

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

PROBLEMATIKA TERAPIE VENÓZNÍCH BÉRCOVÝCH
VŘEDŮ Z POHLEDU VŠEOBECNÝCH SESTER

Bakalářská práce

Autor práce: Manana Pokorná

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Manana Pokorná
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Problematika terapie venózních bérkových vředů z pohledu všeobecných sester
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Kusínová
Cíl práce:	Cílem výzkumu bude zjištění, která léčebná opatření pacienti nejsou schopni dodržovat, jejich příčinu a tím následně najít vhodné řešení.

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na téma „*Problematika terapie bércových vředů venózní etiologie z pohledu všeobecných sester*“. Cílem této práce bylo zjistit, která léčebná opatření nejsou pacienti schopni dodržovat, zjistit příčinu jejich obtíží a následně najít vhodné řešení vedoucí k jejich odstranění.

V současném stavu problematiky popisují anatomii žilního systému, charakteristiku bércových vředů, prevalenci a etiologii, diagnostiku a možnosti léčby. Následuje text zaměřený na výživu a hojení, edukaci, preventivní a režimová opatření. Současný stav problematiky zakončují kapitolou, která se týká kvality života pacientů s bércovými vředy.

Pro zpracování výzkumné části jsem zvolila kvalitativní metodu šetření. Informace jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru s informanty, kteří se léčí s bércovými vředy venózní etiologie. Provedeným výzkumem jsem zjistila, v jaké oblasti je prostor ke zlepšení léčby. Výsledkem výzkumného šetření jsou doporučená opatření vedoucí ke zlepšení schopnosti pacientů terapii dodržovat a také je motivovat, aby převzali zodpovědnost za své vlastní zdraví.

Klíčová slova

Bércové vředy; léčebná opatření; problematika terapie; edukace.

Abstract

The thesis on the topic "*The Issues of the Therapy of Varicose Ulcer of Venous Etiology from the Perspective of General Nurses*" aims to map the treatment measures that patients are unable to adhere to, their causes, and subsequently try to find suitable solutions.

In the current state of the problematic, I describe the anatomy of the venous system, the characteristics of varicose ulcers, their prevalence and etiology, diagnosis, and treatment options. The text is followed by a section focused on nutrition and healing, education, preventive and regimen measures. I conclude the current state of the problematic with a chapter discussing the quality of life of patients with varicose ulcers.

For the research part, I chose a qualitative research method. Information was obtained through semi-structured interviews with informants who are being treated for varicose ulcers. Through the conducted research, I identified areas for improvement in treatment. The outcome of the research is a set of recommended measures aimed at enhancing the ability of patients to adhere to therapy and also motivating them to take responsibility for their own health.

Keywords

Varicose ulcers; treatment measures; therapy problematic; education.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „**AZ**“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 31. října 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Děkuji Mgr. Veronice Kusínové za její cenné rady a odborný dohled, který mě doprovázel během celé tvorby bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem informantům, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření. Děkuji také svému manželovi, který mě během celého studia podporoval.

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav problematiky	8
1.1 Anatomie žilního systému	8
1.2 Bércové vředy	9
1.3 Etiologie a dělení bércových vředů.....	10
1.4 Prevalence bércových vředů.....	10
1.5 Bércové vředy venózní etiologie.....	10
1.6 Bércové vředy arteriální etiologie	11
1.7 Bércové vředy neuropatické	12
1.8 Diagnostika	12
1.9 Léčba	14
1.10 Lokální terapie	15
1.11 Kompresivní terapie.....	18
1.12 Farmakoterapie	21
1.13 Chirurgická léčba	21
1.14 Výživa a hojení	22
1.15 Edukace.....	23
1.16 Preventivní a režimová opatření.....	23
1.17 Kvalita života pacientů s bércovými vředy	23
2 Výzkumná část	25
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu	25
2.3 Charakteristika vzorku informantů a výzkumného prostředí	25
2.4 Průběh výzkumu	26
2.5 Zpracování získaných dat.....	27
2.6 Výsledky kvalitativního výzkumu	27
3 Diskuze	45
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	48
Závěr	49
Seznam použité literatury	50
Přílohy.....	53

Úvod

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma „*Problematika terapie bércových vředů venózní etiologie z pohledu všeobecných sester*“. Bércové vředy venózní etiologie negativně zasahují do mnoha aspektů lidského života. Negativní dopad informanti pociťují po fyzické stránce, protože mohou být omezeni na pohybu a na soběstačnosti, mohou pociťovat bolesti, což je vyřadí nejen z pracovních a volnočasových aktivit, ale může to také ovlivnit jejich sociální vztahy. Po psychické stránce je náročná především dlouhodobá léčba, která ne u každého pacienta končí úspěšně. Toto onemocnění, které má častou recidivu, představuje také specifické obtíže v podobě například finanční náročnosti léčby, pocitu studu, osamocení, izolace, ale i závislosti na druhé osobě a mnoho dalších těžkostí.

Výskyt bércových vředů stoupá s rostoucím věkem. Prevalence bércových vředů u populace nad 70 let dosahuje až 5 %. Vzhledem ke stárnutí populace je proto onemocnění bércovými vředy aktuálním tématem (Stryja, 2021).

Bakalářská práce je rozdělena na popis současného stavu problematiky a výzkumnou část. Do současného stavu problematiky je zahrnuta charakteristika samotného onemocnění. Bércové vředy venózní etiologie jsou nejčastějším typem bércových vředů, jejichž příčinou je především chronická žilní insuficience. Dále jsou zde popsány diagnostické metody a možnosti léčby. Jako pozitivní můžeme vnímat to, že onemocnění bércových vředů lze z velké části ovlivnit aktivním přístupem pacientů. Jsou zde proto popsána i preventivní a režimová opatření. V praxi se ale setkávám spíše s pasivním přístupem. Proto je podle mě důležité zaměřit se na problematiku terapie bércových vředů, jelikož zde vidím velký prostor ke zlepšení léčby.

K realizaci výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda využívající polostrukturovaný rozhovor, jenž je složen z vlastních otázek, jež bývají doplněny o metodu pozorování. Výzkumný rozhovor probíhal s pěti informanty. První výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, která léčebná opatření nejsou pacienti s bércovými vředy venózní etiologie schopni dodržovat. Druhá výzkumná otázka zjišťovala příčinu nedodržování léčebného režimu. Poslední výzkumná otázka zkoumala, jak pacienti vnímají léčbu bércových vředů venózní etiologie. V bakalářské práci jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření, diskuze, návrh řešení a doporučení pro praxi.

Motivace

Motivací ke zvolení tohoto tématu mi bylo především velké množství pacientů, kteří se potýkají s problémy souvisejícími s terapií bércových vředů. Napsat bakalářskou práci na toto téma vnímám jako možnost, jak se dozvědět více o této problematice, což mi umožní nejen lépe porozumět pacientům, ale také zlepšit kvalitu poskytované péče.

Cíl

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, která léčebná opatření pacienti nejsou schopni dodržovat, zjistit příčinu jejich obtíží a následně najít vhodné řešení vedoucí k jejich odstranění.

1 Současný stav problematiky

Na začátku teoretické části bakalářské práce je popsána anatomie žilního systému, po níž následuje charakteristika bércových vředů, prevalence a etiologie s následným dělením na venózní, arteriální a neuropatické bércové vředy. Po tomto širším základu se bakalářské práce zaměřuje na diagnostiku a možnosti léčby. Další kapitoly se zabývají výživou, hojením, edukací, preventivními a režimovými opatřeními. Poslední kapitola teoretické části popisuje kvalitu života pacientů s bércovými vředy.

1.1 Anatomie žilního systému

Krevní cévy slouží k distribuci krve po celém organismu. Jedná se o uzavřenou soustavu, která spolu se srdcem tvoří oběhový systém. Krevní cévy se skládají ze tří vrstev, z nichž první je vnitřní (tunica intima), následuje střední vrstva (tunica media) zakončená poslední, ochrannou vnější vrstvou (tunica adventitia). Stavba žilních stěn je navíc místy opatřena chlopněmi, jejichž funkcí je zabránit zpětnému navracení krve proti směru krevního toku. Krevní cévy se v závislosti na svém směru a funkci rozdělují na tepny (arterie), žíly (vény) a vlasečnice (kapiláry). Arterie vedou okysličenou krev do tkání, kde přecházejí ve vlasečnice. Mezi vlasečnicemi a tkání dochází k výměně metabolitů. Odkysličená krev z tkání je vedena žilami zpět do srdce, přičemž se průsvit žil zvětšuje a v konečné části se rozděluje na dvě hlavní žíly, a to na horní dutou žílu (vena cava superior) a dolní dutou žílu (vena cava inferior) (Hajdučková, Plevová a Janíková, 2023; Roztočil a Piřha, 2017).

Horní dutá žíla (vena cava superior) sbírá krev z horní poloviny těla, tedy z oblasti hlavy, krku, horních končetin, hrudníku a horní poloviny zad, a ústí do pravé síně. Horní dutá žíla vzniká ve výšce dosahující chrupavku 1. pravého žebra díky spojení vena brachiocephalica dextra et sinistra. Vena brachiocephalica vzniká po spojení vena jugularis interna a vena subclavia, a to na pravé (dextra) i levé (sinistra) straně. V horní duté žíle se nenacházejí chlopně. Vnitřní a vnější hrdelnice (vena jugularis interna et externa) sbírá krev z oblasti hlavy a krku. Z horních končetin a ramen je krev sbírána pomocí podklíčkové a podpažní žíly (vena subclavia dextra et sinistra a vena axillaris dextra et sinistra) (Hudák a Kachlík, 2015).

Dolní dutá žíla (vena cava inferior) je největší žíla v lidském těle. Je vytvořena spojením pravé a levé společné pánevní žíly (vena iliaca communis dextra et sinistra), přičemž každá zvlášť vzniká po spojení vnitřní a vnější pánevní žíly (vena iliaca interna et externa). Dolní dutá žíla vzniká v úrovni obratle L4, jelikož v tomto místě dochází ke spojení obou společných pánevních žil. Dolní dutá žíla odvádí krev z dolní poloviny těla a stejně jako obě společné pánevní žíly neobsahuje chlopně. Z nepárových orgánů dutiny břišní (slinivka, žlučník, žaludek, tenké a tlusté střevo) je krev odváděná pomocí vrátnicové žíly (vena portae) do jater (Hudák a Kachlík, 2015).

1.1.1 Žilní systém dolních končetin

Žilní soustava dolních končetin je uspořádána do povrchového a hlubokého žilního systému, její uložení je rozdělené do vlastních oddílů (kompartmentů). Tyto dva systémy jsou vzájemně odděleny fasciemi svalů. Povrchové žíly se proto nazývají epifasciální (nacházející se nad fascií svalů), hluboké žíly označujeme jako subfasciální (nacházejí se pod fascií svalů).

Hluboké žíly dolních končetin jsou zdvojené až do zákolení, společně s nimi se vyskytují stejnojmenné tepny. Komunikaci mezi oběma systémy zajišťují perforátory neboli prorážející žíly (Roztočil a Piřha, 2017).

Povrchový žilní systém dolních končetin na hřbetu nohou tvoří žilní síť (rete venosum dorsale pedis) a žilní oblouk (arcus venosus dorsalis pedis). Mezi hlavní žíly povrchového systému patří malá a velká skrytá žíla. Malá skrytá žíla (vena saphena parva) se tvoří napojením na vena marginalis lateralis a probíhá laterálně za kotníkem, pokračuje přes zadní stranu lýtky a ústí do vena poplitea. Velká skrytá žíla (vena saphena magna) se tvoří napojením na vena marginalis medialis. Velká skrytá žíla vede po napojení žilní krev mediálně před kotníkem a mediální stranou bérce, kde se v oblasti třísla vlévá do vena femoralis communis (Hudák a Kachlík, 2015).

Hluboký žilní systém dolních končetin se z hřbetu nohou a chodidel vlévá do venae tibiales anteriores et posteriores, které se v oblasti zákolenní jamky vlévají do vena poplitea. Ta dále pokračuje v oblasti stehna jako vena femoralis. Vena femoralis společně s vena profunda femoris tvoří vena femoralis communis (Hudák a Kachlík, 2015).

1.2 Bércové vředy

Bércové vředy jsou popisovány jako ulcerace kůže a měkkých tkání a spadají mezi nehojící se rány. Pojem nehojící se rány byl navržen Evropskou asociací společnosti hojení ran (EWMA) v roce 2010 v Ženevě jako doporučení k nahrazení pojmu chronické rány. „V literatuře se jako chronická rána označuje sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6–9 týdnů tendenci k hojení“ (Stryja et al., 2016, s. 27). Termín „chronické rány“ tak poukazoval pouze na časový faktor, zatímco „nehojící se rány“ upozorňuje na poruchu procesu hojení. Do tohoto označení spadají jak akutní komplikované rány, tak i chronické (Stryja et al., 2016).

Bércové vředy s sebou přinášejí psychické, fyzické, sociální i ekonomické problémy. Náklady na jejich léčbu jsou značně náročné nejen pro pacienty, ale představují velkou finanční zátěž i pro stát. Léčba chronických žilních onemocnění zaujímá v rozvinutých zemích až 2 % všech výdajů ve zdravotnictví (Stryja et al., 2016; Roztočil a Piřha, 2017).

Onemocnění bércovými vředy provází dlouhodobá léčba, ale i přes zlepšení zdravotního stavu může dojít kdykoliv k recidivě, jež se objevuje až u 80 % geriatrických pacientů do 3 měsíců, přibližně u 25 % pacientů ke zhojení nedojde vůbec. Jako u většiny onemocnění je důležité edukovat pacienty o charakteru onemocnění, prognóze, cíli léčby a následné terapii. Důležitá je compliance pacienta, již můžeme zvýšit začleněním pacienta i jeho rodiny do léčby (Brabcová, 2021; Křižanová et al., 2023).

Pro zlepšení kvality péče o pacienty s bércovými vředy je důležitá multioborová spolupráce nejen odborných lékařů, ale i zdravotních sester. Kvalitu zvýší i samotná spolupráce pacientů. Během léčby bércových vředů se setkáváme s novými léčebnými postupy i materiály, a i proto je nutné se průběžně vzdělávat ve všech souvisejících profesích (Stryja et al., 2016).

1.3 Etiologie a dělení bérkových vředů

Na etiologii bérkových vředů se podílí více faktorů. Nejčastějším důvodem jejich vzniku je chronická žilní insuficience. Bérkové vředy na podkladě chronické žilní insuficience jsou nazývané jako venózní ulcerace. Arteriální ulcerace bývají zapříčiněné nedostatečným prokrvením dolních končetin. Setkáváme se i s bérkovými vředy neuropatického původu, které jsou nejčastěji spojovány s diabetem mellitem. Mezi další příčiny vzniku bérkových vředů spadají i ulcerace lymfatického původu nebo ulcerace na podkladě infekce. V této bakalářské práci se však zaměříme především na venózní bérkové ulcerace. Bérkové vředy řadíme mezi civilizační onemocnění se vzestupnou tendencí výskytu (Stryja et al., 2016; Stryja, 2021).

Procentuální rozdělení bérkových vředů:

- 60 % ulcerací vzniká na podkladě venózního původu (venózní ulcerace),
- 20 % ulcerací vzniká na podkladě tepenného původu (arteriální ulcerace),
- 20 % ulcerací vzniká na podkladě jiných příčin (neuropatické ulcerace, vaskulitidy a další) (Stryja et al., 2016).

1.4 Prevalence bérkových vředů

Bérkové vředy se nejčastěji vyskytují ve vyšším věku, kde prevalence dosahuje přibližně 5 %, zatímco v produktivním věku se vyskytuje přibližně u 1 % populace. V závislosti na pohlaví se v populaci nad 40 let vyskytují více u žen, a to v měřítku až 3 : 1, zatímco ve věku do 40 let je prevalence výskytu u obou pohlaví stejná (Pospíšilová a Faustmannová, 2016).

1.5 Bérkové vředy venózní etiologie

Bérkový vřed venózní etiologie vzniká na podkladě žilní insuficience, která je definována jako porucha cirkulace žilní krve z dolních končetin. Vznik žilní insuficience je podmíněn žilní hypertenzí, jež je způsobena nedomykavostí chlopní, obstrukcí venózního odtoku nebo poruchou mechanismu svalové pumpy. Při žilní hypertenzi dochází ke stázi krve v žilách dolních končetin, distenzi žil a poruchám mikrocirkulace, což následně vede k trofickým změnám kůže a podkoží (Stryja et al., 2016).

K posouzení chronické žilní insuficience je možné použít tzv. klasifikaci CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology), která je celosvětově používána a zahrnuje klinickou, etiologickou, anatomickou a patofyziologickou klasifikaci. Klasifikace se popisuje dle závažnosti hodnocením C0-C6, kdy C6 je nejtěžší stádium s výskytem ulcus cruris venosum (Hlinková, Nemcová a Huřo, 2019).

Bérkové vředy venózní etiologie jsou nejzávažnějším projevem chronické žilní insuficience, kdy již dochází ke ztrátě kožního krytu. Mezi časté prvotní příznaky žilní insuficience patří pocit těžkých nohou, varixy, bolest a napětí v oblasti lýtek a otoky v perimaleolární oblasti. Otoky jsou závislé na poloze, při dlouhodobém stání či sezení se zhoršují (Stryja et al., 2016).

Častým důvodem vzniku venózní obstrukce je hluboká žilní trombóza, která následně vede k poruše funkce chlopní a přetížení povrchových žil s tvorbou sekundárních varixů. Tento mechanismus vzniku venózní insuficience nazýváme posttrombotický syndrom. Takto vzniklé bérkové vředy se hojí velmi obtížně (Stryja et al., 2016).

Bércové vředy, které vznikají primárně při žilní insuficienci, bývají spíše mělké, s povleklou spodinou a zvýšenou sekrecí. Tvar defektu je nepravidelný, s navality okraji. Je přítomný výraznější otok a trofické změny kůže v okolí rány, jako jsou hyperpigmentace či ztráta ochlupení. Predilekčním místem vzniku těchto ulcerací je mediální strana kotníku (Brabcová, 2021).

Posttrombotický syndrom

Posttrombotický syndrom je charakterizován jako chronická komplikace hluboké žilní trombózy, která může postihnout pacienty už v prvním roce od rozvoje příznaků hluboké žilní trombózy. Posttrombotickým syndromem bývají pacienti zasaženi až ve 40 % případů. Obtíže jako bolesti, otoky či pálení se objevují na končetině, které byla dříve postižena hlubokou žilní trombózou. Léčba bývá většinou konzervativní, v indikovaných případech je možná rekanalizace chronického uzávěru pomocí stentů (Karetová a Chochola, 2017).

U sekundárních varixů, které bývají následkem posttrombotického syndromu, se setkáváme s hlubokými ulceracemi, které jsou rozsáhlé a s nepravidelnými okraji. Pokud dojde k cirkulárnímu rozšíření vředu, nazýváme jej „kamašový ulcer“ (Hlinková et al., 2015).

Rozlišení typů bérkových vředů je důležité pro správné zvolení terapie. Pouze správná diagnostika bérkového vředu může vést k léčbě základního onemocnění. Bez této léčby se ulcerace nezahojí ani přes optimální krytí ran. Terapeutické postupy u vředů venózní etiologie se liší od terapeutických postupů u vředů na podkladě ischemické etiologie. Proto nevhodně zvolená terapie může nepříznivě ovlivnit stav ulcerací (Erfurt-Berge a Zimmer, 2018; ZZA, 2021).

