



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče o pacienty s kožní chorobou
z cévních příčin**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Markéta Džurná

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s kožní chorobou z cévních příčin“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

Džurná Markéta

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat všem pacientům a sestřám z jednotlivých oddělení, kteří byli velice ochotni mi poskytnout rozhovory. Poděkování dále patří vrchní sestře z kožního oddělení a vrchní sestře z oddělení následné péče za poskytnutí informací a rad k mé bakalářské práci. Na závěr patří velké poděkování vedoucí práce Mgr. Jitce Tamáš Otáskové za cenné rady a ochotu mi pomoci.

Ošetrovatelská péče o pacienty s kožní chorobou z cévních příčin

Abstrakt

Kožní choroby jsou často spojené s poruchami cévního systému. Často bývá porušen cévní systém dolních končetin.

Pro naši práci byly stanoveny dva cíle. První cíl měl za úkol zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin. Druhým cílem bylo zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranou kožní chorobou z cévních příčin. Na základě cílů byly vytvořeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla směřována na sestry i pacienty - Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin? Druhá výzkumná otázka byla také společná pro sestry i pacienty - Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin? Třetí výzkumná otázka byla mířena pouze na sestry - Na jaké oblasti ošetrovatelské péče se zaměřují sestry u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin?

Pro zpracování výsledků byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů. Osloveni byli pacienti s onemocněním bércového vředu a sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči těmto pacientům. Po získání informací o bércovém vředu a ověření na konkrétních případech bylo zjištěno, že pro pacienty je největším problémem bolest, sekrece z rány, zápach a otok. Z výsledků dále vyplynulo, že specifika ošetrovatelské péče jsou v aseptickém přístupu při převazu rány, v péči o bolest a ve správné edukaci pacienta a rodiny.

Dle mého názoru je důležité věnovat pozornost také sociálně kulturnímu dopadu na pacienty, jelikož se prokázalo, že pacienti mají poruchy spánku, trpí sociální izolací a mají pocity méněcennosti.

Práce bude sloužit jako zdroj informací pro studenty nelékařských oborů v odborných předmětech.

Klíčová slova

Bércový vřed; sestra; pacient; specifika ošetrovatelská péče; bolest

Nursing care for the patients with dermatological disease from vascular causes

Abstract

Dermatological diseases are often connected with vascular system disorders. The vascular system of lower limbs is often disturbed.

For our work were chosen 2 goals. The first goal was to find out the specifics of nursing care with chosen dermatological diseases caused by vascular disturbances. The second goal was to find out the most common problems with the nursing of the patients with chosen dermatological disease from vascular causes. On the basis of the goals, three research questions were created. The first research question was targeted on the nurses and the patients – What are the specifics of nursing care of the patients with chosen dermatological diseases from vascular causes? The second research question was joint for both nurses and patients as well – What are the most common problems with the patients with chosen dermatological diseases from vascular causes? The third research question was targeted only on the nurses – On which fields of the nursing work do the nurses focus, when it comes to the patients of chosen dermatological diseases from vascular causes?

For the evaluation of the outcomes was used a qualitative research method of semi structured interviews. For the interviews were selected patients afflicted with gaskin ulcers and the nurses treating these patients.

After obtaining the information regarding the gaskin ulcers and verification on specific medical cases it was identified that the main problems for the patients were pain, secretion from the wound, smell and swelling. It also was identified that the specifics of nursing care according to the interviewed nurses were in the approach to re-dressing the wounds, in taking care of the patient's pain, correct patient's and family's education and in a psychological support for the patient.

In my opinion it is important to pay attention to the social and cultural impact on the patients because it was proven that the patients suffer from sleep disorders, social isolation and feeling inferior to others.

The thesis is going to serve as an information source for the students of professional subjects in non-medical fields.

Key words

Gaskin ulcer; nurse; patient; specifics of nursing care; pain

Obsah

1	Současný stav.....	10
1.1	<i>Bércový vřed.....</i>	<i>11</i>
1.2	<i>Epidemiologie a prevalence.....</i>	<i>12</i>
1.3	<i>Etiologie a patofyziologie bércových vředů.....</i>	<i>13</i>
1.4	<i>Klinické projevy.....</i>	<i>14</i>
1.5	<i>Diagnostika</i>	<i>15</i>
1.5.1	<i>Fyzikální vyšetřovací metody.....</i>	<i>15</i>
1.5.2	<i>Přístrojová technika</i>	<i>16</i>
1.6	<i>Léčba bércových vředů</i>	<i>17</i>
1.6.1	<i>Režimová a preventivní opatření</i>	<i>17</i>
1.6.2	<i>Medikamentózní terapie</i>	<i>18</i>
1.6.3	<i>Hojení bércového vředu</i>	<i>20</i>
1.6.4	<i>Léčba chronických ran prostřednictvím moderních krycích prostředků</i>	<i>21</i>
1.6.5	<i>Kompresivní terapie</i>	<i>24</i>
1.6.6	<i>Chirurgicko-plastická léčba</i>	<i>25</i>
1.7	<i>Kvalita života u pacientů trpících bércovými vředy.....</i>	<i>26</i>
1.8	<i>Práce sestry a specifika ošetrovatelské péče o pacienty s bércovými vředy...27</i>	
1.9	<i>Zásady ošetrovatelské péče o pacienty s bércovými vředy.....</i>	<i>28</i>
2	Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1	<i>Cíle práce</i>	<i>30</i>
2.2	<i>Výzkumné otázky.....</i>	<i>30</i>
3	Metodika práce a výzkumný soubor	31
3.1	<i>Metodika práce.....</i>	<i>31</i>

3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	32
4	Výsledky výzkumného šetření	34
4.1	<i>Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty trpící bércovými vředy</i>	34
4.1.1	<i>Kategorie 1 Základní informace o pacientech</i>	35
4.1.2	<i>Kategorie 2 Poskytovaná ošetrovatelská péče</i>	40
4.1.3	<i>Kategorie 3 Poskytované informace - edukace u pacientů</i>	46
4.1.4	<i>Kategorie 4 Komplikace bércových vředů</i>	50
4.1.5	<i>Kategorie 5 Nejčastější problémy pacientů s bércovými vředy</i>	50
4.1.6	<i>Kategorie 6 Sociálně kulturní dopad onemocnění na život pacientů</i>	52
5	Diskuse	55
6	Závěr	64
7	Seznam použitých zdrojů	66
8	Přílohy	71

Úvod

Bércové vředy se během posledních let řadí mezi civilizační choroby. Nejčastější výskyt se objevuje po páté dekádě života, ale nebývají výjimkou i u mladších pacientů. Na vzniku bércových vředů se v první řadě podílejí rizikové faktory, kterými jsou například kouření, dlouhé stání nebo sezení, či užívání hormonální antikoncepce. Mezi další se řadí onemocnění jako je hypertenze, diabetes mellitus nebo obezita. Při diagnostice bércových vředů hraje velkou roli anamnéza nemocného včetně podrobného klinického vyšetření pohledem a pohmatem dolních končetin. Ke zjištění průchodnosti žil se používá vyšetření duplexním ultrazvukem.

Nemocné bércové vředy zatěžují nejen po stránce zdravotní, ale velmi často i po stránce sociální a ekonomické. Pacienti s bércovými vředy nemusí být vždy hospitalizováni v nemocničních zařízeních. Mohou být v domácím prostředí, obklopeni rodinou, kde ošetrovatelskou péčí vykonávají sestry z domácí péče, které se touto problematikou také zabývají. Zpravidla bývají pacienti dispenzarizováni v odborných ambulancích hojení ran.

Při podrobnějším prozkoumávání tohoto tématu jsem narazila na poměrně velkou skupinu kožních chorob z cévních příčin na dolních končetinách. Zjistila jsem, že do této oblasti se řadí také bércové vředy, se kterými jsem se setkala již při studiu střední zdravotnické školy, ale především během praxe na kožním oddělení v tomto roce. Z tohoto důvodu jsem se pro toto téma rozhodla. Setkala jsem se s pacienty, kteří bývají jednak eliminováni dietním opatřením, protože správná dieta je důležitá pro hojení chronických ran. Velmi často tito pacienti potřebují pomoc při hygienické péči a v některých případech bývají upoutáni na nemocniční lůžko. Byť to není z důvodu toho, že by byli imobilní, ale proto, že nemohou dát dolní končetiny dolu z lůžka nebo nesmí z důvodu onemocnění chodit. Ošetrovatelská péče spočívá především v hygienické péči nemocného, prováděním aseptických převazů prostřednictvím vlhkého hojení ran, v péči o psychický stav pacienta a v neposlední řadě musí sestra dbát na edukaci pacienta a jeho rodiny. Důsledná edukace pacienta je nesmírně důležitá pro vhodnou léčbu a příznivý vývoj bércových vředů.

1 Současný stav

Kožní choroby z cévních příčin jsou nemoci tepen, tepének, kapilár a žil. Velkou skupinu tvoří kožní choroby z cévních příčin na dolních končetinách. Choroby na tomto podkladě jsou časté a postihují osoby již v produktivním věku. Většinou bývají pouze obrazem celkového onemocnění (Slezáková et al., 2014). Broulíková (2010) označuje chronická žilní onemocnění (CVD- z anglického Chronic Venous Disease) na dolních končetinách za celosvětově nejčastější zdravotní poruchy, které postihují velkou část populace západní civilizace.

Slezáková et al. (2014) rozděluje kožní choroby z cévních příčin na nemoci tepen (arterií), mezi které patří arterioskleróza končetinových tepen. Dále na nemoci tepének (arteriol), mezi které patří vasculitis allergica, anafylaktoidní purpura a ulcus hypertonicum. Další skupinou jsou nemoci vlasečnic (kapilár), do kterých jsou dle Slezákové et al. (2014) řazeny teleangiektázie, kapilaritida, livedo a akrocyanóza. Poslední skupinou jsou nemoci žil, mezi které patří varixy, tromboflebitida a ulcus cruris (bércový vřed), kterým se nadále v práci zabýváme.

Pejznochová (2010) popisuje, že vřed je vždy nejtěžším stupněm poškození tkáně u chronické žilní insuficience (CVI), tak i nejčastěji vyskytujícím se vředem. Dle prostudované literatury bylo zjištěno, že bércové vředy patří mezi nejčastější kožní choroby z cévních příčin, proto se jimi v práci nadále zabýváme. Bércové vředy postihují 3-5 % populace. Onemocní spíše ženy než muži a častěji ve vyšších věkových skupinách kolem 70 roku věku (Štork, 2013). Do věkové skupiny 40 let je výskyt bércových vředů u obou pohlaví stejný. Nejčastější výskyt je zaznamenán u žilních bércových vředů, to konkrétně 70 %, u arteriálních je to 10 % a smíšených 20 %. Bércové vředy omezují nemocné v každodenním životě, také v zaměstnání a to bývá spojeno s ekonomickými ztrátami. Léčba bércových vředů je časově i ekonomicky náročná (Herman, 2010). Burda a Šolcová (2016) popisují léčbu vedenou kožním lékařem a chirurgem. Léčba kožním lékařem na rozdíl od chirurga spočívá v odstranění odumřelých částí tkáně a podpoře růstu nových buněk, při této péči se používají různé masti a vlhké obklady. Chirurgická léčba spočívá v odstranění křečových žil.

1.1 Bércový vřed

Stehlík et al. (2012) ve své publikaci definují bércový vřed jako chronický defekt kůže, který se vyznačuje rozpadem tkáně s její nerkotizací zapříčiněnou poruchou trofiky na podkladě zhoršené krevní cirkulace, a to především v oblasti kotníku, jakékoliv části bérce na nártu nebo prstech. Štork (2013) definuje bércový vřed jako tkáňovou ztrátu kůže na bérce či noze vzniklý na podkladě chronické venózní insuficience. Bércový vřed je různě velká lokalizovaná ztráta kožní a podkožní tkáně, případně i jiných hlouběji uložených tkání, která vznikají odloučením nekrózy (Bělobrádek, 2011).

Bércový vřed je dlouhodobé a často recidivující onemocnění. V literatuře Pokorná a Mrázová (2012) je zmínka o zahraniční studii, kde je míra recidivy bércových vředů uváděna jako 26% do jednoho roku a 31% v době od 18 měsíců do remise.

Rozeznáváme tři základní druhy bércových vředů, a to žilní, arteriální a smíšené etiologie. Žilní bércové vředy, které jsou zapříčiněny žilní hypertenzí na podkladě špatné funkce žilních chlopní, žilní obstrukce nebo v důsledku žilního refluxu v souvislosti s chronickou žilní nedostatečností. Vřed se projevuje napětím, bolestivostí, často je přítomna povrchová rána na vnitřní straně dolní končetiny (Dubská, 2013). Defekt má často nepravidelný okraj, produkuje exsudát, vyskytuje se otok, hyperpigmentace či lipodermatoskleróza (Herman, 2010).

Druhým typem jsou arteriální bércové vředy, které vznikají při arteriálních poruchách. Jsou zapříčiněny nedostatečnou perfuzí. Tento typ vředů vzniká zejména u starších pacientů, diabetiků či kuřáků (Vondráčková, 2014). Stejně jako u předchozího typu vředu má i tento svůj typický charakter. Vzhledově jde o kulatý, vyražený tvar, suché až nekrotické, nedostatečně prokrvené lůžko rány, hladký okraj, lesklá až napjatá kůže kolem rány. Typická je bolest po námaze nebo při elevaci končetiny (Dubská, 2013).

Třetím a posledním typem bércových vředů jsou vředy smíšené. Smíšené vředy mají tepennou i žilní příčinu. Často jsou u nich přítomné intermitentní klaudikace a příznaky chronické žilní poruchy. Smíšené vředy se od ostatních liší tím, že se mohou vyskytovat mimo oblast žilních bércových vředů, ale také mohou mít hlubší charakter (Dubská, 2013).

Poškození tkání velmi často zasahuje hluboké podkožní vrstvy. Může zasahovat až ke šlachám a kostem, tím pádem dochází ke zdlouhavému hojení a ke vzniku hluboké rány, která převážně trvá, i při odpovídající léčbě, déle než čtyři týdny. V dnešní době se onemocnění bércevého vředu dostává do popředí medicínské obce, neboť jde o onemocnění lékařsky i ekonomicky náročné (Stehlík et al., 2012). Léčba je interdisciplinární, často se na ni podílí praktický lékař, angiolog, internista, chirurg a především dermatovenerolog (Štork 2013).

1.2 Epidemiologie a prevalence

Převážně u osob vyššího věku je větší incidence bércevého vředu, ovšem nejsou výjimkou ani mladší lidé. Bérceový vřed se podle dostupné literatury vyskytuje u 1 % populace v produktivním věku (Zelenková, 2012). S přibývajícím věkem se prevalence vředu zvyšuje. Ve věkové skupině nad 70 let se pohybuje okolo 4-5 % (Pospíšilová, 2008). Stehlík et al. (2012) uvádějí, že v České republice je 100 000 nemocných s bérceovým vředem a se zvyšujícím se věkem počet nemocných roste.

Hnátek (2014) popisuje Framinghamskou studii, podle které je roční incidence varixů u žen 2,6 % a u mužů 1,9 %. Ukazuje se, že prevalence kožních změn jednotlivých studií se pohybuje v rozmezí 3-13 %. Prevalence bércevého vředu jak aktivního, tak i uzavřeného se pohybuje mezi 1-27 % vyšetřované populace. Poslední průzkumy potvrdily vysoký výskyt chronického žilního onemocnění u české populace a to 8 z 10 pacientů vykazuje subjektivní příznaky a 6 z 10 pacientů objektivní známky onemocnění. Chronická žilní onemocnění byla potvrzena u 70 % pacientů praktických lékařů nad 40 let. Musil (2006) uvádí, že v západní populaci výskyt bérceových vředu narůstá. Během dvou let se varixy vyskytují přibližně u 39 mužů z 1000 a u 52 žen z 1000. Výjimku netvoří ani rozvinuté průmyslové země Evropy a Severní Ameriky, kde je žilní nedostatečnost velkým zdravotnickým, sociálním a ekonomickým problémem. Ve Švédsku bylo zjištěno, že bércevé vředy představují jednu pětinu populace ve věku 65 let a výše, a jejich výskyt rychle roste (Swedish Council on Health Technology Assessment, 2014).

1.3 Etiologie a patofyziologie bérkových vředů

Lazarus (2014) uvádí, že bérkové vředy jsou způsobeny zvýšeným žilním tlakem, turbulentním žilním průtokem a nedostatečným žilním návratem. Vondráčková (2014) uvádí, že přibližně 70 % bérkových vředů je venózního původu, 10 % arteriálního a 10 % smíšeného arterio-venózního. Zbýlých 10 % má jinou etiopatogenezi. Mohou být například komplikací diabetes mellitus, kde se mimo jiné podílí i neuropatie dolních končetin. Často se stává, že se příčiny kombinují, potom jde o vředy z tzv. smíšené etiologie. Bérkové vředy se mnohem častěji vyskytují u žen než u mužů. Rizikových faktorů podporujících tvorbu defektů je velká spousta, patří k nim dědičná dispozice, věk, trombóza, diabetes mellitus, hormonální léčba, vícečetné těhotenství, hypertenze, obezita či některé celkové choroby. Velký význam nemají pouze onemocnění, ale také způsob života jako je kouření, sedavý způsob života, dlouhé stání, nevhodná obuv nebo vysoké podpatky.

Stehlík et al. (2012) připisují méně častý význam také krevním poruchám, jako např. různé anémie, dále poruchám nervového systému, jako je např. roztroušená skleróza, dále poruchám mízního systému, kožního či autoimunním onemocněním. V neposlední řadě mohou bérkový vřed zapříčinit i některá infekční onemocnění, ke kterým patří mykózy, erysipel, syfilis a další. Vzhledem k uvedeným příčinám se toto onemocnění řadí mezi tzv. civilizační choroby. Na vzniku bérkových vředů se podílí také zevní faktory, kterými jsou nejrůznější poškození kůže následkem úrazu, působením extrémně nízkých nebo naopak vysokých teplot, rentgenové záření, při kontaktu kůže s chemickými látkami (Stehlík et al., 2012).

Kalný (2013) popisuje patofyziologii žilních bérkových vředů. Znalosti chronické žilní insuficience a žilního bérkového vředu mají pro diagnostiku a léčbu zásadní význam. Normální hodnota žilního tlaku ve stoje je 80-100 mm Hg, naopak při chůzi v důsledku aktivace žilně-svalové pumpy dochází ke snížení žilního tlaku na 10-20 mm Hg. U pacientů s chronickou žilní nedostatečností dochází k vzestupu žilního tlaku nad 80 mm Hg a dochází ke vzniku žilní hypertenze, která způsobí změny v makrocirkulaci i v mikrocirkulaci. Vzdávající hypertenze se přenáší na kapiláry a vzniká kapilární

hypertenze, ta poškozují kapiláry s jejich následnou hyperpermeabilitou, dochází k edému a tkáňové hypoxii, která vede až ke vzniku žilního bércevého vředu.

1.4 Klinické projevy

Baručáková a Vantuchová (2010) uvádějí, že pacienti s žilními bércevémi vředy udávají pocity těžkých nohou, noční křeče, bolest a pocit úlevy po elevaci končetin. Herman a Musil (2011) popisují nejčastější lokalizaci bércevéch vředů v okolí vnitřního kotníku. Bércevé vředy mohou být různé velikosti, od drobných vředů až po velké, které jsou po celém obvodu distální třetiny až poloviny bérce. Zároveň mohou být vředy také mnohočetné, na obou končetinách současně. Herman (2010) uvádí, že fibrotizace kůže i podkoží může být velmi rozsáhlá, a v některých případech není možné rozlišit podkožní tukovou vrstvu a kůže je spojena s bérceovou fascií. Odborně se tento stav nazývá lipodermatoskleróza. Baručáková a Vantuchová (2010) rozlišují vředy primární a posttrombotické. Vředy primární bývají zpravidla menší s měkkou spodinou, naopak posttrombotické vředy jsou hluboké, rozsáhlé, často cirkulující, často s nepravidelnými okraji.

Podle Pospíšilové (2008) mají posttrombotické vředy exsudativní charakter, povleklou spodinu a bývají s rozsáhlým edémem postižené oblasti. Tyto druhy vředu se vyskytují s jistou latencí po předcházející flebotrombóze a je pro ně typická dlouhá doba hojení. Bércevé vředy bývají doprovázeny dalšími kožními změnami, které mohou zkomplikovat jejich hojení. Častou komplikací u nemocných s bércevémi vředy je erysipel (Nováková, 2011).

Bělobrádek (2011) uvádí, že na rozdíl od žilních bércevéch vředů bývají tepenné vředy silně bolestivé, vícečetné a menší. Nejčastěji se tepenné vředy objevují pretibiálně a laterálně na bérce, ale také na nártch, prstech i patách.

1.5 Diagnostika

Musil (2006) přiznává, že klinicky posoudit žilní onemocnění dolních končetin a rozpoznat jej od jiných nozologických jednotek bývá obtížnější než zhodnotit onemocnění tepen. Musíme věnovat velkou pozornost při odběru anamnézy a myslet na to, že příznaky žilní nedostatečnosti jsou nespecifické a mohou být i proměnlivé.

1.5.1 Fyzikální vyšetřovací metody

Rozehnalová et al. (2008) považují za stěžejní správnou anamnézu pacienta. V rodinné anamnéze je důležité se zaměřit na onemocnění žil a přítomnost bércových vředů u příbuzných. Z osobní anamnézy jsou důležité především ischemické choroby, diabetes mellitus, hemeroidy, nádory nebo krevní onemocnění. U žen se soustředí na počet porodů a užívání antikoncepce. Neméně důležitá je také pracovní anamnéza, kdy se zjišťuje od pacienta dlouhodobé stání nebo sezení, kouření či alkohol.

Při klinickém vyšetření pohledem je důležité posoudit celkový stav pacienta. Věnuje se pozornost především konstituci nemocného, výživě, tělesným deformitám, morbiditám a případně dalším chorobám pacienta. Zaměřujeme se především na dolní končetiny nemocného, následuje palpační vyšetření, kdy se zhodnotí konzistence otoků, teplota a napětí kůže, infiltráty či otvory ve fasciích. Za předpokladu samotného vzniku bércového vředu je nezbytně nutné popsat lokalizace, velikost, okraje, jak vypadá spodina, zda je například povleklá, nekrotická nebo může být epitelizující. Dále je důležité popsat sekreci z rány, zápach či změny v okolí (Navrátil et al., 2008).

Také Musil (2006) uvádí, že je nezbytně nutné pátrat také po varixech, otocích a trofických změnách na kůži a po jizvách, které zůstaly po předešlých operacích varixů. Palpací lékař posuzuje lokální teplotu, charakter otoku, infiltraci, bolestivost a v poslední řadě také periferní pulzaci dolních končetin. Klinické vyšetření se často doplňuje o hematologické a biochemické vyšetření (Rozehnalová et al., 2008).

1.5.2 Přístrojová technika

Vondráčková (2014) zahrnuje do diagnostiky kromě hematologických, hemokoagulačních, zánětlivých parametrů také komplexní cévní vyšetření, vyšetření žilního i arteriálního systému dolních končetin neinvazivními metodami. S touto skutečností se ztotožňuje také Kalný (2013), který popisuje zásadu, že každý nemocný se žilními bércovými vředy by měl být indikován k vyšetření duplexní sonografií žil a tepen, které jsou nezbytné pro přesné informace. Cílem diagnostického vyšetření je potvrzení refluxů či uzávěrů periferního žilního systému, tak i hlubokého žilního systému.

