

Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Bakalářská práce

Studijní program:

B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor:

Všeobecná sestra

Autor práce:

Tereza Pokorná

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Novotná, DiS.

Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing

Jméno a příjmení: **Tereza Pokorná**
Osobní číslo: D18000081
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2020/2021**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Popsat hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.
- 2) Zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

V současné době je posuzování stavu pacienta nedílnou součástí práce všeobecné sestry. Cílem používání hodnotících škál je objektivní vyhodnocení a uspořádání údajů v dokumentaci o pacientovi, které poskytnou zpětnou vazbu pro nastavení vhodné ošetrovatelské péče. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Popisný cíl
- 2) Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.
 - 2a) Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové.
 - 2b) Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance.
 - 2c) Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě provedení předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník

Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2016. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2016.

Místo a čas realizace výzkumu:

Vybrané nemocnice (interní a chirurgická oddělení)

Leden 2021 – únor 2021

Vzorek:

Všeobecné sestry pracující ve směnném provozu, počet: 70.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50 – 70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BEHRENS, Johann. 2016. *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegenpraxis und Versorgungsforschung*. 4th ed. Praha: Hogrefe. ISBN 978-3-456-95463-9.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.
- HLINKOVÁ, Edita et al. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.
- KOUTNÁ, Markéta et al. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- MAZALOVÁ, Lenka. 2016. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5085-8.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PODRAZILOVÁ, Petra et al. 2016. *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.
- STRYJA, Jan et al. 2016. *Repetitorium hojení ran II*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Novotná, DiS.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2020

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2021

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

27. dubna 2021

Tereza Pokorná

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Aleně Novotné, DiS. za její odborné vedení, podnětné rady, poskytnuté informace, a zvláště za její cenný čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala vedoucím pracovníkům nemocnic v Libereckém kraji, kteří mi umožnili provádět výzkum na jejich odděleních a sestřám podílejících se na samotném výzkumu.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Tereza Pokorná
Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce: Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Vedoucí práce: Mgr. Alena Novotná, DiS.
Počet stran: 73
Počet příloh: 10
Rok obhajoby: 2021

Anotace:

Všeobecná sestra se s ránami a jejich hodnocením setkává běžně při své práci. Je velice důležité, aby rány byly hodnoceny jednotně, objektivně a co nejpřesněji na základě vytvořených ošetrovatelských postupů z ověřených výzkumů. Teoretická část popisuje rozdělení ran podle různých příčin jejich vzniku, uvádí způsoby hodnocení ran hodnotícími škálami podle Evidence Based Nursing a jejich hojení. Výzkumná část je rozborem a vyhodnocením znalostí všeobecných sester z dotazníkového šetření. Výstupem závěrečné práce je článek připravený k publikaci.

Klíčová slova: všeobecná sestra, Evidence Based Nursing, rány, hodnotící škály v souvislosti s hodnocením ran

Annotation

Name and surname: Tereza Pokorná
Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies
Title: Rating scales in nursing practice according to Evidence Based Nursing
Supervisor: Mgr. Alena Novotná, DiS.
Pages: 73
Appendix: 10
Year: 2021
Annotation:

The general nurse encounters meets commonly with the wounds and their evaluation during her work. It is very important that the wounds are evaluated undividedly, objectively and as accurately as possible on the basis of established nursing procedures from verified researches. The theoretical part describes the distribution of the wounds according to various causes of their origin, presents the methods of wound evaluation using the rating scales according to Evidence Based Nursing and their healing. The research part is an analysis and evaluation of the knowledge of general nurses from a questionnaire survey. The output of the final work is an article ready for publication.

Keywords: General nurse, Evidence Based Nursing, wounds, rating scales according to evaluation of the wounds

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
1 Úvod	12
2 Teoretická část	13
2.1 Evidence Based Nursing	13
2.1.1 Zavádění ošetrovatelství založené na důkazech do praxe	14
2.2 Definice a rozdělení rány	15
2.2.1 Akutní rány	15
2.2.2 Chronické rány	16
2.3 Hodnocení ran	17
2.3.1 Klasifikace rány podle výskytu komplikací	18
2.4 Hodnotící škály v souvislosti s ošetřováním ran	19
2.4.1 Hodnotící škála dle Nortonové	19
2.4.2 Hodnotící škála dle Bradenové	20
2.4.3 Hodnotící škála dle Torrance	21
2.4.4 Hodnotící škála dle EPUAP	21
2.4.5 Hodnotící škála dle Daniela	22
2.4.6 Hodnotící škála The Wound Healing Continuum	22
2.4.7 Hodnotící škála dle Knightona	24
2.4.8 Wagnerovská klasifikace diabetických ulcerací	24
2.5 Hojení ran	25
2.5.1 Fáze hojení ran	25
2.5.2 Metody hojení ran	25
2.5.3 Débridement	26
2.5.4 Faktory hojení ran	26
2.5.5 Nehojící se rány	27
2.6 Dokumentace rány	28

3	Výzkumná část.....	29
3.1	Výzkumné cíle a předpoklady.....	29
3.2	Metodika výzkumu.....	29
3.2.1	Metoda výzkumu a metodický postup.....	30
3.3	Analýza výzkumných dat.....	30
3.4	Analýza výzkumných cílů a předpokladů.....	58
4	Diskuze	63
5	Návrh doporučení pro praxi.....	67
6	Závěr	68
	Seznam použité literatury	69
	Seznam tabulek	71
	Seznam grafů	72
	Seznam příloh	73

Seznam použitých zkratk

atd.	a tak dále
č.	číslo
EBN	Evidence Based Nursing
eds.	editoři
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel (Evropský poradní panel pro otázky dekubitů)
et al.	a kolektiv
např.	například
Obr.	obrázek
pH	záporný dekadický logaritmus koncentrace vodíkových iontů
popř.	popřípadě
s.	strana
tzv.	takzvaná
WHC	The Wound Healing Continuum

1 Úvod

Práce všeobecné sestry v současnosti obsahuje široké spektrum odborných výkonů a ošetrovatelských činností. Pracuje nejen jako jednotlivec, ale je součástí zdravotnického týmu, kde je nutné si navzájem předávat informace o zdravotním stavu pacientů.

Získané informace sestra hodnotí, určuje správnou ošetrovatelskou diagnózu a následně volí vhodný ošetrovatelský plán přesně podle potřeb pacienta. Evidence Based Nursing je praxe založená na důkazech a umožňuje na základě zpracování dat z výzkumu vytvořit jednotný a standardizovaný postup péče o pacienta, kterým se může řídit celý tým.

Konkrétním příkladem jsou hodnotící škály související s ošetřováním ran. Tyto měřicí nástroje slouží k objektivnímu hodnocení stavu pacienta a staly se součástí zdravotnické dokumentace. Pomáhají sestřím k jednotnému a ucelenému popisu ran. Hodnotící škála umí přesně definovat ránu během celého léčebného procesu. Dokáže nejen zaznamenat riziko vzniku rány, ale i možné komplikace v procesu jejího hojení. Hodnotících škál v souvislosti s ránami je celá řada. Některé popisují stav ran číselnou stupnicí, jiné pomocí barev nebo bodovacím systémem. Tato důležitá pomůcka umožňuje jednotnou komunikaci ošetrovatelského personálu, ale vyžaduje dostatečný stupeň jeho znalostí.

Cílem bakalářské práce je ověřit, zda mají všeobecné sestry dostatečné znalosti o hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran a umí je správně používat. Rozsah znalostí bude zjišťován pomocí kvantitativní metody formou nestandardizovaných dotazníků. Ve výzkumné části jsou všeobecným sestřím předkládány tři významné hodnotící škály. Jmenovitě je to hodnotící škála dle Nortonové, hodnotící škála dle Torrance a hodnotící škála The Wound Healing Continuum. V dotazníku se sestry vyjadřují k současnému používání škál v praxi a následně uvádí zdroj nabytých znalostí o škálách. Zároveň je jim umožněno projevit zájem o další vzdělávání spojené s tímto tématem, protože hodnotící škály pomáhají vzájemné spolupráci celého zdravotnického týmu při ošetřování.

2 Teoretická část

2.1 Evidence Based Nursing

Evidence Based Nursing (EBN) se překládá do českého jazyka jako ošetřovatelství založené na důkazech. „EBN je vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování v péči o jednotlivé klienty” (Friedlová, 2014, s. 20).

Uvedený proces propojuje nejlepší praxi, odborné zkušenosti sestry a potřeby pacienta. Podle této koncepce je nejlepší ta praxe, která se posuzuje na základě důkazů získaných pomocí výzkumů například z různých odborných analýz a studií. To znamená, že v návaznosti na nabytých důkazech a vyhodnocováním rozborů se vytváří ošetřovatelské postupy pro běžnou praxi. Sestra by měla být schopna ve své klinické praxi odborně a správně využít své znalosti a dovednosti k hodnocení zdravotního stavu pacienta a plnit jeho potřeby, ve kterých jsou zahrnuty i jeho očekávání a obavy (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Podle Evidence Based Nursing sestry dokážou spojit velké množství nových poznatků z teorie s technologiemi a správně je využít v praxi. Hlavním cílem je zlepšit péči o pacienty a umožnit jim co nejlepší možné ošetřování. Již během svého studia se sestry vzdělávají a připravují ke zvládnutí samostatné odborné práce i k odborné práci v týmu. Řídí se standardy jejich oddělení a současnými platnými informacemi ověřenými výzkumem (Behrens a Langer, 2016).

První zmínky o ošetřovatelství založeném na důkazech se začaly objevovat v 90. letech 20. století, kdy také vznikala první centra. Tato centra vytvářela kompendia a rady pro praxi v ošetřovatelství. Mezi ně patří například McMaster University Hamilton nebo Kanadské centrum pro ošetřovatelství založené na důkazech (Canadian Centre for Evidence Based Nursing). Již v této době se začaly formovat první myšlenky, definice a doporučení pro ošetřovatelskou praxi.

Mezi základní pilíře Evidence Based Nursing patří následující kroky: dotazování, formulace klinické otázky, vyhledání nejlepšího důkazu, kritické zhodnocení důkazů, integrace důkazů, zhodnocení výsledků praktických rozhodnutí nebo změn založených na důkazu a následné poskytování a šíření výsledků (Jarošová a Zeleníková, 2014).

2.1.1 Zavádění ošetrovatelství založené na důkazech do praxe

Zavádění principů Evidence Based Nursing do praxe musí vycházet z přesvědčení a porozumění zdravotních sester tomu, že se svými nabytými znalostmi a zvládnutím dovedností dosáhnou vyšší efektivity a kvality své práce. Sestra musí rozumět dané teorii a vědět, jak ji nejlépe aplikovat, aby se praxe založená na důkazech mohla plně využívat (Jarošová a Zeleníková, 2014). Na základě aplikace výsledků z různých analýz je sestrám umožněno vybudovat jednotný odborný jazyk, pozorovat a srovnávat efektivitu a kvalitu ošetrovatelské péče, a to i s ohledem na její ekonomické náklady. Jedním z příkladů zavádění Evidence Based Nursing do praxe jsou hodnotící škály sloužící například k ošetřování ran, hodnocení kognitivních funkcí, bolesti, nutričního stavu, soběstačnosti, stavu vědomí. Tyto škály vznikly v různých státech právě na základě výzkumů a našly uplatnění i v naší ošetrovatelské praxi.

Sestra musí dbát při zavádění důkazů do klinické praxe na aktuální specifickou klinickou situaci nemocného. Důležité je i porovnání názorů a zkušeností odborníků ve zdravotnickém týmu, zpětná vazba a nové zhodnocení dat. Sestra se zaměřuje na pacienta jako na celek (poskytuje holistickou péči) a tato péče je založena na vzájemné spolupráci obou (Jarošová et al., 2015).

Práce zdravotnických pracovníků se týká mnoha činností, jako je například zapisování do zdravotnické dokumentace, získávání anamnézy, sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí, zajišťování stálé připravenosti pracoviště, doporučování vhodných zdravotnických prostředků pro péči o chronické rány nebo stomie, poskytování preventivní, diagnostické, paliativní, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče a mnoho dalších. Veškeré činnosti jsou vymezeny vyhláškou číslo 391 z roku 2017 o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se musí řídit (Česko. Ministerstvo zdravotnictví, 2017).

Všeobecná sestra se musí celý život vzdělávat, pracovat s výsledky nových výzkumů, sledovat nové ošetrovatelské postupy a neustále rozvíjet své teoretické i praktické znalosti pro rozvoj ošetrovatelství (Plevová et al., 2018). Svou kvalifikaci získávají na vysokých a na vyšších odborných školách. Následuje pak celoživotní vzdělávání (např. certifikovanými nebo inovačními kurzy v akreditovaných zařízeních), které je součástí profesního rozvoje všeobecné sestry (Podrazilová et al., 2016).

2.2 Definice a rozdělení rány

„Rána je ztráta či porušení integrity kožního krytu (popř. sliznice) vznikající v důsledku mechanického, fyzikálního a chemického působení nebo patofyziologického procesu” (Vytejková et al., 2015, s. 199).

Existuje více způsobů dělení ran. Rány se posuzují například podle časového faktoru vzniku a hojení na **akutní** a **chronické**. Podle průběhu hojení dále dělíme rány na **per primam intentionem** a **per secundam intentionem**. Per primam intentionem znamená, že se rána hojí hned a bez dalších obtíží s hladkou jizvou. Per secundam intentionem je stádium rány, ve kterém se hojí opakovaně s komplikacemi. Může to způsobit například dehiscence, tedy nepřihojení pólu rány nebo infekce (Vytejková et al., 2015). Podle hloubky poranění jsou rány rozděleny na **povrchové**, kdy je zasažena kůže a podkoží a na **hluboké**. Zde se postižení týká hlubších vrstev.

Dělení ran podle mechanismu a příčiny vzniku popisuje další způsob rozlišování. Závisí totiž na velikosti působící síly a na předmětu, který poranění způsobí. Rána **řezná** (scissum) je způsobena ostrým předmětem, velmi bolí a krvácí. Dále rána **sečná** (sectum) se utvoří díky dopadu ostrého předmětu, proto zasáhne hlubší vrstvy a dochází k větší ztrátě tkáně. Rána **bodná** (punctum) proniká do hloubky. Ránu **střelnou** (sclopetarium) charakterizuje poranění průstřelem, projektilem, postřelem nebo zástřelem. Tupým násilím vzniká rána **tržná** (lacerum). Dalším typem rány je rána **zhmožděná** (contusum), kterou vyvolá tupý náraz. Rána **tržně-zhmožděná** (contusolacerum) vzniká kombinací rány tržné a zhmožděné. Příčinou tohoto defektu může být tupé násilí nebo tupý náraz.

Rány se také třídí podle zasažení tělních dutin na **nepenetrující** a **penetrující**, podle bakteriální kontaminace na **aseptické**, **infikované**. Podle výskytu cizích těles dělíme rány na **čisté** a **znečištěné**, podle komplikovanosti pak na **jednoduché** a **komplikované** (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019).

2.2.1 Akutní rány

Akutní rány vznikají náhle. Tyto rány jsou způsobeny traumatem například mechanicky (tržné rány, střelné rány, odřeniny, chirurgické rány). Vznik akutních ran je dále ovlivněn příčinami termickými. Mezi tyto příčiny patří popáleniny a omrzliny. Vznik akutní rány může být dále zapříčiněn vlivem chemickým. Zde dochází například

k chemickému poleptání různými kyselinami a louhy. Akutní rány se hojí v poměrně kratším časovém intervalu do šesti týdnů (Vytejková et al., 2015).

2.2.2 Chronické rány

Chronická rána se zaceluje velice pomalým způsobem a je nazývána také sekundárně se hojící ránou. Nehojí se při dobře prováděné léčbě ani po šesti až devíti týdnech odpovídajícím způsobem, což vede k předpokladu, že došlo k poruše normálního reparativního procesu (Stryja et al., 2016). Chronické rány se dělí podle příčiny na bércové vředy venózní etiologie, arteriální kožní vředy, dekubity (proleženiny), neuropatické kožní vředy, kožní vředy v terénu lymfedému, ulcerace při autoimunitních onemocněních a vaskulitidách, exulcerované maligní nádory a ulcerace vzniklé při aktinoterapii, popáleniny druhého a třetího stupně a pooperační a posttraumatické rány hojící se per secundam.

„Dekubitus je lokalizované poškození kůže a/nebo podkožní tkáň, obvykle nad kostním výčnělkem, které vzniká v důsledku tlaku nebo tlaku v kombinaci se střížným efektem” (Stryja, 2015, s. 31).

Vytvoří se účinkem tlaku na tkáň v jednom místě, tímto se zamezí prokrvení. Vznikne ischemie a dále nekróza neboli intravitální odumření tkáň. Mnohdy postihují lidi vyššího věku, popřípadě pacienty, kteří jsou imobilní. Mezi další rizikové faktory se řadí snížená pohyblivost, malnutrice, obezita a vlhké prostředí způsobené nejčastěji inkontinencí. Velké nebezpečí vzniká také tím, že má pacient přidružená onemocnění například diabetes mellitus, sepsi, poruchu vědomí nebo poruchu psychiky. Pokud je s pacientem nevhodně pohybováno, dojde k mechanickému namáhání kůže vlivem tření. U rizikových pacientů se velmi často kontrolují tzv. predilekční místa, kde kost není tolik chráněna svaly a podkožním tukem, a zároveň je polohován, aby se zabránilo dlouhodobému působení tlaku na jednom místě (Vytejková et al., 2015).

Bércové kožní vředy mají hranici hojení devět týdnů při vyhovující léčbě. Dělí se na bércové vředy arteriálního a venózního původu. U arteriálních se uzavře úplně nebo jen částečně céva aterosklerotickým plátem a krev neprotéká. Na rozdíl od venózních mají pravidelné okraje, jsou menší a okolí je většinou bez zánětu. Jejich umístění je na bérce, prstech, nártu, pod kotníkem. Léčíme je tlakovým obvazem. Venózní bércové vředy se vytvoří hromaděním krve, čímž stoupne žilní tlak a poškodí se chlopně žil

na dolních končetinách. Poznají se podle zánětu okolí rány, mokvání, změny zbarvení, ekzému. Vředy mohou být různě hluboké a způsobují velkou bolestivost. Jejich okraje jsou nepravidelné. Nejčastěji se nachází na kotníku.

Syndrom diabetické nohy je ulcerace nebo destrukce tkání postihující pacienty s onemocněním diabetes mellitus. Může být propojená s infekcí, neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin. Jestliže nedojde ke včasnému rozpoznání a léčbě, pacient je ohrožen rozlehlými vředy až gangrény. Těžké případy dále mohou vyústit v amputaci končetiny. Diabetik s vyšším rizikem syndromu diabetické nohy musí pravidelně navštěvovat podiatrické poradny, podrobit se screeningovým vyšetřením a jeho stav je kontrolován (Pokorná a Mrázová, 2012).

Nehojící se pooperační rána je chronická rána vznikající díky nevhodně provedeným převazům operační rány, nedostatečnému zamezení vstupu infekce do rány a nedostatečné léčbě rizikových faktorů, kterým je např. onemocnění diabetes mellitus (Vytejková et al., 2015).

2.3 Hodnocení ran

Ošetřovatelství prochází neustálým vývojem. Práce sestry dnes vyžaduje průběžné vzdělávání a zvyšování odbornosti. V současné době již nestačí, aby sestra sledovala jen údaje, které nařídí lékař. Musí být sama schopna odborně vyhodnocovat pacientův zdravotní stav a následná rizika. K tomuto účelu se používají různé měřicí techniky, které současně slouží k objektivnímu vyhodnocení dat, což usnadňuje práci sester a vedení záznamů o pacientech (Pokorná a Mrázová, 2012).

Běžně jsou používány k hodnocení stavu pacienta mezi lékaři a sestrami ve směnách záznamy v papírové dokumentaci nebo se informace předávají například při vizitách. V některých nemocnicích významně napomáhá hodnocení systém s elektronickou dokumentací. Hodnocení ran probíhá formou klasifikace rány, důležitost je však také třeba klást na používání hodnotících škál k přesnému popisu aktuálního stavu rány. Pro účinnou léčbu rány je třeba nejen zvolit vhodný postup léčby na začátku, ale průběžně ji odborně posuzovat a hodnotit.

Klasifikace rány podle výskytu komplikací se zaměřuje na přesný popis umístění, hloubky, velikosti, zápachu, okolí rány, bolesti pacienta a exsudátu.

Hodnotící škály slouží sestřím k objektivnímu hodnocení ran, a tak pomáhají zkvalitnit péči o pacienta a individuální přístup k němu. Aby sestry mohly správně využívat hodnotící škály k hodnocení ran, musí dobře znát teorii, mít komunikační dovednosti, pozorovací schopnosti a zkušenosti. Pokud jsou výše uvedená kritéria splněna, hodnotící škály jsou velkým přínosem pro přehledné a jednotné záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Tím je docíleno zřetelnější komunikace mezi sestrami, a to směřuje k usnadnění jejich spolupráce (Bužgová a Sikorová, eds., 2016). Hodnotící škály se používají v ošetrovatelské péči od poloviny 20. století, v Čechách až od konce minulého století (80.-90. léta) s rozvojem moderního ošetrovatelství. Mohou být upravovány podle potřeb jednotlivých zdravotnických oddělení (Vytečková et al., 2015).

2.3.1 Klasifikace rány podle výskytu komplikací

U rány se hodnotí její **umístění**. Aby byla rána co nejpřesněji lokalizována, využívají se takzvané tělesné mapy ve tvaru lidské postavy. Do té se vyznačí místo rány. V případě, že je ran více, slouží číselný popis pro lepší přehlednost. Ke zjištění **hloubky** rány se používá sterilní nástroj zvaný pátradlo nebo peán. Tyto chirurgické nástroje nejsou ostré. Ponoří se do rány až k její spodině. Pro zjištění délky se přiloží papírové pravítko a odměří se vzdálenost od spodiny k povrchu kůže.

Velikost rány se zkoumá papírovými pravítky a zapisujeme v centimetrech nebo milimetrech (Pokorná, 2012). Sleduje se také **zápach** rány. Může znamenat přítomnost infekce, nedostatečné hojení, dehiscenci, odumření tkáně i maceraci. Dále je hodnoceno **okolí** rány. Posuzuje se okolí ohraničené, neohraničené, zdravé, macerované, ekzematózní, zarudlé (erytematózní) a oteklé (edematózní).

U pacientů s jakýmkoliv ránami se vždy sestra musí ptát na **bolest**. K tomu se používá vizuální analogová škála, která umožňuje objektivní hodnocení bolesti. Podstatný je rovněž charakter bolesti. Akutní rány jsou doprovázeny intenzivní bolestí, a naopak chronické hluboké rány stálou a tupou bolestí. Intenzitu bolesti může ovlivnit pohyb pacienta, převaz. Zhoršování bolesti může ukazovat na možnou infekci, serom.

Rány akutní i chronické produkují **exsudát** (sekret). Nazývají se rány secernující. V malém množství může mít exsudát pro ránu hojivé účinky, protože vlhko ještě například s jinými léčivými prostředky podporuje hojení. Skládá se z živin, bílých krvinek a energie. Pokud je v exsudátu obsažen hnis nebo se tvoří ve velkém množství,

může komplikovat hojení rány. Zkoumá se rovněž množství exsudátu např. v drenážním systému nebo v obvazu, do kterého je sekret zachycen. Typy sekretu se rozdělují na serózní, serosangvinózní, sangvinolentní a purulentní (Vytejková et al., 2015).

2.4 Hodnotící škály v souvislosti s ošetřováním ran

Hodnotící škály provází celý ošetřovatelský proces léčby rány. Tyto měřicí nástroje dokáží hodnotit míru rizika vzniku rány, posoudit stav rány a vystihnout, jak se rána hojí. Hodnotících škál je celá řada, významně přispívají k jednotnému posouzení ran akutních i chronických. Zároveň umožňují přenášet objektivní data v dokumentaci nejen mezi ošetřovatelským týmem, ale i mezi jednotlivými pracovišti. Výběr hodnotící škály záleží na potřebách pracoviště. Aby byla data přenositelná, měl by být typ škály jednotný pro celou nemocnici. (Koutná et al., 2015).

2.4.1 Hodnotící škála dle Nortonové

V roce 1962 zveřejnila zdravotní sestra Doren Nortonová z Velké Británie hodnotící škálu vytvořenou na základě vlastních výzkumů rizikových faktorů na tvorbu proleženin. V našem zdravotnictví našla hodnotící škála dle Nortonové (viz Příloha A) uplatnění od roku 1989. Tato škála slouží k **posouzení rizika vzniku dekubitů** (Koutná et al., 2015). Sestra hodnotí pacienta škálovým hodnocením v den, kdy se přijímá k hospitalizaci, po jednom dni a následně přibližně po jednom týdnu.

Škála v současnosti obsahuje celkem 9 kritérií (z původních 5). U každého kritéria sestra hodnotí nejvyšší riziko vzniku dekubitu 1 bodem, vyšší riziko 2 body, nižší riziko 3 body a nejnižší riziko 4 body. Pokud se při součtu pacient pohybuje v intervalu vyšším než 25 bodů, riziko vzniku dekubitů je nepravděpodobné. V intervalu 25 bodů a méně v sestupné tendenci, hrozí vznik dekubitu. Při součtu bodů 9 je riziko nejvyšší.

Nejprve sestra zkoumá **schopnost spolupráce** pacienta. Ta může být úplná, malá, částečná nebo žádná. Nejvyšší riziko hrozí u možnosti, že pacient není schopen žádné spolupráce. Druhým parametrem souvisejícím s hodnocením je **věk**, který se člení v intervalech do 10, do 30, do 60 a nad 60 let (Vytejková et al., 2015).

Následně sestra hodnotí **stav pokožky** a posuzuje pokožku normální, alergickou, vlhkou a suchou. Hodnotícím kritériem je **další onemocnění** pacienta. Pokud trpí pacient obezitou nebo má karcinom, hodnotí se jedním bodem. Dvěma body se hodnotí, když je kachektický a ucpávají se mu tepny. Pokud má onemocnění diabetes mellitus nebo anémii, dostává tři body. Maximální počet dostane, když nemá žádné onemocnění.

Dále se posuzuje **fyzický stav**. Pacient se nachází ve stavu dobrém, zhoršeném, špatném nebo velmi špatném. Zapisuje se také **stav vědomí**. Člověk je v dobrém stavu, nebo je apatický, zmatený či leží v bezvědomí. U **aktivity** pacienta se pozoruje, zda dokáže chodit sám, s doprovodem, zda zvládne přesun se sedačkou nebo jen leží. V předposlední kolonce se zkoumá **pohyblivost**, která může být úplná, částečně omezená, velmi omezená nebo není žádná. Posledním stanoviskem k hodnocení je **inkontinence**. Hodnotí se, jestli je pacient inkontinentní, občasně inkontinentní, zda se inkontinence týká pouze moče, nebo spojení moče i stolice.

Po sepsání všech hodnotících bodů se provede jejich součet a zjistí se možné riziko vzniku dekubitů. Tato škála má velký rozsah posuzovaných kritérií, které je možné hodnotit, což je velkou výhodou pro komplexní pohled (Koutná et al., 2015).

2.4.2 Hodnotící škála dle Bradenové

V roce 1987 uveřejnila svou hodnotící škálu Barbara Bradenová. Tato škála vznikla na základě výzkumu rizikových faktorů pro vznik dekubitů, který byl prováděn v 80. letech 20. století. Slouží tedy k hodnocení **rizika vzniku proleženin**. Hodnotících kritérií je celkem šest. U každého kritéria sestra hodnotí nejvyšší riziko vzniku dekubitu 1 bodem, vyšší riziko 2 body, nižší riziko 3 body a nejnižší riziko 4 body. Pět kritérií je hodnoceno maximálně 4 body a jedno má pouze 3 body. Nejméně může mít pacient 6 bodů a nejvíce 23. Při počtu 16 dosažených bodů, je nejmenší riziko vzniku dekubitů. 13-15 bodů znamená střední riziko a 12 bodů a méně je nejvyšší riziko vzniku dekubitu.

