišnice le dobra polovica (53%). Zdravstveni delavci, zaposleni v SB MS, so v povprečju pravilno odgovorili na 70% vprašanj prvega sklopa in v prav tolikšnem deležu na vprašanja drugega sklopa, medtem ko so njihovi kolegi iz tuje bolnišnice v povprečju pravilno odgovorili na 65% vprašanj prvega sklopa in na 64% vprašanj drugega sklopa. Zaključimo lahko, da so zdravstveni delavci iz SB MS v povprečju izkazali statistično značilno ($t = -2,593$; $p = 0,011$) boljše poznavanje področja RZP kot njihovi kolegi iz tujine, saj so zdravstveni delavci iz SB MS v povprečju pravilno odgovorili na 70% vprašanj, njihovi kolegi iz tujine pa na 64% vprašanj s področja RZP.

Tabela 5: Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na državo.

Področje razjed zaradi pritiska	Anglija (n = 47)	SB Murska Sobota (n = 49)
razjede zaradi pritiska na splošno	83%	86%
mesta, ki so dovzetnejša za razvoj razjede zaradi pritiska	6%	2%
osebe, izpostavljene največjemu tveganju za razvoj razjede zaradi pritiska	62%	90%
aktivnosti za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska	98%	96%
osebe, ki morajo biti vključene v aktivnosti za zmanjšanje nastanka razjed zaradi pritiska	87%	80%
okolščine, ki povečujejo izpostavljenost tveganju nastanka razjede zaradi pritiska	94%	92%
čas nastanka razjede zaradi pritiska	45%	55%
čas izvedbe ocene tveganja pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska	81%	86%
dejavniki, ki morajo biti upoštevani in/ali ocenjeni pri pacientu v skladu z zadnjimi smernicami na področju preprečevanja RZP	96%	96%
tehnike obračanja (repozicioniranja), ključne za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska	0%	20%
<i>Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (1. sklop)</i>	65%	70%
Več kot dva milijona ljudi na leto se v ZDA sooča z nastankom razjede zaradi pritiska	98%	76%
Razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt	98%	73%
Blazine ter drugi pripomočki pripomorejo veliko k preprečevanju nastanka razjed	64%	100%
Pacienti / stanovalci nagnjeni k debelosti so redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede	0%	18%
Dnevno tuširanje in kopanje preprečuje razjede	69%	69%
Pri podrsavanju in premikanju osebe na bolniški postelji lahko prihaja do trenja in nastanka razjede	96%	78%
Žulji na petah pacienta/stanovalca, niso nekaj kar bi osebje moralo skrbeti	0%	2%
Eritem oz. mesta pordele kože, ki so nepropustne pri slehernem pacientu/stanovalcu je treba dokumentirati/poročati	100%	98%

Področje razjed zaradi pritiska	Anglija (n = 47)	SB Murska Sobota (n = 49)
Kostne strukture (sklepi) ne bi smele imeti neposrednega stika ena z drugo	87%	94%
Masiranje spodbuja cirkulacijo in preprečuje razjede	53%	98%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (2. sklop)	64%	70%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (oba sklopa skupaj)	64%	70%

Opomba: delež pri posamezni skupini anketirancev se nanaša na % tistih, ki so pravilno odgovorili na vprašanje ali sklop vprašanj.

Če smo predhodno ugotavljali, da poznavanje področja RZP ni vezano na izobrazbo anketiranca, pa lahko na tem mestu ugotovimo, da je poznavanje področja vezano na državo, iz katere anketiranec prihaja.

9.4.7 Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na izobrazbo in državo

S segmentacijsko analizo poznavanja področja razjed zaradi pritiska po državi in pridobljeni izobrazbi odgovarjamo na H3 in H4, ki obravnavata razlike v poznavanju področja RZP med medicinskimi sestrami in zdravniki, ločeno po obeh državah. Predpostavili smo, da imajo medicinske sestre v SB MS na področju RZP več znanja kot zdravniki v isti bolnišnici (H3), in da se medicinske sestre v tuji zdravstveni ustanovi in zdravniki v isti ustanovi razlikujejo v znanju na področju RZP. V tabeli 6 so predstavljeni rezultati segmentacijske analize, kjer je za vsako postavko iz anketnega vprašalnika prikazana primerjava med posameznimi skupinami anketirancev (po izobrazbi in državi). Analiza je zanimiva predvsem zaradi tega, ker daje uvid v to, ali je poznavanje nekega področja v večji meri odvisno od države ali od izobrazbe. Tako je denimo poznavanje tehnik obračanja (repozicioniranja), ključnih za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska, vezano predvsem na državo, iz katere anketiranec prihaja (pri čemer z »državo« mislimo na okolje in njegove značilnosti, ne pa države same po sebi), saj respondenti iz Anglije - ne glede na njihovo izobrazbo – teh tehnik sploh ne poznajo.

Tabela 6: Poznavanje področja razjed zaradi pritiska glede na državo in izobrazbo.

Področje razjed zaradi pritiska	Medicinske sestre Anglija n = 22	Medicinske sestre Murska Sobota n = 25	Zdravniki Anglija n = 25	Zdravniki Murska Sobota n = 24
razjede zaradi pritiska na splošno	82%	84%	84%	88%
mesta, ki so dovzetnejša za razvoj razjede zaradi pritiska	14%	0%	0%	4%
osebe, izpostavljene največjemu tveganju za razvoj razjede zaradi pritiska	73%	84%	52%	96%
aktivnosti za preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska	95%	96%	100%	96%
osebe, ki morajo biti vključene v aktivnosti za zmanjšanje nastanka razjed zaradi pritiska	82%	76%	92%	83%

Področje razjed zaradi pritiska	Medicinske sestre Anglija	Medicinske sestre Murska Sobota	Zdravniki Anglija	Zdravniki Murska Sobota
okoliščine, ki povečujejo izpostavljenost tveganju nastanka razjede zaradi pritiska	91%	92%	96%	92%
čas nastanka razjede zaradi pritiska	59%	56%	32%	54%
čas izvedbe ocene tveganja pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska	82%	96%	80%	75%
dejavniki, ki morajo biti upoštevani in/ali ocenjeni pri pacientu v skladu z zadnjimi smernicami na področju preprečevanja RZP	91%	96%	100%	96%
tehnike obračanja (repozicioniranja), ključne za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska	0%	24%	0%	17%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (1. sklop)	67%	70%	64%	70%
Več kot dva milijona ljudi na leto se v ZDA sooča z nastankom razjede zaradi pritiska	95%	76%	100%	75%
Razjeda zaradi pritiska lahko povzroči smrt	95%	60%	100%	88%
Blazine ter drugi pripomočki pripomorejo veliko k preprečevanju nastanka razjed	73%	100%	57%	100%
Pacienti / stanovalci nagnjeni k debelosti so redkeje podhranjeni, zato obstaja manjše tveganje nastanka razjede	0%	32%	0%	4%
Dnevno tuširanje in kopanje preprečuje razjede	59%	56%	78%	83%
Pri podrsavanju in premikanju osebe na bolniški postelji lahko prihaja do trenja in nastanka razjede	91%	80%	100%	75%
Žulji na petah pacienta/stanovalca, niso nekaj kar bi osebje moralo skrbeti	0%	0%	0%	4%
Eritem oz. mesta pordele kože, ki so nepropustne pri slehernem pacientu/stanovalcu je treba dokumentirati/poročati	100%	100%	100%	96%
Kostne strukture (sklepi) ne bi smele imeti neposrednega stika ena z drugo	95%	96%	78%	92%
Masiranje spodbuja cirkulacijo in preprečuje razjede	64%	100%	43%	96%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (2. sklop)	67%	70%	60%	71%
Povprečni % pravilno odgovorjenih vprašanj (oba sklopa skupaj)	67%	70%	62%	70%

Opomba: delež pri posamezni skupini anketirancev se nanaša na % tistih, ki so pravilno odgovorili na vprašanje ali sklop vprašanj.

Kljub jasno razvidnim razlikam v poznavanju posameznih področij med posameznimi skupinami zdravstvenih delavcev pa te razlike na ravni splošnega povprečnega poznavanja področja postanejo nekoliko manjše.

S t-preizkusom za neodvisne vzorce smo preverili, ali so razlike v splošnem poznavanju področja RZP med pari skupin anketirancev statistično značilne. Kot je razvidno iz tabele 7 medicinske sestre iz tuje ustanove (67%) nekoliko bolje poznajo področje RZP kot zdravniki iz te ustanove (62%), vendar razlike niso statistično značilne ($t = 1,523$, $df = 45$; $p = 0,135$). Na

drugi strani med medicinskimi sestrami (70%) in zdravniki iz SB MS (70%) ni nobenih razlik ($t = -0,068$, $df = 47$; $p = 0,946$).

V poznavanju področja RZP so se nekoliko boljše odrezale medicinske sestre iz SB MS (70%) kot medicinske sestre iz tuje ustanove (67%), vendar razlike niso statistično značilne ($t = -1,07$, $df = 45$; $p = 0,292$). So pa se kot statistično značilne pokazale razlike v poznavanju področja RZP med zdravniki iz tuje ustanove (62%) in zdravniki iz SB MS (70%), in sicer zdravniki iz SB MS statistično značilno ($t = -2,423$, $df = 47$; $p = 0,019$) bolje poznajo področje RZP kot njihovi kolegi iz Anglije.

Tabela 7: Rezultati t-preizkusa za neodvisne vzorce (razlike v poznavanju RZP med pari skupin anketirancev).

	N	M _{pravilno} odgovorjena vprašanja	SD	t	df	p
Medicinske sestre Anglija	22	13,41	2,261	1,523	45	0,135
Zdravniki Anglija	25	12,40	2,273			
Medicinske sestre Murska Sobota	25	14,04	1,791	-0,068	47	0,946
Zdravniki Murska Sobota	24	14,08	2,586			
Medicinske sestre Anglija	22	13,41	2,261	-1,067	45	0,292
Medicinske sestre Murska Sobota	25	14,04	1,791			
Zdravniki Anglija	25	12,40	2,273	-2,423	47	0,019
Zdravniki Murska Sobota	24	14,08	2,586			

N – število anketirancev, M – povprečje pravilno odgovorjenih vprašanj, SD – standardni odklon, t – testna statistika, df – stopinje prostosti, p – stopnja statistične značilnosti

Ugotovitve torej ne potrjujejo niti H₃, ki se glasi

Medicinske sestre v SB M. Sobota imajo na področju RZP več znanja kot zdravniki v isti bolnišnici,

niti H₄

Medicinske sestre v tuji zdravstveni ustanovi in zdravniki v isti ustanovi se razlikujejo v znanju na področju RZP.

Zaključimo, da med zdravniki in medicinskimi sestrami v obeh državah ne obstajajo statistično značilne razlike v splošnem poznavanju področja razjed zaradi pritiska, se pa te razlike pokažejo kot statistično značilne pri primerjavi poznavanja področja med zdravniki med državama in sicer so zdravniki iz SB MS izkazali statistično značilno boljše poznavanje področja kot njihovi kolegi iz tuje bolnišnice.

9.5 ZAKLJUČEK IN RAZPRAVA

Na področju raziskovanja RZP je pomembno dobro poznavanje področja, ki ga opredeljujejo številni instrumenti za merjenje znanja. V različnih državah se številni strokovnjaki ukvarjajo z razvojem primernih vprašalnikov in anket. Ob začetku raziskave smo si zastavili 4 hipoteze, za katere smo bili prepričani, da jih bomo potrdili. Na naše presenečenje smo vse hipoteze ovrgli, kar je resnično pozitiven vidik te raziskave in nam daje upanje za sodelovanje različnih poklicnih skupin pri oskrbi RZP. V nekaterih segmentih ali pri določenih vprašanjih se seveda potrjuje dejstvo o potrebi obnavljanja znanja za obe poklicni skupini. Rezultati kažejo, da smo medicinske sestre šibke tudi pri nekaterih elementih v osnovni zdravstveni negi, ki predstavljajo temelj na področju preventive RZP. Prav tako je za nas v Sloveniji razveseljivo dejstvo, da zdravniki v Sloveniji bolje poznajo teoretične prvine in osnove na področju RZP, kljub temu, da v praksi kažejo manj zanimanja. Lahko pa to pomeni tudi, da medicinske sestre še nismo našle pravega načina, da bi jih bolj pritegnile k sodelovanju. Vsekakor, pa se zavedamo, da na področju oskrbe RZP premalo govorimo o stroških v konkretnih številkah, ki bi sigurno prepričale marsikoga. Tu se pojavi izziv za vse zdravstvene delavce; čim prejšnja vzpostavitev registra RZP z vsemi potrebnimi parametri o stroškovnih ocenah bremenitve zdravstvenega sistema zaradi obravnave RZP. Po drugi strani se mi zdi, da pa tudi MZ, ki pridobiva podatke o pojavnosti RZP v Sloveniji že skoraj 15 let te podatke mora začeti tudi uporabljati. Navsezadnje je dejstvo, da to področje potrebuje strokovnjake, ki se bodo na tem področju ustrezno izobraževali in izobrazili, ter delovali timsko, povezovalno in kvalitetno na vseh nivojih od nastanka do zacetitve. Izvedeno raziskavo bomo po pregledu rezultatov s timom delovne skupine in tujo strokovnjakinjo tudi bolj natančno analizirali za potrebe praktične uporabe.