Karetová et al. (2014) vidí hlavní úlohu duplexní sonografie v určení průchodnosti žilního řečiště, upřesnění anatomických poměrů a prokázání lokalizace a velikosti varixů. V zásadě platí, že čím větší a delší je reflux, ať již v povrchovém nebo hlubokém žilním systému, či je rozsáhlejší obstrukce hluboké žíly, tak je nemoc závažnější. Baručáková a Vantuchová (2010) kromě neinvazivních, sonografických vyšetření (Doppler, Doppler Duplex), jmenují i digitální fotopletysmografii (D-PPG), kterou se zjišťuje vyšetření funkční zdatnosti svalově-žilní pumpy. Přístrojové vyšetřovací metody nejsou pouze neinvazivní.

Mezi zástupce invazivních se řadí flebografie, isotopová flebografie, arteriografie či lymfoscintigrafie. Úkolem sestry je předložit nemocnému informovaný souhlas s léčebným/diagnostickým výkonem, zajistit laboratorní vyšetření krve, dále je nezbytné přizpůsobit úpravu medikamentózní terapie dle ordinace lékaře. Za předpokladu invazivních vyšetření sestra zajistí a zkontroluje lačnění, je-li to nutné, vyjmutí zubní protézy, zajistí opět informované souhlasy a zajistí převoz nemocného s jeho dokumentací na požadované vyšetření (Kelnarová et al., 2009).

1.6 Léčba bérceových vředů

Podle názoru Stehlík et al. (2012) spadá bérceový vřed podle diagnostiky a léčby do rukou dermatologa, potažmo cévního chirurga. Bérceový vřed vyžaduje mezioborovou spolupráci, proto zde mají také své nezastupitelné místo praktický lékař, internista, diabetolog, geriatr, chirurg, klinický psycholog a jiní odborníci. Navrátil (2008) popisuje, že léčba musí být zaměřena na příčinu onemocnění, stav rány a celkový stav organismu pacienta. Léčba musí být vždy komplexní a musí zahrnovat léčbu všech interních chorob, kterými pacient trpí včetně správné výživy a hydratace. Péče musí být poskytována tak, aby zajišťovala pacientům nejvyšší možnou kvalitu života ve všech jeho dimenzích (Cetkovská et al., 2010). Herman a Musil (2011) zastávají názor, že bérceový vřed představuje tvrdý terapeutický oříšek, neboť vředy nevykazující ani po třech měsících intenzivní léčby tendenci k hojení. Tento stav bývá označován jako rezistentní vůči terapii, bývá tomu tak zhruba u 20 % případů. Při léčbě bývá důraz kladen na lokální a kompresivní léčbu doplněnou režimovými opatřeními. Bérceové vředy se vedle diabetických ulcerací, dekubitů, vaskulitidám ulcerózně se rozpadajícím, rozsáhlým popáleninám, amputačním pahýlům a ostatním per secundam hojícím se ranám, řadí mezi chronické rány (Pospíšilová, 2012). Léčba u pacientů s bérceovými vředy zahrnuje komplexní přístup a zahrnuje eliminaci veškerých faktorů, které ovlivňují hojení ran. Vždy je třeba k nemocnému přistupovat individuálně a zohlednit jeho celkový stav (Baručáková a Vantuchová, 2010).

1.6.1 Režimová a preventivní opatření

Správná edukace a preventivní opatření jsou nezbytnou součástí léčby. Pacienta a jeho rodinu sestru nezbytně edukuje o způsobu ošetřování, ale také o režimových opatřeních a tím zajistí lepší spolupráci a usnadní i průběh hojení. Prevence se zaměřuje na odstranění rizikových faktorů. Měla by zahrnovat správnou kompresivní péči, mobilitu, redukci hmotnosti pacienta a omezení kouření (Rozeňalová et. al., 2008).

Podle Pokorné a Mrázové (2012) je v péči o diabetické a arteriální ulcerace vždy zásadní prevence, podpora průtoku krve cévami dolních končetin a eliminace

rizikových faktorů. Mezi rizikové faktory, které zhoršují lokální poměry prokrvení končetin, řadíme kouření, obezitu, trvalou – statickou zátěž, kompenzaci diabetu, užívání hormonální antikoncepce, větší počet těhotenství, dědičné dispozice, proběhlý zánět v hlubokém žilním systému, trombózu, věk, pohlaví, výskyt žilních onemocnění a bércových vředů v rodině (Nováková, 2011). Musil (2011) popisuje zásadní význam v léčbě eliminace žilní hypertenze tím, že dosáhneme elevace končetiny. Elevací končetiny zmenšujeme otok a zlepšujeme celkovou hemodynamiku v dané žilní oblasti.

Do režimových opatření se také řadí fyzioterapie, především Herman a Musil (2011) popisují intenzivní trénink chůzí, zlepšování pohyblivosti kloubů, polohování dolních končetin, manuální lymfatickou drenáž a intermitentní pneumatickou kompresi. Pokorná a Mrázová (2012) považují za nezbytné zdůraznit, že u pacientů, kteří trpí ulceracemi arteriálního původu je významná prevence poranění a zajištění tepelného komfortu, podpoří se tak průtok krve a okyslíčí periferní tkáň. Naopak u pacientů s bércovými vředy žilní etiologie se nedoporučuje pobyt ve vysokých teplotách (sauna, horké lázně, koupele). Köbel (2011) zdůrazňuje, aby se pacienti vyhýbali dlouhému stání či sezení, vhodná je naopak aktivizace svalů zejména chůzí, rychlou chůzí, jízdou na kole, plaváním apod. Nezbytně nutná je redukce nadváhy a dodržování správné výživy a hydratace. Nesprávná výživa se dle Köbela (2011) často odráží v procesu hojení rány. Pokorná a Mrázová (2012) tvrdí, že je důležité zahrnout do jídelníčku stravu bohatou na proteiny, vitamíny, minerály a stopové prvky.

1.6.2 Medikamentózní terapie

Bylo zjištěno, že existuje jen omezené množství studií, které by jednoznačně potvrzovaly vliv venoaktivní látky na hojení bércových žilních vředů. V této souvislosti je známá metaanalýza od Colerdige-Smith z roku 2005, která popisuje zlepšení hojení defektu o 32 % v intervalu 6 měsíců, za předpokladu, kdy byla konvenční terapie doplněna o léčbu MPFF diosminu a hesperidinu. Nejlepší efekt byl zaznamenán u defektů v rozměru 5-10 cm². Obdobné závěry popsali i čeští autoři v publikaci z roku 2003, kdy prokázali zkrácení doby hojení o jeden měsíc (Hnátek, 2014).

Pejznochová (2010) popisuje, že pacienti s bérčovými vředy musí dodržovat ordinace lékaře. Zde vyplývá, jak je důležitá spolupráce mezi sestrami a lékaři, neboť sestry jsou v přímém kontaktu s pacienty a lékař se také musí spoléhat na informace, které se sestry dozívají nebo pozorují při ošetrovatelské péči.

Při konzervativní léčbě žilních bérčových vředů se používá skupina léků označující se jako flebotonika. Mezi jejich zástupce se řadí například Daflon, Detralex nebo Cyklo 3. Tato skupina léků má zejména podpůrný význam. Podpůrná úloha spočívá v inhibici zánětlivé interakce leukocytů/endotelu chlopní a žilní stěny, dále zvyšují žilní tonus, zlepšují mikrocirkulaci snížením hyperpermeability kapilár, tím dochází k ústupu až k vymizení edému a hypoxie (Kalný, 2013). Broulíková (2010) také popisuje důležitost farmakologické léčby. Na rozdíl od Kalného, který popisuje flebotonika, uvádí venofarmaka, které pozitivně ovlivňují stav žilního systému. Tato skupina léků má vliv jak na mechanické, tak i humorální faktory, které mají vliv při rozvoji a progresi žilního onemocnění. U některých venotonik bylo na základě klinických studií potvrzeno i rychlejší hojení bérčových žilních vředů.

Ukázalo se, že není prokázáno, zda systémová antibiotika zlepšují rychlost hojení vředů a tím pádem by se jejich používání mělo omezit výhradně na vředy s klinicky zřejmou celulitidou (Pejznochová, 2010). Dále se antibiotika využívají při léčbě erysipelů, flegmón a sekundárních superinfekcí. Další skupinou léčiv jsou vazodilatancia, která zvyšují permeabilitu erytrocytů, zlepšují perfuzi ve tkáních a také snižují viskozitu krve. Při léčbě flebotrombóz se užívají antiagregancia. Při léčbě flebitid je používají nesteroidní antirevmatika. Dále se farmakoterapie využívá při přidružených interních nemocech. Nutné je neopomenout analgetika, neboť bolest je pro nemocné velmi stresující a tím pádem může zapříčinit pomalejší hojení a také horší komplikace pacienta (Rozehnalová, 2008).

1.6.3 Hojení bércového vředu

Zelenková (2012) popisuje, že léčba bércového vředu začíná odstraněním přípravku, který byl naaplikován u předchozího ošetření rány. Dále pokračuje pečlivé omytí a následně vlastní léčení. Konkrétně by se léčba dala rozdělit do tří fází. První je vyčištění spodiny vředu a odstranění nekrotické tkáně. Druhá fáze zahrnuje podporu tvorby granulací a třetí se týká podpory epitelizace.

První fáze bývá také označována jako exsudativní. Tato fáze se projevuje jako komplexní obranná reakce organismu na nejrůznější noxy. Vazodilatace, zvýšená permeabilita cév a také dochází k mnoha chemotaktických faktorů umožňující migraci neutrofilů a makrofágů do místa rány. Tam fagocytují buněčný detritus, cizorodý materiál a buněčné zárodky. V tom samém okamžiku secernují mediátory zánětu, cytokiny, růstové faktory a další chemotaktické faktory, které mají vliv na aktivaci buněk nezbytných k hojení. Dochází k uvolňování proteolytických enzymů, které rozvolňují poškozenou a devitalizovanou tkáň (Pospíšilová, 2008).

Pospíšilová (2012) popisuje druhou fázi jako proliferační, někdy se jí také říká granulační. V této fázi dochází k proliferaci buněk, kdy cílem je vytvoření nových cév a vyplnění defektu granulační tkáně. Velkou úlohu zde mají také cytokiny a růstové faktory. Buňky cévního endotelu, které jsou podporovány růstovými faktory, se rozdělují a vytváří puky, ty se větví v klubička a spojují větší cévy. Defekty se začínají vyplňovat novou tkáně. Začíná se vyvíjet granulační tkáň, která představuje “lůžko” pro následnou epitelizaci.

Poslední fáze hojení jsou diferenciační a reepitelizační. Poslední fáze zahrnuje jak migraci, proliferaci, tak i diferenciaci buněk za pomoci růstových faktorů a vyzrání kolagenních vláken. V poslední fázi dochází ke konečné přestavbě epidermis s jednotlivými vrstvami a funkcemi. Současně probíhají také změny ve škáře a původní rána se mění v jizevnatou tkáň, ta je méně pružná a je označována jako riziková (Pospíšilová, 2010).

Hojení ran nemusí postupovat přesně podle třífázového, časově ohraničeného limitu, ale v důsledku příčin, které mají vliv na vznik rány, může být hojení ran nekompletní,

nekoordinované, některé fáze mohou být prodlouženy (Pospíšilová, 2012). Také Žuffová-Kunčová (2007) potvrzuje, že při lokální léčbě bércových vředů hrají důležitou roli místní faktory, kterými jsou krevní zásobení, rozsah, hloubka či lokalizace postižené oblasti. Prokrvení hraje důležitou úlohu, při jeho poruše, dochází k deficitu kyslíku, jenž je pro hojení nezbytný. K dalším faktorům patří například přítomnost infekce, cizí tělesa v ráně, dehydratace tkáně, či výkyvy teplot. Období hojení chronických ran je dlouhé, proto je v současné době toto označení nahrazováno na základě doporučení vědeckého výboru konference EWMA na označení nehojící se rána, který lépe vystihuje problematický průběh hojení ran (Pospíšilová, 2012).

1.6.4 Léčba chronických ran prostřednictvím moderních krycích prostředků

Moderní krycí prostředky se používají k lokální terapii bércových vředů. Tyto prostředky jsou netoxické, hypoalergenní a vyvinuté na základě nejnovějších informací o hojení ran. Jejich hlavním cílem je zajistit vlhké prostředí, to vytváří přirozené prostředí pro léčbu vředů. Moderní krycí prostředky mají různou konzistenci a materiálové složení, s nimiž se sestra musí naučit pracovat. Za předpokladu, že jsou prostředky správně indikovány, urychlí se hojení, sníží počet převazů, sníží se i celkové náklady spojené s léčbou a zmenšují utrpení nemocného (Pospíšilová, 2008).

Rozehnalová et. al. (2008) popisuje konkrétní skupiny obvazových materiálů a jejich využití. Mezi moderní prostředky se řadí enzymatické preparáty, které mají účinek pouze ve vlhkém prostředí a odstraňují patofyziologicky změněnou a nekrotickou tkáň. Řadí se mezi alternativní metody čištění ran.

Další skupinou jsou hydrogely. Jejich úkolem je odstraňování nekrotických a fibrinových povlaků a suchou nekrotickou tkáň rehydratují a tím podporují její demarkaci. Jejich nespornou výhodou je, interval převazů, neboť se provádí jednou za 2 až 4 dny. Hydrogely se používají v kombinaci s filmovými či neadherentními obvazy, s aktivním uhlím nebo antiseptickými obvazy (Pokorná a Mrázová, 2012).

Pospíšilová (2008) popisuje prostředky s aktivním uhlím, které se využívají u silně secernujících ran v období čištění a granulace. Nespornou výhodou je, že z rány kromě sekretu pohlcují také bakterie, ránu čistí a navíc redukuje zápach. Jako u hydrogelů, mohou být i tyto přípravky ponechány několik dní.

Rozehnalová et. al. (2008) popisuje jako další prostředky léčby algináty. Ty tvoří absorpční alginátová vlákna z mořských řas. Tento prostředek má zároveň bakteriostatický a hemostatický účinek. Určené jsou především pro silně až středně exsudativní rány ve stádiu čištění granulace. Opět mohou být na ráně ponechány delší dobu, konkrétně 2-5 dní.

Pospíšilová (2010a) popisuje léčbu bércových vředů prostřednictvím Xe-Derma. Tento prostředek byl uveden na trh v roce 2007. Jedná se o sterilní biologický kožní kryt, který je vyrobený z prasečích kožních štěpů, ze kterých je odstraněna epidermis a zbylé, imunologicky aktivní buňky dermis. Tento prostředek je vhodný k léčbě akutních chronických ran jako dočasný kryt, akcelerující hojení ran. Pospíšilová (2010a) na dvou pacientkách s bércovými vředy demonstruje zlepšení stavu ulcerace po použití prostředku Xe-Derma, po předchozí neúspěšné léčbě četnými moderními prostředky.

Rozehnalová et. al. (2008) popisuje antibakteriální a antiseptické obvazy, které obsahují antiseptickou nebo antibakteriálně účinnou látku. Používají se preventivně k řešení infekcí u mírně secernujících ran, na rozdíl od ostatních exsudát neabsorbují. Často obsahují stříbro, neboť má široké spektrum účinků na více než 150 mikrobiálních kmenů, anaerobů a bakterií včetně multirezistentních kmenů MRSA a VRE, kvasinek či řas. Převazy se u tohoto prostředku provádí denně nebo obden.

Pospíšilová (2010c) popisuje hydropolymerové obvazy a pěnové polyuretanové krytí. Hydropolymerová krytí toho mají hodně společného s hydrokoloidy, používají se k léčbě středně až silně secernujících defektů. Pěnová polyuretanová krytí mají drenážní schopnost a velkou sací kapacitu. Přiložení těchto prostředků má příznivý vliv na granulaci a epitelizaci.

Pokorná a Mrázová (2012) popisují hydrokoloidy, jejichž hlavním účelem je podpora granulace. Tento prostředek je jeden z nejstarších materiálů využívaných při vlhkém

hojení ran. Kontraindikací při volbě hydrokoloidů je přítomnost nebo vysoké riziko výskytu infekce v ráně. Jejich nevýhodou je charakteristický zápach při jejich používání.

Rozehnalová et. al. (2008) uvádí další dva prostředky, kterými jsou pěnová silikonová krytí a kolagen. Prostředky se silikonovým krytím absorbují nadbytečný exsudát. Využívají se u defektů bez secernace nebo jen se střední secernací, narušenou kůží, podrážděným okolím nebo na velké plochy. Nesmí se používat u infikovaných ran. Kolagen podporuje proces hojení u stagnujících ran. Stejně jako u předchozího prostředku se používají na suché nebo slabě secernující neinfikované rány.

Pospíšilová (2010d) popisuje transparentní polyuretanové krytí, mají měkkou, elastickou a samolepící schopnost. Jejich nespornou výhodou je nepropustnost pro vodu. Mezi jejich účinky patří ochrana povrchu rány, tvoří bariéru proti bakteriální kontaminaci a zároveň udržují vlhké prostředí defektu. Používají se především při léčbě suchých nebo mírně secernujících defektů.

Rozehnalová et al. (2008) popisuje další prostředky, mezi které patří neadhezivní kontaktní krytí a absorpční krytí. První z prostředků je určen pro suché až silně secernující rány ve fázi granulace a epitelizace, u kterých je nezbytně nutné omezit exsudát a předejít přilepení obvazu k ráně. Opět i u tohoto prostředku se prodlužuje doba převazování. Interval je 3-5 dnů. Absorpční prostředky jsou kompresivní čtverce z netkaného materiálu. Jejich využití je především u primárního ošetření silně secernující a krvácející rány, jeho využití najdeme i sekundárním krytí rány.

Pospíšilová (2010b) uvádí kombinované preparáty. Jak už samotný název napovídá, jedná se o krytí, které je složené ze dvou a více materiálů a jejich účinky se vzájemně potencují.

1.6.5 Kompresivní terapie

Bissaco (2017) uvádí ve své studii, že úloha kompresních punčoch v léčbě chronických žilních onemocnění byla dostatečně prokázána. Pro pacienty s bércovými vředy je vícevrstvý obvaz standardem péče. Správná kompresivní terapie má nesmírný vliv na mikrocirkulaci, to se projevuje snížením kapilární filtrace, zvýšením lymfodrenáže a stimulace endogenní fibrózy. Pro vhodnou kompresi je vhodné použít kompresivní elastické punčochy, konkrétně druhou kompresivní třídu, pro optimální kompresi je lepší třetí kompresivní třída s vyšším obsahem bavlny, neboť jsou více pevné a tím pádem kladou výraznější odpor při pohybu a zvyšují efekt na mikrocirkulaci (Navrátilová, 2015).

O tom, jaké prostředky ke kompresivní terapii používáme, ovlivňuje celá řada faktorů. Vliv hraje stav chronické žilní insuficience, fáze a průběh nemoci, spolupráce pacienta a v neposlední řadě stav a rozměry končetiny. Na základě těchto faktorů se rozhodujeme mezi obinadly či kompresivními elastickými punčochami. V prvotní fázi onemocnění se volí obinadla, naopak při dlouhodobé léčbě chronicky nemocných se využívají kompresivní punčochy. Základní druhy obinadel jsou krátkotažná a dlouhotažná (Karen, 2007).

Krátkotažná obinadla je možné nechat na dolních končetinách i přes noc, dokonce i několik dní. Obvaz musí být na končetinu správně přiložen. Sestra začíná s přikládáním obinadla na hřbet nohy, dále je obvaz veden přes patu a hlezenní kloub až po koleno, případně lze obvaz přiložit i na stehno. Je nezbytně nutné, aby byla pata překrytá obvazem. Jednotlivé otáčky při přiložení se musí překrývat, nejvhodnější je používat otáčky spirálové či klasové. Tak musí být největší v oblasti kotníků, přes lýtko směrem ke kolenu s klesající intenzitou přiložení. Zásadou je, že obvaz při chůzi neškrtí a tvoří jakousi oporu při chůzi (Pospíšilová, 2008). Naopak dlouhotažná obinadla se používají pouze ke krátkodobé bandáži zvláště při pohybu. Neponechávají se na končetině v období klidu, na noc se odstraňují. Po stabilizaci stavu i k dlouhodobé léčbě je možné použít i kompresivní elastické punčochy. Kompresivní elastické punčochy jsou k dostání ve čtyřech kompresivních třídách (Karen, 2007).

Zatímco u pacientů s žilními bérčovými vředy jde o podpůrnou terapii, u nemocných s poruchami periferního prokrvení a s bérčovými vředy arteriálního původu je léčba prostřednictvím kompresivní terapie kontraindikována. Pro léčbu arteriálních bérčových vředů lze využít přístroje Vasotrain se střídavými fázemi přetlaku a podtlaku (Pospíšilová, 2010d).

Kompresivní terapie není vhodná pro všechny nemocné. Tato léčba je kontraindikována u nemocných, kteří trpí dekompenzací a selháváním srdce, neboť může dojít k přetížení srdce. Dále je nezbytná opatrnost u nemocných s ischemickou chorobou dolních končetin při hodnotě periferních tlaků pod hranici 80 mmHg. Mezi další kontraindikace patří také septická sepse (Karen, 2007).

1.6.6 Chirurgicko-plastická léčba

Možnosti chirurgicko-plastické léčby volí pacienti až po selhání primární terapie, kdy lokální léčba klasickými nebo moderními převazovými materiály nepřinesla žádané výsledky (Krajíček, 2007). Nemocní vyhledávají tento způsob léčby i za předpokladu uspokojivé lokální terapie, při které se docílí čisté granulace spodiny defektu, s prognózou dlouhého spontánního hojení defektu (Stehlík et al., 2012). Dalším důvodem pro využití chirurgické léčby je zmírnění nebo odstranění příčiny defektu. Často se používá sklerotizace varixů v okolí bérčových vředů, dále se častěji přistupuje k řešení žilního než tepenného systému. Zevní léčba je v některých případech prováděna také chirurgicko-plastickými metodami. Kožní štěpy lze využít pouze u stagnujících čistých ran s vhodně připravenou spodinou. Nejčastěji se používají dermoepidermální autoštěpy, nazývané také jako meshgrafty. V ojedinělých případech lze také použít kultivované epiteliární štěpy z autogenních nebo alogenních keratinocytů. V neposlední řadě lze využít také bioinženýrsky připravené kožní náhrady či růstové faktory. (Rozehnalová et al., 2008).

Dubská (2013) uvádí, že chirurgická léčba žilných bérčových vředů závisí na žilním systému. Za předpokladu rozsáhlých uzlovitých varixů je na místě vhodná ligace a stripping kmene sapheny, přerušování perforátorů. U arteriálních bérčových vředů je

základem obnova cévního zásobení, je vhodné tedy přistoupit k angiografii či k revaskularizačním výkonům, v některých případech i k odstranění neživé tkáně. V případě vředů smíšených se jedná o stejný chirurgický zásah jako u předcházejícího případu, tedy odstranění neživé tkáně. Kalný (2013) uvádí, že průměrný věk operovaných mužů je 57 let, u žen je tomu 61,6 let.

1.7 Kvalita života u pacientů trpících bércovými vředy

Kvalitu života je těžké definovat, neboť zahrnuje poměrně širokou škálu oblastí zkušeností člověka. Jedná se o oblasti od fyzických funkcí až po oblasti týkající se dosahování životních cílů či prožívání osobního štěstí. Problematika kvality života je zkoumána až v posledních letech a to v několika vědních odvětví např. v medicíně, ošetrovatelství, filozofii, sociologii, psychologii a mnoha dalších oborech. (Slonková, 2012).

