

MATERIÁLY POUŽÍVANÉ K OŠETŘENÍ BÉRCOVÝCH VŘEDŮ V KOŽNÍ AMBULANCI

Hana Tomisová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana TOMISOVÁ**
Osobní číslo: **H09033**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Materiály používané k ošetřování bércových vředů
v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat historický vznik a provoz kožní ambulance KNTB, a. s. ve Zlíně.
V praktické části se kvalitativním výzkumem metodou kazuistik zaměřit na sledování,
posouzení a vyhodnocení účinku moderního a klasického krytí v hojení bércových vředů.
V empirické části dotazníkovým šetřením zmapovat problematiku používání moderní
terapie při ošetřování bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně a zjistit
ochotu pacientů finančně se podílet na léčbě bércových vředů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2682-3.

POSPÍŠILOVÁ, Alena, 2001. Léčba chronických ran. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-348-1.

STRYJA, Jan, 2008. Repetitorium hojení ran. Geum. ISBN 978-80-86256-60-3.

STRYJA, Jan, 2011. Repetitorium hojení ran 2. Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Konzultant: **Mgr. Pavla Kudlová, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 14.3.2012

.....
Talich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou používání materiálů k ošetření bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně. Je tvořena teoretickou a praktickou částí. V teoretické části je popsán historický vznik a provoz kožní ambulance Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně (dále KNTB, a. s.) a používání materiálů k lokálnímu ošetření ran na kožním oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně. Praktická část je tvořena výzkumem, který byl koncipován jako kvantitativní s využitím kvalitativní metody rozboru kazuistiky a rozboru dokumentů. Je zde zjišťován účinek klasického krytí a moderního krytí na jednotlivé fáze hojení bércových vředů. Dále u klientů, kteří navštěvují kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně, zjišťujeme dotazníkovým šetřením, jaké materiály se používají k lokálnímu ošetření bércových vředů v této ambulanci a zda jsou klienti ochotni se finančně podílet na komplexní léčbě bércového vředu.

Klíčová slova: Zlín, kožní ambulance, historie, bércový vřed, krytí, moderní, klasické, pacient, finanční zapojení, kazuistika, dotazník

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the issue of use of the materials for the treatment of lower leg ulcers in the skin clinic in regional hospital in Zlin. It is composed of theoretical and practical parts. The theoretical part describes the history, creation and operation of the skin clinic in regional Hospital in Zlin and use of materials for local treatment of wounds. The practical part consists of research, which was conceived as a quantitative with utilization of qualitative method of analysis of casuistry and analysis of the documents. There is tested the effect of modern and classic dressing in various stages of healing of lower leg ulcer and is conducted research by questionnaire survey to find out what materials are used for local treatment of leg ulcers in the skin clinic and whether the clients are willing to be financially involved in the complex treatment of lower leg ulcer.

Keywords: Zlin, skin clinic, history, lower leg ulcer, modern dressing, classic dressing, patient, financial involvement, casuistry, questionnaire

Poděkování:

Děkuji Mgr. Bc. Pavle Kudlové, PhD., za odborné konzultace, cenné rady a připomínky při vypracování bakalářské práce. Děkuji Všem členům kolektivu kožního oddělení v KNTB,a. s. ve Zlíně za pomoc a podporu po celou dobu studia. Především chci poděkovat manželovi a mé rodině za trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

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

Ve Zlíně 14. 5. 2012

Hana Tomisová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORICKÝ VZNIK KOŽNÍHO ODDĚLENÍ, KOŽNÍ AMBULANCE A SOUDOBÉ POUŽÍVÁNÍ MATERIÁLŮ K LOKÁLNÍMU OŠETŘENÍ BÉRICOVÝCH VŘEDŮ	12
1.1 REALIZACE VZNIKU SAMOSTATNÉ KOŽNÍ AMBULANCE	13
1.2 KLASICKÉ KRYCÍ MATERIÁLY K OŠETŘOVÁNÍ BÉRICOVÝCH VŘEDŮ	16
1.3 SOUČASNÉ POUŽÍVÁNÍ KRYCÍCH MATERIÁLŮ K LÉČBĚ BÉRICOVÉHO VŘEDU	21
II PRAKTICKÁ ČÁST	24
2 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	25
2.1 METODIKA	25
2.2 METODY.....	25
2.2.1 Metody sběru dat.....	25
2.2.2 Technika studia dokumentů	27
2.2.3 Soubor respondentů.....	27
2.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	28
3 ZPRACOVÁNÍ DAT, STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ	29
3.1 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ, ANALÝZA VÝSLEDKŮ	29
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	30
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	51
5.1 KAZUISTIKA Č. 1	51
5.2 KAZUISTIKA Č. 2	55
5.3 ANALÝZA	61
5.4 NÁKLADY NA LÉČBU DEFektu KAZUISTIKY Č. 1 A KAZUISTIKY Č. 2 V PRŮBĚHU 1. HOSPITALIZACE NA KOŽNÍM ODDĚLENÍ.	63
5.5 ZÁVĚR KAZUISTIK	65
6 DISKUZE	67
7 ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Problematikou kožních chorob a chronických ran jsem se začala zabývat již po absolvování Střední zdravotnické školy v roce 1985. Netušila jsem, že chronické rány (bércové vředy) mě budou provázet celým mým profesním životem. Kožní oddělení ve zlínské nemocnici vzniklo 1. 11. 1952, v letošním roce (2012) si tedy budeme připomínat výročí šedesáti let od jeho založení. V době vzniku a ještě mnoho let poté byla k hojení bércových vředů výhradně používána klasická metoda, tedy magistralites. Za poslední léta můžeme pozorovat velký rozvoj a zájem o hojení chronických ran. Klasická léčba ustupuje do pozadí a vzniká velký počet kurzů i certifikovaných, kde se nelékařský zdravotnický personál seznamuje s komplexní problematikou hojení chronických ran, tedy i bércových vředů. I když v současnosti všeobecná sestra nemá ze zákona kompetence ordinovat jakékoliv krytí na ránu, ale podle vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jen hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, je nutné při ošetřování tímto krytím znát jeho kategorizaci, vlastnosti, účinek, správnost aplikace v jednotlivých fázích hojení a samozřejmě správně edukovat pacienta k samostatnému ošetření bércového vředu v domácí péči. Vzhledem k mému dlouholetému ošetřování bércových vředů klasickou metodou, ale i moderním krytím na kožním oddělení jsem se v bakalářské práci zaměřila v praktické části na zjištění, jaký je rozdíl účinku klasického krytí a moderního krytí na jednotlivé fáze hojení bércových vředů a jaké materiály používají k ošetření bércového vředu lékaři v kožní ambulanci vybraného pracoviště. S používáním moderního krytí a samotného ošetření bércového vředu pacienty musíme vyslovit i otázku, zda jsou pacienti ochotni se finančně podílet na léčbě bércových vředů? Ke zjištění odpovědí bylo použito dotazníkové šetření, u pacientů zaregistrovaných v kožní ambulanci Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VZNIK KOŽNÍHO ODDĚLENÍ, KOŽNÍ AMBULANCE A SOUDOBÉ POUŽÍVÁNÍ MATERIÁLŮ K LOKÁLNÍMU OŠETŘENÍ BÉRCOVÝC VŘEDŮ

Do roku 1952 byla ve spádové oblasti Zlínska v oboru dermatovenerologie zajišťována zdravotní péče pouze ambulantně mimo prostory nemocnice. S nárůstem kožních chorob se tato péče stává nedostačující a dne 1. 11. 1952 byla ambulantní péče rozšířena o péči lůžkovou na 3. pavilonu nemocnice. Oddělení bylo umístěno do prostor, které dříve sloužily internímu oddělení. Budova byla převzata v původním stavu, bez úprav. Historicky prvním primářem kožního oddělení se stává MUDr. Velimír Macharáček, příslušník československé zahraniční armády a britské armády v letech 2. světové války. Primář Macharáček byl studentem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, Univerzity v Birminghamu v letech 1941-1943 a Univerzity v Oxfordu, kde promoval 27. 2. 1943. Působil jako vojenský lékař v hodnosti plukovníka v nemocnici v Bangladéši v r. 1944, na jaře v r. 1945 v západoafrické polní ambulanci v Chittagongu. Získal za svou činnost britská vyznamenání Defence Medal, War Medal, Burma Star a The 1939—1945 Star. Po ukončení války a návratu do vlasti byl MUDr. Velimír Macharáček zařazen jako kapitán zdravotnictva do zálohy. Pracoval na kožní klinice v Brně a od roku 1949 v Baťově nemocnici ve Zlíně (*Encyklopedie města Brna, 2012, online*). Zde se stává v roce 1952 primářem kožního oddělení. V omezených prostorách pavilonu zavedl na 28 lůžkách moderní systém péče nejen o pohlavní choroby, ale i o zvyšující se počet chorob z povolání v tehdy průmyslově rozvíjející se aglomeraci. V řízení primariátu byla znát jeho vojenská minulost. Primář MUDr. Velimír Macharáček byl přísným nadřízeným, který vyžadoval disciplínu, téměř vojenskou nejen od svých podřízených, které si velmi pečlivě vybíral, ale i od hospitalizovaných pacientů. Jak uvádí Tomisová (2011, s. 3) ze vzpomínek dlouholeté vrchní sestry kožního oddělení paní Marie Kojecké, porušení domácího a léčebného řádu, zvláště byl-li pacient přistižen při porušení diety, konzumaci alkoholu nebo kouření se trestalo okamžitým ukončením hospitalizace. Primář Macharáček byl náročným nadřízeným, ale dovedl být i uznalý a spravedlivý. V roce 1980 bylo kožní oddělení rozšířeno o dalších 28 lůžek. K dispozici byl předán sousedící 2. pavilon, který původně sloužil chirurgickému oddělení, později gynekologickému. Od září roku 1980 je celková kapacita kožního oddělení 56 lůžek, rozdělena na oddělení ženské a mužské. Jsou zde hospitalizováni pacienti s pohlavními chorobami, infekčními a parazitárními kožními nemocemi, dermatitidami, lupenkami a léčba se zaměřuje i na chronické rány tedy bércové vředy různé etiologie.



Obr. č. 1 Primář MUDr. V. Macharáček (vpravo) se spolupracovníky

Po odchodu primáře MUDr. Macharáčka v roce 1982 přebírá oddělení primář MUDr. Jan Šternberský CSc., (řídící oddělení dosud) stále bez ambulantní části a v původních Baťových pavilonech z třicátých let. Začátkem devadesátých let se ambulantní vyšetření provádělo v improvizovaných prostorách lůžkové části kožního oddělení, kdy se jeden z větších pokojů přeměnil na ambulanci.

1.1 Realizace vzniku samostatné kožní ambulance

Myšlenka zřízení samostatné ambulantní části se podařila realizovat v roce 1995, kdy v srpnu téhož roku byla zavedena moderní ambulantní péče s fototerapií a denním stacionářem na sousedícím 2. pavilonu. Lůžková kapacita oddělení se snížila na 29 lůžek. Provoz ambulantní části byl zajišťován dvěma kožními lékaři a jednou všeobecnou sestrou. Kožní oddělení ve Zlíně patří mezi první pracoviště v ČR, v nichž byl zaveden v ambulantní části provoz denního stacionáře. Ve dvousměnném provozu částečně nahrazuje hospitalizační péči o pacienty s lupenkou a poskytuje od svého vzniku i přístrojovou (pneumatickou)



Obr. č. 2 Kožní ambulance – 2. pavilon

kompresní terapii, která je indikována i u pacientů s bércovými vředy žilního původu. V ambulantní části kožního oddělení jsou ošetřováni pacienti registrovaní v této ambulanci, pacienti přicházející sami s akutními problémy a také je zde poskytována konsiliární činnost pro oddělení celé nemocnice. Kožní ambulanci začali navštěvovat i pacienti ze vzdálených míst kraje a jejich počet stále narůstal. Prostory ambulance a celkový stav budovy se stává nevyhovujícím, proto v roce 2008 prošel 2. pavilon celkovou rekonstrukcí a vznikl moderní komplex s prostornou čekárnou s registrací, třemi ambulancemi, samostatným převazovým sálkem pro ošetřování chronických ran, místností pro provádění manuálních lymfodrenáží, jsou zde i prostory, kde jsou umístěny tři přístroje poskytující přístrojovou presoterapii.



Obr. č. 3 Kožní ambulance - čekárna

K diagnostice pigmentových nádorových onemocnění kůže je k dispozici moderní počítačový dermatoskop. Kožní ambulance Krajské nemocnice Tomáše Bati se již tradičně připojuje k **Evropskému dni melanomu** pořádaného každoročně v květnu. V roce 2011 bylo v tento den ošetřeno 90 pacientů, kteří využili této příležitosti. V letošním roce (2012) vyšetření podstoupilo již 116 pacientů. V ambulantním sektoru se provádí i konsiliární činnost. Pacientům jsou k dispozici dva kožní lékaři. Jedenkrát týdně provádí primář oddělení konsilia u pacientů, které odesílají ke konzultaci privátní kožní lékaři. Jednou za čtrnáct dnů se v kožní ambulanci schází onkodermatologická poradna. Tým je složen z dermatologa, onkologa a plastického chirurga, který diagnostikuje kožní nádory pro nemocné z celého zlínského kraje. Konsilium na místě vyhodnotí zdravotní problém, diagnostikuje jej a ihned stanoví další léčebný postup.



Obr. č. 4 Počítačový dermatoskop

Pacienti s kožními problémy mají možnost navštívit tyto ambulance:

- všeobecnou
- dětskou
- ambulanci pro vitiligo a alopecii
- lymfologickou
- venerologickou
- onkodermatologickou.

V roce 2011 bylo v kožní ambulanci Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně ošetřeno **13 686** pacientů. S diagnózou ulcus cruris bylo registrováno **255** pacientů, z toho je 146 žen a 109 mužů. Pacienti s bércovými vředy navštěvují převážně všeobecnou ambulanci. K vyšetření, eventuálně ke kontrole jsou pacienti objednávaní. Tento způsob se nejvíce

osvědčil, protože se tak eliminovala dlouhá čekací doba na ošetření. Vyšetření lékařem a samotné ošetření pacientů probíhá v převazovém sálku pro ošetření chronických ran, kde má sestra k dispozici veškeré pomůcky, krytí a dokumentaci k převazu bércových vředů. Po očištění rány, lékař defekt zhodnotí, pokud je nutné provede debridement exkochleační lžičkou a naordinuje krytí. V případě potřeby jsou provedeny laboratorní vyšetření krve, popřípadě objednány vyšetření na jiných pracovištích. Sestra ránu ošetří dle ordinace lékaře a zaznamená zhodnocení a ordinaci lékaře do dokumentace rány. Po ošetření je pacient edukován dle ošetrovatelského standardu 108A, dále je pacient vybaven recepty a je domluven následný termín návštěvy lékaře. V současnosti je při léčbě bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně využívána především metoda vlhkého hojení ran, ale není zavrhována ani léčba klasickými krycími materiály, které daly základ vzniku modernímu krytí. Pokud se podíváme do minulosti, zjistíme, že některé krycí materiály jsou z dnešního pohledu zcela nevhodné, ale podstata léčby byla stejná, tzn. nejdříve spodinu rány zbavit nekróz, vyčistit, navodit granulaci a posléze navodit epitelizaci rány.

1.2 Klasické krycí materiály k ošetřování bércových vředů

V šedesátých a sedmdesátých letech je léčba bércových vředů řešena klasickou metodou tzn. masti, pasty, různé dezinfekční roztoky, barevné tinktury. Horáček a kol. (1972, s. 152) uvádí, že nekrotickou spodinu vředu vyčistíme obklady (Rp. Calcaria chloratae (s. chloramini B) 5,0 - Spir. Camphorati 15,0 - Sorbimacrogoli 300 5,0 - Aq. destill. Ad 1 000,0), koupáním vředu ve zředěném roztoku hypermanganu, aplikací Trypsinu (SPOFA) 2–3× denně. Pokud se spodina vyčistí, stačí střídat 1× za 3–4 dny borovou vaselinu (Rp. Acidi borici 5,0 - Vaselini flavi- Syndermani aa ad 100,0). Jestliže nastane epitelizace, aplikujeme mast UC VII (Rp. Hydrargyri oxidati flavi 2,0 - Balsami peruviani 6,0 - Carbonis adsorbentis 14,0 - Zinci oxydati 30,0 – Vaselini flavi ad 100,0). Pokud pacienti dodržují klid na lůžku, většina defektů se podaří takto vyhojit. Dále Horáček a kol. (1972, s. 152–153) napsali, že atonickou spodinu lze přinutit ke granulaci vytřením 10% roztokem dusičnanu stříbrného a přiložením proužků hydrofilní gázy, napuštěnými 10% mastí žlutého precipitátu (Ung. Majewski) a ponecháním tohoto krytí 4 dny. Dobré účinky má i vytření spodiny roztokem dusičnanu stříbrného a vyplněním dutiny směsí peruánského balzámu a práškového adsorpčního uhlí. Ze vzpomínek vrchní sestry Kojecké, jak zmiňuje Tomisová (2011, s. 4) vyplývá, že k hojení defektů se nejvíce na kožním oddělení používaly klasické masti a pasty, např. Černá mast, Furantoin pasta, Tetracyklinová pasta, Chloramphenicolová pasta, Flegmotom mast, Rivanolová pasta, UC VII, Mikulicz černý, Bo-

rová vaselina, Borargentová mast a k oplachům nebo jako obložky se používaly roztoky Jodonalu, Rivanolu, Borové vody, Jarische. Další používaná metoda k hojení bércových vředů v 70–80. letech minulého století k ošetření defektů byla metoda „páska s houbičkou“. Horáček a kol. (1972, s. 155–156) popisuje přiložení pásek na spodinu vředu, kdy po potření vyčištěné spodiny s nízkými okraji 2% roztokem methylvioleti ve zředěném alkoholu se přelepil defekt 1cm širokými páskami leukoplastu ze zdravé kůže přes ránu na protější stranu. Pásky se aplikovaly v odstupu 2mm a překryly sekundárním krytím. Pokud byl v blízkosti defektu reflux, stlačil se gumovou houbičkou podloženou mulovým čtvercem. Ošetření se ukončilo přiložením elastického obvazu. Převoz se prováděl 1× za 4 dny.



Obr. č. 1 Přiložení pásek na spodinu vředu

Z dnešního pohledu léčby chronických ran je zajímavá metoda ambulantní léčby přiložení „zinkoklihového obvazu.“ Indikací k této metodě byly dle Horáčka a kol. (1972, s. 153–154) stavy po flebitidách, zhojení defektů nebo podezření na arteficiální vznik defektů. Důležitou podmínkou byla zachování hlubokého žilního systému. V zimním období se mohl zinkoklihový obvaz ponechat na dolní končetině i 3–4 týdny. Aplikace spočívala v nátěru zinkoklihu (ve vodní lázni zkapalnil) na určenou dolní končetinu. Přiložení zinkoklihového obvazu vyžadovala zručnost sestry, která jej aplikovala. Nejdříve bylo nutné bérec vypudrovat indiferentním zásypem a přiložit jednu vrstvu mulového obinadla. Takto připravený bérec se širokým štětcem se natřel zkapalněným zinkoklihem. Natřená vrstva rychle tuhne, proto je nutné rychle přiložit další vrstvu mulového obinadla, které nesmíme křížit, ale je-li potřeba přestříhneme a začínáme další túru. Opakovaně 4×–5× přikládáme

střídavě teplý zinkoklih a mulové obinadlo. Po poslední aplikaci mulového obinadla a ztuhnutí zinkoklihu vypudrujeme bérec indiferentním zásypem. Chůze s přiloženým zinkoklihovým obvazem musela být příjemná, bez bolesti.