LITERATURA

1. EPUAP & NPUAP. *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel: 2009. Dostop 10. 9. 2018 na: www.npuap.org in www.epuap.org.
2. *DS za oskrbo ran SB Novo mesto. Skupaj preprečimo nastanek razjede zaradi pritiska. Informacijska zloženka za paciente in njihove svojce*. Novo mesto, 2016.
3. *Preprečevanje razjede zaradi pritiska –RZP. Hitre referenčne smernice*. Dostop 10. 9. 2018 na: www.dors.si.
4. *Preventiva razjede zaradi pritiska*. Dostop 10. 9. 2018 na: www.zbornicazveza.si/sites/default/files/.../rzp_preventiva_21_11_2013.pdf
5. *Preležanine? Ne hvala*. Dostop 10. 9. 2018 na: https://www.google.si/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwip_tblhLXdAhWSmLQKHbxFQAQjB16BAgBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.24ur.com%2Fspeciaino%2Fnega_in_zdravje%2Fprelezanine-ne-hvala.html&psig=AOvVaw3C9V1cFGgOXIA0YvOX7477&ust=1536826984165759
6. *Pressure Ulcer Knowledge Questionnaire*. Dostop 15. 9. 2018 na: https://www.researchgate.net/publication/26838549_Pressure_ulcer_prevention_Development_and_psychometric_validation_of_a_knowledge_assessment_instrument
7. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Dostop 10. 9. 2018 na: www.bos.zrc-sazu.si/sskj.html
8. Vilar V, et al. *Prevod in prilagoditev mednarodne smernice – Preprečevanje razjede zaradi pritiska*. Ljubljana: DORS, 2013.

10 KAKOVOST ŽIVLJENJA S KRONIČNO RANO

Hana Cifer, dipl.m.s.

Infekcijski oddelek, SB M.Sobota

10.1 POVZETEK

Dandanes kronične rane predstavljajo velik socialni, ekonomski in psihofizični problem za bolnike in za zdravstveno dejavnost. Celjenje in vzdrževanje kronične rane je dolgotrajen proces, zato je potrebno dobro sodelovanje bolnika in obravnavanje bolnika na holističen način. Kronična rana bolniku ne predstavlja samo fizično breme, temveč tudi emocionalno, socialno in ekonomsko. Vse to pa vpliva na kakovost življenja posameznika, ki se ob pojavu kronične rane bistveno spremeni. V ta namen smo na našem infekcijskem oddelku izvedli presečno študijo, v kateri je sodelovalo 5 anketirancev. Od tega sta bili 2 ženski in 3 moški. Anketa je vsebovala 20 vprašanj, ki je bila razdeljena po sklopih in vključevala fizično in psihološko in socialno področje.

10.2 UVOD

Čim daljša je življenjska doba ljudi, tem večje so možnosti za razvoj kroničnih bolezni. Viri navajajo, da zaradi vedno starejše populacije z raznimi pridruženimi boleznimi, slabšo kvaliteto življenja in slabšim socialno ekonomskim statusom, število kroničnih ran bistveno narašča (Čuček & Frangež, 2018). Vse to pa predstavlja izziv tako za populacijo, kot za javnozdravstvene sisteme. Za kronične rane je značilno, da se ne morejo zaceliti v pričakovanem časovnem okviru. V zadnjem času, kronične rane predstavljajo eden pomembnejših kliničnih problemov (Falanga, et al., 2022). Že pri samem procesu zdravljenja bolnikov v bolnišnici, kaj šele z nadaljnjim zasebnim življenjem posameznika. Eden najpomembnejših osnovnih kazalnikov razvitosti družbe je kakovost življenja posameznika. Kadar človeku zdravje ni naklonjeno, njegova kakovost življenja močno trpi (Halauk, 2013). Vsaka kronična rana ni nekaj, kar traja teden, dva ali mesec. Pri kroničnih ranah je potek zdravljenja daljši, način življenja drugačen in posameznikovo življenje ni več enako, kot je bilo prej. Način življenja se popolnoma spremeni. Bolnik mora popolnoma spremeniti način vsakdanjega življenja in se spoprijeti s spremembo telesne podobe. Kako pa vsaka oseba sprejme, doživlja in praktično postane "eno" s kronično rano pa je odvisno od vsakega

posameznika posebej. Kronična rana ni nekaj, kar se zaceli v treh tednih, zato pa je potrebno imeti veliko potrpljenja in razumevanja. Rano pacienti ne dojemajo samo kot nekaj fizičnega. Nekaj kar je vidno očem in se zdravi z različnimi sodobnimi zdravstvenimi pripomočki. V ozadju se še prepletajo razni občutki in čustva, ki se spopadajo s samim življenjem s kronično rano. Spomnim se besed bolnice, ki je imela golenjo razjedo na nogi in rekla: „ta moja noga pa čeprav gre na boljše, več nikoli ne bo ista kot je bila in to me boli in zaradi tega ne morem spati.“ Tako da razvidno je, da so v ozadju tudi različni psiho socialni dejavniki, ki imajo pomembno vlogo in dodatno vplivajo na kakovost celjenja rane ter individualno življenje posameznika.

10.3 RANA

Rana je prekinitev funkcionalne in anatomske kontinuitete tkiva ali organa, ki je posledica poškodbe, travme, nasilja, trganja, ureznine ali prebadanja kože Tičar, et al., (2022) & Zarchi, et al., (2014). Poznamo več vrst ran. Glede na trajanje celjenja pa jih razdelimo na akutne in kronične. Akutne rane so tiste, ki se zacelijo v krajšem časovnem obdobju (do 2 tednov), o kroničnih ranah pa govorimo takrat, kadar se rane ne zacelijo v 6 do 8 tednih in več (Ciringer & Smrke, 2012). Na celoten proces celjenja vplivajo številni dejavniki, ki jih delimo na sistemske in lokalne. Največkrat se ti dejavniki med sabo prepletajo. Med sistemske dejavnike sodijo (imunski sistem, spremljajoče bolezni, zdravila, spol, starost, prehrana, razvade, debelost, bolečina psihično in socialno stanje pacienta). Med lokalne dejavnike pa spadajo (pridružene okužbe, dodatne mehanske sile, ki pritiskajo na rano, mikrookolje, lokacija rane, velikost rane, čas trajanja rane, tujki v rani in mrtvine v rani). Najpomembnejšo vlogo pri celjenju rane imata imunski sistem ter spremljajoče bolezni in stanja pacienta (Tičar, et al., 2022).

10.4 KRONIČNA RANA

Kronične rane predstavljajo zdravstveni in ekonomski problem. V različnih raziskavah so predvideli, da bi naj 1 - 2% populacije skozi življenje razvilo kronično rano (Kohek, et al., 2019). Vse vrste ran lahko postanejo kronične (Tičar, et al., 2022). Kronične rane so definirane kot rane, ki v določenem časovnem obdobju (4 – 8 tednov) niso uspele vzpostaviti anatomske in funkcionalne celovitosti tkiva (Kyaw, et al., 2018).

Za uspešno zdravljenje kronične rane je zelo pomembna natančna postavitev diagnoze. Zelo pomembno je poznavanje kroničnih ran. Ugotoviti je potrebno, za katero vrsto rane gre in na katerem predelu telesa se rana nahaja. Kakšna je velikost rane, globina rane in za kakšno vrsto tkiva gre. Pri samem poteku celjenja rane je zelo pomemben nadzor nad okužbo rane, dodatne

okužbe še bolj zavirajo in poslabšujejo samo rano in sam proces celjenja rane. (Bowers & Franco, 2020) .

Za bolj učinkovito in kakovostno obravnavo bolnika s kronično rano, je potrebno, da se bolnika obravnava holistično. Vključevati je potrebno fiziološke, psihološke, emocionalne in socialne potrebe posameznika. Potek zdravljenja kroničnih ran ima velik vpliv na kakovost življenja posameznika. Ne vpliva samo na njega temveč tudi na njegovo okolico. Zaradi spremembe načina življenja, so bolniki izpostavljeni raznim stresnim situacijam, ko so: bolečine, težje opravljanje življenjskih aktivnostih, socialni izolaciji zaradi videza, izločkov in vonjav rane. Vse to pa vpliva na njihovo notranje dobro počutje. Zato so pacienti s kronično rano še psihološko in emocionalno ranljivi. Spremlja jih žalost, obup, sram, nemoč, depresija, počutijo se osamljene in izolirane kar pa vse še dodatno vpliva na sam proces zdravljenja rane Basu, et al., (2022) & Janke, et al., (2023)

10.5 PSIHOSOCIALNI VPLIVI KRONIČNE RANE NA CELJENJE RANE IN KAVALITETA ŽIVLJANJA BOLNIKA S KRONIČNO RANO

Kot je že znano kronična rana spremeni življenje posameznika. Bolnik je obremenjen s simptomi, ki spremljajo kronično rano, kot so bolečina, izcedki, vonjave, omejena mobilnost in dolgotrajna komorbidnost. Kronične rane ne povzročajo samo fizične obremenitve, temveč povzročijo tudi psihološko, socialno in duševno obremenitev. Bolniki največkrat poročajo o izrazitejšemu stresu anksioznosti in depresiji (Janke, et al., 2023).

Študije so pokazale, da psihološki stres povzroči določene fiziološke spremembe z manipulacijo živčnega, humoralnega in imunološkega sistema, kar oteži normalno celjenje ran. Psihološki stresorji, kot so depresija, anksioznost, in socialna izolacija vplivajo na medsebojno delovanje hipotalamus – hipofiznega sistema, na delovanje nadledvične žleze in na simpatični živčni sistem. S tem je moteno pravilno delovanje vnetnih citokinov, kar povzroča slabo angiogenezo, regeneracijo matriksa in zapoznelo celjenje tkiva.

Po drugi strani pa fiziološki stresorji, kot so bolečina, neprijeten vonj, eksudati, ter družinska in socialna izolacija še dodatno delujejo na psihološke stresorje in s tem "začaranim" ciklom, kjer se prepletajo psihološki in fiziološki simptomi, je celjenje in zdravljenje kronične rane dolgotrajno (Basu, et al., 2022).

Renner & Erfurt-Berge (2017) trdita, da je depresija pri pacientih s kronično rano precej pogosta. 30% vseh pacientov trpi depresijo ali za anksioznostjo. Depresija se po navadi povezuje s samim trajanjem rane, z bolečino, vonjem iz rane in nezmožnostjo gibanja. Po drugi strani pa depresija prek psiho-imunoloških učinkov upočasni in zmanjša samo celjenje rane. Pacienti depresijo najbolj kažejo z izgubo energije, obupom, žalostjo, utrujenostjo, nihajočim razpoloženjem, razdražljivostjo, občutkom krivde, nezanimanjem za vsakodnevne aktivnosti, imajo nizko samospoštovanje, nezanimanjem za lastno oskrbo in za okolico. V najslabših primerih vse to lahko vodi tudi do samomorilnih misli.

Bolniki se zaradi svoje bolezni počutijo "drugačne". Zato se v večini primerov socialno izolirajo pred okolico in zaprejo vase.

Najpomembnejši primarni socialni stiki za pacienta s kronično rano so njegovi družinski člani, ki pripomorejo k sami kakovosti življenja bolnika s kronično rano. Raziskave so pokazale, da se bolniki zaradi svoje bolezni počutijo nadležne svojim svojcem in se zato še dodatno izolirajo tudi pred njimi. Zmanjšajo ali celo prekinajo stike tudi s prijatelji in sosedi. Bolniki se socialno izolirajo od raznih dogodkov katere so se udeleževali prej (Klein, et al., 2020) .

(Janke, et al., 2023) v svoji raziskavi trdijo, da bolniki s strani svojcev ne dobijo zadostne podpore in oskrbe, ki jo potrebujejo. Kar jih dodatno psihično in fizično oslabi. Vsi ti psiho-socialni problemi še dodatno vplivajo na psihofizično stanje bolnikov, kar seveda tudi poslabšuje samo kakovost življenja in sam proces celjenja rane.

