

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcus cruris

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Vyhňáková
Studijní program: Ošetrovatelství a porodní asistence
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová

Datum odevzdání práce: 2. květen 2013

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta s ulcus cruris. Bércový vřed je chronický defekt kůže lokalizovaný na dolních končetinách. Nejčastěji vzniká na podkladě onemocnění žilního a tepenného systému. V posledních letech pacientů s tímto onemocněním přibývá. S největší pravděpodobností je příčinou zvyšující se věk populace, neboť jak je známo, onemocnění nejčastěji postihuje jedince starší 70 let (Pospíšilová, 2004). S tímto bezpochyby souvisí i zvyšující se nároky na kvalitní ošetrovatelskou péči, zejména na ty oblasti, které jsou pro tuto diagnózu specifické. V rámci poskytované ošetrovatelské péče vzniká i nemalý počet ošetrovatelských problémů, které je nezbytné co nejrychleji a nejlépe vyřešit a tím pomoci mnoha pacientům.

Nejčastěji uváděné problémy se staly východisky pro směřování práce. Ta je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část objasňuje základní problematiku onemocnění, jeho rozdělení, nejčastěji se vyskytující příčiny a příznaky, klasické i moderní způsoby léčby, komplikace, rizikové faktory, ale i preventivní opatření. Nedílnou součástí této části je ošetrovatelská péče o pacienty postižené touto chorobou, jejich edukace a socioekonomický dopad onemocnění na jejich životy. K jejímu vytvoření posloužila odborná literatura.

S ohledem na aktuálnost tématu byla výzkumná část práce zaměřena na oblasti specifické ošetrovatelské péče a s ní související ošetrovatelské problémy u pacientů s ulcus cruris. Na základě tématu a myšlenky směru, kterým by se práce mohla ubírat, byly stanoveny dva cíle.

Prvním z nich bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris a současně zjistit, jaké problémy se u těchto pacientů vyskytují nejčastěji. Z takto utvořených cílů byly vytvořeny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, v čem je ošetrovatelská péče o pacienty s bércovými vředy specifická. Druhá byla zaměřena na zmapování nejčastějších ošetrovatelských problémů u takto nemocných pacientů. Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na ty oblasti ošetrovatelské péče, na které se sestry soustřeďují nejčastěji. Odpovědi na tyto otázky byly získány na

základě kvalitativního sběru dat, který se uskutečňoval v období února až března 2013 v Nemocnici České Budějovice, a.s. Výběr respondentů byl záměrný. Výzkumnou skupinu tvořilo 7 vybraných respondentů ze strany hospitalizovaných pacientů a 7 vybraných respondentů ze strany sester. Pro účel výzkumu byly vytvořeny dva rozdílné anonymní polostrukturované rozhovory. Jeden pro vybrané pacienty, kteří se léčí s tímto onemocněním, a druhý pro vybrané sestry, které takto nemocné pacienty ošetřují. Díky těmto rozhovorům mohly být získány odpovědi na všechny výzkumné otázky a současně splněny cíle práce.

První výzkumná otázka se týkala specifík ošetrovatelské péče. Z vlastního výzkumu vyplynulo, že základním specifikem je péče o samotný defekt, který tkví ve způsobu provedení převazů. Ty musí být bezpodmínečně prováděny za aseptických podmínek, aby nedošlo k zavlečení nežádoucích mikroorganismů do rány. Důležitým bodem v rámci této intervence je odstranění starých zbytků mastí a kůže a následná aplikace léčivých materiálů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny tyto materiály musí být aplikovány pouze do přímého místa samotného defektu, nikoli do jeho okolí. Pokud by se stalo jinak, následovalo by zhoršení stavu rány.

S převazy nepochybně souvisí i péče o bolest, která se v rámci výzkumu stala současně i nejčastějším ošetrovatelským problémem u takto nemocných. K jejímu tišení slouží celá řada metod, ale i nespočet druhů analgetik. Důvodem, proč pacienti i přes mnohá existující řešení bolesti stále pociťují, je jejich nedostatečná informovanost. Ke zlepšení tohoto faktu slouží edukace pacientů v oblasti režimových opatření, kterou by měla provádět každá sestra. Tato edukace a s ní související změna životního stylu je pro pacienty s bércovými vředy bohužel nevyhnutelná. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že právě již zmíněná edukace je mnohdy nedostatečná a pacienti postrádají důležité informace. S edukací souvisí i další specifikum, tím je používání zpětné vazby. Ta by měla být samozřejmě používána u všech pacientů, nejen u těch, kteří trpí tímto onemocněním. Protože se ale v tomto případě jedná převážně o lidi ve vyšším věku, zpětná vazba je o to důležitější.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské problémy. Bylo zjištěno, že vedle bolesti pacienty obtěžuje také sekrece rány a její

zápach. Tyto ošetrovatelské problémy vedou k dalšímu, neméně významnému problému, a tím je sociální izolace. Kvůli vlastnímu onemocnění pacienti nemohou, nebo nechťejí chodit do společnosti a uzavírají se sami do sebe. V některých případech jsou omezené, ba dokonce mnohdy zprerhané vztahy s rodinou. A tak se stává, že jsou takto postižení jedinci odkázáni na péči sester z agentur domácí péče nebo na péči praktických a kožních lékařů. V nejhorších případech jsou odkázáni sami na sebe. Za takové situace je narušena psychika, jejíž stav se neblaze odráží v somatickém stavu jedince.

Ze specifík péče a z nejčastějších ošetrovatelských problémů vyplývá odpověď na třetí výzkumnou otázku a tou je zmapování oblastí péče, na které se sestry zaměřují nejčastěji. Těmito oblastmi jsou převazy defektů, péče o bolest, edukace pacientů, péče o výživu a hygiena.

Na základě výsledků, které z této práce vplynuly, byla vytvořena informační brožura, která bude sloužit právě těm pacientům, kteří tímto onemocněním trpí. Měla by jim pomoci objasnit nejdůležitější problémy a dát odpovědi na jejich otázky. Záměrem této brožury není nahradit kontakt pacienta s ošetřujícím personálem. Jejím cílem je pouze vytvořit základní body, které by mohly pacientům usnadnit komunikaci s lidmi, kteří je ošetřují, neboť právě komunikace je obzvláště pro jedince ve vyšším věku základním pilířem, který jim často pomáhá ve zvládnání svých potíží.

Abstract

This bachelor thesis focuses in nursing care of a patient with ulcus cruris. Varicose ulcer is a chronic skin defect localized on lower limbs. Its occurrence is most often linked to a venous and arterial system disease. Number of patients with this disease has been growing in recent years. The increasing population age is probably the reason as it is known that the disease usually affects individuals over 70 years of age (Pospíšilová, 2004). This fact surely increases growing demands to nursing care, particularly the spheres typical for this diagnosis. Within the provided nursing care a substantial number of problems occur, which have to be solved as fast and as well as possible and thus help numerous patients.

The most frequently mentioned problems became the ground of the thesis goals. It is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part explains the basic issues of the disease, its classification, the most frequent causes and symptoms, classic and modern treatment methods, complications, risk factors, but also preventive measures. This part indispensably deals with nursing care of patients suffering from this disease, their education and socioeconomic impact of the disease on their lives. It was based on specialized literature.

With regard to the urgency of the topic the research part was focused on specific nursing care and related nursing care problems in patients with ulcus cruris. Two goals were set with regard the topic and the intended direction where the thesis might have been oriented.

The first goal was to map the specifics of nursing care of patients with ulcus cruris and to find out what the most frequent problems occurring in these patients were. Three research questions were based upon the goals prepared this way. The first research question asked in what the nursing care of patients with ulcus cruris was specific. The second research question was focused on mapping the most frequent nursing care problems of patient with this disease. The third research question focused on those issues of nursing care nurses have to deal with most frequently. Replies to these questions were obtained upon qualitative data collection performed from February to

March 2013 in the České Budějovice Hospital. The selection of respondents was intentional. The research sample consisted of 7 respondents selected from among hospitalized patients and 7 respondents selected from among nurses. Two anonymous semi-structured interviews were prepared for the research purposes, one for the selected patients being treated for this disease and the other for the selected nurses caring about patients with this disease. These two interviews allowed us to gain answers to the research questions and to achieve the goals of the thesis.

The first research question dealt with the nursing care specifics. The research itself has shown that the care about the defect itself, which is based on the redressing method, is the basic specific. This has to be performed under strict aseptic conditions to prevent introduction of microorganism into the wound. Removal of residues of ointments and old skin and consequent application of new healing materials are the basic point of this intervention. The research has shown that all these materials have to be applied directly to the defect itself, not to its surrounding. Non-adherence to this would cause aggravation of the wound conditions.

Care about pain, which has proven to be the most frequent nursing care problem in these patients during the research, relates to the redressing. A large number of methods, but also a large selection of painkillers serves for its relieving. Low awareness is the reason why patients still feel pain despite numerous existing solutions. Patient education in the field of regimen measures, which each nurse should perform, should serve for improvement of this fact. Such education and related lifestyle change is unfortunately unavoidable for each patient with varicose ulcer. However the research has shown that the education already mentioned above is often insufficient and patient suffer from the lack of further information. Another specific relates to education, namely the use of feedback. This could be certainly applied to all patients, not only those suffering from this disease. However as the patients are mostly of higher age in this case the feedback is even more important.

The second research question was aimed at the most frequently occurring nursing care problems. The fact that also wound secretion and odour bother the patients apart from the pain was found. These nursing care problems lead to another problem of high

importance, which is social isolation. The patients cannot or do not want to socialize and shut themselves away from the world because of the disease. In some instances ties with families are reduced or even completely broken. And so individuals inflicted this way depend on the care of homecare agency nurses or practitioners and dermatologists. In the worst instances they have to rely on themselves. In such an instance the mentality gets disturbed, which is adversely reflected in somatic condition of the individual.

A reply to the third research question, i.e. mapping the issues of nursing care nurses have to deal with most frequently results from the care specifics and the most frequent nursing care problems. These issues are redressing of defects, care about pain, education of patients, nourishment care and hygiene.

An information brochure, which should serve particularly to the patients suffering from this disease, was prepared upon the results of the thesis. It should help them understand the most important problems and provide answers to their questions. The brochure does not want to substitute the contact of a patient with caring staff. It is only aimed at creation of the basic points that might improve communication between the patients and the people that care about them, as communication is the basic pillar that helps particularly patients at higher age to cope with their problems.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. května 2013

.....

Lucie Vyhňáková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat za cenné rady a báječnou spolupráci mé vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové. Velký dík patří též mému příteli, který měl pro mne během tvorby této práce vždy pochopení.

Obsah

ÚVOD	12
1. SOUČASNÝ STAV.....	14
<i>1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE</i>	<i>14</i>
<i>1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽILNÍHO SYSTÉMU DOLNÍCH KONČETIN</i>	<i>15</i>
<i>1.3 ULCUS CRURIS.....</i>	<i>17</i>
<i>1.3.1 Rizikové faktory.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.2 Diagnostika.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.3 Komplikace</i>	<i>24</i>
<i>1.3.4 Preventivní opatření.....</i>	<i>25</i>
<i>1.3.5 Léčba a hojení.....</i>	<i>27</i>
<i>1.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</i>	<i>30</i>
<i>1.4.1 Role sestry v péči o hospitalizovaného pacienta s ulcus cruris.....</i>	<i>30</i>
<i>1.4.2 Zvláštnosti ošetřování ulcus cruris v domácím prostředí</i>	<i>34</i>
<i>1.4.3 Socioekonomický dopad onemocnění na život pacienta s ulcus cruris.....</i>	<i>35</i>
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
<i>2.1 CÍLE PRÁCE.....</i>	<i>36</i>
<i>2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</i>	<i>36</i>
3. METODIKA	37
<i>3.1 METODY VÝZKUMU.....</i>	<i>37</i>
<i>3.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....</i>	<i>37</i>
4. VÝSLEDKY.....	38
5. DISKUZE.....	60
6. ZÁVĚR.....	66
7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	68

8. KLÍČOVÁ SLOVA	72
9. PŘÍLOHY	73

Úvod

Ulcus cruris neboli bérkový vřed je v dnešní době velice aktuální onemocnění. Problematikou této nemoci se zabývalo již mnoho odborníků. Zájem o tuto diagnózu je zřejmě dán její incidencí, která v posledních letech zaznamenává zvyšující se tendenci. Ta je s největší pravděpodobností dána zvyšujícím se věkem obyvatelstva, neboť bérkovými vředy jsou nejčastěji postiženi lidé starší 70 let. Téma mojí bakalářské práce jsem si zvolila proto, že ač se nejedná o onemocnění, které by pacienty ohrožovalo přímo na životě, značně jim ho komplikuje a znepríjemňuje. Z vlastní zkušenosti vím, že postižení kůže neobnáší pouze fyzické obtíže. Je to převážně velká zátěž na psychiku jedince, která je často horší než samotné bolesti.

Dnešní uspěchaná doba vyžaduje, aby lidé vypadali co nejlépe. Pokud je vizáž něčím narušena, je nezbytné co nejdříve ji uvést do původního stavu. Jelikož je ale ulcus cruris chronické onemocnění projevující se právě na kůži, ač jen dolních končetin, není výjimkou zavržení jedince společností. Pacienti tak často trpí sociální izolací, která je dána zejména vzhledem rány, její sekrecí a zápachem.

V dnešní době technických pokroků jsou k dispozici nejrůznější formy edukačního materiálu, ať už se jedná o informační letáčky, brožurky nebo prosté články v časopisech nebo na internetu. Každý má možnost si informace sám vyhledat. Avšak je nezbytné si uvědomit, že touto nemocí trpí převážně senioři, pro které není vyhledávání nových informací vůbec jednoduché. V tomto případě by to měli být právě zdravotníci (ať sestry nebo lékaři), kteří by měli aktivně edukovat jak pacienty, tak i jejich blízké. I přesto všechno se stává, že pacienti postrádají informace, které by jim mnohdy ulehčily jejich trápení. Příčinou nedostatku informací bývá často zhoršená paměť, která také souvisí s pokročilým věkem pacientů. K zapamatování nových informací pomáhá zpětná vazba, pomocí níž dojde k lepšímu vstípení údajů do paměti.

Pro pacienty s bérkovými vředy je nezbytná specifická ošetrovatelská péče, která jim co nejdříve uleví od bolestí a zmírní projevy onemocnění. Ta by se však neměla zaměřovat pouze na lékařem indikované převazy samotných defektů. Důležitou roli zde hraje úprava životního stylu, která se týká především stravování, kouření i pohybového

režimu. Na pacienty by mělo být pohlíženo jako na celek, nejen jako na diagnózu. Tuto skutečnost si v poslední době uvědomuje celá řada odborníků.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie kůže

Kůže (cutis) je největším smyslovým orgánem lidského těla. Její plocha u dospělé osoby kolísá mezi 1,5- 2,0 m². Tloušťka se pohybuje mezi 0,5- 4,0 cm a liší se dle lokalizace. Nejsilnější vrstva se nachází na zádech a stehnech, naopak nejtenčí je na horních očních víčkách. Hmotnost samotné kůže činí asi 3 kg, s tukovou tkání však může dosáhnout až 20 kg (Dylevský, 2009).

Kůže není jen schránkou, kterou je obaleno lidské tělo. Má řadu důležitých funkcí. Jednou z nich je zajištění ochrany organismu před zevními vlivy. Slouží jako „bariéra“ mezi vnějším a vnitřním prostředím, která chrání lidský organismus před bakteriální, mykotickou i virovou infekcí, dále před chemickými látkami i fyzikálními vlivy. Mazové žlázy produkují maz, který ji chrání před vysycháním. Kůže se podílí na udržení stálé teploty organismu díky pocení, změně prokrvení a pomocí mnoha dalších faktorů, jakými jsou například chlupy, vlasy a vrstva tukové tkáně v podkožním vazivu (Pokorná, Mrázová, 2012).

Neméně důležitá je resorpční a depotní funkce kůže. Podkoží slouží jako rezervoár tuku, který funguje jako zásobárna energie, jako mechanická i izolační ochrana. Jsou zde přítomny vitamíny, které se rozpouští v tucích, a to vitaminy A, D, E a K. Kůže je schopna resorpce některých léčebných prostředků a dýchacích plynů. Funguje jako rezervoár krve. Při vazodilataci tepének v kožní části oběhu se může shromáždit více jak 500 ml krve, naopak při vazokonstrikci tepének se průtok krve snižuje, což je důležité především při velkých krevních ztrátách (Merkunová, Orel, 2008). Kůže je dále součástí vylučovací soustavy, spolu s potem a mazem odvádí i malé množství odpadních látek z organismu na povrch těla. Metabolická funkce zabezpečuje syntézu melaninu a vitamínu D a také má vliv na tvorbu protilátek. Estetická funkce hraje důležitou roli v procesu interakce mezi lidmi, neboť stav kůže ovlivňuje sebevědomí jedince (Mourek, 2012).

Přestože kožní systém pracuje jako celek, je složen z několika částí. Vytváří ho přídatné kožní orgány (vlasy, chlupy, nehty) a samotná kůže (Dylevský, 2009). Kůže se pak skládá ze 3 vrstev: pokožky (epidermis), škáry (dermis nebo korium) a podkožního vaziva (tela subcutanea) (Pokorná, Mrázová, 2012).

Pokožka (epidermis) je povrchová vrstva kůže. Skládá se z plochých buněk, které jsou u sebe v těsné blízkosti. Na jejím povrchu buňky odumírají, rohovatí a odlupují se (Nováková, 2011). Odloučené zrohovatělé buňky jsou nahrazovány rychle se dělícími buňkami z hlubších vrstev epidermis. Buňky pokožky obsahují bílkovinu, díky níž je kůže pro vodu prakticky nepropustná. V hlubších vrstvách jsou vazivové buňky, které obsahují kožní pigment melanin. Množství melaninu a hloubka jeho uložení určuje barvu kůže. Důležitou funkcí melaninu je ochrana organismu proti ultrafialovému slunečnímu záření (Dylevský, 2009).

Škára (dermis, korium) je vazivová tkáň obsahující hustou síť kapilár, které prostou difuzí vyživují pokožku. Její vlákna určují pružnost, pevnost, roztažnost a štěpitelnost kůže (Rokyta et al., 2003). Jsou zde uložena volná nervová zakončení, která zabezpečují vnímání bolesti. Dále se ve škáře nachází tělíska pro vnímání cití, tepla, chladu a tlaku. Jsou zde uloženy mazové a potní žlázy. Škára vybíhá proti pokožce a tvoří bradavčité výběžky, které na povrchu pokožky tvoří lineární vyvýšeniny. Tyto vyvýšeninky vytváří hmatové lišty, které jsou patrné převážně na bříškách prstů. Jsou zcela neměnné a využívají se v daktyloskopii (Dylevský, 2009).

Podkožní vazivo (tela subcutanea) se též označuje jako podkoží. Je uloženo těsně pod škárou. Jedná se o nejhlubší vrstvu kůže, bohatou na tukové buňky. Vazivová část slouží jako závěsný aparát pro tukovou tkáň. Tuková vrstva plní několik důležitých funkcí, z nichž je nejdůležitější tlumení nárazů na fascii (Pokorná, Mrázová, 2012).

1.2 Anatomie a fyziologie žilního systému dolních končetin

Žilní systém dolních končetin umožňuje návrat odkysličené krve z dolních končetin zpět k srdci cestou dolní duté žíly. Systém se rozděluje do dvou oblastí. Jednou z nich je povrchový (suprafasciální) systém a druhým z nich je systém hluboký (subfasciální). Oba systémy díky spojovacím žilám tvoří jednu funkční jednotku. Povrchové žíly leží

v kůži a podkoží, zevně fascie. Jedná se o rozsáhlou žilní pletěň, která odvádí krev z povrchových oblastí do hloubky. K povrchovým žilám patří pravá a levá malá skrytá žíla (*vena saphena parva dextra et sinistra*), které začínají na malíkové straně hřbetu nohy a pokračují podél zadní části lýtka. K povrchovým žilám dolní končetiny dále patří pravá a levá velká skrytá žíla (*vena saphena magna dextra et sinistra*), které probíhají podél palcové strany bérce a stehna a pod tříselným vazem ústí do stehenní žíly (*vena femoralis*) (Merkunová, Orel, 2008).

Hluboké žíly jsou doprovázeny stejnojmennými tepnami. Jedná se o žíly, jejichž úkolem je odvod krve směrem k srdci. K hlubokému systému patří přední a zadní holenní žíla (*vena tibialis anterior et posterior*). Holenní žíly se spojují v zákolenní žílu (*vena poplitea*), která dále pokračuje jako žíla stehenní (*vena femoralis*). Ta dále přechází v zevní kyčelní žílu (*vena iliaca externa*), která se spojuje s vnitřní kyčelní žílou (*vena iliaca interna*). Zevní a vnitřní kyčelní žíla se po pravé i levé straně sbíhají do společné kyčelní žíly (*vena iliaca communis dextra et sinistra*). Obě společné kyčelní žíly se slévají do dolní duté žíly (*vena cava inferior*) (Nováková, 2011).