Obr. č. 2 Přiložení zinkoklihového obvazu



Obr. č. 3 2. Fáze aplikace zinkoklihového obvazu



Obr. č. 4 Ukončení aplikace zinkoklihového obvazu

Léčebných metod k lokální terapii bércových vředů v sedmdesátých letech bylo mnoho, musely se však správně aplikovat a bylo nutné je individualizovat, jak zdůrazňoval Bielic-
ký (1969, s. 352–355). Dále upozorňoval na omezení používání senzibilujících látek (sul-
fonamidů, antibiotik, peruánského balzámu) při místní terapii bércových vředů. Při infiko-
vané spodině vředu doporučoval vkládat tampony s *calcaria chlorata* nebo s chloraminem a
často spodinu zakapávat těmito roztoky pomocí očního kapátka. Granulační a epitelizační
masti je nutné nanést ve správné vrstvě na mul a vystříhnout stejnou velikost a tvar, jako je
samotný vřed, jinak hrozí macerace a ekzematizace kůže v okolí vředu. S vývojem nových
metod a zaváděním modernějších postupů v medicíně se hledaly i nové materiály
k ošetření chronických ran. Litvik a kol. (2006, s. 19) ve svém sdělení uvedl, že koncem
padesátých let minulého století upozornil Odland na rychlou reepitelizaci pod kožní bulou.
Tuto myšlenku podpořil a rozvinul prof. G. Winter, který v r. 1962 prokázal, že je-li rána
ve vlhkém prostředí, urychluje reepitelizaci (viz Stryja 2008, s. 16). Tímto zjištěním začíná
éra tzv. vlhkého hojení ran a dochází k vývoji moderních krycích materiálů. Tato metoda
vlhkého hojení se začala postupně využívat v 70 letech i na našich odděleních, kde se léči-
ly chronické rány. Horáček a kol. (1972, s. 156–158) popisuje techniku vlhkého obvazu.
Základem je vyčištění vředu a malá sekrece. Okolí rány se musí krýt nejlépe zinkovou pas-
tou. Na spodinu se přiloží vrstva sterilního mulu, nasyceného fyziologickým roztokem,
která se překryje celofánovou fólií. Pod fólií se zastrčí drenážka (využití infusní hadičky) a
vyvede se proximálně po bérci nahoru. Přiložíme sekundární krytí a fixujeme elastickým

obinadlem. Během dne se krytí drenážkou pomocí injekční stříkačky sterilní destilovanou vodou zvlhčuje.



Obr. č. 5 Příprava defektu k aplikaci vlhkého obvazu



Obr. č. 6 Aplikace krytí na defekt



Obr. č. 7 Ukončení přiložení vlhkého obvazu

S postupem času se v 80. letech do praxe zavádí používání moderních krycích materiálů, které jen z části začínají nahrazovat materiály klasické. V jakém množství byly ordinovány, však záleželo na ekonomických možnostech daného oddělení, na erudici lékařů a ochotě využít k léčbě chronických ran nejnovějších poznatků a v neposlední řadě na proškolení a vzdělávání sester, které naordinované moderní krytí správně aplikují. Mezi prvními moderními krycími materiály se začala používat skupina hydrokoloidů. Pospíšilová, Franců (2008, s. 242) uvádí, že součástí hydrokoloidního obvazu jsou ve vnitřní vrstvě hydrokoloidní partikule, které společně s vlhkou ranou vytvoří gelovou hmotu a ideální podmínky pro hojení rány. Jejich využití je u středně a silně secernující rány s čistou spodinou. Při odstraňování hydrokoloidního krytí je charakteristický kyselý zápach. V ráně se mohou materiály ponechat 3–5 dnů. K léčbě bércových vředů se používaly Granuflex, Granuflex pasta, které byly mezi pacienty vyhledávané, v té době moderní krytí, pro jeho snadnou aplikaci a méně bolestivé odstranění ze spodiny vředu. Stále však převládalo používání klasických metod k léčbě bércových vředů, protože moderní krycí materiály ekonomicky zatěžovaly rozpočet oddělení. V současnosti je při léčbě bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně využívána především metoda vlhkého hojení moderním krytím, ale jsou i defekty, u kterých se s úspěchem používá i metoda klasická. Podle Pospíšilové (2008, s. C7) nabízí farmaceutický průmysl široké spektrum nových materiálů k léčení bércových vředů. Při jejich ordinaci je však žádoucí znalost jejich účinku a správné volby v jednotlivých fázích hojení. Stryja et al. (2011, s. 264) rozdělil moderní materiály podle potřeb a cílů lokální léčby na:

- krytí vytvářející stabilní vlhké prostředí podporující hojení rány
- krytí podporující débridement
- terapie infikované a kolonizované rány
- prevence infekce
- ochrana spodiny rány a okolí před macerací
- prevence rozšíření vředu
- krytí do cavit.

1.3 Současné používání krycích materiálů k léčbě bércového vředu

Zjištění, jaké materiály se nejčastěji používají k lokálnímu ošetření bércových vředů v kožní ambulanci, je předmětem empirického výzkumu, s jehož výsledky seznámím v závěru bakalářské práce. Lékař ordinující metodu moderního krytí nebo klasického krytí

k lokálnímu ošetření bércového vředu musí v první řadě správně ránu zhodnotit, určit fázi hojení, příčinu vzniku, respektovat model TIME a mít k pacientovi komplexní přístup, jak se zmiňuje Pospíšilová (2008, s. 14–19), jen tak se může bércový vřed efektivně léčit, dodává. Poté může ordinovat krytí, které považuje dle svých znalostí a zkušeností v dané fázi hojení za nejúčinnější. Jaký je v současné době výběr moderního krytí? Stryja et al. (2011, s. 281–327) uvádí dělení moderního krytí do těchto skupin:

Neadherentní antiseptická krytí- plošná neadherentní krytí s antimikrobiálním účinkem

- Příklad – Atrauman Ag, Bactigras, Ialugen, Inadine, Xeroform

Hydroaktivní krytí se superabsorpčním jádrem – vlhké krytí na granulující, povleklé a nekrotické rány

- Tender Wet, Tender Wet 24 active, Tender Wet aktive cavity, Tender Wet duo

Hydrobalanční krytí – hydrobalanční krytí jsou schopna regulovat absorpci nadbytečného sekretu a zajistit hydrataci rány

- Suprasorb X, Suprasorb PHNB

Hydrokoloidy – primární krytí na rány okluzivního typu, nejstarší obvazy „vlhké terapie“

- Granuflex, Granuflex bordered, Granuflex signal, Comfeel plus hydrokoloidní krytí s alginátem, Comfeel ulcer dressing, Suprasorb H, Askina Hydro, Tegatorb hydrokoloidní krytí

Hydrokoloidy v gelu a pastě – primární krytí na plošné i hluboké rány a kavity

- Granuflex pasta, Flamigel, Flaminal, Flaminal – Hydro, Comfeel pasta

Hydrofiber – jemné netkané krytí do rány a do kavit

- Aquacel, Aquacel Ag, Aquacel Ag Surgical, Aquacel Surgical, Versiva XC

Hydrogelové krytí – gelové krytí na rány různého složení

- Granugel hydrokoloidní gel, Hypergel, Normlgel, Nu-gel hydrogel s alginátem, Suprasorb G, Tegaderm hydrogelové krytí, Prontosan gel, Askina gel, Hydrosorb gel, DebriEcasan aquagel

Krytí obsahující hyaluronovou kyselinu

- Hyiodine, Bionect tylové polštářky, Bionect krém, Ialugen Plus krém, Ialuge

Krytí s obsahem kolagenu – biokompatibilní krytí podporující hojení rány

- Catrix prášek, Suprasorb C, Promogran, Hypro – S

Krytí s obsahem chitosanu – primární savé krytí na silně erudující nebo kriticky kolonizované rány

- Chitoskin

Bioaktivní krytí s obsahem celulózy – vstřebatelné biokompatibilní krytí na středně a silně secernující rány upravující prostředí na spodině rány

- Promogran, Promogran Prisma, Traumacel Biodress, Traumacel Biodress Desinfect, Traumacel gel, Veloderm

Neadherentní mřížky na rány – primární neadherentní krytí na rány, sítě z tkaných i netkaných materiálů, dobře přizpůsobivé povrchu rány, vhodné k ochraně granulační tkáně a epitelu

- Mepitel, Mepitel One, Askina Silnet, , Adaptic, Atrauman, Grassolind, Jelonet, Cuticell, Bionect

Neadherentní pěnová krytí – primární/sekundární polopropustná neadherentní krytí z polyuretanu s vysokou absorpční schopností

- Tielle, Tielle Xtra, Comfeel Biatain, Allevyn lite, Allevyn cavity, Curafoam, Permafoam, Permafoam Comfort, Suprasorb P, Askina Transorbent

Polyuretanové pěny se silikonem - primární/sekundární polopropustná neadherentní krytí z polyuretanu s vrstvou silikonu na povrchu

- Mepilex, Mepilex Border, Mepilex Ag, Cutimed Siltec

Alginátová krytí – sterilní, měkké, netkané krytí na rány, neokluzivní, neadhezivní, vlhkost udržující absorpční krytí

- Kaltostat, Suprasorb A, Sorbalgon, SeaSorb, Melgisorb, Askina Sorb, Curasorb

Algináty s doplňky – sterilní, netkaná krytí na rány s obsahem alginátu a stříbra

- Silvercel, Melgisorb Ag

Krytí s aktivním uhlím a stříbrem – kontaktní baktericidní krytí na rány absorbující toxiny a zápach na aktivní povrch uhlí – Actisorb Plus, Actisorb 220, Vliwaktiv Ag

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- 1) Na 2 kazuistikách sledovat, posoudit a vyhodnotit účinek moderního a klasického krytí v jednotlivých fázích hojení bércového vředu různé etiologie.
- 2) Zjistit, zda jsou pacienti kožní ambulance KNTB, a. s. ve Zlíně ochotni se finančně podílet na komplexní léčbě bércových vředů.
- 3) Zjistit, jaké materiály se nejčastěji používají k lokálnímu ošetření bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně.

2.1 Metodika

Výzkum byl koncipován jako kvantitativní s využitím kvalitativní metody rozboru kazuistiky a techniky studia dokumentů.

2.2 Metody

2.2.1 Metody sběru dat

Dotazník - „je metoda získávání empirických informací, založená na nepřímém tážení se respondentů, s použitím dopředu formulovaných písemných otázek“ (Žiaková a kol., 2009 s. 130). Pro tuto bakalářskou práci byl sestaven **polostrukurovaný** dotazník, který obsahuje polouzavřené nebo otevřené položky.

- a) Tento dotazník obsahuje tyto části: kontaktně motivační úvod, pokyny, jak dotazník vyplnit, výzkumné položky a tzv. kategorizační položky, které obsahují demografické údaje o respondentech. Dotazník obsahuje 16 výzkumných položek a 2 položky kategorizační (příloha č. I).

Cílem dotazníkového šetření bylo získat data pro splnění cíle č. 2:

Položka č. 11 - Jste ochotni si připlatit na moderní prostředky, materiály, léky pokud je již vyčerpán limit hrazený zdravotní pojišťovnou?

Položka č. 12 - Pokud **ano**, zatrhněte, za které prostředky, byste byli ochotni připlatit.

Položka č. 13 - Do jaké výše jste ochotni si připlatit na tzv. sekundární obvazový materiál? (mulová obinadla, čtverce, sací materiál)

Položka č. 14 – Do jaké výše jste ochotni si připlácet na moderní krycí materiál?

Položka č. 18 – Pokud nejste ochotni připlácet si na léčbu bércového vředu, uveďte důvody.

Data ke splnění cíle č. 3:

Položka č. 6 – Uved'te (zatrhněte) 2 roztoky, které byly nejčastěji používány k vyčištění nebo obkladování Vašeho bércového vředu v naší kožní ambulanci.

Položka č. 7 – Uved'te (zatrhněte) 3 materiály, které byly nejčastěji používány při ošetření vašeho bércového vředu v naší ambulanci.

Položka č. 8 – Uved'te (zatrhněte) nejčastější sekundární (povrchové krytí) k zakrytí Vašeho bércového vředu.

Kategorizační položky z dotazníku jsou tyto:

Položka č. 1 - Pohlaví

Položka č. 2- Věk

- b) **Rozhovor** - nestandardizovaný (polostrukturovaný) rozhovor se používá, když chceme odhalit situaci jednotlivého respondenta. V tomto případě byl veden se dvěma pacienty, kteří se léčí s bércovými vředy, za účelem doplnění informací, které byly zpracovány ve formě dvou kazuistik. Odpovědi byly průběžně při samotném rozhovoru s pacientem písemně zaznamenány a po skončení rozhovoru přepsány.

- c) **Pozorování** přímé, zjevné, výběrové bylo použito za účelem zjištění účinku moderního a klasického krytí na spodinu rány v jednotlivých fázích hojení. Byla pozorována chronická rána zvolených respondentů, její reakce na přiložení moderního nebo klasického krytí. Vyhodnocení pozorování bylo zaznamenáno na základě zestudování dvou dokumentů: dokumentace rány – ošetřování ran a ošetřovatelského standardu č. 108 – Ošetřování a převaz rány (používané v KNTB, a. s. ve Zlíně). Dále, byla pozorována i reakce respondenta, jeho snášenlivost krycího materiálu eventuelně bolestivost při přiložení krytí nebo po celou dobu aplikace krytí. Toto pozorování bylo prováděno při převazech bércového vředu u obou respondentů vybraných pro kazuistiky v době hospitalizace na kožním oddělení. Po propuštění do domácí péče se pozorování provádělo při převazech v kožní ambulanci. Pozorování tedy probíhalo v určitých časo-

vých intervalech daných ordinací krycího materiálu a dobou působení tohoto krytí na ránu a později termínem kontroly v kožní ambulanci.

- d) **Kazuistika** byla vybrána jako jedna z nejvhodnějších kvalitativních metod pro získávání informací v ošetrovatelství. Umožnila nám seznámit se s problémy respondentů od začátku. Pro kazuistiky byl proveden rozhovor s respondenty, prostudována jejich zdravotnická dokumentace a pořizována fotodokumentace rány.

2.2.2 Technika studia dokumentů

Pro vytvoření bakalářské práce je nutné zpracovat velké množství materiálů a literatury, které se váže k danému tématu. K získání těchto dokumentů jsme využili dostupné zdroje např.: elektronická média, rešeršní služby knihovny, výpůjční služby knihoven, internetové služby. Po získání dokumentů přichází fáze, kdy je důležité tyto materiály zpracovat, analyzovat, třídit. Pokud používáme myšlenky jiných autorů a to jako přímou citaci nebo parafrázi je vždy nutné citovat dle platných norem (Žiaková a kol., 2009).

V závěrečné práci používáme citace: (Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197) platné od 1. dubna 2011 - Harwardský systém online).

2.2.3 Soubor respondentů

Soubor respondentů byl dán zvoleným tématem, které se týkalo pacientů s diagnózou ulcus cruris různé etiologie. Respondenti byli zvoleni cíleně.

Charakteristika souboru respondentů:

- a) zkoumaný soubor potřebný k realizaci výzkumného šetření tvořili respondenti vybraní podle následujících požadavků:
- pacienti registrovaní v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně
 - pacienti s diagnózou bércový vřed různé etiologie
 - pacienti s otevřenou formou bércového vředu
 - pacienti docházející na pravidelné kontroly do kožní ambulance
- b) pro kazuistiky byli vybráni respondenti podle následujících požadavků:
- pacienti s diagnózou bércový vřed žilního původu, trvající více než 1 rok
 - pacienti s otevřenou formou bércového vředu

- pacienti registrovaní v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně
- pacienti hospitalizovaní na lůžkové části kožního oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně

Respondenti vybraní pro kazuistiku souhlasili s rozhovory, pozorováním a pořizováním fotodokumentace jejich bércevého vředu za účelem zjištění účinku krycích materiálů na jejich defekt. Respondenti podepsali informovaný souhlas k účasti v rámci kvalitativního výzkumu (příloha č. IV).

2.3 Organizace šetření

Kvantitativní šetření bylo prováděno dotazníkovým šetřením u pacientů registrovaných v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně s diagnózou ulcus cruris. Dále byly zpracovány 2 kazuistiky zaměřené na zjištění účinku klasického a moderního krytí v jednotlivých fázích hojení bércevého vředu. Před samotným počátkem šetření bylo nutné získat povolení od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně **O umožnění dotazníkového šetření** (příloha č. II) a povolení **O umožnění přístupu k informacím** (příloha č. III) od vrchní sestry kožního oddělení téže nemocnice. Po zvolení pacientů prezentovaných v kazuistikách byl s nimi podepsán **Informovaný souhlas pacienta k účasti v rámci kvalitativního výzkumu** (příloha č. IV), vypracovaný Mgr. et Bc. Pavlou Kudlovou, PhD., odb. as. Ústavu ošetrovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Originály jsou uloženy u autora bakalářské práce. Kvalitativní výzkum metodou kazuistik započal v červnu 2011, kdy byl proveden částečně strukturovaný, polostandardizovaný rozhovor s vybraným pacientem (kazuistika č. 1) za účelem získání informací k následnému nestrukturované pozorování. Pro kazuistiky byla mimo pozorování a záznamů v deníku pořizována i fotodokumentace vývoje rány. Vyhodnocení pozorování bylo prováděno na základě zestudování dvou dokumentů: **Dokumentace rány- ošetřování ran** a ošetrovatelského standardu č. 108 - **Ošetřování a převaz rány**.

Kvantitativní šetření probíhalo v období od 13. 2. – 13. 4. 2012 v kožní ambulanci Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazníky byly distribuovány do kožní ambulance KNTB, a. s. ve Zlíně. V kožní ambulanci mají zavedený objednávací systém pacientů, který nám umožnil větší část dotazníku ve stanovený čas předat osobně a zároveň si vyplněné dotazníky odnést s sebou. Zbylou část dotazníků distribuovaly sestry kožní ambulance, kterým předali respondenti dotazníky zpět. Distribuováno bylo celkem 50 dotazníků. Návratnost, díky individuálnímu přístupu byla 100%.

3 ZPRACOVÁNÍ DAT, STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Data získaná z dotazníků byla zpracována do četnostních tabulek, čárkovací metodou. Ke statistickému zpracování byly využity jednoduché popisné statistické metody.

„ Absolutní četnost je dána početností výskytu určité hodnoty dané třídy. Relativní četnost vyjadřuje procentuální podíl počtu výskytů hodnot v dané třídě z celkového počtu hodnot“ (Žiaková a kol., 2009, s. 230).

Cíle práce, položky dotazníku, metodika a metody byly vypracovány ve spolupráci s odbornou konzultantkou Mgr. et Bc. Pavlou Kudlovou, PhD.

3.1 Výsledky šetření, analýza výsledků

Data získaná z průzkumového šetření byla zpracována v programu Microsoft Excel 2007. Výsledky byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Tabulky obsahují absolutní a relativní četnost.