10.6 VPLIV KRONIČNE RANE NA KVALITETO ŽIVLJENJA

Na našem infekcijskem oddelku smo izvedli krajšo presečno študijo, ki temelji na ugotavljanju kakšna je kvaliteta življenja bolnikov s kronično rano. V raziskavo smo vključili 5 bolnikov. 3 bolniki so bili vključeni iz hospitalne obravnave, 2 bolnika pa iz ambulantne obravnave. Pri raziskavi smo uporabili vprašalnik, ki ima 20 vprašanj. Vprašanja vključujejo fizično, psihično in socialno področje, ki se navezujejo na kvaliteto življenja posameznika. Udeležence smo ločili po spolu in starosti. Vprašali smo jih s kom živijo, kako dolgo imajo kronično rano in za katero vrsto kronične rane gre. Ostala vprašanja so se osredotočila bolj na kakovost življenja posameznika s kronično rano.

- Ali Vas rana ovira pri opravljanju vsakdanjih aktivnostih?
- Kaj vas najbolj ovira pri vsakdanjih aktivnostih?
- Vam rana povzroča bolečino?

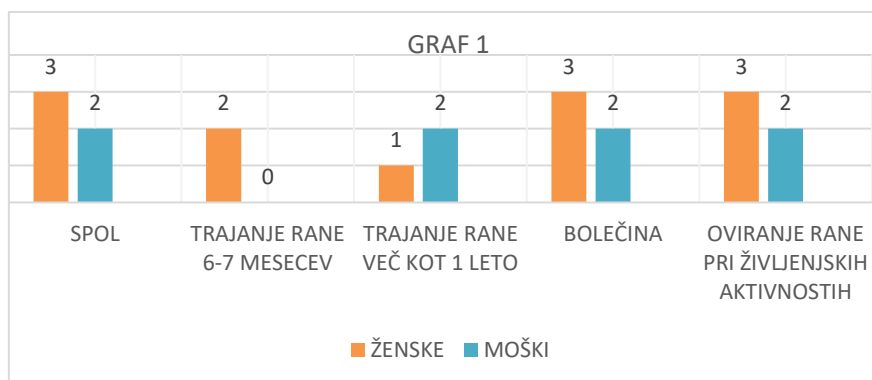
- Koliko bi ocenili bolečino od 1 – 10?
- Kdaj je bolečina najbolj prisotna?
- Kolikokrat tedensko se rana prevezuje?
- Ali pri izvajanju življenjskih aktivnosti potrebujete pomoč?
- V kolikor potrebujete pomoč, kdo vam pomaga pri izvajanju aktivnosti?
- Pri katerih vsakdanjih življenjskih aktivnostih ste najbolj ovirani
- Kje ste pridobili informacije o negi in oskrbi vaše rane?
- Ali upoštevate navodila zdravnika, zdravstvenega osebja ali patronažne medicinske sestre?
- Kakšna je kakovost vašega življenja sedaj, v primerjavi s predhodnim obdobjem, ko rane še niste imeli?
- Ali imate kdaj enega ali več izmed spodaj navedenih občutkov v povezavi z vašo rano (možnih je več odgovorov)?
- S kom delite vaše občutke?

10.7 PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE IN RAZPRAVA

V raziskavi je sodelovalo 5 udeležencev. Od tega so bile 3 ženske in 2 moška. Največji delež 60% je pripadal starostni skupini med 70 - 80 let. Zanimalo nas je predvsem, kako dolgo je prisotna kronična rana pri posamezniku. Od tega imata dva bolnika rano 6 – 8 mesecev, trije bolniki pa več kot 1 leto.

Anketirance smo vprašali ali imajo pristno bolečino, če jih rana ovira pri opravljanju življenjskih aktivnosti in če potrebujejo pomoč pri vsaki današnji aktivnosti. Vsak posameznik je trdil, da mu kronična rana povzroča bolečino in da jih omejuje pri izvajanju življenjskih aktivnosti (graf 1).

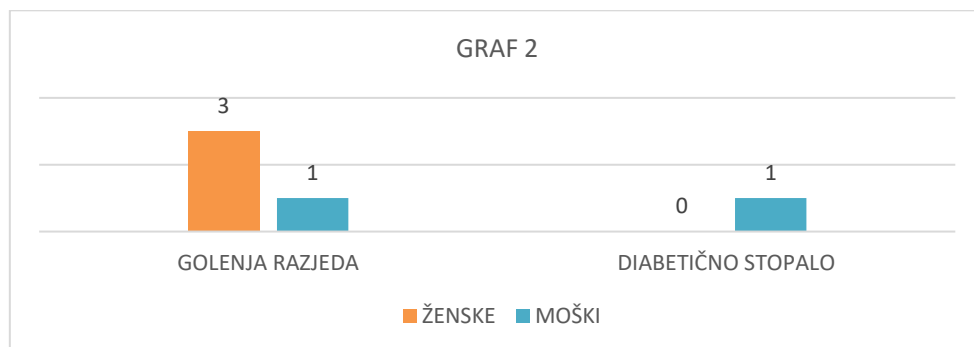
Graf 1: Prikaz podatkov o prisotnosti bolečine zaradi kronične rane



Glede na to, da je življenje s kronično rano drugačno, veliko bolj prilagajoče in težavno, smo vprašali bolnike s kom živijo. 2 bolnika živita sama, 2 z otroci in 1 bolnik s partnerjem.

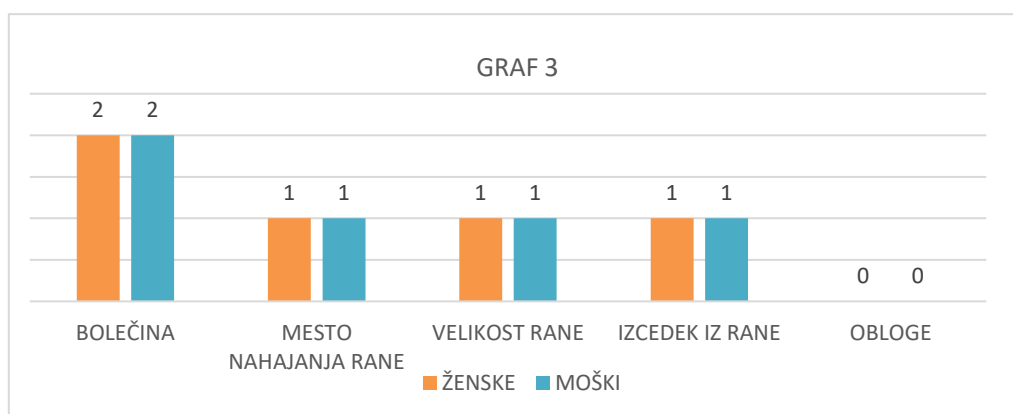
Naslednje vprašanje je sledilo, za katero vrsto kronične rane gre pri posamezniku. Saj se rane med sabo razlikujejo in od tega je odvisen sam proces zdravljenja, oskrba in način življenja. Ugotovili smo, da imajo 4 bolniki golenjo razjedo in 1 bolnik diabetično stopalo (graf 2).

Graf 2: Vrsta kronične rane med bolniki



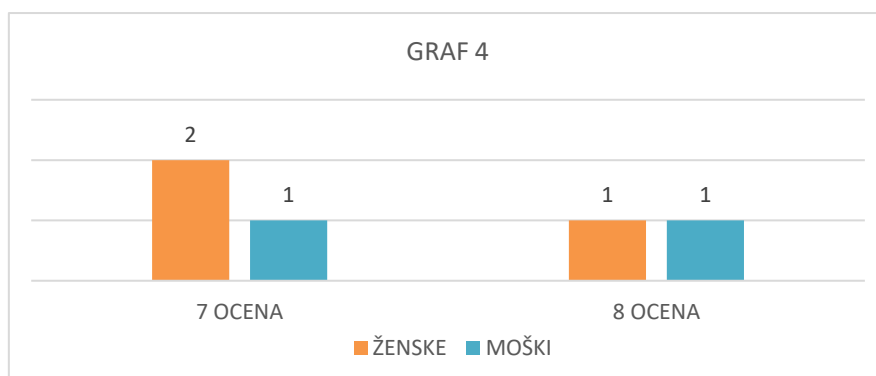
Po zbiranju podatkov smo ugotovili, da bolnike pri vsakdanjih aktivnostih najbolj ovira bolečina (90%), nato mesto, kjer se rana nahaja (40%) in velikost rane (40%) ter izcedek iz rane (40%). Obloge in obveze za rane bolnikom niso predstavljale motečih faktorjev. Vse je nazorno prikazano v (grafu 3).

Graf 3: Prikaz motečih dejavnikov zaradi kronične rane



Ker je pri vseh bolnikih prisotna bolečina, smo jih vprašali na podlagi ocene (VAS lestvica) od 1 – 10 s koliko bi ocenili svojo bolečino. 3 bolniki so ocenili svojo bolečino s 7 in 2 bolnika s 8, kar je prikazano v (graf 4).

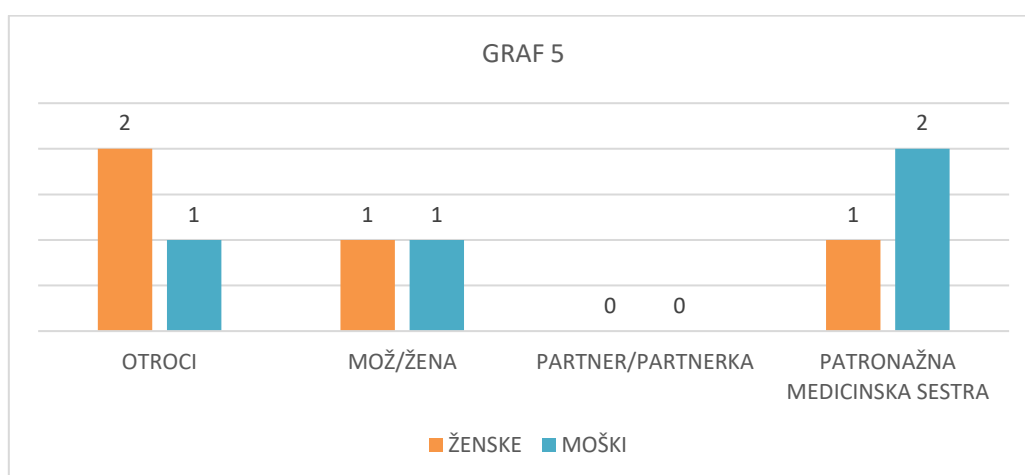
Graf 4: Jakost bolečine ocenjena po VAS lestvici



Vprašali smo jih, kdaj je bolečina najbolj prisotna. 80% izprašanih jih je odgovorilo, da jih rana najbolj boli med samim oskrbovanjem rane. 60% poroča, da je bolečina izraziteje prisotna med opravljanjem življenjskih aktivnostih in tudi v mirovanju. 40% pa o prisotnosti bolečine pred vzeto protibolečinsko terapijo.

Po razbiranju podatkov, smo ugotovili, da večji delež 80% bolnikov potrebuje pomoč pri življenjskih aktivnostih. Tisti bolniki, ki živijo doma s svojci imajo pomoč s strani otrok in partnerja. Po dogovorjenih terminih jim nekaj krat na teden pomaga tudi lečeča patronažna medicinska sestra 60% (graf 5)

Graf 5: Pomoč iz okolice pri oskrbi kronične rane

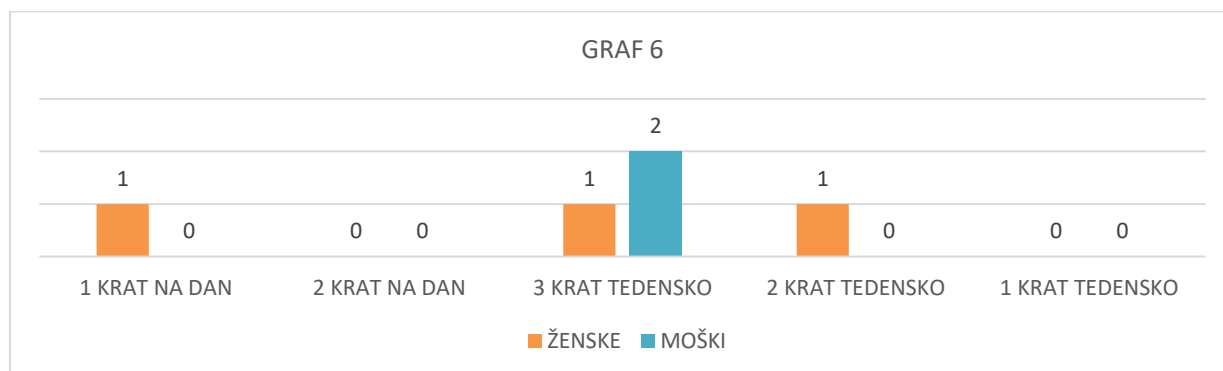


Za kakovostno, učinkovito in pravilno zdravljenje rane je zelo pomembno, da se kronična rana čisti, prevezuje in oskrbuje po naročilu, ki ga je pacient prejel pri zdravstvenemu osebju. Vprašali smo jih, kjer so pridobili informacije o negi in oskrbi rane. Največji delež je bil, da so

informacije dobili pri patronažni medicinski sestri 60%, nato pri medicinski sestri 20% in pri zdravniku 20%. Zanimalo nas je tudi, ali bolniki upoštevajo navodila zdravnika, zdravstvenega osebja ali patronažne medicinske sestre. 80% bolnikov je odgovorilo z DA in 20% z NE.