Výzkum kvality života započal v systému zdravotní péče v sedmdesátých letech minulého století a byl rámcován dvěma faktory. První faktor byl farmakoekonomický, kdy se jednalo o hodnocení finanční nákladnosti a efektivit léčby. Druhý faktor se zaměřoval na dopad terapeutických činností na zdravotní stav pacienta. Od osmdesátých let se začal používat koncept HRQoL, první byl použit autory Kaplanem a Buschem. V ošetrovatelství našlo HRQoL využití v oborech jako onkologie, psychiatrie, geriatric, ošetrovatelská péče o pacienty s kardiologickým či kožním onemocněním (Gurková, 2011).

Hodnocení kvality života je důležité nejen v dermatologii, ale také v ostatních oblastech medicíny. Ke zjišťování kvality života se používají dotazníky. Pro určitou skupinu pacientů s konkrétní nemocí jsou vytvořené speciální dotazníky. V dermatologii se používá především Dermatologický index hodnocení kvality života (Dermatological Life Quality Index – DLQI). Konkrétně tento dotazník obsahuje dohromady 10 otázek týkající se posledního týdnu. Otázky se zaměřují na denní aktivity pacienta, volný čas, problémy související se zaměstnáním nebo studiem. Dále je zaměřen na mezilidské vztahy, pocity pacienta, příznaky chorob a reakce na léčbu. Většina kožních

onemocnění velmi snižuje kvalitu života pacientů, hlavně pokud choroba postihuje viditelné části těla nebo je spojena se systémovými komplikacemi (Slonková et al., 2012).

Nehojící se bércové vředy představují pro pacienty i jejich rodiny velkou zátěž. Pacienti mají bolesti, jsou ohroženi infekcí, amputací končetiny nebo sepsí (Ruilong, 2016). Pacienti dále popisují pocity těžkých nohou, hlubokou bolest, která se zhoršuje k večeru, po dlouhém stání. Bolesti mohou zapříčinit snižování imunity a zhoršovat hojení. Účinná analgezie pomůže zmírnit utrpení a průběh nemoci (Vondráčková, 2014). Úkolem sestry je včas bolest zjistit a po dohodě s lékařem zajistit odpovídající léčbu.

Pospíšilová (2008) popisuje, že onemocnění sebou přináší jisté zdravotní, ekonomické, sociální a psychologické problémy. Zvláště mladí nemocní s bércovými vředy se často potýkají s dlouhotrvající pracovní neschopností, nezpůsobilostí vykonávat předešlé zaměstnání nebo se potýkají s invaliditou. Naproti tomu ve vyšší věkové skupině se kromě zdravotních a ekonomických dopadů potýkají i s problémy sociálními.

1.8 Práce sestry a specifika ošetrovatelské péče o pacienty s bércovými vředy

Péče je pacientům poskytována na odborných kožních odděleních, chirurgických odděleních, v odborných léčebnách, lázeňských zařízeních, v soukromých odborných zdravotnických zařízeních či v ústavech lékařské kosmetiky, denních stacionářích a v neposlední řadě i na odděleních následné péče. Existují zařízení, která se specializují na léčení určitých typů onemocnění. Součástí lůžkových oddělení jsou kromě pokojů a běžných místností, také speciální místnosti pro aplikace léků na kůži a jsou zde prováděny zejména převazy a ošetřování kůže (Nováková, 2011).

Sestra pracující na kožním oddělení musí mít znalosti z anatomie a fyziologie kůže, o kožních chorobách, ale i prevenci vzniku onemocnění či zásadách práce na oddělení. Pokorná a Mrázová (2012) tvrdí, že základním kamenem pro porozumění v ošetrovatelské péči o nemocné s bércovými ulceracemi, je znalost patofyziologie

a z ní vyplívající etiologie onemocnění. Ošetrovatelská péče o pacienty s nehojící se ránou je složitým interdisciplinárním problémem. Sestra při své práci musí dodržovat preventivní opatření, neboť si musí být vědoma rizik, která jsou spojená s její prací, kdy se jedná především o vysoké riziko přenosu infekce. Mezi základní dovednosti sestry patří schopnost komunikovat s nemocnými, mít ohled na jejich stud, zejména pokud onemocnění zasáhne intimní místa (Nováková, 2011). Pokorná a Mrázová (2012) uvádějí, že mezi primární postupy, které by měla sestra v ošetrovatelské péči poskytovat, patří vlastní péče o ránu a vhodný výběr lokálních terapeutických prostředků. Vždy je nutné, aby sestra zhodnotila nejen samotný defekt, ale také celkový stav pacienta.

Ošetrovatelská péče při péči o pacienta s bérčovým vředem má své zásady, mezi které patří přísné dodržování základních hygienických, protiepidemiologických a antiseptických postupů. Dále bariérový přístup, používání ochranných pomůcek při ošetrovatelské péči či léčebných postupech. Mezi nezbytná opatření se řadí důsledná hygiena rukou zdravotníka a aseptický postup při převazech ran (Slezáková et al., 2014). Dodržování hygienických opatření při manipulaci s prádlem či pomůckami od nemocných. Mezi nezbytné zásady patří i individualizace pomůcek pro nemocné. Nezbytné je při práci s léky zachovávat aseptický přístup. K zásadám správné ošetrovatelské péče patří bezprostřední odstraňování obvazů do předem připravených nádob pro kontaminovaný odpad (Nováková, 2011).

1.9 Zásady ošetrovatelské péče o pacienty s bérčovými vředy

Ošetrovatelská péče u pacientů s bérčovým vředem se s postupem let mění na základě nejmodernějších vědeckých studií. Všeobecná sestra sehraává klíčovou roli v ošetrovatelském procesu o tyto pacienty. Její náplní je koordinace péče, pozorování a popisování aktuálních změn stavu. Sestra zabezpečuje návaznost péče a edukaci nemocných a jejich blízkých (Pejznochová, 2010). Mezi základní ošetrovatelskou péči o pacienty s bérčovými vředy patří převaz rány a péče o bolest pacientů. Sestry sledují

charakter bolesti a hodnotí její intenzitu, důležitá je u hodnocení denní nebo noční doba. (Nováková, 2011).

U venózních vředů bývá nejčastěji popisována bolest tlaková, pulzující, často doprovázená s projevy pálení či svědění. Naopak u arteriálních vředů bývá popisována bolest ostrá až ischemická. Mezi další ošetrovatelské činnosti patří také kompresivní terapie, která má jednak preventivní charakter a zároveň ovlivňuje i hemodynamické poměry. Elevace končetin se doporučuje především u osob s venózními defekty, na rozdíl od nemocných s arteriálním onemocněním, pro které může být přívětivější poloha končetiny, které zajistí gravitační spád a tím tedy i prokrvení končetiny. Z těchto důvodů je nezbytně nutné, aby sestry při venózním poškození znaly zásady správného přiložení kompresivní bandáže. Obinadlo musí zakrývat celou plochu dolní končetiny, pata nebo části lýtka nesmí být volné. Když dojde k zahojení defektu, je možné použít kompresivní punčochy (Pokorná, 2011).

Kaštovská a Horsinková (2007) vyzdvihují v péči o nemocné s bérčovými vředy kromě kompresivní terapie, aplikaci léků v místě léčby. Za předpokladu, že v okolí vředu není edém nebo známky zánětu žil, tak stačí převazovat 2 krát týdně. Při převazu nohy se provádí koupel v růžovém roztoku hypermanganu a pomocí exkochleační lžičky se seškrábou nánosy mastí nebo bakteriální povlaky a očistíme okolí vředu. Pokud je to možné, lze aplikovat dezinfekční obklad s roztokem chloraminu nebo persterilu. Jako první se musí ošetřit okraj a okolí vředu, aby se předešlo maceraci, ekzematizaci či jinému poškození místa. K vykrytí se používá zinková pasta a až poté se mast naaplikuje přímo do vředu. U chodících pacientů provádí sestra převaz na vyšetřovně, u imobilních pacientů na lůžku. Sestra kromě ošetrovatelské péče o defekt také soustředí svou pozornost na podpůrnou psychoterapii. Jejím cílem je především zbavit pacienta obav z nevléčitelnosti vředu (Pokorná, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin.

Cíl 2: Zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranou kožní chorobou z cévních příčin.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin?

VO 2: Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin?

VO 3: Na jaké oblasti ošetrovatelské péče se zaměřují sestry u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin?

3 Metodika práce a výzkumný soubor

3.1 Metodika práce

Téma bakalářské práce bylo zvoleno záměrně. Při studiu na střední zdravotnické škole jsem se během odborné praxe setkala s pacienty, kteří trpí touto chorobou, ale především jsem se s tímto onemocněním setkala během praxe na kožním oddělení v tomto roce. Z tohoto důvodu jsem se pro toto téma rozhodla.

Před začátkem výzkumného šetření byla důkladně prostudována literatura. Dostupné prameny o problematice bércových vředů byly k dispozici v Akademické knihovně Jihočeské Univerzity. Následovalo podrobné nastudování tématu. Pro rozšíření poznatků o problematice bércových vředů došlo k dalšímu nastudování literatury v Jihočeské vědecké knihovně v Českých Budějovicích. Poté následovalo prostudování databází a databázovaných časopisů. V práci jsou použité citace z databází EBSCO a PUBMED. Dvě publikace o onemocnění bércový vřed byly objednány přímo v dostupném knihkupectví, jelikož v knihovnách nebyly k dispozici. Dále jsou v teoretické části bakalářské práce využity elektronické zdroje, konkrétně jsou to zdroje od lékařů a příspěvky z odborných časopisů. Po dokončení vyhledávání informací následovalo sepsání teoretické části bakalářské práce.

Ještě před započítím výzkumného šetření byla vznesena žádost na Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Konkrétně náš požadavek zněl zjistit výskyt bércových vředů u mužů a žen za rok 2015 a 2016. Pro porovnání jsme požádali incidenci za období 2005-2006. Výsledky budou použity při prezentaci bakalářské práce.

Ke zpracování druhé části bakalářské práce bylo využito kvalitativní šetření. Pro získání potřebných informací byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor znamená přechodnou variantu mezi standardizovaným a nestandardizovaným rozhovorem. Jeho cílem je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu. Respondenti mají k dispozici hrubý seznam otázek, které musí mít, jinak máme volné pole působnosti (Bártlová et al., 2005).

K výzkumnému šetření byly připraveny otázky, které měly předem vytyčené oblasti. Rozhovory byly určené pro sestry a pacienty. Nejdříve byla podána žádost o výzkumné šetření náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v nemocnici Jihočeského kraje. Po schválení žádosti byly osloveny vrchní sestry jednotlivých oddělení, které s výzkumným šetřením také souhlasily. Šetření bylo uskutečněno v nemocnici Jihočeského kraje na kožním oddělení, chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. Dotazovaní pacienti i sestry byli vždy předem obeznámeny, co je v bakalářské práci předmětem zkoumání, na jaké téma budou otázky pokládány a zda může být použita zvuková nahrávka. Většina sester i pacientů si nepřála pořízení zvukového záznamu. Všechny provedené rozhovory byly zaznamenávány písemně. Rozhovory byly přímo přepsány do programu Microsoft Office Word 2007 a následně převedeny do formátu pdf (Příloha 13 CD).

Rozhovor stanovený pro pacienty tvořil 13 základní otázek, které byly v průběhu rozhovoru doplňovány (Příloha 11). Všichni oslovení pacienti s rozhovorem souhlasili. Rozhovor určený pro sestry tvořil 18 základních otázek, které byly v průběhu rozhovoru také rozšiřovány o doplňující otázky (Příloha 10). Z rozhovorů byla provedena analýza technikou otevřeného kódování za využití metody „tužka a papír“ (Příloha 12). Tato metoda představuje proces, při kterém jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a poskládány novým způsobem (Švaříček a Šed'ová, 2007). Na základě údajů, které jsme získali, byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které byly pro přehlednost zpracovány programem SmartArt Microsoft Office Word 2007 (Přílohy 1-9). V bakalářské práci jsou uvedené přímé citace sester a pacientů, bez jazykové úpravy. Pro lepší orientaci v textu byly programem Microsoft Office Excel 2007 zhotoveny dvě identifikační tabulky pro sestry i pacienty viz kapitola 4 Výsledky výzkumného šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První cíl práce stanovil zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožní chorobami z cévních příčin. Konkrétně jsme se zaměřili na pacienty trpící bércovými vředy a sestry, které těmto pacientům poskytují ošetrovatelskou péči. Na

kožním oddělení bylo osloveno 7 sester. Všechny oslovené sestry se výzkumného šetření zúčastnily. Na chirurgickém oddělení byla ochotna poskytnout rozhovor pouze 1 sestra, ostatní odmítly naše výzkumné šetření realizovat pro nedostatek pacientů s bércovými vředy a pracovní vytíženost sester. Na oddělení následné péče byl rozhovor uskutečněn se dvěma sestrami.

Druhým stanoveným cílem v naší práci bylo zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranou kožní chorobou z cévních příčin. K dosažení cíle byli osloveni pacienti, kterým byl diagnostikován bércový vřed i sestry pečující o tyto pacienty. Na kožním oddělení bylo osloveno 7 pacientů, na chirurgickém oddělení 1 pacient.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březen. Do prvního výzkumného souboru bylo záměrně vybráno 7 sester pracujících na kožním oddělení lůžkové části, které mají zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o pacienty trpící bércovými vředy, 1 sestra z chirurgického oddělení lůžkové části a 2 sestry z oddělení následné péče. Z rozhovorů vyplývá, že sestry z kožního oddělení mají praxi v oboru v rozmezí 2 -38 let, sestra z chirurgického oddělení má praxi v oboru 30 let a sestry z oddělení následné péče 10-25 let. Výzkumné šetření bylo z hlediska dotazovaných sester náročné z důvodu jejich velké pracovní vytíženosti, což je patrné z rozhovorů, které jsou mnohdy strohé.

Druhý výzkumný soubor tvořili záměrně vybraní pacienti, kterým byl diagnostikován bércový vřed bez ohledu na délku léčby. Věkové rozmezí pacientů bylo 41 – 85 let. Bylo osloveno 7 pacientů z kožního oddělení lůžkové části a 1 pacient z chirurgického oddělení lůžkové části. V době konání rozhovorů nebyl na oddělení následné péče žádný pacient s onemocněním bércových vředů.

Rozhovory s pacienty probíhaly ve velice uvolněné atmosféře. Pacienti byli velice ochotní a rádi se svěřili se svými problémy.

4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky našeho výzkumného šetření jsou zpracovány do šesti kategorií. Většina kategorií je rozšířena o podkategorie. Rozhovory probíhaly na kožním oddělení, chirurgickém oddělení a oddělení následné péče.

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty trpící bércovými vředy

Z výsledku jsou vytvořeny následující kategorie, které jsou společné pro sestry i pacienty. Ve výsledcích jsou podkategorie popsány pro přehlednost nejdříve z pohledu pacientů a poté z pohledu sester.

Kategorie 1 Základní informace o pacientech

Kategorie 2 Poskytování ošetrovatelské péče

Kategorie 3 Poskytované informace – edukace pacientů

Kategorie 4 Komplikace bércového vředu

Kategorie 5 Nejčastější problémy pacientů s bércovými vředy

Kategorie 6 Sociálně kulturní dopad onemocnění na život pacientů

Kategorie 1 Základní informace o pacientech byla rozšířena o tři podkategorie, které byly nazvány „*Prvotní projevy bércových vředů*“, „*Diagnostika bércových vředů*“ a „*Genetické dispozice*“.

Kategorie 2 Poskytování ošetrovatelské péče byla rozšířena o pět podkategorií, které byly nazvány „*Postup při převazech*“, „*Frekvence převazu*“, „*Pocity při převazu*“, „*Rizika při hospitalizaci pacientů*“ a poslední podkategorie nese název „*Zkušenosti sester s nežádoucími účinky léčby*“.

Kategorie 3 Poskytované informace – edukace pacientů byla rozšířena o dvě podkategorie „*Zájem pacientů o informace*“ a „*Režimová opatření*“.

4.1.1 Kategorie 1 Základní informace o pacientech

První kategorie je nazvána Základní informace o pacientech, kteří trpí bércovými vředy. Zejména se zaměřujeme na prvotní projevy onemocnění, postup při diagnostikování nemoci a genetické dispozice. Pro přehlednost pacientů a sester jsou zde vloženy tabulky s identifikačními údaji pacientů a sester.

Tabulka 1: Identifikace pacientů

Identifikační údaje pacientů s bércovými vředy			
Pacient	Označení	Věk	Délka léčby
P1 - kožní oddělení	PK1	76	3 měsíce
P2 - kožní oddělení	PK2	85	3 měsíce PDK, 11 let LDK
P3 - kožní oddělení	PK3	73	4 roky
P4 - kožní oddělení	PK4	41	2 roky
P5 - kožní oddělení	PK5	61	4 roky
P6 - kožní oddělení	PK6	72	8 let
P7 - kožní oddělení	PK7	78	5 let
P8 - chirurgické oddělení	PCH1	67	2 roky

Označením PK je označován pacient, který byl hospitalizován na lůžkovém kožním oddělení.

Označením PCH je označován pacient, který byl hospitalizován na lůžkovém chirurgickém oddělení.

Označením PONP je označován pacient, který byl hospitalizován na oddělení následné péče.

Pacient 1 je označován jako PK1, bércový vřed má léčen 3 měsíce, věk pacienta je 76 let. Pacient 2 je v naší bakalářské práci označován jako PK2, jeho léčba je 3 měsíce na pravé dolní končetině a 11 let na levé dolní končetině, jeho věk je 85 let. Pacient 3 je

označován PK3, délka jeho léčby je 4 roky, je mu 73 let. Pacient 4 je označován jako PK4, s délkou léčby bércevého vředu 4 roky a věkem 41 let. Pacient 5 je označován jako PK5, s délkou léčby bércevého vředu 8 let a věkem 72 let. Pacient 7 je označován jako PK7, délka jeho léčby je 5 let a věk 78 let. Pacient 8 je označován PK8. Výzkumný vzorek tvořili dva muži, pacient PK5 a PK8, ostatní byly ženy.

Tabulka 2: Identifikace sester

Identifikační údaje sester pečující o pacienty s bércevémi vředy		
Sestra	Označení	Délka praxe
S1 - kožní oddělení	SK1	4
S2 - kožní oddělení	SK2	31
S3 - kožní oddělení	SK3	2
S4 - kožní oddělení	SK4	10
S5 - kožní oddělení	SK5	38
S6 - kožní oddělení	SK6	2
S7 - kožní oddělení	SK7	17
S8 – chirurgické oddělení	SCH1	30
S9 – oddělení následné péče	SONP1	25
S10 – oddělení následné péče	SONP2	10

Označením SK1 je v naší bakalářské práci označována sestra pracující na lůžkovém kožním oddělení.

Označením SK2 je označována sestra pracující na lůžkovém chirurgickém oddělení.

Označením SONP je označována sestra pracující na oddělení následné péče.

Sestra 1 je označována jako SK1, na kožním oddělení má praxi 4 roky. Sestra 2 označována jako SK2 má praxi na kožním oddělení 31 let. Sestra označována SK3, pracuje na kožním oddělení 2 roky. Sestra označována jako SK4 má praxi na kožním

oddělení 10 let. Sestra označována jako SK5 pracuje na kožním oddělení 38 let. Sestra 6 má praxi na kožním oddělení 2 roky. Sestra 7 označována jako SK7 má praxi v oboru 17 let. Sestra označována jako SCH1 má praxi v oboru 30 let. Sestra pracující na oddělení následné péče označována jako SONP1 má praxi v oboru 10 let. Druhá sestra z oddělení následné péče má praxi na tomto oddělení 25 let.

a) podkategorie „**Prvotní projevy bérkových vředů**“

Pacienti zde popisují počáteční příznaky onemocnění bérkových vředů. Zajímalo nás, s jakými projevy se pacienti setkávali ještě před propuknutím onemocnění. PK2: „*Asi s ničím, já už si to ani nepamatuju. Ted' na tý pravý noze z ničeho nic, nic sem na noze neviděla a ani mě to nebolelo*“. Pacienti tak často přicházejí k lékaři až se závažným problémem. PCH1: „*Měl jsem takovou papírovou kůži, suchou a odlupovala se mi, ale s tím přece nepudu k doktoru. Když to vezmu zpětně tak mě jen bolely nohy, ale to bolí všechny starý, no ono i mladý. Ale jako že bych měl nějaký viditelný projevy tak to ne. Ze začátku to možná zrudlo, ale šlo to hrozně rychle, pak sem měl měkkou kůži a nějak sem zadrhl, sloupla se a už se to rozjelo a doktor mi řek, že sem měl přijít dřív*“. Bérkové vředy mohou vzniknout jen nepatrným podrážděním pokožky, které se projeví zarudnutím. 6 z 8 pacientů se shodlo, že prvotním projevem je zarudnutí končetiny, suchá kůže a občas se ve výpovědích objevilo i svědění. Konkrétně PK3 uvádí: „*Asi sem měla křeče v nohách a měla jsem nohy i dost takový do červena*“. Přesněji PK5 udává: „*Já jsem ty nohy tolik nesledoval, ale vím, že sem to měl rudý a svědilo to*“. Z výpovědí dotazovaných pacientů vyplývá, že v počátečních příznacích bérkových vředů se u většiny pacientů vyskytuje zarudnutí končetiny v okolí vředu. Pacienti PK1, PK3, PK6 udávají křeče v nohou. PK6 konkrétně udává: „*Jo to jo, sestřičko, mě to tak svědilo, rudý to bylo. Ale mě nenapadlo, co z toho bude, šla bych s tím dřív k doktoru, ale asi by to nebylo nic platný. Za nějaký čas sem měla křeče v nohou, a syn mě pak dovezl k doktoru*“. PK5 a PK7 uvádějí navíc jako počáteční projev křečové žíly. PK7 dodává, že křečové žíly byly léčeny a přesto se u pacientky vyskytla komplikace bérkového vředu. PK1: „*No měla jsem křečáky, ale před tím vředem sem měla často křeče v nohou*“. Všichni dotazovaní pacienti v rozhovorech uvedli, že hlavním a nejčastějším projevem je bolest nohou, ať už v počátcích onemocnění či v jeho

průběhu. PK2: „Doma je to špatný, v noci nevím, co mám dělat, za to tady mi sestřičky dají léky a je to pak lepší trochu“. PK2 na otázku co se pro ni při zjištění nemoci změnilo, odpovídá: „Ta bolest v nohou, ta mě tak trápí už od začátku“.