Mezi povrchovými a hlubokými žilami systému dolních končetin se nacházejí spojky, které jsou spojovacím článkem mezi *vena saphena magna* a *vena saphena parva* a hlubokým cévním řečištěm. V 80 % krev odtéká z dolních končetin zpět k srdci hlubokým žilním systémem a jen 20 % krve opouští dolní končetiny systémem povrchovým. Krev odtéká směrem z povrchu do hloubky a při insuficienci chlopní dochází k jeho obrácení. Krev se z hlubokého systému vrací zpět do povrchových oblastí a následkem toho dochází k tvorbě varixů (Čihák, 2004).

Stěna žil je slabší a poddajnější než stěna tepen, což napomáhá tomu, aby mohly svalové kontrakce při pohybu dolních končetin lépe stlačovat hluboký žilní systém a tím zabezpečit vytlačování krve zpět k srdci. Ta zde proudí pomaleji a pod menším tlakem. V žilách je mnoho chlopní, jejichž úkolem je zabránit zpětnému toku krve. Porucha zpětného toku vede k žilní hypertenzi, která se při dekompenzaci může projevit vznikem *ulcus cruris* (Merkunová, Orel, 2008).

1.3 *Ulcus cruris*

Ulcus cruris (bércový vřed) je chronický a dlouhodobý defekt kůže lokalizovaný na dolních končetinách (viz. Příloha č. 1). Jedná se o ztrátu kožní tkáně, při které dochází k porušení celistvosti kůže. Může zasahovat do různých hloubek podkoží. Následkem porušení kožní integrity je organismus ohrožen infekcí, která následně může zkomplikovat další průběh onemocnění. Ulcus cruris je častá chronická rána, která je charakteristická poruchou anatomickým i funkčních vlastností kůže (Pospíšilová, 2004). Pacientů s bércovými vředy v poslední době přibývá, což zřejmě souvisí se zvyšujícím se průměrným věkem populace. Onemocnění je typické častými recidivami a dlouhodobým hojením, zvláště u těch pacientů, kteří nedodrží preventivní opatření (Pospíšilová, Švestková, 2002).

Určení etiologie bércového vředu je důležité pro stanovení diagnózy a následnému určení léčby. Onemocnění vzniká na základě negativního působení vnějších a vnitřních faktorů. Mezi vnější faktory řadíme fyzikální vlivy (teplo, chlad, záření, poranění), chemické látky a onemocnění infekční etiologie, jako je např. erysipel, osteomyelitis, mykózy a další. Vnitřní faktory vycházejí z organismu samotného. Nejčastěji se na vzniku onemocnění podílí porucha žilního, tepenného, mízního nebo nervového systému, poruchy krve a látkové výměny, autoimunitní onemocnění a v neposlední řadě benigní a maligní tumory kůže (Pospíšilová, 2004).

Příčina je různorodá, často kombinovaná. Bércové vředy, na jejichž původu se účastní více faktorů, se nazývají bércové ulcerace (Topinková, 2006). Nejčastěji se na jejich vzniku podílí porucha žilního systému, která se vyskytuje až v 80 %. V menší míře se vyskytuje tepenná etiologie (5-15 %), následují ulcerace diabetické (5-10 %) a zbývající podíl tvoří ostatní příčiny (Bělobrádek, 2011). Nejčastějším důvodem onemocnění je vznik žilní insuficience, která je definována jako patologický stav, při kterém dochází k poruše návratu krve k srdci. Z tohoto důvodu se krev městná v žilách dolních končetin a následkem je zvýšení venózního tlaku a následný rozvoj žilní hypertenze. Žilní nedostatečnost nejčastěji vzniká na podkladě nedomykavosti chlopní ve spojovacích žilách, v subfasciálním nebo v suprafasciálním systému. V některých

případech je příčinou jejího vzniku obstrukce zapříčiněná flebotrombózou (Pospíšilová, 2004).

Rozlišujeme dva typy chronické žilní insuficience. Primární žilní nedostatečnost vzniká z důvodu dlouhodobých křečových žil (varixů). Druhým typem je sekundární chronická žilní insuficience, jejíž výskyt je mnohem čtenější. Vzniká na podkladě dříve prodělaného zánětu hlubokých žil, který způsobuje jejich obstrukci. Příznaky žilní insuficience jsou velice rozmanité. V ojedinělých případech se může stát, že je jedinec zcela bez projevů nemoci, nebo naopak mohou být projevy natolik výrazné, že dochází ke značnému zhoršení kvality života nemocného. Mezi nejčastěji se vyskytující projevy patří bolest a napětí v nohou. Dále se může objevit pocit tíže a únavy nohou, pálení, svědění a křeče objevující se zejména v nočních hodinách. Bolest může nabývat různé intenzity, od velmi jemné, až po silnou. Většina příznaků žilní nedostatečnosti se zlepšuje při elevaci dolních končetin, při pohybu a po přiložení kompresivních obinadel nebo elastických punčoch. Pokud se změny v žilním systému dolních končetin stále prohlubují, vzniká bércový vřed (Pospíšilová, 2004).

Bércové vředy žilní etiologie jsou nejzávažnější komplikací venózního onemocnění. Jsou následkem porušeného odtoku krve v subfasciálním žilním systému. Nejčastějším důvodem jejich vzniku je žilní insuficience. Tento typ vředu nezasahuje příliš do hloubky, ale je větší svým povrchovým rozsahem. Častou příčinou je drobné poranění kůže, kterému pacient nepřikládá dostatek pozornosti. Nejčastější lokalizací jsou vnitřní strany kotníků, ale mohou se vyskytnout i v kterémkoli jiném místě na bérce (Pejznochová, 2010). Nejčastěji postihují ženy ve vyšším věku. Prvním příznakem bývá ztráta ochlupení v dané lokalitě. Postupně se objevuje zarudnutí, ztenčování a suchost kůže. V některých případech se může vyskytnout svědivý ekzém. Pokud pacient nezačne stav včas řešit, vzniká ulcus cruris, který je typický svými nepravidelnými okraji a mokvající sekrecí (Hrabáková, 2010).

Bércové vředy tepenné etiologie postihují 5x častěji mužskou populaci. Vznikají na základě tepenné nedostatečnosti, kdy do spádových oblastí nepřitéká dostatečné množství krve a dochází zde k ischemii. Vřed je nejčastěji lokalizován na bérce, ale může se objevit i na patách nebo prstech. Okolí arteriálního vředu je typické zarudlým,

až cyanotickým zabarvením. Od vředů žilního původu se liší nepřítomností otoku. Pacienti pocítují silnou bolest, která se stupňuje při chůzi a odpočinku, zvláště při poloze ve vodorovné poloze. V pokročilých stádiích nemoci spí pacienti v křesle, protože jedinou úlevou od bolesti je svěšení dolních končetin. Ulcerace zasahují do hloubky, někdy až ke svalům a šlachám. Jsou ostře ohraničené a často se objevují ve skupinách (Pospíšilová, 2004).

Bércové vředy diabetické jsou 3. nejčastějším typem *ulcus cruris*, což nepochybně souvisí se vzrůstajícím nárůstem základního onemocnění, kterým je diabetes mellitus. Nejčastěji jsou lokalizovány v místech nad kostními výčnělky, kde působí největší tlak, tzn. na prstech nohou, ploskách, ale i na bércích. Hlavní příčinou tohoto druhu bércových vředů jsou zejména ischemické změny, postižení periferních nervů a infekce. Velké cévy jsou u pacientů s cukrovkou často postiženy aterosklerózou, která je nejčastěji se vyskytující komplikací diabetu, zvláště pokud se vyskytují rizikové faktory, jako je například kouření, obezita a vysoký krevní tlak. Vlivem pomalu se rozvíjející tepenné obstrukce vznikají různé změny na kůži, které mohou vyústit až v odumřelou tkáň (nekrózu). Po jejím odpadnutí vzniká vřed s povleklou spodinou. Poškození periferních nervů vzniká při diabetické neuropatii. Noha se stává méně citlivou. Ztráta citlivosti pacientovi znesnadňuje vnímání subjektivních potíží. Z tohoto důvodu mu hrozí zvýšené riziko poranění, které může vést až ke vzniku *ulcus cruris* (Pospíšilová, 2004).

Bércové vředy vaskulitické se vyskytují u některých systémových onemocnění. Doprovázejí např. revmatoidní zánět kloubů a systémový lupus erythematoses. Příčinou je poškození cév imunitní reakcí. Často jsou projevem alergické reakce na některé léčivé látky, potraviny, nebo mohou vznikat na základě bakteriální infekce. Příznaky jsou různé, zejména jsou přítomny silné bolesti v ostře ohraničených defektech kruhového tvaru (Pospíšilová, 2004).

Bércové vředy posttraumatické vznikají jako následek úrazu. Mohou být důsledkem těžkých zlomenin dolních končetin vzniklých při sportu nebo autonehodách. Mohou se objevit kdekoli na bérce. Nejčastěji se však vyskytují nad holenní kostí, která se při nárazu dostává do kontaktu s cizím tělesem. Méně časté jsou bércové vředy, které

vznikají následkem rozpadu nádoru, neboť ten způsobuje porušení celistvosti tkáně. Nejčastěji se jedná o tumory maligní (zhoubné), např. basaliom, spinaliom nebo melanom. Chronické, rozsáhlé bércové vředy s mokvavou sekrecí mohou vést až k malignímu bujení (Pospíšilová, 2004).

Bércové vředy arteficiální jsou posledním, avšak neméně závažným typem ulcus cruris. Vznikají na základě sebepoškození jedince vlivem chemických látek, které poleptají kůži a způsobí odúmrtí tkáně, nebo vlivem fyzikálního poškození, např. vysokými teplotami. Okolí těchto vředů je zdravé, beze změn. Arteficiální vředy bývají časté u psychopatických osob nebo u lidí, kteří prostřednictvím bércových vředů chtějí získat nějaký užitek, například v podobě nemocenských dávek. K potvrzení, nebo vyvrácení podezření pomůže opakované dotazování se nemocného na tytéž otázky týkající se onemocnění, při čemž může uvádět rozdílné údaje (Pospíšilová, 2004).

1.3.1 *Rizikové faktory*

Působení rizikových faktorů hraje důležitou roli ve vzniku ulcus cruris. I když nejsou přímou příčinou onemocnění, mohou jeho vznik urychlit, ba dokonce mohou být posledním impulzem k propuknutí prvních příznaků nemoci. Bércový vřed není onemocnění, které se dědí z generace na generaci. Dědičné mohou být pouze příčiny, které nemoc způsobují. Nejčastěji se jedná o dědičnou dispozici k onemocnění oběhové soustavy, především žil (Pospíšilová, 2004). Neméně významným rizikovým faktorem je recidivující flebotrombóza, což jsou opakované záněty hlubokého žilního systému na dolních končetinách (Slezáková et al., 2007). Její příčinou může být zpomalení krevního toku, které může být způsobeno nedostatečným pohybem končetiny nebo nedostatečným příjmem tekutin. Další důvodem může být změna srážlivosti krve nebo poškození endotelu cév. Alarmujícím příznakem je namodralé zbarvení končetiny, prudká bolest v končetině, zvýšená žilní náplň, otok a subfebrilie. Pacienty se zánětem hlubokých žil je nutné hospitalizovat v nemocničním zařízení, kde je indikován klid na lůžku (Pešina, 2012). Před propuštěním P/K do domácího prostředí je nutná edukace v oblasti bandážování končetin a v neposlední řadě poučení o vhodných cvičích k prevenci recidivy (Pospíšilová, 2004).

Dlouhodobé sezení a stání také není zcela vhodné, neboť při něm dochází k městnání krve v žilním systému a postupem času může dojít k žilní insuficienci, až nakonec dojde ke vzniku *ulcus cruris* (Pospíšilová, Švestková, 2002). Lidé by měli vyměnit ležení na gauči za krátké, časté a pravidelné procházky v přírodě. Ne každá procházka je však žádoucí. Lidé často šetří na obuvi, a tak chodí ve zdravotně závadných botách, které ještě více přispívají ke vzniku bércových vředů. Nevhodná obuv je mnohdy opomíjeným rizikovým faktorem *ulcus cruris*, který však může způsobit zdravotní problémy na dlouhou dobu. Nejméně vhodnou obuví jsou boty na vysokém podpatku, boty s úzkou podrážkou, ale i obuv určená k domácímu nošení bez podpatku, která způsobuje rychlou únavu nohou, až vznik ploché nohy. S obuví úzce souvisí výběr ponožek, punčoch a podkolenek. Rizikové jsou ty, které mají škrťací okraj, který zvyšuje městnání krve (Pospíšilová, 2004).

Důležitý je výběr vhodných potravin, kterým se předchází významnému rizikovému faktoru, jímž je obezita. Nevhodné jsou sladké nápoje, tučná jídla nebo pokrmy z rychlého občerstvení. Pro pacienty s žilním onemocněním je riziková obstrukce, kdy dochází ke zvýšení tlaku v žilním systému. Kouření je zakázáno všem pacientům trpícím jakýmkoli typem *ulcus cruris*, neboť nikotin, který je přítomen v cigaretovém kouři, způsobuje zúžení cév, snižuje přívod kyslíku ke tkáním a zpomaluje proces hojení. K rizikovým faktorům patří také užívání hormonální antikoncepce. Pilulky mají negativní vliv na žíly a mohou být příčinou trombozy. Častá těhotenství a s nimi spojené hormonální výkyvy způsobují u predisponovaných žen zhoršení stavu žilních onemocnění a tím mohou nakonec vyvolat i vznik bércového vředu. Dalším rizikovým faktorem je vystavování se vysokým teplotám, neboť teplem se žíly rozpínají a zhoršuje se žilní oběh. Lidé si také často neuvědomují, že jim může být rizikové pouhé nedodržování rad a doporučení lékaře (Pospíšilová, 2004).

1.3.2 Diagnostika

Ke zjištění základní etiologie onemocnění a následnému určení správné diagnózy slouží vyšetřovací metody. Často může vést pouhé vyšetření pohledem ke správnému určení příčiny onemocnění a následující prognóze. K přesnému rozpoznání je však

zapotřebí provést další podrobná vyšetření. Protože má 80 % bérkových vředů příčinu v oběhové soustavě, jsou mnohá vyšetření zaměřena právě na vyšetření žilného a tepenného systému dolních končetin. Z vyšetřovacích metod výrazně převládají neinvazivní postupy, především sonografie žil a tepen. V nejasných případech lékař volí postupy invazivního charakteru, jakými jsou flebografie, arteriografie a mnoho dalších. U nemocných se často indikují laboratorní vyšetření, zejména mikrobiologické. Další laboratorní vyšetření se obvykle volí dle přidružených onemocnění, která by mohla mít souvislost se základní příčinou ulcus cruris (Pospíšilová, 2008). Diagnostika v sobě zahrnuje anamnézu, klinické, funkční a přístrojové vyšetření pacienta (Navrátil, Bartůňková, 2003).

Anamnéza je základem důkladného vyšetření pacienta. Informace se sbírají ze všech oblastí, a to jak pracovní, osobní, rodinné, tak i sociální. Základem je zjištění rodinné anamnézy, kdy lékař zjišťuje, zda se v rodině vyskytují onemocnění jako je onemocnění žil, diabetes mellitus nebo hypertenze. Další oblastí anamnézy je zjištění informací o samotném nemocném. Lékař se zaměří na všechny významné choroby, úrazy a operace, které pacient v minulosti prodělal, neboť se mohou vztahovat k nynějším obtížím. U žen se nesmí zapomínat na oblast gynekologickou, kde hraje důležitou roli počet těhotenství, porodů, potratů a dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce. V oblasti pracovní se zjišťuje, zda se jedná o zaměstnání sedavé, nebo naopak fyzicky náročné. Důležité je, zda pacient většinu pracovního dne tráví ve stoje, nebo naopak vsedě u počítače (Pospíšilová, 2004).

Klinické vyšetření začíná vždy aspekci, tedy vyšetřením pacienta pohledem. Hodnotí se všechny oblasti viditelné okem. Jedná se například o výživu, tělesné deformity a pohyblivost pacienta. Nejvíce pozornosti se však přikládá dolním končetinám, kde se hodnotí barva kůže, otok, viditelnost žil a mnoho dalších parametrů. Palpací lékař zhodnotí zejména pulzaci na hřbetu nohy, teplotu, napětí kůže a charakter otoku. Při podezření na tepennou obstrukci je teplota na periférii nižší a tep slabý, až nehmatný. Pokud je příčinou bérkového vředu hypertenze, pak je tep silný, někdy může i nadzvedávat prsty vyšetřujícího. V neposlední řadě se hodnotí klaudikační bolesti, což jsou bolesti, které vznikají při chůzi (Navrátil, Bartůňková, 2003).

Funkční vyšetření bércevého vředu žilní etiologie zahrnuje mnoho testů. Schvarzův pokleповý test se provádí pravou rukou, kterou hmatáme žilní městky ve výšce lýtka a zároveň levou rukou pokleповáme na stehno v průběhu velké povrchové žíly. Pokud se jedná o nedomykavost chlopní, pravá ruka cítí lehké vlnění (Pospíšilová, 2004). Perthesův test slouží ke zmapování průchodnosti subfasciálního systému. K vyšetření si připravíme gumovou hadici nebo škrtidlo, a s jejich pomocí zaškrtneme končetinu v oblasti pod třísem a pod kolenem. Poté pacient 2 minuty chodí. Test je pozitivní v případě, že dojde ke zvětšení varixů a k bolesti v končetině. V takovém případě se provádí Trendelenburgerův test, který zajistí přesnější lokalizaci disfunkčních spojek a chlopní. Vyšetřovaný leží na zádech se zdviženou dolní končetinou do 30 stupňů, na kterou se přiloží 3 škrtidla v oblasti pod třísem, nad kolenem a pod kolenem. Poté si pacient stoupne a po uvolňování jednotlivých škrtidel se hodnotí postupné naplňování žil (Šafránková, Nejedlá, 2006). Funkční vyšetření tepen u bércevého vředu arteriální etiologie v sobě zahrnuje test chůze, kdy se hodnotí nástup bolesti při pomalé chůzi a ušlá vzdálenost do vzniku silné bolesti. Dalším důležitým vyšetřením je Ratschowa polohová zkouška, kdy pacient leží na zádech se zdviženými dolními končetinami a provádí pohyby jako při jízdě na jízdním kole. Obstrukce tepen po 3-5 minutách způsobí zblednutí kůže a bolest, která pacienta donutí test předčasně ukončit. Pokud je pacient zdravý, neobjeví se bolest ani bledost kůže (Pospíšilová, 2004).

Mezi přístrojová vyšetření řadíme Doppler ultrazvukové vyšetření, flebografii (rentgenové vyšetření žil s kontrastní látkou), izotopovou flebografii, angiografii (rentgenové vyšetření tepen s kontrastní látkou) a digitální fotopletysmografii (Šafránková, Nejedlá, 2006). U bércevéch vředů s těžkým průběhem se musí doplnit invazivní vyšetření. V případě podezření na zhoubné bujení se odebírá vzorek k histologickému vyšetření (Navrátil, 2008).

Bakteriologické vyšetření je u pacientů s ulcus cruris běžně využíváno. Informuje nás o mikrobiálním osídlení spodiny vředu a zajišťuje nám informace o citlivosti mikrobů na antibiotika. Při stěru je nejdůležitější správná technika provedení. Stírají se místa, kde se předpokládá přítomnost největšího množství mikrobů, zejména z hlubších míst a z okrajů rány (Pospíšilová, 2004).

1.3.3 Komplikace

Existuje řada komplikací ulcus cruris. Některé se objevují zřídka, jiné jsou přítomny téměř ve všech případech. Ze všech existujících komplikací se tato kapitola zabývá těmi nejčastějšími, které pacienty ohrožují na životě, ale také těmi, které pacienta omezují v sociálním životě. Každý bércový vřed má svoji mikrobiální flóru. Může se však stát, že dojde k nežádoucímu, negativnímu mikrobiální osídlení rány, které v největší míře případů způsobuje *Staphylococcus aureus*, streptokoky nebo například *Escherichia coli*. Mikroby často zpomalují proces hojení a mají za následek vznik vysoké bolestivosti ulcus cruris. V nejtěžších případech dochází k šíření mikrobů krevní cestou, které může mít za následek vznik sepse. Mikroby se často dají zvládnout lokální antibiotickou léčbou, nebo v horších případech celkovými širokospektrými antibiotiky (Pospíšilová, 2004).

Další neméně závažnou komplikací bércového vředu je erysipel, lidově řečeno „růže“. Jedná se o bakteriální onemocnění, které často napadá kůži v místě porušení její integrity, a proto je ulcus cruris výhodným místem vstupu bakterií do organismu. Nejčastěji je způsobena *Streptokokem pyogenes*. Pro erysipel je typické zarudnutí kůže, jež se objevuje po prodělání inkubační doby, která se pohybuje mezi 2 - 48 hodinami. Erysipel obvykle postihuje větší plochu kůže. Typická je subfebrilie, edém a často se vyskytující puchýře. Pacienty nejvíce obtěžuje bolestivost, která se objevuje při palpaci místa postižení (Bělobrádek, 2011).