Kot je že znano ima pri zdravljenju rane pomembno vlogo oskrba rane in čiščenje rane. Bolnike smo vprašali koliko krat na teden se rana prevezuje. Podatki so prikazani v spodnjem grafu (graf 6).

Graf 6: Prikaz pogostosti prevez kronične rane

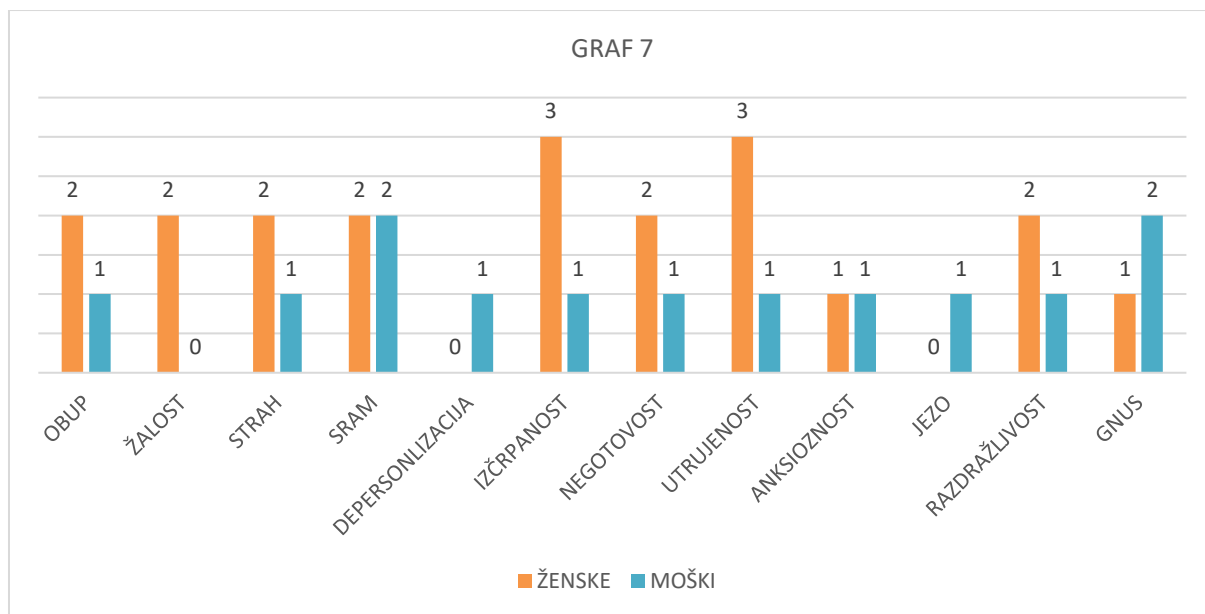


Kronična rana ovira posameznika pri opravljanju vsakdanjih aktivnostih. Na podlagi tega, smo s pomočjo koncepta (14. osnovnih življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson) zastavili vprašanja, ki se navezujejo na ovire, ki bi lahko bile prisotne pri kronični rani bolnika glede na opravljanja vsakdanjih življenjskih aktivnostih. Vsi anketiranci (100%) so odgovorili, da potrebujejo pomoč pri oskrbi rane. 80% jih potrebuje pomoč pri čistoči in negi telesa (tuširanje, kopanje, umivanje). 40% pri oblačenju, slačenju, obuvanju in pa 10% pri izogibanju nevarnosti v okolju ter 10% pri odnosih z ljudmi, izražanju čustev, občutkov in potreb.

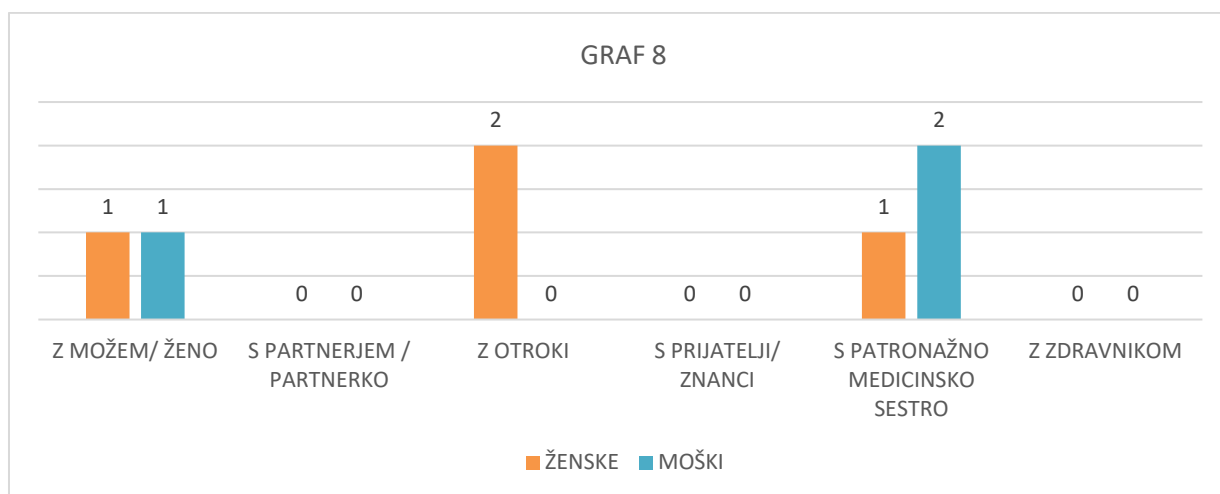
Glede na to, da ima nek delež bolnikov prisotnost bolečine tudi v mirovanju, jim življenjska aktivnost (spanje in počitek) ni predstavljal problema. Po razbiranju razne literature, je znano, da kronična rana zaradi svojega mesta, kjer se nahaja, velikosti, bolečine in oblog lahko predstavlja tudi deficit pri gibanju, razvedrilu in rekreaciji. V naši raziskavi, bolnike to ni motilo. Življenjske aktivnosti, kot so prehranjevanje in pitje, odvajanje in izločanje tudi niso predstavljale problema.

Sama raziskava se navezuje bolj na psihološko-socialen vidik pacienta s kronično rano. Mnoge literature navajajo, da rana ne povzroča samo fizične bolečine, temveč tudi psihološko. Zato smo anketirance vprašali, katere občutke vzbujajo v povezavi s kronično rano (graf 7) in s kom delijo občutke (graf 8).

Graf 7: Prikaz počutja zaradi kronične rane



Graf 8: Prikaz podatkov o čustveni izpovedi počutja zaradi kronične rane



10.8 RAZPRAVA

Kronične rane so globalna javnozdravstvena skrb po vsem svetu. Pojavnost kroničnih ran narašča kot "tiha pandemija". Kratka raziskava, ki smo jo izvedli prikazuje kakšna je kakovost

življenja bolnikov s kronično rano. Za boljšo oceno in zbrane podatke bi bilo potrebno izvesti več raziskav oz. še bolj razčlenjene in poglobljene. Obstajajo tudi profesionalne lestvice, kot so Wound-QiL in HEQoL vprašalnik. Z katerima bi lahko bolj natančno analizirali povezave med različnimi dejavniki v samem procesu in življenju zdravljenja bolnika s kronično rano. V naši raziskavi je sodelovalo 5 preiskovancev, kateri so spadali med starostno skupino med 65 – 80 let. Trije bolniki imajo tudi pridružene bolezni (srčno popuščanje, diabetes in kronično vensko insuficienco). Kar je v prvi meri povzročilo vzrok za nastanek kronične rane in v nadaljnje otežuje proces zdravljenja kronične rane. Velik pomemben faktor je vprašanje s kom in kje živijo bolniki. Bolniki, ki bivajo z družinskimi člani imajo možnost oskrbe in podpore. Z vedenjem da vedo da imajo nekoga, na katere se lahko zanesejo, ko potrebujejo pomoč ima dodatne prednosti pri življenju s kronično rano. Bolniki, ki pa živijo sami so prikrajšani tako kot pri opravljanju življenjskih aktivnosti tako tudi pri sami oskrbi in zdravljenju kronične rane. Raziskave kažejo tudi, da je pri bolniki, kateri živijo sami psihično stanje veliko bolj slabše kot pri osebah, katere imajo doma nekoga s katerim lahko podelijo svoje občutke in čustva.

V naši raziskavi smo ugotovili, da ne glede na spol in starost, za to za kakšno vrsto kronične rane gre in kako dolgo traja je potreba po pomoči pri življenjskih aktivnostih prisotna pri vseh posameznikih. Vsi udeleženci trpijo tudi za bolečino. Po VAS lestvici so jakost bolečine opredelili med vrednostjo 7 – 8 (graf 4). Izrazitost bolečine je bila najbolj prisotna med samo oskrbo rane. Po zbranih podatkih, glede informiranosti o kronični rani in o oskrbi kronične rane so bolniki pridobili največ informacij pri medicinskih sestrah. Zato je zelo pomembno, da so medicinske sestre dobro izobražene na tem področju. In da vejo, da kronična rana ni le rana ampak je zraven vključeno še mnogo drugih faktorjev, kateri vplivajo na kvaliteto življenja bolnika s kronično rano. Posamezniki, ki živijo sami in nimajo nikogar drugega kot je medicinska sestra, jim prisotnost medicinske sestre pomeni mnogo več kot pa je videno očem. V teh primerih je medicinska sestra bolnikom edina podpora, zaupnica in kazateljica upanja v življenju. Zato je dobro da se pacientu posvetimo, mu prisluhnemo in nudimo podporo, ki jo le ta potrebuje.

Glaven namen naše raziskave je bil ugotoviti, ali je kakovost življenja zaradi kronične rane enaka, slabša ali boljša v primerjavi s predhodnim obdobjem, ko rane še ni bilo. In kot je bilo pričakovano so vsi izpraševalci (100%) odgovorili, da je sedaj njihova kakovost življenja slabša kot v primerjavi s prej. Kot opisujejo avtorji v raznih raziskavah, kronične rane zavzamejo ne samo fizično področje, temveč tudi

psihološko področje posameznika. Zato smo naše preiskovance vprašali, katere občutke in čustva gojijo pri življenju s kronično rano (graf 7).

Kot psihološki občutki, kateri se izražajo in kažejo na fiziološki način je 80% bolnikov trdilo, da se počutijo izčrpane in utrujene, kar jim povzroča razdražljivost (60%) in anksioznost (40%).

Kot psihološki dejavniki, ki vplivajo na "psiho" posameznika in so bili najbolj izraziti pri bolnikih, so bili sram (80%), obup (60%), strah (60%), gnus (60%), žalost (40%), jezo (20%) in depersonalizacijo (20%).

Razvidno je, da psihološki občutki nekoliko bolj izrazito izstopajo pri ženski populaciji, kot pri moški. Zaradi spremembe v videzu bolniki trdijo, da jih je sram ker imajo rano. Bojijo se tudi da bi vonj rane obkolil okolico. Zato je videz rane in njen vonj eden najbolj poglobitvenih faktorjev, da se bolniki izolirajo pred okolico in se socialno izolirajo, kar je spet negativen faktor za kakovost življenja bolnika s kronično rano. Zaradi načina življenja, ki ga imajo bolniki s kronično rano imajo bolniki negativno mišljenje o podobi telesa in nizko samospoštovanje do samega sebe. Vsi ti negativni občutki in čustva pa čez čas vodijo v stres in depresijo. Dokazano je, da stres in depresija negativno vplivata na fiziološka stanja. In tako sta fiziološko stanje in psihološko stanje med sabo soodvisni in vplivata ena na drugo. Oseba se začne vrteti v začaranem krogu in na koncu ne vidi izhoda in pade v obup. Zaradi slabšega psihološkega stanja nekateri zanemarijo svoje fiziološke potrebe. Zanemarijo svoje prehranske navade, zmanjšajo skrb po osebni higieni in se odpovejo aktivnemu gibanju. Obudijo nezdrave navade in začnejo živeti nezdrav življenjski slog. V tem primeru je kakršno koli zdravljenje zelo zavirano in dolgotrajno, lahko tudi neuspešno.

V našem svetu se preveč posvečamo sami rani. In ne osebi, katera ima rano. Bolnike bi bilo potrebo celostno obravnavati že na primarni ravni zdravstvenega sistema. Jim omogočiti ne samo oskrbo rane, temveč nuditi tudi psihološko pomoč. Zato bi bilo potrebno narediti več raziskav na tem področju. Saj bi z natančnim, celostnim in kakovostnim poznavanjem vpliva kronične rane na kvaliteto življenja, zdravljenje bolnika s kronično rano postalo bolj uspešno.