Mezi stanovená kritéria se řadí **aktivita**, kde se posuzuje, zda je pacient úplně připoután k lůžku, připoután k židli, příležitostně chodí, nebo často chodí. Dále se hodnotí **citlivost** (percepce) pacienta. Může být úplně limitovaný, hodně limitovaný, mírně limitovaný nebo nemá žádné poškození. Posuzovaným kritériem je také **pohyblivost**. Pacient je buď úplně imobilní, velmi omezený, mírně omezený, nebo se pohybuje bez omezení. Kritérium **vlhkost** kůže se dělí na velmi vlhkou, příležitostně mokrou,

zřídka mokrou případně nikdy mokrou. Hodnotícím kritériem je **výživa** pacienta, která je velmi špatná, neadekvátní, adekvátní, výborná. Posuzuje se i **tření**. Rozděluje se na problém, možný problém a bez problému (Koutná et al., 2015).

2.4.3 Hodnotící škála dle Torrance

Hodnotící škála dle Torrance (viz Příloha B) je z roku 1983 a používá se u pacientů, kteří již proleženiny mají. Používá se tedy pro **zhodnocení dekubitů**. Dekubitus se pomocí této škály klasifikuje do čtyř kategorií, které zcela přesně popisují rozsah této chronické rány a stav její tkáně. Důležitost této odborné klasifikace spočívá v časném objevení a zabránění vzniku rozsáhlých defektů a komplikací jako jsou např. dutiny a píštěle (Vytečková et al., 2015).

První stupeň škály se dále dělí na podskupiny 1a, 1b, které popisují blednoucí hyperemii a neblednoucí hyperemii. Blednoucí hyperemie znamená, že je kůže ucelená a zarudlá, ale pokud na ni působí tlak, zbledne v daném místě a po chvíli zase zčervená. U neblednoucí hyperemie může být kůže i poškozená, ale kůže zarudlá zůstane po celou dobu působení tlaku, což může svědčit o poruše mikrocirkulace (Koutná et al., 2015). V **druhém stupni** (viz Příloha C, Obr. 1) proniká rána do kůže a tvoří se vřed, který dále roste do hloubky.

Třetí stupeň (viz Příloha C, Obr. 2) prostupuje až k podkoží a tukové vrstvě. Fascie ale zatím nejsou poškozeny. Ve **čtvrtém stupni** (viz Příloha C, Obr. 3) vzniká nekróza. Prolíná všechny vrstvy: kůži, podkožní tkáň, fascie až ke kosti. Do vrstev může vniknout infekce, což může způsobit i sepsi a další komplikace (Pokorná et al., 2019). Do pacientovy dokumentace se zaznamená příslušný stupeň v rozsahu od 1 do 4 podle stavu dekubitu.

2.4.4 Hodnotící škála dle EPUAP

Hodnotící škála dle EPUAP **posuzuje dekubitus podle závažnosti**. **První stupeň** této škály se popisuje jako zarudnutí kůže, popř. neblednoucí překrvení. Kůže není v tomto stupni porušená a je přítomno neblednoucí překrvení a zarudnutí, které přetrvává až pět minut po působení tlaku prstem. To svědčí o poruše mikrocirkulace. **Druhý stupeň**

je typický pro částečnou ztrátu kožního krytu. Na kůži je patrný mělký vřed s růžovočervenou spodinou. Není přítomen povlak, ani zhmoždění (modřina). **Třetím stupněm** se rozumí úplná ztráta kožního krytu. Na spodině rány je odkryt podkožní tuk, ale kosti, svaly a šlachy nejsou viditelné. V ráně se může objevovat povlak, sinusy a podminování. Hloubka defektu je rozdílná podle lokalizace. Pro **čtvrtý stupeň** je charakteristická úplná ztráta kůže a podkoží. V tomto stádiu jsou vidět kosti, šlachy a svaly. Spodinu defektu může pokrývat povlak i nekróza. Pravidelně se vyskytují i sinusy a podminování.

V hodnotící škále dle EPUAP je popisována možnost tzv. **bez určení stupně** (neznámá hloubka rány). Pokud na spodině bude přítomna nekróza, nebo povlak, nelze zhodnotit stupeň proleženiny, proto se musí odstranit. Výjimkou je tzv. stabilní nekróza (suchá, přilnavá), která by ovšem v ráně měla zůstat, protože má ochrannou funkci. V této škále je také možnost tzv. **podezření na hluboké poškození tkání**. Toto místo charakterizuje tmavě červená, popř. fialová barva, nebo puchýř obsahující krev. Je tu i možnost, že se vytvoří puchýř nad tmavě zbarvenou spodinou dekubitu. Tyto případy mohou způsobit, že se rána stále šíří do hloubky i přes to, že je vhodně léčena (Česko. Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

2.4.5 Hodnotící škála dle Daniela

Danielova hodnotící škála **posuzuje vzniklé dekubity**. Hodnotí je ale se zaměřením na zánět kostního aparátu a poškození hlubokých struktur. Souvisí tedy s rozvojem infekce. Pro **první stupeň** je charakteristické zarudnutí kůže. Ve **druhém stupni** jsou znatelné povrchové kožní ulcerace. **Třetí stupeň** znamená nekrózu podkožního tuku a **čtvrtý stupeň** prostupuje všemi hlubšími strukturami kromě kostí. V posledním **pátém stupni** této škály vznikají rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou včetně porušení kloubů (Koutná et al., 2015).

2.4.6 Hodnotící škála The Wound Healing Continuum

Hodnotící škála The Wound Healing Continuum neboli **kontinuum hojení rány** (viz Příloha D) byla publikována v roce 2002 a autory jsou David Gray, Richard White

a Pam Cooper, kteří pocházejí z Velké Británie. Je to škála, která hodnotí stav rány podle její spodiny a kontinuálně přechází různými specifickými barevnými rozlišeními. Každá rána se totiž projevuje svým charakteristickým zbarvením, podle něhož se stanoví dosavadní stádium hojení rány. Převládající barva se při správně zvoleném postupu léčby nadále mění zleva doprava, přičemž vlevo je barva černá a vpravo je poslední barva rány růžová. Pokud by se směr barevných přechodů změnil zprava doleva, musí se znovu přehodnotit léčebný postup.

Rána **černá** (viz Příloha E, Obr. 4) je charakteristická nektrózou nebo suchou, popřípadě vlhkou gangrénou. Pod odumřelou tkání se nachází žlutá spodina, granulační tkáň nebo měkká podkožní tkáň. Černá krusta kryje celou spodinu defektu, nebo postihuje jen okraje chronických ran (chirurgické rány hojící se per secundam) a dekubitů. Důležité je odstranit tuto odumřelou tkáň a posoudit spodinu pod ní. Tato rána se léčí enzymatickým a hydrolytickým débridementem. V případě chirurgického débridementu prováděného lékařem se může poškodit struktura tkáně těsně pod krustou a hrozí tak druhotné poranění rány (Pokorná a Mrázová, 2012).

Černo-žlutá rána se může také řadit do stádia rány černé. Žlutá část vzniká z vláknité vlhké nektrózy, nekrotického podkožního tuku. Vyskytuje se pod nekrotickým příškvarem. Pokud se rána zhorší, vzniká černá rána. Naopak, když dojde ke zlepšení, rána začne nabývat směr k červené barvě. Léčbou je rehydratace nektrózy a vyjmutí žlutého povlaku.

Žlutou ránu vystihuje hnisavý sekret (známka infekce) spolu s nektrózou. Hnis vlastně vzniká díky nektróze, protože dochází k množení bakterií. Zde opět léčbě rány pomáhá débridement.

Žluto-červená rána (viz Příloha E, Obr. 5) se může řadit ke stádiu rány žluté (hnisavý povlak například u vlhkých gangrén). Červená část rány může být složena z granulační tkáně nebo sraženiny, která se vyskytuje například po úrazech sejmutím přilnavého krycího čtverce a působením betahemolytických bakterií na defekt. K léčbě se používají lokální antiseptika, provedení débridementu (především u žluté rány) nebo přípravky k udržení vlhkosti v ráně (Pokorná, 2012).

Pokud je **rána červená** (viz Příloha E, Obr. 6), svědčí to o vzniku zdravé granulační tkáně. Hrozí zde ale rozpad granulační tkáně, zástava hojení. To může ukazovat na kritickou kolonizaci rány. Červená barva vždy nesymbolizuje zdravou tkáň, také je to možný projev infekce. To je nutné rozeznat a zvolit adekvátní léčbu.

Červeno-růžová rána je rána s nově vzniklým epitelem na povrchu rány. Přes epitel je vidět granulační tkáň, protože je jeho vrstva tenká. Aby se rána hojila, musí se udržovat vlhké prostředí.

Rána růžová se vyznačuje epitelem, který překrývá kožní vřed. Dokud není jizva úplně zhojená a pevná, je nutné opatrovat epitel, aby nedošlo k jeho následnému porušení (Stryja et al., 2016).

Sestra posoudí ránu a zaznamená příslušnou barvu z hodnotícího kontinua. WHC neslouží jen k určení typu rány, rozlišení fází a poruchy hojení, je nezbytnou součástí při výběru vhodného materiálu, který následně výrazně zlepší hojení (Pokorná, 2012).

2.4.7 Hodnotící škála dle Knightona

Klasifikace podle Knightona je hodnotící škála, která popisuje chronickou ránu **z hlediska poškození kůže a klasifikuje poškození tkáně do hloubky**, ale řeší i závažnost rozsahu poškození. Tato hodnotící škála nezkoumá typ spodiny rány (Koutná et al., 2015). Klasifikace obsahuje celkem šest stádií: 1. povrchová rána (postižení epidermis, dermis), 2. hluboká rána (zasahuje do subcutis), 3. postižení fascií, 4. postižení svalstva, 5. postižení šlach, vazů a kostí, 6. postižení velkých dutin (Janíková a Zeleníková, 2013).

2.4.8 Wagnerovská klasifikace diabetických ulcerací

Wagnerovská klasifikace diabetických ulcerací je nejčastěji používanou hodnotící škálou, jenž určuje **závažnost diabetické nohy** u pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Pomocí ní se určuje hloubka a přítomnost infekce nohy. Obsahuje šest stupňů: 0. noha bez ulcerací (s vysokým rizikem), 1. povrchová ulcerace (zasahuje do šráry), 2. hluboká ulcerace bez infekce (zasahuje do subkutánní tukové vrstvy, ale nepostihuje klouby a kosti), 3. hluboká ulcerace s abscesem, flegmónou, osteomyelitidou, tendinitidou nebo nekrotizující fasciitidou, 4. lokalizovaná gangréna, 5. gangréna nebo nekróza celé nohy. Podle těchto stupňů se následně indikuje sledování a vhodná léčba (Hlinková et al., 2019).

2.5 Hojení ran

„*Hojení ran je komplexní proces obnovy tkání a zařazujeme jej mezi základní děje, které zajišťují přežití organismů*” (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019, s. 80). Proces je závislý na lokálních a celkových faktorech a musí být neustále hodnocen. Lokálními faktory jsou porucha zásobení krve, působení tlaku na ránu, stav tkání, šicí materiály, teplota, pH, otok, infekce a dehydratace. Do faktorů celkových se řadí věk, zdravotní stav pacienta, ztráta krve, anémie, užívání léků, podvýživa a další příčiny (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019).

2.5.1 Fáze hojení ran

První z rozlišujících fází je **fáze čistící, zánětlivá a exsudativní**. Zde může být rána povleklá, s přítomností infekce nebo i nekrózy. V ráně se rozvíjí tzv. Celsovy znaky zánětu, mezi které patří rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa. Ránu je potřeba očistit od povlaku, nekrotického ložiska nebo infekce. Čistá spodina rány tak může dobře reagovat na zvolenou léčbu a začít proces hojení (Janíková a Zeleníková, 2013).

Ve **fázi granulační** se tvoří nové cévy a vzniká nová granulační tkáň. Při převazu je nutné tuto granulační tkáň chránit. Do rány se nesmí dostat infekce a musí se udržovat její vlhkost, aby se předešlo vysušení. Volbou je vlhké krytí pro méně secernující rány.

Poslední je **fáze epitelizační**, kde se v určitých místech rány tvoří nová kůže a spojuje se okraji, nebo se rána hojí od okrajů a zmenšuje se. Tato fáze nemůže fungovat bez fáze granulační, protože by se nevytvořil podklad pro čerstvou pojivovou tkáň a epidermis. Proto je zásadní podmínkou v této fázi nadále udržovat přiměřenou vlhkost rány (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019).

2.5.2 Metody hojení ran

Pro **suché hojení** se používá nejprve dezinfekce. Poté se na ránu přiloží sterilní hydrofilní mul nebo náplast s polštářkem (např. Cosmopor). Zde je riziko, že se strhne již vytvořený strup v defektu, kvůli přischnutí krytí k ráně. Tento způsob se používá při první pomoci a u ran (hojících se per primam, uzavřených stehy) k absorpci prosakující krve.

Pro **vlhké hojení** je charakteristické vlhké prostředí při teplotě okolo 37 °C, které podporuje tvorbu granulační tkáně a epitelu. Nejprve se z rány vyjme původní krytí, pak se opláchne roztokem (například Debriecasan), následně se přiloží vhodný materiál a rána se ošetří. Nakonec se zvolí náležité krytí. Používají se např. hydrogely, obvazy s aktivním uhlím, antiseptické obvazy, algináty, hydrokoloidy, hydropolymery, pěnová silikonová krytí, neadherentní obvazy nebo filmové obvazy (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019).

2.5.3 Débridement

Débridement znamená vyčištění rány nebo kožního defektu vyjmutím cizího materiálu, nekrotické infikované tkáně. Zlepší se tak podmínky k její reparaci. Odstranit nekrózu z rány je velice důležité pro rychlost hojení defektu. Rána s nekrotickou tkání se hojí znatelně pomaleji než rána čistá.

Mechanický débridement spočívá v tom, že se odstraní nezdravá tkáň pomocí chirurgických nástrojů. Následuje ošetření wet-to-dry, kdy se přiloží na ránu vlhké krytí (fyziologický roztok, dezinfekce), dále suché krytí, a nakonec se vše zpevní obvazem. **Autolytický** débridement je založen na vlhkém hojení rány. Nekrotická tkáň se postupně rozpouští (autolýza). Tomuto procesu pomáhají např. hydrokoloidy, hydrogely nebo filmová krytí. Nedoporučuje se u ischemických defektů. Vlhkost totiž aktivuje bakteriální spory a dochází ke zhoršení již suché gangrény (Stryja, 2015). **Enzymatický** débridement využívá odstranění nekrózy pomocí enzymů, které zrychlují biochemickou reakci organismu a zaujímají významnou pozici v hojení defektů. Tyto enzymy jsou zahrnuty například v různých léčivých gelech, pastách, krytích atd. U **chemického** débridementu se aplikují chemické látky (kyselina benzoová, salicylová) na nekrózu. Často ovšem chemické látky poškozují okolní tkáň a vnášejí riziko jejich vstřebání do organismu (Veverková, Kozáková a Dolejší, 2019).

2.5.4 Faktory hojení ran

Faktory hojení ran velice pomáhají předcházet zhoršování stavu ran a také určit jejich vhodnou léčbu. Tyto faktory se dělí na zevní a vnitřní. Mezi vnitřní faktory patří stav výživy, vitaminy a stopové prvky, tkáňová hypoxie, nepřiměřená zánětlivá reakce

organismu nebo porucha imunity a stáří. K zevním faktorům se řadí infekce, léky, nekróza a fyzikálně-chemické vlivy. Přesně jsou zaznamenány ve vstupní anamnéze ve zdravotnické dokumentaci pacienta (Stryja et al., 2016).

2.5.5 Nehojící se rány

Za nehojící se ránu se označuje ta rána, která nevykazuje známky hojení nepřirozeně dlouhou dobu a může být jakékoliv velikosti. Celý vývoj léčby ovlivňuje příčina jejího vzniku. Tento typ rány je závažným problémem nejen po odborné stránce. Týká se však také etických i ekonomických faktorů při léčbě v ústavní péči nebo v domácím ošetřování. Pacienty s nehojící se ránou dělíme do tří kategorií. Do první patří pacienti, kterým byla zvolena neúčinná léčba. Do druhé kategorie se řadí pacienti nespolupracující vědomě či nevědomě a nedodržující léčebný režim. U třetí kategorie je potřeba zlepšit celkový zdravotní stav. Je tedy nutné pacienta umístit do nemocničního zařízení (Bureš a Mezera, 2018).

Pro dosažení úspěšné léčby je tedy prvořadé celkové vyšetření, následná diagnostika a stanovení vhodné léčby s ohledem na přidružená pacientova onemocnění. Hospitalizace v tomto případě pozitivně ovlivňuje hojení rány, protože je pacient neustále kontrolován. Sestra se stará o vhodnou stravu, dostatek spánku a odpočinku, minimalizování bolesti, dostatek tekutin a psychický stav. Tyto věci pacient musí nadále dodržovat i v domácím prostředí, proto se edukace provádí také při ambulantním vyšetření. Důležité je, aby sestra, která provádí edukaci pacienta, trpělivě a s porozuměním podala přiměřené množství důležitých informací. Zároveň musí následně ověřit, zda jim pacient rozuměl (Koutná, 2018). Komunikace je pro pacienta velmi zásadní. Jedná se o proces výměny informací mezi ním a ošetrovatelským personálem, ve kterém se pacient dozví o své nemoci, zdraví a ošetrovatelské péči. Sdělování informací mu dává jistotu, pocit bezpečí a pokud je správná, má vliv na jeho vyléčení (Tomová a Křivková, 2016).

Přínosem je poskytnutí prvních převazů na ambulanci, kde pacient sleduje ošetření rány. Sestra také hodnotí, jestli je nemocný schopen převaz zvládnout sám, nebo je třeba edukovat rodinu případně agentury domácí péče. Starají se o ošetření defektu v období mezi ambulantními kontrolami (Koutná, 2018).

2.6 Dokumentace rány

„Je to systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované pacientovi členy ošetrovatelského týmu. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou péči” (Podrazilová et al., 2016, s. 51).

Zapisování do zdravotnické dokumentace spolu s vedením dokumentace rány je věc, kterou sestry musí plnit systematicky a nepřetržitě, protože je daná zákonem č. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci (Česko. Ministerstvo zdravotnictví, 2012). Záznamy se musí shodovat s realitou, nesmí být nepravdivé a zastaralé. Musí být přehledné a pochopitelné. Záznam je vždy doplněn podpisem, razítkem (jmenovkou) sestry a aktuálním datem.

Nejdůležitějším prvkem jsou základní **identifikační údaje** pacienta (jméno, příjmení, číslo zdravotního pojištění, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, datum návštěvy). Dalším záznamem jsou **všeobecné zdravotní údaje** (např. tělesná teplota, krevní tlak, puls a dech). Zapisuje se **předchozí a současná lokální terapie, stav rány a krytí na defektu** (suché, vlhké, čisté, znečištěné, žádné). Nakonec se uvede, jestli má pacient **drenážní systém**, a kde se nachází.

V dokumentaci existuje více způsobů hodnocení. Jedním z nich je **popisné hodnocení** kožních defektů (popis charakteru rány). Hodnotí se tedy lokalizace rány, její velikost (hloubka, šířka, délka), spodina (vlhká, suchá), příčina vzniku rány, exsudát (charakter, množství, barva), okraje rány, zápach, okolí rány, spodina defektu, stáří a zapisuje se bolestivost (Stryja et al., 2016). Součástí dokumentace jsou **hodnotící škály**, které pomáhají průběžně a objektivně klasifikovat ucelené informace o ráně. Těchto škál, které hodnotí riziko vzniku ran, popisují stav ran, jejich hojení a další faktory je celá řada. Pomáhají přenášet objektivní data v dokumentaci mezi jednotlivými pracovišti (Koutná et al., 2015). Dalším způsobem je **fotodokumentace**. Tento moderní způsob záznamu rány umožňuje opatřit snímek rány a ukládat jej do dokumentace. Může se tak porovnávat defekt v průběhu času. Fotografování rány je však pracné a fotografie se musí neustále ukládat, třídit a upravovat (Pokorná a Mrázová, 2012).

V dokumentaci by se měl objevit také záznam o otoku končetiny, výpadku cití a motoriky, výskytu klidových bolestí nebo klaudikací a přítomnosti pulzací na tepnách na periférii. Sestry zapisují také informace o dalším převazu (např. frekvence, domácí péče, péče v případě zhoršení defektu, datum následujícího převazu a kontroly u lékaře). Zajistí také podpis lékaře. K omezení případných sporů se zdravotní pojišťovnou, sestra zapisuje název, velikost a počet použitých krytí (Stryja et al., 2016).

3 Výzkumná část

3.1 Výzkumné cíle a předpoklady

Popisný cíl č. 1: Popsat hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing. (Výzkumný cíl č. 1 je popsán v teoretické části bakalářské práce, není stanoven výzkumný předpoklad.)

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.

K následujícímu cíli byly určeny tyto výzkumné předpoklady:

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že 70 % a více sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.

Výzkumný předpoklad č. 2a: Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové.

Výzkumný předpoklad č. 2b: Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance.

Výzkumný předpoklad č. 2c: Předpokládáme, že 65 % a více sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum.

3.2 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části byla zvolena kvantitativní metoda, která pomocí nestandardizovaného dotazníku (viz Příloha F) poskytla možnost, co nejlépe zhodnotit znalost sester o používaných hodnotících škálách. Výzkum byl realizován od února do března 2021 ve třech vybraných nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji. Vedoucí pracovníci uvedených institucí a vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení umožnili svým souhlasem provést výzkum v nemocnicích (viz Příloha G, Příloha H).

3.2.1 Metoda výzkumu a metodický postup

Před provedením výzkumu byl realizován předvýzkum. Cílem bylo zjistit, zda jsou výzkumné otázky a odpovědi srozumitelné. V předvýzkumu bylo předáno celkem 12 dotazníků všeobecným sestřím z chirurgických oddělení v nemocnici krajského typu v Libereckém kraji, zpět se jich navrátilo 10. Všechny otázky v dotaznících byly náležitě zodpovězeny. Celkem tedy návratnost činila 83,3 %. Díky získaným údajům z předvýzkumu (viz Příloha CH) došlo k úpravě dotazníku pro výzkum. Přesněji byla u otázky číslo 2 přidána odpověď d, tedy „všeobecné sestry se středoškolským vzděláním“. U otázky číslo 6 byla odstraněna čtvrtá odpověď „žádné hodnocení neužíváme“. Dále v otázce číslo 8 měly možnost všeobecné sestry zvolit více odpovědí. Některé z nich totiž hodnotící škály znají např. nejen z programů ve školách, ale i z přednášek atd. Poslední změna proběhla v otázkách číslo 14, 15, 21, 22, kdy se doplnila čtvrtá odpověď a u otázky číslo 23 pátá odpověď „nevím“. Následně byla upřesněna relativní četnost výzkumných předpokladů. V předpokladu č. 2 se procenta snížila z 75 % na 70 % a v předpokladu č. 2c se snížila z 75 % na 65 %.

Na samotném výzkumu se podílelo 70 všeobecných sester, které pracují ve třech vybraných nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji. Celkem bylo rozdáno 85 dotazníků. Z toho ale pouze 70 respondentů vyplnilo řádně tento dotazník a 1 dotazník byl vyřazen kvůli neplatně vyplněným odpovědím. 14 dotazníků se nevrátilo. Návratnost tedy činila 82,4 %. Respondenti byli obeznámeni s cílem výzkumu a byly jim poskytnuty informace k vyplnění dotazníku. Dále odpovídali na 26 otázek, které dotazník obsahoval.

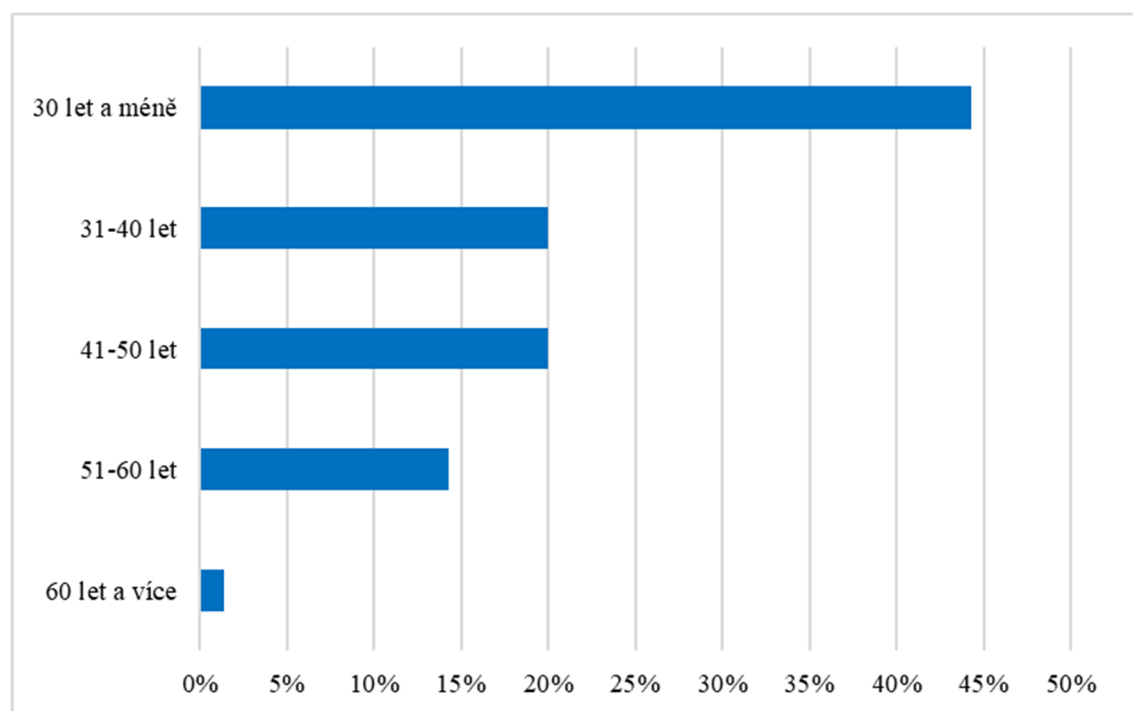
3.3 Analýza výzkumných dat

Získaná data z jednotlivých dotazníků během výzkumu byla zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016. Tato data jsou zde uvedena v absolutní četnosti (n_i [-]), která je vyjádřena celými čísly. Dále je uváděna relativní četnost (f_i [%]), kde jsou stanovená procenta zaokrouhlená na řád desetin. V tabulkách a grafech jsou vyobrazeny správně zodpovězené otázky zelenou barvou a nesprávně zodpovězené otázky červenou barvou. Pro dobré grafické znázornění byl použit skupinový pruhový graf.