1.6 Bércové vředy arteriální etiologie

Ulcerace arteriálního původu jsou příznakem postižení cévního zásobení dolních končetin. Postižení cév bývá nejčastěji na podkladě aterosklerotických změn, kdy se vytváří aterosklerotické pláty na vnitřních stranách cév. Tímto mechanismem dochází k okluzi cév a nedostatečnému krevnímu zásobení dolních končetin. Okluze cév může být částečná, či úplná na jedné, nebo více periferních tepnách. Tyto změny vedou ke vzniku ischemické choroby dolních končetin. Typickým příznakem této choroby je klaudikační bolest, která vzniká při chůzi. Úleva přichází do 10 minut po zastavení. Při těžším postižení tepen je přítomná bolest i v klidovém režimu, jež se sníží při svěšení končetiny. Na podkladě ischemické choroby dolních končetin vzniká v konečné fázi ulcerace až gangréna (Karetová a Chochola, 2017; Hlinková et al., 2015).

Arteriální ulcerace jsou lokalizovány v proximálních částech bérce, na zevní straně lýtky, na prstech dolních končetin či patách. Ulcerace vzniká v místech nejhlubší ischemie na podkladě úrazu či drobného zranění kůže. U závažných ulcerací arteriální etiologie hrozí vysoké riziko amputace končetiny, což výrazně negativně ovlivní kvalitu života pacientů (Stryja et al., 2016; Karetová a Chochola, 2017).

Před samotnou ulcerací dochází k atrofii kůže, čímž se stává snadno poranitelnou. Ochlupení řídne a může úplně vymizet, nehty i interdigitální prostor může být postižen mykózou. Na postižené oblasti se objevuje více ulcerací, které bývají zpravidla menší, hlubší a bolestivější než venózní ulcerace. Spodina bývá často nekrotická, zapáchající s minimální sekrecí. Dochází ke změnám v citlivosti končetiny, což zvyšuje riziko vzniku defektů (Karetová a Chochola, 2017; Hlinková et al., 2015).

Při léčbě arteriálních ulcerací je potřeba zhodnotit míru postižení tepenného systému a podle toho obnovit či zlepšit prokrvení dolních končetin. Správnou a dostatečnou edukací pacienta i jeho rodiny můžeme dosáhnout co nejvyšší eliminace rizikových faktorů a zároveň tak můžeme docílit zapojení pacienta do léčby (Hlinková et al., 2015).

1.7 Bércové vředy neuropatické

Neuropatické ulcerace jsou defekty vznikající na podkladě poškození nervových struktur. Nejčastěji se nacházejí u pacientů s diabetem mellitem (50–70 % všech ulcerací, které jsou součástí syndromu tzv. diabetické nohy), přičemž v pokročilém stádiu dochází k metabolickým poruchám nervových struktur. Mezi další příčiny ulcerací u pacientů se syndromem diabetické nohy mohou být defekty neuroischemické či čistě ischemické. Tyto ulcerace bývají spojeny s neuropatií, ischemií a infekcí. Neuropatické ulcerace se vyskytují i u pacientů s primárním či traumatickým poškozením míchy (Tošenovský a Zálešák, 2007).

U pacientů s polyneuropatií dochází k plantární hyperkeratóze. Defekty vznikají v místech zvýšeného tlaku, typicky nad hlavičkami metatarzálních kostí, nad bází V. metatarsu, na patách a místech kloubních deformit. Mezi časté deformity patří drápovité prsty a Charcotova osteoartropatie. Dochází k poruše citlivosti dolních končetin, čímž se zvyšuje riziko vzniku ulcerací, protože pacienti necítí bolest. Naopak u části pacientů vzniká neuropatická prudká a ostrá bolest (Stryja et al., 2016).

1.8 Diagnostika

Pro stanovení správné diagnózy je potřeba pacienta klinicky vyšetřit, což u bércových vředů venózní etiologie zahrnuje anamnézu, fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a bakteriologické vyšetření. Je možné diagnostiku doplnit o laboratorní vyšetření, které však nespadá do rutinních postupů a je závislé na suspektní diagnóze. Při atypických projevech je možné odkázat pacienty do specializovaných pracovišť chronických ran k případnému dovyšetření a nastavení následné terapie (Erfurt-Berge a Zimmer, 2018).

1.8.1 Anamnéza

Anamnéza patří mezi základní lékařskou dokumentaci, jež zahrnuje veškeré zjištěné informace o pacientovi. Jedná se o soubor všech údajů o zdravotním stavu pacienta od narození až po současnost. Lékařskou anamnézu zpracovává lékař formou rozhovoru s nemocným, rodinou či příbuznými. Lékař se ptá na údaje, které by mohly souviset se současným onemocněním. Dalším zdrojem informací jsou záznamy z předchozích absolvovaných vyšetření pacienta. Ošetřovatelskou anamnézu odebírají sestry a společně s lékařskou anamnézou jsou součástí chorobopisu. Odebraná anamnéza v kombinaci s klinickým vyšetřením patří mezi základní kroky

pro stanovení diagnózy. Následné laboratorní či zobrazovací metody pomohou rozpoznat příčinu onemocnění a nastavit tak účinnou terapii (Nejedlá, 2015).

Z osobní anamnézy zjišťujeme především stav cévního řečiště. Zajímá nás, zda pacient již v minulosti prodělal cévní onemocnění, zda se léčí s arteriální hypertenzí, hypercholesterolémií, úplavicí cukrovou, autoimunitním onemocněním nebo infekčním onemocněním kůže. V sociální anamnéze zjišťujeme soběstačnost a mobilitu pacienta, rodinné zázemí a případné psychické problémy (Stryja et al., 2016).

U pacienta s bérčovými vředy zjišťujeme, co a kdy předcházelo vzniku tkáňového poškození, které obtíže pozoroval a jaké obtíže nemocného nyní trápí. Důležité je také odebrání farmakologické anamnézy. Negativní vliv na proces hojení ran mají především nesteroidní antiflogistika, glukokortikoidy nebo cytostatika. Zajímáme se o případné alergie, ale i o užívání návykových látek, jelikož kouření a dlouhodobý příjem alkoholu se negativně odráží na procesu hojení ran. Další důležitou informací je stav týkající se výživy a hydratace. Ke vzniku bérčových vředů venózní etiologie mohou přispívat dědičné předpoklady, proto je důležitá i rodinná anamnéza (Stryja et al., 2016; Hlinková, Nemcová a Hufo, 2019).

Během rozhovoru s pacientem také zjišťujeme, zda se u něj vyskytují bolesti. Bolest u pacientů s bérčovými vředy se liší v závislosti na etiologii, proto je důležité dotázat se na její charakter, intenzitu a lokalizaci. Ptáme se, zda pacient pozoruje bolest v souvislosti s pohybem či konkrétní činností, nebo zda se jedná o klidovou bolest (Hlinková et al., 2015).

1.8.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikálním vyšetřením se rozumí vyšetření pacienta prostřednictvím vlastních smyslů s možností použití jednoduchých pomůcek. Při tomto vyšetření dolních končetin můžeme pohledem a pohmatem zhodnotit například výskyt edému. Vyskytují-li se edémy na obou končetinách, nazýváme je jako symetrické. Pohledem a pohmatem můžeme také vyšetřit stav povrchových žil a zpozorovat případné změny ve zbarvení pokožky (Nejedlá, 2015).

U pacientů s bérčovými vředy zhodnotíme lokalizaci a velikost rány, charakter spodiny rány a její okraje, okolní pokožku a exudát. Už samotná lokalizace nám může napovědět, zda se jedná o ulcerace venózní, arteriální či neuropatické, jelikož jsou spojeny s charakteristickým místem vzniku. U bérčových vředů venózní etiologie se jedná především o mediální stranu kotníku. Velikost defektu určujeme délkou, šířkou a hloubkou. K určení velikosti rány se používají papírová pravítka. Pokud se jedná o defekt kruhového tvaru, určuje se přibližná velikost v průměru. Hloubka rány představuje vertikální vzdálenost mezi povrchem a nejhlubší částí spodiny defektu (Hlinková et al., 2015).

Další důležitou informací je posouzení charakteru spodiny rány. K jeho hodnocení můžeme použít klasifikaci dle Wound healing continuum. Principem této klasifikace je určení převažující barvy na spodině rány. Mezi hodnotící barvy spodiny spadá černá, žlutá, červená a růžová s mezistupni. Řazené jsou zleva doprava. Dle spodiny rány určíme barvu, která je v klasifikaci Wound healing continuum co nejvíce vlevo a na tu zaměříme léčbu. Nejvíce vlevo je popisována černá barva. Jedná se o ránu nekrotickou, tedy nejvíce poškozenou tkáň, u níž musí dojít k odstranění, tzv. débridementu. Žlutá barva bývá znakem nekrózy, hnisu nebo infekce. Červená

barva značí granulaci a dobrou vaskularizaci tkáně. Růžová barva signalizuje fázi epitelizace, což je konečná etapa hojení (Stryja, 2015b).

V popisu rány pokračujeme zhodnocením okrajů a okolí. Hodnotíme, zda jsou okraje ohraničené, nebo neohraničené, macerované, navalitě nebo podminované. V okolí ulcerace pozorujeme barvu kůže. Ideální barva je růžová, případně dle typu pokožky v závislosti na rase, naopak sytě červená (erytém) může značit zánět, při němž bývá zvýšená teplota kůže. Při zhoršeném prokrvení je kůže chladná. V okolí se mohou vyskytovat eroze. Posuzuje se také zápach, množství a barva exudátu. Jako doplňující informace poslouží zhodnocení otoku končetiny, který je typický u bércových vředů venózní etiologie (Hlinková et al., 2015).

Během ošetřování bércových vředů je důležité vést podrobnou dokumentaci, kterou můžeme vést jak v klasické papírové podobě pomocí standardizovaných formulářů, tak i v elektronické formě. Správně vedená dokumentace nám zajistí kontinuitu péče s možností zpětné kontroly. Záznam o průběhu léčby můžeme se souhlasem pacienta doplnit o fotodokumentaci (Brabcová, 2021).

1.8.3 Laboratorní a bakteriologické vyšetření

Při bakteriologickém vyšetření se provádí výtěr z rány k rozboru kultivace a citlivosti. Před indikací k výtěru je ale třeba posoudit, zda došlo k celkovému klinickému zhoršení stavu jedince, jelikož spodiny ran jsou běžně kolonizovány (u bércových vředů venózní etiologie se vyskytuje *Staphylococcus aureus* ve více než 90 %). Před samotným výtěrem se z rány nejprve odstraní případná nekróza a propláchne se čisticím roztokem (např. Dermacynem). Do popředí se nyní dostává spíše vyšetření formou biopsie spodiny ran (Hlinková et al., 2015; Stryja, 2021).

Z krevního odběru lze zjistit stav zánětlivých parametrů, jako jsou C-reaktivní protein, sedimentace či leukocytóza. Ke zjištění množství bílkovin, které napomáhají procesu hojení, poslouží odběr albuminu, dále odběr glykémie k vyloučení diabetu mellitu (Hlinková et al., 2015).

1.8.4 Zobrazovací metody

K diagnostice bércových vředů venózní etiologie je třeba znát stav žilního systému dolních končetin. Ze zobrazovacích metod, které se dělí na invazivní a neinvazivní, se nejčastěji využívá duplexní ultrasonografie žil. Toto ultrazvukové vyšetření dokáže odhalit žilní trombózu, stázi krevního proudu nebo žilní insuficienci, což je nejčastější příčinou bércových vředů venózní etiologie. Mezi méně používané metody řadíme pletysmografii k průkazu žilní obstrukce, RTG kontrastní či izotopovou flebografii (Roztočil a Piřha, 2017).

1.9 Léčba

Důležitým předpokladem pro léčbu bércových vředů je především systémová léčba základní příčiny a jejích přidružených onemocnění. Nezapomínáme na léčbu bolesti, která může pacientům výrazně negativně ovlivnit kvalitu života. Spolu s konzervativní či radikální metodou, dostatečnou edukací nemocného o onemocnění, dietním opatřením a preventivním opatřením zajistíme komplexní léčbu s maximální eliminací všech nežádoucích faktorů (Karetová a Chochola, 2017).

V léčbě bércových vředů venózní etiologie využíváme řadu léčebných metod. Rozeznáváme konzervativní a radikální metody léčby. Mezi konzervativní léčbu spadá lokální terapie ve smyslu zevního ošetřování ulcerací a okolí, kompresivní terapie a farmakoterapie. Tyto metody se vzájemně kombinují. Radikální metody zahrnují především chirurgické výkony a skleroterapii. Mezi radikální metody řadíme dále termální metody, během nichž bývá využívána endovenózní laserová a radiofrekvenční ablace, vodní pára nebo ultrazvuková koagulace. Z netermálních metod se využívá mechanicko-chemická ablace nebo použití žilního lepidla (Slonková, 2021).

1.10 Lokální terapie

Nezbytnou součástí léčby bércových vředů je lokální terapie. Jedná se o povrchovou léčbu pomocí léčivých přípravků a přikládání krytí. Léčivých přípravků je na trhu mnoho, jejich výběr závisí na zhodnocení stavu ulcerací a zkušenostech lékaře. Jejich působením by mělo být dosaženo vlhkého prostředí, které je optimální pro podporu hojení (Roztočil a Piřha, 2017).

Před aplikací lokálních prostředků je vhodné postiženou končetinu osprchovat proudem vody o teplotě 37 °C a poté přiložit na ránu gázový čtvereček napuštěný obkladovým roztokem (např. Prontosan, Ringerův roztok). Takto aplikovaný obklad můžeme ponechat až 20 minut. Postup lokálního ošetření po oplachu a obkladu pokračuje ošetřením okolí vředu, jenž je také součástí převazu. Při pravidelném ošetřování okolní pokožky snižujeme riziko rozšíření defektu a poškození okolní kůže, které bývá doprovázeno bolestí. Využít můžeme pasty s obsahem zinku, ochranné krémy (např. Menalind) nebo masti (např. Excipial mast). Následuje samotné ošetření vředu, překrytí sekundárním krytím a fixací pomocí obinadel. Během lokálního ošetřování ran se nedoporučují příliš časté převazy, které totiž vedou k narušení optimální teploty (37 °C), které bývá dosaženo nejdříve po 6 hodinách (Hlinková et al., 2015; Slonková, 2021).

Krycí prostředky k lokální terapii se dělí na primární a sekundární. Primární krytí se přikládá přímo na ránu, zatímco sekundární krytí zajistí fixaci s absorpcí sekretu a ochranu před infekcí. U primárních krycích prostředků během lokálního ošetření hodnotíme míru přilnavosti (adherence). Příliš adherentní krytí může při převazech působit bolestivě, proto nebývá doporučováno (Hlinková et al., 2015).

Způsob ošetřování bércových vředů dělíme na klasický a moderní. Ke klasickému zevnímu ošetřování bércových vředů venózního původu se používají obklady s čisticím účinkem nebo masti. Moderní způsob ošetřování se naproti tomu zakládá na principu vlhkého prostředí. Tento druh ošetřování se řadí mezi novější a postupně stále více užívané metody (Karetová a Chochola, 2017).

Ve spojitosti s lokální léčbou se využívá termín TIME, kde každé písmeno určuje cíl terapie: T (tissue), I (infection, inflammation), M (moisture) a E (epithelization). Postup nejprve spočívá v odstranění nekrotické tkáně, jehož dosáhneme débridementem. Dalším krokem je redukce zánětu a odstranění infekce pomocí antiseptik, z jejichž řad je upřednostňováno použití prostředků s obsahem stříbra, jódu, chlorhexidinu, medu nebo polyhexanidu. Pokud by se jednalo o známky celkové infekce, volíme antibiotika s vnitřním podáním. Následuje udržování vhodných podmínek k vlhkému hojení. Poslední fází je podpora epitelizace (Slonková, 2021).

Udržení optimálních podmínek, které podpoří proces vlhkého hojení, dosáhneme použitím moderních krycích prostředků. Pokud jsou bércové vředy venózní etiologie doprovázeny silnou

exudací, volíme například použití alginátů, hydrovláken, polyuretanových pěn nebo krytí s aktivním uhlím. Tyto prostředky disponují schopností vysoké absorpce s retenční kapacitou. V případě suchých ran volíme použití hydrogelového krytí, které se až z 90 % skládá z vody a nerozpustných polymerů (Karetová a Chochola, 2017; Stryja, 2015).

Fáze hojení ran

Hojení bércových vředů je dlouhodobý a složitý proces. Jeho průběh se skládá z různých fází, které na sebe plynule navazují. Při konečném zhojení dochází k anatomické kontinuitě kůže, během níž je poškozená tkáň nahrazena novou vazivovou tkání. Při takto zaceleném kožním defektu zůstává jako následek zhojení jizva (Hlinková, Nemcová a Huřo, 2019).

Rozlišujeme tři fáze procesu hojení. Jedná se o fázi zánětlivou – exudativní, proliferační – granulační a epitelizační – remodelační. První fáze je zánětlivá, začíná od okamžiku poranění a trvá přibližně 2–3 dny. Proces začíná zástavou krvácení pomocí trombocytů a srážecích faktorů. Následuje tvorba zánětu, který se klinicky projevuje jako rubor, calor, tumor, dolor a functio laesae. Tyto projevy zánětu jsou souhrnně označovány jako Celsovy znaky. Dochází k vazodilataci s průnikem leukocytů, růstových faktorů a intersticiální tekutiny. Vzniká otok. Leukocyty pomocí fagocytózy a proteolýzy odstraňují z rány odumřelou tkáň a choroboplodné zárodky a tím se začíná rána čistit (Hlinková et al., 2015).

Proliferační fáze začíná okolo 4. dne po vzniku poranění, maximálně 7.–14. dne. Během proliferačního procesu dochází na podkladě působení růstových faktorů k prostupu fibroblastů a endotelových buněk do místa rány. Fibroblasty iniciují tvorbu kolagenové sítě, která v místě defektu tvoří základ tvorby granulační tkáně. Následně dochází k novotvorbě cév (Hlinková et al., 2015).

Posledním stádiem hojení ran je fáze epitelizační. Doba trvání je popisována od 21. dne, ale může trvat několik měsíců až dva roky. Nastává remodelace kolagenové sítě, která vede ke zvýšení její pevnosti. Zároveň dochází k migraci epitelových buněk z okrajů ran na povrch granulační tkáně, čímž se zaceluje defekt. Výsledkem je jizva (Hlinková et al., 2015).

1.10.1 Débridement

Odumřelá tkáň na spodině rány zvyšuje pravděpodobnost kolonizace bakterií, které se často u bércových vředů venózní etiologie vyskytují. Prvním potřebným krokem k přípravě spodiny ran je débridement. „*Débridement je definován jako odstranění cizího materiálu a nekrotických nebo kontaminovaných tkání z traumatické či infikované léze. Cílem débridementu je odhalit zdravou tkáň na spodině rány a podpořit hojení*“ (Brabcová, 2021, s. 36).

Proces débridementu se liší v závislosti na vybrané metodě. Rozlišujeme mechanický débridement, autolytický, chemický a enzymatický. Uvedené metody lze vzájemně kombinovat. Každá metoda débridementu s sebou nese určité klady i zápory, proto je nutné před samotnou indikací zvážit celkový klinický stav pacienta s ohledem na typ lokálního nálezu. Mezi kontraindikace débridementu řadíme poruchu koagulace (Stryja et al., 2016).

Mechanická metoda débridementu se volí především u ran s rozsáhlou a hlubokou nekrózou. Mechanického débridementu lze rychle dosáhnout chirurgicky, a to buď formou chirurgického, ostrého débridementu, nebo tzv. konzervativně ostrého débridementu. Během chirurgického ostrého débridementu se odstraňuje nekrotická tkáň až ke krvácející spodině s možností dalšího

výkonu (např. drenáží), ale i s rizikem poškození zdravé tkáně. Tato forma je náročnější, jelikož je výkon prováděn na operačním sále a s dostatečnou anestezií. Výhodou je však okamžitý výsledek. Během konzervativně ostrého débridementu se nekrotická tkáň odstraňuje postupně, nedochází tak k plošnému krvácení a je možné jej provést přímo na lůžku (Stryja et al., 2016; Brabcová, 2021).