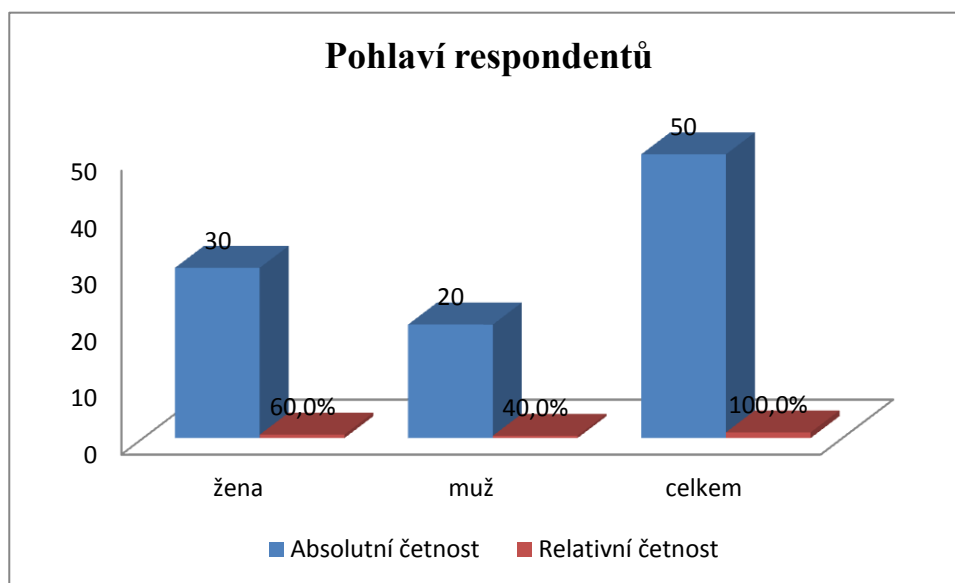
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Položka č. 1 Pohlaví respondentů

Na dané položky v dotazníku odpovídalo 30 žen (tj. 60 %) a 20 mužů (tj. 40 %) - viz tabulka č. 1 a graf č. 1.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	30	60,0 %
muž	20	40,0 %
celkem	50	100,0 %



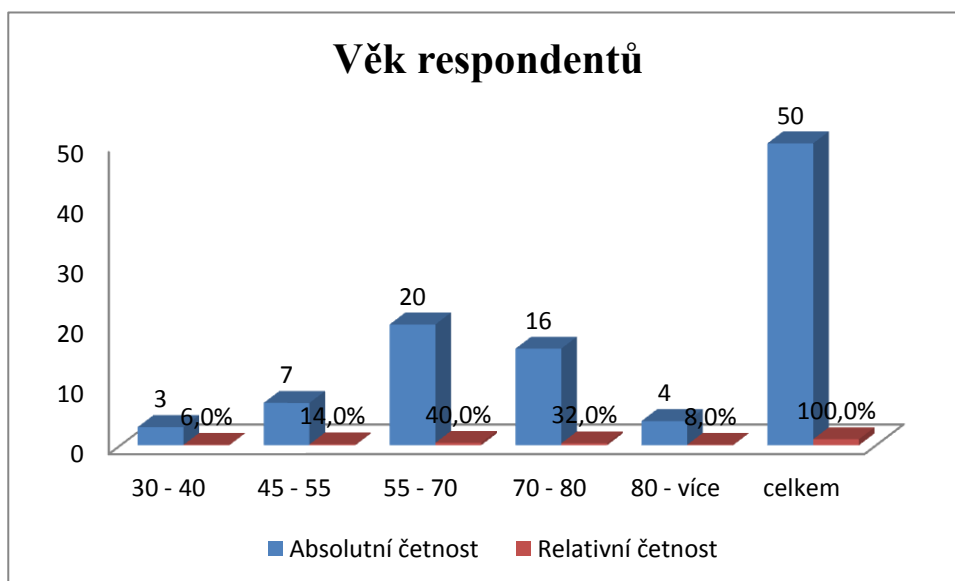
Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Položka č. 2 Věk respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 20 respondentů (tj. 40 %) ve věkové kategorii 55–70 let. 16 respondentů (tj. 32 %) bylo ve věku 70–80 let. Ve věkové kategorii 45–55 let se nacházelo 7 respondentů (tj. 14,0 %). 4 respondenti (tj. 8,0 %) měli 80 a více let. Nejméně respondentů 3 (tj. 6,0 %) bylo ve věku 30–40 let – viz tabulka č. 2 a graf č. 2.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
30–45	3	6,0 %
45–55	7	14,0 %
55–70	20	40,0 %
70–80	16	32,0 %
80 – více	4	8,0 %
celkem	50	100,0 %



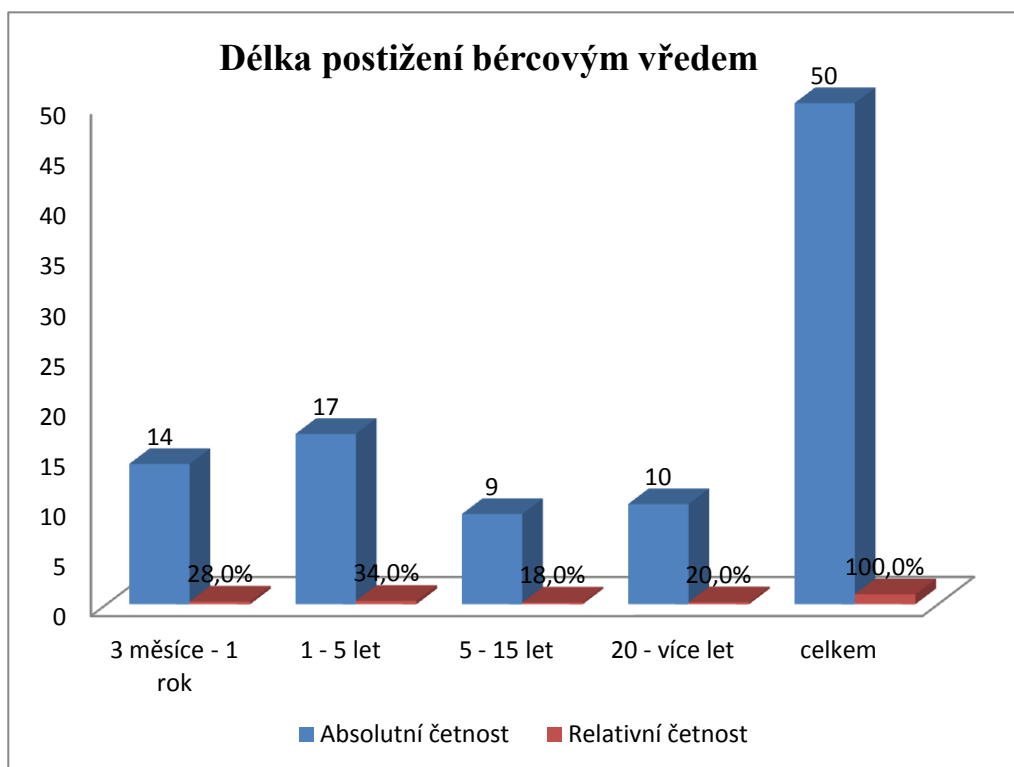
Graf č. 2: Věk respondentů

Položka č. 3 Jak dlouho máte bércový vřed? Bércový vřed (otevřená forma) vznikl.

Jak vyplývá z tabulky č. 3 a grafu č. 3, diagnózu bércový vřed má nejdéle 10 respondentů (tj. 20 %) a to 20 a více let. Celkem 17 respondentů (tj. 34 %) má bércový vřed 1–5 let. 9 respondentů (tj. 18,0 %) uvádí délku postižení na dobu 5–15 let. 14 respondentů (tj. 28,0 %) má diagnózu bércový vřed 3 měsíce – 1 rok.

Tabulka č. 3: Délka postižení bércovým vředem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 měsíce – 1rok	14	28,0 %
1–5 let	17	34,0 %
5–15 let	9	18,0 %
20 – více let	10	20,0 %
celkem	50	100,0 %



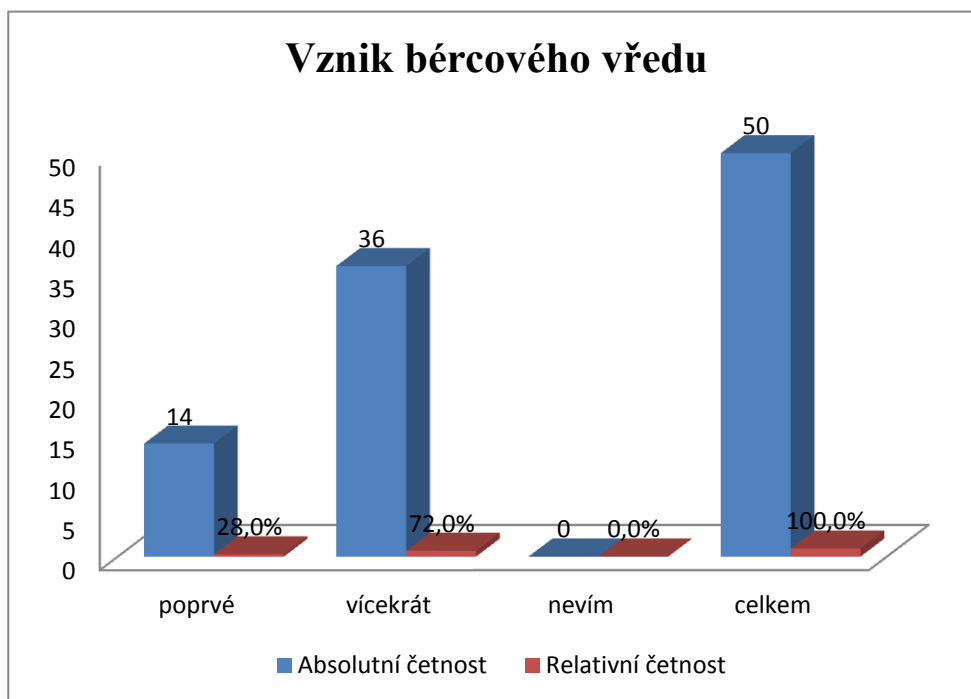
Graf č. 3: Délka postižení bércovým vředem

Bércový vřed (otevřená forma) vznikl.

Z tabulky č. 4 vyplývá, že u 36 respondentů (tj. 72 %) vznikl bércový vřed vícekrát. 14 respondentů (tj. 28 %) uvádí vznik bércového vředu poprvé.

Tabulka č.4: Vznik bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
poprvé	14	28,0 %
vícekrát	36	72,0 %
nevím	0	0,0 %
celkem	50	100,0 %



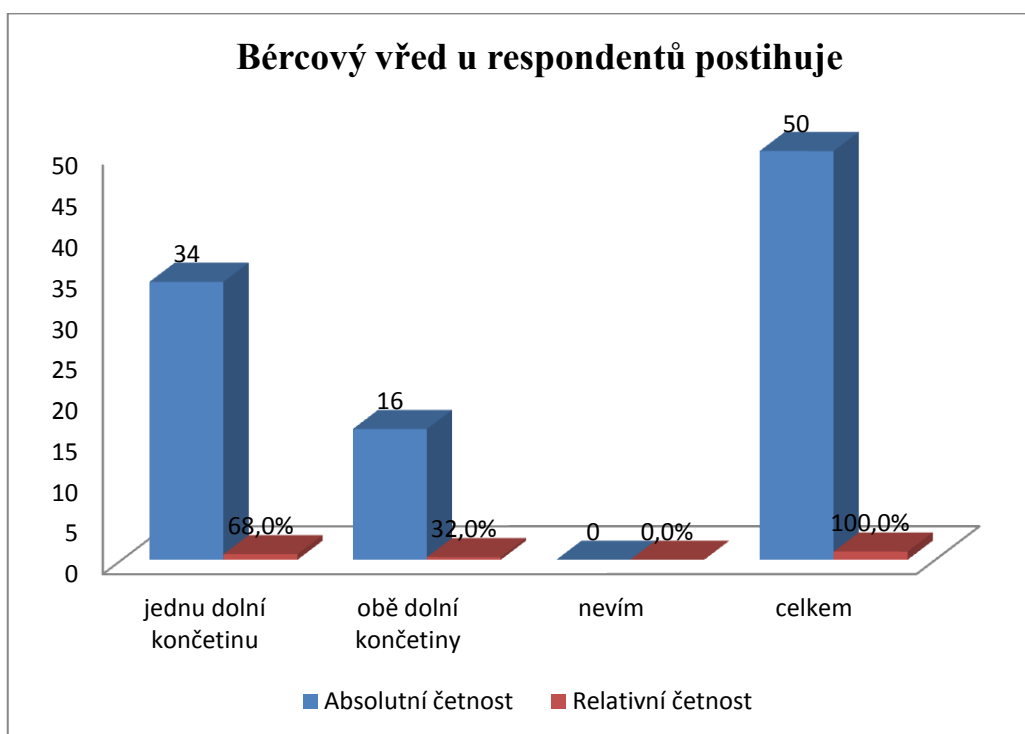
Graf č. 4: Vznik bércového vředu

Položka č. 4 – Bércový vřed postihuje.

Bércový vřed postihuje u 34 respondentů (tj. 68,0 %) jednu dolní končetinu. 16 respondentů (tj. 32 %) má postiženy obě dolní končetiny – viz tabulka a graf č. 5.

Tabulka č. 5: Bércový vřed u respondentů postihuje

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
jednu dolní končetinu	34	68,0 %
obě dolní končetiny	16	32,0 %
nevím	0	0,0 %
celkem	50	100,0 %



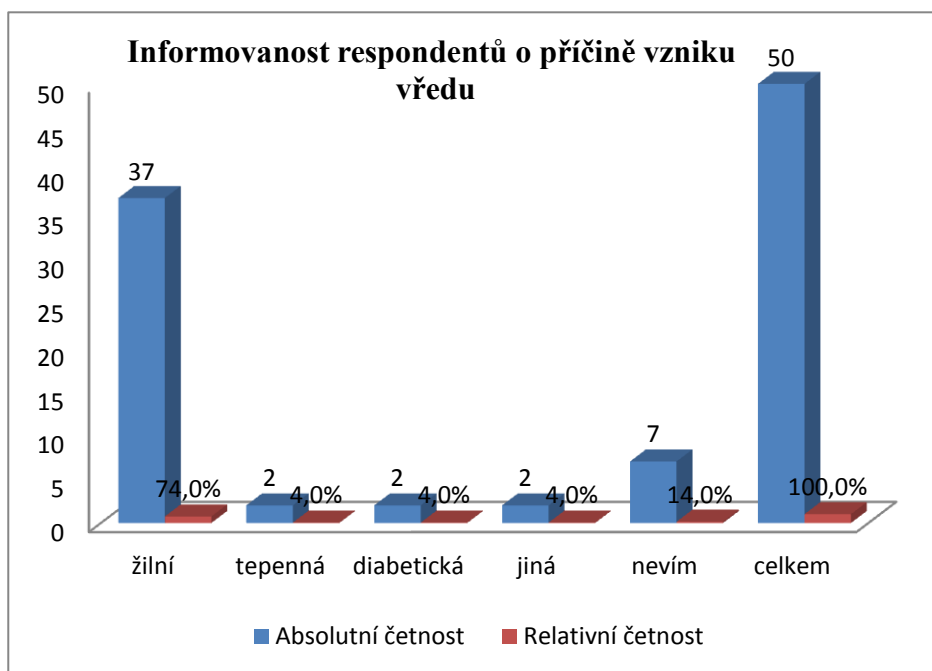
Graf č. 5: Bércový vřed u respondentů postihuje

Položka č. 5 – Jaká je příčina Vašeho vředu?

Na položku č. 5 odpovědělo 37 respondentů (tj. 74,0 %), že příčina vzniku bércového vředu je žilní. 2 respondenti (tj. 4 %) byli informováni, že příčina je tepenná a opět 2 respondenti (tj. 4 %) si myslí, že příčina vzniku je diabetická. 2 respondenti (tj. 4,0 %) uvedli jinou příčinu. 7 respondentů (tj. 14,0 %) neví příčinu vzniku bércového vředu – viz tabulka č. 6 a graf č. 6.

Tabulka č. 6: Informovanost respondentů o příčině vzniku vředu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
žilní	37	74,0 %
tepenná	2	4,0 %
diabetická	2	4,0 %
jiná	2	4,0 %
nevím	7	14,0 %
celkem	50	100,0 %



Graf č. 6: Informovanost respondentů o příčině vzniku vředu

Cíl 2 Zjistit, zda jsou pacienti kožní ambulance KNTB,a. s. ve Zlíně ochotni se finančně podílet na komplexní léčbě bércových vředů.

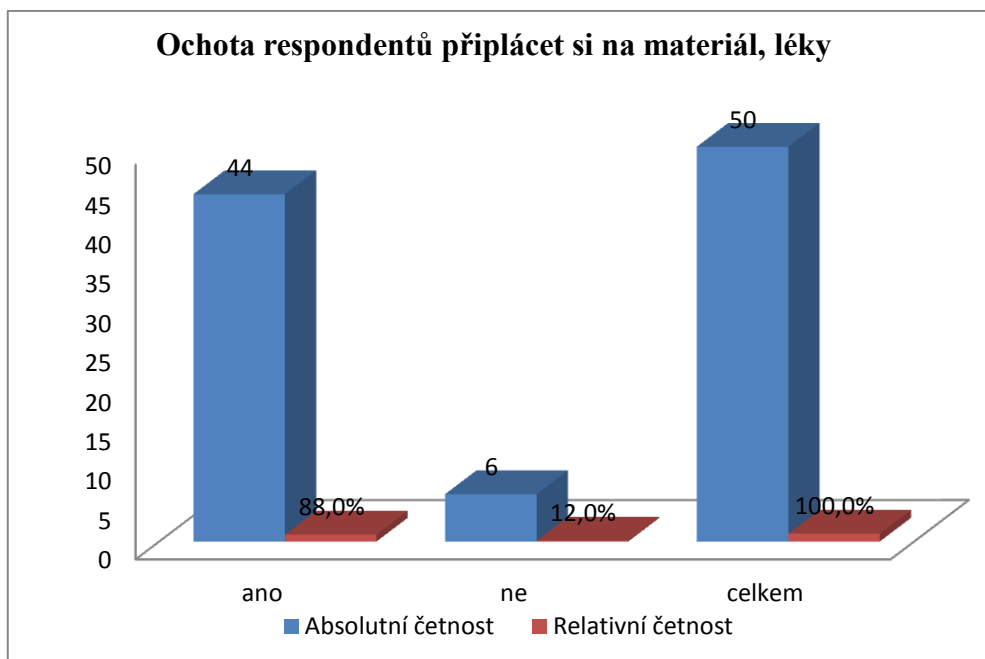
K cíli 2 odpovídají dotazníkové položky 11, 12, 13, 14, 18.

Položka č. 11 Jste ochotni si připlatit na moderní prostředky, materiály, léky pokud je již vyčerpán limit hrazený zdravotní pojišťovnou?

Z tabulky č. 7 a grafu č. 7 je patrné, že 44 respondentů (88 %) je ochotno si připlácet na materiál, prostředky a léky k ošetření bércového vředu. Jen 6 respondentů (tj. 12,0 %) na otázku, zda jsou ochotni si připlatit na moderní prostředky, materiál a léky, pokud je již vyčerpán limit hrazený zdravotní pojišťovnou odpovědělo záporně.