10.9 ZAKLJUČEK

Zaradi izboljšanja in napredovanja zdravstva se je življenje ljudi podaljšalo. Vedno več je starejše populacije, kateri so bistveno bolj dovzetni za razne bolezni, ki se zaradi njihovega imunskega sistema ne pozdravijo v krajšem časovnem obdobju ali pa se ne pozdravijo sploh. Življenje s kronično rano je dolgotrajno obdobje. Za te ljudi je lahko kakovost življenja enaka ali celo pomembnejša od količine življenja. Kronična rana v večini primerov ne ogroža življenja, lahko pa močno vpliva na življenje bolnikov. Dokazi kažejo, da imajo kronične rane pomemben vpliv na bolnikovo zdravje, zlasti v zvezi s bolečino, gibanjem in psihičnim stanjem. V naši družbi se premalo posvečamo na psihosocialne dejavnike, ki prežijo pri bolnikih. Preveč se osredotočamo samo na kronično rano, kot da gre samo za nekaj "fizičnega". V ozadju gre za nekaj mnogo več. Tukaj se ne gre samo za kronično rano, ampak se

gre za bolnika s kronično rano. V naši družbi bi bilo potrebno izvajati večje motiviranje bolnikov, ki živijo s kronično rano. Programi, kot so socialne podpore, terapije duha in telesa, katere ponujajo tehnike čuječnosti in sprostitve bistveno pripomorejo pri samem življenju bolnika s kronično rano in s tem izboljšujejo kakovost življenja bolnika s kronično rano. Pomembno vlogo pri bolniku s kronično rano imajo medicinske sestre. Katere, so v večini primerov prve pri bolniku, ki začnejo z začetkom zdravljenja kronične rane. In v primerih, ko bolnik potrebuje pomoč tudi pomagajo pri samem procesu zdravljenja rane. Zato je zelo pomembno, da je zdravstveno osebje izobraženo na tem področju. In da se bolnikom, koliko se le da nudi tudi psihološka podpora.

VIRI:

Basu, S., Goswami, A. G., David, L. E. & Mudge, E., 2022. Psychological Stress on Wound Healing: A Silent Player in a Complex Background. *The international Journal of Lower Extremity Wounds*, 1 Februar.

Bowers, S. & Franco, E., 2020. Chronic Wounds: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 159-166 Februar.

Ciringer, M. & Smrke, D. M., 2012. Kronična rana - sodobni pristopi zdravljenja, pp. 177-188.

Čuček, I. & Frangež, I., 2018. Multidisciplinarni pristop pri zdravljenju bolnika s kronično rano. Kirurški in/ali konzervativni pristop k zdravljenju kronične rane? 13. simpozij o ranah, April, p. 77-80.

Falanga, V. et. al., 2022. Chronic wounds. 21 Julij, p. 8.

Halauk, V., 2013. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti, Julij, pp. 251-257.

Janke, T. M. et. al., 2023. How does a chronic wound change a patient's social life? A European survey on social support and social participation. *European Academy for Dermatology and Venereology*, 12 Maj, pp. 4138-4150.

Klein, T. M. et. al., 2020. Social participation of people with chronic wounds: A systematic review. *Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing*, 11 Avgust, pp. 281-311.

Kohek, M., Lipič Baligač, M., Popovič, D. & Korošec, B., 2019. Izzivi na področju oskrbe bolnikov s kronično rano : zbornik prispevkov. Radenci, Murska Sobota : Splošna bolnišnica : Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.

KYAW, B. M. et. al., 2018. Need for Improved Definition of "Chronic Wounds" in Clinical Studies. *Journal Compilatio*, 7 Seotember, pp. 157-158.

Renner, R. & Erfurt-Berge, C., 2017. Depression and quality of life in patients with chronic wounds: ways to measure their influence and their effect on daily life. *Chronic Wound Care Management and Research*, pp. 143-151.

Tičar, Z. et. al., 2022. Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. 1 ed. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Tičar, Z. T. et. al, 2022. Lokalna oskrba kroničnih ran – klasifikacija uporabe medicinskih pripomočkov. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Zarchi, K. et. al, 2014. Significant Differences in Nurses' Knowledge of Basic Wound Management – Implications for Treatment, December, pp. 403-407.

11 POMEN FIZIOTERAPIJE PRI PREPREČEVANJU RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Domen Gujtman , dipl. fiziot. s spec. znanji

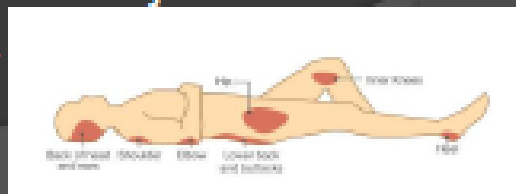


TEME:

- Razjeda zaradi pritiska
- Fizioterapija
- Pomen fizioterapije

Razjeda zaradi pritiska

- Poškodba zaradi pritiska je omejena poškodba kože in pod njo ležečih tkiv ter nastane kot posledica delovanja pritiska ali pritiska skupaj s strižno silo. Poškodbo zaradi pritiska poznamo tudi pod imenoma preležanina ali dekubitus. Običajno nastane na izpostavljenih delih telesa, kjer je mehko tkivo stisnjeno med kost in zunanjo podlago.



Vzroki

- ⦿ nepokretnost pacienta
- ⦿ poškodbe zaradi pritiska
- ⦿ mehanski dejavniki(strižne sile, sile trenja)
- ⦿ odpornost tkiva
- ⦿ vlažnost kože oz. mikroklima
- ⦿ Notranji dejavniki
 - slaba perfuzija in oksigenacija tkiva
 - slabo prehransko stanje
 - povečana vlažnost kože
 - zvišana telesna temperatura
 - visoka starost, motnje zaznavanja
 - splošno zdravstveno stanje
 - itd...

- Preprečevanje ran zaradi pritiska in vloge fizioterapije je ključnega pomena za učinkovito zdravljenje.
- Zgodnja intervencija, preventivne strategije in timski pristop lahko znatno izboljšajo celjenje.
- Z dajanjem prednosti izobraževanju in proaktivni oskrbi lahko izboljšamo rezultate in kakovost življenja bolnikov.

- Fizioterapija igra ključno vlogo pri rehabilitaciji bolnikov z ranami zaradi pritiska in preventivi z uporabo tehnik, kot so položaji, trening mobilnosti in vadba, da izboljšajo cirkulacijo in razbremenijo pritisk na ranljiva področja, kar olajša proces celjenja oziroma prepreči nastanek.

Fizioterapija

- Fizioterapija ohranja ali obnavlja gibljivost sklepov, krepi mišice, preprečuje kontrakturo mišic, povečuje preskrbo s krvjo, zmanjšuje edem in lajša bolečine. Fizioterapija je namenjena čim hitrejši rehabilitaciji in mnogo bolj pospešuje okrevanje kot samo počitek.



Pomen fizioterapije

- Izjemnega pomena je timski pristop vseh strokovnih sodelavcev
- Fizioterapija igra vlogo pri preprečevanju preležanin s spodbujanjem mobilnosti in izboljšanjem.
- Fizioterapevti prilagodijo programe vadbe za povečanje moči in prožnosti ter tako zmanjšajo pritisk na ranljiva področja.
- Pravilna in redna mobilizacija bolnika.



- Vsaka obravnava s strani fizioterapevta je indicirana s strani lečečega zdravnika ter ima svoj namen in jasne cilje:
 - Čim hitrejša mobilizacija
 - Ohranjanje telesne kondicije
 - Preprečevanje učinkov dolgotrajnega ležanja
 - Itd..

● RZP in pacienti

- Največja težava nepomični pacienti
- Slabo pomični
- Sedirani pacienti

Bolnik, ki se sam ne zmore obračati, premikati, odvisen od tuje pomoči, je največji problem za nastanek RZP



● Fizioterapevtske tehnike

- Kinezioterapija
 - Pasivne, asistirane, aktivne vaje, posedanje, hoja...
- Respiratorna fizioterapija
 - Dihalne vaje, uporaba pripomočkov
- Elektro terapija
 - Laser, TENS, biopton

- Kinezioterapija je najpomembnejši aspekt pri preprečevanju RZP

- Pri sediranih, neodzivnih pacientih pasivne vaje, namen je:

- povečanje pretoka krvi v tkivo
- ohranjanje pasivne gibljivosti
- vzdrževanje elastičnosti tkiva
- preprečevanje zapletov
- itd.



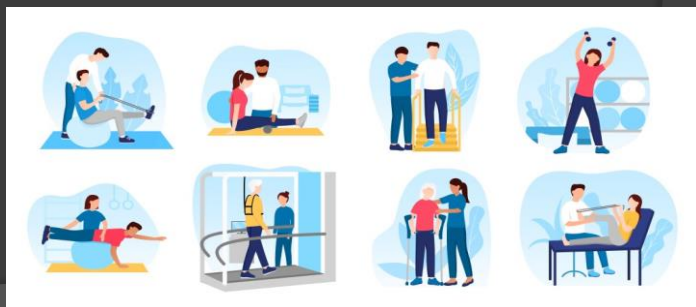
- Kinezioterapija je najpomembnejši aspekt pri preprečevanju RZP

- Pri sodelujočih pacientih aktivne oziroma asistirane vaje

- čim hitrejša mobilizacija pacienta (Upoštevanje omejitev zaradi osnovne diagnoze)
- skrajšanje ležalnega časa pacienta
- edukacija pacienta o pomenu in izvajanju kinezioterapije
- preprečevanje zapletov

- Prav tako je pri dolgo ležečih pacientih pomembna uporaba različnih pripomočkov, za preprečevanje nastanka RZP:
 - Napihljive blazine
 - Podlagalne blazine
 - Itd...
- Najpomembnejše omogočanje spremembe ležalnega položaja pacienta, ki tega sam ne more izvesti

- Izzivi:
 - Staranje populacije
 - Izguba mobilnosti
 - Nezmožnost samo oskrbe
 - Kadrovska problematika



- ◉ S pravočasno indicirano in pravilno izvedeno fizioterapevtsko obravnavo lahko dokazano zmanjšamo dejavnike tveganja za nastanek RZP
- ◉ KINEZIOTERAPIJA – PREPREČEVANJE RZP

- ◉ Respiratorna fizioterapija
 - izboljšanje dihalne funkcije, povečanje telesne vzdržljivosti in moči, zmanjšanje oteženega dihanja in s tem povečanje bolnikovih funkcionalnih sposobnosti
 - Uporaba pripomočkov: masator, akapela, flutter, incentivni spirometer



● Elektroterapija

- Predvsem v zdravljenju RZP
 - Laser
 - Bioptron
 - TENS

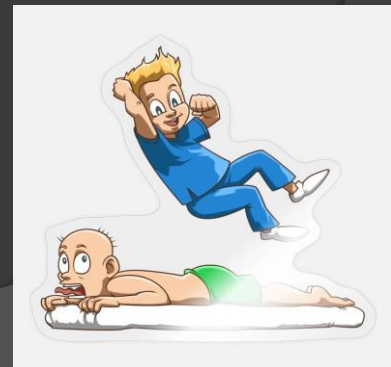
● Lahko se uporablja tudi v preventivi ali v začetni fazi nastanka RZP



● POMEMBNO:

- Rane zaradi katetrov
- Stom
- CPAP mask
- O2 mask
- Kablov

- Zdravljenje ran zaradi pritiska zahteva multidisciplinarni timski pristop. Fizioterapevti sodelujejo z medicinskimi sestrami, zdravniki in dietetiki, da razvijejo celovite načrte oskrbe, ki zagotavljajo, da so vsi vidiki pacientovega zdravja obravnavani za optimalno zdravljenje.



- Preventivne strategije vključujejo redno prestavljanje, uporabo pripomočkov za razbremenitev pritiska in vzdrževanje higiene kože. Fizioterapevti izobražujejo paciente in negovalno osebje o teh strategijah za zmanjšanje tveganja za nastanek ran zaradi pritiska in spodbujanje splošnega zdravja kože.

- Izobraževanje bolnikov in družin o zdravljenju ran zaradi pritiska je ključnega pomena. Fizioterapevti nudijo informacije o negi kože, prehrani in pomenu mobilnosti, s čimer pacientom omogočijo, da prevzamejo aktivno vlogo v procesu zdravljenja.



12 POZNAVANJE PODROČJA OSKRBE BOLNIKA S KRONIČNO RANO MED ŠTUDENTI ZN

Marija Kohek, M.Sc. (Avstrija), dipl.m.s.

