

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA  
S BÉRCOVÝMI VŘEDY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Viktorie Krsková, DiS.**

**Praha 2017**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s., PRAHA 5**

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA  
S BÉRCOVÝMI VŘEDY**

Bakalářská práce

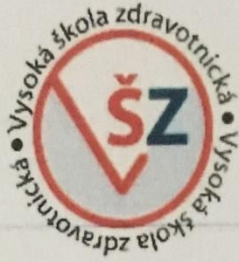
Viktorie Krsková, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.  
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Krsková Viktorie  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

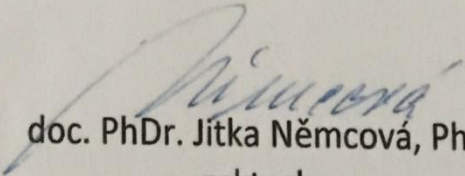
Na základě Vaší žádosti ze dne 19. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukační proces u pacienta s bércovými vředy

*Educational Process of a Patient with Varicose Ulcer*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 3. 2017

*podpis*

## ABSTRAKT

KRSKOVÁ, Viktorie. Edukační proces u pacienta s bércovými vředy. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Karolína Moravcová. Praha. 2017. 63 stran.

Téma bakalářské práce je Edukační proces u pacienta s bércovým vředem. Cílem práce bylo celkově popsat odborné poznatky v problematice bércového vředu, co nejefektivněji zpracovat edukační proces a vytvořit edukační materiál pro pacienty, trpící tímto onemocněním. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou.

Teoretická část seznamuje s obecnými informacemi o historii, vzniku, příčin, diagnostice a až po nejnovější poznatky o léčbě bércového vředu. V empirické části práce jsou shrnuty informace o pacientce trpící bércovým vředem. Patientka je trpí bércovým vředem již 6 roků. K pacientce pravidelně dochází sestry z DP, které jí defekt převazují. Cílem edukace je pacientku řádně poučit o dodržování zdravého životního stylu, a to především v oblasti správné hygieny rány, technice převazů, dietnímu režimu a rehabilitaci.

Klíčová slova

Bércový vřed, Edukace, Vědomosti, Patientka, Zdravý životní styl

## **ABSTRAKT**

KRSKOVÁ, Viktorie. The Educational Process of a Patient with Varicose Ulcer. College of Nursing o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor doc. PhDr. Karolína Moravcová, PhD. Prague. 2017. 63 pages.

The topic of my bachelor thesis is educational process of a patient with varicose ulcers. The aim of my thesis is to describe the overall expertise concerning the issues of varicose ulcer as well as to deal with the educational process in a most efficient way and to create an educational material for the patients suffering from this disease. This thesis is divided into two parts – theoretical and empirical. The theoretical part deals with general information about the history, origin, causes, diagnosis and to the latest findings on the treatment of varicose ulcers.

The empirical part summarizes information about the patient suffering from Varicose ulcers. The patient has been suffering from leg ulcers already for six years. The patient is regularly visited by the nurses of the DP, who are bandaging the defect. The aim of the education is to properly educate the patient about following a healthy lifestyle, particularly in the area of proper hygiene of the wound, bandaging techniques, dietary regime and rehabilitation.

Key words

Varicose ulcer, Education, Knowledge, Patient, Healthy lifestyle

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	11
<b>1 BÉRCOVÝ VŘED.....</b>	<b>12</b>
1.2. HISTORIE.....	12
1.3. DEFINICE.....	12
1.4. EPIDEMIOLOGIE A SOCIOEKONOMICKÝ DOPAD .....	12
1.5. PŘÍČINY .....	13
1.5.1. ULCERACE ZPŮSOBENÉ ZE VNÍMI VLIVY .....	13
1.5.2. ULCERACE ZPŮSOBENÉ VNITŘNÍMI VLIVY: .....	14
1.6. DIAGNOSTIKA.....	18
1.6.1. ANAMNÉZA .....	18
1.6.2. KLINICKÉ VYŠETŘENÍ .....	18
1.6.3. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	19
1.6.4. CELKOVÉ VYŠETŘENÍ PACIENTA.....	19
1.6.5. FLEBOLOGICKÉ FUNKČNÍ ZKOUŠKY .....	19
1.6.6. FUNKČNÍ ZKOUŠKY PERIFERNÍCH TEPEN .....	21
1.6.7. VYŠETŘENÍ POMOCÍ PŘÍSTROJŮ.....	21
1.6.8. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ .....	21
1.7. TERAPIE.....	22
1.7.1. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ RAN .....	22
1.7.2. FÁZE HOJENÍ .....	22
1.8.1. LOKÁLNÍ - MÍSTNÍ LÉČBA .....	23
1.8.2. TERAPIE CELKOVÁ.....	24
1.8.3. TERAPIE KOMPRESIVNÍ .....	24
1.8.4. FYZIKÁLNÍ LÉČBA.....	25
1.8.5. RADIKÁLNÍ LÉČBA .....	25
1.9. LÉČEBNÝ REŽIM .....	26
1.9.1. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ VŘEDŮ NA BÉRCI .....	26
1.10. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ .....	28
<b>2 EDUKACE .....</b>	<b>29</b>
2.1. FORMY A ROZDĚLENÍ.....	<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>
2.2. OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY .....	30
2.3. ZÁSADY SPRÁVNÉ EDUKACE.....	30
<b>3 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTKY S BÉRCOVÝM VŘEDEM.....</b>	<b>31</b>

<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**aj.** - a jiné

**atd.** - a tak dále

**cit.** - citováno

**DP** - domácí péče

**kPa** - kilopascal

**max.** - maximum

**Hg.** - milimetr rtuťového sloupce

**LDK** - levá dolní končetina

**mmHg** - jednotka hydrostatického tlaku

**např.** - například

**n. l.** - našeho letopočtu

**odb. as.** - odborná asistence

**popř.** - popřípadě

**př. n. l.** - před naším letopočtem

**s.** - strana

**°C** - stupně Celsia

**tzv.** - takzvaný

**tj.** - to jest

# SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Aspekce** - vyšetření pohledem

**Auskultace** - vyšetření poslechem

**Abúzy** - zlozvyky

**Anémie** - chudokrevnost

**CVI** - Chronic venous insufficiency- chronická žilní nedostatečnost

**D-dimer** - vyšetření krve - fragmenty bílkovin, vznikající při rozpouštění krevních sraženin

**Diabetes mellitus** - úplavice cukrová (cukrovka)

**Diskomfort** – nepohodlí

**Dysproteinemie** - změna obsahu proteinů v krvi

**Duplexní ultrasonografie** - vyšetření spojující možnosti ultrazvuku a dopplerovského vyšetření.

**Edém** - otok

**Edukace** - ponaučení, naučení, výchova, vzdělávání

**Eliminovat** - chemická reakce organických sloučenin

**Epidermis** - nejsvrchnější vrstva kůže Erytrocyty - červené krvinky Etiologie - příčina

**Flebografie** - je RTG kontrastní vyšetření periferních žil nebo centrálních žil, kdy se kontrastní látka podává flexilou nebo katétrem do žíly.

**Flebologie** - obor zabývající se žilami

**Flebotrombóza** - je úplný nebo částečný uzávěr hlubokých žil krevní sraženinou

**Gangréna** - odumřená živá tkáň modifikovaná druhotnými změnami (infekce, vysychání)

**Hypertenze** - vysoký krevní tlak

**Hemodynamika** - popis oběhu krve na základě fyzikálních principů vč. jejich zvláštností v lidském organismu

**ICHS** - Ischemická choroba srdeční

**Imunodeficiencie** - porucha imunity

**Inkontinence močová** - samovolný únik moči  
**Insuficiencie** - nedostatečnost  
**Ischemie** – n nedokrevnost

**Kalcifikace** - zvápenatění

**KEP** - kompresivní elastické punčochy

**Klaudikační bolest** – křečovitě bolesti dolních končetin

**Osteomyelitis**- chronický zánět kostí

**Palpitaci** – vyšetření pohmatem

**Secernující** - vylučování

**Symetrické** - stejné

**Recidiva** - návrat nemoci

**RTG**- rentgen

**Mykóza** - hluboká plísňová onemocnění

**V.A.C. - Vacuum Assisted Closure** - podtlaková terapie

**Varixy** - žilní městky

**Vazodilatancia** - léky rozšiřující tepny

**Venofarmaka** - léky na křečové žíly

**Véna saphena magna** - hlavní povrchová žíla DK

# ÚVOD

Medicína je stále mnohem vyspělejší, modernější a efektivnější. Lékaři a zdravotnický personál je stále vzdělanější a proto jsou schopni vyléčit nebo zpomalit mnoho onemocnění, které dříve znamenaly pro člověka smrt. Statisticky bércový vřed postihuje 3 - 5 % především starší populace do 70. roku života a proto má onemocnění vzestupnou tendenci (HERMAN, MUSIL, 2011).

Bércový vřed je chronické onemocnění, velmi zdlouhavé, bolestivé a dochází u něho k častým recidivám. Odborná literatura udává, že u 26 % pacientů dochází k recidivě do jednoho roku. Je velmi důležité, aby každá všeobecná sestra znala specifika tohoto onemocnění a prováděla co nejefektivnější péči, ke které patří i správná edukace a prevence (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Bércový vřed je závažný problém, nejen pro pacienta, ale i pro celou jeho rodinu. Dochází k výraznému snížení kvality života pacientů a to nejen v oblasti zdravotní, ale i v intimní, ekonomické a sociální (ŽUFFOVÁ-KUNČOVÁ, 2007).

Všechny tyto poznatky by měly být k zamyšlení. Tato problematika je v dnešní době tak rozšířenou, že by bylo vhodné jí věnovat dostatek času, pozornosti, stále se v této oblasti vzdělávat, dbát na prevence a věnovat edukační činnost jak jedincům trpícím tímto onemocněním tak i rizikovým členům společnosti. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou. Teoretická část seznamuje s obecnými informacemi o historii, vzniku, příčin, diagnostice a až po nejnovější poznatky o léčbě bércového vředu. Empirická část se zaměřuje na edukaci pacientky s bércovým vředem. Cílem práce bylo celkově shrnout všechny poznatky v problematice bércového vředu, co nejlépe zpracovat edukační proces a vytvořit potencionální studijní materiál. Dalším cílem edukace bylo co nejlépe pacientku poučit jak o sebe pečovat pro zlepšení kvality života při tomto onemocnění v rámci hygieny rány, správné převazové technice, dietnímu režimu na podporu hojení ran a rehabilitaci. Práce může posloužit jako vzdělávací varianta, nejen pro zdravotnický personál, ale i laické veřejnosti.

# 1 BÉRCOVÝ VŘED

## 1.2. HISTORIE

Poznatky z historie o bércovém vředu neboli odborně o *ulcus cruris* jsou už od 5. století př. n. l. k Hippokratovi. Účelová plastika, tzv. votivní, která se prováděla v této době, znázorňuje muže objímajícího lýtko, na němž se nachází vystupující žíla. Déle se o bércových vředech zmínil Marcus Aurelius žijící ve 2. století n. l. Který uvedl „vředy zmizí stejně, jako uschnou rostliny, svede-li se tok potoka jinam“. Člověk poté spoustu let předpokládaly, že vřed na dolní končetině je způsoben „špatnými šťávami“. Z „humorální teorie“ vznikla „menstruální“. Podle ní menstruační krev uvázne během těhotenství v lýtkách a způsobí vřed. Poté William Harvey objevil a popsal krevní oběh v lidském těle v roce 1628. Tommaso Rima je další významný člověk, který se zabýval patogenezi varixů a jejich vliv na žilní návrat.

Další důležitou osobou byl Charles Gabriel Pravaz, ten popsal trombózu arteriálních aneuryzma v roce 1851. Verneuil v roce 1855 uvedl, že vřed nemusí být vždy následkem shluku křečových žil a různé druhy varikozit se mohou vyskytovat bez ulcerací. Dalším důležitým stoletím bylo 19. století. V tomto období se komplikacemi a léčbou varixů zabývalo hodně chirurgů. Poté v druhé polovině 19. století se lékaři opíraly o nejnovější poznatky hemodynamiky a znalosti z jiných oborů. (Pospíšilová, 1989).

## 1.3. DEFINICE

Definovat bércový vřed jde jako ztrátu kožní substance, zasahující různě hluboko, tkání a podkožních. Bércový vřed je chronický defekt kůže, charakterizován rozkladem tkáně a jejím odumřením (nekrózou). Narušená integrita kůže je první podmět pro vstup infekce do organismu. Tento defekt, se nejvíce vyskytuje se na dolní končetině s dobou hojení delší nežli 6 týdnů.“

## 1.4. EPIDEMIOLOGIE A SOCIOEKONOMICKÝ DOPAD

Současný výzkum udává, že zvýšený průměr věku obyvatel ve většině vyspělých národů spěje k vzestupu různých onemocnění spojených s vysokým věkem. Např. onemocněním bércových vředů, které má vzestupnou tendenci výskytu.

V dnešní době Ulcerace postihuje 0,3-1 % populace produktivního věku a u osob nad 70 let se prevalence pohybuje mezi 4-5 %. Žilní vřed má 12-14 % klientů s chronickou venózní insuficiencí. Více se bérkové vředy vyskytují u žen než u mužů, a to v přibližně poměru 2:1. Z toho 70 % populace má žilní vřed, který je nejčastější se vyskytující vřed.

Druhým typem vředu nazývaní se arteriální, poté trpí 10 % populace. Všichni pacienti mající bérkový vřed, trpí určitým diskomfortem, který z velké části ovlivňuje jejich způsob života. Nelze zapomenout i náklady spojené s léčbou a závislost nemocného na pomoci druhých. Léčba bérkových vředů vyžaduje velkou spolupráci zdravotnických oborů. Kromě kožních lékařů a chirurgických specialistů, se tímto onemocněním musí zabývat interní diabetologický, geriatrický, flebologický, nebo angiologický odborníci a mnoho další dalších pracovníků např. sestry, specialisté atd.

## 1.5. PŘÍČINY

Za určení příčiny se považuje stanovení správné diagnózy a úspěšné léčby pacienta. V dnešní době je mnoho klasifikačních schémat, ale jsou nedostačující k zahrnutí celého komplexního problému. Ve většině případů vznikají na podkladě onemocnění oběhového původu. Příčinu vzniku bérkového vředu a jeho prognózu, často určuje, lokalizace, velikost, charakter spodiny a okolní změny. Následující přehled se snaží spíše zachytit všechny stavy v souvislosti s vředy na bérce.

### 1.5.1. ULCERACE ZPŮSOBENÉ ZE VNÍMI VLIVY

Jedná se o poruchu vazomotoriky, přerušování tepen či žil.

**Fyzikální příčiny** (tlak, teplo, chlad, trauma, záření, RTG a jiná záření, sebepoškození).

Za poúrazové bérkové vředy neboli postraumatické, označujeme vředy, vzniklé v souvislosti s nějakým úrazem např. komplikovaná zlomenina, nebo náhodné poranění dolních končetin. Při těchto úrazech obvykle dochází k nekróze, poranění kostí, velké ztrátě tkáně nebo poranění kloubů a následně nato může dojít k rozvoji infekce.

Při sebepoškození, mluvíme o bérkových vředech artifiální. Ty obvykle jsou symetrické a vyskytují se na přístupných místech. Při sebepoškození je většinou zřejmý nezáměr nemocného o léčbu. Vlastní příčina bývá fyzikální, nebo chemická. Při hojení se vytvoří jizva.

**Chemické faktory** (léky, rostlinné extrakty, kyseliny, zásady, louhy, umělá hnojiva).

**Infekční onemocnění** (růže - erysipel, chronický zánět kostí - osteomyelitis, hluboká plísňová onemocnění - mykózy, uhlák – antrax, záškrť - diphtheria, kožní formy tuberkulózy a lepra.