Tabulka č. 7: Ochota respondentů připlácet si na materiál, léky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	44	88,0 %
ne	6	12,0 %
celkem	50	100,0 %



Graf č. 7: Ochota respondentů připlácet si na materiál, léky

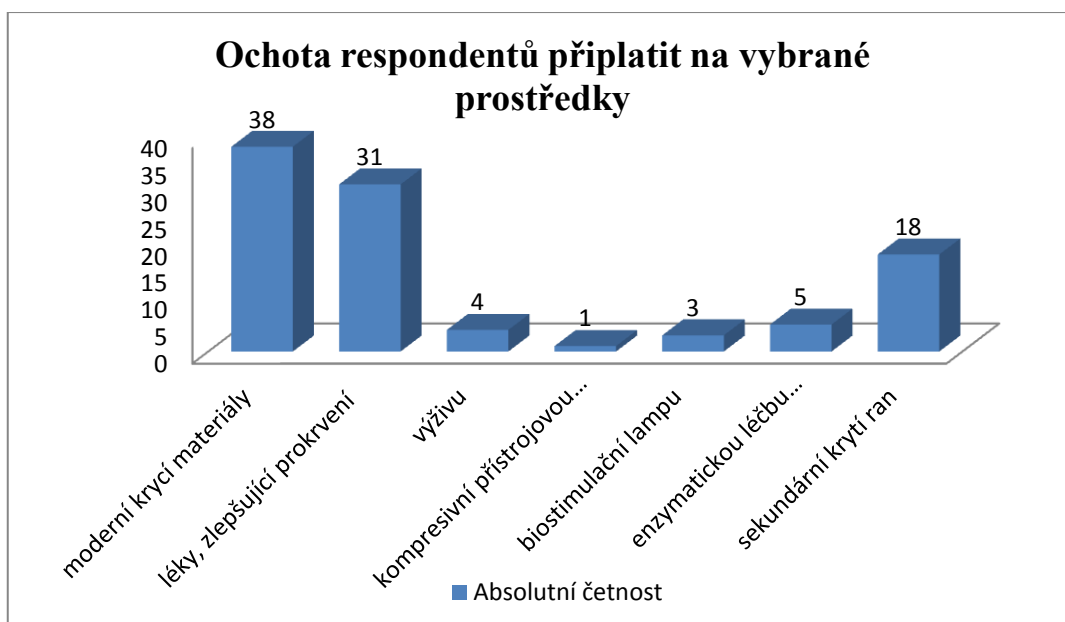
Položka č. 12: Pokud **ano**, zatrhněte, za které prostředky byste byli ochotni si připlatit.

Na položku č. 11 odpovědělo záporně 6 respondentů z celkového počtu zkoumaného vzorku, proto na položky 12, 13, 14 odpovídalo jen 44 respondentů.

Z tabulky č. 8 a z grafu č. 8 vyplývá, že respondenti označili dvě i tři odpovědi zároveň. Bylo vycházeno ze všech odpovědí. Ze 44 respondentů je ochotno si připlatit na moderní krycí materiál 38 respondentů. Na léky, zlepšující prokrvení je ochotno si připlatit 31 respondentů. Sekundární krytí je ochotno hradit 18 respondentů. Na enzymatickou léčbu Wobenzym je ochotno připlatit 5 respondentů. Na výživu jsou ochotni připlácet 4 respondenti. Na biostimulační lampu si chtějí připlatit 3 respondenti. Na kompresivní přístrojovou terapii je ochoten připlácet 1 respondent.

Tabulka č. 8: Ochota respondentů připlatit na vybrané prostředky

Odpověď	Absolutní četnost
moderní krycí materiály	38
léky, zlepšující prokrvení	31
výživu	4
kompresivní přístrojovou terapii	1
biostimulační lampu	3
enzymatickou léčbu (Wobenzym)	5
sekundární krytí ran	18



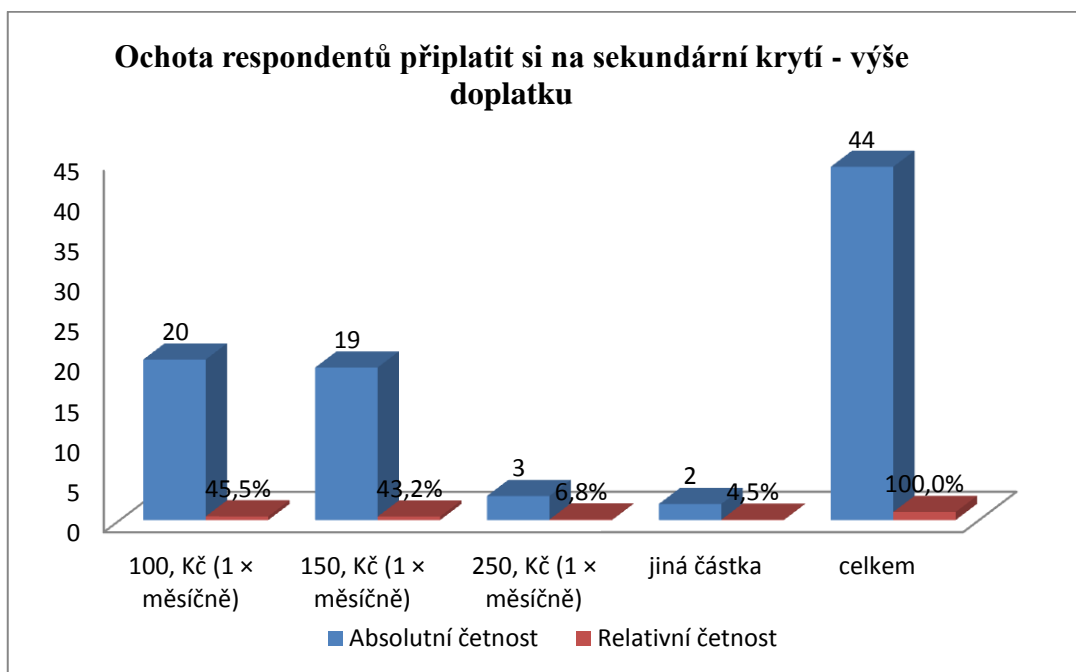
Graf č. 8: Ochota respondentů připlatit na vybrané prostředky

Položka č. 13 Do jaké výše jste ochotni si připlatit na tzv. sekundární obvazový materiál? (mulová obinadla, čtverce, sací materiál)

Respondenti jsou ochotni si připlatit na sekundární krytí nejčastěji 100 Kč (1× měsíčně), tuto odpověď zvolilo 20 respondentů (tj. 45,5 %). 19 respondentů (tj. 43,2 %) je ochotno si připlatit 150 Kč (1× měsíčně). 250 Kč (1× měsíčně) jsou ochotni připlatit 3 respondenti (tj. 6,8 %). 2 respondenti zvolili jinou částku (tj. 4,5 %) – viz tabulka č. 9 a graf č. 9.

Tabulka č. 9: Ochota respondentů připlatit si na sekundární krytí - výše doplatku

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
100 Kč (1 × měsíčně)	20	45,5 %
150 Kč (1 × měsíčně)	19	43,2 %
250 Kč (1 × měsíčně)	3	6,8 %
jiná částka	2	4,5 %
celkem	44	100,0 %



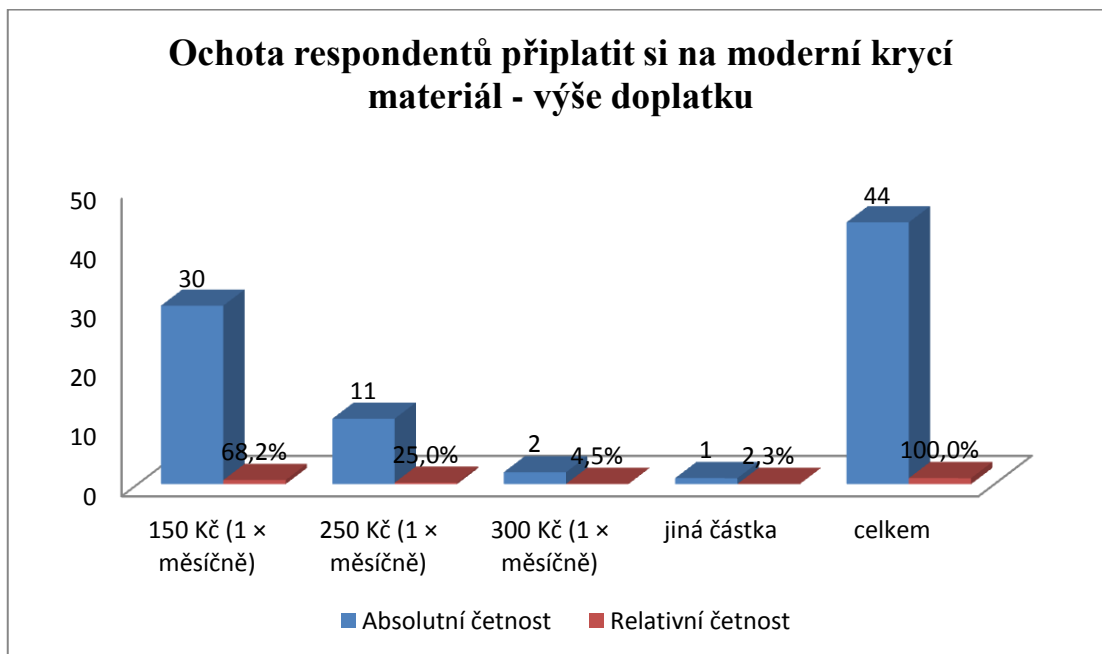
Graf č. 9: Ochota respondentů připlatit si na sekundární krytí – výše doplatku

Položka č. 14 Do jaké výše jste ochotni si připlácet na moderní krycí materiál?

30 respondentů (tj. 68,2 %) je ochotno si připlatit na moderní krytí 150 Kč (1× měsíčně). 250 Kč (1× měsíčně) je ochotno připlatit 11 respondentů (tj. 25,0 %). Jen 2 respondenti (tj. 4,5 %) jsou ochotni si připlatit 300 Kč (1× měsíčně). Jinou částku, kterou je ochoten si připlatit na moderní krytí uvedl 1 respondent (tj. 2,3 %) – viz tabulka č. 10, graf č. 10.

Tabulka č. 10: Ochota respondentů připlatit si na moderní krycí materiál – výše doplatku

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
150 Kč (1 × měsíčně)	30	68,2 %
250 Kč (1 × měsíčně)	11	25,0 %
300 Kč (1 × měsíčně)	2	4,5 %
jiná částka	1	2,3 %
celkem	44	100,0 %



Graf č. 10: Ochota respondentů připlatit si na moderní krycí materiál – výše doplatku

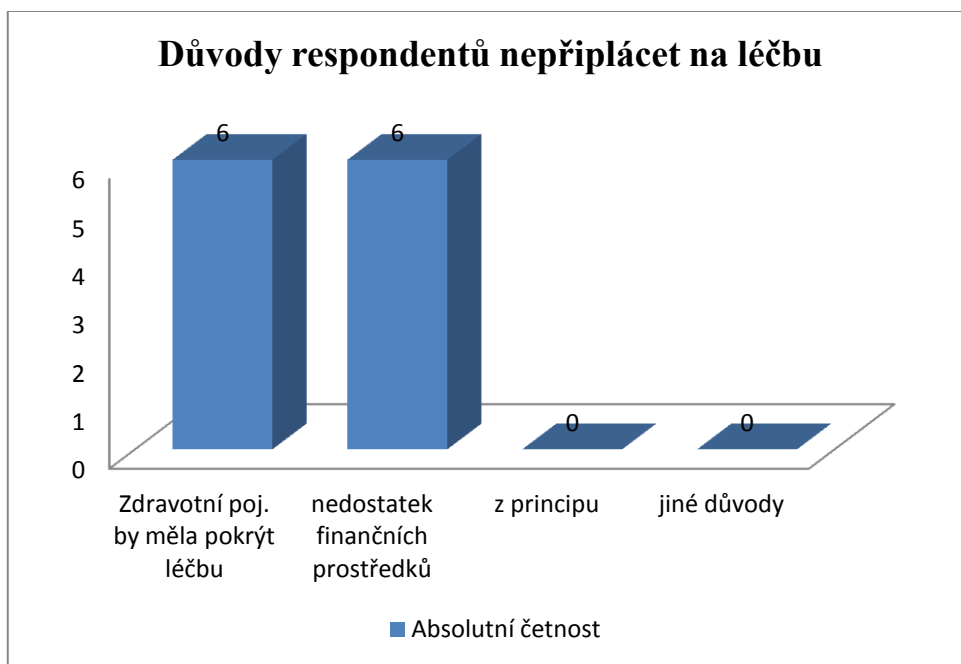
Položka č. 18 Pokud nejste ochotni připlácet si na léčbu bércového vředu, uveďte důvody.

Všech 6 respondentů, kteří nebyli ochotni připlácet na léčbu bércového vředu, uvedli dva důvody, proč nebyli ochotni si připlácet:

1. Zdravotní pojišťovna by měla pokrýt léčbu, uvedlo všech 6 respondentů.
2. Stejní respondenti 6 uvedli i nedostatek finančních prostředků.

Tabulka č. 11: Důvody respondentů nepřiplácet na léčbu

Odpověď	Absolutní četnost
Zdravotní poj. by měla pokrýt léčbu	6
nedostatek finančních prostředků	6
z principu	0
jiné důvody	0



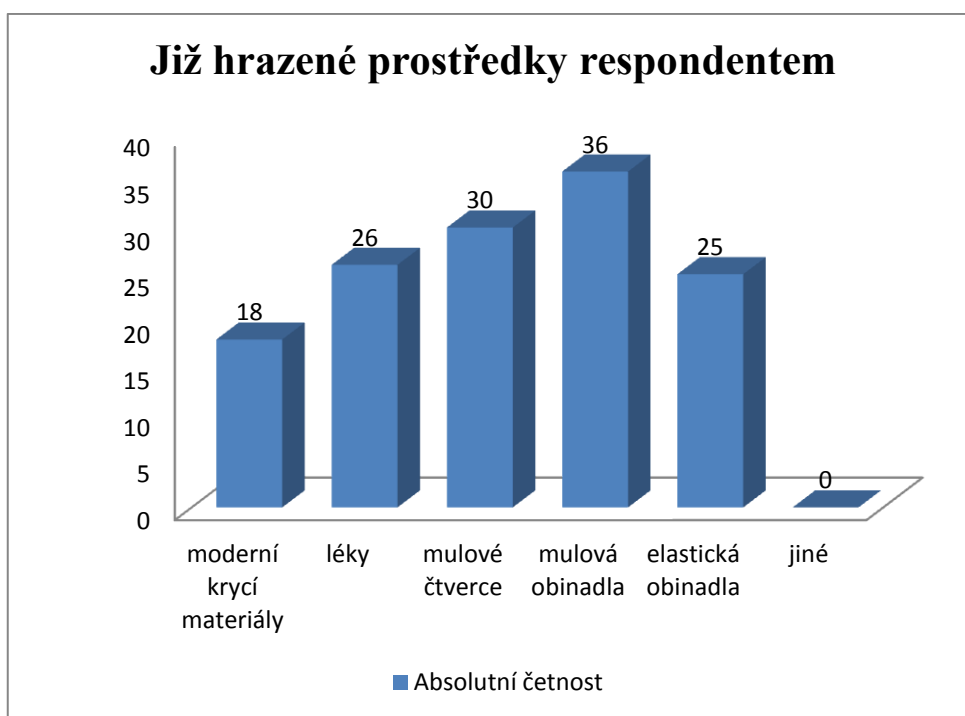
Graf č. 11: Důvody respondentů nepřiplácet na léčbu

Položka č. 15 Pokud jste si již někdy připláceli, zatrhněte, prosím, na co.

Respondenti zatrhli v položce č. 15 více odpovědí. Z tabulky č. 12 a grafu č. 12 vyplývá, že nejvíce respondentů (36 z 50) si již připlácelo na mulová obinadla, 30 respondentů uvedlo mulové čtverce, na léky si připlácelo 26 respondentů, 25 respondentů si připlácelo na elastická obinadla. Doplatek na moderní krycí materiál uvedlo 18 respondentů.

Tabulka č. 12: Již hrazené prostředky respondentem

Odpověď	Absolutní četnost
moderní krycí materiály	18
léky	26
mulové čtverce	30
mulová obinadla	36
elastická obinadla	25
jiné	0



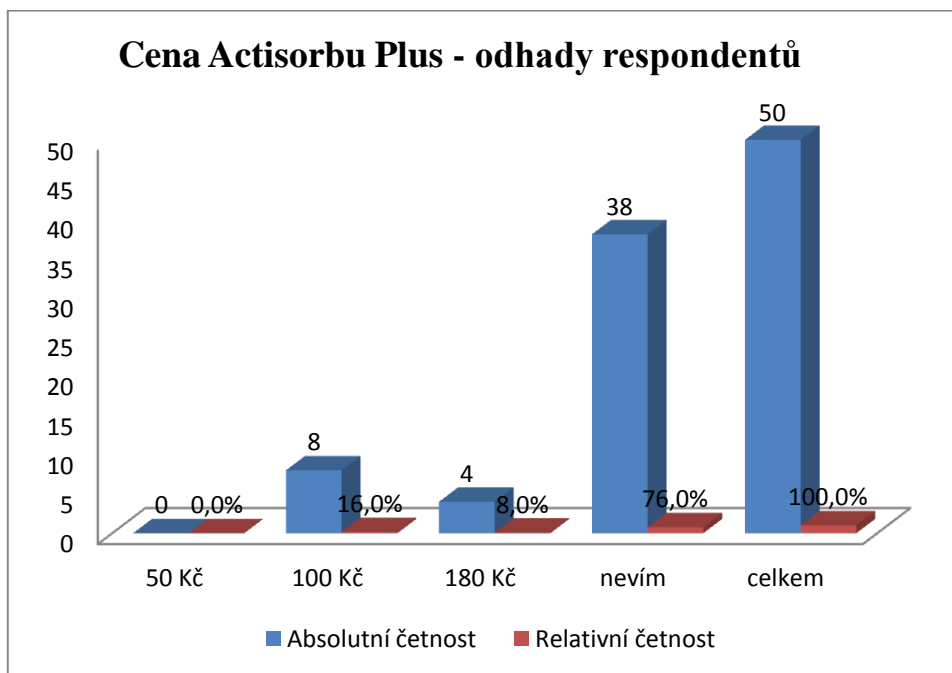
Graf č. 12: Již hrazené prostředky respondentem

Položka č. 16 Víte, jaká je cena jednoho balení moderního krycího přípravku s aktivním uhlím – Actisorb Plus?

38 respondentů (tj. 76,0 %) z celkového výzkumného vzorku uvedlo, že neví, kolik stojí jedno balení Actisorbu Plus. 8 respondentů (tj. 16,0 %) si myslí, že stojí 100 Kč a 4 respondenti (tj. 8 %) uvádí 180 Kč – viz tabulka č. 13, graf č. 13.

Tabulka č 13: Cena Actisorb Plus – odhady respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
50 Kč	0	0,0 %
100 Kč	8	16,0 %
180 Kč	4	8,0 %
nevím	38	76,0 %
celkem	50	100,0 %



Graf č. 13: Cena Actisorbu Plus – odhady respondentů

Cíl č. 3 Zjistit, jaké materiály se nejčastěji používají k lokálnímu ošetření bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně.

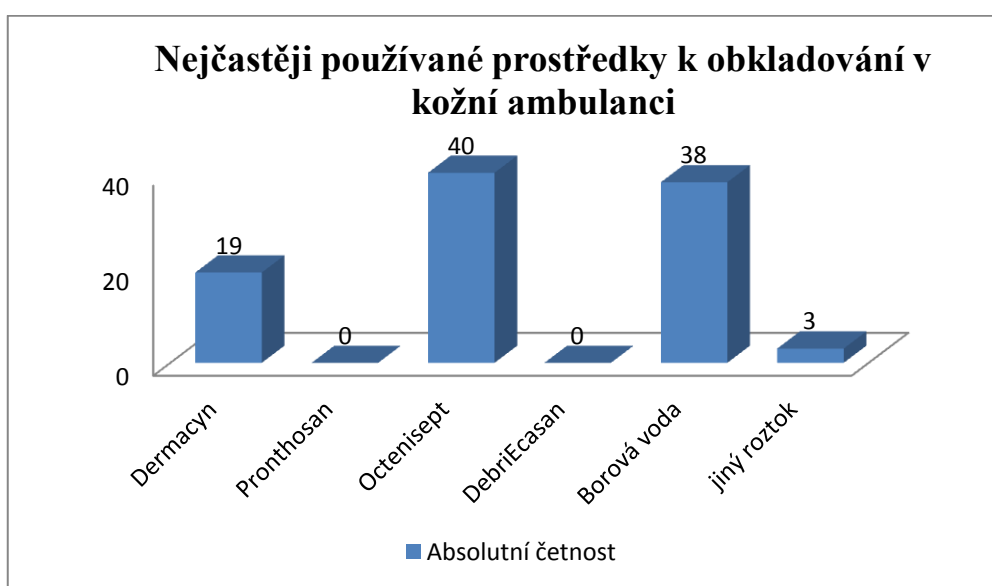
K cíli 3 odpovídají dotazníkové položky č. 6, 7, 8.