Lymfedém je mízní edém. Rozvíjí se na základě otoku, který způsobuje onemocnění žil, nebo může vzniknout na základě poškození cév po erysipelu. Mízní cévy se snaží odvádět přebytečnou tekutinu, jež vznikla následkem otoku žil. V tkáňové tekutině se nachází molekuly bílkovin, které zatěžují mízní systém natolik, že už není schopen dostatečně a správně plnit svou funkci. Dochází k hromadění tekutiny a ke zvětšování otoku. Tkáň se mění na vazivo, které je na pohmat tuhé. Otoky mízního systému jsou závažnou komplikací ulcus cruris, neboť zvětšují jeho plochu a způsobují mokvání tkáně. Léčba je pak složitější a proces hojení je zpomalen (Pospíšilová, 2004).

Bércový vřed může být zkomplikován povrchovým zánětem žil. K typickým příznakům tromboflebitidy patří bolestivost a zarudnutí v místě postižení, hmatná

zatvrdlá žíla, otok a subfebrilie. Nejdůležitější součástí léčby je správná technika přiložení kompresivní terapie a farmakoterapie. Důležité je uvědomit si, že není vhodný klidový režim, ale naopak dostatečná aktivizace pacienta (Pospíšilová, 2004).

Bércový vřed se v ojedinělých případech může zvrhnout v nádorové bujení buněk. To se nejčastěji děje u dlouhodobých vředů. Příznakem je nápadné vyvýšení kůže v místě postižení (Bělobrádek, 2011). Dále se může vyskytnout iritační dermatitida, která může doprovázet bércové vředy jakékoli příčiny. Sekret spolu se zbytky léčivých přípravků dráždí okolí rány, objevuje se zarudnutí a podráždění. Kůže je méně odolná proti negativním zevním vlivům prostředí, ale také je více náchylná na působení léčivých přípravků. Okolí vředu musí být proto věnována zvýšená péče (Pospíšilová, 2004).

Existují i komplikace, které pacientovi brání v běžném sociálním životě. Tím nejméně příjemným je intenzivní zápach, který vychází z bércového vředu. Pacienta neohrožuje na životě, ale velice mu ho znepříjemňuje. Obvykle ho způsobuje negativní mikrobiální osídlení, které je nutno zvládnout. Cílem je potlačit ho na co nejmenší míru a tím pacienta opět začlenit do společnosti (Nováková, 2011).

1.3.4 Preventivní opatření

Prevence je zaměřena proti nemocem. V oblasti bércových vředů hraje obzvláště důležitou roli. Zaměřuje se na co nejvyšší minimalizaci příčiny onemocnění a redukci rizikových faktorů. Lidé často prevenci podceňují, problémy začnou řešit, až když nastanou. Pak už je nutná léčba, která obvykle trvá mnoho týdnů, měsíců i let (Pospíšilová, 2004). Preventivní opatření můžeme rozdělit na primární, která podporují zdraví, a dále na sekundární a terciární, která jsou vlastně věcí medicíny (Machová et al., 2009).

Primární prevence slouží k předcházení nemoci. Pomáhá lidem, kteří ještě chorobou neonemocněli. V této oblasti je nejdůležitější pohybová aktivita, procházky, sport a celkově aktivní styl života. Důležité je vyhýbat se dlouhodobému stání na jednom místě, ale na druhou stranu se také vyvarovat nadměrnému sezení. Pozornost je nutné věnovat správnému výběru oblečení a především obuvi. Ponožky by měly mít

okraje bez škrťících gumiček, ty by mohly zhoršovat zpětný odtok krve k srdci. Obuv by měla mít širší podklad a za zcela nežádoucí se považuje nošení bot s vysokým podpatkem. Jestliže pacient vykonává zaměstnání, které vyžaduje dlouhodobé stání nebo sezení, doporučuje se zaměstnání co nejdříve změnit (Pospíšilová, 2004).

Dále je nezbytně nutné dodržování správné životosprávy (Machová et al., 2009). U bérkových vředů je zakázáno kouření, protože nikotin zužuje průsvit cév, snižuje přívod kyslíku do tkání a výrazně prodlužuje proces hojení (Pospíšilová, 2004). Správné stravovací návyky zabraňují vzniku obezity. Potrava by měla být pestrá s vyváženým obsahem všech živin. Lepší je jíst častěji menších porcí, než nárazově velké množství. Správným výběrem potravy předcházíme zácpě, která představuje značné riziko pro pacienty, kteří trpí onemocněním žil, což je nejčastější příčina vzniku bérkových vředů (Machová et al., 2009). Pro ženy představuje značné riziko užívání hormonální antikoncepce, protože rozšiřuje žíly a tím zpomaluje odtok krve z dolních končetin k srdci a podporuje vznik hluboké žilní trombózy. Hormonální výkyvy během těhotenství mohou zhoršovat onemocnění žilního systému a tím podpořit vznik ulcus cruris (Pospíšilová, 2004). K primární prevenci se dále řadí řádná osobní hygiena, promašťování suché kůže, pečlivé ošetření drobných ran na kůži, ochrana kůže dolních končetin před působením slunečního záření a zvýšená edukace klientů (Nováková, 2011).

Sekundární prevence slouží k včasnému zachycení nemoci a k určení její správné léčby. V rámci bérkových vředů se tento typ prevence zaměřuje na rizikové skupiny lidí, u nichž se předpokládá vznik nemoci. Jejím cílem je vyvarovat se negativnímu průběhu onemocnění a zabránit vzniku komplikací. Základním pilířem sekundární prevence u bérkových vředů jsou pravidelné prohlídky lékařem, které slouží k včasnému odhalení onemocnění (Machová et al., 2009).

Terciární prevence se věnuje lidem, kteří již bérkový vřed mají. Jejím úkolem je zabránit opakovanému propuknutí nemoci a snižování negativního dopadu nemoci na zdraví člověka (Machová et al., 2009). Do této skupiny preventivních opatření patří užívání venofarmak u bérkového vředů žilní příčiny. Tyto léčivé přípravky blahodárně působí na žilní stěnu a tím snižují riziko recidivy onemocnění. Znovuobjevení se

bércových vředů lze předejít důsledným ošetřováním kůže na bérkách zvláčňujícími krémy, které zabraňují vysoušení kůže a vzniku ragád (Pospíšilová, 2004).

1.3.5 Léčba a hojení

Vzhledem k tomu, že je ulcus cruris chronické onemocnění lokalizované na dolních končetinách, které je typické častými recidivami, jeho léčba je nákladná. Z tohoto důvodu musí být správně a efektivně zvolen její postup, který by se měl lišit dle individuální potřeby každého jedince. Obvykle je dlouhodobá a vyžaduje značnou trpělivost ze strany pacienta i ošetřovatelského personálu. Jejím cílem je co možná nejrychlejší a nejlepší kvalita hojení (Pospíšilová, 2008).

V minulosti byla škála možností léčby značně omezená. Na vřed byly přikládány pouze obklady z netkaných textilií a ty se posléze ovinuly obinadly. Tyto metody však byly spojené s nemalým množstvím nevýhod a nežádoucích účinků. Materiál nepropouštěl sekret z rány a ten se tak stále hromadil pod obvazy, čímž se bránilo řádnému procesu hojení. Rána se musela převazovat v kratších časových intervalech, to však vyžadovalo zvýšené finanční náklady na léčbu. Granulační tkáň, která se stačila pod obvazy vytvořit, byla pravidelně sejmuta při převazu spolu s krycím materiálem. V minulosti byla tedy pro pacienty diagnóza ulcus cruris velmi zatěžující a bolestivá záležitost, která měla špatné prognózy pro uzdravení (Deling, 2010).

Postupem doby se léčba značně zdokonalila a její možnosti na trhu se rozšířily. V současné době máme na výběr nemalé množství způsobů léčby a druhů krycích materiálů, které jsou vyvinuty na základě nejnovějších poznatků o hojení chronických ran (Hradiská, 2010). Léčivé prostředky se musí různě kombinovat, čímž se zjistí, které z nich jsou pro pacienta ty nejvhodnější. Zpravidla platí, že pokud nedojde ke zlepšení stavu bércevého vředu do 1-2 týdnů, dosud používaný materiál se vymění za jiný (Novotný, 2007).

Léčbu můžeme rozdělit na klasickou, biologickou, systémovou, fyzikální, radikální a moderní (Pospíšilová, 2004). *Klasická léčba* vychází z principu otevřeného ošetřování ulcus cruris. Rizikem je vysušení rány nebo pozastavení procesu hojení. K tomuto způsobu léčby můžeme řadit různé dezinfekční obklady, pasty a barevné tinktury.

K oblíbeným obkladům patří 3% borová voda, Persteril, Rivanol nebo jodový roztok Betadinu. Postup je jednoduchý. Hydrofilní gáza se namočí do zvoleného roztoku a na 20 minut se přiloží na bércový vřed. Po sejmutí obkladu se rána ošetří ordinovanou mastí, kterou může být Borová mast, Kafrová mast, Bactroban nebo Betadine mast. Tento způsob opakujeme několikrát denně (Bureš, 2006).

Systémová léčba ulcus cruris je zaměřena nejen na samotné onemocnění, ale i na jeho příčinu, na stav rány, na odstranění doprovázejících příznaků a na celkový stav pacienta. U bércových vředů žilní etiologie pacienti užívají venofarmaka, která působí na stěnu jejich žil. Venofarmaka mají spoustu pozitivních účinků. Zvyšují tonus ochablé stěny žil, zvyšují její nepropustnost a působí proti zánětům. Do skupiny venofarmak řadíme Anavenol, Ascorutin, Cylkanol, Detralex a mnoho dalších. Pacienti s bércovými vředy žilní etiologie dále užívají vazodilatantia, která rozšiřují cévy a tím zvyšují okysličení periférií. Do této skupiny léků můžeme zařadit Agapurin. Podpůrně působí vitaminy C a E (Pospíšilová, 2004). Samotné užívání léků však není to nejdůležitější. Pro pacienty s ulcus cruris je zásadní, aby na ně bylo pohlíženo jako na celek, nejen jako na „diagnózu“. V takovém případě se může stát, že zdravotníci přehlédnou důležité souvislosti onemocnění a léčba, která byla zvolena, může být naprosto nevhodná (Pospíšilová, 2008).

Fyzikální léčba patří k nejdůležitějším pilířům komplexní péče o pacienta s ulcus cruris. Obzvláště důležitou roli hraje u bércových ulcerací žilního původu. Do fyzikální terapie řadíme zevní kompresi, která je považována za historicky nejstarší používanou metodu v léčbě onemocnění žil. Léčbu rozpracoval hamburský dermatolog profesor Unno. Ten se zaměřil na používání zinkoklihoých obvazů, které se používají dodnes. Komprese se provádí pomocí kompresivních obinadel nebo punčoch. Tento způsob léčby je účinný, jednoduchý, avšak nezastupitelný. Bez něj nelze předpokládat celkové zhojení vředu. Odborníci označují zevní kompresi také jako „zlatý standard“ (Pospíšilová, 2004). Účinky kompresivní terapie se úplně projeví až při pohybu, kdy dojde k zapojení funkce svalů dolních končetin. Nejčastěji se používají kompresivní obinadla, která se vyrábí v různých šířkách a mají 2 základní formy, krátkotažná s dlouhým tahem a dlouhotažná. Krátkotažná obinadla mají vysoký pracovní tlak a

nízký klidový tlak, a proto mohou být přiložena i v noci. Do této skupiny řadíme zinkoklihoový obvaz, který můžeme ponechat na končetině několik dní. Nejvhodnější je jeho kombinace s moderním krycím materiálem. Na trhu existují také tzv. kohezivní (samolepící) obvazy, u kterých nedochází k posunutí jednotlivých vrstev. Druhým typem materiálu jsou dlouhotažná obinadla, která mají nízký pracovní tlak a vysoký klidový tlak. Ta se používají jen krátkodobě, při pohybu. Působí pouze na povrchový žilní systém. Bohužel ne všichni pacienti s touto metodou souhlasí, protože zcela nechápou její význam. Svým účinkem významně napomáhá procesu hojení. Do léčby ulcus cruris podstatně zasahuje i pohybová terapie, biostimulační lampa a hyperbarická oxygenoterapie (Karen et al., 2007).

Moderní léčba je významným „pomocníkem“ v péči o pacienty s chronickou ránou. Oblast moderní léčby zahrnuje gelové krytí s vysokým obsahem vody. Podstatou těchto preparátů je zajištění vlhkého prostředí, které vytváří vhodné podmínky k léčbě bércových vředů (Hradiská, 2010). Tuto metodu poprvé popsali Winter v roce 1971, když dokázal, že za vlhka se chronické rány hojí rychleji než v suchém prostředí (Deling, 2010). Hydrogely umožňují zrakovou kontrolu rány, dokáží se přizpůsobit všem spodinám bércových vředů a zajišťují minimalizaci bolesti, která je spojena s jejich převazy. Materiály do sebe absorbují nadbytečný výpotek z vředu a tím vytvářejí optimální vlhkost, odstraňují odumřelou, nefunkční tkáň a co je zcela nejdůležitější - nepoškozují zdravé a nově vytvořené buňky. Musí se však dohlížet na výběr sekundárního krytí, které do sebe nesmí gel vstřebávat (Pokorná, Mrázová, 2012).

Další skupinou terapeutických prostředků jsou alginátová krytí, což jsou přípravky z hnědých mořských řas, jejichž úkolem je čištění rány. Nasávají do sebe sekret z rány, hnis i bakterie. Největší uplatnění mají u silně mokvajících a infikovaných bércových vředů. Sekret z defektu mění vlákna alginátu na gel, proto nemají žádné pozitivní účinky u suchých ran. Aby byly dostatečně účinné, musí se měnit nejpozději po 72 hodinách. Nutno však upozornit, že by se tyto materiály neměly nikdy stříhat, neboť malé a odloučené částice mohou ránu dráždit (Hradiská, 2010).

Dalšími materiály jsou polyuretanové pěny, které jsou v poslední době oblíbené z důvodu ekonomické úspory a absorpce zápachu (Hradiská, 2010). Mohou obsahovat

stříbro, glycerin nebo hydrogel. Tyto přísady zajišťují pacientovi s ulcus cruris pohodlí. Za zmínku také určitě stojí silikonové materiály, které jsou určené především pro pacienty s velkými bolestmi a křehkou spodinou vředu. U prostředků s aktivním uhlím je nutné dbát na zvýšenou opatrnost při jejich snímání, protože hrozí jejich přisychání ke spodině rány. Specifickou skupinou jsou roztoky určené k oplachům. Za nejvhodnější antiseptikum se v současnosti považuje octenidine s fenoxetanolem (Pokorná, Mrázová, 2012).

Aby mohly být materiály správně používány, je nutné mít znalosti o jejich správném používání a procesu hojení. Hojení představuje přirozený proces, při němž dochází k obnově ztracené celistvosti kůže i jejích funkcí. Na konci tohoto procesu se defekt mění ve vazivovou tkáň, která se později mění v jizvu. Ulcus cruris je typický tím, že u něho nedochází k řádnému procesu hojení, léčba je zdlouhavá a výsledkem může být anatomicky i funkčně odlišná celistvost kůže (Pokorná, Mrázová, 2012). Hojení bérkových vředů probíhá ve třech fázích, které na sebe navazují v určitém časovém sledu. Fáze exsudativní, neboli zánětlivá, je prvním stádiem hojení. Následuje fáze proliferační (granulační) a fáze epitelizační, kterou můžeme nazývat také remodelační (White, Truax, 2007).

1.4 Ošetrovatelská péče

1.4.1 Role sestry v péči o hospitalizovaného pacienta s ulcus cruris

Základem pro porozumění ošetrovatelské péči o pacienty s ulcus cruris je znalost anatomie a fyziologie kůže, vědění o správných vyšetřovacích metodách a podstatě vlastního onemocnění (Pokorná, 2011). Při poskytování péče sestry vycházejí z holistické teorie, kdy pacienta vnímají jako celek, nejen jako diagnózu, kterou se mají zabývat. Vždyť pacient je individuální bytost se svými biologickými, psychickými, sociokulturními a spirituálními potřebami a na základě toho také předpokládá, že s ním bude náležitě zacházeno (Pokorná, Mrázová, 2012).

Pacienti jsou obvykle léčeni ambulantně. Pokud se jedná o komplikované případy, je nutná hospitalizace na standardním kožním oddělení. S diagnózou ulcus cruris se ale

můžeme setkat i na jiných odděleních, a to v případě, že byla hospitalizace indikována z jiného důvodu a ulcus cruris se v tomto případě chápe jako přidružené onemocnění. O pacienty s bérčovými vředy nepečuje jen praktický lékař, jak tomu bylo v dřívějších dobách. V současnosti je do péče zapojena řada odborných lékařů, jakými jsou například dermatolog, internista, diabetolog, chirurg, angiolog a plastický lékař. Protože se ale jedná o onemocnění, které ve většině případů postihuje starší osoby, do péče je většinou zapojen i geriatr. Důležitou a nezbytnou úlohu v péči o tyto pacienty hrají sestry, které jsou pro ně často velkou oporou. Souhrnně lze říci, že se jedná o multidisciplinární tým. Většina těch, kteří se zabývají péčí o ulcus cruris a o ostatní chronické rány, se sdružuje v České společnosti pro léčbu chronické rány, která byla v České republice založena v roce 2001. Tato společnost se stala v roce 2005 čestným členem evropské organizace „European Wound Management Association“. Jejich úkolem je zlepšení kvality života a zvýšení úrovně poskytované péče (Pospíšilová, 2004).

Jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris vycházejí z již výše popsané definice a symptomů onemocnění. Úzce souvisejí také s jeho léčbou, jejíž výběr závisí na lékaři. Velmi zjednodušeně lze péči o nemocné shrnout do několika oblastí. V první řadě je to znalost primární příčiny a typu vředu, podle které se následně určuje typ léčby, nutnost vlastní péče o chronickou ránu, management bolesti, dále kompresivní terapie a doporučení změny životního stylu. Významnou úlohu v péči o tyto nemocné sehrává následná péče, která má za úkol zmírnění negativních dopadů onemocnění, a prevence relapsů (Pokorná, 2011).

Při přijetí pacienta na ošetrovatelskou jednotku má sestra za úkol seznámit ho s chodem oddělení, ostatním personálem a denním režimem. Spolu s pacientem sepíše sesterskou dokumentaci a následně zpracuje plán ošetrovatelské péče. Podle ordinace lékaře ošetří defekt. K tomu si připraví: příslušné roztoky k obkladům, léčivé prostředky, salicylový olej k odstranění zbytků léčivých preparátů, gázu, buničitou vatu, obinadla, roušky k podložení končetiny, exkochleační lžičku, emitní misku a ochranné pomůcky jako jsou rukavice, empír, případně rouška (Kaštovská, Horsinská, 2007).

Péče o samotný bércový vřed je velice důležitá. Každý převaz, by měl probíhat za aseptických podmínek a za dodržování standardů ošetrovatelské péče v daném zdravotnickém zařízení, aby došlo k minimalizaci rizika vzniku nebo šíření infekce. Chodícím pacientům je převaz prováděn na převazovně, u imobilních pacientů se dochází k lůžku. Před výkonem sestra pacientovi vše vysvětlí. Provedení samotného převazu by měla vždy předcházet řádná dezinfekce rukou a použití ochranných pomůcek. Všechny pomůcky a prostředky, které přijdou do kontaktu s ránou, musí být bezpodmínečně sterilní a musí být přehledně uloženy na převazovém vozíku (Pejznochová, 2010).

Lokální ošetření rány má jasnou osnovu. Prvním krokem je důkladná toaleta rány, kdy dojde k úplnému odstranění zbytků mastí, past a sekretů (Pejznochová, 2010). Po sejmutí obvazů a krytí se vřed osprchuje vodou tělesné teploty směrem shora dolů. Sprchování má kromě účinku mechanické očisty za úkol zlepšení prokrvení. Exkochleační lžičkou se odstraní zbytky mastí a kůže. Poté se místo osuší měkkým ručníkem nebo rouškou. Následuje zhodnocení rány dle znalostí fázového hojení. Na vřed se přiloží obklad, který se překryje hydrofilní gázou smočenou v roztoku, který je určen k obkladům (Kaštovská, 2007). Okolí vředu se ošetří příslušným prostředkem, nejlépe indiferentní pastou s obsahem zinku, která má za úkol zabránit maceraci okolí. Následuje samotné ošetření vředu. Mast se přímo nanese na jeho spodinu, nebo se vřed překryje gázou, na kterou se nanese mast určená k ošetření, a to tak, aby pronikla přes gázu na spodinu vředu. Na takto ošetřený vřed se přiloží vícevrstevné čtvercové krytí z hydrofilní gázy. U bércových vředů žilního původu se přiloží kompresivní obvaz. Po dokončení převazu pacienta uložíme do jemu pohodlné polohy a zlikvidujeme kontaminovaný materiál. Následuje řádná dezinfekce rukou a zaznamenání převazu do dokumentace pacienta (Pejznochová, 2010).

Kompresivní terapie neboli léčba zevním tlakem je významným pomocníkem v léčbě bércových vředů. Pro sestru je znalost léčebného účinku a správné techniky komprese nezbytná. V nemocničním zařízení ji provádí sama, před propuštěním do domácího prostředí je povinna pacienta o správném provedení poučit. Pokud je pacient soběstačný, elastická obinadla nebo punčochy si přikládá doma sám. Pokud přikládání

komprese nezvládá, na pomoc přicházejí sestry z agentur domácí péče. Ačkoli se zdá, že navázat elastické obinadlo nebo navléknout kompresivní punčochy je věc jednoduchá, opak může být pravdou. Existuje několik pravidel pro přikládání obinadel, která je nutno dodržovat. Kompresivní obinadlo se má přikládat ráno před svěšením končetiny do svislé polohy, přičemž hlezenní kloub musí být ohnut v úhlu 90 stupňů a palec směřovat k nosu. Pata musí být vždy plně ovinuta. Tažná síla se má pravidelně snižovat směrem nahoru. Bandážování má být prováděno klasovými nebo cirkulárními otáčkami, které se mají překrývat zhruba ze 2/3. Plochy pod kotníky a jamky, kde není vyvinut dostatečný tlak, musí být podloženy (viz. Příloha č. 2). Takto správně přiložený kompresivní obvaz nesmí škrtit, jelikož by mohl způsobit nedokrevnost. Naopak by měl být pro pacienta příjemnou oporou (Pospíšilová, 2004).

Ve fázi, kdy dojde ke zhojení vředu, pacienti obvykle přecházejí z kompresivních obinadel na punčochy. Nejsou tak nápadné jako obinadla, snadněji se aplikují a lépe drží na pohybující se končetině. Tlak, který vyvíjejí na končetinu je nejvyšší v oblasti kotníků, což je žádoucí. Manipulace s nimi není příliš jednoduchá. Úkolem sestry je edukace pacienta o vhodném postupu jejich přikládání a seznámit ho s pomůckami, které navlékání usnadňuje. Punčochy se prodávají ve 4 kompresivních třídách různých velikostí. Výběr správných punčoch je velice důležitý. Pacient má nárok na hrazené punčochy zdravotní pojišťovnou 1x za půl roku. Punčochy si ale může kdykoli zakoupit ve volném prodeji v lékárně. Ač je zcela jasné, že je kompresivní léčba významným přínosem, někteří pacienti ji stále odmítají. U nemocných, kteří léčbu dodržují, nedochází ke zhoršování nemoci a recidivám (Machovcová, 2009). Když má pacient vřed převázaný a bandáž je aplikována, může začít pohybová terapie (Pospíšilová, 2004).

Mobilní pacienti mohou jít na krátkou procházku alespoň po chodbě, imobilním pacientům se doporučují jednoduché cviky, které mohou provádět na lůžku. Pacientům s vředy žilní etiologie se doporučuje vystupování na špičky nohou, přešlapování na místě a krouživé pohyby v hlezenním kloubu. U mobilních pacientů je samozřejmostí dát přednost chůzi do schodů před použitím výtahu. Před spaním je vhodné končetiny podložit polštářkem, aby byly nohy nad úroveň srdce. Významná jsou dechová cvičení,

při kterých pacient hluboce dýchá, čímž se mění tlakové poměry v hrudní a břišní dutině. To napomáhá nasávání krve z žil do srdce. I polohu vleže lze obohatit vhodným pohybem. Na zádech lze simulovat jízdu na kole nebo kmitat nohama nahoru a dolů. Méně zdatným se doporučuje krčení a natahování prstů (Pospíšilová, 2004).

1.4.2 Zvláštnosti ošetřování ulcus cruris v domácím prostředí

Lidé s bércovými vředy si v domácím prostředí často ošetřují defekty sami. Jelikož se ve většině případů jedná o seniory ve značně pokročilém věku, kteří jsou omezeně pohybliví, není výjimkou porušení sterility při převazu. To následně může vést k zavlečení infekce do rány (Pejznochová, 2003).

Pacienti s bércovými vředy, kteří se léčí v domácím prostředí musí mít dostatek vědomostí ve všech oblastech péče o sebe sama. Nestačí jednorázová edukace. Pacientům musí být informace neustále opakovány, aby si je vštíplili do paměti. I když jsou správné techniky bandážování pacientům už známé, stále se setkáváme s chybami, které pro ně mohou mít fatální následky. Použitím nevhodného typu, velikosti a šíře obinadla může dojít k zaškrcení končetiny, nebo naopak nedostatečnému účinku (Machovcová, 2009). Někteří pacienti z úsporných důvodů používají stará, tím pádem nefunkční obinadla, která též nemají význam. V některých případech se stává, že je obinadlo přiloženo volně bez tažného efektu. Pacienti se někdy mylně domnívají, že stačí přiložit obinadlo jen na postiženou část, a tak bandáž ztrácí svůj účinek a jedince spíše poškozuje, než mu pomáhá (Pospíšilová, 2004). V takovém případě se výrazně prodlužuje doba léčby a hojení. U těch šťastnějších přebírají velký podíl starostlivosti pracovnice zaměstnané v charitách nebo v agenturách domácí péče (Pejznochová, 2003).

Výhodou ošetřování v domácnosti je pozitivní vliv známého prostředí na psychiku nemocného. Přestože je psychika značně změněna k lepšímu, nemění to nic na tom, že je bércový vřed onemocnění chronické a vyžaduje takřka stálou léčbu. Má - li mít tato léčba úspěch, vyžaduje aktivní spolupráci nemocného. Ten musí mít dostatečnou motivaci k uzdravení, být trpělivý a v neposlední řadě musí akceptovat a dodržovat všechna režimová opatření zvolená lékařem. Bohužel, často se stává, že tato skutečnost

není nemocným zcela jasná a dochází k tomu, že tato doporučení neplní. V nejhorším případě léčbu přeruší úplně. V takové situaci léčba zcela závisí na sestřách z agentur domácí péče nebo z charit (Pejznochová, 2003).

1.4.3 Socioekonomický dopad onemocnění na život pacienta s ulcus cruris

Bércovými vředy trpí v současné době lidé všech věkových kategorií s výjimkou dětského věku. Pro každou věkovou skupinu je onemocnění značnou zátěží a způsobuje problémy jak zdravotní, ekonomické, psychologické, tak i sociální. Mladší jedince často omezuje pracovní neschopností a nemožností provádět dosavadní činnosti a koníčky. V závažnějších případech jsou jedinci nuceni přijmout invaliditu jako součást svého života. To se jim mnohdy nedaří, a tak se často setkáváme s tím, že nechtějí chodit do společnosti a ponořují se do samoty. Mladší jedinci se mnohdy nemohou smířit s výrazným ekonomickým omezením, které též vzniká v souvislosti s touto chorobou. U starších osob je stěžejní snížení soběstačnosti. Pocit závislosti na druhé osobě v nich vyvolává pocit méněcennosti. Upadají do sociální izolace, ze které pro seniory mnohdy už není úniku (Pospíšilová, 2004).

V některých případech jsou bérkové vředy doprovázeny silným zápachem. Nejde o jev, který by pacienta ohrožoval na fyzickém zdraví, ale o to větší má dopad na psychiku. Lidé se za sebe stydí, snaží se vyhnout jakémukoli kontaktu se společností. Pro takové jedince je například nepředstavitelná i tak obyčejná věc, jako je městská hromadná doprava, návštěva kadeřnictví nebo restauračního zařízení. Zápach je doslova odstříhne od kontaktu s lidmi (Pokorná, Mrázová, 2012).

Bolest. Pro někoho znamená jen slovo, ale pro pacienta s bérkovými vředy představuje každodenní utrpení. Někteří lidé mylně věří, že nemají žádnou možnost se od ní oprostit a přijímají bolest jako normální a nevyhnutelný fakt. Přitom ovlivnění bolesti patří k jednomu ze základních pilířů komplexního přístupu k nemocnému. Jak je již známo, bolest neblaze působí na psychický stav člověka, který jí trpí, a negativní psychický stav posléze ovlivňuje proces hojení. Pokud se dosáhne útlumu bolestí, pacienti získají vnitřní sílu a motivaci k další léčbě, a tak se výrazně zlepši kvalita jejich života (Pokorná, 2011).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V bakalářské práci byly vymezeny tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s ulcus cruris.

Cíl 2: Zjistit nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s ulcus cruris.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě prostudování odborné literatury a s ohledem na cíle práce byly vymezeny tyto výzkumné otázky:

Otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s ulcus cruris?

Otázka 2: Jaké jsou nejčastější problémy u pacientů s ulcus cruris?

Otázka 3: Na jaké oblasti ošetrovatelské péče se sestry u pacientů s ulcus cruris zaměřují nejčastěji?

3. Metodika

3.1 *Metody výzkumu*

S ohledem na cíle a výzkumné otázky této bakalářské práce bylo prováděno kvalitativní šetření. Ke sběru dat byla použita metoda polostukturovaného rozhovoru. K výzkumnému účelu byly vytvořeny 2 rozhovory. První z nich pro pacienty, kteří trpí onemocněním ulcus cruris, a druhý pro sestry, které takto postižené pacienty ošetřují. Rozhovor pro pacienty tvořilo 32 otázek (viz. Příloha č. 3). Rozhovor pro sestry měl otázek 23 (viz. Příloha č. 4). V průběhu rozhovorů bylo zapotřebí některé otázky přeformulovat, popřípadě rozšířit. Je třeba zmínit, že veškeré výzkumné šetření bylo zcela anonymní.

Zkoumání se uskutečňovalo v Jihočeském kraji v Nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkumné šetření probíhalo v období února a března 2013. Nejprve byla podána elektronická žádost k náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Po vyslovení jejího souhlasu byly osloveny sestry z kožního oddělení a jedna z traumatologického oddělení. Po uvážení vrchní a staniční sestry byli k výzkumu vybráni vhodní pacienti. Na základě oslovení pacientů staniční sestrou a mnou se respondenty trpícími bércovými vředy stali hospitalizovaní pacienti kožního oddělení, kteří s výzkumem souhlasili.

3.2 *Charakteristika souboru*

Výběr respondentů byl záměrný. Výzkumný soubor tvořilo celkem 14 respondentů, z čehož 7 respondentů byli pacienti, kteří trpí bércovými vředy a zbylých 7 respondentů byly sestry, které takto nemocné pacienty ošetřovaly, šest z nich pracovalo na kožním oddělení, sedmá na oddělení traumatologickém. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem výzkumu a souhlasili s ním.

4. Výsledky

Výzkumný soubor měl 2 skupiny. První skupinu tvořili pacienti trpící onemocněním ulcus cruris (R1-R7). První respondent (R1) byla žena ve věku 80 let. Bércové vředy se u ní poprvé objevily v roce 2007. Letos to bylo již 6 let, co se s tímto onemocněním začala léčit. Ulcerace se jí nikdy zcela nezhojily. Před propuknutí nemoci pracovala celá léta v JZD, kde musela na nohou nosit holínky a přemísťovat těžká břemena. Toto zaměstnání pokládala za příčinu svých obtíží. Respondentka se dále léčila s hypertenzí a varixy. Během rozhovoru si stěžovala na bolesti kyčelních kloubů, které ji omezovaly v běžných denních činnostech. Druhý respondent (R2) byla také žena. Bylo jí 76 let a bércové vředy se u ní poprvé objevily před více než dvaceti lety. Za tuto dobu se jí defekty třikrát zcela zhojily. Po nějaké době se onemocnění vždy objevilo znovu, ale v jiné lokalitě. Letos to bylo 8 let, co se jí na pravém bérce objevil malý defekt. Ten se už ale nezhojil, naopak se stále zvětšoval. V době výzkumného šetření byl bércový vřed velký asi jako dvě mužské dlaně. V mládí pracovala v lese. Asi od 30 let pracovala v JZD, kde působila až do důchodového věku. Respondentka se léčila se žilami a trpěla bolestmi kloubů. Třetí respondent (R3) byl muž, který právě oslavil 73. narozeniny. Onemocnění se u něj projevilo před třemi roky. V mládí působil jako řidič z povolání. Jezdil s kamionem. Většinu času seděl. Při vykládání nákladu někdy musel sám vyložit i několik tun zboží. Dále se léčil s arytmií, hypertenzí a s žilní insuficiencí. V mládí prodělal několik úrazů, při jednom z nich si zlomil obratel.

Čtvrtý rozhovor byl uskutečněn s 86letým mužem (R4). Bércový vřed mu lékaři poprvé diagnostikovali před 14 lety. Celý život vykonával zaměstnání klempíře. Podle jeho slov byl největší nápor na nohy, kterými se celý den zapíral, aby nespádl. Respondent byl značně obézní. V komunikaci mu tvořila značnou bariéru nedoslýchavost. Léčil se s hypertenzí a s onemocněním žil. Pátý respondent (R5) byla žena, která se narodila v roce 1925. Za dva měsíce po tomto interviu oslaví své 88. narozeniny. Bércovými vředy trpěla od doby, kdy odešla do důchodu, což bylo podle jejích slov více než 30 let. Dříve pracovala v „orném průmyslu“. Celý den chodila v holínkách. Respondentka byla toho názoru, že právě nošení holínek je příčinou jejího

trápení. Pacientka měla potíže s pamětí. Na řadu věcí si nepamatovala. Stejně tak to bylo i v oblasti jejího zdravotního stavu. Nevěděla, jestli trpí nějakou další nemocí. Šestý respondent (R6) byl muž ve věku 76 let. První příznaky bércevého vředu se u něj objevily před 4 roky. Celý život pracoval jako zámečnický. V práci trávil většinu svého času. Na nohou musel mít pracovní obuv, ve které denně nachodil několik kilometrů. Kromě bércevého vředu se ještě léčil s vředy žaludečními, se kterými měl problémy již na vojně. Onemocnění žil měl také. Sedmý respondent (R7) byla žena, která se narodila před 71 lety. Bércevé vředy jí byly diagnostikovány před 6 lety. V mládí pracovala na základní škole jako učitelka. Zaměstnání bylo spíše sedavého typu. V pozdějším věku byla nezaměstnaná, jelikož se starala o svou nemohoucí matku. Dále jí byl diagnostikován vysoký krevní tlak a žilní insuficience.

Druhou skupinu respondentů tvořily sestry (S1-S7), které ošetřují pacienty s ulcus cruris. Osmý respondent (S1) byla sestra, která se poprvé setkala s pacientem s ulcus cruris před 23 lety, kdy nastoupila do zaměstnání na kožní oddělení. Pacienti, které ošetřuje, jsou většinou starší lidé, nejčastěji ve věku od 50 do 90 let. Kromě bércevého vředu mnohdy trpí hypertenzí nebo onemocněním žil. Devátý respondent (S2) byla žena ve věku 47 let. Poprvé se s diagnózou ulcus cruris setkala v průběhu její souvislé praxe na střední zdravotnické škole. Po ukončení zdravotní školy pracovala 3 roky na interním oddělení. Poté nastoupila na kožní oddělení, kde pracuje dodnes. Podle ní se věkové spektrum pacientů s ulcus cruris pohybuje mezi 60 až 80 roky. Není ale výjimkou pacient mladšího nebo naopak staršího věku. Podle jejího názoru se ve většině případů jedná o pacienty obézní nebo o pacienty s onemocněním žil. Desátý respondent (S3) byla sestra z kožního oddělení. S prvním pacientem se setkala před 19 lety, kdy začala pracovat na tomto oddělení. Nejčastěji ošetřuje pacienty ve věku od 50 let výše. Ale není výjimkou bércevý vřed u pacienta, kterému je teprve 40 let. Podle jejího názoru je největším problémem obezita, která má na vzniku onemocnění zřejmě podíl. Pacienti se často léčí s onemocněním žilního systému nebo například s hypertenzí.

Jedenáctý respondent (S4) byla sestra z kožního oddělení, která se s prvním pacientem s ulcus cruris setkala též v zaměstnání před mnoha lety. Věkové spektrum pacientů se pohybuje mezi 50 až 90 roky. Zřídka se setkává s mladšími pacienty

trpícími bércovým vředem. Přidružená onemocnění jsou různá. Dvanáctý respondent (S5) byla mladá sestra, která na kožním oddělení pracovala teprve tři roky. Za tu dobu se ale setkala s mnoha pacienty s touto diagnózou. Podle jejích slov trpí bércovými vředy staří lidé, nejčastěji starší 60 let. Pacienti se často léčí se srdcem a s žilami. Třináctý respondent (S6) byla sestra z kožního oddělení, která se poprvé setkala s bércovým vředem před 22 lety. Ošetřuje pacienty starší 40 let. Dalším problémem těchto lidí je špatný stav cév a hypertenze. Posledním respondentem (S7) byla sestra pracující na traumatologickém oddělení. Poprvé se s pacientem s bércovým vředem setkala před více než 20 roky. S touto diagnózou se na traumatologickém oddělení setkává celkem často, neboť obětí úrazů se mnohdy stávají starší lidé, u nichž se bércové vředy vyskytují nejčastěji. Další onemocnění neuvedla konkrétně, jsou různorodá.

A) KATEGORIE – klinický obraz onemocnění

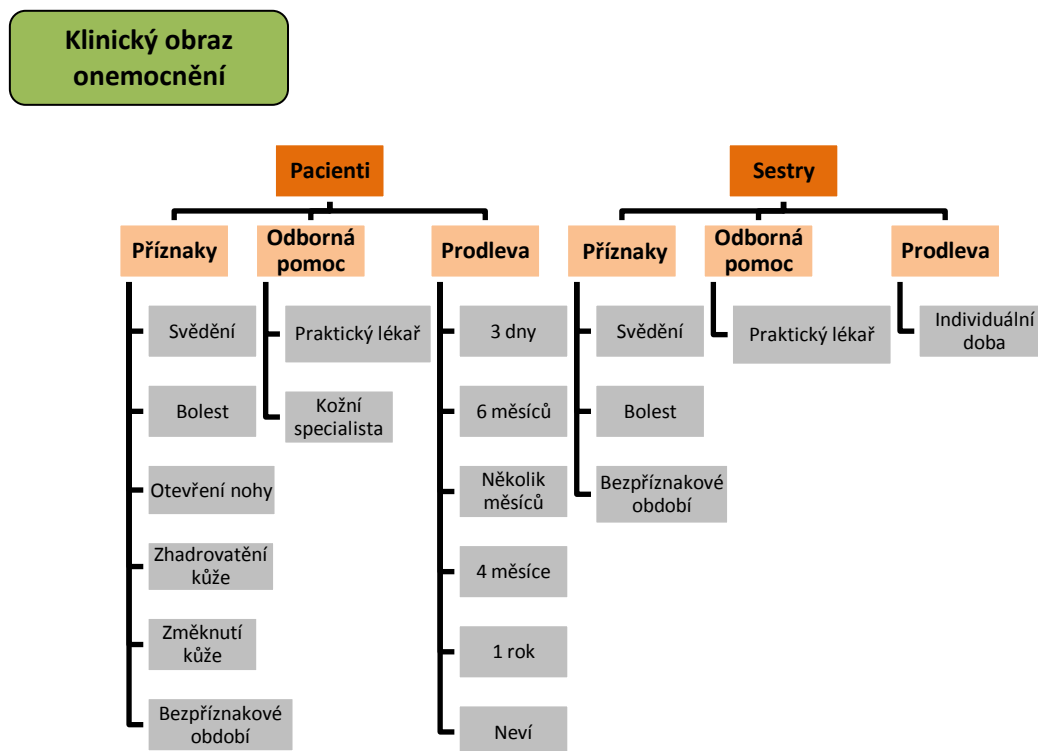
Většina z dotazovaných respondentů v rozhovoru uvedla, že prvním projevem onemocnění bylo zřejmě svědění. To bylo někdy natolik silné, že si danou oblast rozškrábali do krve. To bylo zřejmě dalším impulzem pro vytvoření defektu. R4 uvedl: *„Hodně to svědilo. Kolikrát bych to rozškrábal. Ale musel jsem to jen tak pohladit nebo naslinit. Jednou jsem to ale nevydržel a rozškrábal to do krve. Já starej blbec. Pak to bylo ještě horší.“* Z této odpovědi je patrné, že svědění bývá v počátcích nemoci opravdu intenzivní. Podobně odpověděla i R2: *„Ze začátku to hrozně svědilo. Nosila jsem punčochy, a ty jak se sundaly, tak to začalo vždycky tak svědit! Tak jsem to pošimrala. Ale samozřejmě né do krve, to zase ne sestřičko. Pak jsem jednou škobrtla na schodech a zvrkla jsem si nohu. A od té doby to se mnou šlo od desíti k pěti. Noha se mi otevřela a bylo.“* I sestry nejčastěji uvedly, že v prvních fázích nemoci je svědění velmi častý a nepříjemný jev. *„Pacienty to nejdřív hodně svědí, v tu chvíli už je zapotřebí nějaká medikace. Ale já kdybych byla lajk, tak by mě taky nenapadlo, že nějaký svědění může znamenat něco vážnějšího“* (S7). Dva respondenti uvedli, že jediným příznakem byla bolest v postižené končetině. *„Bolest. Bolela mě noha jako pes. Nemohla jsem se dotknout kůže na noze. Pak kůže změkla a zhadrovatěla. No a za nákej*

den se mi noha otevřela“ (R5). R4 před propuknutím nemoci pociťoval jak intenzivní svědění, tak i bolesti, na které mělo velký vliv počasí. „Ale to nebylo jenom to svědění. Bolelo to, hlavně když jsem dal nohu dolu. Strašnej vliv na to mělo počasí. Když se to počasí mělo změnit, tak to bolelo jako čert. Když se počasí ustálilo, ustálila se i bolest. Tak to šlo dlouho, dokad' se mi noha neodevřela.“ Další respondent uvedl, že žádné varovné příznaky neměl. Noha se mu najednou otevřela. „Než se mi to udělalo, tak sem vůbec netušil, že mi něco je. Nebolelo mě to, nesvědilo nic. Jediný co sem měl, byl vysokej tlak a problémy se žilama a se srdcem. Ale to s tím nemá nic společnýho“ (R3). Tohoto názoru byla i jedna sestra, která se vyslovila, že svědění a bolest jsou sice časté příznaky, ale i přesto se může stát, že pacienti nejsou nijak varováni. „No pacienty většinou trápí svědění nebo bolesti nohou, ale někdo je naprosto bez potíží, dokud se to neprojeví v plný síle“ (S5). Z toho je patrné, že onemocnění může mít varovné příznaky, ale naopak v některých případech může udeřit naprosto nečekaně.