Ze zpracování výsledků dotazovaných sester v této podkategorii vyplývá, že bérkové vředy zpočátku nemusejí mít klinické projevy. Jak udává dotazová sestra SK2: „To je různé, jak který pacient, někomu noha oteče, někdo ji má zarudlou, někoho bolí nohy, je to individuální, ale taky se to nemusí projevit vůbec“. Tři dotazované sestry se shodly, že zarudnutí v okolí vředu je častým počátečním projevem. SK1: „Ze začátku zarudnutí, to je takový neurčitý příznak a nenapadne je jít k lékaři, což je jasné. Potom myslím, že se mohou objevit křeče v nohách, pocity těžkých nohou a bolest“. Sestry z oddělení následné péče odpověděly: SONP1: „Bolest, porušená kožní integrita, nebo často už pacienti přijdou s defekty na bérce, někdy tam už mají žlutý až žlutozelený povlak, no a pak nekrózy“. SONP2: „Porušená kožní integrita, bolest a omezení chůze. Ale jak se to projevuje v počátcích, to vám poví nejlíp pacienti. Někdy stačí se rýpnout a rozjede se to“. (Příloha 1)

b) podkategorie „**Diagnostika bérkových vředů**“

V této podkategorii se soustředíme na diagnostiku bérkových vředů. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že při diagnostickém vyšetření je zpočátku nejdůležitější odběr anamnézy nemocného. Dotazovaní pacienti uvedli, že při odběru anamnézy byli dotazováni na zjištění doby, kdy se onemocnění objevilo poprvé. PK1: „Ptal sem mě co sem dřív dělala za zaměstnání, jestli náhodou neměl bérkový vřed někdo u nás v rodině a kdy sem upozorovala první známky vředu“. PK3: „Tak pani doktorka mi na tu nohu sahala, klepala, pak se mě ptala, co беру za léky. Ptala se, kdo v rodině má jaký nemoci. A pak mě dcera vozila po všech možných doktorech. Je to už 11 let co mi to zjišťovala, ale ten vřed co mám na druhý noze, ten mám chvilku. Tady v nemocnici mi dělali rentgen a brali mi krev. Už mě ale pustí domu, dcera mi to taky umí převázat“. Z rozhovorů dále vyplývá, že při diagnostikování bérkových vředů se klade důraz na klinické vyšetření končetin a ultrazvuk žil. PK3: „Tu nohu mi nejdřív pani doktorka prohmatávala, jestli to teda je vyšetřovací metoda, mačkala na ní, měla jsem ji nateklou, podle toho to poznala asi. A na pohmat mě to bolelo. A taky mi dělá

vždycky výtěr z tý rány a ultrazvuk“. To tvrdí i PK2, PK3, PK4, PK6, PK7 a PCH1. Z rozhovorů je patrné, že jednou ze základní diagnostiky bércových vředů je vyšetření pohledem. PK3 uvádí: *„Tu nohu mi nejdřív paní doktorka prohmatávala, jestli to teda je vyšetřovací metoda, mačkala na ní, měla jsem ji nateklou, podle toho to poznala asi. A na pohmat mě to bolelo. A taky mi dělá vždycky výtěr z tý rány a ultrazvuk“.* PK4 na otázku jaká další vyšetření v současné době absolvovala, odpovídá: *„Zrovna dneska ráno mi dělali výtěr z té rány“.*

Ze zpracovaných rozhovorů od sester je v této kategorii patrné, že při odběru anamnézy je důležitá osobní, rodinná, sociální a pracovní anamnéza. Toho názoru byly dotazované sestry konkrétně SK1, SK2, SK3, SK6 a SONP1. SK2: *„Lékaře asi bude zajímat rodinná, osobní a sociální anamnéza a jaké berou léky. Taky je dobrý vědět jestli měl vředy někdo z pacienta rodiny“.* SK3: *„Určit odběr anamnézy, zjistit od pacienta co má za další onemocnění, jaké bere léky, jak se onemocnění projevovalo, jaký má způsob života, jak se stravuje a tak“.*

Na základní diagnostice klinického vyšetření končetiny pohledem a ultrazvuku žil se shodují všechny oslovené sestry SK1, SK2, SK3, SK4, SK5, SK6, SK7, SCH8. SK4 uvádí: *„Je důležitý palpační vyšetření, tím lékař zhodnotí otok, teplotu a napětí kůže, pak teda již zmíněným pohledem zhodnotí, když už je rána otevřená, jaká je její lokalizace, velikost, stanoví jaké má okraje, charakter rány, to vše bych zařadila do základního vyšetření“.* SK5: *„Klinické vyšetření, ultrazvuk žil. V mnoha případech stačí pohled na ránu, následně se pak doplňuje ultrazvuk, často děláme stěry z rány“.* Sestry z oddělení následné péče se shodly, že základní vyšetřovací metodou je angiografie dolních končetin. Dalším důležitým diagnostickým ukazatelem je dle dotazovaných sester výtěr z rány a odběry krve. SK1: *„Pak se odebírá taky krev na biochemii a hematologii a výtěry ze spodiny defektu ty pak posíláme na mikrobiologii“.* (Příloha 2)

c) podkategorie „Genetické dispozice“

Dle názoru oslovených má polovina pacientů názor, že na výskyt onemocnění mají vliv genetické dispozice. Čtyři pacienti z dotazovaných osmi odpověděli, že bércový vřed se vyskytoval u jejich blízkých. PK3: „Právě, že moje sestra, ale ta má vřed jen na jedný noze. Máme to v rodině. Trápí mě to moc, ale co mám dělat“. Další pacient udává: PK5 „Babička než zemřela. Ta zkusila jako zvíře, pamatuju si to živě. No radši nechci ani přemýšlet nad tím, že mě ty muka čekají taky, nevěřím, že by se to vyléčilo. Co vím ještě od mé matky tak se to babičce pořád vracelo, vyhojilo se a vrátilo znova“. PCH1: „Má matka měla vřed na obou nohách, mám to po ní, bohužel“.

U dotazovaných sester vyšlo najevo, že genetické dispozice hrají ve výskytu bércových vředů velkou roli. Konkrétně sedm z deseti oslovených sester uvedlo, že genetická zátěž je často příčinou vzniku bércových vředů. SK1: „Ze zkušenosti mohu říct, že genetika hraje velkou roli. Spoustu pacientů nám říká, že to měla jejich babička nebo prababička. Já třeba sem měla prababičku, která to měla a dost se bojím, že mě to čeká taky, a o to je to horší, že s takovýma pacientama pracuju a vím, co mě může potkat“. SK6 je toho názoru: „Já nevím. Jsou pacienti, kteří nám říkají, že to měla jejich maminka, babička, ale jsou i tací, kteří nikoho s tímto onemocněním neměli. Já si myslím, že je to tak půl napůl. Velkou roli taky hraje způsob života“. Dotazovaná SK7 odpověděla na otázku, jaké příčiny podle ní vedou ke vzniku bércových vředů obecně: „Žilní insuficience, diabetes mellitus a dědičnost“. (Příloha 3)

4.1.2 Kategorie 2 Poskytovaná ošetrovatelská péče

Kategorie je zaměřena především na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s bércovými vředy, konkrétně jaký je vhodný postup při převazech rány, jak často se rána převazuje, jaké jsou využívané materiály a na co je kladen největší důraz. Odhaluje ošetrovatelskou péči, kterou sestry provádějí nebo pokládají za důležitou. Zaměřuje se na samotnou realizaci ošetrovatelské péče při převazech rány a rizika, která mohou pacienty s bércovými vředy při hospitalizaci ohrožovat. Z pohledu oslovených pacientů nás zajímalo, co pacienti nejvíce žádají od sester, jak se cítí při poskytování

ošetřovatelské péči a jakými trpí nejčastěji obtížemi. Osloveni byli sestry i pacienti z třech odlišných oddělení, kde se s bércovými vředy můžeme setkat.

a) podkategorie „*Postup při převazech*“

Léčba bércového vředu je dlouhodobá a vyžaduje trpělivost pacienta i zdravotnického personálu. V poskytování ošetřovatelské péče hraje klíčovou roli sestra. Sestra je pacientovi po celou dobu na blízku a provádí celkovou ošetřovatelskou péči včetně převazů defektu. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že převazy bércových vředů jsou prováděny převážně na lůžku pacientů. Pokud to ale umožní zdravotní stav pacientů, jsou převazy prováděny na převazové místnosti. V době provádění rozhovorů s pacienty, uvedlo 6 z 8 dotazovaných, že převazy byly prováděny na lůžku. PCH1: „*Převazují mi to tady na pokoji, na posteli, já sem rád, že nemusím nikam chodit, jsem rád, že se o mě někdo postará*“. Na otázku jak je pacientům rána převazována odpovídá PCH1: „*Vždycky jsou na mě hodný, vysvětlí mi, co jdou dělat. Sundají mi to, co tam mám, ty starý zbytky, to teda bolí dost, pak už je to lepší, pak tam dávají nějaký mastičky a přikládají nějaký folie, čtverce. Vím jen, že to vždy musí být čistý a nesmí se tam nic dostat do té rány. A názvy těch materiálů nevím. Ještě mi tam dávají různý mastičky a ty střídají*“. Pro pacienty je při převazech největším problémem čištění defektu, kdy se pacienti často setkávají s bolestí. Pacienti tvrdí, že odstraňování starého krytí jim činí velké problémy, co se týče bolesti. PK2: „*Bolí mě to, ale za to nikdo nemůže. Nejvíce to sestři bolí, když mi to sundávají, to je neskutečná bolest*“. Pacienti dále uváděli, že postup při převazu rány příliš neznají. Většina z nich je odkázána na sestru z domácí péče, která těmto pacientům zabezpečí převaz rány. PCH1: „*Nejdřív to sundají a omyjí, přijde na to kouknout doktorka a řekne, co tam mají dát. Já to moc nevím a nedívám se na to. Doma mi to převazuje sestra*“. Bylo zjištěno, že z osmi dotazovaných pacientů je pěti pacientům převazována rána v domácím prostředí sestrou z domácí péče. PK7: „*Mně ránu ošetřuje sestřička, která za mnou jezdí obden. Sama to nezvládnou. A tady v nemocnici to dělají taky sestřičky. Vždycky mi tu nohu omyjí, pak asi to špatný seškrábnou a znova něčím zavážou. Já jsem ráda, že mi to převážou a věřím jim, že dobře, jsou moc šikovný*“. Na otázku, jaké materiály jsou při převazu využívány,

odpovídá PK7: „*Jo to já nevím, dávají tam nějaký masti a folie, dávají to tam pinzetou, aby mi tam nezanесли infekci*“.

Dotazované sestry se v této kategorii shodly, že při provádění převazu je důležitá technika. SK5: „*Převazy se dělají sterilně, přikládáním buď vlhkým krytím nebo s magistralitami. Vždy se rána s krytím překrývá mulovými čtverci a zaváže se mulovým obvazem. Rána se musí zavazovat tak, aby se obvaz nezařezával do okolí a aby z druhého pohledu nebyl moc volný a nepadal. Vždy je důležité ránu důkladně očistit, aby zde nezůstávali zbytky použitých prostředků, které by bránily dalšímu procesu hojení*“. SK6: „*Já myslím, že základ je u všech stejný, opatrně sundáme staré krytí, důkladně očistíme, pokud to jde, osprchujeme, pokud ne, očistíme třeba Prontosanem, ten pak můžeme nechat chvíli na ráně působit, je důležitý sebrat staré zbytky, očistit a dodržovat tu sterilitu, abychom do rány nezanесли infekci. Převazy se dělají těsně před vizitou, aby lékař mohl určit další léčbu*“. SK3: „*Odstráním starý obvaz, to jsou někdy pro pacienty doslova muka, jak moc je to bolí. Když to sundám, opatrně odstráním zbytky starých mastí nebo krytí, záleží co tam pacient má. Pokud to jde, vřed osprchujeme vlažnou vodou, vždycky se shora dolů. No a okolí vředu osuším, nesmíme už tam mít ale žádný zbytky starého krytí, to se tam dělají takové šupinky, a rána se pak nehojí. Po očištění dávám na čtverec Prontosan a nechám jako obklad působit. Pak dle ordinace lékaře dám vhodný krytí, buď to samé co pacient má předepsané nebo jiné, u některých pacientů to střídáme*“. Všechny dotazované sestry se shodly, že je nutné provádění převazů za aseptických podmínek. Technika převazů rány je dle dotazovaných sester obvykle totožná, liší se prostředky, které jsou vždy dle ordinace lékaře individuální. SK5: „*No a co se týče materiálů, tak u nás používáme Mepilex, Melgisorb Ag, Askina gel, Bactigras a nebo nebo připravované již zmíněné magistrality dle rozpisů – například antibiotické masti, masti se salycilem, borová mast, pasty, ty jsou buď borové, tetracyklinové nebo rybí pasta. Vše se ale ordinuje individuálně*“. Sestry z oddělení následné péče uvedly, že nejlepší zkušenost mají s materiály se stříbrem, Braunovidone, Inadine , Mepilex, H-Cell + oplach Aqvitox a Suprasorb. (Příloha 4)

b) podkategorie „*Frekvence převazu*“

U převazů bércového vředu je různá frekvence převazování rány. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že je nutné zajistit sterilní převaz rány. Častými převazy vystavujeme pacienta vždy riziku vzniku infekce. Druhá podkategorie byla tedy nazvána frekvence převazu. Někteřím pacientům je rána převazována 1x za 3 dny, jiným pacientům každý den, někdy i vícekrát za den z důvodu prosakování obvazu. Vše je opět individuální a dle stavu pacienta. Z výsledků šetření je patrné, že pacientům je rána převazována každý den, udává tak pět z osmi dotazovaných pacientů. Konkrétně dotazovaná PK1: „*Sestřičky mi to převazují každý den, je to strašný pro ně i pro mě. Mě to moc bolí a křičím jim u toho, oni jsou u toho pak nervní. Já vím, že ony za to nemůžou, ale vždy se toho převazování bojím*“. Dotazovaný pacient na otázku jak často jsou mu bércové vředy převazovány, odpovídá: SCH1: „*1x denně tady v nemocnici. Asi před půl rokem mi tam dávala sestra z domácí péče něco jinýho, prý lepšího, to se převazovalo jednou za tři dny, to bylo lepší. Ale teď to hodně prosakuje a smrdí to, to sestřičky lituju, jedna tady byla i s rouškou*“. Z rozhovorů dotazovaných sester je patrné, že za využití vlhkého hojení ran, materiály s antibakteriální látkou, konkrétně stříbra, se převazování rány prodlužuje na 3 někdy až 7 dní. Konkrétně SK4 uvádí: „*Pokud se využívá moderní technika hojení ran se stříbrem, třeba Calgitrol Ag, vydrží převaz až 3 dny, postupně se délka může prodlužovat až na 7 dní. To je určitě i pro pacienty lepší, ty převazy je hodně bolí*“. Stejného názoru je i dotazovaná SK5: „*Někomu i vícekrát za den, někomu po třech dnech, někomu, je možný i za sedm dní. Záleží, jaký se využívá materiál a jak je potřeba, pokud to třeba sákne tak se převazuje častěji. Ale jak říkám, vlhký hojení je nejlepší. Je dobrý udržet v tý ráně ideální prostředí pro její hojení, zejména udržet teplotu a vlhkost*“. SCH1, SK5, SK6, SK7, SONP1 a SK2 jsou názoru, že frekvence převazu je zcela individuální. SK2: „*Záleží, jaké krytí je zvoleno. Podle mého názoru je častou výměnou obvazů riziko vzniku infekce, tím, že se rána opakovaně převazuje. Je tedy dobrý, jak už jsem zmiňovala vlhké hojení se stříbrem, nepřisychá tak ke spodině rány a není to pro pacienta tak bolestivé. Můžeme tak pacienta převazovat jednou za tři dny, ale jsou i pacienti, kterým obvaz prosakuje, tak se převazují každý den. Zase je to individuální*“. (Příloha 5)

c) podkategorie „*Pocity při převazu*“

Osloveni byli sestry i pacienti z jednotlivých oddělení. Zaměřili jsme se na pocity, které mají pacienti během převazování rány. Z výpovědí pacientů i sester vyšlo najevo, že největším ošetrovatelským problémem při provádění převazů bércových vředů je výrazná bolest, kterou pacienti prožívají. Nejčastěji byla bolest udávána při převazech rány. Dotazovaní PK1 a PCH1 mají strach z bolesti ještě dříve, než je převaz prováděn. PCH1: „*Já se bojím už dopředu, než mě začnou převazovat, mám z toho vždy strach*“. PK1: „*Moc mě to bolí, vždy mám z toho strach, ale udělat se to musí, musím to vydržet*“. Bolest při převazech udávají všichni oslovení pacienti. Bylo zjištěno, že v nemocničním prostředí jsou vždy sestrou nabízena analgetika. Pouze jeden pacient uvedl, že bolest vydrží a nechce být sestrám na obtíž. PK5: „*Sestry se mě ptají, ale já se to snažím vydržet, nechci přidělovat práci, mají jí se mnou dost*“. Převaz rány je pro pacienty spojen s velkými bolestmi. PK1: „*Sestřičky mi to převazují každý den, je to strašný pro ně i pro mě. Mě to moc bolí a křičím jim u toho, oni jsou u toho pak nervní. Já vím, že ony za to nemůžou, ale vždy se toho převazování bojím*“. Pacienti často udávají velké bolesti při snímání krytí. PK2: „*Bolí mě to, ale za to nikdo nemůže. Nejvíce to sestři bolí, když mi to sundávají, to je neskutečná bolest*“. V rámci výzkumného šetření bylo potvrzeno, že sestra sehrává v převazu rány a péči o bolest pacientů velice důležitou roli. PK4: „*Budete se divit ale díky sestřičkám dobře, pořád se mě ptají, jestli chci něco na bolest, při převazu mi vše vysvětlují a zároveň i ukazují, abych to zvládla sama., nemůžu si na péči stěžovat*“. PK6: „*To se cítím dobře, sestřičky nemohou za to, že mě to bolí. Chodí se mě ptát, zda lék na bolest zabral, když mi to převazují, tak mě vždy uklidní a podpoří*“.

Všechny dotazované sestry uvedly, že během převazu pacienty nejvíce trápí bolest a zápach z rány. SONP2: „*Při převazech je to hodně bolí, někde až křičí bolestí*“. SONP2: „*Nejvíce bolest. Potom asi zápach z rány, někteří se pacienti se stydí a omlouvají se nám za to*“. Zápach z rány během převazu uváděly i sestry SK2, SK3 SK4, SK5 a SONP2. SK2: „*Určitě si stěžují na bolest a na zapáchající ránu, je jim to samotným nepříjemné*“. Je důležité pacientům nabízet léky na tišení bolesti a kontrolovat jejich účinek. Dotazované sestry jsou toho názoru, že snížení bolesti

zajistí dokonalejší převaz, konkrétně sestra SCH1: „*Mají předepsaná analgetika, někteří pacienti si o ně řeknou před převazem, i pro nás je to lepší, snížení bolesti nám umožní dokonalejší ošetření vředu*“. Léky na tišení bolesti jsou pacientů nabízeny 4x denně. SK1: „*Mají od lékaře předepsanou medikaci, v průběhu dne jim analgetika nabízíme, někteří pacienti si sami o ně řeknou*“. PCH1: „*Za den tak 4x určitě, někdy jim i sám řeknu*“. Důležitý je psychický stav pacienta. Jedna z dotazovaných sester udává, že někdy je nutné analgetickou terapii doplnit antidepresivy, konkrétně SONP1: „*Při převazech je to hodně bolí, někde až křičí bolestí, často u nás využíváme i antidepresiva, někteří pacienti mají velké bolesti a nemají chuť do života*“. (Příloha 6)

d) podkategorie „**Rizika při hospitalizaci pacientů**“

Zaměřujeme se na rizika, kterými jsou pacienti ohroženi při ošetřování bérceových vředů. Všechny oslovené sestry se domnívají, že největším rizikem pro pacienty je infekce v ráně. Dotazované sestry uvedly, že při ošetrovatelské péči je stěžejní dodržovat aseptické postupy při převazu defektu. SK2 odpovídá na otázku, co je stěžejní při ošetrovatelské péči: „*Dodržování bariérové ošetrovatelské péče, hlavně sterilní ošetřování při převazu, to je nejdůležitější, často se setkáváme z infekcí v ráně*“. S tímto přicházejí sestry SK1, SK1, SK3, SK4, SK5, SK6, SK7, SCH1, SONP1, SONP2. Tři dotazované sestry uvedli konkrétně bakterii MRSA. Tento názor zastávají především sestry SK4, SK5, SK6. SONP2 tvrdí, že jsou pacienti při hospitalizaci ohroženi septickým stavem a amputací končetiny. SONP2 je též toho názoru, že pacienti jsou kromě infekce ohroženi ztrátou bílkovin. Všechny dotazované sestry se shodli, že nejdůležitější je řídit se zásadami bariérové ošetrovatelské péče. SK7: „*Infekce, to je největší riziko. Musíme dodržovat zásady bariérové ošetrovatelské péče. Převaz musí být sterilní a musíme o tom poučit i pacienty*“.

e) podkategorie „**Zkušenosti sester s nežádoucími účinky léčby**“

Nežádoucí účinky se mohou vyskytnout u pacienta při jakékoli léčbě. Záleží na jeho precitlivělosti na různé složky. Dotazovaných sester jsme se zeptali, s jakými nežádoucími účinky léčby u bérceových vředů se setkaly. Bylo zjištěno, že sestry na kožním oddělení se setkávají nejčastěji s reakcemi na magistrality, jelikož pacienti

mohou mít nesnášenlivost na určitou složku, která obsahuje právě připravované masti. SK5: „Mají alergickou reakci například, většinou je to na masti, které jsou přímo zhotovené tady v lékárně. Pacienti mají reakci na složky, co ta mast obsahuje“. SK2: „Nesnášenlivost mastových základů, velká bolestivost při některých krytích“. Dle výpovědí sester jsou to nejčastěji složky, jako jsou například parabeny nebo lanolín. Některé sestry uvedly, že se nejedná o alergické reakce, ale o nesnášenlivosti určitých materiálů, které mohou způsobovat pacientovi velké bolesti a nezhojení se rány. Vždy se vybírá materiál, který se přikládá na ránu individuálně u každého pacienta. Sestra z chirurgického oddělení se shodla se sestrami z kožního oddělení, že nejčastěji se vyskytují reakce na léčebné preparáty. SK6: „Občas reakce na léčebné preparáty. Často mají pacienti reakce na masti připravované z lékárny. Pacientům se pak rána vůbec nehojí, a když se změní krytí, rapidně se rána zlepšuje“.