3.3.1 Analýza dotazníkové položky č. 1: Věk respondentů

Tabulka 1: Věk respondentů

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
30 let a méně	31	44,3
31-40 let	14	20,0
41-50 let	14	20,0
51-60 let	10	14,3
60 let a více	1	1,4
Celkem	70	100,0



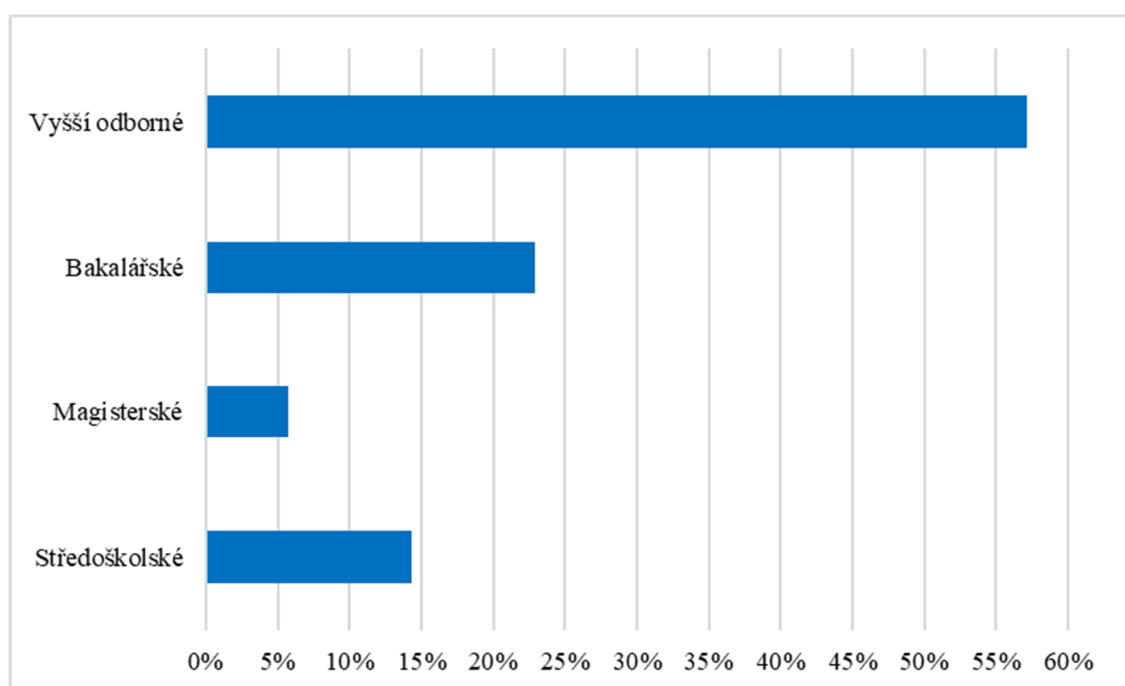
Graf 1: Věk respondentů

V otázce č. 1 všeobecné sestry uváděly svůj věk. 31 (44,3 %) respondentů z celkových 70 (100,0 %) udávalo věk 30 let a méně, 14 (20,0 %) respondentů označilo věk 31-40 let. Ve věkové skupině 41-50 let se pohybovalo 14 (20,0 %) odpovídajících. Věk 51-60 let uvedlo 10 (14,3 %) respondentů a 1 (1,4 %) respondent vyznačil možnost 60 a více let (viz Tabulka 1, Graf 1).

3.3.2 Analýza dotazníkové položky č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Vyšší odborné	40	57,1
Bakalářské	16	22,9
Magisterské	4	5,7
Středoškolské vzdělání	10	14,3
Celkem	70	100,0



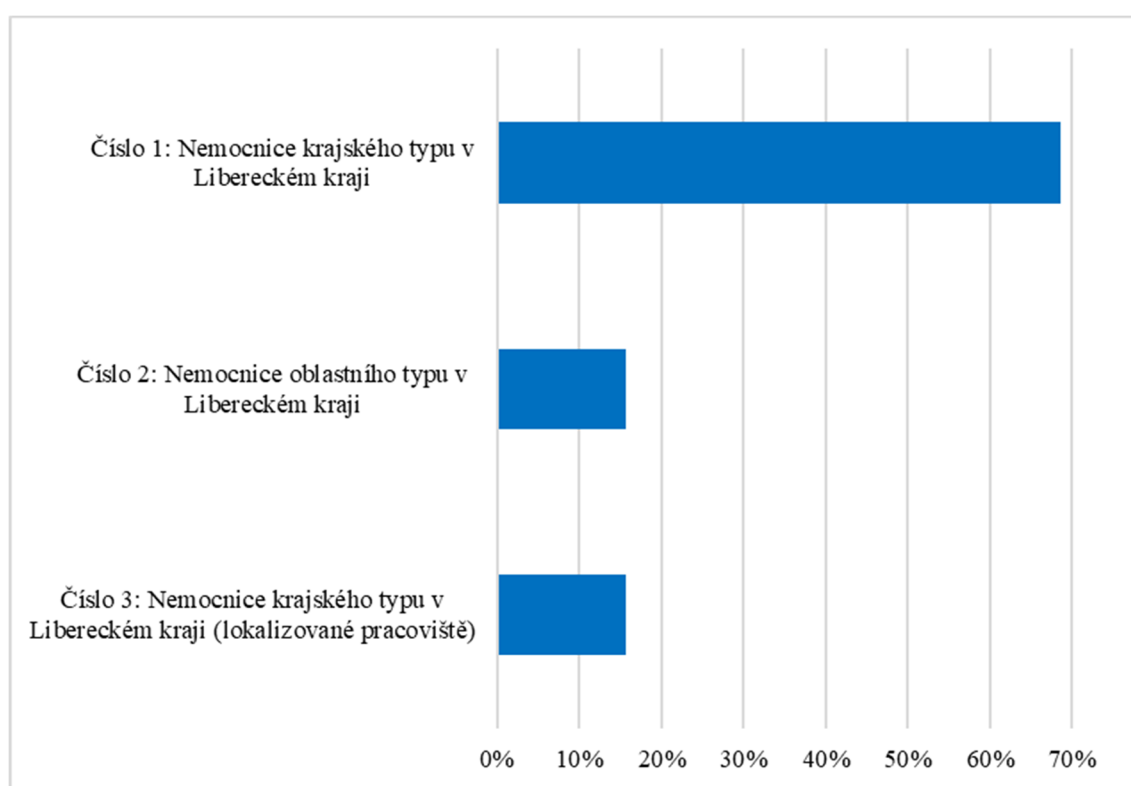
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Otázka č. 2 byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce odpovídajících mělo vzdělání vyšší odborné, tedy 40 (57,1 %) z celkových 70 (100,0 %). Bakalářské vzdělání vyplnilo 16 (22,9 %) všeobecných sester, magisterské vzdělání uvedli 4 (5,7 %) respondenti. Tohoto výzkumu se také účastnilo 10 (14,3 %) všeobecných sester se středoškolským vzděláním (viz Tabulka 2, Graf 2).

3.3.3 Analýza dotazníkové položky č. 3: Nemocnice pro realizaci výzkumu

Tabulka 3: Nemocnice pro realizaci výzkumu

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Číslo 1: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji	48	68,6
Číslo 2: Nemocnice oblastního typu v Libereckém kraji	11	15,7
Číslo 3: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji (lokalizované pracoviště)	11	15,7
Celkem	70	100,0



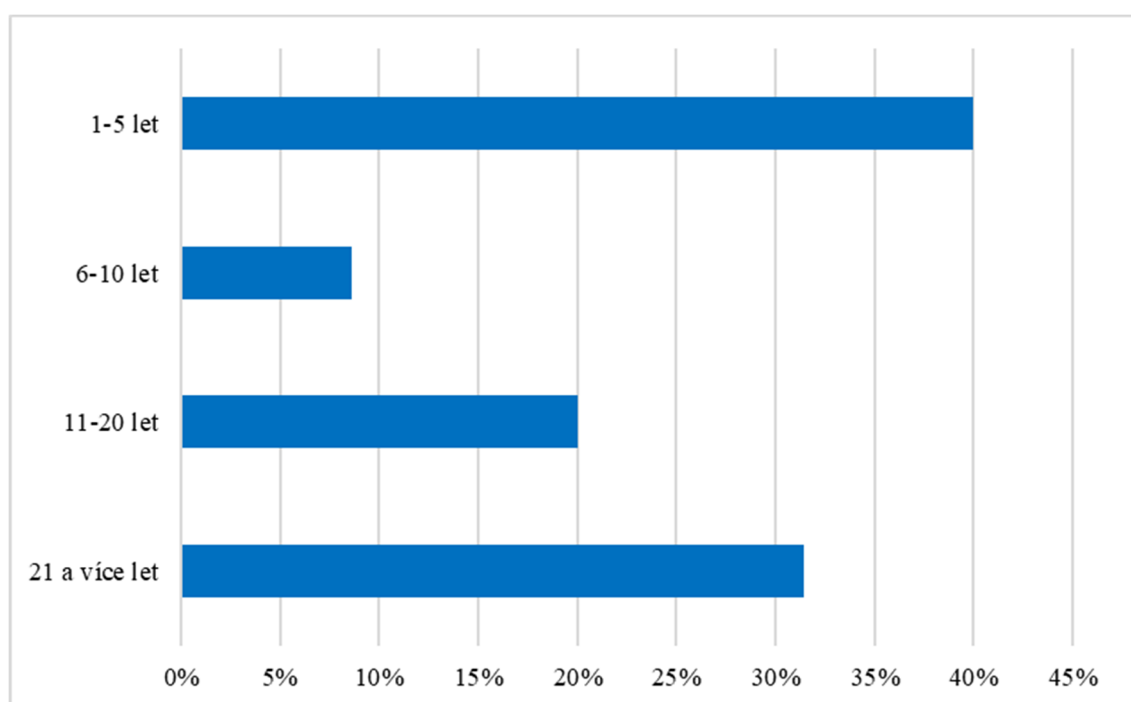
Graf 3: Nemocnice pro realizaci výzkumu

V otázce č. 3 je přehledně uvedeno procentuální zastoupení respondentů tří nemocnic, ve kterých probíhal výzkum. Výzkum byl realizován ve třech nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji. Z nemocnice, která je v této práci označena číslem 1 bylo 48 (68,6 %) respondentů, z nemocnice označené číslem 2 bylo 11 (15,7 %) respondentů a stejný počet, tedy 11 (15,7 %) respondentů bylo z nemocnice označené v této práci číslem 3 (viz Tabulka 3, Graf 3).

3.3.4 Analýza dotazníkové položky č. 4: Délka praxe respondentů

Tabulka 4: Délka praxe respondentů

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
1-5 let	28	40,0
6-10 let	6	8,6
11-20 let	14	20,0
21 a více let	22	31,4
Celkem	70	100,0



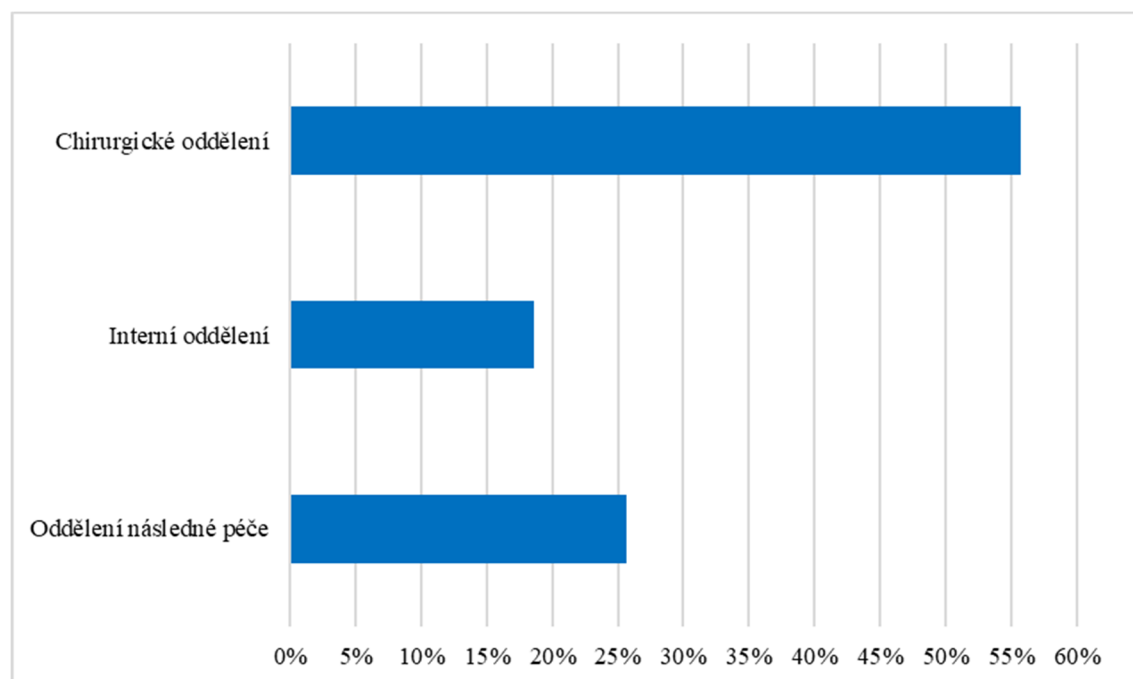
Graf 4: Délka praxe respondentů

V otázce č. 4 byly všeobecné sestry dotazovány na svou délku ošetrovatelské praxe. 28 (40 %) všeobecných sester uvádělo, že má praxi 1-5 let. Rozmezí 6-10 let praxe zvolilo 6 (8,6 %) respondentů a odpověď s rozmezím 11-20 let zaznamenalo 14 (20,0 %) respondentů. 22 (31,4 %) všeobecných sester označilo nejdelší praxi 21 a více let (viz Tabulka 4, Graf 4).

3.3.5 Analýza dotazníkové položky č. 5: Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 5: Na jakém oddělení pracujete?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Chirurgické oddělení	39	55,7
Interní oddělení	13	18,6
Oddělení následné péče	18	25,7
Celkem	70	100,0



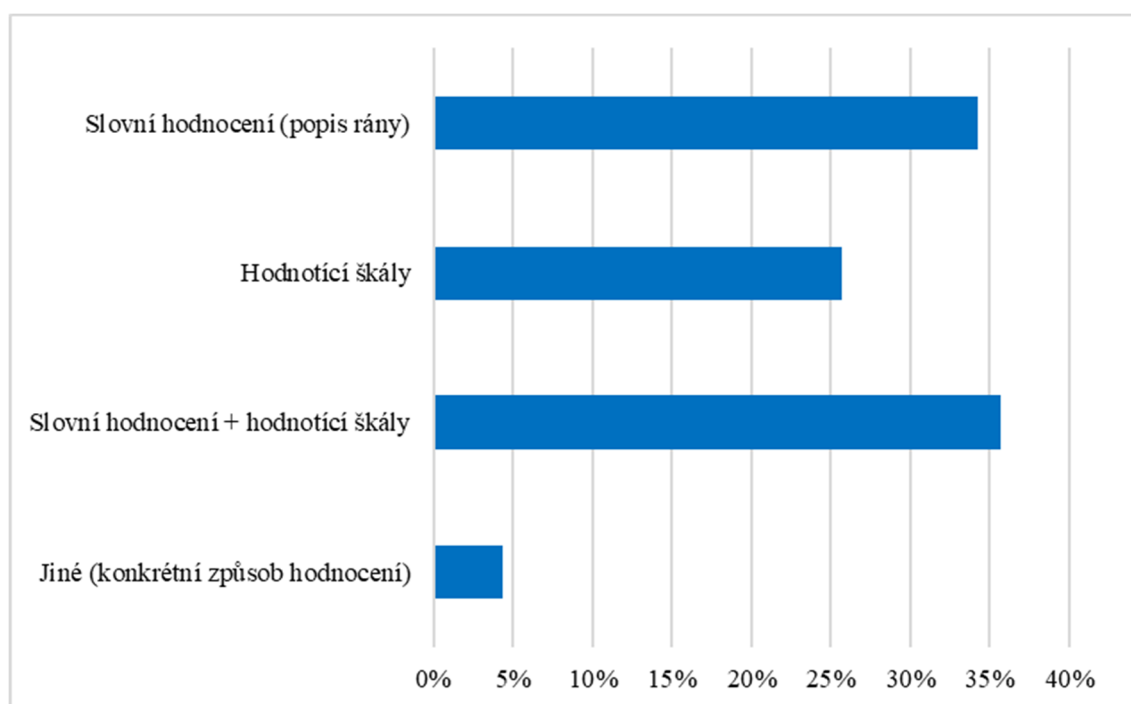
Graf 5: Na jakém oddělení pracujete?

Otázkou č. 5 bylo dotazováno, na jakém oddělení všeobecné sestry pracují. Práci na chirurgickém oddělení potvrdilo 39 (55,7 %) respondentů. Z interního oddělení pocházelo 13 (18,6 %) respondentů. 18 (25,7 %) respondentů uvedlo, že pracují na oddělení následné péče (viz Tabulka 5, Graf 5).

3.3.6 Analýza dotazníkové položky č. 6: Jak hodnotíte rány na oddělení?

Tabulka 6: Jak hodnotíte rány na oddělení?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Slovní hodnocení (popis rány)	24	34,3
Hodnotící škály	18	25,7
Slovní hodnocení + hodnotící škály	25	35,7
Jiné (konkrétní způsob hodnocení)	3	4,3
Celkem	70	100,0



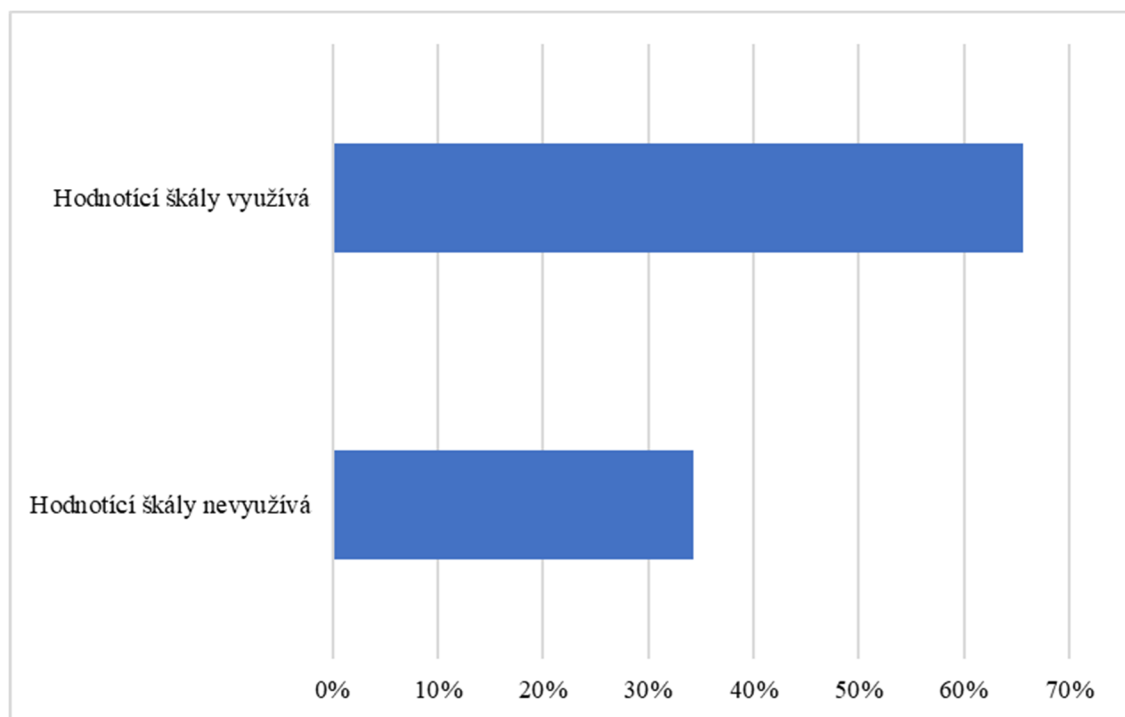
Graf 6: Jak hodnotíte rány na oddělení?

Otázka č. 6 zkoumala, jaké hodnocení ran používají všeobecné sestry ve své praxi. Respondenti mohli v této otázce uvést více odpovědí. 24 (34,3 %) respondentů se přiklání k možnosti užití slovního hodnocení (popis rány). Pouze hodnotícími škálami hodnotí 18 (25,7 %) respondentů. 25 (35,7 %) respondentů používá k hodnocení ran slovní hodnocení i hodnotící škály. 3 (4,3 %) respondenti konkrétně uvedli, že k hodnocení ran využívají současně hodnotící škály, slovní hodnocení i fotodokumentaci (viz Tabulka 6, Graf 6).

Pro zřetelnost bylo v dotazníkové položce č. 6 také vyhodnoceno, kolik sester v součtu s hodnotícími škálami pracuje, a kolik ne. Výsledky uvádí Tabulka 7 a Graf 7.

Tabulka 7: Využití hodnotících škál v praxi

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Hodnotící škály využívá	46	65,7
Hodnotící škály nevyužívá	24	34,3
Celkem	70	100,0



Graf 7: Využití hodnotících škál v praxi

Hodnotící škály ke své práci využívá 46 (65,7 %) všeobecných sester a 24 (34,3 %) sester je nepoužívá (viz Tabulka 7, Graf 7).

3.3.7 Analýza dotazníkové položky č. 7: Proč nepoužíváte na oddělení škály k hodnocení ran?

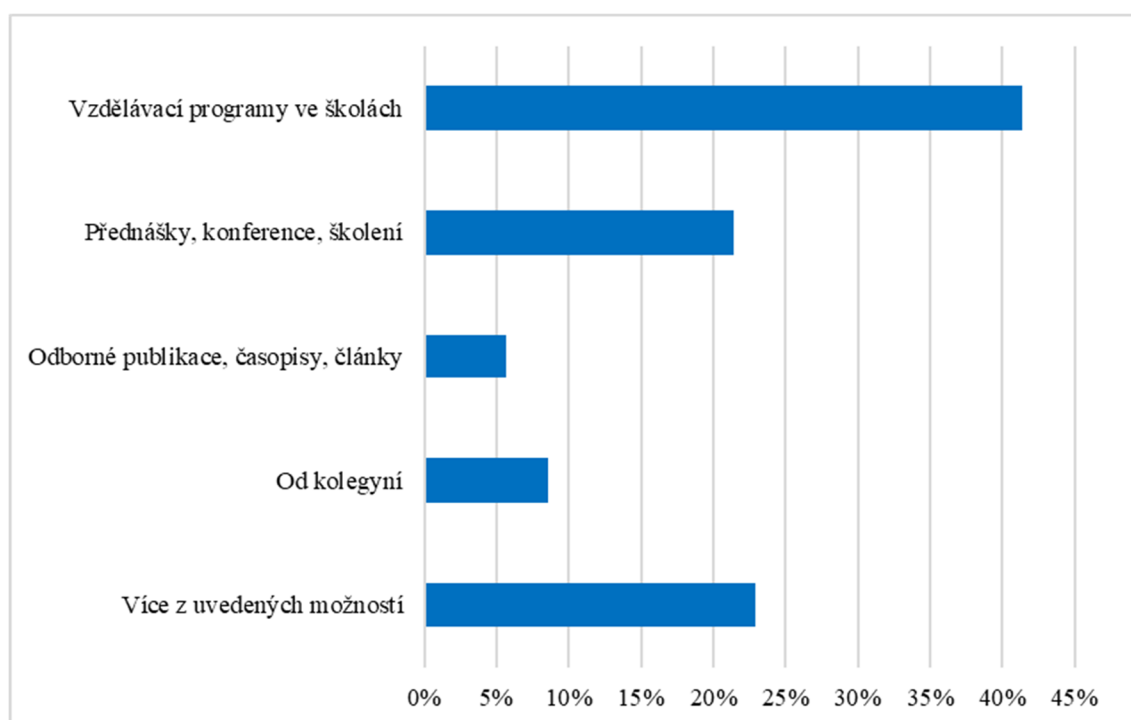
Cílem otázky č. 7 bylo zjistit, proč všeobecné sestry nepoužívají hodnotící škály k hodnocení ran. Respondenti nemuseli odpovídat na tuto otevřenou otázku v případě, že při své práci hodnotící škály využívají alespoň v kombinaci s jinými způsoby hodnocení ran. 29,2 % z 24 respondentů uvádělo, že v rámci nové dokumentace se od používání hodnotících škál upustilo a již se nevyužívají. Dále 25 % respondentů napsalo, že je pro ně slovní popis rozsáhlejší, ale umožňuje jim podrobněji popsat ránu. 4,2 % uvádí, že

je slovní hodnocení na jejich oddělení dlouhodobě zavedeným způsobem hodnocení. 16,7 % hodnotící škály nevyužívá kvůli krátkodobé hospitalizaci pacientů. 25 % z 24 respondentů svou odpověď nezdůvodnilo.

3.3.8 Analýza dotazníkové položky č. 8: Odkud znáte hodnotící škály?

Tabulka 8: Odkud znáte hodnotící škály?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Vzdělávací programy ve školách	29	41,4
Přednášky, konference, školení	15	21,4
Odborné publikace, časopisy, články	4	5,7
Od kolegyní	6	8,6
Více z uvedených možností	16	22,9
Celkem	70	100,0



Graf 8: Odkud znáte hodnotící škály?

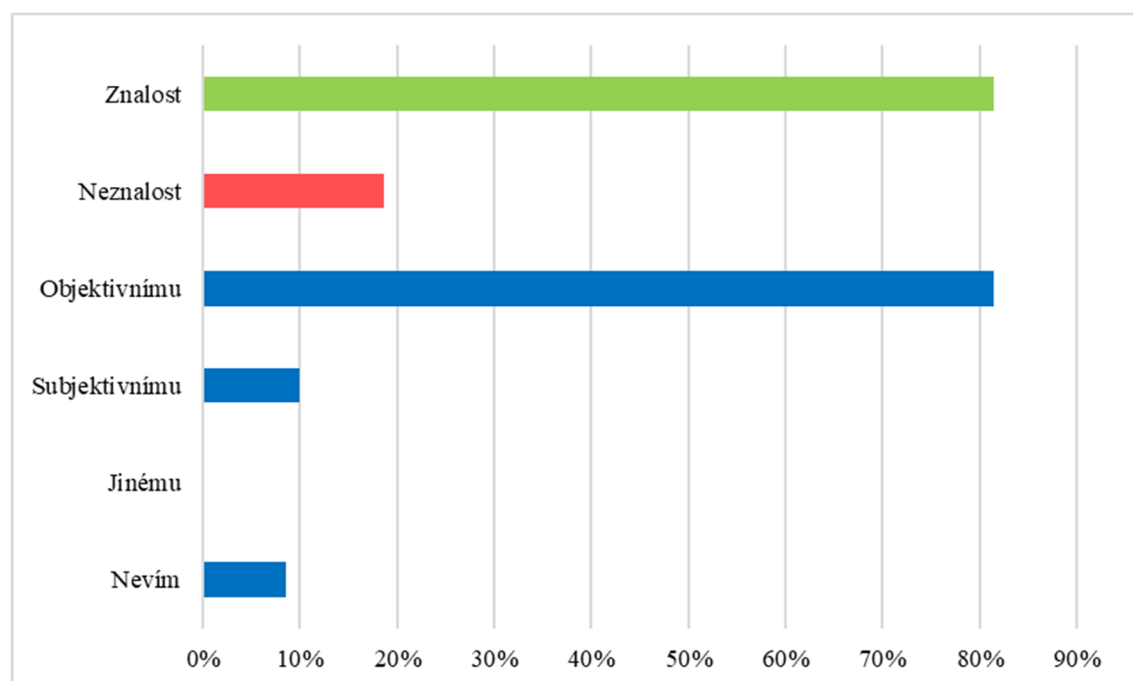
Otázka č. 8 byla zaměřena na to, z jakého zdroje všeobecné sestry znají hodnotící škály. Mohly volit více možností. Největší procentuální zastoupení měly vzdělávací programy ve školách, tedy celkem 29 (41,4 %). Z přednášek, konferencí a školení mělo

znalosti 15 (21,4 %) respondentů. 4 (5,7 %) respondenti znali škály z odborných publikací, časopisů nebo článků. 6 (8,6 %) respondentů se o škálách dozvědělo od kolegyní a 16 (22,9 %) respondentů označilo více možností (viz Tabulka 8, Graf 8).