Položka č. 6 Uveďte (zatrhněte) **2 roztoky**, které byly **nejčastěji** používány k vyčištění nebo k obkládání Vašeho bércového vředu **v naší kožní ambulanci**.

Z tabulky a grafu č. 14 je zřejmé, že mezi nejčastěji používaný roztok k obkládání je roztok Octenisept, uvedlo jej 40 respondentů. Celkem 38 respondentů uvedlo jako nejpoužívanější roztok Borovou vodu. Dermacyn pokládá 19 respondentů za třetí nejpoužívanější roztok k obkládání. 3 respondenti uvedli jiný roztok.

Tabulka č. 14: Nejčastěji používané prostředky k obkládání v kožní ambulanci

Odpověď	Absolutní četnost
Dermacyn	19
Pronthosan	0
Octenisept	40
DebriEcasan	0
Borová voda	38
jiný roztok	3



Graf č. 14: Nejčastěji používané prostředky k obkládání v kožní ambulanci

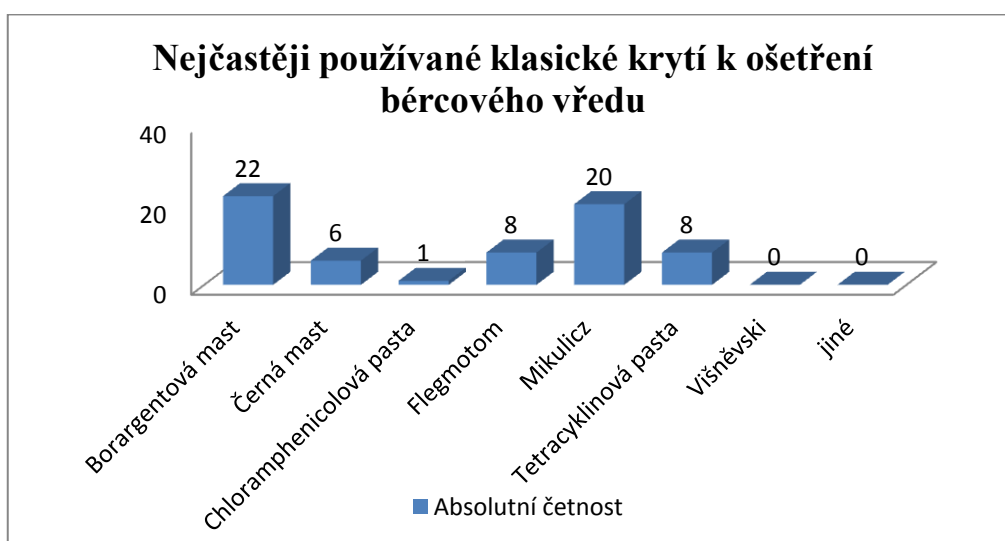
Položka č. 7 Uveďte (zatrhněte) **3 materiály**, které byly **nejčastěji** používány při ošetřování Vašeho bércového vředu **v naší ambulanci**.

Respondenti měli zvolit 3 nejčastěji používané materiály k ošetření bércového vředu na kožní ambulanci KNTB a.s. Vybírali si ze společné nabídky klasického i moderního krytí. Pro lepší přehlednost byly zvoleny dvě tabulky, kde jsou materiály rozděleny na klasické a moderní krytí.

Z tabulky č. 15 vyplývá, že 22 respondentů zvolilo Borargentovou mast jako nejčastěji používané klasické krytí. 20 respondentů uvedlo, že mezi nejčastěji používané krytí patří Mikulicz. 8 respondentů zatrhl Flegmotom mast a stejný počet respondentů 8 uvedlo Tetracyklinovou pastu. 6 respondentům se nejčastěji aplikovala na bércový vřed Černou mast. U 1 respondenta to byla Chloramphenicolová pasta.

Tabulka č. 15: Nejčastěji používané klasické krytí k ošetření bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost
Borargentová mast	22
Černá mast	6
Chloramphenicolová pasta	1
Flegmotom	8
Mikulicz	20
Tetracyklinová pasta	8
Višněvski	0
jiné	0

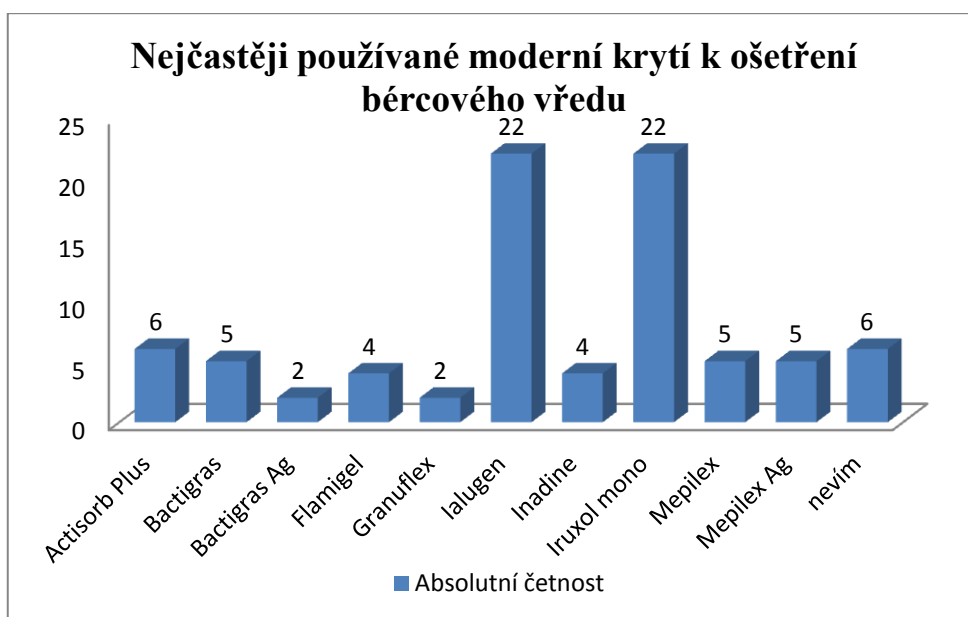


Graf č. 15: Nejčastěji používané klasické krytí k ošetření bércového vředu

22 respondentů zahrlo stejným počtem dva nejčastěji používané moderní krycí materiály a to Ialugen Plus a IruXol mono. 6 respondentů uvedlo krycí materiál Actisorb Plus a 6 respondentů neví, jaký se moderní krycí materiál nejčastěji používá na ošetření jejich bércového vředu. Z tabulky a grafu č. 16 dále vyplývá, že 5 respondentů uvádí Bactigras, Mepilex a Mepilex Ag jako nejčastěji aplikované moderní krycí. 4 respondenti zvolili Flamigel a Inadine. 2 respondenti uvedli Granuflex za často aplikované moderní krycí.

Tabulka č. 16: Nejčastěji používané moderní krycí k ošetření bércového vředu

Odpověď	Absolutní četnost
Actisorb Plus	6
Bactigras	5
Bactigras Ag	2
Flamigel	4
Granuflex	2
Ialugen	22
Inadine	4
IruXol mono	22
Mepilex	5
Mepilex Ag	5
nevím	6



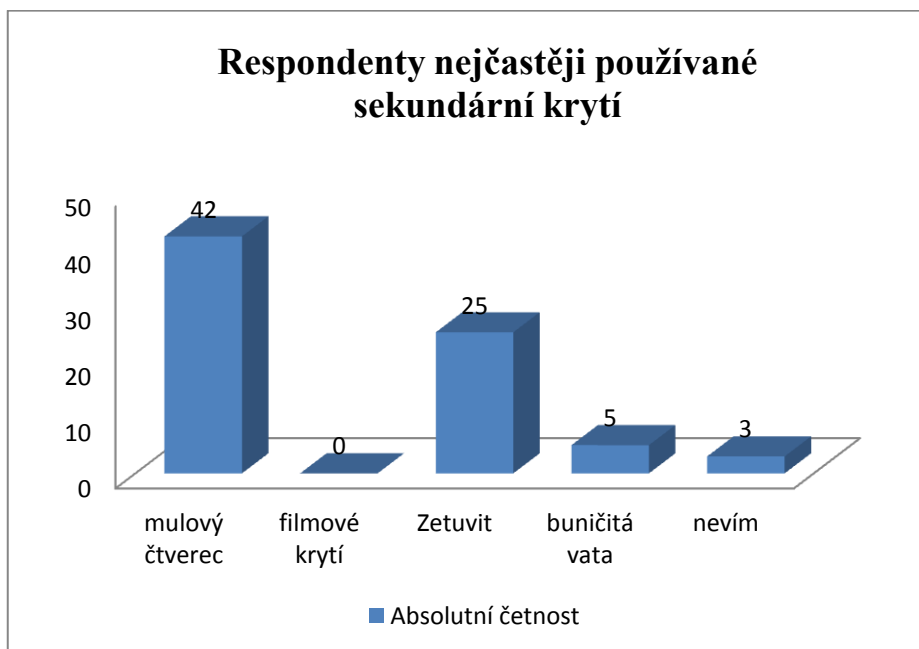
Graf č. 16: Nejčastěji používané moderní krycí k ošetření bércového vředu

Položka č. 8 Uveďte (zatrhněte) nejčastější sekundární (povrchové) krytí (k zakrytí vašeho bércového vředu

Respondenti na položku č. 8 uvedli více odpovědí, které byly všechny zpracovány. Z grafu č. 17 a z tabulky č. 17 je zřejmé, že nejčastěji používané sekundární krytí je mulový čtverec, který zvolilo 42 respondentů. 25 respondentů uvedlo sekundární krytí prostředek Zetuvit. 5 respondentů používá jako sekundární krytí nejvíce buničitou vatu. 3 respondenti neví, jaké sekundární krytí používají při ošetření bércového vředu.

Tabulka č. 17: Respondenty nejčastěji používané sekundární krytí

Odpověď	Absolutní četnost
mulový čtverec	42
filmové krytí	0
Zetuvit	25
buničitá vata	5



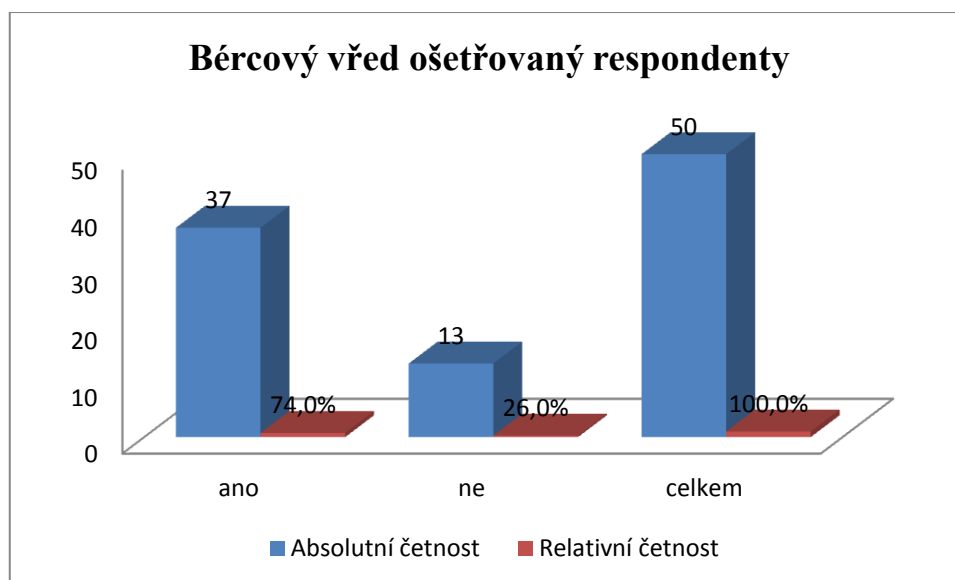
Graf č. 17: Respondenty nejčastěji používané sekundární krytí

Položka č. 9 Bércový vřed si ošetřujete sám/a?

Z tabulky a grafu č. 18 je zřejmé, že bércový vřed si ošetřuje samo 37 respondentů (tj. 74,0 %). 13 respondentů (tj. 26,0 %) odpovědělo záporně.

Tabulka č. 18: Bércový vřed ošetřovaný respondenty

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	37	74,0 %
ne	13	26,0 %
celkem	50	100,0 %



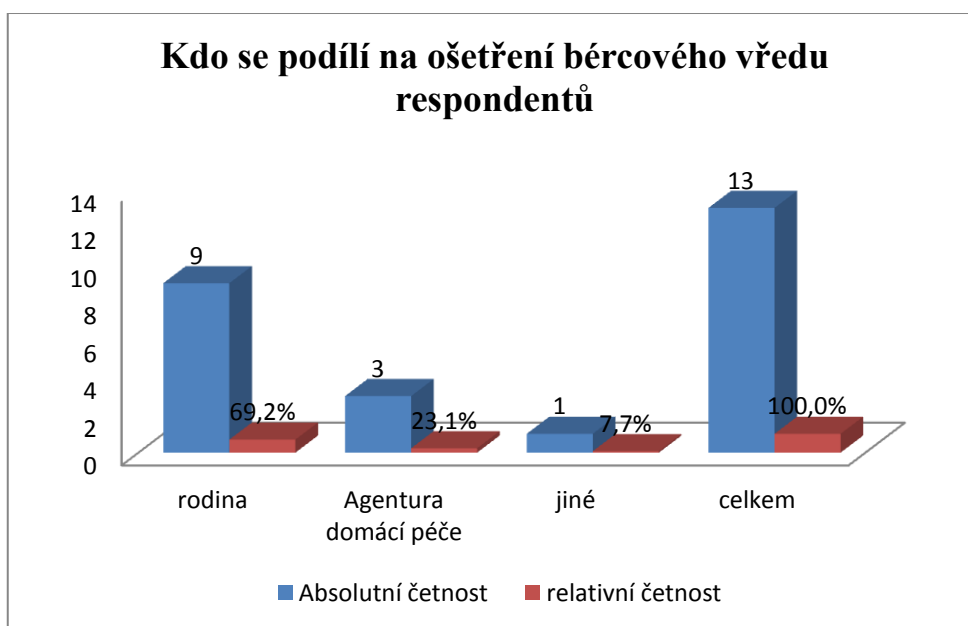
Graf č. 18: Bércový vřed ošetřovaný respondenty

Položka č. 9a) Pokud jste odpověděli **ne**, kdo se podílí mimo kožní ambulanci na ošetření Vašeho bércového vředu?

Na položku č. 9a) odpovídalo 13 respondentů. Z tohoto počtu 9 respondentů (tj. 69,2 %) zmiňuje rodinu, která se podílí na ošetřování bércového vředu. U 3 respondentů (tj. 23,1 %) bércový vřed ošetřují pracovníci Agentury domácí péče. 1 respondent (tj. 7,7 %) uvedl jiné – viz tabulka č. 19 a graf č. 19.

Tabulka č. 19: Kdo se podílí na ošetření bércového vředu respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	relativní četnost
rodina	9	69,2 %
Agentura domácí péče	3	23,1 %
jiné	1	7,7 %
celkem	13	100,0 %



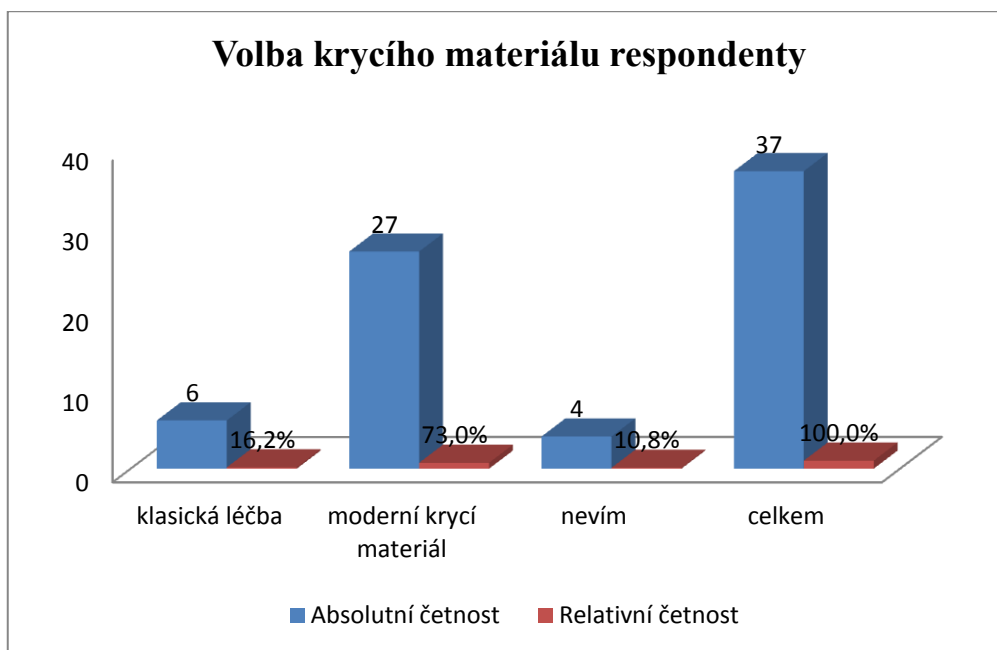
Graf č. 19: Kdo se podílí na ošetření bércového vředu respondentů

Položka č. 9b) Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte, který krycí materiál byste upřednostnili, pokud by Vám lékař dal možnost volby?

Na položku č. 9b odpovídali jen respondenti, kteří si bércový vřed ošetřují sami, tedy 37 respondentů (tj. 100 %). Pokud by respondenti měli možnost zvolit si krycí materiál, rozhodlo by se pro moderní krytí 27 respondentů (tj. 73 %). Klasickou léčbu (masti, pasty) by zvolilo 6 respondentů (tj. 16,2 %). 4 respondenti (tj. 10,8 %) odpovědělo, že neví – viz tabulka č. 20, graf č. 20.

Tabulka č. 20: Volba krycího materiálu respondenty

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
klasická léčba (masti, pasty)	6	16,2 %
moderní krycí materiál	27	73,0 %
nevím	4	10,8 %
celkem	37	100,0 %



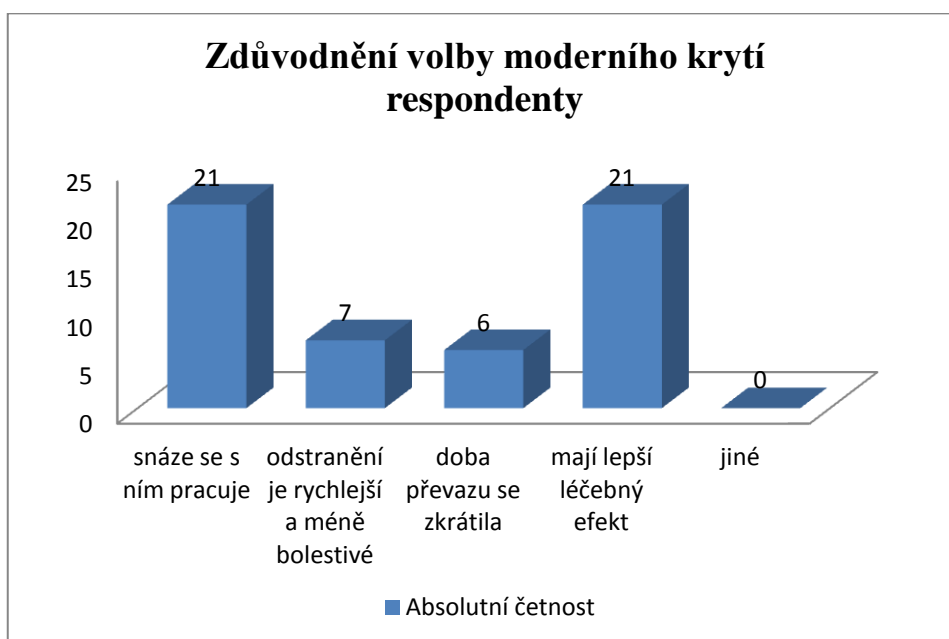
Graf č. 20: Volba krycího materiálu respondenty

Položka č. 10 Pokud jste si zvolili moderní krycí materiály, zatrhněte, z jakého důvodu jste si je vybrali?