### **1.5.2. ULCERACE ZPŮSOBENÉ VNITŘNÍMI VLIVY:**

Příčina ulcerací je různorodá, často i kombinovaná. Nejčastěji se vyskytují ulcerace žilního původu.

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

Žilní vředy jsou způsobeny poruchou látkové výměny v kůži a podkoží, vznikají na podkladě chronické žilní nedostatečnosti, Dochází k poruchám zpětného toku žilní krve, k jejímu městnání v dolních končetinách, následuje vznik přetlaku v žilním řečišti, čímž se žíly rozšiřují a objevují se varixy neboli křečové žíly. Důsledkem toho dochází ke změnám na stěnách cév primárních varixů nebo posttrombotického syndromu. Žilní chlopně nemohou plnit dostatečně svoji funkci a krev proudí oběma směry. To má za následek porušení výživy tkáně, nebo vznik edému postižené oblasti a dalšími kožními změnami. Vředy bývají rozsáhlé, jsou mělké s povleklou spodinou a s nepravidelnými okraji. Vyskytují se v oblasti bérce a kotníků. Na rozdíl od arteriální ulcerace při venózní nepocítuje pacient velkou bolest.

*Chronická žilní nedostatečnost (CVI)* je označována za stav, kdy žíly na dolních končetinách nedokáží správně plnit svoji funkci. Dochází u ní k poškození mechanismů žilního návratu krve k srdeční pumpě. Poslední fází je hromadění krve v žilách dolních končetin, se zvýšením žilního tlaku a to má za následek žilní hypertenzi. Celé to je způsobeno ve spojovacích žilách nebo v povrchovém žilním systému či nedomykavostí chlopní v hlubokém žilním systému. Zánětem hlubokých žil (flebotrombózou) je způsobena více jak polovina obstrukcí.

## **Rizikové faktory:**

Někteří lidé, především ženy, mají vrozený předpoklad k nedostatečné pevnosti žilních stěn nebo narušené funkci chlopní. Dalším faktorem může být hormonální příčina např. těhotenství, zaměstnání, při kterém člověk dlouho sedí anebo dokonce dlouhodobé stání které zhoršuje městnání krve. Při dlouhém stání navíc krev z dolních končetin musí téci proti gravitaci. Další faktory jako jsou věk, genetika, nevhodná výživa, obezita či nošení nesprávné obuvi. Na vzniku se také podílí prodělaný zánět hlubokých žil.

Bércové vředy dělíme dle způsobu vzniku na primární a sekundární

Na základě dlouhodobých primárních křečových žil. Vzniká primární chronická žilní nedostatečnost

Sekundární žilní nedostatečnost, ta je daleko obvyklejší. Po zánětu hlubokých žil se vyskytuje a je vyvolává úplnou, nebo částečnou neprůchodnost, nedomykavost chlopní popř. kombinaci těchto poruch. Následkem těchto změn hluboký žilní systém stagnuje, krev proudí do povrchových žil a vzniká žilní hypertenze, to vede ke změnám na kapilárách a k destrukci okolní tkáně.

Obvyklá je bolest, napětí nohou, pocit těžkých a unavených nohou, pálení, štípání svědění a noční křeče s ohledem na závažnost poškození oběhového systému. Tyto příznaky jsou subjektivní. Do klinických projevů zařazujeme varixy, otoky, ztrátu ochlupení, pigmentaci, změny na nehtech, zánětlivé onemocnění kůže, ekzém, šupinatou kůži se zesílenou rohovou vrstvou, tuhou kůži a v oblasti vnitřního kotníku vznikají drobné bělavé skvrny tzv. bílá atrofie.

*Varikózní vředy* v povrchovém a hlubokém žilním řečišti a spojovacích žilách vytváří změny. Vyskytují se v menší velikosti s hladkými okraji. Utvářejí se v oblasti nad kotníky ve větším počtu. Vřed má zarudlou spodinu, která obsahuje sekret nebo může být také suchá, atonická popř. žlutavě povleklá. V okolí se vyskytuje městnání krve v žilách jako následek jejího ztíženého odtoku. Při dlouhodobém trvání mohou vzniknout ankylózy kloubů deformity nohou, kalcifikace spojená s bakteriálními a mykotickými potížemi. Příčinou většinou bývá trauma nebo prasknutí křečové žíly. Typické jsou trofické změny kůže, rozšířená žilní kresba, temně hnědé pigmentace v okolí vředu nebo kdekoliv v různém rozsahu na bérce, kůže je suchá a olupující se, může se projevovat formou ekzémů a bolestivosti. Pro zjištění se provádí funkční zkouška žil, sonografie, flebografie a pletyzmografie.

*Posttrombotické vředy* mají větším rozsah, počtem a nepravidelný okraje. Typický je edém v postižené oblasti. Spodina je povleklá se zánětlivým charakterem. Výskyt je v oblasti kotníků i na



přední straně bérce. Okolí vředu je tuhé se zatvrdnutím tkáně a zmnožením vaziva. Při vyšetření jsou přítomny známky nedostatečnosti spojek a hlubokých žil. Kvůli silnému mokvání je hojení velice pomalejší. Jde o vředy s chronickou žilní insuficiencí, vyznačují až silnou bolestivostí, způsobující zánětem a rozsahem poškozené tkáně.

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

Jejich vznik je na podkladě zúžení nebo úplném uzávěru tepen na dolních končetinách. Arteriální ulcerace bývá menší, ale zato větší, hluboké s omezeně secernující spodinou, jsou velmi bolestivé, především v nočních hodinách. Nejčastěji bývají na nártách, na prstech a na patě, nebo v oblasti zevního kotníku. Častěji bývají u pacientů ve vyšším věku na podkladě částečného nebo úplného cévního uzávěru na dolních končetinách. Obliterující arteriosklerózu, Buergerovu chorobu a déletrvající hypertenzi řadíme mez příčiny.

*Obliterující arterioskleróza* je stav, kdy dochází k uzávěru cév, spojený s poruchou prokrvení. Arteriosklerotický uzávěr je na prstech a patě, méně pak na přední straně bérce a nad zevním kotníkem. Vředy jsou, mají spodinu nekrotického charakteru a po jejich odloučení vznikají žluté povlaky, mohou krvácet, končetina je chladnější, přesto okolí bývá zarudlé. Vředy jsou silně bolestivé především ve večerních hodinách. To se označuje jako tzv. klaudikační bolest. Rizikovým faktorem může být onemocnění ledvin, poruchu metabolismu tuků, či užívání tučných jídel, špatný životní styl, nadměrný stres, kouření a obezita. Častěji bývají postiženi muži než ženy a to až 5x častěji. Provádějí se polohové testy, arteriografie a vyšetření tuků. Hojení bývá obtížné a velice dlouhé a především závislé na průsvitu postižené tepny nebo velikosti uzávěru. (Pospíšilová, 2004).

*Buergerova choroba (trombangiitis obliterans Buerger)* zánětlivé onemocnění menších cév, tepenného a žilního systému, vedoucí k odumírání tkáně okrajových částí končetin. Rizikovou skupinou jsou především muži (kuřáci) mezi 40-60 rokem. Toto onemocnění zatím vzácné. Příčina nemoci není zcela známá, ale ovlivňující faktor je kouření. Jedná se o neinfekční zánět cévních stěn. Dolní končetiny jsou postiženy vředy na prstech nohou a bérkách. Jedná o změny na arteriích a tromby v žilách. Typické jsou křečovitě bolesti, opakující se flebitidy. Toto vede ke gangréně, nekróze a následné amputaci.

*Ulcus hypertonicum (morbus Martorell)* je vykytován především u žen s dlouhotrvající hypertenzí, ve věku 50-70let. Charakteristika vzhledu pro tento vřed je žlutá spodina s červeným lemlem. Vřed je povrchový a mělký a často se šíří do okolí. Objevuje se na zevní nebo přední straně bérce, může i oboustranně. Venózní nález bývá normální s dobře hmatným pulzem na bérce. Při hypertenzi, se ukládá v hyalínu ve stěnách arteriol a následně zúží jejich průsvitu.

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

*Ulcerace diabetické* se řadí mezi nejčastější příčiny vzniku bércevého vředu. Zevní traumata, způsobují až 80% diabetické ulcerace. Ulcerace obvykle vzniká na místech, vystavující se tlaku např. na ploškách, vnitřních stranách bérce či nad kostními výčnělky na prstech nohou. Dochází tak k ischemickým změnám, jako je zúžení a uzávěr velkých a malých cév, neuropatii či infekce. Otláčení nohou, díky nesprávné obuvi, bývá nejobvyklejší příčinou. Další úrazy vznikají např. při nedodržování režimu u diabetiků, jako je chození bez bot, nesprávně provedená pedikúra, dlouhé nehty apod. Dále může ulcerace vzniknout jako důsledek popáleniny při sníženém vnímání teplých povrchů. Jako příklad může být opaření teplou vodou při koupeli, chůze v teplém písku, nebo na rozpáleném asfaltovém povrchu. Ragády a plísňové infekce jsou další příčinou vzniku ulcerace, jelikož usnadňují průnik infekce do hlubších tkání. Rizikovou skupinou představují staří nemocní, osamělý lidé trpící DM, pacienti s ledvinovým selháním, po transplantaci ledviny či pacienti po amputaci, nebo již proběhlé a zhojené ulceraci v minulosti.

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

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

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

*Pyoderma gangraenosum* = zánět kůže s rozpadem tkáně, kdy dochází k jednomu, nebo více zánětlivým ložiskům. Ten bývají zezáčátku hnisavý, poté se změní v suchou nebo vlhkou nekrotickou tkáň s tmavočervenými podmiňovanými okraji a jsou bolestivé. Z Histologického hlediska se jedná o nekrotizující vaskulitidu. Výskyt je častý při ulcerózní kolitidě, bronchitidě, revmatoidní artritidě či Crohnově chorobě.

g) **Vředy při nádorovém onemocnění**

Jedná se o vředy spojené s maligními nádory. Jde o narušení integrity tkáně, při čemž dochází k růstu nádoru. Za vznik vředů mohou nejčastější nádory, jako jsou např. bazocelulární karcinom objevující se na obličejí, spinaliom a maligní melanom. Vředy jsou nepravidelné, silně mokvají a mají plastické okraje.

h) **Vrozené defekty**

i) **Genetické defekty** - např. Klippel- Trenaunayův syndrom

## 1.6. DIAGNOSTIKA

Hlavním cílem diagnostiky je správně určit příčinu a stav rány.

### 1.6.1. ANAMNÉZA

Anamnéza je základ pro vyšetření bércového vředu. Důležité jsou údaje o vyskytování se bércových vředů v rodině, dále anamnézy osobní, nebo sociální.

*Rodinná anamnéza* je nezbytná. Díky ní, se dá zjistit výskyt tohoto onemocnění v rodině. Lékaři se zabývají výskytem žilních a cévních onemocnění u rodičů či sourozenců, trombóz, bércových vředů, embolií, kardiovaskulárních chorob, cukrovky a vysokého krevního tlaku.

*Osobní anamnéza* zjišťuje informace o operacích v minulosti, úrazech na dolních končetinách či prodělaných chorobách jako jsou plicní embolie, ortopedické vady, flebotrombózy a tromboflebitidy. Dále je důležité zjistit, zda pacient kouří. U žen jsou pak velice důležité informace týkající se opakovaných porodů a užívání hormonální antikoncepce.

*Léková anamnéza.* Pacienta se ptáme na užívání léků aplikovaných nitrožilně a užívání psychiatrických léků, žen se dotazujeme na hormonální antikoncepci nebo substituční hormonální.

*Pracovní anamnéza.* Zde se dotazují pacienta na údaje o jeho zaměstnání, fyzické zátěži, sedavém zaměstnání nebo práci vestoje.

### 1.6.2. KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Za pomoci přístroje klinické vyšetření slouží ke zjištění původu bércového vředu. Subjektivně i objektivně hodnotíme mimo konstituci, výživu a tělesné pohyblivosti i bércový vřed.

*Subjektivní hodnocení zahrnuje:* ptáme se pacienta na bolest, svědění, pálení, křeče v nohou atd.

*Objektivní hodnocení zahrnuje:* velikost defektu (uvádí se její délku a šířku v centimetrech), lokalizaci, exsudaci, teplotu, hloubku, spodinu (nekróza má hnědočernou barvu, což svědčí o poruše prokrvení tepenného původu, hnisání a infekce jsou nebezpečné faktory, jelikož zvyšují riziko šíření do hlubších vrstev, defekt tepenného původu má obvykle zarudlé okolí, povlaky u defektů žilního původu jsou nažloutlé a žlutozelené, zápáchají (červenou barvu má granulační tkáň, která je známkou hojení defektu), okraje (hladké, nepravidelné, podmiňované, pozvolna nebo ostře spadající), okolí (chronická žilní nedostatečnost má rozmanité kožní projevy, ztrátou ochlupení a atrofii, artifiční vředy jsou bez známky porušení), tep a edém končetin.

### 1.6.3. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

U fyzikálního vyšetření se zaměřujeme na aspekci (pohled), palpitaci (pohmat), auskultace (poslech)

- **Fyzikální vyšetření pohledem** - pacienta můžeme vyšetřovat jak na lůžku tak i vestoje. Sledujeme stav pokožky, varixy a jejich rozložení, barvu kůže nohou, symetrii těla i dolních končetin, vředy, pigmentace, ekzémy, jizvy po operacích cévních nebo pouřazových, ortopedické vady, mobilitu pacienta. Nezbytnou součástí a důležitostí je popis množství, velikosti, lokalizace a hloubky vředů, jejich okraje a spodina.
- **Fyzikální vyšetření pohledem-** na končetině sledujeme teplotu, otok, kalcifikaci ve varixech, pulzaci, turgor, svalový tonus, sklerotizaci kůže.
- **Fyzikální vyšetření poslechem-** posloucháme tepny většího průsvitu.

### 1.6.4. CELKOVÉ VYŠETŘENÍ PACIENTA

Při celkovém vyšetření se ptáme pacienta na subjektivní a objektivní potíže, bolesti a křeče dolních končetin, otoky.

### 1.6.5. FLEBOLOGICKÉ FUNKČNÍ ZKOUŠKY

Funkční zkoušky se provádí k posouzení stavu žilního systému.

*Trendelenburgův test.* Tento test zjišťuje průchodnost hlubokého žilního systému a perforátorů dolních končetin před operací křečových žil. Při Trendelenburgově zkoušce pacient leží a zvedá končetinu z důvodu vyprázdnění žíly. Končetina musí být zvednuta o 30 stupňů. Končetinu zaškrtneme pod třísllem, pacient se postaví. Jestliže se varixy naplní do 30-35 sekund, jedná se o projev nedomykavosti chlopní spojovacích žil. To opakujeme znovu. Když se vyšetřovaný postaví hadici. Povolíme. Rychlé naplnění varixů shora dolů znamená nedomykavost chlopní velké vény sapheny.

*Perthesův test.* Tento test zjišťuje průchodnost hlubokých žil na dolních končetinách a domykavosti. Stehno se stáhne a pacient musí rychle chodit 1 minutu. Když je hluboký žilní systém nepoškozený, žilní měštky se vyprázdní. Pokud je stav naplnění žil stejný, jde o nedomykavost žilních spojek. Při zvětšení náplně žil, otoku a bolest jde o uzávěr hlubokého žilního systému.

*Mahornerův-Ochsnerův test.* Tento test má funkci spojujících žil. Pacienta položíme a přiložíme mu čtyři hadičky pod tříslu, uprostřed stehna, nad koleno a pod koleno. Poté se pacient musí postavit. Rychlá náplň mezi zaškrcení svědčí pro insuficienci perforátorů.