4.1.3 Kategorie 3 Poskytované informace - edukace u pacientů

V kategorii Poskytované informace jsme se zaměřili na informace, které žádají pacienti při zjištění bércového vředu od sester, na co se nejčastěji ptají, co je nejvíce zajímavá a jaké informace a jakým způsobem jsou tyto informace pacientům podávány. Dle výsledků bylo zjištěno, že je stěžejní informovat pacienta, popřípadě rodinu o problematice bércových vředů, o nutnosti dodržování správné životosprávy a provádění správného převazu defektu za aseptických podmínek. Neméně důležitá je zpětná vazba, ujištění sestry, zda pacient správně pochopil danou problematiku.

a) podkategorie „Zájem pacientů s bércovými vředy o poskytované informace“

Bylo zjištěno, že pacienty nejvíce zajímá samotná péče o ránu a zda ji budou moci sami provádět v domácím prostředí. Pacienti mají zároveň obavy, že péči o ránu sami nezvládnou a budou na obtíž rodině. PK7: „Neumím to sama ošetřovat, jsem na obtíž rodině, bydlím teď u dcery, která mi nohu teď převazuje“. Dle výpovědí pacientů z osmi dotazovaných, pěti nechyběli žádné informace. PK3: „Žádné, ta pani doktorka mi všechno řekla“. Vyšlo najevo, že všem dotázaným pacientům poskytl potřebné informace ošetřující lékař a to u všech dotázaných pacientů. PK1: „Lékař v ambulanci

kam chodím. Vysvětlil mi, co to bérkové vředy jsou a jak se to bude dál řešit. Řekl mi, že je to na dlouhou léčbu, že mám špatný žíly“. PK4: *„Lékař v kožní ambulanci. Řekl mi, proč mám vřed, jak ho ošetřovat, jaký mám dodržovat pohyb a životosprávu“.* Pacienty nejvíce zajímá informace, zda se defekt zahojí a zda budou schopni bezproblémové chůze, konkrétně PK1: *„Neřekli mi, jestli se mi to zahojí, jestli budu chodit a za jak dlouho se to zahojí“.* Dle zpracovaných rozhovorů vyšlo najevo, že z 8 oslovených pacientů chyběly 3 pacientům informace, na které se následně museli doptat. PK2: *„No stejně nevím, jak to mám převazovat, když mi to jednou ukázali tak to si hned nezapamatujete a hlavně jsem se bála na vše ptát, bylo to moc informací“.*

Všechny dotazované sestry uvedly, že pacienti mají největší zájem o poskytování informací ohledně převazů rány. Sestry nejčastěji odpověděly, že pacienty nejvíce zajímá samotná péče o bérkový vřed, konkrétně jak ránu převazovat. Hlavní úlohu v tomto procesu sehraje sestra, která pacientům poskytne informace z ošetřovatelského hlediska týkající se převazů rány. Je tedy nutná edukace pacienta. SCH1: *„Od nás sester je nutný edukovat opravdu řádně a ujistit se, zda nám rozuměli. Mnohdy se tak zabrání komplikacím“.* SK7: *„Pacient je edukován, jak se mají přikládat sterilní mulové čtverce s magistralitami, jak přikládat vlhké krytí a zavazovat elastické obvazy. Přikládáme k tomu i letáky, kde jsou i obrázky, které znázorňují aplikaci obvazů“.* Sestra musí vždy k pacientovi přistupovat individuálně a zhodnotit, zda pacientovi zdravotní stav umožní samostatnou péči při převazech. Proto je nutná edukace i rodinných příslušníků, popřípadě zajištění domácí péče. SK5: *„Doporučujeme a edukujeme pacienta, aby se rána převazovala sterilně. Pokud není schopen sám si dělat převazy, učí se to rodinní příslušníci. Pokud ani to není možné, je zapotřebí obstarat domácí péči, která za pacientem dochází domů a převazy dělá. Tu zařizuje praktický lékař. Pacient je edukován, jak se mají přikládat sterilní mulové čtverce“.* SONP1: *„Dále poučíme pacienta, jak často si ránu převazovat, v jakých časových intervalech, a dále pacienta poučíme o pravidelných kontrolách u svého ošetřujícího lékaře a dáme mu hned první termín kontroly“.* SK7 a SK1 uvedly, že pacienty nejvíce zajímá, kdy se defekt zahojí, popřípadě jestli se vůbec zahojí.

b) podkategorie „*Režimová opatření u pacientů s bércovými vředy*“

Dle výsledků šetření vyšlo najevo, že všichni dotazovaní pacienti byli informováni o režimových opatřeních, které se týkaly převážně důležitosti stravování a zdravé životosprávy. Všichni oslovení pacienti byli řádně informováni o důležitosti stravování. Tři z dotazovaných osmi pacientů uvedli, že výživu příliš nedodržují a dají si k jídlu to, co mají rádi. PK1: „*Popravdě moc ne, už mi tady za to hubovala, jak říkám dám si to, co mám ráda, co bych z toho života měla*“. PK7: „*Nesmím tučný jídla. Ať jím zdravě, no to co mi přesně nechutná tak to mi řekli, ani solit nemám, nekořenit, ovoce a zelenina je prý dobrá, ale to mě moc nejede*“. Co se týče zdravé životosprávy, bylo zjištěno, že přesně polovina pacientů nedodržuje zásady zdravé životosprávy. PK1 na otázku, zda ví, že kouření muže zhoršit její zdravotní stav odpovídá: „*Říkali mi to tady sestřičky, ale kouřím 45 let, nejde to přestat, i manžel mi hubuje*“. Na otázku, zda dodržuje doporučenou stravu, odpovídá opět pacientka PK1 následovně: „*Popravdě moc ne, už mi tady za to hubovala, jak říkám dám si to, co mám ráda, co bych z toho života měla*“. PK2 při otázce, zda dodržuje rady ohledně stravování a zdravého životního stylu odpovídá: „*Já si myslím, že ano. Snažím se jíst zdravě, dováží mi i obědy z jídelny a tam mi napíšou kolik, čeho to obsahuje. Když sem mohla, snažila sem se i chodit, teď už to nejde*“.

Z výsledků zpracovaných rozhovorů od dotazovaných sester bylo zjištěno, že neméně důležité je dodržování zdravého životního stylu. Samozřejmě musíme přihlédnout ke zdravotnímu stavu pacienta. SK5: „*Doporučujeme, pokud je to jen trochu možné dostatek pohybové aktivity, což vede k lepšímu prokrvení dolních končetin. Vhodné jsou krátké procházky, nevyhovuje dlouhé stání a sezení s končetinami volně spuštěnými dolů. Vždy, když pacient sedí, měl by mít nohy podloženy nebo nejlépe ve vodorovné poloze*“. Sedm dotázaných sester uvedlo, že nejvhodnější je pro pacienty samotná chůze. SK3: „*Nejlepší je pro ně zcela jistě chůze, alespoň krátké procházky, pokud jim to stav umožní, důležitý je informovat tak i rodiny, protože mnohdy se stane, že rodina si myslí, že nejlepší pro babičku bude, když bude jen ležet a nebude se hýbat. Takže informovat, že pohyb je důležitý na správné prokrvení končetiny*“. Shodují se i sestry SONP1, SONP2, SK1, SK4, SK5 a SCH1. Sestry uvedly, že je důležité dodržování

dostatečného příjmu tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci, která může mít za následek zhoršení hojení rány. SK3: „*Pacientům, kteří trpí bércovými vředy, doporučujeme výživu a stravu dle jeho aktuálního stavu a dalších přidružených onemocnění. Obecně platí mít dostatek tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci a špatnému hojení rány. Hojení ran taky příznivě ovlivňují některé minerály, jako je třeba vápník, hořčík nebo zinek*“. SK6 vyzdvihuje důležitost vyvarování se sladkým pokrmům, udává: „*Co se týče potravin, pacienti by měli vyřadit ze svého jídelníčku tučnou stravu. Ani příliš sladkostí a sladkých jídel není vhodné, protože například při zvýšené hladině cukru v krvi se v ranách pomnožují kvasinky a opět zhoršují hojení ran*“. Obecně platí, poučit pacienta, aby nekonzumoval příliš tučná jídla, doporučuje se lehká strava a menší porce. SONP2: „*Doporučujeme nejíst tučná jídla, stravovat se lehce a menší porce, aby se nezvyšovala hmotnost pacienta. Mají být zařazeny do jídelníčku i dostatek tekutin a vitamínů*“. Toho názoru jsou i sestry SK1, SK2, SK7, SK8, SONP1, SONP2. SK3 zmiňuje doporučit pacientům cévní gymnastiku, popřípadě ji s nimi provádět. Pacienti by měli alespoň třikrát denně kroužit nohama v kotnících, přitahovat se špičkami prstů a natahovat prsty u nohou. Pohyb je třeba zajisti i u ležících pacientů, kterým jsou doporučovány a zároveň prováděny tyto cviky rehabilitačními pracovníky. SCH1: „*K imobilním rehabilitační, dělají různé cviky, přitahují špičky k sobě, nebo stačí, i když hýbají prsty, prostě vše na prokrvení končetin*“. Rizikovým faktorem přispívajícím ke vzniku bércových vředů je dle dotazovaných sester kouření. Je důležité, aby byl pacient upozorněn a správně edukován o naprosté absenci kouření. Šest z deseti dotázaných sester uvedlo, že kouření má velice nepříznivý vliv na vznik onemocnění i samotný průběh léčby. SK5: „*Ať nekouří, někdo to může být i důvod vzniku. Pacienti často kouří i pak dál, to je pak léčba opravdu zdlouhavá, a prostě jim to nevysvětlíte*“. Z osmi oslovených pacientů uvedli tři, že i nadále kouří cigarety.

Sestry SK3, SK4, SK7 a SONP2 poukazují na správně zvolenou obuv a ne příliš těsné oblečení.: SK3: „*Dále doporučujeme nosit vhodnou obuv, aby lem boty nedřel do rány*“. SONP2: „*Taky jim doporučit dobrou obuv, je důležitý aby nohavice končetinu zbytečně nestahovaly, nebo i třeba ponožky aby neškrtily v kotnících*“. SCH1, SK1 a SK5 zmiňují, že svou roli v prevenci a léčbě bércových vředu hrají účinky tepla. Pacienti by neměli pobývat příliš na slunci nebo navštěvovat sauny. (Příloha 7)

4.1.4 Kategorie 4 Komplikace bérkových vředů

Všechny dotazované sestry se shodly, že mezi časté komplikace patří bakteriální infekce, konkrétně uváděly erysipel. Tuto komplikaci často sestry uváděly při otázce, s jakými nejčastějšími problémy se pacienti vracejí zpět do nemocnice. 6 z 10 sester uvádělo právě tuto komplikaci. Dále bylo zjištěno, že pacienti se často vracejí zpět do nemocnice s velice zhoršeným stavem a mají v ráně infekci, právě díky nesprávné péči při převazech rány. SK6: *„Často se vracejí z důvodů zanedbané ošetrovatelské péče, tím myslím převazy, a taky mají erysipel“*. SK3: *„Zhoršení vředů, nezhojení se. Většinou díky tomu, že špatně pečují doma o ránu, tady v nemocnici si to ohlídáme, je důležitý je správně poučit o péči, ale ani to Vám nezaručí, že pacienti to budou dodržovat“*. Sestra SK3 zdůrazňuje důležitost monitorace pacientů trpící diabetem mellitem: *„Často se vracejí s bolestí, obvykle z důvodu špatné péče o ránu. Taky je důležitý hlídat pacienty s diabetem. Při špatné péči hrozí diabetická noha“*. Sestry z oddělení následné péče se shodly, že mají časté zkušenosti s nenávratným poškozením tkání a nutností amputace končetiny a také s život ohrožující sepsí. Dále SONP1 při otázce na co si dává pozor při ošetrovatelské péči o pacienty s bérkovými vředy, zmiňuje věnování absolutní pozornosti péči o ránu během převazu, konkrétně upozorňuje na zánětlivé zarudnutí, které je pro pacienty velice bolestivé. Upozorňuje tím na riziko akutního infekčního zánětu v okolí ulcerace. SK6 zmiňuje jako komplikaci, se kterou se pacienti často vracejí z domácího léčení, krvácení z rány. *„Nejčastěji s infekcí, dále se zanedbaným ošetřováním a také krvácením. To krvácení stačí třeba, že pacient při nepozornosti nebo někdo kdo o něho pečuje, zatrhne o ránu, někdy může dojít k silnému krvácení“*.

4.1.5 Kategorie 5 Nejčastější problémy pacientů s bérkovými vředy

Kategorie popisuje nejčastější problémy, kterými trpí pacienty s tímto onemocněním. Výzkumným šetřením byly zjištěny čtyři nejčastější problémy. Pacienti i dotazované sestry se shodli, že největším problémem je bolest, sekrece z rány, zápach z rány a otoky. Bérkové vředy jsou často spojovány s bolestí. Ukázalo se, že bolest je pro

pacienty nejčastějším problémem. Pacienty bolest velice vysiluje a omezuje. Prokázalo se, že bolest, kterou pacienti prožívají je mnohdy až nesnesitelná. Pacienti jsou často vyčerpaní a nemají chuť do života. Konkrétně PK2: „*Bolest, já si snad už říkám, kdybych tu nohu neměla, nebolela by mě, ta bolest v nohou, ta mě tak trápí už od začátku. Strašně moc to bolí, ani nevíte jak. Unavuje mě to. Sem z toho nešťastná*“. To potvrzuje i PK5: „*Bolest, strašně mě to omezuje. Hlavně i ten obvaz mi prosakuje, takže s tím nikam ani nechodím a smrdí to*“. Na bolesti se shodlo všech osm dotázaných pacientů. Během rozhovoru bylo pro některé pacienty těžké hovořit o bolesti. Pacientka PK7 hovoří o bolesti se slzami v očích: „*Celkově mě trápí, že mě tohle postihlo, nikomu sem nic neudělala. Bolí to jako čert. Sem k ničemu nic nezvládnou. Všichni se o mě starají*“. Dále bylo zjištěno, že pacienty trápí sekrece z rány a zápach. PK4: „*Že mi ta noha vždy nateče. To je pak problém se vším, s botama, s oblékáním. Ted' se docela začínám bát, protože mám nateklou i tu zdravou nohu*“. Pacienti potvrzují, že sekrece v ráně je velice omezuje a pociťují až sociální izolaci. PK1: „*No bolí mě to, s tím už tak nějak počítám, že se to nezmění, ale co je teda hrůza je, že mi to z tý rány pořád teče. Je to hrůza, nohy mám zafáčovaný, věčně obvaz promáčený, a to i během chvíle, smrdí to, je to nepříjemný. Vždyť já nemůžu ani nikam jít*“. PK2: „*A ten obvaz pořád protýká, teče mi z tý rány takovej sajrajt a to neuhlídáte, peřiny, prádlo, všechno mám zničený a noha se mi pořád nehojí. Ani mezi lidi s tím nemůžu, jezdila sem dřív k dceři a už tam ani nechci, prosakuje to a smrdí to*“.

Sestry, které ošetřují bércové vředy pacientů, byly dotázány, co nejvíce trápí pacienty. Všechny sestry uváděly na prvním místě bolest. SK2: „*Bolest, mnohdy až nesnesitelná. Oni se pacienti často bojí dopředu, není to tak, že by je noha bolela celý den, je to nárazové*“. Za prioritní sestry uváděly včasné nabízení analgetik a šetrné převazování rány. SONP2: „*Nabízíme analgetika, je dobré nabízet analgetika plánovitě před převazy, to obvykle pacienty nejvíce bolí*“. SK7: „*Analgetika, uklidňování pacienta a šetrné zacházení při převazu*“. Čtyři sestry uvedly, že nejdůležitější z hlediska ošetrovatelské péče o pacienta s bércovým vředem je péče o bolest. SK6 zmiňuje ambulantní léčbu bolesti: „*Nabízíme analgetika, monitorujeme bolest. Někteří mají velké bolesti, a pokud se nedaří tlumit bolest, je dobrý doporučit nebo zajistit péči v ambulanci pro léčbu bolesti, kam někteří naši pacienti dochází*“. Dalšími zjištěnými

problémy byly sekrece z rány a zápach. Opět se shodly všechny dotazované sestry. Sekreci uváděly sestry jako druhý nejčastější problém u pacientů s bérčovými vředy. SK7 odpovídá na otázku, s jakými obtížemi se u pacientů s bérčovými vředy setkává opakovaně: „*S velkou bolestivostí a se sekrecí v ráně, to je většinou omezuje v běžném životě, obvaz jim prosakuje, což je velice nepříjemné a samozřejmě zápach*“. Sestry často odpovídaly na otázku, s jakými problémy se opakovaně u pacientů setkávají, otoky končetin. SK6: „*Nejčastěji se setkávám s otoky*“. Edém končetiny nám potvrdily i dotazované sestry SK1, SK2, SK3, SK4, SK6, SK7. (Příloha 8)

4.1.6 Kategorie 6 Sociálně kulturní dopad onemocnění na život pacientů

Bylo zjištěno, že bérčový vřed je dlouhodobé a často recidivující onemocnění. Pro některé pacienty to znamená omezení na celý život. Zpracováním rozhovorů s pacienty i sestrami se zjistilo, že onemocnění, velice ovlivňuje kvalitu života nemocných. Bylo zjištěno, že nejvíce pacienty obtěžuje bolest, sekrece z rány, zapáchající rána a otoky. Poslední kategorie tedy nese název Sociálně kulturní dopad na pacienty. Popisuje život pacientů s bérčovými vředy, konkrétně jsme se pacientů zeptali, do jaké míry jsou s tímto onemocněním soběstační a co se u nich při zjištění nemoci změnilo. Zjistili jsme, že bérčové vředy výrazně narušují spánek pacientů. Prokázalo se, že je to způsobeno již zmiňovanou bolestí, kterou pacienti i sestry udávali jako největší a nejčastější problém. Konkrétně tak uvedlo pět pacientů, kteří mají problémy se spánkem. PK1: „*Spát nemůžu, protože mě to bolí, ve dne sem potom jak zchvácenější pes*“. PK5: „*Trápí mě, že se ani nemůžu pořádně vyspat, jak to bolí*“. Toho názoru jsou i pacienti PK2, PCHC1 a PK6. Dále se prokázalo, že u pacientů se vyskytuje sociální izolace, která je dle výsledků spojena s více faktory. Jedním z nich je snížená mobilita. Přesněji čtyři pacienti ji uvedli jako největší omezení v běžném životě. Pacienti mají obavy, že nezvládnou chůzi. Jedna pacientka uvedla, že ji činí potíže chůze do schodů. PK7: „*Ale chodím si sama nakupovat, ale to jen díky tomu, že mám naproti baráku krám, takže nemusím daleko, ale belhám se pomalu a nejvíc mi to vadí, když jdu do schodů, jsou to jen tři, ale dělá mi to problém*“. Další pacient připisuje problémy s pohyblivostí edému končetin, který mu následně brání v pohybu. PCH1: „*Tady si*

dojdu akorát na záchod, jinak nic. Ale doma sem taky už moc toho nenachodil, protože mě to bolelo, ale naposledy když sem měl jet k doktoru autobusem tak sem se ani nepostavil na nohy. Ráno mi noha z ničeho nic otekla a jak oteče, je to v čudu, to ležím celý den“. Další pacientka udává, že se bojí chodit z důvodu, aby se například neuhodila nebo neškrábla do rány. PK6: *„A taky se bojím, že bych se někde do toho mohla rýpnout a rozjelo by se to ještě víc. Sem nejradši doma a nikam nechodim“.* Na pacientovi PK5 bylo viditelné, že při otázce, co se pro něj při zjištění nemoci změnilo, byl velice smutný a potlačoval slzy. PK5: *„Nechodím vůbec mezi lidi“.* S touto problematikou jsou dále spojeny i psychické potíže. Vyšlo najevo, že pacienti potřebují psychickou podporu jak ošetřujícího personálu, tak rodiny. Mají pocit, že jsou někomu na obtíž, stydí se za zapáchající ránu. Je zde nutné psychicky pacienta povzbuzovat a vyjádřit mu svou podporu. Uvádíme zde některé odpovědi pacientů. PK7: *„Připadá mi, že nic nezvládnou, jsem neohrabaná. Dcera si mě chtěla vzít k sobě, ale já nechci jim být na obtíž, mají svých starostí dost a ještě se budou starat o mě. Zařídili mi sestřičku a ta ke mně jezdí, ona mě chudák musí i umýt, já to s tou zatracenou nohou nezvládnou“.* PCH1: *„Chodil jsem rád se psem, toho teď venčí vnučka. Ale teď už moc nechodím, bolí mě ta noha, a kam se taky s takovouhle nohou můžu vydat, to je tak zavřít se doma. Stydím se s tím někam jít“.* Dále je třeba zdůraznit problematiku prosakování exsudátu, která byla již zmíněna v předchozí kategorii. Pozornost je ale také třeba věnovat tomu, že pacienti díky této nepříjemné situaci, odmítají chodit mezi lidi, pocítují méněcennost a zahanbení. PK4: *„Teď se mi zdá, že je to v nejhorší fázi, no proto tady ležím, začíná to i dost smrdět, no a vadí mi tak, že je mi to i před manželem blbý, někdy si připadám tak jako méněcenná“.* Co se týče sociálních aspektů, tak u pacientky PK4 bylo zjištěno, že onemocnění ji činí potíže v zaměstnání. Pacientka PK4, která má bércový vřed ve 41 letech nám uvedla, že má pocity zahanbení a pocítuje ztrátu ženskosti. Konkrétně udává problém v oblékání a nemožnost nošení šatů. PK4: *„Vadí mi, že například nemohu nosit šaty a celkově mě to omezuje. Teď se mi zdá, že je to v nejhorší fázi, no proto tady ležím, začíná to i dost smrdět, no a vadí mi tak, že je mi to i před manželem blbý, někdy si připadám tak jako méněcenná a bez takové té ženskosti“.* Byly zjištěny i problémy v některých denních činnostech a zájmových aktivitách. PK1: *„Teď se mi to hodně zhoršilo, ale před tím než jsem sem do nemocnice přišla, sem zvládala i uvařit. Teď co*

sem tady, tak jen ležím a na nohy jsem se ještě nepostavila“. PK4: *„Úplně se mi změnil každodenní život. Musela jsem tomu přizpůsobit životní styl a hlavně omezit sport“.*

Výsledky výzkumného šetření zpracovaných rozhovorů sester vyšlo najevo, že mezi sociálně kulturní aspekty pacientů s bércovými vředy patří snížená mobilita, poruchy spánku v důsledku bolesti, omezení v zaměstnání, omezení v osobním životě, ztráta zájmu a psychické potíže. Sedm dotázaných sester z jednotlivých oddělení je toho názoru, že pacienty omezuje porucha spánku v souvislosti s bolestí spojenou s bércovými vředy. SK2: *„Tady v nemocnici si stěžují, že nemůžou spát, takže dáváme analgetika, někomu i hypnotika“.* SK5: *„Taky je to omezuje ve spánku, zejména ty pacienty co mají velké bolesti. Jsou pak vyčerpaní a unavení“.* Šest sester dále uvedlo jako největší omezení v běžném životě sníženou mobilitu. Pro příklad SONP1: *„Samozřejmě se sníženou mobilitou, nemohou se hýbat, to je velké omezení a u mladších pacientů to musí být určitě estetika. My tady na oddělení se setkáváme jen s těmi staršími a u těch největší problém právě ta mobilita“.* Stejného názoru je i sestra SCH1. Bylo zjištěno, že pacienti jsou nuceni poměrně v produktivní věku, přestat pracovat nebo úplně změnit zaměstnání. Potvrdily to dotázané sestry konkrétně SK1, SK2, SK4 a SK6. Dotazovaná sestra SK5 zmiňuje omezení v kulturním životě a nemožnost cestování: *„Omezení v osobním životě, nemohou třeba cestovat, nemohou za kulturou - myslím ty mladší pacienty“.* Sestra SK2 zmiňuje finanční náročnost převazového materiálu, který pacienti doplácí. SK5 upozorňuje na nedostatek převazového materiálu v domácím prostředí. (Příloha 9)

5 Diskuse

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s kožní chorobou z cévních příčin, konkrétně je zaměřena na bérkový vřed. Dle prostudované literatury bylo zjištěno, že bérkové vředy patří mezi nejčastější kožní choroby z cévních příčin. Štork (2013) ve své publikaci zmiňuje, že bérkové vředy postihují 3-5 % populace. Tvrdí, že onemocní spíše ženy než muži a častěji ve vyšších věkových skupinách kolem 70 roku věku. Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo více žen než mužů. Z 8 oslovených pacientů trpících bérkovým vředem tvořily výzkumný vzorek převážně ženy. Konkrétně to bylo šest žen a dva muži kolem 70. roku života.