Nataša Kreft, dipl.m.s., mag.zdr.-soc.manag

SB M.Sobota

marija.kohek@sb-ms.si

natasa.kreft@sb-ms.si

12.1 UVOD

Zdravstvena oskrba in nega pacientov z rano in njune daljnosežne posledice še vedno predstavljajo izziv za paciente in zdravstveno osebje. Kronične rane so področje zdravstvene dejavnosti, ki predstavlja zaradi obolevnosti velike stroške za pacienta in zdravstvene blagajne (Browning, 2016). S staranjem prebivalstva se povečuje pogostost prekomerne telesne teže in posledično sladkorne bolezni, venske insuficience in različnih kroničnih obolenj. Ocenjujejo, da se bo v državah v razvoju povečalo število pacientov s kroničnimi ranami na 1 do 2 odstotka celotnega prebivalstva (Oliverio et al., 2016). V slovenskem prostoru je Društvo za oskrbo ran Slovenije v letu 2007/10 izvedlo mednarodno raziskavo, s katero so ugotavljali prevalenco razjed na nogi, ki je 1,81/1.000 prebivalcev. To predstavlja 4.400 pacientov s kronično rano. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je leta 2009 objavil raziskavo, s katero so izračunali stroške oskrbe kroničnih ran, ki v slovenskem prostoru obsegajo 3 milijone evrov (Franko, Fakin, 2009). Kronične rane bodo pomembno vplivale tudi na obolevnost in umrljivost pacientov. Zmanjšujejo kakovost posameznikovega življenja in njegovo sposobnost, da optimizira svoj prispevek k družbi. (Tičar, Čuček, Frangež in drugi, 2022).

Navedena dejstva nas dobesedno izzivajo k sistemskemu pristopu ureditve načina formalnega izobraževanja v prihodnosti po vzoru številnih razvitih držav, ki imajo na tem področju specialiste. V Slovenskem prostoru nimamo kurikulumov za formalno izobraževanje s področja oskrbe bolnika s kronično rano. Sicer nekaj vsebin iz tega področja poslušajo dijaki v zdravstveni šoli in pozneje na nekaterih fakultetah, pa je za to področje le kot izbirni predmet. Čeprav so v preteklosti bili že pripravljeni načrti in vsebina za izvajanje specializacije s področja oskrbe bolnika s kronično rano, pa še vedno do realizacije žal ni prišlo. Številne vidike kronične rane tako poudarijo le pri specialnih znanjih za področje enterostomalnih terapevtov in pozneje ob delu na strokovnih seminarjih. Vodilo pri izvedbi te raziskave je bil predvsem cilj ugotavljanja količine teoretičnega znanja študentov ZN in manjka znanja s tega področja pri

izvajanju kliničnih vaj. Dobljeni rezultati bodo podlaga za uvajanje manjkajočih elementov tekom kliničnih vaj študentov, za pridobitev veščin in znanja za delo na tem področju.

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, bolnik s kronično rano, znanje študentov ZN, klinično usposabljanje

METODE: Uporabljena je bila kvantitativna ne eksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

Instrument za izvedbo raziskave je bil standardiziran **anketni vprašalnik** v e obliki (1-KA).

Vzorec anketirancev: Raziskava je potekala na priložnostnem vzorcu študentov dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege ($n = 31$) ene izmed fakultet v Sloveniji.

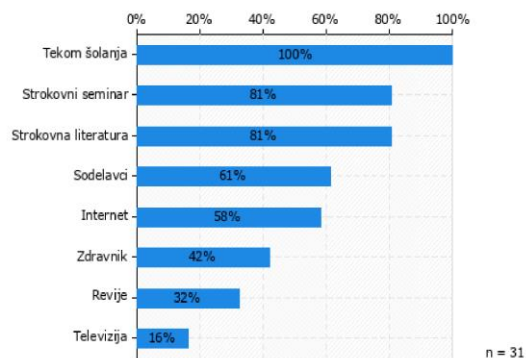
Vzorec spremenljivk : Vprašalnik je vseboval 12 vprašanj s ponujenimi odgovori, 3 vprašanja so zahtevala odgovor s strani anketirancev 1 vprašanje pa je bilo opisno. Spremenljivke so zajemale področje poznavanja bolnika s kronično rano (področje vpliva lastnih in zunanjih dejavnikov na celjenje kronične rane, področje vpliva zdravstveno vzgojnega dela na celjenje kronične rane in področje celostnega poznavanja aktivnosti preventive nastanka RZP).

REZULTATI:

Študenti ZN se za nadaljevanje šolanja na dodiplomskem in podiplomskem področju odločijo v različnih starostnih. Med anketiranci je bilo največ takšnih, ki spadajo v starostno skupino med 19 in 30 let (71%). Med njimi jih 52% ima pred stopnjo izobrazbe iz zdravstvene smeri, ostali delež pripada študentom, ki so se vpisali na študij ZN iz različnih drugih srednje šolskih smeri in programov. Največ (43%) jih je zaposlenih v splošni bolnišnici, 14% v zdravstvenih domovih, 18% v domovih za starejše in kar 25% študentov med anketiranci še ni bilo zaposlenih v zdravstvu.

Anketiranci si znanje za oskrbo bolnika s kronično rano pridobivajo na različne načine, ker kot rečeno nimamo izdelanega celostnega kurikulumu za to področje. Viri pridobivanja znanja, ki jih navajajo anketiranci so navedeni v Grafu 1. Anketiranci so imeli na voljo več možnih odgovorov in ugotovitve nakazujejo, da področje v okviru različnih predmetov predstavijo predavatelji ter, da veliko znanja lahko pridobivajo z udeležbo na strokovnih seminarjih ali s prebiranjem razpoložljive strokovne literature.

Graf 1: Kje lahko pridobite znanje o oskrbi kronične rane? ($N = 31$)

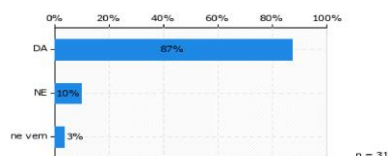


V nadaljevanju nas je zanimalo ali anketiranci poznajo zunanje (tujki, socialni status, kakovost oskrbe, prehrana,...) in notranje dejavnike (imunski status, spremljajoče bolezni, zdravila,...) tveganja, ki vplivajo na celjenje kroničnih ran. Ugotovili smo, da anketiranci v 97% deležu prepoznajo notranje in zunanje dejavnike tveganja, ki vplivajo na celjenje kronične rane. Anketirance smo v nadaljevanju spraševali o pomenu vpliva sodobnih oblog in prehrane na celjenje kroničnih ran. Njihovi odgovori so prikazani v grafu 2,3.

Graf 2: Ali menite, da na celjenje kroničnih ran vpliva samo pravilna izbira sodobne obloge?

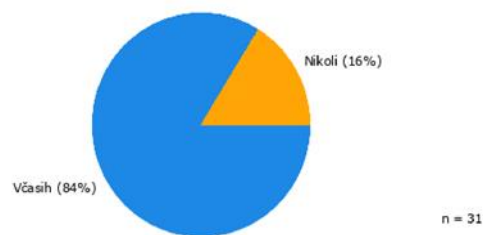


Graf 3: Ali menite, da dietne omejitve v prehrani vplivajo na celjenje kronične rane? (n = 31)



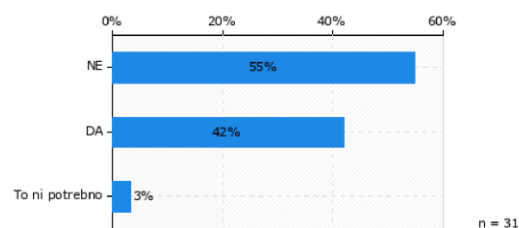
Anketirance smo spraševali katere dietne omejitve lahko vplivajo na celjenje kronične rane. V kar 81% so anketiranci navedli pravilne odgovore. Dobro poznajo pomen ustrezne hidracije pri celjenju kronične rane saj so se v 100% opredelili pozitivno za ta dejavnik, ki ima pomemben vpliv. Pomemben del vprašalnika je bil tudi tisti, ki opredeljuje kvaliteto življenja in zanimanje bolnika za celjenje kronične rane. Anketiranci so na tem področju iz svojih izkušenj in poznavanja odgovarjali na vprašanje: ***Ali menite, da bolniki s kronično rano prosijo za dodatne informacije o dejavnikih, ki vplivajo na celjenje kronične rane?*** (n = 31). Njihovi odgovori so prikazani v grafu 4.

Graf 4: Zanimanje bolnikov za dodatnimi informacijami glede kronične rane



Zdravstveni delavci za učenje novih sodelavcev in za pripravo pisnih navodil potrebujemo strokovno gradivo v vsakem delovnem okolju, ali je to razpoložljivo lahko spoznajo študenti tudi tekom opravljanja kliničnih vaj. Na vprašanje ali jim je to bilo predstavljeno oziroma ali imamo to na voljo so odgovorili kar v 55%, da tega ni na voljo ali v 3%, da to ni potrebno, kot prikazuje graf 5.

Graf 5: Ali imamo zdravstveni delavci v delovnem okolju na voljo pisna navodila za bolnike s kronično rano? (o življenjskih navadah, prehrani, dodatki, ki vplivajo na celjenje, oblogah,...) (n = 31)



Po mnenju anketirancev naredimo oceno prehranskega statusa v kliničnih okoljih samo v 55% bolnikov s kronično rano. Dodatke k prehrani je v praksi po posvetu samostojno naročilo le 32% anketirancev. Zadnje vprašanje je bilo opisno, namenjeno povzetku celokupnega znanja povezanega s pripravo načrta preventive RZP na primeru bolnika. V 77% so anketiranci zajeli ključne dejavnosti v smislu preventive RZP. Najmanjkrat je omenjena ocena po priporočljivi lestvici in individualni pristop.

12.2 DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK:

Na podlagi dobljenih rezultatov presečne študije poznavanje področja oskrbe bolnika s kronično rano med študenti ZN podajajmo odgovore na raziskovalna vprašanja.

Ali imajo študenti zdravstvene nege dobro znanje s področja oskrbe bolnika s kronično rano?

Študenti so na osnovi anketnega vprašalnika izkazali srednje dobro poznavanje področja, kar lahko pripišemo tudi velikemu deležu študentov brez zdravstvene pred-izobrazbe. Največjo

vrzel v znanju ugotavljamo pri poznavanju pomena prehrane, slab prenos znanja v kliničnem okolju za to področje, slabo zavedanje o pomenu ZV delovanja in individualnem pristopu na osnovi ocene stanja po priporočeni lestvici. Tudi avtorji (Kielo, et al., 2019) so v svoji raziskavi, ki so jo izvedli me d213 študenti zdravstvene nege na Finskem ugotovili, da je raven teoretične usposobljenosti diplomiranih medicinskih sester za oskrbo ran pomanjkljiva: odstotek pravilnih odgovorov študentov na testu znanja o oskrbi ran je bil manjši od 50 %, študenti pa so svoje veščine oskrbe ran ocenili kot neustrezne.

Ali študenti poznajo pomen zdravstveno vzgojnega dela in vključevanja bolnika kot enakovrednega partnerja pri oskrbi kronične rane?

Študenti navajajo v več kot 80% deležu, da pacienti včasih prosijo za dodatne informacije in da je na voljo ZV gradivo za to področje v 48%. Iz anketnega vprašalnika žal na osnovi odgovorov ne moremo z zagotovostjo trditi, da je zavedanje o pomenu timskega pristopa in vključevanja bolnikov v celotno oskrbo dovolj prisotno. Ugotavljamo torej, da je v vprašalniku bilo prisotno premalo usmerjenih vprašanj, ki bi nam podale odgovor na to raziskovalno vprašanje.

Študenti pomen tega področja ne poznajo dovolj dobro oziroma ne pripisujejo temu ustrezen pomen.

V raziskavi smo ugotovili, da študenti, ki so sodelovali v anketi, prepoznajo notranje in zunanje dejavnike tveganja, ki vplivajo na celjenje kronične rane, večina jih je tudi poznalo dietne omejitve lahko vplivajo na celjenje kronične rane. Polovica anketiranih študentov je bilo mnenja, da v kliničnem okolju ni razpoložljivega strokovnega gradiva oz. jim ni bilo predstavljeno.

12.3 ZAKLJUČEK

Raziskava s tega področja je v kratkem času doživela še kar dober odziv študentov. Vzrok za pomanjkanje znanja s področja oskrbe kronične rane je lahko tudi v slabem prenosu znanja v kliničnem okolju ali v slabi dovzetnosti študentov za to področje. V kliničnih okoljih je potreben individualni pristop pri delu s študenti s poudarkom na pomenu prehrane in ZV delovanju in predstavitvi strokovnih smernic pri oskrbi pacientov s kronično rano.