*Schwartzův fenomén neboli zkouška poklepem.* Tato zkouška se provádí ke zjištění insuficience chlopní v povrchovém žilním systému. Na místo křečové žíly dáme prst jedné ruky a klepeme, pomocí prsty druhé ruky zachycujeme nárazovou vlnu. Jestliže směřuje opačným směrem vlna než je obvyklé, jedná se o insuficienci chlopní vyšetřovaného úseku. Tento test se provádí se zkouškou kašlem.

*Valsalvův test neboli zkouška kašlem.* Test se provádí ke zjištění insuficience ústí vény sapheny magna a chlopní povrchového systému. Na vénu saphenu magna přiložíme ruku a při zakašlání ucítíme náraz krve, který je způsobený nedomykavostí chlopní. Jestliže jsou chlopně povrchového systému nedomykavé, je vlnění hmatné až ke kolenu.

*Lintonův test.* Tento test určuje průchodnost hlubokého systému. Pacientovi ve stoje zaškrtíme končetinu nad kolenem, poté si pacient lehne a zaškrcenou končetinu zvedne. Pokud se varixy nevyprázdí, je hluboký systém neprůchodný a naopak.

*Obinadlový test.* Jedná se o nejjednodušší vyšetření na průchodnost hlubokého systému. Pacienta položíme a zabandážujeme mu dolní končetiny od prstů po tříslu. Poté vyzveme pacienta k chůzi, která trvá 30 minut. Jestliže pacient udává napětí a bolestivost v končetině je zřejmé že se jedná o ztrátu průchodnosti a test musí být ukončen. Chirurgická léčba povrchových křečových žil je nemožná.

*Prattova zkouška.* Tato zkouška se podobá obinadlovému testu. Pacient chodí přibližně 15 minut a sledují se změny objemu dolních končetin. Při poruše hlubokých žil se objem při chůzi zvětšuje.

*Löwenbergův příznak* je charakterizován bolestí v lýtku pod manžetou tonometru nafouklou na tlak 13,3 kPa. Zde se mohou sledovat proměňující dilatované žíly podél kosti holenní tzv. Prattovy žíly.

*Bauerův příznak* jedná se o palpaci hlubokých lýtkových svalů, která je bolestivá.

*Homansův příznak* se provádí na podezření hluboké žilní trombózy. Zde se objevuje bolest v lýtku při dorzální a plantární flexi nohy způsobené tlakem trojhlavého svalu lýtkového na zanícený žilní kmen.

*Plantární znamení* zobrazuje bolest při palpaci plosky.

### **1.6.6. FUNKČNÍ ZKOUŠKY PERIFERNÍCH TEPEN**

*Ratschowa zkouška.* Tato zkouška může být označována jako námahová. Udává stupeň ucpání tepen dolních končetin. Pacient položí a zvedneme dolní končetiny na 3-5 minut. Pacient provádí pohyby jako při jízdě na kole. Tepny, které jsou uzavřené, způsobují zblednutí kůže za přítomnosti bolestí, které donutí vyšetřovaného zkoušku přerušit již po krátkém času testu.

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

### **1.6.7. VYŠETŘENÍ POMOCÍ PŘÍSTROJŮ**

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

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

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

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

*Arteriografie.* Jedná se o kontrastní rentgenové vyšetření. Zobrazuje místo a rozsah tepenného uzávěru, kolaterálního oběhu. Provádí se při podezření na porušení stěny tepen a je přínosná k diferenciaci diagnostice onemocnění tepen.

### **1.6.8. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

Základem je provést odběr krve na hematologii a biochemii, to zahrnuje sedimentaci, krevní obraz, hematokrit, glykemii. Dále se zkoumá i moč. D-dimery svědčí o nadměrném srážení krve, ty řadíme mezi speciální biochemické vyšetření. Na mikrobiologické, sérologické a histopatologické vyšetření se pak posílají vzorky z rány.

## 1.7. TERAPIE

Léčba bércového vředu musí mít komplexní charakter, být zaměřena na stav rány s následným cílem odstranění příčiny onemocnění, což může být v mnoha případech obtížné.

### 1.7.1. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ RAN

Faktory ovlivňující hojení rány dělíme na místní nebo celkové.

Mezi místní faktory patří: stav rány (její rozsah, vzhled, velikost, hloubku, lokalizaci, spodinu, okraje, sekreci, mikrobiální osídlení, přítomnost/nepřítomnost cizích těles, teplotu a stáří rány), okolí rány, preciznost a efektivita ošetrovatelské péče.

Mezi celkové faktory patří: věk, stav výživy, stav imunity, základní a přidružená onemocnění (ICHS, DM, anémie, imunodeficiencie aj.), komplikace, farmakoterapii, životní styl (abúzy, aktivity, životosprávu atd.), psychické a sociální aspekty, poruchy integrity kůže (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

### 1.7.2. FÁZE HOJENÍ

Hojení bércového vředu probíhá ve třech fázích, které se časově překrývají a nelze je od sebe oddělit:

- fáze čistící,
- fáze granulační
- fáze epitelizační

*Čistící fáze:* v této fázi je zapotřebí odstranit nekrózu, fibrinové povlaky a vyčistit spodinu rány. Tato fáze podporuje vhodně zvolené léčebné krytí, čištění vředu odsáváním nadbytečného sekretu s choroboplodnými zárodky. Dále slouží jako ochrana rány před infekcí, povzbuzuje přirozenou obranyschopnost a schopnost hojení. V neposlední řadě umožňuje odstranění odumřelé tkáně bez poškození buněk. Vhodné materiály jsou: Hydrogely, Algináty, Antimikrobiální krytí s nanokrystalickým stříbrem

*Fáze granulační:* v této fázi je zapotřebí chránit spodinu rány (před choroboplodnými zárodky, před mechanickým drážděním a proti vysychání) a podpořit novotvorbu tkáně. Tato fáze podporuje krytí novotvorbu tkáně tím, že vyrovnává hladinu vlhkosti, chrání ránu před vysycháním,

zabraňuje vzniku choroboplodných zárodků a chrání granulační tkáň před mechanickým drážděním. Vhodné materiály: Hydrogely, Polyuretany, Hydrokoloidy, Algináty, Antiseptické krytí.

*Fázi epitelizační:* v této fázi je zapotřebí podpořit hojení, udržet vlhké prostředí a zabezpečit nově vzniklou tkáň. Vhodné materiály: Hydrogely - Antiseptické krytí, neadherentní krytí s/ nebo bez masťového základu, tenké polyuretany, filmové krytí s/ nebo bez absorpčního jádra

### **1.7.3. LOKÁLNÍ - MÍSTNÍ LÉČBA**

Při ulcerace na bérce se dává přednost konzervativní léčby před chirurgickou, chirurgicko-plastickou nebo biologickou.

Konzervativní léčba se může provádět moderním nebo klasickým ošetřováním.

Za moderní způsob v ošetřování, který vzniknul zhruba před 20 lety, se považuje tzv. vlhké ošetřování ran. Hlavní podmínkou je odstranit odumřelé tkáně, vyčistit spodinu vředu a udržovat stabilní teplotu. Používáním vhodného materiálu na ráně se vytvoří vlhké mikroklima a dochází k urychlení hojení defektu. Moderní krytí se k ráně nepřilepí a tím při převazu nedochází k poškození nově vytvořené tkáně, takže výměna obvazu je téměř bezbolestná. Takto je možné udržet vřed bez potíží a v stále ve vlhkém prostředí. Důležité pro moderní hojení je vhodný materiál, který se zakládá na fázi hojení, charakteru spodiny, intenzitě mokvání a mikrobiálním osídlení. Výhodou je nepropustnost pro mikroorganismy, respektování výměny plynů a vodních par, minimální alergické reakce, jednoduchá a šetrná aplikace a snadná snímatelnost obvazů.

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

Naopak od moderního způsobu, má klasický způsob ošetřování za cíl vyčistit spodinu vředu s následným urychlením granulace a epitelizace. Zde se používají různé druhy obkladů, mastí a tinktur. Při klasickém ošetřování může, dojít k zastavení hojení pro vysušení rán. Opakované převazy, zvětšují riziko vzniku infekce. Ekonomickou nevýhodou je velká spotřeba obvazového materiálu.



#### **1.7.4. TERAPIE CELKOVÁ**

Prolíná se s léčbou místní a zaměřuje se na příčinu, přidaná onemocnění, stavu a subjektivním potížím nemocného.

Pro léčbu venózní ulcerace jsou nezbytné venofarmaka. Ty pozitivně ovlivňují žilní stěnu, mikrocirkulaci, jsou protizánětlivé, snižují propustnost, zlepšují odtok lymfy a zlepšují trofiku tkání. Mezi venofarmaka patří Aescin, Anavenol, Antistax, Ascorutin, Cilkanol, Cyklo 3 Fort, Danium, Detra, Doxium, Dobica, GinkorFort, Glyvenol, Venoruton, Varixinal atd.

K žilní a tepenné etiologii jsou jako medikamenty předepisovány vazodilatancia. Ty slouží ke zvýšení prokrvení a okysličení s následným rozšířením cév, patří mezi ně tyto léky: Agapurin, Trental, Pentomerretard, Pentoxifyllin AL retard, Vasonitretard.

Léčba komplexní má za úkol zabývat se přidruženými chorobami nemocného např. hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, onemocněním ledvin, cukrovkou a pohybovými potížemi. Nezbytné je brát potaz i na subjektivní potíže, kterými mohou být pálení, bolest, svědění a křeče v nohou.

#### **1.7.5. TERAPIE KOMPRESIVNÍ**

Tato léčba patří mezi základní léčebná opatření u pacientů s venózními vředy a je velice účinná, nenahraditelná a jedinečná. Přiložením komprese kauzálně ovlivňujeme porušené hemodynamické poměry: docílíme zúžení patologicky rozšířených žil, snížení stupně nedomykavosti žilních chlopní, zvýšení žilního návratu, ústupu otoků, zlepšení mikrocirkulace postižené oblasti a v konečném důsledku i zlepšení podmínek pro hojení ulcerace.

Pro kompresivní terapii bérceových vředů se používají kompresivní obvazy nebo elastické punčochy. Kompresní obvazy rozdělujeme na obvazy s dlouhým a krátkým tahem.

*Kompresivní obvazy s dlouhým tahem* se používají jen u chodících pacientů ke krátkodobé bandáži. Přes noc a odpočinku se odstraňují.

*Kompresní obvazy s krátkým tahem* urychlují proudění, zúžení rozšířených žil, zmenšují otoky, zlepšují návrat krve z žil k srdci, snižují žilní hypertenze a celkově mají pozitivní vliv na čerpací venózní funkci.

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

*Kompresivní elastické punčochy (KEP)* jsou používány při zhojení bércového vředu. Jsou pohodlné a dobře se navlékají. Mají dlouhodobý efekt a dělí se do čtyř kompresivních tříd. U všech typů musí být vyplněna pata. Problémem punčoch může být dráždivost na kůži, nemohou se používat na otevřené rány a ekzémy, při návratu otoku se musí změnit velikost punčoch a měření musí být precizní v ranních hodinách. Správná KEP musí mít dostatečný tlak v oblasti kotníků a postupně se snižovat, nesmí končetinu zaškrcovat, ve stehenní oblasti musí být dostatečně široké a nesmějí padat (MACHOVCOVÁ, 2009).

### **Základní pravidla pro aplikaci kompresivních obinadel**

- Ještě než si pacient svěsí dolní končetiny, přiloží se kompresivní obinadla na ránu to je nejvhodnější. Pokud již pacient má svěšené končetiny, musí si lehnout do horizontální polohy a mírně zvednout dolní končetiny po dobu 20 minut, poté je opět vhodné přiložit obinadlo.
- Defekt a okolí musí být pečlivě ošetřeno, než přiložíme obinadlo.
- Aplikace ochranných kompresí na místa náchylná k otlakům.
- V hlezenním kloubu noha zaujímá pravý úhel, v oblasti kotníku je tlak obinadla největší, obinadlo pokrývá celou končetinu a při každé cirkulární či klasové otáčce se ze 2/3 otáčky překrývají, obinadlo nesmí škrtit nebo tvořit přehyby, pacient s bandáží by měl chodit (STRYJA, 2011).

#### **1.7.6. FYZIKÁLNÍ LÉČBA**

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

#### **1.7.7. RADIKÁLNÍ LÉČBA**

Jedná se o chirurgické výkony, jako jsou: sklerotizace, cévní rekonstrukce u tepenných ulcerací či odstranění nedomykavých míst na povrchovém a spojovacím žilním systémem.

Débridement - jedná se o chirurgické vyčištění rány, součást toalety rány. Smyslem débridementu je veškeré odstranění nekrotických tkání a nečistot z rány, které nemají šanci na zhojení. Výsledkem je obnažená zdravá tkáň. Dále se výrazně snižuje zánětlivá reakce okolních

tkání, eliminuje se zápach a sekrece z rány. Jestliže lékař naordinuje pacientovi léčbu débridementem, je prve musíme zohlednit lokální nález (nekrózu) a typ rány, charakter základního i přidruženého onemocnění, bolestivost a celkový stav pacienta, poté může dojít k zákroku. Následuje fáze udržovací, kdy se snažíme udržet ránu čistou. V této fázi používáme moderní vlhkou terapii ran (STRYJA ,2011).

Larvoterapie – další velmi účinnou, ale nákladnou terapii bércového vředu, je larvoterapie. Do rány se nasadí larvy bzučivky zelené (*Lucilia sericata*), larvy pomocí svých trávicích enzymů rozkládají nekrotickou tkáň, likvidují i bakterie rezistentní na antibiotika, podporují prokrvení tkáně (STRYJA et al., 2011).

*Autotransplantace* – jedná se o transplantaci vlastní tkáně, nejvhodnější, nedochází k negativním imunitním reakcím, vysoké procento uchycení štěpu, optimální je použít kůži stejné barvy a odolnosti.

*Alotransplantace* – při této transplantaci dochází od dárce stejného druhu nebo syntetické náhrady (např. Biobrane, Apligraf, Integra a Dermagraft), ty překrývají ránu pouze dočasně, aby nedošlo ke ztrátě bílkovin a elektrolytů, nesmí se přihojit.

*Xenotransplantace* - transplantace tkáně od jiných živočišných druhů, nejčastěji prasat, biologicky se nejvíce podobá lidské kůži (ZEMAN, KRŠKA, 2011). Amputace dolní končetiny - je oddělení končetiny od zbytku těla v různé výšce. Výše amputace závisí na cirkulaci krve ve zbylé části a na možnosti protézování. Je to poslední, radikální řešení bércového vředu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013). Ostatní metody

*Amputace dolní končetiny* – jedná se o oddělení končetiny od zbytku těla v různé výšce. Výše amputace závisí na cirkulaci krve ve zbylé části a na možnosti protézování. Je to poslední, radikální řešení bércového vředu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

## **1.8. LÉČEBNÝ REŽIM**

### **1.8.1. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ HOJENÍ VŘEDŮ NA BÉRCI**

Je celá řada faktorů místního i obecného charakteru, které často nepříznivě ovlivňuje hojení.

**Systémové faktory** vyplývají z celkového stavu organismu, základní příčiny rány, přidružených chorob (hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, respirační

onemocnění, autoimunitní onemocnění, choroby pohybového aparátu a pojiva, anémie a maligní onemocnění) a jejich léčby. Faktory je nutné zohledňovat, kompenzovat popř. eliminovat (BUREŠ, 2006).

*Věk.* U starých lidí dochází k pomalejšímu hojení ran z důvodu involučních změn, ty mají vliv na hojení rány a funkci všech tělesných buněk.

