



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Vliv kompresivní terapie na hojení ran

Vypracoval: Pavlína Nosková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Vliv kompresivní terapie na hojení ran

Teoretická východiska

Kompresivní terapie je účinná, dostupná a jednoduchá léčebná metoda, která se využívá především u pacientů s chronickou žilní nedostatečností a následně vzniklými bércovými vředy žilního původu. Vyskytují se zejména u starších a chodících osob. Tato terapie spočívá v provedení komprese pomocí krátkotahného obinadla, kdy dochází k podpoře cirkulace, snižuje tvorbu otoku, zlepšuje výkon žilně-svalové pumpy, zužuje rozšířené cévy, snižuje nedomykavost žilních chlopní a má podíl na urychlení hojení ran. Každá sestra by měla umět správně přiložit bandáž a vhodným způsobem vysvětlit pacientovi důležitost této terapie. Vše záleží na vzájemné spolupráci lékaře, sestry a pacienta. Je dobré, aby sestra měla o této problematice patřičné znalosti a prokazovala se jistou zručností. Bohužel se stává, že je kompresivní terapie zdravotníky podceňována, především v podpoře hojení u chronických ran.

Cíle práce

První výzkumný cíl spočívá ve zmapování efektivity kompresivní terapie v léčbě chronických ran, kdy se ptáme do jaké míry se podílí kompresivní terapie na hojení chronických ran. Druhý výzkumný cíl zjišťuje jaký vliv má dodržení technického postupu provádění kompresivní terapie na hojení ran, kdy se ptáme jak ovlivňuje správná technika kompresivní terapie hojení ran.

Použité metody

Metodika výzkumného šetření byla provedena s respondenty, kteří mají chronickou ránu a u nichž je prováděna kompresivní terapie. První výzkumný soubor tvoří respondenti s chronickou ránou, kterým je prováděna kompresivní terapie. Druhým výzkumným souborem jsou sestry, které se podílí na ošetřování ran s následnou kompresivní terapií. Technika výzkumu je prováděna kvalitativním výzkumným

šetřením s použitím hloubkových rozhovorů. Většina rozhovorů byly nahrány na diktafon a posléze doslovně přepsány a některé zarnamenávány ručně na papír a parafrázovány.

Výsledky

Výsledky rozhovorů byly podrobeny analýze dat pomocí metody papír a tužka otevřeným kódováním. Z analýzy dat vzniklo celkem 9 kategorií: Edukace kdy je podstatný způsob a obsah edukace, doporučení sestry, jak se chovat po přiložení kompresivní terapie. Reakce pacienta, která je převážně kladná, pro ochranu rány a úlevy od bolesti. Materiály na léčbu ran vybíraných dle jednotlivých kritérií s možností široké škály výrobků. Technika ošetřování rány prováděná dle jednotlivých kroků s nutností zhodnocení rány a volbou vhodného materiálu na ránu. Technika přikládání bandáže, kdy je důležité správně postupovat od začátku až do konce. Vliv kompresivní terapie na hojení rány je prospěšná z důvodu prokrvení končetiny, cirkulaci krve, snížení otoků a hojení rány. Názor sester na kompresivní terapii při hojení ran, že je nezastupitelnou podpůrnou součástí léčby u žilní insuficience s dobrým efektem při hojení bércových vředů. Znalost pacienta důvodu provádění kompresivní terapie je díky vlivu zlepšování hojení rány a snížení otoků s výhodou ošetření rány a naložení bandáže sestrou. Vliv kompresivní terapie na kvalitu života pacienta je spojená s bio- psycho – sociální stránkou , která má své kladné i záporné důsledky pro pacienta.

Závěr

Z hlediska časové náročnosti je tato metoda velmi prospěšná pro pacienta v souvislosti s hojením rány. Je přínosná také pro sestru, jelikož pokud je prováděna správně a důsledně, pak jsou vidět dobré výsledky, z kterých má radost jak sestra, tak i pacient.

Klíčová slova: kompresivní terapie, žilní onemocnění, sestra, pacient, rána

Abstract

Influence of Compression Therapy on Wound Healing

Theory background

Compression therapy (CT) is an efficient, easily accessible and simple nursing treatment most frequently used in patient with chronic venous insufficiency and the consequently occurring venous leg ulcers. These occur often in still mobile elderly. In CT an elastic garment is applied around the leg causing increased blood circulation which helps to decrease swelling, improve venous return, narrow enlarged blood-vessels, contradict insufficient function of venous valves and promotes wound healing. Every nurse should possess the skill of correctly applying the bandage and suitably explaining the significance of the treatment to the patient. All depends on the mutual collaboration between doctor, nurse and patient. It is necessary for the nurse to be manually skilful and have sufficient knowledge on the topic of CT. Unfortunately this treatment is often underestimated by health care practitioners, especially in connection to chronic wound healing.

Aim of thesis

The first research aim consists of mapping the effectivity of compressional therapy for treatment of chronic wounds, where we focus on the degree to which CT helps the process. The second aim is to find out about the influence on correctly conducted technical approach to CT regarding wound healing, where the question is how correct technique of CT influences wound healing.

Used methods

Qualitative research was used for this thesis in the form of in-depth interviews. The majority of the interviews were recorded and subsequently transcribed; the rest was transcribed directly by hand and paraphrased.

First research group consisted of respondents with chronic wounds undergoing compression therapy. Second research group was comprised of nurses who treat wounds and use compression therapy as a part of treatment.

Results

Answers obtained during the interviews were analysed by the pen and paper method by open coding. Nine categories resulted from this analysis. The important findings are: education, its content and the way it is conducted as well as the instruction the nurse gives on applying the bandage are most significant together with positive reaction from the patient regarding protecting the wound and releasing pain. Materials for wound treatment are selected according to necessary criteria from a wide offer of products. The technique is conducted according to individual given steps based on the condition of the wound and with suitably chosen materials. The procedure steps must be correctly followed from beginning to end. The positive influence on wound healing is manifested by increased blood supply to the limb, better blood circulation, decrease of swelling and faster wound healing. The results show that nurses agree CT is an irreplaceable supporting treatment of venous insufficiency and leg ulcers. The patient learns about the effect of CT seeing the improvement in wound healing, feeling swelling decrease and by having the wound treated and bandaged by the nurse. The influence of CT on quality of life is connected to bio-psycho-social side with both positive and negative effects on the patient. .

Conclusion

Due to the time demanding treatment of wound healing, compression therapy method is very beneficial for the patient. It is beneficial also for the nurse as if conducted correctly and consistently, it gives very good results over which both the patient and the nurse can feel satisfaction.

Key words: compression therapy, venous diseases, nurse, patient, wound

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Za pomoc při zpracování bakalářské práce bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Aleně Machové za cenné rady a odborné vedení. Dále paní Marii Pešlové, která mi navrhla prvotní myšlenku pro téma bakalářské práce. A samozřejmě děkuji své rodině za spolupráci a podporu.

Obsah

1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Anatomie a fyziologie cévního systému	11
1.1.1 Cévy.....	11
1.1.2 Tepny.....	12
1.1.3 Žíly.....	13
1.2 Chronická venózní insuficience	16
1.2.1 Klasifikace chronického žilního onemocnění (CEAP).....	17
1.2.2 Úloha sestry při vyšetření žilního systému dolních končetin.....	17
1.2.3 Chirurgická léčba.....	18
1.2.4 Konzervativní léčba.....	19
1.2.3 Varixy.....	20
1.2.4 Bércový vřed.....	20
1.3. Úloha sestry v péči o chronické rány dolních končetin	22
1.3.1 Úvod do problematiky chronických ran.....	22
1.3.2 Hodnocení rány.....	23
1.3.3.1 Chronické rány dolních končetin.....	23
1.3.4 Chronické rány dolních končetin venózního původu.....	24
1.3.5 Chronické rány dolních končetin arteriálního původu.....	24
1.3.6 Hojení chronických ran dolních končetin.....	25
1.3.7 Faktory ovlivňující hojení ran dolních končetin.....	25
1.3.9. Vlhké hojení chronických ran dolních končetin.....	26
1.3.9.1 Krycí prostředky vytvářející vlhké prostředí podporující hojení rány	27
1.4.1 Kompresivní pomůcky.....	29
1.4.2 Indikace kompresivní terapie.....	30
1.4.3 Kontraindikace kompresivní terapie.....	30
1.4.5 Aplikace kompresivní bandáže sestrou.....	30
1.4.6 Nejčastější chyby při přikládání kompresivních bandáží.....	31
1.4.7 Kompresivní punčochy a návleky.....	31
2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíl práce.....	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33
3. METODIKA	34
3.1 Metodika výzkumu.....	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4. VÝSLEDKY	38
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami.....	38
5. DISKUSE	48
7. SEZNAM LITERATURY	56
8. PŘÍLOHY	60
8.1 Seznam příloh.....	60

Seznam použitých zkratk

O₂ – kyslík

CO₂- oxid uhličitý

CEAP – klasifikace žilního onemocnění

CVD – chronická žilní nedostatečnost (přeloženo z angličtiny)

ŽBV – žilní bérkový vřed

BV – bérkový vřed

KT – kompresivní terapie

Ag – stříbro

DK – dolní končetiny

DP – Domácí péče

DS – Domov seniorů

Úvod

Záměrem této práce je objasnit význam podpůrné metody léčby využívání kompresivní terapie při rozsáhlých nehojících se chronických ranách u pacientů s různými poruchami cévního systému dolních končetin. Kompresivní terapie se využívá jako jedna z velmi účinných, dostupných léčebných metod u onemocnění žilního a lymfatického systému. Bývá ale někdy nedoceněná a opomíjená. V tomto případě má nezastupitelné místo všeobecná sestra, která musí být řádně proškolená odborníkem či specialistou na hojení ran. Zdůraznila bych zde nezbytně nutnou správnou techniku přiložení bandáže u postižené končetiny pacienta, jelikož na tomto stojí úspěšnost popisované terapie. Bez spolupráce lékaře, všeobecné sestry a samozřejmě pacienta tato léčba pozbývá na úspěchu. Osob s chronickou žilní insuficiencí je stále mnoho, společně s diabetickými pacienty, u kterých se často vyskytnou následné komplikace v podobě bérceových vředů, u nichž je péče více než nutná. S vážným a častým problémem, jako jsou bérceové vředy, souvisí i znalost problematiky hojení ran. V této oblasti je nutnost se orientovat a vědět účinný způsob, jak ránu v jednotlivých fázích ošetřovat. S tím souvisí i podrobný zápis do ošetřovatelské dokumentace. Budeme zde i popisovat základní pravidla přikládání bandáže při provádění kompresivní terapie u pacienta s chronickou ránou. Zmíníme se i o tom, v jakých případech kompresivní terapii neprovádět a kde se vyskytují nejčastější chyby při přikládání kompresivních bandáží. V současné době je téma péče o rány velmi dobře propracované a na našem trhu jsou dostupné moderní přípravky a materiály, které nám pomáhají k včasnému a efektivnímu hojení ran. S kompresivní terapií jsem se setkala na svém pracovišti, kde jsem o tuto tematiku projevila zájem společně s péčí o převazování ran. Proto jsem si toto téma vybrala.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie cévního systému

1.1.1 Cévy

V našem těle prochází velké množství cév, které svou stavbou připomínají trubice různé šířky. Jsou vystlané jednou vrstvou epitelových buněk. Uvnitř trubic prochází tekutina. Podle obsahu tekutiny proudícími v cévách rozlišujeme 2 systémy. Systém krevních cév, který obsahuje červenou krev, ta obíhá a koluje v uzavřeném krevním oběhu. Dále systém mízních cév. V těchto cévách se vyskytuje bezbarvá míza, posbíraná ze štěrbin mezi buňkami orgánového vaziva a tkání postupujících do mízních vlásečnic. Odtud se mízními cévami a přes vložené mízní uzliny dostává do silnějších mízních kmenů. Mízní cesta pokračuje a vyústí v krevních cévách (žilách). Cévy, kterými proudí krev v tomto rozsáhlém systému nám zajišťují látkovou přeměnu ve tkáních, spojují místa, z nichž získávají živiny (například ze stěny trávicí trubice) a kyslík se všemi orgány a tkáněmi celého těla. Naopak z tkání sbírá oxid uhličitý, který se vylučuje v plicích a další zplodiny metabolismu vylučující se v ledvinách. Společně s krví jsou přenášeny hormony ze žláz s vnitřní sekrecí k daným orgánům, další působky a obranné látky. Ústředním orgánem krevních cév je srdce, které pravidelnými rytmickými stahy pohání krev v cévách. Směrem ven ze srdce vycházejí tepny (arteriae), postupně se větví na tenčí tepny až v tenkostěnné tepénky (arteriolae). Dále se tepénky dostávají do konečných sítí cév vlásečnic neboli kapilár, do kterých se tepny rozvětví. Stěna kapilár je tvořena jednou vrstvou endotelových buněk. Z kapilár se poté sbírají v žíly (venae), jež vedou krev z kapilár do srdce. Tepny, žíly, kapiláry a mízní cévy nemají stejnou tloušťku a liší se složením svých stěn (Čihák, 2004).

1.1.2 Tepny

Podle toho jakou mají cévy funkci a kudy procházejí, tak je uzpůsobena jejich struktura. Arteriae (tepny) jsou cévy s pevnými pružnými stěnami, které musí zvládnout pulzní nárazy vypuzované krve ze srdce. Krev tepnami prochází velmi rychle, v aortě rychlostí 40 až 50 cm/s. Tepny se postupně dále větví a rychlost se zmenšuje. Oproti žilám jsou tepny uloženy hlouběji, kromě několika míst, kde lze nahmatat jejich tep. Tepny bývají spojeny silnými spojky, kterým říkáme anastomózy. Ty nám umožňují funkční mnohotvárnost tepenného řečiště a pohyb krve z jedné větvičky do oblasti vedlejších větviček. Někde však anastomózy nejsou jako například v sítnici, ve slezině a v ledvinách. V tomto případě nazýváme tyto tepny konečnými. Pro zajímavost v srdci a mozku máme též spojky, ale pro svou funkční nespolehlivost jsou v těchto orgánech také tepny konečné, jež mají tu nevýhodu, že pokud je tato oblast nedostatečně zásobována, vzniká nekróza (Čihák, 2004). Každá stěna tepny se skládá ze 3 vrstev. (příloha 1) První vrstvou uvnitř cévy je tunika intima, skládající se z jedné vrstvy plochých endotelových buněk, podložených sítí elastických a kolagenních vláken či elastickými blankami. Druhá vrstva tunica media je nejsilnější ze všech vrstev tepny. Tvoří ji hladká svalovina, kde buňky cirkulují nebo jsou uskupeny v nízkých spirálovitých závitěch, okolo nichž jsou sítě kolagenních a elastických vláken. U tepen je někdy výraznější svalová složka nebo elastická složka. Záleží, jak jsou tepny velké (Čihák, 2004).

„Tepny elastického typu se při systolickém nárazu krve rozpínají a při diastole se vracejí do původního kalibru, čímž jednak pohánějí krev, jednak zachycují systolický vzestup tlaku a přispívají k rovnoměrnějšímu proudu krve. Tepny svalového typu mají ve svalovině své stěny hlavně regulační aparát, který mění průsvit tepny a reguluje tak přítok krve do příslušných oblastí“ (Čihák, 2004, str. 71-72).

Třetí vrstva je tunica externa neboli cévní adventicie, má na povrchu fibrilární vazivo s kolagenními a elastickými vlákny a na povrchu cévy se překřížuje v sítích přecházejících do vaziva v nejbližším okolí cévy a tím se pružně fixuje s okolím (Čihák, 2007).

Arterioly jsou nejtenčí arterie skládající se z endotelu a z tenké vrstvičky cirkulárně probíhajících hladkých svalových buněk. Mají silnou stěnu a jsou bohatě zásobeny nervovými vlákny. Konce arteriol přecházejí na tzv. prekapiláry pokračující do kapilár neboli vlásečnic. Vlasečnice mají pouze jednu vrstvu endotelových buněk, ke kterým z vnější strany přiléhá síť retikulárních vláken. Tenkou stěnou kapiláry prochází veškerá látková výměna v organismu včetně výměny O₂ a CO₂ mezi krví a tkáněmi. Kapiláry se dále mění v poskapiláry neboli prevenuly. Stavbou jsou širší a místy se objeví buňka hladké svaloviny. Někdy probíhá způsob přechodu pomocí a-v můstku toto je spojení složitější. Jednodušší přechod je tedy z prevenuly na venulu (Čihák, 2004).

1.1.3 Žíly

Venulae – venula je nejtenčí žíla, která se skládá ze tří vrstev. Vnitřní se nazývá tunika interna obsahující endotel a tenkou subendothelovou vrstvu, dále střední vrstvu-tunica media skládající se z tenké vrstvičky hladkých svalových buněk nemající svalová vlákna. Zevní vrstva – tunica externa (adventicia) má silnou vrstvu vaziva s kolagenními vlákny většinou podélně orientovanými. Venuly přecházejí do žil. Venae – žíly u nichž jsou tenčí stěny než u tepen stejné tloušťky. V žilách má krev malý tlak okolo 5- 20 Hg. Tlak klesá směrem k srdci. Zajímavostí je, že objem krve v žilním řečišti je třikrát větší než objem krve v tepnách. Je to způsobeno tím, že krev v žilách nepohání aktivita srdce, ale je závislá na řadě pohybů těla. Například dýchací pohyby a svalové pohyby, nepřímo pohánějících krev v žilách. Podle polohy, kde jsou uloženy žíly, je rozdělujeme na povrchové žíly, které probíhají v podkožním vazivu a jsou viditelné. Tyto žíly mají spojky do žil hlubokých přes povrchové fascie. Žíly hluboké obvykle doprovázejí tepny a často i nervy. Podél tepny jdou často dvě žíly, místy napříč propojené. Neméně důležité jsou žilní chlopně – valvulae venosae (viz příloha č.2) mající význam jak pro žíly, tak pro mízní cévy. Na jejich povrchu je vrstva endotelu z tunici intima. Uvnitř jsou vyztužené vazivem. Jejich tvar je poloměsíčitý s jednou až třemi kapsami. Pokud se nad chlopněmi stěna naplní krví a probíhá patologický stav, vznikají uzlovitá rozšíření tzv. žilní městky (varices). Na žilách jsou chlopně různě

daleko od sebe. Nejvíce nahuštěné jsou především na končetinových žilách a to jak povrchových tak i hlubokých. Hlavní úkol chlopní spočívá v tom, že hydrostatický tlak vysokého sloupce tekutiny se rozdělí na jednotlivé tlaky krátkých sloupců, dle umístění chlopní. Když nastane například akce okolního svalstva, žíla se sevře a krev odtéká směrem k srdci díky chlopním, které tomu napomáhají. Nedovolí její návrat. Pohonným mechanismem je též tepová vlna v arterii, jež stlačí žíly a krev je propouštěna chlopněmi vždy nad stlačené místo. Povrchové žíly jsou spojeny s hlubokými žilami transfasciálními spojkami neboli perforátory. (viz příloha č.3) Procházejí skoro kolmo fascií a mívají většinou chlopně. Pokud chlopně nepracují dokonale, krev se vrací zpět do systému podkožních žil, jež se přeplyňuje, a tak vznikají žilní městky. Největší objem se vytváří právě v oblasti těchto perforátorů. Je třeba, aby funkce chlopní nebyla porušená, zejména na dolních končetinách, kde vznikají často chorobné stavy (Čihák,2004).

„Žíly dolních končetin přivádějí krev do dolní duté žíly hlubokými žilami doprovázející tepny. Tyto žíly mají jména obdobná jako tepny. Z tohoto pravidla se vymykají dvě žíly probíhající v podkožním vazivu dolních končetin. Povrchové neboli podkožní žíly mají četné chlopně, zabraňující zpětnému toku a hromadění krve ve tkáních a v hlubokém žilním systému dolních končetin. Na vnitřním okraji bérce a stehna běží vena saphena magna ústící pod tříselným vazem do stehenní žíly. V ose lýtky leží vena saphena parva. Na obou žilách dochází často k ochabnutí žilní stěny a k tvorbě výdutí, městsků“ (Dylevský, 2007, str.88).

Do povrchových žil je krev odváděna z dorsum pedis a dorzální plochy prstů. Povrchové žíly začínají po stranách prstů jako vv. digitales. Ty dále přecházejí do čtyř až pěti vv. metatarsales dorsales. Na hřbetu nohy se žíly seskupí a vytvoří žilní síť, kam putují žíly i z chodidla. Z žilní sítě se utváří při palcové straně v. saphena parva. Tato žíla bývá velmi ohrožena varixy. Před vnitřním kotníkem začíná vena saphena magna, (příloha 4), která ústí do vena femoralis (viz příloha č.5) (Naňka a Elišková, 2009).

Zbytek tlaku, který pochází z aktivity srdce lze zjistit pouze na začátku žilního řečiště a venul. Jeho rozmezí činí 12-15 Hg. V kapilárách krev proudí už pouze 1mm/s. K tomu, aby krev putovala zpět k srdci, jsou třeba chlopně umístěné ve vénách. Dále

svalové kontrakce, které se spolupodílejí na posunu krve směrem k srdci a vytvářejí tzv. svalovou pumpu. Při nádechu (inspiraci) vznikne mohutný nasávací mechanismus způsobující zvýšení nitrohruďního tlaku, který doslova nasaje krev z periferie do horní a dolní duté žíly. Nasávací síla srdce probíhá při vypuzovací fázi, kdy je krev ze žil nasávána do síní a při plnění komor. Nemalý význam má žilní pumpa, kdy ve stěně žil je umístěna hladká svalovina, která má spirálovitý tvar. Tato vlákna se mohou kontrahovat a tím pomoci toku krve směrem k srdci (Mourek, 2012).

1.2 Onemocnění žilního systému dolních končetin

1.2.1 Příznaky

S příznaky onemocnění žil se můžeme setkat už v pubertě či před 30. rokem života. Začínají se nejčastěji projevovat pocitem těžkých nohou, bolestí, pálením, křečemi, otoky a trofickými změnami na kůži. Občas se stává, že toto onemocnění je bezpříznakové. Charakter bolesti se vyznačuje pálením, tlakem a křečemi. Bolest se zhoršuje především dlouhým stáním a sezením obvykle odpoledne či večer. Samozřejmě je nutné zjistit rodinnou, osobní, lékovou a pracovní anamnézou patřičné údaje a souvislosti. Hlavními klinickými projevy žilního onemocnění jsou otoky. Žilní otok znamená nahromadění intersticiální tekutiny neboli tkáňového moku v mezibuněčném vazivovém prostoru. Žilní otoky se vyskytují především na dolních končetinách u osob, které dlouho stojí či sedí. Hýždě a bederní krajina bývají zasaženy u ležících pacientů. Dle zemské gravitace se otoky přesouvají. Pomocí tlaku prstů lze nahromaděnou tekutinu posunout a vymáčknot důlek v místě otoku. Dělíme je na jednostranné a oboustranné. Jednostranný otok dolních končetin způsobí například flebotrombóza, kdy trombus ucpe hlubokou žílu dolní končetiny. Dále tromboflebitida, kdy dochází k zánětu žíly a ucpání podkožních žil dolních končetin. Otok vzniká díky postrombotickému syndromu, který se projeví obstrukcí a reflexem v hlubokých žilách dolní končetiny po prodělané flebotrombóze. Lymfatický otok rozdělujeme na vrozený, kdy není uskutečněn dostatečný vývoj periferních lymfatických cév a uzlin. Dále sekundární lymfatický otok, u kterého dochází k poškození periferních lymfatických

cév a uzlin a nakonec primární lymfatický otok vzniklý poruchou vývoje lymfatických cév, někdy společně s bezpříznakovým zánětem. Žilní otok má příčinu v poruše žilně-svalové pumpy a žilní hypertenzi. Oboustranných otoků je více, z nichž jmenuji například statický neboli fyziologický, který má příčinu v dlouhodobé imobilizaci, kdy nefunguje žilně-svalová pumpa lýtky. Rozlišujeme srdeční, ledvinný, jaterní, alergický, těhotenský a premenstruační, hypoproteinemický, žilní, primární lymfatický otok a lipedém. V oblasti otoku se mohou vyskytovat barevné změny na kůži, spontánní, palpační nebo námahová bolestivost. U dolních končetin vznikají pocity tíhy, únavy, bolesti a noční svalové křeče. Pokud vznikne náhlá bolest, většinou se jedná o příznak akutního úplného nebo neúplného trombotického uzávěru hlubokých žil. Jestliže jsou příznaky výrazné, jedná se zejména o proximální flebotrombózu, kdy k uzávěru může dojít na kyčelní, stehenní nebo podkolenní žíle. U distální flebotrombózy, která vzniká na žíle bérce a svalové žíle bérce, není bolest tak výrazná, většinou jen při došlápnutí. U starších pacientů a u nemocných v celkově špatném stavu se stává, že končetina nebolí vůbec. Žilní bolest bývá také méně vnímána u pacientů po ortopedických a chirurgických operacích. Žilní nedostatečnost způsobuje bolest většinou v průběhu dne, většinou pokud dotyčný dlouho sedí nebo stojí. Bolest se stupňuje nejčastěji večer a jestliže se končetina svěsí dolů. Pokud se končetina uvede do vyšší polohy, bolest se snižuje. Neméně důležitá je komprese a chůze. Při všech těchto krocích se snižuje žilní tlak (Herman, Musil a kol., 2011).

