

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Marcela Latková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Marcela Latková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKÝM
DEFEKTEM DOLNÍCH KONČETIN**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto papíru - BP s razítkem.

Prohlášení

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.**

V Plzni dne 18.1.2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za metodické vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad, podporu, čas, které mi věnovala, zejména za velmi vstřícný a trpělivý přístup.

Anotace

Příjmení a jméno: Latková Marcela

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta s chronickým defektem dolních končetin

Vedoucí práce: Mgr. Fremrová Vladimíra

Počet stran – číslované: 63

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova:

Cévy – chronické rány dolních končetin – hojení ran – léčba ran – bolest – edukace

Souhrn:

V bakalářské práci se zabývám problematikou kvality života u nemocného s chronickým defektem dolních končetin. Pojednává o chronickém onemocnění dolních končetin, které je vyvolané různými příčinami. Jednou z nejčastějších příčin je žilní nedostatečnost.

V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky o této nemoci, její projevy, stadia, diagnostika, léčba. Jedním z klinických příznaků je bolest. Zabývám se jejím dopadem na léčbu, ale i na kvalitu života, kterou pacienta velmi ovlivňuje. A to po stránce fyzické i duševní.

Praktickou část bakalářské práce jsem zaměřila na pacienta s onemocněním dolních končetin. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsem zjišťovala nejčastější problémy a obavy pacienta. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak nemoc ovlivňuje život člověka a jeho rodinu, zmapovat informovanost jedince a zjistit změny v životním stylu. Stanovené cíle byly splněny a v diskuzi výsledky porovnány mezi sebou.

Annotation

Surname and name: Latková Marcela

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The quality of life of the patient with chronic wound on lower limb

Consultant: Mgr. Fremrová Vladimíra

Number of pages – numbered: 63

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 25

Keywords:

Arteries- chronic wounds of the lower extremities - healing - wound therapy - pain -
Education

Summary:

Theme of my bachelor thesis is about patient's quality of life with chronic wound on lower limb. There is described chronic illness of lower limb which is caused by different effect. The most often cause is veins insufficiency.

The basic facts about this disease are summarized in theoretic part of bachelor thesis, with signs, levels, ways of diagnostic and way of treatment. The main of clinic sign is pain. I try to describe which affect of pain is the main for treatment, quality of patient's life, because it is very important for patient. For physical and psychical life as well.

The practical part of my bachelor thesis is focused on patients with chronic disease of lower limb. I used semistructured interview and found the most often complication and patient's fears out. The goal of research was to discover how the disease effect patient's life and life of the family, to describe if the patient has enough informations and find change of patient life style out. The main goals are achieved and the results are compared between each other.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DIAGNOSTIKA ŽILNÍCH ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 Klinická diagnostika žilních onemocnění	13
1.2 Klinické projevy žilních onemocnění	13
1.3 Fyzikální (objektivní) vyšetření končetin	14
2 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÉ ZÁKLADY KOŽNÍHO ÚSTROJÍ	15
2.1 Kůže	15
3 RÁNA	17
3.1 Základní typy ran	17
4 DIAGNOSTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ.....	19
5 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	20
6 HOJENÍ	22
6.1 Fáze hojení.....	22
6.2 Fáze čistící, exsudativní, erudační, zánětlivá.....	23
6.3 Fáze granulační, proliferativní	23
6.4 Fáze epitelační, vyzrávání, tvorba jizvy	24
7 LÉČBA	25
7.1 Kompresivní terapie.....	25
7.2 Lokální terapie	27
7.3 Celková terapie Antibiotika	28
7.4 Chirurgická léčba bércových vředů	28
7.5 Fyzikální léčba bércových vředů	28
7.6 Systémová léčba bércových vředů.....	28
7.7 Edukace pacienta	28
8 FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ ULCUS CRURIS VENOSUM ...	30
9 BOLEST	32
9.1 Diagnostika bolesti	32
9.2 Léčba bolesti	32
10 CHRONICKÁ BOLEST A KVALITA ŽIVOTA PACIENTA	34
10.1 Hodnocení kvality života	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
11 FORMULACE PROBLÉMŮ	37
12 CÍL VÝZKUMU	38
12.1 Dílčí cíle	38

13 OPERACIONALIZACE POJMŮ	39
14 VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	40
15 VÝBĚR PŘÍPADU	41
16 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	42
17 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	43
18 METODIKA	44
18.1 Organizace výzkumu.....	44
19 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	45
20 DISKUZE	58
21 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR.....	62
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

V léčbě chronických ran je nezbytná komplexní péče, neboť chronické rány mají nespočet příčin, následných projevů a komplikací s vlivem na celkové zdraví člověka. Bolestivé, chronické rány často značí, že je něco v nepořádku a je třeba odhalit příčinu. Léčba příčiny chronicity nehojící se rány by měla obsahovat odhalení správné diagnózy a iniciovat příkladnou léčbu chronické bolesti.

Bolest chronické rány je jedním z hlavních zájmů pacienta i ošetřujícího personálu. Bolest bývá identifikována jako zásadní komplikace, ovlivňující kvalitu všech složek života nemocného. Bývá prvním faktorem, na který je nemocný zaměřen. Uvádí jej jako nejzávažnější omezení a souvislý spouštěč stresu. Na vzniku bolesti u chronických defektů dolních končetin se podílí mnoho faktorů a ovlivněním pouze jednoho z nich se většinou bolesti nezbavíme. Je zde třeba pracovat s materiály, jež na defekt přikládáme, s analgetiky nebo anestetiky, které ovlivní bezprostřední bolest při výměně krytí. Důležitá je psychika nemocného, mnohdy si tedy chronická bolest chronických defektů vyžádá antidepressiva. Periodicky se u nemocných objevují infekce a zhoršování již stabilizovaných defektů v závislosti na celkovém stavu nemocného. S omezením nemocného, který žije s chronickým defektem tak souvisí rozvoj následných onemocnění. Stejně tak tomuto stavu mnoho onemocnění předchází. Chronický defekt sám je vleklá nemoc, která může postiženého vyřadit z běžného života, diskvalifikovat z pracovních a společenských aktivit a v konečném důsledku připravit o život.

TEORETICKÁ ČÁST

Chronické defekty dolních končetin mají mnoho faktorů, jež ovlivňují jejich vznik, závažnost, komplikace a především chronicitu. Primárně ve většině případů je hlavním viníkem nedostatečné prokrvení dolních končetin jakožto vedlejší efekt mnoha chorob, například diabetes mellitus, ateroskleróza DK, hyperlipidemie, obezita, varixy DK.

1 DIAGNOSTIKA ŽILNÍCH ONEMOCNĚNÍ

1.1 Klinická diagnostika žilních onemocnění

Anamnéza

Rodinná anamnéza – rodinná zátěž je velmi často přítomna u onemocnění jako je diabetes mellitus, ateroskleróza, Laidenská mutace.

Osobní anamnéza – v minulosti přítomny erysipely, chirurgické zákroky a poranění dolních končetin, trombotických uzávěrech krevního řečiště dolních končetin nebo pánve, diabetes mellitus, Laidenská mutace, vaskulitida, srdeční selhávání.

Léková anamnéza – mnoho léků může zapříčinit komplikace v krevním řečišti dolních končetin – primárně především perorální antikoncepce, sekundárně se může jednat o interakce mezi jednotlivými léky, které mohou způsobovat otoky dolních končetin.

Pracovní anamnéza – sedavý způsob zaměstnání, manuální práce se zátěží na dolní končetiny, vystavení negativnímu působení vnějšího prostředí – například horko, chemické sloučeniny, dlouhodobé působení chladu na dolní končetiny.(1)

1.2 Klinické projevy žilních onemocnění

Otok dolních končetin je nejčastějším klinickým znakem onemocnění žilního systému, v kombinaci se změnou barvy kůže v jeho místě, bolestivé reakce, jež vniká bez příčiny, při palpaci postiženého místa anebo při námaze. Velmi často jsou přítomny pocity „těžkých nohou“, únava svalů při chůzi i v klidu, a noční kladikace.(1)

1.3 Fyzikální (objektivní) vyšetření končetin

Vzhledem k závažnosti jakýchkoli onemocnění a komplikací na dolních končetinách v souvislosti se vznikem defektů dolních končetin je velmi důležité prvotní vyšetření rizikových pacientů. Vyšetřujeme pohledem, kdy nás zajímá otok, barva kůže, jizvy. Pohmatem určíme teplotu, zvětšení lymfatických uzlin, citlivost na tlak. Poslechem vyšetřujeme šelesty a žilní návrat. K odhalení refluxu z hlubokého žilního systému do povrchového užíváme žilní testy, například Thomayerův test, Schwartzův test.

- pohledem – zjišťujeme např. otok, jizvy, barvu kůže
- pohmatem – zjišťujeme teplotu, citlivost, zvětšení lymfatických uzlin
- poslechem – pátráme po šelestech
- funkčními testy pátráme po klinických známkách refluxu z hlubokého do povrchového, např. Thomayerův test, Schwartzův test (1)

2 ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÉ ZÁKLADY KOŽNÍHO ÚSTROJÍ

2.1 Kůže

Kůže je ochranná bariéra oddělující organismus od vnějšího prostředí a zároveň představuje spojení mezi okolím a vnitřním světem těla, a je také nejrozsáhlejší částí lidského těla, orgánem, který se řadí mezi smyslové.(2)

Kůže seskládá ze tří částí, kdy každá z těchto částí tvoří její nedílnou a pro správnou funkci pokožky nezastupitelnou úlohu. Mluvíme-li o poškození kůže, není toto označení přesné. Je vždy nutné upřesnit, o jaké poškození se jedná, resp. Jaká vrstva kůže je poškozením postižena. Poškozením kůže je organismus vystaven narušení těchto základních a důležitých funkcí kůže. A to – ochrany těla před mechanickým nebo chemickým narušením, vylučování odpadních látek, je narušena funkce udržování rovnováhy vnitřního prostředí, nelze se spolehnout na příjem informací ze zevního prostředí – kde je kůže narušena, není možné cítit například chlad, nebo bolest a dochází k většímu a většímu poškození. Vzhledem k tomu, že kůže je největší orgán, u dospělého člověka tvoří 1,6 až 1,8 metru, procentuálně se může zdát poškození chronickým defektem snadno zanedbatelné. Vzhledem k jejím funkcím však může být velmi fatální.(2)

Pokožka (epidermis)

„je zevní vrstva, tvořená z několika vrstev plochých buněk, které na povrchu odumírají, rohovatí a olupují se. Tato vrstva neobsahuje cévy. Pokožka obsahuje bílkovinu pro vodu nepropustnou. V hlubších vrstvách jsou zrnka tmavohnědého barviva, pigmentu (melanin). Barva kůže je dána podle hloubky a množství melaninu. Hlavní funkce melaninu je pohlcování UV složky slunečního záření.“(2, str. 9-10)

Škára (dermis)

„je střední vrstva, tvořená vazivem. Obsahuje bohatou síť cév a nervových zakončení, pomocí kterých vnímáme teplo, chlad a bolest. Škára rozhoduje o pružnosti, mechanické odolnosti a pevnosti kůže.“(2, str. 11-12)

Podkoží (subcutis)

„je nejhlubší vrstva, tvořená řídkým vazivem a tukem. Tvoří izolační vrstvu chránící proti teplotním vlivům i mechanickému poškození. V tukové tkáni si náš organismus uchovává přebytek energie.“(2, str.13)

3 RÁNA

Jakékoli poškození kůže, poškození celistvosti, funkce, a jednotlivých vrstev nazýváme ránou, resp. kožním defektem, a dělíme je:

- a) podle mechanismu vzniku na sečné, tržné, zhmožděné, bodné atp.,
- b) dle hloubky na rány povrchové a hluboké
- c) v závislosti na délce léčby od vzniku do úplného zhojení na rány akutní a chronické.(3)

„Vznikají především v troficky změněných tkáních nejčastěji žilního nebo tepenného původu, na místech lokálně působících faktorů - tlakem nebo zářením, nedostatečným prokrvením. Následně vznikají ulcerace jako defekty kůže. Ulcerace dolních končetin jsou poměrně častou komplikací onemocnění cév dolních končetin postihující až 2% populace. Nejčastěji se vyskytují ulcus cruris venosum, tedy žilní etiologie - u 73%. Dále arteriální rány dané postižením ischemií v 8%, diabetické ve 3%, poúrazové ve 2% a tzv. jiné ve 14%. Z celkového množství postižených trpí 25% otevřenými ulceracemi.“(3, str.8-9)