*Imunita.* Lidé, kteří jsou nemocní, mají sníženou imunitu a hrozí u nich vyšší náchylnost k infekcím různého původu. Mnohdy se kombinuje s nedostačující stravou i s maligním onemocněním.

*Výživa.* Když pacient trpícím bércovými vředy nepřijímá dostatečné množství základních živin (bílkoviny, stopové prvky a minerály) je proces hojení rány zkomplikován.

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

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

*Centrální hypoxie.* Při poškození CNS.

*Spánek a psychický stav.* Nedostatek spánku, deprese, stres, špatný psychický stav, úzkost, strach z opakovaného onemocnění a sociální izolace má velký negativní vliv na hojení.

*Návyky.* Jedná se o užívání alkoholu, kouření

*Způsob života.* Dalšími faktory mohou být výměna obvazů, způsob ošetřování rány, kulturní zvyky nebo i provozování některých sportů.

**Místní faktory** se zaměřují již na ránu samotnou. Hodnotíme hloubku, velikost, spodinu, lokalizaci, okraje, stáří a teplotu rány.

*Hloubka a velikost rány.* Čím větší a hlubší defekt, tím je delší doba hojení.

*Spodina a sekrece z rány.* Nemůže dojít ke zhojení, pokud se na ráně vyskytuje nekróza, krevní sraženiny, mazlavé nebo pevně ulpívající povlaky, zaschlé tkáňové výpotky a fibrinové nálety. Nadměrná i nedostatečná sekrece z rány má také negativní vliv na hojení. K hojení je potřebná ideální vlhkost.

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

*Stáří rány.* Defekty, které se delší dobu neošetřují, mají delší dobu

*Mikrobiální osídlení.* V každé ráně jsou usídleny mikroby. Přítomnost bakterií nemusí však znamenat infekci, ale i kontaminaci. Mezi nejčastější řadíme *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* a *Bacteroides species*. Infekce v ráně se projevuje zvýšenou sekrecí, zarudnutím, napětím, bolestí a zápachem. Nežádoucí a špatně eliminované mikroby často narušují proces hojení (BUREŠ, 2006).

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

## 1.9. REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Pokud pacient dodržuje veškeré zásady léčebného procesu je velká pravděpodobnost zhojení rány. Jestliže je pacient dobře poučen a o svém onemocnění, o zásadách chování a jednání, které má dodržovat při léčbě, jeho prognóza se bude zlepšovat. Pacienti trpícím onemocněním bércového vředu musí být edukovány nejen o problematice onemocnění, ale i o dietním režimu, pohybovém režimu, rehabilitaci, bandážování, životním stylu a v mnoha dalších oblastech. Pacienti musí dbát na správnou životosprávu, jíst několikrát denně malé porce jídla, vyváženou pestrou, zdravou stravu, bohatou na vitamíny a stopové prvky. Měl by dodržovat pitný režim. Při obezitě redukovat svoji hmotnost. Pravidelně se vyprazdňovat. Nekouřit, nebrat drogy! Kouření má mnoho nežádoucích účinků, které se týkají každé lidské soustavy. Nepít nadměrné množství alkoholu. Nepřetěžovat a nestresovat se. Rozložit si pracovní a relaxační dobu. Věnovat se svým koníčkům a aktivitám. Chodit na pravidelné procházky minimálně 30 minut denně. Provádět pravidelně vykonávat cévní gymnastiku. Při delším sezení nebo stání, polohovat končetiny. Provádět správně hygienu těla, ale i defektu, sprchovat jej prostředky přímo určenými na rány. Promazávat okolí rány. Zastříhávat nehty a kůži na nohou, nejlépe se svěřit do péče kvalifikované pedikérky. Nosit vhodnou a kvalitní obuv. Obuv musí být pohodlná, dobře padnoucí bez vysokého podpatku. Nosit pohodlné oblečení z přírodních materiálů, které zabraňují nebo absorbují pocení.

## 2 EDUKACE

Edukace je charakterizovaná jako proces vzdělávání a výchovy, která probíhá od prenatálního života do smrti. Například když si dítě osvojením mateřský jazyk a komunikačních dovedností, hygienické návyky, či motorických dovedností. Edukace má svá specifika. Jedná se o postup předávání informací pacientovi. Cílem edukace je, aby pacient získal vědomosti, osvojil zručnost, porozuměl novým poznatkům a utvořil si nové postoje. Pojem edukace, který pochází z Latinského slova *educare*, *educare* – vychovávat je pojem který má své nenahraditelné místo v ošetrovatelství. Edukaci může provádět kdokoli, kdo poskytne informace a vysvětlení je jiné osobě či osobám (sestra, lékař, učitel, školitel, lektor, instruktor, konzultant).

V souvislosti s velkým rozvojem ošetrovatelství dochází současně i ke změně role sestry. Zdravotní sestra by měla edukovat a povzbuzovat jednotlivce, rodinu nebo komunitu, za zodpovědnost svého zdraví i dodržování zdravého způsobu života. Oproti tomu za profesionální péči jsou zodpovědné sestry.

Vzdělání sestry je adekvátní k její roli, postavení, zodpovědnosti a kompetencím. Sestry pomáhají jedincům, rodinám a komunitám zabezpečovat jejich fyzický, mentální a společenský potenciál v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí a pracují (MAGUROVÁ, MAJERNÍKOVÁ, 2009).

## **2.1. OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY**

Edukaci pacienta velmi často ovlivňují faktory osobní. Faktorem bývá věk, pohlaví, zdravotní stav a jednotlivé vlastnosti osobnosti (empatie, aktivita, svědomitost, tolerance atd.) Podílejícím faktorem bývá vzdělání, zkušenosti, vědomosti, schopnosti verbální i neverbální komunikace a zručnost pacienta. Další faktory jako prostředí, zvolené pomůcky a dostupnost případných materiálů. U pacientů se můžeme setkat s různými motivacemi, postoji a potřebami. Jiná kultura, sociálním podmínky, pohyblivostí a zručnost jsou další faktory ovlivňující edukaci.

## **2.2. ZÁSADY SPRÁVNÉ EDUKACE**

Nejdůležitější pro kvalitní edukaci je navázání důvěrného a kamarádského vztahu mezi sestrou a pacientem. Kdy se pacient zcela otevře a nebojí svěřit svému edukátorovi (sestře). Věří mu, nebojí se spolupráce, vzájemných rozhovorů a kladení otázek. Informace, otázky sdělující pacientovi by měly být systematické, ucelené, srozumitelné, názorné a podávané po částech, aby je pacient dokázal vstřebat. Nemocný by se měl aktivně podílet. Nejdůležitější zpětná vazba pro ověření vědomostí, které sdělujeme, je nejdůležitější zpětná vazba od pacienta.

### 3 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTKY S BÉRCOVÝM VŘEDEM

#### **Kazuistika pacientky**

Pacientka propuštěna do domácí péče k doléčení hlavní diagnózy bércového vředu LDK.

Bércový vřed se nachází v dolní polovině bérce. Velikost rány: výška 4,9 cm, šířka 2,7 cm a hloubka 0,4 cm. Vzhled rány: spodina rány je čistá s viditelnou granulací, sekrece je mírná, okraje rány jsou ohraničené a okolí rány je klidné. Rána mírně zapáchající. Ránu ošetřuje sestra z DP. Ránu zdesinfikuje a poté na ni dá sterilními čtverci s Ialugenem mastí, přiloží sekundární sterilní krytí a savou vrstvu Zetuwit. Poté následuje kompresivní bandáž. Rána se převazuje denně. Všechna podstoupená ošetření rány se zapisují do převazové dokumentace, které je součástí i fotodokumentace. Pacientka bércovým vředem trpí již 6 roků, se střídáním období recidiv a vyléčení.

Pacientka je částečně soběstačná, chodí pomocí podpůrné hole. Občas pociťuje bolest, hlavně při převazu rány. Klientka užívá analgetika. Do nemocnice pacientka pravidelně dochází na kontroly, na chirurgické oddělení. Pacientka působí klidně, se zdravotnickým personálem spolupracuje, komunikuje. Se svým zdravotním stavem je seznámena a plně ho chápe.



## 1. FÁZE - POSUZOVÁNÍ

**Jméno:** A. K.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 67

**Bydliště:** Vlčice, okres Trutnov

**Rasa:** europoidní

**Etnikum:** slovanské

**Vzdělání:** základní

**Zaměstnání:** důchodce

### Anamnéza

**Nynější onemocnění:** Chronická bércový vřed LDK, celková slabost, únava, bolest defektu LDK

**Osobní anamnéza:** mozková mrtvice 2009, primární hypertenze od roku 2008, anemie, mitrální insuficience

**Alergická anamnéza:** neudává

**Abúzy:** alkohol pije jen příležitostně například při rodinných oslavách, ostatní závislosti neudává

### Farmakologická anamnéza:

Helicid 10 Zentiva – (1 – 0 – 1) (indikační skupina - antiulceróza),

Concor 2,5mg - (1 – 0 – 0) (indikační skupina - betablokátory),

Furon (1 – 0 – 0) (indikační skupina - diuretika),

Detralex tbl. ( 1 – 0 -1 ) (indikační skupina - venotonikum, vazoprotektivum)

Enelbit retard 100mg tbl. ( 1 – 0 – 1) (indikační skupina - vazodilatans),

Novalgin ( dle bolesti ) (indikační skupina - analgetika)

Zolpidem ( dle potřeb na spaní) (indikační skupina - narkoleptika)

## Základní údaje

<b>Tělesný stav</b>	Přiměřené postavy, bércový vřed na LDK.
<b>Mentální úroveň</b>	Dobrá, orientována místem, časem i osobou.
<b>Komunikace</b>	Normální, dorozumí se.
<b>Zrak, sluch</b>	Zhoršený zrak.
<b>Řečový projev</b>	Srozumitelný.
<b>Paměť</b>	Krátkodobá i dlouhodobá.
<b>Motivace</b>	Přiměřená, zájem o nové vědomosti.
<b>Pozornost</b>	Přiměřená zdravotnímu stavu, zájem o svůj zdravotní stav.
<b>Typové vlastnosti</b>	Melancholik.
<b>Vnímavost</b>	Bez omezení.
<b>Pohotovost</b>	Reakce jsou přiměřeně věku.
<b>Nálada</b>	Pozitivní, chce se dozvídat nové informace.
<b>Sebevědomí</b>	Přiměřené.
<b>Charakter</b>	Přátelská, komunikující, bezprostřední.
<b>Poruchy myšlení</b>	Přiměřené věku.
<b>Chování</b>	Přívětivé.
<b>Učení</b>	<b>Typ</b> – emocionální <b>Styl</b> - vizuální, auditivní, systematický, logický <b>Postoj</b> – zajímá se o nové informace o svém onemocnění <b>Bariéry</b> – strach

AUTOR: KRSKOVÁ, 2017

## Posouzení fyzického stavu, zdravotních problému a edukačních potřeb

Posouzení podle Marjory Gordonové

**1. Podpora zdraví:** Pacientka se v současné době léčí s onemocněním bércového vředu na LDK. Pravidelně chodí na preventivní prohlídky ke svému praktickému, zubnímu lékaři a do chirurgické ambulance. Nedodržuje správné zásady životosprávy a dietního opatření, proto je nutné učinit změny, aby přispěly k léčbě onemocnění. V minulosti v rodině již výskyt stejného onemocnění.

**2. Výživa:** Pacientka váží 77 kg, měří 169 cm. Jí asi 3x denně klasické porce. Konzumuje hlavně uzeniny a mastná jídla. Ovoce a zeleninu skoro nekonzumuje. Většinou pije ochucené sycené vody, ovocné šťávy nebo kávu asi 3x denně. Alkohol nepije. Domnívá se, že strava nemá zásadní vliv na léčbu. Ráda si dopřává sladké ke kávě.

**3. Vylučování:** Pacientka udává potíže s močením. Trpí inkontinencí a používá kontinentní vložky. Moč má přirozenou barvu, bez příměsí a zápachu. Stolici má pravidelnou, bez příměsí. Zácpou ani průjmem netrpí. V této oblasti je samostatná.

**4. Aktivita, odpočinek:** Pacientka již nežije sportovně. Nechodí již na procházky ani nikam nejedí. Pacientky jediný pohyb je chození po bytě. Žádné aktivity neprovozuje. Denně spí asi 6-8 hodin. Každý odpoledne po obědě jsi, jde na chvíli lehnout a odpočívá. V současné době má mírné problémy se spaním i s usínáním. Občas užívá léky na spaní. Po usnutí problémy se spánkem nemá. Pacientka je velice často unavená odpoledne, a proto chodí pravidelně si lehnout. Léky na spaní neužívá. Pacientka chodí o FH, chůze pomalá, nejistá. Pacientka je částečně závislá na cizí pomoci, potřebuje pomoc při úklidu, nákupu. Pacientka komunikuje a spolupracuje.

**5. Vnímání, poznávání:** Pacientka je při vědomí, je orientovaný časem, místem, prostorem i osobou. Hůře slyší, brýle nosí pouze na čtení. O své zdravotní kondici je plně informovaný od svého praktického lékaře. Na kontroly chodí pravidelně, je evidována ve službách DP, kde jí sestra hlídá návštěvy, zařizuje kontroly, provádí odběry a plně se stará o zdravotní stav pacientky.

**6. Sebepojetí:** Pacient se hodnotí jako realista. Oporou je jí celá rodina. Doufá, že se její stavlepší. Má obavy ze zhoršení zdravotního stavu. Snaží se spolupracovat. Se svým dosavadním životem je spokojena. Jeví se jako melancholik.

**7. Role, vztahy:** Pacientka je vdaná, bydlí v rodinném domě s manželem a má dva syny. V rodině nejsou žádné vztahové nejasnosti a s rodinou je stále v kontaktu. I když mají již své rodiny, stále klientku navštěvující, chodí pacientce na nákup, pomáhají s údržbou baráčku nebo přijdou jen tak na klábosení s pacientkou.

**8. Sexualita:** Aktivní sexuální život už neprovozuje. Má dvě děti. Na pravidelné gynekologické prohlídky již nechodí.

**9. Zvládání zátěže:** Pacientka o sobě mluví jako o realistovi. Stres nepocituje, přímá život tak jaký je a uvádí, že se má tak jako každý starý člověk. Výskyt problému vyřeší sama, nebo s rodinou. Klientka je nekonfliktní typ.

**10. Životní hodnoty:** Pacientka mluví o tom, že prožila krásný život, nyní už nemá žádné vytyčené cíle. Chce dožít klidný život bez bolesti se svojí rodinou a přáteli. Je ráda, že je již v důchodu a může si dopřát zasloužený odpočinek. Mezi hlavní hodnoty řadí rodinu, snaží se o spolupráci.

**11. Bezpečnost, ochrana:** Nejlépe se cítí v domácím prostředí. Nemá ráda nemocnice a doufá, že již se do žádné nedostane.

**12. Komfort:** Pacientka se cítí v pohodě. Z důvodu věku se klientka při vyšší námaze zadýchává. Zhoršený pohyb má klientka jak kvůli onemocnění, tak úměře věku. Klientka chodí o FH. Udává bolest kolenou při chůzi.

**13. Jiné (růst a vývoj):** Růst a vývoj pacientky je fyziologický. Vzhledem k jejímu věku, v této oblasti již nemá co uvést.

### **Profil rodiny**

Pacientka je vdaná, se svým mužem žije již téměř 50 let. Žijí v rodinném domě. Mají spolu dvě děti, každé dítě už bydlí ve svém domě společně se svou rodinou. Nejstarší syn (48 let) pracuje jako automechanik v Trutnově. Další syn (46 let) pracuje jako zedník. Pacientka je v důchodu. Se svými syny má dobrý vztah. Často jí navštěvují a tráví spolu čas.