Na položku č. 10 odpovídalo 27 respondentů. Z tabulky a grafu č. 21 vyplývá, že respondenti zvolili více odpovědí. 21 respondentů shodně udává, že se s moderním krytím snáze pracuje a jako druhý důvod uvádí opět 21 respondentů lepší léčebný efekt moderního krytí. 7 respondentů se domnívá, že odstranění krytí je rychlejší a méně bolestivé. 6 respondentů oceňuje, že se doba převazu zkrátila.

Tabulka č. 21: Zdůvodnění volby moderního krytí respondenty

Odpověď	Absolutní četnost
snáze se s ním pracuje	21
odstranění je rychlejší a méně bolestivé	7
doba převazu se zkrátila	6
mají lepší léčebný efekt	21
jiné	0



Graf č. 21: Zdůvodnění volby moderního krytí respondenty

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

5.1 Kazuistika č. 1

OA: muž, J. K., narozen v r. 1981, lehká psychosomatická retardace. Pacient po rec. otitidách, stp. oboustranné antromastoidectomii. První problémy na bérce začínají v roce 1995, kdy spolu s homozygotním dvojčetem, u kterého defekt v okolí kotníku vznikl již o dva roky dříve, hospitalizován na kožní klinice ve FN Olomouc. Pro podezření na genetickou, metabolickou vadu prolidázy odeslána pacientova krev na speciální vyšetření do Itálie. Genetická vada nebyla jednoznačně prokázána. Klinicky hodnoceno jako pyoderma gangrenosum, zahájena léčba Prednisonem, defekt zhojen. Poté několikrát recidiva. V 8/1999 hospitalizace dětské oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně pro parainfekční erythrocyturiu, překlad na kožní oddělení. Defekt na PDK v oblasti vnitřního kotníku o velikosti 2×2 cm. U pacienta ordinovány epikutánní testy, zjištěna alergie na propylenglykol. Další hospitalizace r. 8/2003, defekt v oblasti vnitřního kotníku PDK o velikosti 2×3 cm a nad vnitřním kotníkem o velikosti 7×3 cm. Lokální léčba: moderní krytí Iruxol, Aktisorb plus, Ialugen plus, okolí kryto Dexa- bor pastou, léčba pneuwenem, zevní komprese. Pacient není zcela zhojen, dochází do kožní ambulance na převazy a presoterapii. 10/2004 ulcerace na přední straně bérce PDK, po úraze, velikost 7×2,5 cm, LDK: 4okrouhlé defekty na bérce o velikosti 5×1 cm. Lokální léčba: Nu- gel, Iruxol, Ialugen Plus, Mepilex, pneuwen, zevní komprese. Defekty vyčištěny, navozena granulační fáze, epitelizační, defekty zhojeny. V roce 2005 provedena saphenectomie LDK, pacient udává zlepšení, bérce bez defektů. Zhoršení od ledna 2011, kdy se pacient udeřil a následně vznikl defekt. Léčen ambulantně, ordinováno klasické krytí- Borargent, Mikulicz. Zhoršení stavu, hospitalizace 6/2011.

RA: bratr (homozygotní dvojče), strýc, babička bércevé vředy, stp. erysipelech

OA: vřed dolní končetiny nezařazený, nephropatie, izolovaná erythrocyturie v. s. na podkladě IgA nephropatie, dizpenzarizován, lehká psychosomatická retardace, laryngitis chronica, rhinitis chronica

SA: absolvent zvláštní školy, nevyučen, svobodný, pracuje jako dělník ve firmě na výrobu kartonů, bydlí s rodiči a bratrem (dvojčetem) v rodinném domě

FA: Agapurin400mg 1-0-1, Acidum folicum 1-0-1, Sorbifer Durules 1-0-1

AA: PPG ++, peru balzám ++

První defekt vznikl ve 14 letech, kdy bylo podezření na diagnózu pyoderma gangenosum, hospitalizace na dětské klinice FN Olomouc. 8/ 1999 hospitalizace na dětském oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně, překlad na kožní oddělení téže nemocnice s defektem na vnitřním kotníku PDK. Opakované hospitalizace na kožním oddělení ve Zlíně v r. 2003, 2004. Od r. 2005, kdy provedena saphenectomie pacient bez defektů. Vznik defektu 1/2011, kdy se pacient udeřil a následně vznikla rána. Léčen ambulantně klasickým krytím (Borargentová mast, Mikulicz), pacient se ošetřuje sám, ale nález nezlepšen.

Průběh hospitalizace na kožním oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně od 27. 6. – 20. 7. 2011

Pacient odeslán k hospitalizaci z kožní ambulance pro zhoršení nálezu. V oblasti levého vnitřního kotníku dvě ulcerace, 4,5×3 cm a 2×1,5 cm, které vznikly následkem úrazu, spodina místy pokryta žlutým povlakem, v okolí erytém. Nalepeny epikutánní testy, zjištěna nově alergie na Peru balzám. Odebrán stěr z defektu na bakteriologické vyšetření + kultivaci. Rána osídlena: *Morganella morganeli*, *Streptococcus beta hemolytický* nezařazený. Lokálně do defektu aplikovány Gentamicin gtt.. Za hospitalizace vyšetřen v angiologické ambulanci, kde provedena duplexní sonografie tepen a žil DKK. Závěr: není indikovaná intervence, nutná zevní komprese. V průběhu hospitalizace pokračování v terapii klasickým krytím. Na defekt aplikována borargentová mast, pozorován dobrý efekt, okolí defektu kryto dexa borovou pastou, přiložení zevní komprese. Byla prováděna denně presoterapie. Defekt se zmenšuje, navozena epitelizační fáze hojení.

Průběh převazů na kožním oddělení od 27. 6. – 20. 7. 2011

Fáze exsudativní

27. 6. 2011- Ošetření: Borová voda obložky 2×denně, okolí DBP.



Obr. č. 8 fáze exsudativní – kazuistika č. 1

28. 6. 2011 - Velikost rány: v oblasti levého vnitřního kotníku ulcerace 4,5×3 cm a 2×1,5 cm. Spodina lehce pokryta žlutým povlakem. Defekty ohraničené, okraje navolitě, v okolí erytém, sekrece střední, nezapáchající, bolest mírná. Ošetření: Borová voda obložky 2×denně okolí rány kryto Dexa borovou pastou. Převazy denně.



Obr. č. 9 fáze exsudativní - kazuistika č. 1

30. 6. 2011 - Velikost rány: 4,5×3 cm a 2×1cm. Spodina defektu žlutě povleklá, defekty ohraničené, okraje navalitě, v okolí erytém, sekrece výraznější, mírně zapáchající, bolestivost mírná, jen po převazu. Ošetření: obklad borová voda na 10 min., Gentamicin gtt, Borargentová mast, okolí DBP. Převaz po 2–3 dnech.

Fáze granulační



Obr. č. 10 fáze granulační - kazuistika č. 1

7. 7. 2011 Velikost: 4×2cm a 1×0,5cm. Spodina, čistá, granulace. Okolí klidné, defekt ohraničený, okraje navalitě. Sekrece mírná, serózní, bez zápachu. Bolest není. Ošetření: obklad borová voda–10 min., Borargentová mast + Gentamicin gtt.. Široké okolí: zinková pasta. Převaz za 2–3 dny.



Obr. č. 11 fáze granulační - kazuistika č. 1

13. 7. 2011 Velikost: 3,5 cm×2 cm a 0,5×0,5 cm. Spodina granulující, sekrece mírná, bez zápachu, v okolí erytém, erose, svědění. Ošetření: Borová voda 10 min., Gentamicin gtt. + Borargentová mast, okolí DBP. Převaz za 2 dny.

Fáze epitelizační

Obr. č. 12 fáze epitelizační-kazuistika č. 1

16. 7. 2011 Velikost: 2,5×2 cm a 0,5×0,3 cm. Spodina rány epitelizující, sekrece minimální, bez zápachu. Široké okolí klidné, bez svědění. Ošetření: Borová voda obklad 10 min., Gentamicin gtt. + Borargentová mast, okolí DBP. Převaz po 2–3 dnech.

20. 7. 2011 pacient propuštěn po 23. dnech hospitalizace do domácí péče. Kontrola v kožní ambulanci naplánována za 14 dnů.

Fáze epitelizační

Obr. č. 13 fáze epitelizační - kazuistika č. 1

9. 8. 2011

Velikost: rány téměř na 100 % zhojen, v okolí několik erosek. Ošetření: DBP

Analýza

Pacient byl na kožním oddělení již opakovaně hospitalizován, naposledy v r. 2004. Po provedení saphenectomie na LDK v r. 2005 byl bez problémů až do nynější hospitalizace. V oblasti levého vnitřního kotníku dvě ulcerace 4,5×3cm a 2×1,5cm. V průběhu hospitalizace provedena duplexní sonografie, epikutánní testy. Pacient docházel denně na presoterapii lymfovenem. Lokálně bylo na rány použito klasické krytí, které mělo dobrý efekt ve všech fázích hojení rány. Již za 19 dní hospitalizace byla navozena epitelizační fáze hojení defektů a pacient mohl být 23. den hospitalizace propuštěn do domácí péče.

Pacient si v domácím prostředí prováděl převazy sám, dle sdělení ambulantních sester byla technika převazů a přiložení elastické komprese správná, ale přesto k uzavření defektu bylo potřeba 9 převazů v období od 20. 7–9. 8. 2011. Domníváme se, že délka epitelizační fáze mohla být ovlivněna nedodržováním režimového opatření v domácím prostředí a to nadměrným zatěžováním dolní končetiny, i když byl pacient po celou dobu pozorování v pracovní neschopnosti.

5.2 Kazuistika č. 2

OA: muž, F. K., narozen 1981, bydlí s rodiči v rodinném domě a s bratrem (dvojčetem). Lehká psychosomatická retardace, epi- paroxysmy v roce 1984 s EEG patologií. První problémy na bérce v roce 1992. Defekt vznikl r. 1995 na PDK v oblasti vnitřního kotníku, hospitalizace na dětské klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc s diagnózou pyoderma gangrenózum, histologicky nepotvrzena. V roce 1997 hospitalizace kožní oddělení FN Olomouc s diagnózou ulcus cruris 1. dx. nejasné etiologie. V anamnéze dále anemie normochromní, normocytární, otitis media chronica, mesotympanica 1.dx.. V r. 2000 vznik tři okrouhlých defektů na LDK u vnitřního kotníku velikosti 3×1,5cm a dvou defektů na bérce PDK velikosti 2,5 cm×1 cm. Na spodině zelenožlutý povlak, defekty silně secernující. Hospitalizace 12/2000, lokální terapie – Betadine solutio, Borargentová mast, Rovenského mast, Tetracyklinová pasta, okolí DBP. Proveden Doppler vyšetření hlubokého žilního systému: chronická venosní insuficience, bez arteriální obliterace. Po léčbě defekty čisté, granulující, sekrece zmírněna, objednan k rehospitalizaci na 01/2001. Po přijetí pokračováno v lokální léčbě, na defekty aplikován Salcoseryl gel + gentamycin, Borargent, Mikulicz, okolí DBP, prováděna presoterapie. Defekty na PDK téměř zhojeny, LDK- defekty vel.1,5×0,5 cm, ve fázi epitelizace. 10/2001 zhoršení stavu ulcerací, PDK- na ventrální straně bérce 2 ulcerace, vel. 3×2 cm, LDK - 3×3 cm. Lokální léčba: Borargent, TTC pasta, Mikulicz, okolí DBP. Další hospitalizace 8/2002: mnohočetné ulcerace na obou DKK, oblast vnitřních kotníků. Lokálně Actisorb Plus, Ialugen Plus, Panthenol gel, Mikulicz, okolí DBP. Pacient po zlepšení stavu dochází do kožní ambulance. 5/2008 erysipel cruris 1. dx., ulcus cruris 1. sin, na defekt Bactigras, okolí TTC pasta. V květnu roku 2008 operace varixů – miniflebectomie (VSM-RFITT). 10/2008 opět erysipel cruris 1. sin., ulcus cruris 1. dx., na defekt- Borargent, okolí DBP. V 09/2010 v oblasti pravého kotníku poúrazový defekt 4×4cm, na přední straně levého bérce dva defekty vel. 9×4 cm a 2×0,5 cm. Lokálně: Hyoidine, Bactigras, Ialugen Plus, Traumacel, Mepilex Ag, Mepilex, okolí Zinková pasta.

Aplikována kúra presoterapie. 12/2010 Erysipelas femoris, susp. tromboflebitis povrchových cév LDK. 11/2011 flebitida PDK, ulcus cruris v oblasti levého kotníku.

RA: bratr, homozygotní dvojče ulcus cruris od 15 let, strýc, babička, ulcerace, stp. erysipelech

SA: absolvent zvláštní školy, nevyučen, pracuje 10 let jako ošetrovatel exotických zvířat na soukromé farmě, svobodný, žije s rodiči a bratrem v rodinném domě

KA: alkohol nepije, nekouří

FA: Pentomer 400mg 1-0-1, Glyvenol 1-0-1, Anopyrin 100mg 1-0-0

AA: lanolin

Problémy vznikly v 11 letech, podezření na pyodermický proces. Pacient je sledován v kožní ambulanci, v roce 1994 vzniká oděrka na vnitřním kotníku při pádu z kola, pacient v péči primáře MUDr. Šternberského CSc., léčen antibiotiky, postupně se vytváří defekt. Pro malou odezvu na lokální i celkovou léčbu odeslán v lednu 1995 na dětskou kliniku do FN Olomouc k došetření společně se svým homozygotním dvojčetem, u kterého se objevuje počínající defekt na pravé dolní končetině v oblasti kotníku. Je zvažována genetická metabolická vada u obou sourozenců, proto v květnu 1996 odeslána krev obou bratří do Itálie na vyšetření s podezřením na defekt prolidázy. Tato vada nebyla jednoznačně prokázána.

V roce 1997 pacient hospitalizován na kožním oddělení ve FN Olomouc s diagnózou ulcus cruris I. dx. nejasné etiologie. Dle zdravotní dokumentace pacienta je opakovaně hospitalizován na kožním oddělení ve Zlíně v roce 2000, 2001, 2005, 2007, 2008, 2010, 2011. V období mezi hospitalizacemi prováděny dlouhodobě převazy v kožní ambulanci. Na defekt lokálně aplikováno klasické krytí, které je v posledních letech nahrazeno metodou vlhkého hojení. Do celkové léčby velmi často nasazeny antibiotika dle stěru z defektu, kde opakovaně *Morganela morganeli*, *stafylococcus aureus*, *pseudomonáda aerug.*. V průběhu hospitalizací dochází ke zmenšení defektů, v posledních letech je pozorován velmi dobrý efekt při aplikaci moderního krytí. Pacient je edukován o správné aplikaci krytí a přiložení komprese elastickými obinadly.

Průběh hospitalizace na kožním oddělení: 25. 11. – 16. 12. 2011

Pacient odeslán obvodním lékařem pro povrchovou flebitidu v průběhu VSM I. dx. a ulcus cruris I. sin. Hospitalizace probíhala bez komplikací, pacientovi nasazena ATB po dobu 14

dnů: Amoksiklav 625 mg., po 3 dnech dávku snížena na 375 mg - 3×denně dle stěru z defektu, kde zjištěn *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*. K vyloučení flebotrombózy provedena duplexní sonografie, která obstrukci žil DKK vyloučila, popsána CHŽI CEAP kl. 6. Do terapie zaveden Fraxiparin 0,4 ml 1×denně, po 10 dnech nahrazen Anopyrinem 100mg. Celkově pacient užívá Pentomer 400mg 1-0-1, Glyvenol 1-0-1, při bolesti Surgam 1-0-1. Na erytém pravého stehna aplikován Viatromb spray.

Průběh převazů na kožním oddělení od 25. 11. – 15. 12. 2011

Fotodokumentace defektu je pořizována od 30. 11. tj. 5. den hospitalizace.

25. 11. – 30. 11

Fáze exudativní

Velikost rány: 3,5×1,5 cm, spodina rány povleklá, okolí zarudlé, okraje naválité, obvaz prosáklý, sekrece zvýšená, mírně zapáchající. Bolest na vizuální škále bolesti určena č. 3. Ošetření: obklad: Octenisept 10 min., Iruzol + Adaptic. Převazy prováděny denně do 30. 11. 2011.



30. 11. 2011

Velikost rány: 3,5×1,5cm, spodina rány částečně žlutě povleklá, defekt ohraničený, okraje rány hladké, okolí mírně zarudlé. Sekrece serózní, střední, bez zápachu. Bolestivost mírná, jen po převazu. Ošetření: obklad Octenisept na 10 min., Suprasorb Ag. Převaz rány po 3 dnech.

Obr. č. 14 fáze exsudativní - kazuistika č. 2

Fáze granulační

Obr. č. 15 fáze granulační - kazuistika č. 2

6. 12. 2011

Velikost rány: 2 cm×1 cm, spodina čistá, granulující, rána ohraničená, okolí klidné. Sekrece serózní, střední, bez zápachu. Bolesťivost neudává. Ošetření: obklad Octenisept 10 min., Suprasorb Ag. Převoz co 3 dny.



Obr. č. 16 fáze granulační - kazuistika č. 2

12. 12. 2011

Velikost rány: 1,5×1cm, spodina čistá, granulující, rána ohraničená, okraje mírně naválitě, okolí klidné. Sekrece minimální, bez zápachu. Bolesť není. Ošetření: obklad Octenisept na 10 min., Suprasorb PHNB. Převoz po 3 dnech.

Fáze epitelizační

Obr. č. 17 fáze epitelizační - kazuistika č. 2

15. 12. 2011

Velikost rány: 1,5×1 cm, spodina čistá granulující, z okrajů navozena epitelizace, okolí klidné, sekrece mírná, bez zápachu, bez bolesti. Ošetření: obklad ctenisept 10 min., Mepilex Ag. Převoz 1× za 5 dnů. Pacient propuštěn do domácí péče. Kontrola v kožní ambulanci za měsíc. Při potížích dříve.



Obr. č. 18 fáze granulační - kazuistika č. 2

10. 2. 2012 – kontrola v kožní ambulanci

Velikost: výrazné zvětšení 5×2 cm, spodina čistá, granulující, ale neepitelizující., okolí klidné, mírná serózní sekrece. Bolestivost není. Ošetření: obklad Octenisept, Atrauman Ag. Převezky provádět po 4 dnech. Kontrola v ambulanci za měsíc.



Obr. č. 19 fáze granulační - kazuistika č. 2

16. 3. 2012 – kontrola v kožní ambulanci

Velikost: 4,5×2 cm, spodina čistá, granulující, stále však nenastala epitelizace. Okolí klidné, sekrece mírná, serózní, bez zápachu. Bolestivost neudávána. Ošetření: obklad Octenisept 10 min., Mepilex. Převezky provádět po 5 dnech. Kontrola v kožní ambulanci za měsíc.