Pacienti se při prvních problémech souvisejících s onemocněním obrazejí na různé osoby, ať už se jedná o praktického lékaře nebo kožního specialistu. Protože respondenti o onemocnění nevěděli žádné podrobné informace, první koho vyhledali, byl nejčastěji praktický lékař. „Jedině na lékaře u nás ve městě. Dneska se říká na obvodního. Tam chodim vždycky, když si nevím rady. Ten mě doporučil do Budějce ke kožaři, kam sem jezdil celý leta“ (R4). I podle zdravotnických pracovníků je praktický lékař často první osobou, kterou pacienti vyhledají. „No já bych řekla, že na obvod'áka. Starý lidi většinou nechtějí, aby se o ně staral někdo cizí. K obvod'ákovi chodí celej život a věří mu. A hlavně neví, co jim je“ (S3). Pouze ve dvou případech respondenti uvádějí, že se při prvních obtížích obrátili na specialistu. „Já jsem šla nejdřív na kožní oddělení u nás v Táboře. Ta kůže na nohou se mi nějak nezdála. Trochu to připomínalo nohy, jako když to měla moje maminka“ (R2). Ani jeden z respondentů nevyhledal pomoc ihned při prvních obtížích. Všichni vyčkávali a doufali, že jejich potíže nic neznamenají. R5 v rozhovoru uvedla, že nemůže chodit k lékaři pokaždé, když ji něco trápí. „Nemůžu běhat k doktorovi dycky když mě někde píchne. Dyť by si za chvíli řek, co ho zas votravuju. Já, bába stará.“ Z této odpovědi je patrné, že se pacienti mnohdy raději dlouho trápí, protože se bojí, že budou se svými potížemi na obtíž. Zdravotnický

personál už tak jednoznačně přesvědčený nebyl. „Podle mě to je individuální, někdo běží k doktorovi s každou prkotinou a jinej si to nechá radši sám pro sebe“ (S1).

SCHÉMA 1- Kategorie A: Klinický obraz onemocnění

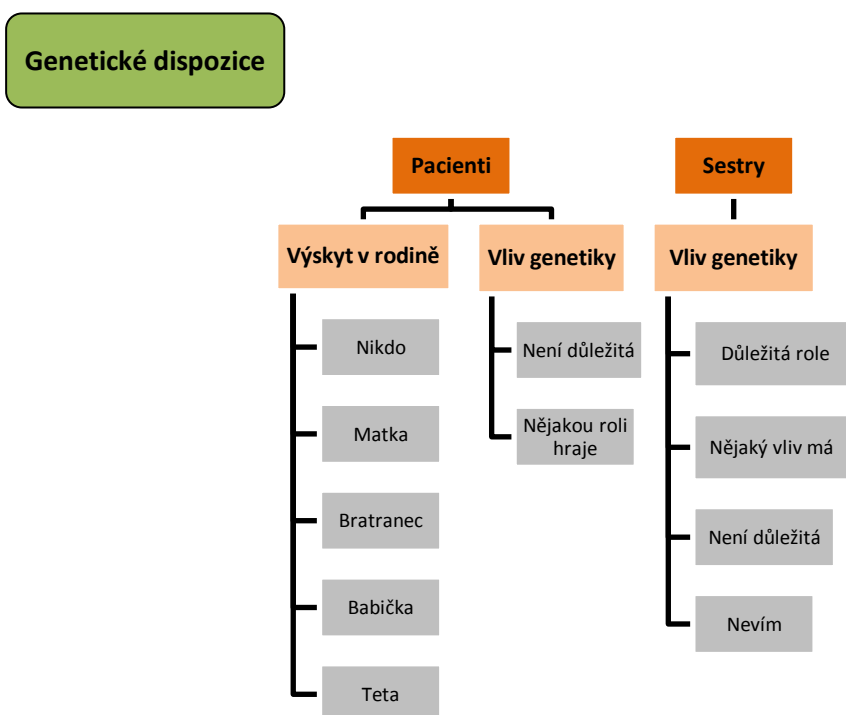


B) KATEGORIE- genetické dispozice

Výskyt onemocnění v rodině nemá podle pacientů vliv na vznik nemoci. Většina respondentů uvedla, že nikdo v jejich rodině bércovými vředy netrpěl. „Kdepak, nic takovýho u nás nikdo neměl. Ani z maminciny strany, ani ze strany tatínka“ (R4). Pouze 2 respondenti přiznali, že někdo v jejich rodině podobné obtíže měl. „Ano, moje matka. Té se to pak zahojilo. Potom to má teta, ale i širší rodina. Má to bratranec a babička to taky měla. Ale řeknu vám, já to nemám pěkný. Dneska jsem to viděla v mazárně a takhle hnusný to u nás doma nikdo jaktěživa neměl. Zase musím mít něco extra“ (R1). Na pacientce byla po této odpovědi patrná úzkost. Sama přiznala, že má strach, jak to s ní dopadne. I druhý respondent byl v psychické nepohodě, když se zamyslel nad tím, že jeho matka, která touto nemocí také trpěla, se nikdy nevyléčila. „Maminka to měla, když

už byla starší, ale měla to jen malý. Pak se jí to taky zahojilo a po nějaký době zase otevřelo. Tak to šlo pořád dokola. Pak už se nikdy nevyhléčila. Nestihla to, umřela s tím“ (R2). Odpovědi sester v tomto případě nekorespondovaly s odpověďmi pacientů. Ty jsou naopak přesvědčeny, že genetické dispozice hrají ve výskytu onemocnění důležitou roli. Pět z nich uvedlo, že když touto chorobou někdo v rodině trpí, je velká pravděpodobnost, že se vyskytne i u ostatních členů. S6 uvedla: *„Myslím si, že genetika hraje v případě bércáků důležitou roli. Většina našich pacientů má nějakýho příbuzného, kterej ho už taky má. Ale není to pravidlo.“* Podobně odpověděla i S1: *„Asi na to genetika vliv má. Když sbíráme rodinnou anamnézu, tak z pacientů často vypadne, že už to někdo u nich v rodině měl. Ale stává se, že se s tím u nich nikdo neléčil. To je různý.“* Jedna sestra uvedla, že si nemyslí, že genetika je důležitý faktor. *„Já si myslím, že je to tak půl na půl. To je individuální. Ale spíš si teda myslím, že to není až tak genetikou, ale spíš životním stylem“ (S5).* Jedna sestra v tomto případě neměla jasno vůbec a uvedla: *„Nevím“ (R3).*

SCHÉMA 2- Kategorie B: Genetické dispozice



C) KATEGORIE- úroveň vědomostí pacientů

a) Podkategorie- úroveň informovanosti před onemocněním

Úroveň informovanosti pacientů před propuknutím onemocnění byla relativně nízká. Tři z uvedených respondentů ve výzkumném šetření uvedli, že před tím, než onemocněli, nevěděli o bércových vředech vůbec nic. R5 uvedla: „*Před tím, než se mi to udělalo, to jsem ani nevěděla, že něco takovýho existuje. To víte, udělalo se mi to těsně po tom, co jsem odešla do důchodu. Do té doby jsem měla jiný starosti. Chodila jsem do práce a doma toho taky nebylo málo. Manžel byl nemocný, takže když jsem nebyla v práci, tak jsem se věnovala jenom jemu. Na takový věci nebyl ani čas.*“ Dva respondenti o onemocnění věděli jen z doslechu. R4 se s onemocněním poprvé setkal, když byl ještě malé dítě. Chodil s babičkou na nákupy do obchodu, kde pracovala žena, která bércové vředy měla několik let. „*Kdepak, akorát když jsem byl malej, tak jsem slyšával od starých lidí, že maj bércáky. Tenkrát s tím ale nikam nechodili, u doktora se za to muselo platit. Pamatuju si, že to měla prodavačka v obecním krámě, kam jsem chodil s babičkou pro rohlíky. Vždycky se jí bábina ptala, jak to s ní vypadá.*“ R6 odpověděl obdobně: „*Jenom jsem o tom slyšel ve vesnici, jak to měly starý ženský. Většinou si to léčily samy. Patlaly na to nějaký domácí masti.*“ Z obou odpovědí je patrné, že i když respondenti o onemocnění již dříve slyšeli, žádné podrobnější informace jim nebyly známy. Pouze dva respondenti před vlastním onemocněním viděli, jak bércové vředy vypadají. V obou případech se jednalo o pacienty, v jejichž rodině se onemocnění již vyskytlo. Podrobnější znalosti však také negují. „*Znala jsem to jen od maminky, ale nevěnovala jsem tomu pozornost. Jen jsem se bála, že to budu mít jednou taky*“ (R2). „*Nikdy jsme o tom doma nehovořili.*“ Z toho vyplývá, že ani jeden z pacientů nevěděl o onemocnění žádné podrobné informace. Odpovědi sester ve všech případech korespondovaly s odpověďmi pacientů. „*Pacienti, kteří k nám většinou přicházejí, o tom neví skoro nic*“ (S1).

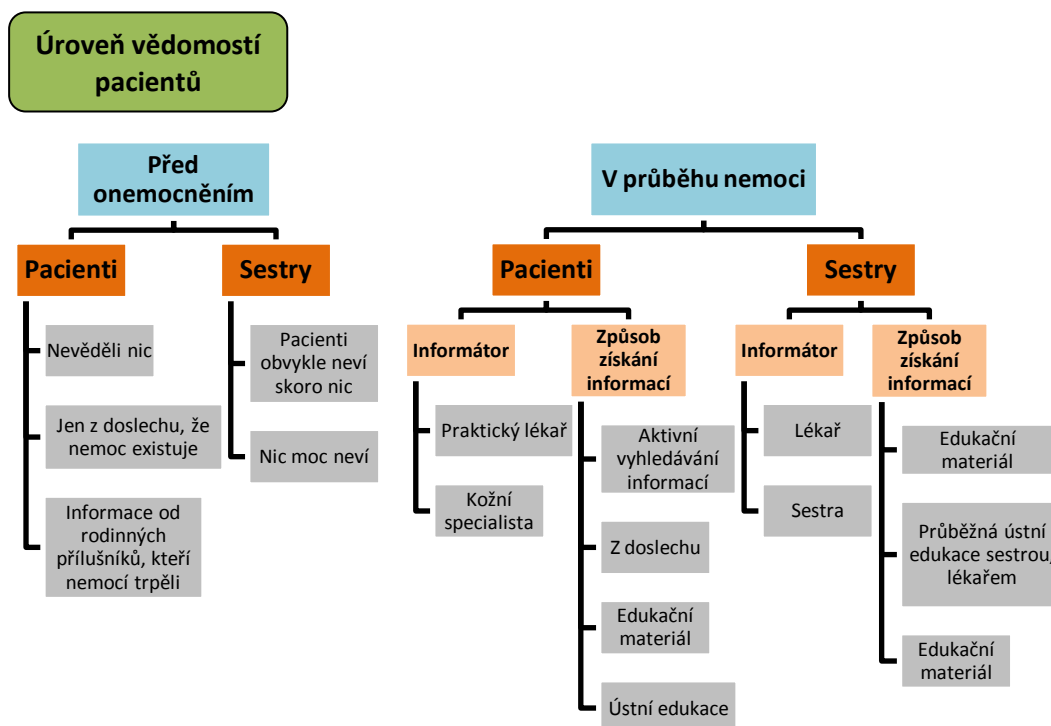
b) Podkategorie- informovanost v průběhu nemoci hospitalizace

Informace, které jsou pacientům sdělovány během hospitalizace, nejsou nijak rozsáhlé. Někteří pacienti je však považují za dostačující. „*Ani mi toho moc neřekli, ale*

mně to nevadí. Co potřebuju, to vim. Oni ví, co dělají“ (R2). Většina respondentů uvedla, že informace musí sami aktivně vyhledávat mezi zdravotníky. „Ptali se mě, jestli je to v rodině, to jo. Nikdo si se mnou ale nesesl a neřekl mi, proč to mám a tak. To jsem se musela zeptat až doktora při vizitě. Když jsem se ho zeptala, tak mi to vysvětlil. Mně je jasný, že kdyby ho všichni takhle otravovali, tak nedělá nic jinýho. Ale já jsem to prostě chtěla vědět“ (R1). Někteří pacienti se informace o svém zdravotním stavu dozvídají pouze při vizitě, kdy lékaři hovoří mezi sebou. „Zatím mi nikdo nic neřekl. Akorát si o tom povídali doktoři při vizitě, to je všechno. Dávaj mi na to různý masti, ale jak se jmenujou, to vám sestřičko nepovim“ (R4). Jedna pacientka uvedla, že jí informace byly sděleny, ale že si je nepamatuje. „Tady se toho povídalo, ale já si to nepamatuju. To víte, ta moje paměť. Už jsem stará“ (R5).

Odpovědi sester byly jednoznačné: *„Informace o zdravotním stavu sděluje všem pacientům lékař. Co se týče námi poskytované péče, tak samozřejmě pacienty informujeme průběžně“ (S3). Osoba, která pacientům poskytuje nové informace o jejich zdravotním stavu, je obvykle praktický lékař. Toho uvedla jako informátora nadpoloviční většina respondentů. „Za většinu informací, které mám, vděčím praktické lékařce. Bud' jsem k ní docházel, nebo když už jsem nemohl, tak jezdila ona za mnou“ (R4). Jedna pacientka se podrobnosti dozvěděla až od kožního specialisty, ke kterému ji poslal praktický lékař. „Praktická lékařka mi neřekla skoro nic. Když už si se mnou nevěděla rady, tak mě odeslala ke kožaři. Tam jsem se dozvěděla všechno potřebné“ (R1). K získání nových informací často napomůže edukační materiál, který se nachází volně na oddělení. Pacientům jsou k dispozici letáčky a brožurky, které se týkají bércových vředů. Ty předávají sestry osobně každému pacientovi s ulcus cruris. „Jojo, máte pravdu, nějaký letáček jsem dostal“ (R3). Čtyři pacienti uvedli, že jim byl letáček předán, ale nic jim k němu nebylo řečeno. R1: „Letáček jsem dostala, ale je to moc malý písmo, stejně tam nic novýho nebude.“ Ostatním byl letáček předán a ještě jim bylo vše ústně vysvětleno. Sestry uvedly, že pacientům informační letáčky osobně předávají a navíc všechny edukují slovní formou. S3 odpověděla: „Letáčky samozřejmě máme, ale i přesto je potřeba pacienty poučit i ústně.“*

SCHÉMA 3- Kategorie C: Úroveň vědomostí pacientů



D) KATEGORIE- poskytovaná ošetrovatelská péče

a) Podkategorie- postup převazů

Oproti sdělování informací, kde sehrává hlavní roli lékař, je v rámci samotného ošetřování defektů nejdůležitější osobou sestra. Ta se o nemocného stará a provádí u něj komplexní ošetrovatelskou péči včetně převazů. Na lékaři pak závisí samotná medikace a postup léčby. „Pokud se jedná o ty převazy, tak to se doktorka na ten můj vřed nejdřív podívá. Potom napíše, jaký léky jsou potřeba. Pak mi to sestřičky ošetřou a dávají mi tam mastičky, který mi napsala doktorka“ (R1). S tímto postupem se všichni pacienti ztotožňují.

Postup samotných převazů je u jednotlivých pacientů většinou totožný. Liší se však v některých krocích jakými jsou například frekvence sprchování nebo místo, kde se převazy uskutečňují. „Ten postup je většinou stejný. Sundat krytí, očistit, přiložit materiál a nakonec to celý zavázat. Jediný, čím se to asi liší je místo, kde to převazuji a jak často to převazuji“ (S6). V první řadě sestra musí rozhodnout, kde se převaz bude uskutečňovat. Někteří pacienti jsou ošetřováni na pokoji, jiní v převazové

místnosti. To podle všech sester závisí na stavu pacienta. „Ty schopnější si bereme na převazy na převazovou místnost. Pro nás jsou tam lepší podmínky, protože máme k pacientovi lepší přístup a všechny pomůcky máme při ruce. Další výhodou je určitě soukromí. Pro pacienta je myslím si i příjemnější, když se na ty vředy nedívají ostatní pacienti. Některým pacientům ty vředy zapáchají. V tom případě je taky lepší být v soukromí“ (S1). Všichni respondenti také uvedli, že jim jsou převazy prováděny podle jejich stavu. „Teď si mě sestry berou do mazárny. Ještě dobře chodím, tak to pro mě není problém. Ale minulej týden jsem na tom byla bídě. Tak přišly sem“ (R1). Pacienti s dobrou mobilitou chodí do převazové místnosti. „Mě si sestry berou do mazárny. Ale třeba tady paní vedle, ta jenom leží, tak tej to dělaj tady na pokoji“ (R1). Našli se však pacienti, kteří mají horší mobilitu. K těm sestry docházejí na pokoj, čímž jim šetří spoustu námahy. „Sestřičko, víte kolik je mi let? 87. Vždyť já už bych tam ani nedošla“ (R5).

Převazy jsou jedním z nejdůležitějších článků ošetrovatelské péče u pacientů s ulcus cruris. Podle pacientů je jejich postup většinou totožný. „Nejdřív mi musí sundat obvaz. Někdy mi to osprchujou, asi 1x v týdnu. Po tý sprše mi z toho čtverečkem sundávají tu starou mast, která se nedostala dolů při sprše. Když to nejde ani tím čtverečkem, tak si na to berou takovou dřevěnou špachtli. Tou to většinou už jde. Když ale ani ta nestačí, tak to nakonec sundají pinzetou. To už je ale trochu nepříjemný. Štípe to. Pak mi na to dávají obklad, který nechávají působit asi 15-20 minut. Po tu dobu to mám jen přikrytý gázou a nesmím nikam chodit. Potom přijde vizita a prohlíží to. Někdy mi napíší nějaký nový masti, ale někdy mi řeknou, že budou pokračovat v tom, co mi tam už dávají. Když to doktor určí, tak to sestra namaže a zaváže. Ten vřed mi maže jednou mastí a okolo to patlá zase nějakou jinou. Doma mi na to dávali ještě elastáky. Tady mi je nedávají“ (R7). Tímto způsobem jsou prováděny převazy u všech respondentů.

Sestry až na některé malé odlišnosti uvádějí totožný postup převazů, jaký uvádějí i pacienti. „Převazy bércových vředů se musí provádět za aseptických podmínek, aby nedošlo k zavlečení infekce do rány. Před tím samotným převazem si nasadím rukavice, se kterými odstraním to starý krytí. Pak následuje očištění rány, ke kterému nám

pomůže její sprcha. Ale to neděláme vždycky. Pro některé naše pacienty je to příliš vyčerpávající. Po sprše musím důkladně očistit zbytky starých nánosů mastí a kůže. Některé sestry tu kůži neodstraňují. Ale potom se logicky stav rány nelepší. Ta nová krásná kůže, která je pod tou starou není vyživovaná, a tak to de pořád dokola. K tomu odstraňování používám buď sterilní čtverce s Prontosanem, nebo sterilní pinzetu. Když je rána očištěná, přikládá se na ni obklad s Prontosanem nebo Rivanolem, který musíme nechat působit alespoň 15 minut. V tu dobu chodí vizita. Lékař nám určí medikaci a podle ní pak postupujeme. Nejdůležitější je dávat léčivou mast opravdu jen na vřed a né i do jeho okolí. Pokud by se mastičky přiložily i mimo bércový vřed, došlo by k jeho zvětšování a zhošení stavu. Okolí většinou promazáváme vazelínou nebo nějakou ochrannou pastou určenou doktorem. Nakonec přikládáme sterilní čtverec. Někdy ještě s Baktigrásem nebo Inadinem, ale to je individuální. Pak se přikládá obvaz. V některých případech se noha nakonec zabandážuje“ (S7).