Na zjištění vědomostí pacientky byl použit následující vědomostní vstupní test, který obsahovat následující otázky:

### Vstupní test

Otázky	Ano/Ne/Nevím
Víte co je to bérkový vřed?	Ano
Vyskytl se ve vaší rodině bérkový vřed již v minulosti?	Ano
Ošetřovala jste někdy bérkový vřed sama?	Ano
Víte jak provádět správnou hygienu bérkového vředu?	Nevím
Znáte dietní opatření na podporu hojení defektu?	Ne
Znáte zásady správného stravování? Ano	Ne
Dokážete sama provádět bandáže dolních končetin?	Ne
Znáte nějaké rehabilitační techniky?	Ne
Znáte pojem cévní gymnastika?	Ne
Počítáte se změnou kvality života?	Ano

AUTOR: KRSKOVÁ, 2017

Z údajů vyplývajících z dotazníku jsem zjistila, že pacientka uvádí, nejistotu v oblasti hygieny a ošetřování bérkových vředů, neuvědomují si vliv výživy na hojení vředu samotného a nezná rehabilitační metody na podporu jejího zdravotního stavu. Toto onemocnění je v dnešní době velice časté a závažné, také se u pacientky vyskytuje v rodině, je nutné pacientku poučit ve všech těchto směrech. Pacientka počítá se změnou kvality života po edukaci.

**Motivace pacientky:** pacientka má velikou motivaci dozvědět se nové informace ohledně onemocnění, naučit se správné techniky ošetřování rány, vědět více znalosti v rámci dodržování životního stylu, který může podpořit hojení defektu a chce umět provádět rehabilitační cviky. Nejvíce ji motivuje její zdravotní stav. Pacientka věří, že když bude dodržovat všechny zásady, které se během edukace naučí, povede to ke zkvalitnění jejího zdravotního stavu a života. Obrovskou motivací pro ni je i její rodina.

## **1. FÁZE – DIAGNOSTICKÁ**

### **Deficit vědomostí:**

- správné dodržování hygieny a správné obvazové technice
- dietním opatření a změny životního stylu
- rehabilitační metody

### **Deficit v postojích:**

- počáteční nejistota
- nejistota ve vyléčení
- nejistota ve schopnosti dodržovat režimového opatření
- pochybnosti ve schopnosti dodržet změny ve stravovacích zvyklostech
- strach z možných komplikací
- pochybnost o nemožnosti rehabilitace

### **Deficit zručností:**

- v péči o pokožku nohou
- v obvazové technice
- v dodržování dietního režimu.
- v tělesných aktivitách

## 2. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

**Podle priorit:** na základě vyhodnocení vstupního vědomostního testu jsme si stanovili priority edukačního procesu:

- hygieně rány a správné obvazové technice
- dietní opatření
- rehabilitační techniky

**Podle struktury:** tři edukační jednotky.

**Záměr edukace:**

- mít co nejvíce vědomostí o dodržování správných hygienických návyků a správné technice obvazování rány
- seznámit se s dietním režimem a umět dodržovat životosprávu
- pravidelně provádět vhodná rehabilitační cvičení

**Podle cílů:**

- **Kognitivní** – pacientka jeví zájem o léčbu bércových vředů. Pacientka začne být znalejší, sebevědomější a klidnější při ošetřování defektu. Má zájem o své zdraví. Zaměřuje se na své onemocnění a vytváří pozitivní vztah k činnostem. Má vědomosti o dodržování správné technice v rámci hygieny v ráně a umí používat správnou obvazovou techniku, nabyla vědomosti o dodržování správného dietního režimu, který podporuje hojení ran a zná techniky rehabilitace. Zná zásady zdravého dietního režimu a ví o vhodných potravinách, které dokáže vyjmenovat, zná prostředky k hygieně rány a provádí, vhodný obvazový materiál a umí provádět rehabilitační cviky dolních končetin. Je edukována o zdravém životním režimu, ví, jak se dodržuje a řídí se jím.
- **Afektivní cíle** - se týkají názorů, postojů a hodnot pacienta.
- **Behaviorální** – dodržuje pravidla očisty rány a umí udělat správnou bandáž dolní končetiny. Automaticky bude dodržovat tyto zásady.

**Podle místa realizace:** pacientčina edukace, bude probíhat u pacientky doma. Je to klidné, tiché, dobře osvětlené místo, kde se pacientka cítí dobře. První edukační jednotka - Hygiena rány a následný převaz rány bude z části probíhat v koupelně u pacientky.

**Podle času:** edukační proces je rozdělen do 6 dnů, tak aby pacientku edukace příliš neunavovala, měla čas na vstřebání nových poznatků a měla pocit dostatečného času na naučení. Edukace bude probíhat v dopoledních hodinách mezi 10-11h., kdy pacientka není tolik unavená.

**Podle výběru:**

- začáteční a ukončující test
- výklad
- vysvětlování
- rozhovor
- ukázka v praxi
- zhodnocení a diskuze

**Edukační pomůcky:**

- časopisy, brožurky
- obrázky
- pomůcky k hygieně rány a vhodný převazový materiál
- rehabilitační pomůcky
- židle
- notebook
- poznámkový sešit

**Podle formy:** individuální.

**Typ edukace:** prohlubující, naučná.



## **Struktura edukace:**

- 1. Edukační jednotka:** Hygiena rány a technika převazů
- 2. Edukační jednotka:** Dietní režim a zdravý životní styl
- 3. Edukační jednotka:** Rehabilitační cvičení

## **Časový harmonogram edukace:**

**1. Edukační jednotka:** 6-7. 3. 2017 od 10:00 do 11:00 h. - v době edukace pětiminutová přestávka na odpočinek a přesun z koupelny do pokoje, (60 minut).

**2. Edukační jednotka:** 8- 9.3 2017 od 10:00 do 11.00 h. - době edukace pětiminutová přestávka na odpočinek (60 minut).

**3. Edukační jednotka:** 10.3 a 13. 3. 2017 od 10:00 do 11:00 h. - době edukace pětiminutová přestávka na odpočinek (60 minut).

## **4. FÁZE - REALIZACE**

### **1. Edukační jednotka**

**Téma edukace:** Hygiena rány a správná převazová technika

**Místo edukace:** byt pacientky (koupelna, její pokoj)

**Časový harmonogram:** 6-7. 3. 2017 od 10:00 do 11:00 h. - v době edukace pětiminutová přestávka na odpočinek a přesun z koupelny do pokoje, (60-65 minut)

### **Cíl:**

***Kognitivní*** - pacientka bude mít vědomosti o správné hygieně a technice převazu rány, o postupu hygieny rány a převazu, a o znalosti pomůcek, které se používají k hygieně či vhodnému převazovému materiálu.

***Afektivní*** - pacientka udává zájem o podaných informacích, udává spokojenost, chápe význam získaných informací. Je ochotná spolupracovat

***Behaviorální*** - pacientka umí použít postup hygieny rány a udělat převaz DK, ví o pomůckách, které se používají k hygieně, umí zvolit vhodný materiál k převazu.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** v domě pacientky, pacientka má pocit bezpečí, je ve známém nestresujícím prostředí.

**Edukační metody:** vstupní a výstupní test, výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, zodpovězení kladených otázek, diskuze.

**Edukační pomůcky:** psací potřeby (propiska, zvýrazňovače), poznámkový sešit, notebook, brožury, časopisy, pomůcky k hygieně rány, převazový materiál.

### **Realizace 1. edukační jednotky**

*Motivační fáze:* (5 minut) seznámení s klientkou (pozdrav, představení) pacientku požádáme, o zavedení do místnosti určené k edukaci, navodíme příjemnou a přátelskou atmosféru (chvíli si s pacientkou povídáme, abychom navodily přátelskou atmosféru), snažíme se odstranit počáteční nejistotu a ostych, povzbuzujeme pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlíme podstatu všech získaných informací a hlavně jak moc jsou důležité.

*Expoziční fáze:* (15 minut).

Na začátek se zaměříme na základní zásadu správné hygieny rukou, která je nezbytná pro pokračování v edukaci.

### **Zásady hygieny rukou**

Ruce si omyjeme vždy před i po očištění rány. Správně omyté ruce jsou zbaveny špíny a nehrozí přenos bakterie na ránu.

### **Postup při mytí rukou:**

V první řadě sundáme z rukou veškeré šperky na ruce, dále namočíme ruce pod tekoucí vodou přiměřené teploty, na ruce naneseeme mýdlo (vhodné je dezinfekční), ruce napěníme a omýváme přibližně 30 sekund pod tekoucí rukou, mnoucími pohyby, na nečistoty za nehty použijeme kartáček, opláchneme pod tekoucí teplou vodou, ruce osušíme čistým ručníkem, pacientka by měla mít ostříhané nehty, neměla by nepoužívat laky na nehty nebo mít gelové nehty.

Hygienu rány si pacientka můžete dělat sama. Hygienu rány se vždy provádí před vlastním ošetřením rány, dávat si pozor aby rána nebyla příliš dlouho odkrytá. Na důkladnou hygienu rány si vyhradit dostatek času. Po hygieně následuje převaz rány.

## **Pomůcky k hygieně rány a převazu:**

- antimikrobiální mýdlo
- jednorázové rukavice
- igelitový sáček, pro odpad z rány (převazový materiál)
- nesterilní čtverce malé sterilní čtverce
- velké sterilní čtverce
- zetuvit
- medikamenty dle předpisu lékaře na aplikaci do defektu (např. Ialugen ung + Ialugen mřížka, framikoin mast atd.)
- čistý ručník
- teploměr do vody
- stolní olej
- dezinfekce na vyčištění rány
- krém na promazání končetiny (sádlo, vazelína, borová mast atd.)
- obvaz, obinadlo
- převazové nůžky

Některé pomůcky lze zakoupit buď v obchodě s drogistickým zbožím, nebo v lékárně. Materiál může dodávat DP, nemocnice, lékárny. Medikamenty napíše ošetřující lékař.

## **Hygiena rány**

Všechny pomůcky by měly být v takové vzdálenosti, aby byly lehce dostupné, co neblíže po ruce. Navlékněte si jednorázové rukavice a odstraňte staré krytí. Neodtrhávat násilím z rány! Jestliže se krytí přichytilo k ráně, namočte jej vodou nebo nastříkejte na ránu betadinu, chvíli vyčkejte a pak se pokuste znovu krytí odstranit. Původní znečištěné krytí dávejte do předem připraveného igelitového sáčku, který je po ruce. Znečištěné krytí nikdy neodhazujte do odpadkového koše jednotlivě! Po odstranění původního krytí, kontrola defektu a poté můžete defekt osprchovat vodou. Voda nesmí být studená, ani příliš horká, teplota vody by měla být přibližně

kolem 37 °C, pro přesnost určení teploty vody se použije teploměr do vody. Při nesprávné teplotě vody hrozí zhoršení rány a nepodporuje to hojení. Při sprchování se z rány odstraní hrubé nečistoty, nebo zbytky obvazových materiálů. Na defekt použijte antimikrobiální mýdlo. Poté defekt pořádně osušíme, nezapomínáme i na okolí defektu! Následuje příprava pacientky a pomůcek k převazu. Všechny rány ošetříme např. Octeniseptanem, Protosanem nebo Debricasalem roztokem, odstraníme zbytky předešlé masti mimo defekt (zbytky mastí, můžeme odstranit např. Použitím jednorázových ubrousků, které namočíme ve stolním oleji. Pozor nepoužívat chlupaté ubrousky, která by mohla zanechávat vlákna z ubrousků v defektu. Okolí rány osušte. Následuje aplikace např. Ialungen krému, za pomoci sterilních ubrousků okolí ran a DK promazat např. Borovou mastí. Na ránu přiložit sterilní krytí, sací vrstvu a zetuvity, poté lehká fixace obvazem. Dále se provede bandáž pod koleno. Dezinfekce rukou a převazových nůžek.

### **Další důležité informace, které jsou nutné pacientce vysvětlit.**

Vždy kontrolovat DK a nehty na DK. Péči o nehty raději přenechat kvalifikované pedikérce. Důležité je nosit vhodnou obuv, tak aby vám bota nebyla malá či vás nějak netlačila. Bota musí být vždy pohodlná a padnoucí! Obuv nejlépe kupovat v ortopedických pomůčkách vybírat vždy v poledne z důvodu otoku DK, obuv by měla být na nízkém podpatku, podpatek by měl být vysoký 3-4 cm, nenosit ponožky, které škrtí, ponožky by měly být volné, pohodlné. Oblečení by mělo být z kvalitních materiálů, opět pohodlné, prodyšné.

Po zopakování informací ohledně hygieny a převazu, se přesuneme do koupelny, kde následuje názorná ukázka, která bude trvat zhruba 30 minut.

**Fixační fáze:** (5 minut) v této fázi si s pacientkou zopakujeme veškeré informace o důkladné zopakování důležitých informací o hygieně rány a správné metodě převazu, prodiskutujeme nové poznatky, popřípadě vysvětlíme nejasné informace.

**Hodnotící fáze:** (10 minut). Zhodnotíme si s pacientem, jak edukaci hodnotí v rámci diskuze, klademe kontrolní otázky objasňující nám, zda pacientka pochopila správně informace.

### **Kontrolní otázky pro pacientku:**

- Jaké jsou zásady hygieny rukou?
- Popište pomůcky k hygieně rány?
- Co vše je zapotřebí k převazu rány?
- Kde lze zakoupit přípravky k hygieně rány?

- Kde seženeme medikamenty, které se dávají do rány?
- Jaké další důležité informace hrají roli v péči o DK?

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Cíle, stanovené před edukací, byly splněny. Během a po skončení edukace se pacientce kladly dotazy formou kontrolních otázek, které správně zodpověděla. Pacientka podobu rozhovoru odpovídala velice zkušeně a správně, což bylo velice příjemné a potěšující. Pacientka ukázala schopnost rychlého učení a znalosti. Rychle si zapamatovala veškeré potřebné informace a prokázala základní vědomosti v rámci hygieny rány, o hygieně rukou, postupu převazování defektu a o tom jaké pomůcky jsou potřeba. Ví, kde a jaké zakoupí potřebné pomůcky k převazu. Kde sežene nutné medikamenty.

Pacientka velmi zodpovědně poslouchala a zapojovala se do edukace. Byla svědomitá a vzorná. Měla zájem o další informace a problematiku jejího onemocnění. V debatní části jsme usoudily, že pacientka správně porozuměla výkladu edukace ve všech ohledech. Přesto že pacientka je velice schopná, je stejně nutnost procvičovat hygienu a převazy pod dozorem zdravotní sestry z DP, než si bude 100% jistá v převazech a nebude mít potíže s převazy.

Edukační jednotka trvala zhruba 60 minut, během toho jsme měli pětiminutovou přestávku. Po dokončení expoziční fáze edukační jednotky jsme se s pacientkou zahájily názornou ukázkou hygieny a převazu, která probíhala v koupelně a v jejím pokoji.

## 2. Edukační jednotka

**Téma edukace:** Dietní režim a zdravý životní styl

**Místo edukace:** domácnost pacientky

**Časový harmonogram:** 8 – 9. 3.2017 od 10:00 do 11:00 h. - v průběhu edukace jedna pětiminutová přestávka na odpočinek (60 - 65 minut).

**Cíl:**

**Kognitivní** – pacientce sdělíme nové potřebné informace v oblasti zdravého životního stylu, budeme mluvit o nevhodnějších potravinách k hojení ran, o hydrataci, čeho se vyvarovat a co prospívá pro dodržování zdravého životního stylu.

**Afektivní** - pacientka udává zájem o podaných informacích, udává spokojenost, chápe význam získaných informací. Je ochotná spolupracovat. Chápe podstatu nutnosti změnit životní styl.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** v domě pacientky, pacientka má pocit bezpečí, je ve známém nestresujícím prostředí.

**Edukační metody:** vstupní a výstupní test, výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, zodpovězení kladených otázek, diskuze.

**Edukační pomůcky:** psací potřeby (propiska, zvýrazňovače), poznámkový sešit, notebook, brožury, časopisy, kartičky z potravin

### Realizace 2. edukační jednotky

**Motivační fáze:** (5 minut) setkání s klientkou (pozdrav) pacientku požádáme, o zavedení do místnosti určené k edukaci, navodíme příjemnou a přátelskou atmosféru (chvíli si s pacientkou povídáme.), snažíme se odstranit počáteční nejistotu a ostych, povzbuzujeme pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlíme podstatu všech získaných informací a hlavně jak moc jsou důležité.

**Expoziční fáze:** (40 minut).

## Zdravý životní styl

Pro každého pacienta je správná výživa a dodržování zdravotního stylu velice důležité. Špatná životospráva, kouření, nedostatek pohybu a špatné stravovací návyky nebo obezita jsou závažné důvody, které přispívají k zhoršení stavu. Bércový vřed je chronické onemocnění, kde dochází k otevření rány, s dlouhým procesem hojení. Toto onemocnění má za následek velkou spotřebu energie, tekutin a složek nezbytných pro lidský organismus (bílkoviny, cukry a tuky). Proto je důležitá výživa, kdy v podobě potravy do těla dostáváme tyto nezbytně důležité složky. Jestliže jich nedostáváme do těla dostatek, má to vliv na hojení, které se může zpomalit či úplně zastavit. Strava dodává do těla potřebné látky, napomáhají k zhojení defektu, mohou být obranou proti zánětu, dodávají hydrataci, pružnost a pevnost kůži a mají za následek i odbourání škodlivých látek. Důležité je i dodání energie a dobré nálady a to vše zajišťuje potrava. Stravovací návyky ovlivňují člověka až ze 40 %! Potraviny obsahují základní složky, které jsou nezbytné pro náš organismus a to jsou bílkoviny, cukry a tuky. Další důležité potraviny, které jsou pro zdárné hojení nezbytné, jsou ty, které obsahují dostatek vitamínů a stopových prvků.

**Bílkoviny (neboli proteiny)** jsou základní stavební látky všech živých organismů. Pro naše tělo jsou významně důležité. Přispívají nejen pro tvorbu nové tkáně ale i podporují imunitu a tím zajišťují ochranu poškozeného místa před infekcí. Nejenže nám bez nich neporostou svaly, ale ani nezhubneme, jelikož zahánějí hlad a odbourávají tuky, což je důležité např. Při redukční dietě. Bílkoviny musíte přijímat pravidelně. Tělo si je nedokáže vytvořit samo a nedělá si zásoby, proto je nutné zahrnout je zahrnout do každodenního jídelníčku. V potravě se jich vyskytuje celkem 20 druhů a naše tělo potřebuje všechny. Obsahují i vitamíny a stopové prvky.

### Dělení bílkovin:

- **živočišné bílkoviny:** červené libové maso, drůbeží maso, ryby a produkty z nich (rybí olej), mléko, mléčné výrobky (tvarohy, sýry, jogurty), vejce, mořské plody.
- **rostlinné bílkoviny:** sója, luštěniny (čočka, hrách, fazole, cizrna) ořechy (nejzdravější jsou vlašské ořechy), obiloviny (quinoa, pšenice, hnědá rýže) semínka (konopná, chia) brokolice, brambory, mořské řasy.

**Živočišné bílkoviny** patří k nejdůležitějším, nejefektivnějším a plnohodnotným pro organismus. Obsahují esenciální aminokyseliny a to v poměrech, které naše tělo vyžaduje. Naopak z rostlinných bílkovin je plnohodnotná jen sója, jelikož ostatní jsou považovány za neplnohodnotné zdroje bílkovin. Pro potraviny je velice důležitá kvalita, která ovlivňuje produkty. Z tohoto ohledu, by se mělo nakupovat především kvalitní maso! Bílé maso (kuřecí, krůtí, ryby, králík) je méně

tučné a obsahuje více bílkovin a naopak méně vitamínů a minerálů. Vitamíny a minerály, můžeme lehce doplnit dalšími produkty. Červené maso (vepřové, hovězí, kachní či jehněčí) je tučnější než bílé a obsahuje méně bílkovin a naopak více minerálů a vitamínů. Celkově se více doporučuje konzumovat bílé maso a z červeného vybírat opravdu kvalitní libové především hovězí maso. U člověka z chronické rány je doporučeno denně sníst bílkovin 1,5 - 2 g na 1 kg vlastní hmotnosti. Naše pacientka váží 77 kg a měla by denně zkonsumovat ( $77 \times 1,5 = 115,5$  g bílkovin).

**Pro lepší znázornění uvedu příklad:** 20g bílkovin je obsaženo například v těchto potravinách: 150g hovězího steaku, 150g kuřecích prs, 10g eidamu, 198g čočky, 82g arašíd.

Bílkoviny jsou také obsažené v rostlinné formě! Nejlepší způsob je jíst pravidelně 5x denně v rovnoměrném množství jak živočišné tak rostlinné bílkoviny. Mohou se zakoupit i ve formě prášků, nápojů nebo doplňků stravy. Ty se dají v dnešní době objednat přes internet tak i zakoupit v lékárně či v obchodním domě. Nápoje jako např. Nutridrink Protein nebo Cubitan, jsou prodávány v mnoha příchutích a zakoupit se dají v lékárně. Prodávají se v balení po 6 kusech a stojí kolem 250kč. Balení vydrží na 6dnů, tudíž 1x lahvička na den. Další bílkovina ve formě prášku je Protifar a je také velice efektivní.

**Tuky (neboli lipidy)** patří k významným složkám potravin a jsou nejvíce bohatým zdrojem energie. U tuků se musí množství konzumace, jelikož v nadměrném množství se ukládají do tukových zásob a způsobují obezitu. Tuky se vstřebávají jen tehdy, jestliže jsou přijímány v rozumném množství. Tuky vstřebávající vitamíny jsou A, D, E, K.

#### **Dělení tuků:**

**živočišné tuky:** mléčný tuk, sádlo, máslo, lůj, rybí tuk, tučné salámy, párky, uzeniny, slanina, tučné sýry, smetana, tučné jogurty a jiné mléčné výrobky,

**rostlinné oleje:** dužnina a jádra palmy olejné, kokos, olejniny, jako jsou řepka, sója, slunečnice, sezam, podzemnice, arašídový, olej

Živočišné tuky jsou nedílnou součástí stravy. Špatný poměr těchto tuků je nebezpečím pro náš zdravotní stav. Rostlinné tuky získáváme z rostlin, které se hromadí ve svých plodech, semenech nebo jiných částech a obsahují Omega 6 (polynenasycenou mastnou kyselinu). Většina rostlinných tuků je prospěšná, kvůli svému složení mastných kyselin, obsahují vícenenasycené mastné kyseliny. Potravin vyrobené z rostlinných tuků jsou např. slunečnicový a sójový olej, který doporučuji nejíst, jelikož ovlivňují zánětlivé projevy a podporuje srážení krve a to negativně.



Existují, ale i oleje, které obsahují Omega 3 (řepkový olej, lněný olej, rybí tuk z mořských ryb), ty jsou velmi příznivé pro náš organismus. Ovlivňují pozitivně srdce a cévy, snižují riziko srdečního selhání, srdečních arytmií, snižují krevní tlak a zlepšují funkci tepen, mírně ředí krev a předcházejí vzniku sraženin a ucpání cév, také snižují hladinu cholesterolu. Nesprávná úprava potravin je smažení v oleji. Vhodná úprava pokrmů je dušení, vaření ve vodě či na páře. Při smažení je lepší používat teflonové pánve, u kterých nemusíte používat velké množství oleje. Velké množství tuků se ukrývá ve sladkých a tučných jídlech (sušenky, čokoláda, zmrzlina, slanina, vepřové maso)

**Sacharidy (neboli cukry)** jsou ve výživě hlavním zdrojem energie. Velkou roli mají nejen jako přísun energie, ale i jako zásobárna energie v podobě glykogenu. Jsou stavební prvek pojivých tkání, jako je chrupavka nebo vazy, dále jsou nezbytné pro funkci nervového systému. Mimo jiné slouží k detoxikaci organismu.

#### **Dělení cukrů:**

- **Jednoduché cukry neboli monosacharidy** jsou označovány jako zdroj rychlé energie. Po jejich konzumaci dochází k zvýšení hladiny cukru v těle a vyplavení inzulínu. Rychlé cukry jsou přínosné pro rychlý přísun energii např. při pohybové aktivitě. Monosacharidy obsahují tyto potraviny: sladkosti, hroznový cukr, třtinový a řepný cukr, ovoce, med, tento přísun energie, je ale příliš malý a proto brzy nastupuje únava a pocit hladu.
- **Složené cukry neboli polysacharidy** se dále štěpí a dochází u nich k postupnému uvolnění energie do organismu. Člověk díky tomu nemá tak rychle hlad. Za speciální podtyp sacharidů je označována vláknina, která je nedílnou součástí pro náš organismus. Působí proti zácpě, karcinomu tlustého střeva a polypům, zpomaluje vyprazdňování, ovlivňuje hladinu glykémie, snižuje cholesterol v krvi a glykemický index potravin. Potraviny obsahující složené cukry jsou: brambory, ořechy, rýže, luštěniny, ovoce, zelenina.

Dávejte přednost raději cukrům v přirozeném stavu, jako jsou ovoce a zelenina. Konzumaci složených cukrů užívejte spíše celozrnné pečivo, luštěniny, rýži a jiné. Doslazujte stévií, nebo medem. Vylučte nebo alespoň omezte sladkosti a tučné jídla. Při chuti na sladké si raději dejte ovoce, hořkou čokoládu nebo si upečte nějaký zdravý pokrm. V moderní době se dají udělat chutné a zdravé pokrmy a naleznete spoustu receptů jak v kuchařkách, na internetu či v časopisech.

Nejen v zimě, ale o celý rok je důležitá konzumace vitamínů a stopových prvků, které přijímáme z potravy nebo je můžeme doplnit formou tablet.

**Vitamíny** jsou pro naše tělo nezbytně důležité, podílejí se na metabolismu všech živin, plní funkci katalyzátorů chemických reakcí, podporují hojení ran a hrají významnou roli v prevenci nemocí, také zpomalují degenerativní projevy stáří. Pro nás jsou důležité vitamíny A, betakaroten, E a C ti mají vliv na hojení defektů.

**Vitamín A:** je rozpustný v tucích. Nejefektivnější vitamín je A1(retinol). Retinol zajišťuje růst, vývoj, kvalitu a funkčnost sliznic, kostí a krevetvorby, podporuje imunitní systém, udržuje pokožku jemnou a pružnou. V těle se uchovává do zásoby. Jeho denní dávka by měla být okolo 0,8 mg. Nejbohatšími zdroji vitamínu A jsou: játra, mléčné výrobky, vaječný žloutek, rybí tuk, ryby (zejména úhoř) máslo, mléko, švestky, ananas, broskve, meruňky, karotka, brokolice, hlávkový salát, špenát, petržel, paprika.

**Betakaroten:** ( neboli provitamin A), je pro tělo antioxidantem a podílí se na ochraně kůže. Největším zdrojem betakarotenu jsou: mrkev, karotka, meruňky, papája, višně, grapefruit, meruňky mango, nektarinky, broskve, špenát, brokolice, hrách, růžičková kapusta, řeřicha, rajčata, hlávkový salát, špenát, červená paprika,

**Vitamín E:** je rozpustný v tucích. Ukládá se v tukové tkáni a slouží k odbourávání škodlivých látek z těla. Kromě toho je Vitamín E důležitý také pro náš imunitní a nervový systém, oči, kůži a příznivě ovlivňuje metabolismus prostaty, omlazuje pleť, zlepšuje sexuální výkonnost, podporuje hojení ran a pozitivně také ovlivňuje „zlý“ cholesterol v krvi a působí proti nemocem způsobeným špatnou cirkulací krve a působí proti „návalům“ v období menopauzy a také zklidňuje premenstruační syndrom, preventivně působí proti předčasným porodům, reguluje hladinu cukru v krvi a zlepšuje kvalitu spermií, čímž zvyšuje mužskou plodnost. (ANON, 2017)

**Nerafinované polynenasycené rostlinné oleje - hlavně z obilných klíčků a sójový.** Nejbohatšími zdroji vitamínu A jsou: mandle, penatové a vlašské ořechy, arašidy a výhonky, semena, avokádo, celá zrna, špenát, ryby, hroznové víno, másle, chřest, olivový olej.

**Vitamín C:** patří mezi nejznámější vitamínem rozpustným ve vodě. Je výborným antioxidantem a nezbytný pro naši obranyschopnost, snižuje hladinu cholesterolu v krvi, redukuje některé nežádoucí produkty metabolismu a působí preventivně proti kornatění tepen nebo proti vzniku některých nádorových, srdečních a cévních onemocnění. Denně by mělo být v těle více, než 10 mg.

Nejbohatšími zdroji vitamínu A jsou: citróny, pomeranče, grapefruit, jablka, broskve, meruňky, šípek, brambory, rajčata, brokolici, jahody, květák, kiwi, brusinky, špenát, papája, maliny, ostružiny, kysané zelí, mrkev, čekance.

### ***Stopové prvky***

Jsou v malém množství nezbytné pro náš organismus. Patří sem: železo, fluor, kobalt, jod, měď, mangan, zinek. Při pravidelném užívání zinku dochází k zabránění vytváření ran na kůži, dále zinek zvyšuje obranyschopnost organismu a pomáhá vytvářet nové buňky a tím přispívá k lepšímu hojení ran. Zinek získáváme z potravy ve formě masa, obilných klíčcích, ovesných vločkách nebo ořechách. Měď podporuje tvorbu nových cév v hojící se ráně. Přejímáme je v ořechách, čokoládě, luštěninách či vnitřnostech ze zvířat.

### ***Tekutiny***

Pro naše tělo je také nezbytný dostatečný příjem tekutin. Doporučuje se vypít denně 2-2,5l tekutin. Jestliže naše tělo přijímá málo tekutin, hrozí dehydratace a Vaše tělo nefunguje správně. Krev se zahušťuje a snižuje se tím přívod živin do tkání, neodbourávají se škodlivé látky z těla, klesá funkce všech orgánů. Doporučuje se pít obyčejná čistá voda, občas minerální voda (každá minerální voda má jiný obsah minerálů a stopových prvků), čaje, čerstvě odstředěné ovocné a zeleninové šťávy.

Vyřadte ze svého jídelníčku sladké limonády, omezte kávu a alkohol. Nepijete velké množství tekutin najednou, pijte po douškách. Rozdělte a zaznamenávejte si příjem tekutin přes den, dostanete tím jasný přehled, kolik toho vypijete. Pijte při jídle, podporujete tím trávení. Zvyšte pitný režim při fyzické zátěži a teplém počasí (KAPOUNOVÁ, 2007), (STRNADELOVÁ, ZERZÁN, 2011).

Pravidla pro správný životní styl jsou: dostatečný pohyb, vyvarovat se stresu, dostatečný spánek, nekouřit a nebrat drogy, jíst pravidelně, kvalitně, nespěchat, jíst vyváženou a pestrou stravu.

***Fixační fáze:*** (10 minut) v této fázi si s pacientkou zopakujeme veškeré informace o důkladné zopakování důležitých informací o zdravém životním stylu, prodiskutujeme nové poznatky, popřípadě vysvětlíme nejasné informace. Pacientka dostala kartičky určené k edukaci v rámci výživy, které jí pomůžou k lepšímu zapamatování potravin.

***Hodnotící fáze:*** (10 minut) Zhodnotíme si s pacientem, jak edukaci hodnotí v rámci diskuze, klademe kontrolní otázky objasňující nám, zda pacientka pochopila správně informace. Projíždíme znovu edukační kartičky.

### **Kontrolní otázky pro pacientku:**

- Jaké jsou základní složky potravin?
- Vyjmenujte vitamíny, které podporují hojení ran.
- Kolik máte vypít tekutin za den?
- Vyjmenujte pravidla pro správný životní styl

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Cíle, které byly pro edukaci stanoveny, se splnily. Během a po skončení edukace pacientka dostávala dotazy formou kontrolních otázek, na které správně odpověděla. Pacientka podobu rozhovoru odpovídala velice zkušeně a správně, což bylo velice příjemné a potěšující už z důvodu časové náročnosti a rozsahu tématu. Pacientka jsi zapamatovala potřebné informace, ukázala schopnost rychlého učení a znalosti. Velmi zodpovědně poslouchala a zapojovala se do edukace. Byla svědomitá a vzorná. V debatní části jsme usoudily, že pacientka správně porozuměla výkladu edukace ve všech ohledech a bude se snažit dodržovat zdravý životní styl. Pochopila jak moc je důležitý v hojení chronické rány. Přesto že pacientka je velice schopná, uvádí nutnost samoopakování, než si bude 100% jistá. Těší se, až si uvaří nějaké dobré jídlo, které zahrnuje potraviny z edukace.

Druhá edukační jednotka trvala 65 minut s jednou pětiminutovou přestávkou.

### 3. Edukační jednotka

**Téma edukace:** Rehabilitace.

**Místo edukace:** nemocniční prostředí, společenská místnost.

**Časový harmonogram:** 10.3 a 13.3 2017 od 10:00 do 11:00 h. - v průběhu edukace jedna pětiminutová přestávka na odpočinek, (55 - 60 minut).

**Cíl:**

***Kognitivní*** - pacientka získá vědomosti v oblasti rehabilitace, zná cviky na podporu prokrvení dolních končetin.

***Afektivní*** - pacientka má zájem o podané informace, verbalizuje spokojenost a pochopení získaných informací. Vytvoří si kladný vztah ke spolupráci.

***Behaviorální*** - pacientka správně a efektivně provádí cviky dolních končetin.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční, zabezpečit klid a soukromí, zajistíme příjemnou atmosféru.

**Edukační metody:** vstupní a výstupní test, výklad, vysvětlování, rozhovor, zodpovězení kladených otázek, diskuze.

**Edukační pomůcky:** psací potřeby (propiska, zvýrazňovače, tužka), poznámkový blok, notebook, edukační brožura, publikace, názorné ukázky, molitanový míček a židle.

#### Realizace 3. edukační jednotky

***Motivační fáze:*** (5 minut) pozdravíme, vyzveme pacientku, aby se posadila, vytvoříme příjemnou a přátelskou atmosféru, povzbuzujeme pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlíme důležitost všech získaných vědomostí.

***Expoziční fáze:*** (35 minut).

## **Rehabilitační cvičení**

Rehabilitace je také velice důležitá pro lepší hojení bércevého vředu. Pohyb je velice důležitý, aby došlo k prokrvení DK je zapotřebí pravidelně cvičit, to platí i pro poruchy tepenného a žilního systému. Častým opakovaným zatěžováním svalových skupin dochází k podpoře prokrvení končetin, které jsou lokalizovány periferně od poruchy, což má za následek tvorbu funkčních kolaterál a zvyšování průtoku krve. Každý pacient s bérceovým vředem by se měl aktivně zapojit do různých cvičení podporující krevní oběh hlavně v dolních končetinách. Pro naši pacientku je ideální chůze a tzv. cévní gymnastika.

Při chůzi se snižuje objem krve v žilách dolních končetin a klesá žilní tlak na nártu z uvedených 80 až 100 mmHg na 30 až 40 mmHg. U zdravých končetin tento pokles přetrvává do 20 sekund po skončení chůze. Podstatou cviků je zapojení svalové pumpy svalů dolních končetin, čímž se podpoří žilní návrat stagnující krve z dolních končetin. (ANON, 2017)

### **Podstata cvičení:**

Jedná se o jednoduché cvičební prvky, které po názorné ukázce pacientka bude procvičovat sama. Podstatou cvičení je udržení či zkvalitnění stavu poškozené periferní cirkulace. Cvičení musíme přizpůsobit dle stavu pacienta a rozsahu onemocnění cév. Hlavním cílem cvičení je předcházet oslabování svalstva, posílit oslabené (hypotrofické) svalstvo, odstranit porušené kloubovo-svalové koordinace, jakož i zlepšit funkce kolaterálního oběhu, zvýšit pozitivní enzymatické změny v ischemickém svalstvu. (ANON, 2017) Cévní gymnastika spočívá ve cvičení, kdy posilujeme svaly DK což má za následek návrat krve k srdci. Principem je pravidelné protahování DK, to napomáhá návratu krve žilami zpět k srdci, a odlehčuje tak přetíženému cévnímu řečišti.

### **Zásady pro rehabilitaci:**

- Protahovat DK za každé situace, kdy je to možné.
- Při stání nebo sezení, si udělejte přestávku a projděte se nebo dělejte cévní gymnastiku.
- Chodit na procházky, chůze je velice důležitá pro návrat krve k srdci,
- Cvičit ježdění na kole (cvičení vleže).
- Nosit pohodlnou obuv se širokými a nízkými podpatky o výšce 3 - 4 cm.

- Nenosit nepadnoucí, škrťící ponožky.
- cviky z cévní gymnastiky provádějte i před spaním, to pomáhá návratu krve
- dobrá je masáž DK směrem od chodidel nahoru

### **Cviky:**

- Postavte obě nohy na zem, pomalu posunujte nohu po plošce dopředu co nejdále a potom zase zpět. Cvičení opakujte nejméně 30krát pro každou nohu.
- Opřete špičku nohy o podlahu, pomalu zvedejte a zase pokládejte patu. Cvičení opakujte nejméně 30krát pro každou nohu.
- Opřete patu o podlahu, pomalu zvedejte a zase pokládejte špičku. Cvičení opakujte nejméně 30krát pro každou nohu.
- Přednožte, nohou opisujte malé kruhy ve směru hodinových ručiček. Opakujte nejméně 5krát pro každou nohu.
- Opřete špičku nohy o podlahu, patou opisujte půlkruhy na pravou a levou stranu. Cvičení opakujte nejméně 30krát pro každou nohu.
- Opřete patu o podlahu, špičkou opisujte půlkruhy na pravou a levou stranu. Cvičení opakujte nejméně 30krát pro každou nohu.

**Fixační fáze:** (10 minut) v této fázi si s pacientkou zopakujeme veškeré informace, prodiskutujeme nové poznatky, popřípadě vysvětlíme nejasné informace.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) Zhodnotíme si s pacientem, jak edukaci hodnotí v rámci diskuze, klademe kontrolní otázky objasňující nám, zda pacientka pochopila informace správně.

### **Kontrolní otázky pro pacientku:**

- Jaký je důvod důležitosti cvičení dolních končetin?
- Vyjmenujte zásady pro rehabilitaci?
- Ukažte mi některé cviky, které jste si zapamatovala.

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Cíle, které byly před edukací stanoveny, se splnily. Během a po skončení edukace jsem pacientce kladla dotazy formou kontrolních otázek, které správně zodpověděla. Pacientka podobu rozhovoru odpovídala velice zkušeně a správně, což bylo velice příjemné a potěšující. Pacientka ukázala schopnost rychlého učení, znalosti rehabilitace a osvojení nových cviků. Umí správně provádět cviky na podporu cévního systému, zná doporučení na ochranu žil. Velmi zodpovědně poslouchala a zapojovala se do edukace. Byla svědomitá a vzorná. V debatní části jsme usoudily, že pacientka správně porozuměla výkladu edukace ve všech ohledech.

Třetí edukační jednotky trvala 60 minut s jednou pětiminutovou přestávkou.



## 5. FÁZE - VYHODNOCENÍ

V rámci poslední fáze vyhodnocení pacientka vyplňovala edukační test, jehož otázky se shodují se vstupním testem ve fázi posuzování.

### Výstupní test

Otázky	Ano/Ne/Nevím
Víte co je to bérkový vřed?	Ano
Vyskytl se ve vaší rodině bérkový vřed již v minulosti?	Ano
Ošetřovala jste někdy bérkový vřed sama?	Ano
Víte jak provádět správnou hygienu bérkového vředu?	Ano
Znáte dietní opatření na podporu hojení defektu?	Ano
Znáte zásady správného stravování?	Ano
Dokážete sama provádět bandáže dolních končetin?	Ano
Znáte nějaké rehabilitační techniky?	Ano
Znáte pojem cévní gymnastika?	Ano

AUTOR: KRSKOVÁ, 2017

- Pacientka pochytila důležité vědomosti o hygieně rukou, rány, převazové technice, o zdravém životním stylu, výživě, pitném režimu a důležitých složek ve stravě, o rehabilitačním cvičení a speciálních cviků na podporu cévního řečiště.
- Pacientka prokazuje vědomosti o hygieně rány, o jejím postupu a o hygieně rukou. Umí správně ošetřit svůj defekt a použít vhodný pomůcky a materiál.
- Pacientka prokazuje vědomosti v oblasti zdravého životního stylu, výživy, pitného režimu, zásadách dodržování zdravého životního stylu především výživy a nutnosti dodržování tohoto režimu.

- Pacientka prokazuje vědomosti v oblasti rehabilitace a cévní gymnastiky, zná postupy správného cvičení dolních končetin.
- Pacientka je nadšena získáním nových vědomostmi.
- Edukace proběhla ve třech edukačních jednotkách, pacientka edukaci chápala, aktivně se podílela, prokazovala zájem a rychle se učila. Byla velice šikovná.
- Edukační cíle (kognitivní, afektivní a behaviorální) se podařilo splnit, všechny tři edukační jednotky byly zdárně ukončeny na základě splněných cílů.
- Z odpovědí edukantky, výstupního testu a na základě stanovených cílů vyplývá, že realizace edukačního procesu byla úspěšná.
- Edukace byla pro pacientku přínosná, zlepšily vědomosti a podpořila pacientku v následném plnění léčebného režimu.
- Pacientce bylo doporučeno neustálé opakování získaných vědomostí pro jejich udržení a dodržování správného postupu.

## 4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### Doporučení pro pacienty s bérčovým vředem

- Dodržovat pravidelné návštěvy u svého praktického lékaře.
- Dodržovat pravidelné návštěvy na chirurgickém oddělení na převazování ran, pokud je defekt otevřený.
- Dodržovat zdravý životní styl – nekouřit, nepít alkohol, neužívat drogy dostatečná pohybová aktivita, optimální hmotnost (vyvarovat se obezitě)
- Nestresovat se, smát se
- Udělat si čas na sebe
- Umět relaxovat a odpočívat
- Dodržovat zásady týkající se stravy- jíst zdravě, pravidelně, menší porce, dodržovat zásady týkající se diety, konzumovat správné množství bílkovin, tuků, cukrů, konzumovat kvalitní a čerstvé potraviny.
- Dodržovat pitný režim 2 - 2,5 l tekutin denně, pít neslazenou vodu, ovocné a zeleninové šťávy.
- Užívat vhodné doplňky stravy, vitamíny a minerály nebo i užívat Nutridrinky.
- Pravidelně provádět procházky, cévní gymnastiku a cviky nejen dolních končetin.
- Nosit oblečení- pohodlné, prodyšné, z kvalitního materiálu, sedící, neškrťící.
- Nosit správnou obuv- správná velikost, kvalitní materiál, padnoucí, pohodlná, u žen podpatek max. 3 - 4 cm vysoký.
- Před převazy si důkladně omýt ruce
- Dodržovat správné zásady hygieny
- Zvolit vhodný materiál na převazy
- Provádět správně bandáže dolních končetin.
- Zajímat o své onemocnění a získávat nové informace o svém onemocnění

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- Obnovovat své vzdělávání, jelikož medicína kde stále dopředu, tak i správná sestra by se měla celoživotně vzdělávat
- Číst odborné články, knížky
- Jezdit na různé semináře, kurzy
- Snažit se být vždy empatická, spolehlivá, profesionální, v dobré náladě
- Dbát na prevenci
- Dodržovat zásady hygieny (dezinfekce rukou, rukavice, hygiena rukou)

## ZÁVĚR

Být zdraví je asi tou největší prioritou pro každého člověka. Zdraví je to nejdůležitější a proto je nezbytně důležité žít zdravý životní styl, pečovat o sebe a předcházet všem onemocněním, které ho ohrožují. Ne vždy se to všem podaří a z důvodu mnoha faktorů může vzniknout chyba v podobě nemoci, s kterou se musíme srovnat a o to více se zaměřit na kvalitu životního stylu.

Edukace je velice důležitý a nezbytný proces každého komplexního ošetrovatelského procesu u nemocného s jakýmkoliv onemocněním. Všichni pacienti by měli být edukováni v rámci svého či potencionálního problému, který může nastat v oblasti zdraví. Díky včasné a správné edukaci se může předcházet několika komplikací. Cílem edukace je předání nových poznatků nemocnému, o daném onemocnění, naučení správných postupů a zásad.

Smyslem bakalářské práce bylo upozornit na nezbytnost edukace u pacientky s bércovým vředem, naučit a vysvětlit jí jak správně nakládat se svým zdravím a motivovat jí ke zlepšení životního stylu. Celkově shrnout problematiku bércového vředu a možnosti léčby, dále co nejlépe zpracovat edukační proces a vytvořit potencionální studijní materiál.

V praktické části pomocí přednášky, názorných ukázek a edukačních brožur bylo vysvětleno pacientce, jak se provádí hygiena rány, technika převazů, správné dodržování v oblasti zdravého životního stylu a rehabilitační cvičení podporující hojení jejího defektu. První edukační jednotka se věnovala hygieny rány a převazu rány, nejprve bylo pacientce zmíněna technika správné hygieny rukou, poté se přešlo k samotné hygieně rány a následoval převaz defektu. Vysvětlily se jí, správné postup hygieny a převazů, použití vhodných pomůcek, které jsou zapotřebí. Následovala názornou ukázkou, která byla velmi úspěšná. Pacientka pochopila smysl edukace a vzorně dodržovala zásady. Druhá edukační jednotka se věnovala dietnímu režimu a zdravému životnímu stylu na podporu hojení ran, kde byly zdůrazněny vhodné potraviny, čemu se vyvarovat a co naopak dodržovat. Třetí edukační jednotka probíhala formou cvičení a pro pacientku byla velmi zábavná. Pacientka byla poučena o důležitosti rehabilitace a během této jednotky si zkoušela různé rehabilitační cviky. V každé edukační jednotce byl stanovený cíl, který byl splněn. Pacientka byla pečlivá, velmi spolupracovala, rychle se učila a získala nové vědomosti z informací. Díky edukaci získala nový pohled na svůj zdravotní stav a dodržování zdravého životního stylu. Edukace byla přínosná ve všech směrech.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

ANON , Autor Neuveden. <http://www.ceskaordinace.cz> [online]. [cit. 21.3.2017]. Dostupný na WWW: <http://www.ceskaordinace.cz/cevni-gymnastika-ckr-955-6942.html>

ANON , Autor Neuveden. <http://www.mojevitaminy.cz> [online]. [cit. 21.3.2017]. Dostupný na WWW: <http://www.mojevitaminy.cz/vitamin-e/>

AUTOR NEUVEDEN, Autor Neuveden. <http://www.dermatologiepropraxi.cz> [online]. [cit. 21.3.2017]. Dostupný na WWW: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/08.pdf>

BÁRTLOVÁ, S., 2005. Sociologie medicíny a zdravotnictví, 6. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1197-4.

BELÁČEK, J. et al., 2013. Vredy predkolenia, 1. vyd. Bratislava: HERBA. ISBN: 978-80- 89631-15-5.

BUREŠ, I., 2006. Léčba rány, 1. vyd. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-413-X.

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

CLARK, N., 2009. Sportovní výživa, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247- 2783-7.

ČEŠKA, R. et al., 2010. Interna, 1. vyd. Praha: Juhaňák S. - TRITON. ISBN: 978-80- 7387-423-0.

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2010. Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3213-8.

GROFOVÁ, Z., K., 2012. Dieta na podporu hojení ran - Lékař Vám vaří, 1. vyd. Praha: Forsapi. ISBN: 978-80-87250-21-1.

HERMAN, J., D. MUSIL a et al., 2011. Žilní onemocnění v klinické praxi, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3335-7.

HORNOFOVÁ, Z., 2010. Podiatrie, pedologie a syndrom diabetické nohy [online]. Časopis Sestra 5/2010. Praha: Mladá fronta. [cit. 19-03-2017]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/podiatrie-podologie-a-syndrom-diabeticke-nohy-451708>

- HŮSKOVÁ, J. a P. KAŠNÁ, 2009. Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2855-1. JANÍKOVÁ E. a R.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2000. Teorie moderního ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: ISV. ISBN 80-85866-55-2.
- JUŘENÍKOVÁ P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2171-2. 64
- KAREN, Igor a Sabina ŠVESTKOVÁ et al. 2007. Chronický vřed dolní končetiny. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-18-5.
- KUBEROVÁ, Helena, 2010. Didaktika ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, I. HOLMEROVÁ, P. WEBER a et al., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2490-4. KAPOUNOVÁ, G., 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-1830-9.
- KÖLBEL, F. a et al., 2011. Praktická kardiologie, 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN: 978- 80-246-1962-0. LUŽNÁ, D. a D. VRÁNOVÁ, 2007. Makrobiotický léčebný talíř aneb nemoc není nepřítel, Olomouc: ANAG. ISBN: 978-80-7263-421-7.
- MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila, MAJERNÍKOVÁ, 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve. 1. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MACHOVCOVÁ, Alena, 2009. Bandážování a kompresivní léčba. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1980-4.
- MEDICÍNA PRO PRAXI, Dermatologie pro praxi a Praktické lékařství, 2010. Léčba ran a péče o pokožku. 1. vydání. Olomouc: SOLEN. ISBN 978- 80-87327-36-4.
- MeDitorial: Gymnastika [online]. Praha 28.04.2015 [cit. 30-02-2017]. ISSN: 1803-0165. Dostupné z: <http://www.krecove-zily.cz/gymnastika>
- NAVRÁTIL, L. a et al., 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotní obory, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2319-8.
- NOVÁKOVÁ, I., 2011. Ošetrovatelství ve vybraných oborech - dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247- 3422-4.

- NEJEDLÁ, M., 2015. Fyzikální vyšetření pro sestry, 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4449-0.
- PÁRAL J., 2012. Akutní mezenteriální ischemie - moderní diagnostika a léčba akutní ischemie střeva, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3996-0. 65
- PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2682-3.
- POKORNÁ, A. a R. MRÁZOVÁ, 2012. Kompendium hojení ran pro sestry, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3371-5.
- POSPÍŠILOVÁ, A., 2008. Bércový vřed [online]. Přehledové články - Dermatologie pro praxi. Brno: Dermatovenerologická klinika FN Brno a LF MU Brno. [cit. 10-03-2017]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/der/2008/02/08.pdf>
- PROCHÁZKA, V. a V. ČÍŽEK, 2012. Vaskulární diagnostika a intervenční výkony, 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-284-1
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. Perioperační péče, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4414-8.
- STRNADELOVÁ, V. a J. ZERZÁN, 2011. Radost z jídla - nejen makrobiotika očima lékaře a pacienta, 6. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN: 978-80-7263-704-1.
- STRYJA J. a et al., 2011. Repetitorium hojení ran 2, 1. vyd. Semily: GEU. ISBN: 978-80-86256-79-5.
- STŘEDA, L., 2005. Univerzita hubnutí - první ucelená studie o redukčních režimech z dílny známého odborníka, 1. vyd. Praha: SinCon. ISBN: 80-86718-4.
- ŠPINAR, J. a et al., 2008. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-1749-4.
- ZELENÍKOVÁ, 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium, 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4412-4.



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	I
Příloha B – Rešerše.....	I
Příloha C – Obrázky cviků .....	X

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Viktorie Krsková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 2017 3EVS
Téma práce	Edukační proces u pacienta s bércovými vředy	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OS ČČK ALICE TRUTNOV	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Karolína Moravcová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím podpis 69 403 podpis 000	ALICE - OS ČČK Horská 5, 541 01 TRUTNOV středisko domácí ošetrovatelské péče tel. 499 817 989

V Trutnově

Dne .....7.1..2017.....

podpis studenta

Příloha B – Rešerše

## Edukace pacienta s bércovými vředy

Výběrový soupis literatury zjištěné na základě sekundárních zdrojů dostupných ve Studijní a vědecké knihovně v Hradci Králové. Rozděleno dle druhu dokumentu, v těchto skupinách řazeno abecedně podle jmenných záhlaví. Citace podle normy ČSN ISO 690.

### **Knihy:**

1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2009, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

Signatura SVKHK: B0-5801

2.

MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

Signatura SVKHK: B1-6507

3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. 1 vyd. V Trenčíně: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva, 2015, 198 s. ISBN 978-80-7454-513-9.

Nemáme ve fondu. Vlastní ji Univerzita T. Bati - Knihovna Zlín. Lze objednat přes meziknihovní výpůjční službu v 5. podlaží knihovny.

4.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

Signatura SVKHK: B0-11990

## Kapitoly z knih:

5.

KUBEŠOVÁ, Hana. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, c2015, 215 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7. Kapitola 2, Péče o nehojící se rány u geriatrických pacientů (Sabina Sellner Švestková), s. 31-44.

Signatura SVKHK: A0-37301

6.

KUKLOVÁ, Ivana a Petr HERLE. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2011, 158 s. Ediční řada pro VPL II. ISBN 978-80-87553-28-2. Kapitola 15, Bércový vřed (ulcus cruris venosum), s. 143-150.

Signatura SVKHK: B0-13026

7.

PODRAZILOVÁ, Petra, Martin KRAUSE, Lenka ĎURÁČOVÁ a Tereza KUČEROVÁ. *Teorie ošetřovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2016, 136 s. ISBN 978-80-7494-297-6. Kapitola 10, Role a osobnost sestry, edukace v práci sestry, s. 68-71.

Signatura SVKHK: B1-6514

8.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3371-5. Kapitola 5.1.1, Bércové ulcerace, s. 101-112.

Signatura SVKHK: A0-24328

9.

PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. IV, Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 224 s., xii s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-4342-4. Kapitola 1.8.1, Ošetřovatelský proces u klienta s bércovým vředem, s. 57-62.

Signatura SVKHK: A0-25437/4

10.

SKLENÁŘ, Zbyněk. *Magistraliter receptura v dermatologii*. Praha: Galén, c2009, 441 s. ISBN 978-80-7262-588-8. Kapitola 7.13, Granulancia, epitelizancia a přípravky používané k terapii bércových vředů, s. 221-240.

Signatura SVKHK: A0-16793

### **Příspěvky ze sborníků:**

11.

KOŽÍŠKOVÁ Martina a Eva JALOVIČOROVÁ. Proč je nutná edukace. In: *Konference pro sestry Komfort v péči o pacienta/klienta v 21. století: 28.-29. ledna 2009, Ostrava: sborník*. Ostrava: DTO CZ, 2009. S. 1-4. ISBN 978-80-02-02115-5.

Nemáme ve fondu. Vlastní ho NK ČR Praha. Lze objednat kopie stran ve 4. podlaží knihovny.

12.

TOMOVÁ, Šárka a Hana NIKODEMOVÁ. Několik poznámek ke vzdělávání sester v oblasti edukace pacientů. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství*. 2014, 16, 209-219 (217-227).

Signatura SVKHK: F0-1619/2014

### **Články:**

Lze si je prezenčně prostudovat (příp. vytvořit kopie) ve studovně periodik ve 4. podlaží knihovny po objednání zdrojových dokumentů.

13.

BENEŠOVÁ, Eva. Kde člověk je jen sledem kroků svých. Bércový vřed z pohledu fyzioterapeuta. *Ošetřovatelská péče*. 2010, 2010(2), 28-30.

Signatura SVKHK: I-503 964/2010

14.

BLAHA, Lubomír, Daniel ŘÍHA a Jan STRYJA. Komplexní terapie ulcerace smíšené etiologie na bérci. *Kazuistika. Hojení ran*. 2009, 3(1), 4-7. ISSN 1802-6400.

Signatura SVKHK: I-503 399/2009

15.

ČERNOHORSKÁ, Júlia. Kombinace materiálů vlhké terapie v různých fázích hojení chronické rány - kazuistika. *Léčba ran*. 2015, 2(4), 24-26. ISSN 2336-520x.

Signatura SVKHK: I-504 307/2015

16.

HOTOVÁ, Miloslava. Chronická žilní nedostatečnost. *Ošetřovatelská péče*. 2010, 2010(2), 26-27.

Signatura SVKHK: I-503 964/2010

17.

KARLOVÁ, Jarmila a Bronislava ČÍŽKOVÁ. Moderní hojení ran v 21. století. *Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2010, 59(18), 26-32.

Signatura SVKHK: II-51 316/Lékař.l./2010

Dostupné také online z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/moderni-hojeni-ran-v-21-stoleti-455170>

18.

KOUTNÁ, Markéta. Kompetence sester v hojení ran. *Florence*. 2010, 6(3), 28-37. ISSN 1801-464x.

Signatura SVKHK: I-503 268/2010

19.

MRÁZOVÁ, Romana. Nové typy krytí ran – novinky, použití, aplikace. *Dermatologie pro praxi*. 2014, 8(1), 29-32. ISSN 1802-2960.

Signatura SVKHK: I-503 400/2014

Dostupné také online z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/01/09.pdf>

20.

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. Pacient s ulcus cruris venosum v ambulanci praktického lékaře. *Medicina pro praxi*. 2010, 7(6-7), 280-283. ISSN 1214-8687.

Signatura SVKHK: I-502 975/2010

Dostupné také online z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/08.pdf>

21.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. Onemocnění žilního systému a bérkový vřed. *Florence*. 2007, 3(3), 133-134. ISSN 1801-464x.

Signatura SVKHK: I-503 268/2007

22.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. Diferenciální diagnostika ulcerací. *Florence*. 2007, 3(1), 38-39. ISSN 1801-464x.

Signatura SVKHK: I-503 268/2007

23.

POKORNÁ, Andrea. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bérčovými vředy. *Medicína pro praxi*. 2011, 8(4), 198-201. ISSN 1214-8687.

Signatura SVKHK: I-502 975/2011

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

24.

SMETÁNKOVÁ, Michaela a Jitka KARCOLOVÁ. Ulcus cruris v kombinaci s vulnus lacerum. *Léčba ran*. 2015, 2(4), 16. ISSN 2336-520x.

Signatura SVKHK: I-504 307/2015

Dostupné také online z: [https://issuu.com/lecbaran/docs/asopis\\_4\\_2015\\_na\\_web](https://issuu.com/lecbaran/docs/asopis_4_2015_na_web)

25.

SOTOLÁŘOVÁ, Nikola. Problematika bérkového vředu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, 3(2), 44-51. ISSN 1801-1349.

Signatura SVKHK: I-503 111/2007

26.

STRYJA, Jan. Použití fibrinu bohatého na krevní destičky v rámci komplexní terapie bérkového vředu – kazuistika. *Hojení ran*. 2012, 6(3), 17-21. ISSN 1802-6400.

Signatura SVKHK: I-503 399/2012

27.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela a Zdeněk KUČERA. Projekt HOJENÍ 21. *Sestra*. 2007, 17(Mimořádná příloha 11), 4. ISSN 1210-0404.

Signatura SVKHK: I-500 588/2007

### Články z databáze EBSCO:

Plné texty jsou dostupné z počítačů ve studovně v 5. podlaží knihovny. Lze si je zde prostudovat, vytisknout či stáhnout na vlastní paměťové médium. Registrovaný uživatel má možnost prohlížet databázi i z domova díky vzdálenému přístupu.

28.

BAQUERIZO NOLE, Katherine L. et al. Educational interventions in venous leg ulcer patients. *Wound Repair & Regeneration* [online]. 2015, 23(1), 137-140 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/wrr.12247. ISSN 1067-1927.

29.

KAPP, Suzanne a Charne MILLER. The experience of self-management following venous leg ulcer healing. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2015, 24(9/10), 1300-1309 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/jocn.12730. ISSN 0962-1067.

30.

MAESSEN-VISCH, M Birgitte a Kees-Peter DE ROOS. Dutch Venous Ulcer guideline update. *Phlebology* [online]. 2014, 29, 153-156 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1177/0268355514529693. ISSN 0268-3555.

31.

RIPLEY, Kenneth. Aftercare of patients with healed venous leg ulcers. *Primary Health Care* [online]. 2008, 18(9), 25-29 [cit. 2017-03-15]. ISSN 0264-5033.

32.

VAN DE GLIND, Irene M. et al. Goal setting and lifestyle changes in a nurse-led counselling programme for leg ulcer patients: an explorative analysis of nursing records. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2015, 24(23/24), 3576-3583 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/jocn.12955. ISSN 0962-1067.



33.

VAN HECKE, Ann et al. Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, 20(3/4), 429-443 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03546.x. ISSN 0962-1067.

34.

VAN HECKE, Ann et al. Development and psychometric evaluation of an instrument to assess venous leg ulcer lifestyle knowledge among nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, 67(12), 2574-2585 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05683.x. ISSN 0309-2402.

35.

VAN HECKE, Ann et al. How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2009, 65(2), 337-347 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04871.x. ISSN 0309-2402.

36.

VAN HECKE, Ann et al. Systematic development and validation of a nursing intervention: the case of lifestyle adherence promotion in patients with leg ulcers. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, 67(3), 662-676 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05539.x. ISSN 0309-2402.

37.

YLÖNEN, M. et al. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. *International Nursing Review* [online]. 2014, 61(2), 194-202 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1111/inr.12088. ISSN 0020-8132.

### **Akademické práce:**

38.

KUČEROVÁ, Eva. *Edukace pacientů s nehojící se ranou v průběhu hospitalizace*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

Dostupné online z: [http://is.muni.cz/th/381821/lf\\_m/DIPLOMOVA\\_PRACE\\_-\\_Bc.\\_Eva\\_Kucerova.pdf](http://is.muni.cz/th/381821/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_-_Bc._Eva_Kucerova.pdf)

39.

VITVAROVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelský proces u klienta s bércovým vředem*. Pardubice, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Dostupné online z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/28747>

40.

VYHŇÁKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelská péče o pacienta s ulcus cruris*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Dostupné online z: [http://theses.cz/id/nl7miz/BAKALSK\\_PRCE - Lucie Vyhkov -  
\\_FINLN\\_VERZE.pdf](http://theses.cz/id/nl7miz/BAKALSK_PRCE_-_Lucie_Vyhkov_-_FINLN_VERZE.pdf)

Příloha C – Obrázky cviků