Obr. č. 20 fáze granulační - kazuistika č. 2

13. 4. 2012 – kontrola v kožní ambulanci

Velikost: 4,5×3 cm, spodina čistá, granulující, bez známek epitelizace, rána se zvětšila, okolí klidné, téměř bez sekrece, bez zápachu. Bolestivost není. Ošetření: obklad Octenisept 10 min., Atrauman Ag. Převezky provádět po 4 dnech. Kontrola za měsíc v kožní ambulanci.

18. 4. 2012 pacient akutně přijat k hospitalizaci na kožní oddělení pro erysipel na bérce PDK.

U pacienta pro erysipel PDK zahájena antibiotická léčba Procain G PNC i. m. 2× denně, po 6 dnech převedena na perorální podávání Zinnatu 500mg. 1- 0 – 1. Pro výraznou bolestivost PDK zaveden klidový režim. Defekt LDK na vnitřním kotníku, který pozorujeme je i nadále léčen moderním krytím.

Průběh převazů rány na vnitřním kotníku LDK za hospitalizace od 19. 4. 2012 – 11. 5. 2012.

Fotodokumentace pořízena 6. den hospitalizace. Na defekt LDK aplikován 18. 4. – Irujol mono + Adaptic, 19. 4. – Ialugen Plus, 21. 4. – Promogram.

Fáze epitelizační



24. 4. 2012 – hospitalizace kožní oddělení

Velikost: 4×2 cm, spodina čistá granulující, od okrajů navozena epitelizace. Sekrece minimální, okolí klidné, bolest neudána. Ošetření: Obklad Octenisept 10 min., Promogram, okolí zinková pasta. Převaz ordinován za 3 dny.

Obr. č. 21 fáze epitelizační - kazuistika č. 2

27. 4. 2012 – 11. 5. 2012 Defekt ve fázi epitelizace, má tendenci se zmenšovat, minimální sekrece, okolí klidné, rána nebolestivá. Ošetření: obklad Octenisept 10 min., Ialugen Plus, okolí zinková pasta. Převazy prováděny po 2 dnech.



Obr. č. 22 fáze epitelizační - kazuistika č. 2

11. 5. 2012 Ukončení hospitalizace

Velikost: 2×0,5 cm, spodina čistá epitelizující, viditelné přemostění rány, minimální sekrece, okolí klidné, bez bolesti. Ošetření: obklad Octenisept 10 min., Ialugen Plus, okolí zinková pasta.

5.3 Analýza

Pacient vícekrát hospitalizován na kožním oddělení, nyní odeslán obvodním lékařem pro podezření na povrchovou flebitidu, která byla při poslední hospitalizaci komplikovaná erysipalem. Provedena duplexní sonografie, která akutní flebotrombózu nebo povrchovou flebitidu vyloučila. Přesto do terapie zaveden Fraxiparin 0,4 ml 1×denně s.c. po dobu 10 dnů, poté nahrazen Anopyrinem 100mg. 1-0-0. K ošetření defektu zvoleno moderní krytí. Ve fázi exudativní byly převazy prováděny denně. Šestý den hospitalizace aplikován Suprasorb Ag, který převazován po 3 dnech. Po 7 převazech navozena fáze granulační. Po 12 převazech od začátku hospitalizace navozena fáze epitelizační. Pacient propuštěn po 20 dnech hospitalizace do domácí péče s defektem o velikosti 1,5×1 cm. Pacient si v domácím prostředí převazuje defekty sám. Opakovaně edukován o správné aplikaci krytí na ránu a přiložení kompresivního obvazu. Pacient uvádí, že převazy dělá dle doporučení ambulantních sester a kompresivní obvaz má celý den. Nelze však ověřit. Podle sdělení sester z kožní ambulance je aplikace krytí provedena správně, nicméně jsou rezervy v oblasti hygieny DKK. Pacient dochází na kontrolu po propuštění téměř za 2 měsíce z důvodu respiračního onemocnění v měsíci lednu r. 2012. Defekt je čistý, ale výrazně zvětšený o velikosti 5×2 cm, epitelizace není přítomna. Lokálně naordinováno moderní krytí Atrauman Ag. Pacientovi doporučeno pokračovat v převazech po 4 dnech, méně zatěžovat dolní končetinu a důsledně provádět přiložení kompresivního obvazu. Při další kontrole defekt menší o velikosti 4,5×2 cm, ale stále se nedaří navodit epitelizaci. Naordinován Mepilex, který

doporučen převazovat po 5 dnech. Kontrola dne 13. 4. 2012 ukázala mírné zvětšení rány, velikost 4,5×3 cm, spodina je čistá, ale fáze epitelizace stále nenastala. Naordinován opět Atrauman Ag, převazy doporučeny provádět po 4 dnech.

V 4/2012 dochází ke 2. akutní hospitalizaci na kožním oddělení v průběhu pozorování pro rozsáhlý erysipel na bérce PDK. Erysipel při antibiotické a lokální léčbě (Polysan) ustupuje, zároveň se daří s úspěchem léčit i pozorovaný defekt na LDK, pokračovali jsme ve fotodokumentaci bércevého vředu. Při propuštění 11. 5. 2012 (24. den hospitalizace) je defekt na vnitřním kotníku LDK při lokální léčbě moderním krytím výrazně zmenšen na velikost 2×0,5 cm.

Tabulka č. 22: Počet převazů v jednotlivých fázích hojení v období v 1. hospitalizace na kožním oddělení

Fáze hojení	Počet převazů kazuistika č. 1 Klasické krytí	Počet převazů v kazuistice č. 2 Moderní krytí
Exudativní	9	7
granulační	4	4
epitelizační	3	1
celkem	16	12

5.4 Náklady na léčbu defektu kazuistiky č. 1 a kazuistiky č. 2 v průběhu 1. hospitalizace na kožním oddělení.

Tabulka č. 23: Náklady na lokální léčbu u kazuistiky č. 1 – 23 dnů hospitalizace

Krycí materiál		Cena
	Borová voda 10 ml (16×)	14,40 Kč
	Borargentová mast 3g (10×)	35 Kč
	Gentamicin 80 mg - 1 amp. (10×)	69 Kč
	DBP 1g (16×)	14,40 Kč
Sekundární krytí	Komprese z gázy sterilní 7,5×7,5 cm (16×4)	131,20 Kč
	Zetuvit 10×10 cm (16×)	132,80 Kč
Fixace	Obinadlo Fixa crep 10×4 cm (16×)	48 Kč
	Transpore leukoplast 2,5×10 cm (16×)	8 Kč
	Obinadlo elastické Linkideal 10×5 cm (16×)	195,20 Kč
Ostatní pomůcky	Podložka Molinea zelená 60×40 cm (16×)	70 Kč
	Sterilní stříkačka 10 ml (16×)	14,40 Kč
	Jednorázové nesterilní rukavice - pár (16×)	22,40 Kč
	Sterilní pinzeta v lukasteriku (16×)	112 Kč
	Sterilní nůžky v lukasteriku (16×)	112 Kč
Počet převazů za hospitalizaci	16	
Náklady celkem		978,80 Kč

Tabulka č. 24: Náklady na lokální léčbu u kazuistiky č. 2 – 20 dnů hospitalizace

Krycí materiál		Cena
	Octenisept roztok 10 ml (12×)	126,24 Kč
	Iruxol mono 1g (5×)	52,50 Kč
	Adaptic 7,6×7 cm (5×)	80 Kč
	Suprasorb Ag 10×10 cm (4×)	376 Kč
	Suprasorb PHMB 14×20 cm (1×1/2)	153,50 Kč
	Mepilex Ag 10×10 cm (1×)	154,60 Kč
Sekundární krytí	Komprese z gázy, sterilní 7,5×7,5 cm (12×2)	49,20Kč
Fixace	Obinadlo Fixa crep 10×4 cm (12×)	36,60 Kč
	Transpore leukoplast 2,5×10 cm (12×)	6 Kč
	Obinadlo elastické Lenkideal 10cm×5m (12×)	146,40 Kč
Ostatní pomůcky	Podložka Molinea zelená 60×40 cm (12×)	51,60 Kč
	Sterilní stříkačka 10 ml (12×)	10,80 Kč
	Jednorázové nesterilní rukavice - pár (12×)	16,80 Kč
	Sterilní pinzeta v lukasteriku (12×)	84 Kč
	Sterilní nůžky v lukasteriku (12×)	84 Kč
Počet převazů za hospitalizaci	12	
Náklady celkem		1429 Kč

5.5 Závěr kazuistik

Na začátku pozorování jsme sledovali dva bércové vředy u homozygotních dvojčat, téměř shodné velikosti, stejné délky vzniku, ale různé příčiny. U kazuistiky č. 1 bércový vřed vznikl po úraze (úderu), u kazuistiky č. 2 je etiologie vzniku nejasná. V průběhu pozorování léčba defektu v 1. kazuistice proběhla bez komplikací. Byla použita lokální léčba klasickým krytím, která dobře reagovala na všechny fáze hojení rány po celou dobu hospitalizace v délce 23 dnů. V domácí péči se fáze epitelizace zpomalila, proto máme podezření na přetěžování DKK. Na defekt bylo ordinováno klasické krytí a kontroly v kožní ambulanci byly plánovány po 14 dnech. Celková doba léčby od počátku vzniku rány do uzavření defektu byla 44 dnů. Domníváme se, že délka léčby mohla být zkrácena, kdyby pacient dodržoval režimová opatření, zejména sníženou pohybovou aktivitu bez zatěžování dolních končetin. Z tohoto důvodu byla pacientovi ponechána dočasná pracovní neschopnost na celou dobu hojení bércového vředu. Druhá kazuistika byla již od počátku provázena komplikací (flebitidou), ke které se v závěru pozorování přidala další komplikace v podobě akutní infekce erysipalem. Za 1. hospitalizace na kožním oddělení bylo k léčbě rány použito moderní krytí, které mělo dobrý hojivý efekt. Již 20. den mohl být pacient propuštěn do domácí léčby s téměř uzavřenou ránou. Při první kontrole v kožní ambulanci jsme však zjistili zvětšení rány a vymizení fáze epitelizace, které přisuzujeme opět nedodržení režimového opatření, jako u kazuistiky č. 1 a to hlavně v oblasti přetěžování DKK. Bércový vřed u 2. kazuistiky je v kožní ambulanci pozorován 4 měsíce od ukončení 1. hospitalizace. Po celou tuto dobu se nedaří navodit v rané fázi epitelizace. Průběh léčby je narušen akutní infekcí PDK, kde vzniká rozsáhlý erysipel a pacient je přijat ke 2. hospitalizaci na lůžkovou část kožního oddělení. Za hospitalizace se pokračuje v lokální léčbě bércového vředu moderním krytím, na které spodina rány rychle reaguje. Od okrajů rány je navozena fáze epitelizace, defekt se zmenšuje. Za 23 dní hospitalizace se bércový vřed zmenšil z velikosti 4,5×3 cm na velikost 2×0,5 cm s přemostěním defektu. Domníváme se, že za rychlým nástupem epitelizace je nejenom komplexní léčba a použití moderních krycích materiálů, ale především dodržování režimového, v tomto případě dodržování klidového režimu. Na závěr kazuistik předkládáme pro posouzení ekonomické shrnutí nákladů na ošetření bércového vředu klasickou metodou a metodou vlhkého hojení za období 1. hospitalizace obou respondentů na kožním oddělení. Z vypracovaných tabulek č. 23 a 24 vyplývá, že ekonomicky náročnější jsou převazy moderním krytím. Je to dáno výběrem a cenou zvoleného krytí. Cena sekundárního krytí, fixace a pomůcek k převazu je téměř stejná, liší

se jen navýšením počtem převazů, které jsou u kazuistiky č. 1 vyšší. Domníváme se však, že klasické krytí u pacienta s komplikacemi (kazuistika č. 2) by neúčinkovala tak dobře, jako moderní krytí a počet převazů by se navýšil.

6 DISKUZE

V předkládané bakalářské práci jsme se v prvním cíli zabývali ve dvou kazuistikách sledováním, posouzením a vyhodnocením účinku moderního a klasického krytí v jednotlivých fázích hojení bércového vředu. Z analýzy výsledků pozorování vyplývá, že moderní krycí materiál je účinnější ve všech fázích hojení chronické rány než materiál klasický. Tento závěr pozorování se shoduje i s výsledky šetření I. Radecké (2006, online) uvedené v její bakalářské práci, kde popisuje, že chronické rány léčené moderním krytím se rychleji hojí než rány ošetřované klasickým krytím. V konečném důsledku však musíme konstatovat, že i léčba klasickým krytím u kazuistiky č. 1 měla velmi dobrý efekt a délka hojení a počet převazů nijak výrazně nepřevyšovala délku hojení a množství převazů udávaných u kazuistiky č. 2. Bércový vřed u kazuistiky č. 1 se za 23 dnů léčby klasickým krytím zmenšil z velikosti 4×3 cm a 2×1,5 cm na velikost 2,5×2 cm a 0,5×0,3 cm. Při léčbě moderním krytím se bércový vřed v kazuistice č. 2 zmenšil z 3,5×1,5 cm na velikost 1,5×1,5 cm a to za 20 dnů léčby. Toto porovnání vychází jen za období hospitalizace na kožním oddělení. Zatímco chronická rána ošetřovaná klasickým krytím v kazuistice č. 1 se za 44 dnů léčby zcela zhojila, bércový vřed v kazuistice č. 2, který byl léčen moderním krytím, se po propuštění z nemocnice v domácí péči zhoršil a léčba se prodloužila téměř na 5 měsíců. Vzhledem k tomu, že hojení bércového vředu v kazuistice č. 2 stagnovalo, domníváme se, že tento stav nebyl způsoben volbou krytí, ale spíše vnějšími vlivy a prodělanými infekcemi. Vlhová (2009, s. 230–232) udává, že při dlouhodobé stagnaci v léčbě bércového vředu je nutné uvažovat o problémech v celkovém stavu pacienta. Zmiňuje zkušenosti ze svého pracoviště, kdy volba krytí pod kompresivním obvazem v některých případech v podstatě neovlivňuje hojení rány. Myslíme si, že to je případ i naší kazuistiky č. 2. Jistou komplikací u obou respondentů může být i podezření na genetickou metabolickou vadu, defekt prolidázy, která se vyšetřovala v dětství a nebyla nikdy jednoznačně prokázána ani vyloučena. Nyní se toto vyšetření v ČR neprovádí a testování v zahraničí by bylo velmi finančně nákladné. Druhým cílem v naší práci bylo zjistit, zda jsou pacienti kožní ambulance KNTB, a. s. ve Zlíně ochotni se finančně podílet na komplexní léčbě bércového vředu. Na dotazníkové šetření odpovídalo 30 žen a 20 mužů různých věkových kategorií. Nejpočetnější skupina byla v kategorii 50–70 let, nejstarší 80 a více let. Zajímavým výsledkem bylo, že bércový vřed mělo 9 respondentů v délce 5–15 let a 10 respondentů dokonce 20 a více let. U 36 respondentů vznikl bércový vřed opakovaně. Překvapivým výsledkem u daného cíle je zjištění, že 44 respondentů tj. 88 % je ochotno si připlácet na komplexní léčbu bércového

vředu. Nejvíce 68,2 % respondentů bylo ochotno připlatit 150 Kč, 1× za měsíc. 11 respondentů (25 %) dokonce 250 Kč, 1× za měsíc. 6 respondentů není ochotno připlácet na komplexní léčbu bér cového vředu, protože má nedostatek finančních prostředků a zároveň se domnívají, že zdravotní pojišťovna by tuto léčbu měla zcela hradit. Třetím cílem naší práce bylo zjistit, jaké materiály se nejčastěji používají k lokálnímu ošetření bér cových vředů v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně. Z výsledků dotazníkového šetření jsme došli k závěru, že nejčastějším klasickým materiálem používaným k ošetření bér cového vředu je Borargentová mast a Mikulicz mast. Dále jsme zjistili pozitivní výsledek, že v kožní ambulanci se nepoužívá klasický prostředek Višněvski, který je stále oblíbeným krycím materiálem na mnoha chirurgických odděleních. Z moderních krycích materiálů se v kožní ambulanci nejčastěji používají Iru xol mono a Ialugen Plus. Již podstatně méně respondentů uvedlo další moderní krycí materiály např.: Actisorb Plus, Bactigras, Mepilex, Mepilex Ag. 6 respondentů neví, jaké materiály se používají na ošetření jejich bér cového vředu. Předpokládáme, že neznalost názvů aplikovaných materiálů na jejich ránu pramení z velkého množství těchto prostředků a z vyššího věku respondentů. Pokud by respondenti měli možnost si sami vybrat krycí materiál, 73 % by se rozhodlo pro moderní krytí z důvodu jednodušší manipulace a hlavně se domnívají, že tento krycí materiál má lepší léčebný efekt. V dotazníkovém šetření jsme se zaměřili i na zjištění nejčastěji používaného oplachového roztoku na bér cové vředy v kožní ambulanci. Respondenti jednoznačně označili roztok Octenisept, druhým často používaným roztokem byla označena Borová voda.

7 ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsme nastínili historii kožního oddělení, vznik kožní ambulance v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a připomněli jsme používání klasických krycích materiálů v 70–90 letech minulého století. Historií nemocnice se velmi podrobně a zajímavě již dlouhá léta zabývá bývalý primář oddělení nukleární medicíny v KNTB, a. s. MUDr. Jiří Bakala, který k 80. výročí vzniku Baťovi nemocnice vydal publikaci o historii Baťovi nemocnice s názvem „Baťova nemocnice ve Zlíně 1927 – 2002“. V praktické části jsme hledali odpovědi na tři dané cíle. Prvním cílem bylo zjistit účinek moderního a klasického krytí na jednotlivé fáze hojení bércového vředu. Dospěli jsme k závěru, že moderní krytí má rychlejší účinek na fáze hojení než krytí klasické. Jak se ukázalo v kazuistice č. 2, je důležité postupovat v léčbě bércového vředu komplexně. I když byl bércový vřed v kazuistice č. 2 léčen moderním krytím, nedařilo se nám jej uzavřít v tak krátkém období, jako bércový vřed v kazuistice č. 1, který byl léčen klasickým krytím.

Návrh řešení: Kauzální terapie, která je zaměřena na odstranění nebo omezení základní příčiny a rizikových faktorů defektu. U vředů žilní etiologie má největší význam kompresivní terapie. Z dalších opatření je to opět redukce váhy, korekce ortopedických vad, cvičení DK, sprchování a hygiena kůže. U nemocných s metabolickými chorobami je navíc nutná i korekce glykemie a plasmatických lipidů. Dále je nutné si uvědomit, že neléčíme jen „bércový vřed“, ale celého člověka. Proto je nutné zajistit optimálně složenou energeticky bohatou výživu s dostatkem vitamínů, stopových prvků, bílkovin a tekutin. Nutné je pacienta správně edukovat o dodržování klidového režimu v průběhu léčby bércového vředu. V pracovním procesu nepřetržitě přiložení kompresivního obvazu a snaha o co nejmenší zatěžování postižené končetiny. Vzhledem k opakovaným streptokokovým infekcím doporučujeme zaměřit se na důslednou léčbu infekce.

Druhým cílem jsme chtěli zjistit ochotu respondentů finančně se podílet na komplexní léčbě bércového vředu. Překvapivě vysoký počet respondentů (44 z 50 oslovených) je ochotno si připlácet na léčbu bércového vředu. Myslíme si, že takto vysoké číslo je důsledkem toho, že většina respondentů si už nyní sama platí materiály k ošetření bércového vředu např.: sekundární krytí, elastická obinadla, některé léky nebo potravinové doplňky.