Další efektivní metodou mechanického débridementu je hydrochirurgie, během níž jsou využívány speciální nástroje a systémy (např. VersaJet), které jsou opatřeny vodní tryskou. Proudem sterilní vody nebo fyziologického roztoku dochází k čištění ran a odstraňování avitální tkáně (Brabcová, 2021).

Mezi ne příliš vhodné postupy mechanického débridementu řadíme ošetřování pomocí přiloženého krytí zvaného wet-to-dry. Postup tohoto débridementu spočívá v časté výměně krytí, které je napuštěno určeným roztokem. Při výměně krytí dochází ke strhávání nekrotických povlaků, což bývá bolestivé. Tato metoda může být výhodná u pacientů, u nichž je nutná častější kontrola, jelikož ošetření metodou wet-to-dry probíhá několikrát za den. Vzhledem k možné bolestivosti a negativnímu vlivu antiseptických roztoků na spodinu rány a její okolí bývá od této metody ustupováno (Stryja et al., 2016).

Autolytický débridement je nejčastěji volený způsob k odstranění nekrózy a odumřelých tkání. Princip spočívá v udržování vlhkého prostředí, které s přítomností vlastních tělesných enzymů (metaloproteinázy matrix) a fagocytózy vede k tzv. autolýze. Suchá nekróza se tímto způsobem rozpouští. Proces autolýzy podpoříme použitím hydrogelů a hydrokoloidů s antiseptickým krytím. Pro časovou náročnost se tato metoda nedoporučuje u rozsáhlých nekrotických ran (Stryja, 2015a).

Osmotického débridementu dosáhneme použitím hyperosmolárních materiálů, jako jsou např. krytí s hyperosmolárním NaCl nebo prostředky s obsahem medu. Osmoticky účinné látky absorbují vodu, čímž vzniká tah nadzvedávající nekrózu. Osmotický débridement bývá zařazován jako poddruh autolytického débridementu (Stryja, 2015a; Stryja et al., 2016).

Během chemického débridementu jsou využívány látky s nízkým Ph, které vedou k rozkladu nekrózy na podkladě působení chemických sloučenin. Mezi tyto chemické látky spadá např. kyselina benzoová nebo kyselina salicylová. Mezi pozitiva této metody débridementu patří rychlost a schopnost selektivního působení, naopak okolní tkáň i nově vznikající granulační tkáň mohou být podrážděné (Brabcová, 2021).

Lokálně podanými proteolytickými enzymy dosáhneme enzymatického débridementu. Těmito látkami, které se nejčastěji prodávají ve formě mastí, dosáhneme rozkladu odumřelých tkání. Metoda enzymatického débridementu je vhodná u pacientů, kteří ze zdravotního důvodu netolerují jiné metody, nebo v případě negativní reakce okolní pokožky kožní ulcerace při použití okluzivního či adhezivního krytí (Stryja, 2015a; Brabcová, 2021).

Účinnou formou enzymatické terapie je také larvoterapie, při níž se do infikované rány aplikují bzučavky zelené, které jsou buď volně pohyblivé, nebo jsou uzavřeny v nylonových sáčkích. Larvy kromě débridementu produkují také trávicí enzymy, které prospívají hojení, a i po ukončení terapie zůstává antibakteriální a granulačně stimulující efekt po dobu několika následujících dní (Stryja, 2015a; Brabcová, 2021).

1.11 Kompresivní terapie

Kompresivní terapie patří mezi základní součásti léčby bércových vředů venózní etiologie. Komprese končetin byla dokumentována již ve starověku, ale i v dnešní době zůstává významnou součástí terapie. Spadá k nejstarším léčebným postupům v medicíně (Karetová a Chochola, 2017).

Indikací k léčbě pomocí kompresivní terapie je:

- Chronická žilní insuficience a následný flebedém, varixy a další projevy chronické žilní insuficience;
- Bércové vředy venózní a smíšené etiologie;
- Lymfedém;
- Povrchová žilní trombóza a hluboká žilní trombóza včetně její prevence (Karetová a Chochola, 2017).

Kompresivní terapie spočívá v použití kompresivních pomůcek. Mezi hlavní způsoby kompresní léčby řadíme použití elastické bandáže, k níž jsou používána obinadla s různým stupněm roztažnosti, neelastické bandáže, kompresivní punčochy nebo přístrojová komprese (Karetová a Chochola, 2017).

Při použití kompresivní terapie rozlišujeme dva různé druhy tlaků, a to klidový a pracovní, udávané v mm Hg. Klidový tlak je stálý tlak, kterým bandáž nebo kompresivní punčocha zevně působí na končetinu nacházející se v klidu a zasahuje především činnost povrchových cév. Pracovní tlak je dočasně vytvořen během svalové činnosti, při níž je vyvíjen odpor proti bandáži. Tento tlak pochází zevnitř a působí především na hluboký žilní a lymfatický systém (Földi a Földi, 2014).

Mechanismus účinku tlaku vyvolanému při použití kompresivní terapie spočívá ve snížení žilního tlaku na dolních končetinách a v redukci množství intersticiální tekutiny. Dochází ke snížení náplně žilního systému, což urychlí žilní tok krve, zlepšuje funkci žilních chlopní a svalově-žilní pumpy. Kompresivní terapií dosáhneme také protizánětlivého efektu na žilních stěnách dolních končetin s následným zmírněním bolesti (Hlinková et al., 2015; Karetová a Chochola, 2017).

Kompresivní terapie s sebou nese i určitá rizika. Při aplikaci kompresivních pomůcek dochází k centralizaci krevního oběhu, tzn. ke změně distribuce krve, kdy žilní krev z dolních končetin přitéká směrem do srdce a vede tak k jeho většímu zatížení. Proto je u pacientů s dekompenzací srdečního selhávání kompresivní terapie přísně kontraindikována. Další závažnou kontraindikací je septická flebitida a phlegmasia coerulea dolens neboli trombóza povrchových a hlubokých žil s přítomným edémem a cyanózou dolní končetiny (Hlinková et al., 2015).

Častým problémem při nošení kompresivních pomůcek bývá svědění, pocit horka a diskomfort. Další obtíží je závislost pacientů na pomoci druhé osoby, protože mnohdy sami nezvládají navlékání či sundávání kompresivních pomůcek. Spolupráce pacienta je při léčbě zásadní. Proto je důležité poskytnout pacientům dostatek informací o užitečnosti kompresivní terapie. Pacienti tak mohou lépe porozumět jejímu smyslu a my tak zvýšíme adherenci k léčbě (Erfurt-Berge a Zimmer, 2018).

1.11.1 Bandáž

K aplikaci kompresivních bandáží můžeme vybírat z různých druhů obinadel. Patří sem elastická obinadla, která se rozlišují stupněm roztlačnosti (dlouhotažná, krátkotažná), neelastická obinadla nebo vícevrstvé systémy. Dlouhotažná obinadla vykazují konstantně vysoký klidový a nízký pracovní tlak. Výhodou dlouhotažných obinadel je jejich přizpůsobivost, kdy ani po snížení edému končetin nedochází k jejich posunu ani změně tlaku. Dlouhotažná obinadla jsou doporučována pacientům s povrchovým postižením žil nebo při léčbě poranění pohybového aparátu. Tato obinadla se však nedoporučují u imobilních pacientů, u nichž může při nesprávné aplikaci dojít k ischemizaci končetiny, např. při přílišném utažení. Při dlouhodobé nečinnosti a na noc bandáž vždy z končetiny sundáváme (Hlinková et al., 2015).

Pro léčbu bércových vředů venózní etiologie a chronických otoků žilního nebo lymfatického původu jsou nejvhodnější krátkotažná obinadla. Elastická obinadla s krátkým tahem mají nízký klidový tlak, který nepřesahuje 70 % roztlačnosti jejich délky v klidu, a vysoký pracovní tlak. Na dolních končetinách mohou být tato obinadla ponechána dlouhodobě i přes noc (Karetová a Chochola, 2017).

Vícevrstvé bandáže se kombinují použitím elastického i neelastického materiálu. Využití najdou především u pacientů léčících se s chronickými ranami či lymfedémem. Vícevrstvá bandáž patří mezi účinné terapie, při nichž aplikací dosáhneme ideální síly tlaku (Hlinková et al., 2015).

Doporučený postup pro aplikaci kompresivních bandáží:

- S aplikací kompresivních bandáží začínáme hned ráno vleže před posazením nebo postavením pacienta, jelikož při svislé poloze končetin v nich dochází k hromadění krve a následnému vzniku otoku.
- Bandáž provádíme po ošetření ulcerací a okolní pokožky.
- V místech, na kterých nedochází k úplnému přilnutí komprese (např. za kotníky), nebo v místech kožních vředů nebo výrazných otoků, lze využít inlaye (polstrovací komprese).
- Nejvyšší tlak obinadla zajistíme v oblasti hlezenního kloubu, který proximálně snižujeme.
- Obinadlo aplikujeme z vnitřní strany od prstů přes patu a končíme o jednu etáž výše, než zasahují otoky a varixy.
- Obinadlo se drží nakrátko a překrývá se ze 2/3 cirkulárních nebo klasových otáček, vyvarujeme se přehybů.
- Na konci ověříme, zda nedochází ke škrcení končetiny nebo výskytu bolesti v souvislosti s bandáží, a poučíme pacienta o nutnosti pravidelné chůze a pohybu (Stryja et al., 2016).

1.11.2 Zinkoklihoové obvazy

Zinkoklihoová obinadla bývala využívána již od konce 19. století. Používána byla k léčbě chronické žilní insuficience, lymfatické insuficience a venózních ulcerací. Tato obinadla se skládají z bavlny, polyamidu a zinkové pasty s pružností ve dvou směrech. Díky tomu bývá aplikace jednoduchá i v obtížných anatomických přechodech. Zinkoklihoová obinadla se ponechávají i několik dnů, výměna tedy není tak častá jako u klasických kompresivních obinadel. Zinkoklihoová obinadla se prodávají ve stavu k okamžitému použití, jejich náklady na pořízení jsou nízké s vysokou účinností. Po aplikaci je výsledkem polotuhý trvalý obvaz (Lexi, 2023).

1.11.3 Kompresivní punčochy

Kompresivní punčochy jsou doporučovány pacientům, u nichž došlo ke stabilizování edému končetin a zhojení bércevého vředu. U nemocných s přetrvávající ulcerací jsou vhodné speciální kompresivní punčochy s obsahem stříbra a s antiseptickými účinky. Vybírat lze z různých druhů materiálu, například z polyamidu, bavlny nebo kombinace bavlny a acetátu. Výběr kvalitního materiálu kompresivních punčoch zajišťuje funkčnost výrobku až na několik měsíců. Velikost se určuje dle naměřených rozměrů končetin. Délku kompresivních punčoch volíme tak, aby dosahovala o jednu etáž výše v závislosti na lokalizaci cévních změn. Rozlišujeme lýtkové, polostehenní a stehenní kompresivní punčochy. Pro zachování kontinuity léčby je doporučeno předepsání dvou párů kompresivních punčoch s tím, že je možné druhý pár objednat po několikadenní zkušební době, aby bylo možné drobné nedostatky korigovat (Földi a Földi, 2014; Stryja et al., 2016).

Kompresivní punčochy jsou rozdělovány do čtyř kategorií, které se rozlišují dle síly tahu:

- Kompresivní punčochy I. třídy (lehká komprese),
- Kompresivní punčochy II. třídy (středně silná komprese),
- Kompresivní punčochy III. třídy (silná komprese),
- Kompresivní punčochy IV. třídy (zvláště silná komprese) (Stryja et al., 2016).

Druh požadovaného tlaku kompresivních punčoch určuje lékař na základě diagnózy, aktuálního stavu a stádia onemocnění. Pokud se jedná o chronickou žilní insuficienci s počátečními příznaky, jako jsou malé varixy s minimálním otokem, bývají indikovány kompresivní punčochy I. třídy. Tlak, kterého dosahují v oblasti hlezna, je okolo 20 mmHg (Stryja et al., 2016).

Středně silná komprese je indikována pacientům s výraznějšími projevy chronické žilní insuficience, dále u pacientů po sklerotizaci a povrchových tromboflebitidách. V oblasti hlezna dosahují tlaku okolo 30 mmHg (Stryja et al., 2016).

Silná komprese dosahuje dvojnásobné hodnoty tlaku v oblasti hlezna na rozdíl od komprese I. třídy. Indikována bývá například u pacientů se zhojenými bércevémi vředy a častými výraznými otoky dolních končetin (Stryja et al., 2016).

Poslední kategorie kompresivních punčoch, které vykazují zvláště silnou kompresi se silou tlaku okolo 60 mmHg okolo hlezna, indikují lékaři k léčbě lymfedému a elefantiázy. Náklady na pořízení kompresivních punčoch II. a III. třídy mohou být hrazeny zdravotními pojišťovnami (Stryja et al., 2016).

1.11.4 Přístrojová kompresní terapie

Další metodou léčby bércevého vředu venózní etiologie je použití přístrojové kompresní terapie. Jedná se o fyzikální metodu za použití kompresivních pneumatických přístrojů (Lymfoven). Postup použití spočívá v aplikaci vícekomorových návleků s dílčími vaky, které se po nasazení na dolní končetiny proximálně zaplňují vzduchem. Po dosažení požadovaného pracovního tlaku dochází k nárazovému vypuštění vzduchu. Tímto procesem se podpoří proudění krve v žilním řečišti (Karetová a Chochola, 2017).

1.12 Farmakoterapie

Pro správný algoritmus léčby bércových vředů venózní etiologie je vhodné využít účinky farmakoterapie, jež nám jakožto nenahraditelná součást terapie spolu s dalšími vhodnými léčebnými metodami zajistí optimální a komplexní efekt léčby bércových vředů venózní etiologie. Jako základní medikamentózní léčba při léčbě bércových vředů venózní etiologie bývají využívány venoaktivní léky neboli venofarmaka (Hnátek, 2015).

Venoaktivní léky řadíme mezi heterogenní skupinu léků. Podle složení se dělí do 5 skupin, a to na flavonoidy (beta- benzopyrony), alfa- benzopyrony, saponiny, jiné rostlinné extrakty a syntetické produkty. Původ venoaktivních léků je rostlinný, či syntetický (Slonková, 2016).

Z venoaktivních léků je při léčbě bércových vředů venózní etiologie doporučována mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce – MPFF. Podle posledního mezinárodního doporučení z roku 2018 získal stupeň A jakožto nejvyšší míru doporučení a stal se jediným doporučeným venofarmakem při léčbě bércových vředů venózní etiologie (Černohorská, 2021).

V řadě studií bylo prokázáno, že MPFF urychluje proces hojení a zkracuje léčbu bércových vředů. Mezi účinky MPFF patří zvýšení tonu žilní stěny, snižuje adhezi leukocytů na žilních stěnách, má protizánětlivé účinky a zmírňuje symptomy chronické žilní nedostatečnosti. Studie, které se zabývaly lymfogenním účinkem MPFF, potvrdily, že užívání tohoto léku mimo jiné snižuje intralymfatický tlak, zvyšuje počet funkčních lymfatických kapilár, čímž dochází k urychlení odtoku lymfy. V oblasti lymfologie se však řadí MPFF mezi doplňkové terapie, nikoliv primární (Hnátek, 2015; Slonková, 2021).

1.12.1 Využití sulodexidu v léčbě bércových vředů

Hojení bércového vředu je ovlivněno různými faktory. Pozitivní výsledky při léčbě bércových vředů byly prokázány při využití Sulodexidu neboli přírodního glykosaminoglykanu, který se z větší části skládá ze středně molekulárního heparinu, zbytek tvoří dermatované složky (Zeichmeisterová, 2014).

Při použití Sulodexidu je při léčbě bércového vředu venózní etiologie prokázán významně rychlejší průběh hojení. Sulodexid má účinek endotelprotektivní, antitrombotický a hemoreologický, čímž chrání funkci cév, zabraňuje tvorbě trombů a ovlivňuje tak průtokové vlastnosti krve. Příznivě ovlivňuje tonus a roztažitelnost cév. Při terapii dochází ke zmírnění obtíží, jako jsou otoky DKK, bolest, svědění, kožní změny či parestézie (Niesnerová a Vavříková, 2015).

1.13 Chirurgická léčba

Chirurgickou léčbou je možné dosáhnout zlepšení funkce žilního systému. Chirurgické výkony spočívají v odstranění závažně postižených úseků žil (např. varixy), které můžeme přesně lokalizovat pomocí duplexní sonografie. Klasickou chirurgickou metodou je stripping (Roztočil a Piřha, 2017).

Mezi méně invazivní výkony spadají endovenózní metody, které vedou k uzávěru lumina žil. Jejich výhodou je ambulantní provedení, při kterém není nutné postiženou žilu odstraňovat z končetiny. Endovenózní metody můžeme podle provedení rozdělit na termální, chemické

a mechanochemické. Termální ablace se provádí při využití záření, a to buď laserového, nebo mikrovlnného, pomocí zavedených kanyl do lumina žil. Dále může být využita radiofrekvenční energie nebo pára, jelikož termální ablace závisí na působení tepla. Mezi metody chemické ablace spadá skleroterapie. Tato metoda bývá volena převážně u varixů menší velikosti, u krvácejících varixů nebo u větších varixů v blízkosti bércevého vředu. K uzávěru žil dochází po aplikaci sklerotizační látky, která může být ve formě roztoku nebo pěny. U mechanochemického postupu se využívá kombinace mechanického poškození cévy s následnou aplikací sklerotizační látky. Výše uvedené metody poškozují žilní stěnu, což vede k vazivovému uzávěru žil (Roztočil a Piřha, 2017).

1.14 Výživa a hojení

Výživa a hydratace patří mezi základní celkové faktory ovlivňující proces hojení ran, jenž je náročný na spotřebu celkové energie. Množství potřebné energie a živin se liší v závislosti na hmotnosti jedince, věku, bazálním energetickém výdeji neboli spotřebě energie v klidu, pohybové aktivitě a stupni zátěže vlastní nemocí. Rozlišujeme také rozsah rány. U jedince s dekubitem v oblasti hýžděvého svalu nebo cirkulárním bérceovým vředem dochází ke ztrátám až 30 g bílkovin denně na rozdíl od drobného defektu na bérce (Grofová, 2012).

Mezi základní živiny patří makronutrienty (bílkoviny, tuky a sacharidy). Bílkoviny slouží jako základní stavební kameny a jsou nutné pro správné fungování všech orgánových soustav. U zdravého mladého jedince je potřeba bílkovin 0,8 g/kg hmotnosti za den na rozdíl od zdravého seniora, kde se potřeba navyšuje na 1,2 g bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti za den. U nemocných jedinců se potřeba bílkovin navyšuje na 1,5 g bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti za den. Pokud pacient nezvládá přijímat dostatečné množství bílkovin, je vhodné zařadit k jeho běžné stravě nutriční doplňky (Grofová, 2012).

Nutriční doplňky jsou speciálně navržené přípravky s různým energetickým obsahem. Pacienti mohou vybírat z tekuté, práškové nebo tabletové formy. Práškové nutriční doplňky se užívají zamícháním do vody nebo stravy. Z tekutých nutričních doplňků je na výběr z několika příchutí, svým obsahem jsou přizpůsobeny potřebám jedince. Liší se jejich obsah bílkovin, vitamínů a minerálů. Například přípravek Cubitan je vhodný pro pacienty s dekubity nebo rozsáhlými ranami a u pacientů léčících se s diabetem mellitem volíme doplňky pro diabetiky. Osobám s poruchou polykání poslouží jako zahušťovadlo pokrmů Nutilis. Důležité je také dbát na dostatečný pitný režim, jelikož jeho snížení vede ke sníženému průtoku krve postiženou oblastí. Obzvláště u starších lidí klesá pocit žízně (Grofová 2012; Stryja et al., 2016).

Rizikem zhoršeného hojení jsou ohroženi především pacienti s podvýživou, obezitou, osoby léčící se s úplavicí cukrovou nebo senioři. U obézních pacientů je vhodné zvolit redukční dietu vzhledem k tomu, že tuková tkáň má mírný prozánětlivý efekt na celý organismus. Redukční dieta vede k poklesu příjmu energie a tuků, ale zůstává zachován příjem bílkovin a makronutrientů, které jsou pro hojení zásadní. Hojivých procesů se účastní také mikronutrienty, a to především zinek, měď, selen, vitamín A, E a C (Grofová, 2019).

1.15 Edukace

Edukace je proces předávání informací, jehož cílem je navést pacienty ke změnám, které pozitivně ovlivní jejich zdravotní stav. Pro správnou léčbu bércových vředů je důležité především porozumět příčinám jejich vzniku, jelikož léčba a dodržování režimového opatření je celoživotní proces. Edukace může probíhat formou rozhovoru, informačních letáků nebo multimediálním způsobem. Nejedná se pouze o poskytnutí informací, ale i o aktivní zapojení ze strany pacientů (Shanley a Moore, 2017).

Během edukace je důležité, aby pacienti porozuměli sdělovanému obsahu. Terminologii přizpůsobujeme možnostem pacienta, doplňujeme ji případně o nákresy. Snažíme se docílit větší zodpovědnosti každého jedince za vlastní zdraví (Erfurt-Berge a Zimmer, 2018).

1.16 Preventivní a režimová opatření

Příčinou bércových vředů venózní etiologie je chronická žilní insuficience. Proto je vhodné zaměřit se na prevenci progresu tohoto onemocnění, které s sebou v nejtěžším stádiu přináší rozvoj bércových ulcerací. Důležitým preventivním a režimovým opatřením je pravidelný pohyb, jenž pozitivně ovlivňuje žilní tlak dolních končetin tím, že jej snižuje působením svalové žilní pumpy. Nejjednodušším pohybem je pravidelná chůze. Ta působí nejen jako prevence vzniku nebo progresu žilního onemocnění, ale zároveň pomáhá snížit obtíže, které se již u rozvinuté nemoci objevují. Mezi další vhodné pohybové aktivity můžeme zařadit například turistiku, cyklistiku nebo plavání. Nevhodné jsou naopak sporty statického charakteru nebo sporty zvyšující nitrobřišní tlak, například vzpírání. Pravidelný pohyb nám spolu s vyváženou stravou může pomoci i v redukci hmotnosti u obézních pacientů, jelikož obezita negativně ovlivňuje žilní systém (Karetová a Chochola, 2017).

Během dne je také vhodné se vyvarovat dlouhodobého stání nebo sezení. Snížení žilního tlaku dolních končetin a redukce otoků dosáhneme elevací končetin do zvýšené polohy. Elevaci končetin je vhodné provádět několikrát za den a na noc před spánkem končetiny mírně vypodložit. Vleže je vhodné pravidelné provádění žilních cviků (Karetová a Chochola, 2017).

Zaměřujeme se i na oblečení, které by mělo být volné a pohodlné. U obuvi je vhodné se vyhnout podpatkům, případně by jejich výška neměla dosahovat více než tří centimetrů. Důležité je i používání kompresivních pomůcek, které je doporučováno nejen k léčbě venózních bércových vředů, ale i k jejich prevenci (Hlinková et al., 2015).

Další preventivní možností je i lázeňská léčba. Sprchování či plavání ve studené vodě vede k vazokonstrikci povrchových žil. Naopak aplikace tepla povrchové žíly rozšiřuje, proto nejsou procedury s aplikací tepla nebo pobyty v sauně u pacientů s žilním onemocněním doporučovány. Vhodné je také vyvarovat se kouření, jelikož se u kuřáků cigaret zvyšuje riziko žilního onemocnění až o 50 % (Karetová a Chochola, 2017).

1.17 Kvalita života pacientů s bércovými vředy

Bércové vředy venózní etiologie jakožto onemocnění s dlouhodobou léčbou se negativně odráží na kvalitě života pacientů. Je důležité definovat obtíže, které se u pacientů s bércovými vředy vyskytují, a pokusit se najít efektivní řešení (Slonková a Vašků, 2014).

V každé věkové skupině onemocnění s sebou přináší jiné spektrum problémů. Dochází ke snížení kvality života v mnoha různých oblastech. Starší pacienti mohou pociťovat sociální izolaci, která může vést k depresím či úzkostem. Bolesti je mohou limitovat v pohybu a omezovat je tak ve vykonávání každodenních aktivit. U mladších pacientů se setkáváme s dlouhodobou pracovní neschopností (Pospíšilová a Faustmannová, 2016; Hlinková, Nemcová, Huřo, 2019).

Kvalita života je dle WHO (World Health Organization) definována jako „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Procházková a Pokorná, 2017, s. 127).

Kvalitu života u pacientů s bérčovými vředy snižuje především bolest, jež se u venózních ulcerací vyskytuje až v 80 %. Intenzitu bolesti lze určit vizuální analogovou škálou. Pokud nedochází k utlumení bolesti, začne se odrážet v dalších aspektech života, jako jsou spánek nebo mobilita. Poruchou spánku trpí až 2/3 pacientů s venózními ulceracemi. Mobilita může být snížena kvůli bolestem či edémům končetin. Se sníženou mobilitou mají pacienti obtíže vykonávat běžné denní, zájmové nebo pracovní činnosti, mohou tak být závislí na pomoci druhých osob. Bérčové vředy mohou zapáchat a produkovat zvýšené množství exsudátu, což může vést k pocitům studu a následné izolaci od okolí. Pacienti mění styl oblékání i obutí, aby zakryli ošetřované ulcerace a aby nedocházelo k otlakům, což se negativně odráží především na psychice žen. Mnoho pacientů popisuje lítost i beznaděj, jež se vyskytuje především u pacientů bez známek zlepšení stavu ulcerací (Slonková a Vašků, 2014).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na problematiku terapie bércových vředů venózní etiologie z pohledu všeobecných sester. V následující části této bakalářské práce popisují výzkumné šetření, které mi pomohlo k zodpovězení cílů. K hlavnímu cíli byly vytvořeny tři výzkumné otázky.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, která léčebná opatření pacienti nejsou schopni dodržovat, zjistit příčinu jejich obtíží a následně najít vhodné řešení vedoucí k jejich odstranění.

Výzkumné otázky kvalitativního výzkumu

Výzkumná otázka č. 1: Která léčebná opatření nejsou pacienti s bércovými vředy venózní etiologie schopni dodržovat?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je příčina nedodržování léčebného režimu?

Výzkumná otázka č. 3: Jak pacienti vnímají léčbu bércových vředů venózní etiologie?

2.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku terapie bércových vředů venózní etiologie. Pro realizaci výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda využívající polostrukturovaný rozhovor, který jsem zvolila z důvodu flexibility při získávání informací od informantů a doplnila jej o metodu pozorování. Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor je vlastní výroby (příloha č. 1, příloha č. 2) a začíná získáváním informací charakterizujících informanty. Rozhovor byl předem připraven a systematicky rozčleněn. Otázky byly směřované tak, aby z nich bylo možné zodpovědět výzkumné otázky a výzkumný cíl. Před zahájením rozhovoru informanti podepsali písemné souhlasy s poskytnutím informací pro kvalitativní výzkum (příloha č. 3). Pro ochranu anonymity informantů nejsou podepsané souhlasy součástí bakalářské práce. Záznam rozhovorů byl použit k přepisu odpovědí (příloha č. 4–8).

2.3 Charakteristika vzorku informantů a výzkumného prostředí

Pro zařazení do výzkumného šetření musel informant splňovat následující kritéria:

- věk 18 a více let,
- léčit se s bércovými vředy venózní etiologie,
- udělit souhlas s poskytnutím informací pro kvalitativní výzkum.

Výzkumného šetření se zúčastnilo pět informantů ve věkovém rozpětí 57–87 let.

2.3.1 Charakteristika vzorku informantů

V následujícím textu je uvedena charakteristika všech informantů. Pro zachování anonymity byla všem přiřazena písmena.

Informant A: muž ve věku 65 let, váží 82 kg a měří 170 cm. Mezi další onemocnění, se kterým se léčí, uvádí hypertenzi. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, 40 let učil na základní škole, nyní je již ve starobním důchodu. Žije v rodinném domě s manželkou. U informanta A se jedná o první výskyt bércevého vředu a léčba trvá již 2 roky.

Informant B: muž ve věku 57 let, váží 170 kg a měří 180 cm. Mezi další onemocnění, se kterým se léčí, uvádí hypertenzi. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Informant B se živil jako osoba samostatně výdělečně činná v oboru kynologických služeb, nyní je však v invalidním důchodu. Žije v rodinném domě s manželkou a rodinou. Informant B se léčí s bércevémi vředy opakovaně celkem 5 let.

Informant C: muž ve věku 58 let, váží 80 kg a měří 172 cm. Mezi další onemocnění, se kterými se léčí, uvádí hypertenzi a chudokrevnost. Studoval na středním odborném učilišti, které zakončil zkouškou s výučním listem v oboru krejčovství, ale po studiích pracoval na stavbách. Momentálně je nezaměstnaný a žije s manželkou a rodinou v bytě. Jedná se u něj o první výskyt bércevého vředu a léčba trvá necelé 2 roky.

Informant D: žena ve věku 87 let, váží 82 kg a měří 162 cm. Mezi další onemocnění, se kterými se léčí, uvádí hypertenzi a hypotyreózu. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Informantka D pracovala ve zdravotnictví jako všeobecná sestra, nyní je již ve starobním důchodu a žije v rodinném domě s vnukem. S bércevémi vředy se léčí opakovaně po dobu 5 let.

Informant E: žena ve věku 80 let, váží 64 kg a měří 164 cm. Jako další onemocnění, se kterým se léčí, uvádí hypertenzi. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Informantka E pracovala jako ředitelka střední školy, nyní je ve starobním důchodu a žije sama v rodinném domě. S bércevémi vředy se léčí opakovaně celkem 6 let.

2.3.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v domácím prostředí všech informantů, kteří jsou klienty ve společnosti PROMEDICUS domácí péče s.r.o., Český Brod.

2.4 Průběh výzkumu

Žádost o povolení výzkumného šetření byla odeslána Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici Hradec Králové a společnosti PROMEDICUS domácí péče s.r.o., Český Brod. Povolení výzkumného šetření bylo uděleno ze společnosti PROMEDICUS domácí péče s.r.o., Český Brod od vrchní sestry Kateřiny Formánkové (příloha č. 9).

Informace k výzkumnému šetření jsem získávala v období od 1. 3. 2024 do 31. 5. 2024. Oslovila jsem všechny klienty ze společnosti PROMEDICUS domácí péče s.r.o., Český Brod, kteří se léčí s bércevémi vředy venózní etiologie. Osloveni byli v jejich domácím prostředí během návštěvy. Souhlas s poskytnutím informací pro kvalitativní výzkum mi udělilo pět informantů ze společnosti PROMEDICUS domácí péče s.r.o., Český Brod. Délka rozhovoru nebyla limitována. Rozhovor se pohyboval v délce 30–60 minut v předem domluveném termínu.

Během rozhovoru byla navozena příjemná a klidná atmosféra v domácím prostředí informantů. Všichni informanti byli během rozhovoru pozitivně laděni a spolupracovali. Rozhovory byly pro účely bakalářské práce nahrávány. Při tvorbě bakalářské práce byla respektována anonymita informantů.

2.5 Zpracování získaných dat

Data byla zpracována prostřednictvím programu MS Word 2019.

2.6 Výsledky kvalitativního výzkumu

Následující text nás seznámí se souborem otázek polostrukturovaného rozhovoru, který probíhal s pěti informanty léčícími se s bércovými vředy venózní etiologie.

2.6.1 Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Informace zahrnující základní údaje o informantech

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk? Pohlaví? Jaká je Vaše váha a výška? S jakým dalším onemocněním se léčíte? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaké je Vaše zaměstnání? Kde a s kým žijete? Jak dlouho se léčíte s bércovými vředy? Jedná se u Vás o první výskyt bércových vředů?

Informace zahrnující údaje o léčbě

Otázka č. 2: Jaké byly počáteční příznaky vzniku bércového vředu? (Po jaké době od zpozorování prvních příznaků jste kontaktoval/a lékaře? Z jakého důvodu? Jakým způsobem u Vás probíhá léčba bércového vředu? Čeho se během léčby bércových vředů obáváte? Z jakého důvodu? Jaká doporučení od lékaře dodržujete? Jaká léčebná opatření nejste schopni/a dodržovat? Z jakého důvodu nejste schopni/a dodržovat tato léčebná opatření? Jakým způsobem se zapojujete do léčby bércových vředů? Chtěl/a byste být více zapojován/a do léčby bércových vředů? Co Vám brání se více zapojovat do léčby bércových vředů? Jaké jsou nejčastější problémy související s léčbou, které Vás trápí?)

Informace zahrnující údaje o léčbě pomocí převazů bércových vředů

Otázka č. 3: Jakým způsobem u Vás probíhají převazy bércového vředu? Jste schopni/a si sám/sama provést převaz? Pokud ne, tak z jakého důvodu? Kdo u Vás zajišťuje převazy bércového vředu? Jak hodnotíte frekvenci převazů? Co Vám brání ve změně frekvence převazů? Jaké problémy se u Vás v souvislosti s převazy vyskytují? Jakým způsobem pravidelně zajišťujete převazový materiál? Kdo Vám pomáhá zajistit převazový materiál? Jak hodnotíte postup při převazech daný lékařem? Jaký je podle Vás vhodný postup při převazech? Jaké materiály jsou u Vás používány při převazu? Na co je podle Vás při převazech kladen největší důraz?)

Informace zahrnující údaje o léčbě kompresivní terapií

Otázka č. 4: Jakým způsobem u Vás probíhá kompresivní terapie? (Jak zvládáte nasazování kompresivních punčoch nebo bandáží dolních končetin? Kdo případně zajišťuje pravidelné nasazování kompresivních punčoch nebo bandáží dolních končetin? Jak často nosíte kompresivní terapii? Z jakého důvodu nenosíte pravidelně kompresivní terapii? Jaké máte problémy během kompresivní terapie? Co je příčinou těchto problémů? V čem Vás omezuje

kompresivní terapie? Jak často zajišťujete pravidelnou výměnu kompresivních punčoch nebo bandáží dolních končetin? Víte, jaké jsou možnosti kompresivní terapie? Jaký má podle Vás význam kompresivní terapie? Jak vnímáte léčbu pomocí kompresivní terapie?)

Informace o pravidelných kontrolách u lékaře

Otázka č. 5: Jak hodnotíte pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře ohledně bércového vředu? (Docházíte na pravidelné kontroly k ošetřujícímu lékaři? Pokud ne, z jakého důvodu?)

Informace o užívání medikace

Otázka č. 6: Máte problémy s pravidelným užíváním léků? (Z jakého důvodu?)

Informace o výskytu bolesti

Otázka č. 7: Jak často Vás při současné terapii trápí bolesti související s onemocněním bércovými vředy? (Při jakých situacích se bolesti objevují? V čem Vás bolest nejvíce omezuje?)

Informace zahrnující režimová opatření

Otázka č. 8: Jaká režimová opatření Vám byla lékařem doporučena při léčbě bércových vředů? (Jak hodnotíte dodržování doporučených režimových opatření? Jaké informace Vám byly podány ohledně stravování a tekutin? Jakým způsobem zvládáte tato doporučení dodržovat? Jaké informace ohledně redukce hmotnosti jste získal/a? Jakým způsobem redukuje svoji hmotnost? Jaké informace Vám byly podány ohledně škodlivosti kouření? Kouříte? Co Vám brání omezit nebo ukončit kouření? Jaké informace Vám byly podány ohledně pravidelného pohybu? Jak hodnotíte Váš pohyb? Co Vám brání se více pohybovat? Jak hodnotíte provádění cévní gymnastiky? Co Vám brání ve vykonávání cévní gymnastiky? Co má podle Vás splňovat vhodná obuv a oblečení? Jak hodnotíte svoji obuv a oblečení? Co Vám brání je udržovat v čistotě? Jakým způsobem dodržujete pravidelnou hygienu? Co Vám brání dodržovat pravidelnou hygienu? Můžete popsat, z jakého důvodu je podle Vás doporučována elevace končetin? Co Vám činí obtíže při elevaci končetin?)

Informace zahrnující údaje o dopadu terapie na kvalitu života

Otázka č. 9: V jaké oblasti léčba bércových vředů snižuje kvalitu Vašeho života? (Z jakého důvodu?)

Informace o hodnocení léčby

Otázka č. 10: Jak hodnotíte průběh léčby? (Jak Vám doposud pomohla zavedená terapie? V čem by se podle Vás mohla léčba zlepšit? V čem Vám nynější terapie nevyhovuje? Jakým způsobem jste zapojován/a do hodnocení výsledků terapie? Jak hodnotíte zvolenou terapii s ohledem k Vaším potřebám?)

Informace zahrnující údaje o edukaci

Otázka č. 11: Jak probíhala edukace ohledně průběhu léčby bércových vředů a jejich ošetřování? Jak hodnotíte průběh edukace? Jak hodnotíte Vaši informovanost ohledně onemocnění bércových vředů?

2.6.2 Polostrukturovaný rozhovor s informanty

V této části je zaznamenán polostrukturovaný rozhovor s pěti informanty. Každý okruh otázek je zakončen shrnutím, jehož výsledky budou rozvedeny v diskuzi.

Informace zahrnující údaje o léčbě

Informant A

„Nejdřív jsem měl malý defekt, tak jsem to léčil Inadinou, potom jsem se do toho praštil a začala z toho téct čistá voda. K doktorce jsem šel po 3 týdnech, protože to začalo jít do hloubky, začalo to mokvat a Inadina nepomáhala.“ Na dotaz, jakým způsobem probíhá léčba a čeho se během léčby informant obává, uvádí: *„Nejdřív jsme léčili chirurgicky varixy a teď dochází domácí péče na převaz a občas jezdím na kontrolu. Ničeho se neobávám.“* Na dotaz, jaká doporučení od lékaře dodržuje, odpovídá: *„No tak všichni říkají, že to chce klid, na druhou stranu, že je potřeba pohyb, tak si můžu asi jako vybrat. Takže to spíš řeším tím pohybem,“* uvedl informant s úsměvem. Na dotaz, jaká léčebná opatření není schopen dodržovat a z jakého důvodu, uvádí: *„To, co mi bylo doporučeno, to dodržuju.“* Rozhovor dále pokračuje dotazem, jakým způsobem se informant zapojuje do léčby, zda by chtěl být více zapojován, případně co mu brání se více zapojit do léčby bércových vředů, na což po krátkém zamyšlení odpovídá: *„No tak zapojuji se hlavně tak, že se snažím získávat informace o léčbě různě na internetu a jinak léčbu řeším s panem doktorem na kontrole. Nevím jak víc, asi ne. Nic.“* Jako nejčastější problémy související s léčbou, které informanta trápí, uvádí: *„Že to trvá tak dlouho, jinak asi nic.“*

Informant B

„Měl jsem horečky, noha byla horká a pak začala prosakovat, celkově z nohy. Lékaře jsem kontaktoval rovnou.“ Na dotaz, jakým způsobem u informanta probíhá léčba a čeho se během léčby obává, rychle odpovídá: *„Dochází ke mně domácí péče na převaz. A čeho se obávám? Asi aby se to nezhoršovalo.“* Potom jsem se zeptala, jaká léčebná opatření od lékaře dodržuje a jaká opatření naopak není schopen dodržovat. Po krátké pauze informant odpovídá: *„Měl bych podle doktora snížit váhu, ale to mi moc nejde. Dřív už jsem párkrát zhubnul, ale pak se to vždy vrátí. Asi nemůžu najít udržitelný způsob. Ted' se snažím jíst méně a zdravě. A bandážovat nohu tak, jak si představuje pan doktor, tak to taky nejde, protože se s tím nedá fungovat a žít. Omezuje mě to ve všem, hlavně v pohybu.“* Na dotaz, jakým způsobem se zapojuje do léčby a zda by chtěl být více zapojován, po chvíli přemýšlení odpovídá: *„Nevím, tak hlavně mám k dispozici převazový materiál na ošetření, který pořád zajišťuji. Ani ne.“* Na dotaz, jaké jsou nejčastější problémy související s léčbou, které informanta trápí, odpovídá: *„Vadí mi hlavně psychicky, že jsem na někom závislý a že musím udržovat nohu v suchu, což znamená zajistit převaz ve dne každý čtyři hodiny. A to mě omezuje.“*

Informant C

„Nejdřív jsem měl vyrážku a svědilo to. To byly počáteční příznaky. Po jaké době jsem kontaktoval doktorku si už ale nepamatuju, ale bylo to později, až když to začalo bolet a bylo to horší.“ Na dotaz, jakým způsobem probíhá léčba bércového vředu, odpovídá: *„Akorát tím převazem, buď doma, nebo u doktora při kontrole.“* Poté jsem se zeptala, čeho se během léčby obává, na což ihned odpovídá: *„Asi aby se to nezhoršilo.“* Na dotaz, jaká doporučení od lékaře dodržuje, se informant na chvíli zamyslel. Poté odpovídá: *„Nic mě nenapadá.“* Rozhovor dále pokračuje dotazem, jakým způsobem se informant zapojuje do léčby a zda by chtěl být více zapojován.

Informant chvíli přemýšlí a poté odpovídá: „Nevím, ale než přijedou sestřičky, tak si převaz sundám a nohu osprchuji. Asi ne.“ Na dotaz, jaké jsou nejčastější problémy související s léčbou, které ho trápí, odpovídá: „Že je léčba pomalá, trvá to dlouho, než se to trochu zlepší.“

Informant D

„Vypadalo to jako malý štípanec, který svěděl. Po pár letech se to zhoršovalo, udělaly se drobné ranky, které mokvaly. K doktorce jsem šla, až když to mokvalo, asi za dva roky. Dřív by to nemělo smysl, měla jsem doma nějaké mastičky.“ Na dotaz, jakým způsobem probíhá léčba bércevého vředu a čeho se během léčby nejvíce obává, informantka s ustaraným výrazem odpovídá: „Děláme pravidelně převazy, někdy sestřičky a někdy já. Bojím se toho, že se to nezahojí.“ Na dotaz, jaká doporučení od lékaře dodržuje, odpovídá: „Dodržujeme postup těch převazů a chodím na kontroly. Jinak mě teď nic nenapadá.“ Na dotaz, jakým způsobem se zapojuje do léčby a zda by chtěla být více zapojována, chvíli přemýšlí. Poté odpovídá: „Zapojuju se tak, že si občas dělám převaz nebo bandáže, a jinak před převazem si nohu vždy osprchuju a namažu okolí, než přijedou sestřičky. Nevím, jak více, asi ne.“ Jako nejčastější problémy související s léčbou, které informantku trápí, ihned uvádí: „Že se to neléčí, že je to už dost dlouho, a to mě už psychicky ničí.“

Informant E

„Nejdříve to páliło a pak se tam udělal puchýř. Šla jsem hned, aby se to nehoršilo.“ Na dotaz, jakým způsobem probíhá léčba a čeho se během léčby informantka obává, uvádí: „Léčba probíhá dlouhodobě, a to tak, že se dělají převazy a bandáž. Bojím se toho, aby se to zase nezhoršilo.“ Na dotaz, jaká doporučení od lékaře dodržuje, odpovídá: „Dodržuji pravidelné kontroly. Nedostala jsem jiná doporučení.“ Na dotaz, jaká léčebná opatření není schopna dodržovat a z jakého důvodu, uvádí: „Nic takového si teď nevybavuji.“ Rozhovor dále pokračuje dotazem, jakým způsobem se informantka zapojuje do léčby, zda by chtěla být více zapojována, případně co jí brání se více zapojit do léčby bércevé vředy, na což po chvíli odpovídá: „Zapojuju se tak, že s dcerou zajišťujeme materiál, a to je vše. Nic mě nenapadá. Ne.“ Na dotaz, jaké jsou nejčastější problémy související s léčbou, které ji trápí, uvádí: „Trápí mě, že je léčba dlouhodobá a že jsem omezená v pohybu. A hlavně mě to pálí při té léčbě a bolí.“

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že tři informanti z pěti (60 %) uvádí jako počáteční příznak sekreci. Dále z těchto tří informantů jeden (33 %) uvádí jako počáteční příznak malý defekt, druhý (33 %) uvádí jako počáteční příznak horečku a horkou končetinu. Třetí informant (33 %) z těchto tří dále udává jako počáteční příznak štípanec, svědění a později drobné ranky. Jeden z pěti informantů (20 %) jmenuje jako prvotní příznak pálení a puchýř. Jeden z pěti informantů (20 %) zmiňuje jako prvotní příznak vyrážku a svědění, přičemž svědění se projevuje celkem u dvou informantů z pěti (40 %).

Dále z výzkumu vyplývá, že pouze dva informanti z pěti (40 %) kontaktovali lékaře ihned po upozorování prvotních příznaků. Zbývají tři informanti (60 %) lékaře kontaktovali z důvodu zhoršení stavu, přičemž jeden z těchto tří informantů (33 %) uvádí dobu tři týdny, druhý (33 %) si dobu nepamatuje a poslední informant (33 %) uvádí dva roky.

U všech pěti informantů z pěti (100 %) léčba probíhá pomocí převazů, přičemž u jednoho z pěti informantů (20 %) probíhala léčba prvotně chirurgicky. Jeden z pěti informantů (20 %) uvádí, že

se během léčby bércových vředů ničeho neobává, naopak další tři (60 %) uvádějí obavu ze zhoršení bércových vředů. Jeden z pěti informantů (20 %) se obává, zda se bércové vředy vůbec zahojí.

Jeden informant (20 %) uvádí pravidelný pohyb jako doporučení, které dodržuje. Jeden z pěti informantů (20 %) se snaží jíst méně a zdravěji na doporučení od lékaře, které se snaží dodržovat. Jeden informant (20 %) dodržuje na doporučení lékaře postup převazů. Dva informanti z pěti (40 %) žádné doporučení neuvádí.

Jeden informant z pěti (20 %) přiznává, že není schopen trvalé redukce hmotnosti, protože nemůže najít udržitelný způsob hubnutí. Jeden z pěti informantů (20 %) uvádí také bandáž jako léčebné opatření, které není schopen dodržovat. Jako důvod jmenuje především omezení v pohybu, jež mu bandáž způsobuje. Čtyři z pěti informantů (80 %) neuvádějí žádná léčebná opatření, která by nebyli schopni dodržovat.

Dva informanti (40 %) popisují své zapojení do léčby tak, že zajišťují převazový materiál. Jeden z pěti informantů (20 %) si vyhledává informace a konzultuje stav s lékařem, což uvádí jako způsob, kterým se zapojuje do léčby. Jeden informant z pěti (20 %) se na léčbě podílí tak, že pečuje o okolní pokožku a občas si provádí samostatně převaz. Dva informanti z pěti (40 %) před převazem sprchují končetinu. Z výzkumu vyplývá, že žádný z informantů (0 %) se nechce více zapojovat do léčby. Dva informanti z pěti (40 %) nevědí, jak by se mohli více zapojovat.

Čtyři informanti z pěti (80 %) uvádějí jako nejčastější problém celkovou dobu léčby, která se jim zdá příliš dlouhá. Jeden informant (20 %) uvádí jako problém závislost na druhé osobě a vysokou četnost převazů. Psychické problémy uvedli dva informanti z pěti dotazovaných (40 %). Jeden z pěti informantů (20 %) dále udává omezený pohyb, pálení a bolest. Jeden z informantů (20 %) uvádí neměnný stav bez známky zlepšení jako problém spojený s léčbou.

Informace zahrnující údaje o léčbě pomocí převazů bércových vředů

Informant A

„Převazy probíhají v pohodě, protože pan doktor na kožním něco předepíše, dodá zprávu, sestřička přijede a podle toho postupujeme. Určitě převaz zvládnou provést i sám, i když ne tak odborně.“ Dále jsem se zeptala na hodnocení frekvence převazů a zda informantovi něco brání ve změně. Odpověděl: *„Původně to bylo každý den, teď už to je obden. Asi nic, frekvence mi vyhovuje,“* dodává se spokojeným výrazem. Následoval dotaz, jaké problémy se v souvislosti s převazem u informanta vyskytují. Odpověděl: *„Netrápí mě nic.“* Pokračovala jsem pokládáním otázek. Jakým způsobem pravidelně zajišťujete převazový materiál? Kdo Vám pomáhá zajistit převazový materiál? Informant odpovídá: *„Něco mám, něco si koupím, když jdu do lékárny, něco napíše pan doktor na kožním, něco máte vy (pozn. z domácí péče), tak to dáváme nějak dohromady.“* Jak hodnotíte postup při převazech daný lékařem? *„Dobře.“* Na dotaz, jaký je vhodný postup při převazech, jaké materiály jsou u informanta používané při převazu a na co je při převazech kladen největší důraz, odpovídá se zamyšleným pohledem: *„Tak elastický obinadlo, tím se to stahuje, potom takový ty modrý polštáře, klasický fáče a chloramfenikolová pasta. V každém případě, aby se to vyměnilo, protože to prosakuje, a postup, aby se to nejdřív osprchovalo, aby to bylo čistý.“*

Informant B

„Na převazy sem jezdíte vy (pozn. domácí péče), jinak převazy dělá přes den moje manželka, já bych na nohu pořádně neviděl.“ Na dotaz, jak hodnotí frekvenci převazů, odpovídá: *„Klidně bych chtěl i dvakrát denně, ale nevím, jak by se nám podařilo se domluvit na čase, protože mám různé povinnosti přes den.“* Na dotaz, jaké problémy se v souvislosti s převazy vyskytují, posmutněle odpovídá: *„Při výměně převazu mám takovou jinou bolest, hlavně proto, že se to na ránu přilepí. A jinak přípravky, ve kterých je jód, zpočátku pálí, pak se to uklidní.“* Pokračovala jsem pokládáním otázek. Jakým způsobem pravidelně zajišťujete převazový materiál? Kdo Vám pomáhá zajistit převazový materiál? Informant odpovídá: *„Objednávám na internetu, to zvládám sám, akorát je to drahý.“* Na dotaz, jak hodnotí postup při převazech daný lékařem, odpovídá: *„Asi mi vyhovuje.“* Na otázku, jaký je vhodný postup při převazech, informant odpovídá: *„Nevím.“* Na dotaz, jaké materiály se používají při převazu a na co je při převazech kladen největší důraz, odpovídá po krátkém zamyšlení: *„Používáme Hyiodine gel. Nevím.“*

Informant C

„Převazy se dělají každý den, když přijedou sestřičky. Sami to neděláme, chceme, aby to dělaly sestřičky, protože vědí, co mají dělat. My to nechceme dělat, abychom to nezhoršili.“ Potom jsem se zeptala na hodnocení frekvence převazů, na což informant odpověděl: *„Dobře, takhle nám to vyhovuje.“* Následoval dotaz, jaké problémy se v souvislosti s převazy u informanta vyskytují. Odpověděl: *„Žádné, jenom musíme pořád kontrolovat, kolik máme mastí.“* Na dotaz, jakým způsobem pravidelně zajišťuje převazový materiál, rychle odpovídá: *„Tak my zajišťujeme jenom masti, že zavoláme doktorovi. A manželka to pak vyzvedne v lékárně. Zbytek materiálu mají sestřičky.“* Na dotaz, jak hodnotí postup při převazech daný lékařem, odpovídá: *„Dobře.“* Na následující otázky, kdy jsem se postupně ptala na to, jaký je vhodný postup při převazech, jaké materiály jsou u informanta používané při převazu a na co je při něm kladen největší důraz, odpovídá: *„Nevím.“*

Informant D

„Převazy mi dělají sestřičky u mě doma obden, mezitím si dělám převaz sama.“ Na dotaz, jak hodnotí frekvenci převazů, odpovídá: *„Dobře. Mně to vyhovuje takhle obden.“* Na dotaz, jaké problémy se v souvislosti s převazy vyskytují, ihned odpovídá: *„No, bolí to.“* Zeptala jsem se, jakým způsobem informantka pravidelně zajišťuje převazový materiál, na což odpověděla: *„Občas mi něco napíše paní doktorka, a jinak to kupují moje dcery.“* Na dotaz, jak hodnotí postup při převazech daný lékařem, odpovídá: *„Dobře, lepší se to.“* Na otázku, jaký je vhodný postup při převazech, odpovídá: *„Tak u postupu je důležité, aby byla rána čistá, osprchovaná před převazem.“* Na dotaz, jaké materiály jsou u informantky používané při převazu a na co je při převazech kladen největší důraz, odpovídá: *„Používáme krytí s mořskou řasou. Důraz asi ohledně pravidelnosti.“*

Informant E

Na dotaz, jakým způsobem probíhají převazy bércového vředu, informantka odpovídá: *„Většinou mi napíšete zprávu, v kolik přijedete, tak jdu odemknout a potom si osprchuju nohu. Lehnu si na postel a tady to převážeme.“* Na otázku, zda je schopna si sama provést převaz, případně z jakého důvodu ne, odpovídá: *„Sama nejsem schopná, protože se pořádně neohnu. Proto dělají převaz sestřičky.“* Na dotaz, jak hodnotí frekvenci převazů, odpovídá: *„Vyhovuje mi.“*

Na dotaz, jaké problémy se v souvislosti s převazy vyskytují, odpovídá: „*Bolí to, občas to pálí ten postřík nebo oplach, jak se dělá, ale do půl hodiny to přestane.*“ Zeptala jsem se, jakým způsobem informantka pravidelně zajišťuje převazový materiál, na což odpověděla: „*Jednak sestřičky mají, a jednak dcera kupuje.*“ Na dotaz, jak hodnotí postup při převazech daný lékařem, s úsměvem odpovídá: „*V současné době jsem spokojená, ale dřív to byl pokus omyl.*“ Na otázku, jaký je vhodný postup při převazech, odpovídá: „*Postup je ten, že se nejdřív noha osprchuje a až potom udělají sestřičky převaz.*“ Na dotaz, jaké materiály jsou u informantky používané při převazu a na co je při převazech kladen největší důraz, odpovídá: „*Používáme dezinfekci, gel a krytí. A až na konec bandáž. Důraz je kladen na to, aby to moc neškrtilo a bylo to v čistotě.*“

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že u všech pěti informantů (100 %) zajišťují převaz bérceových vředů všeobecné sestry z domácí péče. Jeden informant (20 %) uvádí, že přes den provádí dále převaz i jeho manželka. Jeden informant z pěti (20 %) si převaz obden zajišťuje sám.

Z výzkumného šetření vyplývá, že dva informanti z pěti (40 %) jsou schopni si provést sami převaz. Tři informanti (60 %) si sami provést převaz nedokážou, přičemž jeden z nich (33 %) má obavu z možného zhoršení a dva z těchto tří informantů (66 %) uvádí sníženou mobilitu.

Čtyři informanti z pěti (80 %) uvádí, že jsou spokojeni s frekvencí převazů. Jeden informant z pěti (20 %) by uvítal vyšší frekvenci převazů, ale vzhledem k časové vytíženosti by pro něj bylo obtížné se časově přizpůsobit.

Výzkumné šetření ukazuje, že u dvou informantů z pěti (40 %) se nevyskytují žádné problémy v souvislosti s převazy bérceových vředů. Tři informanti z pěti (60 %) pociťují při převazu bolest. Dva informanti (40 %) cítí kromě bolesti také pálení.

Z výzkumného šetření vyplývá, že třem informantům z pěti (60 %) pomáhají rodinní příslušníci se zajištěním převazového materiálu. Dva informanti z pěti (20 %) uvádí, že si převazový materiál zajišťují sami. Všichni informanti (100 %) hodnotí postup při převazech daný lékařem kladně.

Dva informanti z pěti (40 %) uvádí, že nevědí, jaký je vhodný postup při převazech. Tři informanti z pěti (60 %) uvádí, že před převazem je vhodné končetinu osprchovat.

Z výzkumného šetření vyplývá, že čtyři informanti z pěti (80 %) dokázali popsat používané materiály při převazu. Jeden informant (20 %) o těchto materiálech nemá přehled.

Z výzkumného šetření vychází najevo, že dva informanti z pěti (40 %) kladou důraz na pravidelnost převazu, jeden (20 %) na čistotu a přiměřenou těsnost obvazového materiálu. Dva informanti z pěti (40 %) na otázku neodpověděli.

Informace zahrnující údaje o léčbě kompresivní terapií

Informant A

„*Probíhá to tak, že používám bandáž pod koleno. Nasazování nechávám na Vás, na sestřičkách z domácí péče. Sám to převazuju, maximálně když je to hodně promočený.*“ Na dotaz, jak často nosí kompresivní bandáž, odpovídá v rychlosti: „*Pořád. Každý den a večer to sundám.*“ Poté zjišťuji, jaké má informant problémy během kompresivní terapie a zda jej v něčem omezuje. Odpovídá: „*Když jsem měl punčochy, tak to šíleně škrtilo. Jinak teď, když mám bandáž, tak nemám problémy, jenom v létě mi je horko, ale nijak mě neomezuje.*“ Na dotaz, jak často zajišťuje

pravidelnou výměnu kompresivních bandáží, odpovídá: „*Než se bandáž vytáhá, většinou vydrží tak měsíc, někdy dva a měníme ji každý den.*“ Na dotaz, jaké jsou možnosti kompresivní terapie a jaký má dle informanta význam, po chvíli přemýšlení odpovídá: „*Já nevím, myslím, aby se to nějak stáhlo, ale zase si myslím, že ta bandáž nějak zamezuje tomu prokrvení, takže nevím. Tomu nerozumím, no. A možnosti – buď bandáž, nebo punčochy.*“ V poslední části rozhovoru zaměřené na kompresivní terapii se informanta ptám, jak vnímá léčbu pomocí bandáží. Odpovídá: „*Asi dobře, já jsem vzorný pacient.*“

Informant B

„*Probíhá to tak, že ráno přijedou sestřičky a po převazu mi bandážují nohu, ale většinou jen od kotníku pod koleno, abych mohl přes den fungovat, takže ne až nahoru. A večer to sundáme. Sám bych to nezládl, úplně se neohnu.*“ Na dotaz, jak často nosí informant bandáž, odpovídá: „*Každý den.*“ Na dotaz, jaké se vyskytují problémy během kompresivní terapie a co je jejich příčinou, odpovídá: „*Tak u kompresivních punčoch mám problém ten, že nevím, jak by reálně šlo je nasadit. A jinak mám potíž, když je noha prosáklá, že se musím vyhybat slunci, protože to jinak pálí a štípe ta bandáž. A když se moc utáhne, tak to bolí.*“ Na dotaz, v čem informanta omezuje kompresivní terapie, odpovídá: „*Hlavně v pohybu.*“ Poté jsem se zeptala, jak často informant zajišťuje výměnu bandáží a zda ví, jaké jsou i jiné možnosti kompresivní terapie. Po chvíli odpovídá: „*Tak jedna bandáž vydrží zhruba na čtyři převazy, takže průměrně mám tak jednu novou bandáž denně. A u každého převazu používáme vypranou, čistou. A jsou buďto punčochy, nebo bandáž.*“ Na otázku, jaký má význam kompresivní terapie, informant odpovídá: „*Myslím si, že to pomáhá cévnímu systému.*“ Na dotaz, jak léčbu pomocí kompresivní terapie vnímá, odpovídá: „*Když se utáhne tak akorát, tak myslím, že je prospěšná.*“