Literatura:

1. Browning, P., 2016. Wound care today: Costs and treatments. *British Journal of Healthcare Management*, 22 (12), str. 588–594. –
2. Browning P., White R. J. and Rowell T., 2016. Comparative evaluation of the functional properties of superabsorbent dressings and their effect on exudate management. *Journal of wound care*, 25 (8): str. 452–462.
3. Franko A., Fakin S., 2009: Analiza potrebnih količin za nego kroničnih ran s sodobnimi oblogami. V: Smrke DM, Triller C, Nikolič J, Kiprijanovič I. ur. Zbornik predavanj/ IV. konferenca o ranah z

mednarodno udeležbo: Klinični oddelek za kirurške okužbe; SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, 23. do 24. 4. 2009, Portorož: str. 59–63.

4. *dr. Zdenka Tičar, Igor Čuček, dr. Igor Frangež, Anita Jelen, Irena Jovišić, Tadeja Krišelj, Oti Mertelj, dr. Tanja Planinšek Ručigaj, Gorazd Požlep, dr. Nataša Rigler, Mira Slak, Mojca Tomažič, dr. Vilma Urbančič Rovar, Vanja Vilar, dr. Neli Vintar. Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. MZ, 2022.*
5. *Oliverio J., Gero E., Whitacre K.L., Rankin J., 2016. Wound Care Algorithm: Diagnosis and Treatment. Adv Skin Wound Care;29(2): str.65–72.*
6. *Kielo, E. et al., 2019. Graduating student nurses' and student podiatrists' wound care competence: a cross-sectional study. Journal of wound care, 28(3), pp. 136-145.*

13 PRAVILNO POVIJANJE NOG: TEŽAVE V PATRONAŽNI SLUŽBI

WRAPPING YOUR LEGS PROPERLY: PROBLEMS IN HOME CARE NURSING

Dragica Kreft Plajnšek, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Gornja Radgona

Patronažna služba

dragica.kreft.planjsek@zd-gr.si

13.1 IZVLEČEK

Golenja razjeda je težja oblika kroničnega venskega popuščanja. Ocenjuje se, da naj bi golenjo razjedo imelo 1 % celotne populacije in da naj bi 0,3% populacije imelo odprto golenjo razjedo v določenem času. Zaradi dolgotrajnega zdravljenja predstavlja velik socialni in ekonomski problem. Tradicionalno se golenje razjede zdravijo v večini v ambulantah splošne prakse, zato posledično patronažne medicinske sestre sodelujejo v procesu zdravljenja. Že od nekdaj velja kompresijska terapija kot temelj osnovne terapija venske golenje razjede. Skozi čas je pridobila različne novosti in sodobne materiale, ki bistveno pripomorejo k učinkovitejšemu zdravljenju. Pomembno je, da se kompresijsko povijanje izvede pravilno, saj lahko napačna tehnika povzroči dodatne težave.

KLJUČNE BESEDE: patronažna služba, golenja razjeda, kompresijska terapija

ABSTRACT

Shin ulcers are a more severe form of chronic venous insufficiency. It is estimated that 1% of the general population has a tibial ulcer, and 0.3% of the population has had an open tibial ulcer at some point. This condition poses a significant social and economic problem due to the length of treatment. Traditionally, [shin](#) ulcers are mostly treated in general practice outpatient clinics, with community nurses being involved in the treatment process. Compression therapy has long been considered the cornerstone of basic treatment for [venous ulcers](#). Over time, various innovations and modern materials have been introduced, contributing significantly to more effective treatment. However, it is crucial that compression bandaging is performed correctly, as improper technique can lead to additional complications.

KEYWORDS:

home care nurse, shin ulcer, compression therapy.

13.2 UVOD

Golenja razjeda je pridobljeni kožni manjek, ki lahko sega v različne globine kože, podkožja in še globlje. Kronična golenja razjeda je vsaka rana lokalizirana na goleni in stopalu, ki ne zaceli v šesti tednih. (NHE, 2024). Golenjo razjede delimo na vensko golenjo razjedo (VGR) in mešane oz. arteriovenske razjede (MGL). Do propada tkiva pri venski golenji razjedi pride zaradi kronične venske insuficience v povrhnjih in/ali globokih venah spodnjih udov. Običajno so lokalizirane medialno v spodnji tretjini goleni in so plitve. Dno rane pokrivajo fibrinske obloge z obilo izločka. Dno VGR ni pokrito z mrtvinami. Robovi so nazobčani, okolica je hiperpigmentirana in topla. Prisotna je bolečina, srbečica, eritem in neprijeten vonj. (NHS, 2022)

Mešane oz. arteriovenske razjede Čuček et. Al. (2019) definirajo kot razjede, ki jih povzročajo bolezni ven ob zmanjšani arterijski prekrvavitvi. Pogostost razjed narašča s starostjo posameznika. Pri MGL so lahko izražene klavdikacijske bolečine in vsi znaki venske bolezni. Periferni pulzi so težko tipni. V dnu rane je lahko prisotna nekroza. O'Brien et al. (2012) meni, da so za nastanek MGR dovzetni posamezniki z napredovano aterosklerotično boleznijo. Zaradi težje hoje in posledično neaktivnih mišičnih črpalk prihaja do otekanja stopal in goleni. Stopnjuje se venska hipertenzija, kar privede do zmanjšane dotoka krvi in nastanka nove razjede.

Pri načrtovanju ciljev in intervencij zdravstvene nege mora patronažna medicinska sestra narediti celostno oceno bolnika. Vključiti mora oceno zdravstvenega, psihičnega, socialnega ter ekonomskega stanja. Pri oceni upošteva simptome in težave bolnika. Upošteva prisotnost bolečine, stanje prehranjenosti in druge dejavnike, ki vplivajo na oskrbo rane. Podatke pridobi iz medicinske dokumentacije, negovalne anamneze ter s kliničnim pregledom rane in okolice. Patronažna medicinska sestra se ukvarja s posameznikom, družino in lokalno skupnostjo v obdobjih zdravja ter bolezni. Po naročilu osebnega zdravnika medicinska sestra izvaja nego bolnika na domu. Največkrat po modelu zdravstvene nege Virginie Henderson in Dorotheen E. Orem usmerja posameznika ter družino k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje ter spodbuja k čim hitrejši samooskrbi (Eagle, 2009; povz. po Mertelj, 2014, str. 36–37).

Golenjo razjedo patronažna sestra čisti s tekočo vodo in milom za rane. (Kralj, 1996) Prav tako očisti okolico rane. Parač, Triller in Smrke (2006, str. 72) ugotavljajo, da se preveze ran s

klasičnimi materiali počasi opuščajo. Vilar (2014, str. 45) poudarja, da je za celjenje ran pomembno vzdrževanje vlažnega okolja. Na tržišču obstaja veliko sodobnih oblog, ki vzdržujejo vlažno okolje, spodbujajo rast tkiv, preprečujejo vdor mikroorganizmov iz okolice in so visoko vpojne.

Biotehnološka in farmacevtska industrija nenehno razvija nove tehnologije in terapije celjenja ran. Nove terapije imajo potencial povečanja učinkovitosti zdravljenja in izboljšajo kvaliteto življenja. Vendar večina teh naprednih terapij še nima močnih znanstvenih dokazov o svoji učinkovitosti in stopnja celjenja golenje razjede ostaja za številne bolnike nesprejemljiva. (Aleksandrowicz al.,2021)

13.3 KOMPRESIJSKA TERAPIJA

Nujni del zdravljenja (ob upoštevanju kontraindikacij) je kompresijska terapija. Izvaja se z namenom preprečitve staze v venskem sistemu, povečanjem venskega in limfnega pretoka, zmanjšanjem edema in izboljšanjem delovanja arterijskega sistema. Uporabljajo se kompresijski povoji, kompresijski sistemi in kompresijske nogavice. Izbira metode zunanje kompresije je v rokah zdravnika. Kratkoelastične povoje praviloma nameščajo za to usposobljeno zdravstveno osebje. Dolgoelastične si lahko namestijo bolniki sami. (Tičar et al., 2022)

13.4 OBLIKE KOMPRESIJE

Poznamo različne oblike kompresije. Društvo za oskrbo ran razlike našteje tako:

Dolgoelastični povoji in medicinske kompresijske nogavice se raztegnejo za več kot 100 odstotkov. Izvajajo aktivno kompresijo v mirovanju in med gibanjem.

Kratkoelastični povoji ali sistemi se raztegnejo za manj kot 100 odstotkov in kompresijo izvajajo le ob gibanju, zato so lahko na okončinah nameščeni tudi več dni. Obstajajo lepljivi, nelepljivi in samosprijemljivi (Jarec,2024).

Tabela 1. Prikaz razlike med kratko in dolgoelastičnimi povoji

	Dolgoelastični povoji	Kratkoelastični povoji
Raztegljivost	nad 100 %	do 100 %
Pritiski pod povoji v mirovanju	veliki	majhni
Pritiski pod povojem med mirovanjem	veliki	zelo veliki
Nameščanje povojev	bolniki sami	izkušena oseba
Povoji lahko ostanejo čez noč, tudi do 7dni	NE	DA

13.5 NAVODILA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE BOLNIKOM ZA NAMEŠČANJE DOLGOELASTIČNIH POVOJEV

- Povoj je najbolje namestiti zjutraj pred vstajanjem, v ležečem položaju.
- Povijati začnemo na mestu tik nad prsti in povijamo navzgor.
- Vsak zavoj naj bo dva do 2,5 centimetra čez spodnjega.
- Raztegnjen povoj čez pete in kolena klasasto povijamo navzgor.
- Pritisk naj bo najmočnejši takoj za prsti in okrog gležnja, proti kolenu povijamo bolj narahlo.
- Bolniki naj ga odstranijo najkasneje zvečer, preden ležejo.
- Če čez dan počivajo več kot pol ure, naj ga odvijajo.
- Povoj se pere pri 40 stopinjah Celzija (Avelana,2024)

13.6 NAVODILA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE BOLNIKU, KI IMA NAMEŠČENO KRATKOELASTIČNO KOMPRESIJO

- Prvo povijanje nog je lahko boleče.
- Bolnik naj vzame paracetamol ali protibolečinsko zdravilo, ki ga je predpisal njegov zdravnik.
- Verjetno bo bolnik večkrat odvajal vodo.
- Ko ima bolnik občutek, da je povoj nekoliko pretesen, pomaga, če se sprehodi.
- Povoji se perejo pri 90 stopinjah Celzija.
- Povoj mora bolnik odstraniti, če čuti odrevenelost ali mravljinčenje v stopalih in prstih, ima nenavadne bolečine v nogah, stopalih ali prstih oziroma prsti postanejo otekli, bledi ali modri (Karba 2009).

13.7 TEŽAVE V PATRONAŽNI SLUŽBI, POVEZANE S KOMPRESIJSKO TERAPIJO

Preveza kronične rane je v patronažni zdravstveni negi pogosta storitev in je dolgotrajen proces, pri katerem sodelujejo različni timi. Kot navajajo Green et al. (2014) mnogi bolniki težko spregovorijo o tem, kako jih razjede na nogah prizadenejo. Doživljajo občutke brezupa, saj se rana nikoli ne zaceli dokončno ali pa se ponavlja. Zaradi bolečine so prizadeti vsi vidiki njegovega življenja. Prav tako bolnika skrbi, da bo v breme sorodnikom in se jim bo gnusil. Večino svojih strahov deli s svojo patronažno medicinsko sestro.

- Največkrat bolniki ne razumejo pomena kompresije.
- Zdi se jim, da jim s kompresijo povzročamo dodatno bolečino.

- Velikokrat, ne dovolijo, da jo izvedemo pravilno (želijo si manj močnega povijanja).
- Večkrat jo snamejo predčasno.
- Povoji jim pomenijo veliko finančno breme.
- Težava se lahko pojavi tudi v primeru, če je medicinska sestra premalo izurjena v nameščanju kompresijskih povojev. Ta težava se pojavi predvsem v nameščanju kratkoelastičnih povojev.
- Ob nepravilni namestitvi obstaja možnost zažemanja. Lahko pride do konstrikcije in motenj venskega obtoka. (Kralj, 1996)
- Kompresijsko terapijo se težko uporablja pri bolnikih, ki imajo razjede, ki močno secernirajo.
- Medicinskim sestram izziv predstavlja tudi pomanjkanje znanja o produktih, ki obstajajo na trgu. Tako recimo kratkoelastičnih povojev v kombinaciji s cinkom v našem timu nismo poznale, dokler jih iz bolnišnice ni prinesel eden izmed bolnikov.

13.8 ZAKLJUČEK

Zdravljenje golenje razjede zahteva timsko delo zdravnika, medicinske sestre, patronažne medicinske sestre in specialista. Predvsem je pri zdravljenju pomembno dobro sodelovanje bolnika. Kompresijska terapija ni uspešna, če ni pravilno nameščena in se bolnik ne giblje dovolj.

Z dovolj veliko mero potrpežljivosti in strokovnim znanjem lahko bolniku pokažemo, da je kompresija pomemben element zdravljenja golenje razjede. Zmanjša se edem, manj je sekrecije, rana nima neprijetnega vonja in se celi.

Za uspešno izobraževanje bolnika morajo imeti zdravstveni delavci dovolj znanja, da bolniku podajo informacije na ustrezen in razumljiv način.

Tudi ko se rana zaceli, naše delo še ni končano. Bolnika moramo namreč naučiti, da bo potrebno stalno izvajanje kompresijske terapije. To lahko izvaja z elastičnimi povoji ali kompresijskimi nogavicami. Nogavice morajo biti primerne bolniku, naučiti pa se mora tudi, kako jih obleče.

13.9 LITERATURA

1. Aleksandrowicz, H., Owczarczyk-Saczonek, A., & Placek, W. (2021). Venous Leg Ulcers---. Advanced Therapies and New Technologies. Biomedicines, 9(11), 1569. Dostopno na: <https://doi.org/10.3390/biomedicines9111569> (19. 9. 2024)
2. Avelana. (2024). Kompresijska terapija. Dostopno na: <https://www.avelana.si/storitve/zdravljenje-krcnih-zil/kompresijska-terapija/> (19. 9. 2024)
3. Čuček, I., Frangež, I., Jelen, A., Jovišić, I., et al. (2019). Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. Delovna skupina za pripravo predloga Standardnih postopkov oskrbe akutne in kronične rane. Ministerstvo za zdravje. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministerstva/MZ/DOKUMENTI/Javne-objave/Javne-razprave/Standardni-postopki-oskrbe-akutne-in-kronicne-rane.docx> (19. 9. 2024)
4. Društvo za oskrbo ran. (2024). Kompresijska terapija. Dostopno prek: https://www.dors.si/strokovne-vsebine/kompresijska-terapija/?fbclid=IwY2xjawFSlqBleHRuA2FlbQIxMAABHe095L8oDn9seUk7ZsHS5IMuAPCzzWYDwmAgnxROw1K1oisV7EnIr-leTQ_aem_wSRkPXZvMuRSPNSDTe-QzQ (19. 9. 2024)
5. Green, J., Jester, R., McKinly, R., & Pooler, A. (2014). The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. Journal of wound care, 23(12), 601-612. Dostopno prek: <https://doi.org/10.1111/wrr.12230> (19. 9. 2024)
6. Jarec, E. (2024). 'Kompresivna terapija kod kroničnih venskih ulceracija', Završni rad, Veleučilište u Bjelovaru, citirano: 18.09.2024., <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:144:836843>
7. Karba, A. (2009). Pacient z golenjo razjedo v domačem okolju. [diplomska naloga, Univerza v Mariboru].
8. Kralj, B. (1996). Zdravljenje venske golenske razjede. Obzornik zdravstvene nege, 30: 133–135. Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-OSSF4JKZ> (19. 9. 2024)
9. Maučec Zakotnik, J., Hlastan Ribic, C., Koch, V., Pavčič, M., Hrovatin, B., Šerona, A., eds. (2012). Manj maščob več sadja in zelenjave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
10. O'Brien, J. A., Edwards, H.E., Finlayson, K.J., & Kerr, G. (2012). Understanding the relationships between the calf muscle pump, ankle range of motion, and healing for adults with venous leg ulcers: A review of the literature. Wound Practice & Research, 20(2), 81-85. Dostopno prek: <https://journals.cambridgemedica.com.au/application/files/6516/0515/7687/2002-3.pdf> (19. 9. 2024)
11. National Health Service (2024) Venous leg ulcer .Nhs.uk. Dostopno na: <https://www.nhs.uk/conditions/leg-ulcer> (19. 9. 2024)
12. Parač, Z., Triller, C., Smrke, D. (2006) Sodobne obloge za rane. In: Smrke DM, ed. Sodobni pristop k zdravljenju akutne in kronične rane/I. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2-3. VI. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center, pp. 72–80.
13. Tičar, Z., Čuček, I., Frangež, I., Jelen, A., Jovišić, I., Krišelj, T., Mertelj, O., Planinšek Ručigaj, T., Požlep, G., Rigler, N., Slak, M., Tomažič, M., Urbančič Rovar, V., Vilar, V., & Vintar, N. (2022). Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. Ministerstvo za zdravje. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2023/03/Standardni-postopki-oskrbe-akutne-in-kronicne-rane-2020.pdf> (19. 9. 2024)

14 ZAHVALA ZA POMOČ PRI ORGANIZACIJI DOGODKA

ZA POMOČ SE ZAHVALJUJEMO:



SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA
RAKIČAN, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota



**Strokovno društvo medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja**

Ulica dr. Vrbnjaka 6, Rakičan, 9000 Murska Sobota

Trije koraki za nego in zaščito kože pri inkontinenci

ABENA®

Težave s kožo so žal še danes prepogoste spremljevalke težav z uhajanjem urina in/ali blata. A z ustrezno nego kože v treh korakih lahko omilimo neprijetno in boleče stanje ali ga celo odpravimo. Še bolje pa je, če težave s preventivo povsem preprečimo.

Poškodbe kože, ki se lahko pojavijo ob stiku kože z urinom in/ali blatom ter zaradi trenja kože ob pripomoček za inkontinenco, t. i. inkontinenčni dermatitis, so zelo neprijetno in boleče stanje, ki znatno vpliva na kakovost in udobje življenja.

V izogib bolečim rdečinam in vnetjem je poleg kakovostnih pripomočkov za inkontinenco nujna dosledna in celostna nega kože celega telesa, predvsem pa intimnega predela – v treh korakih.



1. **korak:** Uporaba zračnih pripomočkov za inkontinenco
2. **korak:** Nežno čiščenje kože
3. **korak:** Vlaženje in zaščita kože



Skenirajte QR kodo
in naročite brezplačni
komplet vzorcev za
nego kože!



www.abena-helpi.si | izobrazevanje@abena-helpi.si

Prontosan®



Najboljša izbira pri ranah in opeklinah!

Prontosan® očisti kožo, prepreči okužbe in pospeši celjenje.

Prontosan® raztopina

- za izpiranje in čiščenje
- vseh vrst ran in sluznice (odrgnine, praske, ureznine, preležanine, diabetične in venske razjede)
- opeklin I. in II. stopnje

Prontosan® gel X

- Čisti, vlaži in dekontaminira
- vse vrste ran in sluznice (veče odrgnine, praske, ureznine, preležanine, diabetične in venske razjede)
- opekline I. do IV. stopnje

Prontosan® gel

- hitro ohladi kožo
- pri površinskih opeklinah (sončne, gospodinske, obsevanje)
- pospeši celjenje
- pri odrgninah, praskah, urezninah



Primer oskrite odrgnine z izdelki Prontosan® pri 5 letni deklici.

Najprej so rano izprali s Prontosan raztopino nato so stari 2x na dan nanašali Prontosan gel X.



Izdelki **Prontosan®** pri nanosu ne pečejo, so po odprtju uporabni še 8 tednov in primerni za vso družino.

Na voljo v lekarnah in specializiranih prodajalnah.

BRAUN SHARING EXPERTISE
MEDIS Hospital Care
www.medis.com

2 43070



B-WISE
WOUND CARE ALLIANCE



VISOKA KAKOVOST • UČINKOVITOST

zaloker  zaloker

+PHARMAMED

n o v o x[®]

POMOČ NARAVE PRI CELJENJU RAN.



NovoX[®] Patch

kot tanka poliuretanska pena
uspešno pomaga pri celjenju
površinskih in kirurških ran.



NovoX[®] olje

s tehnologijo postopnega sproščanja
reaktivnih kiskovih spojin pomaga
pri celjenju kroničnih in akutnih ran.

**Tehnologija
postopnega
sproščanja kisika.**

Spletna trgovina



pharmamed.si/novox-izdelki

 **m o s s**

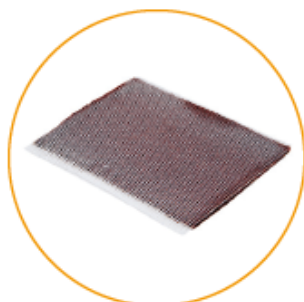


Smith+Nephew

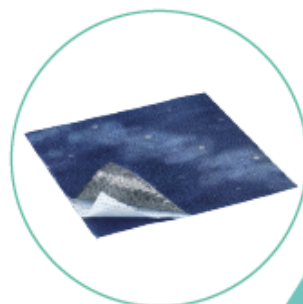
- + Podjetje Kastor Medical Dental ima več kot 35-letno tradicijo pri zastopanju tujih proizvajalcev in je dobro vpeljana na področju medicinskega trga v Sloveniji.
- + Smith & Nephew - izdelki za napredno oskrbo ran.



Renasys ♦



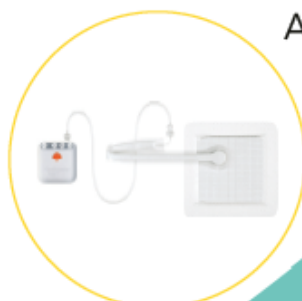
Iodosorb ♦



Acticoat ♦



OPSITE POST-OP
Visible ♦



PICO 7 ♦

KASTOR

medical dental d.o.o.

1000 Ljubljana, Vošnjakova 6, T: +386 1 432 74 00,
F: +386 1 431 83 08, www.kastor-md.si

vivamel

Moja prva izbira

SODOBEN PRISTOP K CELJENJU RAN

OBLOGE ZA RANE

Z MEDICINSKIM KOSTANJEVIM MEDOM



www.vivamel.si

-  **SPODBUJAJO ČIŠČENJE RANE**
-  **DELUJEJO ANTIMIKROBNO IN PROTIVNETNO**
-  **ZMANJŠUJEJO NEPRIJETEN VONJ**
-  **POSPEŠUJEJO CELJENJE RANE**



 **TOSAMA**
Since 1923

VACOpedes
by OPED
DIABETIC

VACOped
by OPED
DIABETIC

**IZRAVNALNI
PODPLAT**

VAKUUMSKA OPORNICA ZA
STOPALO - KRATKA GIBLJIVA -
DESNA / LEVA

MTP ŠIFRA: 0386 / 0387



Brez doplačila.

VAKUUMSKA OPORNICA ZA
STOPALO - VISOKA NEGIBLJIVA -
DESNA / LEVA

MTP ŠIFRA: 0388 / 0389



Brez doplačila.

ZA VAKUUMSKO OPORNICO ZA
STOPALO

MTP ŠIFRA: 0390



Brez doplačila.

AUSG-01-2-S/M/L

**ZDRAVSTVENA STANJA IN DRUGI
POGOJI:**

Zavarovana oseba, ki ima pravico
do vakuumske opornice za
stopalo, kratke gibljive ali visoke
negibljive za eno nogo, ima
pravico do izravnalnega podplata,
za nasprotno nogo.

VETC-01-4-S/M/L

Velikost noge:

S: 35 - 39

M: 39 - 43

L: 43 - 49

oped.si

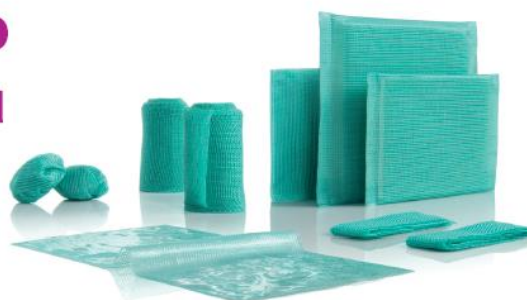
VPTC-01-4-S/M/L

Vsaka opornica se izda za dobo 90
dni. Z možnostjo podaljšanja, pri še
ne zaceljeni rani.

Z vami v času okrevanja.



Sistemiški pristop pri obvladovanju kroničnih in akutnih ran



Obloge za nego kroničnih inficiranih ran **Cutimed Sorbact** z dodatkom **DACC**, ki nepovratno vežejo vase in deaktivirajo patološke mikrobe.

Visokovpojne obloge za nego izredno mokrih ran **Cutimed Sorbion**.

PU pene z mehkim silikonom za brezbolečinsko odstranjevanje **Cutimed Siltec**.

Prozoren obliž za postoperativno rano **Leukomed Control**.

Kontaktne mrežice iz silikona **Cutimed Contact**, mrežice z medicinskim parafinom **Cuticell Classic** in mrežice z Eucerit mazilom **Cuticell**.



ZASTOPNIK ZA SLOVENIJO IN HRVAŠKO
Sanolabor d. o. o.
t 01 585 42 11 | f 01 524 90 33
info@sanolabor.si | sanolabor.si



HARTMANN



Mehkoba, ki se ji
ni moč upreti

RespoSorb® Silicone Border

Zasnovan za preprečevanje zapletov,
povezanih z eksudatom.



Mehak



Vpojen



Učinkovit



Koži prijazen