Bandážování dolních končetin se neprovádí u všech pacientů s ulcus cruris. Jedná se o individuální záležitost, která závisí zcela na lékaři. Všechny sestry uvedly totožný způsob přikládání elastických obinadel na dolní končetiny. *„Nic speciálního na tom není. Bandáže se přikládají až na sekundární krytí bércového vředu. Klasovým obvazem se postupuje od prstů, přes nárt a přes patu. Klasovým obvazem se pokračuje až pod koleno. Tam se konec obvazu přichytí náplastí. Ty plíšky, co jsou k tomu obinadlu daný od výroby, by se pacientům s bércovými vředy dávat neměly. Kdyby došlo k poranění kůže, mohlo by to způsobit další defekt. Nedáváme je každému, záleží na rozhodnutí lékaře“ (S2).* Odpovědi pacientů v tomto případě korespondovaly s odpověďmi sester. Jediný rozdíl se objevil ve způsobu přichycení konce obinadla u 2 pacientů, u kterých se bandáže přikládají. *„Sestřička mi tu mojí nohu stáhne až pod koleno a nakonec tam dá háček, aby to drželo“ (R5).* Obě skupiny respondentů se shodly, že bandáže přikládá sestra.

Jakákoli ošetrovatelská péče by se měla řídit standardy, které jsou na každém oddělení. Všechny sestry uvedly, že žádný speciální standard, který se týká ošetřování bércových vředů, na jejich oddělení neexistuje. Nejčastěji však uvedly, že se při převazech řídí standardem týkající se bariérové ošetrovatelské péče. *„Žádný speciální*

standardy, který by se týkaly tohoto tématu nemáme. Při převazech se řídíme standardem, který je tady známý pod názvem Zásady bariérové ošetrovatelské péče“ (R3). S7 v rozhovoru zmínila, že se nějaký speciální standard chystá. „Žádný takový standard zatím není, ale chystáme speciální vnitřní standardy, který budou specifický pro každý oddělení.“

b) Podkategorie- frekvence převazů

Podle většiny sester existuje řada faktorů, na kterých závisí četnost převazů. Nejdůležitějším z nich je druh používaného léčivého materiálu. Výhodné jsou moderní materiály, jakými jsou například stříbro nebo aktivní uhlí. U těch se prodlužuje interval převazů až na 2 až 3 dny. *„Pokud lékař zvolí klasický způsob léčby, pak převazujeme rány každý den. Pokud ale zvolí léčbu za pomoci stříbra nebo uhlí, pak převazujeme až tak za 2 dny“ (S3).* Ale i přesto, že lékař určí léčbu moderními materiály, nezaručuje to pacientovi prodloužení intervalů převazů. Podle sester je to zcela individuální. *„Závisí to na stavu pacienta. Někdy i přes všechny snahy musíme pacienta převazovat každý den. V ojedinělých případech i 2x denně“ (S3).* Šest pacientů uvádí, že jim sestry převazují defekty každý den. Většina z nich uvádí jako důvod vysokou sekreci rány. *„Nejdřív to bylo 1x denně, pak 2x denně a teď zase 1x denně, protože mi to teď hodně teče. Někdy když je potřeba, tak mi na to ještě během dne přikládají peřinky, aby nebyla zmáčená celá postel“ (R6).* R2 uvedla: *„Mě převazují 1x za 3 dny, protože mi teď dávají stříbro. Když mi dávali mast, tak mě převazovali každý den. Takhle je to ale lepší. Nemusí se to pořád rozvazovat.“*

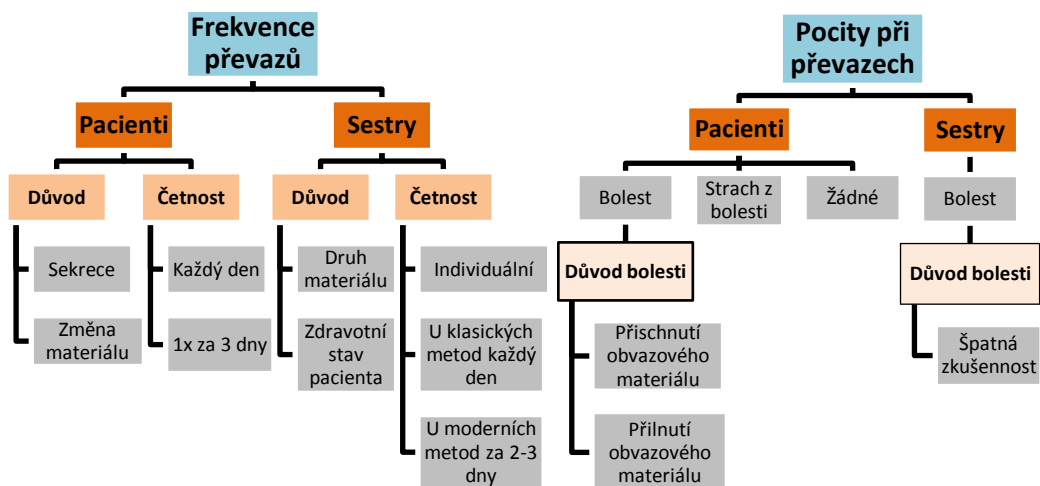
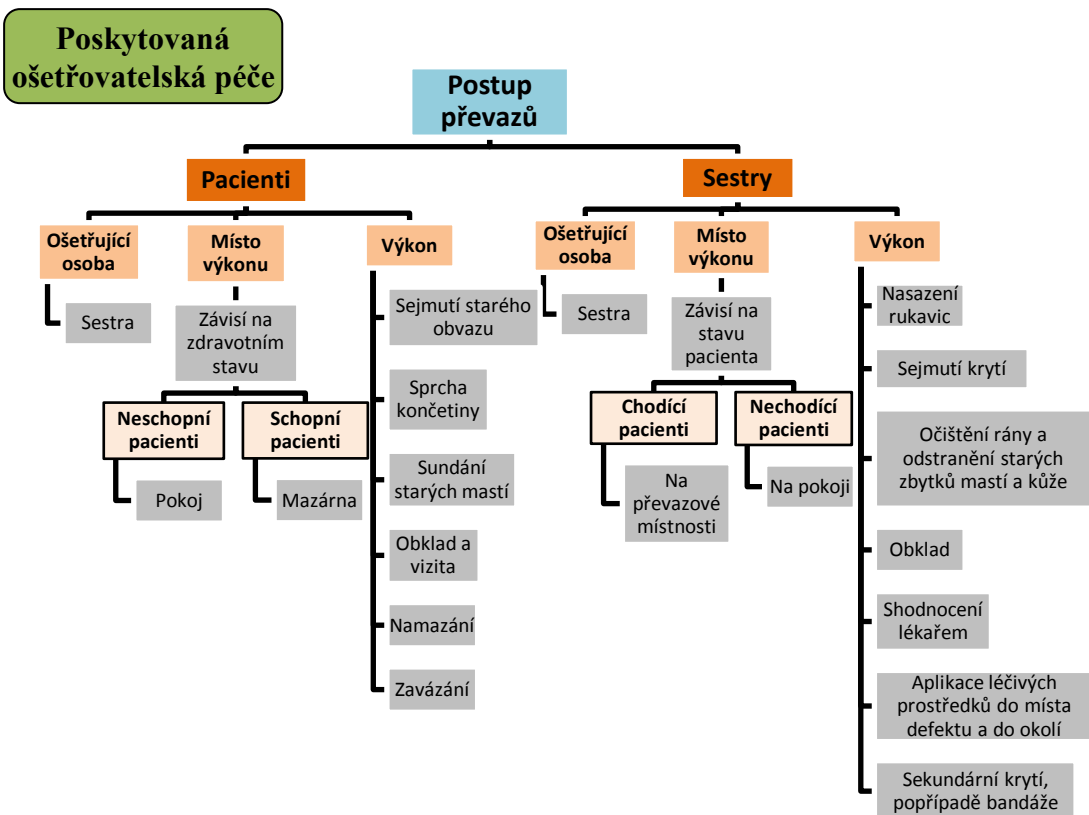
I přestože se pacienti obvykle převazují každý den, málokterý z nich ví, jaké materiály jsou na jejich defekty přikládány. *„Převazují mě každý den, ale nevím, co je to zač, ty masti. Ale materiály jsou v týhle době dobrý. Tady v nemocnici je ten materiál horší. Doma mi dávají obvazy lepší. Takový jemný, pružný. Netlačí“ (R2).* Někteří pacienti ví, jaké léčivé materiály vypadají, ale nedokáží je pojmenovat. *„Ale jo. To vím. Dneska mi tam sestra dala bílou mast a včera jsem měla černou. Někdy mi tam dávají takový mřížky, aby se to nepřilepilo. Ty jsou dobrý“ (R1).* Většina pacientů

v léčivých materiálech, které personál používá k léčbě jejich onemocnění, nemá žádný přehled. R6 uvedla: „*Nevím, jaký materiály mi tam dávají.*“

c) *Podkategorie- pocity při převazech*

Nejčastějšími pocity při převazech bércových vředů jsou strach z bolesti a samotná bolest. Ta se nejčastěji objevuje při snímání krytí z důvodu jeho přischnutí a přilnutí k ráně. „*Někdy mám strach, že to bude bolet. Nejhorší je to při sundávání toho fáče. Někdy se ale bojím zbytečně*“ (R2). „*Při převazech to bolí trochu víc než normálně, ale už jsem si zvyk*“ (R6). I sestry považují bolest za nejčastější problém při převazech. Způsobují ji většinou negativní vzpomínky na hrubé zacházení některých zdravotníků. „*Podle mě pacientům na těch převazech nejvíc vadí bolesti. Kolikrát křičí, že je to bolí, a to se jich ještě ani nedotknete. Jak se s nima jednou špatně zachází, tak už si to nesou celý život. Je to hrozný, ale není se čemu divit. Celý jejich život je jedna velká bolest*“ (S6). I bolesti se dají ale řešit. Bolest jako problém uvedli 4 pacienti. Všem jsou k dispozici analgetika dle potřeby. Sestry jim léky aktivně nabízejí 4krát denně, a to ráno, v poledne, večer a před spaním. „*Sestřičky mají starost, jestli mě to bolí. Vždycky když mi nesou ostatní léky, tak se mě ptají, jestli taky nepotřebuju něco na bolest. Když jim řeknu, že bych si něco vzala, hned přiběhnou s tabletkou. Potom se mě po nějaký době přijdou zeptat, jestli to zabralo. Když mě to začne bolet a ještě není čas léků, zazvoním si na ně a oni mi je ochotně dají. Když jim řeknu při převaze, že se bojím, že mě to zase bude bolet, jsou hrozně opatrný*“ (R1). I pacienti, kteří bolesti nemají, jsou s péčí personálu velice spokojeni. Uvádějí, že i když po celou dobu hospitalizace nemají zvláště velké bolesti, sestry se jich i přesto stále ptají, zda nechtějí tabletku, nebo nějaké rozptýlení, které by jim od bolesti pomohlo. R7 uvedla: „*Mě to moc nebolí, ale sestřičky jsou sluníčka. Pořád chodí a starají se, jestli nemám bolesti. Nabízí mi, jestli nechci jít na televizi, abych na to bolení pořád nemyslela.*“ Jeden pacient neuvedl žádný konkrétní pocit. Z jeho odpovědi však byla cítit negace. I z jeho nonverbálních projevů bylo patrné, že převazy nemá v oblibě. „*Už jsem si zvyk. Mám to už víc jak 3 roky. Beru to jako samozřejmost, ale příjemné to není*“ (R3).

SCHÉMA 4- *Kategorie D*: Poskytovaná ošetrovatelská péče



E) KATEGORIE- edukace v oblasti režimových opatření

a) Podkategorie- edukace v oblasti stravování

Edukace pacientů s bérčovými vředy o životním stylu je v jejich životě nepostradatelná. Zvláště pak edukace v oblasti stravování. Pět respondentů uvedlo, že byli poučeni o stravovacím režimu. Všichni pacienti potvrdili, že jim bylo doporučeno stravovat se zdravěji. R3 uvedl: „*Jó, mně pořád říkají, že je důležitý, co jim. Hlavně abych jedl zdravý jídla. Hlavně ovoce a zeleninu. Jenomže zelenina. Což to je za jídlo. Ta je dobrá tak pro zvířata a ne pro lidi.*“ R6 se k témuž tématu také vyjádřil: „*Mně doktor řekl, že mám jíst lehkou stravu. Z masa to prý je převážně kuře a králik. Ale to tak moc dobře nejde, když mám doma 2 prasata a kachny.*“ Co se týče omezení, lékaři byli nekompromisní. Ve většině případů pacientům doporučili omezit solení a kořenění jídel. „*Řekli mi, že bych měla změnit jídelníček. Já hodně solím a to prý není dobře. Měla bych vynechat tučné a kořeněné jídlo. Ale to víte, člověk se vždycky napere tím, co mu chutná*“ (R1). Také pitný režim je nezbytné dodržovat. R4 přiznává, že za den byl schopný vypít pouhý půllitr až litr tekutin. Chápe, že takhle to dál nejde a slibuje, že se bude snažit o nápravu. „*V posledních letech mi říkají, že mám hodně pít. Když jsem jim řekl, že za den vypiju ani ne litr pití, koukali na mě jako na blázna. Jestli to prej myslím vážně. Když jsem jim řekl, proč bych to nemyslel vážně, že nemám vůbec žízeň, začali mě strašit, co se mně může všechno stát.*“

Někteří respondenti také uvedli, že jim lékař naordinoval přísnou dietu z důvodu obezity. Z jejich nonverbálních projevů je znát nesouhlas s názorem odborníků. R3 nechápe, z jakého důvodu si lékař myslí, že je obézní. Svě 103 kg považuje za běžnou normu pro muže staršího 70 let. „*Nechápu, co si to na mě zase vymysleli. Řekli mi, že sem obézní a nemám jíst tučný věci a sladký. Za chvíli mi zakážou jíst úplně.*“ Sestry mají v této problematice jasno. Všechny uvedly, že největším nepřítelem lidí s bérčovými vředy je sůl a koření. „*Pacientům pořád říkáme, že by to solení a kořenění jídel měli omezit. Tady to jde, když jim podáváme naše jídlo. Ale je mi jasné, že málokterý z nich se změní, až se vrátí domů*“ (S6). Podle většiny sester je dalším strašákem obezita, se kterou se setkávají poměrně často. „*Obézním pacientům se rány*

obecně hojí hůř než pacientům s optimální váhou. Ale málokdo si to přizná a začne se sebou něco dělat“ (S1).

b) Podkategorie- edukace v oblasti aktivity

Vhodný pohyb by měl do svého denního programu zařadit každý pacient s *ulcus cruris*. Nejvhodnější pohybovou aktivitou je obyčejná chůze a relaxační jízda na kole. Tohoto názoru jsou 4 sestry. *„Nejvhodnější je chůze. Pokud ale pacienta bolí nohy, mohu doporučit pomalou jízdu na kole“*, uvedla S3. Jen jedna sestra ze sedmi myslela při rozhovoru na ležící, imobilní pacienty, kteří takovýchto aktivit nejsou schopni. *„Ležícím pacientům stačí pouhé cviky na lůžku. Zatínání svalů končetin, hýbání prstů nebo přitahování špiček k tělu. Všechno je lepší než naprostá nehybnost“ (S5).* Odpovědi pacientů většinou odpovídaly odpovědím sester. Šest z nich uvedlo, že jediným možným pohybem je pro ně chůze. A i tu v některých případech zvládají s většími obtížemi. *„Jestli se hejbu? Jo, dojdu si na záchod a do koupelny a jsem rád, že jsem rád. Ty nohy mě hodně bolejí“ (R4).* Z reakce respondenta bylo patrné, že mu otázka nebyla příjemná. Při slovní omluvě za zavedení rozhovoru na téma pohyb, se pacient uklidnil a opět začal spolupracovat.

Stejně tak důležitá je pro pacienta edukace o aktivitách, kterých by se měl vyvarovat. Takových aktivit je celá řada. V případě, že by pacient plnil všechna doporučení zdravotníků, začal se více hýbat, chodit nebo jezdit na kole, a přesto by prováděl nepřijatelné aktivity, byla by veškerá snaha zbytečná. Za zcela nevhodné se považuje koupání ve znečištěném rybníce, díky němuž by mohlo dojít k infekci defektu. S tímto souhlasí většina dotazovaných sester. *„Pacienti by neměli dělat to, co jim zakážeme. To je pak všechno k ničemu. Rozhodně jim nedoporučuju koupat se v rybníciích nebo veřejných koupalištích, kde se pohybuje větší množství lidí. V rybníciích jsou sinice a další zdraví škodlivý bakterie, který jsou nebezpečný pro zdravý jedince, natož pak pro pacienty s bércovými vředy“ (S4).* Za nevhodné se také podle 3 sester považuje sedavý styl života, tytéž zdravotnice považují za nevhodný rovněž nadměrný pohyb. *„Pohyb by měl být přiměřený. Ani né málo, ale taky né moc“ (S7).*

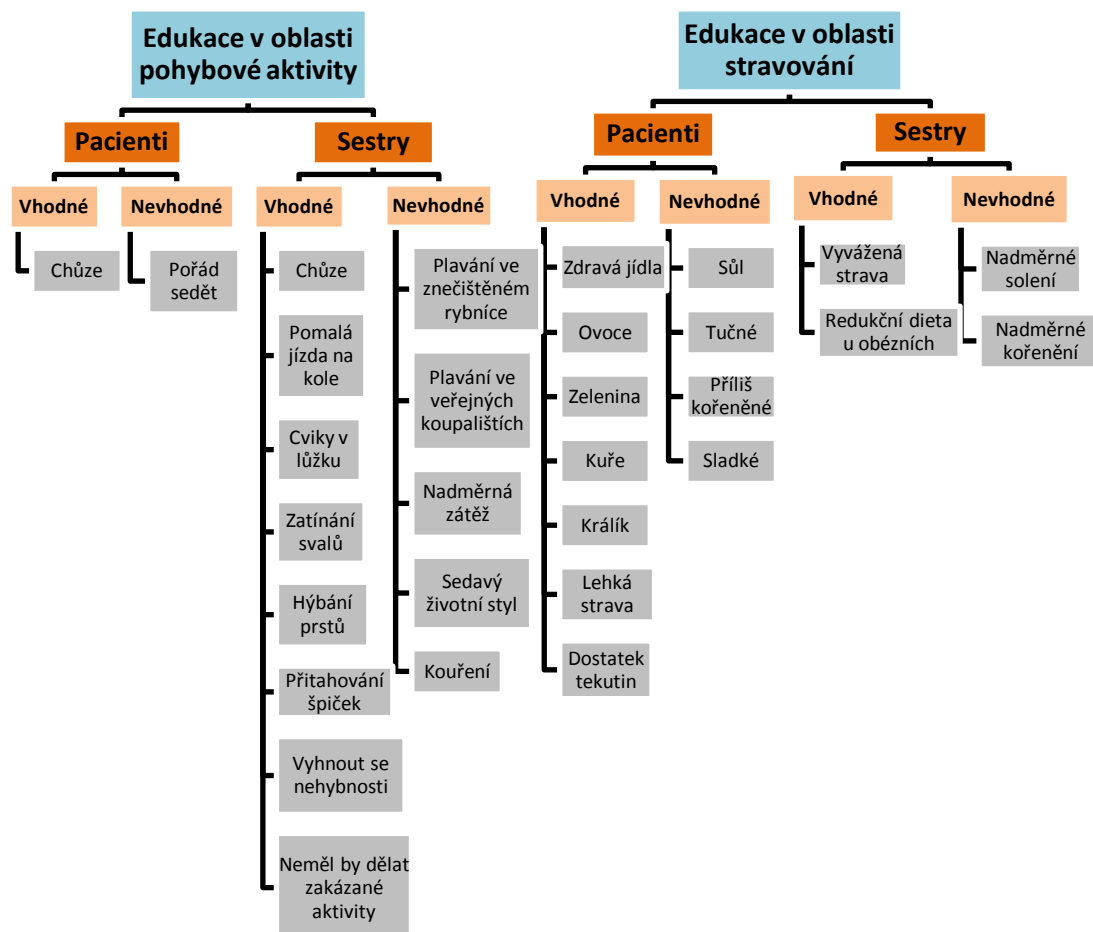
Za zcela nevhodné se považuje kouření. Všechny dotazované sestry považují kouření za rizikový faktor. „*Kouření je pro pacienty s bércovými vředy jako zabiják. Rozhodně ho neschvaluju. Často je to možná důvod vzniku bércáků. My jim to pořád říkáme, že by s tím kouřením měli skončit. Ale málokdo to dokáže*“ (S2). Všichni dotazovaní pacienti byli celý život nekuřáci. „*Ne, v životě jsem nekouřil. Když jsem byl na vojně a fasoval jsem cigarety, tak jsem je dával klukům*“ (R4). Pouze R3 uvedl: „*Už 27 let nekouřím, takže se pokládám za úplného nekuřáka.*“ Přestože ani jeden z respondentů nekouří, uvědomují si, že je kouření cigaret významným rizikovým faktorem. „*Jsem ráda, že jsem nikdy nekouřila, teď bych si vyčítala, že si za to moje trápení můžu sama*“ (R1).

c) Podkategorie- zpětná vazba

Tato otázka byla položena pouze sestřám. Všechny zpětnou vazbu používají, aby se ubezpečily, že pacient vše a hlavně správně pochopil. „*Samozřejmě že používám zpětnou vazbu. Pokud mluvíme o pacientech s bércovými vředy, tak se vesměs jedná o seniory, u kterých je zpětná vazba nezbytná. Informace jim musíme říkat pořád dokola, aby si je vštípli do paměti. Kolikrát se mi stane, že pacientovi něco řeknu, on mi řekne, že všemu rozumí, a když po něm chci, aby mi vysvětlil, co po něm chci, není schopen odpovědět. V tom případě mu to musím říct znovu, jiným způsobem, dokud to nepochopí. Někdy je to složitý*“ (S5). Jedna sestra uvedla, že dříve používala zpětnou vazbu jen u pacientů, kteří byli hodně staří. Ale už se setkala s mladším pacientem, který jí vše odkýval, a proto nabyla dojmu, že všemu rozuměl. Když už se chystal k odchodu, zjistila, že pacient trpěl výraznou nedoslýchavostí, tudíž vše, co mu říkala, neslyšel. „*Zpětná vazba u takových pacientů hraje důležitou roli. Před lety jsem se setkala s jedním pacientem. Byl to pán okolo padesáti let, kterého když jsem edukovala o životním stylu, všechno odkýval. Kýval na všechny moje rady a doporučení. Když se chystal k odchodu, potřebovala jsem ještě vědět, jak se dostane domů. Jenže on se mě zeptal, co jsem říkala. No a tak jsem zjistila, že skoro neslyší. Od té doby zpětnou vazbu používám u všech pacientů bez ohledu na věk*“ (S7).