3.3.9 Analýza dotazníkové položky č. 9: K jakému posuzování slouží hodnotící škály?

Tabulka 9: K jakému posuzování slouží hodnotící škály?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Objektivnímu	57	81,4
Subjektivnímu	7	10,0
Jinému	0	0,0
Nevím	6	8,6
Znalost	57	81,4
Neznalost	13	18,6
Celkem	70	100,0



Graf 9: K jakému posuzování slouží hodnotící škály?

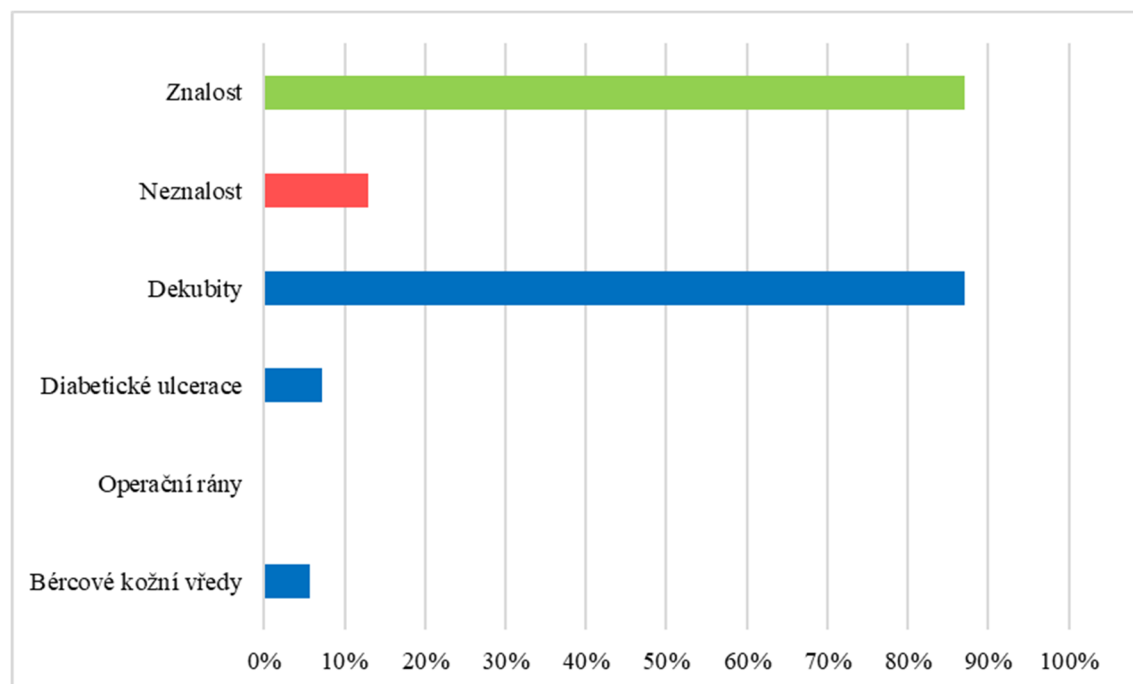
Otázka č. 9 zkoumala znalost všeobecných sester o tom, k jakému posuzování slouží hodnotící škály. V této otázce byla pouze jedna správná odpověď. Tuto správnou

odpověď objektivního posuzování uvedlo 57 (81,4 %) respondentů, dále 7 (10,0 %) zvolilo odpověď subjektivního posuzování a 6 (8,6 %) respondentů nevědělo správnou odpověď. Nikdo nezvolil jinou odpověď. Správně odpovědělo tedy 57 (81,4 %) všeobecných sester a 13 (18,6 %) nesprávně (viz Tabulka 9, Graf 9).

3.3.10 Analýza dotazníkové položky č. 10: Hodnotící škály dle Torrance a Nortonové posuzují:

Tabulka 10: Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Dekubity	61	87,1
Diabetické ulcerace	5	7,2
Operační rány	0	0,0
Bércové kožní vředy	4	5,7
Znalost	61	87,1
Neznalost	9	12,9
Celkem	70	100,0



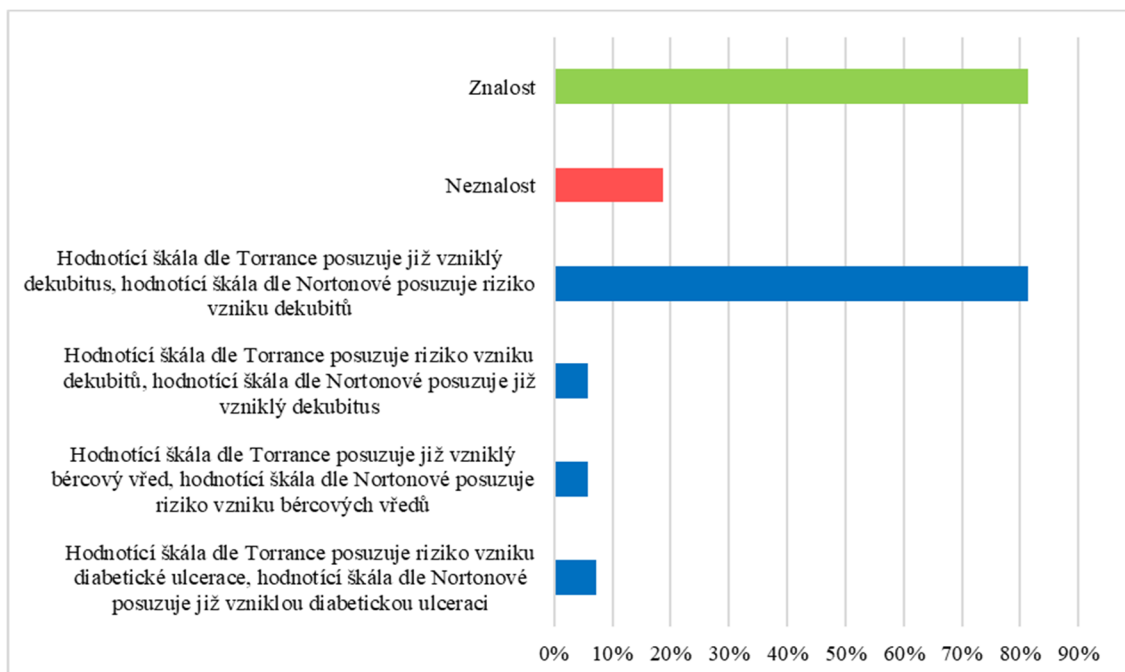
Graf 10: Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:

V otázce č. 10 byla hodnocena znalost hodnotících škál dle Torrance a dle Nortonové. Všeobecné sestry odpovídaly na to, jaké typy ran tyto škály posuzují. Byla pouze jedna správná odpověď. 61 (87,1 %) respondentů odpovídalo správně, že obě posuzují dekubity. 5 (7,2 %) respondentů uvádělo chybně posuzování diabetických ulcerací a 4 (5,7 %) volili chybnou odpověď posuzování bércových kožních vředů. Žádný z respondentů nezvolil, že tyto škály posuzují operační rány. Znalost prokázalo 61 (87,1 %) odpovídajících a 9 (12,9 %) odpovídalo chybně (viz Tabulka 10, Graf 10).

3.3.11 Analýza dotazníkové položky č. 11: Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?

Tabulka 11: Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus, škála dle Nortonové posuzuje riziko vzniku dekubitů	57	81,4
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku dekubitů, škála dle Nortonové posuzuje již vzniklý dekubitus	4	5,7
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje vzniklý bércový vřed, škála dle Nortonové posuzuje riziko vzniku bércových vředů	4	5,7
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku diabetické ulcerace, škála dle Nortonové posuzuje již vzniklou diabetickou ulceraci	5	7,2
Znalost	57	81,4
Neznalost	13	18,6
Celkem	70	100,0



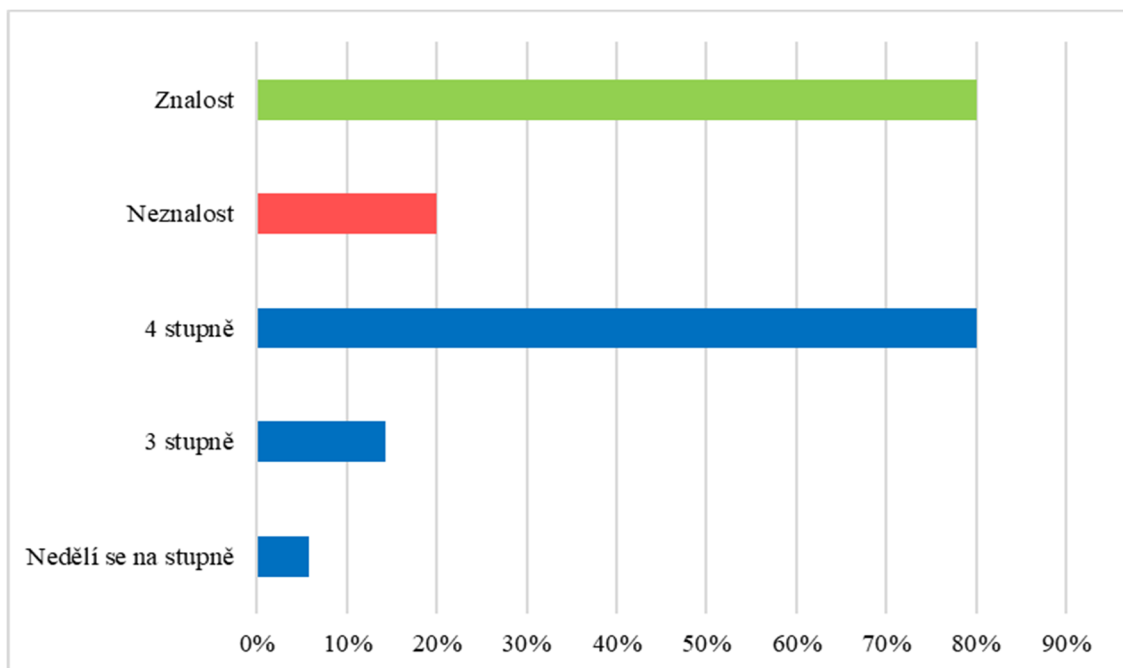
Graf 11: Jaký je rozdíl mezi hodnoticí škálou dle Torrance a dle Nortonové?

V otázce č. 11 byly sestry tázány na rozdíl mezi hodnoticí škálou dle Torrance a Nortonové. 57 (81,4 %) sester správně uvedlo, že hodnoticí škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus a škála dle Nortonové riziko vzniku dekubitů. 4 (5,7 %) sestry odpovídaly, že škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku dekubitů a škála dle Nortonové již vzniklý dekubitus. 4 (5,7 %) sestry uvedly, že obě škály slouží k posouzení rizika vzniku nebo k posouzení již vzniklého bércového vředu. 5 (7,2 %) sester napsalo, že obě škály slouží k posouzení rizika vzniku nebo již vzniklých diabetických ulcerací. Nesprávně odpovídalo 13 (18,6 %) sester (viz Tabulka 11, Graf 11).

3.3.12 Analýza dotazníkové položky č. 12: Hodnoticí škála dle Torrance má:

Tabulka 12: Hodnoticí škála dle Torrance má:

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
4 stupně	56	80,0
3 stupně	10	14,3
Nedělí se na stupně	4	5,7
Znalost	56	80,0
Neznalost	14	20,0
Celkem	70	100,0



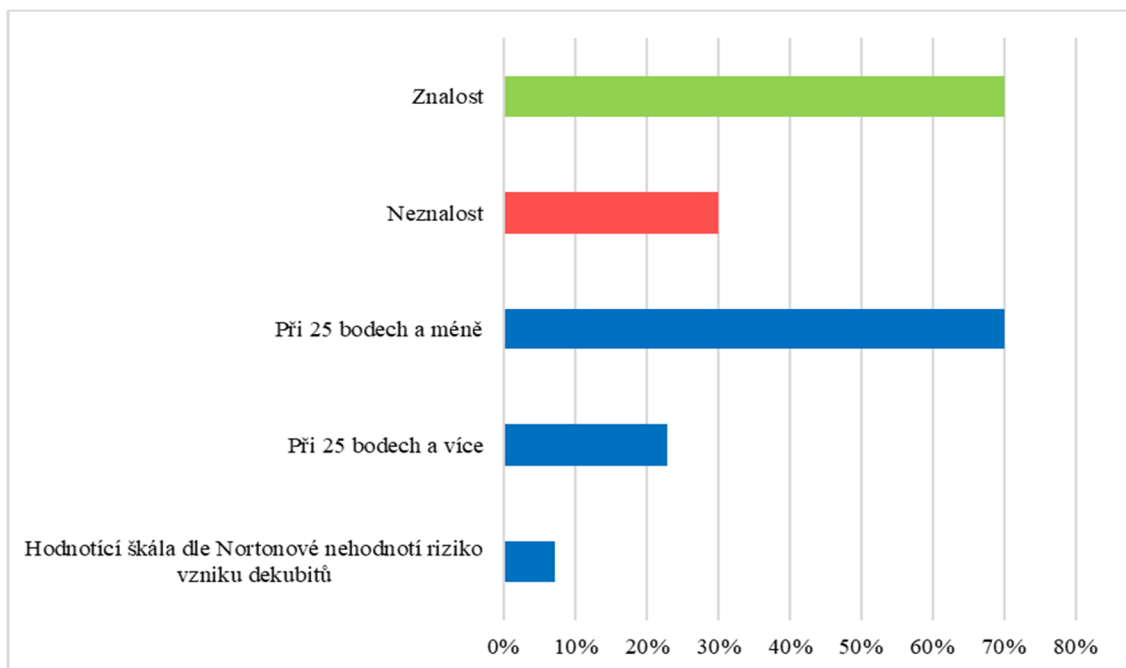
Graf 12: Hodnotící škála dle Torrance má:

Otázka č. 12 zkoumala, zda respondenti vědí, že má hodnotící škála dle Torrance 4 stupně. Tuto správnou odpověď zvolilo 56 (80,0 %) všeobecných sester. 10 (14,3 %) respondentů uvádělo, že má tato hodnotící škála jen 3 stupně. Možnost, že se hodnotící škála dle Torrance nedělí na stupně zvolili 4 (5,7 %) respondenti. Celkem tedy 14 (20,0 %) respondentů odpovědělo nesprávně (viz Tabulka 12, Graf 12).

3.3.13 Analýza dotazníkové položky č. 13: Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové je:

Tabulka 13: Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí hodnotící škály dle Nortonové je:

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Při 25 bodech a méně	49	70,0
Při 25 bodech a více	16	22,9
Hodnotící škála dle Nortonové nehodnotí riziko vzniku dekubitů	5	7,1
Znalost	49	70,0
Neznalost	21	30,0
Celkem	70	100,0



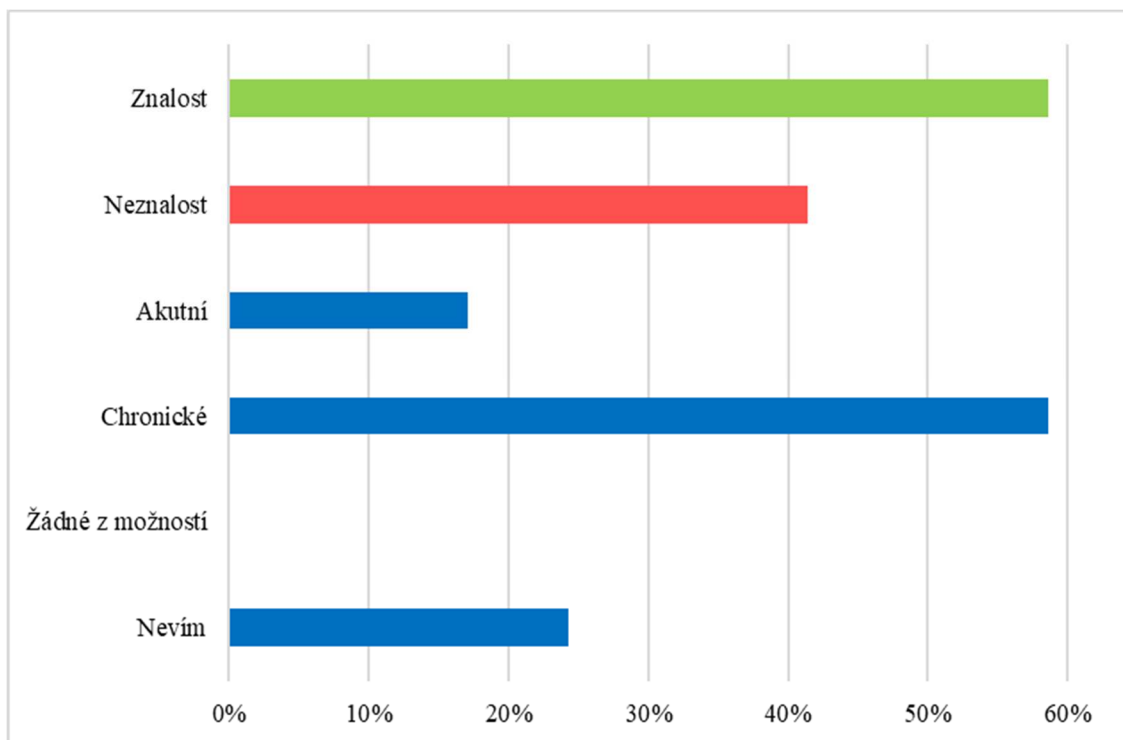
Graf 13: Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové je:

V otázce č. 13 byla zjišťována znalost všeobecných sester o odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové. Správná odpověď byla pouze jedna. A na tu odpovídalo 49 (70,0 %) respondentů, že je riziko při 25 bodech a méně. Dále 16 (22,9 %) souhlasilo s odpovědí, že riziko vzniká při 25 bodech a více. K možnosti, že tato hodnotící škála neposuzuje riziko vzniku dekubitů se přiklánělo 5 (7,1 %) respondentů. 21 (30,0 %) všeobecných sester prokázalo neznalost (viz Tabulka 13, Graf 13).

3.3.14 Analýza dotazníkové položky č. 14: Hodnotící škála The Wound Healing Continuum slouží k posouzení rány:

Tabulka 14: Hodnotící škála WHC slouží k posouzení rány:

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Akutní	12	17,1
Chronické	41	58,6
Žádné z možností	0	0,0
Nevím	17	24,3
Znalost	41	58,6
Neznalost	29	41,4
Celkem	70	100,0



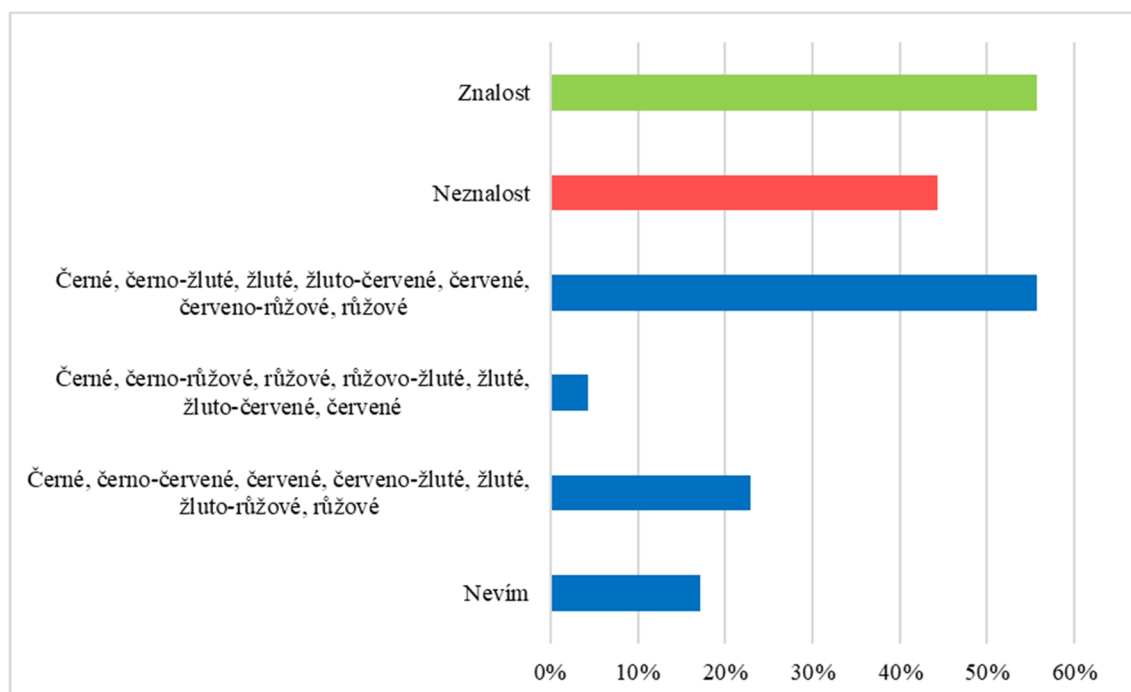
Graf 14: Hodnotící škála WHC slouží k posouzení rány:

V otázce č. 14 se hodnotilo, zda respondenti vědí, jaký typ rány posuzuje hodnotící škála The Wound Healing Continuum. Otázka obsahovala jednu správnou odpověď. 12 (17,1 %) všeobecných sester se domnívalo, že hodnotící škála The Wound Healing Continuum slouží k posouzení rány akutní. 41 (58,6 %) respondentů správně odpovědělo, že hodnotící škála slouží k posouzení chronické rány a 17 (24,3 %) respondentů nevědělo odpověď. Nikdo z respondentů nevybral odpověď „žádné z možností“. 41 (58,6 %) respondentů vědělo správnou odpověď a 29 (41,4 %) respondentů bylo neznalých (viz Tabulka 14, Graf 14).

3.3.15 Analýza dotazníkové položky č. 15: Podle hodnotící klasifikace The Wound Healing Continuum rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):

Tabulka 15: Podle hodnotící klasifikace WHC rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Černé, černo-žluté, žluté, žluto-červené, červené, červeno-růžové, růžové	39	55,7
Černé, černo-růžové, růžové, růžovo-žluté, žluté, žluto-červené, červené	3	4,3
Černé, černo-červené, červené, červeno-žluté, žluté, žluto-růžové, růžové	16	22,9
Nevím	12	17,1
Znalost	39	55,7
Neznalost	31	44,3
Celkem	70	100,0



Graf 15: Podle hodnotící klasifikace WHC rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):

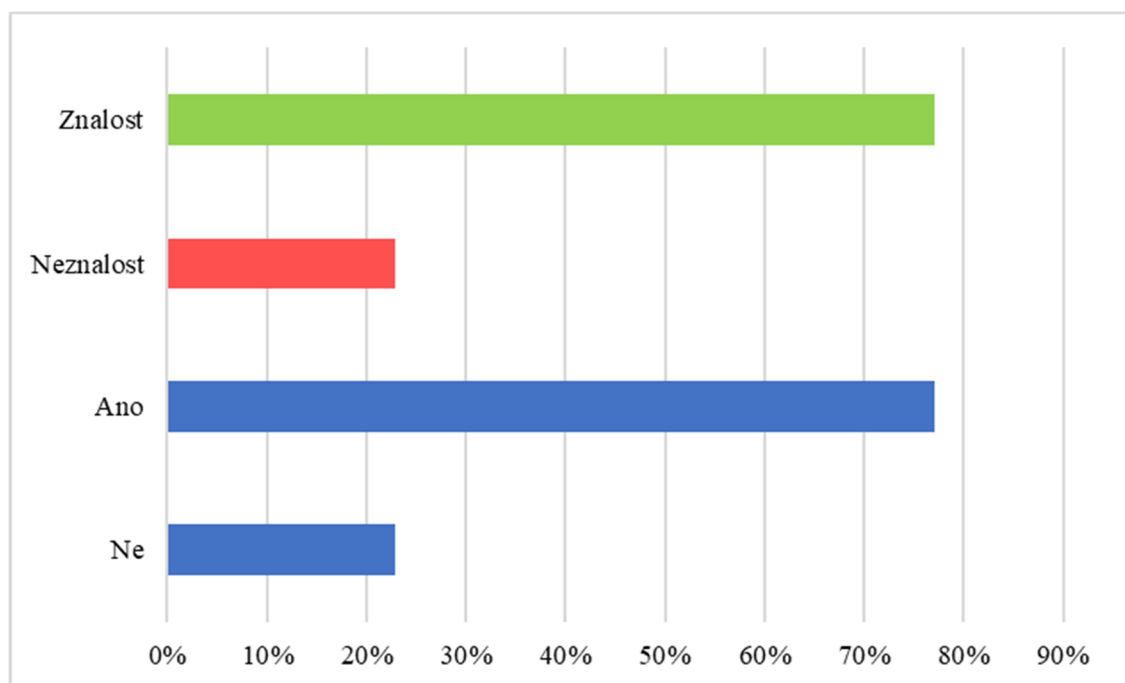
Otázka č. 15 zkoumala, zda respondenti vědí, jaké rozlišujeme rány podle hodnotící škály The Wound Healing Continuum. Odpověď ve správném pořadí barev na stupnici

od barvy černé do barvy růžové volilo 39 (55,7 %) osob. 16 (22,9 %) respondentů zvolilo odpověď, ve které byly zaměněny barvy červená se žlutou. 3 (4,3 %) respondenti označili stupnici, kde byla zaměněna většina barev. 12 (17,1 %) respondentů nevědělo, jakou odpověď má zvolit. 31 (44,3 %) prokázalo neznalost (viz Tabulka 15, Graf 15).

3.3.16 Analýza dotazníkové položky č. 16: Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?

Tabulka 16: Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ano	54	77,1
Ne	16	22,9
Znalost	54	77,1
Neznalost	16	22,9
Celkem	70	100,0



Graf 16: Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?

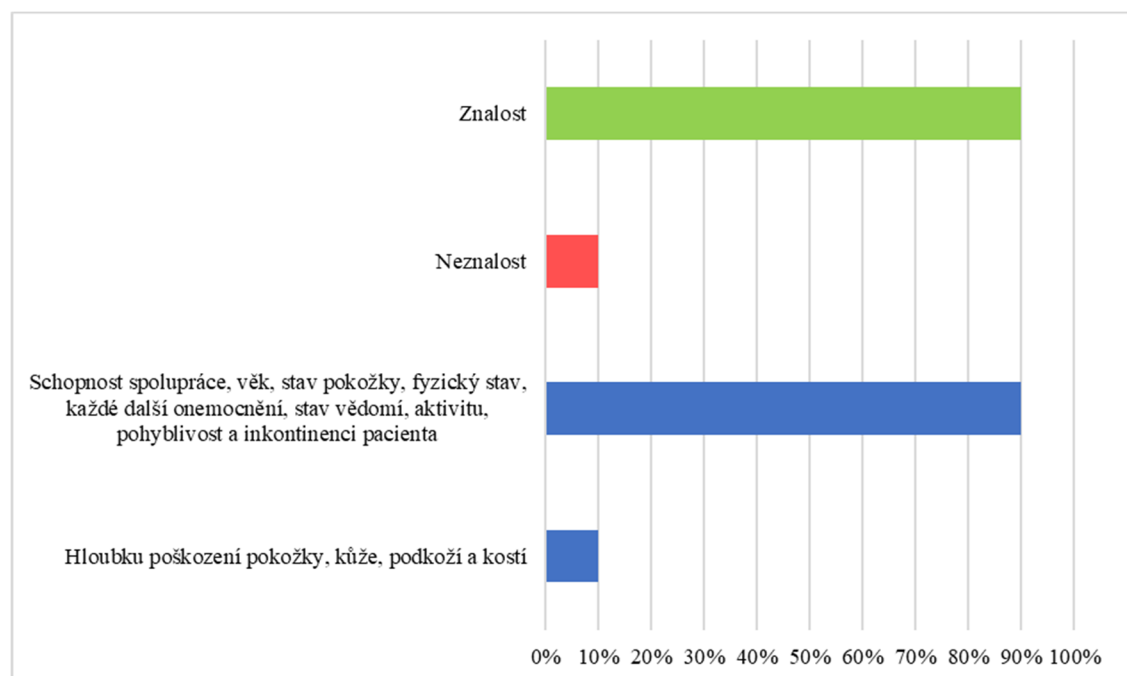
Otázka č. 16 se zaměřila na to, zda všeobecné sestry vědí, že se hodnotící škála dle Nortonové vyplňuje ihned při příjmu pacienta. Tuto správnou odpověď uvedlo 54 (77,1 %) respondentů. 16 (22,9 %) respondentů si myslelo, že se uvedená škála

nevyplňuje ihned při příjmu pacienta. 54 (77,1 %) respondentů bylo znalých a 16 (22,9 %) respondentů neznalých (viz Tabulka 16, Graf 16).