3.1 Základní typy ran

Černá rána – spodinu černé rány tvoří nekrotická vrstva, suchá nebo vlhká gangréna, pod níž bývá žlutě zbarvená část, která má blátivou strukturu, tkáň, jež je svou strukturou granulační, nebo měkké podkoží. Lze sem zahrnout i rány, jež jsou několikabarevné, černou spodinu mívají i závažné rány chirurgické, kdy nekróza napadá převážně odumřelé okraje těchto defektů a lze se s ní setkat i u vysokých stupňů dekubitů. Léčba těchto komplikací je jediná – chirurgické odstranění (debridement).(3)

Černožlutá rána se může zařadit do označení černá rána. Žlutá spodina je zapříčiněna nekrózou, jež tvoří vlhká vlákna zbytku podkoží a tuková vrstva. Velmi často se zvrhne do rány černé, proto označení je vždy hraniční. Léčbou je opět debridement.(3)

Žlutá rána – Pokud je v ráně přítomna nekróza a hnis, je často charakteristická žlutou barvou a je nutné předpokládat, že je přítomna infekce. V nekrotické tkáni a jejím okolí je totiž prostředí velmi vyhovující množení bakterií a neúčinnější léčbou je opět dle častých doporučení chirurgické odstranění.(3)

Žlutočervená rána snadno přejde v ránu žlutou. Přítomnost červeného zabarvení zapříčiní krevní sraženiny vzniklé traumatem, nebo vzniklé z tkáně, jež prochází granulací a drolí se, často také z přítomnosti hemolytických bakterií. Červená je však barva, jež provází zdravou granulaci tkáně. Léčba může a nemusí být použitím chirurgického snesení tkáně, nanesením místních antiseptických prostředků a vytvoření odpovídajících prostředí pro samovolné zhojení, nejčastěji použitím komponentů, tvořícím vlhké prostředí rány.(3)

Červená rána se vyznačuje tím, že pokud nejsou přítomny známky infekce, má spodinu tvořenou zdravou vrstvou tkáně, jež při svém hojení granuluje. Pokud hojení ustane, nebo se po dlouhou dobu ustrne v jednom bodu, jedná se faktický příznak zanesení infekčních agens do rány a značí tak kritickou změnu na stupnici hojení ran směrem ke žluté ráně.(3)

Červenorůžová rána je velmi optimistický stav poškozené tkáně, přítomna je čerstvá granulace s pozitivním vývojem hojení a znaky epitelizace. Zde je zásadní zdržet vhodné prostředí, nejčastěji vlhké, aby nedošlo k nešetrnému odtržení zdravé tkáně a zásadní je zde také zabránění zanesení infekce do rány.(3)

Růžová rána je označení pro ránu, která je již chráněna vrstvou tvořícího se zdravého epitelu.(3)

Do fáze úplného zhojení je třeba důsledná snaha zabránit narušení nové vrstvy tkáně. Je velmi citlivá, náchylná k infekci, pro samotné zhojení defektu naprosto zásadní.

Pokud budeme mluvit o ráně infikované, kromě výše zmíněných pravidel hodnocení má určitá specifika. Pokud je masivně přítomna infekce *Pseudomonas aeruginosa* je spodní vrstva rány zbarvena do zelena až do zelenomodrá a vytváří silně páchnoucí povlak. Pro infekci bakterií *Escherichia coli* je charakteristický smolkový foetor vulneris. Pro ránu, kde je přítomna infekce proto volíme odlišnou klasifikaci – a to tzv. Wound infection continuum.(3)

4 DIAGNOSTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Diagnostika bércových vředů je multioborová a obsahuje laboratorní krevní testy hematologické a biochemický rozbor, vyšetření cév, vyšetření krevního řečiště dolních končetin pomocí neinvazivních metod, vyšetření stěru z defektu na přítomnost infekce, případně biopsie tkáně defektu. Jak je již výše zmíněno, na vzniku defektů dolních končetin se podílí tolik faktorů, že zahrnutím je do prvotního vyšetření často vede ke správné diagnóze. Působením přidružených onemocnění se i malé poranění na dolní končetině může snadno zvrhnout ke chronickému defektu, přestože prvotní signály nejsou tak závažné. Polymorbidita nemocného je jedním z nejzávažnějších faktorů a je třeba k tomuto faktoru více než přihlížet.(4)

5 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Pokud mají bérčové vředy příčinu venózní, jedná se nejčastěji o zeslábnutí stěny žil, nedostatečností chlopní žil, a rozvoj změn na žilách v podobě varixů. Často jsou přítomny po prodělání trombotických onemocnění, nebo vznikají na základě arteriovenózních abnormalit. Nedostatečná funkce chlopní způsobuje žilní hypervolemii, rozšíření a změně tvaru žil. Pokud je poškozena mikrocirkulace dochází k otokům, vedoucím k zánětlivým komplikacím, a vzhledem k propouštění fibrinu vnější vrstvou venózního řečiště je tkáň sužována nedostatečným okysličením, a velmi snadno zde vzniká bérčový vřed, jiný má tendenci nenápadně vést ke chronicitě. Na možnost zvratu určitých potíží na dolních končetinách mohou ukazovat konkrétní příznaky. Vzestup tlaku žilního v místě nad kotníkem, edém, flebektazie, atrofie, akroangiadermatitida změny v tukové vrstvě pokožky, změna barvy kůže dohněda, a zánět kůže.(4)

Arteriální defekt má příčinu ve vymizení arteriálního řečiště na periférii DK, které je ve většině případů způsobené arteriosklerotickými změnami. Na zhoršení stavu prokrvení DK a vytvoření podmínek pro vznik bérčového vředu nás opět může upozornit několik příznaků. Nejtypičtějším jsou klaudikace, křečovitě bolesti při chůzi, naprosto nezaměnitelné s čímkoli jiným, kdy většina nemocných popisuje podstatné zhoršení na základě elevace. Procentuálně je toto onemocnění zastoupeno jednou pětinou populace ve věku vyšším, než je 65 let, a jako každé onemocnění má své rizikové faktory. Jedná se o nikotinismus, DM, arteriální hypertenzi, a vysokou hladinu cholesterolu v krvi. Problémem je, že pouhá třetina postižených má relevantní příznaky. Konečné postižení tkáně je častěji situováno nad zevní kotník, nebo na stranu tibie. Ve většině případů je defekt provázen velmi silnou bolestí.(4)

Ulcus cruris hypertonicum Martorell takzvaný hypertenzní vřed vyniká tím, že je velmi bolestivý, vzniká v místech nad zevním kotníkem a na zadní části lýtky. Postihuje častěji ženy a prvním příznakem bývá lividně zbarvená část kůže, která po sebemenším poranění získává chronicitu v podobě defektu s velmi zásadními zánětlivými komplikacemi. K tomuto defektu nejčastěji vedou příčiny v podobě zúžení nebo obliterace arteriol, kdy je přítomen tlak v diastole vyšší než 95 mm Hg.(4)

Vzhledem k tomu, že příčin vzniku defektu na dolních končetinách máme opravdu mnoho, řadí se mezi ně i primární a sekundární vaskulitis. Sekundární vaskulitida v návaznosti na kolagenózu, odpovědi organismu na účinky léků, jako závažný projev infekčního onemocnění, nebo jako projev neoplazie. Defekt je charakteristický enormní bolestivostí, zarudnutím, poškozením okolí v podobě petechií a v konečném důsledku nekrotickými komplikacemi.(4)

Primární vaskulitis je celkové onemocnění, stejně jako nádory, revmatoidní artritida, polyarteritis nodosa. Všude tam, kde se jedná o celkové postižení organismu, jsou vředy velmi častým projevem, komplikací a chronickou zátěží už tak velmi nemocného postiženého. Nelze tedy na ně hledět jako na samostatný problém. Téměř vždy je příznakem a komplikujícím faktorem jiného, závažného onemocnění. Dalšími příčinami jsou metabolické postižení, hematologické diagnózy, a nebo z působení zevního prostředí – ve formě dermatitis, omrzlin, infekčních postižení, či po předchozím rozsáhlém traumatu.(4)

6 HOJENÍ

„Hojení ran je přirozeným obranným systémem pohybu a dělení buněk, který organismus spouští okamžitě při vzniku jakékoliv rány na těle. U zdravého jedince je tento obranný mechanismus natolik silný, že dokáže zvládnout všechny akutní rány a hojení probíhá per primam. Pokud dojde ke komplikacím rány např. infekcí, tak u mladého zdravého jedince za mírného přispění dojde také ke zhojení v relativně krátkém časovém úseku.“(3,str.10)

„Pokud se však stejná situace objeví u jedince, který je celkově ve zhoršeném zdravotním stavu kvůli chronickým onemocněním, je straší 65 let, má zhoršený nutriční stav a sníženou schopnost sebepéče, je jasné, že léčení defektů ve formě ulcerací bude složité a dlouhodobé. Hojení rány je kontinuální proces, v němž se jednotlivé fáze vzájemně prolínají a na sebe navazují.“(3,str.10)

6.1 Fáze hojení

Pokud se defekt nehojí primárně, ale sekundárně, jedná se o chronicitu takové rány. Ve fázích hojení chronického defektu je přítomna fáze destruktivní a fáze granulační a hojení je delší, než šest týdnů. Je zde prostor pro negativní působení vlivů v místě rány, i vlivu celkového stavu organismu.

Ve fázi čištění dochází v lepším případě k udržení rovnováhy v prostředí rány, v boji s infekcí, pokud je přítomna, a může se objevit nekróza odumřelé tkáně.

Ve fázi granulace dochází ke vzniku nové vrstvy tkáně. Pro vznik nové vrstvy tkáně je nezbytné vhodné prostředí, zajištěné vhodnými materiály, více v dalších částech mé práce.

Ve fázi epitelizace je tvořen nový epitel tkáně, je velmi křehký, a chronický defekt se i v této fázi může zvrátit do nehojící se rány, pokud dojde k porušení nové tkáně, či narušení vnitřního prostředí organismu či působení vnějších vlivů.

Jednotlivé fáze na sebe plynule navazují, nelze jejich pořadí zaměnit, ale mohou se vzájemně překrývat a v různých částech rány splývat.(3)

6.2 Fáze čistící, exsudativní, erudační, zánětlivá

Nejdůležitější fází hojení rány je první – fáze čistící. Pokud se jedná o akutní poranění, je důležité zastavit krvácení zároveň s použitím čistících prostředků, abychom eliminovali možnost zanesení infekce do rány a tím předešli komplikaci s následným hojením. Tuto fázi hojení lze jednoduše nazvat jako proces, který se na začátku aktuálně v ráně odehrává.

Charakteristika poranění, defektu: chronicita, infekce i rána bez infekce, přítomnost povlaku na ráně, nekróza v ráně, přítomnost zápachu. Toto vše může být přítomno v počáteční fázi po skončení krvácení a prvotním vyčištění. Uplatňují se zde léčebné mechanismy těla v kontextu s vlivy vnějšího prostředí.

Cílem ošetřování, vedeného místně je udržení rovnováhy vnitřního prostředí rány, podpora vzniku a proliferace buněk, tvorba vhodného prostředí pro granulaci tkáně.(3)

6.3 Fáze granulační, proliferativní

Z názvu je patrné, že zde je přítomno zásadní období proliferace, tedy vzniku a dělení nových buněk, kdy vzniká nové cévní řečiště, které zajišťuje dostatečné krevní zásobení nově vznikající tkáně. Rána se vyplňuje granulacemi, v této fázi při poranění velmi krvácí. Uplatňují se zde ve velkém měřítku faktory růstové a cytokiny pro zajištění pohybu a dělení tkáňových buněk. Tvoří se odolná síť kolagenních vláken, na základě působení fibroplastů, které produkují dostatečné množství kolagenu.

Charakteristika poranění, defektu: defekt akutní i chronický, rána ošetřena primárně čištěním, kde je přítomna velká i menší sekrece.

Cílem ošetřování vedeného místně je snaha o bezprostřední vyčištění rány, zajištění vlhkého prostředí, kde je možné ochránit a udržet granulaci, podpora epitelizace, zajistit elasticitu na okraji defektu pro zabránění poranění nově vznikajících okrajů rány.(3)

6.4 Fáze epitelační, vyzrávání, tvorba jizvy

V této fázi dochází k diferenciaci a přestavbě, dotvoření nových kolagenních vláken. Rána se kontrahuje, granulační tkáň již není plna vody a cév, dochází k vývoji pevnosti a síle tkáně a vytváří se jizva.

Charakteristika poranění, defektu: Chronická rána bez infekčního zatížení, čistý defekt s hojnou tvorbou epitelu.