Výzkumná práce pojednává o prvotních příznacích bérkových vředů a jejich diagnostice. Větší část je věnována ošetrovatelské péči o pacienty trpících tímto onemocněním. V práci jsme popsali i zkušenosti sester s péčí o tyto pacienty. Přesněji jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči při převazech rány, kdy jsme oslovily sestry z jednotlivých oddělení. Konkrétně jsme se zaměřili na pocity pacientů během převazu rány. Dostupná literatura, ze které jsme čerpali, se zabývá bérkovými vředy z medicínského hlediska. Dle mého názoru je však málo pozornosti věnováno tomu, jak se cítí samotní pacienti.

Z počátku jsme se věnovali příznakům, které se u pacientů vyskytovaly ještě před propuknutím nemoci. Autorky Baručáková a Vantuchová (2010) uvádí, že pacienti s žilními bérkovými vředy mají před propuknutí nemoci pocity těžkých nohou, noční křeče a bolest. V našem šetření potvrdili pacienti PK1, PK3, PK6, že prvotní příznakem vzniku bérkových vředů byly právě křeče v nohou. Toto tvrzení potvrdila i dotazovaná sestra, SK1: *„Ze začátku zarudnutí, to je takový neurčitý příznak a nenapadne je jít k lékaři, což je jasné. Potom myslím, že se mohou objevit křeče v nohách, pocity těžkých nohou a bolest“*. Převážná většina dostupné literatury, která se zabývá klinickými projevy bérkových vředů, je zaměřena již na propuklé symptomy. Hlavním záměrem empirického šetření v oblasti prvotních projevů bylo zjistit, jaké projevy dle oslovených pacientů následně vedly ke vzniku bérkových vředů. Samotní pacienti se domnívají, oproti využití literatury, že před propuknutím bérkového vředu pozorovali zarudnutí

končetiny. Konkrétně tak odpověděli čtyři pacienti. Samotní pacienti však uváděli, že tento objektivní symptom pro ně nedává impuls navštívit lékaře. V literatuře Pokorná a Mrázová (2012) je kladen důraz, že sestry by měly vnímat každého pacienta jako celistvou bytost. Pacient tedy musí být vnímán jako celek a je třeba se zaměřovat na všechny objektivní i subjektivní příznaky. Pospíšilová (2008) ve své publikaci zdůrazňuje, že posttrombické vředy mají exsudativní charakter, povleklou spodinu a bývají s rozsáhlým edémem postižené oblasti. Edém končetiny nám potvrdily i dotazované sestry, konkrétně SK2, SK3, SK4, SK6, SK7. Dva dotazovaní pacienti se shodli, že bércové vředy se u nich vyskytly náhle bez klinických projevů, konkrétně u pacientů PK2 a PK7. U pacientky PK2 bylo zjištěno, že má bércový vřed na levé noze 11 let a před 3 měsíci se bércový vřed objevil na pravé noze. U pacientky PK7 byly před třemi roky diagnostikovány varixy. Hnátek (2014) popisuje Framinghamskou studii, podle které je roční incidence varixů u žen 2,6 % a u mužů 1,9%. Nováková (2011) zmiňuje, že bércový vřed vzniká ve tkáni změněné varixy a opakovanými záněty žil. Dále zdůrazňuje komplikaci bércového vředu, erysipel. Výzkumným šetřením se nám potvrdilo, že pacienti se často vracejí zpět do nemocnice s velice zhoršeným stavem a často mají v ráně infekci. SK6: „Často se vracejí z důvodů zanedbané ošetrovatelské péče, tím myslím převazy, a taky mají erysipel“. To potvrdilo šest z deseti oslovených sester. Potvrzuje to i pacientka PK3, které jsme položili otázku, jaké má další onemocnění, odpověď zněla: „Opakují se mi pořád růže, s tím se často vracím do nemocnice a jsem po operaci srdce“. Stehlík et al. (2012) jsou toho názoru, že právě některá infekční onemocnění, mohou zapříčinit vznik bércového vředu, řadí mezi ně mykózy, zmíněný erysipel nebo syfilis.

Dále se v bakalářské práci věnujeme diagnostice bércových vředů. Musil (2006) udává, že by se měla věnovat velká pozornost odběru anamnézy a myslet na to, že příznaky žilní nedostatečnosti jsou nespecifické. Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplynulo, že při diagnostickém vyšetření je zpočátku nejdůležitější odběr anamnézy nemocného. Dotazovaní pacienti uváděli, že při odběru anamnézy byli dotazováni na zjištění doby, kdy se onemocnění objevilo poprvé. Stejného názoru byly i dotazované sestry konkrétně SK1, SK2, SK3, SK4, SK6, SK7 a SONP1. SK2: „Lékaře asi bude

zajímat rodinná, osobní a sociální anamnéza a jaké berou léky. Taky je dobrý vědět jestli měl vředy někdo z pacienta rodiny“. Rozehnalová et al. (2008) ve své publikaci považují správnou anamnézu pacienta také za stěžejní. Autoři Navrátil et al. (2008) kladou důraz na klinické vyšetření. Především poukazují na důslednost při palpačním vyšetření. Zaměřují se především na dolní končetiny nemocného, kdy se zhodnotí konzistence otoků, teplota a napětí kůže. Dotazované sestry se s literaturou shodují na základní diagnostice klinického vyšetření končetiny, konkrétně to jsou SK1, SK2, SK3, SK4, SK5, SK6, SK7, SCH1 a SONP2. Uvádíme odpověď sestry, která se velice shoduje s názorem Navrátila et al. (2008). SK4 uvádí: *„Je důležitý palpační vyšetření, tím lékař zhodnotí otok, teplotu a napětí kůže, pak teda již zmíněným pohledem zhodnotí, když už je rána otevřená, jaká je její lokalizace, velikost, stanoví jaké má okraje, charakter rány, to vše bych zařadila do základního vyšetření“.* Rozehnalová et al. (2008) a Vondráčková (2014) ve své publikaci zdůrazňují, že klinické vyšetření se často doplňuje o hematologické a biochemické vyšetření krve. To potvrdily i dotazované sestry SK1, SK4 a SK5. Ostatní sestry se o doplňujícím vyšetření krve nezmiňovaly.

Dle našeho výzkumného šetření vyšlo najevo, že nejčastější vyšetřovací metodou při diagnostice bércových vředů je ultrazvuk žil. Odpovědělo nám tak sedm pacientů a všechny dotazované sestry. Také Vondráčková (2014) zahrnuje do komplexního cévního vyšetření žilního i arteriálního systému dolních končetin neinvazivní metody, zmiňuje právě ultrazvuk žil. S touto skutečností se ztotožňuje také Kalný (2013), který dále popisuje zásadu, že každý nemocný se žilními bércovými vředy by měl být indikován k vyšetření duplexní sonografií žil a tepen. Konkrétně Dopplerovské vyšetření zmínila sestra z chirurgického oddělení. SCH1: *„K nám na chirurgii pacienti přijdou k řešení chirurgickému, ale pokud se u nás vřed zjistí tak ultrazvuk žil, Dopplerovské vyšetření a vyšetření duplexní sonografií. K dalšímu léčení, pokud se to neřeší chirurgicky, předáváme na kožní“.* Oproti tomu dvě sestry z oddělení následné péče uvedly, jako nejčastější vyšetřovací metodu konkrétně angiografii dolních končetin.

Dále jsme v naší práci věnovali pozornost vlivu genetickým dispozicím na onemocnění bérčovým vředem, jelikož dostupná literatura od Vondráčkové (2014) udává, že rizikových faktorů podporujících tvorbu defektů je velká spousta. Patří k nim například věk, trombóza, diabetes mellitus, hormonální léčba, vícečetné těhotenství, hypertenze, obezita, ale i dědičné dispozice. U tří pacientů jsme zjistili, že trpí onemocněním diabetes mellitus a další tři pacienti trpí hypertenzí. Oproti tomu Musil (2006) je toho názoru, že dědičnost způsobit bérčový vřed nemůže, ale podílí se na vzniku křečových žil, které jsou často příčinou vzniku bérčových vředů. To se nám potvrdilo na pacientech PK1, PK5 a PK7, kteří uvedli, křečové žíly jako počáteční projev. Pacientka PK7 říká, že křečové žíly ji byly léčeny a i přesto se u ní vyskytla komplikace bérčového vředu. Dle názoru oslovených pacientů má polovina názor, že na výskyt onemocnění mají vliv genetické dispozice. Čtyři pacienti z dotazovaných osmi odpověděli, že bérčový vřed se vyskytoval u jejich příbuzných. Dalo by se říci, že polovina oslovených sester se shodla s literaturou Vondráčkové (2014), jelikož pět sester uvedlo, že genetika má velký vliv na vznik bérčových vředů.

Bělobrádek (2011) tvrdí, že spouštěcím faktorem bérčových vředů může být mírné poranění, místní infekční zánět nebo povrchová tromboflebitida. Drobné poranění, doslova škrábnutí, odpověděla pouze jedna pacientka. Pacientka PK4 uvedla úraz na lyžích. Sestry se však s literaturou Bělobrádka (2011) shodují více. Časté jejich odpovědi byly, že ke vzniku bérčových vředů může přispět jen malé škrábnutí, ale i již zmíněná tromboflebitida.

Dle zpracovaných rozhovorů jsme dále zjistili, že z pohledu ošetrovatelské péče je nejzásadnější samotná péče o ránu, konkrétně převaz rány. To je udáváno i v literatuře od autorky Novákové (2011), že mezi základní ošetrovatelskou péčí o pacienty s bérčovými vředy patří převaz rány. Pejznochová (2010) ve své publikaci klade důraz na sestry, které sehrávají v převazu rány velkou roli a jsou pro pacienta oporou. PK6: „*To se cítím dobře, sestřičky nemohou za to, že mě to bolí. Chodí se mě ptát, zda lék na bolest zabral, když mi to převazují tak mě vždy uklidní a podpoří*“. Sestry z jednotlivých oddělení se shodly, že při převazu rány je stěžejní správné odstranění starého krytí, důkladné omytí, osušení a poté kontrola lékaře a následně přikládání naordinovaných

prostředků moderního hojení ran. To souhlasí s literaturou Zelenkové (2012), která tvrdí, že léčba bércevého vředu začíná odstraněním přípravku, který byl naaplikován u předchozího ošetření rány a dále pokračuje pečlivé omytí a následně vlastní léčení. Arenberger et al. (2012) tvrdí, že jedním z hlavních úkolů při léčbě bércevéch vředů je navození aseptického prostředí jak vlastní rány, tak jejího krytí. V našem šetření dotazované sestry také uvedly, že stěžejní při ošetrovatelské péči je dodržování aseptického postupu při převazu rány. SK2: „*Dodržování bariérové ošetrovatelské péče a hlavně sterilní ošetřování při převazu, to je nejdůležitější. Často se setkáváme s infekcí v ráně*“. SK6: „*Já osobně považuji za stěžejní čistotu, tím myslím i řádnou hygienu a samozřejmě sterilitu při převazech*“. S tím se ztotožňuje i Slezáková et al. (2014), která řadí mezi nezbytná opatření důslednou hygienu rukou zdravotníka a aseptický postup při převazech ran. Dále si myslím, že by se měla věnovat větší pozornost ošetrovatelské péči v oblasti hygienické péče o tyto pacienty. Pacienti často právě díky onemocnění nezvládnou péči sami a je nutné těmto pacientům pomoci a také informovat o důležitosti péče rodinu. Dle výsledků sester, se nám potvrdilo, že pacienti se často vracejí z domácího prostředí právě z důvodu, že byla zanedbána hygienická péče a nebyl zachován aseptický převaz rány.

Zjistili jsme, že největším ošetrovatelským problémem z pohledu sester i pacientů je bolest. To koresponduje s literaturou Baručákové a Vantuchové (2010) a Pokorné, Mrázové (2012), kde je popisována bolest jako nejčastější ošetrovatelský problém. Nováková (2011) klade důraz na to, že sestry musí sledovat charakter bolesti a hodnotit její intenzitu. Vondráčková (2014) tvrdí, že účinná analgezie pomůže zmírnit utrpení a průběh nemoci. To si uvědomují o dotazované sestry. Bylo zjištěno, že sestry věnují plnou pozornost monitorování bolesti pacientů a nabízejí pacientům analgetika.

Pejznochová (2010) popisuje, že pacienti s bércevémi vředy musí dodržovat ordinace lékaře. Zde vyplývá důležitost spolupráce mezi sestrami a lékaři, neboť sestry jsou v přímém kontaktu s pacienty a lékař se také musí spoléhat na informace, které se sestry dozívají nebo vypořádají při poskytování ošetrovatelské péče. Bylo zjištěno, že bolest pacienti pocítují při pravidelných převazech rány, nejsilnější ji udávají při odstraňování starého krytí. Dále bylo zjištěno, že bolest nesouvisí nejen s převazy, ale obtěžuje

pacienty v klidu nebo během denních činností. Pacienti i sestry se shodli, že bolest výrazně narušuje spánek pacientů. Bylo zjištěno, že bolest je provází od prvopočátku onemocnění. Vondráčková (2014) ve své studii popisuje, výsledky, kde byly osloveny sestry, co považují za nejdůležitější při ošetřování ran. Dle její studie vyšlo, že sestry uváděly bolest až na třetím místě. V našem výzkumném šetření všechny sestry, které jsme oslovili, uvedly bolest vždy na prvním místě. Dotazované sestry uváděly, že neléčená bolest ovlivňuje proces hojení. Přesto, že většina zdrojů uvádí, že intenzita bolesti je sestrami podceňována, v našem šetření sestry bolest monitorují a sledují účinky léčby.

Rozehnalová et al. (2008) ve své publikaci zdůrazňují, že správná edukace a preventivní opatření jsou nezbytnou součástí léčby. Zaměřili jsme se tedy na edukaci pacientů a zjišťovali jsme, jaké informace sestry poskytují pacientům a naopak jaké informace pacienti nejčastěji žádají. Edukace pacientů s bércovými vředy je dle mého názoru nepostradatelná, jelikož správná režimová opatření a správná technika převazu rány může předejít komplikacím, kvůli kterým se pacienti často vrací zpět do nemocničních zařízení. Autorky Šulistová a Trešlová (2008) uvádí, že při komunikaci mezi sestrou a pacientem je nutné, aby si sestra uvědomovala její vliv na pacienta. Sestra by měla pacienta motivovat, povzbuzovat a být mu oporou. Proto jsme se v rámci rozhovorů sester zeptali, jaké informace pacientům poskytují a jaké informace pacienti nejčastěji žádají. Literatura Rozehnalová et. al. (2008) je zaměřena na odstranění rizikových faktorů, především zmiňuje správnou kompresivní péči, mobilitu, redukci hmotnosti pacienta a omezení kouření. Oproti tomu Herman a Musil (2011) do režimových opatření řadí fyzioterapii, popisují intenzivní trénink chůzí, zlepšování pohyblivosti kloubů, polohování dolních končetin. Nevěnují se však správnému stravování. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že správné stravování může hrát roli v hojení ran a je důležité pacienty i rodinu edukovat o správné výživě. Köbel (2011) zdůrazňuje dodržování správné výživy a hydratace. S Köbelem se ztotožňuje i autorka Pokorná (2012), která tvrdí, že je důležité zahrnout do jídelníčku stravu bohatou na proteiny, vitamíny, minerály a stopové prvky. Všechny oslovené sestry pacienty informují o důležitosti správné výživy. Bylo však zjištěno, že někteří pacienti i přes to, že byli informováni, režimová opatření nedodržují. PK5: „*Hlavně, že mám zhubnout.*

Prý mám jíst ovoce a zeleninu, no to se směju, vím, že sem tlustý, ale mám jíst samý věci, co mi nechutnají. Z masa mi řekli kuřecí maso, no to je hnus, to takovej bůček to je jiná. Ale polepším se“.

Dotazované sestry uvedly, že pacientům poskytují informace ohledně režimových opatření. Zpracováním výsledků od pacientů jsme však zjistili, že informace ohledně režimových opatření, jim byli podávány lékařem a sestry podávaly informace ohledně převazů rány. Tři pacienti uvedli, že informace byly neúplné. Bylo zjištěno, že u dvou pacientů to bylo z důvodu, že bylo podáno příliš mnoho informací najednou. U jedné pacientky bylo viditelné, že nevěří ve zhojení rány. Konkrétně pacientka PK4: *„No stejně nevím, jak to mám převazovat, když mi to jednou ukázali tak to si hned nezapamatujete a hlavně jsem se bála na vše ptát, bylo to moc informací. Ale stejně mi to převazuje sestra z domácí péče. Já už nic nežádám, sem stará, ty nohy se mi už nezahojí“.* U další pacientky to byla informace týkající se hygieny, jedná se o 41letou pacientku, PK4: *„Když jsem přišla domu, tak mi došlo teprve, jestli se s tím můžu normálně umýt, zda to sprchovat a tak. To mi doktor neřekl, mě ani moc nenapadlo se ptát, při další návštěvě jsem se ptala sestřičky v ambulanci“.* Ze zpracování výsledků od sester je patrné, že pacienti se nejvíce zajímají o informace ohledně převazů rány a zhojení rány.

Bércové vředy jsou chronické rány a jsou k dispozici různé způsoby léčby. Co se týče zahraničních studií, Somani (2017) ve svém článku vyzdvihuje do popředí metodu lokální biologické terapie, která je v léčbě bércových vředů velice účinná a v posledních letech je velice aktuální. Právě Somani (2017) ve své práci popisuje terapii s využitím metody PRF (fibrin bohatý na trombocty). Jedná se o využití tělu vlastních látek, většinou centrifugací upravenou krevní plazmu, která je obohacena aktivovanými krevními destičkami a současně obsahuje protizánětlivé a růstové faktory, které zlepšují hojení ran. O této metodě se zmiňují i autoři Stehlík et al. (2012). Myslím, že tato metoda by se měla více aplikovat při léčbě bércových vředů a měla by se o ni více informovat veřejnost. Setkala jsem se s pacienty, kteří tuto metodu podstoupili a měli výborné výsledky.

Pospíšilová (2008) popisuje, že onemocnění sebou přináší jisté zdravotní, ekonomické, sociální a psychologické problémy. Zmiňuje mladé pacienty s bércovými vředy, kteří se často potýkají s dlouhotrvající pracovní neschopností nebo nezpůsobilostí vykonávat předešlé zaměstnání. Naproti tomu ve vyšší věkové skupině se kromě zdravotních a ekonomických dopadů potýkají pacienti i s problémy sociálními. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že pacienti často trpí sociální izolací. PK5: „*Bolest, strašně mě to omezuje. Hlavně i ten obvaz mi prosakuje, takže s tím nikam ani nechodím a smrdí to*“. S touto souvislostí je třeba zmínit prosakování exudátu. Zjistili jsme, že mezi nejčastější ošetrovatelské problémy patří bolest, sekrece z rány, zápach z rány a otoky. Pacienti právě díky těmto problémům odmítají chodit mezi lidi. Zjistili jsme však, že to nemusí být lidé ve vyšším věku, ale i mladí pacienti, kteří odmítají chodit mezi lidi, pocítují méněcennost nebo dokonce, jak udala pacientka PK4, pocit zahanbení.

V teoretické části naší práce jsme zmiňovali disertační práci Slonkové (2013), která se zabývala kvalitou života u pacientů s chronickými bércovými vředy. Na výzkumném vzorku, který čítal 100 respondentů, zjistila, že většina ulcerací má chronický charakter a tím pádem dochází dlouhodobě ke snížení kvality života. Slonková konkrétně zjistila, že hlavním faktorem, který ovlivňoval většinu aspektů kvality života, byla velikost ulcerace, dále intenzita bolesti, která má vliv na tělesné problémy a sociální aspekty. Ukázalo se, že ženy snášejí bércové vředy daleko hůře než muži. Zajímavé bylo, že doba trvání ulcerace nejevila statisticky významnou souvislost.

Dle mého názoru je nutné pacienty povzbuzovat a motivovat. Pokud jim to zdravotní stav umožní, co nejvíce zvýšit mobilitu, nebo provádění cviků na lůžku z důvodu lepšího prokrvení končetin. Dále si myslím, že by se měla velká pozornost věnovat sociálním a také psychickým aspektům, které mají na pacienty velký vliv. Pacienti se nechtějí stýkat s rodinou z důvodu, že mají pocit, že budou rodině na obtíž a mají pocity zahanbení za zapáchající ránu. Neméně důležité je věnovat pozornost sociálně kulturnímu dopadu na pacienty, jelikož se prokázalo, že pacienti mají poruchy spánku, trpí sociální izolací a mají pocity méněcennosti a celkově nemohou žít plnohodnotný život jako před onemocněním. Tollow (2016) popisuje ve své studii dopad onemocnění

na kvalitu života pacientů. Prohledal tři elektronické databáze (PsycInfo, Medline a CINAHL) a zjistil celkem 209 článků věnující se kvalitě života s onemocněním bércových vředů. Do svého přehledu zařadil 16 článků. Výsledky poskytují obezřetnou podporu tvrzení, že bércové vředy mají pozitivní vliv na kvalitu života pacientů s bércovými vředy.

6 Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybranými kožními chorobami z cévních příčin, konkrétně jsme se zaměřili na bérkový vřed. Druhým cílem bylo zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s vybranou kožní chorobou z cévních příčin. Zvolené cíle práce byly splněny.

Zjistili jsme, že specifika ošetrovatelské péče jsou spjata s převazy rány. Je třeba dodržovat správný postup převazu rány. Postup při převazu rány je vždy stejný, ovšem liší se aplikace léčebných přípravků, které jsou dle typu primární rány. Převazy se dělají za přísně aseptických podmínek příkládáním buď s vlhkým krytím, nebo s magistralitami. Důležité je sledovat nežádoucí účinky daných magistralit, které mohou při nesnášenlivosti určitých materiálů zhoršit hojení rány. Při převazu rány je stěžejní důkladné očištění rány, jelikož zbytky starého materiálu brání v procesu hojení rány. Zjistili jsme, že sestry mají nejlepší zkušenost s materiály s aktivním uhlím a materiály se stříbrem a s antiseptickým krytím, které využívají na infikované a nekrotické rány. U nekrotických ran jsme zjistili, že jsou osvědčené hydrokoloidy.

Převaz rány je pro pacienty spojen s bolestí. Bolest je také jedna z hlavních oblastí, na kterou se sestry pečující o pacienty s bérčovými vředy zaměřují, což bylo také v jedné z našich výzkumných otázek. Sestry se dále zaměřují na oblast hygienické péče, edukace pacientů a péče o výživu.

Zjistili jsme čtyři nejčastější ošetrovatelské problémy, kterými pacienti trpí. Patří mezi ně zmíněná bolest, dále sekrece z rány, zápach z rány a otoky končetin. Na prvním místě je bolest, shodli se tak dotazované sestry i pacienti. Sestry ji vnímají jako největší ošetrovatelský problém. Potvrdilo se nám, že klíčovou roli zde sehrává sestra, která je pacientům nablízku, sleduje bolest a nabízí pacientům analgetika. Dále jsme zjistili, že role sestry je nezastupitelná v oblasti tišení bolesti. Ovlivnění bolesti je důležité i pro zlepšení kvality života nemocných. Pacienti často vnímají bolest jako normální a součást jejich života. Myslím, že další zkoumání by si zasloužilo zmapování ošetrovatelské péče o pacienty s bérčovými vředy, která je poskytována sestrami

z domácí péče. Bylo zjištěno, že pacienti se často vracejí do nemocnice z infekcí v ráně, proto je vhodné pacientům zajišťovat odbornou péči v domácím prostředí.