3.3.17 Analýza dotazníkové položky č. 17: Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?

Tabulka 17: Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, každé další onemocnění, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci pacienta	63	90,0
Hloubku poškození pokožky, kůže, podkoží a kostí	7	10,0
Znalost	63	90,0
Neznalost	7	10,0
Celkem	70	100,0



Graf 17: Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?

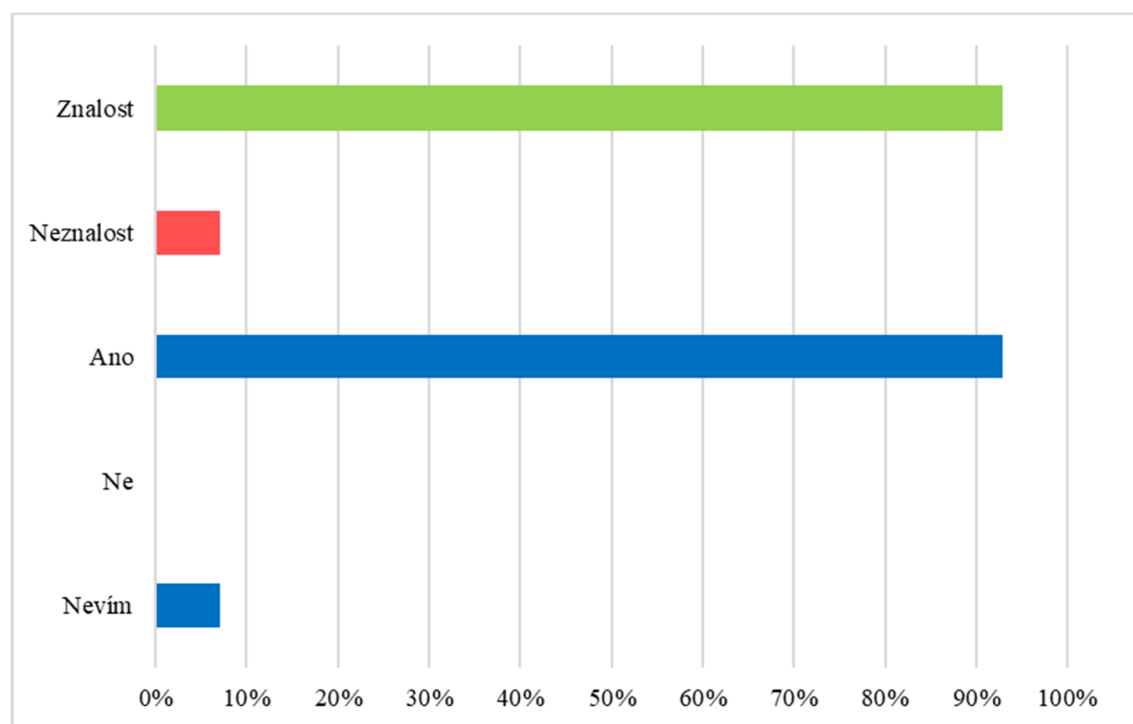
V otázce č. 17 bylo popisováno, co hodnotí škála dle Nortonové. Schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, každé další onemocnění, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci pacienta, tedy správný obsah pojmů, zvolilo

63 (90,0 %) respondentů. Odpověď, že škála hodnotí hloubku poškození pokožky, kůže, podkoží a kostí, volilo 7 (10,0 %) respondentů. V souhrnu tedy 63 (90,0 %) všeobecných sester potvrdilo znalost a 7 (10,0 %) neznalost (viz Tabulka 17, Graf 17).

3.3.18 Analýza dotazníkové položky č. 18: Zvyšuje například onemocnění diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?

Tabulka 18: Zvyšuje například diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ano	65	92,9
Ne	0	0,0
Nevím	5	7,1
Znalost	65	92,9
Neznalost	5	7,1
Celkem	70	100,0



Graf 18: Zvyšuje například diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?

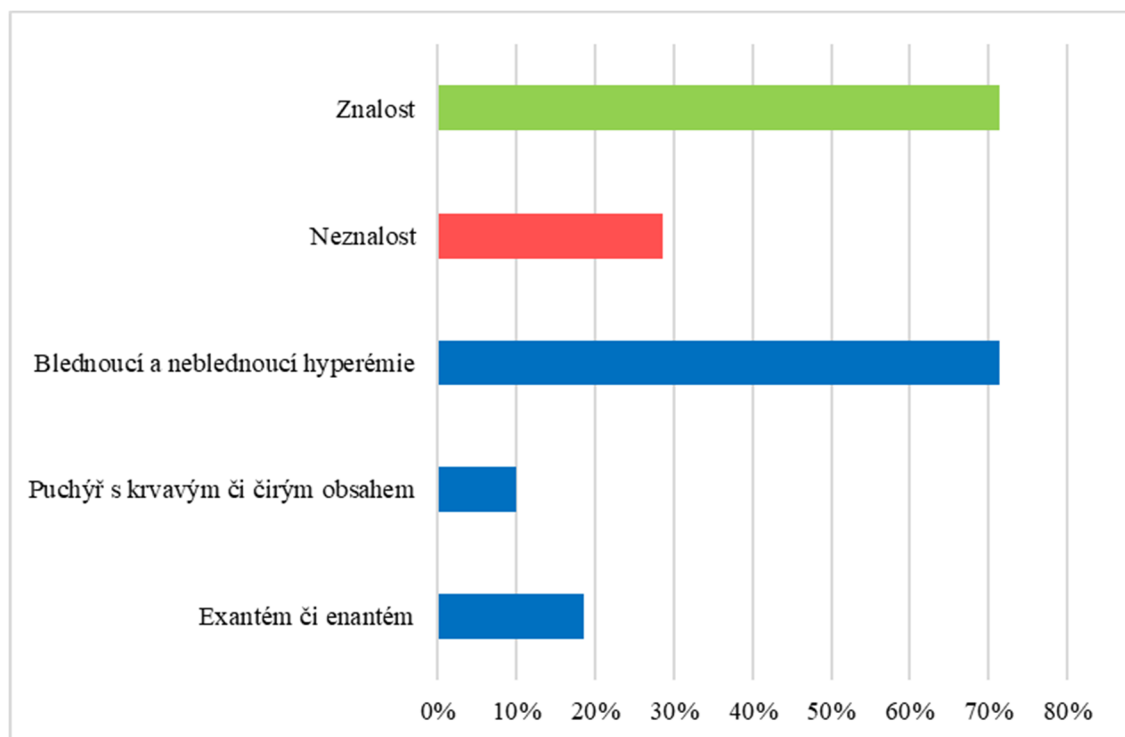
V otázce č. 18 se zjišťovalo, jestli respondenti vědí, zda onemocnění diabetes mellitus nebo kachexie zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Správná odpověď byla pouze

jedna. 65 (92,9 %) osob odpovědělo kladně, 5 (7,1 %) respondentů uvedlo, že nevědí správnou odpověď na tuto otázku. Nikdo nezvolil zápornou odpověď. 65 (92,9 %) respondentů bylo znalých a 5 (7,1 %) bylo neznalých (viz Tabulka 18, Graf 18).

3.3.19 Analýza dotazníkové položky č. 19: Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?

Tabulka 19: Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Blednoucí a neblednoucí hyperémie	50	71,4
Puchýř s krvavým či čirým obsahem	7	10,0
Exantém či enantém	13	18,6
Znalost	50	71,4
Neznalost	20	28,6
Celkem	70	100,0



Graf 19: Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?

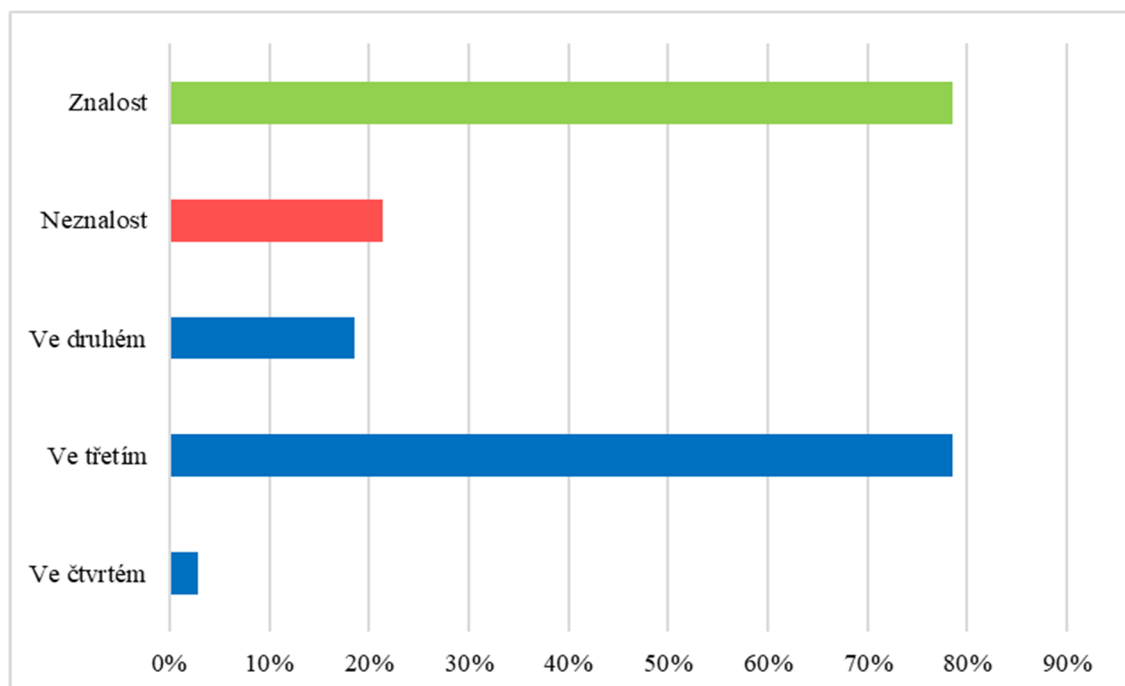
Otázka č. 19 se zaměřila na to, zda všeobecné sestry vědí, jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance. Správnou odpověď, že se první stupeň dekubitů dělí

na blednoucí a neblednoucí hyperémii, znalo 50 (71,4 %) respondentů. Dále se 7 (10,0 %) sester přiklánělo k rozdělení na puchýř s krvavým či čirým obsahem. 13 (18,6 %) respondentů si myslelo, že se dělí na exantém či enantém. Znalost měla většina, tedy 50 (71,4 %) jedinců a 20 (28,6 %) bylo neznalých (viz Tabulka 19, Graf 19).

3.3.20 Analýza dotazníkové položky č. 20: Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?

Tabulka 20: Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ve druhém	13	18,6
Ve třetím	55	78,6
Ve čtvrtém	2	2,8
Znalost	55	78,6
Neznalost	15	21,4
Celkem	70	100,0



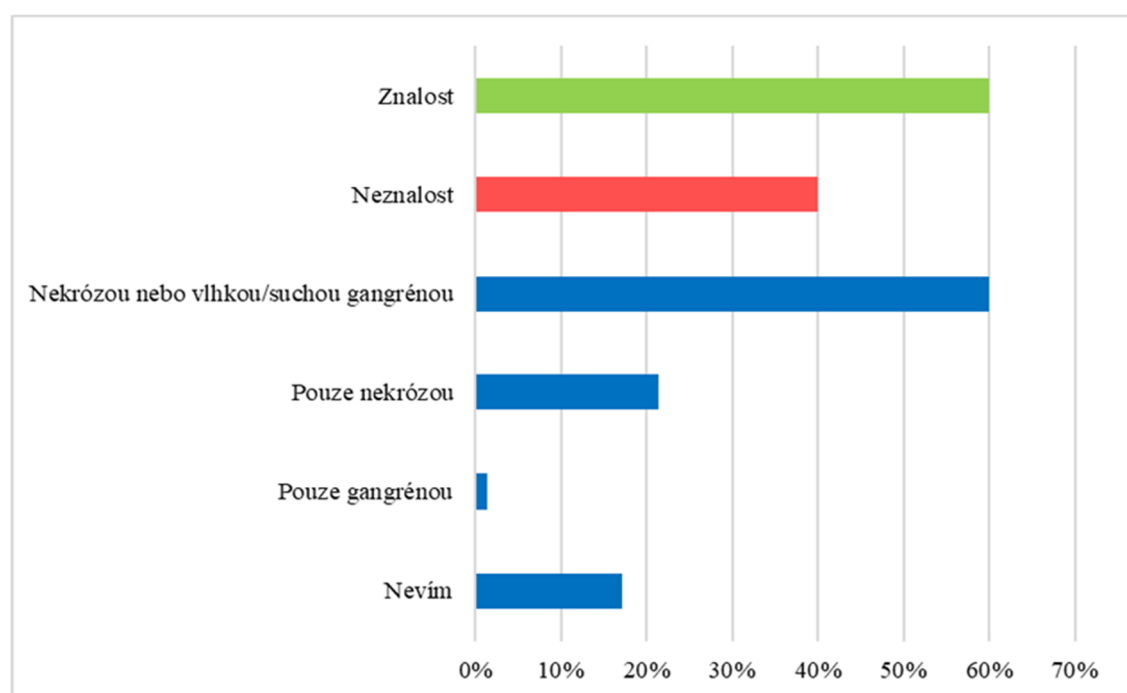
Graf 20: Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?

Otázka č. 20 zkoumala, zda respondenti vědí, ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou. 13 (18,6 %) respondentů si myslelo, že je správný druhý stupeň. Správnou možnost, že vřed zasahuje do podkožní tukové vrstvy ve třetím stupni volilo 55 (78,6 %) respondentů. Pouze 2 (2,8 %) respondenti uváděli čtvrtý stupeň. 15 (21,4 %) odpovědí bylo nesprávných (viz Tabulka 20, Graf 20).

3.3.21 Analýza dotazníkové položky č. 21: Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále The Wound Healing Continuum?

Tabulka 21: Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Nekrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou	42	60,0
Pouze nekrózou	15	21,4
Pouze gangrénou	1	1,4
Nevím	12	17,2
Znalost	42	60,0
Neznalost	28	40,0
Celkem	70	100,0



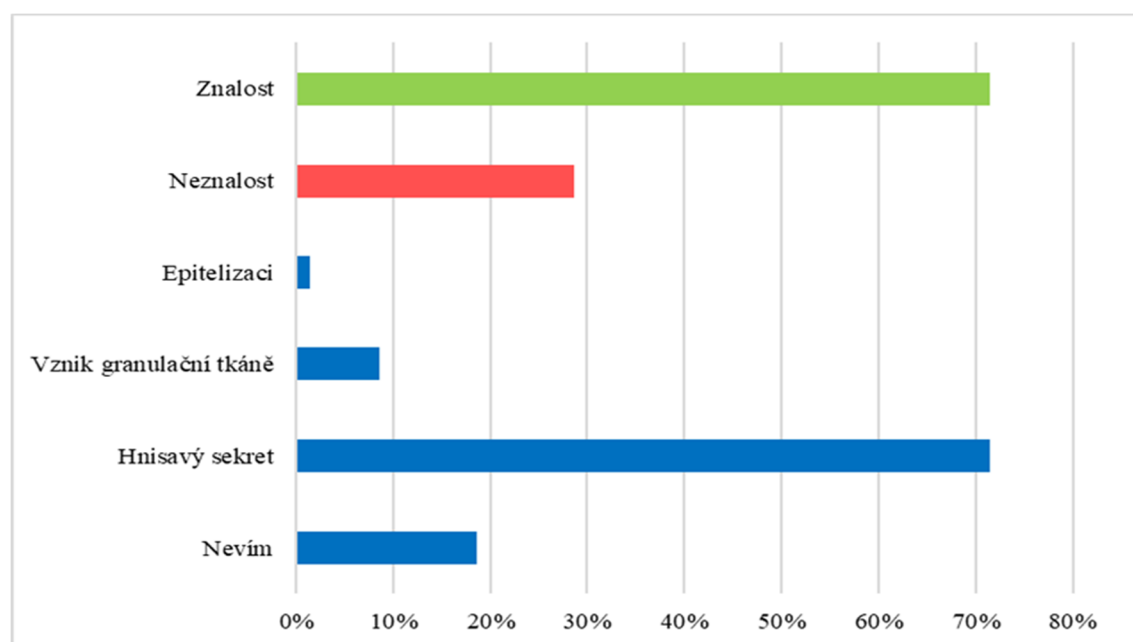
Graf 21: Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?

Otázka č. 21 se zaměřila na to, zda respondenti vědí, čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC. 42 (60,0 %) respondentů správně uvedlo, že je černá rána charakteristická nektrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou. Dále 15 (21,4 %) respondentů napsalo, že je charakteristická pouze nektrózou, a 1 (1,4 %) pouze gangrénou. Odpověď na tuto otázku nevědělo 12 (17,2 %) respondentů. 42 (60,0 %) respondentů mělo znalost a 28 respondentů (40,0 %) mělo neznalost (viz Tabulka 21, Graf 21).

3.3.22 Analýza dotazníkové položky č. 22: Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum?

Tabulka 22: Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály WHC?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Epitelizaci	1	1,4
Vznik granulační tkáně	6	8,6
Hnisavý sekret	50	71,4
Nevím	13	18,6
Znalost	50	71,4
Neznalost	20	28,6
Celkem	70	100,0



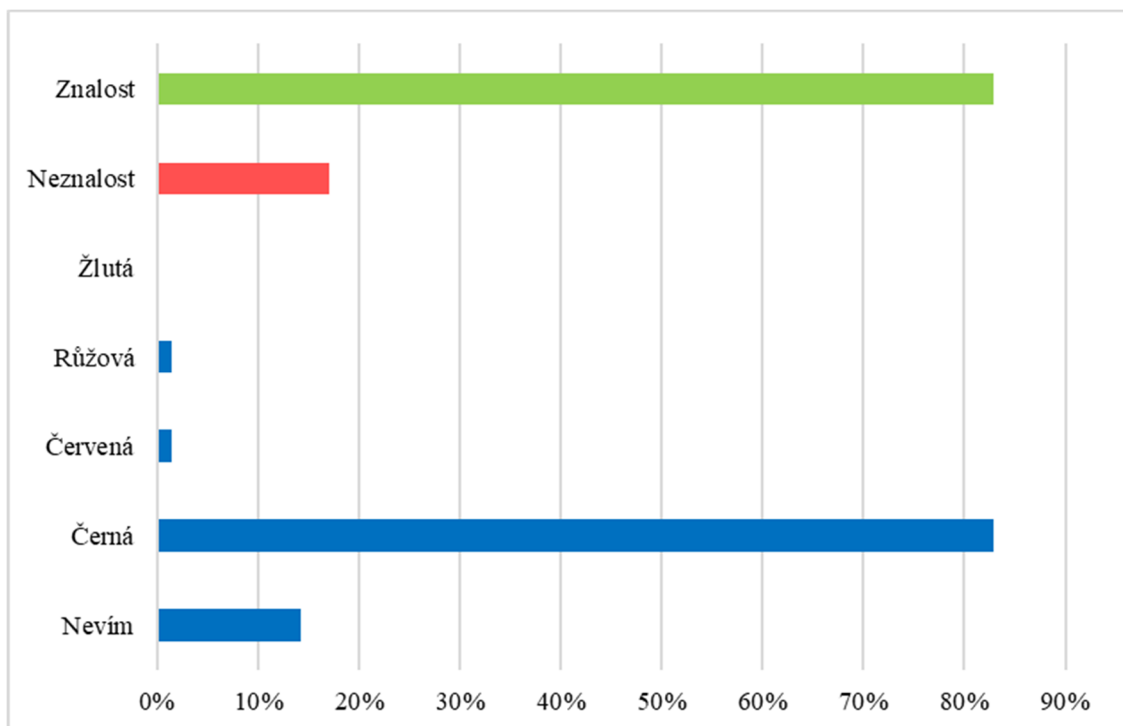
Graf 22: Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály WHC?

Otázka č. 22 se ptala, co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum. Z uvedených možností byla 1 správná. 1 (1,4 %) respondent uvedl, že žlutou ránu vystihuje epitelizace. 6 (8,6 %) respondentů se ztotožňovalo s možností, že žlutou ránu vystihuje vznik granulační tkáně. 50 (71,4 %) všeobecných sester správně zvolilo, že ji vystihuje hnisavý sekret. 13 (18,6 %) respondentů neznalo odpověď. Znalých sester o této otázce bylo tedy 50 (71,4 %) a 20 (28,6 %) bylo neznalých (viz Tabulka 22, Graf 22).

3.3.23 Analýza dotazníkové položky č. 23: Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum?

Tabulka 23: Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle WHC?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Žlutá	0	0,0
Růžová	1	1,4
Červená	1	1,4
Černá	58	82,9
Nevím	10	14,3
Znalost	58	82,9
Neznalost	12	17,1
Celkem	70	100,0



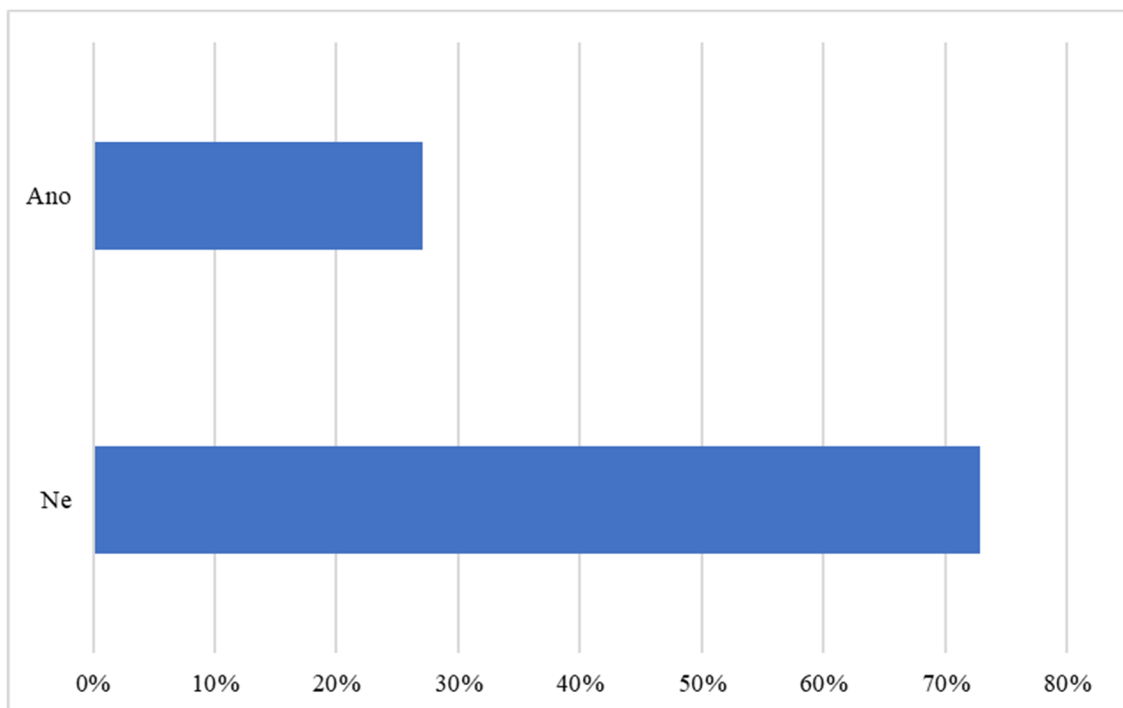
Graf 23: Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle WHC?

V otázce č. 23 se zjišťovalo, jestli respondenti mají znalost o barvě, která představuje nejzávažnější stádium rány dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum. 58 (82,9 %) respondentů uvedlo barvu černou. To byla jediná správná odpověď. 1 (1,4 %) respondent označil barvu růžovou a 1 (1,4 %) respondent barvu červenou. 10 (14,3 %) respondentů nevědělo správnou odpověď. Žlutou barvu ve své odpovědi nezvolil nikdo. 58 (82,9 %) respondentů bylo znalých a 12 (17,1 %) neznalých (viz Tabulka 23, Graf 23).

3.3.24 Analýza dotazníkové položky č. 24: Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Tabulka 24: Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ano	19	27,1
Ne	51	72,9
Celkem	70	100,0



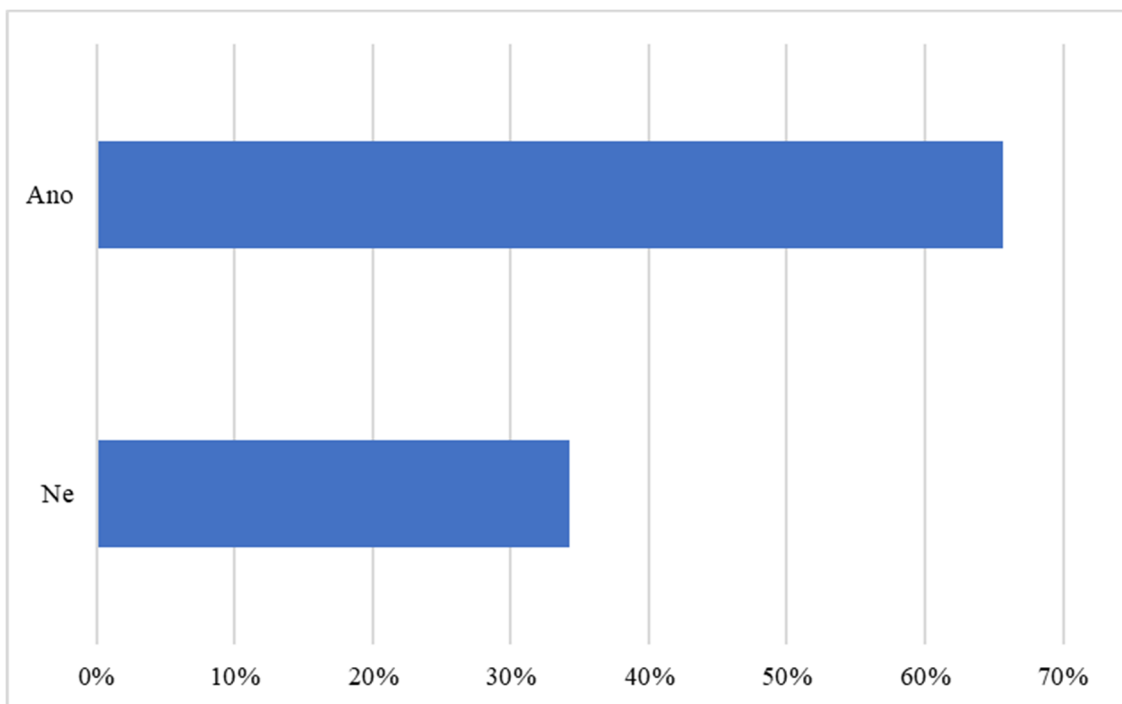
Graf 24: Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

V otázce č. 24 odpovídaly všeobecné sestry na to, zda absolvovaly školení ohledně hodnocení ran pomocí škál. 19 (27,1 %) všeobecných sester z celkových 70 (100,0 %) se účastnilo školení. 51 (72,9 %) všeobecných sester dosud na takovém školení nebylo (viz Tabulka 24, Graf 24).