Informant C

„*Mám bandáž na noze většinou od rána, ale záleží podle toho, v kolik přijedou sestřičky. Já to pak sundávám před spaním.*“ Na dotaz, zda informant zvládá nasazování bandáží nebo kompresivních punčoch, odpovídá: „*Já to nedělám, protože ani nevím jak. Jezdí sem sestřičky a po převazu to bandážují.*“ Na dotaz, jak často nosí informant bandáž, odpovídá: „*No každý den.*“ Na dotaz, jaké se vyskytují problémy během kompresivní terapie a co je jejich příčinou, odpovídá: „*Nemám s tím žádný problém.*“ Na dotaz, v čem informanta omezuje kompresivní terapie, odpovídá: „*Nijak mě to neomezuje.*“ Následoval dotaz, jak často informant zajišťuje výměnu bandáží, na což odpovídá: „*Tak já to nijak neměním, jedině když mi pan doktor předepíše novou.*“ Zeptala jsem se, zda informant ví, jaké jsou i jiné možnosti kompresivní terapie. Informant chvíli přemýšlí a poté odpovídá: „*Nevím.*“ Na otázku, jaký má význam kompresivní terapie, odpovídá: „*Nevím.*“ Na dotaz, jak vnímá léčbu pomocí kompresivní terapie, odpovídá: „*Asi dobře, protože zmizel ten otok na noze.*“

Informant D

Na otázku, jakým způsobem u informanta probíhá kompresivní terapie, odpovídá: „*No, používám teď bandáž asi dva měsíce, dřív jsem ji odmítala. Ano, před spaním ji sundám.*“ Poté jsem se zeptala, zda informantka zvládá nasazení bandáží sama, nebo zda jí případně někdo pomáhá, na což odpověděla: „*Bandáž si zvládám udělat i sama. Nebo mi ji nasazují někdy sestřičky.*“ Na otázku, jak často bandáž používá a proč ji dříve odmítala, odpověděla: „*Teď ji nosím každý den. Dřív jsem ji nenosila kvůli pohodlnosti a taky jsem si myslela, že když budu nohu větrat, tak to bude lepší.*“ Pokračovala jsem otázkou, jaké má informantka problémy během

kompresivní terapie a co je jejich příčinou. Odpovídá: „*Když mi oteče noha, tak to bolí, ale jinak asi žádné.*“ Na dotaz, v čem informantku omezuje kompresivní terapie, odpovídá: „*Když mě neškrť, tak v ničem.*“ Na otázku, jak často zajišťuje výměnu bandáží, po chvilce přemýšlení odpovídá: „*Jednou měsíčně měním bandáž za novou, jinak je peru každý den.*“ Na otázku, zda ví, jaké jsou možnosti kompresivní terapie, odpovídá: „*Slyšela jsem i o punčochách, ale nezkoušela jsem je.*“ Na otázku, jaká má kompresivní terapie význam, odpovídá: „*Aby se stáhla končetina.*“ Na otázku, jak vnímá léčbu pomocí kompresivní terapie, odpovídá: „*Dobře. Vím, že je to potřeba, a pomáhá to.*“

Informant E

Na otázku, jakým způsobem u informantky probíhá kompresivní terapie, odpovídá: „*Vždycky po převazu se nohy zabandážují a já si to sundám večer. Bandáž dělají sestřičky.*“ Poté jsem se zeptala, zda informantka zvládá nasazení bandáží i sama, na což odpověděla: „*Sama to nezvládám, protože se neohnu. Nasazování bandáží zajišťují sestřičky.*“ Na otázku, jak často používá bandáž, informantka odpověděla: „*Každý den.*“ Na dotaz, jaké má problémy během kompresivní terapie a zda ji v něčem omezuje, odpovídá: „*Žádné, v ničem mě to neomezuje.*“ Na otázku, jak často zajišťuje výměnu bandáží, odpovídá: „*Vyměňuji je každý den a používám je i několik měsíců.*“ Na otázku, zda ví, jaké jsou možnosti kompresivní terapie, odpovídá: „*Mám ještě punčochy, ale neohnu se, abych si je nasadila.*“ Na otázku, jaká má kompresivní terapie význam, po krátkém zamyšlení odpovídá: „*Kvůli zlepšení prokrvení.*“ Na otázku, jak vnímá léčbu pomocí kompresivní terapie, odpovídá: „*Vyhovuje mi, protože jak se mi noha stáhne, tak je to pohodlnější, méně to bolí.*“

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že u všech pěti informantů z pěti (100 %) probíhá kompresivní terapie pomocí kompresivních bandáží, které si na noc sundávají. Jeden informant z pěti (20 %) popisuje začátek kompresivní bandáže až od kotníku.

Dva informanti (40 %) si zvládají provést bandáž i samostatně. Tři informanti z pěti (60 %) naopak aplikaci bandáží nedokáží, přičemž jako důvod uvedli nedostatečnou mobilitu či neznalost provedení. Čtyři informanti z pěti (80 %) uvádí, že provedení bandáže zajišťuje domácí péče. Jedna informantka (20 %) si bandáž aplikuje převážně sama, někdy s pomocí všeobecných sester. Dále bylo zjištěno, že všichni informanti (100 %) nosí kompresivní bandáž každý den.

Dva informanti z pěti (40 %) nepociťují žádné problémy během kompresivní terapie. Jeden z pěti informantů (20 %) udává, že je mu v létě horko při nošení kompresivní bandáže. Dva informanti (40 %) zmiňují během této terapie občas bolest. Jeden informant z pěti (20 %) dále uvádí pálení a štípání. Čtyři informanti z pěti (80 %) se shodují na tom, že je kompresivní terapie v ničem neomezuje. Jeden z pěti (20 %) uvádí omezení pohybu.

Jeden informant z pěti (20 %) uvádí průměrně jednu novou bandáž denně. Další informant si sám výměnu kompresivních bandáží nezajišťuje, jedine po předepsání lékařem. Jeden informant (20 %) kompresivní bandáž používá několik měsíců, než dojde k výměně za novou. Dva informanti z pěti (40 %) kompresivní bandáž pravidelně vyměňují přibližně jednou za měsíc.

Jako další možnosti kompresivní terapie uvádí čtyři informanti (80 %) kompresivní punčochy. Pouze jeden z pěti informantů (20 %) nezná jiné možnosti kompresivní terapie kromě kompresivních bandáží.

Dva informanti z pěti (40 %) vidí význam kompresivní terapie ve zlepšení funkce cévního systému. Tři informanti (60 %) nedokázali význam této terapie vysvětlit. Všechny pět informantů z pěti (100 %) vnímá léčbu pomocí kompresivní terapie jako prospěšnou a hodnotí ji kladně.

Informace o pravidelných kontrolách u lékaře

Informant A

„V pohodě, probíhá to normálně. Dobrý je, že přijímá pacienty na čas. Ano, chodím pravidelně.“

Informant B

„Průměrně. Pravidelně spíše ne, na kontroly jsem chodil občas. Omezuje mě totiž pohyb, tak jdu na kontrolu většinou jen při obtížích.“

Informant C

Na otázku, jak informant hodnotí pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře ohledně bércevého vředu a zda dochází na pravidelné kontroly, rychle odpovídá: *„Dobře. Ano, chodím pravidelně.“*

Informant D

Na otázku, jak informantka hodnotí pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře ohledně bércevého vředu a zda dochází na pravidelné kontroly, po krátkém zaváhání odpovídá: *„Pravidelně nechodím. Je pro mě náročný se tam dostat, někdo si musí vzít volno, a navíc musím mít vozík, jinak tam nedojdu. Kontroly hodnotím dobře, paní doktorka se snaží, všechno mi vysvětlí.“*

Informant E

Na otázku, jak informantka hodnotí pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře ohledně bércevého vředu a zda dochází na pravidelné kontroly, odpovídá: *„Ano docházím, ale je to náročné, protože když mě nemůže odvézt vnuk, tak musím jet sanitou, a to je na dlouho. Se samotnou kontrolou jsem jinak celkem spokojená.“*

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že čtyři informanti z pěti (80 %) hodnotí pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře kladně, jeden (20 %) průměrně. Na pravidelné kontroly k ošetřujícímu lékaři dochází pouze tři informanti z pěti (60 %). Z výzkumného šetření je zřejmé, že důvodem, proč dva informanti z pěti (40 %) nedocházejí na pravidelné kontroly, je jejich omezený pohyb. Jeden z informantů (20 %) uvádí jako důvod nepravidelných kontrol závislost na druhé osobě.

Informace o užívání medikace

Informant A

„Nemám problémy.“

Informant B

„Ne. Jediná potíž je, když něco v lékárně nemají.“

Informant C

Na otázku, zda má informant problémy s pravidelným užíváním léků a z jakého důvodu, odpovídá: *„Občas, protože si nepamatuju, co si mám kdy vzít. Tak mi to připravuje manželka ráno.“*

Informant D

„Nemám problémy.“

Informant E

„Nemám, mám svůj rozpis a užívám je sama pravidelně.“

Souhrn

Jeden informant z pěti (20 %) udává občasné problémy s pravidelným užíváním léků, protože zapomíná, které léky si má kdy vzít. Čtyři informanti z pěti (80 %) užívají medikaci bez obtíží.

Informace o výskytu bolesti

Informant A

„Občas to bolí, párkrát v týdnu, hlavně v noci, když jsem v klidu, ale nijak mě to neomezuje, většinou za chvíli usnu.“

Informant B

„Tak zhruba denně při převazu nebo krátce po. A objevuje se taky, když změním polohu a nejsem vleže.“ Na dotaz, v čem jej bolest nejvíce omezuje, odpovídá: *„Asi v ničem.“*

Informant C

Na dotaz, jak často informanta při současné terapii trápí bolesti v souvislosti s onemocněním bércových vředů, odpovídá: *„Každý den se bolest vyskytuje“*. Poté jsem se zeptala, při jakých situacích se bolesti objevují a v čem jej bolest omezuje. Informant chvilku přemýšlí a poté odpovídá: *„Většinou večer, nebo když jsem v klidu. Když chodím, tak spíš ne. V tom, že to trvá, než usnu přes tu bolest.“*

Informant D

Na dotaz, jak často informantku při současné terapii trápí bolesti v souvislosti s onemocněním bércovými vředy, odpovídá: *„Asi každý den.“* Po chvilce dodává: *„A hlavně v noci nebo i přes den, když toho hodně nachodím.“* Na dotaz, v čem ji bolest nejvíce omezuje, odpovídá: *„Tak občas mě to v noci vzbudí nebo nemůžu usnout, tak si vezmu prášek.“*

Informant E

Na dotaz, jak často informantku při současné terapii trápí bolesti v souvislosti s onemocněním bércovými vředy, odpověděla: *„Prakticky každý den navečer to začne pálit, tak si беру prášek.“* Poté jsem se zeptala, při jakých situacích se bolesti objevují a v čem ji bolest omezuje. Informantka odpovídá: *„Hlavně když si večer lehnu. Omezuje mě to v tom, že si musím brát léky, jinak to nepřestane pálit.“*

Souhrn

Každodenní výskyt bolesti v souvislosti s onemocněním bércových vředů uvádí čtyři informanti z pěti (80 %). Jeden informant (20 %) popisuje výskyt bolesti několikrát týdně.

Čtyři informanti (80 %) uvádí výskyt bolesti především večer, když si lehnou. Jeden informant (20 %) uvádí výskyt bolesti i přes den po delší chůzi. Jeden informant (20 %) uvádí také výskyt bolesti přes den, pokud je v nečinnosti. Jeden informant z pěti (20 %) pociťuje bolest během

převazu nebo krátce po převazu, jeden informant (20 %) uvádí výskyt bolesti při svěšení končetiny.

Dva informanty z pěti (40 %) omezuje bolest ve spánku, další dva neuvádí žádný pocit omezení. Jedna informantka (20 %) považuje za omezení nutnost užívat analgetika.

Informace zahrnující režimová opatření

Informant A

„Asi žádná.“ Na dotaz, jaké informace ohledně stravy a tekutin byly informantovi podány, odpovídá: „Žádné.“ Na dotaz, jaké informace ohledně redukce hmotnosti získal, případně jakým způsobem redukuje svoji hmotnost, odpovídá s úsměvem: „Žádné. Myslím, že váhu mám dobrou, takže nijak.“ Dále zjišťuji, jaké informace byly informantovi podány ohledně kouření, na což odpověděl: „Žádné, ale vím, že to je škodlivé. Ano, nic mi nebrání, ale jsem už takhle zvyklý.“ Na dotaz, jaké informace mu byly podány ohledně pravidelného pohybu a jak hodnotí svůj pohyb, odpovídá: „Různé, někdo říká, ať jsem spíše v klidu, někdo, že se mám pohybovat. Myslím, že mám pohybu dost, nemám problémy s pohybem.“ Poté se ptám na informace ohledně cévní gymnastiky. „Žádnou nedělám, nikdo nic neříkal, tak ani nevím, jak bych to dělal.“ Na dotaz, co má dle informanta splňovat vhodná obuv a oblečení a jak by ohodnotil svou obuv a oblečení, odpovídá: „Tak obuv, aby byla volnější, protože pak večer oteče noha. Dobře, bot mám zásobu a nejradši mám pantofle. A u oblečení si vůbec neumím představit, jestli existuje nějaké speciální. Ale já nosím klasicky čisté a volné. Nic.“ Na dotaz ohledně pravidelné hygieny se informant usměje a odpovídá: „Tak pravidelně se koupu, nohu si před převazem sprchuju. Myslím, že dodržuju hygienu někdy až moc. Nic mi nebrání.“ Dále zjišťuji, jaký je dle informanta smysl elevace končetin a co mu při ní činí obtíže. Odpovídá: „Já nevím, asi aby se to odkrvilo. Nemám s tím obtíže, je to docela příjemný.“

Informant B

„Teď mě žádné nenapadají.“ Zeptala jsem se, jaké informace ohledně stravování a tekutin získal a jak zvládá tato doporučení dodržovat. Po chvíli uvádí: „Žádné konkrétní informace mi nebyly podány. Jen abych jedl zdravěji, což se snažím.“ Na dotaz, jaké informace ohledně redukce hmotnosti získal a jakým způsobem redukuje svoji hmotnost, odpověděl: „Že mám zhubnout, tak se snažím jíst méně a zdravěji. Jde to trochu dolů, ale hodně pomalu.“ Dále zjišťuji informace ohledně kouření, na což informant odpověděl: „Vím, že kouření škodí. Nekouřím.“ Na dotaz, jaké informace mu byly sděleny ohledně pravidelného pohybu a jak hodnotí svůj pohyb, odpovídá: „Žádné konkrétní informace jsem ohledně pohybu nedostal. Jinak se pravidelně pohybuji, ale asi málo. Byl jsem zvyklý se víc hýbat.“ Na dotaz, co informantovi brání se více pohybovat, se smutným výrazem odpověděl: „Omezuje mě potíže s botami, protože mě tlačí a občas mě bolí i nárt, takže používám spíše pantofle, ale občas mě i ty pantofle tlačí.“ Na dotaz ohledně provádění cévní gymnastiky odpovídá: „Neznám žádné cviky.“ A jak vidí vhodnou obuv? „Neměla by tlačit. Pantofle mi většinou vyhovují, ale najít jinou, dostatečně širokou obuv není jednoduchý.“ Poté jsem se zeptala, jaké oblečení je vhodné při onemocnění bérce vředy používat, jak hodnotí své oblečení a zda má potíže je udržovat v čistotě. Na to odpověděl: „Aby netlačilo a bylo volné. Moje oblečení to splňuje, případně ho občas ustříhnu a v čistotě je udržuju. S tím problém nemám.“ Na otázku ohledně hygieny odpovídá: „Nic mi nebrání, každý den se sprchuju.“ Rozhovor dále směřuje k elevaci končetin. Na dotaz, v čem je podle informanta smysl

v elevaci končetin a co mu při tom činí obtíže, odpovídá: „*Pomůže to oběhu těch končetin. Obtíže mi činí nadváha, tak není tak jednoduché zvednout nohu, ale občas to dělám.*“

Informant C

Na otázku, jaká režimová opatření byla informantovi doporučena při léčbě bércových vředů, po krátkém zamyšlení odpovídá: „*Nevím o žádných.*“ Na dotaz, jaké informace ohledně stravy a tekutin získal, odpovídá: „*Žádné.*“ Na otázku, jaké informace ohledně redukce hmotnosti získal a jakým způsobem redukuje svoji hmotnost, odpověděl: „*Žádné, asi nijak, ale poslední dobou jsem hodně zhubnul.*“ Informant během rozhovoru pozorně poslouchá a snaží se spolupracovat. Zeptala jsem se, jaké informace mu byly podány ohledně škodlivosti kouření a zda je kuřákem, na což razantně odpověděl: „*Že to škodí hojení. Ano jsem. Skončit kouřit ale nechci.*“ Na dotaz, jaké informace mu byly sděleny o nutnosti pravidelného pohybu a jak hodnotí svůj pohyb, odpovídá: „*Nevím o žádných. Pohybuju se spíš doma, jinak ne. Kdybych to měl zhodnotit, tak asi méně než dřív. Bojím se, že se mi zamotá hlava a spadnu.*“ Na dotaz ohledně provádění cévní gymnastiky odpovídá: „*Neznám cévní gymnastiku.*“ Rozhovor dále směřuje k obuvi. Zeptala jsem se, co má dle informanta splňovat vhodná obuv a jak by svoji obuv ohodnotil. Na otázku odpovídá: „*Já mám bačkory, a nevím.*“ Zeptala jsem se, jaké oblečení je vhodné při onemocnění bércovými vředy, jak hodnotí své oblečení a zda má obtíže je udržovat v čistotě, na což odpověděl: „*Nevím, ale svoje oblečení hodnotím dobře, netlačí mě a pravidelně pereme. V čistotě je udržujeme bez problému.*“ Na otázku ohledně hygieny odpovídá: „*Sprchuju se každý den.*“ Dále zjišťuji, jaký je podle informanta smysl v elevaci končetin a co mu při ní činí obtíže. Odpovídá: „*To nevím, ale obtíže mi to nedělá. Když si během dne vzpomenu, tak je dám nahoru.*“

Informant D

Na dotaz, jaké informace ohledně stravy a tekutin byly informantce podány, rychle odpovídá: „*Hodně pít a to dodržuju.*“ Na dotaz, jaké informace ohledně redukce hmotnosti získala, případně jakým způsobem redukuje svoji hmotnost, odpovídá: „*Paní doktorka mi doporučila zhubnout, což se mi teď povedlo, když jsem byla v nemocnici. A doma se snažím nepřejídat.*“ Dále zjišťuji, jaké informace byly informantce podány ohledně kouření a zda je kuřák, na což odpověděla: „*Že je to škodlivé, to vím. Kouřila jsem kdysi, nyní už ne.*“ Na dotaz, jaké informace jí byly podány ohledně pravidelného pohybu a jak hodnotí svůj pohyb, odpovídá: „*Že se mám snažit hýbat. Můj pohyb je omezený, jednak kvůli kolenům, artróze, a i ta bandáž mě trochu omezuje.*“ Poté se ptám na cévní gymnastiku. „*Neslyšela jsem o cévní gymnastice.*“ Na dotaz, co má dle informantky splňovat vhodná obuv a oblečení a jak by ohodnotila svou obuv a oblečení, odpovídá: „*Mám volnou obuv, aby mě netlačila. Volné. Moje oblečení je čisté a volné, protože nemám ráda, když mě něco tlačí.*“ Na dotaz ohledně pravidelné hygieny odpovídá: „*Hygienu zvládám bez problému, zvládám se pravidelně sprchovat.*“ Dále zjišťuji, jaký je dle informantky smysl v elevaci končetin a co jí při ní činí obtíže. Po zamyšlení odpovídá: „*Aby se zlepšila průchodnost. Nic, snažím se to občas dělat.*“

Informant E

Na dotaz, jaká režimová opatření byla informantce doporučena při léčbě bércových vředů, odpovídá: „*Nevím o žádném.*“ Na dotaz, jaké informace ohledně stravy a tekutin jí byly podány, odpovídá: „*Žádné.*“ Na dotaz, jaké informace ohledně redukce hmotnosti získala, případně jakým způsobem redukuje svoji hmotnost, bez zájmu odpovídá: „*Žádné.*“ Dále zjišťuji, jaké informace byly informantce podány ohledně kouření, na což odpovídá: „*Nekouřím a nikdy jsem*

nekouřila.“ Na dotaz ohledně pravidelného pohybu a hodnocení svého pohybu odpovídá: „Žádné. Pohyb mám minimální, chodím jen tady doma na nejnutnější.“ Na dotaz, co informantce brání se více pohybovat, odpovídá: „Asi hlavně to, že bych potřebovala pomoc. A doprovod.“ Poté jsem se informantky zeptala, jak hodnotí provádění cévní gymnastiky a co jí případně v jejím vykonávání brání, na což odpovídá: „Nijak, cévní gymnastiku neprovádím, jelikož žádné cviky neznám.“ Na dotaz, co má dle informantky splňovat vhodná obuv a oblečení a jak by ohodnotila svou obuv a oblečení, odpovídá: „Tak obuv si musím kupovat o číslo větší a nosím jenom pantofle kvůli otoku. A víc to neřeším. Splňovat to, aby byla obuv pohodlná. Oblečení taky aby bylo pohodlné. Kladně, mám dost věcí.“ Na dotaz, co informantce brání udržovat oblečení v čistotě, odpovídá: „Udržuju věci v čistotě. I když já to sama nezvládám pověsit, když to vyperu, takže mi pomáhá dcera nebo vnuk.“ Na dotaz ohledně pravidelné hygieny odpovídá: „S hygienou mi pomáhá dcera, protože nejsem tolik pohyblivá. Tak mi pomáhá se sprchovat, jinak hygienu u umyvadla zvládám sama a provádím pravidelně.“ Dále zjišťuji, jaký je podle informantky smysl elevace končetin a co jí při ní činí obtíže. Odpovídá: „Aby se odlehčilo končetinám, aby se ta noha lépe odkrvila. Obtíže mi to nečiní, dělám to pravidelně.“

Souhrn

Z výzkumu vyplývá, že tři informanti z pěti (60 %) neuvádí žádná režimová opatření, která jim byla během léčby bércových vředů doporučena. Dvěma informantům z pěti (40 %) byla doporučena redukce hmotnosti.

Tři informanti z pěti (60 %) uvádí, že nedostali žádné informace ohledně stravování a pitného režimu. Jednomu informantovi z pěti (20 %) bylo doporučeno hodně pít, což dodržuje. Jeden informant z pěti (20 %) uvádí, že mu bylo doporučeno, aby se stravoval zdravěji. Toto doporučení se snaží dodržovat, přesto udává, že redukce hmotnosti probíhá pomalu.

Ohledně redukce hmotnosti uvádí pět informantů z pěti (100 %), že nedostali žádné konkrétní informace. Z pěti informantů se snaží redukovat svoji hmotnost dva informanti (40 %). Jeden (20 %) se snaží redukovat svoji hmotnost tak, že jí méně a zdravěji, druhý (20 %) redukuje svoji hmotnost tak, že se snaží nepřejídat.

Z pěti informantů pouze jeden (20 %) uvádí, že mu bylo řečeno, že kouření škodí hojení. Všech pět informantů z pěti (100 %) si je vědomo, že kouření je škodlivé. Tři informanti z pěti (60 %) nekouří, naopak dva (40 %) jsou kuřáci. Co jim brání omezit nebo ukončit kouření, neuvádí, jsou na něj zvyklí a přestat nechťejí.

Tři informanti z pěti (60 %) tvrdí, že nedostali žádné informace ohledně pravidelného pohybu, jeden (20 %) připouští, že dostal nejasné informace. Jeden informant z pěti (20 %) uvádí, že mu bylo pouze řečeno, že se má více hýbat.

Z výzkumného šetření je patrné, že jeden informant z pěti (20 %) hodnotí svůj pohyb jako dostatečný, nezmiňuje žádné obtíže spojené s pohybem. Čtyři informanti z pěti (80 %) hodnotí svůj pohyb jako omezený. Jeden informant z pěti (20 %) odůvodňuje omezený pohyb obavou z pádu kvůli motání hlavy. Jeden informant z pěti (20 %) jmenuje jako důvod omezeného pohybu nevhodnou obuv. Jeden informant z pěti (20 %) odůvodňuje omezený pohyb artrózou a bandáží. Jeden informant z pěti (20 %) uvádí jako příčinu omezeného pohybu sníženou soběstačnost.

Z výzkumného šetření vyplývá, že žádný z informantů (100 %) nezná cévní gymnastiku, tudíž ji také nevykonává.

Všichni informanti (100 %) vědí, že by obuv i oblečení měly být dostatečně volné, aby je netlačily v případě otoků. Tento požadavek všichni splňují, své věci hodnotí kladně a udržují je v čistotě.

Všech pět informantů z pěti (100 %) dodržuje hygienu pravidelným sprchováním. Čtyři informanti z pěti (80 %) nemají obtíže při dodržování pravidelné hygieny. Jeden informant z pěti (20 %) potřebuje s celkovou hygienou pomoci, jelikož ji nezvládá samostatně.

Jeden informant z pěti (20 %) nezná důvod elevace končetin. Z výzkumného šetření vyplývá, že ostatní čtyři informanti (80 %) vnímají elevaci končetin jako činnost, která prospívá krevnímu oběhu a průchodnosti cév.

Výzkumné šetření ukazuje, že čtyři informanti z pěti (80 %) neuvádí žádné obtíže spojené s elevací končetin. Pouze jeden informant z pěti (20 %) uvádí takové obtíže způsobené nadváhou.

Informace zahrnující údaje o dopadu terapie na kvalitu života

Informant A

„Ve volnočasových aktivitách, hlavně že se nemůžu jet koupat a do sauny, protože by se tam dostala infekce a sauna by tomu taky škodila.“

Informant B

„Trochu ve společenském životě, protože kvůli prosaku nemůžu vždycky, kam bych chtěl.“

Informant C

„Tak hlavně že nemůžu pracovat, protože nezvládám tolik pohybu.“

Informant D

„Kvalitu života mi to nesnižuje.“

Informant E

„Skoro ve všem. Hlavně v té soběstačnosti mě to hodně omezuje, že potřebuju pomoc při běžných věcech.“

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že pouze jeden z pěti informantů (20 %) nezaznamenává snížení kvality života v závislosti na léčbě bérceových vředů. Jeden (20 %) udává omezení ve volnočasových aktivitách, další (20 %) je omezen ve společenském životě. Jeden z pěti informantů (20 %) udává pracovní neschopnost jako důvod snížení kvality života a jeden z pěti informantů (20 %) označuje snížení soběstačnosti a závislost na druhé osobě jako faktor snižující kvalitu života.

Informace o hodnocení léčby

Informant A

„Dobře, už se to pomalu hojí, protože to je menší.“ Na dotaz, v čem by se mohla léčba zlepšit a v čem informantovi nynější terapie nevyhovuje, bez rozmyšlení odpovídá: *„V ničem, léčba mi vyhovuje.“* Dále zjišťuji, jakým způsobem se informant zapojuje do hodnocení výsledků terapie. *„Když mám odběr nebo výtěr, tak se zeptám, jak to dopadlo a případně proč doktor nasazuje*

ATB. Jinak to vždycky hodnotíme při převazu.“ Na dotaz, jak hodnotí zvolenou terapii s ohledem na své potřeby, odpovídá: „Dobře. Nemám žádné zvláštní potřeby.“

Informant B

„Hodnotím asi neutrálně, protože se to moc nehojí, ale pomohlo to aspoň v tom, že se ani nerozšiřuje.“ Na dotaz, v čem by se mohla léčba zlepšit a v čem informantovi nynější terapie nevyhovuje, odpovídá: „To nevím, v čem by se mohla zlepšit. Nevím.“ Poté jsem se zeptala, jakým způsobem se informant zapojuje do hodnocení výsledků terapie. Po krátké odmlce odpovídá: „S paní doktorkou moc zapojován nejsem, spíš sestřičky mi řeknou, jak to vypadá.“ Na dotaz, jak hodnotí zvolenou terapii s ohledem ke svým potřebám, odpovídá: „Spíše kladně.“

Informant C

„Hodnotím dobře, protože už se to hodně zmenšilo a bolí to už taky míň. Nevím, v čem by se to mohlo zlepšit, ale není nic, co by mi nevyhovovalo.“ Dále zjišťuji, jakým způsobem se informant zapojuje do hodnocení výsledků terapie, na což po krátkém zamyšlení odpovídá: „Nevím. Ale čtu si zprávu od doktora.“ Na dotaz, jak hodnotí zvolenou terapii s ohledem na své potřeby, odpovídá: „Dobře.“

Informant D

Na otázku, jak informantka hodnotí průběh léčby, odpovídá: „Léčba mi vyhovuje.“ Na otázku, jak informantce doposud pomohla zavedená terapie a v čem by se mohla léčba zlepšit, odpovídá: „V čem by se mohla zlepšit, to nevím, ale pomohla mi tak, že se to zmenšuje.“ Na otázku, v čem jí léčba nevyhovuje, odpověděla: „Nic konkrétního mě nenapadá.“ Poté jsem se zeptala, jakým způsobem se informantka zapojuje do hodnocení výsledků terapie. Poté odpovídá: „Tak sleduji to každý den, jak to vypadá.“ Na dotaz, jak hodnotí zvolenou terapii s ohledem na své potřeby, odpovídá: „Pomáhá mi to. Hodnotím léčbu kladně.“

Informant E

Na otázku, jak hodnotí průběh léčby a v čem jí doposud pomohla zavedená terapie, odpovídá: „Teď už je znát pokrok, protože se rána začala hojit, tak hodnotím léčbu dobře.“ Na otázku, v čem by se mohla léčba zlepšit, odpovídá: „Léčba by byla lepší, kdyby byly menší doplátky za masti a krémy k převazu. Jinak mi léčba vyhovuje.“ Na otázku, v čem informantce nynější terapie nevyhovuje, odpověděla: „Teď mi vyhovuje. Nevím.“ Poté jsem se zeptala, jakým způsobem se zapojuje do hodnocení výsledků terapie, na což s úsměvem odpovídá: „Spíš nijak, protože si na nohu pořádně nevidím.“ Na dotaz ohledně zvolené terapie s ohledem na osobní potřeby odpovídá: „Nevím, teď už kladně.“

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že čtyři informanti z pěti (80 %) hodnotí léčbu kladně. Jeden informant (20 %) hodnotí léčbu neutrálně, jelikož nevnímá zlepšení, ale ani zhoršení stavu bércových vředů. Čtyři informanti z pěti (80 %) uvádí, že díky zavedené terapii pozorují zlepšení stavu bércových vředů, jako je zmenšení velikosti nebo snížení bolesti. Jeden z pěti informantů (20 %) uvádí, že zavedená terapie mu doposud pomohla pouze v udržení stavu bércových vředů.

Z výzkumného šetření je dále patrné, že čtyři z pěti informantů (80 %) neuvádějí žádný návrh, v čem by se mohla léčba zlepšit. Jeden informant (20 %) by jako zlepšení léčby uvítal menší

doplatky za masti a krémy k ošetřování bércových vředů. Nikdo z informantů (0 %) neuvedl žádný důvod toho, že by jim nynější terapie nevyhovovala.

Z výzkumného šetření plyne, že se tři informanti z pěti (60 %) zapojují do hodnocení výsledku terapie tak, že během převazu sledují a hodnotí stav bércových vředů. Jeden informant z pěti (20 %) hodnotí výsledky terapie pouze dle lékařských zpráv, jinak se nezapojuje. Jedna informantka (20 %) se do hodnocení výsledků terapie nijak nezapojuje.

Z výzkumného šetření je patrné, že pět informantů z pěti (100 %) hodnotí zvolenou terapii s ohledem na své potřeby kladně.

Informace zahrnující údaje o edukaci

Informant A

„No, na chirurgii mi vysvětlovali, že to byla cévní nedostatečnost, a na kožním mi pan doktor řekl, že to budeme převazovat a bandážovat.“ Na dotaz, jak informant hodnotí průběh edukace, odpovídá: *„Dobře.“* Poslední otázkou jsem se zeptala, jak hodnotí svoji informovanost. Na to odpověděl: *„Asi dobře.“*

Informant B

„Úplně si to nevybavuju, tak to nemůžu posoudit, ale asi částečně jsem informován byl u doktorky.“ Na dotaz, jak hodnotí svoji informovanost, po krátké odmlce odpověděl: *„Částečně. Rád bych se zeptal na příčinu, důvod toho prosaku.“*

Informant C

„Nevím, ale bylo mi řečeno, že budou jezdit sestřičky. Jinak jsem se o tom nic víc nedozvěděl.“ Na dotaz, jak informant hodnotí průběh edukace, odpovídá: *„Nevím.“* Na závěr jsem se zeptala, jak informant hodnotí svoji informovanost ohledně onemocnění bércových vředů. Rychle odpověděl: *„Dobře.“*

Informant D

„Dobře, paní doktorka mi dává různé letáčky, když jsem u ní, všechno mi vysvětlí, nebo když se potřebuju na něco zeptat, tak jí zavolám a paní doktorka mi poradí, snaží se.“ Na dotaz, jak hodnotí svoji informovanost, odpověděla: *„Myslím, že jsem informována dost. Většinou si vyhledám, co potřebuji.“*

Informant E

Na otázku, jak probíhala edukace ohledně průběhu léčby bércových vředů a jejich ošetřování a jak informantka hodnotí průběh edukace, odpověděla: *„Nijak, co jsem potřebovala vědět, tak jsem si dočetla sama.“* Na dotaz o hodnocení její informovanosti odpověděla s pokrčenými rameny: *„Co jsem potřebovala, jsem si zjistila, tak hodnotím informovanost dobře. Je mi akorát záhadou, proč se mi takhle rozjely bércové vředy, protože v rodině jsme to neměli. Jestli to není tím, že jsem měla sedavé zaměstnání.“*

Souhrn

Z výzkumného šetření vyplývá, že u dvou informantů z pěti (40 %) proběhla edukace pomocí rozhovoru s lékařem. U jednoho informanta (20 %) byla edukace realizována kromě rozhovoru i poskytnutím edukačních materiálů. Dva informanti z pěti (40 %) nebyli edukováni. Jeden informant (20 %) si edukaci již nevybavuje, částečně ale informován byl.

Průběh edukace hodnotí dva informanti z pěti (40 %) kladně. Další dva informanti (40 %) edukaci nehodnotí, jelikož nebyli edukováni. Jeden informant z pěti (20 %) si průběh edukace příliš nevybavuje, takže ji nemůže hodnotit.

Z výzkumu vyplývá, že čtyři informanti z pěti (80 %) hodnotí svoji informovanost dobře. Jeden informant z pěti (20 %) hodnotí svoji informovanost o onemocnění bércovými vředy částečně.

3 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá problematikou terapie bércových vředů venózní etiologie. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, která léčebná opatření nejsou pacienti s bércovými vředy venózní etiologie schopni dodržovat, co bylo jejich příčinou a následně najít vhodné řešení. Na tento cíl navazují tyto výzkumné otázky:

1. Jaká léčebná opatření nejsou pacienti s bércovými vředy venózní etiologie schopni dodržovat?
2. Jaká je příčina nedodržování léčebného režimu?
3. Jak pacienti vnímají léčbu bércových vředů venózní etiologie?

Výsledky svého výzkumu porovnávám s vědeckým článkem Sebastiana Probst a kolektivem s názvem „*A targeted interprofessional educational intervention to adress therapeutic adherence of venous leg ulcer persons (TIEIVLU): study protocol for a randomized controlled trial*“ z roku 2019 (Probst et al., 2019), dále s vědeckým článkem „*Physical activity in patients with venous leg ulcer--between engagement and avoidance. A patient perspective*“ od Roaldsen, Kirsti Skavberg a kolektivem (Roaldsen et al., 2011).

Výsledky svého výzkumu porovnávám také s bakalářskou prací Marcely Latkové s názvem „*Kvalita života pacienta s chronickým defektem dolní končetiny*“ z roku 2015 (Latková, 2015).

Vzhledem k rozsahu mé bakalářské práce uvádím pouze nejpodstatnější fakta, která jsem od informantů získala. Následně je porovnávám s obdobnými výzkumy realizovanými ve výše uvedených zdrojích.

Z výzkumného šetření vyplývá, že dotazovaní informanti byli ve věku od 57 let až do 87 let. Dotazovaní byli tři muži a dvě ženy. Podle výpočtu BMI se pouze jeden informant z pěti (20 %) nacházel v pásmu normy, dva informanti z pěti (40 %) byli v pásmu nadváhy a poslední dva informanti z pěti (40 %) mají dle výpočtu BMI obezitu. Všech pět informantů z pěti (100 %) se léčí mimo jiné s hypertenzí. Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvádí dva informanti vysokoškolské, dva středoškolské a jeden informant střední odborné učiliště. Čtyři informanti žijí společně s rodinou, jeden žije sám. Doba léčby bércových vředů se pohybuje v rozmezí od 2 do 6 let. U jednoho informanta z pěti (20 %) se jedná o prvotní výskyt bércového vředu. U zbylých čtyř informantů z pěti (80 %) se vyskytují bércové vředy opakovaně.

Výzkumná otázka 1: Jaká léčebná opatření nejsou pacienti s bércovými vředy venózní etiologie schopni dodržovat?

K vyhodnocení této VO jsem použila odpovědi z polostrukturovaného rozhovoru č. 2, 3, 4, 5, 6, 8.

Pro zjištění, jaká léčebná opatření nejsou pacienti schopni dodržovat, jsem se snažila nejprve zmapovat, jakým způsobem u informantů probíhá léčba, poté jsem se ptala na léčbu pomocí kompresivní terapie, zjišťovala jsem stav pravidelných kontrol u ošetřujícího lékaře, informace o užívání medikace a režimovém opatření. U všech pěti informantů jsou převazy prováděny prostřednictvím domácí péče, přičemž si s pomocí rodiny dokáží zajistit převazový materiál sami. Léčbu pomocí kompresivní terapie nezvládá dodržovat jeden z pěti informantů (20 %). Z výzkumného šetření je patrné, že dva informanti z pěti (40 %) nedocházejí na pravidelné kontroly k lékaři, což může narušovat kontinuitu léčby. Obtíže s pravidelným užíváním medikace uvádí jeden informant z pěti (20 %). Zásady režimových opatření znali informanti jen všeobecně,

například škodlivost kouření, redukce hmotnosti a pravidelný pohyb. Při hlubším zkoumání ovšem vyplynulo, že informanti nemají bližší informace, jak mají dané režimové opatření dodržovat. Informanti nevědí, jaké potraviny jsou vhodné ke konzumaci a k doporučené redukci hmotnosti nemají sestavený jídelníček. Jeden z pěti informantů (20 %) uvádí, že není schopen trvalé redukce hmotnosti. Z pěti informantů pouze jeden (20 %) hodnotí svůj pohyb jako dostatečný. Zbývající čtyři informanti z pěti (80 %) hodnotí svůj pohyb jako omezený. Nezvládají tedy dodržovat pravidelnou pohybovou aktivitu ani vykonávat cévní gymnastiku. Z výzkumného šetření je patrné, že informanti měli představu o tom, jak má vypadat vhodné oblečení i obuv, řídili se správnou zásadou a zvládají si oblečení udržovat v čistotě. Pravidelnou hygienu dokáží dodržovat čtyři informanti z pěti (80 %). Jeden informant z pěti (20 %) pravidelnou hygienu také dodržuje, ale s dopomocí. Obtíže spojené s elevací končetin uvádí jeden informant z pěti (20 %).

Výzkumná otázka 2: Jaká je příčina nedodržování léčebného režimu?

K vyhodnocení této VO jsem použila odpovědi z polostrukturovaného rozhovoru č. 2, 3, 5, 6, 8, 11.

Možné příčiny nedodržování léčebného režimu jsem se pokusila shrnout v následujícím textu. Léčbu pomocí kompresivní terapie dodržuje většina informantů. Pouze jeden z pěti (20 %) ji nezvládá. Jako důvod uvádí především zhoršenou mobilitu, kterou mu bandáž způsobuje. Probst et al. (2019) ve své vědecké publikaci uvádí, že systematické porovnání adherence pacientů ke kompresivní terapii vycházelo v širokém rozmezí 10–80 %. V mé bakalářské práci je adherence ke kompresivní terapii 80 %. To pravděpodobně souvisí s tím, že všichni informanti vnímají kompresivní terapii jako prospěšnou a hodnotí ji kladně. Samostatně si provést bandáž zvládají dva informanti z pěti (40 %). Naopak dva informanti (40 %) samostatně bandáž provést nezvládají z důvodu omezené mobility, jeden z pěti informantů (20 %) uvádí jako důvod neznalost provedení. Kromě elastických bandáží zná většina informantů další možnost kompresivní terapie, a to kompresivní punčochy. Znalosti ohledně používaného převazového materiálu jsou kromě jednoho z pěti informantů (20 %) dobré. Pravidelnou medikaci užívají všichni informanti, pouze jeden z pěti (20 %) má problémy se zapomnětlivostí, tudíž na medikaci dohlíží rodinný příslušník. Jak bylo uvedeno výše, o režimových opatřeních informanti znají jen všeobecně známá fakta. Jako důvod vnímám nedostatečné vzdělávání pacientů ze strany zdravotníků a non-complianci pacientů. To potvrzuje fakt, že tři informanti z pěti (60 %) uvádí, že jim nebylo doporučeno žádné režimové opatření, a zároveň dva informanti z pěti (40 %) nebyli vůbec edukováni. Bylo zjištěno, že informanti neznají vhodné potraviny ke konzumaci. Dále jeden z pěti informantů (20 %) přiznává, že není schopen doporučené redukce hmotnosti, protože nemůže najít udržitelný způsob hubnutí. Redukce hmotnosti byla doporučena dvěma informantům z pěti (40 %), přičemž žádné konkrétní informace nedostali. Je tedy patrné, že informovanost informantů je nízká, což může mít vliv na dosažení cílené redukce. Většina informantů hodnotí svůj pohyb jako omezený, přesto jim nebyly podány bližší informace. Pravidelný pohyb není schopno vykonávat 80 % informantů. Jako důvod uvádí obavu z pádu, nevhodnou obuv, artrózu, bandáž a sníženou soběstačnost. Dle práce Roaldsen et al. (2011) je snížená pohybová aktivita u pacientů s bérčovými vředy venózní etiologie primárně způsobena bolestí, což se v mé bakalářské práci nepotvrdilo. Dalšími důvody dle práce Roaldsen et al. (2011) byla samotná kompresivní terapie, otok, vysoký věk a potřeba rozměrné obuvi. To je částečně v souladu s mojí prací, kde důvody byly také různorodé (konkrétně bandáž, snížená soběstačnost, obava z pádu, nevhodná obuv). Z výzkumného rozhovoru také vyplývá, že žádný

z pěti informantů (0 %) nevykonává cévní gymnastiku. Příčinou je její neznalost. Ohledně oblečení jsem při výzkumném šetření nenašla větší nedostatky. Pravidelnou hygienu informanti dodržují, pouze jeden z pěti (20 %) potřebuje pomoc druhé osoby. Znalost a dodržování elevace končetin je dobrá, obtíže pozoruje pouze jeden z pěti informantů (20 %) z důvodu obezity. Non-complianci informantů odůvodňuji tak, že dva informanti z pěti (40 %) nedocházejí na pravidelné kontroly z důvodu zhoršené mobility a závislosti na druhé osobě. Omezit nebo zanechat kouření nechce ani jeden ze dvou informantů (0 %), protože jsou na to zvyklí. Výzkumným šetřením bylo bohužel zjištěno, že žádný z informantů (0 %) neprojevil zájem se více zapojit do léčby. I přes nedostatečné znalosti hodnotí čtyři informanti z pěti (80 %) svoji informovanost jako dobrou. Jako podstatnou příčinu nedodržování léčebného režimu vnímám tedy jak nedostatečnou informovanost pacientů ze stran zdravotníků, tak jejich nedostatečný zájem o získávání znalostí o svém onemocnění a jejich následnou realizaci. K tomuto závěru jsem dospěla na základě odpovědí informantů v polostrukturovaném rozhovoru. Závěr, že informanti nemají dostatek informací a ani je nijak nevyhledávají, uvádí ve své bakalářské práci i Latková (2015). Probst et al. (2019) zjistil, že jeden z důvodů nedostatečné informovanosti pacientů je nedostatek edukace ze strany zdravotníků, což je v souladu se závěry mé bakalářské práce, kdy bylo zjištěno, že 40 % informantů nebylo edukováno vůbec a u 60 % informantů neproběhla edukace režimových opatření.

Výzkumná otázka 3: Jak pacienti vnímají léčbu bércových vředů venózní etiologie?

K vyhodnocení této VO jsem použila odpovědi z polostrukturovaného rozhovoru č. 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10.

V následujícím textu jsou popsány poznatky, které vyplynuly z výzkumného rozhovoru a vedou k zodpovězení výzkumné otázky, jak informanti vnímají léčbu bércových vředů venózní etiologie. Čtyři informanti z pěti (80 %) vnímají léčbu bércových vředů jako dlouhodobou, což uvádějí jako nejčastější problém během léčby. Obavu ze zhoršení stavu uvádí tři informanti z pěti (60 %). Jeden z pěti (20 %) se obává, že se bércové vředy vůbec nezahojí. Pouze jeden z dotazovaných informantů uvádí, že se ničeho během léčby neobává. Psychické problémy uvedli dva informanti z pěti dotazovaných (40 %). Léčbu pomocí kompresivní terapie vnímá všech pět informantů (100 %) jako prospěšnou a hodnotí ji kladně, přestože jeden z nich (20 %) zmiňuje při ní občasnou bolest. Pravidelné kontroly u lékaře hodnotí čtyři informanti z pěti (80 %) kladně. Jeden informant (20 %) ohodnotil pravidelné kontroly u lékaře jako průměrné. V souvislosti s onemocněním bércových vředů venózní etiologie pociťují informanti každodenní výskyt bolesti, a to až čtyři informanti z pěti (80 %). Jeden informant z pěti (20 %) popisuje bolest několikrát týdně. Bolesti se vyskytují především při převazu nebo večer, což omezuje ve spánku dva informanty z pěti (20 %). Z polostrukturovaného rozhovoru vyplynulo, že čtyři informanti z pěti (80 %) pozorují v souvislosti s onemocněním bércových vředů snížení kvality života, a to z důvodu omezení volnočasových aktivit, společenského života a soběstačnosti, dále pracovní neschopnosti a závislosti na druhé osobě. Pouze jeden z pěti informantů (20 %) nezaznamenává žádné snížení kvality života v souvislosti s léčbou. Pozitivním zjištěním je, že čtyři informanti z pěti (80 %) pozorují zlepšení stavu a hodnotí léčbu kladně. Jeden informant z pěti (20 %) hodnotí léčbu neutrálně, jelikož nevnímá zlepšení, ale ani zhoršení stavu bércových vředů. Všechny pět informantů z pěti (100 %) připouští, že zvolená terapie zohledňuje jejich potřeby.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že hlavní problematikou terapie bércových vředů venózní etiologie je nedostatek znalostí. Vnímám, že znalosti a postoje informantů k léčbě mají dostatek prostoru ke zlepšení. Kromě nich je vhodné zapojit do léčby i rodinu. S pomocí rodinných příslušníků by mohli informanti dodržovat pravidelné kontroly u lékaře vzhledem k tomu, že sami označili jako důvod neschopnosti docházet k lékaři zhoršenou mobilitu a závislost na druhé osobě. Z výzkumu je patrná především neschopnost dodržovat režimové opatření. Jedná se o stravu, kdy informanti nevnímají její možný vliv na proces hojení. Dále se jedná především o doporučenou redukci hmotnosti, omezení či zanechání kouření, zajištění dostatečného pohybu či provádění cévní gymnastiky. Proto považuji za vhodné každému pacientovi s bércovými vředy poskytnout informační materiály. Informace obsažené v daných materiálech by měly být snadno pochopitelné, měly by objasnit důvod daného režimového opatření a zároveň vysvětlit, jakým způsobem jich lze dosáhnout. U cévní gymnastiky je vhodné mít u každého cviku obrázek nebo poskytnout video, pokud mají pacienti možnost jeho zhlédnutí. Je důležité jim vysvětlit, že každý jedinec je zodpovědný za své zdraví, proto je vyžadován především zájem z jeho strany. Nedostatky však nejsou pouze na straně informantů, ale i zdravotnického personálu (všeobecných sester, lékařů). Bylo by vhodné, aby právě oni nabídli více edukace, po níž je vhodné zjistit, zda pacienti sdělovaným informacím rozumí. Důležité je vytvořit uvolněné a příjemné prostředí všem pacientům, aby se na případné nejasnosti nebáli zeptat. Vzhledem k tomu, že důvodem, proč informanti nezvládají dodržovat výše uvedená léčebná opatření, je nedostatečná edukace ze strany zdravotníků a non-compliance informantů, chci doporučení pro praxi rozdělit do těchto dvou skupin.

Doporučení pro lékaře a všeobecné sestry:

- Celoživotní vzdělávání v oboru;
- Multioborová spolupráce (obezitolog, nutriční specialista, domácí péče a další);
- Zajistit dostatečnou edukaci (rozhovor, edukační materiál);
- Zapojit pacienty do průběhu léčby a vyhodnocování výsledků terapie;
- Poskytnout psychickou podporu;
- Dbát na potřeby pacientů;
- Pozitivně motivovat pacienty.

Doporučení pro jedince trpící bércovými vředy:

- Aktivně dodržovat léčebná a režimová opatření daná lékařem;
- Aktivně se zajímat o svůj zdravotní stav;
- Zjistit možnosti transportu v okolí bydliště;
- Zjistit možnosti zapůjčení kompenzačních pomůcek;
- Zapojit rodinu do péče.

Závěr

Bakalářská práce na téma „*Problematika terapie bércových vředů venózní etiologie z pohledu všeobecných sester*“ je rozdělena na část přibližující současný stav problematiky a výzkumnou část.

V teoretické části popisují anatomii žilního systému, charakteristiku bércových vředů, prevalenci a etiologii onemocnění s následným dělením na venózní, arteriální a neuropatické bércové vředy. Po tomto uvedení širšího základu o bércových vředech se věnuji diagnostice a možnostem léčby. Následuje text zaměřený na výživu a hojení, edukaci, preventivní a režimové opatření. Současný stav problematiky zakončuji kapitolou, která se týká kvality života pacientů s bércovými vředy.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na metodiku výzkumu, charakteristiku vzorku informantů a výzkumného prostředí, popisují průběh výzkumu a zpracování získaných dat. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, která léčebná opatření pacienti nejsou schopni dodržovat, zjistit příčinu jejich obtíží a následně najít vhodné řešení vedoucí k jejich odstranění. Na základě hlavního cíle byly stanoveny výzkumné otázky. K získání požadovaných odpovědí byly připraveny otázky pro polostrukturovaný rozhovor, při kterém byla využita metoda pozorování. V závěru výzkumné práce je diskuze s vyhodnocením výzkumných otázek a návrhem na řešení nedostatků zjištěných v praxi.

Z výzkumného šetření vnímám jako hlavní problematiku terapie především neschopnost dodržovat režimová opatření. Jedná se o stravu, kdy informanti nevnímají možný vliv stravy na proces hojení. Jako problematické se jeví doporučení redukce hmotnosti, omezení či zanechání kouření, zajištění dostatečného pohybu či provádění cévní gymnastiky. Z výzkumného šetření je také patrné, že dva informanti z pěti (40 %) nedochází k ošetřujícímu lékaři na pravidelné kontroly, jeden z pěti informantů (20 %) nedodrжуje kompresivní terapii a jejich celkový postoj k onemocnění bércových vředů je spíše non-comliantní. Na základě výzkumného rozhovoru jsem zjistila, že informanti mají jen povrchní znalosti o léčebných a režimových opatřeních. Chybí jim snaha se vzdělávat a nevyvíjí vlastní aktivitu. Tento postoj v kombinaci s jejich nedostatečnou informovaností ze strany zdravotníků vnímám jako nejpodstatnější příčinu nedodržování léčebného režimu informantů. Tuto situaci lze řešit zapojením všeobecných sester a lékařů, pacientů a jejich rodinných příslušníků do všeobecné edukace, což podrobněji popisují v návrhu řešení pro praxi. Myslím si, že by bylo zajímavé zjistit, zda a jaký edukační materiál mají lékaři ve svých ambulancích k dispozici.

Bakalářská práce byla pro mě velmi přínosná v mnoha ohledech. Získala jsem nové poznatky o onemocnění bércovými vředy a její problematice. Naučila jsem se, jak pracovat s odbornou literaturou a také jsem se seznámila s postupy, jak lépe pracovat s pacienty a poskytnout jim lepší zdravotnickou péči. Má bakalářská práce se může stát přínosným zdrojem informací o dané problematice dalším všeobecným sestram.

Seznam použité literatury

- BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4629-1.
- ČERNOHORSKÁ, Júlia, 2021. Oddalování chirurgického zákroku u pacientů s žilním bérčovým vředem vede k prodlužování léčby. *Dermatologie pro praxi* [online]. 15(2), 67–73 [cit. 2024-09-05]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2021/02/02.pdf>
- ERFURT-BERGE, Cornelia a Robert ZIMMER, 2018. *Chronische Wunden. Ursachen und Problemlösungen*. Eschborn: Govi. ISBN 978-3-7741-1409-8.
- FÖLDI, Mihály a Etelka FÖLDI (eds.), 2014. *Lymfologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9247-7.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2012. *Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-21-1.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2019. Vliv nutriční na hojení chronických ran a defektů. *Dermatologie pro praxi* [online]. 16(2), 130–132 [cit. 2024-08-10]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2019/03/06.pdf>
- HAJDUČKOVÁ, Adriana, Ilona PLEVOVÁ a Eva JANÍKOVÁ, 2023. *Angiologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4869-6.
- HLINKOVÁ, Edita et al., 2015. *Nehojace sa rany*. Praha: Osveta. ISBN 978-80-8063-433-9.
- HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUĽO, 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2686-6.
- HNÁTEK, Lukáš, 2015. Terapeutický potenciál mikronizované purifikované flavonoidní frakce (MPFF) diosminu a hesperidinu v rámci léčby chronického žilního onemocnění. *Vnitřní lékařství* [online]. 61(9), 807–814 [cit. 2024-09-01]. ISSN 1801–7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-9/terapeuticky-potencial-mikronizovane-purifikovane-flavonoidni-frakce-mpff-diosminu-a-hesperidinu-v-ramci-lecby-chronickeho-zilniho-onemocneni-56071>
- HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK, 2015. *Memorix anatomie*. 3. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-959-4.
- KARETOVÁ, Debora a Miroslav CHOCHOLA, 2017. *Vaskulární medicína*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-536-1.
- KRIŽANOVÁ, Oľga et al., 2023. Chronic venous insufficiency and venous leg ulcers: Aetiology, on the pathophysiology-based treatment. *International Wound Journal*, 21(2), 9. ISSN 1742-4801.
- LATKOVÁ, Marcela, 2015. *Kvalita života pacienta s chronickým defektem dolních končetin*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Vladimíra Fremrová.

- LEXI, 2023. Kompresivní terapie zinkoklihovým obvazem v dermatologii. In: *Prolekare.cz* [online]. 10. 5. 2023 [cit. 2024-09-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/hojeniran/detail/kompresivni-terapie-zinkoklihovym-obvazem-v-dermatologii-133963>
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4402-5.
- NIESNEROVÁ, Marie a Linda VAVŘÍKOVÁ, 2015. Sledování vlivu účinku sulodexidu na léčbu bérkových ulcerací. *Kazuistiky v angiologii*, 2(4), 19. ISSN 2336-2790.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena a Olga FAUSTMANNOVÁ, 2016. Bérkový vřed žilní etiologie. *Léčba ran*, 3(4), 6–7. ISSN 2336-520X.
- PROBST, Sebastian et al., 2019. A targeted interprofessional educational intervention to adress therapeutic adherence of venus leg ulcer persons (TIEIVLU): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [online]. 20(243) [cit. 2024-09-03]. Dostupné z: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3333-4>
- PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ, 2017. Česká verze dotazníku Wound-QoL. *Dermatologie pro praxi* [online]. 11(3), 126–113 [cit. 2024-09-05]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2017/03/07.pdf>
- ROALDSEN, Kirsti Skavberg et al., 2011. Physical activity in patients with venous leg ulcer--between engagement and avoidance. A patient perspective. *Clinical rehabilitation*, 25(3), 275–286. ISSN 1477-0873.
- ROZTOČIL, Karel a Jan PÍTHA, 2017. *Nemoci končetinových cév*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4371-7.
- SHANLEY, Emer a Zena E. H. MOORE, 2017. Patient education for preventing venous leg ulceration. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD011696. ISSN 1469-493X.
- SLONKOVÁ, Veronika a Vladimír VAŠKŮ, 2014. Kvalita života, sociálně-ekonomické aspekty bérkových vředů a nové možnosti celkové terapie. *Dermatologie pro praxi* [online]. 8(3), 89–92 [cit. 2024-09-03]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2014/03/02.pdf>
- SLONKOVÁ, Veronika, 2016. Nová klasifikace venoaktivních léků. *Dermatologie pro praxi* [online]. 10(4), 178–180 [cit. 2024-09-01]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2016/04/05.pdf>
- SLONKOVÁ, Veronika, 2021. Komplexní terapie chronických bérkových ulcerací venózní etiologie. *Svět praktické medicíny* [online]. (2), 77–80 [cit. 2024-09-05]. ISSN 2694-8516. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/svet-prakticke-mediciny/2021-2-4/komplexni-terapie-chronicky-bercovych-ulceraci-venozni-etologie-126851>
- STRYJA, Jan et al., 2016. *Repetitorium hojení ran* 2. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- STRYJA, Jan, 2015a. *Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-13-7.

- STRYJA, Jan, 2015b. Základy léčby nehojících se ran. In: *Prolekare.cz* [online]. 26. 10. 2015 [cit. 2024-08-10]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/zaklady-lecby-nehojicich-se-ran-47/zaklady_lecby_nehojicich_se_ran-44
- STRYJA, Jan, 2021. Léčba infikovaného bér cového vředu. *Dermatologie pro praxi* [online]. 15(4), 191–194 [cit. 2024-09-03]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2021/04/03.pdf>
- TOŠENOVSKÝ, Patrik a Bohumil ZÁLEŠÁK, 2007. *Trofické defekty dolních končetin: diagnostika a léčba*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-439-3.
- ZEICHMEISTEROVÁ, Andrea, 2014. Využití sulodexidu při léčbě bér cové ulcerace. *Kazuistiky v angiologii*, 2(3), 16. ISSN 2336-2790.
- ZZA, 2021. Přehled možností diagnostiky a léčby bér cových vředů žilní etiologie – aktuální doporučení. In: *Prolekare.cz* [online]. 22. 6. 2021 [cit. 2024-08-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/hojeniran/detail/prehled-moznosti-diagnostiky-a-lecby-bercovych-vredu-zilni-etologie-aktualni-doporuceni-127321>

Přílohy

Příloha č. 1 – Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor a.

Příloha č. 2 – Soubor otázek pro polostrukturovaný rozhovor b.

Příloha č. 3 – Souhlas s poskytnutím informací pro kvalitativní výzkum

Příloha č. 4 – Záznam rozhovoru informant A

Příloha č. 5 – Záznam rozhovoru informant B

Příloha č. 6 – Záznam rozhovoru informant C

Příloha č. 7 – Záznam rozhovoru informant D

Příloha č. 8 – Záznam rozhovoru informant E

Příloha č. 9 – Žádost o provedení výzkumného šetření v rámci bakalářské práce