K pacientům je třeba přistupovat s empatií a vnímat je jako celek. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že lidský přístup zdravotnického personálu k pacientům je nepostradatelný a pacienti jsou vděční a váží si poskytované péče a rádi spolupracují. Věřím, že práce, která pro mne byla velkým přínosem, bude přínosem i pro ostatní studenty. Bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací pro studenty v nelékařských oborech.

7 Seznam použitých zdrojů

- [1] ARENBERGER, P., et al., 2012. Fotodynamický antiseptický efekt fotoaktivních nanovláken při léčbě bércových vředů. *Czecho-Slovak Dermatology / Cesko-Slovenska Dermatologie*. 87(5), 176-182. ISSN 00090514.
- [2] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 146 s. ISBN 807013416x.
- [3] BĚLOBRÁDEK, M., 2011. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf. 215 s. ISBN 978-80-7345-221-6.
- [4] BISSACCO, D., VIANI, MP., 2017. *Multicomponent compression stockings in chronic venous leg ulcer treatment A review of the current literature*. [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28447969>
- [5] BROULÍKOVÁ, A., 2010. Chronické žilní onemocnění – současný pohled. *Solen medical education. Interní medicína pro praxi*. 12 (9), 411-413. ISSN 1803-5256.
- [6] BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelské péče 2. díl. Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-271-9254-0.
- [7] CETKOVSKÁ, P., PIZINGER, K., ŠTORK, J., 2010. *Kožní změny u interních onemocnění*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1004-4.
- [8] DUBSKÁ, Z., 2013. Problematika chronických ran. *Lékařské listy*. č.2. 40-45. ISSN 0044-1996
- [9] GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [10] HERMAN, J., 2010. Ulcus cruris. *Solen medical education. Dermatologie pro praxi*. 4(4), 184-185. ISSN 1803-5337.

- [11] HERMAN, J., MUSIL, D., 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. 262 s. ISBN 978-80-247-3335-7.
- [12] HNÁTEK, L., 2014. Farmakoterapie chronického žilního onemocnění. *Solen medical education. Interní medicína*. 16 (3), 93-97. ISSN 1803-5256.
- [13] *Chronic Ulcers in the Elderly -- Prevention and Treatment*, 2014. [online]. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803859>
- [14] KALNÝ, J., 2013. Léčba žilního bércového vředu. *Solen medical education. Interní medicína pro praxi*. 15(3-4), 118-120. ISSN 1803-5256.
- [15] KAREN, I., ŠVESTKOVÁ, S., et al., 2007. *Chronický vřed dolní končetiny. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 10 s. ISBN: 80-86998-18-5
- [16] KAŠTOVSKÁ, Z., HORSINKOVÁ, M., 2007. Péče o nemocné s bércovými vředy. *Sestra*. 17(4), 57. ISSN: 1210-0404.
- [17] KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy- 2. ročník/ 2. díl*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3.
- [18] KOUŘILOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- [19] KÖLBEL, F., 2011. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum. 236 s. ISBN 978-80-246-1962-0.
- [20] KRAJÍČEK, M., 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. Praha: Grada. 436 s. ISBN 978-80-247-0607-8.
- [21] LAZARUS, G., VALLE, MF., et al., 2014. *Chronic venous leg ulcer treatment: future research needs* [online]. doi: 10.1111/wrr.12102 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24134795>
- [22] MUSIL, D., 2006. Žilní insuficience- od etiologie ke kazuistikám. *Medicína pro praxi*. 6-11. ISSN 1803-5310.

- [23] NAVRÁTIL, L., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [24] NAVRÁTILOVÁ, Z., 2015. Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin. *Solen medical education. Dermatologie pro praxi*. 9(4). 157-161. ISSN 1803-5337.
- [25] NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. 235 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- [26] PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
- [27] POKORNÁ, A., 2011. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bércovými vředy. *Solen medici education. Medicína pro praxi*. 8(4). 198-201. ISSN: 1214-8687.
- [28] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
- [29] POSPÍŠILOVÁ, A., 2008. Bércový vřed. *Solen medical education. Dermatologie pro praxi*. 2 (2). 79-84. ISSN - 1803-5337.
- [30] POSPÍŠILOVÁ, A., 2010a. Léčba bércových vředů Xe-Dermou. *Solen medical education. Dermatologie pro praxi*. 3(4). 191-194. ISSN 1803-5337.
- [31] POSPÍŠILOVÁ, A., 2010b. Přístupy k léčbě chronických ran. *Solen medical education. Medicína pro praxi*. Med. Pro Praxi 2010; 7(Suppl. A). 12-24. ISSN 1803-5310.
- [32] POSPÍŠILOVÁ, A., 2010c. Léčba chronických ran moderními krycími prostředky. *Solen medical education. Praktické lékařství*. 6(6). 276-281. ISSN 1803-5329.
- [33] POSPÍŠILOVÁ, A., 2010d. Léčba ran a péče o pokožku. *Solen medical education. Medicína pro praxi*. Med. Pro Praxi 2010; 7(Suppl. A). 6-11. ISSN 1803-5310.

- [34] POSPÍŠILOVÁ, A., 2012. Bioaktivní prostředky- nové trendy v místní terapii chronických ran. *Česká dermatovenerologie*. 2(3). 173-180. ISSN 1803-5337.
- [35] ROZEHNALOVÁ, Z., SIPULOVÁ, L., KŘÍŽOVÁ, V., HERCOGOVÁ, J., 2008. *Hojení bércových vředů* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Zdravotnicke-prostredky/Hojeni-bercovych-vredu/8-1u-ju.magarticle.aspx>
- [36] RUILONG, Z., LIANG, H., et al., 2016. Inflammation in Chronic Wounds. *International Journal of Molecular Sciences*. 17(12), 1-14. DOI: 10.3390/ijms17122085. ISSN 14220067.
- [37] SLONKOVÁ, V., 2013. *Kvalita života u pacientů s chronickými bércovými vředy*. Disertační práce. Vedoucí práce Prof. Mudr. Vladimír Vašků, CSc. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, I. Dermatovenerologická klinika.
- [38] SLONKOVÁ, V., URBÁNKOVÁ, Š., VAŠKŮ, V., 2012. Hodnocení kvality života v dermatologii. *Postgraduální medicína*. 14(8). 920-923. ISSN: 1212-4184.
- [39] SOMANI, A., RAI, R., 2017. Comparison of Efficacy of Autologous Platelet-rich Fibrin versus Saline Dressing in Chronic Venous Leg Ulcers: A Randomised Controlled Trial. *Journal of Cutaneous*. 10(1), 8-12. DOI: 10.4103/JCAS.JCAS_137_16. ISSN 09742077.
- [40] STEHLÍK, D., KALINOVÁ, L., MOLITOR, M., 2012. Chirurgicko-plastická léčba bércových vředů a ran. *Solen medici education. Dermatologie pro praxi*. 6(1). 11-15. ISSN 1803-5337.
- [41] ŠTORK, J., 2013. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
- [42] ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 9788073942465.

- [43] ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 378 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [44] TOLLOW, P., OGDEN J., WHITELEY M. S., 2016. The comparative impact of conservative treatment versus superficial venous surgery, for the treatment of venous leg ulcers: A systematic review of the impact on patients' quality of life. *Phlebology.*, 31(2), 82-93. doi: 10.1177/0268355515581278. ISSN 02683555.
- [45] VONDRÁČKOVÁ, D., 2014. Bolesti u bérkových vředů a jejich léčení. *Solen medical education. Medicína pro praxi.* 11(4). 155-158. ISSN 1803-5310.
- [46] ZELENKOVÁ, D., 2012. Bérkový vřed. *Česká dermatovenerologie.* 2(3). 144-152. ISSN 1805-0611.
- [47] ŽUFFOVÁ-KUNČOVÁ, B., 2007. Bérkový vřed. *Solen medical education. Medicína pro praxi.* 5(4). 228-232. ISSN 1803-5310.

8 Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Prvotní projevy bércových vředů

Příloha 2 Diagnostika bércových vředů

Příloha 3 Genetické dispozice

Příloha 4 Postup při převazu

Příloha 5 Frekvence převazu

Příloha 6 Pocity při převazu

Příloha 7 Poskytované informace – edukace pacientů

Příloha 8 Nejčastější problémy pacientů

Příloha 9 Sociálně kulturní dopad na pacienty

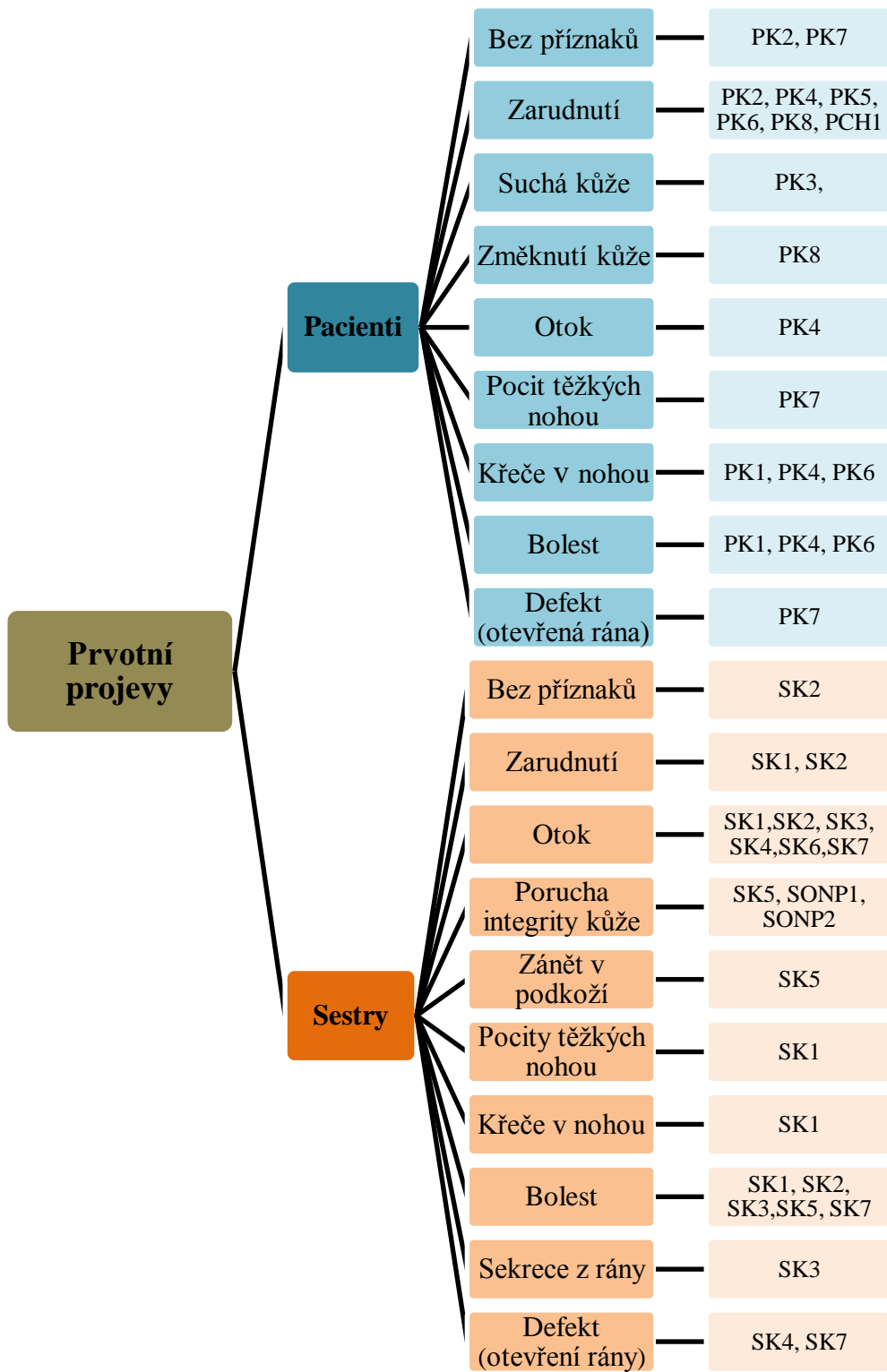
Příloha 10 Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 11 Otázky k rozhovorům s pacienty

Příloha 12 Zpracování rozhovoru metodou tužka papír

Příloha 13 CD – Písemné zápisy rozhovorů

Schéma Prvotní projevy bércoých vředů



Zdroj: Vlastní

Schéma Diagnostika bérkových vředů

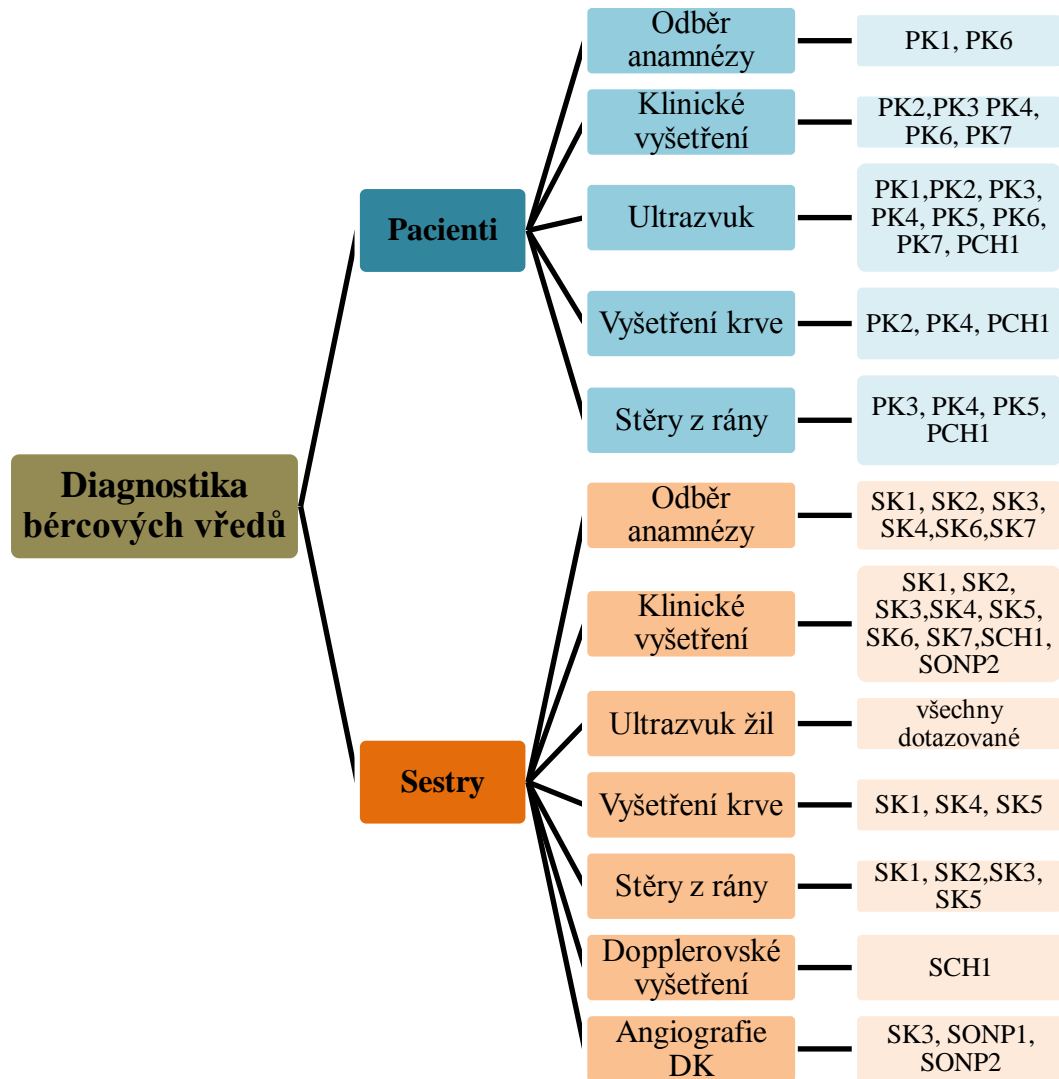


Schéma Genetické dispozice

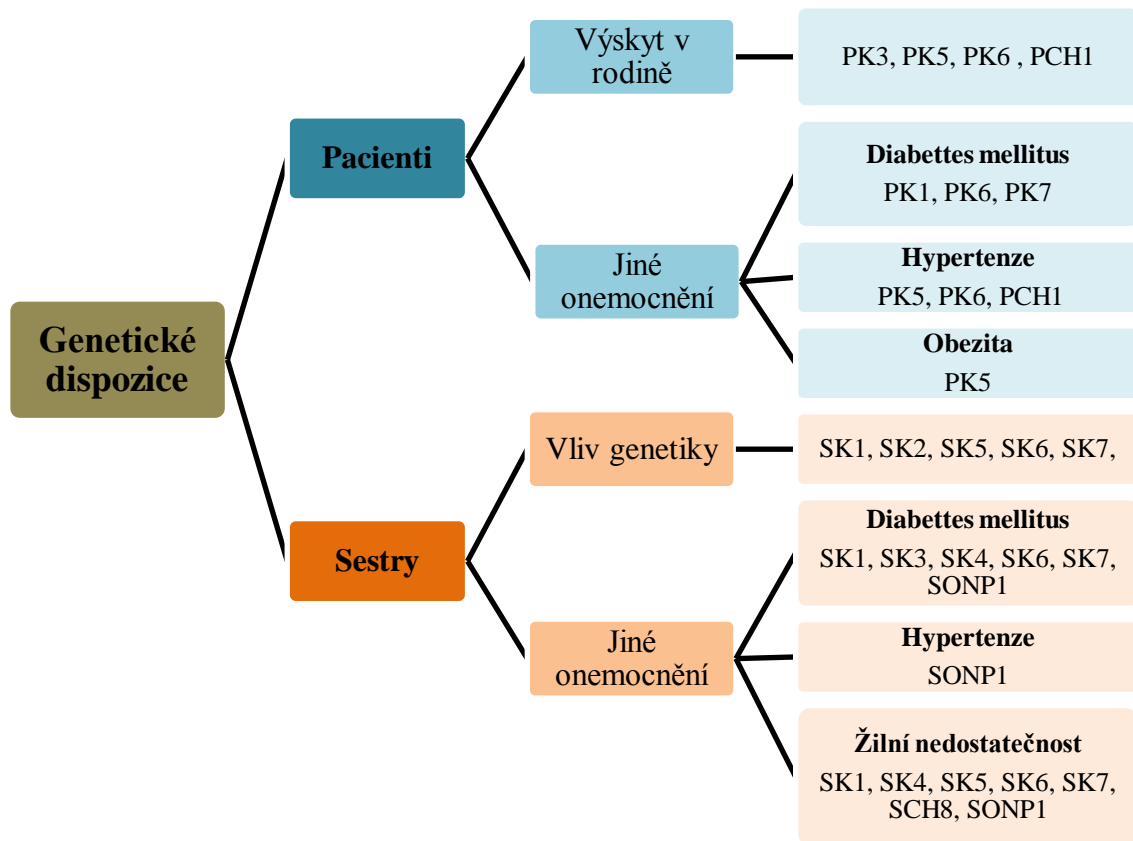


Schéma Postup při převazu

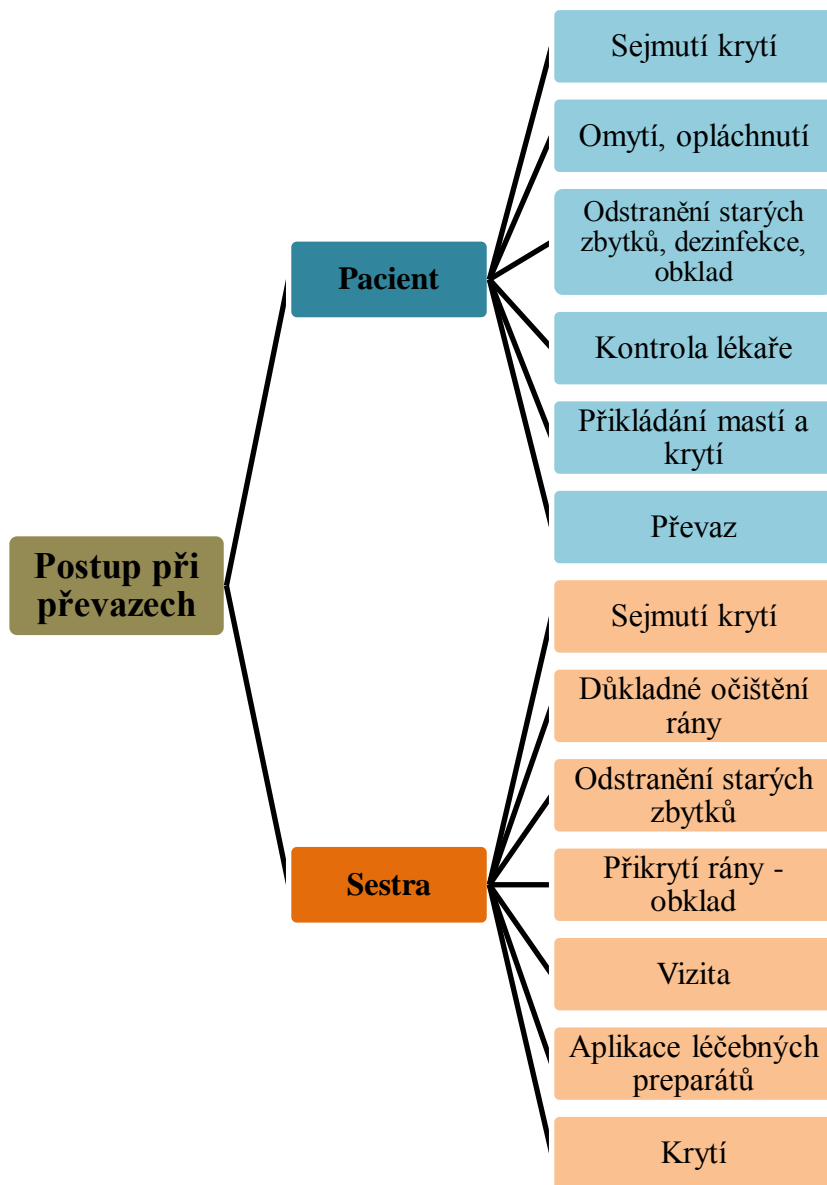
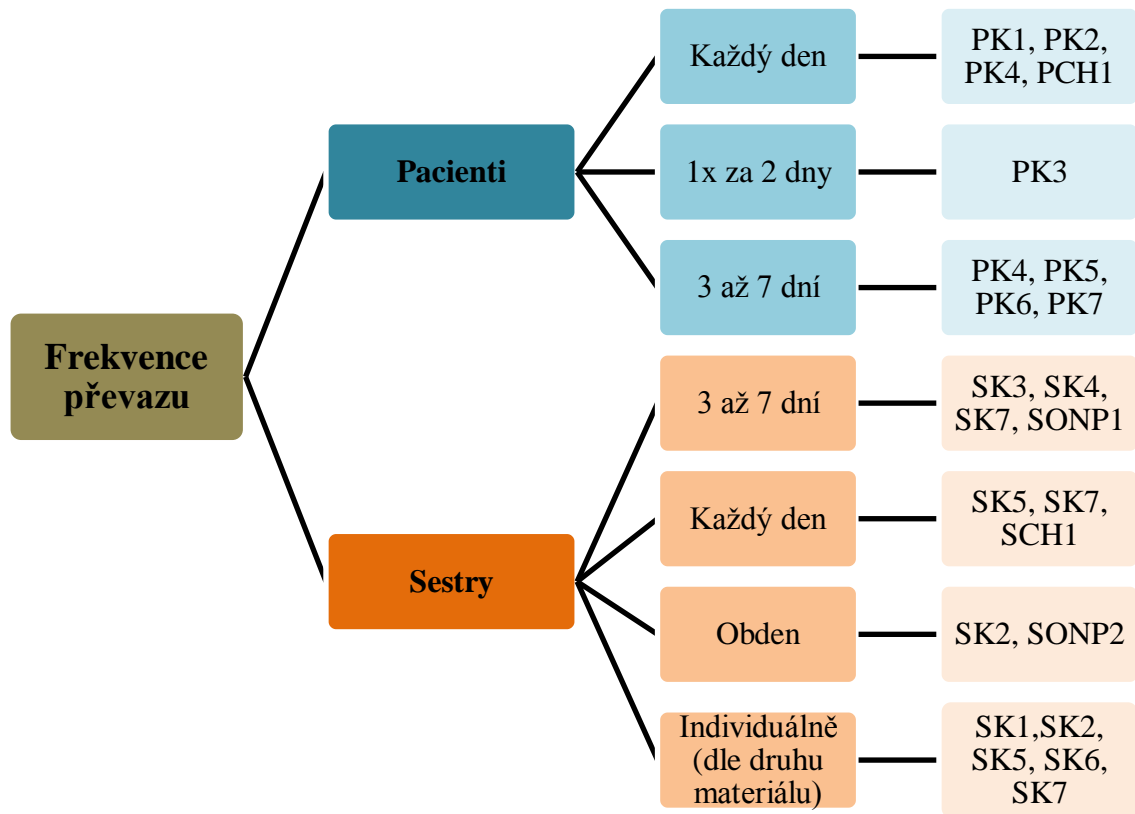
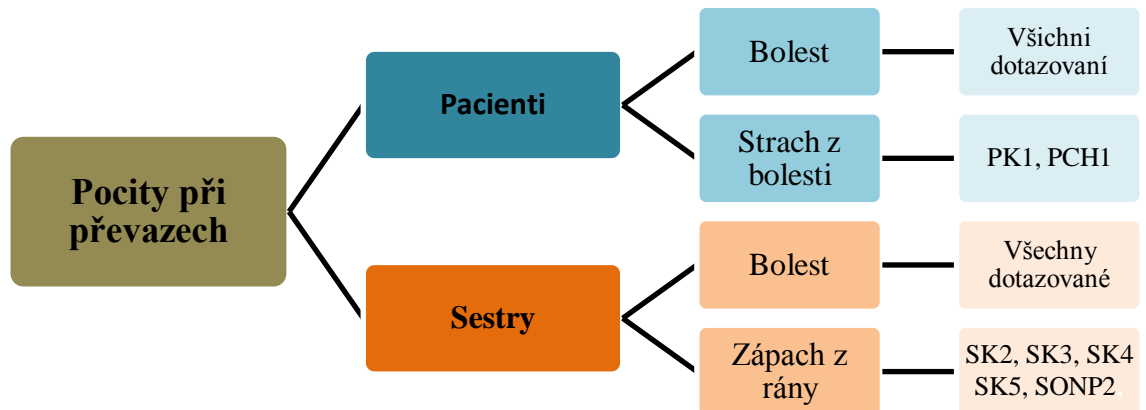