3.3.25 Analýza dotazníkové položky č. 25: Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Tabulka 25: Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Ano	46	65,7
Ne	24	34,3
Celkem	70	100,0



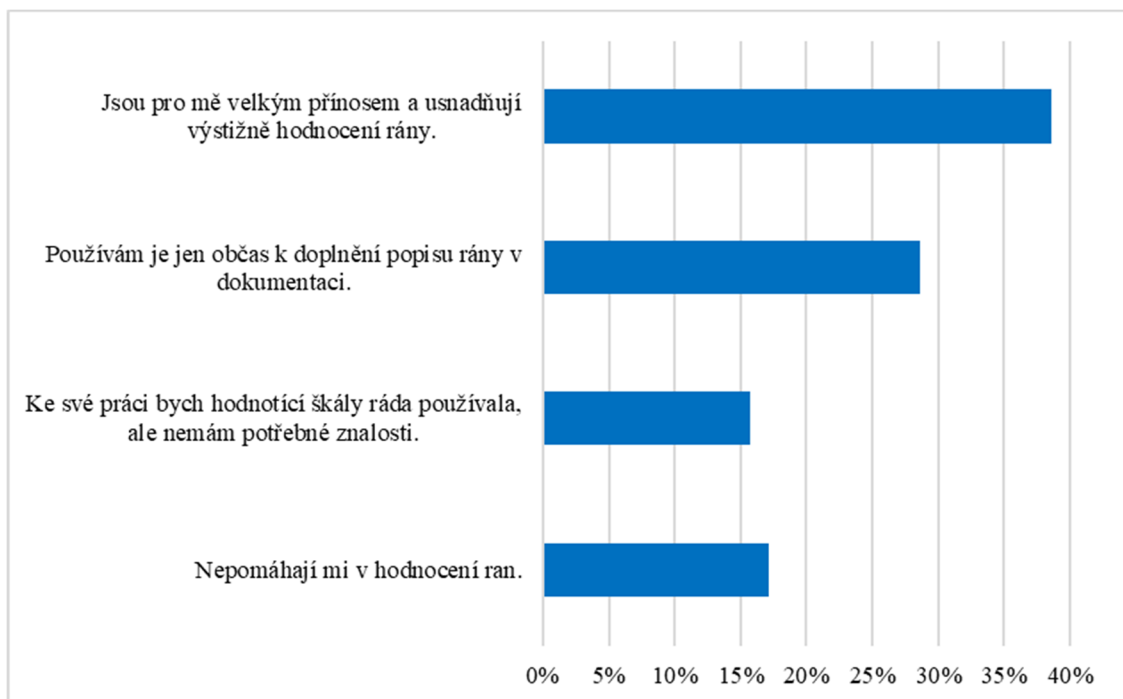
Graf 25: Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Otázka č. 25 měla zhodnotit zájem všeobecných sester absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál. 46 (65,7 %) respondentů projevilo zájem zúčastnit se takového školení. 24 (34,3 %) respondentů uvedlo, že nemá zájem o takovéto školení (viz Tabulka 25, Graf 25).

3.3.26 Analýza dotazníkové položky č. 26: Jak vnímáte hodnotící škály?

Tabulka 26: Jak vnímáte hodnotící škály?

$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Jsou pro mě velkým přínosem a usnadňují výstižně hodnocení rány.	27	38,6
Používám je jen občas k doplnění popisu rány v dokumentaci.	20	28,6
Ke své práci bych hodnotící škály ráda používala, ale nemám potřebné znalosti.	11	15,7
Nepomáhají mi v hodnocení ran.	12	17,1
Celkem	70	100,0



Graf 26: Jak vnímáte hodnotící škály?

V otázce č. 26 respondenti odpovídali, jak vnímají hodnotící škály. Většina respondentů uvedla, že jsou pro ně hodnotící škály velkým přínosem a usnadňují jim hodnocení rány. Těchto respondentů bylo 27 (38,6 %). Dále 20 (28,6 %) respondentů odpovědělo, že používají hodnotící škály občas k doplnění popisu rány v dokumentaci. 11 (15,7 %) odpovídajících by rádo hodnotící škály užívalo ke své práci, ale uvedly, že nemají dostatečné znalosti. 12 (17,1 %) respondentům podle v záznamu v dotaznících hodnotící škály v práci nepomáhají (viz Tabulka 26, Graf 26).

3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Popisný cíl č. 1: Popsat hodnotící škály používané v klinické praxi dle Evidence Based Nursing.

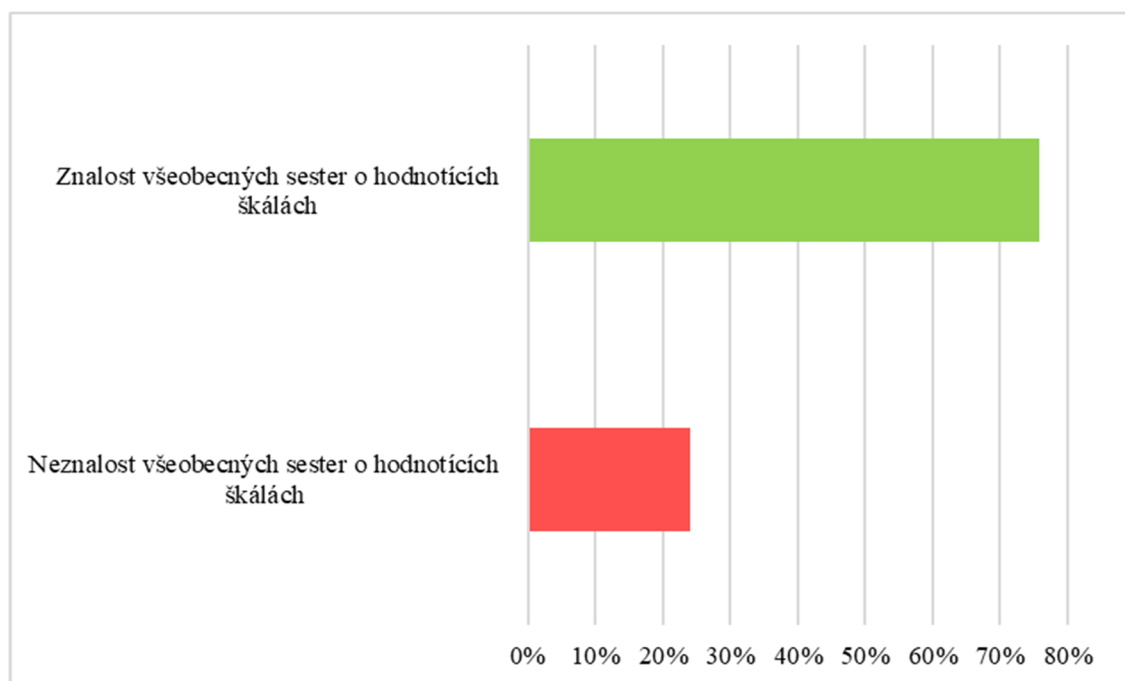
Závěr: Tento popisný cíl byl splněn v teoretické části bakalářské práce.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že 70 % a více sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran. K analýze byly předloženy a hodnoceny otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

Tabulka 27: Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 9	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 12	80,0	20,0	100,0
Otázka č. 13	70,0	30,0	100,0
Otázka č. 14	58,6	41,4	100,0
Otázka č. 15	55,7	44,3	100,0
Otázka č. 16	77,1	22,9	100,0
Otázka č. 17	90,0	10,0	100,0
Otázka č. 18	92,9	7,1	100,0
Otázka č. 19	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 20	78,6	21,4	100,0
Otázka č. 21	60,0	40,0	100,0
Otázka č. 22	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 23	82,9	17,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	75,9	24,1	100,0



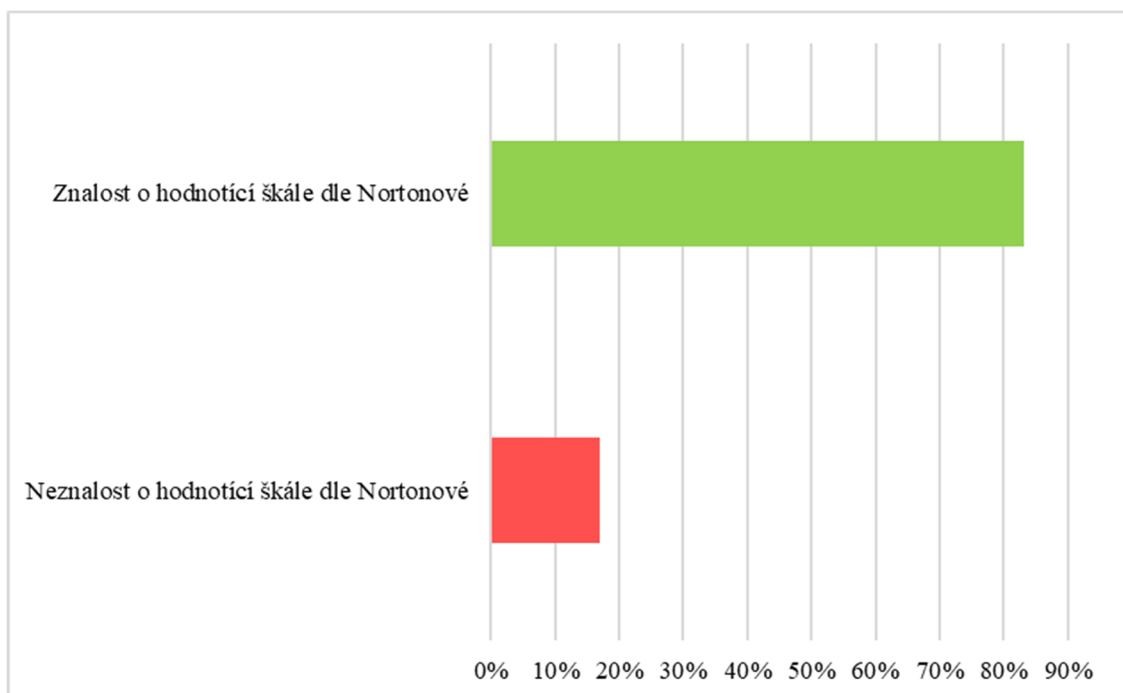
Graf 27: Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Závěr analýzy: 75,9 % všeobecných sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran a 24,1 % tyto znalosti nemá. Výzkumný předpoklad č. 2 je o 5,9 % nižší než výsledek výzkumného šetření. **Předpoklad je v souladu s výsledkem** (viz Tabulka 27, Graf 27).

Výzkumný předpoklad č. 2a: Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové. K analýze byly sestřám předloženy a vyhodnoceny otázky č. 10, 11, 13, 16, 17, 18.

Tabulka 28: Analýza výzkumného předpokladu č. 2a

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 13	70,0	30,0	100,0
Otázka č. 16	77,1	22,9	100,0
Otázka č. 17	90,0	10,0	100,0
Otázka č. 18	92,9	7,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	83,1	16,9	100,0



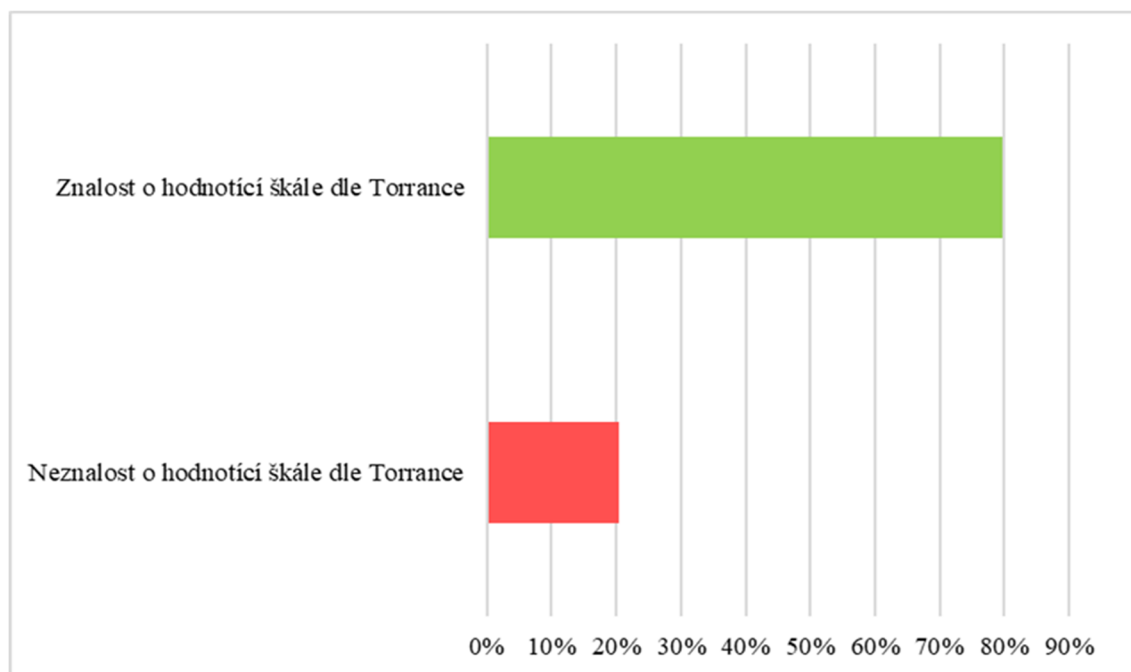
Graf 28: Analýza výzkumného předpokladu č. 2a

Závěr analýzy: 83,1 % všeobecných sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové. 16,9 % tyto znalosti nemá. Výzkumný předpoklad č. 2a je o 8,1 % nižší než výsledek výzkumného šetření. **Předpoklad je v souladu s výsledkem** (viz Tabulka 28, Graf 28).

Výzkumný předpoklad č. 2b: Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance. K analýze byly sestřám předloženy a vyhodnoceny otázky č. 10, 11, 12, 19, 20.

Tabulka 29: Analýza výzkumného předpokladu č. 2b

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 12	80,0	20,0	100,0
Otázka č. 19	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 20	78,6	21,4	100,0
Aritmetický průměr [%]	79,7	20,3	100,0



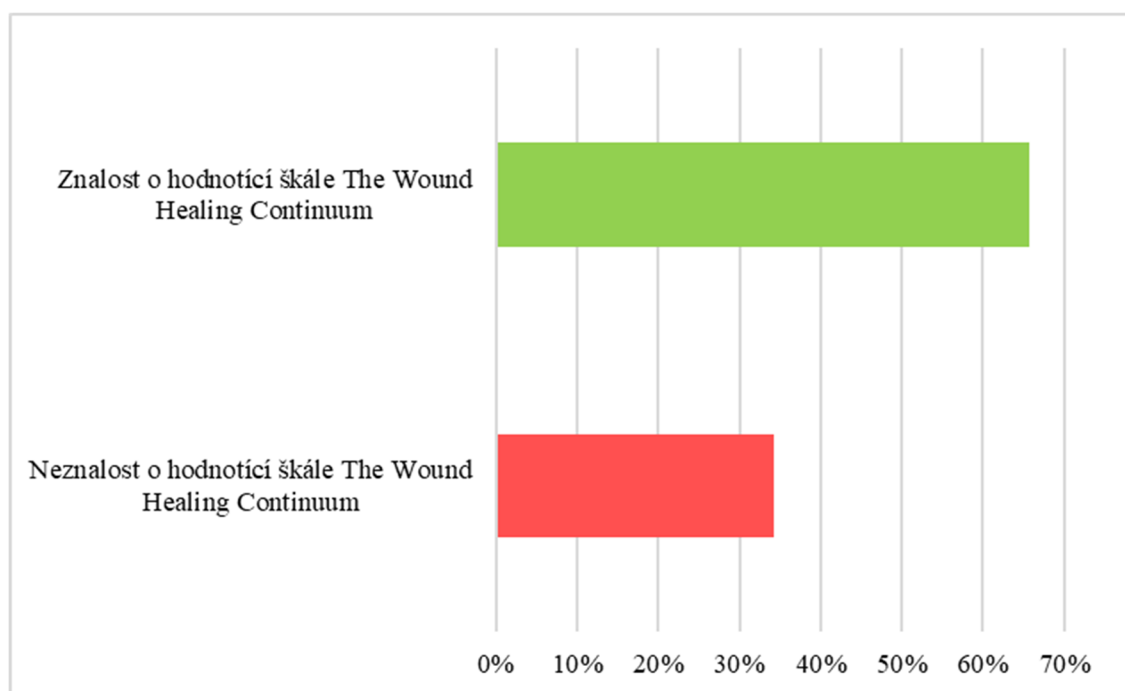
Graf 29: Analýza výzkumného předpokladu č. 2b

Závěr analýzy: 79,7 % všeobecných sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance. 20,3 % tyto znalosti nemá. Výzkumný předpoklad č. 2b je o 4,7 % nižší než výsledek výzkumného šetření. **Předpoklad je v souladu s výsledkem** (viz Tabulka 29, Graf 29).

Výzkumný předpoklad č. 2c: Předpokládáme, že 65 % a více sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum. K analýze byly sestřám předloženy a vyhodnoceny otázky č. 14, 15, 21, 22, 23.

Tabulka 30: Analýza výzkumného předpokladu č. 2c

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 14	58,6	41,4	100,0
Otázka č. 15	55,7	44,3	100,0
Otázka č. 21	60,0	40,0	100,0
Otázka č. 22	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 23	82,9	17,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	65,7	34,3	100,0



Graf 30: Analýza výzkumného předpokladu č. 2c

Závěr analýzy: 65,7 % všeobecných sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum. 34,3 % tyto znalosti nemá. Výzkumný předpoklad č. 2c je o 0,7 % nižší než výsledek výzkumného šetření. **Předpoklad je tedy v souladu s výsledkem** (viz Tabulka 30, Graf 30).

4 Diskuze

Práce všeobecné sestry a její kompetence jsou přesně vymezené vyhláškou číslo 391 z roku 2017 o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Aby všeobecná sestra obstála v této náročné práci, musí se celý život vzdělávat, pracovat s výsledky nových výzkumů, sledovat ošetrovatelské postupy a neustále rozvíjet své znalosti. Podle Pokorné a Mrázové (2012) je ošetřování ran složitým procesem, na kterém se v určitých fázích léčby podílí, spolupracuje a navazuje více různě specializovaných odborníků. Pokorná (2012) uvádí, že prvotní hodnocení stavu nemocného a jeho rány je v kompetenci lékaře, ale průběžné hodnocení, záznamy o procesu hojení a péče spadá do kompetence všeobecné sestry s odbornou způsobilostí nebo sestry specialistky. Nedílnou součástí komplexní péče o ránu je její hodnocení, což vyžaduje teoretickou i praktickou znalost.

Tato bakalářská práce je zaměřena na hodnocení ran pomocí hodnotících škál, které byly vytvořeny na základě výzkumů a umožňují přesně a objektivně posoudit stav rány. K tomu, aby byly hodnotící škály potřebné pro ošetrovatelský tým, musí být jejich užívání bezchybné a jednotné. Je potřeba, aby všeobecná sestra nabyla potřebné teoretické znalosti a následně je dovedla správně aplikovat v praxi.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran. K tomuto cíli se řadil předpoklad č. 2: **Předpokládáme, že 70 % a více sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.** Podle Koutné et al. (2015) je znalost klasifikací zásadní k sjednocení sester a jejich postojů při ošetřování ran, aby se docílilo jednotných a kvalitních zápisů v dokumentaci. Dle Pokorné (2012) jsou škály objektivní hodnotící stupnice, které následně slouží k nastavení ošetrovatelské péče a posouzení celého léčebného postupu i zpětně. Proto je důležité, aby je sestry znaly.

Výzkumný předpoklad č. 2 byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K tomuto výzkumnému předpokladu patřilo 15 otázek. V otázce č. 9 odpovídalo správně 81,4 % všeobecných sester, že hodnotící škály slouží k objektivnímu hodnocení pacienta (viz Tabulka 9). Dále respondenti odpovídali na otázky č. 10, 11, 13, 16, 17 a 18, které se týkaly hodnotící škály dle Nortonové. Kritérium znalosti o dané hodnotící škále splnilo 83,1 % sester (viz Tabulka 28). Otázky č. 10, 11, 12, 19 a 20 se vztahovaly ke znalosti hodnotící škály dle Torrance. Znalosti zde prokázalo 79,7 % sester (viz Tabulka 29). Otázkami č. 14, 15, 21, 22, 23 se hodnotila znalost o hodnotící škále The Wound Healing

Continuum. Znalost o WHC prokázalo 65,7 % respondentů (viz Tabulka 30). Znalosti o všech třech hodnotících škálách byly prokázány u 75,9 % sester (viz Tabulka 27). To znamená, že více než tři čtvrtiny zkoumaných sester mělo znalosti o hodnotících škálách.

V dotazníku byla položena otázka, která zjišťovala, zda všeobecné sestry používají ke své práci hodnotící škály. Na tuto otázku odpovědělo kladně 65,7 % sester (viz Tabulka 7). Uvedené výsledky svědčí o provázanosti znalostí škál a jejich používání v praxi. Na oddělení, kde všeobecné sestry využívají pouze hodnotící škály, je evidentní, že mají dostatečné znalosti a praktické dovednosti a škály jim náležitě slouží k jednotnému posuzování ran. Přesto 40 % respondentů uvedlo, že hodnotící škály používají v doprovodu se slovním hodnocením nebo fotodokumentací (viz Tabulka 6). Podle Pokorné a Mrázové (2012) může slovní hodnocení obsahovat nejasné a nekonkrétní pojmy popisující charakter rány a tento fakt může mít za následek pochybení, které se odrazí v kvalitě léčby. Všeobecné sestry sice prokazují teoretické znalosti, ale chybí jim dostatečné praktické dovednosti nebo si neumí hodnotící škály modifikovat pro potřebu oddělení. Škály jim tudíž účelně neslouží k jednotnému hodnocení. Dostatečné znalosti neprokázalo 24,1 % všeobecných sester, což koresponduje s počtem sester, které je ve své práci vůbec neužívá, tedy 34,3 % (viz Tabulka 27, Tabulka 7). V dotazníku však i tyto sestry projevily zájem o nabytí znalostí formou studia (školení) a následného zavedení do praxe.

K výzkumnému cíli č. 2 se dále vztahoval předpoklad č. 2a: **Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové.** Podle Koutné et al. (2015) má hodnotící škála dle Nortonové široký rozsah posuzovaných rizikových faktorů, které je možné hodnotit, což je velkou výhodou pro zjištění míry rizika tvorby dekubitů. Vytejková et al. (2015) dodává, že prevence a zjištění rizika touto škálou ušetří pacienta bolestí způsobených dekubitem, ale i sníží ekonomické náklady, které by byly vynaloženy na jeho dlouhodobou léčbu.

Výzkumný předpoklad č. 2a byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. Respondenti prokázali dobré znalosti o hodnotící škále v šesti otázkách dotazníku. Otázky byly zaměřeny na zjištění teoretických znalostí sester i na správné užívání škály v praxi (viz Tabulka 28). V otázce č. 10 se zjistilo, že 87,1 % všeobecných sester ví, že se škála zaměřuje na dekubity. Téměř stejná část respondentů, tedy 81,4 % správně věděla, že hodnotící škála dle Nortonové v otázce č. 11 posuzuje riziko vzniku dekubitů. Znalost byla prokázána i v otázce č. 13, kdy 70 % respondentů za riziko vzniku dekubitů

označilo pacienta, který má v součtu 25 a méně bodů. Podle Vytejškové et al. (2015) se hodnotící škála dle Nortonové vyplňuje při příjmu pacienta k hospitalizaci, aby se předcházelo riziku, že se během následného pobytu v nemocnici rozvine dekubitus. V otázce č. 16 tuto vědomost dokázalo 77,1 % respondentů. Hodnotící škála dle Nortonové prošla několika modifikacemi. Uzpůsobovala se podle množství rizikových faktorů a celkového pohledu na pacienta, jak uvádí Koutná et al. (2015). Proto z původních pěti kategorií vzniklo devět, jak správně dokázalo vyjmenovat v otázce č. 17 až 90 % respondentů. U otázky č. 18 se zjišťovalo, jestli dva z těchto rizikových faktorů, tedy diabetes mellitus a kachexie, způsobují riziko vzniku proleženin. Zde správně odpovídalo dokonce 92,9 % sester, že tyto faktory mohou být příčinou vzniku dekubitů.

Z uvedených otázek byla prokázána průměrná znalost 83,1 % hodnotící škály dle Nortonové. Výzkum ukázal, že o této škále mělo znalosti nejvíce všeobecných sester. Hodnotící škála dle Nortonové se začala používat v našem ošetrovatelství již v roce 1989 a byla převzata ze zahraničí. V průběhu let prošla inovacemi, jak uvádí Koutná et al. (2015). Prvotní znalosti o této škále získávají sestry studiem na různých stupních odborných škol. Vědomosti a dovednosti o této hodnotící škále si sestry předávají v praxi řadu let, proto se dostala do dlouhodobého povědomí a využívá ji mnoho různých oddělení. To, že byla škála vytvořena na základě výzkumu rizikových faktorů a dále užívána v praxi, což umožnilo prověření a modifikaci, svědčí o její vysoké použitelnosti.

K výzkumnému cíli č. 2 patřil také předpoklad č. 2b: **Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance.** Podle Vytejškové et al. (2015) spočívá důležitost této odborné klasifikace v časném objevení a zabránění vzniku rozsáhlých defektů a komplikací jako jsou např. dutiny a píštěle.

Výzkumný předpoklad č. 2b byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K tomuto předpokladu patřilo 5 znalostních otázek (viz Tabulka 29). 87,1 % všeobecných sester uvádělo v otázce č. 10, že se hodnotící škála dle Torrance zaměřuje na dekubity. V otázce č. 11 vědělo 81,4 % respondentů, že hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus. Podle Vytejškové et al. (2015) se dekubitus pomocí hodnotící škály dle Torrance klasifikuje do čtyř kategorií, které zcela přesně popisují rozsah chronické rány a stav její tkáně, což v otázce č. 12 uvádělo 80 % respondentů. V otázce č. 19 rozdělilo správně první stupeň dekubitů na blednoucí a neblednoucí hyperémii 71,4 % respondentů. V poslední otázce týkající se této hodnotící škály, tedy v otázce č. 20, odpovídalo správně 78,6 % respondentů, že vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu ve třetím stupni.

Znalost o hodnotící škále dle Torrance byla v průměru 79,7 %. Podobně jako hodnotící škála dle Nortonové vznikla tato škála v minulém století a je užívána na různých typech oddělení. Jelikož se škála dle Torrance zaměřuje na hodnocení již vzniklé proleženiny a nehodnotí riziko jejího vzniku, nemusí se používat tak frekventovaně jako Nortonova stupnice. Stále ale 20,3 % všeobecných sester prokázalo její neznalost. Může to být zapříčiněno i velkým množstvím nabízejících se podobných hodnotících škál, které se týkají posuzování dekubitů. Tato škála je však stále jedna z nejpoužívanějších a znalost sester je dobrá.

K výzkumnému cíli č. 2 se vztahoval také předpoklad č. 2c: **Předpokládáme, že 65 % a více sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum.** Tato škála je založena na určení barvy spodiny rány. Dokáže stanovit indikátory, fáze a poruchy hojení ran. Pokud se dodržují základní pravidla hodnocení, lze touto škálou popsat všechny chronické rány, jak uvádí Stryja et al. (2016).

Výzkumný předpoklad č. 2c byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K výzkumnému předpokladu č. 2c patřilo 5 otázek (viz Tabulka 30). V otázce č. 14 pouze 58,6 % všeobecných sester vědělo, že WHC posuzuje chronické rány. Barevné rozlišení hodnotící škály znalo 55,7 % sester v otázce č. 15. V otázce č. 21 správně odpovědělo 60,0 % sester, že je černá rána dle WHC charakteristická nektrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou. To, že je žlutá rána charakteristická pro hnisavý sekret znalo v otázce č. 22 71,4 % sester. Podle Stryji (2015) je nejzávažnější stádium rány dle WHC rána černá. Tuto znalost v otázce č. 23 mělo 82,9 % sester.

Výzkum prokázal, že znalost o hodnotící škále The Wound Healing Continuum má pouhých 65,7 % všeobecných sester. Tato škála vznikla později než ostatní již zmíněné hodnotící škály, proto s ní zřejmě sestry nemají dostatečné zkušenosti. Stryja et al. (2016) uvádí, že určitým nedostatkem v posouzení rány je větší množství hodnotících pracovníků a jejich subjektivní přístup. Je pro ně tedy obtížnější porovnávat klinické nálezy a posoudit účinnost léčby. Stryja et al. (2016) dále píše, že je ke každé ráně potřebný individuální přístup a sestry by měly dokázat jednoznačně vybrat barvu rány pro správný postup léčby. Aby se eliminovaly subjektivní chyby v hodnocení, musí sestra znát detailní popis rány pro správné zařazení ve škále. Tato skutečnost může být důvodem, proč je tato hodnotící škála méně používaná.

5 Návrh doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyplynulo, že hodnocení dle Evidence Based Nursing pomocí hodnotících škál je stále potřebné a používané. Všeobecné sestry využívají hodnotící škály při hodnocení ran buď samotné, nebo v kombinaci se slovním popisem nebo je doplňují fotodokumentací. Toto vše bylo výzkumem prověřené na oddělení chirurgickém, interním i oddělení následné péče.

Velmi dobré znalosti o hodnotících škálách prokazovaly především sestry, které s nimi měly praktické zkušenosti. Přehled však měly i sestry, které získaly znalosti při studiích nebo průběžném celoživotním vzdělávání. Sestry, které nepoužívaly škály a neměly o nich potřebné znalosti, by měly absolvovat odborná školení a zavést objektivní měřicí techniky do praxe. Tím by se usnadnil, zpřehlednil a sjednotil systém vedení záznamů v dokumentaci pacienta.

Aby hodnocení pomocí hodnotících škál bylo stále potřebné a nenahradilo je pouhé slovní hodnocení nebo fotodokumentace, musí být aktualizováno a modernizováno podle potřeb daného oddělení. Věda a výzkum v ošetrovatelství prochází stálým vývojem a nové výsledky výzkumů je potřeba využít k modifikacím škál podle nynějších požadavků.

Pokud mají sestry dostatečné vzdělání v této oblasti a naučí se správně škály používat, mohou se sami podílet na jejich modifikaci. Všeobecné sestry se mohou účastnit například odborných edukačních seminářů, stáží, konferencí a školení, kde jsou popisovány nové a aktuální techniky hodnocení a ošetřování ran. Tyto formy vzdělávání probíhají v akreditovaných zařízeních na různých místech v České republice i zahraničí. V této náročné době je přínosem se vzdělávat pomocí videokonferencí. Pozitivním zjištěním bylo, že sestry projeví zájem absolvovat potřebná školení týkající se tohoto tématu. Ve všech třech nemocnicích, kde probíhal výzkum bylo zjištěno, že uvedené formy vzdělávání jsou sestřím často nabízeny (včetně videokonference). Vzdělávání o hodnotících škálách jsou součástí školení týkajících se ošetřování ran a probíhají pod vedením odborných specialistů různých akreditovaných firem v průběhu roku.

Všeobecná sestra by měla zvládnout správné zhodnocení rány, umět použít vhodný materiál pro nejúčinnější způsob hojení. To znamená, že je nutné, aby ovládala práci se současně užívaným terapeutickým materiálem. Následně by měla vhodně edukovat pacienta. Proces vzdělávání sestry musí tedy být komplexní a celoživotní.

6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na znalosti sester v souvislosti s hodnocením ran pomocí hodnotících škál. Nejprve byla sepsána teoretická část, ve které je uvedeno rozdělení ran, jejich hodnocení, hojení a dokumentace. Důležitost byla kladena na Evidence Based Nursing, na základě kterého, se díky výzkumům vytvářely objektivní hodnotící techniky. V teoretické části byl splněn první výzkumný cíl, jehož záměrem bylo popsat hodnotící škály v souvislosti s ránami dle Evidence Based Nursing.

Před samotným výzkumem byl realizován předvýzkum, podle kterého se následně upravily dva ze čtyř předpokladů. Pro výzkumnou část byla vybrána hodnotící škála dle Torrance, hodnotící škála dle Nortonové a hodnotící škála The Wound Healing Continuum. Výzkum zaměřený na znalosti sester byl proveden ve třech nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji.

Znalosti všeobecných sester byly v souladu s výzkumnými předpoklady. Zjistilo se tedy, že sestry mají odpovídající znalosti a hodnotící škály jsou pro ně potřebné v oblasti ošetřování pacientů. Nejvíce znalostí měly sestry o hodnotící škále dle Nortonové, která slouží k určení rizika vzniku dekubitů. Hodnotící škála dle Torrance dosahuje téměř stejných výsledků. Pouze u škály WHC znalosti nedosahovaly tak vysoké úrovně. Na základě tohoto výzkumu byl vytvořen návrh doporučení pro praxi a článek připravený k publikaci (viz Příloha I).

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že jsou znalosti sester o hodnotících škálách dobré, ve větší míře je používají k hodnocení ran a mají zájem o vzdělávání v této oblasti. Výzkum samotný u některých z nich vzbudil zájem o doplnění vědomostí v dané problematice, což je uspokojivým záměrem bakalářské práce. Zásadní je, aby všeobecná sestra měla uvědomění o důležitosti užívání objektivních měřících technik jako jsou hodnotící škály. Pokud bude sestra správně motivována a přesvědčena o jejich účinnosti, bude jimi nejen dobře hodnotit, ale bude se i aktivně podílet na jejich inovacích pro potřeby oddělení. Tím se zkvalitní terminologie a následné vedení dokumentace tak, aby vyhovovalo celému zdravotnickému týmu v práci.

Seznam použité literatury

- BEHRENS, Johann a Gero LANGER. 2016. *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"*. 4. Aufl. Bern: Hogrefe. ISBN 978-3-456-85463-2.
- BUREŠ, Ivo a Vojtěch MEZERA. 2018. Problematika léčby nehojících se ran. *Léčba ran*. 4(3), 4–8. ISSN 2336-520X.
- BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, eds. 2016. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech: sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství: Ostrava 26. květen 2016*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-826-7.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. Národní ošetrovatelský postup – prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věštník MZČR*. Částka 2, s. 129-138. ISSN 1211-0868.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2014. Evidence Based Nursing – ošetrovatelství založené na důkazech. *Sociální služby*. 16(10), 20–21. ISSN 1803-7348.
- HLINKOVÁ, Edita et al. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8894-4.
- JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
- JAROŠOVÁ, Darja et al. 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5426-0.
- KOUTNÁ, Markéta. 2018. Hledání příčiny nehojící se rány, práce téměř detektivní. *Léčba ran*. 4(3), 9–12. ISSN 2336-520X.

- KOUTNÁ, Markéta et al. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- MAZALOVÁ, Lenka. 2016. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. DOI 10.5507/fzv.16.24450858.
Dostupné také z: [Kapitoly_z_vyzkumu_v_oseetrovatelstvi.pdf](#) (upol.cz)
- PLEVOVÁ, Ilona et al. 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PODRAZILOVÁ, Petra et al. 2016. *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7494-297-6.
- POKORNÁ, Andrea. 2012. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6048-7.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9297-6.
- STRYJA, Jan. 2015. *Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-13-7.
- STRYJA, Jan et al. 2011. *Repertorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.
- STRYJA, Jan et al. 2016. *Repertorium hojení ran 2*. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VEVERKOVÁ, E., E. KOZÁKOVÁ a L. DOLEJŠÍ. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk respondentů

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 3: Nemocnice pro realizaci výzkumu

Tabulka 4: Délka praxe respondentů

Tabulka 5: Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 6: Jak hodnotíte rány na oddělení?

Tabulka 7: Využití hodnotících škál v praxi

Tabulka 8: Odkud znáte hodnotící škály?

Tabulka 9: K jakému posuzování slouží hodnotící škály?

Tabulka 10: Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:

Tabulka 11: Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?

Tabulka 12: Hodnotící škála dle Torrance má:

Tabulka 13: Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí hodnotící škály dle Nortonové je:

Tabulka 14: Hodnotící škála WHC slouží k posouzení rány:

Tabulka 15: Podle hodnotící klasifikace WHC rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):

Tabulka 16: Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?

Tabulka 17: Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?

Tabulka 18: Zvyšuje například diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?

Tabulka 19: Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?

Tabulka 20: Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvu?

Tabulka 21: Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?

Tabulka 22: Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály WHC?

Tabulka 23: Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle WHC?

Tabulka 24: Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Tabulka 25: Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Tabulka 26: Jak vnímáte hodnotící škály?

Tabulka 27: Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Tabulka 28: Analýza výzkumného předpokladu č. 2a

Tabulka 29: Analýza výzkumného předpokladu č. 2b

Tabulka 30: Analýza výzkumného předpokladu č. 2c

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 3: Nemocnice pro realizaci výzkumu

Graf 4: Délka praxe respondentů

Graf 5: Na jakém oddělení pracujete?

Graf 6: Jak hodnotíte rány na oddělení?

Graf 7: Využití hodnotících škál v praxi

Graf 8: Odkud znáte hodnotící škály?

Graf 9: K jakému posuzování slouží hodnotící škály?

Graf 10: Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:

Graf 11: Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?

Graf 12: Hodnotící škála dle Torrance má:

Graf 13: Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové je:

Graf 14: Hodnotící škála WHC slouží k posouzení rány:

Graf 15: Podle hodnotící klasifikace WHC rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):

Graf 16: Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?

Graf 17: Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?

Graf 18: Zvyšuje například diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?

Graf 19: Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?

Graf 20: Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?

Graf 21: Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?

Graf 22: Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály WHC?

Graf 23: Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle WHC?

Graf 24: Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Graf 25: Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?

Graf 26: Jak vnímáte hodnotící škály?

Graf 27: Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Graf 28: Analýza výzkumného předpokladu č. 2a

Graf 29: Analýza výzkumného předpokladu č. 2b

Graf 30: Analýza výzkumného předpokladu č. 2c

Seznam příloh

Příloha A: Hodnotící škála dle Nortonové

Příloha B: Hodnotící škála dle Torrance

Příloha C: Obrázky k hodnotící škále dle Torrance

Příloha D: Hodnotící škála WHC

Příloha E: Obrázky k hodnotící škále WHC

Příloha F: Dotazníkové šetření

Příloha G: Protokol k provedení výzkumu 1

Příloha H: Protokol k provedení výzkumu 2

Příloha CH: Předvýzkum

Příloha I: Článek připravený k publikaci

Příloha A: Hodnotící škála dle Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	pod 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	pod 30	alergie	DM, anemie	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občas
2	částečná	pod 60	vlhká	kachexie, ucpávání tepen	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	nad 60	suchá	obezita, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč i stolice

Zdroj: (Stryja et al., 2011, s. 361)

Příloha B: Hodnotící škála dle Torrance

Stupeň	Míra postižení
Stupeň 1a	Stádium blednoucí hyperémie = tlak prstů v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo.
Stupeň 1b	Stádium neblednoucí hyperemie = po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což je příznak poruchy mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace (puchýř).
Stupeň 2	Postižení se šíří do podkožní tkáně a vzniká vředový defekt kůže.
Stupeň 3	Vřed má tendenci k dalšímu rozšíření, spodní facie není zasažena. Vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu.
Stupeň 4	Rozpad tkáně se šíří do šířky i do hloubky a infekční nekróza proniká do spodiny facie až na sval.

Zdroj: (Pokorná et al., 2019, s. 30)

Příloha C: Obrázky k hodnotící škále dle Torrance



Obr. 1: Dekubitus 2. stupně dle Torrance

Zdroj: autor



Obr. 2: Dekubitus 3. stupně dle Torrance

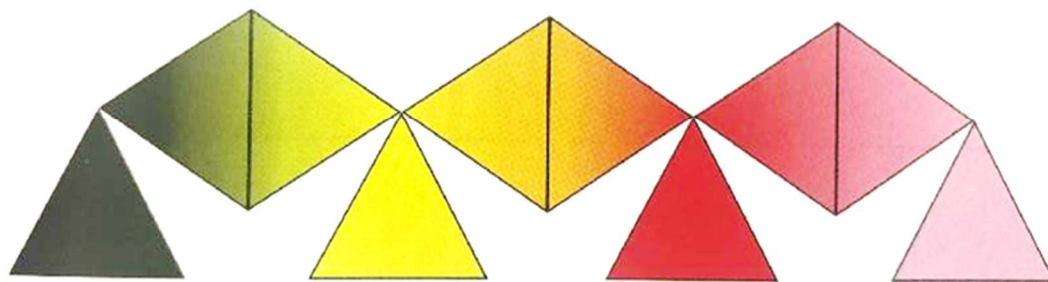
Zdroj: autor



Obr. 3: Dekubitus 4. stupně dle Torrance

Zdroj: autor

Příloha D: Hodnotící škála WHC



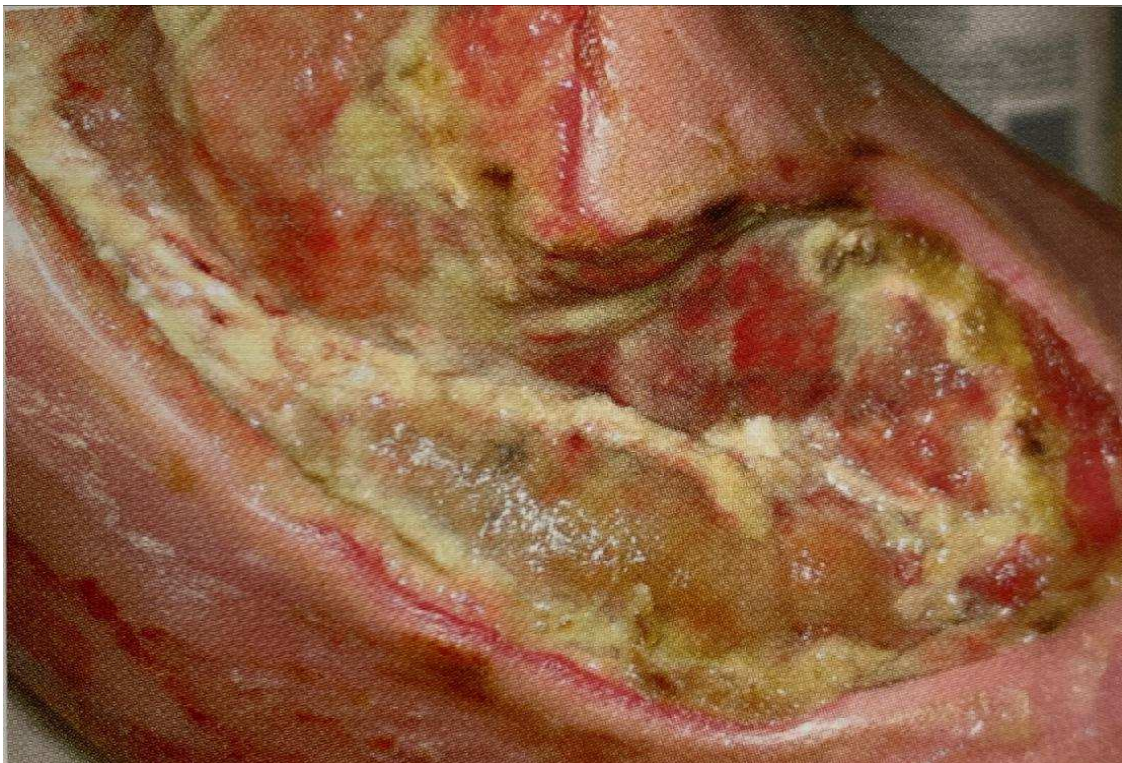
Zdroj: (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 1)

Příloha E: Obrázky k hodnotící škále WHC



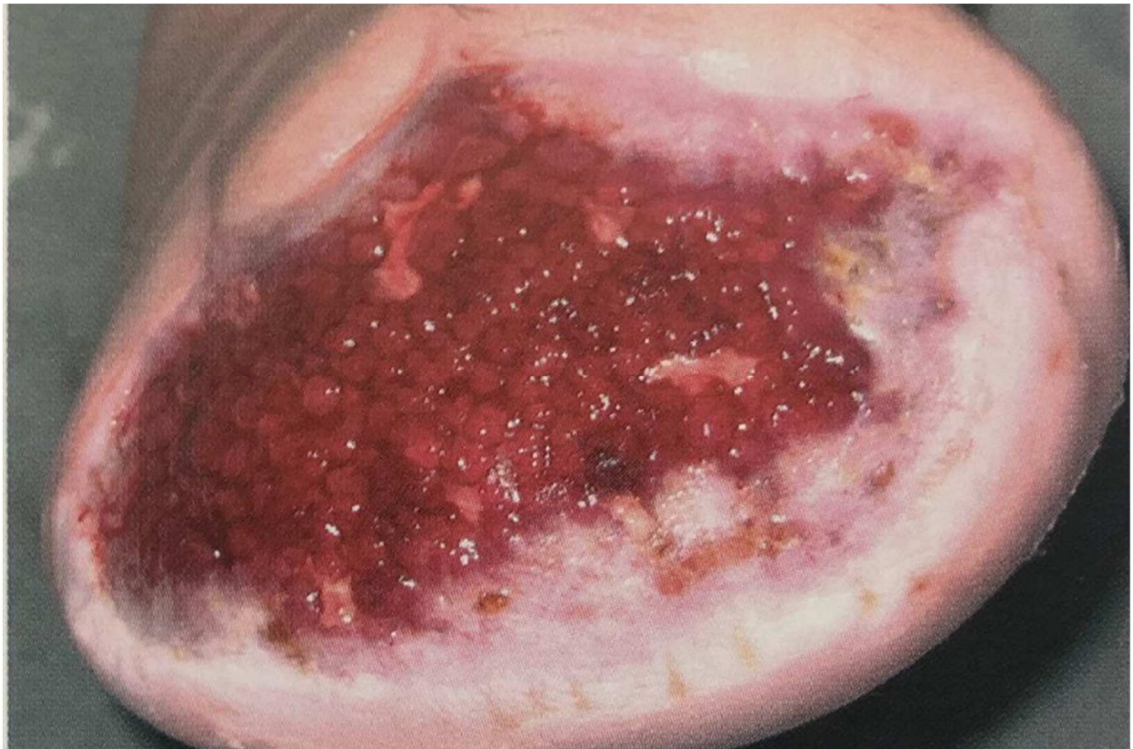
Obr. 4: Černá rána dle WHC

Zdroj: autor



Obr. 5: Žluto-červená rána dle WHC

Zdroj: (Stryja et al., 2011, s. 343)



Obr. 6: Červená rána dle WHC

Zdroj: (Stryja et al., 2011, s. 344)

Příloha F: Dotazníkové šetření

Dobrý den,

mé jméno je Tereza Pokorná a studuji 3. ročník bakalářského studia obor Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Sestavila jsem pro Vás dotazník, který je součástí mé bakalářské práce. Cílem tohoto dotazníku je zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran. Předložený dotazník je anonymní. Zvolte prosím u každé otázky jednu vhodnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. Velice Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Tereza Pokorná

1. **Jaký je Váš věk?**
 - a) 30 let a méně
 - b) 31-40 let
 - c) 41-50 let
 - d) 51-60 let
 - e) 60 let a více
2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) Vyšší odborné
 - b) Bakalářské
 - c) Magisterské
 - d) Středoškolské vzdělání
3. **Z jaké nemocnice pocházíte?**
 - a) Číslo 1: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji
 - b) Číslo 2: Nemocnice oblastního typu v Libereckém kraji
 - c) Číslo 3: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji (lokalizované pracoviště)
4. **Jaká je Vaše délka praxe?**
 - a) 1-5 let
 - b) 6-10 let
 - c) 11-20 let
 - d) 21 a více let
5. **Na jakém oddělení pracujete?**
 - a) Chirurgickém
 - b) Interním
 - c) Oddělení následné péče
6. **Jak hodnotíte rány na oddělení? (Více možných odpovědí.)**
 - a) Slovním hodnocením (popis rány)
 - b) Hodnotícími škálami (Pokud jste zvolili tuto odpověď, přejděte na otázku číslo 8.)
 - c) Jiné (Uveďte konkrétně jakým způsobem hodnotíte rány.)

7. **Proč nepoužíváte na oddělení škály k hodnocení ran?**
8. **Odkud znáte hodnotící škály? (Více možných odpovědí.)**
- Vzdělávací programy ve školách
 - Přednášky, konference, školení
 - Odborné publikace, časopisy, články
 - Od kolegyní
9. **K jakému posuzování slouží hodnotící škály?**
- Objektivnímu
 - Subjektivnímu
 - Jinému
 - Nevím
10. **Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:**
- Dekubity
 - Diabetické ulcerace
 - Operační rány
 - Bércové kožní vředy
11. **Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?**
- Hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje riziko vzniku dekubitů
 - Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku dekubitů, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje již vzniklý dekubitus
 - Hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý bércový vřed a hodnotící škála dle Nortonové riziko vzniku bércových vředů
 - Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku diabetické ulcerace a hodnotící škála dle Nortonové již vzniklou diabetickou ulceraci
12. **Hodnotící škála dle Torrance má:**
- 4 stupně
 - 3 stupně
 - Nedělí se na stupně
13. **Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí škály dle Nortonové je:**
- Při 25 bodech a méně
 - Při 25 bodech a více
 - Hodnotící škála dle Nortonové nehodnotí riziko vzniku dekubitů
14. **Hodnotící škála The Wound Healing Continuum slouží k posouzení rány:**
- Akutní
 - Chronické
 - Žádné z možností
 - Nevím
15. **Podle hodnotící klasifikace The Wound Healing Continuum rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):**
- Černé, černo-žluté, žluté, žluto-červené, červené, červeno-růžové, růžové
 - Černé, černo-růžové, růžové, růžovo-žluté, žluté, žluto-červené, červené
 - Černé, černo-červené, červené, červeno-žluté, žluté, žluto-růžové, růžové
 - Nevím

16. **Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?**
- Ano
 - Ne
17. **Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?**
- Schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, každé další onemocnění, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci pacienta
 - Hloubku poškození pokožky, kůže, podkoží a kostí
18. **Zvyšuje například onemocnění diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
19. **Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?**
- Blednoucí či neblednoucí hyperémie
 - Puchýř s krvavým či čirým obsahem
 - Exantém či enantém
20. **Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?**
- Ve druhém
 - Ve třetím
 - Ve čtvrtém
21. **Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále The Wound Healing Continuum?**
- Nekrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou
 - Pouze nekrózou
 - Pouze gangrénou
 - Nevím
22. **Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum?**
- Epitelizaci
 - Vznik granulační tkáně
 - Hnisavý sekret
 - Nevím
23. **Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum?**
- Žlutá
 - Růžová
 - Červená
 - Černá
 - Nevím
24. **Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?**
- Ano
 - Ne
25. **Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?**
- Ano
 - Ne

26. Jak vnímáte hodnotící škály?

- a) Jsou pro mě velkým přínosem a usnadňují výstižně hodnocení rány.
- b) Používám je jen občas k doplnění popisu rány v dokumentaci.
- c) Ke své práci bych hodnotící škály ráda používala, ale nemám potřebné znalosti.
- d) Nepomáhají mi v hodnocení ran.

Zdroj: autor

Příloha G: Protokol k provedení výzkumu 1

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Tereza Pokorná
Osobní číslo studenta:	D1800081
Univerzitní e-mail studenta:	tereza.pokornor1@tul.cz
Studijní program:	Všobecné ošetrovatelství
Ročník:	3.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Hodnotící škály v ošetrovateľskej praxi dle Evidence Based Nursing
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. A. Lena Novotná DiS.
Metoda a technika výzkumu:	kvantitativní, dotazník
Soubor respondentů:	70
Název pracoviště realizace výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	1.3.2021
Datum ukončení výzkumu:	31.3.2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



Příloha H: Protokol k provedení výzkumu 2

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Tereza Pokorná
Osobní číslo studenta:	D18000081
Univerzitní e-mail studenta:	tereza.pokorna1@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Ročník:	3.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Alena Novotná DiS.
Metoda a technika výzkumu:	kvantitativní, dotazník
Soubor respondentů:	70
Název pracoviště realizace výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	1.3.2021
Datum ukončení výzkumu:	31.3.2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



Příloha CH: Předvýzkum

1. Jaký je Váš věk?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
30 let a méně	6	60,0
31-40 let	2	20,0
41-50 let	1	10,0
51-60 let	1	10,0
60 let a více	0	0,0
Celkem	10	100,0

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Vyšší odborné	5	50,0
Bakalářské	3	30,0
Magisterské	1	10,0
Středoškolské vzdělání	1	10,0
Celkem	10	100,0

3. Z jaké nemocnice pocházíte?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Číslo 1: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji	10	100,0
Číslo 2: Nemocnice obecního typu v Libereckém kraji	0	0,0
Číslo 3: Nemocnice krajského typu v Libereckém kraji (lokalizované pracoviště)	0	0,0
Celkem	10	100,0

4. Jaká je Vaše délka praxe?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
1-5 let	6	60,0
6-10 let	3	30,0
11-20 let	0	0,0
21 a více let	1	10,0
Celkem	10	100,0

5. Na jakém oddělení pracujete?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Chirurgické oddělení	10	100,0
Interní oddělení	0	0,0
Oddělení následné péče	0	0,0
Celkem	10	100,0

6. Jak hodnotíte rány na oddělení? (Více možných odpovědí)		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Slovní hodnocení (popis rány)	0	0
Hodnotící škály	10	100,0
Slovní hodnocení + hodnotící škály	0	0
Jiné (konkrétní způsob hodnocení)	0	0
Celkem	10	100,0

7. Proč nepoužíváte na oddělení škály k hodnocení ran?	
Nehodnotí se	

8. Odkud znáte hodnotící škály?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Vzdělávací programy ve školách	6	60,0
Přednášky, konference, školení	2	20,0
Odborné publikace, časopisy, články	0	0,0
Od kolegyní	1	10,0
Více z uvedených možností	1	10,0
Celkem	10	100,0

9. K jakému posuzování slouží hodnotící škály?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Objektivnímu	9	90,0
Subjektivnímu	0	0,0
Jinému	0	0,0
Nevím	1	10,0
Celkem	10	100,0

10. Hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují:		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Dekubity	9	90,0
Diabetické ulcerace	0	0,0
Operační rány	0	0,0
Bércové kožní vředy	1	10,0
Celkem	10	100,0

11. Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje riziko vzniku dekubitů	9	90,0
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku dekubitů, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje již vzniklý dekubitus	0	0,0
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý bércový vřed, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje riziko vzniku bércových vředů	1	10,0
Hodnotící škála dle Torrance posuzuje riziko vzniku diabetické ulcerace, hodnotící škála dle Nortonové posuzuje již vzniklou diabetickou ulceraci	0	0,0
Celkem	10	100,0

12. Hodnotící škála dle Torrance má:		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
4 stupně	9	90,0
3 stupně	1	10,0
Nedělí se na stupně	0	0,0
Celkem	10	100,0

13. Odhalení rizika vzniku dekubitů pomocí hodnotící škály dle Nortonové je:		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Při 25 bodech a méně	7	70,0
Při 25 bodech a více	2	20,0
Nehodnotí riziko vzniku dekubitů	1	10,0
Celkem	10	100,0

14. Hodnotící škála The Wound Healing Continuum slouží k posouzení rány:		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Akutní	1	10,0
Chronické	6	60,0
Žádné z možností	0	0,0
Nevím	3	30,0
Celkem	10	100,0

15. Podle hodnotící klasifikace WHC rozlišujeme rány (od nejzávažnějšího stádia):		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Černé, černo-žluté, žluté, žluto-červené, červené, červeno-růžové, růžové	6	60,0
Černé, černo-růžové, růžové, růžovo-žluté, žluté, žluto-červené, červené	1	10,0
Černé, černo-červené, červené, červeno-žluté, žluté, žluto-růžové, růžové	2	20,0
Nevím	1	10,0
Celkem	10	100,0

16. Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Ano	7	70,0
Ne	3	30,0
Celkem	10	100,0

17. Co hodnotí hodnotící škála dle Nortonové?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, každé další onemocnění, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci pacienta	8	80,0
Hloubku poškození pokožky, kůže, podkoží a kostí	2	20,0
Celkem	10	100,0

18. Zvyšuje například onemocnění diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Ano	10	100,0
Ne	0	0,0
Nevím	0	0,0
Celkem	10	100,0

19. Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Blednoucí a neblednoucí hyperémie	6	60,0
Puchýř s krvavým či čirým obsahem	0	0,0
Exantém či enantém	4	40,0
Celkem	10	100,0

20. Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?		
$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Ve druhém	2	20,0
Ve třetím	7	70,0
Ve čtvrtém	1	10,0
Celkem	10	100,0

21. Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?		
$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Nekrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou	7	70,0
Pouze nekrózou	2	20,0
Pouze gangrénou	0	0,0
Nevím	1	10,0
Celkem	10	100,0

22. Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály The Wound Healing Continuum?		
$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Epitelizaci	1	10,0
Vznik granulační tkáně	1	10,0
Hnisavý sekret	7	70,0
Nevím	1	10,0
Celkem	10	100,0

23. Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle hodnotící škály WHC?		
$n_i = 70$	$n_i [-]$	$f_i [%]$
Žlutá	1	10,0
Růžová	0	0,0
Červená	0	0,0
Černá	8	80,0
Nevím	1	10,0
Celkem	10	100,0

24. Absolvoval/a jste školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Ano	4	40,0
Ne	6	60,0
Celkem	10	100,0

25. Máte zájem absolvovat školení ohledně hodnocení ran pomocí škál?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Ano	8	80,0
Ne	2	20,0
Celkem	10	100,0

26. Jak vnímáte hodnotící škály?		
$n_i = 70$	n_i [-]	f_i [%]
Jsou pro mě velkým přínosem a usnadňují výstižně hodnocení rány.	10	100,0
Používám je jen občas k doplnění popisu rány v dokumentaci.	0	0,0
Ke své práci bych hodnotící škály ráda používala, ale nemám potřebné znalosti.	0	0,0
Nepomáhají mi v hodnocení ran.	0	0,0
Celkem	10	100,0

Zdroj: autor

Příloha I: Článek připravený k publikaci

HODNOTÍCÍ ŠKÁLY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI DLE EVIDENCE BASED NURSING

Anotace

Článek uvádí výsledky výzkumu bakalářské práce s názvem Hodnotící škály v ošetrovatelské praxi dle Evidence Based Nursing. Všeobecná sestra se s ránami a jejich hodnocením setkává běžně při své práci. Je velice důležité, aby rány byly hodnoceny jednotně, objektivně a co nejpřesněji na základě vytvořených ošetrovatelských postupů z ověřených výzkumů. Proto se tedy výzkum zaměřil na znalost všeobecných sester o hodnotících škálách v souvislosti s ošetrováním ran. Dále zjišťuje využívání škál v ošetrovatelské praxi a motivuje sestry k dalšímu vzdělávání v této tématice.

Klíčová slova: všeobecná sestra, Evidence Based Nursing, rány, hodnotící škály v souvislosti s hodnocením ran

ÚVOD

Práce všeobecné sestry v současnosti obsahuje široké spektrum odborných výkonů a ošetrovatelských činností. Pracuje nejen jako jednotlivec, ale je součástí zdravotnického týmu, kde je nutné si navzájem předávat informace o zdravotním stavu pacientů.

Získané informace sestra hodnotí, určuje správnou ošetrovatelskou diagnózu a následně volí vhodný ošetrovatelský plán přesně podle potřeb pacienta. Evidence Based Nursing je praxe založená na důkazech a umožňuje na základě zpracování dat z výzkumu vytvořit jednotný a standardizovaný postup péče o pacienta, kterým se může řídit celý tým.

Konkrétním příkladem jsou hodnotící škály související s ošetrováním ran. Tyto měřicí nástroje slouží k objektivnímu hodnocení stavu pacienta a staly se součástí zdravotnické dokumentace. Pomáhají sestram k jednotnému a ucelenému popisu ran. Hodnotící škála umí přesně definovat ránu během celého léčebného procesu. Dokáže nejen zaznamenat riziko vzniku rány, ale i možné komplikace v procesu jejího hojení. Hodnotících škál v souvislosti s ránami je celá řada. Některé popisují stav ran číselnou stupnicí, jiné pomocí barev nebo bodovacím systémem. Tato důležitá pomůcka umožňuje

jednotnou komunikaci ošetrovatelského personálu, ale vyžaduje dostatečný stupeň jeho znalostí.

CÍL

Cílem výzkumu bylo zjistit znalosti všeobecných sester o vybraných používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran, tedy hodnotící škále dle Nortonové, hodnotící škále dle Torrance a hodnotící škále The Wound Healing Continuum.

METODIKA VÝZKUMU A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Ve výzkumné části byla zvolena kvantitativní metoda, která pomocí nestandardizovaného dotazníku poskytla možnost, co nejlépe zhodnotit znalost sester o používaných hodnotících škálách. Výzkum byl realizován od února do března 2021 ve třech vybraných nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji.

Na samotném výzkumu se podílelo 70 všeobecných sester. Nejprve byli respondenti obeznámeni s jeho cílem a dalšími informacemi potřebnými k jeho správnému vyplnění. Dále odpovídali na 26 otázek, které dotazník obsahoval.

Získaná data z jednotlivých dotazníků během výzkumu byla zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016. Data jsou zde uvedena v absolutní četnosti (n_i [-]), která je vyjádřena celými čísly. Dále je uváděna relativní četnost (f_i [%]), kde jsou procenta zaokrouhlená na řád desetin.

VÝSLEDKY

Ve výzkumu všeobecné sestry uváděly svůj věk. 31 (44,3 %) sester z 70 (100,0 %) udávalo věk 30 let a méně, 14 (20,0 %) respondentů uvádělo rozmezí 31-40 let. Ve věkové skupině 41-50 let se pohybovalo 14 (20,0 %) odpovídajících. Věk 51-60 let uvedlo 10 (14,3 %) respondentů a možnost 60 a více let vyznačil 1 (1,4 %) respondent.

Další výzkumná otázka byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce odpovídajících mělo vzdělání vyšší odborné, tedy 40 (57,1 %) z celkových 70 (100,0 %). Bakalářské vzdělání vyplnilo 16 (22,9 %) osob a magisterské vzdělání uvedli 4 (5,7 %) respondenti. Všeobecných sester se středoškolským vzděláním se tohoto výzkumu účastnilo 10 (14,3 %).

Výzkum byl realizován ve třech nemocnicích krajského a oblastního typu v Libereckém kraji. Z nemocnice krajského typu bylo 48 (68,6 %) respondentů,

z nemocnice oblastního typu bylo 11 (15,7 %) respondentů a z lokalizovaného pracoviště nemocnice krajského typu bylo také 11 (15,7 %) respondentů.

Respondenti byli dále dotazováni na svou délku praxe. 28 (40 %) všeobecných sester uvádělo, že má praxi 1-5 let. Rozmezí 6-10 let zvolilo 6 (8,6 %) respondentů a odpověď 11-20 let mělo 14 (20,0 %) respondentů. Nejdelší praxi 21 a více let označilo 22 (31,4 %) všeobecných sester.

Všeobecné sestry uvedly, na jakém oddělení pracují. Práci na chirurgickém oddělení potvrdilo 39 (55,7 %) sester. Z interního oddělení pocházelo 13 (18,6 %) všeobecných sester. 18 (25,7 %) sester uvedlo, že pracují na oddělení následné péče.

Používání hodnotících škál v souvislosti s ošetřováním ran

Ve výzkumu bylo také zjišťováno, jaké hodnocení ran používají všeobecné sestry ve své praxi. Respondenti mohli v této otázce uvést více odpovědí. 24 (34,3 %) respondentů se přiklánělo k možnosti užití slovního hodnocení (popis rány). Pouze hodnotícími škálami hodnotí 18 (25,7 %) respondentů. 25 (35,7 %) respondentů používá k hodnocení ran slovní hodnocení i hodnotící škály. 3 (4,3 %) respondenti konkrétně uvedli, že k hodnocení ran využívají současně hodnotící škály, slovní hodnocení i fotodokumentaci. Hodnotící škály tedy ke své práci využívá 46 (65,7 %) všeobecných sester a nepoužívá je 24 (34,3 %) všeobecných sester.

Následně ty všeobecné sestry, které neuváděly žádné hodnotící škály ke své práci měly uvést důvod. 29,2 % z 24 respondentů uvádělo, že v rámci nové dokumentace se od používání hodnotících škál upustilo a již se nevyužívají. Dále 25 % respondentů napsalo, že je pro ně slovní popis rozsáhlejší, ale umožňuje jim podrobněji popsat ránu. 4,2 % uvádí, že je slovní hodnocení na jejich oddělení dlouhodobě zavedeným způsobem hodnocení. 16,7 % hodnotící škály nevyužívá kvůli krátkodobé hospitalizaci pacientů. 25 % z 24 respondentů svou odpověď nezdůvodnilo.

Jedna otázka se zaměřila na zjištění zdroje znalostí všeobecných sester o hodnotících škálách. Mohly volit více možností. Největší procentuální zastoupení měly vzdělávací programy ve školách, tedy celkem 29 (41,4 %). Z přednášek, konferencí a školení mělo znalosti 15 (21,4 %) respondentů. 4 (5,7 %) respondenti znali škály z odborných publikací, časopisů nebo článků. 6 (8,6 %) respondentů se o hodnotících škálách dozvědělo od kolegyní a 16 (22,9 %) respondentů označilo více možností.

Zájem o vzdělání ohledně hodnotících škál

V dotazníku odpovídaly všeobecné sestry na to, zda již absolvovaly školení ohledně hodnocení ran pomocí škál, nebo zda ho chtějí v budoucnu absolvovat. 19 (27,1 %) respondentů z celkových 70 (100,0 %) se účastnilo školení. 51 (72,9 %) respondentů dosud na takovém školení nebylo. Ovšem 46 (65,7 %) respondentů projevilo zájem zúčastnit se školení a 24 (34,3 %) respondentů uvedlo, že nemá zájem o takovéto školení.

Sestry také byly dotazovány na to, jak škály vnímají. Většina sester uvedla, že jsou pro ně hodnotící škály velkým přínosem a usnadňují jim hodnocení rány. Bylo jich 27 (38,6 %). Dále 20 (28,6 %) respondentů odpovědělo, že používají škály občas k doplnění popisu rány v dokumentaci. 11 (15,7 %) odpovídajících by rádo hodnotící škály užívalo ke své práci, ale uvedli, že nemají dostatečné znalosti. 12 (17,1 %) sestrám podle záznamu v dotaznících hodnotící škály při práci nepomáhají.

Znalosti všeobecných sester o hodnotících škálách

Tabulka 1: Přehled dotazníkových otázek ke zjišťování znalostí

Číslo otázky	Dotazníková otázka
Otázka č. 9	K jakému posuzování slouží hodnotící škály?
Otázka č. 10	Co hodnotící škály dle Torrance a dle Nortonové posuzují?
Otázka č. 11	Jaký je rozdíl mezi hodnotící škálou dle Torrance a dle Nortonové?
Otázka č. 12	Kolik stupňů má hodnotící škála dle Torrance?
Otázka č. 13	Při kolika bodech se odhalí riziko vzniku dekubitů pomocí hodnotící škály dle Nortonové?
Otázka č. 14	Jakou ránu posuzuje hodnotící škála WHC?
Otázka č. 15	Jaké rány rozlišujeme dle hodnotící škály WHC?
Otázka č. 16	Vyplňuje se hodnotící škála dle Nortonové ihned při příjmu pacienta?
Otázka č. 17	Co hodnotí škála dle Nortonové?
Otázka č. 18	Zvyšuje např. diabetes mellitus nebo kachexie riziko vzniku dekubitů?
Otázka č. 19	Jak se rozděluje první stupeň hodnotící škály dle Torrance?
Otázka č. 20	Ve kterém stupni hodnotící škály dle Torrance zasahuje vřed podkožní tukovou vrstvou?
Otázka č. 21	Čím je charakteristická černá rána v hodnotící škále WHC?
Otázka č. 22	Co vystihuje žlutou ránu dle hodnotící škály WHC?
Otázka č. 23	Která z barev představuje nejzávažnější stádium rány dle WHC?

Tabulka 2: Znalosti všeobecných sester o hodnotících škálách

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 9	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 12	80,0	20,0	100,0
Otázka č. 13	70,0	30,0	100,0
Otázka č. 14	58,6	41,4	100,0
Otázka č. 15	55,7	44,3	100,0
Otázka č. 16	77,1	22,9	100,0
Otázka č. 17	90,0	10,0	100,0
Otázka č. 18	92,9	7,1	100,0
Otázka č. 19	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 20	78,6	21,4	100,0
Otázka č. 21	60,0	40,0	100,0
Otázka č. 22	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 23	82,9	17,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	75,9	24,1	100,0

Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále dle Nortonové

Tabulka 3: Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále dle Nortonové

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 13	70,0	30,0	100,0
Otázka č. 16	77,1	22,9	100,0
Otázka č. 17	90,0	10,0	100,0
Otázka č. 18	92,9	7,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	83,1	16,9	100,0

Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále dle Torrance

Tabulka 4: Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále dle Torrance

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 10	87,1	12,9	100,0
Otázka č. 11	81,4	18,6	100,0
Otázka č. 12	80,0	20,0	100,0
Otázka č. 19	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 20	78,6	21,4	100,0
Aritmetický průměr [%]	79,7	20,3	100,0

Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále The Wound Healing Continuum

Tabulka 5: Znalosti všeobecných sester o hodnotící škále The Wound Healing Continuum

Dotazníková otázka	Splněná kritéria [%]	Nesplněná kritéria [%]	Celkem [%]
Otázka č. 14	58,6	41,4	100,0
Otázka č. 15	55,7	44,3	100,0
Otázka č. 21	60,0	40,0	100,0
Otázka č. 22	71,4	28,6	100,0
Otázka č. 23	82,9	17,1	100,0
Aritmetický průměr [%]	65,7	34,3	100,0

DISKUZE

Práce všeobecné sestry a její kompetence jsou přesně vymezené vyhláškou číslo 391 z roku 2017 o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Aby všeobecná sestra obstála v této náročné práci, musí se celý život vzdělávat, pracovat s výsledky nových výzkumů, sledovat ošetrovatelské postupy a neustále rozvíjet své znalosti. Podle Pokorné a Mrázové (2012) je ošetřování ran složitým procesem, na kterém se v určitých fázích léčby podílí, spolupracuje a navazuje více různě specializovaných odborníků. Pokorná (2012) uvádí, že prvotní hodnocení stavu nemocného a jeho rány je v kompetenci lékaře, ale průběžné hodnocení, záznamy o procesu hojení a péče spadá do kompetence všeobecné sestry s odbornou způsobilostí nebo sestry specialistky.

Nedílnou součástí komplexní péče o ránu je její hodnocení, což vyžaduje teoretickou i praktickou znalost.

Tato bakalářská práce je zaměřena na hodnocení ran pomocí hodnotících škál, které byly vytvořeny na základě výzkumů a umožňují přesně a objektivně posoudit stav rány. K tomu, aby byly hodnotící škály potřebné pro ošetrovatelský tým, musí být jejich užívání bezchybné a jednotné. Je potřeba, aby všeobecná sestra nabyla potřebné teoretické znalosti a následně je dovedla správně aplikovat v praxi.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran. K tomuto cíli se řadil předpoklad č. 2: **Předpokládáme, že 70 % a více sester má znalosti o používaných hodnotících škálách v souvislosti s ošetřováním ran.** Podle Koutné et al. (2015) je znalost klasifikační zásadní k sjednocení sester a jejich postojů při ošetřování ran, aby se docílilo jednotných a kvalitních zápisů v dokumentaci. Dle Pokorné (2012) jsou škály objektivní hodnotící stupnice, které následně slouží k nastavení ošetrovatelské péče a posouzení celého léčebného postupu i zpětně. Proto je důležité, aby je sestry znaly.

Výzkumný předpoklad č. 2 byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K tomuto výzkumnému předpokladu patřilo 15 otázek (viz Tabulka 1). V otázce č. 9 odpovídalo správně 81,4 % všeobecných sester, že hodnotící škály slouží k objektivnímu hodnocení pacienta (viz Tabulka 2). Dále respondenti odpovídali na otázky č. 10, 11, 13, 16, 17 a 18, které se týkaly hodnotící škály dle Nortonové. Kritérium znalosti o dané hodnotící škále splnilo 83,1 % sester (viz Tabulka 3). Otázky č. 10, 11, 12, 19, 20 se vztahovaly ke znalosti hodnotící škály dle Torrance. Znalosti zde prokázalo 79,7 % sester (viz Tabulka 4). Otázkami č. 14, 15, 21, 22, 23 se hodnotila znalost o hodnotící škále The Wound Healing Continuum. Znalost o WHC prokázalo 65,7 % respondentů (viz Tabulka 5). Znalosti o všech třech hodnotících škálách byly prokázány u 75,9 % sester (viz Tabulka 2). To znamená, že více než tři čtvrtiny zkoumaných sester mělo znalosti o hodnotících škálách.

V dotazníku byla položena otázka, která zjišťovala, zda všeobecné sestry používají ke své práci hodnotící škály. Na tuto otázku odpovědělo kladně 65,7 % sester. Uvedené výsledky svědčí o provázanosti znalostí škál a jejich používání v praxi. Na oddělení, kde všeobecné sestry využívají pouze hodnotící škály, je evidentní, že mají dostatečné znalosti a praktické dovednosti a škály jim náležitě slouží k jednotnému posuzování ran. Přesto 40 % respondentů uvedlo, že hodnotící škály používají v doprovodu se slovním hodnocením nebo fotodokumentací. Podle Pokorné a Mrázové (2012) může slovní

hodnocení obsahovat nejasné a nekonkrétní pojmy popisující charakter rány a tento fakt může mít za následek pochybení, které se odrazí v kvalitě léčby. Všeobecné sestry sice prokazují teoretické znalosti, ale chybí jim dostatečné praktické dovednosti nebo si neumí hodnotící škály modifikovat pro potřebu oddělení. Škály jim tudíž účelně neslouží k jednotnému hodnocení. Dostatečné znalosti neprokázalo 24,1 % všeobecných sester, což koresponduje s počtem sester, které je ve své práci vůbec neužívá, tedy 34,3 % (viz Tabulka 2). V dotazníku však i tyto sestry projeví zájem o nabytí znalostí formou studia (školení) a následného zavedení do praxe.

K výzkumnému cíli č. 2 se dále vztahoval předpoklad č. 2a: **Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Nortonové.** Podle Koutné et al. (2015) má hodnotící škála dle Nortonové široký rozsah posuzovaných rizikových faktorů, které je možné hodnotit, což je velkou výhodou pro zjištění míry rizika tvorby dekubitů. Vytejšková et al. (2015) dodává, že prevence a zjištění rizika touto škálou ušetří pacienta bolestí způsobených dekubitem, ale i sníží ekonomické náklady, které by byly vynaloženy na jeho dlouhodobou léčbu.

Výzkumný předpoklad č. 2a byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. Respondenti prokázali dobré znalosti o hodnotící škále v šesti otázkách dotazníku (viz Tabulka 3). Otázky byly zaměřeny na zjištění teoretických znalostí sester i na správné užívání škály v praxi. V otázce č. 10 se zjistilo, že 87,1 % všeobecných sester ví, že se škála zaměřuje na dekubity. Téměř stejná část respondentů, tedy 81,4 % správně věděla, že hodnotící škála dle Nortonové v otázce č. 11 posuzuje riziko vzniku dekubitů. Znalost byla prokázána i v otázce č. 13, kdy 70 % respondentů za riziko vzniku dekubitů označilo pacienta, který má v součtu 25 a méně bodů. Podle Vytejškové et al. (2015) se hodnotící škála dle Nortonové vyplňuje při příjmu pacienta k hospitalizaci, aby se předcházelo riziku, že se během následného pobytu v nemocnici rozvine dekubitus. V otázce č. 16 tuto vědomost dokázalo 77,1 % respondentů. Hodnotící škála dle Nortonové prošla několika modifikacemi. Uzpůsobovala se podle množství rizikových faktorů a celkového pohledu na pacienta, jak uvádí Koutná et al. (2015). Proto z původních pěti kategorií vzniklo devět, jak správně dokázalo vyjmenovat v otázce č. 17 až 90 % respondentů. U otázky č. 18 se zjišťovalo, jestli dva z těchto rizikových faktorů, tedy diabetes mellitus a kachexie, způsobují riziko vzniku proleženin. Zde správně odpovídalo dokonce 92,9 % sester, že tyto faktory mohou být příčinou vzniku dekubitů.

Z uvedených otázek byla prokázána průměrná znalost 83,1 % hodnotící škály dle Nortonové. Výzkum ukázal, že o této škále mělo znalosti nejvíce všeobecných sester.

Hodnotící škála dle Nortonové se začala používat v našem ošetrovatelství již v roce 1989 a byla převzata ze zahraničí. V průběhu let prošla inovacemi, jak uvádí Koutná et al. (2015). Prvotní znalosti o této škále získávají sestry studiem na různých stupních odborných škol. Vědomosti a dovednosti o této hodnotící škále si sestry předávají v praxi řadu let, proto se dostala do dlouhodobého povědomí a využívá ji mnoho různých oddělení. To, že byla škála vytvořena na základě výzkumu rizikových faktorů a dále užívána v praxi, což umožnilo prověření a modifikaci, svědčí o její vysoké použitelnosti.

K výzkumnému cíli č. 2 patřil také předpoklad č. 2b: **Předpokládáme, že 75 % a více sester má znalosti o hodnotící škále dle Torrance.** Podle Vytejkové et al. (2015) spočívá důležitost této odborné klasifikace v časném objevení a zabránění vzniku rozsáhlých defektů a komplikací jako jsou např. dutiny a píštěle.

Výzkumný předpoklad č. 2b byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K tomuto předpokladu patřilo 5 znalostních otázek (viz Tabulka 4). 87,1 % všeobecných sester uvádělo v otázce č. 10, že se hodnotící škála dle Torrance zaměřuje na dekubity. V otázce č. 11 vědělo 81,4 % respondentů, že hodnotící škála dle Torrance posuzuje již vzniklý dekubitus. Podle Vytejkové et al. (2015) se dekubitus pomocí hodnotící škály dle Torrance klasifikuje do čtyř kategorií, které zcela přesně popisují rozsah chronické rány a stav její tkáně, což v otázce č. 12 uvádělo 80 % respondentů. V otázce č. 19 rozdělilo správně první stupeň dekubitů na blednoucí a neblednoucí hyperémii 71,4 % respondentů. V poslední otázce týkající se této hodnotící škály, tedy v otázce č. 20, odpovídalo správně 78,6 % respondentů, že vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu ve třetím stupni.

Znalost o hodnotící škále dle Torrance byla v průměru 79,7 %. Podobně jako hodnotící škála dle Nortonové vznikla tato škála v minulém století a je užívána na různých typech oddělení. Jelikož se škála dle Torrance zaměřuje na hodnocení již vzniklé proleženiny a nehodnotí riziko jejího vzniku, nemusí se používat tak frekventovaně jako Nortonova stupnice. Stále ale 20,3 % všeobecných sester prokázalo její neznalost. Může to být zapříčiněno i velkým množstvím podobných hodnotících škál týkajících se posuzování dekubitů. Tato škála je však stále jedna z nejpoužívanějších a znalost sester je dobrá.

K výzkumnému cíli č. 2 se vztahoval také předpoklad č. 2c: **Předpokládáme, že 65 % a více sester má znalosti o hodnotící škále The Wound Healing Continuum.** Tato škála je založena na určení barvy spodiny rány. Dokáže stanovit indikátory, fáze

a poruchy hojení ran. Pokud se dodržují základní pravidla hodnocení, lze touto škálou popsat všechny chronické rány, jak uvádí Stryja et al. (2016).

Výzkumný předpoklad č. 2c byl v souladu s výsledkem výzkumného šetření. K výzkumnému předpokladu č. 2c patřilo 5 otázek (viz Tabulka 5). V otázce č. 14 pouze 58,6 % všeobecných sester vědělo, že WHC posuzuje chronické rány. Barevné rozlišení hodnotící škály znalo 55,7 % sester v otázce č. 15. V otázce č. 21 správně odpovědělo 60,0 % sester, že je černá rána dle WHC charakteristická nektrózou nebo vlhkou/suchou gangrénou. To, že je žlutá rána charakteristická pro hnisavý sekret znalo v otázce č. 22 71,4 % sester. Podle Stryji (2015) je nejzávažnější stádium rány dle WHC rána černá. Tuto znalost v otázce č. 23 mělo 82,9 % sester.

Výzkum prokázal, že znalost o hodnotící škále The Wound Healing Continuum má pouhých 65,7 % všeobecných sester. Tato škála vznikla později než ostatní již zmíněné hodnotící škály, proto s ní sestry zřejmě nemají dostatečné zkušenosti. Stryja et al. (2016) uvádí, že určitým nedostatkem v posouzení rány je větší množství hodnotících pracovníků a jejich subjektivní přístup. Je pro ně tedy obtížnější porovnávat klinické nálezy a posoudit účinnost léčby. Stryja et al. (2016) dále píše, že je ke každé ráně potřebný individuální přístup a sestry by měly dokázat jednoznačně vybrat barvu rány pro správný postup léčby. Aby se eliminovaly subjektivní chyby v hodnocení, musí sestra znát detailní popis rány pro správné zařazení ve škále. Tato skutečnost může být důvodem, proč je tato hodnotící škála méně používaná.

ZÁVĚR

Znalosti všeobecných sester byly v souladu s výzkumnými předpoklady. Zjistilo se tedy, že sestry mají odpovídající znalosti a hodnotící škály jsou pro ně potřebné v oblasti ošetřování pacientů. Nejvíce znalostí měly sestry o hodnotící škále dle Nortonové, která slouží k určení rizika vzniku dekubitů. Hodnotící škála dle Torrance dosahuje téměř stejných výsledků. Pouze u škály WHC znalosti nedosahovaly tak vysoké úrovně.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že jsou znalosti sester o hodnotících škálách dobré, ve větší míře je používají k hodnocení ran a mají zájem o vzdělávání v této oblasti. Výzkum samotný u některých z nich vzbudil zájem o doplnění vědomostí v dané problematice, což je uspokojivým záměrem bakalářské práce. Zásadní je, aby všeobecná sestra měla uvědomění o důležitosti užívání objektivních měřících technik jako jsou hodnotící škály. Pokud bude sestra správně motivována a přesvědčena o jejich účinnosti, bude jimi nejen dobře hodnotit, ale bude se i aktivně podílet na jejich inovacích

pro potřeby oddělení. Tím se zkvalitní terminologie a následné vedení dokumentace tak, aby vyhovovalo celému zdravotnickému týmu v práci.

Autorky: Tereza Pokorná, Mgr. Alena Novotná, DiS.

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

LITERATURA

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244.

KOUTNÁ, Markéta et al. 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.

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

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

STRYJA, Jan. 2015. *Débridement a jeho úloha v managementu ran: jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-13-7.

STRYJA, Jan et al. 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. 2. vyd. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.