Návrh řešení: informovat lékaře v kožní ambulanci o ochotě pacientů finančně se podílet na léčbě. Lékaři by měli sami navrhnout a doporučit respondentům takové prostředky, ma-

teriály a léky, které by v co nejkratší době napomohly ke zhojení defektu, nebo alespoň podstatného zmenšení postižené plochy, a tím zlepšení kvality pacientova života i za takové možnosti, že se bude na této léčbě pacient finančně podílet.

Jaké materiály se nejčastěji používají k léčbě bércového vředu v kožní ambulanci KNTB, a. s. ve Zlíně jsme chtěli zjistit cílem č. 3. Respondenti si vybírali materiály ze skupiny klasického i moderního krytí. Z klasického krytí zvolili jako nejčastěji používané krytí Borargentovou mast a Mikulicz, moderní krytí bylo zastoupeno Iruxolem mono a Ialugenem Plus.

Návrh řešení: informovat lékaře z kožní ambulance KNTB, a. s. ve Zlíně o výsledcích šetření týkajících se výběru nejpoužívanějších krycích materiálů k ošetřování bércového vředu a připravit přednášku na téma, jaké jsou možnosti ve výběru moderního krytí a jaká je pořizovací cena a možnosti preskripce těchto krytí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

TOMISOVÁ, Hana, 2011. *Rozhovor se sestrou pamětnicí*.

BIELICKÝ, Tibor, 1969. *Dermatovenerologie praktického lékaře*. 2.vyd. Praha:Státní zdravotnické nakladatelství n. p.

HORÁČEK, Jaroslav, Gustav LEJHANEC a Leopold POSPÍŠIL, 1972. *Výšetřovací metody a ošetřovací techniky v dermatovenerologii*. Praha: Avicenum.

LITVIK, Radek et al.. *Omyly v léčbě bércových ulcerací*. Medical tribune. Praha: Medical Tribune CZ.s. r. o., 2006, roč. 2, č. 16, s. 19. ISSN: 1214-8911.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Hojení bércového vředu a léčba s využitím TIME modelu*. Referátový výběr z dermatovenerologie. Praha: Czechopress agency, s. r. o., 2008, roč. 50, č. 2, s. 14–22. ISSN: 1213-9106.

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Jak léčit bércový vřed efektivně*. Medical tribune. Praha: Medical Tribune CZ. s. r. o., 2008, roč. 4, č. 4, s. C7. ISSN: 1214-8911.

POSPÍŠILOVÁ, Alena, Milada FRANČŮ. *Akutní a chronické rány – etiologie, rozdíly v hojení a léčba*. Česko – slovenská dermatologie. Praha: Olympia, 2008, roč. 83, č. 5, s. 232–244. ISSN: 0009–0514.

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

STRYJA, Jan et al.. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: GEUM. ISBN: 978-80-86256-79-5.

ŽIAKOVÁ, Katarína et al..2009.*Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN: 978-80-8063-304-2.

Internetové zdroje:

Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197) platné od 1. Dubna 2011 - Harwardský systém [on-line]. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z:
<http://www.citace.com/soubory/csniso690-interpretace.pdf>.

Encyklopedie města Brna [online]. [cit. 2012-03-25.]. Dostupné z:
http://encyklopedie.brna.cz/home-mmb/?acc=profil_osobnosti&load=6020.

Poziční dokument EWMA: *Příprava spodiny rány* [online]. [cit. 2012-04-23]. Dostupné z:
<http://www.cslr.cz/download/priprava-spodiny-rany.pdf> .

RADECKÁ, Ivana. *Moderní materiály v léčbě kožních defektů* [online]. [cit. 2012-05-12]. 2006. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101037/lf_b/BAKALARSKA_PRACE.pdf.

VLHOVÁ, Hana. *Moderní materiály ano, ale...* Dermatologie pro praxi. Olomouc: Solen, s. r. o, 2009, roč. 3, č. 5, s. 230–232. [online]. [cit. 2012-05-14]. Dostupné z:
<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/05/03.pdf> .

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ATB	antibiotika
ČR	Česká republika
CVI	chronická venózní insuficience
DBP	Dexamethazon borová pasta
DKK	dolní končetiny
Doppler	duplexní ultrazvukové vyšetření
EEG	elektroencefalografie
FN	Fakultní nemocnice
gtt	kapky
KNTB, a. s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, akciová společnost
Kol.	kolektiv
LDK	levá dolní končetina
např.	například
PDK	pravá dolní končetina
Rp.	recept
TIME	model pro ošetřování ran
tj.	to je
ung.	ungentum
VSM - RFITT	miniflebectomie

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Primář MUDr. V. Macharáček (vpravo) se svými spolupracovníky.....	13
Obr. č. 5 Kožní ambulance – 2. Pavilon.....	14
Obr. č. 6 Kožní ambulance – čekárna.....	14
Obr. č. 7 Počítačový dermatoskop.....	15
Obr. č. 5 Přiložení pásek na spodinu vředu	17
Obr. č. 6 Přiložení zinkoklihového obvazu.....	18
Obr. č. 7 2. Fáze aplikace zinkoklihového obvazu	18
Obr. č. 8 Ukončení aplikace zinkoklihového obvazu	19
Obr. č. 9 Příprava defektu k aplikaci vlhkého obvazu.....	20
Obr. č. 10 Aplikace krytí na defekt.....	20
Obr. č. 11 Ukončení přiložení vlhkého obvazu	20
Obr. č. 12 fáze exudativní – kazuistika č. 1	52
Obr. č. 13 fáze exsudativní - kazuistika č. 1	53
Obr. č. 14 fáze granulační - kazuistika č. 1.....	53
Obr. č. 15 fáze granulační - kazuistika č. 1.....	53
Obr. č. 16 fáze epitelizační-kazuistika č. 1	54
Obr. č. 17 fáze epitelizační - kazuistika č. 1	54
Obr. č. 18 fáze exsudativní - kazuistika č. 2	57
Obr. č. 19 fáze granulační - kazuistika č. 2.....	58
Obr. č. 20 fáze granulační - kazuistika č. 2.....	58
Obr. č. 21 fáze epitelizační - kazuistika č. 2	58
Obr. č. 22 fáze granulační - kazuistika č. 2.....	59
Obr. č. 23 fáze granulační - kazuistika č. 2.....	59
Obr. č. 24 fáze granulační - kazuistika č. 2.....	59
Obr. č. 25 fáze epitelizační - kazuistika č. 2	60
Obr. č. 26 fáze epitelizační - kazuistika č. 2	61

Zdroj obrázků:

Obr. č. 1 - archiv kožního oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně

Obr. č. 2, 3, 4, 5 – archiv Tomisová Hana

Obrázky č. 6–12 – HORÁČEK a kol., 1972. *Vyšetřovací metody a ošetrovací techniky v dermatovenerologii*. Praha: Avicenum. ISBN: 08-015-72.

Obr. č. 13–27 – archiv Tomisová Hana

Požizování fotodokumentace ran bylo povoleno respondenty (příloha č. IV) a primářem kožního oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně MUDr. J. Šternberským, CSc..

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.....	30
Tabulka č. 2: Věk respondentů	31
Tabulka č. 3: Délka postižení bércovým vředem	32
Tabulka č.4: Vznik bércového vředu	33
Tabulka č. 5: Bércový vřed u respondentů postihuje.....	34
Tabulka č. 6: Informovanost respondentů o příčině vzniku vředu	35
Tabulka č. 7: Ochota respondentů připlácet si na materiály, léky	36
Tabulka č. 8: Ochota respondentů připlatit na vybrané prostředky	37
Tabulka č. 9: Ochota respondentů připlatit si na sekundární krytí – výše doplatku.....	38
Tabulka č. 10: Ochota respondentů připlatit si na moderní krycí materiál.....	39
Tabulka č. 11: Důvody respondentů nepřiplácet na léčbu	40
Tabulka č. 12: Již hrazené prostředky respondentem	41
Tabulka č 13: Cena Actisorb Plus – odhady respondentů	42
Tabulka č. 14: Nejčastěji používané prostředky k obkládání v kožní ambulanci.....	43
Tabulka č. 15: Nejčastěji používané klasické krytí k ošetření bércového vředu	44
Tabulka č. 16: Nejčastěji používané moderní krytí k ošetření bércového vředu.....	45
Tabulka č. 17: Respondenty nejčastěji používané sekundární krytí	46
Tabulka č. 18: Bércový vřed ošetřovaný respondenty	47
Tabulka č. 19: Kdo se podílí na ošetření bércového vředu respondentů	48
Tabulka č. 20: Volba krycího materiálu respondenty	49
Tabulka č. 21: Zdůvodnění volby moderního krytí respondenty.....	50
Tabulka č. 22: Počet převazů v jednotlivých fázích hojení v období v	62
Tabulka č. 23: Náklady na lokální léčbu u kazuistiky č. 1 – 23 dnů hospitalizace	63
Tabulka č. 25: Náklady na lokální léčbu u kazuistiky č. 2 – 20 dnů hospitalizace	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	30
Graf č. 2: Věk respondentů	31
Graf č. 3: Délka postižení bércovým vředem	32
Graf č. 4: Vznik bércového vředu.....	33
Graf č. 5: Bércový vřed u respondentů postihuje	34
Graf č. 6: Informovanost respondentů o příčině vzniku vředu	35
Graf č. 7: Ochota respondentů připlácet si na materiál, léky.....	36
Graf č. 8: Ochota respondentů připlatit na vybrané prostředky.....	37
Graf č. 9: Ochota respondentů připlatit si na sekundární krytí – výše doplatku.....	38
Graf č. 10: Ochota respondentů připlatit si na moderní krycí materiál – výše doplatku	39
Graf č. 11: Důvody respondentů nepřiplácet na léčbu.....	40
Graf č. 12: Již hrazené prostředky respondentem.....	41
Graf č. 13: Cena Actisorbu Plus – odhady respondentů	42
Graf č. 14: Nejčastěji používané prostředky k obkládování v kožní ambulanci	43
Graf č. 15: Nejčastěji používané klasické krytí k ošetření bércového vředu.....	44
Graf č. 16: Nejčastěji používané moderní krytí k ošetření bércového vředu	45
Graf č. 17: Respondenty nejčastěji používané sekundární krytí.....	46
Graf č. 18: Bércový vřed ošetřovaný respondenty	47
Graf č. 19: Kdo se podílí na ošetření bércového vředu respondentů.....	48
Graf č. 20: Volba krycího materiálu respondenty.....	49
Graf č. 21: Zdůvodnění volby moderního krytí respondenty	50

SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PIII Žádost o umožnění k přístupu k informacím

PIV Informovaný souhlas pacienta k účasti v rámci kvalitativního výzkumu

PŘÍLOHA I

Vážení klienti,

Jmenuji se Hana Tomisová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra ve studijním programu Ošetřovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: **Materiály používané k ošetřování bércových vředů v kožní ambulanci KNTB, a.s. ve Zlíně.**

Chci Vás tímto ujistit, že vyplnění dotazníku je anonymní a Vaše odpovědi budou použity ke studijním účelům.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Pokyny pro vyplnění: u otázek zatrhnete odpověď, pokud zatrhnete „jiná...“, prosím, doplňte na vytečkovanou část.

1. Pohlaví
 - a) žena
 - b) muž

2. Věk.....let.

3. Jak dlouho máte bércový vřed.....měsíců.....let.
 - a) Bércový vřed (otevřená forma) vznikl
 - b) poprvé
 - c) vícekrát(uveďte)
 - d) nevím

4. Bércový vřed postihuje
 - a) jednu dolní končetinu
 - b) obě dolní končetiny
 - c) nevím

5. Jaká je příčina Vašeho vředu?
 - a) žilní
 - b) tepenná
 - c) diabetická
 - d) jiná.....(uveďte)
 - e) nevím

6. Uveďte (zatrhněte) **2 roztoky**, které byly **nejčastěji** používány k vyčištění nebo k obkládání **Vašeho bércového vředu v naší kožní ambulanci**.
 Dermacyn Pronthosan Octenisept Debricasan Borová voda
 jiný roztok.....(uveďte)

7. Uveďte (zatrhněte) **3 materiály**, které byly **nejčastěji** používány při **ošetřování Vašeho bércového vředu v naší ambulanci.**

Borargentová mast Černá mast Chloramphenicolová pasta Flegmotom
 Mikulitz Tetracyklin pasta Višněvski jiné.....(uveďte)

Actisorb Plus Bactigras Bactigras Ag Bactroban mast
 Flamigel Granuflex Ialugen Plus Inadine
 Iruxol mono Mepilex Mepilex Ag Promogram
 Suprasorb TenderWet Xederma
 jiné(uveďte)
 nevím

8. Uveďte (zatrhněte) nejčastější sekundární (povrchové) krytí (**k zakrytí vašeho bércového vředu**):

- a) mulový čtverec
- b) filmové krytí (folie)
- c) Zetuvit (sací materiál)
- d) buničitá vata
- e) nevím

9. Bércový vřed si ošetřujete sám/a?

ano ne

Ad9a) Pokud jste odpověděl **ne**, kdo se podílí mimo naši kožní ambulanci na ošetření Vašeho bércového vředu?

rodina (uveďte kdo)..... přítel/kyně Agentura domácí péče
 jiné (uveďte).....

Ad9b) Pokud jste odpověděli **ano**, uveďte, který krycí materiál by jste upřednostnili, pokud by Vám lékař dal možnost volby?

- a) klasickou léčbu (masti, pasty)
- b) moderní krycí materiály
- c) nevím

10. Pokud jste si zvolili moderní krycí materiály, zatrhněte, z jakého důvodu jste si je vybrali:

- a) snáze se s nimi pracuje při ošetřování bércového vředu
- b) jejich odstranění ze spodiny vředu je rychlejší a méně bolestivé
- c) doba převazu se zkrátila
- d) mají lepší léčebný efekt
- e) jiné (uveďte).....

11. Jste ochotni si připlatit na moderní prostředky, materiály, léky pokud je již vyčerpán limit hrazený zdravotní pojišťovnou?

ano ne

12. Pokud **ano**, zatrhněte, za které prostředky by jste byli ochotni si připlatit:
- moderní krycí materiály k hojení ran
 - léky, zlepšující prokrvení dolních končetin
 - výživu (tekutou nutriční stravu – např. Nutridrink, Cubitan)
 - kompresivní přístrojovou terapii – pneuwen
 - biostimulační lampu
 - enzymatickou terapii – např. Wobenzym
 - sekundární krytí ran (obinadla, mulové čtverečky, sací materiál)
 - jiné, doplňte.....
13. Do jaké výše jste ochotni si připlatit na tzv. sekundární obvazový materiál? (mulová obinadla, čtverce, sací materiál)
- 100 Kč (1× za měsíc)
 - 150 Kč (1× za měsíc)
 - 250 Kč (1× za měsíc)
 - jiná částka (uveďte).....
14. Do jaké výše jste ochotni si připlácet na moderní krycí materiál?
- 150 Kč (1× za měsíc)
 - 250 Kč (1× za měsíc)
 - 300 Kč (1× za měsíc)
 - jiná částka (uveďte).....
15. Pokud jste si již někdy připláceli, zatrhněte, prosím, na co:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> moderní krycí materiál na spodinu vředu | <input type="checkbox"/> léky | <input type="checkbox"/> mulové čtverce |
| <input type="checkbox"/> mulová obinadla | <input type="checkbox"/> elastická obinadla | <input type="checkbox"/> jiné.....(uveďte) |
16. Víte, jaká je cena jednoho balení moderního krycího přípravku s aktivním uhlím- Actisorb Plus ?
- 50 Kč
 - 100 Kč
 - 180 Kč
 - nevím
17. Kdo by měl, podle Vás, léčbu bércevého vředu hradit?
- zcela zdravotní pojišťovna
 - plně pacient
 - částečně by se měl podílet i pacient
 - nevím
18. Pokud nejste ochotni připlácet si na léčbu bércevého vředu, uveďte důvody:
- domnívám se, že zdravotní pojištění by mělo pokrýt léčbu
 - nedostatek finančních prostředků
 - z principu
 - doplňte jiné důvody.....

PŘÍLOHA II

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

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

Jméno a příjmení studenta	Hana Tomisová
Téma bakalářské práce	Materiály používané k ošetřování bércových vředů v kožní ambulanci KNTB,a.s. ve Zlíně
Skupina respondentů	Pacienti registrovaní v kožní ambulanci KNTB,a.s. ve Zlíně
Pracoviště	KNTB,a.s. Kožní ambulance

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17.2.2012


UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
780 01 ZLÍN



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

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600
782 75 Zlín (9)




82 Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
001 Zlín
164 Havlíčkovo náměstí 600, tel. 577 551 111
Kožní oddělení
Iššková část


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA III

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

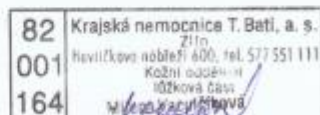
Jméno a příjmení studenta	Hana Tomisová
Téma bakalářské práce	Materiály používané k ošetřování bércových vředů v kožní ambulanci KNTB,a.s. ve Zlíně
Pracoviště	KNTB,a.s. Zlín, Kožní ambulance

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17.2.2012




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



Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA IV

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA K ÚČASTI V RÁMCI KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum: KASUISTIKA

V rámci bakalářské práce na téma: „Materiály používané k ošetřování bér-cových vředů v kožní ambulanci KNTB, a.s. ve Zlíně“.

Účel výzkumu: bakalářká práce ve studijním programu: Ošetřovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Zadavatel výzkumu: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav ošetřovatelství

Výzkum provádí: Hana Tomisová

Výzkum probíhá se souhlasem Mgr. Bc. Pavla Kudlové, PhD., odb. as. Ústavu ošetřovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně - konzultantky bakalářské práce

Informace o kvalitativní metodě - kasuistice - případové metodě

Kasuistika je podrobná studie jedné osoby. Je to souhrnný popis jednotlivých chorobných případů s údaji od začátku, vyvojem a průběhem poruchy nebo onemocnění, případně okolností, které mohli vývoj nebo současný stav ovlivnit.

V rámci kasuistiky s Vámi povedeme rozhovor za účelem získání informací, které by nám mohly osvětlit Vaši současnou situaci, povedeme rozhovor s Vaším ošetřujícím personálem, popř. rodinnými příslušníky. Budeme analyzovat data z Vaší zdravotnické dokumentace, budeme dokumentovat vývoj defektu na dolní končetině.

Nášim cílem je zmapovat účinek moderního krytí a klasického krytí v jednotlivých fázích hojení bér-cového vředu.

Vaše účast ve studii je pro nás proto velmi důležitá a nesmírně si jí vážíme. V rámci převazů budou pořizovány snímky postižených končetin, abychom zdokumentovali proces hojení.

Všechny údaje, které budou od Vás získány, podléhají mlčenlivosti, tj. nebudou bez Vašeho písemného souhlasu dány k dispozici nezdravotníkům. Pokud budou přednášeny nebo publikovány, tak jen pod kódovým označením. Výsledky však musejí být uvolněny pro etickou komisi resp. i pro jiné kontrolní orgány. Jinými slovy, absolutní důvěrnost informací nelze zaručit.

Pokud se rozhodnete se tohoto výzkumu zúčastnit, máte právo svoji účast ve výzkumu kdykoli přerušit a nemusíte sdělit důvod svého rozhodnutí.

Souhlas pacienta

Seznámil/a jsem se s informacemi a se svým zařazením do výzkumu souhlasím.

Ve Zlíně dne:

Jméno pacienta:.....Podpis:.....

Jméno svědka:.....Podpis:.....

Jméno zodpovědného vedoucího:.....Podpis: