

# Edukace pacienta s bércovým vředem

Soňa Pšurná

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Soňa PŠURNÁ**

Osobní číslo: **H09697**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Edukace pacienta s bérčovým vředem**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části shrnout nejnovější poznatky o bérčových vředech, jejich diagnostice, léčbě a léčebném režimu. Zaměřit se na edukaci, metody edukace a edukační proces.**

**V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjistit základní vědomosti pacientů o bérčovém vředu, jak pacienti s tímto onemocněním dodržují léčebný režim v kožních ambulancích v nemocnicích a poliklinikách ve Zlínském kraji. Analyzovat a interpretovat data průzkumného šetření. Vypracovat edukační materiál pro pacienty s bérčovým vředem.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL et al. 2011. Žilní onemocnění v klinické praxi. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.**

**MAGUROVÁ, Dagmar a L'udmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve. 1. vydania. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.**

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

**RESL, Vladimír, 1997. Hojení chronických ran. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-239-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Blažková**

Ústav ošetrovatel'ství

Konzultant:

**Mgr. Pavla Kudlová, PhD.**

Ústav ošetrovatel'ství

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.3.2012

.....  
Růžena Jorá

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta s bérčovým vředem. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část seznamuje s nejnovějšími poznatky o léčbě bérčových vředů. Zabývá se edukací a edukačním procesem pacientů s tímto onemocněním. Praktická část zahrnuje zjištění základních vědomostí a dodržování léčebného režimu prostřednictvím dotazníkového šetření u pacientů s bérčovými vředy z ambulancí při nemocnicích a poliklinikách ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: bérčový vřed, edukace, edukační proces, léčebný režim, pacient, vědomosti

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis focuses on education of patients suffering from leg ulcers. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical one. The theoretical part introduces the latest findings about treatment of leg ulcers. It also deals with education and educational process of patients suffering from this illness. The practical part comprises of establishment of basic pieces of knowledge and treatment observance of patients suffering from leg ulcers. Results are based on questionnaire research which had taken place in outpatients departments in the Zlin region.

Keywords: leg ulcer, education, educational process, patient, knowledge



## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Pavle Kudlové, PhD., odb. as. za vedení metodiky práce a vytváření dotazníku. Mgr. Markétě Blažkové děkuji za cenné rady, odborné vedení a připomínky při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a příteli za trpělivost a velkou oporu v průběhu celého studia. Velký dík patří i sestřám v kožních ambulancích, které mi pomohly uskutečnit dotazníkové šetření.

Prohlašuji, že odevzdání verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Počátek zdraví spočívá ve znalosti vlastní nemoci.

*Miguel de Cervantes*

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 BÉRCOVÝ VŘED</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE.....	12
1.2 DEFINICE.....	12
1.3 EPIDEMIOLOGIE A SOCIOEKONOMICKÝ DOPAD .....	12
1.4 PŘÍČINY.....	13
1.4.1 Vředy způsobené zevními vlivy.....	13
1.4.2 Vředy způsobené vnitřními vlivy.....	13
1.5 DIAGNOSTIKA .....	17
1.5.1 Anamnéza.....	17
1.5.2 Klinické vyšetření .....	17
1.5.3 Fyzikální vyšetření.....	18
1.5.4 Celkové vyšetření pacienta .....	18
1.5.5 Flebologické funkční zkoušky .....	18
1.5.6 Funkční zkoušky periferních tepen .....	19
1.5.7 Přístrojová vyšetření.....	20
1.5.8 Laboratorní vyšetření .....	20
1.6 LÉČBA .....	21
1.6.1 Místní léčba.....	21
1.6.2 Celková léčba .....	21
1.6.3 Kompresivní léčba .....	22
1.6.4 Fyzikální léčba .....	23
1.6.5 Radikální léčba.....	23
1.7 LÉČEBNÝ REŽIM .....	24
1.7.1 Faktory ovlivňující hojení vředů na bérce .....	24
1.7.2 Vliv výživy na hojení defektů .....	26
1.7.3 Technika bandážování.....	28
1.7.4 Preventivní opatření .....	28
<b>2 EDUKACE U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM</b> .....	<b>30</b>
2.1 EDUKACE .....	30
2.2 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM .....	31
2.2.1 Posuzování .....	31
2.2.2 Diagnostika .....	32
2.2.3 Plánování.....	32
2.2.4 Realizace .....	33
2.2.5 Hodnocení .....	33
2.3 OBLASTI EDUKACE PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>3 CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODIKA PRŮZKUMU</b> .....	<b>37</b>



4.1	METODIKA PRÁCE .....	37
4.2	ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	37
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	37
4.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK .....	38
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEHO ANALÝZA.....</b>	<b>39</b>
5.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	39
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>68</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Tématem mé práce je Edukace pacienta s bércovým vředem. Jelikož pacientů s bércovými vředy stále přibývá, považuji za potřebné se daným tématem zabývat. Taktéž mě daná problematika zajímá a chtěla bych se v rámci zpracovávání práce dozvědět ještě více informací o bércovém vředu, a hlavně se seznámit s nejdůležitějšími aspekty edukace a léčebného režimu.

Během plnění odborné blokové praxe jsem se setkala na mnoha pracovištích s různými způsoby péče o klienty s daným onemocněním. Jsou velké rozdíly v používání prostředků, materiálů a personálem, který ošetřuje bércové vředy. Pokud je klient ošetřován řádně vyškoleným zdravotnickým pracovníkem, který ví, jak hojit chronické rány vhodně zvoleným materiálem a adekvátními prostředky, předchází se mnoha komplikacím a rekonvalescence je mnohem kratší než neodborné zasahování mnohdy i nesprávným postupem do již i tak problémových defektů.

V současnosti existuje značně velké množství prostředků, které se používají k ošetřování a léčbě bércových vředů, avšak musí být zvoleny ve správné fázi hojení, pro které jsou určeny, a také je nutné řídit se informacemi od výrobce daného materiálu či prostředku. Klienti si často neuvědomují důležitost a mnohdy jsou i nedostatečně informováni o dodržování léčebného režimu, který zahrnuje důslednou a správnou péči o bércové vředy, zásady bandážování ulcerací venózního původu, faktory ovlivňující hojení defektů, správnou výživu a další preventivní opatření. Ve svém dotazníkovém šetření, které se uskutečňuje v ambulancích při poliklinikách a ambulancích v nemocnicích ve Zlínském kraji proto oslovuji klienty, kteří již bércové vředy mají a srovnávám jejich vědomosti o problematice bércových vředů a o dodržování léčebného režimu. Cílem práce je také vytvoření edukačního materiálu, který bude obsahovat stěžejní a důležité informace pro klienty, kteří trpí bércovými vředy.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 BÉRCOVÝ VŘED

## 1.1 Historie

První zmínky o bércovém vředu neboli ulcus cruris sahají do 5. století př. n. l. k Hippokratovi. Z té doby se zachovala účelová plastika, tzv. votivní, která znázorňuje muže objímajícího lýtko, na němž se nachází vystupující žíla. Ve 2. století n. l. Marcus Aurelius uvádí, že „vředy zmizí stejně, jako uschnou rostliny, svede-li se tok potoka jinam“. Než ale William Harvey v roce 1628 objevil a popsal krevní oběh v lidském těle, ještě dlouho panovala hypotéza, že vřed na dolní končetině je způsoben „špatnými šťávami“. Z „humorální teorie“ vznikla „menstruační“. Podle ní menstruační krev uvázne během těhotenství v lýtkách a způsobí vřed. Tommaso Rima objasnil patogenezi varixů a jejich vliv na žilní návrat. Charles Gabriel Pravaz roku 1851 popsal trombózu arteriálních aneurysmat. V roce 1855 Verneuil uvádí, že vytvořený vřed nemusí být vždy následkem shluku křečových žil, jakožto různé druhy varikozit se mohou vyskytovat bez ulcerací. V 19. století se léčbou a komplikacemi varixů zabývají chirurgové a od druhé poloviny 19. století se opírají lékaři o nejnovější poznatky hemodynamiky a znalosti z jiných oborů (Pospíšilová, 1989, s. 7- 8).

## 1.2 Definice

*„Bércový vřed lze definovat jako ztrátu kožní tkáně zasahující pod bazální membránu podkoží, kde je narušená integrita kůže a je vstupní branou pro infekce do organismu. Obecně se jedná o chronickou ránu, která se hojí déle než 6 týdnů a vyskytuje se na dolní končetině.“* (Pospíšilová, 2004, s. 11)

## 1.3 Epidemiologie a socioekonomický dopad

Onemocnění bércovými vředy má vzestupnou tendenci výskytu. Ulcerace postihují 0,3-1 % populace produktivního věku a u osob nad 70 let se prevalence pohybuje mezi 4-5 %. Vředy čistě žilní etiologie je asi 0,15-2 % populace. Přibližně 12-14 % klientů s chronickou venózní insuficiencí má žilní vřed. Více jsou postiženy ženy než muži, a to v poměru 2:1. Nejčastěji se vyskytuje vřed žilní etiologie (70 %), arteriální vřed (10 %) a smíšené etiologie (20 %) (Herman, et al, 2011, s. 199).

U každé věkové skupiny bércové vředy způsobují určitý diskomfort, který ovlivňuje jejich způsob života. Nelze opomíjet i náklady spojené na léčbu a závislost nemocného

na pomoci druhých. Léčbu bércových vředů vyžaduje mezioborová spolupráce kromě kožních lékařů i specialistů chirurgických, interních, diabetologických, geriatrických, flebologických, angiologických a dalších.

## 1.4 Příčiny

Následující přehled se snaží spíše zachytit všechny stavy v souvislosti s vředy na bérci. Existuje řada klasifikačních schémat, ale jsou nepostačující k tomu, aby zahrnuly celý komplex problémů.

### 1.4.1 Vředy způsobené zevními vlivy

Jedná se o přerušení tepen, žil nebo o poruchu vazomotoriky.

#### a) Fyzikální faktory (trauma, teplo, chlad, tlak, RTG a jiná záření, sebepoškození).

*Posttraumatické bércové vředy (pourazové)* jsou vředy, které vznikly v souvislosti s úrazem, jako je např. komplikovaná zlomenina nebo náhodné poranění na dolních končetinách. Dochází k velké ztrátě tkáně, nekróze, poranění kostí nebo kloubů s následným rozvojem infekce.

*Bércové vředy umělé (při sebepoškození)* bývají symetrické a vyskytují se na přístupných místech. Nápadný bývá nezáměr nemocného o léčbu. Vlastní příčina bývá fyzikální, ale i chemická. Hojení probíhá jizvou.

#### b) Chemické faktory (kyseliny, zásady, léky, rostlinné extrakty, umělá hnojiva).

#### c) Infekční onemocnění (růže/erysipel/, chronický zánět kostí/osteomyelitis/, hluboká plísňová onemocnění/mykózy/, uhlák/antrax/, záškrť/diphtheria/, kožní formy tuberkulózy, syfilis III. stádia a další) (Pospíšilová, 2004, s. 12-13).

### 1.4.2 Vředy způsobené vnitřními vlivy

#### a) Venózní- *Ulcus cruris venosum*

Vřed žilního původu je způsoben poruchou látkové výměny v kůži a podkoží, které vznikají na základě chronické žilní nedostatečnosti, primárních varixů nebo u posttrombotického syndromu. Ulcerace venózní, na rozdíl od arteriálních, se nevyznačují silnou bolestí. Pokud je bolest přítomná, jedná se o zánět nebo přidruženou mikrobiální složku.

*Chronická žilní nedostatečnost (CVI)* je stav, kdy dochází k poškození mechanismů žilního návratu krve k srdeční pumpě. Konečnou fází je hromadění krve v žilách dolních

končetin se zvýšením žilního tlaku a následně k výskytu žilní hypertenze. Vše je způsobeno hlavně nedomykavostí chlopní v hlubokém žilním systému, spojovacích žilách nebo v povrchovém žilním systému a více než polovina obstrukcí je způsobena zánětem hlubokých žil neboli flebotrombózou (Pospíšilová, 2004, s. 18).

Mezi rizikové faktory řadíme: genetickou predispozici, záněty žil, opakující se těhotenství, hormonální antikoncepci, životní styl, nedostatek pohybu, kouření, dlouhodobé sezení a stání, nošení těžkých břemen, omezenou pohyblivost kloubů dolních končetin, nevhodnou výživu, nadváhu, obezitu a nevhodnou obuv aj. (Pospíšilová, 2004, s. 19-20).

Dle způsobu vzniku dělíme bércové vředy na primární a sekundární CVI:

Primární chronická žilní nedostatečnost, která vzniká na základě dlouhodobých primárních křečových žil.

Sekundární žilní nedostatečnost je daleko obvyklejší. Vyskytuje se po zánětu hlubokých žil, který vyvolává úplnou nebo částečnou neprůchodnost, nedomykavost chlopní popř. kombinaci těchto poruch. Dopadem daných změn hluboký žilní systém stagnuje, krev proudí do povrchových žil a vzniká žilní hypertenze, která vede až ke změnám na kapilárách a k destrukci okolní tkáně.

Jsou obvyklé subjektivní příznaky, jako je bolest, napětí nohou, pocit těžkých a unavených nohou, svědění, pálení, štípání a noční křeče s ohledem na závažnost poškození oběhového systému.

Do klinických projevů lze zařadit křečové žíly (varixy), rozšířenou žilní kresbu při okrajích plosky, otok (edém, flebedém), pigmentaci (dermatitis purpurica), zánětlivé onemocnění kůže z městnání krve (statis dermatitis), mikrobiální ekzém, kontaktní alergický ekzém, šupinatou kůži se zesílenou rohovou vrstvou (hyperkeratóza), tuhou kůži (dermatoskleróza), ztrátu ochlupení na bérkách, změny na nehtech a v oblasti vnitřního kotníku vznikají drobné bělavé skvrny tzv. bílá atrofie.

*Vředy varikózní* vytváří změny v povrchovém a hlubokém žilním řečišti a spojovacích žilách mezi nimi. Vyskytují se zpravidla v menší velikosti, nižší bolestivosti s hladkými okraji a vyskytující se především nad kotníky ve větším počtu. Spodina vředu je zarudlá, obsahující sekret nebo je suchá, atonická popř. žlutavě povleklá. V okolí se vyskytuje městnání krve v žilách jako následek jejího ztíženého odtoku. Při dlouhodobém trvání vznikají až deformity nohou, ankylózy kloubů, kalcifikace s bakteriálními a mykotickými

komplikacemi. Příčinou je zpravidla trauma nebo prasknutí křečové žíly. Charakteristické jsou trofické změny kůže, rozšířená žilní kresba při okrajích nohy, temně hnědé pigmentace v okolí vředu nebo kdekoliv v různém rozsahu na bérce, suchá a olupující se kůže, ekzémové projevy a bolestivost. Pro diagnostiku se používá funkční zkouška žil, flebografie, sonografie a pletyzmografie (Resl, 1997, s. 20).

*Vředy posttrombotické, popř. postflebitické* jsou vředy s větším rozsahem, rozmanitým počtem a nepravidelným okrajem a jsou provázeny otokem v postižené oblasti. Spodina je povleklá s exsudativním charakterem. Vyskytují se nejen v okolí kotníků, ale i na přední straně bérce. Okolí vředu je tuhé se zatvrdnutím tkáně a zmnožením vaziva. Během vyšetření jsou přítomny známky insuficience spojek a hlubokých žil. Hojení je mnohem pomalejší v souvislosti se silným mokváním. Jedná se o vředy v souvislosti s chronickou žilní insuficiencí a klinicky se vyznačují mírnou až silnou bolestivostí, která je způsobena zánětem a rozsahem poškozené tkáně (Resl, 1997, s. 20).

#### **b) Tepenné (arteriální) - *Ulcus cruris arteriosum***

Vyskytují se u pacientů ve vyšším věku na podkladě částečného nebo úplného cévního uzávěru na dolních končetinách. Mezi příčiny řadíme obliterující arteriosklerózu, Buergerovu chorobu a déletrvající hypertenzi.

*Obliterující arterioskleróza* je stav, kdy dochází k uzávěru cév, který je spojený s poruchou prokrvení. Arteriosklerotický uzávěr lze lokalizovat na prstech a patě, méně pak na přední straně bérce a nad zevním kotníkem. Vředy mají nekrotickou spodinu a po jejím odloučení vznikají žluté mázdřité povlaky, krvácejí, okolí kůže je zarudlé, i když je končetina chladnější. Ulcerace jsou značně bolestivé v nočních hodinách tzv. klaudikační bolesti, oválného nebo kruhového tvaru. Mezi rizikové faktory řadíme konstituční dispozici, onemocnění ledvin, poruchu metabolismu tuků, stravu bohatou na tuky, nevhodný životní styl, stres, kouření a nadváhu. Muži jsou postiženi až 5x častěji než ženy. Provádí se polohové testy, arteriografie a vyšetření lipidů. Hojení je závislé na velikosti uzávěru a průsvitu postižené tepny. Většinou je obtížné a zdoluhavé (Pospíšilová, 2004, s. 27-28).

*Buergerova choroba (trombangiitis obliterans Buerger)* je chronické zánětlivé onemocnění tepenného a žilního systému, které postihuje převážně muže mezi 40-60 roky. Dolní končetiny jsou postiženy vředy na prstech nohou a bérkách. Z histologického hlediska se jedná o změny na arteriích a tromby v žilách. Charakteristické jsou křečovité bolesti, opakující se flebitidy. To vše vede ke gangréně, nekróze a následné amputaci.



*Ulcus hypertonicum (morbus Martorell)* se vyskytuje u žen ve věku 50-70 let s dlouhotrvající hypertenzí. Vřed je zpočátku povrchový a mělký se žlutou spodinou a červeným lemem, který se šíří do okolí. Lokalizován je na zevní nebo přední straně bérce, popř. oboustranně. Venózní nález bývá normální s dobře hmatným pulzem na bérce. Vyšetřením zjistíme vysoký krevní tlak, histologicky ukládání hyalinu ve stěnách arteriol a následné zúžení jejich průsvitu.

c) **Hematopoetické** (anémie, dysproteinemie, trombocytopenická purpura, embolie).

d) **Lymfatické příčiny** (lymfatická dysplazie, pozánětlivý chronický lymfedém).

e) **Metabolické poruchy** (diabetes mellitus, dna, chronická renální insuficience).

*Ulcerace diabetické* patří mezi třetí nejčastější příčinu vzniku bérceových vředů. Lokalizace bývá obvykle na místech, která jsou vystavena tlaku např. nad kostními výčnělky na prstech nohou, ploskách a na předních a vnitřních stranách bérce. Příčiny jsou změny ischemické (zúžení a uzávěr velkých a malých cév), postižení periferních nervů (neuropatie) a infekce.

f) **Autoimunitní** (při revmatoidní artritidě, lupus erythematosus /onemocnění vaziva/, pyoderma gangraenosum /zánět kůže s rozpadem tkáně/ a difuzní sklerodermii). Příčinou je poškození cév imunitního charakteru. Defekty jsou bolestivé a pravidelně ohraničené do kruhovitěho tvaru s nekrotickou a povleklou spodinou.

*Pyoderma gangraenosum* (zánět kůže s rozpadem tkáně) je stav, při kterém vzniká jedno nebo více zánětlivých ložisek, která mají zpočátku hnisavý obsah, následně se mění v suchou nebo vlhkou odumřelou tkáň s tmavočervenými podminovanými okraji a bolestivostí. Histologicky se jedná o nekrotizující vaskulitidu. Výskyt je častý při ulcerózní kolitidě, Crohnově chorobě, revmatoidní artritidě nebo bronchitidě.

g) **Vředy při nádorovém onemocnění**

Jedná se o vředy v souvislosti s maligními nádory, kde dochází k růstu nádoru a narušení integrity tkáně. Nejčastější nádory, ze kterých ke vzniku vředů dochází, jsou bazocelulární karcinom (bazaliom), spinaliom a maligní melanom. Ulcerace silně mokvají, mají nepravidelné vyvýšení a plastické okraje.

h) **Genetické defekty (Klippel- Trenaunayův syndrom)**

i) **Vrozené defekty**

## j) Jiné smíšené defekty

### 1.5 Diagnostika

Cílem je určit příčinu onemocnění a stav rány.

#### 1.5.1 Anamnéza

*Rodinná anamnéza* je důležitý údaj pro zjištění vztahu k nynějšímu onemocnění. Lékař se zaměřuje na výskyt žilních a cévních onemocnění u rodičů či sourozenců, trombóz, bércových vředů, embolií, kardiovaskulárních chorob, cukrovky a vysokého krevního tlaku.

*Osobní anamnéza* zahrnuje prodělané operace, choroby, úrazy dolních končetin, plicní embolie, ortopedické vady, špatnou obuv, flebotrombózy a tromboflebitidy. U žen jsou důležité informace týkající se opakovaných porodů a hormonální antikoncepce. Nelze podceňovat i údaje o kouření či jiných návycích.

*Léková anamnéza.* Dotazujeme se na užívání léků aplikovaných nitrožilně, na hormonální antikoncepci nebo substituční hormonální léčbu a psychiatrické léky.

*Pracovní anamnéza* přináší údaje o zaměstnání, fyzické zátěži, sedavém zaměstnání nebo práci vestoje.

#### 1.5.2 Klinické vyšetření

Slouží ke zjištění původu bércového vředu s následným doplněním vyšetření přístroji. Hodnotíme mimo konstituci, výživu a tělesné pohyblivosti i bércový vřed objektivně a subjektivně.

*Objektivní hodnocení* zahrnuje: lokalizaci, velikost defektu (uvádíme její délku a šířku v centimetrech), hloubku, spodinu (nekróza má hnědočernou barvu, což svědčí o poruše prokrvení tepenného původu, hnis a infekce zvyšuje riziko šíření do hlubších vrstev, povlaky u defektů žilního původu jsou fibrinové /nažloutlé/ a mázdřivé /žlutozelené/), zápach (červenou barvu má granulační tkáň, která je známkou hojení defektu), okraje (hladké, nepravidelné, podminované, pozvolna nebo ostře spadající), okolí (chronická žilní nedostatečnost má rozmanité kožní projevy, defekt tepenného původu se projevuje zarudlým okolím, ztrátou ochlupení a atrofíí, umělé vředy jsou bez známky porušení), exsudaci, teplotu, tep a otok končetiny.

*Subjektivní hodnocení* se orientuje na bolest, pálení, svědění, křeče v nohou atd.

### 1.5.3 Fyzikální vyšetření

*Aspekce- pohled.* Nemocného vyšetřujeme ležícího na lůžku i vstoje. Zaměříme se na symetrii těla i dolních končetin, barvu kůže nohou, rozložení varixů, stav pokožky, ulcerace, pigmentace, ekzémy, jizvy po operacích cévních nebo poúrazových, ortopedické vady, celkovou mobilitu, a na další trofické změny. Důležitý je popis množství, velikosti, lokalizace a hloubky vředů, jejich okraje a spodina.

*Palpace- pohmat.* Porovnáme teplotu končetiny, pulzaci, turgor, svalový tonus, kalifikace ve varixech, sklerotizace kůže a edém.

*Auskultace- poslech* tepen většího průsvitu.

### 1.5.4 Celkové vyšetření pacienta

Zjišťujeme subjektivní a objektivní potíže, bolesti a křeče dolních končetin, otoky.

### 1.5.5 Flebologické funkční zkoušky

Slouží k posouzení stavu žilního systému.

*Schwartzův fenomén* (zkouška poklepem) slouží ke zjištění insuficience chlopní v povrchovém žilním systému. Prstem jedné ruky klepeme na místo křečové žíly a prsty druhé ruky zachycujeme nárazovou vlnu. Pokud vlna směřuje opačným směrem než je obvyklé, tak vypovídá o insuficienci chlopní vyšetřovaného úseku. Test provádíme v kombinaci se zkouškou kašlem.

*Valsalvův test* (zkouška kašlem) k insuficienci ústí vény sapheny magna a chlopní povrchového systému. Přiložíme ruku na věnu saphenu magna a ucítíme při zakašlání náraz krve způsobený nedomykavostí chlopní. Pokud jsou nedomykavé i chlopně povrchového systému, je vlnění hmatné až ke kolenu.

*Trendelenburgova zkouška* zjišťuje stav chlopní spojovacích žil a povrchového žilního systému. Pacient leží a zvedne končetinu, aby se žíly vyprázdnily (o 30 stupňů). Poté zaškrtneme končetinu pod tříslem gumovou hadičkou a pacient se postaví. Jestliže se varixy naplní do 30-35 sekund, jedná se o projev nedomykavosti chlopní spojovacích žil. Test opakujeme znovu, ale jakmile se vyšetřovaný postaví, povolíme hadici. Rychlé naplnění varixů shora dolů znamená nedomykavost chlopní velké vény sapheny.

*Mahornerův-Ochsnerův test* na funkci spojujících žil. Pacient leží a přiložíme mu čtyři hadičky pod tříslu, uprostřed stehna, nad koleno a pod koleno. Pak se pacient postaví. Rychlá náplň mezi zaškrcení svědčí pro insuficienci perforátorů.

*Obinadlový test* je nejjednodušší orientační vyšetření na průchodnost hlubokého systému. Ležícímu pacientovi pečlivě zabandážujeme dolní končetiny od prstů po tříslu a pak chodí asi půl hodiny. Pokud pociťuje v končetině bolestivé napětí, hluboký žilní systém, je pravděpodobná úplná ztráta průchodnosti a test musí být ihned ukončen. Chirurgická léčba povrchových křečových žil je nemožná.

*Prattova zkouška* má obdobný postup jako u testu obinadlového. Sledujeme změnu objemu dolních končetin po chůzi trvajících 10 minut. Při poruše hlubokých žil se objem při chůzi zvětšuje.

*Perthesova zkouška* zjišťuje průchodnost hlubokého systému a stav chlopní žil spojovacích. Stáhneme stehno a necháme pacienta rychle chodit jednu minutu. Pokud je hluboký žilní systém nepoškozený, žilní mětky se vyprázdňují. Je-li stav naplnění žil stejný, jedná se o nedomykavost žilních spojek. Jestliže se náplň žil zvětší, objeví se otok a bolesti, jedná se o uzávěr hlubokého žilního systému.

*Lintonův test* na průchodnost hlubokého systému. Stojícímu pacientovi zaškrtneme končetinu nad kolenem, pak se položí a zaškrtenou končetinu zvedne. Pokud se varixy nevyprázdňují, je hluboký systém neprůchodný a naopak.

*Homansův příznak* je při podezření na trombózu hlubokého systému. Mezi příznaky řadíme bolest v lýtku při dorzální a plantární flexi nohy způsobené tlakem trojhlavého svalu lýtkového na zanícený žilní kmen.

*Plantární znamení* poukazuje na bolestivost při palpaci plosky.

*Löwenbergův příznak* charakterizuje bolest v lýtku pod manžetou tonometru nafouklou na tlak 13,3 kPa a můžeme pozorovat proměňující dilatované žíly podél kosti holenní tzv. Prattovy žíly.

*Bauerův příznak* je bolestivá palpace hlubokých lýtkových svalů.

### 1.5.6 Funkční zkoušky periferních tepen

*Zkouška podle Ratschowa* (polohová, námahová) určuje stupeň ucpání tepen dolních končetin. Ležící pacient má zvednuté dolní končetiny na 3-5 minut a provádí pohyby

připomínající jízdu na kole. Uzavřené tepny způsobuje již po krátkém čase testu zblednutí kůže za přítomnosti bolestí, které donutí vyšetřovaného zkoušku přerušit.

*Test chůze* hodnotí začátek bolestí nasazením tzv. šetřícího tempa chůze a vzdálenost, kterou nemocný ušel do skončení testu pro silnou bolest.

### 1.5.7 Přístrojová vyšetření

*Dopplerova ultrazvuková metoda.* Je rychlá, jednoduchá, časově nenáročná a neinvazivní metoda. Umožňuje vyšetřit ucpané a nedomykavé chlopně hlubokého žilního řečiště, spojovacích žil a povrchových žil. Nevýhodou je neposkytování údajů o celkové funkci žilně svalové pumpy a funkční zdatnosti hlubokého žilního řečiště. Vyšetření se provádí pomocí ultrazvukové metody v kombinaci s měřením průtoku krve.

*Pletysmografie.* Je neinvazivní metoda, která slouží ke zjištění objemových změn končetin. Umožňuje počáteční fáze insuficience žilně svalové pumpy, indikaci k operaci varixů nebo skleroterapii a sledování změn žilní hemodynamiky v těhotenství.

*Flebografie.* Je rentgenové vyšetření žil kontrastní látkou, které prokazuje morfologické změny na cévním řečišti. Užívá se ke zjištění flebotrombózy a před plánovanou operací varixů.

*Arteriografie.* Jedná se o rentgenové vyšetření s kontrastní látkou. Zobrazuje místo a rozsah tepenného uzávěru, kolaterální (postranní) oběh a přispívá k diferenciaci diagnostice onemocnění tepen.

*Specializované vyšetření.* Duplexní ultrasonografie, digitální subtrakční angiografie, periferní flebodynamometrie, radionuklidové metody, počítačová tomografie, termografie a přístrojové měření teploty.

### 1.5.8 Laboratorní vyšetření

Základní hematologické a biochemické vyšetření krve zahrnuje sedimentaci, krevní obraz, hematokrit, glykemii a zkoumá se i moč. D-dimery, které svědčí o nadměrném srážení krve, řadíme mezi speciální biochemické vyšetření. Vzorčky z rány se zasílají na mikrobiologické, mykologické, sérologické a histopatologické vyšetření.

## 1.6 Léčba

Terapie bércového vředu musí mít komplexní charakter s následným odstraněním příčiny onemocnění.

### 1.6.1 Místní léčba

Ulcerace na bérci jsou doposud léčeny ve větší míře způsobem konzervativním než chirurgickým, chirurgicko-plastickým nebo biologickým postupem.

Konzervativní léčba může probíhat moderním nebo klasickým ošetřováním.

*Klasický způsob ošetřování* má za cíl vyčistit spodinu vředu a následným urychlením granulace a epitelizace. Používány jsou různé druhy obkladů, mastí a tinktur. Nevýhodami dané metody jsou: zastavení hojení pro vysušení rány, opakované převazy, zvýšené riziko vzniku infekce a velká spotřeba obvazového materiálu.

Před dvaceti lety vznikl nový způsob ošetřování ran, který je založen na vytvoření vlhkého prostředí pro ránu. Jedna z hlavních podmínek je odstranit odumřelé tkáně, vyčistit spodinu vředu a udržovat stabilní teplotu. Moderní krytí avšak vyžaduje vhodný výběr materiálu, který se zakládá na fázi hojení, charakteru spodiny, intenzitě mokvání a mikrobiálním osídlení. Za výhody jsou považovány nepropustnost pro mikroorganismy, respektování výměny plynů a vodních par, minimální alergické reakce, jednoduchá aplikace a snadná snímatelnost obvazů.

*Moderní prostředky* lze rozdělit do daných skupin: hydrogelové krytí, gelové prostředky, mokré krytí, hydrokoloidní krytí, hydropolymerové krytí, pěnové polyuretanové krytí, hydroaktivní krytí, alginátové krytí, absorpční krytí s aktivním uhlím, krytí ze síťových materiálů, transparentní polyuretanové filmy, hydrovlákna, enzymatické prostředky, antibakteriální a antiseptické prostředky, prostředky obsahující kyselinu hyaluronovou a krytí kombinovaná (Pospíšilová, 2004, s. 85-98).

### 1.6.2 Celková léčba

Doprovází léčbu místní a zaměřuje se na příčinu, přidaná onemocnění, stav nemocného a jeho subjektivní potíže.

K léčbě venózní ulcerace jsou používány venofarmaka. Jedná se o léčiva, která pozitivně ovlivňují žilní stěnu, mikrocirkulaci, působí protizánětlivě, snižují propustnost, zlepšují odtok lymfy a zlepšují trofiku tkání. Patří zde Aescin, Anavenol, Antistax, Ascoru-

tin, Cilkanol, Cyklo 3 Fort, Danium, Detra, Doxium, Dobica, GinkorFort, Glyvenol, Venoruton, Varixinal atd. Vazodilatancia jsou používány k terapii jak žilní, tak i tepenné etiologie. Jejich účinek spočívá ve zvýšení prokrvení a okysličení s následným rozšířením cév, patří mezi ně např. Agapurin, Trental, Pentomerretard, Pentoxifyllin AL retard, Vasonitretard.

Komplexní léčba se zabývá přidruženými chorobami nemocného např. hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, onemocněním ledvin, cukrovkou a pohybovými potížemi. Důležité je sledovat i subjektivní potíže, kterými jsou svědění, pálení, bolest a křeče v nohou.

### 1.6.3 Kompresivní léčba

Je používána především k terapii i k udržení stavu ulcerací žilního původu, protože je to velmi účinná, nenahraditelná a jedinečná metoda. Stěžejními účinky dané terapie jsou: urychlení proudění, zúžení rozšířených žil, zmenšení otoků, zlepšení návratu krve z žil k srdci, snížení žilní hypertenze a celkově pozitivní vliv na čerpací venózní funkci. Kompresie na dolní končetiny je účinná až při pohybu se současným zapojením činnosti svalové pumpy.

U kompresivní bandáže rozhodují čtyři okolnosti. Jedná se o tlak, vrstvy, komponenty a elasticitu (Herman, et al, 2011, s. 47).

*Tlak.* Aby komprese byla účinná, musí mít ideální tlak, který je nejsilnější v krajině kotníků 30-35 mmHg směrem vzhůru s klesající intenzitou.

*Vrstvy.* Každá vrstva bandáže se musí překrývat alespoň z poloviny.

*Komponenty.* Jedná se o různé typy materiálů, které se používají k bandáži. Mohou být použity k ochraně, zadržení nebo k podložení. Díky různým materiálům může bandáž vyvíjet různý tlak a tuhost.

*Elasticita.* Jedná se o obinadla s dlouhým tahem (elastické), s krátkým tahem (neelastické) a kompresivní punčochy:

- Dlouhotažná obinadla jsou z pružného materiálu, a proto se používají k bandážím krátkodobým, kde působí na povrchové žíly. Sundávají se, pokud je končetina v klidu a na noc. Obinadla mají tažnost 150-170 % a silnou stahovací sílu. Výborně se přizpůsobují



tvaru nohy, proto je důležité, že místa prohloubená a nerovná musí být vypořádána materiály k tomu určenými (Pospíšilová, 2004, s. 108-109).

- Krátkotažná obinadla mají tažnost do 70 %. Mohou zůstat na končetině i přes noc a v době odpočinku. Jedná se o obvazy trvalé, které mohou být přiloženy i několik dní. Pozitivně ovlivňují hluboký žilní systém. Nevýhodou je, že musí být přikládána vyškoleným pracovníkem a zabezpečují horší hygienu pod obvazem. Indikace bývá u flebotrombózy s následnou tvorbou bércových vředů. Jedná se o obinadla Idealast-half, Idealftex, Pütter, Raucodur, Rhena-Varidress aj. (Herman, 2011, s. 48; Pospíšilová, 2004, s. 107-108).
- Kompresivní elastické punčochy (KEP) jsou vhodnou alternativou ve fázi vyhojeného bércového vředu. Jsou nenápadné, komfortní a lehce se navlékají. Avšak musí být správně předepsané, mají dlouhotažný efekt a dělí se do čtyř kompresivních tříd. U všech KEP musí být vyplněna pata. Nevýhodou je, že může dráždit kůži, nesmí se použít na otevřené rány a ekzémy, při návratu otoku se musí změnit velikost punčoch a měření musí být precizní v ranních hodinách. Správná KEP musí mít dostatečný tlak v oblasti kotníků a postupně se snižovat, nesmí končetinu zaškrcovat, ve stehenní oblasti musí být dostatečně široké a nesmějí padat (Machovcová, 2009, s. 24).

#### 1.6.4 Fyzikální léčba

Probíhá za pomoci kompresivních přístrojů, jako jsou např. Pneuven, Lymfoven, Vasotrain, V.A.C. (Vacuum-Assisted Closure), biolampa, biostimulační laser a hyperbarická oxygenoterapie (Pospíšilová, 2004, s. 115-117).

Pohybovým cvičením se aktivuje žilně svalová pumpa v kombinaci s kompresivním obvazem u žilní ulcerace. Mezi nejvhodnější pohyb patří chůze ve správné obuvi, jogging, gymnastické cviky, jízda na kole, tanec, plavání a rehabilitace na rotopedu. Za nevhodné jsou považovány tenis, squash, házená a košíková, dlouhodobé sezení a stání. Doporučuje se i krátký odpočinek v ležící poloze se zvýšenou polohou končetin nejméně o 10 cm, dechové cvičení zahrnující hluboký nádech a výdech.

#### 1.6.5 Radikální léčba

Zahrnuje chirurgické výkony např. sklerotizaci, cévní rekonstrukce u tepenných ulcerací nebo odstranění nedomykavých míst na povrchovém a spojovacím žilním systému.

## 1.7 Léčebný režim

### 1.7.1 Faktory ovlivňující hojení vředů na bérce

Hojení ran je složitý biologický proces, při kterém dochází ke vzniku nové tkáně. Reparační fáze hojení je zakončena tehdy, když poškozená tkáň je nahrazena tkání vazivovou a následně se mění v jizvu. Hojení vyžaduje velkou buněčnou a tkáňovou regenerační schopnost i reparační schopnost celého organismu. Než vznikne nová tkáň, musí se nejprve odstranit nebo odloučit tkáň odumřelá, až pak se může tvořit tkáň nová. Řada faktorů místního i obecného charakteru často nepříznivě ovlivňuje hojení.

**Systémové faktory** vycházejí z celkového stavu organismu, základní příčiny rány, přidružených chorob (hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, respirační onemocnění, autoimunitní onemocnění, malabsorpční syndrom, choroby pohybového aparátu a pojiva, anémie a maligní onemocnění) a jejich léčby. Faktory je nutné zohledňovat, kompenzovat popř. eliminovat (Bureš, 2006, s. 11-12).

*Věk.* Při stárnutí dochází k involučním změnám, které mají vliv na hojení rány a funkci všech tělesných buněk.

*Imunita.* Nemocný se sníženou imunitou je více náchylný k infekcím různého původu. Mnohdy se kombinuje s nedostačující stravou i s maligním onemocněním.

*Výživa.* Při nedostatečném přísunu základních živin (bílkoviny, stopové prvky a minerály) je proces hojení rány zpomalen.

*Léky.* Mnoho léčiv má nepříznivý vliv na hojení rány. Jedná se o cytostatika, imunosupresiva, cytotoxická farmaka, léky s protizánětlivým účinkem (antiflogistika, glukokortikoidy) a antikoagulancia (Bureš, 2006, s. 12).

*Hematologické poruchy.* Nedostatek neutrofilních granulocytů, erytrocytů, hemoglobinu a poruchy hemokoagulace způsobují tkáňovou hypoxii (Bureš, 2006, s. 13).

*Centrální hypoxie.* Poškození CNS.

*Spánek a psychický stav.* Negativně působí nedostatek spánku, deprese, stres, špatný psychický stav, úzkost, strach z opakovaného onemocnění a sociální izolace.

*Návyky.* Nežádoucí je nadměrné užívání alkoholu, kouření, drogy a další.

*Způsob života.* Hojení ovlivňuje provozování sportů, výměna obvazů, způsob ošetřování rány, kulturní zvyky.

**Místní faktory** se zaměřují již na ránu samotnou. Zaměřujeme se na hloubku, velikost, spodinu, lokalizaci, okraje, stáří a teplotu rány. Dále nesmíme opomenout mikrobiální osídlení, hypoxii rány, maceraci kůže v okolí a cizí tělesa.

*Oběhové poruchy.* Jsou spojeny s poruchou žilního a tepenného systému, kdy dochází k nedostatečnému zásobení tkáně kyslíkem a výživnými látkami, stagnaci produktů látkové výměny a změnám ve tkáních, které často končí jejich rozpadem.

*Hloubka a velikost rány.* Defekt, který je hluboký a velký často potřebuje delší dobu k hojení než povrchový.

*Spodina a sekrece z rány.* Ke zhojení nemůže dojít, pokud se na ráně vyskytuje nekróza, krevní sraženiny, mazlavé nebo pevně ulpívající povlaky, zaschlé tkáňové výpotky a fibrinové nálety. Špatný vliv na hojení má taky nadměrná i nedostatečná sekrece z rány. K hojení je potřebná ideální vlhkost.

*Okraje rány.* Nevhodné podmínky mají okraje podminované, zavalité, nepravidelné, tuhé a kalózní okraje.

*Stáří rány.* Dlouhotrvající defekty se hojí velmi pomalu.

*Mikrobiální osídlení.* Každá rána je osídlena mikroby. Přítomnost bakterií nemusí však znamenat infekci, ale i kontaminaci. Mezi nejčastější patogeny patří *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* a *Bacteroides species*. Rozvoj klinických projevů záleží na patogenitě, virulenci mikroorganismu a na interakci mezi mikrobem a organismem. Infekce v ráně se projevuje zvýšenou sekrecí, zarudnutím, napětím, bolestí a zápachem. Nežádoucí a špatně eliminované mikroby často narušují proces hojení (Bureš, 2006, s. 14).

*Cizí tělesa.* Způsobují dráždění rány a následný rozvoj infekce.

*Hypoxie rány.* Dostatečný přísun kyslíku je nutný pro tvorbu nových buněk. Při hypoxii dochází ke snížení odolnosti tkáně vůči infekcím způsobenou nedostatečnou pohlcovací a ničící schopností leukocytů, omezením syntézy kolagenu a růstu krycí tkáně.

*Teplota rány.* Při vysoké tělesné teplotě dochází k poškození tkáně, stejně tak i snížením teploty o 2 °C následuje zpomalení hojení.

*Macerace kůže v okolí rány.* Kůže je macerována výpotkem z rány, potem, inkontinencí a nadměrnou vlhkostí. Kůže je náchylnější k bakteriálním a plísňovým infekcím, k podráždění a ke zvýšené citlivosti.

*Nízké pH v ráně.*

**Kvalita ošetřování** závisí na vědomostech ošetřujícího o hojení ran, fázích hojení, účincích prostředků určených k hojení a na správném výběru způsobu ošetřování. Nezbytná je znalost příčiny onemocnění, zhodnocení fáze hojení, spodiny rány a zajištění ideálního vlhkého prostředí.

Mnohdy se setkáváme s chybami, které zhoršují proces hojení. Nanášení přebytečného množství masti, které se dostává do okolí, kde dráždí kůži, maceruje okolí rány a způsobuje další nežádoucí reakce. Šetření s moderním krytím, kdy si nemocný aplikuje nedostatečně velké množství, které sotva pokrývá ránu. Správně podle návodu by mělo krytí plochu rány alespoň o dva centimetry překrývat. Šetření se sekundárním krytím (gázové čtverce, hydrofilní obvazy a elastické obvazy) způsobuje prosáknutí sekretu z rány a následné zaschnutí i ke spodině rány. Pokud není obvaz zvlhčen fyziologickým roztokem, dochází ke stržení a poškození nově se tvořících buněk, krvácení a zpomalení hojení. Nadměrné hospodaření s kompresivními obvazy používané u defektů žilního původu musí být dostatečně elastické tak, aby zajistilo správnou funkci. Pokud obvazy ztratí elasticitu, jsou již nepoužitelné, protože nedochází k podpoře žilně svalové pumpy a k ovlivnění průsvitu rozšířených žil (Pospíšilová, 2004, s. 74-75).

Nutné je respektovat pokyny ošetřujícího personálu, které zajišťují komplexní léčbu zahrnující různé fáze hojení a dodržovat preventivní opatření, kde je cílem kvalitního ošetřování zajistit co nejrychlejší regeneraci tkání a kompletní zhojení i když je průběh hojení u nemocných zcela individuální.

### 1.7.2 Vliv výživy na hojení defektů

Výživa je jedním z nejdůležitějších faktorů, který se podílí na procesu hojení. Dostatek bílkovin, vitamínů, minerálů a stopových prvků podporuje veškeré hojení. Poruchy nutričního stavu se vyskytují u nemocných trpících kachexií, anorexií a u obézních, u kterých dochází k rozestupu rány a ke snížené kontrakční schopnosti defektu.

Nutričně vyvážená strava obsahuje 15-20 % bílkovin, 25-35 % tuků a 45-65 % sacharidů. Součástí výživy musí být i mastné kyseliny (více než 8 g/den), esenciální mastné

kyseliny, omega-3 mastné kyseliny a antioxidanty. Nezbytný je také dostatečný příjem tekutin, který je u jedinců v rozmezí 18-55 let 35 ml/kg/den, nad 55 let 30 ml/kg/den nebo minimum 1500 ml/den (Stryja, 2008, s. 44).

Bílkoviny jsou nezastupitelnou složkou stravy, které při nedostatku způsobují celkově sníženou imunitu, nedostatečnou schopnost bílých krvinek pohlcovat a ničit bakterie, prodlužují zánětlivou fázi hojení a snižují tvorbu vaziva. Bílkoviny se ve velké míře podílí na hojení ran (Pospíšilová, 2004, s. 69).

Z vitamínů je důležitý *vitamín A*, který se podílí na tvorbě vaziva, jeho nedostatek způsobuje poruchu epitelizace, zpomalení syntézy kolagenu a časté infekce. *Komplex vitamínů B* ovlivňuje enzymy. *Vitamín C* ovlivňuje kvalitu vlásenec, syntézu kolagenu a rezistenci k infekcím, při neadekvátním přísunu daného vitamínu, způsobí zvýšenou křehkost kapilár. *Vitamín D* souvisí s metabolismem kalcia. Význam *vitamínu E* spočívá v antioxidační funkci, má protizánětlivé účinky a ovlivňuje imunitní procesy. *Vitamín K* se podílí na syntéze protrombinu a faktoru VII, IX, X a nedostatek může mít za následek zvýšené krvácení (Resl, 1997, s. 149).

K hojení bércových vředů jsou nezbytné i stopové prvky a minerální látky. *Vápník* se podílí na všech tkáňových enzymech štěpících kolagen, produkovaných epitelovými buňkami, fibroblasty, makrofágy a leukocyty. *Draslík* se podílí na celkové stabilitě vnitřního prostředí a zajišťuje svalový tonus. *Hořčík* se podílí na srážení krve, účastní se v enzymatických reakcích, které působí na regulaci růstu, látkovou přeměnu a na činnost buněk. *Železo* spolupůsobením s jinou látkou zesiluje účinek hydroxylace (reakce, která zvyšuje rozpustnost ve vodě nebo umožní spojení s jinou látkou) aminokyselin, lysinu a prolinu a je nezbytné k tomu, aby leukocyty mohly ničit bakterie. Při nedostatku železa dochází k anémii a hypoxii tkání. *Měď* má význam pro tvorbu kolagenu. *Zinek* stimuluje růstové faktory, včasně remodeluje kolagen, je součástí enzymatických pochodů a významně se podílí v biologickém a biochemickém systému (Resl, 1997, s. 149).

Nutriční podpora se zaměřuje zejména na úpravu a terapii metabolických poruch. Nutné je sledovat, jak pacient výživové doplňky snáší. Výrobky mají různý energetický obsah, přídavek bílkovin, vlákniny, vitamínů a stopových prvků (Stryja, 2008, s. 45).

### 1.7.3 Technika bandážování

Aby měla kompresivní bandáž patřičný efekt, musí být správně přiložena, a proto je nutné respektovat sedm základních pravidel.

Kompresivní obvaz se přikládá dříve, než nemocný svlékne dolní končetiny z lůžka, protože je končetina bez otoku nebo s minimálním otokem.

V kloubu hlezenním svírá končetina úhel 90 stupňů.

Obinadlo vhodné šíře (8-10 cm) je vedeno tak, aby nerozvinutá část směřovala ven, a držení musí být krátké.

Přiložení začínáme ve směru od akrálních částí směrem k srdci.

Délka obinadla pokrývá celou končetinu včetně paty (alespoň dvě otočky) a lýtka v pravidelných otáčkách, které se překrývají ze 2/3 a nevytvářejí přehyby.

Tlak obinadla je maximální v krajině kotníků, nad kotníky se tlak začíná snižovat a pod kolenem je asi poloviční než v kotnících.

Prohloubená místa vypodložíme tak, aby styčná plocha na končetinu byla stejná, a bandáž zakončíme náplastí nebo zavíracím špendlíkem.

Velmi často se setkáváme s řadou chyb, kterých se klienti neustále dopouštějí: používají krátká a úzká obinadla, obvazují pouze úsek postižené končetiny, bandáž má neefektivní tlak v oblasti kotníků, aplikují stará a nefunkční obinadla, nebandážují patu, zakončení obinadla provádí pomocí ostrých svorek nebo zasunutím poslední otáčky pod obinadlo.

Pokud je bandáž správně přiložená, tak má nemocný pocit úlevy, bezpečné opory a dochází ke zmenšení otoku. V žádném případě by neměla způsobovat nedokrevnost.

### 1.7.4 Preventivní opatření

Prevence spočívá v odstranění, kompenzaci nebo redukci příčiny a rizikových faktorů. Křečové žíly i nedomykavá místa se operativně nebo sklerotizací odstraňují. Avšak jsou i příčiny onemocnění, které operativně odstranit nelze, a tady nastupuje léčba konzervativní. Důležité je nošení kompresivních punčoch nebo obinadel celoročně. V letních obdobích pacientům vadí estetická stránka i pocit horka na dolní končetiny. Teplem se žíly rozpínají a žilní oběh se zhoršuje. Je nezbytné se vyhýbat účinkům tepla např. pobyt na slunci a sauny. Vhodně zvolená pohybová aktivita se podílí na zlepšení funkce žilně svalové pumpy. Pozitivně působí masáže nebo sprchování končetin vlažnou vodou, které se musí provádět dlouhodobě a pravidelně. Nelze opomenout i vyvarování se dlouhodobému sezení a stání. Obuv se doporučuje pohodlná a na širším podpatku (3 až 4 cm). Nepříznivě

působí ponožky a podkolenky se škrticím okrajem, které zvyšují městnání krve a oblečení s těsným lemem je rovněž nevhodné. Za velmi vhodné se považuje dodržování těchto doporučení - optimální tělesná hmotnost, vhodně zvolená strava, prevence zácpy, užívání venotonik a zákaz kouření. Hormonální antikoncepce a opakovaná těhotenství mají nepříznivý vliv na žíly dolních končetin, protože způsobují rozšíření žil, stázu žilní krve a vyšší riziko trombózy. Bodnutí hmyzem může způsobit kožní změny na bérkách a progresi onemocnění. Při dlouhodobém cestování letadlem nebo dopravními prostředky dochází ke zvýšenému riziku vzniku trombózy, a proto se doporučuje po dvou hodinách projít nebo provádět jednoduché cviky nohou (kroužení v kotnících, pohybování s prsty dolních končetin a změny poloh), dostatek tekutin, omezení příjmu sedativ a hypnotik, u rizikových skupin nad 40 let užívání venotonik minimálně týden před cestou a kompresivní punčochy. K předcházení dalšího vzniku bércového vředu je třeba věnovat zvýšenou péči o kůži dolních končetin a jizvy, které je potřeba dostatečně hydratovat vhodně zvolenými krémy např. Diprosone base, Excipial krém, Linola krém, Lipobase, Omega lipoderm, Wolf Basis krém a další. Nelze však opomíjet pravidelné kontroly u lékaře, i když dojde ke zhojení vředu. Dolním končetinám se uleví, když jsou vypodloženy o 10 až 15 cm v noci i během dne. Lékař je povinen vysvětlit nemocnému příčinu onemocnění, průběh a možnosti léčby, prakticky nacvičit způsob ošetřování a přikládání kompresivních obvazů.



## 2 EDUKACE U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM

### 2.1 Edukace

Je chápána jako proces vzdělávání a výchovy, který může probíhat v každé fázi ošetrovatelského procesu. Cílem edukace je, aby si pacient/klient osvojil vědomosti, získal zručnost, zvládl nové poznatky a vytvořil nové postoje. Pojem edukace, který pochází z latinského slova *educare*, *educare* - vychovávat, vést má nezastupitelné místo v ošetrovatelství. Edukovat může lékař, sestra, učitel, školitel, lektor, instruktor, konzultant.

S rozvojem ošetrovatelství dochází současně i ke změně role sestry. Sestra aktivně povzbuzuje a edukuje jednotlivce, rodinu či komunitu, aby byly zodpovědní za své zdraví i zdravý způsob života. Sestry zabezpečují profesionální péči. Vzdělání sestry je adekvátní její roli, postavení, zodpovědnosti a kompetencím. Sestry pomáhají jedincům, rodinám a komunitám zabezpečovat jejich fyzický, mentální a společenský potenciál v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí a pracují (Magurová, Majerníková, 2009, s. 31-32).

Je nezbytné, aby zdravotníci jako edukátoři respektovali individualitu, věk, rozumové schopnosti, aktuální zdravotní stav K/P. Edukovaný by neměl být pasivní příjemce informací. Předpoklady sestry jako edukátorky jsou: teoretické znalosti a praktické dovednosti dané problematiky, empatie, trpělivost, ochota a respektování individuálního tempa klientů, verbální a nonverbální schopnost komunikace, vytvoření vzájemné důvěry s K/P.

Prostřednictvím edukačních metod směřujeme k dosažení edukačních cílů. Jednotlivé edukační metody se vzájemně ovlivňují a doplňují. U monologických metod se využívá výklad, vysvětlování, popis a přednáška. Při dialogické metodě jako je např. diskuze, dialog nebo rozhovor (používá se při znalosti v dané problematice), dochází k okamžité zpětné vazbě a důvěrnějšímu vztahu. Brainstorming využívá skupinový výkon. Heuristická neboli objevitelská metoda spočívá v hledání nových poznatků. Aktivizující metody zahrnují případové (včetně metody situační), stimulační a projektové postupy a motivační metody zakládající se na zaujetí, povzbuzení a zájmu o další informace a sebevzdělávání K/P.

Z hlediska počtu edukovaných k edukátorovi se jedná o formu individuální, skupinovou a hromadnou. Ideální počet je 8 až 12 osob. Praktické aspekty edukace spočívají na čase, místě a počtu osob. Individuální edukace se může přizpůsobit osobnosti, schopnostem, emočnímu stavu, vzdělání a věku edukovaného. Nevýhodou je časová a ekonomická náročnost. Skupinová edukace se realizuje různým počtem jednotlivců, kteří musí splnit

určitá kritéria jako je např. věk nebo zájem. Nevýhodou je nerespektování individuálních potřeb. Hromadná edukace probíhá současně s celou skupinou bez ohledu na členění.

Druhy edukace se odvíjejí od edukační činnosti, která se snaží udržovat, navracet nebo předcházet poškození zdraví, a také zkvalitnit život v průběhu nemoci u dlouhodobě nemocných či invalidních klientů. *Primární edukace* se zaměřuje na zdravé jedince. *Sekundární edukace* nastupuje v případě nemoci, která již vznikla. Spočívá v poučení klienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoc léčit. *Terciární edukace* se týká osob, které se nemohou zcela uzdravit. Cílem je vyhnout se problémům a komplikacím (Jarošová, 2000, s. 22).

Edukace v ošetrovatelství se rozděluje i na základní, komplexní a reedukační. Základní edukace začleňuje nejdůležitější informace o daném onemocnění a uskutečňuje se, když nemocný nemá žádné informace o problematice. Komplexní edukace je již rozšířenější, probíhá při chronických onemocněních. Reedukace vědomosti zdokonaluje, aktualizuje a obohacuje i o nové vědomosti, poznatky a postoje. Pokračování v edukaci je důležité i z hlediska prohloubení a obnovení už získaných vědomostí a zručnosti (Magurová, Majerníková, 2009, s. 63).

Je nutné vždy o každé edukaci vést edukační záznam. Ten by měl být součástí zdravotnické dokumentace a měl by obsahovat: téma, kdo, kdy, kde, koho edukuje, cíle, obsah edukace, pomůcky, metody a formy, zda byly cíle splněny, podpis edukujícího a edukovaného.

## **2.2 Edukační proces u pacienta s bércovým vředem**

Je tvořen pěti fázemi: posuzování, diagnostika, plánování, realizace (motivace, expozice, fixace, aplikace) a vyhodnocení.

### **2.2.1 Posuzování**

V této fázi se zaměřujeme na systematický a nepřetržitý sběr, třídění a analýzu údajů o K/P. Údaje získáváme informacemi z dokumentace nebo metodou rozhovoru. Otázky zaměřujeme na oblasti: vzdělání, kulturu, náboženství, společensko-ekonomické faktory, názory a postoje k jeho zdraví, příčinu vzniku onemocnění, výskyt bolestí, potíže a nejasnosti při ošetrování a léčbě. Pozorováním se snažíme rozpoznat osobnostní vlastnosti K/P, pozornosti, motivaci, styl učení, předpoklady a jeho potřeby. Fyzikálním vyšetřením zhodnotíme pohledem stav rány a fázi léčby defektu např. čisticí, granulační a epitelizační. Šká-

ly používáme ke zhodnocení chronické žilní insuficience, VCSS - klinické skórování a VDS - Venous Disability Score. Dotazníkem můžeme zjistit úroveň vědomostí, popř. nejasnosti v léčbě a ošetřování vředu. Dále zjišťujeme přidružená onemocnění, která by mohla mít vliv na onemocnění bérčovými vředy, profil jeho rodiny.

### 2.2.2 Diagnostika

Na základě získaných informací stanovíme vzdělanostně-vědomostní diagnózu, která vymezuje problémy a potřeby K/P s bérčovým vředem, příčiny, faktory, které ovlivňují a podmiňují problémy a stanovení podle priorit. Cílem je určit, zda edukovaný má potřebu učit se, zjistit potřebné a důležité údaje, specifikovat vědomosti, které K/P chybí a diagnostikovat potřeby.

### 2.2.3 Plánování

Vytváří se edukační plán, který musí být flexibilní a komplexní. Nejprve se musí stanovit priority edukace, které jsou seřazeny podle priorit a určení edukačního záměru tak, aby motivovaly K/P. Je potřeba naplánovat priority edukace, frekvenci a trvání edukačních aktivit, kdy jedna edukační činnost by neměla přesahovat 45 minut. Organizaci a zvolení vhodných prostor se snažíme přizpůsobit K/P. Edukační metody, přípravu pomůcek a studijní materiál vytváříme s ohledem na věk, schopnost učit se a na vzdělání. Obsah vyplývající z cílů, které se realizují s K/P z jeho potřeb, kontrola, plnění plánu a vyhodnocení.

Edukační cíle jsou výchovně-vzdělávací výsledky, které vyjadřují účel edukace. Vhodně zvolený cíl je správně formulovaný, motivuje, lze ho realizovat a kontrolovat a je komplexní. Typy edukačních cílů jsou kognitivní (poznávací, vědomostní), afektivní (hodnotové, postoje) a činnostní (psychomotorické) (Kuberová, 2010, s. 37-46).

*Kognitivní cíle* směřují ke složce vědomostní a intelektuální. K/P bude znát podstatu vzniku bérčového vředu. Bude uplatňovat svoje poznatky a vědomosti při léčbě defektu. Porozumí a zapamatuje si nově podané informace týkající se onemocnění bérčovými vředy.

*Afektivní cíle* se týkají názorů, postojů a hodnot edukujícího. K/P bude mít zájem o léčbu bérčových vředů. Bude klidnější a sebevědomější při ošetřování defektu na dolní končetině. Vyvolává zájem o své zdraví a svou pozornost zaměřuje na onemocnění bérčovým vředem, kdy si vytváří pozitivní vztah k činnostem.

*Psychomotorické cíle* se týkají především zručností manuálního charakteru. K/P bude schopen provést správnou bandáž nebo ošetření defektu. Bude schopen způsob ošetřování či přikládání bandáží provádět komplexně a automaticky.

#### **2.2.4 Realizace**

Realizaci uskutečňujeme nejprve motivací, kdy vyvoláme zájem K/P. Následuje primární setkání s novými informacemi prostřednictvím přednášky o onemocnění, léčbě a léčebném režimu bércových vředů s následnou ukázkou edukační brožury a praktickým nácvikem. Dále opakování a fixace nově získaných činností, které se týkají ošetřování bércových vředů a informací o onemocnění.

#### **2.2.5 Hodnocení**

Umožňuje společně zhodnotit dosažené cíle na základě kritérií, která byla stanovena ve fázi plánování. Metody hodnocení: kladení otázek v diskuzi či rozhovoru, řešení problémových úloh, pozorování klienta při praktických činnostech a realizace zápisu o edukaci K/ P. Závěrem se zpravidla zdůrazňuje pozitivita edukačního procesu pochvalou a povzbuzením, potom se teprve přistupuje ke kritice. Zhodnocení by mělo poskytovat i návrhy např. pokud bude K/P již schopen si ošetřovat defekt a přikládat si správně bandáž, může následovat ukázka a nácvik cviků ke zlepšení žilního návratu aj.

### **2.3 Oblasti edukace pacienta s bércovým vředem**

Vhodně zvolená edukace pomáhá pacientům s bércovým vředem, ale i rodinným příslušníkům. Jelikož se jedná o chronickou ránu, která se hojí nejméně šest týdnů, je i časová náročnost na samotné hojení bércového vředu velká. Edukace musí zahrnovat i vzájemnou spolupráci lékaře se sestrou, protože všeobecná sestra ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. § 4 edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, a připravuje pro ně informační materiály. Preventivní opatření jsou též neoddelitelnou součástí léčby, proto je sestra povinna řádně poučit pacienta nebo pečující osoby nejen o způsobu ošetřování, ale i o režimových opatřeních, která vedou ke zlepšení průběhu léčba a usnadnění průběhu hojení.

V primární fázi je nezbytné seznámit pacienta s onemocněním a s tím, jak bude léčba probíhat. Aby byla léčba efektivní, musí být nejprve stanovena přesná etiologická

diagnóza. Dále se přistupuje ke správnému ošetřování defektu, používání kompresivních obvazů či punčoch, rizikovým faktorům a preventivním opatřením.

Prevence by měla být zaměřena na odstranění rizikových faktorů vzniku poranění, měla by zahrnovat důraz na správnou kompresi, na dostatečnou pohybovou aktivitu, redukci hmotnosti, dbát o správné zažívání, vyhýbání se účinkům tepla, používání správné obuvi a oděvu a na omezení kouření. Důležité je též zabránit komplikacím již vzniklých vředů a kontrolovat stav nemocných po zhojení vředů. Opomíjenou stránkou bércových vředů je bolest, která pacientovi zhoršuje kvalitu života. Poučení pacienta o užívání analgetik často velmi pomůže i po psychické stránce.

Cílem edukace je, aby se pacient aktivně podílel na léčbě a hojení bércového vředu. Nutná je motivace pacientů, holistický přístup k péči, dodržování léčebného režimu a prevence vzniku recidiv vředů.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**Cíl č. 1:** Zjistit, jaké mají respondenti základní vědomosti o bércovém vředu (etiologie, patofyziologie, diagnostika, léčebný režim, komplikace a prevence).

**Cíl č. 2:** Zjistit, jak respondenti dodržují léčebný režim.

**Cíl č. 3:** Porovnat vědomosti a dodržování léčebného režimu u dvou skupin respondentů z ambulancí při nemocnicích a poliklinikách ve Zlínském kraji.

**Cíl č. 4:** Navrhnout edukační materiál zaměřený na doplnění informací.



## 4 METODIKA PRŮZKUMU

### 4.1 Metodika práce

Průzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou sběru dat- pomocí dotazníkového šetření. Anonymní dotazník byl sestaven na základě nastudované odborné literatury z různých zdrojů, z praxe vykonávané na pracovištích se sestrami zabývající se problematikou bércových vředů a z osobních zkušeností získaných při ošetřování babičky, která mi byla taktéž inspirací pro zvolení tématu bakalářské práce.

Dotazník, který byl rozdělen na tři části, obsahoval celkem 29 otázek. Část A zahrnovala osm otázek informačního charakteru, kde byly zjišťovány základní údaje o pacientovi a jeho onemocnění bércovými vředy. Do části B je zařazen znalostní test základních vědomostí dané problematiky. Část C obsahuje dodržování léčebného režimu. Dotazník je doložen formou přílohy (viz příloha PI).

### 4.2 Organizace dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu měsíce ledna až března ve dvou nemocnicích na kožních ambulancích a v pěti soukromých kožních ambulancích ve Zlínském kraji, kde byly dotazníky rozdány. Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků, z toho bylo pro neúplnost informací zpracováno pouze 97 dotazníků. Návratnost byla tedy 78 %. Dotazníky byly po předchozí domluvě ponechány v uvedených ambulancích, kdy ve většině případů sestry prostřednictvím rozhovoru s pacientem dotazník vyplnily, nebo jim napomáhaly s vyplněním, jelikož se jednalo převážně o pacienty staršího věku, kteří nebyli schopni dotazník bez druhé osoby vyplnit. Bohužel, často jsem se setkávala i s neochotou jak sester, tak i pacientů.

V rámci kontroly pochopení a efektivnosti dotazníku proběhla pilotní studie v počtu deseti respondentů. Některé položky byly poté upraveny. Konečná verze dotazníku se skládá z 29 otázek rozdělených do tří částí.

### 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaným vzorkem byli pacienti s bércovým vředem, kteří ambulantně navštěvují kožní ambulance. Etiologie bércového vředu je různá a pacienti bércovými vředy trpí nejméně čtyři měsíce. Věk a pohlaví respondentů nerozhoduje.

Vlastní dotazníkové šetření bylo uskutečněno v kožních ambulancích při nemocnicích v Uherskohradištské nemocnici a. s., kde dotazníky vyplnilo 15 pacientů a v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně bylo vyplněno 33 dotazníků. V soukromé kožní ambulanci v Uherském Hradišti vyplnilo dotazníky 12 respondentů, ve Zlíně a v Uherském Brodě 9 respondentů, v Otrokovicích bylo použito 8 dotazníků a v Luhačovicích 11 dotazníků k vyhodnocení. Průzkumné šetření probíhalo na území Zlínského kraje.

#### **4.4 Charakteristika položek**

Jak bylo již zmíněno, dotazník obsahoval 29 položek. Z nichž položky v části A č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 jsou zaměřené na identifikační údaje pacientů, konkrétně na jejich věk, pohlaví, dobu trvání onemocnění, četnost onemocnění končetin/y, příčinu vzniku onemocnění, spokojenost s podanými informacemi o diagnostice, léčbě a ošetřování bércevého vředu. Položky v části B č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 se týkají základních vědomostí dané problematiky. Položky v části C č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 se týkají postojů pacientů s bérceovým vředem v rámci dodržování léčebného režimu.

#### **4.5 Zpracování získaných dat**

Pro zpracování získaných údajů dotazníkového šetření jsem používala program Microsoft Excel 2003. Výsledná data jsou uvedena v absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na otázky v dotazníku stejnou možností. Relativní četnost je znázorněna v procentech a udává, kolik procent z celku připadá na danou dílčí veličinu. Výsledky dotazníkové šetření byly slovně komentovány a sestaveny do tabulek a grafů.

## 5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEHO ANALÝZA

### 5.1 Zpracování dotazníku

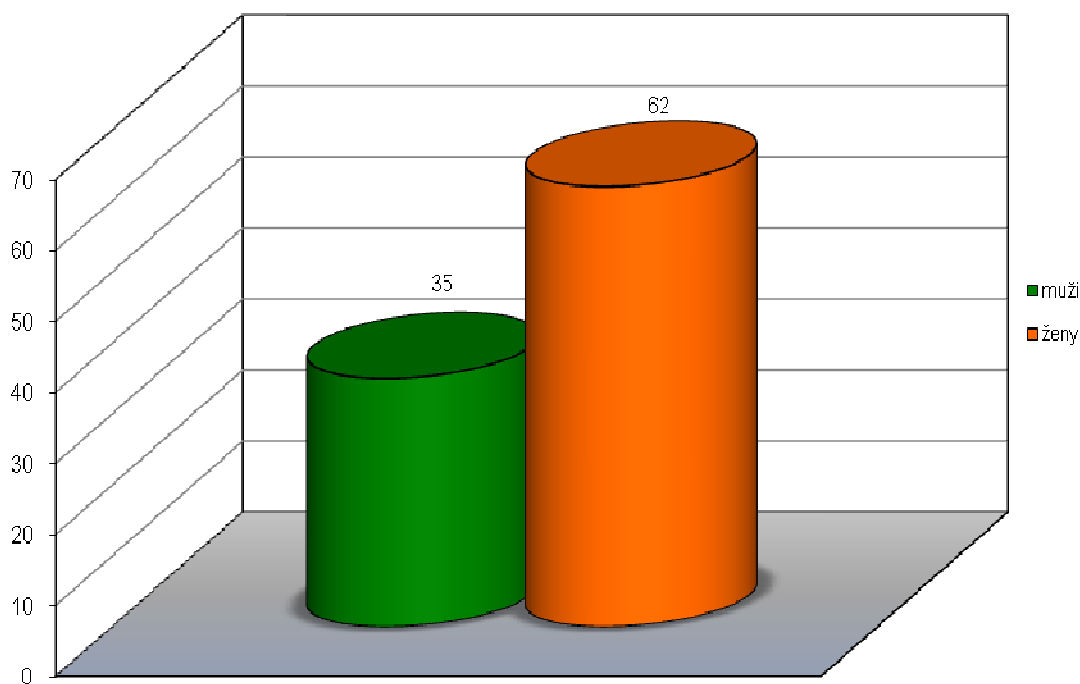
#### ČÁST A

#### OTÁZKA č. 1

Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1a: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	35	36 %
Ženy	62	64 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č.1a: Pohlaví

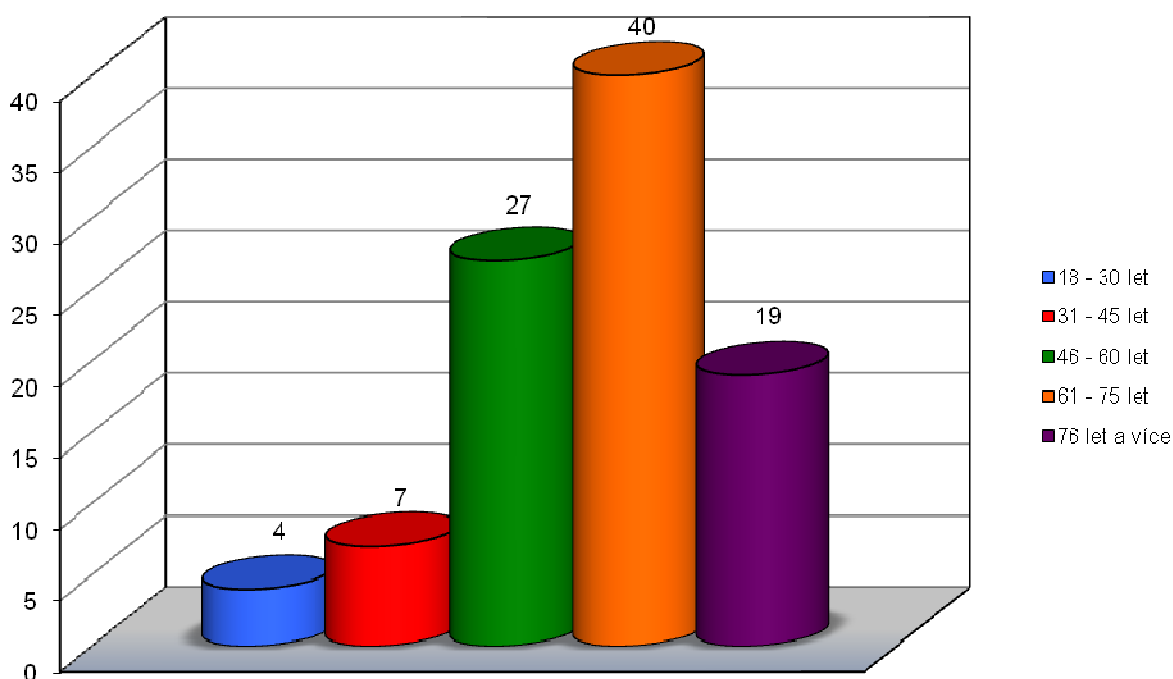
**Komentář k otázce č. 1:** Šetření se zúčastnilo 35 (36 %) mužů a 62 (64 %) žen z celkového počtu 97 respondentů. Tudiž ženská populace je téměř o ½ postižena více bérčovými vředy než muži, což koresponduje s údaji dostupnými v literatuře.

## OTÁZKA č. 2

Váš věk?

Tabulka č. 2a: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 30 let	4	4 %
31 - 45 let	7	7 %
46 - 60 let	27	28 %
61 - 75 let	40	41 %
76 let a více	19	20 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 2a: Věk

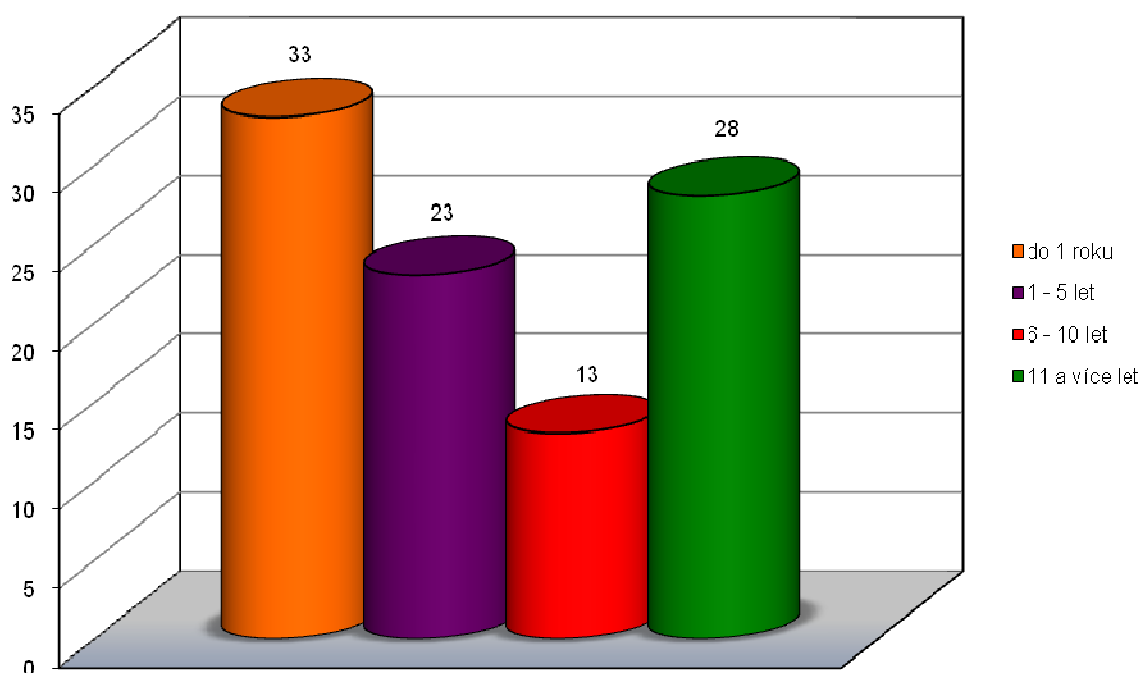
**Komentář k otázce č. 2:** Z grafu a tabulky je viditelné, že onemocnění postihuje 40 (41 %) respondentů ve věkovém rozmezí 61-75 let. Další věkovou kategorií tvoří 27 (28 %) respondentů ve věku 46-60 let. Ve věku 76 let a více je 19 (20 %) respondentů a 7 (7 %) respondentů tvoří věkovou kategorií 31-45 let. Nejméně, a to 4 (4 %) z dotazovaných odpovídalo ve věku 18-30 let. Výsledné údaje korespondují s dostupnou literaturou, tzn., že četnost onemocnění bércovými vředy se zvyšuje s přibývajícím věkem respondentů.

**OTÁZKA č. 3**

Jak dlouho máte otevřený bércový vřed?

*Tabulka č. 3a: Doba trvání onemocnění*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	33	34 %
1 - 5 let	23	24 %
6 - 10 let	13	13 %
11 a více let	28	29 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 3a: Doba trvání onemocnění*

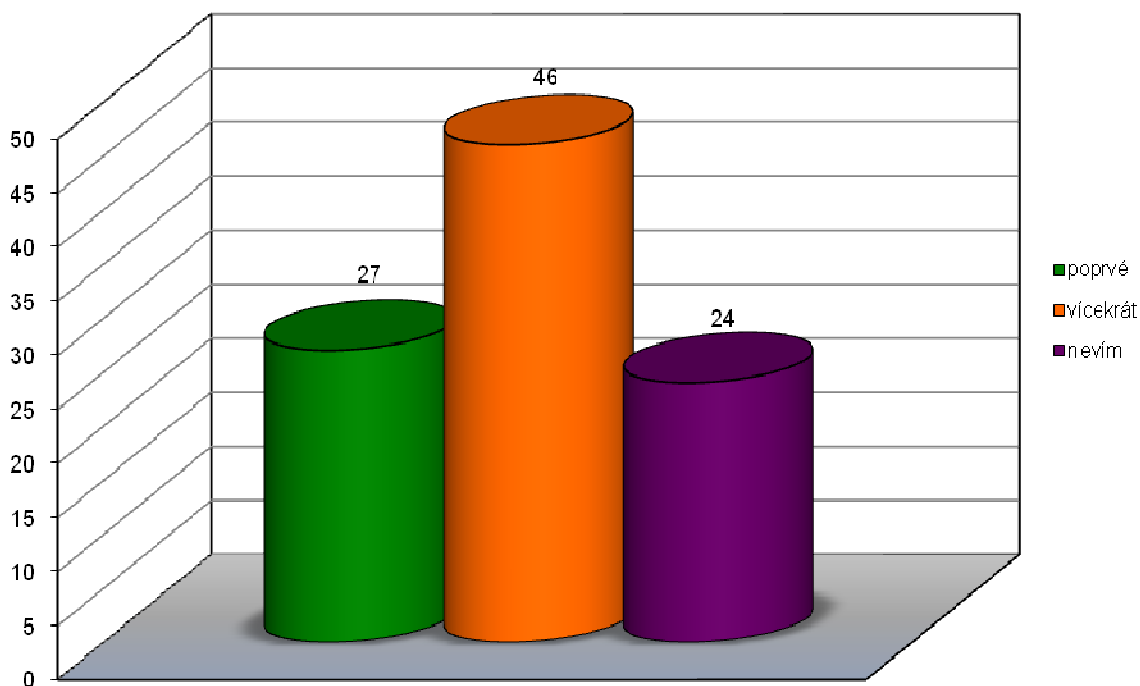
**Komentář k otázce č. 3:** 33 (34 %) respondentů se léčí s onemocněním do jednoho roku. 11 a více let žije s onemocněním 28 (29 %) respondentů. (Jeden respondent v dotazníku udává, že s onemocněním žije asi 35 let.) 23 (24 %) respondentů poznamenalo onemocnění na dobu 1-5 let. Nejmenší skupinu, a to 13 (13 %) tvořili respondenti trpící bércovým vředem v rozmezí 6-10 let.

**OTÁZKA č. 4**

Bércový vřed máte otevřený?

*Tabulka č. 4a: Četnost onemocnění*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Poprvé	27	28 %
Vícekrát	46	47 %
Nevím	24	25 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 4a: Četnost onemocnění*

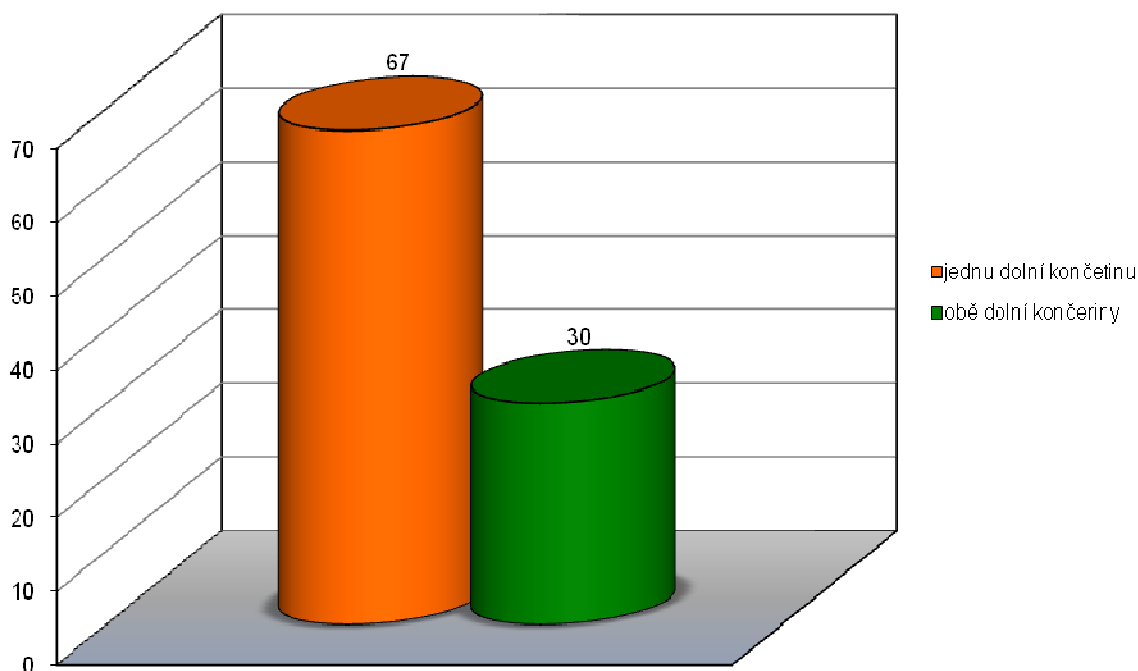
**Komentář k otázce č. 4:** 46 (47 %) dotazovaných respondentů uvádělo, že ke vzniku onemocnění došlo vícekrát. Poprvé bércový vřed vznikl u 27 (28 %) dotazovaných a 24 (25 %) dotazovaných uvádělo, že neví.

**OTÁZKA č. 5**

Bércový vřed postihuje...

*Tabulka č. 5a: Onemocnění končetin/y*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Jednu dolní končetinu	67	69 %
Obě dolní končetiny	30	31 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>

*Graf č. 5a: Onemocnění končetin/y*

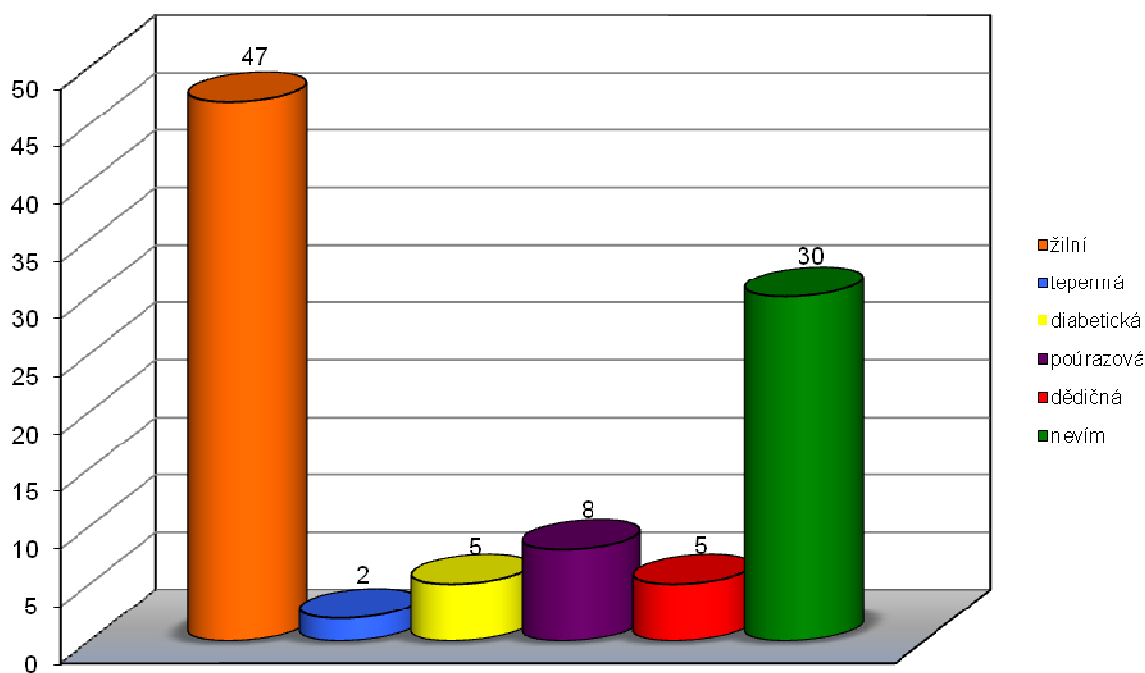
**Komentář k otázce č. 5:** Z grafu a tabulky je patrně viditelné, že 67 (69 %) respondentů má bércový vřed na jedné dolní končetině a 30 (31 %) respondentů má postiženy dolní končetiny obě.

## OTÁZKA č. 6

Jaká je příčina vašeho onemocnění?

Tabulka č. 6a: Příčina onemocnění

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žilní	47	49 %
Tepenná	2	2 %
Diabetická	5	5 %
Pouřazová	8	8 %
Dědičná	5	5 %
Nevím	30	31 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 6a: Příčina onemocnění

**Komentář k otázce č. 6:** Nejvíce dotazovaných, a to 47 (49 %) respondentů uvádělo, že příčina jejich onemocnění je žilního původu. Dále následuje odpověď u 30 (31 %) respondentů, že pacienti neznají svou příčinu onemocnění. Jako pouřazovou příčinu uvádělo 8 (8 %) respondentů. Kategorie diabetické a dědičné příčiny byly uváděny u 5 (5 %) dotazovaných a u 2 (2 %) respondentů byla příčina onemocnění tepenná.

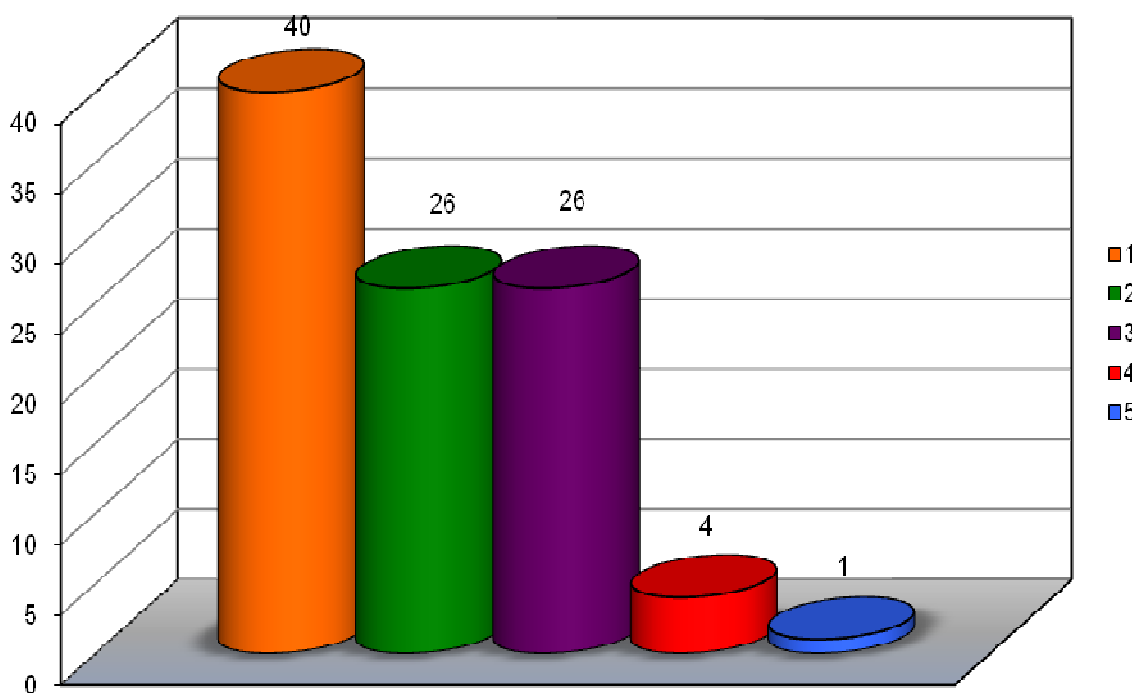


**OTÁZKA č. 7**

Informace, které vám byly poskytnuty o diagnostice, léčbě a ošetřování bércového vředu považujete za: (zakroužkujte číslo/známku, jako ve škole)

*Tabulka č. 7a: Poskytnutí informací*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	40	41 %
2	26	27 %
3	26	27 %
4	4	4 %
5	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 7a: Poskytnutí informací*

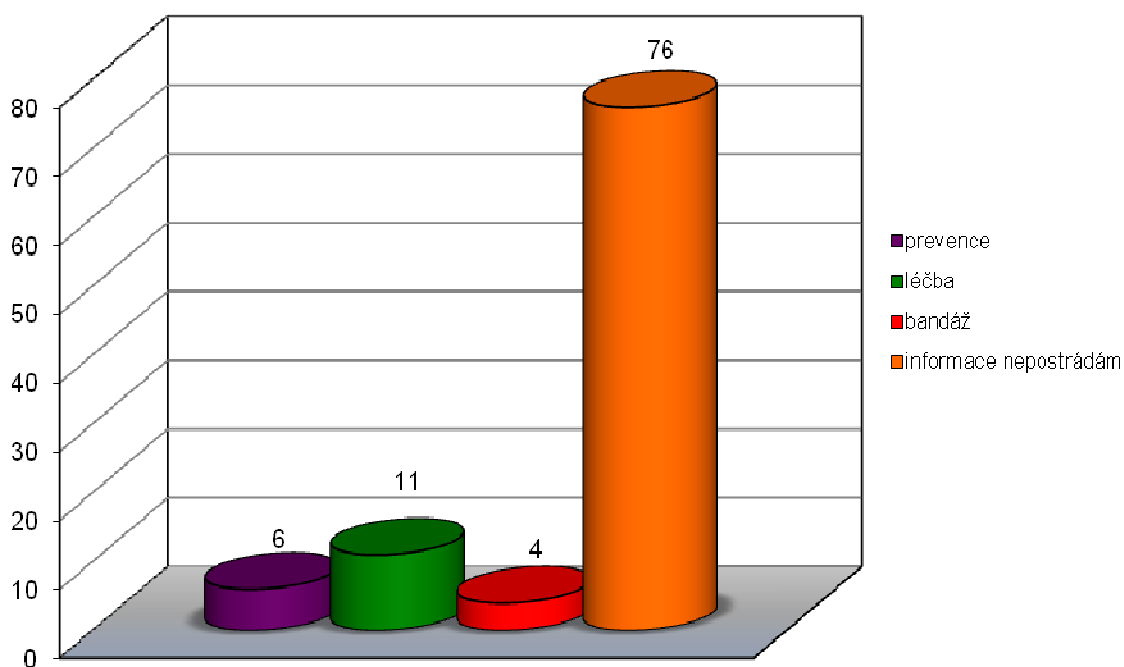
**Komentář k otázce č. 7:** Nejvíce dotazovaných respondentů, a to 40 (41 %) uvádělo, že poskytnuté informace o diagnostice, léčbě a ošetřování bércového vředu považují za dostatečné, což je číslo 1. Čísla 2 a 3 byly uváděny u 26 (27 %) dotazovaných. 4 (4 %) respondenti označili poskytnuté informace číslem 4. Nedostačující informace (číslem 5) uvedl pouze jeden respondent (1 %).

**OTÁZKA č. 8**

V jaké oblasti si přejete doplnit informace týkající se problematiky bércevého vředu?

Tabulka č. 8a: Oblast k doplnění informací

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prevence	6	6 %
Léčba	11	11 %
Bandáž	4	4 %
Informace nepostrádám	76	79 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 8a: Oblast k doplnění informací

**Komentář k otázce č. 8:** Nejvíce dotazovaných, a to 76 (79 %) odpovědělo, že informace nepostrádá. Informace v kategorii týkající se léčby postrádá 11 (11 %) respondentů. O prevenci bércevého vředu se zajímalo 6 (6 %) respondentů. Poté s malým rozdílem následuje kategorie týkající se bandáží, která je zastoupena 4 (4 %) respondenty.

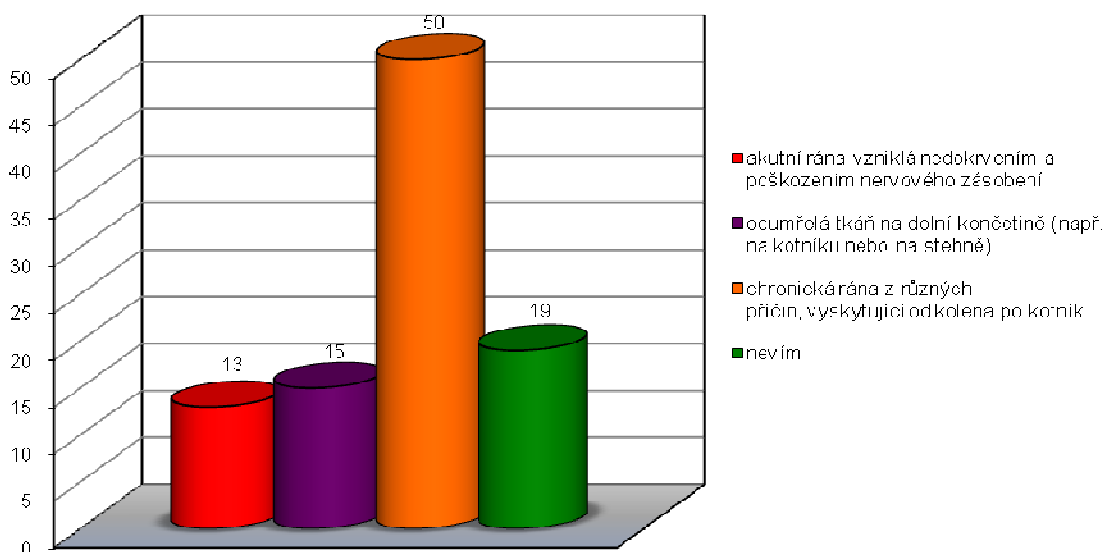
## ČÁST B - Znalostní test

## OTÁZKA č. 1

Bércový vřed je...

Tabulka č. 1b: Definice bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Akutní rána vzniklá nedokrvěním a poškozením nervového zásobení	13	13 %
Odumřelá tkáň na dolní končetině (např. na kotníku nebo na stehně)	15	15 %
<b>Chronická rána z různých příčin, vyskytující se od kolena po kotník</b>	<b>50</b>	<b>52 %</b>
Nevím	19	20 %
Celkem	97	100 %



Graf č. 1b: Definice bércového vředu

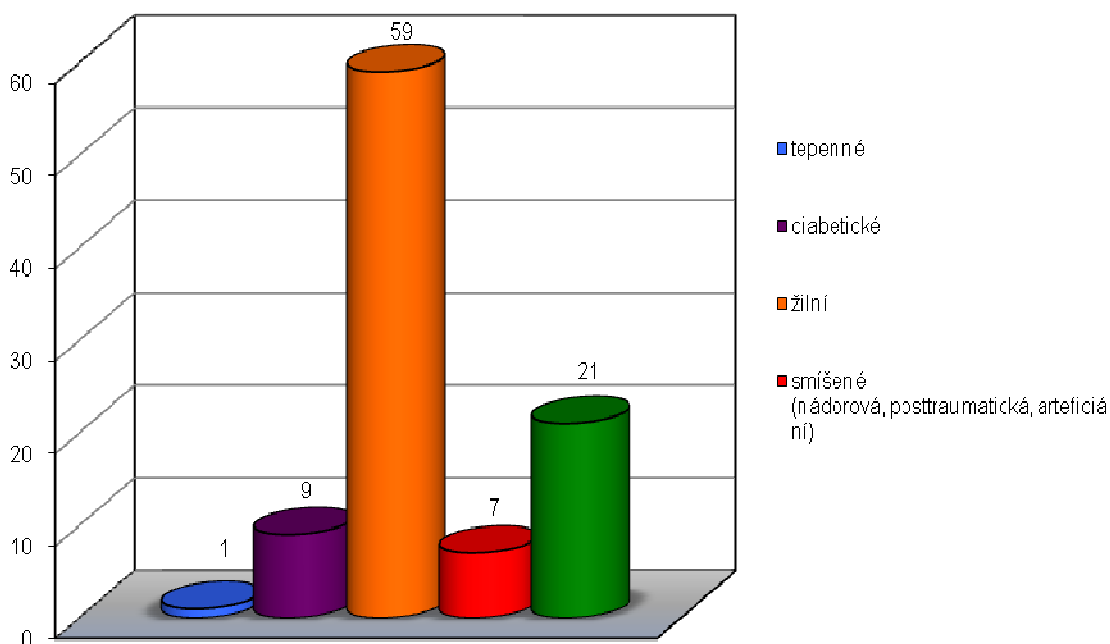
**Komentář k otázce č. 1:** Na otázku co je to bércový vřed nejvíce odpovídali dotazovaní správně, že se jedná o chronickou ránu, která vzniká z různých příčin a vyskytuje se od kolena po kotník, a to 50 (52 %) respondentů. Nevědělo 19 (20 %) dotazovaných a 15 (15 %) respondentů uvedlo bércový vřed jako odumřelou tkáň na dolní končetině (např. na kotníku nebo na stehně). Nejméně 13 (13 %) respondentů uvádělo, že bércový vřed je akutní rána vzniklá nedokrvěním a poškozením nervového zásobení.

## OTÁZKA č. 2

Příčiny bércových vředů jsou **nejčastěji**:

Tabulka č. 2b: Příčiny bércových vředů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tepenné	1	1 %
Diabetické	9	9 %
<b>Žilní</b>	<b>59</b>	<b>61 %</b>
Smíšené (nádorová, posttraumatická, arteficiální)	7	7 %
Nevím	21	22 %
Celkem	97	100 %



Graf č. 2b: Příčiny bércových vředů

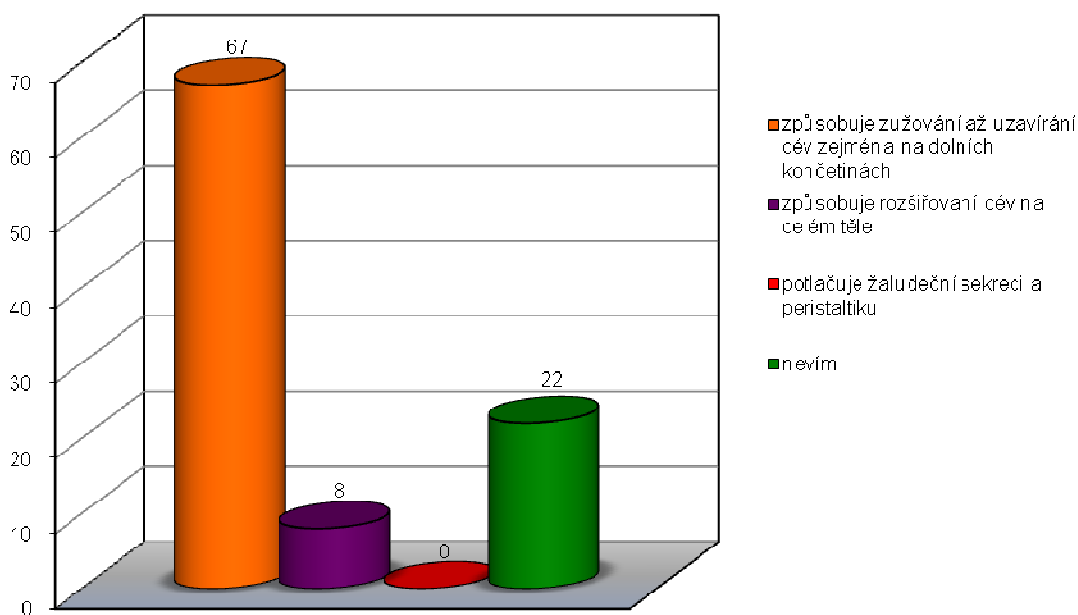
**Komentář k otázce č. 2:** Mezi nejčastější příčiny vzniku bércových vředů uvedlo správně 59 (61 %) respondentů příčinu žilní. Možnost nevím uvedlo 21 (22 %) respondentů a 9 (9 %) respondentů uvedlo diabetickou příčinu. Poté s malým rozdílem 7 (7 %) respondentů odpovědělo smíšenou příčinu jako je např. nádorová, posttraumatická a arteficiální. Pouze jeden (1 %) respondent uvedl tepennou příčinu vzniku, což je velmi málo, jelikož literatura uvádí 5 až 20 %.

**OTÁZKA č. 3**

Chronické působení nikotinu při kouření:

Tabulka č. 3b: Působení nikotinu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Způsobuje zužování až uzavírání cév zejména na dolních končetinách</b>	<b>67</b>	<b>69 %</b>
Způsobuje rozšiřování cév na celém těle	8	8 %
Potlačuje žaludeční sekreci a peristaltiku	0	0 %
Nevím	22	23 %
Celkem	97	100 %



Graf č. 3b: Působení nikotinu

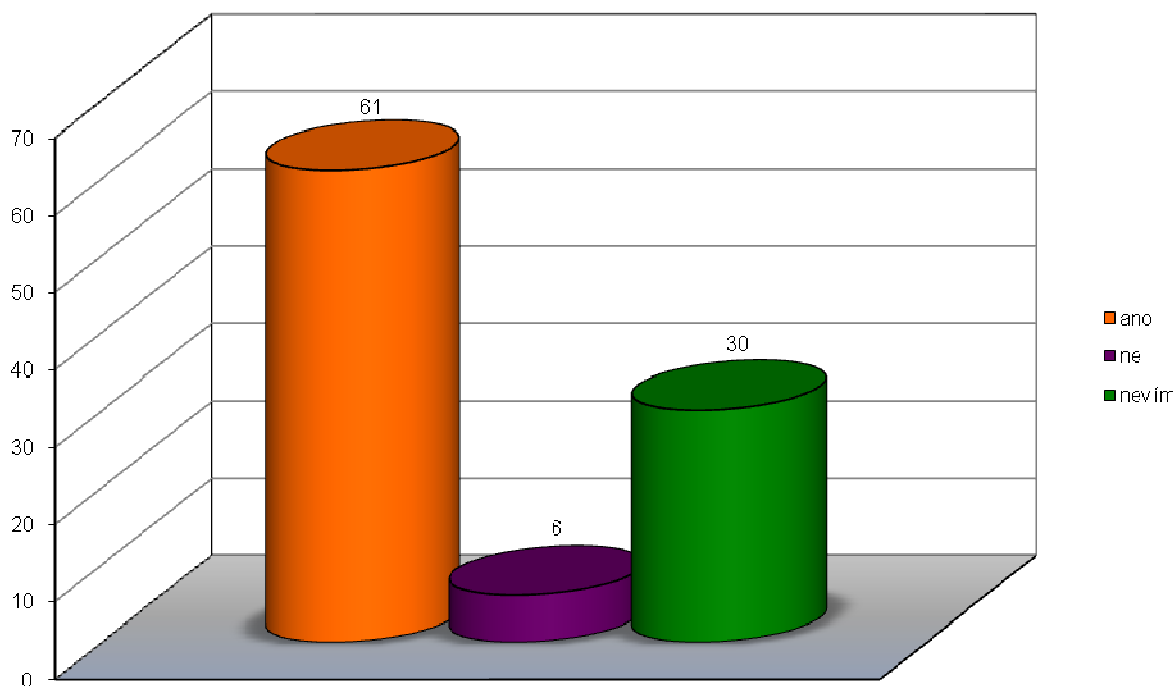
**Komentář k otázce č. 3:** 67 (69 %) dotazovaných uvedlo správnou odpověď, že nikotin v cigaretách způsobuje zužování až uzavírání cév zejména na dolních končetinách. Odpověď nevím zvolilo 22 (23 %) respondentů a 8 (8 %) respondentů uvedlo, že nikotin způsobuje rozšiřování cév na celém těle. Žádný dotazovaný nevedl odpověď, že nikotin potlačuje žaludeční sekreci a peristaltiku.

**OTÁZKA č. 4**

Vyšetření žilního a tepenného systému dolních končetin ultrazvukem - dopplerovským přístrojem je jedna z metod, která slouží k diagnostice příčiny bérkových vředů:

*Tabulka č. 4b: Vyšetřovací metody bérkových vředů*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	61	63 %
Ne	6	6 %
Nevím	30	30 %
Celkem	97	100 %



*Graf č. 4b: Vyšetřovací metody bérkových vředů*

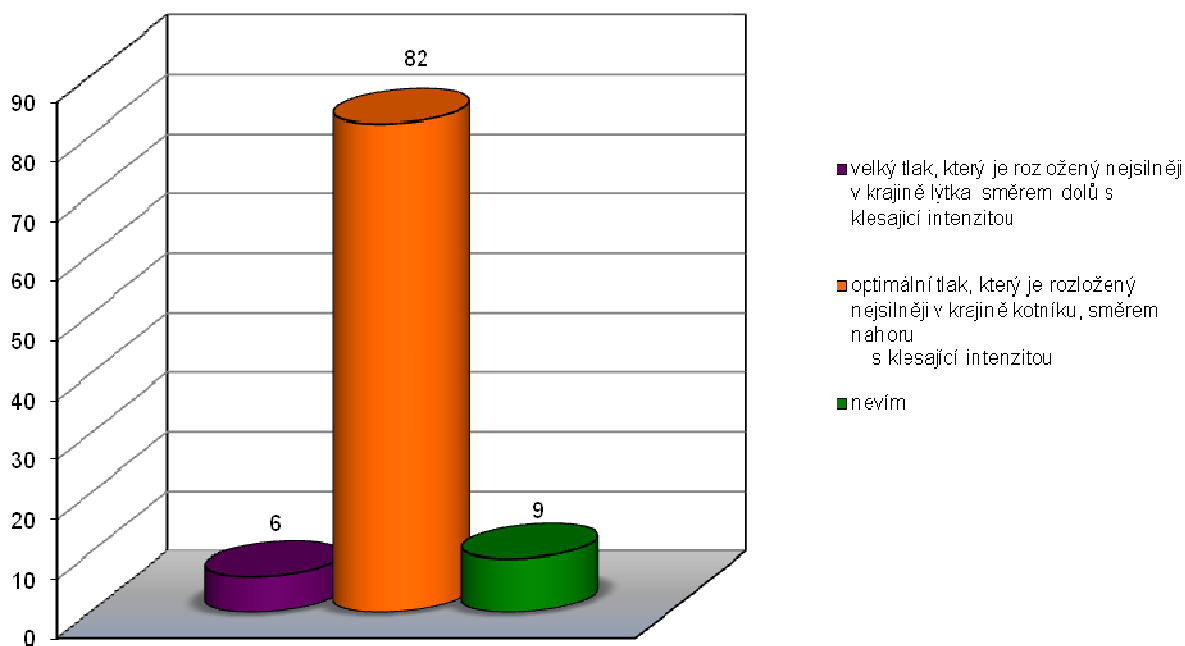
**Komentář k otázce č. 4:** Vědomosti v diagnostice bérkových vředů potvrdilo 61 (63 %) respondentů, že dopplerovský přístroj slouží k vyšetření žilního a tepenného systému. 30 (30 %) respondentů zvolilo odpověď nevím. Nesprávně, tedy že dopplerovský přístroj neslouží k diagnostice bérkových vředů, odpovědělo 6 (6 %) respondentů

## OTÁZKA č. 5

Mezi zásady správné bandáže patří:

Tabulka č. 5b: Zásady správné bandáže - vědomosti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velký tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině lýtka, směrem dolů s klesající intenzitou	6	6 %
<b>Optimální tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině kotníku, směrem nahoru s klesající intenzitou</b>	<b>82</b>	<b>85 %</b>
Nevím	9	9 %
Celkem	97	100 %



Graf č. 5b: Zásady správné bandáže - vědomosti respondentů

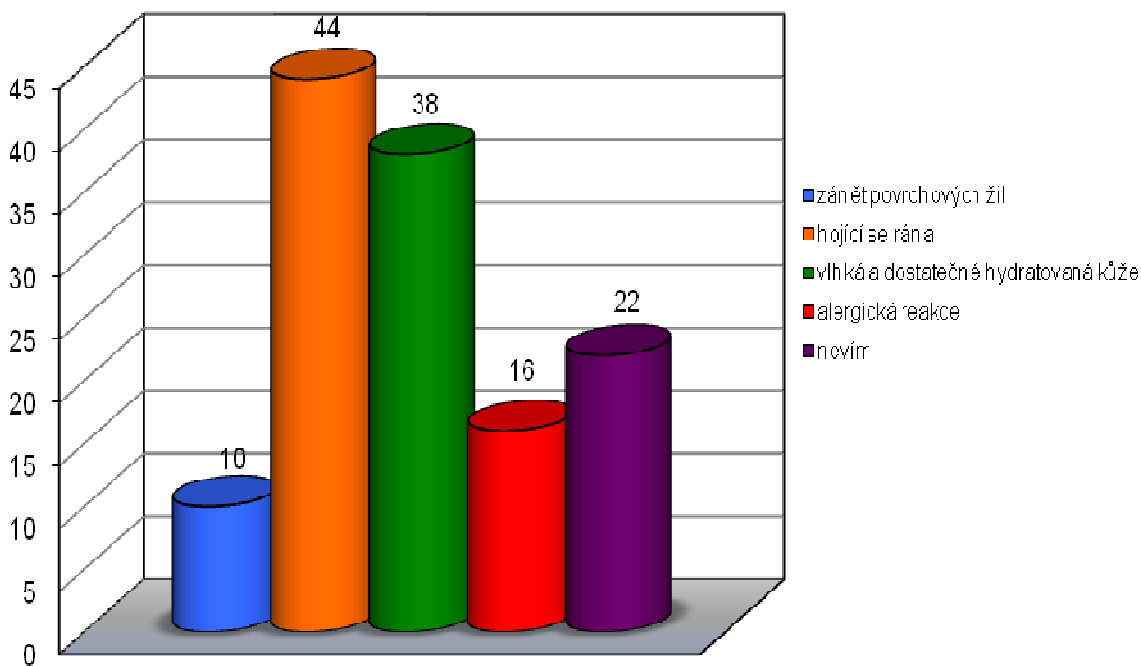
**Komentář k otázce č. 5:** Jak se provádí bandáž, správně odpovědělo 82 (85 %) respondentů, že musí být vyvinut optimální tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině kotníku, směrem nahoru s klesající intenzitou. Neví 9 (9 %) respondentů. Pouhých 6 (6 %) dotazovaných uvedlo nesprávnou odpověď, že na bandáž musí být vyvinut velký tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině lýtka, směrem dolů s klesající intenzitou.

## OTÁZKA č. 6

Mezi komplikace bércového vředu **nepatří**:

Tabulka č. 6b: Komplikace bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost
Zánět povrchových žil	10
<b>Hojící se rána</b>	<b>44</b>
<b>Vlhká a dostatečně hydratovaná kůže</b>	<b>38</b>
Alergická reakce	16
Nevím	22
Celkem	130



Graf č. 6b: Komplikace bércového vředu

**Komentář k otázce č. 6:** V dané otázce byla možnost zvolit i více správných odpovědí, což znamená, že absolutní četnost je 130 odpovědí. Nejvíce byla respondenty uváděna správná odpověď, a to hojící se rána se 44 odpověďmi. Další správná odpověď byla vlhká a dostatečně hydratovaná kůže, kde uvedli respondenti 38 odpovědí. Respondenti odpověď nevím vybrali 22krát a v 16 odpovědích uvedli dotazovaní, že do komplikací bércových vředů nepatří alergická reakce. Nejméně byla uváděna respondenty odpověď zánět povrchových žil, a to u 10 odpovědí.

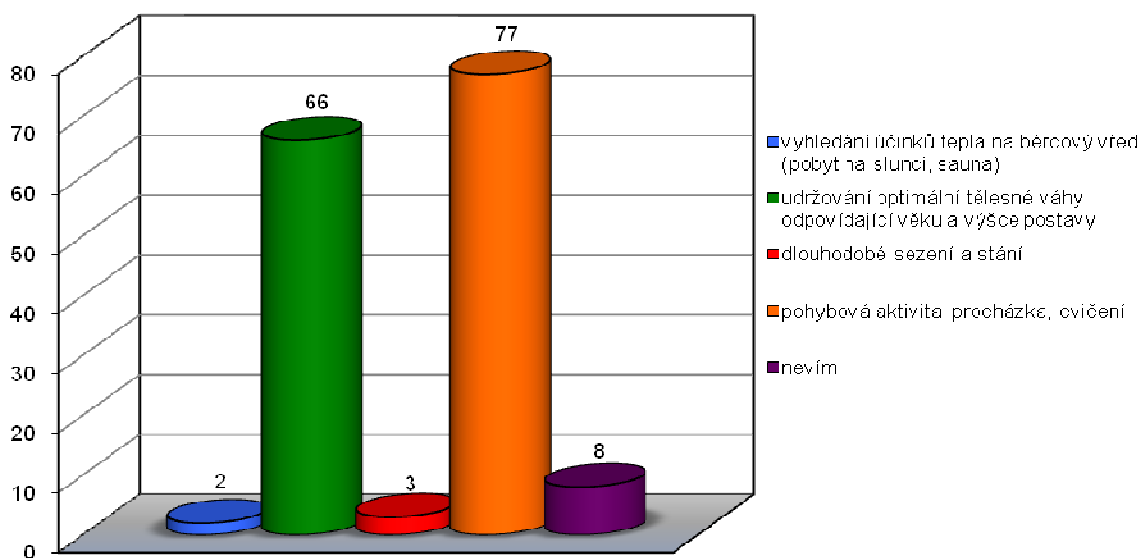


## OTÁZKA č. 7

Mezi preventivní opatření u bércoých vředů patří:

Tabulka č. 7b: Prevence bércoých vředů

Odpověď	Absolutní četnost
Vyhledání účinků tepla na bércoý vřed	2
<b>Udržování optimální tělesné váhy odpovídající věku a výšce postavy</b>	<b>66</b>
Dlouhodobé sezení a stání	3
<b>Pohybová aktivita, procházka, cvičení</b>	<b>77</b>
Nevím	8
Celkem	156



Graf č. 7b: Prevence bércoých vředů

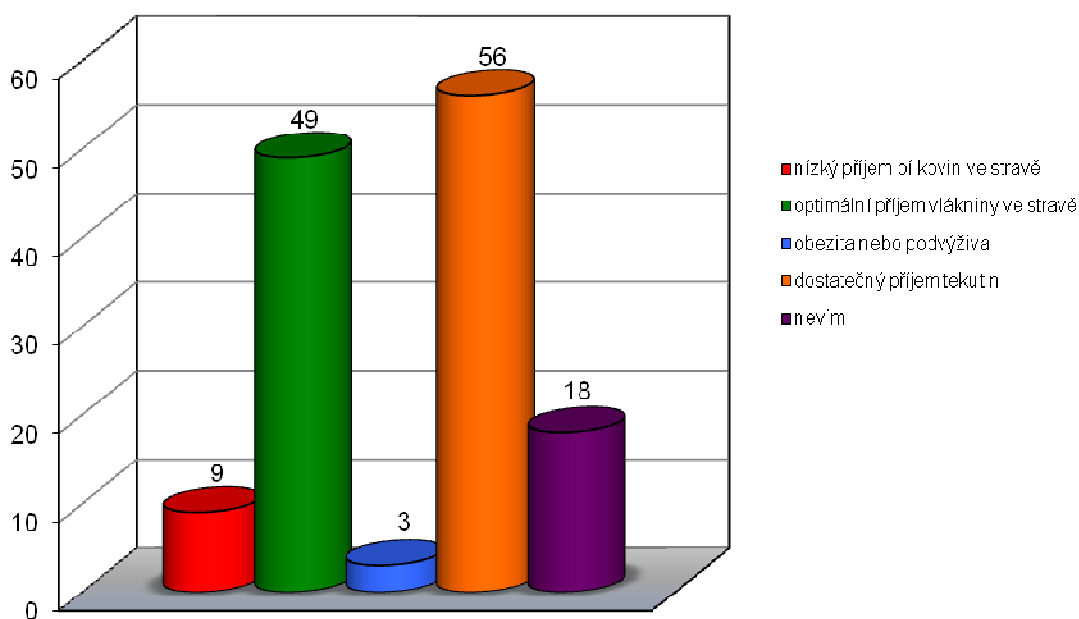
**Komentář k otázce č. 7:** V dané otázce byla možnost zvolit i více správných odpovědí, což znamená, že absolutní četnost je 156 odpovědí. Správných bylo 77 odpovědí, kdy respondenti uvedli, že mezi preventivní opatření se zahrnuje pohybová aktivita, procházka, cvičení. Dalších 66 odpovědí bylo taktéž správně, že musí respondenti udržovat optimální tělesnou váhu odpovídající věku a výšce postavy. Odpověď neví bylo zvoleno osmkrát, ve třech odpovědích dotazovaní uvedli nesprávně dlouhodobé sezení a stání a dvě odpovědi nesprávně, že mají vyhledávat účinky tepla na bércoý vřed.

## OTÁZKA č. 8

Mezi preventivní opatření u bércových vředů patří:

Tabulka č. 8b: Hojení bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost
Nízký příjem bílkovin ve stravě	9
<b>Optimální příjem vlákniny ve stravě</b>	<b>49</b>
Obezita nebo podvýživa	3
<b>Dostatečný příjem tekutin</b>	<b>56</b>
Nevím	18
Celkem	135



Graf č. 8b: Hojení bércového vředu

**Komentář k otázce č. 8:** V dané otázce byla možnost zvolit i více správných odpovědí, což znamená, že absolutní četnost je 135 odpovědí. Správně uvedli respondenti 56 odpovědí, že mezi preventivní opatření se zahrnuje dostatečný příjem tekutin. Taktéž 49 správných odpovědí uvedli ti respondenti, kteří vybrali optimální příjem vlákniny ve stravě. Odpověď 'nevím' byla zvolena respondenty osmáctkrát. Nízký příjem bílkovin ve stravě špatně vybrali respondenti devětkrát a ve třech odpovědích respondenti vybrali taktéž nesprávně obezitu nebo podvýživu jako preventivní opatření k hojení bércového vředu.

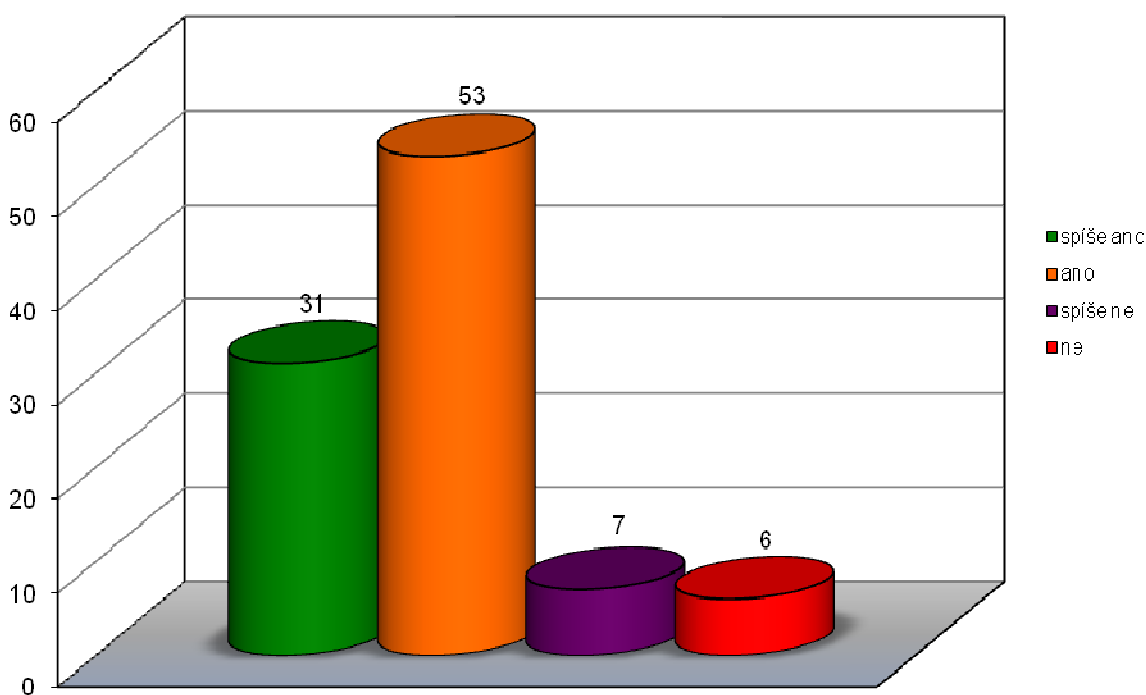
## ČÁST C - Dodržování léčebného režimu

## OTÁZKA č. 1

Přikládáte si bandáž na dolní končetiny popř. elastické punčochy?

Tabulka č. 1c: Přikládání bandáží

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	31	32 %
Ano	53	55 %
Spíše ne	7	7 %
Ne	6	6 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 1c: Přikládání bandáží

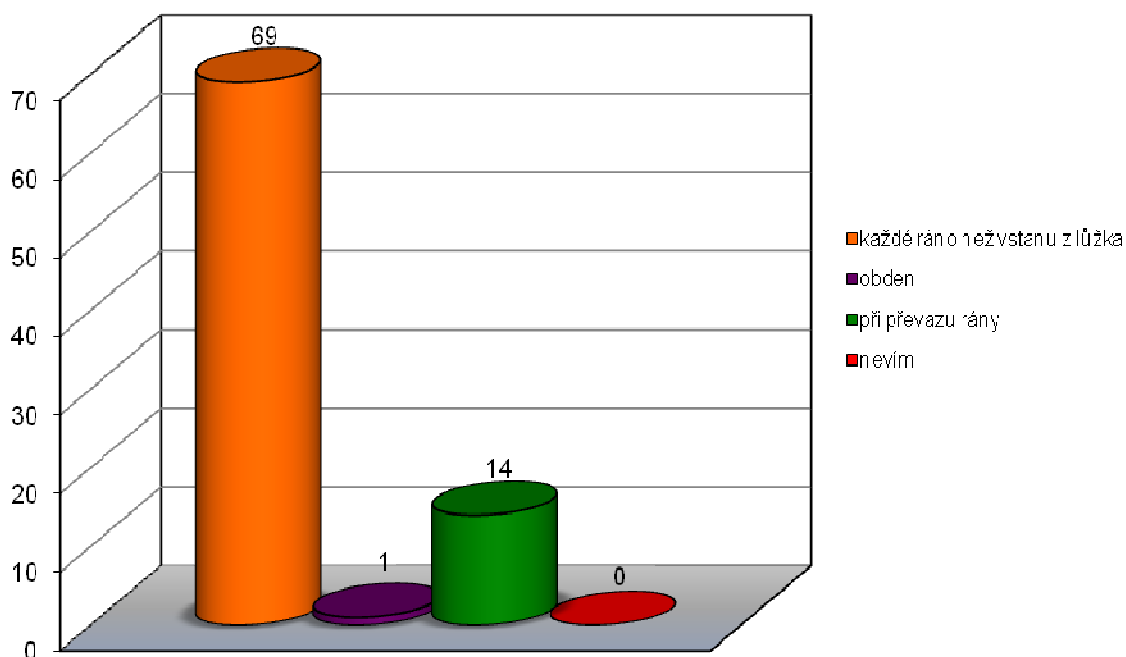
**Komentář k otázce č. 1: Bandáž či elastické punčochy si přikládá 53 (55 %) dotazovaných respondentů. Dále 31 (32 %) dotazovaných si bandáž spíše přikládá. Podstatně menší kategorii zahrnují respondenti, kteří si bandáž popř. elastické punčochy spíše nepřikládají, a to 7 (7 %) dotazovaných. Nejméně, a to 6 (6 %) respondentů odpovídalo, že si bandáž nepřikládá.**

**OTÁZKA č. 2**

Kdy si přikládáte bandáž popř. elastické punčochy?

Tabulka č. 2c: Doba přikládání bandáží

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každé ráno než vstanu z lůžka	69	82 %
Obden	1	1 %
Při převazu rány	14	17 %
Nevím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 2c: Doba přikládání bandáží

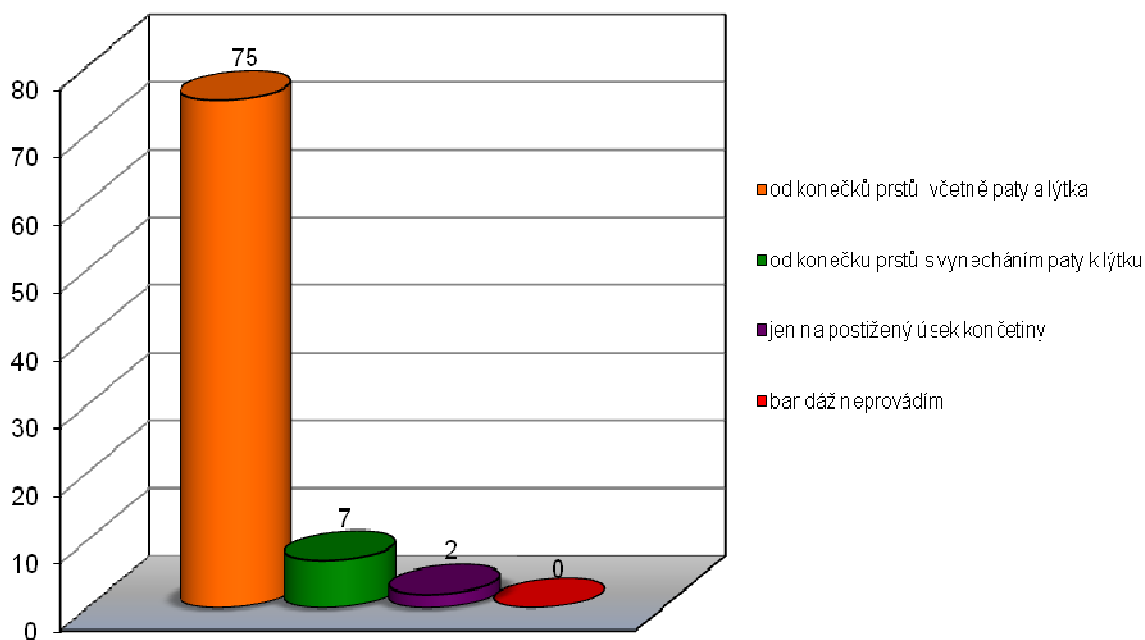
**Komentář k otázce č. 2:** Jelikož 13 respondentů v předcházející otázce odpovědělo, že si bandáž popř. elastické punčochy spíše nepřikládají nebo nepřikládají vůbec, tudíž na danou otázku neodpovídají. Absolutní četnost je 84 respondentů (tj. 100 %). Nejvíce odpovídalo 62 (82 %) respondentů, že si bandáž přikládají každé ráno, než vstanou z lůžka. Pouze při převazu rány si bandáž provádí 14 (17 %). Obden si bandáž přikládá 1 (1 %) respondent a žádný z respondentů nevedl odpověď nevím.

**OTÁZKA č. 3**

Bandáž si přikládám:

*Tabulka č. 3c: Místo přikládání bandáží*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od konečků prstů včetně paty a lýtka	75	90 %
Od konečku prstů s vynecháním paty k lýtku	7	8 %
Jen na postižený úsek končetiny	2	2 %
Bandáž neprovádím	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 3c: Místo přikládání bandáží*

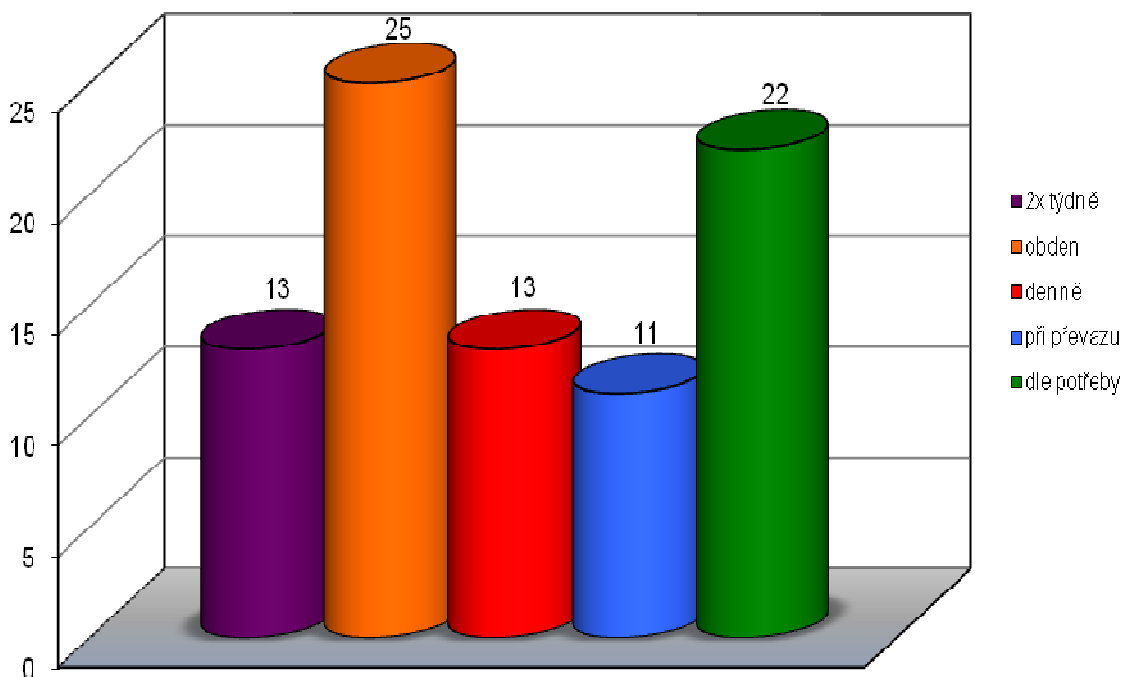
**Komentář k otázce č. 3:** Absolutní četnost je 84 respondentů (tj. 100 %), protože 13 respondentů v otázce číslo 1 odpovědělo, že si bandáž popř. elastické punčochy spíše nepřikládají nebo nepřikládají vůbec, tudíž na danou otázku neodpovídají. Bandáž od konečků prstů včetně paty a lýtka si přikládá 75 (90 %) a 7 (8 %) respondentů si bandážuje končetinu od konečku prstů s vynecháním paty k lýtku. Nejméně odpověděli 2 (2 %) respondenti, že si bandážují jen postižený úsek končetiny. Žádný z respondentů neodpověděl na otázku, že bandáž neprovádí.

**OTÁZKA č. 4**

Jak často si měníte elastická obinadla?

*Tabulka č. 4c: Častost výměny bandáží*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
2x týdně	13	15 %
Obden	25	30 %
Denně	13	15 %
Při převazu	11	13 %
Dle potřeby	22	27 %
<b>Celkem</b>	<b>84</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 4c: Častost výměny bandáží*

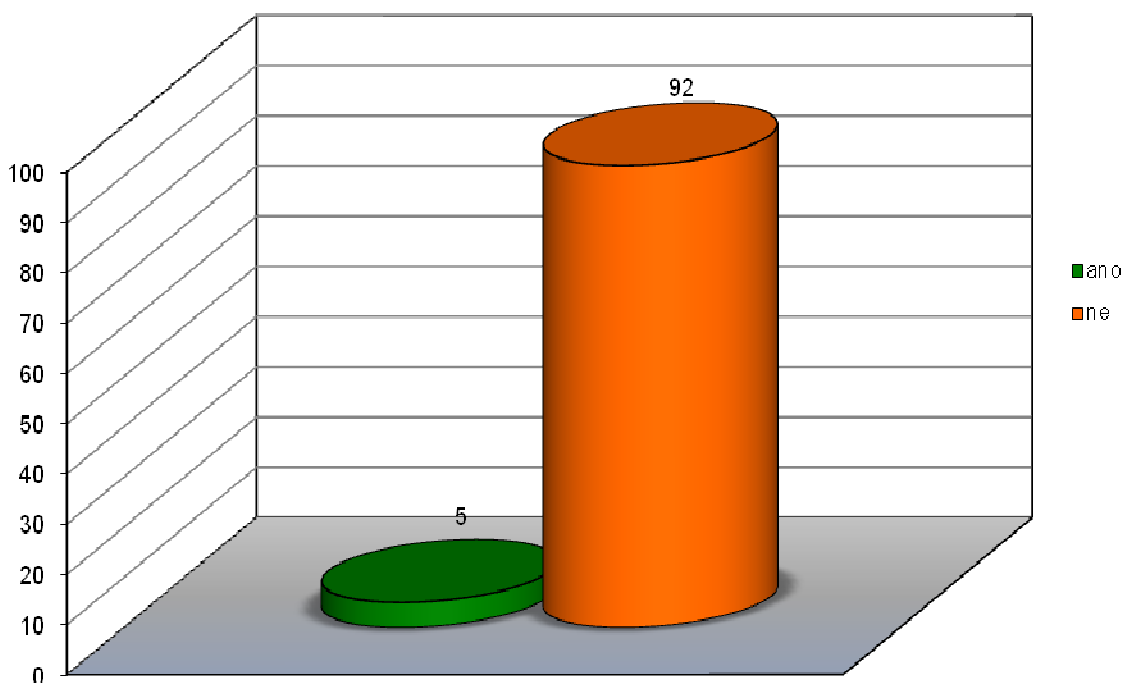
**Komentář k otázce č. 4:** Absolutní četnost je 84 respondentů, což je 100 %, protože 13 respondentů v otázce číslo 1 odpovědělo, že si bandáž popř. elastické punčochy spíše nepřikládají nebo nepřikládají vůbec, tudíž na danou otázku neodpovídají. Nejvíce, a to 25 (30 %) respondentů odpovídalo, že elastická obinadla mění obden. Další kategorii tvoří výměna elastických obinadel dle potřeby s 22 (27 %) respondenty. Dvakrát týdně si elastická obinadla vyměňuje 13 (15 %) dotazovaných a 11 (13 %) respondentů provádí výměnu obvazů dle potřeby, což je při znečištění obinadel nebo při ztrátě elasticity.

**OTÁZKA č. 5**

Kouříte?

*Tabulka č. 5c: Kouření pacienta*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	5 %
Ne	92	95 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>

*Graf č. 5c: Kouření pacienta*

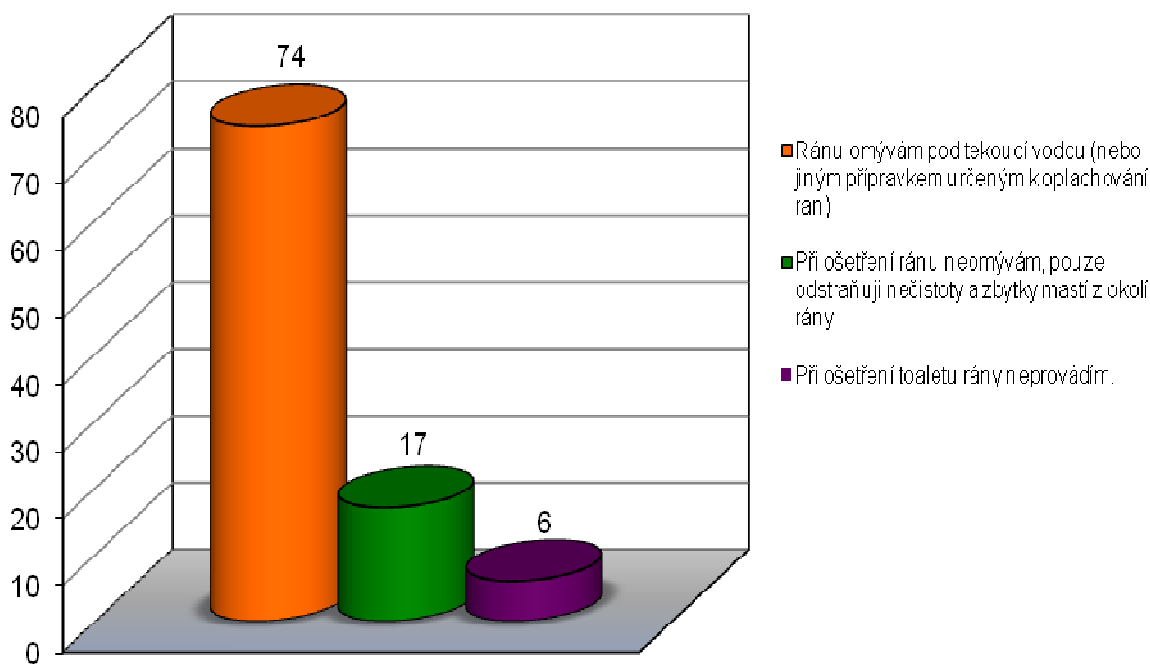
**Komentář k otázce č. 5:** Celých 92 (95 %) respondentů zkoumaného vzorku odpovědělo, že nekouří a pouhých 5 (5 %) respondentů kouří. (Jeden respondent v dotazníku uvádí, že za den vykouří až 30 cigaret.)

## OTÁZKA č. 6

Jakým způsobem si provádíte péči o ránu?

Tabulka č. 6c: Toaleta rány

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ránu omývám pod tekoucí vodou (nebo jiným přípravkem určeným k oplachování ran)	74	76 %
Při ošetření ránu neomývám, pouze odstraňuji nečistoty a zbytky mastí z okolí rány	17	18 %
Při ošetření toaletu rány neprovádím.	6	6 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 6c: Toaleta rány

**Komentář k otázce č. 6:** Nejvíce, a to 74 (76 %) respondentů uvedlo, že si ránu omývá pod tekoucí vodou (nebo jiným přípravkem určeným k oplachování ran). Ránu si při ošetření neomývá, ale pouze odstraňuje nečistoty z okolí rány 17 (18 %) respondentů. Nejméně, a to 6 (6 %) respondentů uvedlo, že toaletu rány neprovádí.



**OTÁZKA č. 7**

Uveďte postup, jak si ošetřujete bércový vřed:

*Tabulka č. 7c: Postup ošetřování bércového vředu*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Správný postup	53	55 %
Nesprávný postup	44	45 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>

Nejčastěji odpovídalo 61 respondentů, že okolí rány nečistí, ale pouze si postiženou končetinu osprchují, 35 dotazovaných uvádělo do dotazníků, že nejdříve očistí okolí rány pomocí oleje, aby odstranili dřívější nános zinkové masti. Nejméně, a to 6 respondentů se zmínilo o způsobu odstraňování starého krytí z rány, kde nejužívanější způsob je sejmutí krytí bez jakéhokoliv navlhčení.

Po osprchování končetiny nejčastěji provádí 50 respondentů desinfekci defektu nebo si rovnou přikládají obklady s borovou vodou popř. Prontosanem, Dermacynem nebo slabě růžovým roztokem hypermanganu. Dále 15 dotazovaných uvedlo, že žádnou desinfekci nebo osprchování defektu neprovádí a pouze nanášejí masti či pasty nové a 10 respondentů si po osprchování postižené místo končetiny osuší.

Nejvíce, a to 48 respondentů se soustředilo na ošetření okolí rány, kdy nanášeli nové ochranné masti (nejčastěji zinková mast). Klasickou metodu hojení ran, kde nanášeli masti nejprve do okolí a pak až do rány, používalo 82 dotazovaných. Jen velmi málo, a to 12 respondentů využívalo moderní způsob vlhkého hojení ran, jelikož dané prostředky jsou cenově hůře dostupné.

Celých 90 respondentů ošetřovalo již defekt samotný, kde nanášeli masti nové do rány nebo na čtverce gázy, které potom přiložili na defekt.

Krytí na defekt/y přikládá 77 dotazovaných. Jako krytí uvádějí gázu, mul, sterilní krytí nebo Zetuvit, 69 dotazovaných nejčastěji přikládalo obvazy, které fixují krytí a nejsou z elastického materiálu.

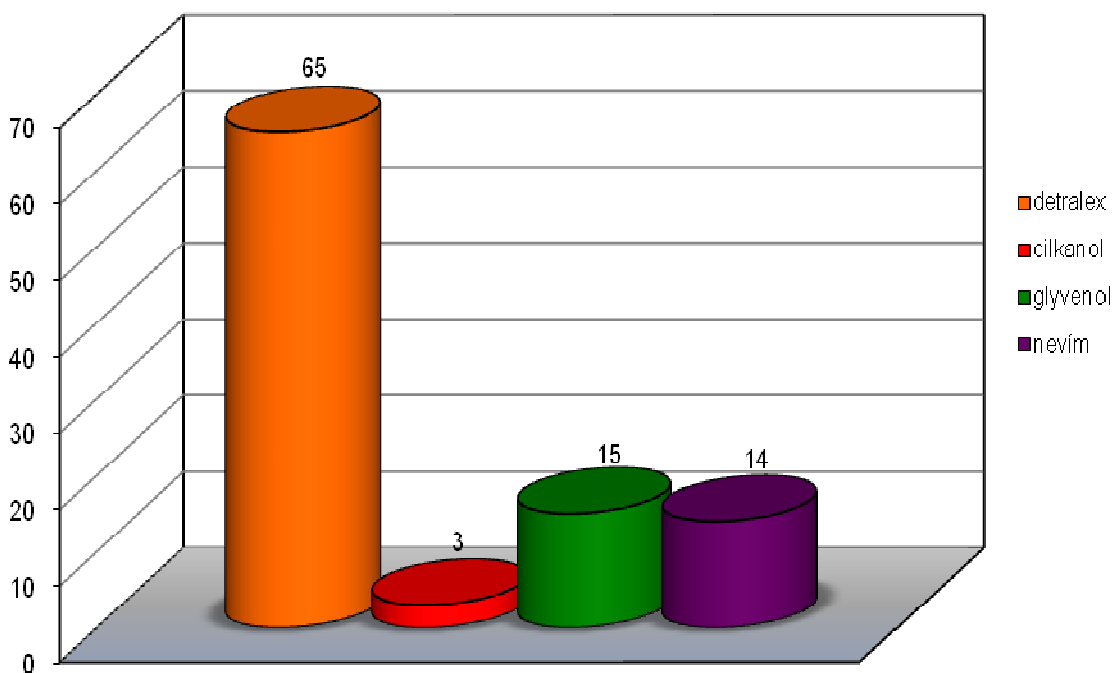
Přikládání elastických bandáží dává přednost 62 respondentů a 35 dotazovaných ponechávalo jen primární krytí s obvazem.

**OTÁZKA č. 8**

Víte, jaké léky (tablety venofarmak - Aescin, Anavenol, Antistax, Ascorutin, Cilkanol, Cyclo 3 fort, Danium, Detralex, Dobica, Doxium, Gynkorfort, Glyvenol, Reparil, Venoruton, Yellon) užíváte v souvislosti s bérčovým vředem?

*Tabulka č. 8c: Užívání venofarmak*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Detralex	65	67 %
Cilkanol	3	3 %
Glyvenol	15	16 %
Nevím	14	14 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 8c: Užívání venofarmak*

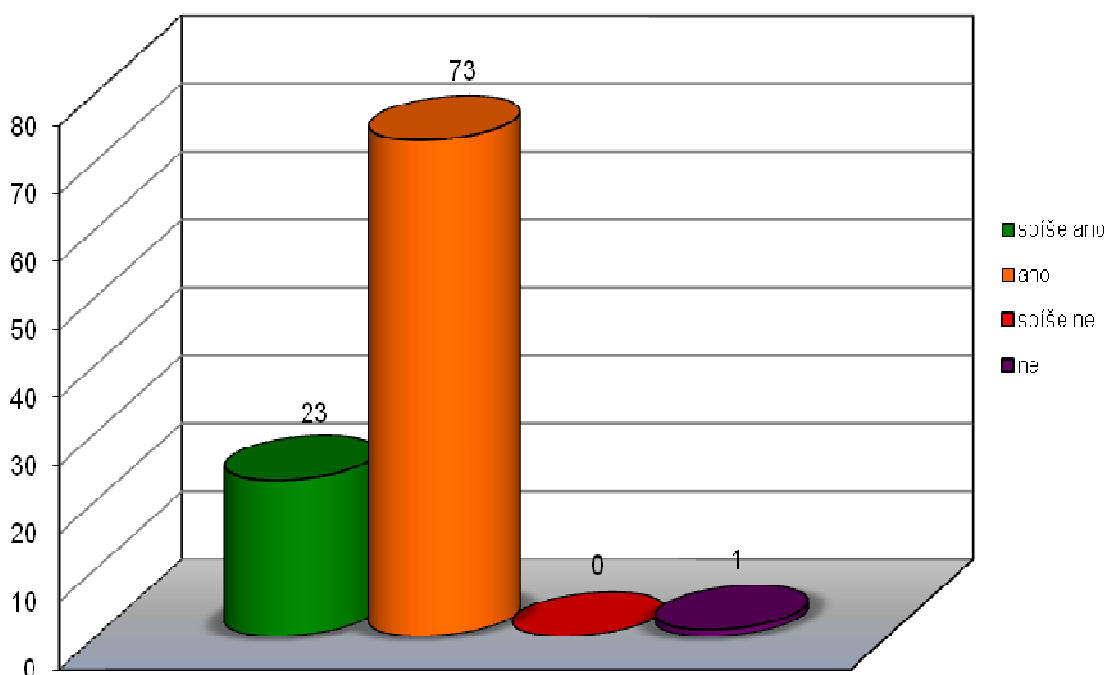
**Komentář k otázce č. 8:** Léky Detralex užívá 65 (67 %) i přes jeho vysoký doplatek. Glyvenol užívá 15 (16 %) respondentů. Neví 14 (14 %) dotazovaných, zda užívají či ne nějaké léky v souvislosti s onemocněním bérčovým vředem. Cilkanol užívají 3 (3 %) dotazovaní.

**OTÁZKA č. 9**

Dodržujete léčebná doporučení vašeho kožního lékaře?

Tabulka č. 9c: Léčebná doporučení lékařem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	23	24 %
Ano	73	75 %
Spíše ne	0	0 %
Ne	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 9c: Léčebná doporučení lékařem

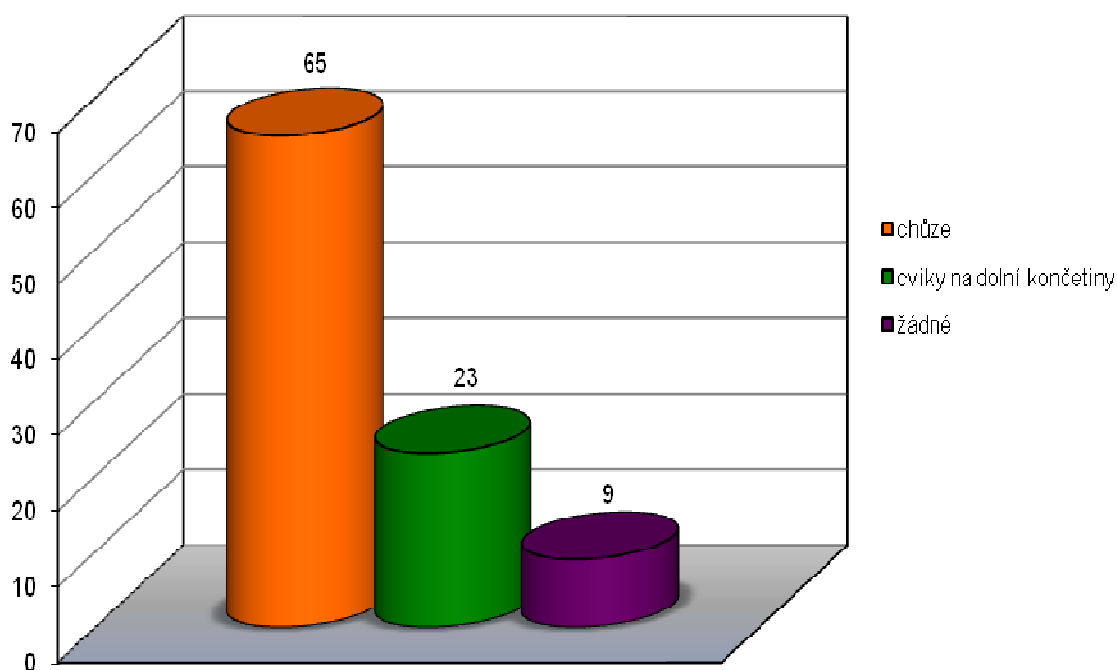
**Komentář k otázce č. 9:** Léčebný režim dodržuje 73 (75 %) respondentů, což je velmi dobré. Režim spíše dodržuje 23 (24 %) dotazovaných. Pouze 1 (1 %) respondent režim nedodržuje vůbec a žádný z respondentů nevedl odpověď, že režim spíše nedodržuje.

**OTÁZKA č. 10**

Jaké pohybové aktivity provádíte ke zlepšení oběhu v dolních končetinách?

*Tabulka č. 10c: Aktivity ke zlepšení oběhu dolních končetin*

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chůze	65	67 %
Cviky na dolní končetiny	23	24 %
Žádné	9	9 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 10c: Aktivity ke zlepšení oběhu dolních končetin*

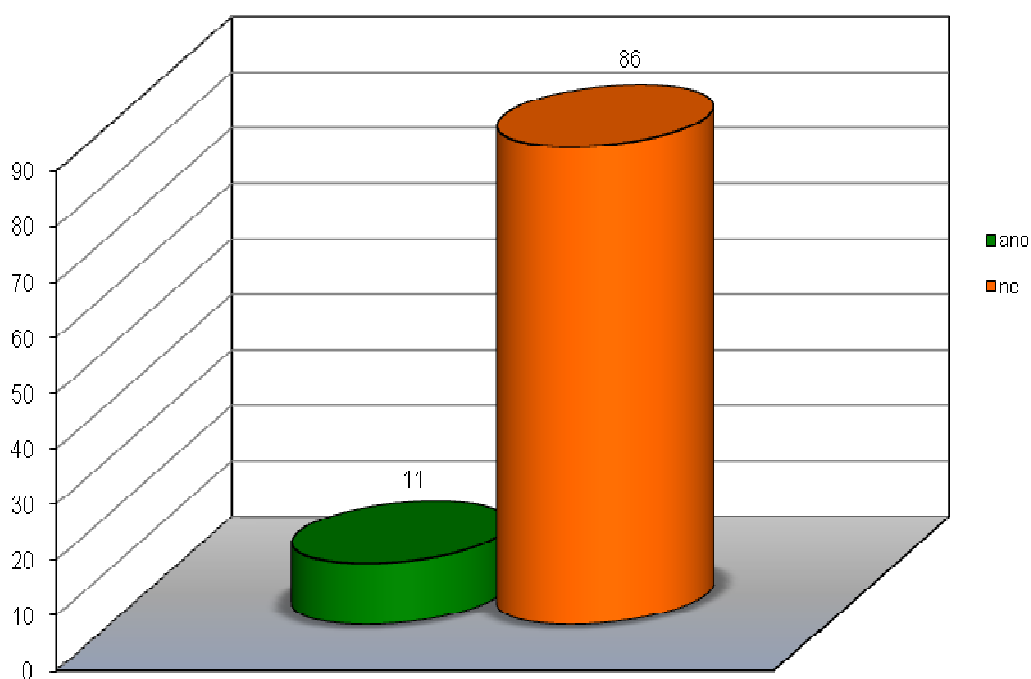
**Komentář k otázce č. 10:** V kategorii chůze odpovídalo nejvíce, a to 65 (67 %) respondentů. Cviky na dolní končetiny jako jsou např. cyklistika, šlapání na rotopedu, cviky dle brožury doporučené od lékaře či sestry a plavání provádí 23 (24 %) dotazovaných. Pouhých 9 (9 %) respondentů uvedlo, že neprovádí žádné cviky nebo pohybovou aktivitu ke zlepšení oběhu dolních končetin.

**OTÁZKA č. 11**

Dodržujete nějaké zásady v oblasti výživy v souvislosti s onemocněním bércovými vředy?

*Tabulka č. 11c: Zásady v oblasti výživy*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	11 %
Ne	86	89 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>



*Graf č. 11c: Zásady v oblasti výživy*

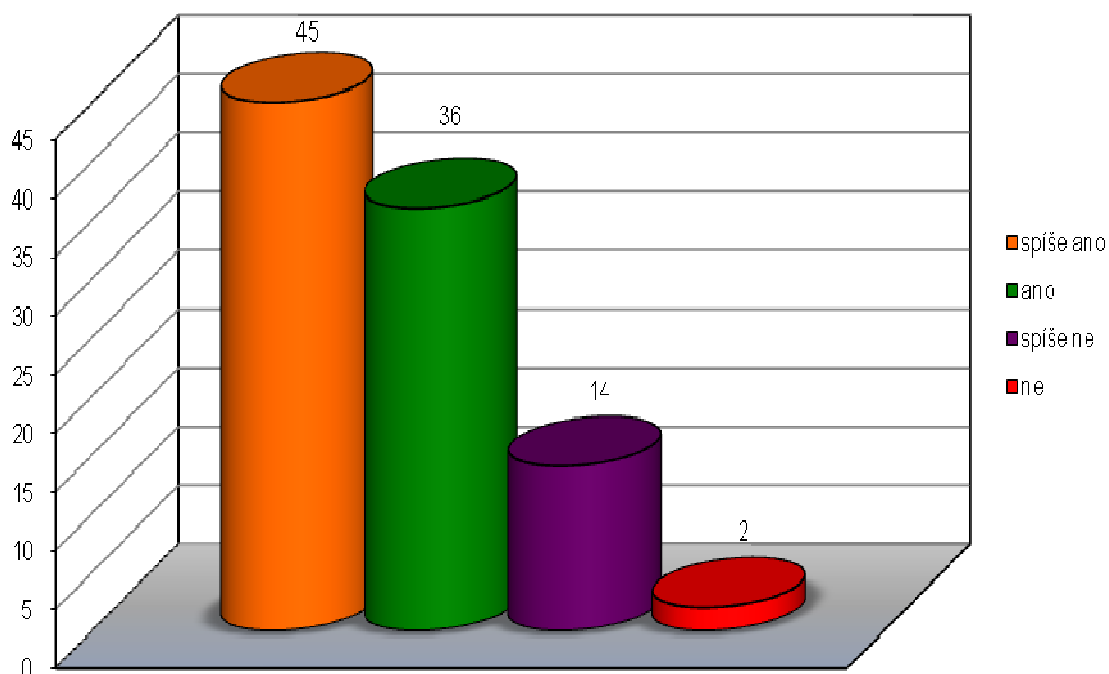
**Komentář k otázce č. 11:** V oblasti výživy nedodržuje žádné zásady související s onemocněním bércovými vředy 86 (89 %) respondentů a pouze 11 (11 %) respondentů dodržuje zásady, jako jsou např. pestrá strava, dostatek vlákniny nebo bílkovin.

**OTÁZKA č. 12**

Obsahuje Váš jídelníček dostatek tekutin (1,5-2 litry/den)?

Tabulka č. 12c: Tekutiny

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Spíše ano	45	47%
Ano	36	37%
Spíše ne	14	14%
Ne	2	2%
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>



Graf č. 12c: Tekutiny

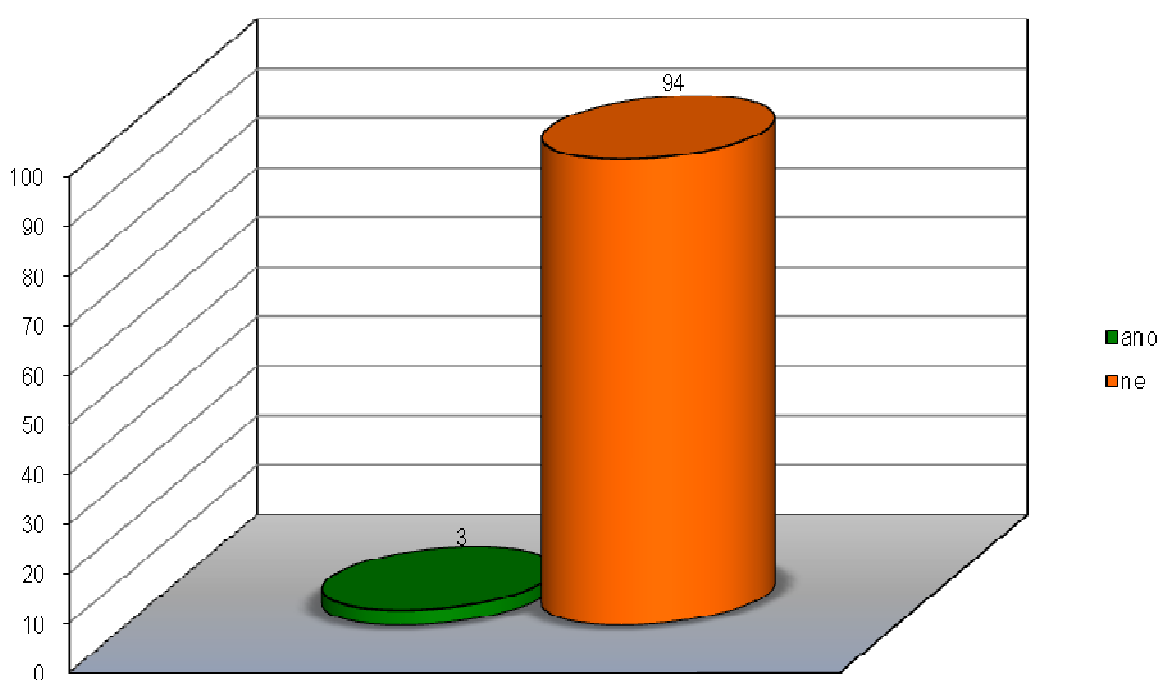
**Komentář k otázce č. 12:** Z dotazovaných respondentů uvedlo 45 (47 %), že spíše vypijí 1,5 až 2 litry tekutin a 36 (37 %) dotazovaných skutečně vypije dostatek tekutin, což je velmi dobrý výsledek v průzkumném šetření. Pouhých 14 (14 %) respondentů spíše nevypije dostatek tekutin a 2 (2 %) respondenti nevypijí vůbec 1,5 až 2 litry tekutin za den.

**OTÁZKA č. 13**

Popíjíte k nutriční podpoře - Nutridrink protein, Nutridrink compact popř. Diasip?

*Tabulka č. 13c: Sipping*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano	3	3%
Ne	94	97%
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>



*Graf č. 13c: Sipping*

**Komentář k otázce č. 13:** Nutriční podporu nevyužívá celých 94 (97 %) respondentů a pouze 3 (3 %) respondentů popíjí Nutridrink.

## DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit základní vědomosti o dodržování léčebného režimu u pacientů s bérčovými vředy. Po vymezení cílů a pomocí dotazníkového šetření jsem přišla k následujícím závěrům týkajícím se povědomí o daném onemocnění a míry dodržování léčebného režimu u pacientů s bérčovými vředy.

V první části dotazníku byly zjištěny demografické údaje týkající se respondentů. Z celkového počtu 97 dotazovaných bylo 62 (64 %) žen a 35 (36 %) mužů (viz tab. a graf 1a). Nejvíce respondentů trpí bérčovými vředy ve věku od 61 do 75 let, což koresponduje s údaji dostupnými v literatuře (viz tab. a graf 2a). Doba trvání onemocnění je u 33 (34 %) respondentů do jednoho roku s opakovanou četností vzniku bérčového vředu na jedné dolní končetině (viz tab. a graf 3a, 4a, 5a). Z této skutečnosti plyne, že pacienti převážně staršího věku by měli dbát na preventivní opatření vzniku bérčových vředů a dodržovat léčebná opatření. Téměř polovina respondentů uvedla žilní příčinu svého onemocnění, ale 31 % dotazovaných svoji příčinu vzniku bérčového vředu neznala (viz tab. a graf 6a). Žilní příčina vzniku onemocnění je v literatuře uváděna jako nejčastější, a to v 57–85 %. V položce zhodnocení informovanosti o svém onemocnění uvádělo 40 (41 %) respondentů známku 1, což znamená spokojenost s podanými informacemi a 79 (76 %) dotazovaných uvedlo, že informace nepostrádají (viz tab. a graf 7a, 8a). Jelikož respondenti uváděli, že v dané problematice informace nepostrádají, nevyvozovala bych závěr, aby pacienti nebyli i nadále edukováni. Zdravotničtí pracovníci by měli neustále podávat pacientům komplexní a srozumitelné informace o onemocnění bérčovými vředy.

**Cíl č. 1: Zjistit, jaké mají respondenti základní vědomosti o bérčovém vředu (etiologie, patofyziologie, diagnostika, léčebný režim, komplikace a prevence).**

Respondenti v druhé části dotazníku vyplňovali vědomostní test, který byl zaměřen na jejich vědomosti o dané problematice. Polovina dotazovaných odpovídala správně, že bérčový vřed je chronická rána, která vzniká z různých příčin a vyskytuje se v oblasti od kolena po kotník; 59 (61 %) dotazovaných odpovídalo správně, že nejčastější příčina onemocnění je žilní, a to i přesto, že v první části dotazníku svoji příčinu onemocnění neznali (viz tab. a graf 2b). Většina respondentů si uvědomuje důsledky kouření a vliv nikotinu na cévy, což je výborné. V diagnostice dotazovaní odpověděli převážně správně kromě 30 (30 %) respondentů, kteří nebyli schopni na otázku odpovědět (viz tab. a graf 5b). Zarážející je, že 9 (9 %) respondentů neví jak správně provést bandáž a 6 (6 %) dotazovaných by elastické obinadlo použilo k obvázání dolní končetiny nesprávně (viz tab. a graf 5b).



Otázka, která se týkala komplikací onemocnění, byla správně zodpovězena v 82 případech, zbylých 48 odpovědí bylo nesprávných, což vypovídá o neznalosti v oblasti komplikací onemocnění (viz tab. a graf 6b). Celkem 143 správných odpovědí ze 156 bylo zvoleno správně a respondenti znali preventivní opatření u bércových vředů (viz tab. a graf 7b). Ve zbývajících odpovědích respondenti nejčastěji uváděli, že neví. Vědomosti o dané problematice hodnotím jako průměrné.

### **Cíl č. 2: Zjistit, jak respondenti dodržují léčebný režim.**

Překvapující byl pro mne fakt, že pouhých 13 respondentů si bandáž neprovádí (viz tab. a graf 1c). Pozitivní je, že 92 (95 %) respondentů nekouří (viz tab. a graf 6b) a 74 (76 %) dotazovaných si provádí toaletu rány včetně prostředku k tomu určenému, což považují za dobrý výsledek, protože např. cena *Prontosan* roztoku je vyšší než 200 korun. (viz tab. a graf 6c). Nejčastější chyby při ošetřování bércového vředu dělají respondenti, když nejprve neočistí okolí rány od nánosu staré masti, neprovedou osprchování a následné osušení defektu, ale rovnou přikládají gázu s desinfekčním roztokem, která musí působit nejméně 10 minut. Ošetření samotné rány, zpravidla klasickou metodou, dotazovaní provádějí již správně (viz tab. 7c). I přes vysokou cenu (od 190,- Kč) je nejčastěji užívaným venofarmakem *Detralex*, který užívá 65 (67 %) respondentů (viz tab. a graf 8c). Zásady v oblasti výživy dodržuje pouhých 11 (11 %) respondentů (viz tab. a graf 11c) a nutriční podporu ve formě nutridrinků popijí pouze 3 (3 %) dotazovaní, protože nemají povědomí o vlivu výživy na hojení bércového vředu. (viz tab. a graf 13c).

### **Cíl č. 3: Porovnat vědomosti a dodržování léčebného režimu u dvou skupin respondentů z ambulancí při nemocnicích a poliklinikách ve Zlínském kraji.**

Při srovnávání vědomostí respondentů v kožních ambulancích při poliklinikách a v nemocnicích ve Zlínském kraji byly zjištěny následující výsledky: informace nepostrádají převážně respondenti v ambulancích při poliklinikách. Položky týkající se patofyziologie, diagnostiky, léčebného režimu, komplikací a prevence vzniku onemocnění správně odpověděli pacienti z ambulancí při poliklinikách. Pouze v otázce, co je to bércový vřed, odpověděli lépe respondenti z ambulancí při nemocnicích. V oblasti dodržování léčebného režimu si respondenti z ambulancí při poliklinikách vedli hůře. Bandáže si respondenti sice přikládali každé ráno, než vstali z lůžka, a to od konečku prstů včetně paty a lýtka, ale elastické obvazy si vyměňovali méně často než respondenti z ambulancí při nemocnicích. Více nekuřáků se vyskytuje v ambulancích při nemocnicích. Toaletu rány provádějí častěji respondenti z ambulancí při poliklinikách a postup ošetřování taktéž. Neznalost v užívání

venofarmak, stejně tak jako nízký počet respondentů, kteří dodržují léčebná doporučení jejich kožního lékaře, se vyskytuje více v ambulancích při nemocnicích. Pohybové aktivity ke zlepšení oběhu dolních končetin prostřednictvím chůze provádějí častěji klienti v ambulancích při poliklinikách, ale cviky na dolní končetiny spíše v ambulancích při nemocnicích. Poměr respondentů, kteří neprovádějí žádné aktivity, je u obou typů ambulančí stejný. V oblasti vyvážené stravy i příjmu tekutin dodržují respondenti doporučení spíše z ambulančí při nemocnicích. Nutriční podporu ve formě sippingů využívají více respondenti v ambulancích při nemocnicích. Z toho všeho tedy vyplývá, že lepší vědomosti a návyky při dodržování léčebného režimu u onemocnění bércovými vředy mají převážně pacienti z kožních ambulančí při poliklinikách.

#### **Cíl č. 4: Navrhnout edukační materiál, zaměřený na doplnění informací.**

Navrhla jsem edukační brožuru pro pacienty s bércovým vředem, která je zaměřena na léčebný režim a komplexní přístup k onemocnění bércovými vředy. Edukační materiál je doložen formou přílohy (viz příloha P III).

Podobný průzkum prováděla Marta Šatánková, studentka Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v roce 2009 na téma své bakalářské práce *Kvalita života klientů s ulcus cruris*. Dotazníkového šetření se účastnilo 62 respondentů. Zkoumaný vzorek tvořili klienti trpící bércovým vředem hospitalizovaní v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, v Nemocnici Hranice a. s., v Nemocnici Třinec, p. o. a Domově pro seniory Burešov, ambulantní klienti docházející do dvou soukromých kožních ambulančí v Hranicích a klienti Agentury domácí péče v Jablunkově. Porovнала jsem oblast informovanosti pacientů o bércovém vředu, kde byly prokázány taktéž nedostatky o daném onemocnění i přes skutečnost, že respondenti považovali své vědomosti za dostatečné. Dalším zaměřením v její práci bylo, zda pacienti provádí toaletu rány. Při ošetřování bércového vředu rovněž převážná většina respondentů ránu omývá pod tekoucí vodou. Zaujala mě také otázka v dotazníku, v jakém směru pacienti omezuje jejich onemocnění - nejčastěji zodpovězenou možností bylo „omezení kvůli bolesti“. Bolest je velmi často opomíjenou oblastí v souvislosti s onemocněním bércovými vředy, i když je důležitou součástí léčby pacienta.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce, kterou jsem si zvolila, byla pro mne velkým přínosem. Poznatky získané v průběhu praxe, kde jsem se setkala s různými typy chronických ran na různých pracovištích, a studium odborné literatury mi pomohlo při tvorbě mé práce.

Problematika bércových vředů vyžaduje komplexní přístup, jelikož se jedná o onemocnění dlouhodobé a mnohdy léčba není jednoduchá, protože hojení ovlivňuje mnoho faktorů. V primární fázi onemocnění je důležité, aby se lékař snažil přijít na příčinu onemocnění, což není vždy jednoduché. Teprve až je příčina onemocnění známa, může se přistoupit k léčbě. Nelze opomíjet i přidružená onemocnění jako jsou například hypertenze či diabetes mellitus. Potom lze stanovovat samotnou léčbu bércového vředu.

V teoretické části jsem zabývala nejnovějšími poznatky o bércových vředech, jejich epidemiologií, socioekonomickým dopadem a příčinou vzniku. Snažila jsem se přiblížit a rozvést diagnostiku a léčbu u onemocnění bércovými vředy a poukázat na důležitost léčebného režimu. V další části jsem se zabývala edukací, metodami edukace a edukačním procesem u pacientů s bércovým vředem.

V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zjistila, že mnohdy pacienti neznají příčinu vzniku daného onemocnění, neví co bércový vřed vůbec je, nejsou schopni rozlišit komplikace od fyziologického průběhu hojení a neuvědomují si vliv výživy na hojení vředu samotného. Častou chybou je i doba přikládání elastických bandáží, které mnohdy neplní svůj účel, protože nejsou dostatečně elastické. V oblasti ošetřování bércového vředu by měli zdravotničtí pracovníci dbát na to, aby pacienti postupovali správně, protože může dojít k poškození či narušení hojící se tkáně.

Pacienti s bércovým vředem tedy nemají dostatečné povědomí o nutnosti komplexní léčby. To bylo pro mě také podnětem k vytvoření edukační brožury a k doplnění informací.

Dále bych pro praxi doporučila podávat pacientům neustále komplexní informace o bércových vředech pomocí cílené edukace nebo organizovat kurzy, které se týkají nácviku správné bandáže, cvičení, prevence vzniku komplikací, léčby, ošetřování bércových vředů a správné výživy, která obsahuje dostatek bílkovin, minerálů a stopových prvků.

Cíle mé bakalářské práce byly splněny a poznatky získané při tvorbě mé práce určitě využiji v osobním životě a doufám, že do budoucna i v profesním.

Věřím, že má práce bude přínosem jak pro zdravotnický personál, který bude v dostatečné míře edukovat pacienty s bércovými vředy, tak pro pacienty samotné, kteří budou režimová opatření dodržovat.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ARENBERGER, Petr a Iva OBSTOVÁ, 2001. *Obecná dermatovenerologie*. 1.vydání. Praha: Czechopress Agency. ISBN 80-902632-4-0.

BUREŠ, Ivo. 2006. *Léčba rány*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-413-X.

HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL et al. 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila, MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

MACHOVCOVÁ, Alena, 2009. *Bandážování a kompresivní léčba*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1980-4.

MEDICÍNA PRO PRAXI, Dermatologie pro praxi a Praktické lékařství, 2010. *Léčba ran a péče o pokožku*. 1. vydání. Olomouc: SOLEN. ISBN 978- 80-87327-36-4.

JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Praha: ISV. ISBN 80-85866-55-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra,2010. *Základy edukace v ošetrovatel'ské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAREN, Igor a Sabina ŠVESTKOVÁ et al. 2007. *Chronický vřed dolní končetiny*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-18-5.

KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatel'ství*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.

PEJZOCHOVÁ, Irena, 2003. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. 1. vydání. Veverská Bítýška: HARTMANN-RICO. ISBN 80-238-9971-6.

POSPÍŠILOVÁ, Alena a Leopold POSPÍŠIL, 1989. *Chronické ulcerace bérce a jejich mikrobiální složka*. 1. vydání. Brno: Univerzita J. E. Purkyně. ISBN 80-210-0253-0.

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

RESL, Vladimír, 1997. *Hojení chronických ran*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-239-5.

STRYJA, Jan, 2008 *Repetitorium hojení ran*. 1. vydání. Semily: GEUM. ISBN 978-80-86256-60-3.

ZÁVODNÁ, Vlasta, 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydanie. Martin, SR: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

#### **Další zdroje:**

Bércový vřed a převaz. ČESKÁ SPOLEČNOST PODPORY ZDRAVÍ. *Hojení 21* [online]. © 2012 [cit. 2012-02-18].

Dostupné z: <http://www.hojeni21.cz/bercovy-vred-jak-postupovat.php>

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO LÉČBU RÁNY. Hojení ran – standard [online]. © 2010 [cit. 2012-02-29].

Dostupné z: <http://www.cslr.cz/download/hojeni-ran-standard.pdf>

ČESKO. Zákon č. 51/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 55. ISSN 1211 - 1244 Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

HERMAN. Kompresivní terapie v prevenci a léčbě žilních onemocnění dolních končetin. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2009, 11(3) [cit. 2012-02-13].

Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/03/07.pdf>

HERCOGOVÁ Jana et al. Hojení bércových vředů. *Remedia* [online]. 2009 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Hojeni-bercovych-vredu/6-F-ju.magarticle.aspx>

Kompresivní terapie. EUROPEAN WOUND MANAGEMENT ASOCIATION. *Hojení21* [online]. © 2003 [cit. 2012-03-24].

Dostupné z: [http://www.hojeni21.cz/download/EWMA-Komprese\\_CZ\\_def.pdf](http://www.hojeni21.cz/download/EWMA-Komprese_CZ_def.pdf)

KOUTNÁ, Markéta. Bércový vřed. ČSPZ. *Hojení 21* [online]. © 2005 [cit. 2012-02-14].

Dostupné z: <http://www.hojeni21.cz/download/bercovy-vred.pdf>

Léčba ran od A do Z. IKEM. *Institutu Klinické a Experimentální Medicíny* [online]. © 2006-2011 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=10591>

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. Kompresivní terapie u žilních onemocnění. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008(10) [cit. 2012-01-19].

Dostupné z: [www.solen.cz/pdfs/int/2008/10/04.pdf](http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/10/04.pdf)

POKORNÁ, Andrea. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bérčovými vředy. *Medicína pro praxi* [online]. 2011 8(4) [cit. 2012-03-24].

Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/04/12.pdf>

RESL, Vladimír. Ulcus cruris venosum. ČSL JEP. *Křečové žíly* [online]. © 2001 [cit. 2012-02-19]. Dostupné z: [www.krecove-zily.cz/dokumenty/ulcus.doc](http://www.krecove-zily.cz/dokumenty/ulcus.doc)

ROZTOČIL, Karel. Návod k použití - Angiologie - Kompresní léčba a její význam. ANGIS s.r.o. a ANGIS PLUS s.r.o. *Angis revue* [online]. © 2003 - 2012 [cit. 2012-02-14].

Dostupné z: [http://www.angis.cz/angis\\_revue/ar\\_clanek.php?CID=173](http://www.angis.cz/angis_revue/ar_clanek.php?CID=173)

ŠATÁNKOVÁ, Marta. *Kvalita života klientů s ulcus cruris* [online]. Zlín, 2009 [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: <http://portal.utb.cz>. Bakalářská. Univerzita Tomáše Bati. Vedoucí práce Gajzlerová Gabriela.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
CVI	Chronic venous insufficiency- chronická žilní nedostatečnost
cit.	citováno
č.	číslo
et al.	et alli - a kolektiv
KEP	kompresivní elastické punčochy
KNTB, a. s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, akciová společnost
K/P	klient/pacient
kPa	kilopascal
max.	maximum, maximální
mm Hg.	milimetr rtuťového sloupce
např.	například
n. l.	našeho letopočtu
odb. as.	odborná asistence
popř.	popřípadě
př. n. l.	před naším letopočtem
RTG	rentgen
s.	strana
°C	stupně Celsia
tzv.	takzvaný
tj.	to jest
V.A.C.	Vacuum Assisted Closure - podtlaková terapie

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Bércový vřed - otevřený..... 78

Obrázek 2: Bércový vřed - zhojený ..... 78



Obrázek 1



Obrázek 2

**SEZNAM TABULEK**

Část A .....	39
Tabulka č. 1a: Pohlaví .....	39
Tabulka č. 2a: Věk .....	40
Tabulka č. 3a: Doba trvání onemocnění .....	41
Tabulka č. 4a: Četnost onemocnění .....	42
Tabulka č. 5a: Onemocnění končetin/y .....	43
Tabulka č. 6a: Příčina onemocnění .....	44
Tabulka č. 7a: Poskytnutí informací .....	45
Tabulka č. 8a: Oblast k doplnění informací .....	46
Část B .....	47
Tabulka č. 1b: Definice bércového vředu .....	47
Tabulka č. 2b: Příčiny bércových vředů .....	48
Tabulka č. 3b: Působení nikotinu .....	49
Tabulka č. 4b: Vyšetřovací metody bércových vředů .....	50
Tabulka č. 5b: Zásady správné bandáže - vědomosti respondentů .....	51
Tabulka č. 6b: Komplikace bércového vředu .....	52
Tabulka č. 7b: Prevence bércových vředů .....	53
Tabulka č. 8b: Hojení bércového vředu .....	54
Část C .....	55
Tabulka č. 1c: Příkládání bandáží .....	55
Tabulka č. 2c: Doba příkládání bandáží .....	56
Tabulka č. 3c: Místo příkládání bandáží .....	57
Tabulka č. 4c: Častost výměny bandáží .....	58
Tabulka č. 5c: Kouření pacienta .....	59
Tabulka č. 6c: Toaleta rány .....	60
Tabulka č. 7c: Postup ošetřování bércového vředu .....	61
Tabulka č. 8c: Užívání venofarmak .....	62
Tabulka č. 9c: Léčebná doporučení lékařem .....	63
Tabulka č. 10c: Aktivity ke zlepšení oběhu dolních končetin .....	64
Tabulka č. 11c: Zásady v oblasti výživy .....	65
Tabulka č. 12c: Tekutiny .....	66
Tabulka č. 13c: Sipping .....	67

**SEZNAM GRAFŮ**

Část A .....	39
Graf č. 1a: Pohlaví .....	39
Graf č. 2a: Věk .....	40
Graf č. 3a: Doba trvání onemocnění .....	41
Graf č. 4a: Četnost onemocnění .....	42
Graf č. 5a: Onemocnění končetin/y .....	43
Graf č. 6a: Příčina onemocnění .....	44
Graf č. 7a: Poskytnutí informací .....	45
Graf č. 8a: Oblast k doplnění informací .....	46
Část B .....	47
Graf č. 1b: Definice bércového vředu .....	47
Graf č. 2b: Příčiny bércových vředů .....	48
Graf č. 3b: Působení nikotinu .....	49
Graf č. 4b: Vyšetřovací metody bércových vředů .....	50
Graf č. 5b: Zásady správné bandáže - vědomosti respondentů .....	51
Graf č. 6b: Komplikace bércového vředu .....	52
Graf č. 7b: Prevence bércových vředů .....	53
Graf č. 8b: Hojení bércového vředu .....	54
Část C .....	55
Graf č. 1c: Přikládání bandáží .....	55
Graf č. 2c: Doba přikládání bandáží .....	56
Graf č. 3c: Místo přikládání bandáží .....	57
Graf č. 4c: Častost výměny bandáží .....	58
Graf č. 5c: Kouření pacienta .....	59
Graf č. 6c: Toaleta rány .....	60
Graf č. 8c: Užívání venofarmak .....	62
Graf č. 9c: Léčebná doporučení lékařem .....	63
Graf č. 10c: Aktivity ke zlepšení oběhu dolních končetin .....	64
Graf č. 11c: Zásady v oblasti výživy .....	65
Graf č. 12c: Tekutiny .....	66
Graf č. 13c: Sipping .....	67

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK**

**PŘÍLOHA PII: PRŮBĚH EDUKACE**

**PŘÍLOHA PIII: EDUKAČNÍ MATERIÁL**

**PŘÍLOHA PIV: POVOLENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

## PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Soňa Pšurná a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Institutu zdravotnických studií, Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na zjištění Vašich vědomostí o bércovém vředu a na dodržování léčebného režimu u tohoto onemocnění. Dotazník bude použit pro účely bakalářské práce na téma „Edukace pacienta s bércovým vředem“, jejímž cílem je zlepšit informovanost v této problematice. Tento dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely bakalářské práce a byl vypracován pod dohledem Mgr. Pavly Kudlové, PhD., odb. as. Ústavu ošetrovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Níže uvedené odpovědi zakroužkujte nebo doplňte. Pokud je u otázky uvedeno „možnost více odpovědí“, je možné označit více odpovědí. Na škále od 1 do 5, zatrhněte Vaše známkování jako ve škole, kdy 1 odpovídá nejlepšímu ocenění a 5 nejhoršímu ocenění. Děkuji za Váš čas a vyplnění pravdivých informací v dotazníku.

*Soňa Pšurná*

### Část A

1. Vaše pohlaví  Mužské  Ženské
  
2. Váš věk je..... let
  
3. Jak dlouho máte bércový vřed?.....
  
4. Bércový vřed máte otevřený:
  - a) poprvé
  - b) vícekrát ..... (Uveďte, po kolikáté došlo ke vzniku bércového vředu, prosím.)
  - c) nevím
  
5. Bércový vřed postihuje:
  - a) jednu dolní končetinu
  - b) obě dolní končetiny
  
6. Jaká je příčina vašeho vředu?
  - a) žilní
  - b) tepenná
  - c) diabetická
  - d) poúrazová
  - e) dědičná
  - f) nevím
  
7. Informace, které vám byly poskytnuty o diagnostice, léčbě a ošetřování bércového vředu považujete za: ( zakroužkujte číslo/známku, jako ve škole)  
dostatečné    1 - 2 - 3 - 4 - 5    nedostatečné

8. V jaké oblasti si přejete doplnit informace týkající se problematiky bércevého vředu?  
(Uveďte, prosím.)

.....  
.....

informace nepostrádám

### Část B - Znalostní test

(u daných položek je možno zatrhnout pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak)

1. Bércevé vřed je:

- a) akutní rána vzniklá nedokrvením a poškozením nervového zásobení
- b) odumřelá tkáň na dolní končetině (např. na kotníku nebo na stehně)
- c) chronická rána z různých příčin, vyskytující se od kolena po kotník
- d) nevím

2. Příčiny bércevé vředů jsou **nejčastěji**:

- a) tepenné
- b) diabetické
- c) žilní
- d) smíšené (nádorová, posttraumatická, arteficiální)
- e) nevím

3. Chronické působení nikotinu při kouření:

- a) způsobuje zužování až uzavírání cév zejména na dolních končetinách
- b) způsobuje rozšiřování cév na celém těle
- c) potlačuje žaludeční sekreci a peristaltiku
- d) nevím

4. Vyšetření žilního a tepenného systému dolních končetin ultrazvukem - dopplerovským přístrojem je jedna z metod, která slouží k diagnostice příčiny bércevé vředů:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Mezi zásady správné bandáže patří:

- a) velký tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině lýtky, směrem dolů s klesající intenzitou
- b) optimální tlak, který je rozložený nejsilněji v krajině kotníku, směrem nahoru s klesající intenzitou
- c) nevím

6. Mezi komplikace bércevého vředu **nepatří**: (Můžete zvolit i více odpovědí.)

- a) zánět povrchových žil
- b) hojící se rána
- c) vlhká a dostatečně hydratovaná kůže
- d) alergická reakce
- e) nevím

7. Mezi preventivní opatření u bércových vředů **patří**: (Můžete zvolit i více odpovědí.)
- a) vyhledání účinků tepla na bércový vřed (pobyť na slunci, sauna)
  - b) udržování optimální tělesné váhy odpovídající věku a výšce postavy
  - c) dlouhodobé sezení a stání
  - d) pohybová aktivita, procházka, cvičení
  - e) nevím
8. Které faktory v oblasti výživy **zlepšují** hojení bércového vředu: (Můžete zvolit i více odpovědí.)
- a) nízký příjem bílkovin ve stravě
  - b) optimální příjem vlákniny ve stravě
  - c) obezita nebo podvýživa
  - d) dostatečný příjem tekutin
  - e) nevím

*Část C- Dodržování léčebného režimu:*

1. Přikládáte si bandáž na dolní končetiny popř. elastické punčochy?
- a) spíše ano
  - b) ano
  - c) spíše ne (pokračujete od položky 5)
  - d) ne (pokračujete od položky 5)
2. Kdy si přikládáte bandáž popř. elastické punčochy?
- a) každé ráno než vstanu z lůžka
  - b) ob den
  - c) při převazu rány
  - d) nevím
3. Bandáž si přikládám:
- a) od konečků prstů včetně paty a lýtka
  - b) od konečku prstů s vynecháním paty k lýtku
  - c) jen na postižený úsek končetiny
  - d) bandáž neprovádím

4. Jak často si měníte elastická obinadla? (Uved'te, prosím.)

.....

.....

.....

.....

5. Kouříte?

- a) ano (kolik cigaret za den).....
- b) ne

6. Jakým způsobem si provádíte péči o ránu?

- a) Ránu omývám pod tekoucí vodou (nebo jiným přípravkem určeným k oplachování ran) a odstraňuji nečistoty a zbytky mastí z okolí rány.
- b) Při ošetření rány neomývám, pouze odstraňuji nečistoty a zbytky mastí z okolí rány.
- c) Při ošetření toaletu rány neprovádím.



7. Uveďte postup, jak si ošetřujete bérkový vřed:
- a).....
  - b).....
  - c).....
  - d).....
  - e).....
  - f).....
8. Víte, jaké léky (tablety venofarmak- Aescin, Anavenol, Antistax, Ascorutin, Cilkanol, Cyclo 3 fort, Danium, Detralex, Dobica, Doxium, Gynkorfort, Glyvenol, Reparil, Venoruton, Yellon) užíváte v souvislosti s bérkovým vředem?
- a) ano (Uveďte jaké, prosím.).....
  - b) ne
9. Dodržujete léčebná doporučení Vašeho kožního lékaře?
- a) spíše ano
  - b) ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
10. Jaké pohybové aktivity provádíte ke zlepšení oběhu na dolních končetinách? (Uveďte, prosím.)
- .....
- .....
- .....
- .....
11. Dodržujete nějaké zásady v oblasti výživy v souvislosti s onemocněním bérkovými vředy?
- a) ano (Uveďte jaké, prosím.).....
  - b) ne
12. Obsahuje Váš jídelníček dostatek tekutin (1,5 -2 litry/den)?
- a) spíše ano
  - b) ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
13. Popíjíte k nutriční podpoře - Nutridrink protein, Nutridrink compact popř. Diasip ?
- a) ano ( Uveďte jaké, prosím.).....
  - b) ne

Děkuji vám za čas strávený nad dotazníkem a přeji příjemný zbytek dne.

*Soňa Pšurná (Psurna@seznam.cz)*

## PŘÍLOHA PII: PRŮBĚH EDUKACE

<b>Formulář záznamu edukace</b>	Číslo:
Téma: Edukace pacienta s bérco- vým vředem venózní etiologie	Datum:
Podtéma: Léčebný režim pacienta s bérco- vým vředem a správnost přikládání elas- tické bandáže	Podpis edukátora: (Všeobecná sestra popř. sestra se specializací na ošetřování chronic- kých ran)
Skupina péče: Pacienti v ambulantní léčbě s bérco- vými vředy	Počet: 8 až 12 pacientů s bérco- vým vředem
Místo konání, podmínky konání: kožní ambulance popř. kožní oddělení Délka trvání: 1x 45 minut  a  1x 30 minut	Hlavní cíl:  Pacient bude mít dostatek informací o léčeb- ném režimu daného onemocnění.  Pacient bude umět správně přikládat elastické bandáže na dolní končetiny.  Pacient bude znát význam edukace.  Pacient bude rozumět informacím podáva- ným edukátorem.  Pacient bude schopen získané vědomosti aplikovat do běžného života.
<b>Kompetence projektové, plánovací</b>	
Sestra si připraví a naplánuje vše, co bude potřebovat k edukaci pacientů s bérco- vými vředy. Edukační materiály si připraví tak, aby byly pro pacienty dostatečně srozumitelné. Pří- praví prostory pro danou činnost a materiály potřebné k dané edukační činnosti. Při eduka- ci bere ohled na individuální osobnostní vlastnosti, věk a psychický stav. Nakonec sestra zhodnotí průběh edukace a její účinnost.	
Edukační diagnóza:  Nedostatek vědomostí v oblasti ošetřování a péče o bérco- vé vředy  Poučení o léčebném režimu daného one- mocnění  Snížení obav klienta a psychická podpora	Cíle, výsledná kritéria:  Afektivní:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient bude mít zájem o léčbu bérco- vého vředu</li> <li>• Klient bude pocítovat snahu o nácvik kompresivních bandáží</li> <li>• Klient bude klidnější a sebevědomější při provádění bandáží</li> </ul> Kognitivní:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient bude znát podstatu svého one-</li> </ul>

	<p>mocnění</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient bude chápat podstatu léčebného režimu</li> <li>• Klient bude chápat informace podané v průběhu edukace</li> <li>• Klient si zapamatuje a porozumí poznatkům v průběhu edukace</li> </ul> <p>Psychomotorické:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klient bude schopný si udělat kompresivní bandáž</li> </ul>
<b>Kompetence realizační</b>	
<p>Sestra kvalitně a kvalifikovaně aplikuje dané informace týkající se daného onemocnění.</p> <p>Sestra kvalifikovaně realizuje edukaci pacienta, aplikuje svoje organizační schopnosti a diagnostické kompetence se zaměřením na dosažení daných cílů.</p> <p>Sestra vede edukační činnost s ohledem na klienty (problémy s vnímáním, učením, pamětí, řečí, chápáním).</p> <p>Sestra vytváří vhodné podmínky pro edukaci.</p> <p>Sestra se snaží docílit spolupráce ošetrovatelského a léčebného týmu.</p>	
<p>Realizace: - didaktický postup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- čas</li> <li>- průběh edukace</li> <li>- dialog edukátora a edukanta</li> <li>- otázky a odpovědi</li> <li>- poznámky pro následující hodnocení</li> </ul>	
<p>Metody: Slovně- názorné</p> <p>Diskuze</p>	<p>Pomůcky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentace a záznamy edukace</li> <li>- Didaktické pomůcky: literatura, PC a dataprojektor</li> <li>- Názorně edukační materiál: edukační leták, elastické obvazy, papír, pero</li> </ul>
<p>Motivační fáze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Úvodní rozhovor</li> <li>- Struktura edukace</li> <li>- Docílení vnitřní motivace rozvoj vlastního sebevzdělávání</li> </ul>	<p>Trvání max. 5 minut</p> <p>Pozn. Cílem je získání důvěry a spolupráce pacienta</p>
<p>Expoziční fáze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rozdání edukačních letáku</li> </ul>	<p>Trvání 20 minut</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ukázka letáku na dataprojektoru, prezentace</li> <li>- Rozhovor na téma spojený s aplikací názorných metod</li> <li>- Praktické nacvičování</li> <li>- Aktivity pro sebevzdělávání pacienta</li> </ul>	<p>Během první přednášky sestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rozdá edukační leták a nechá pacienty si jej pročíst</li> <li>- sestra seznámí pacienty s obsahem v letáku, který zahrnuje léčebný režim u pacienta s bércovým vředem</li> <li>- sestra zahájí prezentaci týkající se správnosti provádění bandáží</li> <li>- sestra projde s pacienty, čemu nerozuměli a na co se chtějí zeptat</li> <li>- trvání 40 minut</li> </ul> <p>Druhý den odpoledne proběhne druhá část přednášky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dále proběhne praktický nácvik bandáží</li> <li>- sestra provede kontrolu zpětné vazby prostřednictvím rozhovoru</li> <li>- Trvání 30 minut</li> </ul>
<p>Fixační fáze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zopakování důležitých informací</li> <li>- Vyjasnění postojů</li> </ul>	<p>Trvání: 10 minut (druhá část edukace)</p>
<p>Kompetence reflexivní - pozorování, hodnocení, sebezpozorování</p>	
<p><b>Vyhodnocení edukačního procesu:</b></p>	
<p>Cíle jsou splněny: Klienti mají dostatek informací o léčebném režimu daného onemocnění a umí správně přiložit bandáže.</p>	

## PŘÍLOHA PIII: EDUKAČNÍ MATERIÁL



### LÉČBA BÉRCOVÉHO VŘEDU

Aby byla léčba bércového vředu komplexní, musejí být kompenzovány přidružené onemocnění, jako je např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus či jiné civilizační choroby. Nezbytné je zjistit příčinu proč bércový vřed vůbec vznikl a pomocí diagnostických postupů, které naordnuje váš lékař/ka. Součástí je odstranění rizikových faktorů, které mají špatný vliv na hojení. Jedná se převážně o kouření, obezitu, nesprávnou výživu, nedostatek pohybu aj.

### PROČ NEKOUŘIT?

Nikotin při kouření způsobuje zužování cév a důsledkem toho je snížení zásobování tkání kyslíkem a zhoršení prokrvení.

### SPRÁVNÁ STRAVA A PŘÍMĚŘENÁ TĚLESNÁ HMOTNOST

Jídelníček vhodný k hojení bércového vředu byste měli obohatit zejména o bílkoviny, které se podílejí na hojení. Vyskytují se hlavně v sýrech, jogurtech, mléce, tvarohu, kuřecím či rybím mase a želeatině. Zinek je prvek, který omezuje vznik a vývoj infekcí. V potravě se zinek vyskytuje hlavně v játrech, tmavém masu, mléce, vaječných žloutcích, celozrnných cereáliích, fazolích a dýňových semenech. Vitamíny A, E jsou významnými antioxidanty. Vysoký podíl bílkovin, minerálů a vitamínů obsahují i výživové doplňky, které můžete zakoupit v lékárně pod názvem *Nutridrink* a u diabetiků se jedná o *Diasip*. Strava obohacená vlákninou předchází zácpě, která má také špatný vliv na tlak v žilním oběhu. Dostatečný příjem tekutin se pohybuje v rozmezí 1,5-2 litry na den a ve stravě by bylo potřeba omezit příjem nasycených mastných tuků (maslo, tučné maso, červené maso a čokoláda). Nezapomínejte i na zeleninu a ovoce, které hojení jen prospějí. Nadváha způsobuje zvýšení žilního tlaku a má nepříznivý vliv i na celý organismus, proto se snažte svou váhu udržovat v normě.



### CVIČENÍ

Nezbytnou součástí léčebného režimu musí být i přiměřená fyzická aktivita. Při pohybu dochází ke zlepšení oběhu v dolních končetinách. Velmi vhodné jsou pravidelné procházky, jízda na kole nebo tanec. Zkuste si během dne alespoň 30krát stoupnout na špičky, zhoupnout se ze špičky na patu nebo kroužit nohama v kotnících.



### ODPOČINEK

I lékaři vám doporučí, abyste si třeba po obědě umístili dolní končetiny na 2 hodiny do zvýšené polohy alespoň o 10 cm.



### VHODNÁ OBUV, ALE I ODEV

Boty s příliš vysokým nebo nízkým podpatkem nejsou vhodné. Ideální je podpatek vysoký 3-4 centimetry. Končetinám prospěje oděv, který je volnější a pohodlný, z neдрáždivého materiálu. Ponožky používejte s volnějším lemem.



### KONTRAINDIKACE BANDÁŽE

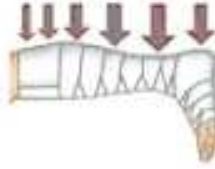
Jedná se o okolnosti nebo stav pacienta, které nedovolují bandáž přikládat. Pokud dojde k začervenání v okolí rány, zvýšené bolestivosti, zvětšujícímu se otoku, zápachu z rány, svědivé vyrážce, puchýřkům, pupínkům a mokvání, je nutno navštívit lékaře, jelikož by se mohlo jednat o dané komplikace bércového vředu.



Erysipel neboli růže je akutní zánětlivá reakce kůže způsobená beta-hemolytickým streptokokem. Mikrobiální exém z přecitlivělosti na mikroby pomnožené na kůži. Kožní choroby různého původu. Hypodermatitida v akutním stadiu a závažné lokální poruchy krevního oběhu.

## BANDÁŽ

Kompresivní obvaz by se měl přikládat každé ráno, a to vložte ještě před vstáváním z lůžka. K samostatnému přiložení obvazu by měl být kotník postaven do pravého úhlu. Účinná bandáž musí končetinu pevně obepínat.



Pro efektivní bandáž se používají dvě elastická obinadla. Obinadlo by mělo vyvíjet nejsilnější tlak v oblasti kotníku včetně chodidla a směrem k lýtku a kolenu by měl být tlak mírnější. Bandáž vede od prstů přes patu až ke kolenu. Neefektivnější jsou obinadla s tzv. krátkým tahem, kde díky své malé tažnosti vyvíjejí neúčinnější tlak, proto je nezbytné provádět zevní kompresi po celou dobu léčby bérčového vředu, ale i po zhojení. Pro zajištění správné funkce žilního systému po užití obinadla s tahem do 70%.

## POSTUP SPRÁVNÉ BANDÁŽE

- Kompresivní obvaz se přikládá dříve, než nemocný svěší dolní končetiny z lůžka, protože je končetina bez otoku nebo s minimálním otokem.
- V kloubu hlezenním svírá končetina 90 stupňů.
- Obinadlo vhodné šíře (8-10 cm) je vedeno tak, aby nerozvinutá část směřovala ven, a držení musí být krátké.

- Přiložení začínáme ve směru od akračních částí směrem k srdci.

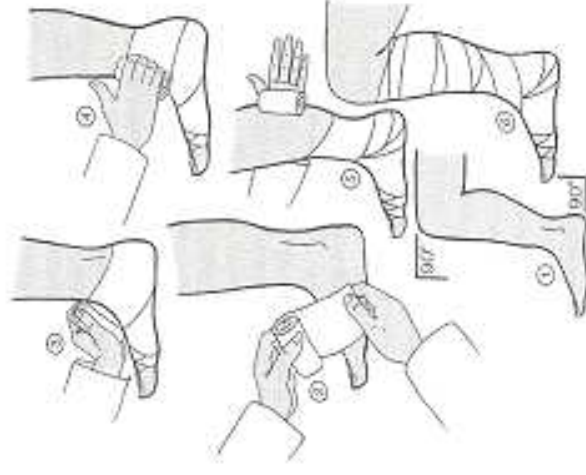
- Délka obinadla pokrývá cedu končetinu včetně paty (min. dvě očky) a lýtka v pravidelných otáčkách, které se překrývají ze 2/3 a nevytváří přehyby.
- Tlak obinadla je maximální v krajně kotníků, nad kotníky se začíná snižovat tlak a pod kolennem je asi poloviční než v kotnicích.
- Prohloubená místa na končetinu byla stejná, a styčná plocha na končetinu byla stejná, a bandáž zakončíme náplastí nebo zavíracím špendlíkem.

## POSTUP SPRÁVNÉHO OŠETŘOVÁNÍ BÉRCOVÉHO VŘEDU

1. Při každém převazu bérčového vředu provedeme nejdříve pravidelnou hygienu rány.
2. Vřed osprchujeme vlažnou vodou od shora dolů.
3. Okolí vředu osušíme měkkým a čistým ručníkem.
4. Na vřed se přiloží hydrofilní gáza smočená v roztoku, který je určen k obkladům např. borová voda, Dermacyn, Prontosan, slabě růžový roztok hypermanganu aj.
5. Obklad necháme působit cca 10-20 minut.
6. V případě léčby „klasickou“ metodou se ošetří okolí rány zinkovou pastou nebo zinkovým olejem, případně podle potřeby jiným prostředkem, aby kůže v okolí byla chráněna proti nežádoucím účinkům sekretu z rány a masti, které se na ránu přikládají.
7. Ošetří se vřed – mast se nanese přímo na spodinu vředu, nebo se vřed překryje jednovrstvnou gázou, na kterou se nanese

mast určená k ošetření, a to tak, aby pronikla přes gázu na spodinu vředu.

8. Přiloží se vícevrstevné čtvercové krytí a provede se fixace hydrofilním obinadlem.
9. U bérčového vředu žilního původu se přiloží kompresivní obvaz.
10. Při použití moderního krytí není většinou nutné krycí prostředek pokrývat hydrofilní gázou, stačí jej fixovat hydrofilním nebo kompresivním obvazem.



(Použito z : Pospíšilová, 2004, s. 110)

# PŘÍLOHA PIV: POVOLENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

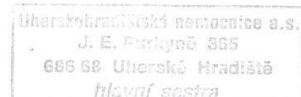
Jméno a příjmení studenta	Soňa Pšurná
Téma bakalářské práce	Edukace pacienta s bércovým vředem
Skupina respondentů	Pacienti s bércovým vředem
Pracoviště	Uherskohradištská nemocnice a.s. - kožní ambulance

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25.2.2012



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství



razítko a podpis zástupce zařízení



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

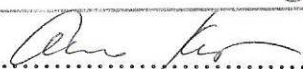
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Soňa Pšurná
Téma bakalářské práce	Edukace pacienta s bércovým vředem
Skupina respondentů	Pacienti s bércovým vředem
Pracoviště	KNTB a.s.


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 23.2.2012

  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

**Krajská nemocnice T. Bati, a. s.**  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín (9)

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení



## PRACOVIŠTĚ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Kožní ambulance Otrokovice, třída Osvobození 1388, MUDr. Anna Raková,

tel.: +420 577 932 656



Kožní ambulance Luhačovice, Masarykova 315, MUDr. Daniela Barošová,

tel.: +420 577 133 470



Kožní ambulance Uherský Brod, Horní Valy 2536 (Lékařský dům), MUDr. Jitka Kelíšková,

tel.: +420 572 638 481



Kožní ambulance Zlín, třída Tomáše Bati 3705, 2.etáž, MUDr. Světlana Nečasová,

tel.: +420 577 645 231



Kožní ambulance Uherské Hradiště, U Brány 243, MUDr. Jitka Červinková,

tel.: +420 572 553 784