SCHEMA 5- Kategorie E: Edukace v oblasti režimových opatření

Edukace v oblasti režimových opatření



Zpětná vazba



F) KATEGORIE- celoživotní vzdělávání sester

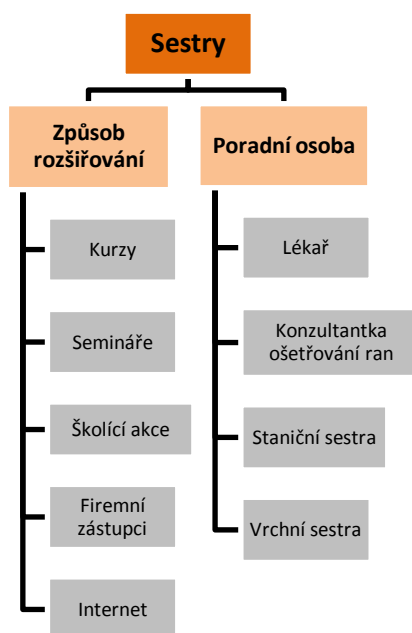
Všechny sestry uvedly, že vědomosti z ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris neustále rozšiřují. Získávají je prostřednictvím kurzů, seminářů, odborných školicích akcí, konferencí a díky firemním zástupcům, kteří prezentují nové materiály na oddělení. Nejvíce sester se účastí odborných konferencí a seminářů. Ty si musí někdy platit samy, jindy jsou financovány zdravotnickým zařízením, ve kterém pracují. *„Já nejradši navštěvuji odborný semináře. Jsou pro mě velkým přínosem, protože se tam prezentují nové poznatky. Pokud si je musím platit, tak je to náročný a nechodím na všechny. Pokud je platí nemocnice, pak chodím na všechny, pokud zrovna nemám službu, která se nedá vyměnit“* (S1). Jedna sestra uvedla, že používá jako informační zdroj nejraději internet. *„Ráda si hledám zajímavosti na internetu. Nejvíce mi na tom vyhovuje, že to můžu dělat z pohodlí domova. Samozřejmě to nedělám každý den, ale občas je to fajn. To ale neznamená, že nechodím na konference. To musím taky“* (S6). Díky rozšiřování vědomostí mají přehled v nejnovějších materiálech. S5 uvedla: *„Přehled v nových materiálech samozřejmě mít musím. Bez toho by to tady na kožním nešlo. Neustále musíme chodit na semináře, konference nebo školicí akce. To se tady bere jako samozřejmost. Velkým přínosem jsou pro nás zástupci firem, kteří nám chodí nové materiály představovat na oddělení. Člověk si tak nejvíce zapamatuje a ještě to vidí naživo.“*

Přestože se sestry neustále zdokonalují a navštěvují nejrůznější vzdělávací akce, může se stát, že si v některých situacích neví rady. V tom případě se musí obrátit na někoho, kdo je v danou chvíli k dispozici a kdo jim poradí. Touto osobou nejčastěji bývá lékař. Toho jako spolehlivou osobu uvedla většina. *„Když si nejsem něčím jistá, jdu za lékařem. Je mi líto, že ho musím otravovat, ale chci mít jistotu, že jsem to udělala, tak, jak se má. Někdy je vidět, že lékaře obtěžuju, ale co se dá dělat“* (S2). Hodně zdravotnic se v případě rozhodování obrací na konzultantku ošetřování ran. *„Já jdu většinou za konzultantkou přes rány. Máme ji tady na oddělení, takže to pro ně není problém“* (S4). Samotná konzultantka ošetřování ran (S7) uvedla: *„Asi bych šla nejspíš za lékařem, ale tím, že jsem sama konzultantka ran, tak by se měli lidi chodit ptát spíš mě, než já jich. Já bych jim měla umět zodpovědět všechny otázky. Ale musím se přiznat,*

někdy i já potřebuju poradit.“ Dvě sestry uvedly jako osobu, na kterou se mohou obrátit staniční a vrchní sestru. „Já nevím. Asi bych se nejspíš měla zeptat doktora, ale ty mají většinou hodně práce, takže je nemůžu obtěžovat. Když něco nevím, zeptám se kolegiň na směně. Když mi ani ty nepomůžou, jdu za staniční. Ta je vždycky ochotná pomoci. Nebo za naší vrchní sestrou“ (S3).

SCHÉMA 6- Kategorie F: Celoživotní vzdělávání sester

Celoživotní vzdělávání sester



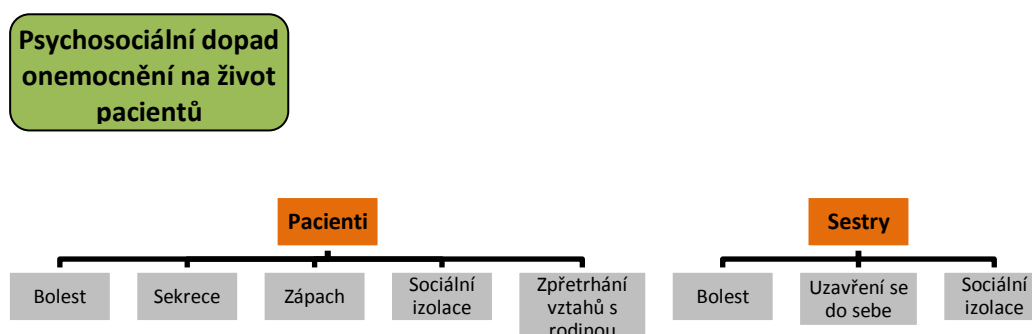
G) KATEGORIE- psychosociální dopad onemocnění na život pacientů

Nejčastějším problémem pacientů s bércovým vředem je bolest. Tu uvedli jako největší problém 4 pacienti ze 7 dotazovaných. *„Ta bolest. Nejhorší je ta bolest. Připadá mi, jako by mi měla ta noha upadnout. Když mě to veme, tak musím dát nohu nahoru a jen tak to hladím. To vám ale řeknu, někdy sou to krutý bolesti. Nikomu bych to nepřál“* (R4). Respondent při rozhovoru na téma bolest mluví s jistou známkou smutku. Ten je patrný i z jeho nonverbálních projevů. I podle sester obtěžuje bolest pacienty nejvíce. S1 uvedla: *„Myslím si, že nejhůř pacienty obtěžuje bolest. Některý to bolí spíš v noci, po zahřátí, jiný zase přes den, to je různý. Nejhorší na tom je, že je ty bolesti chytají v nepravidelných intervalech. Ty lidi pak nechtějí nikam chodit, protože se prostě bojí, že je to někde přepadne. No a tím vzniká další problém a tím je sociální izolace.“* Tři pacienti uvádí jako zásadní problém vysokou sekreci rány. *„Hodně mi to teče. Je to hrozný. Sestry mi to převážou a za chvíli je to zas promáčený. Už kvůli tomu nemůžu nikam chodit.“* Když jsem se R1 zeptala, z jakého důvodu jí sekrece brání v kontaktu se společností, se smutkem v očích odpověděla: *„Umíte si sestřičko představit, jak jdu s mokryma botama do krámu?“* Dva respondenti uvedli, že špatně snáší zápach, který vychází z rány. R1 tento problém snáší hůře než R7. To si zdůvodňují tím, že je žena, která vždy pečlivě dbala o svou vizáž a vůni. *„Když se to rozbálí, tak je to někdy hodně cítit. V tu chvíli bych se radši neviděla. Taková ostuda. Sestřička mi říkala, že jsou tam bakterie. Takový malý potvory a jak umí potrápít“*.

Pacienti, které obtěžuje zápach a sekrece, pociťují značnou sociální izolaci. Ta je způsobená tím, že nemohou chodit mezi lidi. V nejhorších stádiích zůstávají zavřeni sami doma a s nikým nekomunikují. *„Měla jsem období, kdy mi ten můj vřed hodně bolel a hodně tek. V tu dobu jsem nechodila nikam mimo můj byt a sklep u nás v domě. Vlastně jsem ani nikam nemusela. Sestry mi to jezdily převazovat domů a pečovatelka mi chodila nakupovat a vozila obědy. Nejhorší na tom bylo, že jsem si na tu samotu tak zvykla, že jsem pak s lidma už ani neuměla mluvit. Pak mě odvezli do nemocnice a po nějaký době se to zlepšilo. Ted' už chodím na návštěvy k mojí sousedce, která bydlí přes chodbu a ona chodí ke mně. Je to fajn si s někým popovídat“* (R2). Tři respondenti uvedli odcizení s příbuznými a zprerhání vztahů s rodinou. *„Mě obtěžoval nejvíc*

zápach toho vředu. Načáchl od toho celej byt a vnoučata ke mně nechtěla jezdit, protože jsem jim prostě smrděla“ (R1). Po této odpovědi se respondentka na pár sekund odmlčela a v očích se jí zaleskly slzy. I některé sestry jsou toho názoru, že je zápach významným limitujícím faktorem. S1 uvedla: „No zápach, to je taky problém. Snažíme se ho co nejvíc potlačit, protože může vést k sociálnímu odříznutí.“ Podle sester sociální izolaci pacienti snáší hůře než samotnou bolest, zápach nebo sekreci rány. „To všechno se dá nějak řešit. Ale zpřetrhání vztahů s rodinou ne. Nejhorší je, když se pacienti izolují. Když je přijímáme, tak už poznáme, koho se to týká. Někteří nejsou schopni normálně komunikovat. Tak si odvyknou společnosti, že se zavřou do své ulity a mi je pak s psychologem těžko vracíme zpátky do života. Je to ale radost, když se nám to podaří a pacienti můžou zase začít žít normální život“ (S7).

SCHÉMA 7- Kategorie G: Psychosociální dopad onemocnění na život pacientů



5. Diskuze

Tato bakalářská práce zaměřuje svou pozornost na onemocnění ulcus cruris, především na oblasti jeho ošetřování. V rámci výzkumného šetření bylo osloveno sedm pacientů s touto diagnózou a sedm sester, které ošetřují osoby s tímto onemocněním. K účelu výzkumu byly vytvořeny 2 rozdílné polostrukturované rozhovory (jeden pro sestry a jeden pro pacienty). Výzkumné šetření s pacienty probíhalo v jejich nemocničních pokojích, rozhovory se sestrami v denní místnosti sester daného oddělení.

Samotné rozhovory s pacienty byly zaměřeny na jejich stručnou anamnézu ve smyslu onemocnění ulcus cruris, jeho léčbu, ošetřování a samozřejmě na obtíže, které onemocnění doprovází. Zhodnocení těchto oblastí napomáhá ke stanovení specifík ošetrovatelské péče o takto nemocné se zohledněním největších úskalí jejich nemoci.

Ulcus cruris je onemocnění, které je v dnešní době aktuální. Dosud se touto problematikou zabývalo mnoho odborníků (Pejznochová, 2010; Pospíšilová, 2004). Důvodem, proč se tímto tématem zabývá tolik specialistů, ale i studentů, je možná stále narůstající incidence nemoci, která je zřejmě dána zvyšujícím se věkem lidí. O tom, že onemocněním trpí převážně senioři, vypovídá i věk vybraných respondentů, kdy nejmladší pacientce bylo 71 let. I Pospíšilová ve své publikaci uvádí, že bércový vřed patří mezi onemocnění, která v poslední době zaznamenávají spíše vzestupnou tendenci, která má s největší pravděpodobností souvislost s narůstajícím věkem obyvatelstva, neboť onemocnění postihuje nejčastěji osoby starší 70 let (Pospíšilová, 2004). Proto je při nejmenším zajímavé, že sestry, které o pacienty s touto diagnózou pečují každý den, nepocítují, že by se věk pacientů s bércovými vředy nějak významně zvyšoval.

Při práci s literaturou bylo překvapující zjištění, že tento druh výzkumu není tak četný. Mnohé práce na toto téma se zabývají bércovými vředy spíše z medicínského hlediska (Bělobrádek, 2011; Hrabáková, 2010; Pospíšilová, 2008). O to méně pozornosti už se však dostává subjektivním příznakům samotných pacientů, které lze pokládat za neméně významné, ba naopak možná i za mnohem významnější než samotný proces léčení. Aby mohly být subjektivní problémy nemocných zvládnuty, je

zapotřebí kvalitní a ucelené ošetrovatelské péče. Ta je nepochybným požadavkem, který musí být při ošetřování bércových vředů splněn.

Sestry by měly každého jedince vnímat jako celistvou bytost, která má svá práva, potřeby a sny. I Pokorná a Mrázová zdůrazňují nutnost dokonale komplexní ošetrovatelské péče jako základní pilíř v léčbě pacientů s chronickou ránou (Pokorná, Mrázová, 2012). Pacient musí být vnímán jako celek, nejen jako diagnóza ulcus cruris. Každý člověk, ať je zdravý nebo nemocný má své potřeby, které je nutno respektovat. Je proto milé zjištění, že si všichni respondenti péči ošetřujícího personálu chválí a jsou s ní spokojeni. Z výzkumného šetření vyplynulo, že i přestože mají sestry nedostatek času, přistupují k pacientům vždy individuálně a snaží se jim co nejvíce ulevit od jejich trápení. To potvrdilo i výzkumné šetření, které probíhalo se samotnými nemocnými. Sestry aktivně vyhledávají jejich potíže, a i když není řešení jejich problémů vždy zcela v jejich kompetencích, snaží se najít řešení, které by vyhovovalo oběma stranám. Pokorná a Mrázová ve své knize uvádějí, že sestra může pacientovu bolest zmírnit i jinými metodami, než je podávání analgetik. Např. změna polohy nebo odpoutání pacientovi pozornosti na jiné podněty mnohdy pomáhá (Pokorná, Mrázová, 2012). Toto zjištění lze potvrdit i na základě prováděného výzkumného šetření. *„Mě to moc nebolí, ale sestřičky jsou sluníčka. Pořád chodí a starají se, jestli nemám bolesti. Nabízí mi, jestli nechci jít na televizi, abych na to bolení pořád nemyslela“* (R7).

První výzkumná otázka se zabývala zjištěním specifík ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejdůležitějším článkem v péči o jedince s touto nemocí je ošetřování samotného defektu formou převazů. Obě skupiny respondentů uvedly, že osobou, která převaz po dobu hospitalizace provádí, je sestra. Na lékaři pak závisí samotná medikace. Toto zjištění koresponduje s odbornou literaturou, která uvádí, že povinností sestry je bezchybné ošetření rány, nikoli však rozhodování o medikaci. To závisí vždy na lékaři (Pejznochová, 2010).

Postup převazů je podle dotazovaných sester jasně vymezen. *„Ten postup je většinou stejný. Sundat krytí, očistit, přiložit materiál a nakonec zavázat. Jediný, čím se to asi liší je místo, kde to převazuju a jak často to převazuju“* (S7). V rámci prevence zavlečení infekce do rány je nutno dodržovat zásady aseptického postupu

převazu. Pokud by k infekci došlo, značně by to znesnadnilo průběh léčby a hojení. Toto zjištění je známo i dalším dotazovaným sestřám. To vyplývá z odpovědi S7, která konstatovala: „*Převazy bércových vředů se musí provádět za aseptických podmínek, aby nedošlo k zavlečení infekce do rány.*“

S převazy úzce souvisí bolest, která je zároveň nejčastějším a nejhůře snášeným ošetrovatelským problémem. Toto zjištění je přinejmenším závažné, jelikož dnešní doba klade na tišení bolesti zvláště zvýšený důraz, neboť jak je známo, přítomnost bolesti má vliv na celý proces hojení. Tohoto názoru je i Pokorná a Mrázová, které ve své publikaci uvádějí: „*Eliminace bolesti a její řešení v průběhu hojení rány má v konečném důsledku vliv na celý proces hojení*“ (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 42). Díky výzkumu bylo zjištěno, že bolest provází pacienty po celou dobu nemoci, neboť je často i jejím prvním příznakem. Jestliže existuje nespočet možností léčby a tišení bolesti, jak je možné, že bolest je pro nemocné tím nejtěžším úskalím? Lidé už přece nemusí bolest vnímat 24 hodin denně. Podle některých odborníků je neadekvátní tišení bolesti zapříčiněno nedostatečnou informovaností pacientů ze strany ošetřujícího personálu. „*Pacienti s bércovou ulcerací často věří, že nemají jinou možnost, než žít život poznamenaný bolestí, minimálně v souvislosti s procesem léčby, a přijímají bolest jako normální či očekávanou a předpokládanou*“ (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 109). Sloman et al. ve své publikaci uvádějí, že sestry bolest mnohdy přezírají (Sloman et al., 2005). Při zamyšlení nad těmito výroky mnozí dospějí k závěru, že to v dnešní době pokroku snad ani není možné.

Dalším důvodem proč i přes značnou pozornost, která je onemocnění věnována, pacienti stále trpí v bolestech je, že se výzkumy zaměřují častěji na vývoj nových materiálů namísto problému, kterým je například bolest (Pospíšilová et al., 2011). Bylo by více než vhodné, kdyby zdravotníci věnovali subjektivním prožitkům pacientů více pozornosti, nabídli jim adekvátní řešení, bolestem předcházeli, nebo je při nejmenším snížili na přijatelnou mez. Pospíšilová et al. ve své publikaci uvádějí, že traumatizujícím zážitkům z převazů se lze vyhnout správným výběrem léčivého materiálu, kterým se prodlouží jejich intervaly (Pospíšilová et al., 2010). Milým překvapením v rámci výzkumného šetření bylo zjištění, že sestry tyto znalosti mají. „*Pokud lékař zvolí*

klasický způsob léčby, pak převazujeme rány každý den. Pokud ale zvolí léčbu za pomoci stříbra nebo uhlí, pak převazujeme až tak za 2 dny“ (S3).

V rámci tišení bolesti hraje také významnou roli vzdělání zdravotníků. V průběhu výzkumného šetření došlo k odhalení překvapujícího faktu. *„Ale jo, existuje celá řada moderních materiálů, který tiší bolesti. Podle mě je ale problém v tom, že pacienti chodí celý leta k jednomu doktorovi a ten zná jenom ty starý způsoby léčby. Ty materiály existují, ale pacienti se k nim nedostanou, protože jim jejich doktor píše pořád jedno a to samý“ (S7).* Je zcela jasné, že průběžné celoživotní vzdělání zdravotníků (sester i lékařů), je pro jejich profesi zcela nezbytné. Bez aktuálních znalostí nemohou svým pacientům nabídnout moderní způsoby léčby, leč existují.