1.2 Chronická venózní insuficience

Je způsobena přetrvávající žilní hypertenzí u varixů dolních končetin. Řadíme ji mezi komplikaci způsobenou varixy. Tato žilní nedostatečnost způsobuje otoky nejčastěji kolem kotníků především večer či po dlouhodobém stání nebo sezením na stejném místě. Otok bývá přítomen i ráno, ale není to tak časté. Postižená osoba si stěžuje na pocit těžkých nohou, napětí, křeče v nohou, také na mravenčení kůže. V oblasti bérce a kotníků vznikají rezavohnědé tečkovité pigmentace nebo hnědavě zbarvené plochy. Kůže slábne, je křehká a někdy se olupuje. Projevuje se snadnou zranitelností a často svědí. Kůže ztrácí ochlupení na bércích. V okolí vnitřních kotníků

se někdy vytvoří bělavé tuhé skvrnky tzv. bílá atrofie a malé, bolestivé, špatně hojící se vřídky. Dalším poznávacím znamením je rozšířená síť cév pod vnitřním kotníkem a na nohou (Machovcová, 2009).

Musil (2014) uvádí, že nejčastější jsou primární idiopatické chronické žilní onemocnění, které postihuje 70 -80 % populace. Sekundární postižení žil trombózou má výskyt u 18-25 % populace společně se sekundárním posttrombotickým chronickým žilním onemocněním, též nazývaným, posttrombotický syndrom. Nejmenší procento mají vrozené žilní anomálie a to 1-3 %.

1.2.1 Klasifikace chronického žilního onemocnění (CEAP)

Chronické žilní onemocnění (CVD) představuje různorodý komplex klinických projevů a příznaků, které se obtížně klasifikují. V dnešní době je nejvíce používaná klasifikace CEAP, která rozlišuje 4 zdroje posuzování. C- klinika, E – etiologie, A – anatomická porucha, P – porucha funkce. Přihlíží se i k přítomnosti obstrukce nebo refluxu. Také čím je obstrukce způsobena, například trombózou. A zda je pacient symptomatický (s) či asymptomatický (a) (Broulíková, 2009).

CEAP klasifikace nám pomáhá rozdělit žilní onemocnění do tříd. Třídy C1 a C2 spadají do časných stádií. Provází je nezávažné varixy dolních končetin projevující se teleangiektázií, retikulárními žilami a uzlovými varixy. Pozdní, pokročilá stadia chronického žilního onemocnění spadají do tříd C3 až C6 (příloha 6). U těchto skupin jsou viditelné již výrazné otoky dolních končetin, které postupují až do poloviny bérců nebo až po koleno. Na kůži a v podkoží se projevují trofické změny žilní nedostatečnosti (Musil, 2014).

1.2.2 Úloha sestry při vyšetření žilního systému dolních končetin

Sestra uvede pacienta do ordinace, představí se, zeptá se na jméno a pomůže pacientovi na lůžko. U hůře pohyblivého pacienta poskytuje oporu. Změří fyziologické funkce a zapíše do dokumentace. Lékař vyšetřuje dolní končetinu pohledem, pohmatem

a srovnáním s druhou končetinou. Sestra asistuje při vyšetření a řídí se pokyny lékaře. Lékař vyšetřuje vestoje i vleže. Pohledem zjišťuje otok, hypertrofii, změnu barvy, přítomnost kožních žilních kolaterál, jizvy a místa vpichů, známky proběhlého traumatu, zavedení žilních kanyl, kožní exkoriace a trofické změny. Pohmatem zjišťuje teplotu končetiny, citlivost v průběhu postižené podkožní žíly, v nadklíčkové jamce nebo axile, zvětšení lymfatických uzlin, což může značit příčinu zevní žilní obstrukce a známku zánětu kůže a podkoží, dále hmatné tuhé podkožní žíly po proběhlé tromboflebitidě, přítomnost pulzací na zvyklých místech či abnormální pulzace, přítomnost edému. Přímým poklepem a současnou lehkou palpací druhou rukou pod nebo nad místem poklepu na varix zejména u obézních osob lze zjistit průběh podkožních žil při kmenové insuficienci velké a malé safény. Poslechem lékař pátrá po šelestech, zejména u arteriovenózní píštěle a cévní malformaci. Sestra samozřejmě asistuje při všech těchto vyšetřeních (Herman, Musil a kol., 2011).

Nejedlá (2006) se zmiňuje o vyšetření žil pohledem a pohmatem, při kterém sestra asistuje. Jde o vyšetření průchodnosti hlubokých žil, které je důležité pro zjištění hluboké flebotrombózy pomocí funkčních testů jako Homansův test, Plantární test, Lowenbergovo znamení, Perthesův test, Trendelenburgův test (příloha 7).

Šafránková, Nejedlá (2006) udávají ultrazvukové vyšetření, jež hraje v této problematice hlavní úlohu pro diagnostiku flebotrombózy a chlopenní insuficience. K ultrazvukovému vyšetření lékař používá Dopplerův ultrazvukový průtokoměr, který zaznamenává směr toku krve po zatáhnutí končetiny manžetou tonometru. Dále dvourozměrná ultrasonografie (B modus) žíly, kdy lékař zjišťuje za asistence sestry, jak je žíla průchodná a stlačitelná. Ještě je prováděn ultrazvuk dvojrozměrný speciální, kdy získaný obraz znázorňuje příčný nebo podélný obraz žilou. Mezi další vyšetření pro zjištění náplně povrchového a hlubokého systému je využití flebografie, kdy sestra aplikuje do žíly kontrastní látku v místě dorzu nohy vestoje nebo vleže.

1.2.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba se provádí, pokud je potvrzena insuficience chlopní v povrchovém systému a to uvnitř vena saphéna magna a vena saphéna parva či ve

spojkách. Musí se především přihlédnout k tomu, zda již nedošlo k pokročilým změnám. Pokud nedošlo, provádí se například crossektomie, stripping, miniflebektomie, subfasciální endoskopické přerušování perforátorů. Hlavním důvodem výkonu je přerušování všech insuficientních cest mezi hlubokým a povrchovým žilním systémem. U některých vhodných pacientů se v současné době osvědčila endoluminální procedura za účasti laseru nebo radiofrekvenční ablace postižených úseků povrchových žil. K dalším metodám patří sklerotizace žil – pěnová, která se využívá i k sanaci žil o velkém průměru (Broulíková, 2009).

1.2.4 Konzervativní léčba

Úkolem pacienta v rámci konzervativní léčby je dodržovat režimová opatření. V tomto směru má hlavní slovo sestra při edukaci pacienta. Sestra doporučí v rámci režimových opatření vyvarovat se dlouhému stání či sezení, polohovat dolní končetiny, snížit nadváhu, zlepšit pohybovou aktivitu, aby pracovala svalově žilní pumpa lýtky a dopomohla zpětnému návratu krve k srdci. Sestra doporučí pacientovi vykonávat nejlépe osvědčené sporty jako je turistika, jogging, mírná cyklistika a plavání. Z léčebných a preventivních doporučení je u osob s CVD především na místě nošení elastických punčoch nebo elastických obinadel. Sestra poradí a předvede pacientovi správnou techniku navlékání punčoch a přikládání bandáže. Vedle těchto doporučení, pokud neustoupí subjektivní potíže a pacient má pokročilé kožní změny na dolních končetinách, je nutno též užívat venofarmaka (Broulíková, 2009).

Sestra vysvětlí pacientovi s onemocněním žilního systému, že je nutné hlavně upravit životní styl a skutečně dodržovat režimová opatření. Patří k nim dále elevace dolních končetin, krátce sprchovat dolní končetiny chladnou vodou, přiměřená pohybová aktivita, péče o pravidelnou stolici, nosit vhodný oděv a obuv, střežit se přímého působení tepla, kontrolovat a udržovat si optimální tělesnou hmotnost (Navrátilová, 2014).

Pokud pacient užívá venofarmaka, pak tyto léky potlačují subjektivní potíže, jako jsou pocity napětí, tíhy, pálení a svědění, otoku a bolestí končetiny. Pokud se žilní onemocnění rozpozná včas a brzy se zahájí léčba, onemocnění ustoupí a také může

oddálit nebo zmírnit jeho vývoj do pozdních stádií nemoci. V posledních letech se cílem této léčby stala potřeba o zastavení zánětlivého procesu, které odpovídá za chronické žilní onemocnění (Zimolová, 2008).

1.2.3 Varixy

Varixy na dolních končetinách je onemocnění velmi časté. Prvním projevem bývají metličkové varixy způsobující pouze kosmetický nedostatek. Povrchové žíly se mohou vakovitě rozšířit při svěšení končetin z lůžka nebo pokud se postavíme. Palpačně jsou velmi citlivé. Primární příčina je způsobena vrozenou poruchou žilní stěny, která se rozšiřuje a chlopně uvnitř nedostatečně fungují. Sekundárním stavem, kdy vzniknou povrchové varixy, je proběhlá hluboká žilní trombóza či důsledek různých mechanických vlivů jako například dlouhodobě nevhodná poloha. Postižení jedinci často trpí otoky dolních končetin, pocitem tíhy, křečemi v noci a únavou. Komplikací může být i tromboflebitida a flebotrombózy. Pokud varixy přetrvávají, dochází ke vzniku varikózního syndromu, kde jsou patrné změny na bérce jako například hyperpigmentové skvrny s atrofii kůže, edém. Nejvíce je postižena oblast na vnitřním kotníku, kde je nejčastěji lokalizován bérceový vřed (příloha 8), (Topinková, 2006).

1.2.4 Bérceový vřed

„Ulcus cruris - bérceový vřed je častá komplikace venózní insuficience dolních končetin s varixy a opakovanými tromboflebitidami. Někdy je vyvolávajícím faktorem poranění, které v oblasti s narušeným oběhem a odtokem krve má malou tendenci k hojení. Proces mívá malou tendenci k hojení, jsou narušeny lokální imunitní mechanismy, bývá pestrá mikrobiální kolonizace“ (Vokurka, Hugo, 2006).

Žilní bérceový vřed je konečným stadiem chronické žilní insuficience. Pro postižené tímto závažným onemocněním představují vážný léčebný a socioekonomický problém. ŽBV se léčí buď konzervativně nebo chirurgicky. U konzervativní léčby hraje důležitou úlohu kompresivní terapie, která bývá někdy podceňována. U chirurgické léčby se

odstraňují refluxy v povrchním žilním systému, kdy poté dochází ke zhojení ŽBV. Pokud dochází k insuficienci u hlubokého žilního systému, je stav mnohem vážnější (Kalný 2013).

ŽBV je nemalým terapeutickým problémem praktických a odborných lékařů. Má na svědomí 1 % pracovních neschopností a polovina postižených je důchodového věku. Zhruba 70 % bérkových vředů je způsobeno žilní nedostatečností. Velikost bérkového vředu je různorodá od malých defektů po rozsáhlé ulcerace obklopující celý bérec. BV řadíme mezi chronické onemocnění, dlouhodobě se hojící. Postižený BV mívá potíže, jako je bolest a pálení. Léčba je dlouhodobá a komplexní. Účel léčby je zlepšit celkové a místní cirkulární poruchy a jejich prevenci a ošetřovat BV vhodnými metodami na léčbu ran. Ke správné a efektivní léčbě patří i kompresivní terapie (Machovcová 2009).

Bércové ulcerace zasáhlo 3-5 % populace, vředy pouze žilní etiologie zhruba 0,15-2 % populace převážně u věkové skupiny okolo 70. roku věku. U žen častěji, než u mužů (3:1). U osob do 40 let je prevalence u bérkového vředu jak u mužů, tak u žen stejná. Přibližně u 12-14 % osob trpících chronickou žilní insuficiencí se vyskytne žilní bérkový vřed. Vzniká především u sekundárních varixů než u primárních. 70 % osob postihuje vřed žilního původu, 10% osob arteriálního původu a 20 % vřed smíšené arteriovenózní etiologie (Herman, Musil a kol.2011).

Kalný (2013) uvádí počet onemocnění ŽBV 0,3 % do 40 let a 2,4 % nad 70 let. U osob v produktivním věku je postihnuto ze 73 % bérkovými vředy, které způsobují invaliditu. Průměrný věk je 45,7 roků. Výdaje na léčbu pokrývají 2 % z rozpočtu ve zdravotnictví.

Navrátilová (2006) sděluje, že zejména u starších nemocných se na vzniku BV spolupodílí i porucha tepenného zásobení a mikrocirkulace (ulcus crurix mixtum). BV se zhruba vyskytuje u 14 % nemocných, jelikož se prodlužuje délka života a riziko stoupá.

Ke správnému stanovení diagnózy a vytvoření vhodného terapeutického postupu je nutné odlišit ulcerace a rány jiné etiologie. Bérkový vřed u primární insuficience žilního systému se rozkládá v místech distální poloviny vnitřní strany bérce. Na zevní straně bérce méně. Má nepravidelný tvar, bývá jeden nebo vícečetný. Spodina bývá pokryta

bakteriálním nebo fibrinovým povlakem. Pevně lpící nekróza nebývá přítomna. Viditelné jsou naválité okraje vředu a v jeho okolí spatříme například hyperpigmentaci, otok, lipodermatosklerózu, atrofii. Bércový vřed na posttrombotickém podkladě je mnohem výraznější tím, že vřed je rozložitější až cirkulární, hlubší, má podminované okraje s výraznou produkcí exudátu. V okolí vředu se též vyskytují kožní projevy chronické žilní nedostatečnosti, především flebolymfedém a stupňující (pokročilá) fibrotizace podkoží (Navrátilová, 2010).

Slezáková (2008) uvádí, že bércový vřed je velmi častý problém křečových žil na dolních končetinách. Po vzniku kožního defektu je nutná pravidelná péče o defekt, ambulantní péče, mívá sociální důsledky, dotyčný je společensky izolován a pracovní omezen. Velmi často bývají postiženy ženy. Bércové vředy vyžadují pravidelné ošetřování s převazy a použitím širokého spektra léčivých přípravků. Důležité uplatnění má i chirurgická léčba, kompresivní léčba, která je velmi podstatná v principu správně provedené elastické bandáže, kdy stoupá tlak v žilním systému a dohromady s pohybem tedy chůzí, urychluje žilní návrat, zabraňuje městnání krve a prospívá lepšímu hojení. Nedoporučuje se u velkých otoků, bakteriálního ekzému a u imobilních pacientů. Z fyzikální léčby se osvědčilo tzv. horské slunce, elektrostimulátory, magnetoterapie, které jsou vhodné u granulace a epitelizace vředů. Snižují bolestivost.

1.3. Úloha sestry v péči o chronické rány dolních končetin

1.3.1 Úvod do problematiky chronických ran

Pokud se ohlédneme na léčení ran dříve, jako první se o to zasadil Hippokrates, který používal jako primitivní antiseptikum víno. Jako první položil základy ke kompresivní terapii v léčbě bércového vředu venózního původu. Chirurg Ambrosie Paré čistil otevřené rány larvami hmyzu a pro lepší hojení ran používal stříbrné plátky. Za vznik vlhké terapie vděčíme profesoru Winterovi, který v roce 1962 popsal účinné a rychlé hojení rány (Stryja, 2011).

1.3.2 Hodnocení rány

Pokud přichází pacient s nehojící se ránou do ordinace, sestra by měla hlavně umět zhodnotit ránu a zvolit co nejlepší a efektivní ošetřování rány. Velmi užitečná je i fotodokumentace. Sestra zjišťuje velikost rány tj. délku, šířku, hloubku, její umístění, stav spodiny rány (dle WHC klasifikace černá, žlutá, červená, růžová), okraje rány, které mohou být macerované, zjizvené, pokryté krustami, zarudlé, edematózní. Dále sestra hodnotí velikost ranné sekrece, charakter exudátu a možný zápach rány. V ráně mohou kolonizovat bakterie, či probíhat infekce. Sestra dle ordinace lékaře zajistí stěr z rány. Nutné je, aby se sestra zeptala pacienta na bolest, zda se vyskytuje při převazu či při chůzi nebo mezi převazy. Sestra k tomu může použít stupnici škály bolesti (Stryja, 2011).

Důležitým předpokladem je také znát složení kůže, kdy první vrstva je pokožka, tvořena keratinocyty v podobě zploštělých epiteliálních buněk, které obsahují bílkovinu keratin. V pokožce jsou obsaženy i melanocyty, což jsou buňky obsahující pigment melanin. Druhá vrstva je škára, sestavena z vazivové vrstvy s vysokým obsahem kolagenu a elastinu. Jsou v ní zastoupeny i mazové, potní, pachové žlázy, receptory vnímající dotyk, chlad a zvýšenou teplotu. Třetí vrstvou je podkožní tkáň (subkutis), která představuje nejhlubší vrstvu kůže a je zásobárnou energie Kočárek (2010).

Slezáková (2008) udává, že kůže je důležitou a neoddělitelnou součástí ve všech základních životních funkcích. Kůže vytváří bariéru člověka před působením zevních činitelů, má funkci termoregulační, vodní a elektrolytovou, detoxikační, imunologickou, senzorickou vytváří chemickou a vodní ochranu.

1.3.3.1 Chronické rány dolních končetin

„Rána (vulnus) je porušení integrity tkání těla v důsledku fyzikálního(nejčastěji mechanického) působení, někdy se ztrátou části tkáně“ (Vokurka, 2006, s.782).

„Chronickou ránou označujeme takové poškození anatomických struktur, které i přes adekvátní terapii po dobu 6 - 9 týdnů nevykazuje žádné známky hojení. Na mezinárodní konferenci v Ženevě v roce 2010 byla vědeckým výborem navržena změna v terminologii ran. Dosud užívaný termín chronická rána zohledňoval pouze časový

faktor, nikoli stav rány, příčinu nebo prognózu. Prostředky k fázovému hojení a vlhkou terapii lze uplatňovat i v terapii akutních ran a tím předejít vzniku chronické rány. Stryja (2011) udává, že bylo doporučeno zavést označení non - healing wound, tedy nehojící se rána. V současné době se v odborných publikacích tuzemských i zahraničních užívá označení chronická rána, nehojící se rána anebo rána s komplikacemi v hojení (hard to heal wound) přeloženo jako rána těžko hojitelná“ (Pokorná, 2012, s. 15).

1.3.4 Chronické rány dolních končetin venózního původu

Příčinou chronických ran či ulcerací venózního původu je stáza krve, která zvyšuje žilní tlak a chlopně žilního systému dolních končetin. Tenké žilní stěny mají větší sklon k dilataci než tepny. V žilním systému stoupá tlak a zvyšuje se žilní hypertenze, která znemožňuje reabsorpci tekutin z kapilár a dochází k otoku většinou v okolí vnitřního kotníku a v dolní třetině končetiny. Říká se jí kamašovitá zóna. V těchto místech se projevují zánětlivé změny v okolí rány, pigmentace, edém a někdy i mokvání. Okraje rány bývají nepravidelné a hloubka rány různá. Tyto ulcerace většinou vznikají při primárních varixech či po prodělané trombóze. Postrombotické ulcerace se dlouho hojí, protože jsou postižené chlopně v hlubokém žilním systému. Tyto ulcerace provází bolest a napětí v dolních končetinách, varixy a rozšířená žilní kresba (Pokorná a Mrázová, 2012).

1.3.5 Chronické rány dolních končetin arteriálního původu

Chronické rány arteriálního původu vznikají v důsledku aterosklerózy, kdy nedochází k celkovému prokrvení tkání a cév. Velkým rizikem je částečný nebo úplný uzávěr cév. Arteriální ulcerace svým rozsahem bývají menší a okraje jsou pravidelného oválného či okrouhlého tvaru umístěnými na vnitřní přední i vnitřní straně bérců a oblastech pod kotníky většinou nártý, prsty, paty. Těmto ulceracím předcházejí klaudikační bolesti, ztráta pulzace, noční bolest a chladná končetina (Pokorná, 2012).

1.3.6 Hojení chronických ran dolních končetin

Sestra musí znát správný léčebný postup při průběhu hojení ran. Hojení rány je složitý biologický proces, který probíhá v jednotlivých fázích. První fáze je zánětlivá čili exsudativní. Druhá fáze je proliferační, třetí fáze je diferenciativní a remodelační. V praxi sestra tyto postupy hojení rány nazývá jako fáze čištění, fáze granulační a epitelizační. A to především u hojení bércevého vředu (Švestková, 2007).

Fáze zánětlivá je především obranou reakcí organismu, která trvá zhruba tři dny. Projevuje se stejně jako u každé rány a to zarudnutím, teplotou, otokem a bolestivostí. Pokud bolest přetrvává, nastane funkční omezení. Fáze proliferační značí tvorbu nových cév a pokrytí defektu granulační tkání. Pokud je rána hojně zásobena krví, nové kapiláry mají vyšší propustnost a tím dochází k tak potřebné látkové výměně v ráně. Pozor je třeba dát na jejich malou odolnost proti mechanickému poškození. Proto je nutné, aby sestra při převazu rány co nejméně traumatizovala ránu. Granulační tkáň je přechodná, ránu poté nadobro uzavře, přičemž je připravena půda pro epitelizaci. Ta se projevuje lososově červeným lesklým povrchem. 3. Fáze diferenciativní a reepitelizační nastává 6.až 10. den, kdy se rána vstřebává, granulační tkáň se zpevňuje a mění se v jizevnatou tkáň a tvoří se nové epidermální buňky. Tím je hojení rány ukončeno (Gavlasová, 2010).

1.3.7 Faktory ovlivňující hojení ran dolních končetin

Sestra by měla vědět, že chronickou ránu ovlivňují faktory, které nám usnadní správně zvolit místní a celkové ošetřování rány. Z celkových faktorů záleží hlavně na věku pacienta, imobilitě, kdy krev hůře cirkuluje v těle. Dále inkontinence, která je předpokladem pro vznik infekce. Dehydratace organismu, poruchy výživy, psychickém stavu a základní diagnóze. Z lokálních faktorů hojení rány ovlivňuje infekce v ráně, zánět, mechanické vlivy, stáří rány, rozsah rány, stav rány a někdy špatně zvolený materiál. Rizikové faktory je důležité zaznamenat do anamnézy ve zdravotnické dokumentaci. Než se přistoupí k ošetřování rány, je třeba založit též dokumentaci o ráně, doplněnou fotodokumentací ovšem se souhlasem pacienta (Míčková, 2007).

Stryja (2008) uvádí, že zevní faktory bývají lépe rozpoznatelné a odstranitelné, než faktory vnitřní. Jedním z nich je infekce, ta u chronické rány vzniká skoro vždy kontaminací bakteriemi z okolního prostředí. Dalším faktorem je farmakoterapie. Dlouhodobé užívání léků například antikoagulancia, steroidní antiflogistika, imunosupresiva, cytostatika také ovlivňují hojení ran. Posledním ze zevních faktorů sestra zjišťuje nekrózu (devitalizovaná tkáň) na spodině rány, která velmi zpomaluje hojení. Je zdrojem pro bakterie, endotoxiny a zápachá. Pro odstranění nekrózy zkušená sestra provádí débridement tj. odstranění nekrotické tkáně. Débridement je tedy velmi důležitý pro dobrý start hojení rány.

Sestra podle rozsahu poškození v místě rány či vstupu infekce rozděluje rány na primární hojení, per primam intentionem, kdy je předpoklad k rychlému zahojení rány. U rozsáhlejších, infikovaných ran nastává hojení sekundární, per secundam intentionem. Poté vznikají keloidní jizvy (Bیرهšová, 2012).

1.3.9. Vlhké hojení chronických ran dolních končetin

Jirkovská a kol. (2006 s. 256) uvádí „ Prosadila se koncepce, že lokální terapie tvořící vlhké prostředí, urychluje hojení. Vlhké prostředí může podporovat viabilitu buněk a umožňovat jim modulaci, proliferaci a produkci cytokynů. Hojení akutních ran u pacientů diabetem může být komplikováno infekcí, hojení chronických ran ve vlhkém prostředí je u pacientů s diabetem také problematictější. Sekret z chronické rány se liší od sekretu z rány akutní a může mít naopak inhibiční vliv na buněčnou proliferaci.“

Na našem trhu je k dostupnosti mnoho materiálů a sestra má díky tomu možnost uplatnit různé technologické postupy při léčbě rány. Lékař ve spolupráci se sestrou má tedy možnost zvolit na konkrétního pacienta správnou léčbu. U chronických kožních vředů sestra používá léčebná krytí na rány, oplachové prostředky, arteficiální kožní kryty, larvoterapii, metody využívající kontrolovaný podtlak a hydroterapii. Dále je pro sestru důležité vědět a umět provést specifické postupy u každé diagnózy pramenící z charakteru základního onemocnění, jako například kompresivní terapie. Moderní metoda pro krytí vlhkého hojení ran se stala základem pro udržení vlhkého prostředí v ráně, zlepšit se obnovitelnost buněk, stabilní teplota a pH na povrchu rány, sníží se

výskyt infekce, zabezpečí nízkou traumatizaci rány při převazech, které uskutečňuje zkušená sestra či sestra specialista. Také je eliminována častost převazů a zamezuje se maceraci okolí kožního vředu. Výběr vhodného terapeutického krytí není snadným úkolem pro zajištění úspěšné léčby. Univerzální použití nemá žádný materiál, ale jsou i výrobky, které zajistí hned několik podmínek pro hojení rány. Přednostmi moderního krytí je především snížení počtu převazů s vlhkým krytím na 4-5 násobek ve srovnání s klasickými převazami. Mezi další výhody řadíme menší bolestivost rány, nižší spotřeba analgetik, malé ztráty krve při převazech, menší počet provedených nekrektomií, rychlejší čištění spodiny a granulace vředů, zkrácení doby léčení přibližně o 50-75%, menší pracovní zátěž ošetřujícího personálu, snížení nákladů na celkovou léčbu kožních vředů. Účinek krytí sestra průběžně kontroluje a pokud nedojde ke zlepšení rány, je nutno, aby sestra zvolila jiný způsob ošetřování rány. Hlavním úkolem, který musí sestra ovládat je často opomíjený správné ošetření okolí rány, které zabraňuje následné maceraci a proniknutí infekce do rány. Sestra kryje ránu primárně přímo na povrch rány a sekundárně. Sekundární krytí zajistí primární krytí a pohltí nadbytečný ranný exudát (Stryja, 2011).

1.3.9.1 Krycí prostředky vytvářející vlhké prostředí podporující hojení rány

Pokud se sestra snaží udržet stabilní vlhké prostředí, používá na silně secernující rány algináty, karboxymethylcelulósová vlákna aj. Na rány se středně silnou sekrecí sestra používá předchozí materiály s hydrokoloidy. U slabě secernujících ran jsou pro pacienta vhodné hydrokoloidy, pěnová krytí, hydrogely a semipermeabilní filmy. Dále sestra zajistí krytí podporující débridement v podobě hydrogelu, hydrokoloidu, alginátu. Sestra k terapii infikovaných a kolonizovaných ran přikládá topická antiseptika představující neadherentní krytí s doplňky jako stříbro, deriváty jódu, chlorhexidin, krytí s aktivním uhlím a stříbrem, algináty, polyuretanové pěny, hydrogely (příloha 9). Pro ochranu spodiny rány a okolí před macerací sestra používá z materiálů vlhké terapie pěnová krytí, algináty, filmová krytí ve spreji. Sestra nesmí zapomenout na ošetřování okolí rány pomocí past a na promašťování suché kůže v okolí kožního vředu sestra používá vhodné masti (Stryja a kol. , 2011).

1.3.10 Úloha sestry u výživy pacientů s chronickými ranami dolních končetin

Sestra by měla vědět, že naprosto neoddelitelnou a zásadní součástí u hojení ran, je výživa. Je jisté, že místní podmínky jsou také důležité. Jako dobrá hydratace a správné prokrvení, které přinese do tkání jak kyslík, tak i živiny urychlující hojení. Také nervové zásobení je důležité. Hůře se hojí rány u pacientů s diabetem. Doporučuje se správně zkompenzovat diabetes a vyvarovat se výkyvům glykemií. U chronických ran dochází k přetrvávajícímu zánětu, zvýšené produkci volných kyslíkových radikálů, k úbytku bílkovin a mikronutrientů. Tím dochází ke zvýšeným nárokům na energii a chybějící živiny. Z mikronutrientů jsou důležité vitamíny hydrofilní a lipofilní, kdy vitamín C je významný pro syntézu kolagenu a vitamíny A a E mají antioxidační účinek. Velmi prospěšný je zinek, který se spolupodílí na přestavbě mezibuněčné hmoty. Jeho přítomnost je i v molekule hormonu inzulínu. Neméně důležitý je tzv. sipping, což znamená popíjení perorálních nutričních doplňků. Jde o výživu, kterou sestra pacientovi podává navíc, jelikož je potřeba doplnit některé další složky. Pro pacienta s nehojící se ránou u těchto speciálních přípravků jsou zde navýšeny stopové prvky a vitamíny s antioxidačním účinkem (Grofová, 2007).

1.4 Kompresivní terapie

Kompresivní terapie je nenahraditelná v léčbě chronického žilního onemocnění a lymfedému. Tato léčebná metoda vyvíjí tlak zvenčí, zužuje průsvit rozšířených cév a tím dojde ke zlepšení žilního návratu k srdci. Díky kompresi se chlopně v žilách stávají domykavými, odstraní se retrográdní reflex, krev rychleji proudí v žilách a žilní hypertenze je nižší. Pokud sestra umí přiložit správně kompresivní bandáž, výkon žilní pumpy se stává silnějším. Poskytuje oporu pohybovému systému a vykazuje protizánětlivý účinek (Hradiská, 2009).

Kompresivní terapie je účinná konzervativní léčebná metoda poskytující podporu žilnímu a lymfatickému oběhu zvláště u dolních končetin, při špatné funkci žilně

svalové pumpy, žilních perforátorů, u chronické žilní insuficience, varixech dolních končetin, při bércových vředech a u poruch mízního oběhu. Kompresivní terapie se přikládá z důvodu omezení průtoku chorobně změněných povrchových žil a zvyšuje průtok hlubokým žilním systémem a omezuje doprovodný otok (Švestková, 2013).

1.4.1 Kompresivní pomůcky

U kompresivní terapie používáme kompresivní bandáže, kompresivní punčochy a návleky a přístroje pro presoterapii. Metodu, kterou zvolíme, je závislá na diagnóze, stadiu onemocnění a ochotě pacienta spolupracovat. Pro to, aby kompresivní terapie měla smysl, je důležitá činnost svalstva pro zlepšení výkonnosti žilně svalové pumpy. Součástí komplexní terapie je pohyb a cvičení s kompresí u nemocných s lymfedémem a chronickou žilní insuficiencí. U pacientů s bércovým vředem přikládáme dočasné kompresivní obvazy. Tyto obvazy se mění jedenkrát denně též s výměnou prosáklého sekundárního krytí. Končetina včetně kožních vředů je osprchována a poté lokálně ošetřena včetně okolí. Důležité ovšem je, aby bandáž byla funkční a to ve smyslu provedení bandáže, kdy klidový tlak kolem kotníku má mít 30-40 mmHg. Pokud bércové vředy jsou neinfikované a mají slabou sekreci, mohou se kompresivní obvazy ponechat přes noc nebo i několik dnů. K tomu se používají výhradně krátkotažná obinadla s vysokým pracovním tlakem a nízkým klidovým tlakem. Jsou indikována ve flebologii a lymfologii. Někdy se přikládají i zinkoklihoové a nepoddajné obvazy. Je nutno předem vědět, zda onemocnění není arteriálního původu. Toto provedení je technicky náročné, proto jej provádí vyškolený personál. Dlouhotažná kompresivní obinadla mají naopak nízký pracovní tlak a vysoký klidový tlak. Používají se převážně v traumatologii a ortopedii. Pokud sestra přikládá bandáž přímo na kůži, jde o jednoduchou bandáž. Vícevrstevnatá bandáž je uzpůsobena tak, že sestra provede primární a sekundární krytí kožního vředu. Poté použije návlek na končetinu a vatou. Dokončí přiložením krátkotažného obinadla na končetinu (Stryja et al. , 2011).

1.4.2 Indikace kompresivní terapie

Kompresivní terapie se provádí u pacientů s hlubokou žilní trombózou. Dále jako prevence posttrombotického syndromu, u pacientů s tromboflebitidou. Kompresivní terapie v letecké dopravě, v těhotenství a šestinedělí, po operaci varixů a u aktivních bércových ulcerací. Tato terapie je považována za velký přínos při léčbě bércových vředů. Zásadní význam má zde krátkotažné obinadlo s vysokým pracovním a nízkým klidovým tlakem. Bércový vřed žilní etiologie můžeme zhojit pouhou bandáží. Lze použít i kompresivní punčochu i přes to, že je elastická. Používá se běžná, ale ta se obtížně nakládá a hůře udržuje její čistota. Existují speciální punčochy pro léčbu ulcerací se zipem. Další pomůckami pro zevní kompresi jsou pásy jako například Deona fast lýtková a stehenní (příloha 10) (Herman, Musil a kol., 2011).

1.4.3 Kontraindikace kompresivní terapie

Absolutní kontraindikací použití kompresivní terapie je pokročilé postižení tepenného systému, dále dekompenzované srdeční selhání s projevy kardiálního edému. U nemocných s akutní bakteriální infekcí kůže a podkoží. Relativní kontraindikací je dekompenzovaná hypertenze a oběhově významné arytmie. Aplikaci komprese musíme zvážit u nemocných s projevy angiopatie a neuropatie. A přecitlivělost na akcelerátory pryže (Navrátilová 2009).

1.4.5 Aplikace kompresivní bandáže sestrou

Přikládání krátkotažného obinadla sestra provádí ráno, na lůžku, než pacient svěsí končetiny do svislé polohy. Obinadlo přikládá na řádně ošetřenou končetinu, kdy je hotov převaz, či výměna sekundárního krytí a po ošetření okolní kůže. Pokožka je třeba chránit bavlněným tubicovitým obvazem, který do sebe vtáhne přebytečný pot a několika otáčkami podkladové obvazové vaty. V okolí Achillovy šlachy v prohloubených místech, za kotníky a tam, kde je výrazný otok nebo kožní vředy, použije polstrovací komprese (inlaye). Noha a bérce mají v hlezenním kloubu svírat pravý úhel a v oblasti hlezenního kloubu je největší tlak obinadla. Pozor u pacienta s bércovým vředem, tam je klidový tlak v oblasti kotníku přibližně 30-40 mmHg.

Postupem výš tlak obinadla snižujeme. Obinadlo přikládá od prstů včetně paty a končí o jednu úroveň výše nad místem poškození žilního systému. Obinadlo vede směrem z vnitřní strany nohy ven. Při samotném bandážování se obinadlo drží nakrátko, odvíjí se přímo na podložce, otáčky překrývá ze 2/3, bez přehybů. Bandážuje buď cirkulárně, či v klasových otáčkách (příloha 11). Nikdy nesmí pacienta bandáž škrtit a pacient je poučen sestrou, že s provedenou bandáží má chodit (Stryja, 2011).

1.4.6 Nejčastější chyby při přikládání kompresivních bandáží

Stryja et al. (2011 str. 218-219) „ Považuje za důležité připomenout jeden z omylů, se kterým se v praxi často setkáváme. Pacienti i neinformovaní zdravotníci jsou mylně přesvědčeni o tom, že vznik a přítomnost bércevého vředu u pacienta s chronickou žilní insuficiencí jsou kontraindikací dalšího přikládání kompresivní bandáže. Pacienty je obtížné přesvědčit o nezbytnosti komprese zejména tehdy, kdy se zvětšuje ranná sekrece a je nutné častěji měnit sekundární krytí.“

Mezi obecné chyby řadíme stav, kdy je obvázána pouze část končetiny, použití úzkých obinadel, která se zařezávají. Dále nedostačující tlak v oblasti kotníků s tím, že nejvyšší tlak je pod kolenem, kde dochází k zaškrcení končetiny. Mezi další chyby patří používání starých obinadel, volné přiložení obinadla, nezabandážovaná pata, zasunutí poslední otáčky pod obinadlo, čímž dochází k uvolnění obinadla. Ostré svorky způsobují zranění, proto je vhodné použít k fixaci náplastí (Machovcová 2009).

1.4.7 Kompresivní punčochy a návleky

U stabilizovaných otoků a zhojených bérceových vředů je prospěšné pro pacienta použít kompresivní punčochy a návleky. Pokud přetrvává ulcerace na bérce a otok je stabilizovaný, je vhodné použít speciální typ kompresivní punčochy – Mediven Ulcer Kit. Je složena ze dvou komponent. První Medivent ulcer s obsahem stříbra a s 20mmHg tlakem na kotník, který je výhodný ke stálé kompresi během dne i noci. Druhá komponenta Mediven ulcer plus opět s 20 mmHg tlakem na kotník, který zlepšuje a posiluje kompresivní léčbu během denních aktivit pacienta. Toto dohromady zajistí

požadovaný tlak o síle 40mmHg s vysokým pracovním tlakem především v akutní fázi vředové terapie. Výhodou těchto dvou kompresivních punčoch s nižším tlakem je snadnější nasazování a díky elementárnímu stříbru ve vlákně tkaniny mají antibakteriální a antimykotický účinek. Podobný systém má punčocha Saphenamed UCV (příloha 12), kdy jde též o dvouvrstvý systém kompresivních punčoch, který vytváří klidový tlak 40mmHg a pracovní tlak 55mmHg s tím, že spodní punčocha neobsahuje stříbro. Kompresivní punčochy jsou vyráběny například z bavlny, polyamidu, elastanu, optex. Optex je složením bavlny a acetátu, který má antimikrobiální účinek. Typy pomůcek jsou určovány dle lokalizace varixů a projevů žilní nedostatečnosti. Používají se lýtkové, polostehenní, stehenní punčochy či punčochové kalhoty. Pomůcka má dosahovat vždy o jednu úroveň výše. Sestra pacienta poučí o správném nasazování punčoch a o tom, jak je správně udržovat, pečovat o pokožku a jak správně cvičit s přiloženou kompresí (Stryja et al. 2011).

Švestková (2009) doporučuje elastické punčochy pacientům stabilizovaným a u kterých se již objem končetin nemění. Též u končetin, které nevykazují asymetrické rozměry. Pokud ano, lze zhotovit elastické punčochy na míru. Důležité je, aby si elastické punčochy pacienti uměli sami navléci. V tom je zapotřebí edukace sestrou. Punčochy se prokazují dlouhým tahem, tudíž je nutné je na noc sundávat. Díky tlaku vyvíjeného okolo kotníků punčochy rozdělujeme je do čtyř kompresivních tříd (příloha 13). Výhodou je optimální hygiena, pohodlné nošení a možnost nošení běžné obuvi.

2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat efektivitu kompresivní terapie v léčbě chronických ran

Cíl 2: Zjistit jaký vliv má dodržení technického postupu provádění kompresivní terapie na hojení ran

2.2 Výzkumné otázky

1. Do jaké míry se podílí kompresivní terapie na hojení ran?
2. Jak ovlivňuje správná technika kompresivní terapie hojení ran?

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum probíhal v období leden až březen 2015 celkem ve třech prostředích a se dvěma výzkumnými vzorky. Se sestrami a s klienty. Sestry, se kterými byly uskutečněny rozhovory, pocházely z Domácí péče, nemocničního zařízení a sociálního zařízení. Výzkumné šetření bylo povoleno vedoucími pracovníky všech těchto zařízení. (příloha 14,15,16). Také všichni klienti byli předem seznámeni s tématem výzkumného šetření a vyslovili souhlas ke spolupráci.

Pro výběr byla stanovena následující kritéria: Pacienti s chronickou ránou a kompresivní terapií, sestra, která převazuje rány z Domova seniorů. Nemocnice a DP. Výzkumný soubor byl vybírán tedy záměrně s ohledem na danou problematiku. Byla použita metoda sněhové koule (snow ball), kdy jsem prostřednictvím sestry získala kontakt na další sestru, která ošetřuje rány a provádí KT. Sestry mi následovně pomohly s vyhledáním a výběrem klientů, kteří mají chronickou ránu a je jim prováděna KT. Jak sestry, tak i klienti byli ochotni podstoupit hloubkový rozhovor a povolili nahrát na diktafon. Byla zvolena metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru pomocí otevřených otázek (příloha 17,18). Z 13 rozhovorů jich 11 bylo nahráno a přímo přepsáno. 2 klienti s rozhovorem souhlasili, ale nahrávání nebylo provedeno, tudíž přepis rozhovorů byl parafrázován. (příloha 19). Rozhovory byly zpracovány a analyzovány metodou tužka a papír. Jednotlivé rozhovory byly podrobeny analýze, kdy hlavní výroky respondentů byly okódovány (příloha 20) a následně vytvořeny kategorie a podkategorie. Pro výzkumné šetření jsem v nemocničním zařízení zastávala roli zasvěceného. To znamená, že „*zasvěcený je člověk, který se stýká se svými respondenty i mimo rámec výzkumu*“ (Švaříček, Šedřová a kol. 2007, s. 76). Také to lze vysvětlit nezávazným pohybem zasvěceného v daném poli bez vykonávání zjevné výzkumné

činnosti, kdy je možnost navázat kontakt s klientem zkoumané skupiny. (Švaříček , Šeďová a kol. 2007). V terénu DP a Domova seniorů jsem zastávala roli cizince, kdy jsem byla uvedena a představena klientovi prostřednictvím sestry, který souhlasil s rozhovorem na dané téma. Švaříček, Šeďová , 2007 s. 76 uvádí : „*Cizinec je neznámý člověk, který jednorázově přichází a odchází.*“

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

SESTRA	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6
VĚK	55	40	50	40	55	48
DÉLKA PRAXE	20	19	20	22	35	30
CERTIF. KURZ	NE	NE	NE	NE	2 ROKY	5 ROKŮ
MÍSTO POVOLÁNÍ	DP	DP	DP	DS	NEM	NEM

Zdroj: vlastní výzkum

V prvním výzkumném vzorku se zúčastnilo 6 sester ve věku od 40 do 55 let. Průměrný věk je 48 let. 3 respondentky pracují jako sestry v DP, 2 respondentky v nemocničním zařízení a 1 respondentka vykonává staniční sestru v sociálním zařízení Domov pro seniory. Délka praxe respondentek je 19 až 30 let. Průměrná délka praxe sester je 24 let. Dvě z respondentek mají speciální certifikační kurz na ošetřování ran.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů

PACIENT	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P7
VĚK	84	79	66	76	47	70	91
ODKUD	DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ	DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ	DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ	NEM. ZAŘÍZENÍ	NEM. ZAŘÍZRNÍ	DOMOV SENIORŮ	DOMOV SENIORŮ
POHLAVÍ	MUŽ	ŽENA	ŽENA	ŽENA	ŽENA	MUŽ	ŽENA
MÍSTO DEFEKTU	PDK LDK	PDK	PDK LDK	PDK LDK	PDK LDK	PDK	PDK LDK
DOBA HOJENÍ RÁNY	2 M	4 R	20 R	6 M	15 R	2,5 R	7 R

Zdroj: vlastní výzkum

V druhém výzkumném vzorku se zúčastnilo celkem 7 pacientů (klientů) ve věku od 47 do 91 let. Průměrný věk klientů je 73 let. Tři z klientů pocházejí z domácího prostředí. Dva klienti jsou ze sociálního zařízení (Domov seniorů). A z nemocničního zařízení byli podrobeni rozhovoru 2 klientky, kde u jedné z respondentek byla provedena fotodokumentace průběhu léčby chronické rány metodou kompresivní terapie (příloha 21). Souhlas pacientky byl zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace.

3.3. Charakteristika prostředí výzkumu

Výzkum probíhal celkem na třech místech. Prvním z nich bylo domácí prostředí klientů. Péče o ně probíhala přímo tam, kam dojížděla vykonávat ošetrovatelskou činnost sestra z DP. Druhým místem výzkumu bylo sociální zařízení (Domov seniorů), kde se poskytují pobytové a sociální služby seniorům, včetně zajištění zdravotní a ošetrovatelské služby u osob se zhoršeným zdravotním stavem a sníženou soběstačností.

Třetí výzkumné šetření se uskutečnil v nemocničním prostředí s vybranými klienty, kteří byli vhodní pro výzkum.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

4.1.1 Kategorie Edukace

Kategorie edukace je zaměřena na všeobecné znalosti sester o edukaci pacienta a její použití v praxi. Všechny odpovědi sester byly podrobeny analýze dat, ze které byla vytvořena kategorie Edukace. K této kategorii byly vytvořeny 2 podkategorie- edukace pacienta sestrou před aplikací přiložené KT při hojení rány a edukace pacienta sestrou po přiložení KT při hojení ran. Do jednotlivých kategorií byly zakódovány výrazy, kterými nejčastěji sestry edukaci vysvětlovaly. Veškerá analyzovaná data jsou zahrnuta v přehledném schématu 1 (viz příloha 22).

V první podkategorii edukace pacienta sestrou před aplikací KT vyplynulo, že pokud je pacient edukován sestrou, je nejlepší zvolit správný způsob edukace, názornou ukázkou či obrázky. S1 uvádí: „*Formou pohádky, co nejjednodušeji, žádné odborné výrazy.*“ S5 říká: „*Vysvětluju ji hodně laickým způsobem, protože nemá cenu vysvětlovat něco složitě.*“ S3 sděluje pacientům: „*Ukážu jim na končetině, že mezi vnějším a vnitřním žilním krevním průtokem, kde je třeba, to mít nejvíc zmáčknuté a tam musí být, jinak to vůbec nepomůže.*“ S6 edukuje: „*Mám obrázky, kde jsou i chlopně, které vlastně když nefungují, jak se potom vrací zpátky krev k srdci.*“ V rámci edukace před naložením KT se sestra zaměřuje i na obsah sdělení pacientovi. S5 vysvětluje účel přiložení KT: „*Chlopně se stáhnou a tudíž tam nezůstává krev, neměstná, neotéká končetina a tím pádem je rána lépe zásobená a lépe se hojí.*“ S4 říká potřebu komprese takto: „*Žíly už jsou v takovém stavu, kdy v nich dochází k horšímu prokrvení a tím se rány hůř hojí.*“ S1 vysvětluje funkci žilního systému následovně: „*Tak já jim říkám o žilách, o kapsičkách, co pomáhají v žilách, o srdíčku, jak se musí hodně namáhat nebo jak mu pomůžeme tím, že to všechno stáhneme.*“ S5 zmiňuje pravidelnost v každodenním užívání KT: „*Také, že si na to zvyknou a musí si na to zvyknout.*“ V druhé podkategorii o edukaci pacienta sestrou po přiložení KT se sestry zmiňovaly u mobilního pacienta o důležitosti chůze. S2 sděluje: „*Hlavně chůze, ne zrovna velké túry.*“ S5 doporučuje

pohodlnou obuv se slovy: „Měl by mít obuv, která mu nebude shrnovat ta obinadla z nártů, protože to je potom hodně špatně. Takže začínám od těch bot, aby měl boty, v kterých se mu bude dobře chodit.“ Některé sestry se v edukaci shodly, že po přiložení KT se bandáž na noc sundává. S2 říká: „A na noc sundat kompresi.“ U hůře mobilního pacienta je třeba druhá osoba či sestra.“ S3 udává „Na noc sundat, ráno, než vstane by se měla noha zavázat, ale v tom je problém, protože lidé si nohu sami nezaváží a čekají, než přijedu.“ S3 říká: „Někdy si lékař přeje nechat bandáž i přes noc, někdy chtějí na noc rozvázat a zabandážovat hned jak sundají nohy z postele.“ S1 dále zmiňuje: „Ale mám takové pacienty, kteří to sami nedokážou, takže to nechávají celou dobu, než přijedu já.“ S5 doporučuje: „Pokud je rána citlivá, na noc si může bandáž sundat, ale v tom případě musí bandáž naložit hned ráno tak, jak byla a to ještě dřív, než se postaví na nohy.“ S3 edukuje v rámci elevace: „Samozřejmě dávat končetinu nahoru, také cvičíme prstama, dupeme nohama.“

4.1.2 Kategorie Reakce pacienta po přiložení KT sestrou

Kategorie reakce pacienta po přiložení KT sestrou je soustředěna na to, jak sestry vnímají reakce či chování pacientů po provedené bandáži. Všechny tyto poznatky byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie – reakce pacienta, která je dále rozdělena na stránku pozitivní a negativní. Dalšími kategoriemi jsou spolupracující pacient a nespolupracující pacient. Veškerá analyzovaná data jsou zahrnuta v přehledném schématu 2 (viz příloha 23).

Sestry pozorovaly u pacientů pozitivní a negativní reakce. S1 říká: „Mají úlevu a zdá se jim, že se děje zázrak.“ S2 sděluje: „Paní je ráda, že jsou nohy převázané a v bezpečí.“ S6 říká: „ Pacienti reagují tím, že je to nikde neškrťí a že je to lepší, než když si to motali jako onuci sami a pak to natahovali.“ S2 říká: „ Bolest tam většinou je, málokdy jsem měla pacienta, kterého to nebolelo.“ S1 sděluje: „ Dotyčný si nechce nechat na nohu ani sáhnout, natož pomyslet, že já jim to ještě nějak utáhnu.“ S5 uvádí: „ Někdo okamžitě to chce nechat rozvázat s tím, že je bandáž hrozně utažená a má pocit, že je jak ve svěráku.“ Druhá podkategorie, spolupracující pacient, je sestrami vnímána pozitivně.

Je rozdělena na stav, proč pacient spolupracuje a na projevy u provedené KT u pacienta. S1 sděluje: „*Že to funguje, a že to cítí, ten účinek, a že mi věří.*“ S2 popisuje reakci pacientky: „*Paní je ráda, že jsou nohy převázané a v bezpečí.*“ S5 říká: „*Někdo Ti řekne, že je to dobré či výborné.*“ S3 zdůrazňuje: „*Oni sami potom poznají, že je to lepší a lépe se rána hojí.*“ U třetí podkategorie, nespolupracující pacient, sestry zmiňují, proč, či z jakého důvodu pacienti nespolupracují a jak se projevují. S1 se vyjadřuje: „*Jsou lidi, kterým je to úplně jedno, nevysvětlíte jim vůbec nic, prostě jsou takoví. Je to podle úrovně toho člověka, nepochopí nic a ještě si naopak myslí, že jim škodíme.*“ S2 zmiňuje: „*Stále si to rozbalují a všelijak převaz narušují.*“ S2 také udává: „*Zkouší si na ránu dávat své materiály např. bezové listí, lopuchy, jitrocel a to je katastrofa a můžem začít znovu.*“ S5 reaguje slovy: „*U vzdělání je to tak, že někdy to někteří vůbec nepochopí i když se velmi snažím.*“ S3 udává: „*Záleží také na věku.*“ S4 komentuje: „*Některým lidem se to ale těžko vysvětluje, protože si dělají, co chtějí.*“ S4 ještě dodává: „*Někteří si bandáž povolují, nastříhávají, zaváží si ji tak, že začínají od kotníku po koleno.*“ S6 připomíná: „*U starších, hůř pohyblivějších určitě musí vázat druhá osoba.*“

4.1.3 Kategorie Materiály na léčbu ran

Kategorie materiály na léčbu ran je zaměřena na to, jaké jsou používány materiály na léčbu ran a jaké s nimi mají sestry zkušenosti. A také, které z materiálů při jejich vykonávání při převazech ran využívají nejvíce. Odpovědi sester byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie. Kategorie je dále rozdělena na další dvě podkategorie – kritéria pro výběr materiálů a široká škála výrobků. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých sester, které jsou shrnuty ve schématu 3 (příloha 24).

Většina sester se shodla u 1. podkategorie kritéria pro výběr materiálu, že rozhoduje především stav rány. S1 uvádí: „*Pokud je defekt letitý, kolonizovaný, tak používáme čisté čtverce, protože spotřeba je velká.*“ S2 zmiňuje: „*Většinou používám, co napíše paní doktorka z ambulance.*“ S3 popisuje: „*Podle toho, jak rána vypadá, jestli je*

povleklá, secernující podobně.“ S5 ze své zkušenosti dodává: „ Nejrady mám a osvědčily se nám hydrogely z toho důvodu, že ony nejlíp kopírují ránu, takže její využití je opravdu široké a dají se využít od nekrotických ran ke granulacím.“ S6 poukazuje na cenu výrobku se slovy: „ Záleží na financích a ne vždy levná věc je dobrá.“ S6 má zkušenosti s tím, že: „I když si člověk myslí, že na tuhle ránu bude nějaký přípravek fungovat, nemusí to tak být. Chce to vyzkoušet. Ale nemyslím to tak, že na jednu ránu střídat často přípravky, nechat jeden a když to po nějakém čase nepostupuje k lepšímu, zvolit jiný. Někdy stačí například u polyuretanových pěnových polštářků změnit firmu, to říkám z mé zkušenosti.“ Z 2. podkategorie široká škála výrobků vyplývá, že se sestry prokázaly velkým přehledem o výrobcích k převazům ran i ke kompresivní terapii. S3 udává: „Převážně materiály z vlhké terapie.“ S5 se vyjadřuje: „ Osvědčily se nám hydrogely.“ S2 sděluje: „Na bandáže jediné krátkotažná obinadla.“ S2 ještě dodává: „Používáme například přípravky s obsahem stříbra.“ S1 sděluje: „Přikládám mastičky, co mají z kožní ambulance.“ S5 říká: „Spektrum využití je široké, podle toho, na co je chci využít, což u pěnových materiálů a hydrokoloidů zdaleka tak není.“ S6 je toho názoru: „Většinou používám vlhkou terapii, ale pokud jsou ty rány nebo bércové vředy hodně veliké, tak mokrou terapii.“

4.1.4 Kategorie Technika ošetřování rány

Kategorie technika ošetřování rány je zaměřena na znalosti sester v této oblasti. Znalost sester v technice ošetřování rány byla podrobena analýze dat, na jejichž základě vznikla tato kategorie. Z analýzy vyplynulo, že většina sester se v jednotlivých krocích shodují, z nichž každá sestra v dané oblasti upřednostňuje některý ze jmenovaných jednotlivých kroků. Technika ošetřování rány je rozdělena na 2 další podkategorie – jednotlivé kroky a sestra. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena klíčová slova, dle sester, která jsou v textu kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta do schématu 4 (příloha 25).

V 1. podkategorii jednotlivé kroky S5 ze své zkušenosti při odstraňování primárního krytí sděluje: „ Při potížích zvlhčím oplachovým roztokem.“ a doporučuje: „Kdybych

byla někde venku nebo u někoho v rodině, klidně použiji převařenou vodu, proč ne.“ A ještě dodává: „ Je klidně možné na jednu ránu použít víc druhů a ty materiály tam naskládat podle potřeby.“ S1 postupuje takto: „Vykoupat ránu, všechny nečistoty, zatvrdlé kůžičky, hnisy, povlaky stáhnout a odstranit.“ S4 má dobré zkušenosti při toaletě rány, kdy udává: „Výborně se nám osvědčila sprcha obyčejnou vodou. Denně či obden pouze jemně, kdy se opláchnou povlaky, někdy si pomáháme sterilním čtvercem.“ S3 k očištění rány ještě dodává: „Očista od povlaků a krust, tam opatrně, zvláště u lidí na Warfarinu.“ S2 při ošetřování rány rány doplňuje: „Promastím prsty, patu okolí bérce.“ V 2. Podkategorii sestry popisují aspekty, které souvisí s ošetřováním ran. S5 popisuje důležité: „Pořádně ránu prohlédnu a zhodnotím, protože ta rána je pokaždé někde jinde jiná, změněná.“ S4 reagovala slovy: „Přikládáme přípravky dle ordinace lékaře.“ S5 připomíná: „Sundám obvaz, pokud možno tak, abych netraumatizovala ránu.“ S2 popisuje ošetřování rány takto: „Na ránu používám mastný tyl, aby se krytí nepřilepilo na ránu. Pod mastným tylem je například mast, či jiný přípravek s účinnou látkou.“

4.1.5 Kategorie Technika přikládání kompresivní terapie sestrou

Kategorie technika přikládání KT sestrou se zaměřila na znalosti sester v této oblasti. Znalosti sester v této problematice byly podrobně analyzovány. Z analýzy vyplynulo, že sestry mají patřičné znalosti a odpovídaly většinou na podobné úrovni. Tato kategorie je dále rozdělena na dvě podkategorie - postup a vliv správné techniky. Ke každé podkategorii jsou přiřazena klíčová slova dle sester, která jsou v textu kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 5 (příloha 26).

Na otázku správného postupu S6 odpovídá: „*Tak pacient musí mít minimálně 20 minut končetiny ve vodorovné poloze.*“ S3 dodává: „*Končetinu musí mít zavázanou od špičky přes celou patu.*“ S5 zdůrazňuje: „*Největší tlak by měl mít kolem kotníků, to znamená nártu, kotníky a pak ten tlak postupně uvolňovat.*“ S6 v provedení správné techniky přikládání obinadla doplňuje: „*2/3 by se měly překrývat.*“ S5 ohledně fixace obinadla uvádí: „*Někdo fixuje háčkama, ale já když si nejsem jistá, aby se neškrábli, dávám radši náplast.*“ V 2. podkategorii vliv správné techniky S6 zdůrazňuje na správné provedení

už v tom, jak je smotané obinadlo. Vystihuje těmito slovy: „*Já musím mít pevně stočené obinadlo pod mírným tahem. Pak už to jenom válím po té končetině a je potom už jedno, jestli je to klasem nebo oblíny.*“ S4 upozorňuje na chyby při špatné technice přikládání obinadla. Říká: „*Také se vytvářejí na končetině tzv. buřtíky způsobené nedostatečnými otáčkami při vázání bandáže.*“ S5 podotýká, že správná technika je velmi důležitá a odpovídá na ni slovy: „*Moc, strašně moc.*“ Ale zároveň nachází rozdíly v provedení správné techniky a s politováním sděluje: „*Bohužel, i mezi zdravotnickým personálem jsou velké rozdíly. Rozdíly mezi odděleními, mezi sestrami. Záleží, jak kde a jak kdo na tom trvá. A další rozdíl mezi interní a chirurgickou složkou, protože u nás se vždycky Ti pacienti sešli.*“ S1 reagovala slovy: „*Správná technika prokrvuje končetinu, rána se hojí, čistí se. Když tělo funguje jak má, tak na to reaguje velice dobře.*“ S6 připomíná, že ke správné technice patří i poloha pacienta. Odpověděla takto: „*Samozřejmě, že ta noha musí být ve vodorovné poloze i při navlékání punčoch. Ta vodorovná poloha končetiny na lůžku je důležitá, protože tohle, když se pacientovi neřekne a oni musí běžet na WC, což chápu, navlékají s končetinou ve svislé poloze a to je špatně.*“ S2 k technice sděluje „*Technika je důležitá vtom, že je končetina stažená a stáhnou se krásně tím otoky.*“ S3 na vliv techniky provedení bandáže shrnula tím, že: „*Pokud to zavážu špatně, tak už to nemá takový efekt. Takže, od špičky prstů přes patu a dále.*“ S6 upozorňuje na to, že: „*Je to prostě základ, tak jako je píchání injekce, tak je základ umět bandážovat končetiny. A základy stáčení obinadla, pokud ho opakovaně používáme, protože si ho pokaždé nekupujeme nové. Pokud je obinadlo špatně stočené, tak nejde s ním po končetině válet, jak se to správně má. To je pak zbytečné. Neumí to jak asistenti, tak bakaláři ani magistry.*“

4.1.6 Kategorie Vliv kompresivní terapie na hojení rány

Kategorie vliv kompresivní terapie na hojení rány je zaměřena na znalosti sester v tom, jaký vliv má KT na hojení rány. Veškeré znalosti sester byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie. Z této kategorie je vytvořena podkategorie – prospěšnost, k níž jsou přiřazena jednotlivá klíčová slova, dle

respondentek, která jsou v textu kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 6 (příloha 27).

Z rozhovorů bylo zjištěno, že víceméně se většina sester shodla na kladných odpovědích. Sestry s certifikací problematiku více rozvinuly a připomenuly další aspekty, které ovlivňují hojení rány díky kompresivní terapii. S1 odpověděla na otázku: *„Ano, správným prokrvením a zlepšením cirkulace.“* S2 ještě dodává: *„Snížení otoků, hojení rány.“* S3 vedle správného prokrvení jak zmínily S1 a S2 připomenula: *„Vyživením.“* S5 zmínila vedle správného prokrvení, že: *„Krev proudí lépe k srdci, nezůstává v končetinách, ztratí se otoky.“* S6 na vliv KT z hlediska účinku při používání krátkotažného a dlouhotažného obinadla a doplňuje: *„Na noc sundávat u elastických obinadel. Když jsou krátkotažná obinadla, tak tam se mohou nechat přes noc. Protože dlouhotažná mají klidový tah a tam pak dochází k nedokrvování končetiny. Krátkotažná v klidu tlak nedělají, tlak v nich vzniká při chůzi.“*

4.1.7 Kategorie Názor sester na kompresivní terapii při hojení ran

Kategorie názor sester na kompresivní terapii při hojení ran je zaměřena na názory sester u KT při hojení ran. Všechny názory sester byly podrobně analyzovány, ze kterých je vytvořena tato kategorie. K této kategorii byly vytvořeny 2 podkategorie – kladný názor a záporný názor. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta v přehledném schématu 7 (příloha 28).

Názory všech sester jsou vesměs kladné, ale jsou v ní zmíněny i záporné aspekty, které KT ztěžují. S2 říká: *„Je to nezastupitelná součást léčby.“* S2 sděluje: *„Ty rány jsou někdy hodně špatné, tečou a mám vždy radost, když se rány zlepší a jsou z toho nejhoršího venku.“* S3 je toho názoru: *„Také jsem se setkala s tím, že končetiny se zavážou ráno a nechá se bandáž i přes noc, to je také dobré. Dobře se rána hojí a nohy jsou krásně slabé a nejsou oteklé.“* S4 v kompresivní terapii vidí velký přínos a tvrdí: *„Tak určitě je to podpůrná léčba, která má význam.“* S5 si myslí že: *„Když je to opravdu dlouhodobé, to znamená otázka i let, tak bych se možná víc přikláníla, ale tomu zase já*

tolik nerozumím, spíš k těm natahovacím punčochám.“ A také dodává: „Myslím si , že KT je dobrá, ale je třeba ji brát individuálně a někdy je obtížné vybrat tu správnou terapii, která zabírá a je pro ně přínosem i vzhledem k jejich fyzickým schopnostem. S6 vysvětluje kladný názor na KT. Říká že: „Co se týká BV , tak si myslím,že to má dobrý vliv na hojení.“ Zmiňuje se i záporně ve smyslu: „A u ischemických defektů je to spíše na škodu. Myslím si , že každá KT by se měla konzultovat s lékařem.“ S3 upozorňuje i na nepřizpůsobivé pacienty: „Málokdo to ale vydrží a nechtějí to. Záleží v jakém je rána stavu. Většinou si lidé zvyknou.“ U nesoběstačných pacientů S3 ještě dodává: „U starších lidí je dobré, když to celé provede druhá osoba, tedy zkušená sestra, jelikož Ti lidé nemají takový cit v rukou a pokud ano, tak mají tendenci si končetinu vázat od kotníků nahoru a to je špatně.“ S4 je toho názoru: „V té technice si myslím, že je to dobré, ale že kompresivní terapie má též přínos a je prospěšná v hojení ran, to každá sestra neví.“

4.2 Výsledky rozhovorů s klienty

4.2.1 Kategorie Znalost pacienta důvodu provádění kompresivní terapie při hojení ran

Kategorie Znalost pacienta důvodu provádění kompresivní terapie při hojení ran je zaměřena na znalosti pacientů důvodu prováděné KT. Veškeré odpovědi pacientů byly podrobeny analýze dat, ze kterých byla vytvořena tato kategorie. K této kategorii byly vytvořeny 2 podkategorie – vliv a výhody. Do jednotlivých podkategorií byly zakódovány výrazy, kterými pacienti znalosti důvodu provádění KT charakterizovali. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 8 (příloha 29). Odpovědi byly různorodé. V 1. podkategorii z hlediska vlivu KT P1 říká: „Neteče mi tam ta voda.“ P2 sděluje: „Aby se mi ta rána zahojila.“ P4 vyjadřuje nutnost provádění KT slovy: „Musíme ji dělat, jinak mi vždycky hodně otečou ty nohy.“ P5 reagovala slovy: „Nevím.“ P6 věděl důvod provádění KT a sděluje: „Ze začátku, abych nedostal trombózu, protože to už předtím jsem měl a to lýtko jsem měl oteklé.“ U 2. podkategorie ohledně výhod KT P6 zmiňuje: „A ta noha když bude víc stažená, tak by se to mělo lépe

hojit.“ P4 sděluje: „*Sama si nohu nedokážu zavázat, to jsem se jednou snažila a nedopadlo to nejlépe. Musím si to nechat zavázat od sestry. Hořejší část nohy by šla, ale horší je, že nedosáhnu dolů. Jsem ráda, když mi to někdo zaváže.*“ A ještě dodává potřebu sestry při ošetření rány takto: „*Jsem vděčná sestřičce, odstranila všechny ty povlaky a nečistoty.*“ P3 udává: „*Vyhovuje mi, když je to zavázaný, že je to v bezpečí.*“ P1 dodává: „*Když to sestra převáže, tak je to dobrý.*“

4.2.2 Kategorie Vliv kompresivní terapie na kvalitu života pacienta

Kategorie Vliv kompresivní terapie na kvalitu života pacienta se zaměřuje na odpovědi pacientů, jak ovlivňuje KT jejich kvalitu života. Veškeré odpovědi pacientů byly podrobně analyzovány a z nich následně vytvořeny 2 podkategorie – bio psycho sociální stránka a názor pacientů na prováděnou KT. Obě podkategorie jsou dále kódovány klíčovými slovy, kterými pacienti definovaly danou oblast. Všechna analyzovaná data jsou soustředěna v přehledném schématu 9 (příloha 30).

U 1. podkategorie z pohledu psychické stránky pacienta se P1 vyjadřuje: „*A teď tady sedím v křesle jsem doma už 30 let.*“ P2 udává: „*Mám ortopedickou obuv, hůlku, můžu se opírat.*“ Po psychické stránce doplňuje: „*Mě to nevadí, mám jen strachy o ostatní. Šzila jsem se s tím.*“ P3 u biologické stránky popisuje bolest takto: „*Bolest cítím po převazu, tak 2 hodiny. Vždycky to zabolí, když na ránu přijde vzduch. Před převazem bolest je, ale ne tak velká jako po převazu.*“ P3 ještě zmiňuje negativní zkušenost takto: „*Jeden čas mi to vadilo, když to bylo i cítit, tak jsem ven nechodila. Teď už jsem na tom dobře, ale na jedné noze mi to ještě prosakuje, ale je to v pohodě. Občas, když mi to hodně bolí, jsem spíš taková otrávená, nemluví a jsem uzavřená.*“ P4 doplňuje potřebu pobytu v nemocničním zařízení slovy: „*Tady v nemocnici jsem už třetí měsíc. Říkám si, zaplat' pánbůh, že jsem na světě a že se za mě všichni vzali a že žiji. To, že jsem tady v nemocnici mi vůbec nevadí, protože jsem ráda, že se o mě někdo postará.*“ P5 zmiňuje: „*Držím se stále doma a občas chodí za mnou kamarádka. Život беру normálně.*“ P6 si chválí odbornost sestry při ošetřování rány takto: „*Sestra, která mi ránu ošetřovala, upustila od klasické bandáže a po ošetření rány mi tam dala náplast, kterou se to přilepilo. Potom ta punčocha. Zkusil jsem to, drželo to, takže přes tu*

náplast jsem mohl punčochu natáhnout. Nic neškrtilo a drželo to tak dva nebo tři dny, jak bylo třeba. Ta náplast je lepší než obinadlo.“ V 2. podkategorii názor pacientů na prováděnou KT je dále rozdělena na kladnou stránku a zápornou stránku. Pacienti se vyjádřili různě. Například P7 odpovídala: *„Já si myslím, že nejlepší byla ta voda, ta hojila.“* P6 chválí praktičnost kompresivní punčochy: *„Když mám tu punčochu, je hladké od kotníku až po koleno, což když jsem měl bandáž, tak to nikde nebylo. Jak asi to vypadalo, když se sejme bandáž, nateklé, jak když položí nohu na roletu.“* Záporně se vyjádřila P5 říká: *„Dost mi to stahovalo nohy. Lepší bylo, když jsem jí neměla a na noze byl jen pruban. Naopak P2 si chválí a sděluje: „Nevadí mi to, dobře mi dělá, to utažení.“* P4 je spokojená s prováděnou KT a je toho názoru že: *„Kdyby nohy nebyly zavázané, hojení by bylo horší. Cítím zlepšení.“* P3 zmiňuje důležitost bezpečí rány a hojení rány: *„Hlavně na té levé noze. Tam ta rána byla velká. Je fakt, že bez té bandáže prostě nejdu, a je to lepší s ní a bezpečnější. Také je to tou bandáží ochráněné.“* P3 má zároveň i záporný pohled na tuto problematiku a udává: *„Když mi tekla ta levá noha, to bylo celé mokré, ponožky jsem mohla ždímat, to bylo hrozný.“* P7 vidí KT záporně ve spojení utažení obinadla. Říká: *„Ty obvazy mi moc nevyhovovaly, protože to bylo moc utažený. Asi to moc utažený být nemá. Já jsem to měla tak, jako by se vzal nůž a seříznul by nohu až k patě.“* P6 k bolesti ještě dodává: *„Ta bolest je pořád, ale dřív, vlastně i teď cítím, jako by mi pod tou patou něco jezdilo.“*

5. DISKUSE

V bakalářské práci byla zmapována efektivita kompresivní terapie v léčbě chronických ran, s otázkou, do jaké míry se kompresivní terapie podílí na hojení ran. Dalším cílem bylo zjistit, zda má dodržování technického postupu prováděné kompresivní terapie vliv na hojení rány. Předmětem výzkumu se staly rozhovory se sestrami a s pacienty. Z pokládané otázky se záměrem, co vše sestry sdělují, pokud přikládají bandáž, byla vytvořena kategorie Edukace pacienta, která je jednou z velmi důležitých věcí. Pacient s chronickou ránou a následně prováděnou kompresivní terapií by měl vědět důvod terapie a následně, jaká by měl dodržovat pravidla. Každý pacient je jinak vnímavý a reaguje po svém. Někteří pacienti mnohdy ani neví, proč je jim prováděna kompresivní terapie, jelikož se hlavně zabývají tím, samozřejmě oprávněně, že mají bolesti a otoky. Někdy jsou bércové vředy ve velmi špatném stavu a pacienti potřebují pomoc. V této situaci by měla sestra vhodným způsobem vysvětlit nutnost ošetřování rány správným přípravkem s následně pravidelnou kompresí dolní končetiny. V první řadě je dobré získat od pacienta důvěru v terapii a v informace, které sestra poskytuje, jež jsou založeny na zkušenostech s dobrými výsledky. Ohledně edukace pacienta je používáno sestrami jednoduchých metod. Zaměřováno je na způsob edukace, kdy například sestra 5 sděluje: „Vysvětluji ji hodně laickým způsobem, protože nemá cenu vysvětlovat jim něco složité.“ Také je důležité vědět, proč je KT potřebná, jaký je účel přiložení, jak funguje mezi sebou žilní systém a také pravidelnost přikládání bandáže.

Koutná (2005) ve svém článku zmiňuje, že docházejí pacienti většinou staršího věku a nejenom pro ně mají vytvořený edukační materiál, kterým se pacienti učí dodržovat zásady při léčbě. Mají speciální kartičky, kam se zapisuje aktuální lokální terapie, postup ošetření při každé návštěvě. Ano, v tomto souhlasím, jelikož pacienti bývají někdy natolik pohlceni bolestí či řešením rodinných, pracovních záležitostí, že informace podané ústní formou zapomínají. Vhodné jsou brožury nebo informační materiály. Důležitá je i edukace chování pacienta po přiložení KT. Sestrami je

doporučována především vhodná obuv, která drží na chodidlech, která bude pohodlná a nebude shrnovat obinada z nártů. Pro to, aby KT splnila svůj účel, je potřebná chůze, která vytvoří správný pracovní tlak a tím se podpoří žilně svalová pumpa a urychlí se tím hojení venózních ulcerací. Sestry edukují sundání bandáže na noc s tím, že než ráno dotyčný vstane, je třeba bandáž naložit. Během dne je nutné mimo chůze elevovat DK. Rozdílly jsou ovšem u pacientů, kteří spolupracují a u hůře pohyblivých pacientů. Pacientka 4 říká: „Sama si nohu nedokážu zavázat, to jsem se jednou snažila a nedopadlo to nejlépe.“

Dobrovodská (2012) udává, že někdy bývá zatěžujícím faktorem obezita. Bylo zjištěno, že venózní deficit je způsoben obezitou, která má za následek tlak působící na žíly. Obezita v tomto případě byla spojena s různým stupněm srdečního selhávání, což ztěžovalo schopnost podstupovat terapii. Také kvůli obezitě pacienti nedosáhnou na chodidla.

Myslím si, že obezita je jedním z velmi častých překážek u spousty onemocnění a má vliv na zdraví člověka. V této problematice hraje také svou roli, ovšem negativní. V mém výzkumu se sestry o obezitě nezmiňovaly. Zato v reakci pacienta, po přiložení KT byly pacienti rádi, že je noha převázaná pro ochranu rány a pro úlevu od bolesti. Pacientům vyhovuje, že bandáž nikde neškrtí, jelikož správně naložená bandáž je podstatou KT. Pokud je nesprávně naložená, nemá to žádný efekt. V tomto případě je zde na místě sestra, kterou musí být trpělivě vysvětlováno a ukázáno, jak obinadlo přikládat. Pokud pacienti sami nezvládnou provést KT, musí pomoci 2. osoba v podobě rodinného příslušníka nebo sestry. Z výzkumu vyplývá, že reakce pacienta má v této problematice i negativní stránku. Pacienti si dle jejich názoru stěžují na utaženou bandáž, bolest a mají strach z bolesti. Sestry zmínily, že v tomto ohledu jsou pacienti různí, kdy část z nich spolupracuje a někteří ne. Toto je velmi individuální. Sestra 3 udává: „Oni (pacienti) sami potom poznají, že je to lepší a lépe se rána hojí.“ Ve výzkumu sestry zmínily i zkušenosti s pacienty, kteří tuto terapii nepochopili. Roli v tomto samozřejmě hraje i věk, sestra 5 zmínila i vzdělání, kdo jaké má, jelikož ne každý je zdravotník. Také svéhlavost pacientů způsobuje problém. A s daným věkem souvisí i špatná mobilita, to znamená, že je nutná dopomoc 2. osoby. Mezi nešvary a

zároveň chyby, kterých se pacienti dopouští, je dle odpovědí sester nastřihávání obinadla, povolování, nebo naopak utahování obinadla různými tkaničkami a izolepou. To je výsada zejména pánů. Také si pacienti sami zavazují DK, ale od kotníků nahoru, což je bez efektu. Někteří problematičtí pacienti dle Koutné (2005) zkouší osvědčené způsoby léčby od svých babiček a od sousedek. Tato skutečnost pak celou terapii jenom zhoršuje. V tomto případě musí sestra vytýčit, stanovit jasné podmínky spolupráce.

Z mého výzkumu je některými pacienty zmiňováno o kysličníku, řepíku a sestry uváděly použití bezového listu, jitrocele, lopuchu. Ohledně materiálů na léčbu ran je jich pestrá řada. Na našem trhu je stále z čeho vybírat. Vývin jde dopředu a na trh se dostávají stále nové výrobky.

Mrázová (2015) ve svém článku udává, že vlhké hojení u nehojících defektů má zelenou. Snaží se o to zejména u granulujících ran, prodloužit interval mezi převazy. Připomíná, že stále se zde v Čechách někteří lékaři drží pevně tradičních postupů a bojí se změn. Přitom situace je taková, že vzhledem k zastaralým postupům, kdy se převazuje denně je toto mnohem nákladnější, než používání moderních přípravků na hojení rány. Výběr správného krytí záleží na zhodnocení fáze rány. A nejlevnější materiál nemusí být vždy ten nejlepší. Zásada je mít vždy materiály na jednotlivé fáze, místo tří výrobků na jednu fázi.

Sestry z rozhovorů zmínily, že pro to, jaký zvolí materiál, musí znát stav rány a v jaké je fázi. Důležitá je i cena. Je nutná spolupráce sestry a lékaře. V některých případech sestry aplikují masti, které napíše lékař z kožní ambulance. Sestry měly hodně zkušeností a prokázaly se dobrým přehledem o moderních materiálech a jejich používání. Sestry z DP se prokázaly též bohatými zkušenostmi výrobky, které aplikují při ošetřování pacientů v terénu. Pravidelně se v této oblasti vzdělávají a mezi sebou si vyměňují zkušenosti s léčbou ran, kterou mají též podloženou fotodokumentací. Sestry se projevují velkou praktičností a samostatností. Sestra s lékařem se spolupodílí na návrzích prováděné terapie tak , aby byla účinná. Sestra 6 zmínila vedle vlhké terapie i terapii mokrou, zejména u hodně velkých ran. Je dobré, že v tomto směru sestry projevovaly účast a zájem, protože bylo dosaženo výsledků při volbě správného materiálu. Také je nutné k tomuto tématu připomenout, že není dobré přípravky často

střídat na jednu ránu, ale ponechat určitou dobu a pokud se stav rány nezlepší, je dobré zvolit jiný. V technice ošetřování rány bylo sestrami postupováno stejně. Pouze sestra 5 zdůraznila při sejmutí primárního krytí netraumatizovat ránu. Při toaletě rány sestra 4 vyzdvihla sprchu obyčejnou vodou, říká: „Denně či ob den pouze jemně, kdy se spláchnou povlaky.“ Sestra 2 doplnila také důležité k ošetřování rány a to promaštění prstů, paty a okolí bérce. Každá sestra více či méně mluvila o některém z postupů při ošetřování rány. Sestra 5 dodala ještě dobrý typ: „Kdybych byla někde venku nebo u někoho v rodině, klidně použiji převařenou vodu – proč ne.“

Svěráková (2005) se zmiňuje o příčinách nedostatečného využití moderní léčby bérceových vředů, které jsou v podobě mýtů pacientů, kdy tímto onemocněním, kterým trpí v jejich rodině již několik generací a je třeba se s tím smířit. Dále že rána by měla být hlavně suchá. Také že je léčba dlouhá a nákladná. Tyto mýty přežívají i u některých pacientů, kteří se ránu snažili ošetřovat po domácku, kdy důsledek byl opačný.

Myslím si, že v tomto případě je nejlepší svěřit se do rukou odborníka a na nic nečekat. On zhodnotí stav rány a zahájí vhodnou léčbu. V technice provedení bandáže, sestry prokázaly výborné znalosti a věděly zcela předpisově provedení bandáže. To bezpochyby. Myslím si, že toto patří k základům v poskytování ošetrovatelské péče a byla by ostuda, kdyby toto sestra neuměla. Samozřejmě, pokud sestra toto provádí každý den, získá v naložení bandáže jistou rutinu až profesionalitu. Sestra 6 upozorňuje na smotané obinadlo: „Já musím mít pevně stočené obinadlo pod mírným tahem, pak už jenom válím po té končetině.“ Zmínila dle Stryji (2011), že 2/3 obinadla by se měly překrývat. Ve způsobu fixace obinadla sestra 6 fixuje háčky, které předtím smáčkne. Sestra 5 raději náplastí. Sestry uvedly dle správného postupu před začátkem bandáže DK mít ve vodorovné poloze. Sestra 5 zdůraznila tlak, jež největší má být kolem nártů a kotníků. Sestra 5 na vliv správné techniky reaguje tím, že končetinu prokrví, rána se hojí a čistí se. Technika je důležitá velmi hodně, jak říká sestra 5, která zároveň poukazuje na rozdíly v provedení správné techniky bohužel i mezi zdravotníky a mezi jednotlivými odděleními. Záleží jak kde a jak kdo na tom trvá. Je tím myšleno, že pokud pacient leží například na interním oddělení, řeší se zde spíše interní problém a ten kožní vřed je až na druhém místě. To samé, na gynekologii či chirurgii mají přednost

aktuální problémy toho daného oddělení. A když je pak pacient přeložen na LDN k doléčení nemoci, kožního vředu, RHB atd., je tam léčba komplexní a přece jenom péče o rány je zde velmi častá, tudíž se jim věnuje více pozornosti. S tímto názorem bych se sestrou 5 souhlasila. Také bychom doplnily, že na některých odděleních na rány používají pořád stejné způsoby ošetření ran. V tomto je dobré, když je v nemocničním zařízení sestra specialistka, či několik takových sester, jelikož všude jsou pacienti, kteří v tomto smyslu potřebují pomoci najít vhodný způsob ošetření rány. Sestra 6 ještě s politováním musela zkonstatovat, že bohužel se setkává s tím, že v technice správně naložené bandáže stále ještě zaostávají jak zdravotní asistenti, tak bakaláři i magistři. To je bohužel smutné. Může to být způsobeno tím, že mnohé sestry chvátají a neuvědomují si, že na přiložení bandáže je třeba si dát záležet a věnovat tomu daný čas. Jsme si také vědomi toho, že během směny sestra musí zastat spoustu dílčích úkonů, kdy jeden navazuje na druhý při plnění ordinací lékaře či asistence lékaři. Sestrami byla společně vyzvednuta pozitiva, jak ovlivňuje kompresivní terapie hojení rány. Vzniká tím lepší prokrvení DK, cirkulace krve, neměstnání krve, snižují se otoky, hojí se rány, výživa rány. Pokud jsme u té výživy rány, je důležité zmínit i výživu pacienta.

Ve svém článku Lisová (2007) udává, že je třeba dodat pacientovi potřebnou zásobu sacharidů, tuků, bílkovin, stopových prvků, vitamínů, minerálních látek. Jelikož bylo zjištěno, že většina pacientů trpí malnutricií. V tomto je potřeba aktivní účast sestry, která při příjmu zjišťuje nutriční screening. Spolupodílí se i lékař a nutriční terapeut. U nedostatečného příjmu sestra zajistí siping nebo enterální podání umělé výživy dle ordinace lékaře. Myslím si, že toto je důležité pro podporu hojení rány.

Dobré je též vědět tlak u obinadla. Sestra 6 správně vysvětlila tvorbu tlaku u krátkotažných obinadel a dlouhodobých obinadel používaných při KT. Říká: „Na noc sundavat u elastických obinadel, když jsou krátkotažná obinadla, tak se mohou ponechat přes noc. Protože dlouhodobé mají klidový tah a tam pak dochází k nedokrvování končetiny. Krátkotažná obinadla v klidu tlak nedělají, tlak v nich vzniká při chůzi.

U kompresivní terapie Rejchlíková (2005, str.16) udává: „ Pracovní tlak je dán odporem, který klade obvaz rozpínání svalů při zapnutí svalové pumpy. Měří se vždy na pohybující se končetině a je tím vyšší, čím menší je roztažnost obvazového materiálu.“

Ve způsobu přiložení bandáže, které zde v článku popisuje, se sestry shodují. Dále je zde zmíněno, že je vhodné po stabilizaci stavu onemocnění žilního systému použít kompresivní punčochy, které si velmi chválil Pacient 6, jež kompresivní punčochy nosí každý den. Je zde i uveden systém vícevrstevnaté bandáže, která urychluje hojení venózních vředů a vychází i ekonomicky výhodně. Při mém výzkumu nebylo sestrami o vícevrstevnaté bandáži zmiňováno, pravděpodobně z důvodu, že ji neprovádí. U 6 pacientů přikládají bandáž krátkotažným obinadlem a 1 pacient užívá kompresivní punčochy. Myslím si, že u pacientů, kteří nechtějí spolupracovat a jsou netrpěliví je tento způsob zbytečný. Sestra 4 z Domova seniorů uvedla, že každá sestra neví o prospěšnosti kompresivní terapie i v hojení rány. Toto je dle mého názoru trochu opomíjeno.

Dobrovodská (2005) vysvětluje, že k pacientům s bérčovými vředy je třeba přistupovat s pochopením a empatií, jelikož hůře zvládají své každodenní aktivity. Pokud pacient nosí bandáž i několik dní, ztěžuje to jejich osobní hygienu. Je problém i s nošením obvyklé obuvi. Alternativní obuv může zvýšit riziko pádu. Pacienti se často nechtěně ocitají v izolaci od venkovního prostředí. Jsou omezeni od aktivit každodenního života, mívají psychické problémy, úzkosti a deprese. Také mnohdy opomíjejí bolest, kterou trpí. Je především na sestře, aby se důsledně zajímala o tuto problematiku. S tím souvisí i poučení pacienta o důležité elevaci končetiny, péči o kůži. Nesmí se samozřejmě podceňovat správně zvolená kompresivní terapie, která je hlavní léčebnou metodou u bérčových vředů podporující jejich hojení.

Co se týká mého výzkumu s pacienty, jak ovlivňuje KT hojení rány, byl zjišťován fakt o tom, jak klienti tuto terapii vnímají. Pacienti v terapii vidí prospěšnost z hlediska zahojení rány, DK jsou již bez sekrece a otoků. Jedna pacientka vzhledem již ke svému vysokému věku sděluje, že neví. Pacient 6 zmínil důvod KT jako prevence trombózy a skutečnost, že když bude noha stažená, bude se lépe hojit. Pacienti vidí výhody KT ve smyslu ochrany rány, odborné ošetření rány a provedení bandáže sestrou. Z hlediska vlivu KT na kvalitu života pacienta po biologické stránce pacientka 3 popisuje bolest, kterou cítí, pokud na ránu přijde vzduch a zhruba 2 hodiny po převazu. Dále se někomu hůře ohýbají DK, bývají unavení, těžko se jim chodí. K usnadnění

pohybu většina z pacientů používá kompenzační pomůcky jako pacient 2: „Mám ortopedickou hůlku, můžu se opírat.“ Ohledně obuvi většina z pacientů nosí pantofle, či ortopedickou obuv. Po stránce sociální pacienti své onemocnění zvládají, jak v domácím prostředí, tak i v nemocničním zařízení, kdy pacientka 4 si chválí péči sester a fakt, že je rána ošetřována odborně. Bere toto jako záchranu a pozitivum pro ni. Po psychické stránce toto onemocnění sebou nese pozitivní i negativní aspekty pro pacienta. Z pozitivních aspektů si pacienti chválí odbornost sestry. Pacienti se s daným problémem většinou sžili a v léčbě vidí prospěch. Ve styku s přáteli nejsou omezení.

Ondriová a Hudáková (2015) se zamýšlejí nad tím, že v každé společnosti se stanovuje jakýsi ideál člověka potřebného pro společnost s normami, které určují, co je dobré, špatné, přijatelné a naopak nevhodné a nepřijatelné. Tato odlišnost může vyvolávat u druhých obavy z ohrožení a následné distancování od osob, kteří se něčím odlišují. V tomto ohledu po psychické stránce hraje důležitou roli rodina, kde je výhodou jistá soudržnost a fakt, že v partnerství dochází ke změně rolí, kdy se partner postará a dopomůže při péči. Smutný je i opak, že onemocnění může poškodit partnerské vztahy. S tímto názorem souhlasím.

U negativních aspektů je pro pacienty nepříjemné zejména, když je rána v secernující fázi a projevuje se zápachem. Také časová náročnost hojení. U těchto defektů vyplývá skutečnost, že tyto rány se projevují trvalou chronickou bolestí. Někteří pacienti nesnesou stav, kdy je dle nich noha utažená. Jedna z pacientek uvedla náročné období, kdy obinadla, kvůli velké spotřebě často prala, jelikož rána mokvala. Vedle těchto negativ pacientů uvádějí i klady, kdy jsou rádi, že je rána v bezpečí, zlepšuje se hojení a nemají otoky. Také chválí odborné ošetření DK sestrou. Z výzkumu vyplynulo, že pohled a postoj pacienta na danou problematiku je opravdu individuální, kdy záleží především na věku, mobilitě, spolupráci pacienta onemocnění vyléčit nebo ho alespoň udržet v únosné míře takovým způsobem, aby pacient mohl být v klidu a jistotě. Velkou úlohu zde hraje sestra, která dokáže vhodným způsobem motivovat a povzbudit pacienta současně s jeho rodinou, která pacientovi poskytuje potřebné zázemí pro úspěšnost léčby.

6. ZÁVĚR

V této bakalářské práci bylo zjišťováno, zda je kompresivní terapie efektivní při léčbě chronických ran a jestli správný technický postup příkládání kompresivní terapie má vliv na hojení rány. Výzkumné šetření bylo prováděno metodou hloubkových rozhovorů se sestrami a s pacienty. Rozhovory byly podrobně analyzovány technikou otevřeného kódování metodou tužka papír.

Celkově je shrnuta skutečnost, že pacienti postižení chronickou žilní nedostatečností se musí potýkat s celou řadou věcí, které jim ovlivňují život zejména po bio – psycho - sociální stránce. Kompresivní terapie je účinnou, jednoduchou a blahodárnou metodou v podpoře léčby tohoto onemocnění. Pokud je technika provedení správná, splňuje svůj účel. KT používaná při nehojících se ranách má své opodstatnění, kdy díky této terapii se rána lépe prokrví, vyživí, ustoupí otoky a zmírní se bolest. Velkou úlohu zde hraje sestra, která bývá nejvíce v kontaktu s pacientem. Musí být komunikativní, zná dané problematiku, zručná a zvládnout motivovat pacienta tak, aby spolupráce byla oboustranná. Sestra se stává zároveň edukátorkou, jelikož mnozí pacienti jsou laici a nemají patřičné znalosti a vědomosti o této terapii. Samozřejmě je nutné zvážit, zda je vhodná či nikoli. V tom má hlavní slovo lékař. V ošetřování ran je v dnešní době v popředí vlhké hojení, které je účinné a i z ekonomického hlediska výhodné. V oblasti managementu ošetřování ran a správného způsobu přiložení bandáže se sestry prokázaly výbornými znalostmi a zkušenostmi. Je důležité se zaměřit na kvalitu života pacienta. Chronické rány jsou jistou fyzickou zátěží pro pacienta. V tomto je dobré mít důvěru v sestru, vzájemně spolupracovat a věřit terapii v její prospěšnost. Sestra také zpětně kontroluje a dohlíží, jak je KT provedena. U nesoběstačných pacientů kompresivní terapii provádí sestra, jelikož velkou roli zde hraje věk a špatná mobilita. Je třeba velké trpělivosti a důslednosti jak ze strany sestry, tak ze strany pacienta. Pacienti k terapii přistupují různě. Přístup bývá individuální. Někteří spolupracují, jiní terapii narušují. Pro pacienty je velkým přínosem podpora rodiny, která zajistí potřebné zázemí toto onemocnění s následnou léčbou lépe zvládnout a mít vědomí, že není od společnosti izolován a odmítán.

7. SEZNAM LITERATURY

ANDERSON, I. 2011. Developments in velus leg ulcer management. *Nursing Times*. 107, No.35, pp.14-18. ISSN 0954-7762

BÍREŠOVÁ, Edita. 2012. Rány, jejich léčba a hojení. *Sestra*. Roč. 22, č. 3, s. 50-51. ISSN: 1210-0404.

BROULÍKOVÁ, Alena. Chronické žilní onemocnění. 2009. *Postgraduální medicína*. Roč. 11, č. 5, s. 479-482. ISSN: 1212-4184.

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

DYLEVSKÝ, Ivan, 2007. *Základy funkční anatomie člověka*.1.vyd. Praha: Manus. ISBN 978-80-86571-00-3

GAVLASOVÁ, Lenka. 2010. Terminologie rány a proces hojení. *Sociální péče,příloha-Hojení ran*.Roč.2, s.12-15. ISSN 1213 2330

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

HERMAN, Jiří, Dalibor, Musil a kol., 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

HRADISKÁ, Andrea. 2009. Kompresivní léčba. *Sestra*. Roč. 19, č. 11, s. 53-54. ISSN: 1210-0404.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol., 2006. *Syndrom diabetické nohy*. Praha: MAXDORF. ISBN 80-7345-095- X.

KALNÝ, Josef. 2013. Léčba žilního bércevého vředu. *Interní medicína pro praxi*. roč. 15, č. 3-4, s. 118-120. ISSN: 1212-7299.

KOČÁREK, Eduard, 2010. *Biologie člověka* 2.1.vyd. Praha: Scientia. ISBN 978-80-86960-48-7

KOUTNÁ, Markéta.2005.Není cesta zpět.*Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč.1,č.1,s.19-20. ISSN 1801-1349

LISOVÁ, Kateřina. 2007. Vliv výživy na hojení ran. *Sestra, příloha Hojení ran*. Roč. 17, č.11, s.6. ISSN 1210-0404

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

MÍČKOVÁ, Iveta. 2007. Negativní faktory ovlivňující hojení ran. *Sestra, příloha Hojení ran*. Roč.17, č.1, s. 7. ISSN 1210-0404.

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-39-18-2

MRÁZOVÁ, Romana. 2015. Materiály na vlhké hojení. *Florenc*.Roč.9, č.3, s.10-12. ISSN 1801-464X

MUSIL, Dalibor. 2014. Chronické žilní onemocnění dolních končetin – diagnostika a konzervativní léčba. *Kardiologická revue*. Roč. 16, č. 4, s. 312-316. ISSN 2336-288X.

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2014. Role venofarmak v terapii chronické žilní choroby. *Medical tribune*. Roč. 10, č. 11, C4-C5. ISSN: 1214-8911.

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana, 2010. Pacient s ulcus cruris venosum v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. roč. 7, č. 6-7, s. 280-283. ISSN: 1214-8687.

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2010. Kompresivní a jiná fyzikální terapie v léčbě bércových vředů. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. Speciál III, sv. 52, s. 24-25. ISSN 1213 -9106.

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8

ONDŘIOVÁ, Iveta a Anna HUDÁKOVÁ. 2015. Vybrané aspekty kvality života chorých s chronickou ranou. *Zdravotnictví a medicína*. Č.4, s.26. ISSN 2336-2987

POKORNÁ, Andrea. 2012. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-6048-7.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2009. Otoky, varixy a chronická žilní insuficience. *Medicína po promoci*. Roč. 10, č. 2, s. 63-69. ISSN: 1212-9445.

REJCHLÍKOVÁ, Ludmila. 2005. Kompresivní terapie v praxi. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč.1, č.1, s.16-17. ISSN 1801-1349

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2008. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV*, 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2506-2

STRYJA, Jan, 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.

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

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství* .vyd.1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2013. Kompresivní terapie v praxi. *Praktické lékařství*. Roč. 9, č. 3, s. 117-119. ISSN: 1801-2434.

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2009. Kompresivní terapie u chronického žilního onemocnění. *Dermatologie pro praxi*. Roč.3, č.5, s.236-238. ISSN 1802- 2960

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2007. Hojení chronických ran. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. Speciál II, sv. 49, s. 46-50. ISSN 1213- 9106.

TOPINKOVÁ, Eva, 2006. *Obrazový atlas chorobných stavů*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1670-4.

VOKURKA, Martin, Jan Hugo a kol. 2006. *Velký lékařský slovník*, 6.vyd.Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-105-0.

ZIMOLOVÁ, Petra. 2008. Choroby žilního systému DK – chronická žilní nedostatečnost. *Lékařské listy*. Roč. 57, č. 10, s. 23-24. ISSN 1805-2355

8. PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Schéma obecné stavby cévní stěny

Příloha 2 – Schéma vztahů tepen a žil

Příloha 3 – Poloha hlavních transfacciálních spojek povrchového a hlubokého krevního řečiště

Příloha 4 – Povrchové žíly dolní končetiny

Příloha 5 – Hluboké žíly bérce

Příloha 6 – Klinické třídění chronického žilního onemocnění v rámci CEAP klasifikace

Příloha 7 – Funkční testy na vyšetření žil

Příloha 8 – Obrázky žilních onemocnění

Příloha 9 – Fáze rány s doporučením použití vhodných přípravků

Příloha 10 - Kompresivní terapie - Deona fast lýtková (A) a stehenní (B)

Příloha 11 - Přiložení obinadla při kompresivní terapii

Příloha 12 – Kompresivní punčocha Saphenamed

Příloha 13 - Druhy kompresivních punčoch

Příloha 14 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 15 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 16 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 17 – Otázky pro sestry

Příloha 18 – Otázky pro pacienty/ klienty

Příloha 19 – Přepisy rozhovorů – vložené CD

Příloha 20 – Kódování

Příloha 21 – Pacientka s BV. Fotodokumentace od prosince do dubna 2015

Příloha 22 – Schéma 1 Edukace pacienta

Příloha 23 – Schéma 2 Reakce pacienta po přiložení KT

Příloha 24 – Schéma 3 Materiály

Příloha 25 – Schéma 4 Technika ošetřování rány

Příloha 26 – Schéma 5 Technika přikládání KT

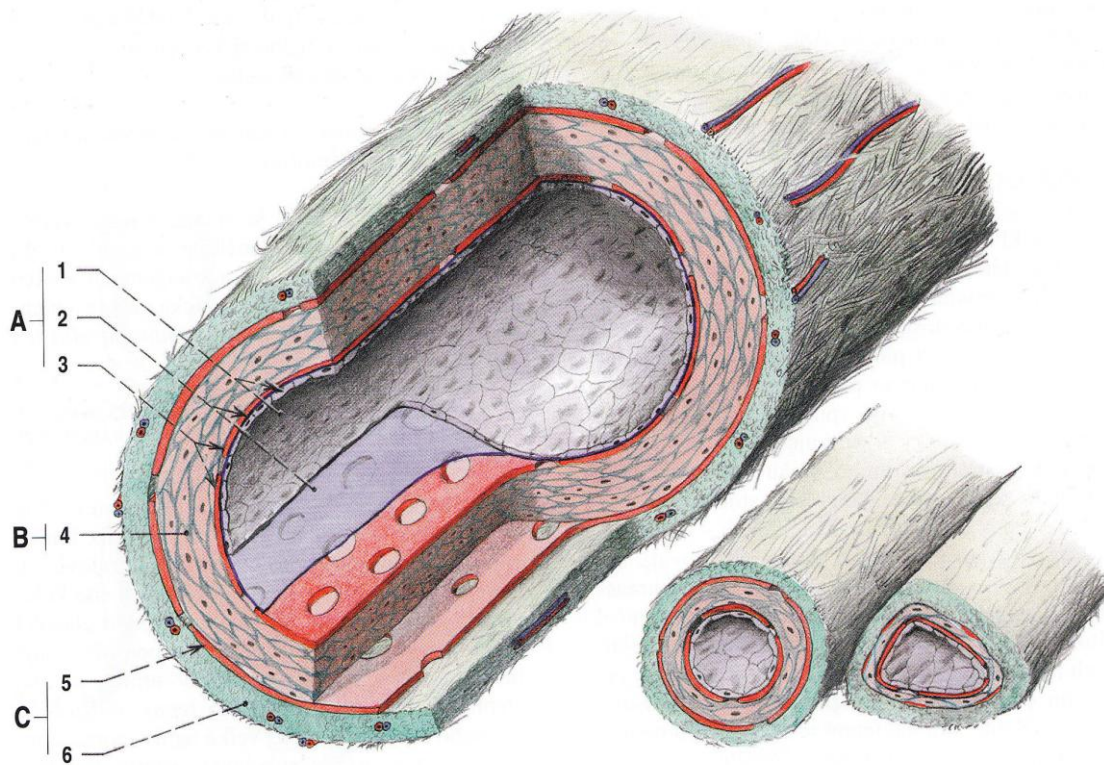
Příloha 27 – Schéma 6 Vliv KT na hojení rány

Příloha 28 – Schéma 7 Názor sester na KT při hojení ran

Příloha 29 – Schéma 8 Znalost pacienta důvodu provádění KT při hojení ran

Příloha 30 - Schéma 9 Vliv kompresivní terapie na kvalitu života pacienta

Příloha 1 – Schéma obecné stavby cévní stěny



Obr. 57. SCHÉMA OBECNÉ STAVBY CÉVNÍ STĚNY u arterie střední velikosti, svalového typu; znázorněny vrstvy cévní stěny; vpravo ukázány proporce jednotlivých vrstev stěny u tepny (silnější stěna) a u přibližně stejně silné žíly (tenčí stěna)

A tunica intima

1 endothel

2 lamina basalis endotheli a subendothelová vrstvička vaziva

3 membrana elastica interna

B tunica media

4 buňky hladké svaloviny v tunica media

C tunica externa

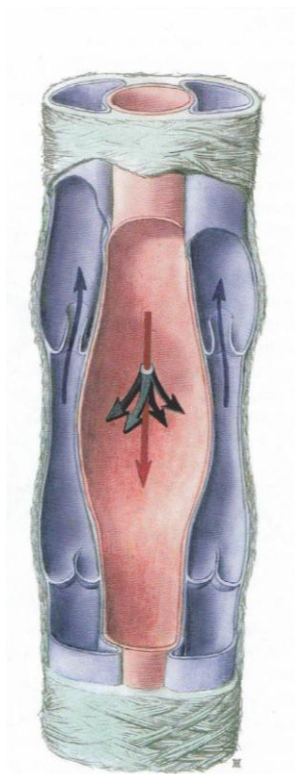
5 membrana elastica externa

6 vazivo adventicie, v něm vasa vasorum

Zdroj:

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

Příloha 2 – Schéma vztahů tepny a žil

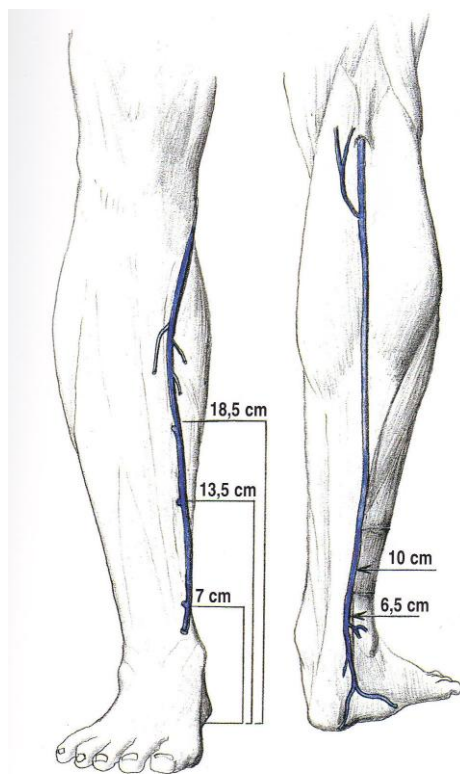


Obr. 62. SCHÉMA VZTAHŮ TEPNY A ŽIL uvnitř společné nepružné vagina vasorum; tepová vlna v arterii (postupující do periferie) vytlačuje krev z úseků žil mezi chlopněmi, a to centrálně, směrem propustnosti chlopní (podle Lanze, modifikováno)

Zdroj:

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

Příloha 3 – Poloha hlavních transfasciálních spojek povrchového a hlubokého žilního řečiště

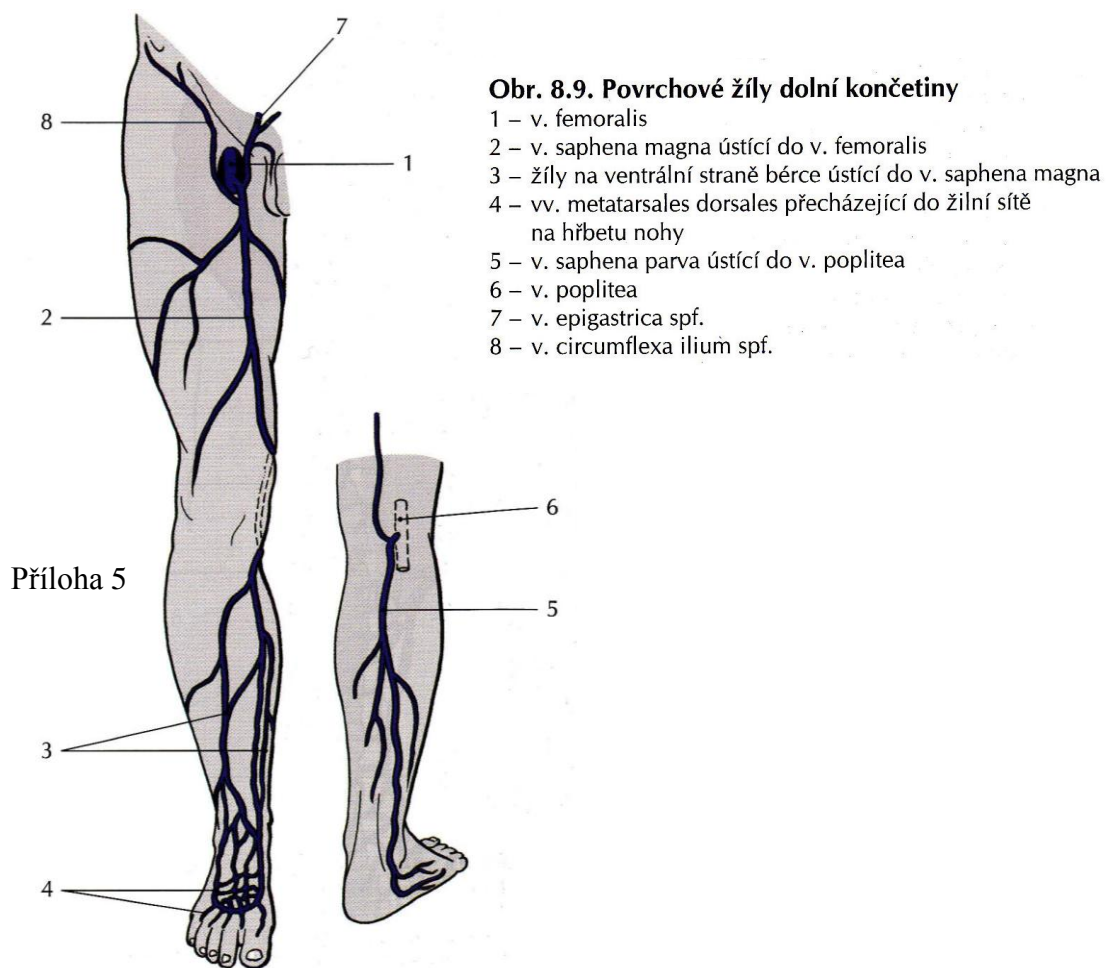


Obr. 118. POLOHA HLAVNÍCH TRANSFASCIÁLNÍCH SPOJEK POVRCHOVÉHO A HLUBOKÉHO ŽILNÍHO ŘEČIŠTĚ

Zdroj:

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

Příloha 4 – Povrchové žíly dolní končetiny

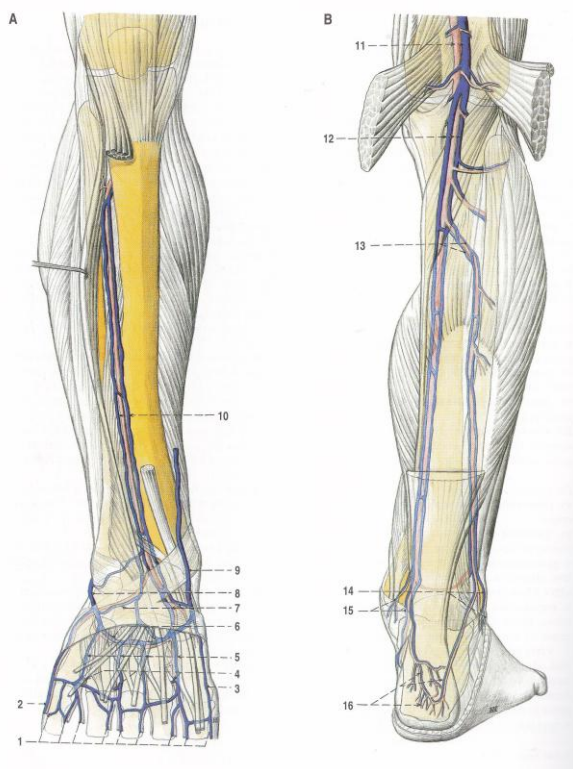


Zdroj:

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

Příloha 5 – Hluboké žíly bérce

160 ŽÍLY DOLNÍ KONČETINY



◀ Obr. 115. HLUBOKÉ ŽÍLY BÉRCE

A přední strana

B zadní strana

1 vv. digitales dorsales pedis

2 v. marginalis lateralis

3 v. marginalis medialis

4 vv. intercapitulares (vv. perforantes)

5 vv. metatarsales dorsales

6 arcus venosus dorsalis pedis

7 vv. tarsales mediales et laterales

8 v. saphena parva

9 v. saphena magna

10 vv. tibiales anteriores

11 v. et a. poplitea

12 vv. tibiales posteriores et a. tibialis posterior

13 vv. fibulares spolu s a. fibularis

14 rr. malleolares laterales (venae fibularis)

15 rr. malleolares mediales (venae tibialis posterioris)

16 rete venosum calcaneare (s odtokem do v. tibialis posterior a do v. fibularis)

Zdroj:

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

Příloha 6

Tab. 1. Klinické třídění chronického žilního onemocnění v rámci CEAP klasifikace, 1995, 2004 [4,5].

Třída klinické klasifikace	Objektivní (klinické) známky chronického žilního onemocnění
třída 0 (C0)	žádné viditelné nebo hmatné známky žilního onemocnění (pouze žilní symptomy, subjektivní potíže vyvolané žilním onemocněním)
třída 1 (C1)	telangiektázie a/nebo retikulární žíly (varixy)
třída 2 (C2)	uzlové varixy
třída 3 (C3)	otoky dolních končetin (výrazné otoky dolních končetin sahající od poloviny bérců až po koleno)
třída 4 (C4) má dvě podtřídy: podtřída 4a (C4a) podtřída 4b (C4b)	kožní změny vyvolané žilním onemocněním: a) pigmentace, žilní ekzém nebo oboje b) lipodermatoskleróza, atrophia blanche nebo oboje
třída 5 (C5)	kožní změny (třída 4) a vyhojený žilní bércový vřed
třída 6 (C6)	kožní změny (třída 4) a floridní žilní bércový vřed

Zdroj:

MUSIL, Dalibor. 2014. Chronické žilní onemocnění dolních končetin – diagnostika a konzervativní léčba. *Kardiologická revue*. Roč. 16, č. 4, s. 312-316. ISSN 2336-288X.

Příloha 7 – Funkční testy na vyšetření žil

Homansův test

Vyzvete nemocného, aby střídal plantární a dorzální flexi v hlezenním a flexi v kolenním kloubu. Pokud se objeví bolest v lýtku, někdy i v plosce nohy, je test pozitivní.

Plantární test

Zatlačíte ležícímu nemocnému na chodidlo nebo jej vyzvete, aby chodil. Pokud se po došlápnutí nebo tlaku na chodidlo objeví bolest v plosce nohy, je plantární znamení pozitivní.

Lowenbergovo znamení

Ovinete nemocnému manžetu tonometru kolem lýtky a nafouknete. Pokud se dostaví bolestivost v lýtku nebo ve stehně při nafouknutí manžety již při hodnotách pod 100 mmHg, je test pozitivní.

Perthesův test

Slouží ke zjištění průchodnosti hlubokého žilního systému před operací povrchových žil (před strippingem – odstraněním varikózně změněné v. saphena magna). Pod třískem a pod kolenem se zaškrtí končetina gumovou hadicí. Následkem zaškrcení se naplní povrchové žíly a jejich varixy. Poté necháme pacienta 2 minuty chodit.

Výsledek Pethersova testu:

- negativní – varixy se vyprázdní a bolest v končetině se neobjeví. Svědčí to o:
 - průchodnosti spojek – tzv. perforátorů – mezi povrchovým a hlubokým žilním systémem,
 - průchodnosti hlubokých žil,
 - funkčních chlopních;
- pozitivní – varixy se zvětší a objeví se bolest v končetině. Svědčí to o uzávěru hlubokého žilního řečiště a nefunkčních chlopních.

Trendelenburgův test

Provádí se v případě pozitivního Perthesova testu. Slouží k přesnější lokalizaci insuficientních (nefunkčních) chlopní a spojek. Na zdviženou končetinu (vleže) se přiloží na třech místech gumová hadice – pod třískem, nad kolenem a pod kolenem – a pacient se postaví.

Varikózní žíly na bérce se naplní, a to:

- do 30 s – insuficience spojek na bérce,
- po uvolnění hadice pod kolenem – insuficience chlopní v. saphena parva,
- po uvolnění hadice nad kolenem – insuficience spojek Hunterova kanálu,
- po uvolnění hadice pod třískem – insuficience chlopní v. saphena parva.

Zdroj:

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada.

ISBN 80-247-1150-8

Příloha 8 – Obrázky žilních onemocnění

A) Metličkové varixy



B) Vakovité rozšíření povrchových žil na bérce



C) Naplněné varixy na bérkách, kde jsou přítomny trofické kožní změny s dermatitidou mírného stupně



D) Komplexní změny na bérce a noze –hyperpigmentovaná ložiska s atrofickou kůží se sklerotickými změnami a chronickým indukovaným edémem. Maximum změn je na vnitřním kotníku, kde se nejvíce vytváří ulcus cruris.



E) Varikózní komplex, chronická žilní insuficience, stadium II., přítomny trofické kožní změny.



F) Rozsáhlé povrchové bérkové vředy



G) Pokročilé stádium bércového vředu lymfedém na DK, vřed je vyčištěný, s masově červenou granulující spodinou, horní část vředu patrné dva epitelizující ostrůvky.



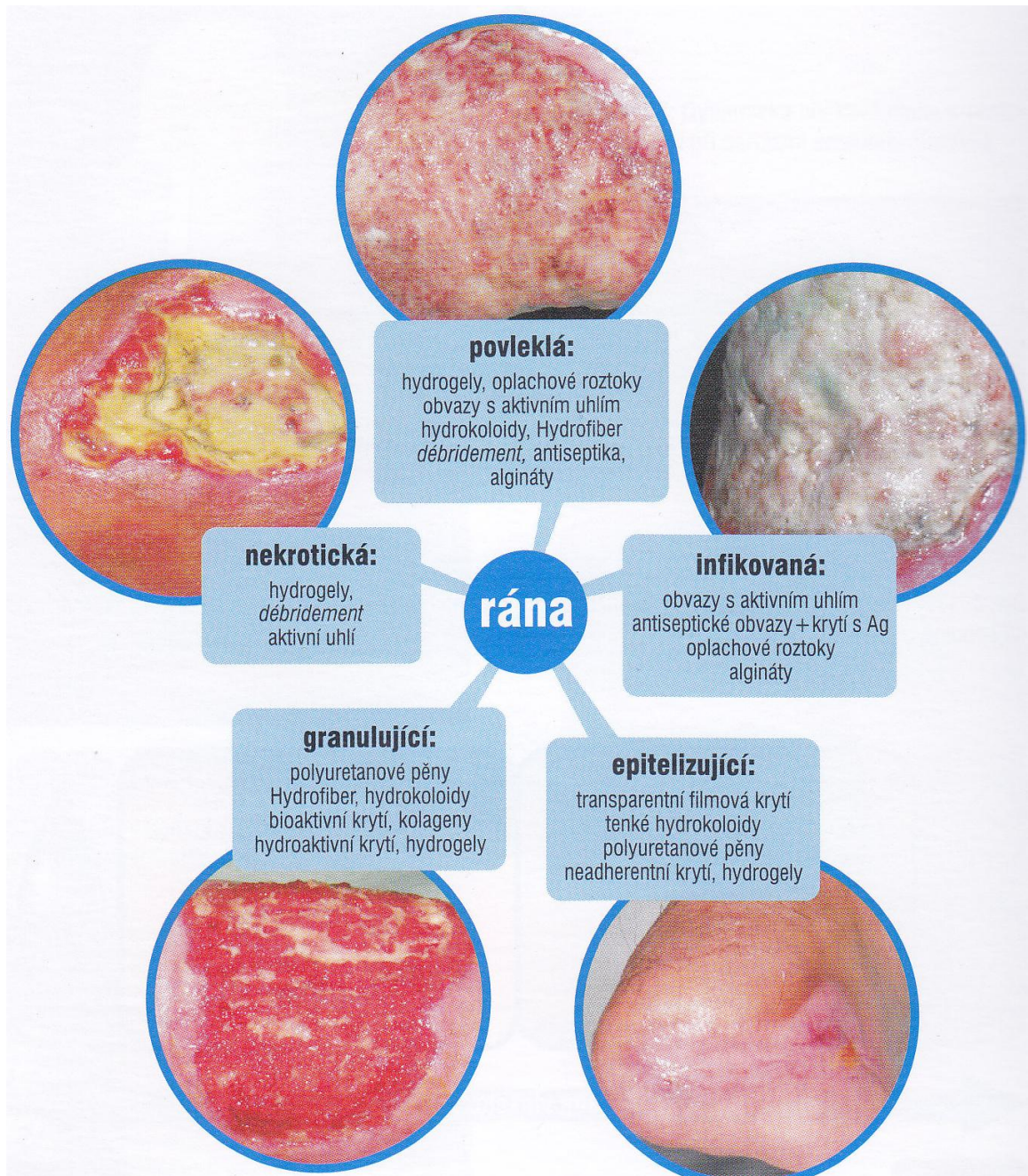
H) Komplikovaný sekundární bércový vřed s bakteriální infekcí, vřed je hnisavě povleklý, zapáchající se zelenožlutým povlakem.



Zdroj:

TOPINKOVÁ, Eva, 2006. *Obrazový atlas chorobných stavů*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1670-4.

Příloha 9 - Fáze rány s doporučením použití vhodných přípravků



Zdroj:

STRYJA, Jan, 2011. *Repetitorium hojení ran* 2. 1. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.

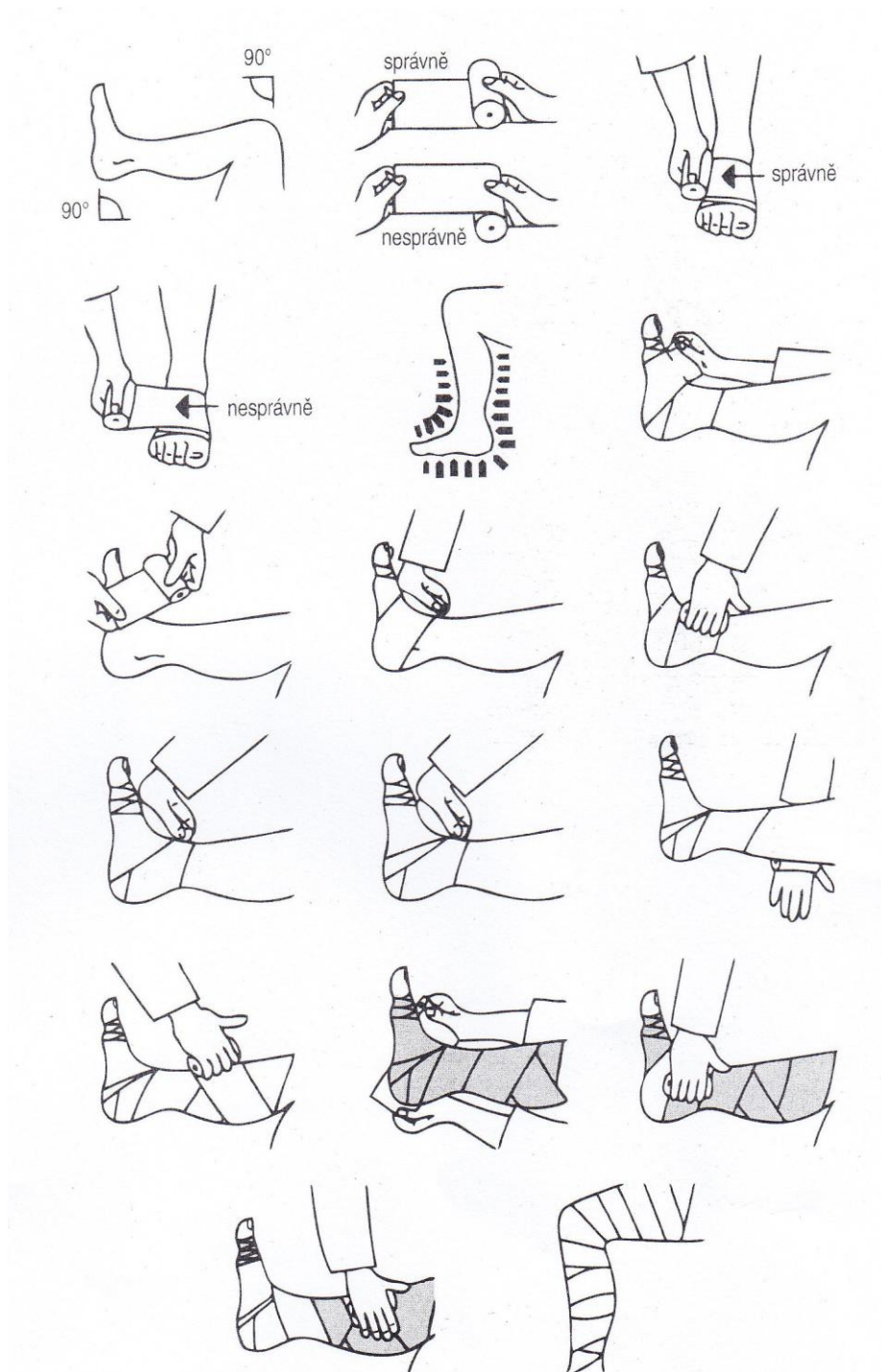
Příloha 10 - Kompresivní terapie - Deona fast lýtková (A) a stehenní (B)



Zdroj:

HERMAN, Jiří, Dalibor, Musil a kol., 2011. *Žilní onemocnění v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3335-7.

Příloha 11 - Přiložení obinadla při kompresivní terapii



Zdroj:
SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2008. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV*, 1. vyd.
Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2506-2

Příloha 12 – Kompresivní punčocha Saphenamed

Obrázek 3. Kompresivní systém Saphenamed



Zdroj:

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2009. Kompresivní terapie u chronického žilního onemocnění. *Dermatologie pro praxi*. Roč.3, č.5, s.236-238. ISSN 1802- 2960

Příloha 13 - Druhy kompresivních punčoch

I. KT – lehká komprese – 18–21 mm Hg – se se používá hlavně v rámci prevence při dědičném sklonu k tvorbě křečových žil, při pocitu únavy nebo slabosti v dolních končetinách, k prevenci vzniku křečových žil v období těhotenství.

II. KT – středně silná komprese – 23–32 mm Hg při křečových žilách, při projevech chronické žilní choroby, po operaci křečových žil, při otocích dolních končetin během těhotenství.

III. KT – silná komprese – 34–46 mm Hg při zánětu hlubokých žil (trombóze), při křečových žilách, které vznikají na základě poškození hlubokého žilního systému po zvládnutí akutní fáze onemocnění (posttrombotický syndrom), jako prevence recidivy po zhojení bércového vředu žilního původu, při otocích dolních končetin, které vznikly na základě nedostatečné funkce žilního nebo mízního systému.

IV. KT – extra silná komprese – více než 49 mm Hg pro pacienty s chronickými, výraznými, tuhými otoky dolních končetin, vzniklými na základě onemocnění žilního nebo mízního systému.

Zdroj:

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2013. Kompresivní terapie v praxi. *Praktické lékařství*. Roč. 9, č. 3, s. 117-119. ISSN: 1801-2434.

Příloha 14 – Souhlas s výzkumným šetřením

Domácí péče ČČK, o. p. s.
Mgr. Marie Kadochová
ředitelka
B. Němcové 1118
386 01 Strakonice

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní ředitelko,

Jmenuji se Pavlína Nosková a jsem studentkou 3. ročníku
Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích obor Ošetrovatelství. Obracím se k Vám
se žádostí o povolení provedení výzkumného šetření, které je součástí mé bakalářské práce na
téma: Vliv kompresivní terapie na hojení ran. Výzkum by probíhal formou hloubkových
rozhovorů se sestrami a klienty.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Pavlína Nosková

V Bavorově, 23. 2. 2015

S provedením šetření souhlasím.

DOMACÍ PÉČE ČČK
OBECNĚ PROSPĚŠNÁ SPOLEČNOST
B. Němcové 1118, 386 01 Strakonice
IČ: 251 25 553
Kadochová
Mgr. Marie Kadochová
ředitelka

Strakonice, 23.2.2015

Příloha 15 - Souhlas s výzkumným šetřením

Studentka
Pavčina Nosková
Markův Sad 394
387 73 Bavorov

Hlavní sestra
Dagmar Janoušková
Nemocnice Prachatice
Nebahovská 1015
383 20 Prachatice

Věc: Žádost o povolení s výzkumného šetření

Vážená paní Janoušková,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia obor Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o provedení výzkumného šetření, které je součástí mé bakalářské práce na téma: Vliv kompresivní terapie na hojení ran. Výzkumné šetření by bylo prováděno metodou hloubkových rozhovorů, určených pro pacienty s touto problematikou a sestry, které pečují o rány.

Věřím, že mé žádosti vyhovíte a těším se na další spolupráci.

S pozdravem Pavčina Nosková

V Bavorově 3.3.2015

NEMOCNICE
PRACHATICE
NEMOCNICE PRACHATICE, a.s.
Nebahovská 1015, 383 20 Prachatice

Příloha 16 - Souhlas s výzkumným šetřením

Centrum sociální pomoci Vodňany

Mgr.Bc. Davidová Daniela

ředitelka organizace

Žižkovo náměstí 21

389 01 Vodňany

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Davidová,

Jmenuji se Pavlína Nosková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích obor Ošetřovatelství. Obracím se k Vám se žádostí o povolení provedení výzkumného šetření, které je součástí mé bakalářské práce na téma: Vliv kompresivní terapie na hojení ran. Výzkumné šetření by probíhalo metodou hloubkových rozhovorů s klienty a sestrami.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Pavlína Nosková

V Bavorově 6.3.2015

Dne 9.3. 2015 Vodňany - souhlasem Davidová

Příloha 17 – Otázky pro sestry

1. Co pro vás znamená kompresivní terapie?
2. Jak vysvětlíte pacientovi potřebu provádění KT, co vše mu sdělujete?
3. Jaká je reakce pacienta po přiložení KT / bandáže?
4. Jaké materiály používáte na léčbu ran, kožních defektů či BV?
5. Které se Vám nejvíce osvědčily v léčbě ran, či BV?
6. Popište mi techniku ošetřování rány a techniku či postup přikládání bandáže/ KT ?
7. Jak ovlivňuje správná technika přiložení bandáže/ KT hojení rány?
8. Jak ovlivňuje KT/bandážování hojení rány?
9. Jak poučíte pacienta, který má ošetřenou ránu a přiloženou KT/ bandáž?
10. Jak vzorní či důslední jsou pacienti, kterými je tato terapie prováděna, jak spolupracují?
11. Co si myslíte o informovanosti sester v této terapii, či oblasti ošetřování?
12. Jak často probíhají školení v oblasti hojení ran?
13. Jaký máte názor na vliv KT při dlouhodobě hojících se kožních defektech/BV?

Vlastní zdroj.

Příloha 18 - Otázky pro pacienty/ klienty

1. Od kdy nebo jak dlouho máte bércové vředy?
2. Jak často jsou prováděny převazy společně s bandáží/KT?
3. Jakými materiály je Vám ošetřována rána/ BV?
4. Věděl/a byste, proč se Vám provádí KT?
5. Jak snášíte KT po fyzické stránce ?/ chůze, pohyb, bolest/
6. V jakých oblastech každodenního života Vás rána omezuje, /os. hygieny, nošení obuvi, péči o kůži, končetiny ve vyvýšené poloze/?
7. Jak KT vnímáte psychicky?/ izolace od venkovního prostředí, úzkost , smutek, deprese, zlost/
8. Co Vám nevyhovuje u KT ? A naopak co Vám vyhovuje?
9. Jak ovlivňuje KT/provedené bandáže hojení Vaší rány?
10. Máte bandáž na DK pouze přes den nebo i přes noc?
11. Jak jste spokojen/a s ošetřovatelskou péčí?

Vlastní zdroj.

Příloha 20 - Kódování

Kategorie 1 Edukace – kódování

Jednoduchá volba slov S1/18-19; S5/8

Názorná ukázka S3/5-7

Obrázky S6/4-5

Účel příložení KT S5/ 10-11

Potřeba komprese S4/2-3

Funkce žilního systému S1/15-17

Pravidelnost užívání KT S5/11-12

Kategorie 2 Reakce pacienta po příložení KT sestrou – kódování

Úleva od bolesti S1/26-27

Ochrana rány S2/8

Bandáž neškrťí S6/8-9

Důvěra S/28

Bolest S2/9-10

Strach z bolesti S1/21-22

Bandáž hodně utažená S5/13-14

Důvěra v terapii S1/28

Terapie vyhovuje S5/13

Hojení rány S3/7

Nepochopení situace S1/63-65

Povolování obinadla S2/29

Aplikace svých domácích prostředků S2/29-30

Věk S3/28, S5/63

Vzdělání S5/64-65

Svéhlavost S4/6-7

Nastřihávání obinadla S4/24-27

Špatná mobilita S6/ 11

Utahování obinadla S4/5

Kategorie 3 Materiály na léčbu ran - kódování

Frekvence použití S1/29-30

Předepisuje lékař S2/13

Stav rány S3/14

Zkušenosti sestry S5/24-25, S6/24-27

Cena S6/21

Vlhká terapie S3/13

Hydrogely S5/24

Krátkotažná obinadla S2/13-14, S1/29-31

Přípravky s Ag S2/15

Mokrý terapie S6/13-14

Masti S1/45

Kategorie 4 Technika ošetřování rány – kódování

Sundání původního krytí S5/29-31, S5 41-42

Débridement S1/41

Toaleta rány S4/15-16, S3/18-19

Ošetření okolí rány S 2/18

Hodnocení rány S5/33-34

Spolupráce s lékařem S4/14

Zabránit traumatizaci rány S5/29

Volba vhodného materiálu S2/18-20

Kategorie 5 Technika přikládání KT sestrou - kódování

Vodorovná poloha DK S6/32, S6/36-38

Začátek bandáže S3/3

Správný tlak S5/47-48

Správné vázání S6/34
Fixace obinadla S5/48-49
Správnost provedení S6/32-34
Chyby S4/20-21, S5/51-53
Prokrvení končetiny S1/51-52

Kategorie 6 Vliv KT na hojení ran - kódování

Prokrvení S1/ 54
Cirkulace krve S1/54
Snížení otoků S2/24
Hojení rány S2/24
Výživa rány S3/24
Není stáza krve S5/ 55
Tvorba tlaku na ránu S6/43-46

Kategorie 7 Názor sester na KT při hojení ran – kódování

Součást léčby S1/82
Výsledky S2/40-42
Končetina bez otoků S3/40-41
Bandáž přes noc S3/40-41
Podpurná léčba S4/35
Časová náročnost S5/86-87
Přínos S5/93-95
Dobrý vliv u BV S6/70-71
Ischemické defekty S6/71-72
Nepřizpůsobivý pacienti S3/42-43
Nesoběstačnost pacienti S3/42-45
Nevědomost sester S4/29-30

Kategorie 8 Znalost pacienta důvodu provádění KT při hojení ran - kódování

Snížení sekrece rány P1/10

Zahojení rány P2/8

Snížení otoků P4/29, P/7

Prevence trombózy P6/7

Stažení DK P6/8

Provedení KT sestrou P4/39-41

Ošetření rány sestrou P4/3-4, P1/21

Ochrana rány P3/25-26

Kategorie 9 Vliv KT na kvalitu života pacienta – kódování

Domácí prostředí P1/19

Kompenzační pomůcky P2/11

Sžití s problémem P2/13

Bolest P3/10-11, P7/22-23, P6/18

Chronická bolest P6/18

Zapáchající rána P3/18-21

Uzavřenost P3/18-21

Nemocniční zařízení P4/ 41-44

Styk s přáteli P5/17-18

Odbornost sestry P6/11-15

Praktičnost punčochy P6/35-37

Stažení DK P5/11

Utažené DK P2/14, P7/22-23

Ošetření rány a KT P4/51

Bezpečí rány P3/27-28

Secernující rána P3/23

Příloha 21 – Pacientka s bérčovými vředy, fotodokumentace od prosince do dubna 2015

Pacientka hospitalizována na oddělení LDN od **12.12. 2015**. Na obou DK bérčové vředy.

16.12.2014 - Popis rány: Na **PDK** bérčové vředy , několik ložisek od 10x5cm, hloubka 0,5 až 1 cm. Černá nekróza, přischlého charakteru, místy sekrece, hnilobný zápach. Silná bolest.

Ošetření: Oplach Dermacyne roztok, odstranění části nektróz, okolí Menalind cream, na ránu Deбри Eca San, mastný tyl, sterilní krytí, Zetuvit krytí. Přeřazy denně.



16.12.2015 - Popis rány: **LDK** bércový vřed velikost 20x20cm, nekróza černá většinou přischlá, sekrece místy spodin nekroz, hnilobný zápach. Část nekroz snesena. Okraje zarudlé, většinou ohraničené. Pacientka pociťuje silnou bolest.

Ošetření: Oplach Dermacynem roztok, odstranění části nekroz, okolí Menalind cream, na ránu Debrisa Eca San, mastný tyl, sterilní krytí, Zetuvit krytí. Převazy denně.



19.12.2014 – Popis rány: **LDK** velikost 20x20cm, snesena většinová část nekrózy, v místech očištění ran od nekróz, počínající granulace, silná sekrece, hnilobný zápach. Okraje zarudlé většinou ohraničené, navalitě. U pacientky silná bolest, obzvláště při převazu.

Ošetření: Obklad Dermacyne roztok, snesení části nekróz, okolí Menalind cream, na ránu Debri Eca San, mastný tyl, sterilní krytí zvlhčené, Zetuvit krytí. Při neprosáknutí možno převazovat ob den.



19.12.2015 - Popis rány: **PDK** několik ložisek od 10x5cm až po 1x1cm, hloubka 0,5 až 1 cm. Částečně snesena nekróza, sekrece rány.

Ošetření: Obklad Dermacyne roztok, snesení části nekrotiz, okolí Menalind cream, na ránu Debrin Eca San, mastný tyl, sterilní krytí zvlhčené, Zetuvit krytí. Při neprosáknutí možno převazovat ob den.





2.1.2015 – Popis rány: **LDK** velikost 20x20cm, vřed zbaven od zbývajících nekrotických povlaků, začíná granulační fáze, značná sekrece, hnilobný zápach. Okraje jsou zarudlé, většinou ohraničené, navolitě. Pokud jsou DK zavázané, pacientka pociťuje menší bolest. Při převazu se stupňuje.

Ošetření: Oplach Dermacyne roztok, očištění okolí a rány, promazána kůže Vazelína alba, okolí rány Menalind cream, na lýtko v horní části Tender Weet, na ostatní části rány Debri Eca San, mastný tyl, sterilní krytí zvlhčené, Zetuvit krytí. Převazy ob den.

U **PDK** nekvalitní fotografie - nevložená.

Ošetření PDK: Oplach Dermacyne roztok, očištění okolí a rány, promazána kůže Vazelína alba, okolí rány Menalind cream, na rány Debri Eca San, mastný tyl, sterilní krytí zvlhčené, Zetuvit krytí. Převazy ob den.

23.1.2015 Popis rány: **LDK** velikost 15x20cm, spodina místy čistá a granuluje zvláště v horní části, jinde fibrinový povlak. Odstranění fibrinových povlaků, sekrece již menší, okraje zarudlé, ohraničené, navolitě, kromě zadní části lýtky, zde neohraničené s epitelizací. Pacientka pociťuje již menší bolest při převazu.

Ošetření : Obklad Octenisept spray, okolí očištěno slunečnicovým olejem, očista od fibrinových povlaků, okolí Menalind cream, na ránu Debrideca San, mastný tyl, sterilní krytí, Zetuvit krytí. Bandáž krátkotažným obinadlem.

U **PDK** nekvalitní fotografie – nevložena

Ošetření PDK: Dva horní defekty Pharma coll Basic – ob den, na ostatní defekty Debrideca San, mastný tyl, sterilní krytí. Bandáž krátkotažným obinadlem.



4.2.2015- Popis rány: **LDK** 15x10cm, spodina čistá, granulující, od okrajů epitelizace. Sekrece zmenšena, okraje zarudlé, většinou ohraničené, navahlité. Pacientka při převazu již bez bolesti.

Ošetření: Oplach rány Octenisept spray, na otevřené rány Biatain (pěnová destička) na zhojené strupovité rány mastný tyl, sterilní krytí. Bandáž nízká krátkotažným obinadlem.



4.2.2015 – Popis rány: **PDK** na holení dva defekty, velikost 1x0,5 a 2x2cm, ostatní defekty drobné, většinou strupy. Spodina čistá, granulační fáze, slabší sekrece. Ostatní rány před zhojením.

Ošetření: Oplach Octenisept spray, z části, kde byl žlutavý sekret přiložen Biatain, na část bez sekretu Debri Eca San, mastný tyl, sterilní krytí. Bandáž nízká krátkotažným obinadlem.

6.3.2015 proveden u PDK i LDK stěr z ran na K+C

13.3.2015 dle výsledků ze stěru zjištěna **MRSA u PDK**

Bariérový režim. DK převazovat zvlášť, krátkotažná obinadla na každou DK odlišena.



27.3.2015 – Popis ran: **LDK** spodina v granulační fázi, již epitelizuje. Sekrece menší. Zjizvené okraje, většinou ohraničené, naválité.

3.4.2015 - zhoršení stavu pacientky. Obě DK vznik otoků, napnuté kůže, zarudnutí, na kůži se tvoří drobné puchýře, z pórů na kůži, drobných ran i defektu prosakuje velké množství čiré tekutiny . Pacientka pociťuje zvýšení bolesti.

Ošetření: Obklad Prontosan roztok, okolí promazáno Vaseline alba, na ránu Medisorb P, mastný tyl na eroze na okrajích, sterilní krytí, bandáž nízká krátkotažným obinadlem.

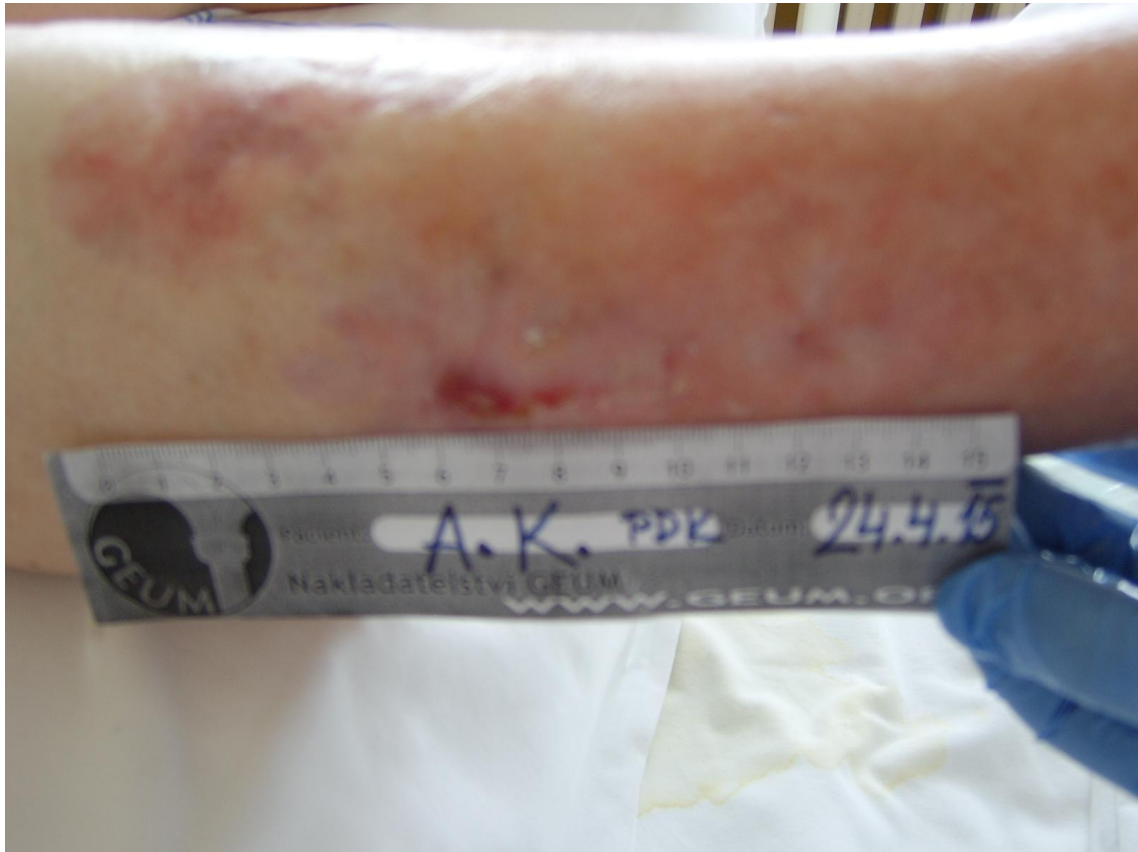
PDK nekvalitní fotografie – nevložena.

Ošetření PDK: Obklad Prontosan roztok, na rány Bactroban ung., mastný tyl, sterilní krytí. Bandáž krátkotažným obinadlem.



24.4.2015 Popis rány – **PDK** tři drobné defekty, okraje ohraničení, spodina čistá, téměř neprosakuje.

Ošetření: Obklad Prontosan roztok, očista ran a okolí, na drobné rány Bactroban ung., mastný tyl, sterilní krytí. Převez denně. Bandáž nízká krátkotažným obinadlem.



24.4.2015 Popis rány – **PDK** tři drobné defekty, okraje ohraničení, spodina čistá, téměř neprosakuje

Ošetření: Obklad Prontosan roztok, očista ran a okolí, na drobné rány Bactroban ung., mastný tyl, sterilní krytí. Převez denně. Bandáž nízká krátkotažným obinadlem



24.4.2015 – Popis rány: **LDK**, dnes proveden stěr z obou DK na K+C, na okrajích rány hypergranulace, v ráně granulace i fibrinový povlak, rána má již tendenci k hojení.

Okraje zjizvené, většinou ohraničené, navalitě. Pacientka téměř bez bolesti.

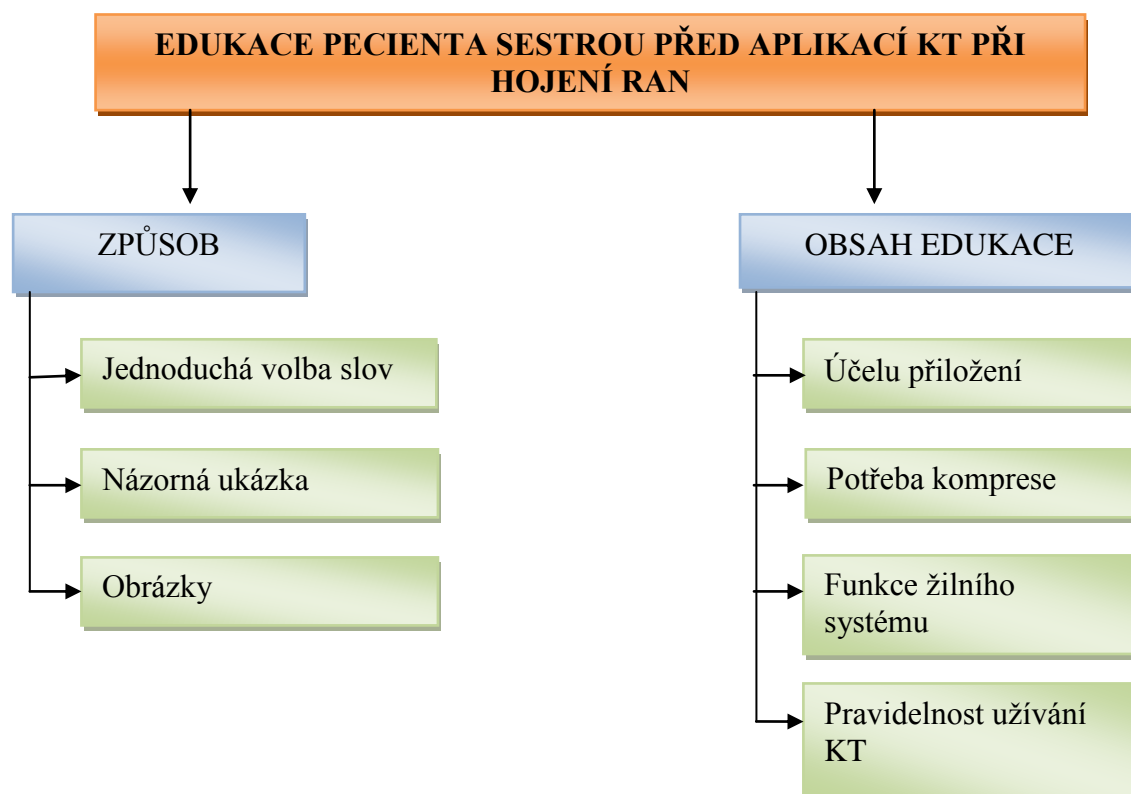
Ošetření: Obklad Prontosan roztok, očištění okolí rány slunečnicovým olejem, Na ránu Medisorb P, sterilní krytí. Převaz ob den. Při prosáknutí výměna sekundárního krytí.

Bandáž nízká krátkotažným obinadlem.



EDUKACE PACIENTA

Podkategorie 1



Podkategorie 2

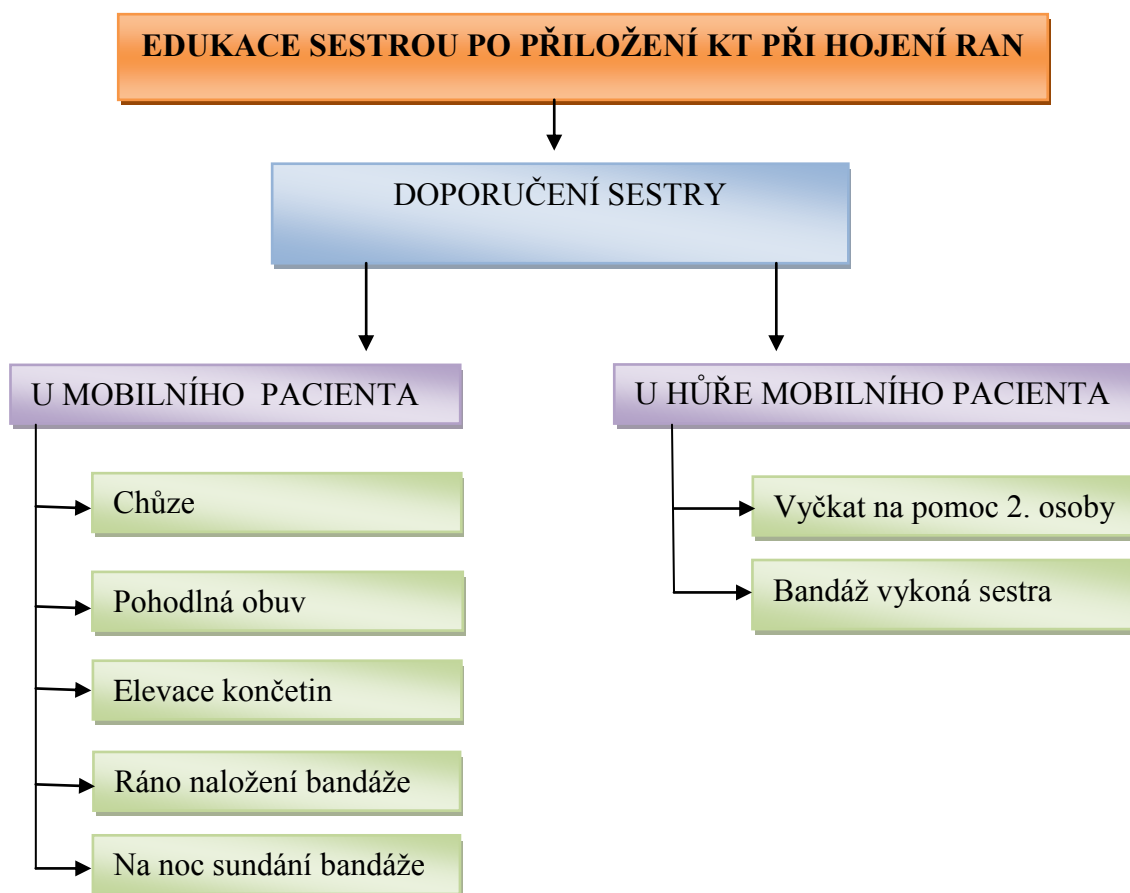
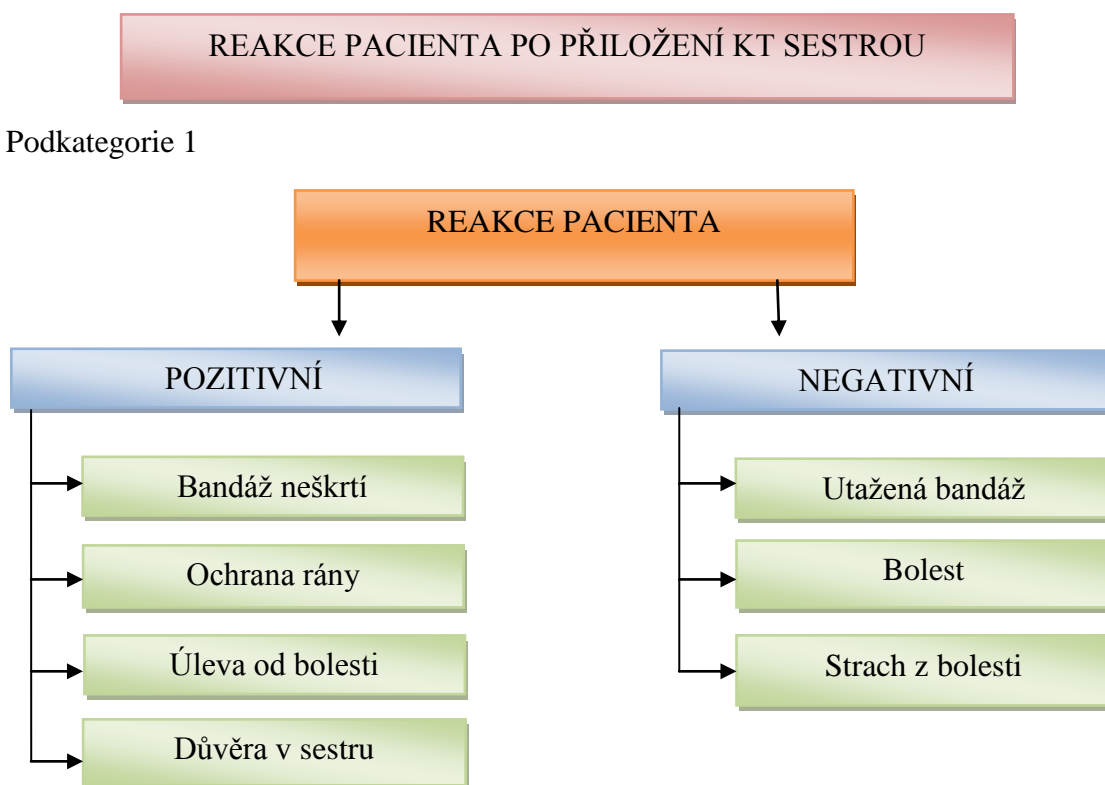
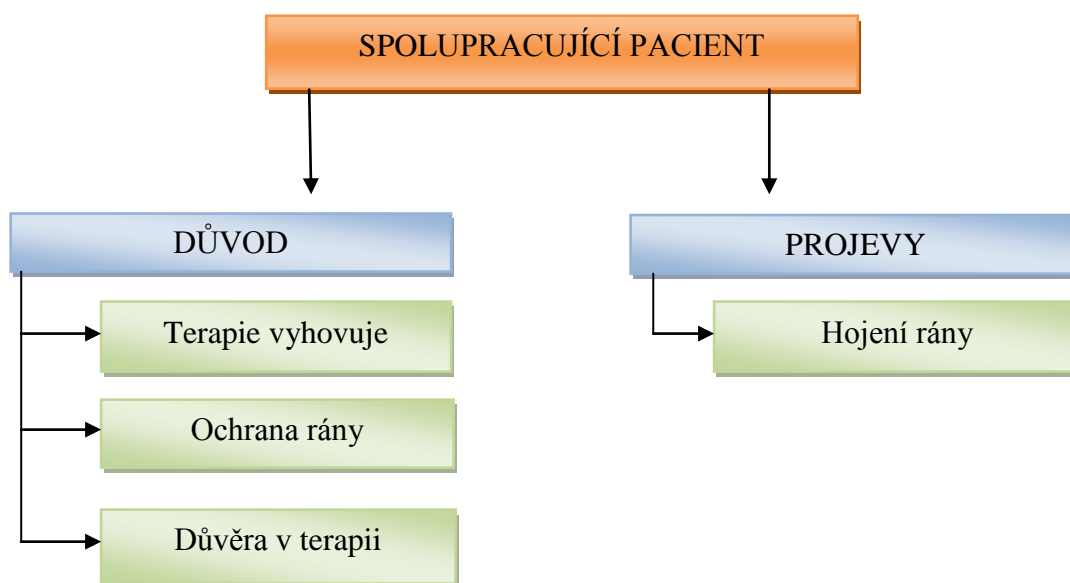


Schéma 2 – Kategorie Reakce pacienta po přiložení KT sestrou



Podkategorie 2



Podkategorie 3

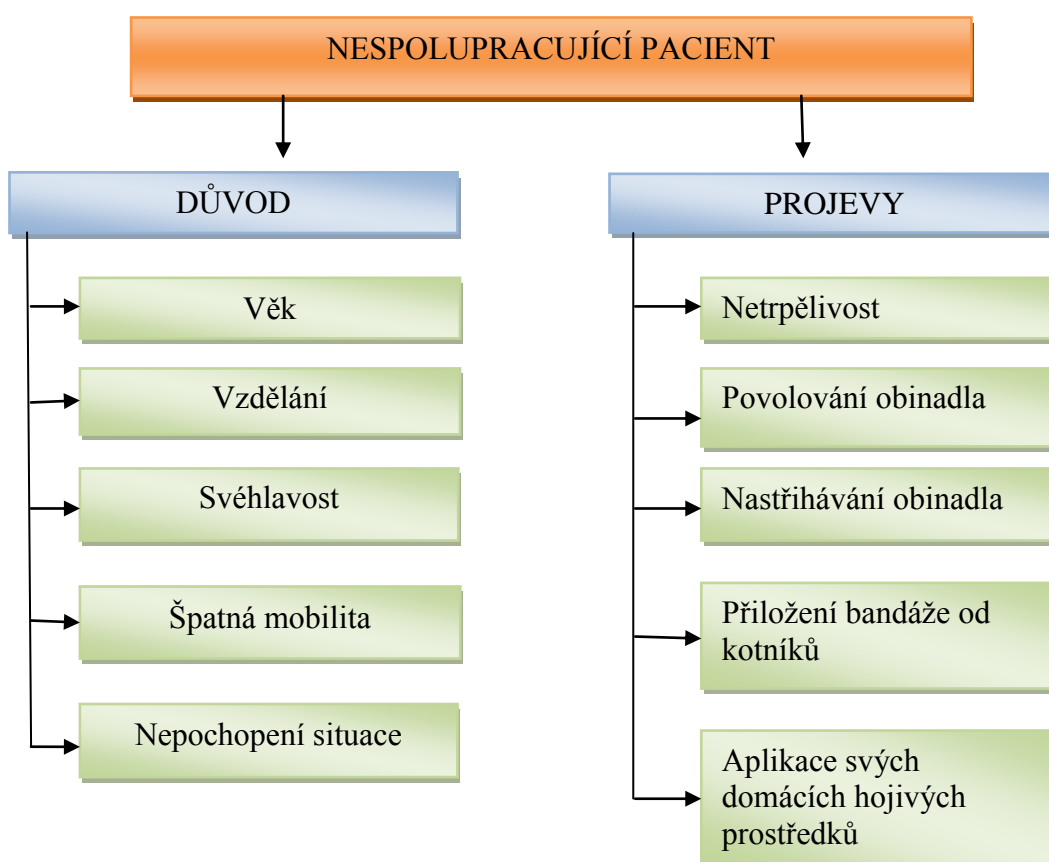


Schéma 3 – Materiály na léčbu ran

Podkategorie 1

MATERIÁLY PRO LÉČBU RAN

Podkategorie 1



Podkategorie 2

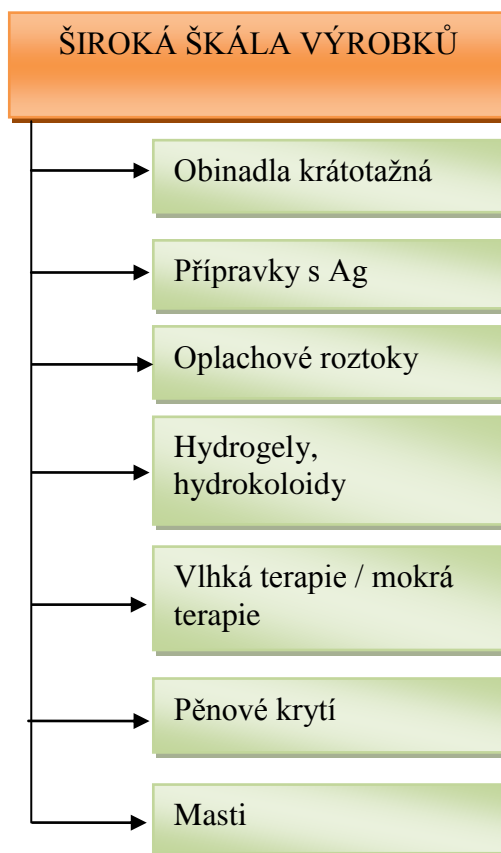


Schéma 4 – Technika ošetřování rány

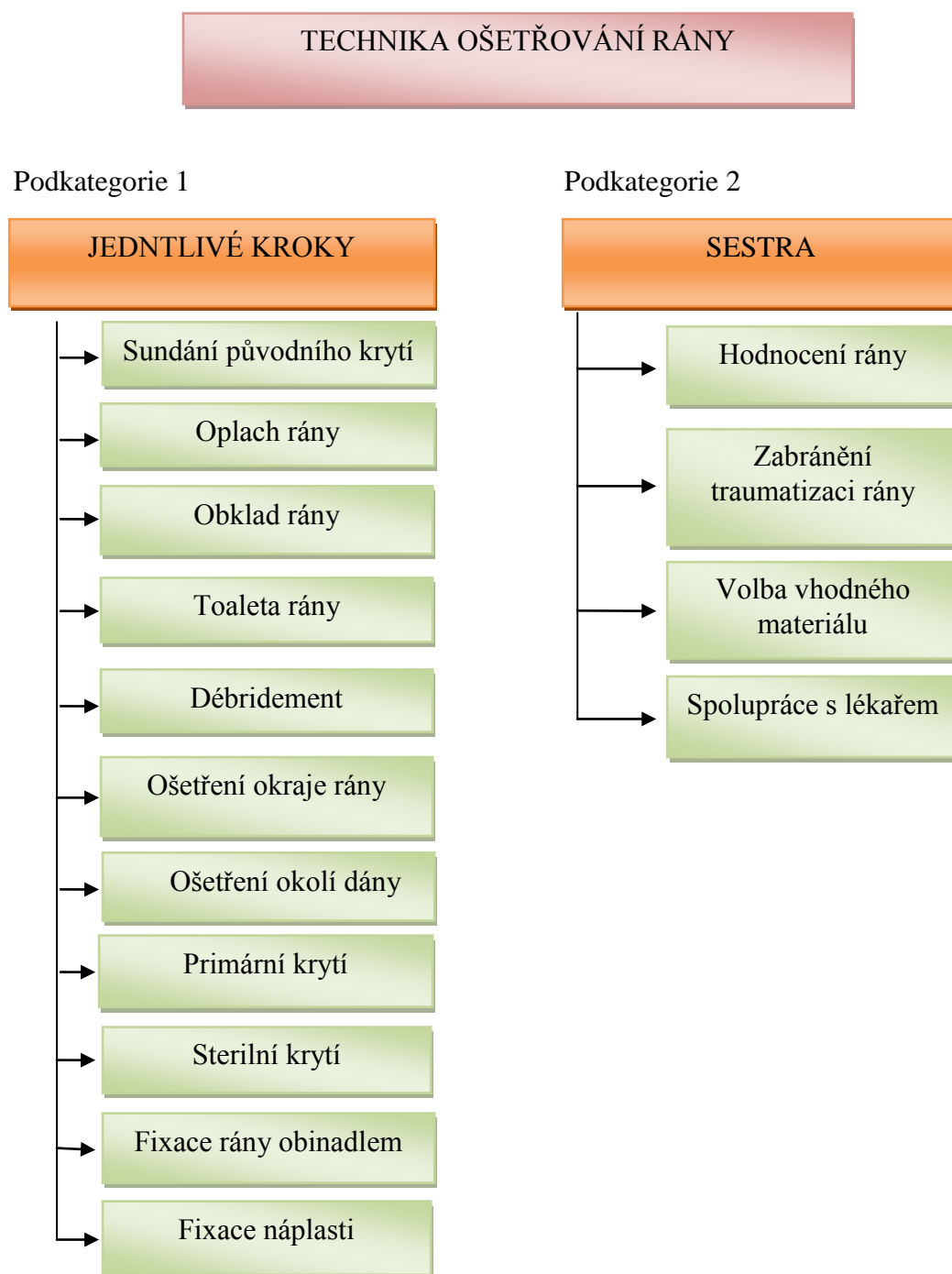
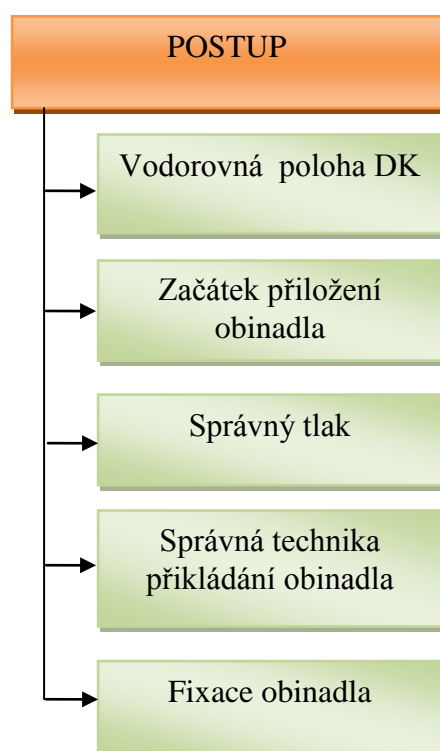


Schéma 5 – Technika přikládání kompresivní terapie sestrou

TECHNIKA PŘIKLÁDÁNÍ KOMPRESIVNÍ TERAPIE SESTROU

Podkategorie 1



Podkategorie 2

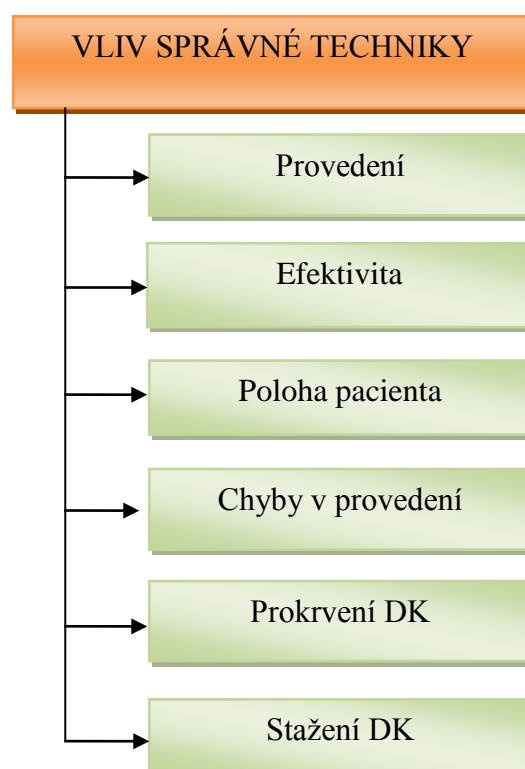


Schéma 6 – Vliv kompresivní terapie na hojení rány

VLIV KOMPRESIVNÍ TERAPIE NA HOJENÍ RÁNY

Podkategorie 1



Schéma 7 – Názor sester na kompresivní terapii při hojení ran

NÁZOR SESTER NA KT PŘI HOJENÍ RAN

Podkategorie 1

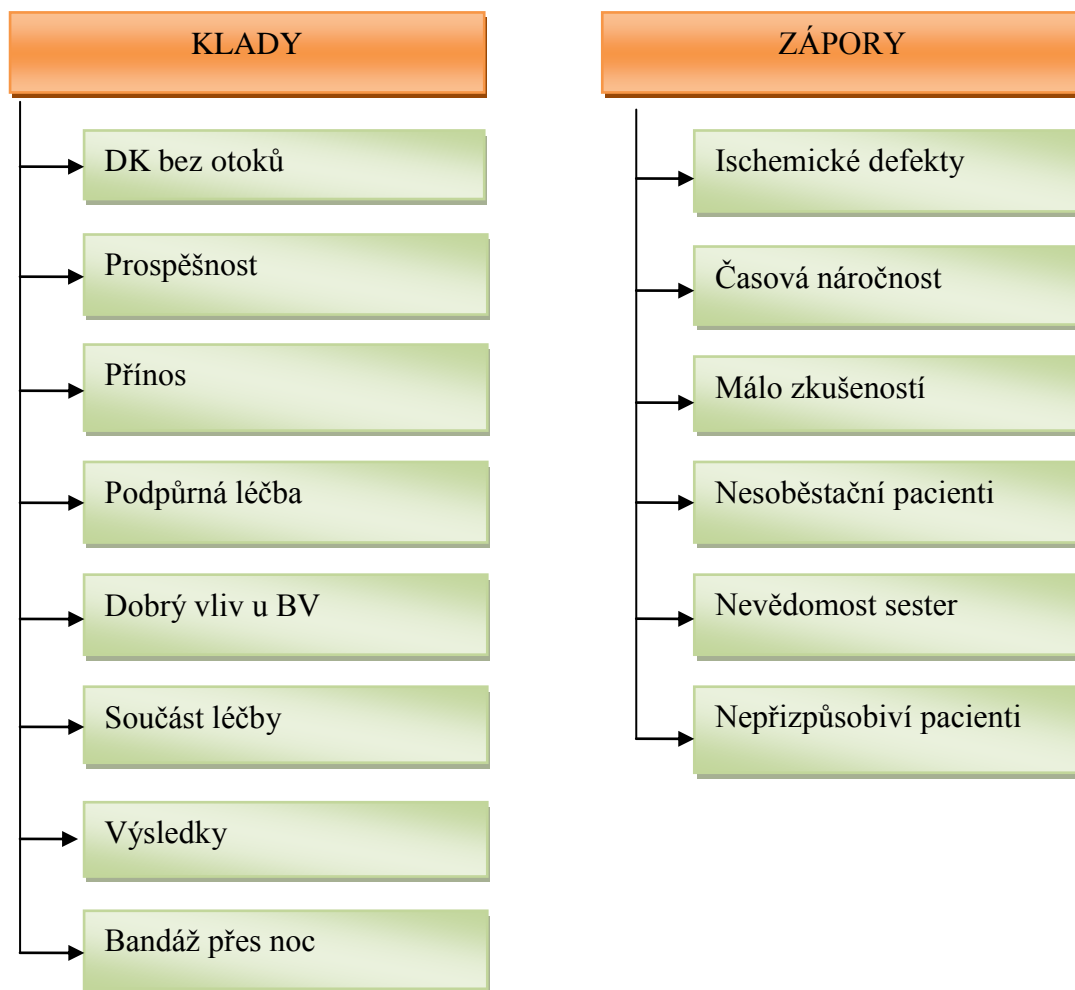
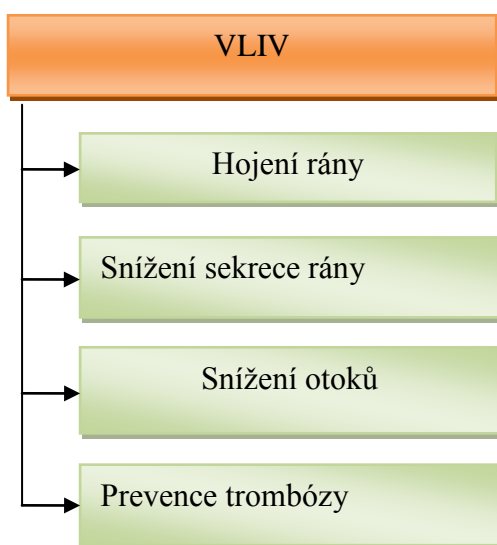


Schéma 8 – Znalost pacienta důvodu provádění kompresivní terapie při hojení ran

ZNALOST PACIENTA DŮVODU PROVÁDĚNÍ KT PŘI HOJENÍ RAN

Podkategorie 1



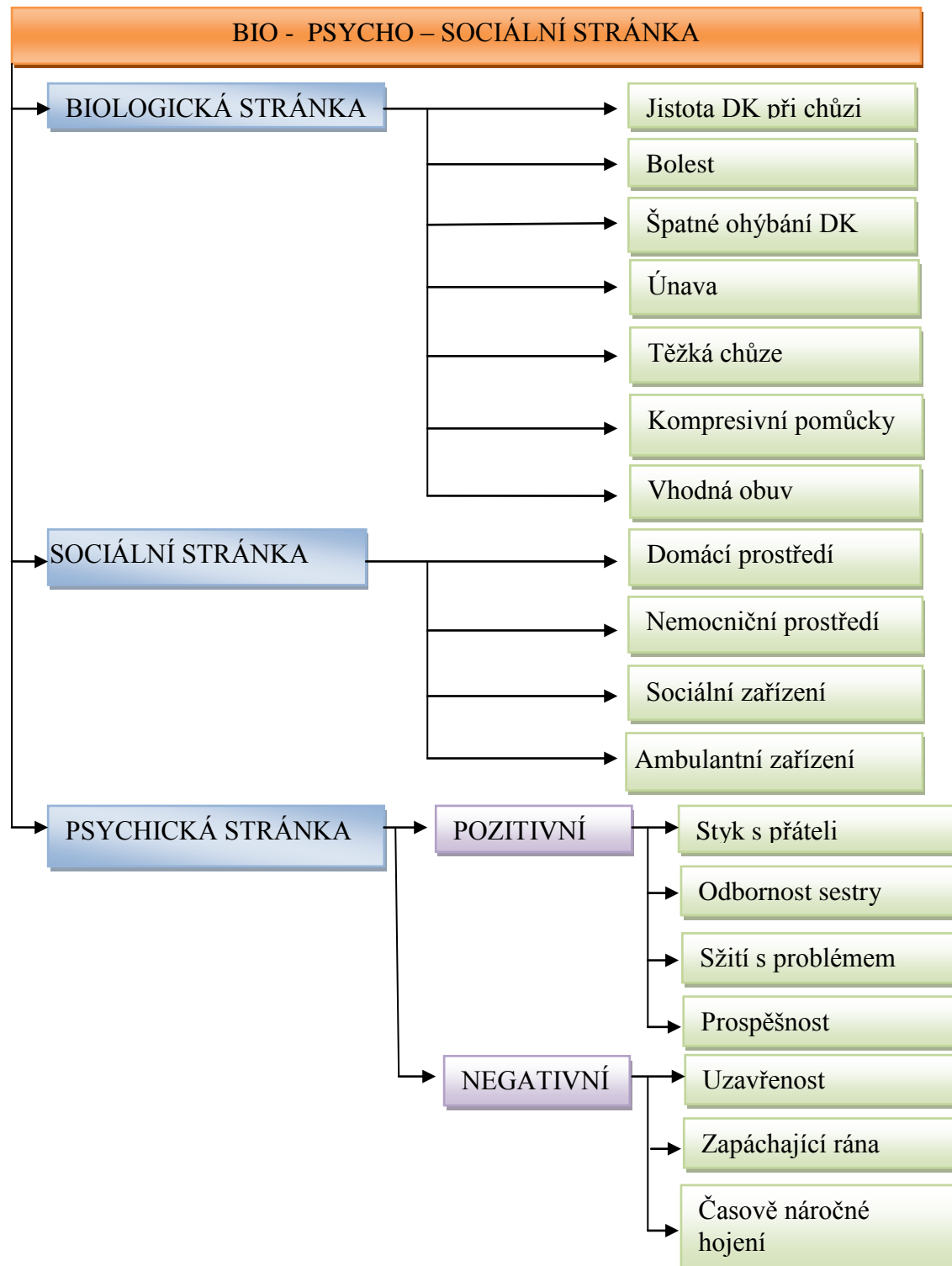
Podkategorie 2



Schéma 9 – Vliv kompresivní terapie na kvalitu života pacienta

VLIV KOMPRESIVNÍ TERAPIE NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTA

Podkategorie 1



Podkategorie 2