Cíl ošetřování: snahou je podpořit právě vzniklý epitel, ochránit jej před poraněním, udržet elasticitu a poddajnost okrajů defektu, snaha o zmírnění zjizvení tkáně.(3)

7 LÉČBA

Pokud mluvíme o prvním kontaktu s ulcus cruris ať už jakékoli příčiny, téměř vždy se s ním setká všeobecná sestra u praktického lékaře, nebo pracovník RZP v případě, že nemocný je urgentně přepravován do nemocnice. Ať tak či tak, je velmi pravděpodobná příčina žilní insuficience podmíněné chronicitou, přesněji CVI. Setkáváme se s víceméně jednoznačným klinickým obrazem, který však je nutné potvrdit, či vyloučit na základně důkladného vyšetření samotného žilního řečiště. Pokud je přítomna porucha proudění krve v mikrokapilárách a v samotné vrstvě podkoží, je nezbytné orientovat se v stupni poškození, rozsahu a samotném místě, kde vlivem chronicity dochází k poškození, jež narušuje funkci všech zasažených tkání. V případě, že přemýšlíme nad hojením již vzniklého defektu, je opět nezbytné dosáhnout co nejlepšího povědomí o zasažených vrstvách tkáně a vybrat tak správný terapeutický plán. V případě, že dojde k dlouhodobé terapii, zabýváme se jak tlakovou léčbou, tak léčbou místní, která je nastavená nemocné tkáni přímo „na tělo“. Samozřejmě hledíme i na celková onemocnění pacienta, často jsou rozhodujícím faktorem, a snažíme se vyvarovat vlivů, jež mohou proces hojení a léčby narušit. V tomto všem je nezbytná edukace nemocného, bez jeho spolupráce mnoho zásadních faktorů naprosto selhává.(5)

7.1 Kompresivní terapie

Jsou určité snahy v mnoha případech úspěšné a převažující, léčit ulcus cruris chirurgickou cestou odstraněním, vyčištěním, odstraněním nekrot, přesto však převažuje či jakoukoli léčbu doplňuje léčba kompresivní. Na základě zevního tlaku se snižuje žilní hypertenze, snižuje se kapilární filtrace, zvyšuje reabsorbce a a přenos lymfy a dochází ke vzestupu tlaku kyslíku v tkáni.

Kompresivní terapie má nesporné výhody i v prevenci zánětlivé komplikace. Pokud se zrychlí tok krve, je obtížné pro leukocyty usadit se na cévní stěně a aktivaci a následné uvolnění prvků, podporující onu zánětlivou reakci. K zajištění kompresivní terapie není nic vhodnějšího než osvědčená elastická bandáž, případně speciální kompresivní punčochy. Vypadá to jednoduše, jsou zde však tři nezbytné zásady a to – pod kompresí je nutné zachovat adekvátní tlak, v oblasti kotníku maximální, směrem výše je možné tlak snižovat. V oblasti s největším tlakem je nutné držet se hranice kolem 35–45

mm Hg vestoje. Tlaková pomůcka by neměla mít okraj v oblasti poškozené tkáně, ať už jakýmkoli způsobem. Jsou tedy tři typy ukončení – pod kolenem, v půli stehna, či v horní části stehna. Jako zdravotníci dobře víme, že udržet na správném místě, s adekvátním tlakem kompresivní léčebnou pomůcku tak, aby byla nemocnému ku prospěchu je víceméně umění, nicméně, je třeba tyto zásady dodržovat. Jako třetí pravidlo se jeví nasazení vícevrstevné bandáže, která lépe drží na potřebném místě, je značně složitá a více efektivní. Příkládáme ji ve stadiu venolymfatické insuficience.(5)

„Ve stadiu venolymfostatické insuficience, která provází většinou ulcus cruris venosum, je indikovaná aplikace vícevrstevné bandáže. Vícevrstevná bandáž je tvořena „bandáží jednotlivých prstů krátkotažným obinadlem nebo pružným gázovým obvazem o šířce 2–4 cm, následně se na končetinu navléká bavlněný tubulární obvaz. Na něj se aplikuje vrstva polstrovacího materiálu (vatový obvaz, tenký nebo silnější molitanový obvaz). Ten má za úkol jednak chránit podkožní tkáň před strangulací a pohmožděním, rovnoměrně rozkládat tlak pod bandáží a současně jsme s jejím použitím schopni vytvořit ideální válcovitý tvar končetiny a snáze aplikovat graduovaný tlak pod kompresivní bandáží. Na místa fibrotizace podkoží (např. na hřbetu nohy, v okolí vředu, na vnitřní straně bérce) podkládáme speciální pryžové inleje různé hustoty nebo mobilizační bandáž k zesílení lokálního tlaku pod kompresivní bandáží a ke zvýšení fibrinolytického účinku komprese. Na takto připravenou končetinu poté aplikujeme kompresivní bandáž krátkotažnými obinadly. Končetinu bandážujeme vždy ve flexi v oblasti hlezenního kloubu. Na oblast nártu vážeme obinadlo šíře 8 cm, na oblast bérce a stehna obinadlo šíře 12–14 cm. K aplikaci podkolenní bandáže použijeme vždy 2 kompresivní obinadla, na bandáž stehenní 4. V případě objemnější končetiny je možné počet obinadel navýšit.“(5, str.281-282)

„Aplikace zevní komprese má i svá omezení. Kompresivní pomůcky nemůžeme aplikovat u nemocných s pokročilým postižením tepenného systému. Vzhledem k častým poruchám tepenného řečiště u starších nemocných (50 % pacientů s ulcus cruris venosum ve věku nad 80 let má i tepenné postižení dolních končetin), by měl být před aplikací kompresivní terapie standardně vyšetřen ABPI. Absolutní kontraindikací pro aplikaci zevní komprese je dekompenzované srdeční selhání s projevy kardiálního edému. Relativní kontraindikací aplikace zevní komprese je dekompenzovaná hypertenze a oběhově významné srdeční arytmie. Aplikaci komprese musíme také zvážit u nemocných s projevy

angiopatie a neuropatie (Sudeckova atrofie, difuzní sklerodermie nebo polyartritida) a u akutních bakteriálních infekcí kůže a podkoží. “(5, str.282)

7.2 Lokální terapie

Nezávisle na etiologii vzniku chronických ran, proces hojení, jeho fáze bývají obdobné, prochází stupni zánětu proliferace a maturace. Často však chronická rána ulcus cruris, nebo jakákoli jiná rána má tendenci stagnace a to ve stupni vleklé zánětlivé reakce. Pokud chceme být nápomocni hojení ulcus cruris, měli bychom dodržovat několikery zásady. Snahou je zajistit a udržet čistou spodní část rány. Následuje tendence pro udržení vlhkého a tím mnohem příznivějšího prostředí pro zhojení rány. A na závěr a velmi důležité – nedopustit, aby při výměně krytí došlo k poškození nově vzniklé tkáně.(5)

„Moderní obvazové materiály velmi dobře zabezpečují výše uvedené požadavky. Navíc nezabraňují výměně plynů, tvoří dostatečnou bariéru proti zevní infekci, udržují ideální teplotu, pH a nejsou toxické. Některá nově vyvinutá biologická krytí eliminují MMP a stimulují tvorbu růstových faktorů, které jsou pro hojení nezbytné. Pro výběr vhodného obvazu musíme pečlivě zhodnotit charakteristiku vředu – jeho hloubku, exsudaci, barvu spodiny, zápach, okolí vředu a bolestivost při převazu, která může být ukazatelem infekce na spodině vředu. Součástí každého převazu je abraze exkochleační lžičkou k odstranění odumřelých tkání a bakterií ze spodiny vředu. Jeho okolí očistíme od event. nánosů olejem nebo hydratační emulzí. K následnému oplachu používáme roztoky s minimálním cytotoxickým potenciálem, které nezpomalují hojení (Ringerův roztok, Prontosan, Dermacyn apod.), vhodná je také sprcha pitnou vodou (mechanické odplavení bakterií a buněčného detritu). Spíše se snažíme vyhnout dezinfekčním roztokům, které mimo antibakteriálního účinku jsou většinou i výrazně cytotoxické. Teplota roztoků a sprchy by se měla pohybovat kolem 28 °C. Je-li nutné chránit okolní kůži, pak ji ošetříme krycí pastou a následně aplikujeme vhodné krytí.“(5, str.282-283)

„Mimo uvedená krytí lze použít i enzymatické nebo larvální čištění rány. Nutný je také výběr správného sekundárního krytí, které dostatečně absorbuje exsudát, neadheruje ke spodině vředu a eliminuje jeho mechanické podráždění. Na závěr aplikujeme správnou vícevrstevnou bandáž. Frekvence převazů je závislá na použitém krytí, exsudaci a stavu okolní tkáně. U vředů žilní etiologie je většinou exsudace výraznější a převazy provádíme po 2–4 dnech. V každém případě je vhodné omezit frekvenci převazů, protože každý převaz

vede k porušení ideálního tepelného a vlhkého mikroklimatu a zpomaluje hojení. V případě nadměrné exsudace je možné i vícekrát denně vyměnit pouze sekundární krytí.“(5, str.283)

7.3 Celková terapie Antibiotika

– indikujeme u infikovaných vředů, pokud je infekce v okolí vředu nebo jsou celkové známky infekce, nebo pokud je viditelná nadměrná hnisavá sekrece na spodině. Pro lokalizované infekce na spodině vředu používáme pouze lokální antimikrobiální a antiseptická krytí (nejčastější preparáty s obsahem stříbra). Z venofarmak se klinickými studii potvrdil nejlepší vliv na hojení vředu diosmin (Detralex). Přidání tohoto preparátu ke standardní léčbě zkracuje dobu hojení a zvyšuje počet vyléčených pacientů.(5)

7.4 Chirurgická léčba bérkových vředů

Na bérkový vřed, který je velmi rozsáhlý a nelze jej dobře celkově vyhojit, může se na postiženou část transplantovat kožní štěp nebo kožní buňky. Tyto kožní buňky dokážou celou ránu přerůst. Chirurgická léčba je více časově i finančně náročná. Pro správné hojení štěpu je předpokladem dostatečně připravit a vyčistit spodinu rány. (6)

7.5 Fyzikální léčba bérkových vředů

Bérkové vředy můžeme léčit kompresivními obvazy, jsou vhodné hlavně při žilním původu. Dolní končetiny můžeme masírovat v okolí vředu, což podporuje hojení, dále tak i rehabilitace, chůze nebo biostimulační lampa.(6)

7.6 Systémová léčba bérkových vředů

Systémová léčba se řadí do komplexní léčby pacienta s bérkovými vředy. Pokud má pacient žilní nedostatečnost podáváme mu venofarmaka, které podporují pevnost žilní stěny. U arteriálního původu bérkových vředů užíváme vazodilatancia, ty vedou k roztažení cév.(6)

7.7 Edukace pacienta

Pacient musí být poučen o léčebném postupu, v případě indikace radikálního zákroku (probatorní excize, chirurgicko – plastická léčba) musí být podepsán informovaný souhlas pacienta. Hlavním cílem edukace je dosažení změny chování pacienta, s následným pozitivním ovlivněním jeho zdravotního stavu.

Přednost srozumitelné, instruktivní učení, při kterém se může pacient snadno zapojit a spolupracovat. Je zde velmi důležitá diskuze. A nejlepší edukační technikou je

danou problematiku odpřednášet a doplnit ji psaným textem, aby si ji mohl pacient více prostudovat, či zopakovat. Edukátor by měl navázat s pacientem důvěryhodný vztah, respektovat ho, být ochotný mu pomoci, měl by mít schopnost mu poradit a odpovědět na jeho otázky. V tomto případě musí být edukátor trpělivý a nechat si dostatek času na kontakt a komunikaci s pacientem. Na což se předem připraví.(17)

8 FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ ULCUS CRURIS VENOSUM

„I přes správné teoretické znalosti a snahu o aplikaci adekvátní komplexní terapie, se mohou vyskytnout různé faktory negativně ovlivňující hojení bércového vředu. V první řadě je to nedostatečná edukace. Snažíme se vždy pacientovi přístupnou formou vysvětlit techniku převazu a zvláště zdůraznit účinek komprese v léčbě žilního onemocnění.“(5, str.283)

Nemůžeme pacientovi předepsat kompresivní obinadlo, bez toho abychom ho poučili o aplikaci. Aplikaci a použití obinadla mu ukážeme praktickou ukázkou. Takový pacient dochází na pravidelné kontroly, kde zhodnotíme správnost použití. Pro ošetřující personál je nejtěžší poučit pacienta o nutnosti bandáží dolních končetin. Obzvláště starší pacienti se hůře adaptují na průběh hojení. Mají z hlediska dalších zdravotních omezení a zhoršenou pohyblivostí ztíženou schopnost provést kompresi dolních končetin v takové míře, aby byla účinná. Jsou i pacienti ze špatné sociální situace, kde se prakticky nedá dobře zvládnout a dodržet takovýto způsob ošetření. V tomto případě využijeme odbornou domácí péči, která nejlépe zajistí převaz bércového vředu a tím i kompresi dolních končetin.(5)

„Kůže má důležitý psychologický význam a je těsně spojena s mozkem a duší. Je smyslovým orgánem v socializačních procesech, je citlivá a vnímavá k různým emočním podnětům a ovlivňuje jedincovu představu o těle a také sebeúctu. Porušená představa o těle může při vzniku, průběhu i dekompenzaci dermatózy ovlivnit komunikaci, introvertovanost, sociální izolaci a vztahy. Navíc kůže a centrální nervový systém sdílejí mnoho hormonů, neurotransmiterů a receptorů. Proto není překvapující možnost kauzálního vlivu psychologických faktorů, zvláště emočního stresu, na průběh různých kožních onemocnění.“(8, s.233,234)

V komplexním přístupu k hojení ulcus cruris venosum musíme znát diferenciální diagnostiku. Musíme znát etiologii onemocnění, diagnostiku žilní poruchy, což vyžaduje spolupráci s angiologem. A mít přehled základních terapeutických postupů. To co ovlivňuje pacienta v procesu léčby je celkový zdravotní stav pacienta a další faktory, které mají negativní dopad na léčbu. Abychom zajistily recidivu ulcus cruris žilního vředu musíme poučit pacienta o nutné trvalé aplikaci komprese. Nelze ale pominout, že přístup pacienta k léčbě, jeho aktivní spolupráce a zajištění dobrého sociálního zázemí je prakticky nutné, pro dobré výsledky v procesu hojení.(5)

9 BOLEST

Chronická bolest v současnosti představuje velký zdravotnický problém. Jde o životní pocit, který ovlivňuje myšlení, náladu i chování a může vést k sociální izolaci, omezené pohyblivosti i závislosti na lécích. Optimální léčba spočívá v multidisciplinárním přístupu s využitím všech dostupných možností. Nezastupitelné místo má však lidský přístup k pacientovi, jeho pochopení a motivování ke společnému úsilí vyléčit chronickou bolest, anebo ji alespoň zmírnit natolik, aby byla kvalita života uspokojivá.

Bolest je často průvodním symptomem bércových vředů, tím výrazně snižuje kvalitu života pacienta. Proto v léčbě bércových vředů nesmíme zapomenout na prevenci a léčbu chronické bolesti.(9)

9.1 Diagnostika bolesti

Bolest je vždy subjektivní. Při její diagnostice je nejdůležitější anamnéza bolesti. Sestra má důležitou roli při posuzování bolesti, protože informace o intenzitě bolesti je plně závislá na vyjádření pacienta. Důležitou roli zde sehrávají komunikační a psychosociální zručnosti sestry, její empatie a schopnost klást otázky.

K hodnocení bolesti využíváme vizuální analogové, verbální a numerické stupnice. Pacient sám vyjadřuje stupeň anebo procento intenzity bolesti od 0 do 10, kde 0 znamená žádnou bolest a 10 je největší bolest, jakou si pacient dokáže představit. Pro pacienty s chronickou bolestí je nevyhnutelné nacvičit relaxační a psychosociální techniky na odpoutání se od bolesti. Bolest se může zbytečně zhoršovat, pokud pacient neví, co se s ním bude dít a jak dlouho to bude trvat a proč ho něco bolí. Sestra může svým chováním a konáním obavy pacienta zmírnit, ale i vystupňovat. Potřebují mít dostatek informací o bolesti, funkčním potenciálu a kvalitě života, nefarmakologických a farmakologických intervencích v léčbě bolesti a o hodnocení jejich účinku.(9)

9.2 Léčba bolesti

Před výběrem analgetika je nutné znát celkový stav pacienta, komorbiditu, užívané léky a lokální nález, respektive původ vředu. Analgetika volíme podle intenzity bolesti, jejího charakteru (pálivá, hluboká, ostrá, tupá...), zhoršení např. polohou, ve dne, v noci, kompresivní, trváním (kontinuální, občasná, během a po převazech).(9)

Analgetika dělíme na neopioidní analgetika, které postačí u mírné a středně silné bolesti, tedy první stupeň WHO analgetického žebříčku. Patří sem nesteroidní antirevmatika (NSA).

Slabé opioidy, podáváme u středně silné a silné bolesti, mohou být indikované případně v kombinaci s analgetiky prvního stupně. Pokud má pacient kontinuální bolest, pak podáváme slabé opioidy s pomalým uvolňováním v pravidelných dávkách po 12 hodinách. Před převazem nebo při zhoršení bolesti je možné doplnit NSA nebo paracetamolem

Silné opioidy se podávají u pacientů, kteří mají silné bolesti. Ty mají při správném dávkování a výběru paradoxně méně nežádoucích účinků a interakcí než všechna ostatní analgetika. Riziko nadužívání nebo dokonce závislosti je při pravidelném užívání retardovaných preparátů malé. V současné době jsou k dispozici perorální a transdermální. Pokud je pravděpodobné velmi dlouhodobé podávání, pak by měly být podávány opioidy, které co nejméně ovlivňují imunitu.(9)

10 CHRONICKÁ BOLEST A KVALITA ŽIVOTA PACIENTA

10.1 Hodnocení kvality života

„Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující živý organismus v kontextu paradigmatu ošetřovatelství – lidského jedince, osobu.“ (10, str. 21)

Chronická bolest má negativní dopad na každodenní život jedince. Chronická bolest zasáhne pacienta po stránce fyzické, psychické i sociální. Pacient s chronickou bolestí není schopen vykonávat každodenní aktivity běžného života, omezují pohyb, postupně se odkazují na pomoc druhých, změní se jejich chování i myšlení, tím se změní i mezilidské a to může vést až k sociální izolaci. Pacient je chronickou bolestí ovlivněn tak, že může dojít ke ztrátě zaměstnání, která vede i k ekonomické závislosti. Chronická nemoc u pacienta negativně ovlivňuje samotného pacienta, ale i jeho okolí, hlavně jeho rodinu.(11)

Prožívání chronické bolesti negativně působí nejen na postiženého jedince, ale i na život celé jeho rodiny. Proto je důležité zabývat se kvalitou života nemocného v širším kontextu. Zajímáme se o jeho **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** - energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat, dalším faktorem je **psychické zdraví a duchovní stránka** - negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání, dále sledujeme **sociální vztahy** - osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita, a **prostředí** - finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a zručností, fyzikální prostředí jako znečištění, hluk, klima.

Pro pacienta funguje kvalita života jako motivační síla ke konání, protože úsudek člověka o svém zdravotním stavu má velkou hodnotu pro prognózu. Byla zjištěna vyšší mortalita u osob, které vnímaly svůj zdravotní stav jako špatný. Závisí na intenzitě, trvání a dynamice změn klinických symptomů onemocnění. Mnohá chronická onemocnění, i když bezprostředně neohrožují život člověka, byť projevující se minimálními příznaky, způsobují postupný pokles kvality života.(11)

Na zhoršení kvality života se podílejí doprovodné příznaky chronické bolesti. Jako jsou poruchy spánku a chování, deprese, změna osobnosti, sociální izolace, zácpa, ztráta zaměstnání, nebezpečí suicidia, poruchy libida. Chronická bolest narušuje mezilidské vztahy, ovlivňuje pracovní postavení a kariéru. Dokáže změnit optimistického a společensky založeného člověka na podrážděného a deprimovaného samotáře. Změna celkového stavu pacienta trpícího chronickou bolestí se netýká pouze jeho samého, ale i jeho vztahu ke zdravotnickému personálu a mimořádně intenzivně jeho manželství a rodiny. V takovémto případě dochází ke změně dominantních rolí v rodině.

Podmínkou holistické péče, která směřuje ke kvalitnímu životu je zabezpečit pacientovi psychickou a fyzickou pohodu, zajímat se o tělesný vzhled, projevy bolesti, sexualitu, výživu, adaptaci, spokojenost, zkušenosti, užitečnost a dokázat mu poskytnout pomoc a radu, jak se vyrovnat s novou životní situací a žít opět plnohodnotný život. Očekávání pacienta je důležitým a hlavním faktorem spokojenosti s průběhem léčby a s ošetrovatelskou péčí, a samozřejmě i s výsledky léčby. Čím menší je u pacienta rozdíl mezi očekáváním a reálnou skutečností, tím vyšší je kvalita života u konkrétního pacienta.

Limity životního stylu nevycházejí primárně ze somatického dopadu onemocnění, ale z míry ovlivnění životního stylu jedince v jeho subjektivním prožívání.(11)

PRAKTICKÁ ČÁST

11 FORMULACE PROBLÉMŮ

V léčbě chronických ran je nezbytná komplexní péče, neboť chronické rány mají nespočet příčin, následných projevů a komplikací s vlivem na celkové zdraví člověka. Bolestivé, chronické rány často značí, že je něco v nepořádku a je třeba odhalit příčinu. Léčba příčiny chronicity nehojící se rány by měla obsahovat odhalení správné diagnózy a iniciovat příkladnou léčbu chronické bolesti.

Bolest chronické rány je jedním z hlavních zájmů pacienta i ošetřujícího personálu. Bolest bývá identifikována jako zásadní komplikace, ovlivňující kvalitu všech složek života nemocného. Bývá prvním faktorem, na který je nemocný zaměřen.

Myslím si, že i v dnešní době, kdy je nespočet možností prevence a léčby bércových vředů se i přesto potýká velké množství pacientů s tímto onemocněním. Jsou pacienti, kteří mají defekt dolních končetin řadu let, a přes veškerou léčbu a jejich snahu se s tím dlouhodobě potýkají.

Důležitá je psychika nemocného, mnohdy si tedy chronická bolest chronických defektů vyžádá antidepresiva.

Je správné, když se příbuzní zapojí do ošetřovatelského procesu o nemocné s chronickým defektem dolních končetin. Je to pro pacienty ohromný přínos, hlavně po psychické stránce.

12 CÍL VÝZKUMU

Analyzovat reakce klienta v domácím prostředí na kvalitu života s chronickým defektem dolních končetin.

12.1 Dílčí cíle

1. Zjistit do jaké míry je pacient omezen v běžném životě.
2. Zjistit jak pacient reaguje na bolest, co pro něj obnáší žít s chronickou bolestí.
3. Zjistit jak reaguje na onemocnění rodina a příbuzní, popř. jakým způsobem mu pomáhají.
4. Zjistit jaké má možnosti léčby v domácím prostředí.

13 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Debridement - chirurgické vyčištění rány, součást toalety rány. Spočívá v odstranění nekrotických částí a tkání, které nemají šanci na zhojení, s porušeným krevním zásobením.

Pseudomonas aeruginosa - patří mezi gram negativní, aerobní, pohyblivé, nefermentující bakterie.

Smolkový foetor vulneris - při dlouhodobějším trvání infekce dochází k manifestaci dalších známek infekce, jako je hemopurulentní exsudát, zápach.

Polymorbidita - přítomnost více chorob současně. Poměrně častý stav ve stáří např. ICHS, hypertenze, cukrovka, artróza.

DM - diabetes melitus (cukrovka)

Hojení per primam - hojení rány sterilní, které jsou převážně rány řezné s hladkými okraji přiloženými těsně k sobě, zhojení probíhá bez větší zánětlivé reakce.

Erysipel – (latinsky erysipelas) též růže, je akutní erytémové onemocnění kůže a vrchní vrstvy podkoží vyvolané většinou beta-hemolytickými streptokoky skupiny A. Onemocnění nezanechává imunitu.

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

ABPI - vyšetření průchodnosti cév dolních končetin

14 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Jak ovlivňuje onemocnění kvalitu života pacienta?

14.1 Dílčí otázky

1. Jaké jsou pocity pacienta při léčbě chronických defektů dolních končetin?
2. Jaké jsou reakce pacienta na bolest?
3. Jak zvládá pacient každodenní péči o defekty dolních končetin?
4. Do jaké míry je spokojen s péčí a pomocí příbuzných při každodenní hygieně a převazech?
5. Jak je pacient spokojen s lékaři a zdravotním personálem, kteří mu poskytují léčbu a informace o tomto onemocnění?

15 VÝBĚR PŘÍPADU

Výběr případu byl záměrný, protože pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nejvhodnější, abych si vybrala klienty, kteří trpí defektem dolních končetin. Pacientka tímto onemocněním trpí již řadu let, na rozdíl od druhého pacienta, který se s tímto léčí jeden rok. Je velice důležité sledovat pacienty po bio – psycho – sociální stránce.

Klientku znám několik let a vím, že s tímto onemocněním bojuje již dlouhou dobu. Kdy se jí podaří na určitý čas bércové vředy vyléčit. Ale vždy se to vrátí zpět, je to běh na dlouhou trať. Chtěla jsem zjistit, jak se rodina zapojila do ošetřování pacientky v domácím prostředí, co je pro ně nejtěžší a zda rodina souhlasila s výzkumem.

Druhý klient se léčí s tímto onemocněním podstatně kratší dobu, je to osoba opačného pohlaví. V souboru jsou zástupci obou pohlaví, aby bylo možno porovnat rozdíly. Muž se s touto nemocí se setkal poprvé před rokem. I přes tuto poměrně krátkou dobu, po kterou se s nemocí potýká, je jeho stav vážný. Bércové vředy se nehojí, vznikají opakované infekce a muži hrozí amputace.

16 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. K provedení rozhovoru jsem oslovila: daného pacienta. S jejich souhlasem jsem odebrala informace pomocí dotazníku, které jsem si nahrávala na diktafon. A v neposlední řadě jsem oslovila manžela a manželku pacientů, kteří se léčí s chronickým defektem dolních končetin. Dále oba dotazovaní podepsali informovaný souhlas, ve kterém se zmiňuji i o absolutní anonymitě. Informovaný souhlas je součástí přílohy. Rozhovory jsem prováděla v domácím prostředí, kam jsem za nemocnými dojížděla. Rodina pacientky je velice vstřícná, znám ji už mnoho let. Rodina pacienta mi ve všem maximálně vyšla vstříc, byť je znám poměrně málo. Před zahájením rozhovoru jsem dotazované informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni nutně odpovídat. Rozhovor jsem nahrávala se svolením na diktafon, objektivní pocity dotazovaných jsem si také zaznamenala. Setkání trvalo okolo šedesáti minut, a to ve dvou návštěvách u obou pacientů. Vždy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky.

Dalším stylem, jak získat informace, bylo pozorování. Při pozorování jsem si zaznamenávala stav defektů dolních končetin, jejich velikost, stupeň bolesti a četnost převazů.

17 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se podrobněji zajímala pouze o klienty s chronickým onemocněním dolních končetin. Téma mé bakalářské práce je vysoce individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. Zajímám se o porozumění, reakce, pocity při léčbě a o každodenní péči, a to vše mi zajistí tento druh výzkumu.

18 METODIKA

V odborné práci popisují stav klienta v anamnéze, nejvíce kladu důraz na anamnézu osobní a nynější, které jsou důležité pro nastavení celého individuálního plánu a rozhodnutí, jaké prvky léčby zakomponujeme do ošetřovatelského procesu. Neopomím ani na rodinnou, farmakologickou, pracovní a sociální anamnézu. V katamnéze se soustředím na zpracování stavu klientů, zaměřím se na jejich osobní anamnézu, na začátek jejich onemocnění až po dnešní dobu. Na stav jejich psychiky v souvislosti s onemocněním.

18.1 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v domácím prostředí klientů, délka trvání přibližně 60 – 90 min. Výzkum byl uskutečněn v měsíci leden - únor 2015 v Plzeňském kraji. Před zahájením rozhovoru byli respondenti informováni o účelu rozhovoru a dále o tom, že bude rozhovor zaznamenáván. Podepsali informovaný souhlas, který byl uložen do dokumentace autorky práce. Rozhovor byl zaznamenán pomocí diktafonu. Materiál byl zpracován pomocí doslovné transkripce, text byl převeden do spisovného jazyka, data uložena do počítače. Hodnocení dat bylo provedeno pomocí analýzy.

19 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Respondent A zařazeným do kvalitativního šetření je žena ve věku šedesátičtyř let, nyní je ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako uklízečka.

Chronické defekty má již na obou končetinách. Nejprve se jí objevil před 14 lety na pravé dolní končetině. Postupem času se jí udělal i na levé dolní končetině. Respondentka žije s rodinou ve zděném domě. V domě je i přes zdravotní omezení respondentky uklizeno, útulno.

Rozhovor probíhal v odpoledních hodinách, respondentka odpovídala klidně, bez větších potíží. Před začátkem rozhovoru působila poněkud nervózním dojmem, stydlivě, v průběhu rozhovoru došlo ke zklidnění. Rozhovor byl zahájen kontextovými otázkami.

Respondent A

Vzpomínáte si, kdy u Vás došlo k prvním příznakům nemoci?

Poprvé se mi to objevilo před 14 lety. Nejdříve se mi to objevilo na pravé dolní končetině a později i na levé dolní končetině. Doktor mi řekl, že to mám z křečových žil.

Jaké potíže jste měla před stanovením diagnózy?

Růže. Opakovaně jsem trpěla růží. A pak se mi poprvé otevřela ta noha.

Trpíte nějakou další nemocí?

Zlobí mě tlak. Někdy mám nižší, někdy vyšší. Mám ho hodně kolísavý. Také jsem byla na operaci s vyhřezlými plotýnkami asi před 10 lety a od té doby špatně chodím. Spíš nechodím. Protože mi začne škubat v nohách a proto se nemohu víc na ně postavit. Nohy mě dlouho neudrží. Mám k dispozici vozíček, na kterém se přepravuji. Hlavně když jedu

ven, třeba na nákupy nebo k lékaři. Doma po kuchyni se pohybuji pomocí francouzských holí. Tak nějak se šourám.

Jaké máte současné projevy onemocnění?

Mívám teploty. Když mám náběh na růži, tak se mi střídá zima a teplo. A to už vím, že se objeví růže. Trápí mě bolesti nohou, hlavně v noci.

Chodíte na lékařské kontroly? Jak často? A na jaké?

Chodím pravidelně k mému obvodnímu lékaři a na kožní. K obvodnímu lékaři chodím na vyšetření INR, protože užívám Warfarin. Na kožní jezdím, vždycky mi dá nějakou novou mast na vyzkoušení, ale k ničemu to není. Jednou jsem byla v ambulanci pro chronické rány, ale tam mi vůbec nepomohly. Ani je moje rány nezajímaly. A se zády chodím k neurologovi. Chodím asi tak jednou za měsíc, nebo za pět neděl. Podle toho jak si mě pozvou.

Byly Vám poskytnuté informace týkající se péče o chronickou ránu lékařem nebo sestrou? V jaké míře?

Většinou mi informace moc nedávají. Kožní lékařka mi dá nějakou novou mast. Ta je špatná. Musím jí nechat být, protože to pálí. Tak jedu k mému lékaři, který mi napíše zase něco jiného. Lékařka na kožním mi akorát řekla, ať to převazuji, když to bude mokré. Jinak to mám nechat být. Nikdo se mi nezeptá, jestli potřebuji obvazový materiál. Sháním si ho sama. Někdy mi ho napíše na kožním, když si o to přímo řeknu. Někdy zase musím k mému obvodnímu lékaři, když mi to doma dojde. Tak mi taky něco napíše. Nebo si to kupuji v lékárně.

Myslíte si, že máte o své nemoci dostatek informací?

Mám pocit, že za dobu, co se s tímto onemocněním potýkám, mám dostatek informací o vzniku mé nemoci. Jen bych uvítala více informací o léčbě a o péči o ránu. Abych viděla zlepšení, které nyní nějak nevidím. Noha se mi nezlepšuje, spíše se zhoršuje a nikdo mi neřekne proč. Ani co bych pro to měla udělat, aby se mi rány hojily.

Odkud čerpáte informace o nemoci?

Nejvíce se ptám u kožní lékařky. Ptám se na to, co mi píše, ale většinou tomu stejně nerozumím.

Jak dlouho Vám trvalo, než jste se vyrovnala s touto nemocí dolních končetin a jak to prožíváte?

Dodnes jsem se s tím vlastně nevyrovnala. Překáží mi to. Nemůžu spát, omezuje mě to prakticky při všech činnostech.

Jak ovlivnilo vaše onemocnění rodinu, váš život?

Byly z toho hodně špatný. Musí mi pomáhat. Manžel mi pomáhá s převazy. Vozí mě k lékaři. Nakupuje.

Můj život se hodně zhoršil. Nemůžu se s tím smířit. Mám pořád bolesti. Nikdo mi neřekne proč, jak se toho zbavím. Lékaři na mě spíše zkouší různé léčby. Myslím si, že sami neví, co s tím.

Co vidíte jako hlavní nedostatek v souvislosti s onemocněním?

Nejvíce mi chybí obvazový materiál. Rány mi dost prosakují. Musíme je převazovat někdy i několikrát denně. A pak mi obvazový materiál chybí. Musím si ho dokupovat.

Kde nakupujete pomůcky na péči a převaz o chronickou ránu?

Většinou mi píše kožní lékařka obvazový materiál. Musí často žádat revizního lékaře. Což je i časově náročné. Protože musím počkat, jestli mi to schválí. Když mi to schválí, tak mi pošle poukaz. A já si to v lékárně objedná a pak pro to musím dojet. Často mi to dojde ještě dřív než jedu na kontrolu, pak si to kupuji za svoje. Občas mi něco napíše můj obvodní lékař. Když ho požádám.

Jak hodnotíte vliv péče o rány z hlediska finanční stránky?

Kdybych měla nárok na materiál tolik, kolik opravdu potřebuji k převazům, ušetřila bych opravdu spoustu peněz. Koukám, kolik co stojí, a podle toho taky nakupuji.

Kolik přibližně utratíte za měsíc za pomůcky, které potřebujete k péči o chronickou ránu?

Přibližně 500 Kč. Přesně to nepočítám.

Čerpáte příspěvky od zdravotní pojišťovny na pomůcky nebo převazový materiál?

Nehledám nějaké extra příspěvky. Moje lékařka mi občas něco napíše, co potřebuji s ohledem na možnosti z pojišťovny. Hodně si to dokupuji sama.

Máte bolesti?

Mám strašné bolesti. Mám škrábání v nohou. Nevím, jak bych si lehla. Dříve jsem ráda spávala na břiše. Ale dnes už mi to ta bolest nedovolí. Nevím jak si lehnout.

Jak snášíte bolest? Kdy je pro vás nejhorší?

Když můžu ven, něco dělat. Tak na tu bolest tolik nemyslím. Nejhorší je to v noci. Když jsou ty nohy v klidu. Snažím se na tu bolest nemyslet, beru si i léky na bolest. Jsou ale slabý. Lékařka mi přidávat léky nechce, prý už toho mám moc. Ráno beru 6 léků, v poledne 2 a večer jich beru 7. Proto už i já sama nechci žádné léky přidávat. Snažím se to nějak vydržet.

Do jaké míry jste spokojena s rodinou, která o vás pečuje? Kdo o Vás pečuje nejvíce?

Jsem s nimi velmi spokojena. Ve všem mi vyhoví. Žiji se svým manželem, který se o mě stará nejvíce. Pak doma žije ještě můj starší syn a ani pro něj není problém mi pomoci nebo mě dovést k lékaři. Nyní je sám po operaci. Proto se o mě hlavně stará manžel. Jsem mu za to strašně vděčná. A přála bych si, abych mu to mohla někdy oplatit.

Vaše onemocnění se mění. Může dojít i k uzdravení. Kdy se to zhoršuje, kdy naopak zlepšuje? Na jak dlouho se to zlepší?

V průběhu let, co mě to onemocnění trápí se to moc nemění. Někdy se mi rány zavřou, ale je to na chvíli. A i tak bolest nezmizí. Vždycky se to zhorší, když se mi udělá růže. Kůže je lesklá, červená. Na to se objeví dírka velikosti knoflíku. Pak už se to rozšíří a je z toho velká bolestivá rána.

Jak to zvládáte po psychické stránce? Vyhledala jste z tohoto hlediska pomoc?

Psychiatra jsem nevyhledala. I když to moc dobře nenesu. Hodně mi pomáhá rodina.

Máte narušený spánek? Z jakého důvodu špatně spíte?

Celou noc nespím většinou. Bolest mě nenechá spát. Občas si vezmu léky na spaní. To mi ale pomůže na chvíli. Pak jsem zase do rána vzhůru.

Jak reagovala rodina na onemocnění, pomáhá Vám s adaptací?

Nejdřív jsem se snažila rodinu moc nezatěžovat, ale postupem času se to zhoršovalo. Pak už mi rodina sama začala pomáhat. Hodně mi to usnadňují. Díky manželovi a synovi je to pro mě mnohem jednodušší.

Kterou oblast Vašeho života poznamenala nemoc nejvíce?

Musela jsem kvůli tomu do předčasného důchodu. Mojí práci jsem měla ráda, ale nešlo to chodit do práce. Vždycky jsem se starala o domácnost a vaření. Milovala jsem práci na zahrádce a okolo domu. Teď už toho moc neudělám. Protože se špatně pohybuji. A nohy mě pořád dost bolí.

Děkuji za rozhovor

19.1 Analýza dat

Rozhovor s respondentkou A byl přínosný v hodnocení kvality života pacienta s chronickým defektem dolních končetin. Respondentka trpí tímto onemocněním 14 let. Toto onemocnění se objevilo po prvním výskytu erysipelu. Respondentka A nemá velmi dobré znalosti o onemocnění, o léčebném režimu a zkušenosti s léčbou a ošetřováním kůže. Převážně se o to stará sama s dopomocí manžela v domácím prostředí. Na kožní soukromou ambulanci dojíždí pro mastě a nějaký obvazový materiál. Kde jí lékařka minimálně poučí o léčbě chronických ran. Sama tyto informace aktivně nevyhledává. Léčba ze strany kožní lékařky je minimálně účinná. V průběhu let již vyzkoušela mnoho léčebných postupů, metod, mastí a léků, ale i přes to je léčba neúčinná. Navštívila také na podzim minulého roku ambulanci chronických ran při chirurgické ambulanci v nemocnici. Což nemělo vůbec žádný přínos z jejího hlediska. Lékařka si jí nepozvala ani na kontrolu, proto další návštěva již neproběhla.

Respondentka A se s onemocněním nikdy nesmířila. Doufá, že se uzdraví, aby se mohla zase plně věnovat domácnosti a práci na zahrádce. Přála by si, aby jí pomohly a ona mohla normálně žít. Starat se o domácnost a o vnoučata.

Respondentka A má smíšené pocity při péči o chronickou ránu. Vzhledem k tomu, že se jí nedostane dostatečné informovanosti o péči a o hojení ran. Stará se o to z větší části doma. Dle jejích vlastních možností a dostupných léků.

V sociální oblasti se respondentka cítí být omezena, jako problém se začleněním do společnosti chronické rány vidí. Onemocnění jí přineslo omezení v zaměstnání, které nemůže vykonávat. A je tedy v invalidním důchodu. Také jí to dále podstatně omezuje v běžném životě. A to při starostech v domácím prostředí a péči o domácnost a zahradu. Dále má potíže chodit ven na nákupy. Z hlediska časové a finanční náročnosti respondentka A vidí jako velký problém.

Nejhorším problémem při nemoci chronickým defektem dolních končetin udává respondentka A bolest, což jí může přinášet velkou psychickou zátěž. Dále udává bolest, jako největší překážku ve spaní. V noci je to pro ni nejhůře snesitelné, když jsou nohy v klidu. Snaží se bolest vydržet, protože jí dávají silná analgetika a ona se bojí jejich interakcí s ostatními léky, které užívá. Tyto léky jí předepisují ostatní lékaři, které navštěvuje. Obvodní lékař nebo neurolog. Myslí si, že jich bere velké množství, proto se snaží snížit užívání analgetik na minimum.

Respondentka A uvádí, že je velmi ráda za pomoc manžela a syna. S jejich každodenní péčí je velmi spokojena. Uvádí, že bez nich by to v domácím prostředí sama nezvládla, jelikož je na rodinu odkázána ve všech směrech každý den. Manžel i syn jí pomáhají při každodenní hygieně. Nejvíc náročné je pro ni koupání. Což by bez dopomoci nezvládla. Uvádí, že jí musí dopomáhat s oblékáním. Dopravují ji na kontroly k lékařům. Vozí jí na nákupy jídla, obvazového materiálu a jiných léků, které potřebuje.

Z rozhovoru s respondentkou A vyplynulo, že není spokojena s podanými informacemi o péči o chronickou ránu ze strany lékařů a zdravotnického personálu. Ve většině případů informace, které jí sdělí lékař jsou pro ni nesrozumitelné. Také uvádí, že se bojí zeptat více, aby se lékařka na ni nezlobila. Nebo aby jí neřekla něco, co nechce slyšet.

Respondent B

Jako druhý byl do kvalitativního šetření zařazen padesátisedmiletý muž. Chronický defekt na pravé dolní končetině se mu objevil před rokem. Vzhledem k přidaným žilním uzávěrům mu hrozí amputace, s čímž se nemůže vyrovnat. Respondent žije s manželkou v pronajatém bytě, kam dochází pravidelně i jejich dcera. Rozhovoru se po domluvě s respondentem a jeho souhlasu zúčastnila jeho manželka a dcera, kteří doplnili některé údaje. Protože převážně dcera se o něj stará, co se týče převazů a péče o ránu. Respondent má s manželkou a dcerou blízký vztah a dosud se zcela spoléhá na jejich péči.

Vzpomínáte si, kdy u Vás došlo k prvním příznakům nemoci?

První defekt se mi udělal před rokem. V 56 letech.

Jaké potíže jste měl před stanovením diagnózy?

Bolesti v lýtku. A pak se vždycky objevila bolest při chůzi. Cca po 20 - 30 metrech. Pořád se to zhoršovalo.

Trpíte nějakou další nemocí?

Mám vysoký krevní tlak. Se kterým se léčím. Mám ICHDK na pravé končetině. Vysoké tuky v krvi. A diabetes mellitus 2. typu.

Jaké máte současné projevy onemocnění?

Mám hlavně bolesti a opakovaně záněty. Musím brát opakovaně antibiotika.

Chodíte na lékařské kontroly? Jak často? A na jaké?

Chodím k mému obvodnímu lékaři. Tam hlavně pro léky na tlak a na cukr. S tou nohou chodím do cévní poradny do Klatov asi jednou za měsíc. A jednou týdně jezdím do poradny pro chronické rány na převazy. Mezitím jezdí ke mně domů každý den sestra z home care, která mi nohu převazuje. Někdy musí přijít dcera a musí mi to převázat během dne, když to prosakuje, nebo to začne víc bolet, protože mi sestra z home care více utáhne obvaz při převazu.

Byly Vám poskytnuté informace o péči o chronickou ránu lékařem nebo sestrou? V jaké míře?

Vlastně jsem takové informace nedostal. Nikdo mi nic neřekl. Jen, že mi bude domů jezdit každý den na převazy sestra z home care. A já že se o to nemusím vlastně vůbec starat.

Myslíte si, že máte o své nemoci dostatek informací?

Ne, ať přijdu kamkoliv, každý mi pořád z lékařů hrozí amputací. Nic jiného neslyším. Kdyby mi aspoň řekli důvod, kvůli čemu mi hrozí amputace. Přál bych si, kdyby se to začalo hojit, a já na tu operaci nemusel.

Odkud čerpáte informace o své nemoci?

Od své dcery. Je vystudovaná na zdravotnického asistenta. Nyní je doma na mateřské dovolené. Ta se mi vždycky snaží říct, co mi budou dělat. Nebo mi vysvětluje ze zpráv a vyšetření od lékařů. Jak to se mnou vypadá.

Jak dlouho Vám trvalo, než jste se vyrovnal s diagnózou? A jak to prožíváte?

O té nemoci vím už rok, proto teď už to snáším dobře. Jen mám veliké obavy z hrozící amputace. Protože noha se nehojí, naopak se mi ty rány prohlubují. A pokaždé,

když mě vidí lékař v cévní poradně nebo lékařka z poradny pro chronické rány, tak mi říkají, že to stejně skončí amputací. Dále mě obtěžuje každodenní bolest. Bez léků na bolest bych se z toho brzy asi zbláznil.

Kde nakupujete materiál na péči o chronickou ránu?

Materiál dostávám v poradně. Jen si sám dokupuji čtverce na převazy, dokupuji si v lékárně mastě a jiné léky, které mi řeknou, abych si koupil.

Jak hodnotíte vliv péče o chronickou ránu z hlediska finanční stránky?

Jelikož jsem měl osvobození od poplatku, tak jsem nad tím takhle neuvažoval. Jediné, co jsem hradil a hradím, jsou léky, což moc levné není.

Kolik přibližně utratíte za měsíc za pomůcky na péči o chronickou ránu?

Materiál potřebný k převazům jsem hlavně dostával v poradně. To jsem nemusel moc kupovat. A za léky to dělá měsíčně asi tak 600 – 700 Kč.

Čerpáte příspěvky na pomůcky od zdravotní pojišťovny?

Ne. O žádném příspěvku nevím. Jen to co dostanu u lékaře. Obvazy a tak podobně.

Máte bolesti spojené s chronickou ránou?

Ano mám. Vlastně je mám prakticky pořád. Díky lékům, které mi píše můj lékař, dokážu ty bolesti zmírnit. Ale dá se říct, že úplně bez bolesti nejsem nikdy.

Jak snášíte bolest? Kdy je pro Vás nejhorší?

Nejhorší je to večer. Po celodenní zátěži, kdy jsem si musel brát lék na bolest pokaždé. A když jsem si lehl, tak se bolest utišila. Přes den jsem se snažil to nevnímat. Noze se snažím ulevovat.

Do jaké míry jste spokojen s blízkými, kteří o vás pečují a pomáhají Vám?

Nejvíce o mě doma pečuje moje dcera. A moje žena. Myslím, že bez nich bych to doma vůbec nezvládl. Proto jsem maximálně spokojen. A jsem strašně rád, že je mám.

Vaše onemocnění se mění. Kdy se zhoršuje? Kdy se zlepšuje, eventuálně na jak dlouho?

U mě se nelepší, naopak se to zhoršuje. Záněty se vrací. Rány se prohlubují až na kost. Myslím, že mě ta amputace nemine.

Jak to zvládáte po psychické stránce? Navštívil jste psychiatra?

Díky mé rodině to zvládám. Jen mám opravdu veliké obavy z amputace. Protože to hodně ovlivní můj dosavadní způsob života, bude to pro mě určitě veliké omezení. A zátěž. Aspoň z kraje to pro mě bude hodně těžké. Zatím si myslím, že psychiatra nepotřebuji, proto jsem ho ještě ani nevyhledal.

Máte narušený spánek? Z jakého důvodu?

Nemůžu spát kvůli bolestem. Moc jsem toho nenaspal. Asi tak maximálně 4 – 5 hodin denně. Nedávno mi lékař předepsal léky na spaní. Tak se mi spánek trochu zlepšil. Ale už toho nenaspím tolik jako dříve.

Jak reagovala rodina na onemocnění, pomáhá Vám s adaptací?

Od začátku mi všichni moc pomáhají a podporují mě. Není to pro nás jednoduché. Dost nás to zatěžuje. Finančně i časově, protože dost často jezdím po doktorech. Pro bolesti v nohách nikam nechodím. Jsem doma, proto vše ostatní zařizuje manželka nebo dcera.

Kterou oblast Vašeho života poznamenala nemoc nejvíce?

Musel jsem kvůli tomu do předčasného důchodu. Svoje zaměstnání jsem fyzicky nezvládl. Což nás ohrozilo finančně ze všeho nejvíc. Chodil jsem rád do lesa na houby. Nebo když nerostly houby, tak jsem chodil na dlouhé procházky po okolí. Zním to tu jako svoje boty. To už ale dneska nejde. Nikam už nedojdu. Což je pro mě největší změna v životě.

Děkuji za rozhovor

19.2 Analýza dat

Rozhovor s respondentem B byl přínosný v hodnocení kvality života pacienta s chronickým defektem dolních končetin. Respondent trpí tímto onemocněním 1 rok. Toto onemocnění se objevilo po výskytu bolesti v lýtku. Respondent B nemá velmi dobré znalosti o onemocnění, o léčebném režimu a zkušenosti s léčbou a ošetřováním kůže. Převážně se o to stará sestra z home care s dopomocí dcery v domácím prostředí. Jednou týdně jezdí do poradny pro chronické rány. Dále se léčí v cévní poradně pro ICHDK.

Respondent B se s onemocněním smířil za pomoci rodiny. Doufá, že se uzdraví, aby se mohla zase plně věnovat svým zájmům a vrátit se do zaměstnání. Bojí se hrozící amputace. To by mu úplně změnilo kvalitu života ve všech oblastech. Bio – psychosociálních.

Respondent B nemá žádné pocity při péči o chronickou ránu. Vzhledem k tomu, že se mu nedostane dostatečné informovanosti o péči a o hojení ran. Uvádí, že se o ránu stará sestra z home care, kdy každý den k němu dojíždí. A pokud je během dne potřeba, zavolá dceři, která se o převaz postará. Proto se o péči o ránu ani nezajímá.

V sociální oblasti se respondent cítí být omezen. Onemocnění mu přineslo omezení v zaměstnání, které nemůže vykonávat. A je tedy v invalidním důchodu. Také ho podstatně omezuje v běžném životě. Celý život rád chodil po okolí na procházky, nebo do lesa na houby. Nyní kvůli klaudikačním bolestem nikam nedojde. Což mu hodně chybí. Z hlediska časové a finanční náročnosti respondent A vidí jako velký problém.

Nejhorším problémem při nemocnění chronickým defektem dolních končetin udává respondent B bolest, kterou permanentně tiší analgetiky. Nejhorší je pro něj bolest večer, po denní námaze. Kdy se snaží alespoň trochu chodit po bytě. Udává bolest, jako překážku ve spaní. Bez léků na bolest a na spaní, by skoro vůbec nespál. Za podpory léků spí alespoň 5 hodin v noci.

Respondent B uvádí, že je velmi rád za pomoc manželky a dcery. S jejich každodenní péčí je velmi spokojen. Uvádí, že bez nich by to v domácím prostředí sám těžko zvládl.

Z rozhovoru s respondentem B vyplynulo, že není spokojen s podanými informacemi o péči o chronickou ránu ze strany lékařů a zdravotnického personálu. Chtěl by, aby se více věnovaly léčbě ran a příčiny hrozící amputace. Přál by si, aby k amputaci nedošlo. A on se mohl plně vrátit do plnohodnotného života.

20 DISKUZE

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo vyzkoumat, jak diagnóza chronické defekty dolních končetin změni kvalitu života jedince. Zaměřila jsem se na dopad nemoci na člověka i jeho rodinu a hlavně jak onemocnění vnímá sám nemocný. Zvolila jsem kvalitativní výzkum pro intenzivnější pochopení tematiky a pocitů osob postižených tímto onemocněním. Mobilitu nemocných snižuje závažnost a přidružené nemoci a příznaky onemocnění dolních končetin. Na základě snížené výkonnosti při chůzi dochází ke zhoršené kvalitě života respondentů, prakticky žádná možnost pracovního uplatnění a intolerance pohybu, vede k rozvoji dalších onemocnění jako např. kardiovaskulární choroba, částečná imobilita.

Pro svůj rozhovor jsem získala dva respondenty s chronickým defektem dolních končetin. Každý odpovídal sám a časově neomezen na položené otázky. Pacienti se lišili věkem i dobou, kdy se jim poprvé objevily bércové vředy. Každý z nich měl jinou příčinu onemocnění. V rozhovoru jsem se prostřednictvím otázek snažila vyzkoumat a posoudit kvalitu života těchto dvou respondentů. Oba respondenti souhlasili s publikováním výsledků rozhovoru v mé bakalářské práci. Více ochotný a sdílný byl muž, respondent B. Respondentka A byla z počátku nejistá. Kdy jsem jí zpočátku opakovaně musela informovat o použití informací z rozhovoru v anonymní formě pro moji bakalářskou práci k zakončení studia.

Respondenti vyjadřují, že o své nemoci nemají dostatek informací a ani je nijak nevyhledávají. Lékaři a zdravotnický personál významně nepřispívají k informovanosti pacientů, poté sám respondent B se někdy obrátí o informace na svoji dceru, která je vystudovaná zdravotnickým asistentem.

Vyjádřily se nejen o problému zdravotním, ale i finančním. Co se týká podpory, tak blízcí jim pomáhali a zmínili, že rodina nemoc přijala dobře a dokázali si se změnami poradit. Shrnutím odpovědí vyplývá, že rodinu určitě nemoc ovlivňuje, hlavně v oblasti o péči o pacienta v domácím prostředí. Co se týče péče o ránu a převazy. O hygienu pacientů a možnost pohybu. Ovlivňuje je to v oblasti zajištění domácnosti, úklidu, vaření apod. Kdy zcela přechází všechny tyto povinnosti na zbytek rodiny.

Klademe si otázku, co komplikuje hojení defektu. Zda ovlivňuje prokrvení končetiny rychlost hojení? Ano, špatně prokrvená, nedostatečně vyživená a okysličená tkáň se nemá tendenci hojit. Další otázkou je, jestli může ovlivnit hojení včasná a cílená edukace pacienta o péči o chronické rány v domácím prostředí. Ano, myslím, že kdyby měli pacienti dostatečné informace o onemocnění a byli by správně edukováni, co se týče péče o ránu. Mohlo by dojít k lepšímu hojení ran na dolních končetinách. A tím by se zajistila i lepší prognóza onemocnění do budoucnosti. Na základě výpovědí respondentů jim byl defekt ošetřován ze strany zdravotnického personálu, tedy lékařů metodou „pokus – omyl“. Dnes tím pádem není vidět žádné zlepšení. Rány se naopak spíše prohlubují. Nehojí se. Hojení trvá příliš dlouho, proto to ovlivňuje hlavně psychický stav respondentů. Porušená kožní integrita, která navíc obtěžuje nemocného zápachem, a výtokem z rány jej sociálně izoluje a může vyvolat pocit méněcennosti.

Dalším významným měřítkem v hojení ran je bolest, kterou pacienti cítí. Bolest je nepříjemný prožitek, který velice omezuje oba respondenty v každodenním životě. Omezuje je v pohybu, při běžných denních aktivitách. Také je velmi omezuje na kvalitě spánku. Pro měření bolesti jsem použila vizuální analogovou škálu bolesti. Respondent A i respondent B uvedli na škále bolesti bolest jako silnou. Která je velmi ovlivňuje.

Významná je role ošetrovatelského personálu při sdělení nepříznivé zprávy, jako je amputace, být chápavý k verbálním a neverbálním projevům pacienta. Citlivým přístupem vést rozhovor tak, abychom neprohloubili pocit bezmoci. Významná je spolupráce s rodinou, která se snaží pomoci adaptovat na vzniklou situaci.

Respondenti prvotně vyhledávají právě pomoc v rodině a u svých blízkých. Proto je důležitá podpora nejen rodiny, ale i lékařů. Ze strany lékařů, jsem na základě rozhovoru zjistila, že podpora či jiná informovanost absolutně chybí. Výsledek jsem porovnála s bakalářskou prací, kterou napsala Renata Pospíšilová z Fakulty zdravotnických studií v Plzni, roku 2013. V níž uvádí, že jedním z důvodů zanedbání svého zdravotního stavu byl nedostatek informací o ischemické chorobě dolních končetin.

Dále jsem výsledek porovnála s bakalářskou prací, kterou napsala Michaela Štursová z fakulty zdravotnických studií v Pardubicích, roku 2010. Kde jejím hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují léčbu bércových vředů u pacientů v agenturách domácí péče. A dalším jejím cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají pacienti dostatek informací o svém onemocnění a o léčbě bércových vředů. Kde zjistila, jaké faktory ovlivňují léčbu bércových vředů. A na rozdíl ode mě zjistila, že mají pacienti dostatek informací o léčbě i o svém onemocnění.

Další pro mě zjištěná negativní informace od obou respondentů se týkala dostupnosti a množství materiálu. Které potřebují k péči o ránu. Respondentka A uvedla, že větší část obvazového materiálu jí předepisuje kožní lékařka. Něco jí napíše občas i její obvodní lékař, ale i přesto si musí ještě ve velké míře dokupovat materiál sama na svoje náklady. Protože rány na obou dolních končetinách jí několikrát denně prosakují. Proto musí častěji převazovat, aby udržela rány a okolí rány v suchu. A aby zabránila šíření zápachu z rány. Respondent B uvedl, že většinu obvazového materiálu dostává prostřednictvím péče zdravotní sestry z home care. Ta k němu jezdí na převazy denně. Občas musí udělat převaz ještě jednou, protože mu krytí sjede, nebo mu ho sestra z home care moc utáhne a on pak nevydrží bolestí. Na tuto svoji péči si dokupuje převazový materiál sám.

Po proběhlých rozhovorech jsem se snažila posoudit vliv onemocnění bércovými vředy na kvalitu života těchto čtyř jedinců. Po určení diagnózy to určitě byla náročná situace s dlouhodobým a nelehkým cílem změnit životní styl a přizpůsobit se změnám denního režimu. Ovlivnění kvality života jsem zjišťovala pomocí Barthelova testu základních všedních činností a testem instrumentálních všedních činností. Výsledek Barthelova testu u respondentky A byl 70 bodů, tzn. lehká závislost. Stejně tak u respondenta B byl výsledek 95 bodů, což označuje také lehkou závislost. U testu instrumentálních všedních činností měla respondentka A 50 bodů a respondent B 60 bodů, to ukazuje na částečnou nedostatečnost v aktivitách denního života. Pomoc rodiny, vede ke zlepšení kvality života. Onemocnění má zásadní vliv na jejich každodenní činnosti a záliby, výrazně je limituje a nemohou žít plnohodnotný život.

21 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit soubor komplexních informací o chronickém defektu dolních končetin a posoudit vliv onemocnění na kvalitu života pacienta. Cíl práce byl v těchto oblastech splněn.

Tuto práci by bylo možné využít ke studijním účelům ke vzdělávání sester, např. seminář o tomto onemocnění. Vytvořila jsem osnovu k semináři, která je přiložena v příloze této bakalářské práce. Dále lze tuto práci použít jako vzor pro další práce vedené jako kvalitativní výzkum.

Pro doporučení pro praxi jako výstup z mé bakalářské práce jsem na základě mých poznatků vypracovala edukační letáky, týkající se informací chronického onemocnění dolních končetin, jejich hojení a léčba. Druhý informační leták s obvazovým materiálem, který je dostupný na trhu a vhodný na péči o chronické defekty dolních končetin. Které jsou součástí přílohy této bakalářské práce. Tyto informační letáky bych dala k dispozici obvodním lékařům. Na kožní ambulance. Interní ambulance a chirurgické ambulance. Vhodné by bylo dát je k dispozici ambulancím pro léčbu chronických ran. Pro lepší informovanost pacientů o tomto onemocnění.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké ovlivňuje chronické onemocnění dolních končetin kvalitu života pacientů. Snaží se přiblížit a pochopit život lidí postižených touto chorobou. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, teoretická část zahrnuje teoretické poznatky žilního onemocnění a anatomicko – fyziologické základy kožního ústrojí. Další část seznamuje s typy chronických ran. Jejich diagnostiku, klinické příznaky, hojení ran a léčbu. Záměrem teoretické části bylo i definovat kvalitu života osob s touto chorobou. Praktická část je pak zaměřena na zjištění, zda má péče o chronický defekt dolních končetin v domácím prostředí a nehojící se rány nějaký výrazný vliv na kvalitu života pacientů. K zjištění jsem použila polostrukturovaný rozhovor a spolupracovali se mnou dva pacienti, včetně zapojení jejich rodinných příslušníků, kteří mi doplnili nějaké informace.

Cílem bylo zjistit informovanost jedince, změny v životním stylu a jaký dopad, má onemocnění na život člověka, rodiny a společnosti, kterou je obklopen. Dalším cílem bylo zjistit dopady nemoci v oblasti zdraví, psychiky, ekonomiky a sociální stránky života. Dosažené cíle jsou zhodnoceny a cíle práce byly splněny, neboť byly zjištěny potřebné informace a skutečný stav problematiky nemoci. V diskuzi jsou výsledky porovnány mezi sebou a i s jiným výzkumem daného tématu. Rozhodla jsem se o vypracování návrhu brožury o onemocnění. Tím jsem chtěla poukázat, že hlavní roli v životě člověka s chronickým defektem dolních končetin hraje nedostatečná informovanost ze strany zdravotnického personálu.

Velice si vážím přístupnosti a otevřenosti respondentů podělit se o informace a pocity spojené s onemocněním. Doufám, že se nám podařilo vystihnout problematiku a že přispějeme k větší informovanosti společnosti a tím se zlepší vnímání a pochopení priorit lidí s tímto onemocněním. Doporučila bych onemocnění více medializovat a zvýšit nabídku informací. Přínosem by byla i spolupráce zdravotních pojišťoven s ošetřujícími lékaři, aby mohli zajistit lepší komunikaci a informovanost pacientů.

Během shromažďování informací jsem si uvědomila, jak je nemoc nesnadným zatěžujícím životním stavem pro člověka, ale i pro zdravotnický personál, který pečuje o takto nemocného člověka. Jak je důležitá komplexní ošetrovatelská péče, která pomáhá jedinci tuto situaci co nejlépe zvládnout. Pacienti, kterými se zabývám ve své bakalářské práci pochopili, jak je důležité navštěvovat včas lékaře, a získávat informace, které jsou přínosné pro jejich léčbu chronických defektů. Potvrdili, že jedním z důvodů zanedbání svého zdravotního stavu je nedostatek informací o chronickém onemocnění dolních končetin, a jejich patřičné péči a léčbě s ohledem na přidružené nemoci a jejich vyvolávajících příčinách. Proto mým výstupem práce je informativní prospekt.

LITERATURA A PRAMENY

1. HERMAN, Jiří a Dalibor MUSIL. Žilní onemocnění v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 262 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-802-4733-357.
2. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4733-715.
3. KOUŘILOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 76 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4726-823.
4. Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů. Olomouc: Solen, s.r.o., 2014, roč. 11, č. 4. ISSN 1214-8687.
5. Medicína pro praxi: časopis praktických lékařů. Olomouc: Solen, s.r.o., 2010, roč. 7, č. 6-7. ISSN 1214-8687.
6. Www.medixa.org. [online]. [cit. 2014-11-04]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/lecba/bercove-vredy-lecba>
7. STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. Vyd. 1. Semily: GEUM, 2011. 371 s. ISBN 978-808-6256-795.
8. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4722-238.
9. ROKYTA, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. obr. příl. ISBN 978-802-4730-127.
10. GURKOVÁ, Elena. GURKOVÁ. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
11. Sestra: časopis. Praha 4: Mladá fronta a.s., 2013, roč. 23, 7-8. ISSN 1210-0404.

12. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. In: [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
13. Pospíšilová, Alena. Bércový vřed I. Vyd. 1. Praha: TRITON, 2004, 137 s. ISBN 80-725-4469-1.
14. HAKL, Marek. Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 231 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-730.
15. BUREŠ, Ivo. Léčba rány. 1.vyd. Galén, 2006, 78s. ISBN 80-7262-413-X.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Holistické přístupy v péči o zdraví. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 164 s. ISBN 978-807-0134-573.
17. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
18. Dermatologie pro praxi. Olomouc: Solen,s.r.o., 2008, roč. 9, č. 2. ISSN 1802-2960.
19. FALEIDE, Asbjorn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf K. FALEIDE. Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-643.
20. Hojení ran. Semily: Geum,s.r.o., 2008, roč. 2, č. 3. ISSN 1812-6400.
21. BULVAS, Miroslav. Angiologie 2013. Editor Debora Karetová, Alena Boublíková. Praha: Maxdorf, 2014. 93 s. Pokroky v angiologii. ISBN 978-807-3453-824.
22. Www.hojeni - ran.cz: bércové vředy. [online]. [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.hojeni-ran.cz/bercove-vredy>.
23. A. Barbul et al. Clinical Treatment Guidelines, Wound Rep Reg. 2006; 14: 645-711.

24. BRYANT, Ruth A a Denise P NIX. Acute: current management concepts. 4th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby, 2012, xix, 627 p. ISBN 978-032-3069-434.
25. EDMONDS, Michael. Diabetic Foot Ulcers [online]. [cit. 2014-10-28]. ISSN 1179-1950. Dostupné z: <http://cid.oxfordjournals.org/content/39/7/885.short>
26. POSPÍŠILOVÁ, Renata. Ošetrovatelský proces u nemocného s ischemickou chorobou dolních končetin. Západočeská univerzita v Plzni, 2013. 49604. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/9971>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
27. ŠTURSOVÁ, Michaela. Faktory ovlivňující léčbu bércových vředů u pacientů v agenturách domácí péče. Západočeská univerzita v Pardubicích, 2010. D22651. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/37170>. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Pardubice.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Informační leták

Příloha č. 2 Informační leták

Příloha č. 3 Informovaný souhlas k rozhovoru

Příloha č. 4 Osnova k semináři pro zdravotní sestry

Příloha č. 5 Tabulka Barthelova testu základních všedních činností (ADL)

Příloha č. 6 Tabulka Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Příloha č. 7 Vizuální analogová škála bolesti (VAS)

Příloha č. 8 Melzackova škála bolesti

PŘÍLOHA

Příloha č.1 informační leták

<p>CHRONICKÝ DEFEKT DOLNÍCH KONČETIN</p> <p>Bércový vřed (ulcus cruris) je poškození kožního krytu, které zasahuje různě hluboko do podkožních tkání v oblasti kotníku, nejčastěji na vnitřní straně, a na dalších místech bérce (oblast mezi kolenem a kotníkem).</p> 	<p>Příčiny: Většina bércových vředů je žilního původu. Žilní bércové vředy jsou projevem městnání krve v dolních končetinách. Při přetlaku v žilním řečišti dochází k tzv. žilní nedostatečnosti. Žíly na končetinách se rozšiřují. Chlopně ztrácejí svoji správnou funkci a propouštějí část krve zpět. Průtok končetinami se zpomaluje. Tekutina z krve v přeplněných žilách přestupuje do podkoží. Rozvíjí se otok. Jeho následkem dochází k poruše výživy kůže. Bezprostřední příčinou vzniku vředů bývá drobné kožní poranění nebo infekce. Výskyt bércových vředů se zvyšuje s věkem. Ženy jsou jimi postiženy častěji než muži.</p>
<p>Projevy: První známkou vznikajícího bércového vředu je místní zarudnutí. Kůže nad postiženým místem se ztenčuje. Je suchá a může ji pokrývat svědivý ekzém. Už vzniklý defekt kůže je obvykle dobře ohraničený s rovnými okraji. Bércové vředy bývají rozsáhlé, secerující (vlhké), spíše mělké, s povleklou spodinou. Většinou jsou provázeny rozsáhlým otokem postižené oblasti a dalšími kožními změnami. Nejčastějším místem výskytu vředu je oblast vnitřního kotníku. V některých případech může postihovat i celý obvod bérce. Okolí vředu vykazuje známky žilní nedostatečnosti (hromadění pigmentu, ztráta ochlupení). Vředy často prováží bolest.</p> 	<p>Léčba: Bércový vřed je onemocnění chronické s dlouhodobou léčbou a častými recidivami (opětovným zhoršením po přechodném zlepšení). Jeho léčba je „běh na dlouhou trať“. Vyžaduje proto plnou spolupráci pacienta a ošetřující osoby. Nedílnou součástí léčby je poučení nemocného, případně členů rodiny a jejich aktivní zapojení do léčby. Základním předpokladem úspěšné léčby je ovlivnění příčiny vzniku bércového vředu. U vředů žilního původu je podmínkou odstranění městnání krve v dolních končetinách a přetlaku v povrchovém žilním systému. Za tím účelem se používá komprese elastickými obinadly nebo kompresivními punčochami, v indikovaných případech i chirurgický zákrok (odstranění křečových žil, ošetření nefunkčních spojek, podvaz žilních kmenů).</p> 
<p>Dělení léčby: Systémová léčba – závisí na příčině vzniku vředů, přidružených onemocněních a celkovém stavu nemocného (stavu výživy a imunitního systému, přítomnosti bolesti, kvalitě spánku, psychických vlivech apod.). Místní léčba – při použití vhodných moderních materiálů v ráně vzniká příznivé vlhké mikroklima, které napomáhá k urychlení hojivého procesu. Moderní krytí určené pro vlhké hojení ran se nelepí ke spodině rány, nedochází tedy k poškození nově vytvořené tkáně a výměna krytí je téměř bezbolestná a není tak častá jako u tradičních materiálů. Fyzikální léčba – spočívá v kompresní terapii elastickou bandáží končetin nebo speciálními punčochami. Kromě nich lze využít i přístroje střídající přetlak a podtlak. Příznivé účinky má manuální masáž okolí rány nebo léčba</p>	<p>Hojení a ošetřování: Hojení bércového vředu probíhá ve třech fázích: 1. Čistící fáze <u>cíl ošetření:</u> odstranění nekrózy a fibrinových povlaků, vyčištění spodiny rány <u>vhodné materiály:</u> hydrogely, algináty, antimikrobiální krytí 2. Granulační fáze <u>cíl ošetření:</u> ochrana spodiny rány před choroboplodnými zárodky, mechanickým drážděním a vysycháním, podpora novotvorby tkáně <u>vhodné materiály:</u> hydrogely, polyuretany, hydrokoloidy, algináty, antiseptické krytí 3. Epitelizační fáze <u>cíl ošetření:</u> podpora hojení, udržení vlhkého prostředí, ochrana nově vzniklé tkáně <u>vhodné materiály:</u> hydrogely, antiseptické krytí, neadherentní krytí, tenké polyuretany</p>

Vypracovala Marcela Latková
Fakulta zdravotnických studií Plzeň
Zdroj vlastní

Příloha č.2 informační leták

<p><u>OBVAZOVÝ A KRYCÍ MATERIÁL</u></p> <p>Obvaz je materiál určený k překrytí rány. Tím však jeho funkce nekončí. Správně fungující obvaz rány přejímá dočasně podstatné úlohy neporušené kůže.</p> 	<p><u>POSKYTUJE:</u></p> <p>ochranu před mechanickými vlivy, před znečištěním, před chemickými látkami, ochranu před sekundární infekcí, ochranu před vysycháním a ztrátou tělních tekutin, ochranu před ztrátou tepla</p>
<p><u>SUCHÉ VERSUS MOKRÉ HOJENÍ RAN</u></p> <p>Klasická obinadla a gázu již v dnešní době úspěšně vytlačily moderní obvazové a krycí materiály. Použití suchého krytí ran se dnes omezuje na ošetření v rámci první pomoci nebo ošetření hojících se uzavřených operačních ran. Pro všechny sekundárně se hojící rány je v dnešní době již standardem vlhký způsob ošetřování ran.</p>	<p><u>PŘÍKLADY OBVAZOVÝCH MATERIÁLŮ</u></p> <p><u>Suché obvazy</u> vata gáza buničina tkané obvazivo</p> <p><u>Vlhké hojení</u> hydrogely obvazy s aktivním uhlím a stříbrem antiseptické obvazy algináty hydrokoloidy hydropolymery měkké silikon neadherentní obvazy filmové obvazy bioaktivní preparáty</p>

Vypracovala Marcela Latková
Fakulta zdravotnických studií Plzeň
Zdroj vlastní

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 4 Osnova k semináři pro zdravotní sestry

ÚVOD

DIAGNOSTIKA ŽILNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Klinická diagnostika žilních onemocnění

Klinické projevy žilních onemocnění

Fyzikální (objektivní) vyšetření končetin

ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÉ ZÁKLADY KOŽNÍHO ÚSTROJÍ

Kůže

RÁNA

Základní typy ran

DIAGNOSTIKA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

HOJENÍ

Fáze hojení

LÉČBA

Kompresivní terapie

Lokální terapie

Celková terapie Antibiotika

Chirurgická léčba bércových vředů

Fyzikální léčba bércových vředů

Systémová léčba bércových vředů

FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ ULCUS CRURIS VENOSUM

Dermatologická onemocnění

Psychologické aspekty

Vztah mezi tělem a duší

BOLEST

Diagnostika bolesti

Léčba bolesti

CHRONICKÁ BOLEST A KVALITA ŽIVOTA PACIENTA

Hodnocení kvality života

EDUKACE PACIENTA

Prevence vzniku chronických ran dolních končetin

V péči o chronickou ránu dolních končetin a její léčbu

V péči o psychickou pohodu pacienta

DISKUZE

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

ZÁVĚR

zdroj: vlastní

Příloha č. 5 Tabulka Barthelova testu základních všedních činností (ADL)

**Barthelův test základních všedních činností ADL
(activity daily living)**

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžka - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Příloha č. 6 Tabulka Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehké poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem zcela samostatně s pomocí nebo doprovodem druhé osoby neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	10 bodů 5 bodů 0 bodů
2. Nákup potravin zcela samostatně s pomocí druhé osoby neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
3. Uvaření samostatně celé jídlo sám si jídlo ohřeje neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.) samostatně bez pomoci s pomocí druhé osoby neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
5. Vyprání osobního prádla zvládne samostatně 10 bodů s pomocí druhé osoby 5 bodů neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
6. Telefonování samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
7. Užívání léků samostatně užívá správné léky v určenou dobu s pomocí druhé osoby neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů
8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou schopen samostatně s pomocí druhé osoby neschopen	10 bodů 5 bodů 0 bodů

zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>

Výsledek:

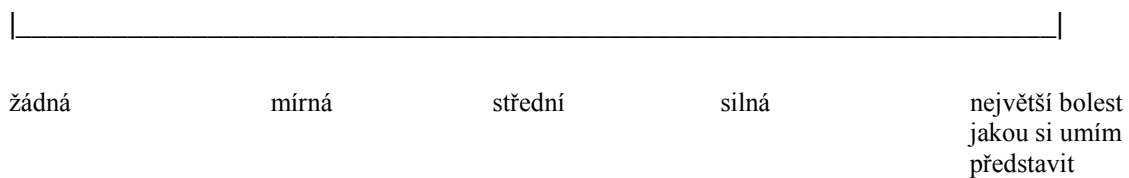
Hodnocení:

0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života

45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života

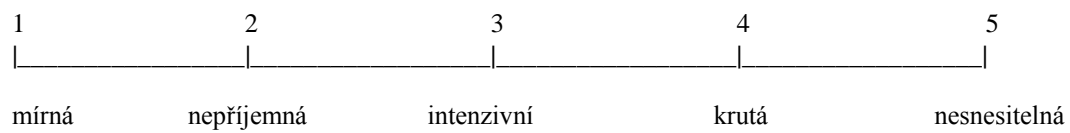
80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Příloha č. 7 Vizuální analogová škála bolesti



zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>

Příloha č. 8 Melzackova škála bolesti



zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>