Druhá výzkumná otázka se zabývala nejčastěji se vyskytujícími ošetrovatelskými problémy u pacientů s ulcus cruris. Pacienty vedle bolesti obtěžuje celá řada faktorů, které je limitují v běžných denních činnostech. Mezi ty nejčastěji uváděné patří zápach rány. Ten uvedli jako problém 2 pacienti. Na prožívání zápachu nemělo vliv pohlaví respondentů, neboť jedním z nich byla žena a druhým muž. Nováková tvrdí, že zápach způsobuje negativní osídlení defektu mikroby, které je zapotřebí co nejefektivněji zvládnout a tím pacienta opět začlenit do společnosti (Nováková, 2011). Toto zjištění lze potvrdit i na základě provedeného výzkumného šetření, při kterém sestry zdůrazňují nutnost potlačení zápachu na co nejnižší intenzitu. *„No, zápach, to je taky problém. Snažíme se ho co nejvíc potlačit, protože může vést k sociálnímu odříznutí“ (S1).* Samotný zápach neohrožuje pacienta přímo na životě, ale o to větší dopad má na jeho psychický stav. Pacienti se za sebe stydí, snaží se vyhnout jakémukoli kontaktu se společností. Postupem času upadají do sociální izolace. To, že výzkumné šetření odhalilo, že zápach může v nejhorších případech vést až ke zpretrhání vztahů s rodinou je pro mnohé nepochopitelné. Podle sester pacienti tuto zkušenost snášejí hůře než samotnou bolest, zápach nebo sekreci rány, která se stala v rámci výzkumného šetření dalším problémem. *„To všechno se dá nějak řešit. Ale zpretrhání vztahů s rodinou ne“ (S7).*

Narušení roky budovaných vztahů s rodinou není pro pacienty jedinou zátěží na psychiku. Neblaze ji také ovlivňuje nedostatek informací ze strany ošetřujícího

personálu, který se bohužel vyskytuje (Pokorná, Mrázová, 2012). To vyvrací výsledky výzkumného šetření, které probíhalo se sestrami. Ty v něm uvedly, že pacienti průběžně informuje lékař i ony samy. Ovšem otázka zůstává, jestli je úroveň poskytujících informací dostatečná i pro pacienti. Poskytování informací se týká bezpochyby i edukace v oblasti režimových opatření.

Sestry, které sehrály klíčovou roli ve výzkumném šetření, edukují pacienti v oblasti stravování, pohybové aktivity a kouření. To je však podle Pospíšilové neúplné. Ta ve své publikaci uvádí, že edukace pacientů v oblasti režimových opatření musí být komplexní. Podle ní sem patří nejen stravování, pohyb a kouření, ale i sprchování postižené oblasti a vyhýbání se pobytu ve vysokých teplotách. Autorka jako rizikový faktor dále uvádí užívání hormonální antikoncepce (Pospíšilová, 2004). Tento faktor vzhledem k věku dotazovaných respondentek není příliš významný.

Pro účely edukace pacientů sestrami je nezbytné používání zpětné vazby. Jelikož jsou pacienti s bérčovými vředy obvykle v pokročilém věku, je její aplikace do praxe nepochybně o to důležitější. Pacienti mají často problémy s pamětí a opakování informací je pro ně přinejmenším přínosné. Někdy se stává, že pacienti díky zhoršené kvalitě sluchu nerozumí daným doporučením. I za těchto okolností může zpětná vazba napomoci lepší komunikaci s nemocným. Sestry se s tímto názorem ztotožňují, což je patrné z daného výroku S5, která uvedla: *„Samozřejmě že používám zpětnou vazbu. Pokud mluvíme o pacientech s ulcus cruris, tak se vesměs jedná o seniory, u kterých je zpětná vazba nezbytná. Informace jim musíme říkat pořád dokola, aby si je vštíplili do paměti. Kolikrát se mi stane, že pacientovi něco řeknu, on mi řekne, že všemu rozumí, a když po něm chci, aby mi vysvětlil, co po něm chci, není schopen odpovědět. V tom případě mu to musím říct znovu, jiným způsobem, dokud to nepochopí. Někdy je to složitý.“*

Třetí a zároveň poslední výzkumná otázka je zaměřena na oblasti ošetrovatelské péče, na které se sestry zaměřují nejčastěji. Těmito oblastmi jsou podle sester převazy, péče o bolest a edukace v oblasti režimových opatření. Pospíšilová navíc udává kompresivní terapii, která je významným pomocníkem v léčbě bérčových vředů. Znalost správného způsobu přikládání elastických obinadel je pro povolání sestry

nezbytná, jelikož ji v nemocnici provádí sama a před propuštěním nemocného do domácí prostředí ho o způsobu přikládání musí řádně edukovat (Pospíšilová, 2004). Oslovené sestry znají správný způsob jejich přikládání. *„Nic speciálního na tom není. Bandáže se přikládají až na sekundární krytí bércového vředu. Klasovým obvazem se postupuje od prstů, přes nárt a přes patu. Klasovým obvazem se pokračuje až pod koleno. Tam se konec obvazu přichytí náplastí. Ty plíšky, co jsou k tomu obinadlu daný od výroby, by se pacientům s bércovými vředy dávat neměly. Kdyby došlo k poranění kůže, mohlo by to způsobit další defekt. Nedáváme je každému, záleží na rozhodnutí lékaře“ (S2).*

6. Závěr

Ulcus cruris neboli bércový vřed je dlouhodobý defekt kůže lokalizovaný na dolních končetinách. Nejčastěji vzniká na podkladě onemocnění oběhového systému. V poslední době pacientů s touto chorobou přibývá. Důvodem je zřejmě zvyšující se věk populace, neboť jak je známo, onemocnění nejčastěji postihuje jedince starší 70 let. Tento fakt nepochybně vede ke zvýšeným nárokům na ošetrovatelskou péči a na řešení nejčastěji se vyskytujících ošetrovatelských problémů.

Cílem práce bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris a současně jasně vymezit nejčastěji se vyskytující ošetrovatelské problémy u těchto jedinců. Cíle práce byly splněny.

První výzkumná otázka se zabývala zjištěním specifík ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris. Specifika, která popisovali pacienti i sestry, se úzce týkají vlastního ošetřování rány, tedy převazů. Převazy musí být prováděny za přísně aseptických podmínek a s náležitou šetrností. Léčivé přípravky musí být nanášeny správným způsobem, tedy pouze do místa vlastního defektu. Pokud by došlo k aplikaci léčivého materiálu mimo ránu, efekt léčby by byl nulový, ba naopak spíše negativní. Převazy nemocným přinášejí i řadu negativních subjektivních pocitů. Jedním z nich je bolest. Péče o ni je dalším nezbytným specifikem v péči o takto postižené jedince.

Druhá výzkumná otázka se zabývala nejčastěji se vyskytujícími ošetrovatelskými problémy u pacientů s ulcus cruris. Z rozhovorů s pacienty se podařilo získat konkrétní informace o problémech a pocitech, které jim onemocnění přináší. Odpovědi sester a pacientů slouží ke srovnání důležitosti problémů vnímaných nemocným a ošetřující osobou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejhůře vnímaným problémem je sama bolest. Ta často nepochybně souvisí se samotnými převazy defektů. Bolest je též nejčastější odpovědí ze strany sester. Dále bylo zjištěno, že pacienty vedle bolestí obtěžuje i sekrece rány a její zápach. Tyto ošetrovatelské problémy vedou k dalšímu, neméně významnému problému a tím je sociální izolace. Kvůli vlastnímu onemocnění pacienti často nemohou, nebo nechtějí chodit do společnosti a uzavírají se sami do sebe. V některých případech jsou omezené, ba dokonce mnohdy zprerhané vztahy s rodinou.

Třetí a zároveň poslední výzkumná otázka byla zaměřena na oblasti ošetrovatelské péče, na které se sestry zaměřují nejčastěji. Z rozhovorů vyplynulo, že těmito oblastmi jsou převazy defektů, edukace pacientů, péče o výživu a hygiena. Samotnou kapitolu, ale nemalou svým významem, tvoří péče o bolest.

Na základě zjištěných výsledků by tato práce měla osvětlit problematiku specifické ošetrovatelské péče a pomoci pacientům lépe zvládat jejich problémy související s onemocněním. Díky informacím, které výzkum přinesl, mohla být vytvořena informační brožura pro pacienty, kteří trpí touto chorobou (viz. Příloha č. 5). Měla by jim pomoci objasnit jejich problémy a dát odpovědi na jejich otázky. Jejím cílem bylo vytvořit základní body, které by mohly nemocným usnadnit komunikaci s lidmi, kteří je ošetřují, neboť právě komunikace je obzvláště pro jedince vyššího věku základním pilířem, který jim často pomáhá ve zvládnutí svých obtíží. Závěrem je třeba říci, že žádná brožura nenahradí lidský přístup ošetřujícího personálu, který je pro naše pacienty nepostradatelný.

7. Seznam informačních zdrojů

BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: Repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-221-6.

BUREŠ, Ivo. *Léčba rány*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-413-X.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1132-X.

DELING, Olaf. Krankheitsbild Ulcus cruris. [online]. 11.5.2010 [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <http://www.medizinfo.de/wundmanagement/ulcus.htm>.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

FILIPOVSKÁ, Olga. Léčba bércových vředů z pohledu dermatologa. [online]. 2.6.2006 [cit. 2013-4-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-bercovych-vredu-z-pohledu-dermatologa-173131>.

HRABÁKOVÁ, Jana. *Bércové vředy*. [online]. 8.11.2010 [cit. 2012-11-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/bercove-vredy-455483>.

HRADISKÁ, Andrea. Lokální léčba ulcus cruris- stručný přehled. [online]. 11.5.2010 [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lokalni-lecba-ulcus-cruris-strucny-prehled-451722>.

KAREN, I., S. ŠVESTKOVÁ, A. POSPÍŠILOVÁ, T. VIDIM a M. FRANCŮ. *Chronický vřed dolní končetiny: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. ISBN 80-86988-18-5.

KAŠTOVSKÁ, Zdeňka a Mirslava HORSINKOVÁ. Péče o nemocné s bércovými vředy. *Sestra*. 2007, č. 4, s. 57. ISSN 1210-0404.

MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ, Z. SVOBODA, I. WEDLICHOVÁ, E. MRÁZOVÁ, J. HAMANOVÁ, P. KABÍČEK a D. KUTÁLKOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MACHOVCOVÁ, Alena. *Kompresivní léčba ve flebografii*. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. ISBN 978-80-204-2091-6.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.

MIŠKOVCOVÁ, Zuzana. Bércové vředy. [online]. 5.11.2001 [cit. 2013-4-20]. <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bercove-vredy-135535>.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAVRÁTIL, Leoš a Jiřina BARTŮŇKOVÁ. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. Praha: Manus, 2003. ISBN 80-86571-02-5.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-247-2319-8.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.

NOVOTNÝ, Tomáš. Léčba ran. *Medical Tribune*. 2007, č. 3, s. C1-C7. ISSN 1214-8911.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Stručná příručka sestry k péči o chronicky nemocné*. Veverská Bítýška: Hartmann-Rico a.s., 2003. ISBN 80-238-9971-6.

PEŠINA, Jiří. Domácí lékař, aneb nic není jen tak..., Zánět žil. TV, ČT2, 24. února 2012, Dostupné také z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10098810724-domaci-lekar-aneb-nic-neni-jen-tak/208572235700032/>.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea. Znalostní ošetrovatelská péče o rány u nemocných s bércovými vředy. *Dermatologie pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o., 2011, č. 8, s. 4. ISSN 1214-8687.

POSPÍŠILOVÁ, Alena a Sabina ŠVESTKOVÁ. *Bércový vřed- etiologie, diagnostika a léčba*. [online]. 18.9.2002 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/bercovy-vred-etologie-diagnostika-a-lecba-148151>.

POSPÍŠILOVÁ, A., Z. NAVRÁTILOVÁ, V. SLONKOVÁ, J. STRACENSKÁ, S. ŠVESTKOVÁ a P. SCHIMMEROVÁ. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. [online]. 2010 [cit. 2012-11-01]. Dostupné z: http://referatovyvyber.cz/dermatovenerologie/index2.php?option=com_flippingbook&view=book&id=34&print=1.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-469-1.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed*. [online]. 20.10.2008 [cit. 2013-4-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bercovy-vred-385691>

POSPÍŠILOVÁ, Alena. Role dermatologa v managementu bércového vředu. [online]. 8.11.2007 [cit. 2013-4-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/role-dermatologa-v-managementu-bercoveho-vredu-329852>.

ROKYTA, R., D. MARESOVA a Z. TURKOVA. *Somatologie I a II*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-49-1.

SLEZÁKOVÁ, L., E. HEJNAROVÁ, R. HERNOVÁ, V. MARCIÁNOVÁ, L. RÁŽKOVÁ a J. ŘEHOŘOVÁ. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I: Interna*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.

SLOMAN, Rod, ROSEN, Gila a kol. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, s. 125-132. ISSN 039-2402.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů- diferenciální diagnostika*.
Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1670-4.

WHITE, Barbara a Deborah TRUAX. *The Nurse Practitioner in Long: Term care*.
Sudbury: Jones and Barlett Publishers, 2007. ISBN 978-443-5000.

8. Klíčová slova

ulcus cruris

bércový vřed

ošetřovatelská péče

bolest

sestra

9. Přílohy

Příloha 1: Lokalizace ulcus cruris

Příloha 2: Technika bandážování dolních končetin

Příloha 3: Předloha rozhovoru s pacientem

Příloha 4: Předloha rozhovoru se sestrou

Příloha 5: Informační brožura pro pacienty

Příloha 1: Lokalizace ulcus cruris



Bércový vřed

Zdroj: (Pospíšilová, 2007)



Zdroj: (Miškovská, 2001)

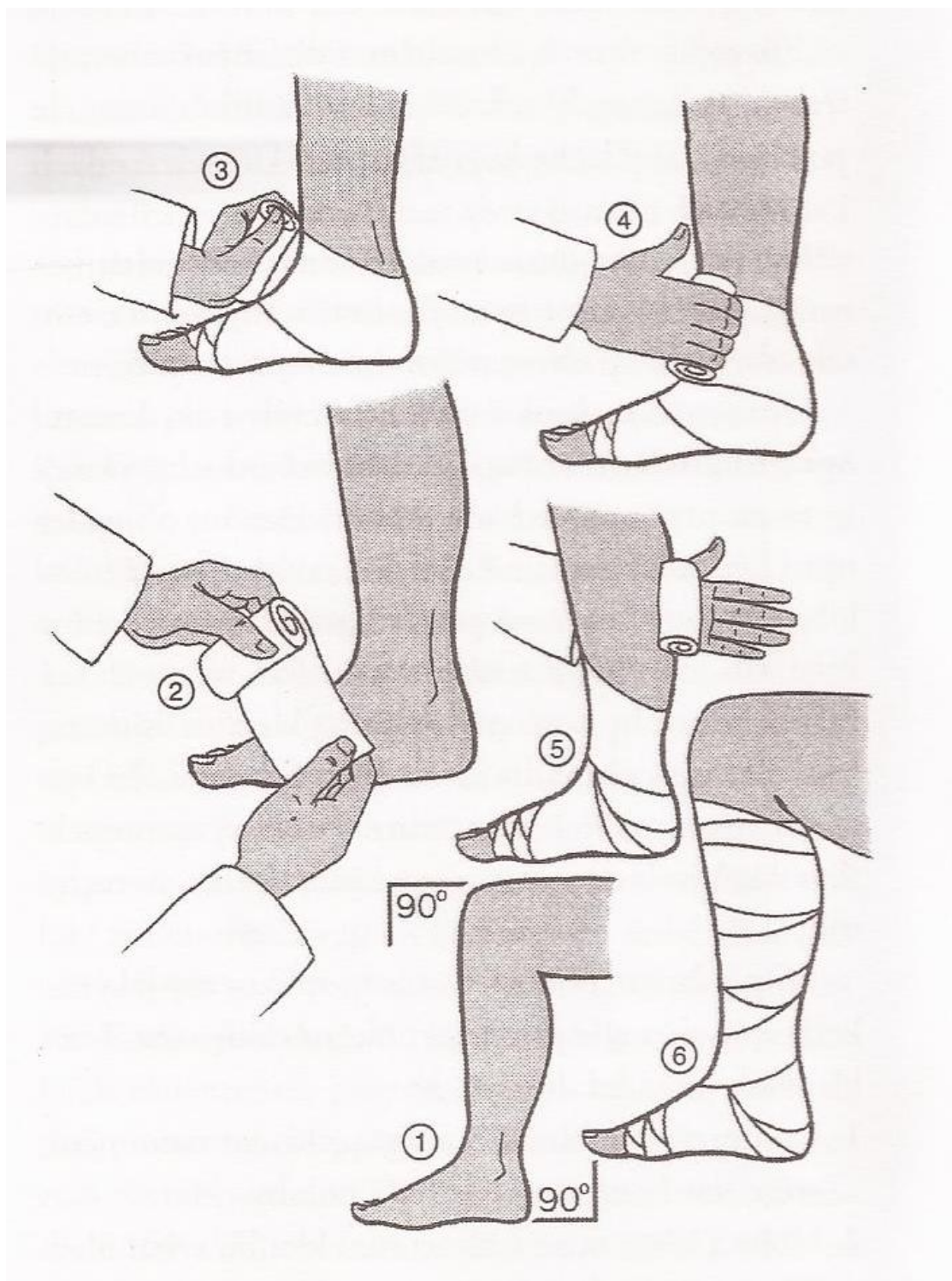


Zdroj: (Filipovská, 2006)



Zdroj: (Pospíšilová, Švestková, 2002)

Příloha 2: Technika bandážování končetin



Zdroj: (Pospíšilová, 2004, str. 110)

Příloha 3: Předloha rozhovoru s pacientem

ROZHOVOR S PACIENTEM

1. Kolik je Vám let?
2. Kdy se u Vás objevily první příznaky bércového vředu?
3. Na koho jste se obrátil/a při prvních známkách nemoci?
4. Jaké byly Vaše první projevy bércového vředu?
5. Vyhledal(a) jste hned po objevení prvních známek nemoci odborníka?
6. Trpěl u Vás v rodině někdo bércovými vředy?
7. Věděl(a) jste před Vaším onemocněním něco o bércových vředech?
8. Co Vás v souvislosti s bércovými vředy obtěžuje nejvíce?
9. Obdržel(a) jste během hospitalizace informace o bércových vředech?
10. Odkud/od koho jste se získal(a) informace o bércových vředech?
11. Trpíte nějakými dalšími nemocemi?
12. Kdo Vám ošetřuje bércové vředy?
13. Jakým způsobem jsou Vám ošetřovány bércové vředy?
14. Jak často jsou Vám prováděny převazy?
15. Jaké máte při převazech pocity?
16. Řeší někdo Vaši bolest?
17. Kdo sleduje účinek analgetik?
18. Víte, jaké léčivé materiály jsou používány při léčbě Vašich bércových vředů?
19. Zlepšil se stav Vašich bércových vředů v souvislosti se současnou léčbou?
20. Jste průběžně informován(a) o průběhu své léčby?
21. Jakým způsobem jste o průběhu Vaší léčby informován(a)?
22. Kdo Vám o průběhu léčby poskytuje informace?
23. Kdo Vám přikládá kompresivní punčochy nebo obinadla?
24. Hovoříte o problému raději se sestrou nebo s lékařem?
25. Jaké jste vykonával(a) zaměstnání před propuknutím nemoci?
26. Byl(a) jste poučena o správné životosprávě?
27. Co Vám bylo v oblasti životosprávy sděleno?

28. Kdo Vám informace o životosprávě poskytl?

29. Dodržujete rady odborníků?

30. Kouříte?

31. Víte, že kouření může zhoršovat stav vašich bércových vředů?

32. Změnilo onemocnění Váš život?

ROZHOVOR SE SESTROU

1. Kdy jste se poprvé setkala s pacientem s diagnózou ulcus cruris?
2. Jaké věkové spektrum pacientů s ulcus cruris ošetřujete?
3. Rozšiřujete své vědomosti z ošetrovatelské péče o pacienty s ulcus cruris?
4. Jakým způsobem získáváte nové poznatky o ulcus cruris?
5. Máte přehled v moderních způsobech léčby ulcus cruris?
6. Kdo rozhoduje o způsobu léčby?
7. Kontroluje lékař dokumentaci?
8. Jaký je podle Vás nejčastější problém v ošetrovatelské péči o pacienta s ulcus cruris?
9. Co podle Vás obtěžuje pacienta nejvíce?
10. Jakým způsobem provádíte bandážování končetin?
11. Jak postupujete při převazu?
12. Pracujete v souladu se standardy?
13. Jaké jsou Vaše ošetrovatelské intervence při léčbě ulcus cruris?
14. Pokud si nevíte rady, na koho se můžete obrátit?
15. Máte na Vašem oddělení pro pacienty k dispozici edukační materiál?
16. Používáte při edukaci pacienta zpětnou vazbu?
17. Jakým způsobem poučíte pacienta o změně životního stylu?
18. Na jaké oblasti se konkrétně zaměříte?
19. Jakou vhodnou pohybovou aktivitu byste doporučila pacientovi s ulcus cruris?
20. Čemu by se měl pacient podle Vás naopak vyvarovat?
21. Je kouření významným rizikovým faktorem?
22. Myslíte si, že diagnóza ulcus cruris nějakým způsobem omezuje pacientův život?

Příloha 5: Informační brožura pro pacienty- volně přiložena v deskách