Schéma Frekvence převazu

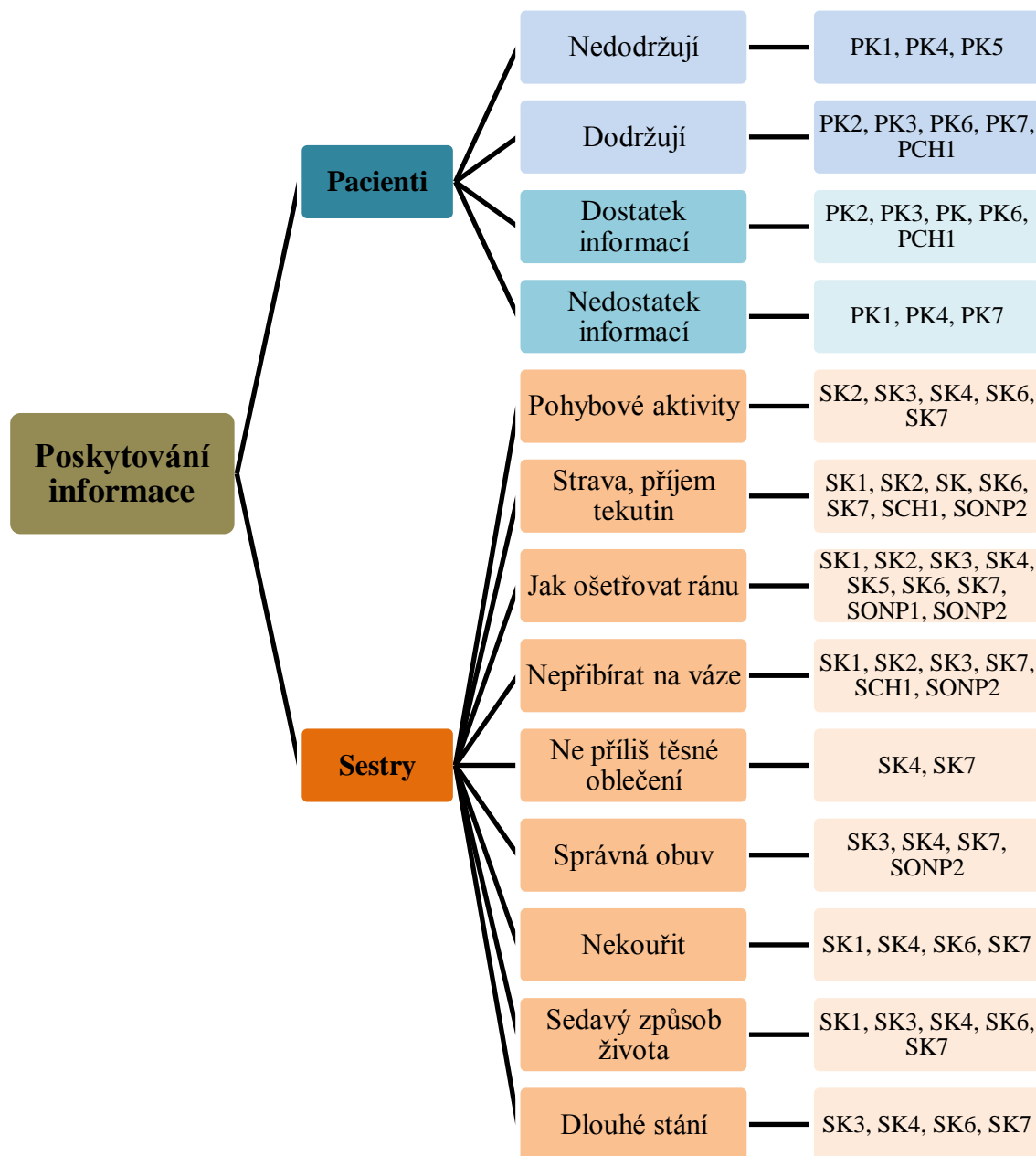


Zdroj: Vlastní

Schéma Pocity při převazu



Poskytované informace – edukace pacientů



Zdroj: Vlastní

Schéma Nejčastější problémy pacientů

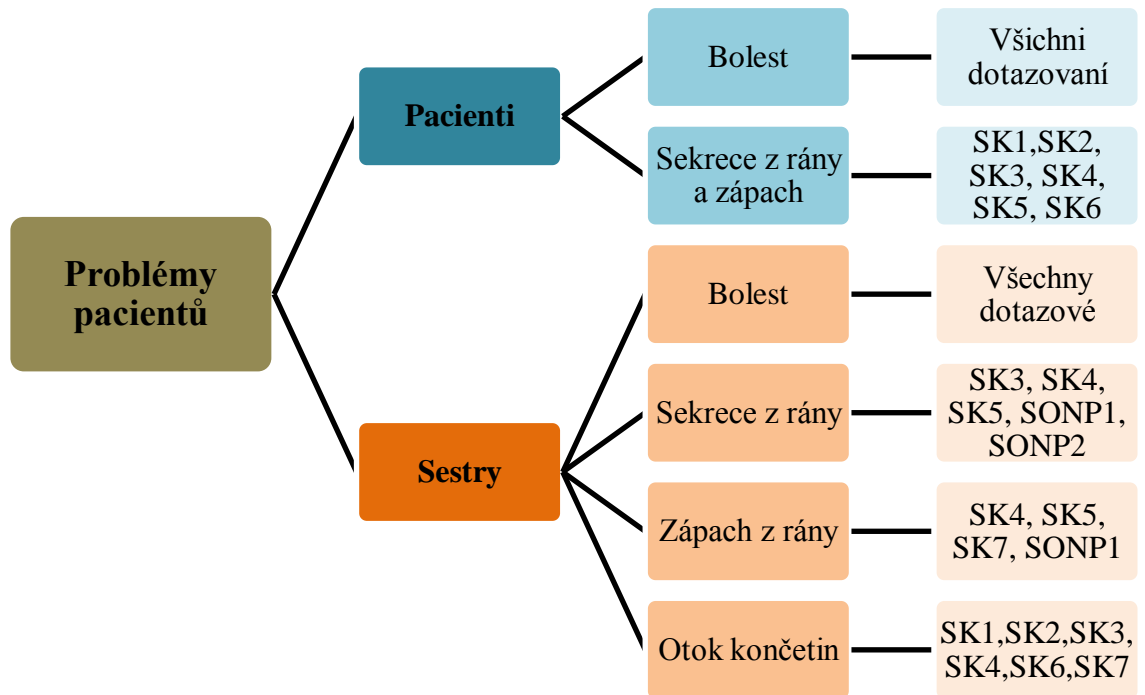
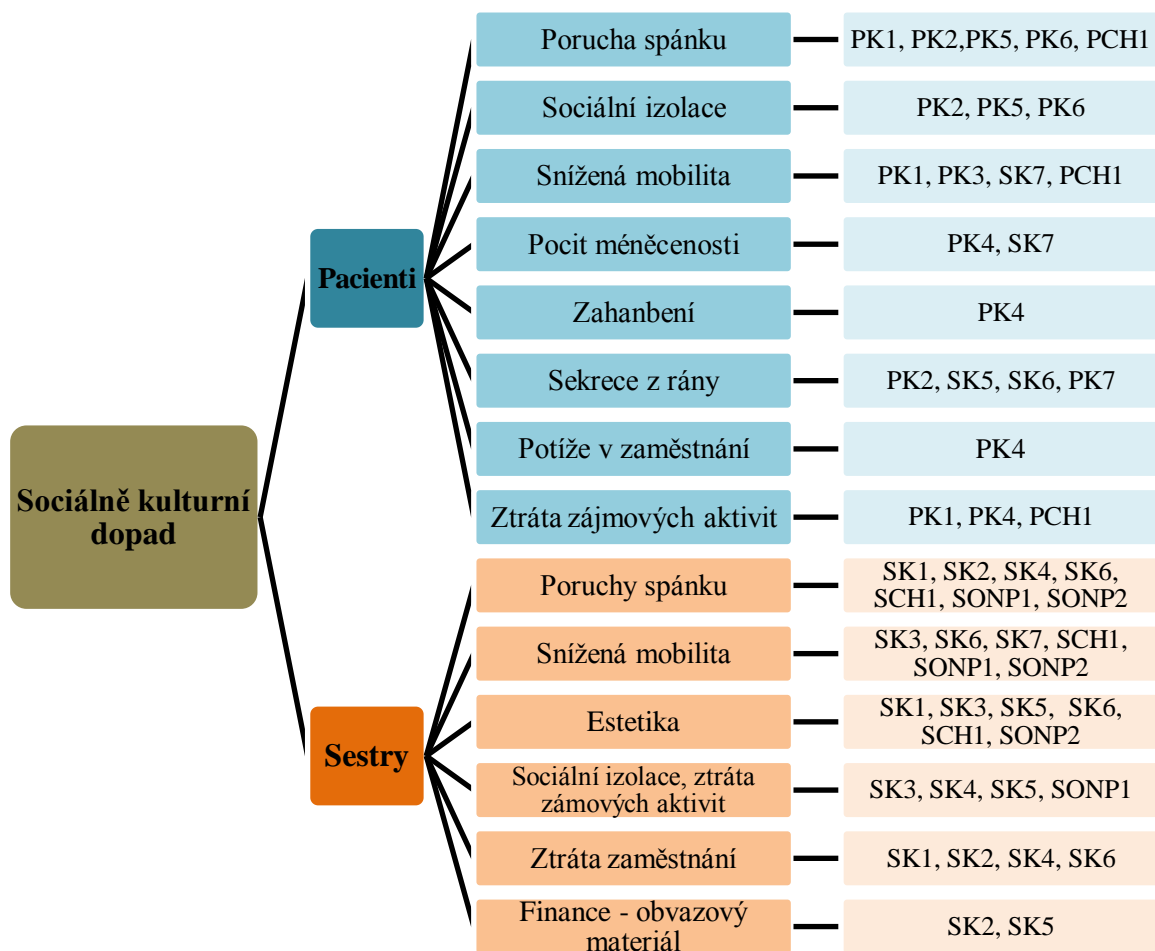


Schéma Sociálně kulturní dopad onemocnění na pacienty



Zdroj: Vlastní

Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Jaká je Vaše délka praxe na oddělení?
3. Jaké kurzy na ošetřování pacientů s bércovými vředy jste navštívila?
4. Jaké příčiny podle Vás vedou ke vzniku bércových vředů obecně?
5. Mohla byste, na základě vašich zkušeností, popsat nejčastější příznaky bércových vředů?
6. Jaké vyšetřovací metody se u Vás nejčastěji využívají k diagnostice bércových vředů?
7. S jakými obtížemi se u pacientů s bércovými vředy opakovaně setkáváte?
8. Na co si pacienti nejčastěji stěžují?
9. S jakými nejčastějšími komplikacemi se u pacientů s bércovými vředy nejčastěji setkáváte?
10. Jakými riziky jsou pacienti s bércovými vředy ohroženi při hospitalizaci?
11. Co považujete za stěžejní při ošetrovatelské péči?
12. Na co si dáváte pozor při ošetrovatelské péči o pacienty s bércovými vředy?
13. S jakými prostředky moderní techniky hojení ran máte nejlepší zkušenost?
14. Máte nějaké zkušenosti s nežádoucími účinky léčby?
15. S jakými problémy se pacienti s bércovými vředy po propuštění do domácího léčení vracejí zpět do nemocnice?
16. Jaké informace podáváte nemocnému pacientovi (popř.rodině)?
17. S jakými nejčastějšími dotazy se setkáváte u pacientů (popř.rodiny) s bércovými vředy?
18. S jakými obtížemi se podle Vašeho názoru setkávají pacienti s bércovými vředy v běžném životě?

Otázky k rozhovorům s pacienty

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho máte bércový vřed?
3. Jaké máte další onemocnění?
4. Kdo z vašich blízkých příbuzných trpí tímto onemocněním?
5. Kdo Vám poskytl informace o bércových vředech? Popř. Jaké informace jste se dozvěděl/a?
6. Jaké informace Vám scházely? Jak jste je získal/a ?
7. S jakými obtížemi jste se potýkal/a před objevením bércového vředu?
8. Co u Vás vedlo ke vzniku bércového vředu?
9. Co nejraději děláte ve volném čase?
11. Jaké vyšetření jste absolvoval/a ?
11. Co se pro Vás při zjištění nemoci změnilo?
12. Co žádáte od sester při ošetrovatelské péči?
13. Jak se cítíte při ošetrovatelské péči?

Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

Pacient.č.1 / PK1

1. Kolik Vám je let? 76

2. Jak dlouho máte bércový vřed? 3 měsíce

ZÁKL. INFO KAT. 1 **PODKATEGORIE ①**

Jak se u Vás z počátku bércové vředy projevovaly? No měla jsem křečáky, ale před tím vředem sem měla často křeče v nohou

- projev

Křečové žíly máte jak dlouho? Asi 6 let sestřičko.

Byly Vám křečové žíly léčeny? No chodila jsem na kontroly, ale nosila jsem jen punčochy a prý mám hodně chodit, ale když mám hrozný křeče v nohou, stejně sem nechodila.

ZÁKL. INFO KAT. 1 3. Jaké máte další onemocnění? Mám jen cukrovku

PODKATEGORIE ② **DĚDIČNOST**

4. Kdo z vašich blízkých příbuzných trpí tímto onemocněním? Asi nikdo

5. Kdo Vám poskytl informace o bércových vředech? Popř. Jaké informace jste se dozvěděla? Lékař v ambulanci kam chodím. Vysvětlil mi, co to bércové vředy jsou a jak se to bude dál řešit. Řekl mi, že je to na dlouhou léčbu, že mám špatný žíly.

Do jaké ambulance chodíte? U nás v Táboře, ale co je to za ambulanci nevím, vozí mě tam syn a převazují mi tam i nohy

INFORMACE KAT. 1 Chyběly Vám nějaké informace ohledně bércových vředů? Neřekli mi, jestli se mi to zahojí. To jsem se ptala až tady sestřiček.

Co konkrétně Vás nejvíce zajímalo? Jestli budu chodit a za jak dlouho se to zahojí.

Jaká vhodná strava Vám byla doporučena? Abych nejedla tučný jídla, stravovat se lehce a menší porce, abych moc nepřibírala. Hodně vitamínů a nekouřit.

Co ráda jíte? Sestřičko já nejsem vybíravá, sním všechno. **PODRŽUJE DIETU** **REŽIMOVÁ OPATŘENÍ** **INFORMACE**

Poskytl Vám někdo informace, jak se máte správně stravovat? No pan primář mi říkal, ať nejím tučný jídla, ať hodně piju, kávu ať moc nepiju, potom co si pamatuju tak vitamíny, ovoce a zeleninu. Mám cukrovku, takže stejně mám dietu na ni.

Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

KÓDY • SOCIO NUTRIM' DOPAD
• SOC. IZOLACE
• ZA'PACH, SEKRECE!

Bylo Vám sdělelo, že kouření může zhoršit Váš zdravotní stav? Říkali mi to tady sestřičky, ale kouřím 45 let, nejde to přestat, i manžel mi hubuje.
NEODPORUJE

Jaké máte ráda nápoje? Piju čaj a mám ráda kávu.

Kolik kávy vypijete denně? Asi tak 3 denně

KAT. 3 Jaké informace Vám ohledně výživy byly poskytnuty od sester? Myslíte tady sestřičky na oddělení? Tak ty mi řekli, ať nekouřím a ať jím hodně vitamínů
NEODPORUJE **POSKYTNUTÉ INFORMACE**

Dodržujete doporučenou stravu? Popravdě moc ne, už mi tady za to hubovala, jak říkám dám si to, co mám ráda, co bych z toho života měla.

7. S jakými obtížemi jste se potýkala před objevením bércového vředu?

No, upadla jsem.

Jak se Vám pád přihodil? Když jsem vystupovala z trolejbusu a praštila jsem se do nohy, jo a ta cukrovka. • GEN. DISPOZICE

Po vašem úrazu měla jste nějaké projevy? Jen škrábnutí, ale hodně mě ty nohy bolely.
BOLEST **PROJEVY, ZÁKL. INFO**

8. Co u Vás vedlo ke vzniku bércového vředu? No to jak sem spadla a praštila se.
AKTIVITY, POHYB. REŽIM

9. Co nejraději děláte ve volném čase? Doma se starám o svoje kytičky a taky o manžela. ŽIV. STYL

11. Jaké vyšetření jste absolvovala? Nabírají mi krev a chodím s tou cukrovkou.

Při první návštěvě během zjišťování nemoci na co se lékař nejvíce zaměřoval? Ptal sem mě co sem dřív dělala za zaměstnání, jestli náhodou neměl bércový vřed někdo u nás v rodině a kdy sem viděla na noze nějaký skvrny nebo tak. **ODBĚR ANAMNÉZY (ZÁKL. INFO)**

Dělali Vám nějaké vyšetření? Jo dělali mi ultrazvuk žil **DIAGNOSTIKA**

KAT. 5 11. Co se pro Vás při zjištění nemoci změnilo? Vadí mi, že musím tady být v nemocnici. Nemůžu se teď starat o manžela. No celkově se změnilo vlastně všechno, je práce s tím, pořád převazy, špatně se hýbu, těžko se myju, musím na to dávat pozor. Zhoršilo se mi to hodně.
ZÁSAH DO ŽIVOTA
↓ MOBILITA **HYGIEN. PÉČE**

Zdroj: Vlastní

Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

NOŮY • POSKYTOVANÁ OS. PÉČE (KAT. ②)
• POCITY PŘI PÉČI (PŘI PŘEVAZU) - BOLEST!

KAT. ④ Do jaké míry jste soběstačná? No asi bych se teď o manžela nepostarala, mám dost práce se sebou a špatně teď chodím.

KAT. ⑤ Jakým způsobem Vás bércové vředy omezují v běžném životě? Spát nemůžu, protože mě to bolí, ve dne sem potom jak zchvácený pes. Teď se mi to hodně zhoršilo, ale před tím než jsem sem do nemocnice přišla sem zvládala i uvařit. Teď co sem tady, tak jen ležím a na nohy jsem se ještě nepostavila. Ten pohyb bude asi nejhorší. **↓ MOBILITA**

KAT. ② 12. Co žádáte od sester při ošetrovatelské péči? Že mi to pomůžou zahojit

PODKATEGORIE POCITY

13. Jak se cítíte při ošetrovatelské péči? Když mi to sestřičky převazují, jsou moc šikovný a dělají to opatrně.

Jaké pocity máte při převazu rány? Moc mě to bolí, vždy mám z toho strach, ale udělat se to musí, musím to vydržet. **BOLEST** **OBAVY**

Kdo řeší Vaši bolest? Sestřičky se mě ptají, jestli chci něco na bolest. **TIŠENÍ BOLESTI**

Jak se řeší Vaše bolesti? Vlastně když mi to převazují, bolí mě to, ale to k tomu patří, sestřičko. Sestřičky mi dají vždy něco na bolest a doma si беру prášky, paní doktora mi teď předepsala nějaký silnější na doma. Moc mě to bolí. **!**

Jakým způsobem je Vám rána ošetřována? Sestřičky mi to převazují každý den, je to strašný pro ně i pro mě. Mě to moc bolí a křičím jim u toho, oni jsou u toho pak nervní. Já vím, že ony za to nemůžou, ale vždy se toho převazování bojím. **FREKVENCE** **OBAVY Z BOLESTI**

Jak často jsou Vám dělány převazy? Každý ráno. **FREKVENCE**

Věděla byste, postup, jak to sestřičky provádějí? No tak rozvážou mi to, to je nejhorší, když se mi to přilepí k tý ráně, moc to bolí. Polívají to nějakým roztokem, aby se to odlepilo, ale někdy to vezmou i pinzetou. Pak očistí ty zbytky starý, co tam sou, přijde na to kouknout doktor a znova zaváží. **STERILITA** **ÚBENA**

Věděla byste jaké materiály jsou na převaz využívány? Jo to už po mě chcete moc, vím, že okolo to vždycky namažou, pak přesto dají folii, na to dají čtverec a i nějakou mast. Celý to hodně přikryjou a zaváží.

PODKATEG. POSTUP PŘI PŘEV.

Zdroj: Vlastní